

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN KUNTOUTUSTARVE  
– ITSE KOETTUNA JA RISKITEKIJÖILLÄ ARVIOITUNA

Tampereen yliopisto  
Terveystieteen laitos  
Pro gradu -tutkielma  
Saara Ojala  
Joulukuu 2006

TIIVISTELMÄ  
TAMPEREEN YLIOPISTO  
Terveystieteen laitos

OJALA, SAARA: Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutustarve  
— itse koettuna ja riskitekijöillä arvioituna

Pro Gradu-tutkielma, 64 sivua, 19 liitesivua  
Ohjaajat: Yliassistentti Merja Ala-Nikkola  
Professori Pekka Rissanen

Kansanterveystiede  
Joulukuu 2006

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemaa kuntoutuksen tarvetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli lisäksi selvittää, eroaako potilaiden kokema kuntoutustarve riskitekijöiden osoittamasta kuntoutustarpeesta.

Tutkimusaineisto kerättiin syyskuussa 2005 itsetäytettävillä kyselylomakkeilla sepelvaltimotautia sairastavilta potilailta, jotka olivat olleet hoidettavina Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksessa tammikuun 2004 ja heinäkuun 2005 välisenä aikana. Tutkimusjoukon muodostivat 300 henkilöä ja vastausprosentti oli 50 (n = 150). Koettua kuntoutustarvetta mitattiin Aallon ym. (1999) kehittämän kysymyssarjan avulla kuudella eri osa-alueella, joita olivat fyysinen kuntoutuminen, sairautta koskeva tieto, omatoiminen hoito, yleinen elämänhallinta, mieliala sekä ihmissuhteet. Riskitekijöiden osoittamaa kuntoutustarvetta arvioitiin riskitekijäindeksillä, joka muodostettiin kuudesta tunnetusta sepelvaltimotaudin riskitekijästä. Tutkimustulokset esitetään frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina. Tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla sekä lineaarisella regressioanalyysillä.

Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 66 vuotta. Suurin osa vastaajista oli eläkkeellä ja sairasti jotakin muuta pitkäaikaissairautta sepelvaltimotaudin lisäksi. Eri tasoista kuntoutustarvetta (vähän, paljon ja erittäin paljon) kokeneet jakoutuivat tutkimusjoukossa melko tasaisesti. Tutkimuksen mukaan kuntoutustarpeella oli yhteyttä riskitekijöiden lukumäärään, mutta osassa tapauksia riskitekijät eivät selittäneet koettua tarvetta. Taustamuuttajat, oheissairastavuus sekä riskitekijät selittivät koetusta tarpeesta noin 10 prosenttia, muiden tekijöiden selitysosuus oli 25 prosenttia.

Tutkimus osoitti, että suurempaa kuntoutustarvetta kokivat ne vastaajat, jotka sairastivat diabetesta, olivat huolissaan sydänsairaudestaan tai kokivat joutuvansa sydänsairauden vuoksi luopumaan heille tärkeistä asioista. Raskaista kotitöistä suoriutumisen vaikeudet, halu elintapojen muuttamiseen sekä rentoutumisen ongelmat olivat myös yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Sen sijaan koulutustausta oli ammattikoulun osalta yhteydessä vähäisempään koettuun kuntoutustarpeeseen.

Avainsanat: sepelvaltimotautipotilas, riskitekijä, koettu kuntoutustarve

ABSTRACT  
UNIVERSITY OF TAMPERE  
The School of Public Health

OJALA SAARA: The need for rehabilitation by patients with coronary heart disease  
— self-evaluated by patients and estimated by risk factors

Master' s thesis, 64 pages, 19 appendices  
Supervisors: Senior Assistant Professor Merja Ala-Nikkola  
Professor Pekka Rissanen

Public health  
December 2006

---

The purpose of the study was to describe the perceived need for rehabilitation by patients with coronary heart disease and factors linked with it. The aim was also to discover if the perceived need for rehabilitation differs from the need for rehabilitation indicated by the risk factors.

The data were collected in Autumn 2005 using a self-report questionnaire to the patients with coronary heart disease who had been treated in the Heart Center of the Tampere University hospital between January 2004 and July 2005. The sample consisted of 300 patients and the response rate was 50 % (n = 150). The perceived need for rehabilitation was assessed using an instrument developed by Aalto et al. (1999) which covers six different areas: physical condition, knowledge about the illness, promotion of self-care, general life management, mind and mood and social relationships. The rehabilitation need indicated by risk factors was measured by an index consisting of six known risk factors of coronary heart disease. The results are presented through frequencies, percentages and means. Statistical significance was examined using crosstabulation and linear regression analysis.

Respondent's mean age was 66 years. The majority of them was retired and had another chronic disease in addition to the coronary heart disease. The level of perceived need for rehabilitation (low, substantial and high) was distributed rather evenly within the respondents. The results show that the amount of risk factors correlated to the perceived need for rehabilitation, but these risk factors did not explain the perceived need completely. The background variables, other chronic diseases and risk factors explained approximately 10 percents of the perceived need for rehabilitation while the other factors 25 percents.

Those participants who had diabetes, were concerned of their heart disease or those who felt that the heart disease forced them to give up things that mattered to them perceived a greater need for rehabilitation. The difficulties to manage heavy household works or to relax and the desire to change one's lifestyle also correlated with greater perceived need for rehabilitation. By contrast patient's lower level vocational education correlated with smaller need for rehabilitation.

Key words: coronary heart disease, risk factor, perceived need for rehabilitation

## SISÄLLYS

<b>1 TUTKIMUKSEN TAUSTA.....</b>	<b>1</b>
<b>2 KUNTOUTUS JA KUNTOUTUSTARVE.....</b>	<b>5</b>
2.1 Kuntoutuksen määrittely ja tavoitteet .....	5
2.2 Kuntoutustarve ja sen arviointi.....	8
<b>3 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN RISKITEKIJÄT .....</b>	<b>12</b>
3.1 Taudin kehittyminen ja oireet.....	12
3.2 Sepelvaltimotaudille altistavat tekijät.....	13
3.2.1 Tupakointi.....	14
3.2.2 Korkea verenpaine ja kolesterolipitoisuus .....	15
3.2.3 Diabetes .....	16
3.2.4 Liikunnan vähyys ja ylipaino .....	16
3.2.5 Psykkiset ja sosiaaliset tekijät.....	17
3.3. Sepelvaltimotaudin hoitokäytännöt .....	19
<b>4 SYDÄNKUNTOUTUKSEN MÄÄRITTELY JA TOTEUTUMINEN.....</b>	<b>20</b>
4.1 Sydänkuntoutuksen määrittely ja tavoitteet.....	20
4.2 Sydänkuntoutuksen toteutuminen.....	22
<b>5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA SYDÄNKUNTOUTUKSESTA .....</b>	<b>25</b>
5.1 Kuntoutuksen vaikutus fyysiseen toimintakykyyn .....	25
5.2 Kuntoutuksen merkitys riskitekijöiden vähentämisessä .....	27
5.3 Kuntoutuksen vaikutus psyykkiseen toimintakykyyn.....	28
<b>6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....</b>	<b>30</b>
<b>7 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT .....</b>	<b>31</b>
7.1 Aineiston hankintamenetelmä.....	31
7.2 Kyselylomake ja mittarit .....	31
7.2.1 Taustamuuttujat ja terveystietojen käyttö.....	32
7.2.2 Terveystietojen liittyvät elintavat, yleinen terveydentila ja suhtautuminen sairauteen .....	32
7.2.3 Kuntoutusta kuvaavat muuttujat .....	33

7.3 Aineiston keruu .....	34
7.4 Aineiston analyysi .....	35
7.4.1 Muuttujat .....	35
7.4.2 Tilastolliset menetelmät .....	37
<b>8 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>39</b>
8.1 Tutkimukseen osallistuneet.....	39
8.2 Koetun kuntoutustarpeen ja riskitekijöiden osoittaman kuntoutustarpeen vertailu .....	41
8.3 Koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevat tekijät .....	43
<b>9 POHDINTA.....</b>	<b>47</b>
9.1 Tulosten tarkastelua.....	47
9.2 Tutkimuksen eettisyys.....	51
9.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	53
9.4 Jatkotutkimusaiheet .....	55
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>57</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>65</b>
Liite 1. Kyselylomake.....	65
Liite 2. Kuntoutustarvemalleissa käytettyjen muuttujien selitykset.....	77
Liitetaulukko 1. Aikaisempia tutkimuksia sydänkuntoutuksesta.....	79
Liitetaulukko 2. Tilastollisessa analyysissä käytettyjen muuttujien kuvailut.....	82

## 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Suomalaisten sydän- ja verisuoniterveys on parantunut selvästi viimeisten vuosikymmenien aikana. Myönteisestä kehityksestä huolimatta sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen suomalaisten suurin yksittäinen kuolinsyy, lähes puolet kaikista kuolemista aiheutuu sydän- ja verisuonisairauksista. Esimerkiksi vuonna 2000 sepelvaltimotaudin vuoksi osastohoitoa tarvitsi Suomessa 36 078 potilasta, mikä tarkoitti yhteensä 561 141 hoitopäivää. Vuonna 2003 sepelvaltimotautiin kuoli 6112 miestä ja 6194 naista. (Toimenpideohjelma suomalaisten verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005—2011.)

Sepelvaltimotauti ja muut sydänsairaudet ovat siis nykyisestä tiedosta huolimatta Suomessa edelleen merkittäviä kansanterveysongelmia. Sairastavuus ja kuolleisuus ovat siirtymässä vanhempiin ikäluokkiin, sen sijaan nuoremmissa ikäluokissa on tapahtunut vähentymistä. Tämän kehityksen taustalla on riskitekijöiden parempi tunnistaminen ja niihin puuttuminen sekä sairauksien kehittynyt hoito ja kuntoutus. Kuitenkin sydänsairauksia esiintyy edelleen runsaasti myös työikäisessä väestössä ja niillä on merkittävä osuus ennenaikaisen työkyvyttömyyden aiheuttajina. (Hämäläinen 2003, 295.)

Tärkeimpiä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, kohonnut verenpaine, suurentunut veren kolesterolipitoisuus sekä diabetes. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa runsas alkoholin käyttö, liikunnan vähäisyys, ylipaino sekä psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Nieminen ym. 2000, 59—60; Strandberg 2004, 149—150.) Maailman terveysjärjestön (WHO) raportin mukaan yli kolme neljästä sydän- ja verisuonitaudista aiheutuu ainoastaan kolmesta riskitekijästä: tupakasta, kohonneesta verenpaineesta ja korkeasta kolesterolista tai näiden kaikkien yhdistelmästä. Suomalaisten sydän- ja verisuonisairauksien keskeisiä vaaratekijöitä ovat edelleen runsas tyydyttyneen rasvan ja natriumin saanti, ylipaino, tupakointi ja liikunnan vähyys. (Toimenpideohjelma suomalaisten... 2005; Yleistietoa sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksista 2006.)

Sydänkuntoutuksella voidaan vaikuttaa suotuisasti sepelvaltimotautipotilaan ennusteeseen. Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan moniammatillisia toimenpiteitä, joilla pyritään riskitekijöiden ja oireiden vähentämiseen, sairauden etenemisen hidastamiseen, ja fyysisen kunnon sekä rasituskestävyyden parantumiseen. Kuntoutus parantaa yleensä potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia sekä tukee työhön paluuta sairastumisen jälkeen. (Hämäläinen & Kallio 1994; Penttilä 2004; Thompson & Bowman 1998.) Tutkimusten mukaan sydänkuntoutus on vaikuttavaa kokonaiskuolleisuuden ja uusien sydäntapahtumien vähentämisessä, lisäksi sillä voidaan edistää terveellisiä elämäntapoja ja riskitekijöiden hallintaa (Ades ym. 1999; Jolliffe ym. 2005; Julkunen ym. 2000; Murchie 2003).

Yhteiskunnan näkökulmasta sepelvaltimotauti ja sydäninfarktit aiheuttavat vuosittain suuren hoito- ja kuntoutustarpeen. Tärkeää olisi kuitenkin huomioida myös sepelvaltimotautia sairastavan potilaan yksilöllinen kuntoutustarve, jonka lähtökohtana voidaan pitää yksilön itsensä kokemaa ongelmaa ja halua vapautua siitä. Koettu ongelma käsitetään yleensä ristiriidaksi nykytilanteen ja odotusten välillä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 143—144.) Yksilöllisen kuntoutustarpeen huomiointi auttaa kuntoutuksen kohdentamisessa. Kuntoutus etenee usein parhaiten silloin, kun kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän tilannearviot kuntoutustarpeesta ovat samanlaiset. Yksilön subjektiivinen kuntoutumistarve ja asiantuntijan määrittämä kuntouttamistarve eivät aina ole yhdenmukaiset; usein subjektiivinen tarve ilmenee aikaisemmin kuin asiantuntijan määrittämä tarve. Kuntoutujalla ja asiantuntijalla voi olla erilaisia näkemyksiä muun muassa kuntoutuksen tavoitteista, edellytyksistä sekä mahdollisista hyödyistä ja haitoista. (Järvikoski & Härkäpää 2003, 39.)

Sepelvaltimotaudin tunnetut riskitekijät kertovat kuntoutustarpeesta terveydenhuollon näkökulmasta. Riskitekijöiden lukumäärällä on merkitystä; mitä useampi riskitekijä henkilöllä on, sitä tarpeellisempina terveydenhuollon ammattilaiset näkevät hänen kohdallaan kuntoutuksen. Terveydenhuollon näkemys ei kuitenkaan välttämättä ole yhteneväinen kuntoutujan mielipiteen kanssa, vaan kuntoutujan kokemaan tarpeeseen voivat vaikuttaa monet muut tekijät, jotka eivät ole niin ilmeisiä ja näkyviä.

Tämä tutkimus on osa Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksessa meneillään olevaa sydänpotilaiden kuntoutushoitoketjun kehittämishanketta, joka on Suomessa ensimmäinen julkisen terveydenhuollon ja sydänjärjestön yhteistyössä toteuttama hanke. Sen päämääränä on tuottaa toimiva sydänpotilaiden kuntoutuksen hoitoprosessi, jonka kehittämiseen sitoutuvat erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja potilasjärjestöt. Tavoitteena on saada aikaan toimiva ja saumaton hoitoketju erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon välille sekä varmistaa ja oikea-aikaistaa potilaiden kuntoutukseen pääsy. (Sydänpotilaiden kuntoutuksen... 2004.) Tulin itse mukaan hankkeeseen suorittaessani kansanterveystieteen opintoihini kuuluvaa harjoittelua Sydänkeskuksessa, jossa oli tiedostettu tarve sydänpotilaiden koetun kuntoutustarpeen tutkimiseen. Kiinnostuksen kohteena oli myös riskitekijöiden osuus kuntoutustarpeen kokemisessa. Aihe soveltui hyvin kansanterveystieteen Pro gradu -työn aiheeksi ja lisäksi oma mielenkiintoni kuntoutusasioihin tuki päätöstäni tämän tutkimuksen tekemiseen.

Sydänkeskuksen tehostuneen toiminnan ansiosta hoitoajat ovat lyhentyneet, mikä säästää erikoissairaanhoidon kustannuksia mutta asettaa puolestaan suurempia haasteita avoterveydenhuollolle. Tämän hetkisillä resursseilla ja valmiuksilla avoterveydenhuolto ei pysty vastaamaan nopeasti kotiutettujen potilaiden hoito- ja kuntoutustarpeeseen. Myöskään potilaat eivät sairaalassaoloaikana ehdi saada riittävästi tietoa sairautensa luonteesta, ennusteesta, vaikeusasteesta tai vaaratekijöistä. Sydänsairauden luonteen vuoksi itsehoito on tärkeässä asemassa ja ohjausta tarvittaisiin myös oireiden seurantaan, lääkehoitoon, elämäntapoihin ja hätätilanteessa toimimiseen. Kuntoutuspalveluiden kohdentaminen ja kuntoutustoimenpiteiden aloittaminen heti sairastumisen jälkeen tehostaisivat sairaudesta toipumista ja vähentäisivät uudelleen sairastumisen todennäköisyyttä. (Sydänpotilaiden kuntoutuksen... 2004.)

Tämän tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää uuden sydänpotilaille vuonna 2007 avattavan laituskuntoutusyksikön toiminnan suunnittelussa. Sydänkuntoutuksen osalta ei ole juurikaan selvitetty kuntoutujan kokemaan kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Myöskään riskitekijöiden osoittamaa



kuntoutustarvetta ei ole verrattu koettuun tarpeeseen. Molemmat osa-alueet tuovat kuitenkin tärkeää tietoa kuntoutuksen suunnittelijoille ja toteuttajille. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemaa kuntoutuksen tarvetta sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi tavoitteena on selvittää eroaako riskitekijöiden osoittama kuntoutustarve potilaiden kokemasta tarpeesta.

## 2 KUNTOUTUS JA KUNTOUTUSTARVE

### 2.1 Kuntoutuksen määrittely ja tavoitteet

Kuntoutuksella on perinteisesti tarkoitettu yhteiskunnallista säätelyjärjestelmää, jonka tavoitteena on ylläpitää ihmisten yhteiskuntakelpoisuutta. Kuntoutusta on perusteltu sekä yhteiskunnan hyödyllä että yhteisölle koituvalla hyvällä, vaikka tärkeimpinä perusteina onkin pidetty työvoiman turvaamista, hoito- ja sosiaalikulujen säästöä sekä yhteiskunnallista turvallisuutta. Kuntoutustoiminta on sidoksissa yleiseen terveydenhuoltoon, koulutus- ja työvoimapolitiikkaan, sosiaalihuoltoon, työsuojeluun sekä eläkepolitiikkaan. (Järvikoski & Härkäpää 1995, 12—14.) Kuntoutuksen avulla on pyritty tekemään eri tavoin sairaista tai vammaisista henkilöistä yhteiskuntakelpoisia yksilöitä suomalla heille sairautensa tai vammansa takia tiettyjä erityisoikeuksia ja palveluja. Heitä on pyritty kasvattamaan tai kouluttamaan kohti ”normaaliuden maailmaa”. (Suikkanen & Piirainen 1995, 29.)

Kuntoutusta voidaan tarkastella laajemminkin huomioimalla kuntoutujan työ-, toiminta- tai asuinympäristö eli ne yhteisöt, joissa kuntoutuja elää. Useimmiten kuntoutus kuitenkin ymmärretään toimenpiteinä eli erilaisina kuntoutuspalveluina. Näitä palveluja ovat muun muassa terapiat, apuvälineet, neuvonta, koulutus ja sopeutumisvalmennus sekä työkyvyn tukitoimet. Kuntoutuksen voidaan ajatella olevan sosiaalipoliittista palvelu- ja tukitoimintaa, jonka tarkoituksena on auttaa ihmistä suoriutumaan elämän asettamista vaatimuksista. Kuntoutuksen tulisi merkitä ihmiselle mahdollisuutta elää ja osallistua omana itsenään, tarpeidensa mukaan tuettuna. Kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää psykofyysisen toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin kohenemista, sosiaalisen selviytymisen sekä työkyvyn paranemista ja yksilöllisten elämäntavoitteiden saavuttamista. (Leino 2004, 93—95.)

Järvikoski & Härkäpää (1995, 21—22) näkevät kuntoutuksen tehtäväksi auttaa kuntoutujaa arvioimaan ja toteuttamaan elämänprojektejaan sekä ylläpitämään elämäntilanteensa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa selviytyä ovat esimerkiksi sairauden takia uhattuna. Kuntoutus auttaa yksilöä arvioimaan

pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan, etsimään keinoja niiden saavuttamiseksi sekä muodostamaan tarvittaessa uusia projekteja. Kuntoutus ei ole näin ollen pelkästään asiantuntijatoimintaa vaan kuntoutustyöntekijän keskeinen tehtävä on auttaa kuntoutujaa onnistuneiden valintojen tekoon ja tavoitteisiin pääsemiseen. Tässä näkemyksessä korostuvat kuntoutujan aktiivisuus ja itsemäärääminen, mutta siihen sisältyy myös usko jatkuvaan oppimiseen ja kehitykseen.

Kuntoutusta voidaan ajatella myös kuntoutumisena eli aktiivisena muutosprosessina, jonka aikana kuntoutuja kehittää itselleen sopivia keinoja ja menetelmiä selviytyäkseen mahdollisimman hyvin arkielämän rooleista ja velvollisuuksista. Kuntoutumisen käsite viittaa kuntoutujan aktiiviseen toimintaan ja osallistumiseen. Kuntoutujan omat henkilökohtaiset tarpeet ja tavoitteet ohjaavat kuntoutumista ja antavat sille suunnan. Kuntoutuksen on vahvistettava kuntoutujan käsitystä itsestään oman elämänsä ja kuntoutumisen päähenkilönä. (Hänninen & Valkonen 1998, 1—2; Järvikoski & Härkäpää 2004, 19—20.)

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko (2002, 3—4) pohjautuu myös tälle ajatukselle. Sen mukaan kuntoutus ymmärretään kuntoutumisena, ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessina. Tavoitteena voidaan pitää itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, toimintakyvyn ja työllisyyden edistämistä sekä tukemista. Selonteon mukaan tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä ovat kuntoutujan oma osallisuus kuntoutumisprosessissa sekä ympäristöön vaikuttaminen. Psykososiaaliset ja sosiaaliset ulottuvuudet tulevat olemaan tulevaisuudessa yhä merkittävämpi osa kuntoutusta.

Kettusen, Kähäri-Wiikin, Vuori-Kemilän ja Ihalaisen (2002, 19—31) näkemys kuntoutuksesta noudattelee samoja linjoja. Heidän mukaansa kuntoutuminen pyrkii aina ihmisen toimintamahdollisuuksien luomiseen ja lisäämiseen. Kuntoutustoiminnan tavoitteena on tasapaino kuntoutujan omien fyysisten ja psykososiaalisten toimintaedellytysten ja toimintatarpeiden sekä hänen toimintaympäristönsä välillä. Tähän tavoitteeseen voidaan päästä edistämällä kuntoutujan toimintakykyä, hyvinvointia ja elämäntilannetta sekä vaikuttamalla

kuntoutujan omaan toimintaympäristöön. Kuntoutuksen lähtökohtana on aina kuntoutujan oma elämäntilanne, tarpeet ja voimavarat. Näistä muodostuvat kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet, joiden saavuttamista voidaan mitata kuntoutujan subjektiivisella kokemuksella tai asiantuntijoiden arvioimana.

Valtaistuminen tai elämänhallinta on viime vuosina määritelty usein yhdeksi kuntoutuksen tavoitteeksi. Järvikoski & Härkäpää (2004, 128—130) sisällyttävät elämänhallintaan hallinnan ja pystyvyyden tunteen. Tällä he tarkoittavat yksilön luottamusta omiin mahdollisuuksiinsa ja siihen, että hän voi omalla toiminnallaan vaikuttaa omaan elämäänsä. Lisäksi elämänhallintaan voidaan ajatella kuuluvan tunteen siitä, että yksilö kokee selviytyvänsä vaikeistakin tilanteista omin avuin tai läheistensä tuella.

Valtaistuminen (empowerment) puolestaan sisältää usein ajatuksen itsensä ja muiden vapauttamisesta, energian lisäämisestä ja kasvuprosessista. Yksilötasolla valtaistuminen voi näkyä itseluottamuksena, hallinnan tunteena tai kriittisenä tietoisuutena itsestä suhteessa ympäristöön. Tämän lisäksi valtaistuminen merkitsee kuitenkin sellaisia muutoksia, jotka johtavat myös käytännön toimintaan. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 130—131.) Zimmermanin ja Warschauskyn (1998, 4—7) mukaan valtaistuminen tarkoittaa mahdollisuutta osallistua omia asioita koskevaan päätöksentekoon ja toimeenpanoon. Lisäksi valtaistuminen merkitsee hallinnan ja kontrollin saavuttamista, joka puolestaan antaa mahdollisuuden omien tai viiteryhmän asioiden ajamiseen. Valtaistuminen lisää myös kriittistä tietoisuutta ympäristöstä ja sen vaikutuksista yksilön omaan elämäntilanteeseen.

Järvikoski ja Härkäpää (2004, 133) toteavat, että kuntoutuksella saavutettu valtaistuminen ja elämänhallinta auttavat kuntoutujaa näkemään oman elämänsä merkityksen ja mielekkyyden. Kuntoutuksella saavutettu valtaistuminen voi lisätä ja vahvistaa kuntoutujan itsenäisyyttä, itsetuntoa ja luottamusta omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa. Kuntoutujalla on tilaisuus vaikuttaa omaan tulevaisuuteensa ja elämäänsä, saada äänensä kuuluviin ja osallistua tasa-arvoisena jäsenenä yhteisön elämään.

Elämänhallinnan tai valtaistumisen asettaminen kuntoutuksen tavoitteeksi on tärkeä lähtökohta, vaikka siihen liittyykin ratkaisemattomia kysymyksiä. On pohdittava, onko palvelujärjestelmällä todellisia mahdollisuuksia auttaa kuntoutujaa valtaistumaan vai tarkoittaako asiantuntijan väliintulo aina ulkopuolisen kontrollin lisääntymiseen tähtääviä prosesseja. Myös kuntoutujan vastuun ja päätösvallan painottaminen voi käänntyä kielteiseksi perustavoitteen kannalta. Kuntoutujan roolin korostaminen tarkoittaa osaltaan sitä, että kuntoutuja on henkilökohtaisesti vastuussa kuntoutuksen lopputuloksesta. Tämä voi lisätä jo ennestään uupuneen ja sairaan ihmisen taakkaa. (Järvikoski & Härkäpää 2003, 36.)

## 2.2 Kuntoutustarve ja sen arviointi

Tarpeen käsite on moniulotteinen. Tarpeella voidaan viitata toisaalta puutteisiin, ristiriitoihin tai jännitystiloihin, jotka virittävät alttiutta muutokseen ja toisaalta sellaisiin pyrkimyksiin ja tavoitteisiin, jotka tarkoittavat puutteista vapautumista tai ristiriitojen ratkaisua. Erilaiset tarpeet aktivoivat ihmisiä tavoitehakuiseen toimintaan, jonka lopputuloksena on tyydyttynyt tarve ja tavoiteltu tilanne. Usein erotetaan toisistaan perustarpeet ja muut tarpeet. On katsottu, että on olemassa joukko perustarpeita, joiden tyydyttäminen on välttämätöntä ihmisen hyvinvoinnille ja toisaalta taas tarpeita, jotka eivät ole samalla tavoin perustavia. (Järvikoski & Härkäpää 2003, 37.) Esimerkiksi Maslowin tarvehierarkiassa (1954) fysiologisten ja turvallisuuden tarpeiden tyydyttyminen on välttämätöntä, ennen kuin voidaan edetä korkeampiin tietämisen ja itsensä toteuttamisen tarpeisiin.

Doyal ja Gough (1991, 50—55) näkevät tarpeet tilanteina, jotka liittyvät vakavan vahingon välttämiseen. Heidän mukaansa on olemassa kaksi perustavaa laatua olevaa tarvetta. Toinen niistä on fyysinen terveys eli elämän säilyttäminen ja toinen puolestaan autonomia, jolla tarkoitetaan ihmisen mahdollisuutta tehdä valintoja ja kantaa niiden seuraukset. Mielenterveys, oppimismahdollisuudet ja osallistuminen ovat autonomian kannalta keskeisiä osa-alueita.

Kuntoutumistarpeen lähtökohtana voidaan ajatella olevan ongelma tai tilanne, johon ihminen toivoo muutosta. Nykytilanne voi olla esimerkiksi sairauden takia rasittavampi tai vaativampi kuin aikaisempi elämäntilanne ennen sairastumista. Yksilö tuntee itse ongelmansa, sairautensa ja pyrkimyksensä paremmin kuin kukaan ulkopuolinen asiantuntija. Hänellä ei kuitenkaan usein ole selkeää tietoa tai käsitystä tarjolla olevista kuntoutuspalveluista ja tähän tarvitaan ulkopuolisen ammattilaisen apua. (Järvikoski & Härkäpää 2003, 38; 2004, 143—144.)

Kuntoutustarpeen käsitettä on terveydenhuollossa käytetty kahdella tavalla. Tarpeen määrittely voi lähteä yksilöstä itsestään, mutta myös yhteiskunta määrittelee kuntouttamistarpeen erilaisilla laeilla, asetuksilla ja säädöksillä sekä kuntoutusorganisaatioiden antamissa toimintaohjeissa. Säädökset perustuvat toisaalta käsityksiin yhteiskunnan velvollisuudesta kansalaisia kohtaan, toisaalta arvioihin siitä, millaiset ovat eri tavoin kohdennettujen toimenpiteiden kustannukset ja hyödyt. Myös yhteiskunnan taloudellinen tilanne sekä työmarkkinat määrittelevät kuntouttamisintressin luonnetta. (emt., 38—39; 143—144.)

Kuntoutuksen ammattihenkilöstö tukeutuu työssään yhteiskunnan määrittelemään kuntoutustarpeeseen. Käytännössä asiantuntijat arvioivat yksilöllisen kuntouttamistarpeen ongelman tai sairauden vaikeusasteen ja luonteen mukaan, vaaditaanko palvelujärjestelmän väliintuloa. Kokonaisarvioon vaikuttavat sekä ongelman tuottama epämukavuus yksilölle että työ- ja toimintakyvyn rajoitukset. Lisäksi arvioidaan kuntoutuksella mahdollisesti saavutettava hyöty. Kuntoutustoimenpiteitä pyritään kohdentamaan ensisijaisesti niille henkilöille, joiden toiminta- ja työkyvyn voidaan ajatella kehittyvän myönteiseen suuntaan kuntoutuksen avulla. (Järvikoski & Härkäpää 2003, 38—39; 2004, 143.) Työelämän ja ikärakenteen muutoksen vuoksi kuntoutustarpeen on tulevaisuudessa arvioitu lisääntyvän (Rissanen & Aalto 2002, 1—3).

Viitanen ja Piirainen (2003) selvittivät MS-tautia sairastavien potilaiden kuntoutustarvetta kuntoutujan kokemana ja arvioimana. Tutkimusmenetelmänä käytettiin ryhmähaastatteluja, joihin osallistui kaikkiaan 26 henkilöä. Tutkittavat

olivat iältään 26–68 -vuotiaita. Tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä analyysiä ja siitä syntyivät kuntoutuksen ja kuntoutustarpeen pääteemat. Tärkeää oli *tarve olla hyväksytty ja toimintakykyinen*. Kuntoutujat toivoivat voivansa osallistua täysivaltaisena jäsenenä oman elämänsä ja perheensä päätöksentekoon ja mahdollisuuksien mukaan myös ansiotyöhön. Kuntoutukselta toivottiin tilaisuuksia *vaikeuksien jakamiseen*, esimerkiksi mahdollisuutta osallistua ryhmätoimintaan, jossa on samassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä. Ryhmän odotettiin ennen kaikkea lisäävän ymmärrystä taudin aiheuttamista muutoksista ja auttavan sairauteen liittyvien asioiden jakamista. Ryhmältä odotettiin myös mahdollisuutta omien rajojen kokeiluun turvallisessa ympäristössä. (Viitanen & Piirainen 2003, 27—33.)

Suurin osa tähän tutkimukseen osallistuneista oli vielä mukana työelämässä. He toivoivat mahdollisuutta *sovittaa työ* omaan tilanteeseen sopivaksi. Työssä jatkaminen, vaikka osa-aikaisestikin, koettiin tärkeäksi MS-taudista huolimatta. Kuntoutuksen toivottiin auttavan *itsenäistä arjessa selviytymistä* apuvälineiden tai uusien ratkaisujen avulla. Kaiken kaikkiaan kuntoutus nähtiin laajana elämää mahdollistavana tukipalveluna. Koettu kuntoutustarve painottui *henkisen hyvinvoinnin lisäämiseen ja sosiaalisen tuen saamiseen*. Omaan fyysiseen toimintakykyyn liittyvä kuntoutustarve jäi selvästi vähemmälle. (emt., 27—33.)

Valkonen (1994) selvitti sydäninfarktipotilaiden kuntoutumista tarinametaforan avulla, jossa kuntoutuminen ymmärrettiin osaksi omaa elämäntarinaa ja mahdollisuudeksi muokata omaa elämää ohjaavaa mallia infarktin jälkeiset olosuhteet huomioiden. Sydäninfarktipotilaiden kokemukset olivat hyvin samankaltaisia MS-tautia sairastavien kanssa. Sydänpotilaiden kertomuksista nousi esiin vahva sosiaalisen tuen tarve lähipiiriltä ja lisäksi kuntoutukselta odotettiin ennen kaikkea tukea ja mahdollisuutta asioiden jakamiseen. (emt., 80—98.)

Aalto, Klaukka, Rissanen, Hakola ja Kerppilä (1999) tutkivat työikäisten astmaa sairastavien suomalaisten terveystalvelujen käyttöä ja kuntoutustarvetta. Kuntoutustarvetta selvitettiin kahdeksan osa-alueella käsittävällä mittarilla, jota käytettiin myös tässä tutkimuksessa. Mittari kuvataan myöhemmin luvussa 7.2.

Tutkimus osoitti, että astmapotilaat kokivat kuntoutustarvetta eniten mielialan kohentamiseen liittyvissä asioissa. Kuntoutustarve oli suurempi niillä vastaajilla, jotka sairastivat astman lisäksi jotakin muuta pitkäaikaissairautta, kokivat terveydentilansa keskimääräistä heikommaksi tai työkykynsä alentuneeksi.

Kuntoutustarpeen yhteydessä puhutaan usein motivaatiosta. Motivoitumisella viitataan kuntoutujan oman kuntoutushalun ja aktiivisuuden viriämiseen. Motivoituminen vaatii kuitenkin, että kuntoutuja kokee kuntoutuksen tavoitteet realistisina ja toteutettavissa olevina sekä luottaa itseensä ja omiin kykyihinsä. Kuntoutumisen onnistumisen kannalta motivoitumisella on erittäin keskeinen merkitys. Usein kuntoutuja tarvitsee motivaation herättämiseen ulkopuolista tukea. Sairastuminen aiheuttaa aina jonkinasteisen kriisin ja omat voimavarat ovat usein vähäiset. Tässä vaiheessa olisi tärkeää tukea kuntoutujan omia, heikkojakin voimavaroja, jotta ne vahvistuisivat ja sitä kautta motivaatio kuntoutumiseen lisääntyisi. (Kettunen ym. 2002, 48—49.)

Mikäli kuntoutuja ei ole motivoitunut kuntoutukseen, tulisi syy aina selvittää. Motivaation puutteesta puhuminen leimaa helposti kuntoutujaa, eikä asia kuitenkaan yleensä ole näin yksiselitteinen. Ongelma voi olla esimerkiksi siinä, että kuntoutuksen tavoitteet on määritelty ulkopuolelta, eivätkä ne näin ollen ole yhteneväisiä kuntoutujan omien tavoitteiden kanssa. Motivoitumattomuus voi johtua myös kuntoutujan elämänhistorian ja nykyisten tavoitteiden tai ratkaisuvaihtoehtojen välisestä ristiriidasta. (Leino 2004, 99.)

Myös Valkonen (1994) korostaa kuntoutujan oman kokemuksen merkitystä. Mikäli kuntoutuja kokee oman elämäntilanteensa tai resurssiensa estävän muutoksen, on sen aikaansaaminen melko epätodennäköistä. Kuntoutuja voi pitää kiinni elämäntavastaan, vaikka se terveydenhuollon näkökulmasta olisikin hänelle haitallista. Vaikka elämä tulisi mahdollisesti pidemmäksi ja paremmaksi noudattamalla terveellisiä elämäntapoja ja olisi näin yhteiskunnan näkökulmasta edullista, voisi yksilö kuitenkin kokea sen elämän mielekkyyden vähenemisenä. (emt., 105—108.)



### 3 SEPELVALTIMOTAUTI JA SEN RISKITEKIJÄT

#### 3.1 Taudin kehittyminen ja oireet

Sepelvaltimotaudista puhuttaessa tarkoitetaan sairautta, jossa sydänlihaksen omasta verensaannista huolehtivat sepelvaltimot ovat vaurioituneet ja ahtautuneet. Yleisin syy tähän on ateroskleroosi eli verisuonten kalkkeutuminen. Valtimoiden sisäseinään muodostuu ateromaplakkeja eli kovettumapesäkkeitä, jotka ahtauttavat valtimon läpimittaa ja huonontavat veren virtausta. Sepelvaltimotaudin tavallisimmat ilmenemismuodot ovat rasisurintakipu eli angina pectoris, sydäninfarkti, rytmihäiriöt ja sydämen vajaatoiminta. (Nieminen ym. 2000, 47—52.)

Ateroskleroosin kehittyminen on hyvin hidas prosessi, joka alkaa jo lapsuudessa. Kun sepelvaltimo on ahtautunut noin 50 prosenttia, tauti alkaa antaa oireita. Oireena on yleensä rintakipu, angina pectoris, joka liittyy rasisurustilanteisiin. Vasta kun ahtautuminen on 80 prosentin luokkaa, oireita alkaa esiintyä pienemmässäkin rasisuruksessa, jopa levossa. Lopulta ateroskleroosin ahtauttama sepelvaltimohaara tukkeutuu täysin. Tästä seuraa, että kyseisen valtimon ravitsema sydänlihaksen osa jää ilman verta ja happea. Sydänlihasalue vaurioituu ja menee kuolioon eikä kykene supistumaan tai osallistumaan sydämen pumppaustoimintaan. Tästä vaurioalueesta käytetään nimitystä sydäninfarkti. (emt., 47—52.)

Ateromaplakkien synnyssä keskeinen sija on veressä normaalisti esiintyvällä rasva-aineella eli kolesterolilla. Veren suuri kolesterolipitoisuus lisää kolesterolin kertymistä valtimoiden seinämiin ja edistää verisuonten kalkkeutumista. LDL eli ”paha” kolesteroli kuljettaa kolesterolia kudoksiin ja verisuonten seinämiin. HDL eli ”hyvä” kolesteroli puolestaan kuljettaa kolesterolia pois kudoksista ja verisuonten seinämistä. Perimä ja elämäntavat säätelevät veren kolesterolipitoisuutta. Tehokkaalla kolesterolin alentamisella voidaan jo syntyneitä ateromaplakkeja ja sepelvaltimoahtaumia pienentää. (emt., 48; Yleistietoa sydän... 2006.)

### 3.2 Sepelvaltimotaudille altistavat tekijät

Yleisiä sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat ikä, sukupuoli ja perintötekijät, joihin yksilö ei voi itse vaikuttaa. Sekä miehillä että naisilla sydäninfarktirisiki kasvaa iän myötä ja miehillä on suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin kuin naisilla, varmaa syytä tähän ei tiedetä. (Nieminen ym. 2000, 72—74.) Sepelvaltimotaudin merkittävimpiä vaara- tai riskitekijöitä ovat tupakointi, kohonnut verenpaine, suurentunut veren kolesterolipitoisuus sekä diabetes. Sairastumisriskiä lisäävät myös runsas alkoholin käyttö, vähäinen fyysinen aktiivisuus, ylipaino sekä masennus. Yleensä sepelvaltimotautiin sairastuneella henkilöllä on samanaikaisesti useita riskitekijöitä. Mitä useampi riskitekijä henkilöllä on, sitä suurempi on sairastumisen todennäköisyys. Tämän vuoksi olisi erittäin tärkeää puuttua jokaiseen henkilöllä olevaan riskitekijään. Sepelvaltimotautia jo sairastavalla taudin uudelleen ilmaantumisen vaara on erittäin suuri, mikäli vaaratekijöiden hoitoon ei kiinnitetä asianmukaista huomiota. Niiden hoitaminen kannattaa silloinkin kun tauti on jo todettu. (Strandberg 2004, 150.)

Murray (1989) selvitti tutkimuksessaan sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden aikaisempaa tietämystä sepelvaltimotaudin riskitekijöistä. Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin sitä, kuinka hyvin potilaat kokivat saaneensa tarpeitaan vastaavaa tietoa ja ohjausta. Tutkimukseen osallistuneet potilaat arvioivat sepelvaltimotaudin yleisimmiksi riskitekijöiksi psykososiaaliset tekijät kuten ylityöt, stressin ja huolen. Tupakointi, ylipaino, epäterveelliset ruokatottumukset ja liikunnan vähyyys olivat muita potilaiden mainitsemia riskitekijöitä.

Tutkimus osoitti, että potilailla vaikuttaisi olevan suhteellisen heikko tietotaso riskitekijöistä. Ainoastaan tupakoinnin oli yli 50 prosenttia vastaajista nimennyt sepelvaltimotaudin riskitekijäksi. Tupakointi tunnistettiin riskitekijäksi erityisesti tupakoivien keskuudessa, mutta sillä ei kuitenkaan koettu olevan yhteyttä omaan sairastavuuteen. Riskitekijöiden yhteyttä sairastumiseen ei pidetty kovin suurena; hieman yli puolet vastaajista oli sitä meiltä, että he olisivat voineet vaikuttaa sairastumiseensa lähinnä elintavoillaan. Kuitenkin 39 prosenttia

vastaajista oli sitä mieltä, että he eivät olisi voineet tehdä mitään estääkseen sairastumisensa. Tutkimuksen mukaan sepelvaltimotautia sairastavat potilaat tarvitsevat tarkempaa, juuri heidän tarpeisiinsa suunnattua tietoa sepelvaltimotaudin riskitekijöistä ja kuntoutuksesta. Useimmat vastaajat kokivat, että annettu tieto ei vastannut heidän tarpeitaan. (Murray 1989.) Tutkimus on melko vanha ja tietotaso sepelvaltimotaudin riskitekijöistä on varmasti nykyään parempi kuin aikaisemmin. Ongelmana sepelvaltimotaudin hoidossa ja kuntoutuksessa on kuitenkin edelleen se, miten potilailla oleva tieto saataisiin muutettua käytännön toiminnaksi.

### 3.2.1 Tupakointi

Tupakointi on monin tavoin haitallista sydämelle. Se nostaa sydämen sykettä ja verenpainetta lisäten sydämen työmäärää ja hapenkulutusta sekä edistää ateroskleroosin kehittymistä. Erityisesti sydämen vasemman ja kovimmalle rasitukselle joutuvan kammion suorituskyky heikkenee. Tupakointi vaikuttaa lisäksi epäedullisesti veren hyytymismekanismiin ja sokeriaineenvaihduntaan sekä lisää sydäninfarktin vaaraa, rytmihäiriöitä ja kammiovärinäalttiutta. Tästä syystä äkkikuolemariski on tupakoivilla viisinkertainen tupakoimattomiin nähden. (Nieminen ym. 2000, 68; Yleistietoa sydän... 2006.)

Wilsonin, Gibsonin, Willanin ja Cookin (2000) meta-analyysi osoitti, että tupakoinnin lopettamisella saadaan aikaan merkittävä aleneminen sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuolleisuudessa ja uusien sydäntapahtumien lukumäärässä. Kuolleisuuden aleneminen saavutettiin sukupuolesta tai seuranta-ajan pituudesta riippumatta. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa tupakoinnin lopettamisen hyötyjä käsittelevissä tutkimuksissa.

Sydäninfarktin jälkeen tupakoivien riski saada uusi infarkti on 2—3 -kertainen. Riski pienenee tupakoinnin lopettamisen myötä. Erityisen vaarallista tupakointi on yhdistyneenä korkeaan veren kolesterolipitoisuuteen. Tutkimusten mukaan tupakoinnin lopettamisesta hyötyvät myös sellaiset henkilöt, joille on jo

kehittynyt oireinen sepelvaltimotauti. Lopettamisen jälkeen infarktirisiki laskee puoleen vuodessa ja tupakoimattomien tasolle kymmenessä vuodessa. (Nieminen ym. 2000, 68; Yleistietoa sydän... 2006.)

### 3.2.2 Korkea verenpaine ja kolesterolipitoisuus

Tupakoinnin lopettamisen ohella merkittävin yksittäinen sepelvaltimotaudin riskiä pienentävä toimenpide on veren kolesterolipitoisuuden alentaminen. Tärkeimpänä tavoitteena on veren LDL-kolesterolipitoisuuden alentaminen, tällä toimenpiteellä on sepelvaltimotaudin ehkäisyssä selvin näyttö. Suomalainen ruokavalio sisältää edelleen liikaa ”kovia” eli tyydyttyneitä eläinrasvoja, kolesterolipitoisuuden alentamiseksi tulisi lisätä nimenomaan pehmeiden eli tyydyttymättömien kasvirasvojen sekä rasvattomien tai vähärasvaisten maitotaloustuotteiden käyttöä. Myös laihduttaminen sekä liikunnan lisääminen vaikuttavat suotuisasti veren kolesterolipitoisuuteen. Mikäli ruokavaliolla ja muilla elintapamuutoksilla ei saada kolesterolia laskemaan, on harkittava kolesterolia alentavaa lääkehoitoa. Lääkehoitoa suositellaan erityisesti silloin, jos henkilöllä on jo sepelvaltimotauti tai sairastumisriskiä voidaan pitää erityisen suurena. (Nieminen ym. 2000, 60—67.)

Ornish ym. (1990) ovat tutkineet elintapojen muutoksen vaikutusta ateroskleroosin etenemiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, voidaanko sepelvaltimotautia sairastavat potilaat saada sairaalan ulkopuolella sitoutettua elintapojen muutokseen ja voidaanko perusteellisella elämäntapojen muutoksella vaikuttaa ateroskleroosin vähenemiseen sepelvaltimoissa. Elintapojen muutos sisälsi stressin hallintaa, liikuntaa sekä ruokavalion muutoksen sydänystävälliseen suuntaan. Tutkimus osoitti, että tutkittavat saatiin motivoitua ainakin vuoden ajaksi elintapamuutokseen, jonka seurauksena sepelvaltimoissa havaittiin selvä ateroskleroosin väheneminen. Tutkijoiden mukaan tulos oli rinnastettavissa ateroskleroosin vähenemiseen, joka olisi ollut mahdollista saada aikaan kolesterolilääkityksellä.

Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta ja on tätä kautta haitallista sydämelle. Kohonnut verenpaine on runsaasti alkoholia käyttävillä hyvin yleistä. Alkoholi sisältää paljon energiaa ja runsas alkoholin käyttö johtaa yleensä ylipainoon ja tätä kautta verenpaineen nousuun. Kun alkoholin keskimääräinen päivittäinen kulutus nousee yli kahden ravintola-annoksen eli henkilö juo esimerkiksi kaksi pulloa keskiolutta, verenpaine alkaa nousta ja alkoholin haitalliset vaikutukset lisääntyä. Ruuan kanssa nautittu alkoholi kaksinkertaistaa myös helposti ruuasta saatavan energian määrän. (Yleistietoa sydän... 2006.)

### 3.2.3 Diabetes

Diabetes lisää sepelvaltimotautiin sairastumisen riskiä. Sekä tablettihoitoiseen aikuistyyppin diabetekseen että insuliinihoitoa vaativaan diabetekseen liittyy erittäin suuri sepelvaltimotaudin vaara. Syitä tähän suurentuneeseen riskiin on monia; aikuisiän diabeetikot ovat usein ylipainoisia ja heillä voi olla tähän liittyen rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä sekä kohonnut verenpaine. Sekä verenpaineen että kolesterolin alentamisella on saatu merkittävästi vähennettyä diabeetikkojen sydäntautitapahtumien riskiä. (Nieminen ym. 2000, 69—70; emt., 2006.)

### 3.2.4 Liikunnan vähyys ja ylipaino

Liikunnan vähyys ja lihavuus liittyvät usein yhteen ja molemmilla on vaikutusta merkittäviin riskitekijöihin, kuten verenpaineeseen, kolesteroliin ja diabetekseen. Liikunnalla on lisäksi myönteisiä vaikutuksia verenpaineeseen, veren rasvoihin, lihavuuteen, sokeriaineenvaihduntaan ja veren hyytymisjärjestelmään. Yleensä liikuntaa harrastavilla on muutenkin terveellisemmät elämäntavat. Liikunta auttaa painonhallinnassa sillä muutamankin kilon painonpudotuksella on suotuisia vaikutuksia terveyteen. (emt., 70—72; emt., 2006.) Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet liikunnallisen elämäntyylin ja kuntoutuksen parantavan sydänpotilaiden fyysisistä toimintakykyä ja rasituksensietokykyä sekä

vähentävän kokonais- ja sydänkuolleisuutta (Ades 2001; Jolliffe ym. 2005; Kavanagh ym. 2002; Wannamethee ym. 2000).

Hyötyliikunnan lisääminen, esimerkiksi portaiden kävely tai työmatkaliikunta, on yleensä sydämen kannalta turvallista ja päivittäin toistettuna näyttäisi olevan riittävä määrä sepelvaltimotaudin ehkäisyä ajatellen. Parhaiten sepelvaltimotautia ja muita sydänsairauksia ehkäisee liikunta, jota tulisi harrastaa lähes päivittäin vähintään 30 minuuttia kerrallaan, 65—85 prosentin teholla maksimisykkeestä ja kohtuullisesti hengästyen ja hikoillen. Liikunnan on kuitenkin aina oltava oikeassa suhteessa henkilön ikään, kuntoon ja terveydentilaan ja erityisen tärkeää tämä on sydänsairautta sairastavalla henkilöllä. (Nieminen ym. 2000, 70—72; Yleistietoa sydän... 2006.)

### 3.2.5 Psyykkiset ja sosiaaliset tekijät

Psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä on tutkimuksen mukaan todettu olevan merkitystä sepelvaltimotautiin sairastumisessa. Suomessa sydäninfarktit ovat edelleen selvästi yleisempiä alemmissa sosiaaliluokissa. Osaltaan tähän löytyy selitys siitä, että ahdistuneisuus, elämänmuutokset ja sosiaalinen asema ovat yhteydessä perinteisiin suuriin riskitekijöihin. (Nieminen ym. 2000, 74.) Myös Keskimäki, Aalto, Häkkinen, Klaukka, Manderbacka, Reunanen ja Vehko (2004) ovat todenneet monien sairastuvuuteen ja elämän hallintaan liittyvien tekijöiden vaihtelevan sosioekonomisen aseman mukaan. Vaikka sepelvaltimotaudin aiheuttama taakka jakautui tutkimusjoukossa monilta osin verrattain tasaisesti, havaittiin taudin vaikeusasteessa, elämäntapaan liittyvissä riskitekijöissä ja elämänlaadussa piirteitä, jotka kuormittivat nimenomaan alempia sosioekonomisia ryhmiä.

Depression ja sepelvaltimotaudin yhteys on nostettu esiin viime vuosina. Sepelvaltimotautia sairastavilla masennus on selvästi yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Noin puolet sydäninfarktin sairastaneista kärsii vakavista tai lievemmistä masennusoireista jossakin vaiheessa sairauttaan. Masennus lisää sepelvaltimotaudin riskiä ja huonontaa taudin ennustetta siihen

sairastumisen jälkeen. Myös masentuneiden sydäninfarktipotilaiden kuolleisuus on suurempi kuin ei-masentuneiden. (Carney & Freedland 2003; Luutonen & Holm 1999; Mayou 1996.)

Ahto (1999, 136) on tutkimuksessaan todennut masennuksen olevan sepelvaltimotautipotilailla varsin yleistä: 29 prosenttia miespotilaista ja 20 prosenttia naispotilaista oli masentuneita. Masennusoireet voivat somaattista sairautta sairastavalla jäädä helposti fyysisen sairauden varjoon. Masennuksen hoitoon tulisi kiinnittää huomiota etenkin miespotilaiden kohdalla, koska heillä se jää useammin huomaamatta. Creedin katsauksen (1999) mukaan yksi kuudesta sydäninfarktipotilaasta sairastaa masennusta. Masennus lisää kuolleisuusriskiä ja on hänen mukaansa yhteydessä sydänsairauden vaikeusasteeseen. Hoitamattomana masennus johtaa väistämättä huonoon elämänlaatuun, jatkuviin sydänoireisiin sekä sydänsairauden pahenemiseen.

Masennus heikentää sepelvaltimotautia sairastavan elämänlaatua ja työkykyä. Masennuksen vaikeusaste vaikuttaa ennusteeseen; mitä vaikeampi masennustila, sen suurempi on uuden infarktin todennäköisyys. Masennus saattaa vaikuttaa taudin ennusteeseen jopa enemmän kuin sepelvaltimotaudin vaikeusaste. Sekä sepelvaltimotautia että masennusta sairastavat henkilöt kokevat usein voimakasta väsymystä ja jaksamattomuutta. Masentunut potilas ei jaksakaan eikä välitä hoitaa terveyttään ja sepelvaltimotaudin hoidon kannalta oleellisen tärkeät elämäntapamuutokset voivat jäädä tekemättä. Masennuksesta toipuminen lisää yleensä potilaan motivaatiota välttämättömiin elämänmuutoksiin ja näin myös perussairauden ennuste paranee. (Huttunen 2005; Valkamo 2005, 86—87.)

Myös Julkunen (1996) toteaa ahdistuksen, depression, pessimistisen asenteen, ärtyvyyden ja vihamielisyyden voivan ennustaa huonompaa toipumista ja vaikeuksia työelämään palaamisessa sydäninfarktin sairastaneilla henkilöillä. Erityistä huomiota tulisi hänen mukaansa kiinnittää potilaan psyykkisen tilan arviointiin jo akuuttivaiheessa, jotta mahdolliset toipumisen ongelmat voitaisiin huomata ajoissa.

### 3.3. Sepelvaltimotaudin hoitokäytännöt

Sepelvaltimotaudin hoito riippuu taudin ilmenemismuodosta. Vähäoireista sepelvaltimotautia hoidetaan ensisijaisesti lääkityksellä. Jos lääkehoito ei riitä pitämään oireita kurissa, harkitaan sepelvaltimoiden varjoainekuvausta pallolaajennus- tai ohitusleikkaustarpeen arvioimiseksi. On muistettava, että lääkehoito tai ohitusleikkaus ei pysäytä taudin etenemistä, vaikka ne saattavatkin helpottaa taudin oireita. Onnistuneeseen hoitoon on aina yhdistettävä elämäntapojen muutos. (Yleistietoa sydän... 2006.)

Sepelvaltimotaudin hoitomuotona käytetään pallolaajennushoitoa eli angioplastiaa tai ohitusleikkausta. *Angioplastiassa* ahtautuneeseen sepelvaltimeen ohjataan ohut pallokatetri, jonka kulkua seurataan röntgenlaittein. Ahtauman kohdalla palloa laajennetaan, jolloin se litistää tukkeuman suonen seinämää vasten ja avaa tien veren virtaukselle. Useimmiten toimenpide onnistuu mutta suoni voi ahtautua uudelleen, jolloin angina pectoris –oireet voivat palata. Pallolaajennushoito voidaan tällöin uusia tai vaihtoehtoisesti tehdä ohitusleikkaus. (Nieminen ym. 2000, 134—137; Yleistietoa sydän... 2006.)

*Ohitusleikkauksessa* sepelvaltimoiden tukkeutuneet kohdat ohitetaan terveellä verisuonisiirteellä, siirrännäisenä käytetään potilaan rintavaltimoa tai jalasta otettavia laskimoita. Leikkauksella voidaan vähentää rintakipuoireita, parantaa suorituskykyä ja ennustetta sekä sydämen toimintakykyä lääkehoitoa tehokkaammin. Leikkauksella saatava hyöty on kuitenkin väliaikainen, koska sen vaikutukset alkavat vähentyä noin viiden vuoden jälkeen. Tämä aiheutuu ateroskleroosin etenemisestä sepelvaltimoissa. Siirretty terve valtimo voi ahtautua, jos veren kolesterolipitoisuus pysyy suurena, verenpaine korkeana tai potilas jatkaa tupakointia. Ohitusleikkaus tulee hoitomuotona kyseeseen silloin, kun muilla toimenpiteillä ei voida tilannetta helpottaa. (Korpilahti 1999, 93—97; Nieminen ym. 2000, 141—145; Yleistietoa sydän... 2006.)



## 4 SYDÄNKUNTOUTUKSEN MÄÄRITTELY JA TOTEUTUMINEN

### 4.1 Sydäntuntoutuksen määrittely ja tavoitteet

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan sydäntuntoutuksella tarkoitetaan kaikkia sellaisia toimenpiteitä, joilla vaikutetaan suotuisasti sairauden perussyihin. Sen tavoitteena on varmistaa potilaalle parhaat mahdolliset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset olosuhteet niin, että hänellä on mahdollisuus omalla toiminnallaan säilyttää tai saavuttaa uudelleen mahdollisimman normaali yhteiskunnallinen asema (Takkunen & Romo 1998, 677; Thompson & Bowman 1998, 38). Määritelmä korostaa kuntoutuksen laaja-alaisuutta ja potilaan oman osallistumisen tärkeyttä.

Amerikan sydänjärjestön (American Heart Association, AHA) määritelmä sydäntuntoutuksesta on samankaltainen. Sen mukaan sydäntuntoutuksella tarkoitetaan systemaattisia ja moniammatillisia interventioita, joiden tavoitteena on taata sydänpotilaalle paras mahdollinen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kuntoutuksella pyritään myös hidastamaan tai jopa pysäyttämään ateroskleroottisen prosessin eteneminen, mikä puolestaan vähentää sairastavuutta ja kuolleisuutta. Suosituksen mukaan sydäntuntoutus ei saisi rajoittua ainoastaan liikunnalliseen kuntoutukseen, vaan sen tulisi sisältää myös muita riskitekijöiden minimoimiseen tähtäviä toimenpiteitä. (Leon ym. 2005, 369.)

Suomen Sydänliitto, Suomen Kardiologinen Seura sekä Kunnallislääkärit (1999) ovat laatineet suomalaisen suosituksen sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksesta. Sen mukaan sydäntuntoutus on moniammatillista yhteistyötä, johon kuuluu lääkinnällisiä, psykososiaalisia, ammatillisia ja kasvatuksellisia kuntoutuspalveluja. Näillä kaikilla pyritään potilaan fyysiseen ja psyykkiseen toipumiseen, vaaratekijöiden tunnistamiseen ja ”sydänystävällisten” elämäntapojen oppimiseen. Kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää työ- ja toimintakyvyn palauttamista sekä elämänlaadun paranemista. Sydänpotilaiden kuntoutuksen onnistumisen edellytys on hoitoketjun katkeamattomuus, mikä puolestaan edellyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä

yhteistyötä. Tärkeää on myös hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden ajoittaminen niin, että niistä saatava hyöty olisi potilaan kannalta mahdollisimman suuri. (Suositus sepelvaltimotautipotilaiden... 1999, 5, 27.)

Ades (2001) esittää sydänkuntoutuksen ja sekundaariprevention tavoitteeksi sepelvaltimotaudista aiheutuvan haitan vähentämistä erityisesti vanhemmilla henkilöillä ja niillä, joiden työ vaatii hyvää fyysistä toimintakykyä ja kestävyyttä. Tärkeää on myös ehkäistä uusia sydäntapahtumia ja -kuolemia sekä laitostumista. Näihin tavoitteisiin voidaan päästä kuntoutusohjelmilla, jotka ohjaavat liikunnan lisäämiseen ja riskitekijöiden vähentämiseen.

Penttilä (2004) tuo esille myös kuntoutuksen psyykkiset ja taloudelliset aspektit. Vertaistuki antaa mahdollisuuden kokemusten jakamiseen ja uusia näkökulmia arjesta selviytymiseen. Vertaistuella voi olla merkitystä myös masennuksen ja syrjäytymisen ehkäisyssä. Psykologinen tuki puolestaan auttaa sairastunutta voittamaan pelkonsa ja tiedostamaan psyykkisiä voimavarojaan sekä mahdollisia masennus- tai ahdistusoireitaan. Sepelvaltimotauti huonontaa sairastuneen taloudellista asemaa. Tämän vuoksi sairastuneen on tärkeää tuntea omat oikeutensa ja velvollisuutensa potilaana sekä olla tietoinen oikeudestaan sosiaaliturvaan ja lääkekorvauksiin. (emt., 135—136.)

Sepelvaltimotaudin ehkäisyn yhteydessä puhutaan primaari- ja sekundaaripreventiosta. Primaaripreventiolla tarkoitetaan sepelvaltimotaudin ehkäisyä tilanteessa, jossa henkilö ei ole vielä sairastunut sepelvaltimotautiin. Hänellä ei siis ole angina pectorista eli sydänperäistä rintakipua. Hän ei ole myöskään sairastanut sydäninfarktia eikä hänelle ole tehty ohitusleikkausta. Sekundaaripreventiosta puhuttaessa henkilöllä on jo jokin edellä mainituista sepelvaltimotaudin ilmentymistä ja niiden paheneminen halutaan estää. Tässä vaiheessa kuntoutuksen merkitys on ensiarvoisen tärkeää. (Nieminen ym. 2000, 56—57; Strandberg 2004, 149—150.) Sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutuksessa ei voida asettaa tarkkaa rajaa hoidon, kuntoutuksen ja sekundaariprevention välille, vaan nämä kaikki toimenpiteet limittyvät toisiinsa (Hämäläinen 2000, 4619).

## 4.2 Sydänkuntoutuksen toteutuminen

Sydänkuntoutus on yksi tutkituimpia ja vaikuttavimpia kuntoutuksen muotoja. Oikein toteutettu kuntoutus parantaa potilaan vointia ja ehkäisee uusia sairauskohtauksia. Arvioiden mukaan laaja-alaiset sydänkuntoutusohjelmat vähentävät sydänkuolleisuutta 26 prosenttia ja kokonaiskuolleisuutta 13 prosenttia. Intensiivisillä liikuntaohjelmilla on vielä tehokkaampi vaikutus, sydänkuolleisuus vähenee 31 prosenttia ja kokonaiskuolleisuus 27 prosenttia. Suomessa on kuitenkin puutteita sekä kuntoutuksen toteuttamisessa että sisällössä, esimerkiksi sydänpotilaiden liikunnallinen kuntoutus toteutuu huonosti. (Sydänpotilaiden kuntoutuksen... 2004; Toimenpideohjelma suomalaisten... 2005, 16.)

Sydänpotilaan systemaattinen kuntoutus toteutuu noin joka toisen sitä tarvitsevan potilaan kohdalla. Eurooppalainen selvitys (EUROASPIRE I 1995—1999 ja II 1999—2000) sydänpotilaiden vaaratekijöiden yleisyydestä puoli vuotta sydäntapahtuman jälkeen osoittaa, että Suomessa on parannettavaa nykyisissä hoito- ja kuntoutuskäytännöissä. Suomalaisten sydänpotilaiden tupakointi lisääntyi neljässä vuodessa 13 prosentista 22 prosenttiin, ylipainoisten määrä kasvoi 30 prosentista 34 prosenttiin ja joka toisella verenpaine- ja kolesterolilukemat ylittivät tavoitearvot. Myös diabeetikkojen määrä lisääntyi 15 prosentista 19 prosenttiin. Selvityksen mukaan Suomessa on puutteita sairastumisen jälkeisessä sekundaaripreventiossa ja terveyden edistämistoiminnoissa. Suomesta puuttuu sepelvaltimotautipotilaiden akuuttihoiton jälkeinen systemaattinen seuranta, jolla kansainvälisten tutkimusten mukaan voidaan vaikuttaa sairauden etenemiseen, vähentää uusia hoitokäyntejä ja pienentää terveydenhuollon kustannuksia. (Clinical reality... 2001, 997—998; Toimenpideohjelma suomalaisten... 2005, 16—17.)

Penttilän (2005) mukaan joka kymmenes sydänpotilas saa tällä hetkellä kuntoutusta. Sepelvaltimotautia sairastavilla henkilöillä ei ole niin sanottuja subjektiivisia kuntoutusetuuksia eli lakisääteisiä etuisuuksia, joilla kuntoutus on lailla säädetty annettavaksi tietyille potilasryhmille. Sydänpotilaiden kuntoutus

perustuu harkinnanvaraisuuteen, subjektiiviset etuudet koskevat ainoastaan potilaita, joiden sairaus on pysyvä. Sydänsairauksia voidaan hoitaa, joten sydäntautia sairastavat eivät täytä vaikeavammaisuuden kriteerejä. (emt., 134—135.)

Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus määräytyy yksilöllisesti sairauden vaikeusasteen ja hoitotoimenpiteiden mukaan. Tärkein kuntoutustoimenpide, joka parantaa ratkaisevasti sairauden ennustetta on vaaratekijöiden vähentäminen. Tärkein kuntouttaja on potilas itse, joka voi elämäntapojaan tarkistamalla ja muuttamalla vaikuttaa sairauden vaaratekijöihin ja sairauden kehittymiseen. (Yleistietoa sydän... 2006.) Kolesterolin sekä korkean verenpaineen alentaminen, tupakoinnin lopettaminen ja liikunnan lisääminen ovat keskeisiä tavoitteita sepelvaltimotautipotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa (Suositus sepelvaltimotautipotilaiden... 1999, 27).

Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus jaetaan nykykäsityksen mukaan kolmeen vaiheeseen. *Akuutti- eli sairaalavaihe* käsittää nimensä mukaisesti sairaalassaoloajan, jolloin potilaan kyky asioiden omaksumiseen on rajallinen. Tässä vaiheessa on keskityttävä olennaisimpaan tietoon ja ohjaukseen. Sairaalavaiheen kuntoutuksessa on tärkeää, että potilas saa riittävästi tietoa sairaudestaan, sen syistä ja kehittymisestä, hoitomuodoista sekä toipumisedellytyksistä. (Penttilä 2004, 135; Suositus sepelvaltimotautipotilaiden ... 1999, 8—12; Takkunen & Romo 1998, 678.) Penttilä (2004, 135) käyttää tästä vaiheesta myös nimeä tietokuntoutus. Hän toteaa lisäksi oikean ja asiallisen tiedon auttavan sairastunutta asettamaan sairautensa realistisiin mittasuhteisiin ja vähentämään tarpeettomia pelkoja.

Sairaalassaoloajan tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään sairautensa laatu, oppia hoitamaan itsenäisesti sairauttaan sekä välttämään haitallisiksi tiedettyjä tekijöitä. Huomiota tulisi jo tässä vaiheessa kiinnittää mahdollisiin ahdistus- ja masennusoireisiin, koska niillä on merkitystä potilaan toipumisen, työhön paluun sekä sairauden ennusteen kannalta. (Julkunen 1996; Suositus sepelvaltimotautipotilaiden... 1999, 8—12.)

*Toipumisvaiheen* voidaan ajatella kestävän kotiutumisen jälkeiset kaksi tai kolme kuukautta. Tässä vaiheessa potilaat ovat yleensä halukkaita terveysneuvontaan ja heidän motivaationsa on suurimmillaan. Tavoitteena pidetään sairaalassa saadun tiedon muuttamista arjen taidoiksi niin, että kuntoutuja sisäistää tarpeelliset tiedot sairaudestaan, sen hoidosta sekä vaaratekijöistä ja oppii vähentämään niitä ja hoitamaan itseään. Kuntoutujalta vaaditaan kärsivällisyyttä, tahtoa ja motivaatiota elämäntapojensa muuttamiseen, erityisesti huomiota on kiinnitettävä tupakoinnin lopettamiseen. Tavoitteena voidaan lisäksi pitää psyykkistä hyvinvointia sekä mahdollisimman hyvää työ- ja toimintakykyä. (Hämäläinen 2003, 293—299; Penttilä 2004, 135—136; Suositus sepelvaltimotautipotilaiden... 1999, 6; Takkunen & Romo 1998, 678.)

*Ylläpitovaihe* käsittää taudin hoidon ja seurannan käytännössä koko loppuelämän ajan. Tavoitteena on riskitekijöiden hallinta, terveelliset elämäntavat ja hyvä elämänlaatu. (Hämäläinen 2003, 293—299; Suositus sepelvaltimotautipotilaiden... 1999, 6.)

Lukkarisen (1999) sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatua ja elämäntapojensa käsittävän tutkimuksen mukaan nykyinen hoidon ja kuntoutuksen malli ei ole riittävä kaikille sepelvaltimotautia sairastaville potilaille. Fyysinen terveydentila usein paranee korkeatasoisen lääketieteen ansiosta ja sydänperäiset oireet helpottuvat. Tekniset hoidot eivät kuitenkaan kykene poistamaan elämäntilanteeseen liittyviä psykososiaalisia tekijöitä, jotka tulisi huomioida kuntoutuksessa. Tutkimus osoitti, että sepelvaltimotautia sairastavat kokivat jääneensä yksin jatkohoidon ja kuntoutuksen aikana. Psykososiaalisen tuen tarvetta esiintyi erityisesti naisilla, uudelleen sairastuneilla sekä nuorimman ikäryhmän naisilla ja miehillä. Lukkarinen (1999) esittää nykyisen työllistymisellä tai selviytymisellä mitatun kuntoutumisen olevan riittämätön ja mukaan olisi otettava myös elämäntapaan ja tyytyväisyyteen liittyviä ulottuvuuksia. Parhaimmillaan kuntoutuminen toteutuu yksilön kykyjen, terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisuuksien sekä näiden vuorovaikutuksen tuloksena. (emt., 112—113.)

## 5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA SYDÄNKUNTOUTUKSESTA

Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemasta kuntoutustarpeesta ja siihen liittyvistä tekijöistä ei ole löydettävissä aikaisempia tutkimuksia. Valkonen (1994) on tutkinut narratiivisin menetelmin sydäninfarktipotilaiden kuntoutusta ja tässä yhteydessä on potilaiden kertomuksista poimittavissa joitakin kuntoutustarpeeseen liittyviä tekijöitä, joita on tarkasteltu aikaisemmin luvussa 2.2. Myöskään potilaiden kokemaa kuntoutustarvetta ei ole verrattu riskitekijöiden osoittamaan kuntoutustarpeeseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa kuntoutumista on mitattu muun muassa fyysisen suorituskyvyn tai työ- ja toimintakyvyn muutoksella, masennuksen asteella, vaaratekijöiden vähentymisellä tai elintapojen muutoksella, uusien sydäntapahtumien lukumäärällä sekä sydän- ja kokonaiskuolleisuuden muutoksella. Aiempia tutkimuksia esitetään seuraavissa kappaleissa ja yhteenveto kyseisistä tutkimuksista on liitetaulukossa 1.

### 5.1 Kuntoutuksen vaikutus fyysiseen toimintakykyyn

Useimpien tutkimusten mukaan liikuntaperusteinen sydänkuntoutus parantaa sepelvaltimotautipotilaiden fyysistä toimintakykyä, vähentää sydänoireita ja kokonaiskuolleisuutta sekä sydänsairaudesta aiheutuvaa kuolleisuutta (Ades ym. 1999; Jolliffe ym. 2005; Wannamethee ym. 2000).

Adesin, Maloneyn, Savagen ja Carhartin (1999) tutkimus sepelvaltimotautipotilaiden koetusta fyysisestä toimintakyvystä osoitti, että liikunnallisella kuntoutuksella voidaan parantaa koettua fyysistä toimintakykyä. Koettu fyysinen toimintakyky oli yhteydessä ikään, sukupuoleen, fyysiseen kuntoon ja mielialaan. Tärkein koettua fyysistä toimintakykyä ennustava tekijä oli alhainen lähtötaso. Fyysistä toimintakykyä vaativat päivittäiset toiminnot kuten portaiden kiipeäminen ja tavaroiden kantaminen helpottuivat kuntoutuksen myötä.

Jolliffen, Reesin, Taylorin, Thompsonin, Oldridgen ja Ebrahimin (2005) kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli verrata pelkkää liikunnallista kuntoutusta ja liikunnallista kuntoutusta yhdistettynä muuhun sydänkuntoutukseen. Mittarina käytettiin kuolleisuutta, sairastavuutta, terveyteen liittyvää elämänlaatua sekä riskitekijöissä tapahtuvia muutoksia. Kyseisen katsauksen mukaan liikuntaperusteinen sydänkuntoutus oli tehokas tapa vähentää sydänkuolemia, mutta katsauksen perusteella ei voitu varmuudella todeta, onko kokonaisvaltainen kuntoutus tehokkaampaa pelkkään fyysiseen kuntoutukseen verrattuna.

Kavanagh, Mertens, Hamm, Beyene, Kennedy, Corey ja Shephard (2002) tutkivat fyysisen suorituskyvyn yhteyttä kokonaiskuolleisuuteen. Tutkimuksessa fyysistä suorituskykyä mitattiin maksimaalisen hapenottokyvyn muutoksella. Kyseisen tutkimuksen mukaan ensisijainen sydänpotilaan pitkäaikaisennusteeseen vaikuttava tekijä oli rasituksensietokyky mitattuna maksimaalisella hapenottokyvyllä. Sydänkuntoutuksella voitiin parantaa fyysistä suorituskykyä, jolloin maksimaalinen hapenottokyky ja rasituksensietokyky lisääntyivät ja pitkäaikaisennuste parani.

Wannamethee, Shaper ja Walker (2000) selvittivät fyysisen aktiivisuuden yhteyttä kuolleisuuteen vanhemmilla sepelvaltimotautia sairastavilla miehillä. Kevyt tai kohtuullinen fyysinen rasitus oli tutkimuksen mukaan selvästi yhteydessä merkittävästi matalampaan kuolleisuuteen. Säännöllinen kävely ja raskaat puutarhatyöt osoittautuivat sopivimmiksi liikuntamuodoiksi tämän tuloksen saavuttamiseksi. Wannametheen tutkimus tukee siis hyötyliikunnan merkitystä sydänpotilaan toimintakyvyn parantajana.

## 5.2 Kuntoutuksen merkitys riskitekijöiden vähentämisessä

Useat tutkimukset ovat selvittäneet voidaanko kuntoutuksella vaikuttaa sepelvaltimotaudin tunnettuihin riskitekijöihin ja saada aikaan elintapojen muutos terveellisempään suuntaan. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa elintapoihin ja vaaratekijöihin lyhyellä aikavälillä, mutta seuranta-ajan pidentyessä kuntoutuksen vaikutus häviää ja erot esimerkiksi kuolleisuudessa ja sydäntapahtumien lukumäärässä palaavat ennalleen. (Julkunen ym. 2000; Linden ym. 1996; Murchie ym. 2003.)

Julkunen, Saarinen, Idänpään-Heikkilä ja Sala (2000) tutkivat sydänkuntoutuksen tuloksellisuutta avo- ja laituskuntoutuksen osalta. He arvioivat kuntoutusta viidentoista vastemuuttujan avulla, jotka kuvasivat työ- ja toimintakykyä, psyykkistä kuntoutumista sekä sepelvaltimotaudin tunnettujen vaaratekijöiden tasoa. Tutkimuksen mukaan avokuntoutus oli lähes yhtä tuloksellista kuin laituskuntoutus. Laitosryhmä kuntoutui paremmin lääkärin arvioiman toimintakyvyn, fyysisen suorituskyvyn, koetun terveydentilan sekä depressiivisyyden osalta, kun taas avokuntoutusryhmä sai parempia tuloksia psyykkisen kuntoutumisen osalta. Vaaratekijöiden osalta tupakoinnissa tapahtui selkeä muutos parempaan suuntaan; noin puolet akuuttivaiheessa tupakoineista lopetti seurantavuoden aikana.

Linden, Stossel ja Maurice (1996) selvittivät onko psykososiaalisen kuntoutuksen lisäämisellä tavanomaiseen kuntoutusohjelmaan vaikutusta sydänkuntoutuksen tuloksellisuuteen. Heidän mukaansa psykososiaalisen kuntoutuksen lisääminen paransi ohitusleikkauspotilaiden selviytymistä ja elämänlaatua sekä vähensi kuolleisuutta, psykologista stressiä ja joitakin biologisia riskitekijöitä. Erot kontrolli- ja interventioryhmän välillä olivat erittäin selvät kahden vuoden seurannassa, mutta heikkenivät tästä eteenpäin.

Murchie, Campbell, Ritchie, Simpson ja Thain (2003) tutkivat systemaattisen kuntoutuksen vaikuttavuutta riskitekijöihin, uusiin sydäntapahtumiin sekä kokonaiskuolleisuuteen. Kuntoutuksella saatiin aikaan elintapojen muutos terveellisempään suuntaan vuoden seuranta-aikana mutta neljän vuoden



seurannassa erot olivat kuitenkin ennallaan. Kokonaiskuolleisuus sekä sydäntapahtumat vähenivät vuoden seuranta-aikana interventioryhmässä kontrolliryhmään verrattuna, mutta neljän vuoden kuluttua erot olivat tässäkin ennallaan.

### 5.3 Kuntoutuksen vaikutus psyykkiseen toimintakykyyn

Viime vuosina on nostettu esille psyykkisen toimintakyvyn ja sepelvaltimotaudin välinen yhteys. Tutkimuksilla on pyritty selvittämään, voidaanko kuntoutuksella vaikuttaa psyykkiseen toimintakykyyn ja sitä kautta sepelvaltimotaudin oireisiin, ennusteeseen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Useimpien tutkimusten mukaan psyykkisen toimintakyvyn huomiointi kuntoutuksessa vähentää kuolleisuutta ja oireilua sekä tukee myös muuta kuntoutumista. (Denollet ym. 2001; Renfors 1998.)

Denollet ja Brutsaert (2001) selvittivät emotionaalisen stressin vaikutusta sepelvaltimotautipotilaan ennusteeseen ja kokonaiskuolleisuuteen. Heidän mukaan kokonaiskuolleisuus oli kuntoutusryhmässä selvästi alhaisempi kontrolliryhmään verrattuna yhdeksän vuoden seurannassa. Kuntoutuksella voidaan tämän tutkimuksen mukaan parantaa sepelvaltimotautipotilaan ennustetta ja alentaa kokonaiskuolleisuutta pitkänkin seuranta-ajan kuluessa.

Masennuksen hoidon ja vähäisen koetun sosiaalisen tuen vaikutusta kuolleisuuteen ja uusiin sydäntapahtumiin selvittävä tutkimus kartoitti psykoterapiaa sisältävän intervention tuloksellisuutta sydänpotilailla. Interventioon kuului osana masennuksen asianmukainen lääkehoito. Intervention tuloksena masennus ja sosiaalinen eristyneisyys vähenivät, mutta interventio ei kuitenkaan ollut tuloksellinen uusintainfarktien tai kuolleisuuden suhteen kahden vuoden seurannassa. (Effects of treating... 2003.)

Renfors (1998) on tutkinut seniori-ikäisen sydäninfarktipotilaan psykososiaalista kuntoutumista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää psykososiaalista

kuntoutumista avo- ja laitospääntoutuksessa, kuntoutusta ennustavia tekijöitä ja kuntoutuksen tehokkuutta. Tutkimus osoitti laitospääntoutuksen olevan tuloksellisempaa avokuntoutukseen verrattuna lähes kaikilla arvioituilla osa-alueilla. Hyviä tuloksia saatiin erityisesti terveyteen liittyvissä arvoissa, elämänlaadussa ja mielialassa. Yhtenä selittävänä tekijänä voisi Renforsin mukaan olla laitospääntoutuksen aikana syntyvät sosiaaliset verkostot ja sieltä saatu vertaistuki.

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella asuvien sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemaa kuntoutuksen tarvetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on myös selvittää, eroaako potilaiden kokema kuntoutustarve riskitekijöiden osoittamasta kuntoutustarpeesta. Riskitekijöillä tarkoitetaan tässä yhteydessä tunnettuja sepelvaltimotaudin riskitekijöitä joita ovat tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö, liikunnan vähyys, ylipaino, masennus ja diabetes. Tärkeät riskitekijät verenpaine ja kolesteroli jouduttiin jättämään tästä tutkimuksesta pois, koska verenpainetta ja kolesterolia ei ollut mahdollista mitata. Tieto verenpaineesta ja kolesteroliarvoista olisi jäänyt ainoastaan tutkittavien oman tietämyksen varaan. Tähän tutkimukseen päätettiin ottaa mukaan sellaiset riskitekijät, jotka vastaajat pystyivät itse arvioimaan.

Sydänpotilaiden hoidossa on melko hyvin tiedossa riskitekijöiden osoittama kuntoutustarve, koska suurin osa tästä tiedosta on luettavissa potilaan sairaskertomuksesta. Koettuun kuntoutustarpeeseen liittyvien tekijöiden selvittäminen ja koetun tarpeen vertaaminen riskitekijöiden osoittamaan tarpeeseen tuo tarpeellista tietoa kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Tämä mahdollistaa suuren kuntoutustarpeen omaavien potilaiden tunnistamisen ja kuntoutuksen kohdentamisen oikeille henkilöille.

### **Tutkimustehtävänä on kuvata ja analysoida:**

- 1 Eroaako sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokema kuntoutustarve riskitekijöiden osoittamasta kuntoutustarpeesta?
- 2 Minkälaiset tekijät ovat yhteydessä sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemaan kuntoutustarpeeseen?

## 7 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

### 7.1 Aineiston hankintamenetelmä

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Pirkanmaan alueella asuvia sepelvaltimotautia sairastavia potilaita, jotka on poimittu Sydänkeskuksen rekistereistä jäljempänä kuvatuilla diagnoosinumeroilla. Tutkittavan ilmiön kuvaamiseen käytettiin kvantitatiivista tutkimusotetta.

Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin kyselyä. Kyselylomakkeessa (liite 1) oli pääasiassa strukturoituja kysymyksiä ja joissakin kysymyksissä oli tilaa myös avovastauksille. Kyselylomake laadittiin yhteistyössä Sydänkeskuksen kanssa. Ennen varsinaisten kyselyiden postittamista kyselylomake testattiin Sydänkeskuksessa elokuun 2005 aikana. Osastonhoitaja jakoi lomakkeen kymmenelle sepelvaltimotautia sairastavalle potilaalle ja potilaat palauttivat lomakkeen osaston kansliaan ennen kotiutumistaan. Esikyselyn perusteella yleisiä vastausohjeita tarkennettiin ja kahta kysymystä muokattiin selkeämmäksi.

### 7.2 Kyselylomake ja mittarit

Lomakkeessa oli kysymyksiä vastaajien taustatiedoista eli iästä, sukupuolesta, koulustaustasta ja työtilanteesta. Lisäksi vastaajilta kysyttiin tietoja tehdystä toimenpiteestä, sydänsairaudesta ja oireista, muista pitkäaikaissairauksista, terveyspalvelujen käytöstä, elintavoista, yleisestä terveydentilasta, elämänsenteestä, suhtautumisesta sairauteen sekä kuntoutuksesta. Lomake koostui useista muuttujista, jotka valittiin aikaisempien tutkimusten sekä kirjallisuuden perusteella. Kyselylomaketta on jatkossa tarkoitus käyttää soveltuvin osin laitospotilaiden kuntoutusjakson vaikuttavuuden arviointiin.

### 7.2.1 Taustamuuttajat ja terveystalvelujen käyttö

Tutkittavilta kysyttiin taustamuuttujina (kysymykset 1—8) *sukupuolta, ikää, perus- ja ammatillista koulutusta sekä siviilisäätyä*. Lisäksi tiedusteltiin sairastavatko he jotakin muuta *pitkäaikaissairautta sepelvaltimotaudin ohella* sekä *suoritettua sydäntoimenpidettä*, joita tässä tutkimuksessa olivat varjoainekuvaus, pallolaajennus ja ohitusleikkaus.

*Terveystalvelujen käyttöä* (kysymykset 9—12) selvitettiin kysymällä viimeksi kuluneen puolen vuoden ajalta lääkäriissä ja hoitajalla käyntien, poliklinikkakäyntien sekä sairaalapäivien lukumäärää. Varsinaisissa analyyseissä terveystalvelujen käyttö rajattiin tässä tutkimuksessa tarkastelujen ulkopuolelle.

### 7.2.2 Terveysteen liittyvät elintavat, yleinen terveystentila ja suhtautuminen sairauteen

*Terveysteen liittyviä elintapoja* (kysymykset 13—17) mitattiin Terveyst 2000 terveystkyselyn mukaisesti. (Tutkimuksia suomalaisten... 2000.) Vastaaailta kysyttiin *tupakoinnista, alkoholin käytöstä* sekä *kunto- ja hyötyliikunnan määrästä*. Lisäksi tiedusteltiin *pituutta ja painoa*, joista muodostettiin muuttuja BMI (body mass index), eli paino jaettuna pituuden neliöllä. BMI on yleisesti käytössä oleva mittari ylipainon arviointiin. Painoindeksi arvioitiin seuraavalla asteikolla:

- alle 20,0 alipaino
- 20,0 - 24,9 normaali paino
- 25 - 29,9 lievä lihavuus
- 30 - 34,9 merkittävä lihavuus
- 35 - 39,9 vaikea lihavuus
- yli 40 sairaalloinen lihavuus (Testaa itsesi 2006.)

*Yleistä terveystentilaa* (kysymys 18) kartoitettiin visuaalisen analogian -mittarilla (VAS). Siinä vastaaja arvioi terveystensä horisontaalisella janalla asteikolla

0—100, jossa nolla merkitsee huonointa mahdollista ja vastaavasti 100 parasta mahdollista terveydentilaa. Tutkittava merkitsi janelle yhden arvon, joka kuvasi parhaiten hänen senhetkistä terveydentilaansa. (Rissanen, Sintonen & Pekurinen 1995.)

Tutkimuksessa käytettiin soveltuvin osin 15D-elämänlaatu-mittaria (kysymykset 19—25). Mittarissa on 15 ulottuvuutta, joista tähän tutkimukseen otettiin mukaan *päivittäiset toiminnot, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä*. Kukin mittarissa käytetty elämänlaadun ulottuvuus on jaettu viiteen tasoon ja tutkittava valitsee itseään parhaiten kuvaavan tason väliltä 1—5. Vaihtoehtoista yksi tarkoittaa, että kyseessä oleva asia on kunnossa tai onnistuu hyvin ja vastaavasti viisi tarkoittaa sitä, että tutkittavalla on suuria vaikeuksia tai ongelmia kyseisen asian suhteen. Lisäksi päivittäisistä toiminnoista suoriutumista mitattiin kolmiportaisella asteikolla, jossa yksi tarkoittaa, että terveydentila rajoittaa paljon suoriutumista kyseisestä toiminnosta ja kolme puolestaan tarkoittaa, että terveydentila ei rajoita lainkaan. (Rissanen ym. 1995.)

*Yleistä elämänasennetta* (kysymys 27) mitattiin alun perin Wallstonin kehittämällä kysymyssarjalla ja *sydänsairauteen liittyviä asenteita ja suhtautumistapoja* (kysymys 29) selvitettiin Schlösserin kehittämällä mittarilla. Aalto ym. (1999) ovat käyttäneet molempia mittareita tutkiessaan työikäisten astmaa sairastavien terveystalvelujen käyttöä ja kuntoutustarvetta. Kaikkiin osioihin tutkittavat vastasivat kuusiportaisella asteikolla, jossa 1 = täysin samaa mieltä...6 = täysin eri mieltä. *Sosiaalista tukea* (kysymys 28) mitattiin Sarasonin ym. sosiaalisen tuen mittarilla, jota on myös käytetty Aallon ym. (1999) edellä mainitussa työikäisten astmapotilaiden tutkimuksessa.

### 7.2.3 Kuntoutusta kuvaavat muuttujat

Tutkittavien käsityksiä *sairaalassa saamastaan ohjauksesta* (kysymykset 30—31) selvitettiin kysymällä, olivatko tutkittavat tyytyväisiä sairaalassa saamaansa ohjaukseen ja olivatko he kokeneet saaneensa riittävästi tietoa

sairaudestaan sairaalassaoloaikanaan. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus kertoa, mistä asioista he olisivat kaivanneet lisää tietoa.

*Kuntoutustarvetta* mitattiin Aallon ym. (1999) kehittämän kysymyssarjan avulla. Tätä tutkimusta varten tarvemittarista jätettiin pois työelämää ja ammatillista kuntoutumista koskevat osiot, koska rekistereiden perusteella tiedettiin, että useimmat vastaajat olisivat eläkkeellä. Kuntoutustarve selvitettiin erikseen kuudelta eri osa-alueelta joita olivat fyysinen kuntoutuminen, sairautta koskeva tieto, omatoimisen hoidon edistäminen, yleinen elämänhallinta, mieliala ja ihmissuhteet. Nämä ovat niitä osa-alueita, joiden tulisi sisältyä myös sepelvaltimotautia sairastavan potilaan kuntoutukseen (Hämäläinen & Kallio 1994; Hämäläinen 2000; Penttilä 2005; Suositus sepelvaltimotautipotilaiden... 1999; Takkunen & Romo 1998). Tutkittavat arvioivat oman kuntoutustarpeensa jokaisella osa-alueella asteikolla 0—10, jossa nolla tarkoittaa, että vastaaja ei koe tarvitsevansa kuntoutusta lainkaan kyseisellä osa-alueella ja kymmenen puolestaan tarkoittaa, että kuntoutus on aivan välttämätöntä päivittäisen selviytymisen kannalta.

Riskitekijöiden osoittamaa kuntoutustarvetta mitattiin riskitekijäindeksillä, joka muodostettiin kuudesta sepelvaltimotaudin riskitekijästä luvussa 7.4 kuvatulla tavalla. Riskitekijäindeksiin otettiin mukaan sellaiset sepelvaltimotaudin riskitekijät, jotka vastaajat pystyivät itse arvioimaan.

### 7.3 Aineiston keruu

Tutkimuslupa tutkimusta varten saatiin Tampereen yliopistollisen sairaalan eettiseltä toimikunnalta elokuussa 2005. Tutkimukseen otettiin mukaan jokainen potilas, joka oli hoidettavana Sydänkeskuksessa ajalla 01.01.2004—31.07.2005 ja jolla oli Sydänkeskuksen rekisterissä jokin seuraavista diagnoosinumeroista:

- I20 Angina pectoris  
I20.0 Epästabiili angina

I20.1 Angiospastinen angina

I20.8 Muut määritetyt angina pectoriksen muodot

I20.9 Määrittämätön angina pectoris

- I21 Akuutti sydäninfarkti
- I22 Uusiva sydäninfarkti
- I23 Eräät sydäninfarktin tuoreet komplikaatiot
- I24 Muut akuutit iskeemiset sydänsairaudet
- I25 Pitkäaikainen iskeeminen sydänsairaus

Kyselylomake postitettiin 300 edellä mainitut kriteerit täyttävälle potilaalle syyskuussa 2005. Vastausaikaa tutkittavilla oli 12 päivää. Kyselylomakkeen mukana seurasi palautuskuori, jonka postimaksu oli maksettu. Tutkittavat lähettivät nimettöminä täytetyn lomakkeen Sydänkeskukseen, josta tutkija kävi ne noutamassa. Tutkimuslomakkeita palautui 150 ja kaikki hyväksyttiin mukaan tutkimukseen, jolloin vastausprosentiksi muodostui 50. Uusintakyselyjä ei vastaamattomille lähetetty.

## 7.4 Aineiston analyysi

### 7.4.1 Muuttujat

Kyselylomakkeen tilastollinen aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS 13.0 for Windows tilasto-ohjelmaa. Tutkimusaineiston kuvailuun käytettiin frekvenssejä, prosenttilukuja sekä keskiarvoja. Tilastollista merkitsevyyttä eri muuttujien ja kuntoutustarpeen suhteen tarkasteltiin ristiintaulukolla sekä lineaarisella regressioanalyysillä. Heikkilän (2004, 236) mukaan regressioanalyysi on sopiva menetelmä silloin kun haetaan parasta mahdollista selittävien muuttujien yhdistelmää ennustettaessa yhtä selitettävää muuttujaa. Metsämuuronen (2004, 60) toteaa lisäksi regressioanalyysin sopivan hyvin tilanteeseen, jossa tarkoituksena on etsiä suuresta muuttujajoukosta niitä tekijöitä, jotka kykenevät yhdessä selittämään jotakin tiettyä muuttujaa. Regressioanalyysillä voidaan myös tutkia aiemmin tärkeiksi oletettujen muuttujien osuutta selittävinä tekijöinä,



esimerkiksi sepelvaltimotaudin riskitekijöitä. Regressioanalyysi vaatii välimatka- tai suhdeasteikollisia muuttujia, mutta myös järjestys- ja nominaaliasteikolliset soveltuvat, mikäli niistä muodostetaan dummy-muuttujia eli kaksiluokkaisia kyllä/ei -asteikolla mitattavia muuttujia (Heikkilä 2004, 237).

Tilastollista analyysiä varten taustamuuttujista (*sukupuoli, parisuhde, koulutus, työtilanne*), sairastavuutta kuvaavista muuttujista (*pitkäaikaissairaus, sydäntoimenpide*) sekä mieliala- ja ahdistusmuuttujista muodostettiin kaksiluokkaisia dummy-muuttujia, jotka koodattiin asteikolla 0/1. Kuvaukset tilastollisessa analyysissä käytetyistä muuttujista esitetään liitteessä 2.

*Riskitekijäindeksi* muodostettiin kuudesta tunnetusta sepelvaltimotaudin riskitekijästä joita olivat tupakointi, alkoholi, ylipaino, liikunnan määrä, diabetes ja masennus. Kyseisistä muuttujista tehtiin ensin dummy-muuttujia (ks. liite 2) ja se jälkeen niistä muodostettiin summamuuttuja, joka sai arvoja välillä 0—6 riippuen tutkittavan riskitekijöiden lukumäärästä.

*Kuntoutustarpeesta* muodostettiin summamuuttuja laskemalla yhteen kunkin vastaajan arvioima tarve kullakin kuudella osa-alueella, jolloin vaihteluväliksi muodostui 0—60. Tätä summamuuttujaa on käytetty analyyseissä selitettävänä muuttujana (*kuntoutustarveindeksi*). Edelleen kuntoutustarve luokiteltiin kolmeen luokkaan, jossa 0—20 kuvaa niitä, joiden koettu kuntoutustarve on vähäinen, 21—40 tarkoittaa vastaajia, jotka kokevat tarvitsevansa paljon kuntoutusta ja 51—60 puolestaan niitä tutkittavia, joiden kuntoutustarve on erittäin suuri. *Luokiteltua kuntoutustarvetta* on käytetty ristiintaulukoinnissa riskitekijäindeksin kanssa.

Muut malleissa esiintyvät muuttujat ovat seuraavia (lomakkeen kysymysnumero ks. liite 1):

*Suhtautuminen sydänsairauteen*      *Ajattelen, että on pahempiakin asioita kuin sydänsairaus (29).*

*Varovasti eläminen*                      *Yritän elää varovasti, jotta en saisi sydänoireita (29).*

<i>Elämäntavat</i>	<i>Aion muuttaa elämäntapojani joka suhteessa terveellisempään suuntaan (29).</i>
<i>Huoli sairaudesta</i>	<i>Olen huolissani sydänsairaudestani (29).</i>
<i>Luopuminen</i>	<i>Sairaus pakottaa minut luopumaan monista mieleisistä ja tärkeistä asioista (29).</i>
<i>Rentoutuminen</i>	<i>Minun on helppo rentoutua (27).</i>
<i>Odotus</i>	<i>Epävarmoina aikoina odotan aina parasta (27).</i>
<i>Raskaat kotityöt</i>	<i>Kuinka paljon terveydentilanne rajoittaa suoriutumistanne raskaista kotitöistä (26)?</i>

Kaikissa muuttujissa on kysymystä 27 lukuun ottamatta käytetty kuusiluokkaista Likertin asteikkoa, jossa 1 = täysin samaa mieltä...6 = täysin eri mieltä. Kysymyksessä 27 on käytetty kolmeluokkaista asteikkoa, jossa yksi tarkoittaa kyllä, rajoittaa paljon ja kolme puolestaan merkitsee, että terveydentila ei rajoita kyseisestä asiasta suoriutumista.

#### 7.4.2 Tilastolliset menetelmät

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen ”*eroaako sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokema kuntoutustarve riskitekijöiden osoittamasta kuntoutustarpeesta*” selvittämiseen käytettiin ristiintaulukointia. Se sopii menetelmäksi silloin, kun tarkoituksena on selvittää kahden luokitellun muuttujan yhteyttä toisiinsa (Heikkilä 2004, 210). Muuttujiksi valittiin koettu kuntoutustarve sekä riskitekijäindeksi ja tilastolliset testit tehtiin Chi:iin neliötestillä.

Toiseen tutkimuskysymykseen ”*mitkä tekijät ovat yhteydessä sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemaan kuntoutustarpeeseen*” haettiin vastausta lineaarisella regressioanalyysillä. Tilastollinen analyysi käsitti viisi mallia. Mallien muodostaminen aloitettiin Sydänkeskuksessa olemassa olevasta tiedosta, joka on pääosin saatavissa vastaajien sairaskertomuksista. Tällä pyrittiin

selvittämään sitä, kuinka suuri osa kuntoutustarpeesta voidaan selittää näillä tekijöillä. Ensimmäiseen malliin otettiin siis mukaan ainoastaan taustamuuttujat ja toiseen malliin lisättiin riskitekijäindeksi, jotta saatiin arvioitua tuottaako malli luotettavampia tuloksia.

Kolmannessa mallissa mukaan otettiin kaikki muuttujat ja muuttujajoukkoa käytiin läpi poistavalla menettelyllä (backward). Muuttujajoukon kuvailu on esitetty liitetaulukossa kaksi. Poistavassa menettelyssä selittäjiksi valittujen muuttujien joukosta otetaan pois yksi kerrallaan selitysvoimaltaan heikoin tekijä. Jäljelle jääneet eniten selitysvoimaa omaavat muuttujat muodostavat tilastollisessa mielessä parhaan mallin. (Metsämuuronen 2001, 64.) Kolmas malli oli laajin käsittäen siis taustatekijät, riskitekijäindeksin sekä poistavalla menettelyllä jäljelle jääneet muuttujat.

Neljännessä mallissa arvioitiin riskitekijöiden ja poistavalla menettelyllä saatujen muuttujien vaikutusta kuntoutustarpeeseen, toisin sanoen taustamuuttujat sekä sairastavuutta kuvaavat muuttujat jätettiin mallista pois. Viidennestä mallista pudotettiin pois riskitekijäindeksi, jolloin malliin jäivät ainoastaan poistavalla menettelyllä saadut muuttujat. Näin saatiin selville, kuinka paljon lisäinformaatiota kyselylomakkeella oli mahdollista hankkia kuntoutustarpeeseen vaikuttavista tekijöistä.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Tutkimukseen osallistuneet

Kyselyyn vastanneista naisia oli 65 ja miehiä 85. Tutkimukseen osallistuneiden ikä vaihteli 44—86 vuoden välillä ja keski-ikä oli 66 vuotta. Suurimmat ikäluokat olivat 57—66 sekä 67—76 -vuotiaat, jotka muodostivat lähes 70 prosenttia tutkimusjoukosta. Suurin osa tutkittavista oli avioliitossa. Leskiä ja eronneita oli molempia kymmenesosa vastaajista ja naimattomien osuus oli ainoastaan viisi prosenttia (taulukko 1).

Suurin osa vastaajista oli käynyt kansa- tai kansalaiskoulun tai keski- tai peruskoulun. Vajaa viidesosa vastaajista oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Lähes puolet vastaajista oli vailla ammatillista koulutusta tai oli suorittanut ainoastaan ammattikurssin. Ammattikoulututkinnon tai ammatillisen opistotason tutkinnon oli suorittanut lähes 40 prosenttia tutkittavista ja korkeakoulututkinto oli kymmenesosalla vastaajista.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli eläkkeellä. Työelämässä oli mukana viidesosa vastaajista. Yksi tutkittavasta joukosta oli työttömänä ja yksi opiskeli. Loput seitsemän prosenttia vastaajista olivat pääasiassa sairaal lomalla tai osaaikaeläkkeellä.

Suurimmalla osalla vastaajista oli jokin pitkäaikaissairaus sepelvaltimotaudin lisäksi. Diabetesta sairasti 20 prosenttia vastaajista ja verenpainetautia sekä muita sairauksia noin puolet tutkimusjoukosta. Muina sairauksina vastaajat mainitsivat muun muassa depression ja kilpirauhasen vajaatoiminnan. Hengityselinsairauksia ilmoitti sairastavansa joka kymmenes ja tuki- ja liikuntaelinsairauksia lähes viidesosa vastaajista.

Varjoainekuvaus oli yleisin sydäntoimenpide, joka oli tehty 70 prosentille vastaajista. Pallolaajennus oli tehty lähes puolelle vastaajajoukosta ja ohitusleikkaus noin viidesosalle. Tutkittavien joukossa oli siis henkilöitä, joille oli tehty useampi kuin yksi kyseisistä sydäntoimenpiteistä.

TAULUKKO 1. Tutkittavien (n = 150) taustatiedot ja elämäntilanne

Taustamuuttuja	Potilas	n	%
<b><u>Sukupuoli</u></b> (n = 150)			
Nainen		65	43,3
Mies		85	56,7
<b><u>Ikä</u></b> (n = 150)			
44—56		25	16,7
57—66		50	33,3
67—76		56	37,3
77—86		19	12,7
<b><u>Siviilisäätty</u></b> (n = 150)			
Naimaton		7	4,7
Avo- tai avioliitossa		112	74,7
Eronnut tai asumuserossa		16	10,7
Leski		15	10
<b><u>Peruskoulutus</u></b> (n = 150)			
Kansa- tai kansalaiskoulu		93	62
Keski- tai peruskoulu		32	21,3
Ylioppilas		25	16,7
<b><u>Ammatillinen koulutus</u></b> (n = 146)			
Ei ammatillista koulutusta		38	25,3
Ammattikurssi		36	24
Ammattikoulututkinto		27	18
Ammatillinen opistotason tutkinto		29	19,3
Korkeakoulututkinto		16	10,7
<b><u>Työtilanne</u></b> (n = 150)			
Työssä		30	20
Työtön		1	0,7
Eläkkeellä		108	72
Opiskelija		1	0,7
Sairaslomalla, osa-aikaeläkkeellä tms.		10	6,7
<b><u>Pitkäaikaissairaus</u></b> (n = 141)			
Diabetes		96	67,6
Diabetes		28	19,9
Verenpainetauti		37	26,2
Keuhkosairaus		15	10,6
Tuki- ja liikuntaelinsairaus		24	17
Muu sairaus		35	24,8
<b><u>Tehty toimenpide</u></b> (n = 148)			
Varjoainekuvaus		109	73,6
Pallolaajennus		68	46,3
Ohitusleikkaus		31	20,8

## 8.2 Koetun kuntoutustarpeen ja riskitekijöiden osoittaman kuntoutustarpeen vertailu

Vähän, paljon ja erittäin paljon kuntoutustarvetta kokeneet jakoutuivat tutkimusjoukossa melko tasaisesti. Koetun kuntoutustarpeen ja riskitekijöiden osoittaman kuntoutustarpeen vertailu osoitti koetulla kuntoutustarpeella olevan yhteyttä riskitekijöiden lukumäärään. Riskitekijöiksi valittiin tupakointi, alkoholin käyttö, masennus, diabetes, ylipaino sekä liikunnan vähyys. *Vähän kuntoutustarvetta* kokeneista vastaajista 85 prosenttia kuului siihen ryhmään, jolla oli enintään kaksi sepelvaltimotaudin riskitekijää. Kuitenkin vähäistä kuntoutustarvetta kokeneista vastaajista kuudesosalla oli riskitekijöitä kolme tai enemmän, jolloin riskitekijät osoittavat heidän olevan kuntoutuksen tarpeessa, mutta he eivät itse koe tarvitsevansa kuntoutusta. Leino (2004, 89) nimittää tätä kuntoutuksen paradoksiksi, jolla hän tarkoittaa, että yksilö joka terveydenhuollon näkökulmasta olisi suurimmassa kuntoutuksen tarpeessa, ei yleensä koe sitä tarvitsevansa.

*Paljon ja erittäin paljon kuntoutustarvetta* kokeneista vastaajista yhteensä viidesosa kuului siihen ryhmään, jolla ei ollut lainkaan sepelvaltimotaudin riskitekijöitä. Tässä koettu kuntoutustarve siis selittyisi joillakin muilla tekijöillä. Tämä tulos kuitenkin osoittaa sen, että riskitekijöiden osoittama tarve ei ole yksin riittävä arviointiperuste sydänkuntoutukselle, vaan koettuun kuntoutustarpeeseen ovat yhteydessä muutkin tekijät.

Vähän yli puolet *paljon kuntoutustarvetta* kokeneista kuului joukkoon, jolla riskitekijöitä oli enintään yksi. Yksikin riskitekijä voi olla merkittävä sepelvaltimotaudin kannalta, mikäli se on esimerkiksi tupakointi. Tupakointi oli kuitenkin tässä aineistossa hyvin vähäistä, joten suurimmalla osalla vastaajista riskitekijä on todennäköisesti jokin muu. Kuitenkin nämä vastaajat kokivat paljon kuntoutustarvetta, joka selittynee siis tältäkin osin muilla tekijöillä. Tästä ryhmästä lähes puolet kuului kuitenkin siihen joukkoon, jolla riskitekijöitä oli kaksi tai enemmän. Riskitekijät osoittavat, että henkilö tarvitsee kuntoutusta ja hän kokee sitä myös itse tarvitsevansa.

*Erittäin paljon kuntoutustarvetta* omaavien ryhmässä kuntoutuksen tarve kasvoi riskitekijöiden lukumäärän lisääntyessä; lähes puolet tähän ryhmään kuuluvista oli siinä joukossa, jolla riskitekijöitä oli kolme tai enemmän. Tässä ryhmässä riskitekijöiden osoittama tarve näyttäisi siis tältä osin olevan yhteneväinen koetun tarpeen kanssa. Kuitenkin vajaa kymmenesosa näistä vastaajista kuului siihen ryhmään, jolla ei ollut lainkaan riskitekijöitä mutta he kokivat tästä huolimatta tarvitsevansa kuntoutusta erittäin paljon.

Koettu kuntoutustarve liittyy sepelvaltimotaudin riskitekijöiden lukumäärään. Kuitenkin vaikuttaa siltä, että suuressa osassa tapauksia koettu kuntoutustarve eroaa epäloogisesti riskitekijöiden lukumäärästä, mikäli kuntoutustarpeen oletetaan kasvavan riskitekijöiden lukumäärän lisääntyessä. Tämän vuoksi riskitekijöiden antama tieto ei yksin riitä kuntoutustarpeen arviointiin vaan tarvitaan lisää tietoa siihen vaikuttavista tekijöistä. Monimuuttujamenetelmillä on mahdollista arvioida samanaikaisesti kunkin yksittäisen tekijän vaikutusta koettuun kuntoutustarpeeseen. Siksi niiden avulla saatava lisäinformaatio on välttämätöntä, mikäli halutaan selvittää muita koettuun kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä.

TAULUKKO 2. Riskitekijöiden osoittaman ja koetun kuntoutustarpeen suhde

MUUTTUJA n = 126	Riskitekijä				Yhteensä
	Ei yhtään	Yksi	Kaksi	Kolme t. enemmän	
Vähän	9 (20 %)	14 (30 %)	16 (35 %)	7 (15 %)	46
Paljon	5 (12 %)	18 (43 %)	14 (33 %)	5 (12 %)	42
Erittäin paljon	3 (8 %)	8 (21 %)	11 (29 %)	16 (42 %)	38
Yhteensä	17	40	41	28	126

Pearson Chi-Square 15,623; p = 0,02 (6 df)

### 8.3 Koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevat tekijät

*Mallissa 1* testattiin taustatekijöiden ja sairastavuuden vaikutusta kuntoutustarpeeseen. Tämän mallin muuttujista ainoastaan *diabeteksen sairastaminen* oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä korkeampaan koettuun kuntoutustarpeeseen ( $p = 0,004$ ). Lähellä tilastollista merkitsevyyttä oli myös muu sairaus ( $p = 0,08$ ).

*Malliin 2* otettiin mukaan taustamuuttujien lisäksi *riskitekijäindeksi*, jonka lisääminen aiheutti sen, että diabeteksen sairastaminen ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä. Korkeammalla riskitekijäindeksillä oli sen sijaan yhteys korkeampaan koettuun kuntoutustarpeeseen ( $p = 0,04$ ). Myös *ammattikoulu*-muuttuja tuli tilastollisesti merkitseväksi. Ammattikoulun suorittaneilla vastaajilla koettu kuntoutustarve oli selvästi vähäisempi kuin muun ammatillisen koulutuksen saaneilla ( $p = 0,04$ ).

*Malli 3* oli laajin malli, jossa olivat mukana taustamuuttajat, riskitekijäindeksi sekä poistavalla menettelyllä selitysvoimaisimmiksi osoittautuneet muut muuttajat. Edelliseen malliin verrattuna riskitekijäindeksi ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä. Ammattikoulu-muuttuja oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä ( $p = 0,06$ ). Tässä mallissa tilastollisesti merkitseviä olivat muuttajat ja *huoli* ( $p = 0,01$ ) ja *elämäntavat* ( $p = 0,04$ ). Huoli sydänsairaudesta oli selvästi yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Lisäksi ne vastaajat, jotka aikoivat muuttaa elämäntapojaan terveellisempään suuntaan, tunsivat enemmän tarvetta kuntoutukseen.

*Neljännestä mallista* jätettiin pois taustamuuttajat sekä sairastavuutta kuvaavat muuttajat, jotta saatiin selville muiden muuttujien ja riskitekijäindeksin osuus kuntoutustarpeen selittäjinä. *Huoli*-muuttujan tilastollinen merkitsevyys säilyi ( $p = 0,009$ ), sen lisäksi tilastollisesti merkitseviksi osoittautuivat muuttajat *suhtautuminen sydänsairauteen* ( $p = 0,01$ ), *varovaisuus* ( $p = 0,004$ ) sekä *raskaat kotityöt* ( $p = 0,05$ ). Lähelle tilastollista merkitsevyyttä tulivat muuttajat luopuminen ( $p = 0,06$ ) sekä elämäntavat ( $p = 0,07$ ).



Suurempaa kuntoutustarvetta kokivat ne vastaajat, jotka tunsivat sydänsairauden hallitsevan elämäänsä verrattuna niihin, joiden mielestä elämässä voi olla pahempiakin asioita kuin sydänsairaus. Sen sijaan vastaajat, jotka eivät rajoittaneet elämäänsä sydänoireiden pelossa, kokivat enemmän tarvetta kuntoutukseen kuin ne vastaajat, jotka pyrkivät elämään niin, että sydänoireita ei tulisi. Vastaajat, jotka tunsivat, että terveydentila rajoittaa heidän suoriutumistaan raskaammista kotitöistä kokivat myös suurempaa tarvetta kuntoutukseen.

*Mallista 5* jätettiin pois riskitekijäindeksi ja jäljelle jäivät poistavalla menettelyllä saadut muuttujat. Tämä malli käsitti siis ainoastaan kyselylomakkeella hankitun lisäinformaation. Malliin neljä verrattuna tilastollinen merkitsevyys säilyi muuttujissa *suhtautuminen sydänsairauteen* ( $p = 0,003$ ), *varovaisuus* ( $p = 0,001$ ) ja *huoli* ( $p = 0,004$ ). Näiden muuttujien lisäksi tilastollisesti merkitseviä olivat muuttujat *elämäntavat*, *luopuminen* ja *rentoutuminen*, raskaat kotityöt - muuttuja jäi juuri tilastollisen merkitsevyystason alapuolelle ( $p = 0,06$ ). Rentoutumisen vaikeus sekä sairauden aiheuttama luopumisen kokemus olivat yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Ne vastaajat, joilla oli vaikeuksia rentoutumisessa ja jotka kokivat joutuvansa sydänsairauden vuoksi luopumaan itselleen tärkeistä asioista, kokivat suurempaa tarvetta kuntoutukseen.

Kaikki mallit olivat F-testin mukaan tilastollisesti merkitseviä mutta mallien selitysosuus (adjusted  $R^2$ ) vaihteli. Näin arvioituna paras ja selitysvoimaisin oli malli 5, joka muodostettiin ainoastaan muista, kyselylomakkeella hankituista tiedoista. Riskitekijät, taustatiedot ja sairastavuus (malli 2) selittivät tässä tutkimuksessa koetusta kuntoutustarpeesta noin 10 prosenttia, kun taas kyselylomakkeella saadun tiedon (malli 5) selitysosuus oli 25 prosenttia. Mallit on esitetty taulukkomuodossa seuraavilla sivuilla.

TAULUKKO 3. Kuntoutustarvemallit 1—3

MUUTTUJAT	n	MALLI 1			MALLI 2		MALLI 3	
		mean	$\beta$	t-test/Sig	$\beta$	t-test/Sig	$\beta$	t-test/Sig
Vakio			27,4	2,7/ **	26,17	2,72 / **	60,7	3,99 / *
Ikä <sup>2</sup>	150	4401	0	0,2	-0,001	-0,34	-0,003	-1,58
Sukupuoli	150	0,57	-4,87	-1,37	-3,87	-1,04	0,77	0,19
Parisuhde	150	0,75	-2,33	-0,65	-1,26	-0,34	3,35	0,85
Peruskoulu	150	0,21	3,89	0,82	3,61	0,73	5,28	1,03
Ylioppilas	150	0,17	5,15	0,76	2,16	0,31	8,61	1,22
Ammattikurssi	146	0,25	-6,85	-1,54	-7,16	-1,57	-1,29	-0,27
Ammattikoulu	146	0,18	-6,95	-1,43	-10,2	-2,05 / ***	-9,58	-1,90
Opistotaso	146	0,2	-8,18	-1,32	-8,22	-1,29	-8,06	-1,22
Korkeakoulu	146	0,11	-9,44	-1,14	-7,12	-0,83	-7,18	-0,85
Työtilanne	150	0,2	-1,67	-0,37	-3,58	-0,77	-6,33	-1,31
Pitkäaik.sairaus	142	0,68	-1,67	-0,38	-1,69	-0,38	-5,52	-1,14
Diabetes	141	0,2	11,64	2,92 / **	7,26	1,64	6,42	1,34
Verenpainetauti	141	0,26	3,23	0,79	0,47	0,11	-3,05	-0,70
Keuhkosairaus	141	0,11	4,95	1,01	7,13	1,42	2,71	0,51
Tule-sairaus	141	0,17	5,57	1,29	4,97	1,15	2,81	0,6
Muu sairaus	141	0,17	7,01	1,76	5,78	1,4	5,14	1,14
Varjoainokuvaus	148	0,74	4,54	1,23	4,81	1,27	2,22	0,57
Pallolaajennus	147	0,46	0,21	0,06	-0,063	-0,018	-1,48	-0,40
Sydänleikkaus	149	0,21	2,26	0,55	1,64	0,39	-5,76	-1,22
Riskitekijä	131	1,72			2,97	2,07 / ***	-1,52	-0,81
Masennus	149	0,3					3,79	0,44
Ahdistus	149	0,11					7,6	0,93
Suhtaut. sydänsair.	142	2,11					2,54	1,68
Varovasti eläminen	142	2,83					2,56	1,6
Elämäntavat	141	1,97					-3,32	-2,05 / ***
Huoli sairaudesta	142	2,79					-3,59	-2,74 / **
Luopuminen	144	3,28					-1,38	-1,04
Rentoutuminen	144	2,72					0,51	0,36
Odotus	140	2,26					-0,98	-0,60
Raskaat kotityöt	145	2,03					-4,33	-1,28
<b>R<sup>2</sup></b>			0,226		0,248		0,413	
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>			0,094		0,101		0,201	
<b>F</b>			1,709		1,686		1,95	
<b>Sig.</b>			0,045		0,048		0,009	

p ≤ 0,001 \*\*\*

0,001 ≤ p ≤ 0,01 \*\*

0,01 ≤ p ≤ 0,05 \*

TAULUKKO 4. Kuntoutustarvemallit 4—5

MUUTTUJAT	n	mean	MALLI 4		MALLI 5	
			$\beta$	t-test/Sig	$\beta$	t-test/Sig
Vakio			41,05	5,91 / **	38,3	6,36 / ***
Ikä <sup>2</sup>						
Sukupuoli						
Parisuhde						
Peruskoulu						
Ylioppilas						
Ammattikurssi						
Ammattikoulu						
Opistotaso						
Korkeakoulu						
Työtilanne						
Pitkäaik.sairaus						
Diabetes						
Verenpainetauti						
Keuhkosairaus						
Tule-sairaus						
Muu sairaus						
Varjoainekuvaus						
Pallolaajennus						
Sydänleikkaus						
Riskitekijä	131	1,72	-0,23	-0,14		
Masennus	149	0,3	-0,43	-0,06	0,39	0,07
Ahdistus	149	0,11	5,62	0,77	0,06	0,009
Suhtaut. sydänsair.	142	2,11	3,27	2,49 / **	3,7	3,08 / **
Varovasti eläminen	142	2,83	3,57	2,94 / **	3,78	3,40 / *
Elämäntavat	141	1,97	-2,59	-1,81	-2,84	-2,29 / **
Huoli sairaudesta	142	2,79	-2,97	-2,65 / **	-3,08	-2,91 / **
Luopuminen	144	3,28	-2,12	-1,89	-2,39	-2,30 / ***
Rentoutuminen	144	2,72	1,54	1,26	2,35	2,07 / ***
Odotus	140	2,26	-2,13	-1,42	-2,22	-1,61
Raskaat kotityöt	145	2,03	-5,93	-1,95 / ***	-5,25	-1,87
<b>R<sup>2</sup></b>			0,301		0,3111	
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>			0,23		0,253	
<b>F</b>			4,067		5,325	
<b>Sig.</b>			0		0	

p ≤ 0,001 \*\*\*

0,001 ≤ p ≤ 0,01 \*\*

0,01 ≤ p ≤ 0,05 \*

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen mukaan riskitekijöiden lukumäärällä on yhteys koettuun kuntoutustarpeeseen, mutta riskitekijöiden lukumäärällä ja taustatekijöillä voidaan selittää noin 10 prosenttia koetusta kuntoutustarpeesta. Lisäksi koetun tarpeen ja riskitekijöiden vertailu osoittaa, että koettu kuntoutustarve eroaa epäloogisesti riskitekijöiden osoittamasta tarpeesta. Toisin sanoen osa vastaajista, jolla ei ollut yhtään sepelvaltimotaudin riskitekijää, tunsu erittäin suurta kuntoutustarvetta. Kuitenkin vastaajien joukossa oli myös niitä, joilla riskitekijöitä oli kolme tai enemmän ja jotka kokivat ainoastaan vähäistä tarvetta kuntoutukseen. Tärkeimpiä koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä olivat sydänsairaudesta aiheutuva huoli, luopumisen kokemus, suhtautuminen sydänsairauteen sekä rentoutumisen vaikeus. Lisäksi koulutustausta sekä oheissairastavuus, erityisesti diabeteksen osalta, olivat yhteydessä koettuun kuntoutustarpeeseen.

*Diabeteksen sairastaminen* oli selvästi yhteydessä koettuun kuntoutustarpeeseen. Diabetesta sairastavat kokivat huomattavasti suurempaa tarvetta kuntoutukseen. Diabetes oli mukana myös riskitekijöiden osoittamassa tarpeessa, mutta muut riskitekijäindeksin muuttujat eivät kuitenkaan osoittautuneet malleissa tilastollisesti merkitseviksi. Aikuisiän diabeetikot ovat usein ylipainoisia ja heillä voi olla tähän liittyen korkea verenpaine (Yleistietoa sydän... 2006). Näin ollen sepelvaltimotaudin ennuste huononee ja heidän voi olla vaikeampi selvitä myös perussairautensa kanssa. Yksi diabetesta sairastavien henkilöiden suurempaa kuntoutustarvetta selittävä tekijä voi olla myös parempi tietämys kuntoutuksen mahdollisuuksista. Diabetespotilaat ovat todennäköisesti saaneet ohjausta ja neuvontaa diabeteksen osalta ja osaavat kaivata sitä myös sepelvaltimotaudin hoidossa.

Myös muu oheissairastavuus oli yhteydessä korkeampaan kuntoutustarpeeseen, vaikka se ei osoittautunut malleissa aivan tilastollisesti merkitseväksi. Oheissairastavuus tuo mukanaan lisäoireita ja toimintakyvyn

vajauksia, mikä voi osaltaan huonontaa sepelvaltimotaudinkin ennustetta ja sairauden kanssa selviämistä. Muina sairauksina vastaajat mainitsivat muun muassa masennuksen, kilpirauhasen vajaatoiminnan sekä allergiat. Erityisesti masennuksen on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa huonontavan sepelvaltimotautipotilaan ennustetta ja hoitomyönteisyyttä sepelvaltimotaudin kannalta välttämättömille elämänmuutoksille (Creed 1999; Huttunen 2005; Valkamo 2005). Myös Aalto, Rissanen, Härkäpää ja Puolanne (2001) ovat saaneet samankaltaisia tuloksia työikäisten astmaa koskevassa tutkimuksessaan. Koettu kuntoutustarve oli yleisempää niillä vastaajilla, jotka sairastivat jotakin muuta pitkäaikaissairautta astman lisäksi.

Taustamuuttujista ainoastaan *ammattikoulun suorittamisella* oli yhteys koettuun kuntoutustarpeeseen. Ammattikoulun käyneet vastaajat kokivat vähäisempää kuntoutustarvetta kuin ilman ammatillista koulutusta olevat tai jonkin muun koulutuksen suorittaneet. Tämä on mielenkiintoinen tulos, jolla voi olla yhteyttä tietoon kuntoutuspalvelujen saatavuudesta sekä kuntoutuksen vaikutuksista ja mahdollisuuksista. Yleensä korkeammin koulutetut ovat tietoisempia erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista ja kuntoutuksen vaikutuksista, näin ollen he myös hakeutuvat helpommin kuntoutukseen. Ammattikoulun käyneillä ei kenties ole tietoa kuntoutuksesta, eivätkä he siis osaa tuntea siihen tarvetta. Toisaalta lähes puolella vastaajista ei ollut lainkaan koulutusta tai he olivat käyneet vain ammattikurssin, millä ei kuitenkaan ollut yhteyttä koettuun tarpeeseen. Koulutuksen pituus ei siis näyttäisi selittävän kuntoutustarpeen vähyyttä, vaan sillä voisi olla yhteyttä näillä aloilla vallitsevaan työkuulttuuriin ja ammattiasemaan. Aallon ym. (2001) tutkimuksessa koettu kuntoutustarve oli myös yhteydessä koulutustaustaan; koettu kuntoutustarve oli vähäisempää niillä vastaajilla, joilla ei ollut lainkaan ammatillista koulutusta verrattuna niihin vastaajiin, jotka olivat suorittaneet korkeakoulututkinnon.

Koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevat tekijät liittyivät yleisesti sairauden aiheuttamaan huolestuneisuuteen ja epävarmuuteen. *Huoli sydänsairaudesta* ja *pessimistinen asenne sydänsairautta kohtaan* olivat yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Mitä enemmän vastaajat olivat huolissaan sydänsairaudestaan ja kokivat sairauden hallitsevan

elämäänsä, sitä enemmän he tunsivat tarvetta kuntoutukseen. Sairauden aiheuttama huoli voi helposti heijastua myös muille elämänalueille. Sairaus voi saada liian suuren roolin elämässä ja koko elämä kiertyy ainoastaan sairauden ympärille. Kuntoutuksen avulla on mahdollisuus saada asiallista tietoa sairaudesta sekä kontakteja muihin sepelvaltimotautia sairastaviin ihmisiin. Muiden samaa sairautta sairastavien ihmisten kanssa puhuminen, vertaistuki, voi osaltaan helpottaa turhaa huolta ja pelkoa sekä antaa keinoja arjessa selviämiseen. Molemmat tulokset viittaavat psyykkisen kuntoutuksen tärkeyteen ja oikean, relevantin tiedon jakamiseen jo sairaalavaiheessa. Penttilä (2005) toteaa, että kuntoutuksen yhtenä tärkeänä tehtävänä on tarjota vertaistukea sekä lieventää turhaa huolta ja poistaa aiheettomia pelkoja, joita sydänsairauksiin usein liittyy.

Samantapaisia asioita mittaavat muuttajat *luopumisen kokemus, rentoutumisen vaikeus* sekä *varovaisuus* olivat myös yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Vastaajat, jotka kokivat joutuvansa sydänsairauden takia luopumaan heille tärkeistä asioista, kokivat suurempaa tarvetta kuntoutukseen. Luopuminen voi liittyä harrastuksiin tai muuhun toimintaan, josta esimerkiksi sairauden aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen on pakottanut luopumaan. Kuntoutuksen tärkeänä tehtävänä on avata uusia harrastus- ja toimintamahdollisuuksia, jotka ovat mahdollisia myös sepelvaltimotautia sairastavalle. Tunne luopumisesta voi olla yhteydessä myös sairaudesta aiheutuvaan huoleen sekä sepelvaltimotautiin suhtautumiseen. Sairaus ei välttämättä kaikissa tapauksissa rajoita elämää vastaajien kokemalla tavalla, mutta pessimistinen asenne sairautta kohtaan ja sen aiheuttama huoli tuovat mukanaan myös luopumisen tunteen. Rentoutumisen vaikeus liittyy todennäköisesti myös sairauden aiheuttamaan huoleen ja asennoitumiseen sairautta kohtaan. Vastaaja, joka tuntee luopuneensa itselleen tärkeistä asioista sydänsairauden vuoksi ja on alituisesti huolissaan sairaudestaan, kokee todennäköisesti vaikeuksia myös rentoutumisessa.

Varovaisuus-muuttuja (*yritän elää varovasti, jotta en saisi sydänoireita*) oli mielenkiintoisella tavalla yhteydessä kuntoutustarpeeseen. Vastaajat, jotka olivat eri mieltä väittämän kanssa eli eivät rajoittaneet elämäänsä sydänoireiden

pelossa tai eivät välittäneet oireistaan, kokivat suurempaa kuntoutustarvetta. Nämä vastaajat voivat olla niitä henkilöitä, jotka eivät piittaa oireistaan ja sairaudestaan, eivätkä näin ollen myöskään rajoita elämäänsä oireiden pelossa. Kun tarkastellaan muita edellä mainittuja koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olleita tekijöitä voisi todennäköisempää kuitenkin olla se, että suurempaa kuntoutustarvetta kokevat ovat niitä vastaajia, joilla on realistinen suhtautuminen sairauteensa. He ovat valveutuneita sairautensa suhteen ja tietävät rajoitukset sekä mahdollisuudet mutta he eivät kuitenkaan anna sairauden hallita liikaa elämäänsä. Mielestäni näiden vastaajien kohdalla suurempi kuntoutustarve voisi liittyä juuri siihen, että he haluavat olla selvillä uusimmasta tiedosta ja hoitokäytännöistä, jotta he osaisivat kuntouttaa ja hoitaa itseään mahdollisimman hyvin. Kuntoutukselta he mahdollisesti odottavat tukea normaaliin elämään sepelvaltimotaudista huolimatta.

*Elämäntapojen muutoksella* oli myös yhteys suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Ne vastaajat, jotka olivat motivoituneita elintapamuutokseen ja näin ollen kiinnostuneita sairautensa hoidosta ja kuntoutuksesta, kokivat suurempaa kuntoutustarvetta. Tämä tulos tukee aikaisempaa päätelmäni niistä vastaajista, jotka eivät rajoittaneet elämäänsä sydänoireiden pelossa. Uskoisin, että tämä tulos voi osaltaan selittyä juuri sillä, että nämä vastaajat ovat miettineet kuntoutusasioita ja kokevat kuntoutuksen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi heidän hyvinvointinsa kannalta. Sepelvaltimotaudissa oleellinen osa kuntoutusta on riskitekijöiden hallinta ja terveelliset elämäntavat. Tämän mukaan kuntoutuksesta ovat kiinnostuneita ne henkilöt, jotka ovat jo valmiiksi motivoituneita ja innostuneita itsensä hoitamiseen. Ulkopuolelle voi toisaalta jäädä niitä henkilöitä, jotka olisivat sairautensa kannalta suurimmassa kuntoutuksen tarpeessa.

*Koettu terveydentila* oli yhteydessä suurempaan kuntoutustarpeeseen *raskaiden kotitöiden osalta*. Vastaajat, jotka kokivat terveydentilansa rajoittavan raskaammista kotitöistä, kuten yleisestä siivouksesta, suoriutumista kokivat suurempaa kuntoutuksen tarvetta. Useimmat ihmiset kokevat tärkeänä kotona selviämisen mahdollisimman pitkään. Haja-asutusalueilla asuvien koti- ja siivousavun saaminen on todennäköisesti vaikeampaa kuin kaupunkialueella ja

tästä syystä oma kotitöistä suoriutuminen on tärkeää itsenäiselle kotona selviytymiselle.

Tämän tutkimuksen tulosten vertailtavuutta aikaisempiin tutkimuksiin vaikeuttaa se, että kuntoutustarvetta ei ole juurikaan tutkittu yksittäisen tautiryhmän sisällä tai vanhemmissa ikäryhmissä. Aikaisemmat tutkimukset koetusta kuntoutustarpeesta koskevat MS-tautia ja astmaa sairastavia potilaita. Niiden tulokset ovat kuitenkin hyvin samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Viitanen ja Piirainen (2003) tutkivat MS-potilaiden kokemaa kuntoutustarvetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimukseen osallistuneet halusivat selvittää mahdollisimman itsenäisesti. He toivoivat kuntoutukselta tukea sairauden ymmärtämiseen ja sen kanssa selviämiseen. Vertaistuki koettiin tärkeäksi. Koettu kuntoutustarve painottui henkisen hyvinvoinnin lisäämiseen ja sosiaalisen tuen saamiseen, omaan fyysiseen toimintakykyyn liittyvää kuntoutusta ei koettu yhtä tarpeelliseksi. Myös Valkosen (1994) sydäninfarktipotilaita käsittelevässä tutkimuksessa korostui sosiaalisen tuen merkitys. Astmaa sairastavilla työikäisillä koettu kuntoutustarve oli suurinta mielialaan liittyvissä tekijöissä (Aalto ym. 2001).

Johtopäätöksenä tästä tutkimuksesta voidaan esittää, että kuntoutustarpeen kokeminen on pääasiassa yhteydessä sairaudesta aiheutuvaan huoleen, asennoitumiseen sairautta kohtaan ja muihin siihen liittyviin tekijöihin. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat sitä, että kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi huomioida psyykinen tuki ja asiallisen tiedon jakaminen eli tietokuntoutus. Psyykinen ja sosiaalinen selviytyminen sekä niiden merkitys kuntoutumiselle korostuivat useimmissa kuntoutustarpeen kokemiseen vaikuttavissa tekijöissä.

## 9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkija on vastuussa yhteiskunnalle, tutkittaville ja itselleen tutkimuksen eettisistä ratkaisuista. Tutkimusta tehtäessä on sovittava tutkimusorganisaation



kanssa asianmukaisista tutkimusluvista tutkimuksen toteutusta varten. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26—28.) Tampereen yliopistollisen sairaalan eettinen toimikunta on antanut tutkimusluvan tämän tutkimuksen toteuttamiseksi elokuussa 2005.

Ihmisiä koskeissa tutkimuksissa mainitaan yleensä tärkeimpinä eettisinä periaatteina informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20). Tutkimuksessa tulee pohtia tarkasti tutkittavien suojaa ja anonymiteettiä koskevia kysymyksiä. Tutkimus ei myöskään saa vahingoittaa tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimusta tehtäessä tulee aina selvittää tutkimuksesta aiheutuvat hyödyt ja haitat, jolloin hyödyn on oltava haittaa suurempi. Tutkimustulokset on raportoitava avoimesti ja rehellisesti, mutta niin, että tutkittavien tietosuoja ja anonymiteetti säilyy. Tulosten raportoinnissa on myös pyrittävä mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28—30.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeet postitettiin vastaajille kotiin ja lomakkeen mukana seurasi saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä lisätietojen saamisen mahdollisuudesta. Lisäksi saatekirjeestä kävi ilmi, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta millään tavalla tutkittavien tulevaisuudessa saamaan hoitoon. Tutkittavat olivat siis vastatessaan tietoisia siitä, että tutkimukseen osallistumattomuudesta ei koidu heille mitään seurauksia. Koska kyseessä oli postikysely, tutkittavat pystyivät valitsemaan helposti vastaamisen ja vastaamatta jättämisen välillä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää sydänpotilaiden kuntoutustoiminnan suunnitteluun ja kuntoutuksen kohdentamiseen eniten kuntoutusta tarvitseville henkilöille. Tässä tutkimuksessa aineiston tallentamiseen on käytetty koodeja, joilla voidaan varmistaa yksityisyyden toteutuminen. Saatekirjeessä informoitiin tutkittavia siitä, että he vastaavat nimettöminä ja yhtä vastaajaa ei kyetä tunnistamaan.

Tulokset esitetään frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina sekä tilastollisina merkitsevyyksinä, joka ei nosta yhtä yksittäistä vastaajaa esille.

### 9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus, sen validiteetti ja reliabiliteetti perustuvat kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen kykyyn välttää virheitä ja tuottaa mahdollisimman totuudenmukaisia ja tarkkoja tuloksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten luotettavuutena. (Heikkilä 2004, 29—31; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206.)

Kuntoutustarvetta mitattiin tässä tutkimuksessa Aallon ym. (1999) kehittämän kysymyssarjan avulla. Alkuperäisessä mittarissa oli kahdeksan osa-aluetta, joista otettiin tähän tutkimukseen mukaan kuusi. Työtilanne ja ammatillinen kuntoutus jätettiin pois, koska rekisterien perusteella tiedettiin suuren osan tutkimusjoukosta olevan eläkkeellä ja näin ollen työhön ja ammatilliseen kuntoutumiseen liittyvät asiat eivät olleet ajankohtaisia. Vehviläinen-Julkunen ja Paunonen (1997, 207) toteavat, että esitutkimuksella on tärkeä rooli mittarin validiteetin arvioinnissa. Kyselylomake esitettiin ennen varsinaista aineiston keruuta, jotta saatiin varmistettua sen toimivuus. Tarvemittaria on aikaisemmin käytetty työikäisten astmaa sairastavien kuntoutustarpeen arviointiin, jossa mittari toimi hyvin ja osoittautui validiksi. Aallon ym. (2001) mukaan mittarin validiteettia tukivat sen yhteydet astman vaikeusasteeseen, muihin sairastavuuteen, terveydentilaan ja työkykyyn. Myös tässä tutkimuksessa tarvemittari osoittautui toimivaksi ja sillä saatiin mitattua koettua tarvetta. Mittariin valitut kuntoutustarpeen osa-alueet ovat relevantteja myös sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutuksessa.

Toinen tässä tutkimuksessa käytetty tarpeen mittari pohjautui sepelvaltimotaudin riskitekijöihin, joiden määrittely perustui potilaan omaan arvioon kustakin riskitekijästä. Tupakointi ja alkoholin käyttö oli aineistossa

melko vähäistä. On siis mahdollista, että näiden riskitekijöiden osalta vastauksia on hieman kaunisteltu, mikä heikentää mittaamisen luotettavuutta. Toisaalta tupakoinnin osalta ei kysytty sitä, ovatko vastaajat joskus tupakoineet, mikä olisi kuitenkin antanut luotettavamman kuvan tupakoinnin todellisesta määrästä. Riskitekijöiden lukumäärä jakautui aineistossa kuitenkin suhteellisen normaalisti. Tutkittavien joukossa oli mukana sekä vastaajia, joilla ei ollut lainkaan riskitekijöitä että niitä, joilla riskitekijöitä oli kolme tai enemmän. Suurin osa vastaajista sijoittui näiden ääripäiden välille.

Tässä tutkimuksessa valittiin aineistonkeruumenetelmäksi postikysely. Kyselylomake on laadittu aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella (ks. luku 7.4). Kyselyn etuna voidaan pitää sitä, että sen avulla on mahdollisuus saavuttaa suuri osallistujamäärä ja samanaikaisesti kysyä useita asioita. Postikyselyn heikkoutena voidaan puolestaan pitää sitä, että tutkittavat voivat ymmärtää kysymykset eri tavoin kuin tutkija on tarkoittanut tai vastaajat voivat vastata niin, kuin he olettavat, että heidän kuuluu vastata. Epäselvissä tilanteissa vastaajat eivät voi myöskään kysyä vastausohjeita. (Heikkilä 2004, 66—67; Hirsjärvi & Hurme 2004, 35—37.) Kaikki palautuneet kyselylomakkeet otettiin mukaan tutkimukseen ja niihin oli vastattu asianmukaisesti. Ennen varsinaisten kyselyjen suorittamista tehdyllä esikyselyllä saatiin myös varmistettua kysymysten ymmärrettävyys.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella myös suhteessa tutkimuksen tuloksiin (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210—211). Tutkittavat on poimittu tietyillä diagnoosinumeroilla Sydänkeskuksen rekistereistä, joten kaikilla tutkimusjoukkoon kuuluvilla oli yhtäläinen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Vastausprosentti tutkimuksessa oli 50, joka olisi todennäköisesti muistutusten myötä noussut 60—70 prosenttiin. Tutkimuksen luotettavuutta voi siis heikentää vastaamatta jättäneiden osuus eli kato. Vastaamatta jättäneistä ei tehty kustannussyistä katoanalyysiä eikä näin ollen ole tietoa siitä, olisivatko heidän vastauksensa olleet keskeisiä tutkimuksen kannalta. Itselleni jäi tutkimusaineistosta sellainen kuva, että vastaajat olivat pääosin parempikuntoisia ja kiinnostuneita itsensä hoitamisesta ja kuntoutuksesta.

Tutkimustulosten yleistettävyyden kannalta on oleellista se, onko otos edustava ja kuinka hyvin se edustaa perusjoukkoa (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210—211). Tämän tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Sydänkeskuksessa tietyllä aikavälillä sepelvaltimotaudin vuoksi hoidettavana olleet potilaat. Tutkimuksen tulosten voidaan ajatella olevan yleistettävissä perusjoukkoon eli Pirkanmaan alueella asuviin sepelvaltimotautia sairastaviin potilaisiin, mutta koko Suomea ajatellen yleistyksen suhteen on oltava varovaisempi. Keskimäki ym. (2004) ovat selvittäneet sepelvaltimotautia sairastavien oireilua, hoitoa ja elämäntapoja koko Suomen alueella. Sepelvaltimotaudin hoitokäytännöissä, lääkkeiden käytössä, oheis-sairastavuudessa, riskitekijöissä sekä lääkärikäynneissä oli eroja eri yliopistosairaaloiden välillä. Näin ollen myös kuntoutustarpeen kokemiseen liittyvät asiat voivat vaihdella eri yliopistosairaaloiden hoidossa olevien potilaiden kesken. Koko Suomea koskeva yleistys vaatisi tarkempaa hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen selvittelyä eri yliopistosairaaloissa.

#### 9.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutuksen tarvetta ei voida arvioida pelkästään riskitekijöiden tai potilastietojen perusteella. Potilaiden kokemaan kuntoutustarpeeseen vaikuttavat tekijät liittyivät sairauden aiheuttamaan huoleen ja olivat yhteydessä potilaiden asenteisiin sairauttaan kohtaan. Kuntoutustarpeeseen liittyvät tekijät olivat suurelta osin samankaltaisia. Tämä helpottaa niiden ihmisten tunnistamista, jotka ovat suurimmassa kuntoutuksen tarpeessa.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia miesten ja naisten välisiä eroja koetussa kuntoutustarpeessa. Viitanen & Piirainen (2003) havaitsivat MS-potilaita käsittelevässä tutkimuksessaan naisten kaipaavan nimenomaan naisten omia ryhmiä ja miesten puolestaan omia. Aalto ym. (2001) totesivat puolestaan astmaa sairastavien naisten kokevan suurempaa kuntoutuksen tarvetta. Nämä tulokset viittaavat siihen, että miehet ja naiset todennäköisesti käsittelevät

suhdettaan sairauteen ja siihen liittyviä tunteita, kuten huolta, pelkoa tai ahdistusta, eri tavoin. Koetun tarpeen erot auttaisivat edelleen kuntoutuksen kohdentamisessa ja siitä saatava hyöty olisi mahdollisesti suurempi.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin yleisesti kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä. Useimmat tekijät olivat hyvin samankaltaisia, toisaalta ammattikoulun käyminen, terveydentilan vaikutus raskaista kotitöistä suoriutumiseen sekä diabeteksen sairastaminen erosivat selvästi muista tekijöistä. Olisikin mielenkiintoista tutkia, voidaanko kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevista tekijöistä muodostaa erilaisia kuntoutujatyppejä, joille voitaisiin kohdistaa juuri heidän tarpeiden mukaista kuntoutusta.

## LÄHTEET

Aalto, A-M., Klaukka, T., Rissanen, P., Hakola, R. & Kerppilä, S. 1999. Työikäisten astma Suomessa. Kyselytutkimus astmaa sairastavien terveydestä, terveystalvelujen käytöstä ja kuntoutustarpeesta vuonna 1996. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 43. Helsinki: Hakapaino Oy.

Aalto, A-M., Rissanen, P., Härkäpää, K. & Puolanne, M. 2001. Astmaa sairastavien työikäisten koettu kuntoutustarve. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 38 (1), 3—13.

Ades, P. 2001 Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *The New England Journal of Medicine* 345 (12), 892—902.

Ades, P., Maloney, A., Savage, P. & Carhart, R. 1999. Determinants of Physical Functioning in Coronary Patients: Response to Cardiac Rehabilitation. *Archives of Internal Medicine* 159 (19), 2357—2360.

Ahto, M. 1999. Sepelvaltimotauti ja elämänlaatu iäkkäillä. Sepelvaltimotaudin vallitsevuus, ilmenemismuodot ja yhteydet fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. *Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 536.

Carney, R. & Freedland, K. 2003. Depression, Mortality and Medical Morbidity in Patients with Coronary Heart Disease. *Biological Psychiatry* 54, 241—247.

Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. 2001. *The Lancet* 357 (9261), 995—1001.

Creed, F. 1999. The importance of depression following myocardial infarction. *Heart* 82 (4), 406—407.

Denollet, J. & Brutsaert D. 2001. Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation* 104 (17), 2018—2023.

Doyal, L. & Gough, I. 1991. *A Theory of Human Need*. MacMillan Press.

Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHED) randomized trial. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 289 (23), 3106—3116.

Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Huttunen, J. 2005. Oletko hoitanut sydänpotilaasi depression? *Duodecim* 121, 1611—1612.

Hämäläinen, H. 2000. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutus – näyttöön perustuvaa lääketiedettäkö? *Suomen Lääkärilehti* 45 (55), 4619—4623.

Hämäläinen, H. 2003. Sydän- ja verisuonitaudit. Teoksessa T. Kallaranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 295—307.

Hämäläinen, H. & Kallio, V. Sydänpotilaan kuntoutus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 110, 1403—1409.

Hänninen, V. & Valkonen, J. 1998. Saatteeksi. Teoksessa V. Hänninen & J. Valkonen (toim.) *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59/1998*. Helsinki: Yliopistopaino, 1—2

Jolliffe, JA., Rees, K., Taylor, RS., Thompson, D., Oldridge, N. & Ebrahim, S. 2005. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. The Cochrane Library 1.

Julkunen, J. 1996. Risk and prognosis of coronary heart disease. Studies of psychological risk factors in samples of healthy subjects and post-infarction patients. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 53/1996. Helsinki: Yliopistopaino.

Julkunen, J., Saarinen, T., Idänpään-Heikkilä, U. & Sala, R. 2000. Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus. Kontrolloitu seurantatutkimus. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 63/2000. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995. Mitä kuntoutus on? Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 12—28.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2003. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve — kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa T. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 30—41.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet.

Kavanagh, T., Mertens, D., Hamm, L., Beyene, J., Kennedy, J., Corey, P. & Shephard, R. 2002. Prediction of Long-Term Prognosis in 12 169 Men Referred for Cardiac Rehabilitation. *Circulation* 106 (6), 666—671.

Keskimäki, I., Aalto, A-M., Häkkinen, U., Klaukka, T., Manderbacka, K., Reunanen, A. & Vehko, T. 2004. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. STAKES Raportteja 286. Saarijärvi: Gummerus Oy.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.



Korpilahti, K. 1999. A five year follow-up study of patients with coronary artery bypass grafting. Association with risk factors and effects of rehabilitation. *Kela Studies in social security and health* 44. Turku: Kelan tutkimuskeskus.

Leino, E. 2004. Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 92—101.

Leon, A., Franklin, B., Costa, F., Balady, G., Berra, K., Stewart, K., Thompson, P., Williams, M. & Lauer, M. 2005. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in Collaboration With the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 111 (3), 369—376.

Linden, W., Stossel, C. & Maurice, J. 1996. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A Meta-analysis. *Archives of Internal Medicine* 156 (7), 745—752.

Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntapa. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. D Medica* 562.

Luutonen, S. & Holm, H. 1999. Särkykö masentuneen sydän? Masennus ja sepelvaltimotauti. *Suomen Lääkärilehti* 45 (54), 3539—3543.

Maslow, A. 1954. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Mayou, R. 1996. Rehabilitation after heart attack. Should be more flexible and integrated with cardiac aftercare and primary care. *British Medical Journal (BMJ)* 313, 1498—1499.

Metsämuuronen, J. 2001. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. Metodologia-sarja 7. Viro: International Methelp Ky.

Murchie, P., Campbell, N., Ritchie, L., Simpson, J. & Thain, J. 2003. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *British Medical Journal (BMJ)* 326 (7380), 84—90.

Murray, P. 1989. Rehabilitation information and health beliefs in the post-coronary patient: do we meet their information needs? *Journal of Advanced Nursing* 14, 686—693.

Nieminen, M., Kaartinen, M., Partanen, J., Romo, M., Strandberg, T. & Vanhanen, H. 2000. *Suomalaisten sydänkirja*. Helsinki: Tammi.

Ornish, D., Brown, S., Scherwitz, L., Billings, J., Armstrong, W., Ports, T., McLanahan, S., Kirkeeide, R., Brand, R. & Gould, L. 1990. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *The Lancet* 336, 129—133.

Penttilä, U. 2004. Sepelvaltimotautiin sairastuneen kuntoutus. Teoksessa I. Haarni & A. Alanko: *Elämää sepelvaltimotaudin kanssa*. Helsinki: Edita, 134—139.

Renfors, T. 1998. Seniori-ikäisen sydäninfarktipotilaan psykososiaalinen kuntoutuminen. Lisensiaattitutkimus. Turun yliopisto: Psykologian laitos.

Rissanen, P., Sintonen, H. & Pekurinen, M. 1995. 15-D Terveysteen liittyvän elämänlaatumittarin, visuaalisen analogiamittarin ja koetun terveydentilan mittarin arvot aikuisikäisessä normaaliväestössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 32, 207—211.

Rissanen, P. & Aalto, A. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes raportteja 267/2002. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 1—25.

Strandberg, T. 2004. Sepelvaltimotaudin pahenemisen ehkäisy. Teoksessa I. Haarni & A. Alanko: Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita, 149—152.

Suikkanen, A. & Piirainen, K. 1995. Kuntoutus modernin palkkatyöyhteiskunnan muutoksessa. Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (toim.) Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva: WSOY, 29—48.

Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksesta. 1999. Suomen Sydäntautiliitto, Suomen Kardiologinen Seura & Kunnallislääkärit. Suomen Sydäntautiliiton julkaisuja 1:1999. Helsinki.

Sydänpotilaiden kuntoutuksen hoitoprosessin kehittämishanke. 2004. Hankeseloste. Pirkanmaan Sydänpiiri ry.

Takkunen, H. & Romo, M. 1998. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus. Suomen lääkärilehti 53 (7), 677—681.

Testaa itsesi. Suomen Sydänliitto ry. Saatavissa osoitteesta [http://www.sydanliitto.fi/testaa/fi\\_FI/painoindeksi/](http://www.sydanliitto.fi/testaa/fi_FI/painoindeksi/). Luettu 30.10.2006.

Thompson, T. & Bowman, G. 1998. Evidence for the effectiveness of cardiac rehabilitation. Intensive and Critical Care Nursing 14, 38—48.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005—2011. 2005. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2005:1. Saatavissa osoitteesta: [http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/toimenpideohjelma/fi\\_FI/toimenpideohjelma\\_1/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/toimenpideohjelma/fi_FI/toimenpideohjelma_1/). Luettu 30.10.2006.

Tutkimuksia suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. Terveys 2000. Terveyskysely. Saatavissa osoitteesta <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>. Luettu 30.10.2006.

Valkamo, M. 2005. Sepelvaltimotautiin sairastunut ja masennus. Teoksessa I. Haarni & A. Alanko: Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita, 86—88.

Valkonen, J. (1994) Tarinametafora sydäninfarktipotilaiden kuntoutumisessa. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 45/1994.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko. 2002. Saatavissa osoitteesta: <http://pre.20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>. Luettu 30.9.2006.

Wannamethee, S., Shaper, A. & Walker, M. 2000. Physical Activity and Mortality in Older Men With Diagnosed Coronary Heart Disease. *Circulation* 102 (12), 1358—1363.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26—34.

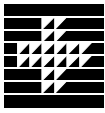
Vehviläinen - Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206 – 214.

Viitanen, E. & Piirainen, A. 2003. Kuntoutujan arvioima kuntoutustarve ja odotukset omalle kuntoutumiselle. *Kuntoutus* 1, 24—35.

Wilson, K., Gibson, N., Willan, A. & Cook, D. 2000. Effect of Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction. Meta-Analysis of Cohort Studies. *Archives of Internal Medicine* 160 (10), 939—944.

Yleistietoa sydän ja verenkiertoelimistön sairauksista. Suomen Sydänliitto ry. Saatavissa osoitteesta [http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/tilastot\\_ja\\_rekisterit/fi\\_FI/yleistietoja/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/tilastot_ja_rekisterit/fi_FI/yleistietoja/). Luettu 20.11.2006.

Zimmerman, M. & Warschausky, S. 1998. Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology* 43 (1), 3—16.



19.9.2005

## Hyvä potilas

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään miten sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ovat kokeneet sairaalassa saamansa ohjauksen. Tarkoituksena on myös kartoittaa potilaiden kokemaa kuntoutuksen tarvetta ja halukkuutta kuntoutukseen osallistumiseen. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää ohjausta ja antaa parempia valmiuksia vuonna 2007 avattavan sydänpotilaiden kuntoutusyksikön toiminnan suunnitteluun. Pirkanmaan sairaanhoidopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta myönteisen lausunnon.

Sepelvaltimotauti on etenevä sairaus, joka ahtauttaa sydämen pinnassa olevia verisuonia, sepelvaltimoita. Sepelvaltimotaudin aiheuttamia ahtaumia korjataan pallolaajennuksella ja ohitusleikkauksella, mutta itse tautiin näillä toimenpiteillä ei voida vaikuttaa. Taudin etenemistä voidaan kuitenkin hidastaa ruokavalion, liikunnan ja elintapojen muuttamisen, kuntoutuksen, avulla.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta mahdollisesti myöhemmin tarvitsemaanne hoitoon. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, niin että yksittäistä vastaajaa ei kyetä tunnistamaan.

Pyydämme, että vastaisitte kyselyyn ja palauttaisitte sen oheisessa vastauskuoressa postitse tutkijalle 7.10.2005 mennessä

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme.

Tutkijat:

Saara Ojala  
Fysioterapeutti  
Ttm-opiskelija  
Puh. 040-5130063

Katja Hautamäki  
Ylihoitaja  
Sydänkeskus  
Puh. 311 64998

(jatkuu)

LIITE 1. (jatkuu)

## **VASTAUSOHJEET**

Useimmissa kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot. Ympyröikää niistä se, joka sopii parhaiten teidän kohdallenne. Mikäli yksikään vaihtoehto ei ole aivan sopiva, valitkaa lähinnä sopivin vaihtoehto. Valitkaa ainoastaan yksi vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla neuvota toisin. Avoimissa kysymyksissä kirjoittakaa vastauksenne sille osoitettuun tilaan.

### **TAUSTATIETOJA JA ELÄMÄNTILANNETTA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ**

**1 Minkä ikäinen olette?** \_\_\_\_\_ vuotta

**2 Mikä on sukupuolenne?**

- 1 nainen
- 2 mies

**3 Mikä on siviilisäätyenne?**

- 1 naimaton
- 2 avo- tai avioliitossa
- 3 eronnut tai asumuserossa
- 4 leski

**4 Mikä on peruskoulutuksenne?**

- 1 kansa- tai kansalaiskoulu (tai vähemmän)
- 2 keski- tai peruskoulu tai osa keski-/peruskoulua
- 3 ylioppilas tai osa lukiota

**5 Onko teillä lisäksi jokin ammatillinen koulutus? (Merkitkää korkein koulutuksenne.)**

- 1 ei ammatillista koulutusta
- 2 ammattikurssi
- 3 ammattikoulututkinto
- 4 ammatillinen opistotason tutkinto
- 5 korkeakoulututkinto

**6 Mikä on nykyinen työtilanteenne?**

- 1 työssä
- 2 työtön
- 3 eläkkeellä
- 4 opiskelija
- 5 jotain muuta, mitä \_\_\_\_\_

(jatkuu)

LIITE 1. (jatkuu)

**7 Onko teillä todettu muita pitkäaikaissairauksia sepelvaltimotaudin lisäksi?**

- 1 kyllä, mikä sairaus/sairauksia? \_\_\_\_\_  
2 ei

**8 Onko teille tehty**

- 1 varjoainekuvaus  
2 pallolaajennus  
3 sydänleikkaus

**Milloin toimenpide on tehty?** \_\_\_\_\_kk vuonna\_\_\_\_\_

**TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖÖN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ**

**9 Kuinka monta kertaa olette viimeksi kuluneen puolen vuoden (6 kk) aikana käyneet oman terveydentilanne takia lääkärin vastaanotolla**

**a. Terveyskeskuksessa?**

- 1 en ole käynyt  
2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_\_ kertaa

**b. Työterveyshuollossa?**

- 1 en ole käynyt  
2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_\_ kertaa

**c. Yksityisellä lääkäriasemalla?**

- 1 en ole käynyt  
2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_\_ kertaa

**10 Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneen puolen vuoden (6 kk) aikana olette oman terveydentilanne takia tavannut terveydenhoitajan tai erikoissairaanhoidajan**

**a. Terveyskeskuksessa?**

- 1 en ole käynyt  
2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_\_ kertaa

**b. Työterveyshuollossa?**

- 1 en ole käynyt  
2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_\_ kertaa

**c. Yksityisellä lääkäriasemalla?**

- 1 en ole käynyt  
2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_\_ kertaa

(jatkuu)

LIITE 1. (jatkuu)



**11 Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneen puolen vuoden (6 kk) aikana olette käyneet oman terveydentilanne takia päivystysluonteisesti sairaalan poliklinikalla?**

- 1 en ole käynyt
- 2 olen käynyt → yhteensä \_\_\_\_ kertaa, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_ kertaa

**12 Kuinka monta päivää olette viimeksi kuluneen puolen vuoden (6 kk) aikana olleet oman terveydentilanne vuoksi hoidettavana sairaalassa vuodeosastolla?**

**a. Terveyskeskuksessa?**

- 1 en ole ollut
- 2 kyllä → yhteensä \_\_\_\_ päivää, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_ päivää

**b. Aluesairaalassa?**

- 1 en ole ollut
- 2 kyllä → yhteensä \_\_\_\_ päivää, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_ päivää

**c. Keskussairaalassa?**

- 1 en ole ollut
- 2 kyllä → yhteensä \_\_\_\_ päivää, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_ päivää

**d Muualla, missä? \_\_\_\_\_**

- 1 en ole ollut
- 2 kyllä → yhteensä \_\_\_\_ päivää, joista sydänsairauden vuoksi \_\_\_\_ päivää

### **ELINTAPOJA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ**

**13 Poltatteko savukkeita, sikareita, piippua tms.?**

- 1 en lainkaan
- 2 satunnaisesti
- 3 säännöllisesti, päivittäin

**Kuinka monta savuketta, sikaria tai piipullista poltatte päivässä?**

\_\_\_\_\_

**14 Kuinka usein käytätte alkoholia?**

- 1 en lainkaan
- 2 kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa viikossa
- 5 päivittäin

(jatkuu)

## LIITE 1. (jatkuu)

**KUNTOLIIKUNNALLA** tarkoitetaan kunnon ja/tai virkistyksen vuoksi tapahtuvaa liikuntaa, joka kestää vähintään puoli tuntia kerrallaan siten, että hengästyt ja hikoilet (esimerkiksi lenkkeily, pyöräily, hiihto tai reipas kävely). **HYÖTYLIIKUNNALLA** puolestaan tarkoitetaan jalan tai polkupyörällä tehtyjä asioimismatkoja, esimerkiksi kauppa- tai pankkimatkoja.

### 15 Kuinka usein harrastatte kuntoliikuntaa?

- 1 en lainkaan tai harvemmin kuin kerran viikossa
- 2 kerran viikossa
- 3 2-3 kertaa viikossa
- 4 4-6 kertaa viikossa
- 5 päivittäin

### 16 Kuinka usein harrastatte hyötyliikuntaa?

- 1 en lainkaan tai harvemmin kuin kerran viikossa
- 2 kerran viikossa
- 3 2-3 kertaa viikossa
- 4 4-6 kertaa viikossa
- 5 päivittäin

### 17 Kuinka pitkä olette? \_\_\_\_\_ cm

Kuinka paljon painatte keveissä vaatteissa punnittuna? \_\_\_\_\_ kg

## YLEISEEN TERVEYDENTILAAN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ

**18 Alla on asteikko, johon pyydämme teitä merkitsemään tämänhetkisen terveydentilanne. Vetäkää pystyviiva siihen kohtaan asteikkoa, joka mielestänne kuvaa terveydentilanne tällä hetkellä.** Parasta mahdollista terveydentilaa merkitään 100:lla ja huonointa 0:lla.



Huonoin  
kuviteltavissa  
oleva  
terveydentila

Paras  
kuviteltavissa  
oleva  
terveydentila

(jatkuu)

## LIITE 1. (jatkuu)

### 19 Päivittäiset toiminnot

- 1 Pystyn suoriutumaan normaalisti päivittäisistä toiminnoista (esim. ansiotyö, kotityöt, vapaa-ajan toiminta).
- 2 Pystyn suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.
- 3 Pystyn suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla, huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.
- 4 Pystyn suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista vain pieneltä osin.
- 5 En pysty suoriutumaan lainkaan päivittäisistä toiminnoistani.

### 20 Vaivat ja oireet

- 1 Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esimerkiksi kipua, särkyä tai pahoinvointia.
- 2 Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esimerkiksi lievää kipua, särkyä tai pahoinvointia
- 3 Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esimerkiksi melkoista kipua, särkyä tai pahoinvointia.
- 4 Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esimerkiksi voimakasta kipua, särkyä tai pahoinvointia.
- 5 Minulla on sietämättömiä vaivoja tai oireita, esimerkiksi sietämätöntä kipua, särkyä tai pahoinvointia.

### 21 Mieliala

- 1 En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 2 Tunne itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi ja masentuneeksi.
- 3 Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 4 Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

### 22 Ahdistuneisuus

- 1 En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi tai pelokkaaksi.
- 2 Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 3 Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 4 Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.

(jatkuu)

## LIITE 1 (jatkuu)

### 23 Energisyys

- 1 Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi.
- 2 Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi.
- 3 Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi.
- 4 Tunnen itseni hyvin uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, lähes loppuun kuluneeksi.
- 5 Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi ja voimattomaksi, täysin loppuun kuluneeksi.

### 24 Sukupuolielämä

- 1 Terveydentilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni.
- 2 Terveydentilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni.
- 3 Terveydentilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni.
- 4 Terveydentilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi.
- 5 Terveydentilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi.

### 25 Millaisissa olosuhteissa teillä esiintyy nykyisin sydänperäisiä rintakipuja?

- 1 Ei lainkaan tai vain hyvin raskaassa rasituksessa.
- 2 Kävellessä ylämäkeen tai portaita noustessa.
- 3 Kävellessä tasamaalla.
- 4 Myös levossa.

### 26 Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, niin kuinka paljon?

Rengastakaa yksi numero joka riviltä.

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esimerkiksi juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu) .....	1 .....	2 .....	3
kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot, kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu .....	1 .....	2 .....	3
ruokakassien nostaminen tai kantaminen .....	1 .....	2 .....	3
nouseminen portaita useita kerroksia .....	1 .....	2 .....	3
nouseminen portaita yhden kerroksen .....	1 .....	2 .....	3

(jatkuu)

## LIITE 1. (jatkuu)

vartalon taivuttaminen, polvistuminen, kumartuminen .....	1.....	2.....	3
noin kahden kilometrin matkan kävely .....	1.....	2.....	3
noin puolen kilometrin matkan kävely .....	1.....	2.....	3
noin sadan metrin matkan kävely .....	1.....	2.....	3
kylpeminen tai pukeutuminen.....	1.....	2.....	3
kevyet kotityöt (tiskaaminen, lattioiden lakaiseminen).....	1.....	2.....	3
raskaat kotityöt (ikkunoiden ja lattioiden pesu, yleinen kodin siivous).....	1.....	2.....	3

## KYSYMYKSIÄ YLEISESTÄ ELÄMÄNASENTEESTA

**27 Seuraavat väittämät koskevat yleisiä elämään, tulevaisuuteen ja elämän haasteisiin liittyviä suhtautumistapoja, joita ihmisillä voi olla. Kuinka samaa tai eri mieltä olette seuraavien väitteiden kanssa?**

	täysin samaa mieltä	melko paljon samaa mieltä	hieman samaa mieltä	hieman eri mieltä	melko paljon eri mieltä	täysin eri mieltä
Epävarmoina aikoina odotan aina parasta.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Minun on helppo rentoutua.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Jos jokin asia voi epäonnistua, niin minun kohdallani se epäonnistuu.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Suhtaudun aina myönteisesti ja optimistisesti tulevaisuuteen .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Nautin paljon ystäväni seurasta .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
En juuri koskaan odota asioiden sujuvan kuten haluaisin .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
En yleensä hermostu .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
En juuri koskaan odota, että minulle tapahtuisi jotain hyvää .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Uskon, että minulle tapahtuu enemmän hyviä kuin pahoja asioita.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Osaan yleensä toimia tilanteen edellyttämällä tavalla .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Vaikka yrittäisin kuinka kovasti tahansa, asiat eivät suju haluamallani tavalla.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Onnistun tehtävässä johon ryhdyn.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Minun on vaikea löytää tehokkaita ratkaisuja kohtaamiini ongelmiin .....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6
Pystyn tekemään ratkaisuja vähintään yhtä hyvin kuin muut ihmiset.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6

(jatkuu)

## LIITE 1. (jatkuu)

- 28 Seuraavilla väittämillä tiedustellaan käsityksiänne mahdollisuudesta saada apua läheisiltänne, kun olette sen tarpeessa . Valitkaa kunkin väittämän kohdalla tilannettanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.**

	puoliso, kumppani	joku muu lähi- omainen	läheinen ystävä	läheinen työtoveri tai esi- mies	joku muu, (esim. suku- lainen)	ei kukaan
Kenen apuun voitte todella luottaa kaivatessanne konkreettista apua (esim. kaupassa käynti, apua kotitöissä).....	1	2	3	4	5	6
Kenen voitte todella uskoa välittävän teistä, tapahtuipa mitä tahansa?.....	1	2	3	4	5	6
Kenen voitte luottaa saavan teidät tuntemaan olonne paremmaksi, kun olette allapäin?.....	1	2	3	4	5	6

- 29 Ihmiset suhtautuvat sairastumiseen monella eri tavalla. Myös keinot selvittää sairauden kanssa ovat erilaisia. Seuraavat väittämät koskevat suhtautumistanne sairauteenne. Valitkaa kunkin väittämän kohdalla teille sopivin vaihtoehto.**

	täysin samaa mieltä	melko paljon samaa mieltä	hieman samaa mieltä	hieman eri mieltä	melko paljon eri mieltä	täysin eri mieltä
Pyrin hankkimaan lisää tietoa sairaudestani.....	1	2	3	4	5	6
Vältän ponnisteluja .....	1	2	3	4	5	6
Vältän kertomasta ihmisille sairaudestani.....	1	2	3	4	5	6
Kyselen hoitohenkilökunnalta sairaudestani.....	1	2	3	4	5	6
Pelkään, että sydänsairauteni pahenee.....	1	2	3	4	5	6
Yritän ajatella sairauttani ja siihen liittyviä kokemuksia myönteisessä valossa.....	1	2	3	4	5	6
Yritän kypsyä ihmisenä sairauteeni liittyvien kokemusten kautta .....	1	2	3	4	5	6
On turha suunnitella mitään tulevaisuuden varalle .....	1	2	3	4	5	6
Vähättelen sitä, kuinka paljon sairaus minua vaivaa .....	1	2	3	4	5	6
Kerron muille ihmisille sydänsairaudestani.....	1	2	3	4	5	6
Sairaus pakottaa minut luopumaan monista mieleisistä ja tärkeistä asioista .....	1	2	3	4	5	6

(jatkuu)

## LIITE 1. (jatkuu)

Olen huolissani sydänsairaudestani .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Aion muuttaa elämäntapojani joka suhteessa terveellisempään suuntaan .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Sairaus on parasta unohtaa kokonaan .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Yritän elää varovaisesti, jotta en saisi sydänoireita .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Pohjimmiltani tunnen itseni masentuneeksi ja avuttomaksi .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Oireet muistuttavat minua jatkuvasti sairaudestani, vaikka yritän unohtaa sen ..	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Pyydän ihmisiä ottamaan huomioon sairauteni .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Ajattelen, että on pahempiakin asioita kuin sydänsairaus.....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6
Yritän salata sairauteni .....	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5	.....	6

## KYSYMYKSIÄ KUNTOUTUKSESTA JA OHJAUKSESTA

### 30 Saitteko tietoa sairaudestanne ja sen hoidosta sairaalassaoloaikanne?

- 1 en lainkaan
- 2 hieman
- 3 jonkin verran
- 4 riittävästi

### 31 Olitteko saamaanne ohjaukseen

- 1 erittäin tyytymätön
- 2 melko tyytymätön
- 3 tyytyväinen
- 4 erittäin tyytyväinen

### Mikäli ette olleet tyytyväinen, mistä asioista olisitte kaivanneet enemmän tietoa?

- 1 terveellisistä elintavoista
- 2 lääkityksestä
- 3 sairauden itsehoidosta yleensä
- 4 seksuaalisuuteen liittyvistä asioista
- 5 muusta, mistä \_\_\_\_\_

(jatkuu)

## LIITE 1. (jatkuu)

**32 Kuinka paljon tukea tai kuntoutusta te koette henkilökohtaisesti tällä hetkellä tarvitsevanne alla mainituissa asioissa (A- F) ?** Arvioikaa tarvettanne asteikolla, jossa 0 tarkoittaa, että ette tarvitse lainkaan kyseisen kaltaista tukea kun taas 10 tarkoittaa, että tuen/kuntoutuksen saaminen on aivan välttämätöntä päivittäisen selviytymisenne kannalta.

**A Fyysinen kuntoutuminen**, esimerkiksi fyysisen kunnon ja toimintakyvyn parantaminen

en tarvitse lainkaan    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    tarvitsen aivan välttämättä

**B Sairautta koskeva tieto**, esimerkiksi tietoa sairaudesta ja oireisiin vaikuttavista tekijöistä, lääkkeistä ja niiden käytöstä, terveellisistä elämäntavoista jne.

en tarvitse lainkaan    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    tarvitsen aivan välttämättä

**C Omatoimisen hoidon edistäminen**, esimerkiksi ohjausta oireiden seurannassa, rentoutustekniikoissa, sopivan liikuntamuodon etsimisessä jne.

en tarvitse lainkaan    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    tarvitsen aivan välttämättä

**D Yleinen elämäntilanne**, esimerkiksi oman elämäntilanteen ja -tavoitteiden selvittämistä, omien ongelmanratkaisu- ja elämäntaitojen kehittämistä, mahdollisuutta oppia ymmärtämään sairauden merkitys itselleni jne.

en tarvitse lainkaan    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    tarvitsen aivan välttämättä

**E Mieliala**, esimerkiksi mahdollisuus virkistäytyä, saada vaihtelua, kohentaa mielialaa

en tarvitse lainkaan    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    tarvitsen aivan välttämättä

**F Ihmissuhteet**, muiden ihmisten tuki, esimerkiksi pohdintaa ihmissuhteiden merkityksestä sairautensa, mahdollisuutta jakaa kokemuksia muiden, samassa tilanteessa olevien kanssa (vertaistuki), ihmissuhdetaitojen kehittämistä jne.

en tarvitse lainkaan    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    tarvitsen aivan välttämättä

**Valitkaa edellä mainituista kohdista A-F kaksi sellaista, jotka ovat mielestänne tärkeimpiä jokapäiväisessä elämässänne, RIIPPUMATTA SIITÄ, tarvitsetteko tällä hetkellä tukea tai kuntoutusta kyseisissä asioissa ja merkitkää ko. asioiden kirjaimet alla oleville viivoille.**

Tärkein asia \_\_\_\_\_

2. tärkein \_\_\_\_\_

(jatkuu)



LIITE 1. (jatkuu)

**33 Oletteko aikaisemmin osallistunut sydänkuntoutukseen?**

- 1 kyllä → Järjestäjänä \_\_\_\_\_  
Kuinka monta kertaa? \_\_\_\_\_
- 2 en
- 3 olen hakenut, mutta en ole päässyt
- 4 ei ole ollut taloudellisesti mahdollista

**34 Mikäli hoitoonne sisältyisi 5 päivän mittainen kuntoutusjakso Pikonlinnan sairaalassa Kangasalla, toivoisitko sen olevan**

- 1 välittömästi sairaalahoitojakson jälkeen
- 2 kuukauden kuluttua
- 3 myöhemmin, koska \_\_\_\_\_
- 4 en halua kuntoutusta, koska \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SYDÄMELLISET KIITOKSET VASTAUKSESTASI!**

## LIITE 2. Kuntoutustarvemalleissa käytettyjen muuttujien selitykset.

### **Selittävät muuttujat.**

*Sukupuoli*                      0 = nainen    1 = mies

*Parisuhde*                      0 = ei parisuhdetta (naimaton, eronnut tai leski)  
1 = parisuhde (avo- tai avioliitto)

*Peruskoulu*                      0 = ei            1 = kyllä

*Ylioppilas*                      0 = ei            1 = kyllä

*Ammattikurssi*                    0 = ei            1 = kyllä

*Ammattikoulu*                    0 = ei            1 = kyllä

*Opistotaso*                      0 = ei            1 = kyllä

*Korkeakoulu*                    0 = ei            1 = kyllä

*Työtilanne*                      0 = ei työelämässä (työtön, eläkkeellä, opiskelija)  
1 = työssä

*Pitkäaikaissairaus*              0 = ei            1 = kyllä

*Diabetes*                         0 = ei            1 = kyllä

*Verenpainetauti*                0 = ei            1 = kyllä

*Keuhkosairaus*                 0 = ei            1 = kyllä

*Tule-sairaus*                    0 = ei            1 = kyllä

*Muu sairaus*                    0 = ei            1 = kyllä

*Varjoainokuvaus*                0 = ei            1 = kyllä

*Pallolaajennus*                 0 = ei            1 = kyllä

*Sydänleikkaus*                 0 = ei            1 = kyllä

*Masennus*                        0 = ei lainkaan tai hieman masentunut  
1 = melko, erittäin tai äärimmäisen masentunut

<i>Ahdistus</i>	0 = ei lainkaan tai hieman ahdistunut 1 = melko, erittäin tai äärimmäisen ahdistunut
<i>Riskitekijäindeksi</i>	asteikko 0—6, riskitekijöiden lukumäärä, jossa 0 = ei riskitekijää      1 = on riskitekijä
<i>Muuttujat:</i>	Kyselylomakkeen      Dummyluokitus vaihtoehto
<i>Tupakointi</i>	1      0 = ei 2—3      1 = kyllä
<i>Alkoholi</i>	1—3      0 = ei 4—5      1 = kyllä
<i>Masennus</i>	1—2      0 = ei 3—5      1 = kyllä
<i>Ylipaino</i>	BMI 25 tai alle      0 = ei BMI yli 25      1 = kyllä
<i>Kuntoliikunta</i>	1—2      1 = kyllä 3—5      0 = ei

#### *Suhtautuminen sydänsairauteen*

*Varovaisuus*

*Huoli*

*Luopuminen*

*Rentoutuminen*      6-luokkainen Likertin asteikko, jossa

*Odotus*      1 = täysin samaa mieltä...6 = täysin eri mieltä

*Raskaat kotityöt*      3-luokkainen asteikko, jossa  
1 = kyllä, rajoittaa paljon...3 = ei rajoita lainkaan

#### **Selitetävä muuttuja:**

<i>Kuntoutustarveindeksi</i>	Vähäinen kuntoutustarve	0—20
Asteikko 0—60	Suuri kuntoutustarve	21—40
	Erittäin suuri kuntoutustarve	41—60

## LIITETAULUKKO 1. Aikaisempia tutkimuksia sydänkuntoutuksesta

Tutkimus	n	Tarkoitus	Menetelmä	Mittari	Tulokset
Jolliffe ym. 2005. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease	8440	Verrata systemaattisen kuntoutuksen ja pelkän liikunnallisen kuntoutuksen vaikutusta kuolleisuuteen, sairastavuuteen, terveys-sid. elämänlaatuun sekä vaaratekijöissä tapahtuviin muutoksiin.	Meta-analyysi, mukaan otettiin randomisoidut kontrolloidut kokeet; (32 kpl) joissa oli tutkittu sepelvaltimotautia sairastavia miehiä ja naisia.	*kokonaiskuolleisuus *sydänkuolleisuus *uudet sydäntapahtumat *vaaratekijöiden muutokset (tupakointi, kolesteroli)	Liikuntaperusteinen sydänkuntoutus (lk) on tehokasta sydänkuolemien vähentämisessä. Katsaus ei osoittanut, onko se tehokkaampaa kuin "perus"-kuntoutus (pk). Lk alensi kuolleisuutta 27 % ja sydänkuolleisuutta 31 %, pk alensi kuolleisuutta vähemmän, 13 % ja 31%.
Kavanagh ym. 2002. Prediction of long-term prognosis in 12 169 men referred for cardiac rehabilitation	12 169	Selvittää fyysisen suorituskyvyn yhteyttä kuolleisuuteen.	Prospektiivinen havainnointitutkimus. Seuranta-aika 4 - 29 vuotta, mediaani 7,9.	*polkupyöräergo-metritesti, mittarina maksimaalinen hapenottokyky	Sydänpotilaan ennusteeseen eniten vaikuttava tekijä on rasiuksensietokyky mitattuna maksimaalisella hapenottokyvyllä. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa parantavasti hapenottokykyyn, jolloin rasiuksensieto lisääntyy ja ennuste paranee.
Wannamethee ym. 2000. Physical activity and Mortality in Older Men with Diagnosed Coronary Heart Disease	303	Tutkia sydänkuntoutuksen vaikuttavuutta koettuun fyysiseen toimintakykyyn.	Kysely fyysisestä toimintakyvystä. 3 kk:n kuntoutusjakso, jonka jälkeen arvioitiin vaste kuntoutukselle.	*fyysisen kunnon arviointi 0-100 *depression aste 0-15 *rasitustesti *voimamittaukset *oheissairastavuus	Fyys. toimintakyky parani merkittävästi kuntoutusjakson aikana iästä tai sukupuolesta riippumatta erityisesti niillä, joiden lähtötaso oli ollut alhainen. Sydänkunt. voidaan vaikuttaa sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn alenemiseen.
Ades ym. 1999. Determinants of Physical Functioning in Coronary Patients: Response to Cardiac Rehabilitation	772	Tutkia sydänkuntoutuksen vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen, sen muutoksiin ja kokonaiskuolleisuuteen sepelvaltimotautipotilailla	Prospektiivinen seuranta-tutkimus, seuranta-aika 12 - 14 vuotta.	*kysely; vaaratekijät, vapaa-ajan fyysinen aktiivisuus, sairaushistoria	Kohtuullinen fyysinen aktiivisuus alensi selvästi kokonaiskuolleisuutta, hyötyliikunnalla saatiin aikaan suurempi kuolleisuuden lasku kuin varsinaisella kuntoliikunnalla. Myös liikunnan lisääminen seuranta-aikana vaikutti alentavasti kokonaiskuolleisuuteen.

LIITETAULUKKO 1. (jatkuu)

Tutkimus	n	Tarkoitus	Menetelmä	Mittari	Tulokset
Murchie ym. 2003. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomised controlled trial in primary care.	1343	Arvioida sairaanhoitajajohtoisten klinikoiden vaikuttavuutta sekundaaripreventioon, kokonaiskuolleisuuteen ja sydäntapahtumiin 4 vuotta sydäntapahtuman jälkeen.	Satunnaistettu seurantatutkimus. Tietojen keräys jälkikäteen kyselyillä, tapauskertomuksilla sekä tietokannoista, seuranta-aika 4,7 vuotta.	* riskitekijöiden kartoitus, * sydäntapahtumat * kuolleisuus	*1 vuoden seurannassa sekundaaripreventio paransi elintapoja paitsi tupakointia sekä terveystiedonalaista elämänlaatua, 4 vden seurannassa erot eivät olleet merkittäviä. *Kokonaiskuolleisuus laski interventoryhm. (14,9 %) vrt. kontrolliryhmään (19,1 %), 4 vuoden seurannassa ero oli ennallaan. *Interventoryhmässä sydänkuolemia tai ei kuolemaan johtaneita sydäntapahtumia 14,7 % vrt. 18,7 % kontrolliryhmään.
Linden ym. 1996. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis.	3180	Tutkia sitä, parantaako psykososiaalinen interventio lisätynä tavanomaiseen kuntoutukseen kuntoutuksen tuloksellisuutta ohitusleikkauspotilailla.	Tilastollinen meta-analyysi 23 satunnaistetusta kontrolloidusta seurantatutkimuksesta, joissa oli arvioitu psykososiaalisen kuntoutuksen vaikuttavuutta.	- Tutkimuksissa oli käytetty mittareina *ahdistuneisuuden astetta *depression astetta *riskitekijöiden muutoksia *kuolleisuutta *uusia sydäntapahtumia	*Psykososiaalisen aspektin huomiointi kuntoutuksessa vähentää kuolleisuutta, psykologista stressiä ja joitakin biologisia riskitekijöitä ja parantaa elämänlaatua. *Erot erittäin selvät kahden ensimmäisen vuoden aikana ja heikkenivät tästä eteenpäin.
Julkunen ym. 2000. Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus. Kontrolloitu seurantatutkimus.	302	Arvioida kuntoutuksen tuloksellisuutta laitos- ja avokuntoutuksen sekä sairaalan seurantaan ja yksilöllisesti harkittuun kuntoutuspalveluiden käyttöön perustuvan mallin välillä.	Kontrolloitu seurantatutkimus (seuranta-aika 1 v) alle 60-vuotiaille sydäninfarktin sairastaneille 4/1993-10/1995.	*työ- ja toimintakyky (fyys. suorituskyky, toimintakyky) *kuntoutumisen psyykkiset osoittimet *vaaratekijöiden seuranta (tupakointi, BMI, fyys. aktiivisuus, kolesteroli)	*Työhön paluun suhteen ryhmien välillä ei ollut eroa. *Fyysinen toimintakyky parani miehillä ja puolestaan laski naisilla; tulos oli yllättävä. *Avokuntoutus oli lähes yhtä tuloksellista kuin laituskuntoutus, erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, paitsi laituskuntoutuksen suuntaa antavasti alempi kokonaiskuolleisuus seurantavuoden vuoden aikana.

LIITETAULUKKO 1. (jatkuu)

Tutkimus	n	Tarkoitus	Menetelmä	Mittari	Tulokset
Denollet & Brutsaert 2001. Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation	150	Arvioida kuntoutus- ja kontrolliryhmän välisiä eroja emotionaalisessa stressissä ja sen yhteyttä kokonaiskuolleisuuteen 9 - 10 vuoden seurannassa.	Ei satunnaistettu kliininen tutkimus miehille, jotka olivat sairastaneet sydäninfarktin (76 %) ja/tai käyneet läpi ohitusleikkauksen (42 %). Seuranta-aika 9 - 10 vuotta.	”The Global Mood Scale” Täytettiin 2 kertaa; 3-6 viikkoa sydäninfarktin tai ohitusleikkauksen jälkeen ja 3 kk:n kuluttua.	*Negatiiviset tunteet vähenivät kuntoutuspotilailla enemmän vs. kontrolliryhmä. *Kuolleisuus 9 - 10 vuoden seurannassa merkittävästi pienempi kuntoutuspotilailla (4 %) vs. kontrollipotilaat (17 %). *Tutkimuksen mukaan kuntoutus vähentää emotionaalista stressiä ja parantaa sepelvaltimotautipotilaan ennustetta.
Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction 2003.	2481	Selvittää, pieneneekö kuolleisuus ja uusintainfarktin riski, jos masennusta ja vähäistä koettua sosiaalista tukea hoidetaan kognitiivisella käyttäytymisterapialla ja tarvittaessa lääkityksellä.	Satunnaistettu kliininen koe 10/1996-4/2001 potilaille, jotka oli poimittu 73 sairaalasta.	*Depressio: →Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders →Hamilton Rating Scale for Depression →Beckin asteikko *Vähäinen sosiaalinen tuki: →Social Support Instrument	*Interventio ei vähentänyt kuolleisuutta eikä pienentänyt uusintainfarktin riskiä 2 vuoden seurannassa. *Masennus väheni ja sosiaalinen tuki parani interventoryhmässä verrattuna kontrolliryhmään 6 kk:n seurannassa.
Renfors, T. 1998. Seniöri-ikäisen sydäninfarktipotilaan psykososiaalinen kuntoutuminen	162	Selvittää seniöri-ikäisen sydäninfarktipotilaan psykososiaalista kuntoutumista avo- ja laituskuntoutuksessa, kuntoutumista ennustavia tekijöitä ja kuntoutuksen tehokkuutta.	Kontrolloitu seurantatutkimus Pohjois-Karjalan alueella 55-75-vuotiaille sydäninfarktipotilaille 1993 - 1997.	*Kyselylomake 9 eri osa- aluetta: ikä, sukupuoli, sosiaaliset suhteet ja tuki, tyytyväisyys, taloudellinen tilanne, terveys, sairaus, terveystalon nainen elämänlaatu ja mieliala	*Tutkimus osoitti laituskuntoutuksen olevan tuloksellisempaa avokuntoutukseen verrattuna lähes kaikilla osa-alueilla. *Lyhytkin laituskuntoutus antoi hyviä tuloksia terveyteen liittyvissä arvoissa, elämänlaadussa ja mielialassa, selittäväenä tekijänä voi olla laituskuntoutuksen aikana muodostuvat sosiaaliset verkostot.

LIITETAULUKKO 2. Tilastollisessa analyysissä käytettyjen muuttujien kuvailut

Muuttuja	n	Kys.no	Keskiarvo	Keskihaj.	Minimi	Maksimi	Mediaani
Ikä <sup>2</sup>	150	1	4402.42	1203,3	1936	7396	4422,5
Sukupuoli	150	2	0,57	0,5	0	1	1
Parisuhde	150	3	0,75	0,44	0	1	1
Peruskoulu	150	4	0,21	0,41	0	1	0
Ylioppilas	150	4	0,17	0,37	0	1	0
Ammattikurssi	146	5	0,25	0,43	0	1	0
Ammattikoulu	146	5	0,18	0,39	0	1	0
Opistotaso	146	5	0,2	0,4	0	1	0
Korkeakoulu	146	5	0,11	0,31	0	1	0
Työtilanne	150	6	0,2	0,4	0	1	0
Pitkäaik.sairaus	142	7	0,68	0,47	0	1	1
Diabetes	141	7	0,2	0,4	0	1	0
Verenpainetauti	141	7	0,26	0,44	0	1	0
Keuhkosairaus	141	7	0,11	0,31	0	1	0
Tule-sairaus	141	7	0,17	0,38	0	1	0
Muu sairaus	141	7	0,25	0,43	0	1	0
Varjoainekuvauk	148	8	0,74	0,44	0	1	1
Pallolaajennus	147	8	0,46	0,5	0	1	0
Sydänleikkaus	149	8	0,21	0,4	0	1	0
Riskitekijä	131		1,72	1,14	0	6	2
Hyötyliikunta	144	16	0,76	0,43	0	1	1
Yleinen terv.tila	146	18	60,48	18,61	10	100	65
Päiv. toiminnot	149	19	0,27	0,45	0	1	0
Vaivat ja oireet	149	20	0,28	0,45	0	1	0
Masennus	149	21	0,13	0,34	0	1	0
Ahdistus	149	22	0,11	0,32	0	1	0
Energisyys	148	23	0,26	0,44	0	1	0
Sukupuolielämä	129	24	0,36	0,48	0	1	0
Rintakivut	148	25	0,57	0,5	0	1	1
Juokseminen	145	26	1,45	0,58	1	3	1
Imurointi	143	26	2,24	0,7	1	3	2
Kantaminen	142	26	2,28	0,73	1	3	2
Portaat monta krs	143	26	1,86	0,78	1	3	2
Portaat 1 krs	145	26	2,54	0,75	1	3	3
Kumartuminen	143	26	2,25	0,74	1	3	2
Kävely 2 km	139	26	2,19	0,79	1	3	2
Kävely 500 m	139	26	2,55	0,67	1	3	3
Kävely 100 m	136	26	2,74	0,56	1	3	3
Kylpy, pukeutum.	139	26	2,76	0,55	1	3	3
Kevyet kotityöt	139	26	2,76	0,53	1	3	3

(jatkuu)

LIITETAULUKKO 2. (jatkuu)

Muuttuja	n	Kys.no	Keskiarvo	Keskihaj.	Minimi	Maksimi	Mediaani
Raskaat kotityöt	143	26	2,03	0,78	1	3	2
Odotus	140	27	2,26	1,08	1	6	2
Rentoutuminen	144	27	2,72	1,33	1	6	2
Epäonnistuminen	140	27	3,97	1,47	1	6	4
Optimismi	147	27	2,36	1,13	1	5	2
Ystävien seura	144	27	2,06	1,13	1	6	2
Asioiden sujumin.	141	27	4,03	1,49	1	6	4
Hermostuminen	145	27	3,08	1,38	1	6	3
Ikävän odotus	139	27	4,24	1,44	1	6	4
Hyvät asiat	143	27	2,34	1,13	1	6	2
Toimiminen	141	27	2,18	1,02	1	6	2
Yrittäminen	141	27	4,01	1,48	1	6	4
Onnistuminen	143	27	2,31	1,48	1	6	2
Ongelmanratkaisu	143	27	3,97	1,32	1	6	4
Ratkaisujen teko	145	27	2,12	1,18	1	6	2
Apu kotityöt	146	28	1,62	1,25	1	6	1
Välittäminen	146	28	1,49	0,9	1	6	1
Parempi olo	141	28	2,01	1,45	1	6	1
Tiedonhankinta	144	29	1,69	1,02	1	6	1
Ponnist. välttely	145	29	3,06	1,65	1	6	3
Välttely	144	29	3,84	1,67	1	6	4
Kysely sairaudesta	145	29	2,1	1,28	1	6	2
Pelko	144	29	3,19	1,58	1	6	3
Myönteisyys	144	29	2,13	1,11	1	6	2
Kypsyminen	146	29	2,08	0,96	1	6	2
Tulevan suunnittelu	144	29	4,17	1,61	1	6	5
Sair. vähättely	141	29	3,28	1,36	1	6	3
Sair. kertominen	147	29	2,44	1,51	1	6	2
Luopuminen	144	29	3,28	1,77	1	6	3
Huoli sairaudesta	146	29	2,79	1,58	1	6	3
Elämäntavat	141	29	1,97	1,08	1	6	2
Sair. unohtaminen	142	29	3,6	1,55	1	6	4
Varovasti eläminen	143	29	2,83	1,57	1	6	2
Avuton tunne	142	29	4,37	1,5	1	6	5
Oireet	140	29	3,73	1,66	1	6	4
Sair. huomiointi	141	29	4,5	1,5	1	6	5
Suhtaut. sydänsair.	142	29	2,11	1,17	1	6	2
Salaaminen	141	29	4,82	1,39	1	6	5
Tiedonsaanti	147	30	3,4	0,76	1	4	4
Ohjaus	146	31	3,04	0,69	1	4	3
Kunt.tarveindeksi	141	32	29,3	17,02	0	60	29