

Ohitusleikkauspotilaiden terveydentila ennen ja jälkeen leikkauksen

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu -tutkielma
Maaliskuu 2009
Marja Koivumäki

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

KOIVUMÄKI MARJA

OHITUSLEIKKAUSPOTILAIEN TERVEYDENTILA ENNEN JA JÄLKEEN LEIKKAUSEN

Pro gradu -tutkielma, 61 sivua, 4 sivua liitteitä

Ohjaajat: THT, Professori Marja-Terttu Tarkka ja TtM, Yliassistentti Anna Liisa Aho

Hoitotiede

Maaliskuu 2009

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat suomalaisten yleisimpiä kansansairauksia. Sepelvaltimotaudin yhtenä hoitomenetelmänä käytetään sepelvaltimoiden ohitusleikkausta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia terveydentilastaan ennen ja jälkeen ohitusleikkauksen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa eteläpohjalaisten sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentilan kokemuksista. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää tutkimuksesta saatavaa tietoa ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa; leikkaukseen valmistautumisessa ja leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Aineisto on kerätty vuonna 2005 ja ohitusleikkauksajankohta oli suurimmalla osalla vastaajista (97 %) vuosina 1993–2002. Kysely lähetettiin 600 eteläpohjalaiselle ohitusleikkauspotilaalle ja heistä kyselyyn vastasi 480 (80 %).

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten menetelmien triangulaatiota. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS 17.0 for Windows tilasto-ohjelmalla ja laadullisten avointen kysymysten analysointiin käytettiin induktiivista ja deduktiivista sisällönanalyysia. Määrällisen aineiston kuvailevina menetelminä käytettiin frekvenssijakaumia, prosentiosuuksia sekä taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla.

Ohitusleikkaukseen tulleista potilaista suurin osa oli kärsinyt jo vuosia sydänperäisistä oireista. Toipuminen hyvään kuntoon kesti suurimmalla osalla puolesta vuodesta vuoteen. Terveydentilassa tapahtui muutosta verrattaessa ennen leikkausta ollutta tilannetta nykyhetkeen; tupakointi vähentyi ja painoindeksi kasvoi. Suurin osa vastaajista koki yleisvointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi. Sisällönanalyysin avulla muodostui yleisvointia edistävät ja estävät tekijät. Yleisvointia edistäviä tekijöitä olivat elämän kokeminen turvalliseksi, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen vointi hyvä, sosiaaliset suhteet ja työelämä. Yleisvointia estäviä tekijöitä olivat elämän kokeminen turvattomaksi, ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmia sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset ongelmat ja somaattinen vointi huono. Yleisvoinnin tason laskiessa erilaisten yleisvointia estävien tekijöiden määrä kasvoi.

Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että vastaajien terveydentila oli heikko ennen ohitusleikkausta, mutta se koheni suurimmalla osalla leikkauksen jälkeen vuodessa. Vastaajien yleisvointia heikensi sydänoireiden uusiutuminen ja pitkä toipumisaika. Yleisvointia vahvisti puolestaan ammatti ja työskentely.

Avainsanat: ohitusleikkaus, terveydentila, yleisvointi

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

KOIVUMÄKI MARJA

THE HEALTH OF CORONARY ARTERY BYPASS PATIENTS BEFORE AND AFTER
OPERATION

Master's thesis, 61 pages, 4 pages of appendices

Advisors: Marja-Terttu Tarkka Ph.D., Professor, Anna Liisa Aho MNSc, Senior assistant
Nursing Science

March 2009

Heart and vascular diseases are common in Finland. One cure for coronary artery disease is coronary artery bypass. The aim of this study was to describe of coronary artery bypass patients experiences of their health before and after surgery. The goal of this study is to produce knowledge of health experiences of coronary artery bypass patients in Etelä-pohjanmaa, Finland. Nursing personnel can utilise the information of this study in guidance of coronary artery bypass patient, before the surgery and in rehabilitation after surgery. The data of the study were collected in 2005 and the point in time of bypass surgery for the most patients (97 %) was in the years 1993-2002. Inquiry was sent to 600 patients and of them 480 (80 %) answered.

In this study were used quantitative and qualitative triangulation methods. Quantitative data were analysed by SPSS 17.0 for Windows statistic program and qualitative data were analysed by using inductive and deductive content analysis. Quantitative data were described by frequency distributions, percentages and connections between background variables were examined by cross-tabling.

Most of the bypass surgery patients have suffered from heart symptoms for years. Recovery to good condition runs its course from half year to one year for the most patients. In health occurred changes comparing the situation before and after surgery. Smoking decreased and BMI increased. Most of the answerers felt that their condition were good or average. By means of content analysis were found conductive and prohibitive factors of condition. Conductive factors were experiencing life as safe, different hobbies, every day tasks, family life in balance, positive attitude towards life, good somatic condition, social relationships and working. Prohibitive factors were experiencing life as insecure, problems in every day life, problems in social relationships, psychic problems and bad somatic condition. When condition level decreased the amount of prohibitive factors increased.

The conclusion of this study is that answerers' health was poor, but it improved within one year. Recurrence of heart symptoms and long convalescence impaired condition. Condition was improved by having a profession and being in working life.

Keywords: bypass surgery, health, condition

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Sepelvaltimotauti ja sen hoito	4
2.2 Ohitusleikkaus sepelvaltimotaudin hoitomuotona	7
2.3 Ohitusleikkauspotilaiden terveydentila	9
2.3.1 Terveydentila	9
2.3.2 Yleisvointi	13
2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	20
4.2 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat	20
4.3 Aineiston analysointi	22
4.3.1 Määrällisen aineiston analysointi	22
4.3.2 Laadullisen aineiston analysointi	23
5 TULOKSET	27
5.1 Taustatiedot	27
5.2 Ohitusleikkauspotilaiden terveydentila	28
5.2.1 Terveydentila ennen leikkausta	28
5.2.2 Terveydentila leikkauksen jälkeen	29
5.2.3 Terveydentilaan yhteydessä olevat tekijät	30
5.3 Ohitusleikkauspotilaiden yleisvointi	33
5.3.1 Yleisvointi vastaushetkellä	33
5.3.2 Yleisvointiin yhteydessä olevat tekijät	34
5.3.3 Ohitusleikkauspotilaiden yleisvointia edistävät ja estävät tekijät	36
5.3.3.1 Hyvää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät	36
5.3.3.2 Kohtalaista yleisvointia edistävät ja estävät tekijät	38
5.3.3.3 Tyydyttävää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät	40
5.3.3.4 Välttävää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät	42
5.3.4 Yleisvointia edistävien ja estävien tekijöiden vertailua ryhmien välillä	43
5.4 Yhteenveto tuloksista	45
6 POHDINTA	46
6.1 Tutkimuksen eettisyys	46
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	48
6.3 Tulosten tarkastelua	50
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	53

LÄHDELUETTELO

LIITTEET

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat suomalaisten yleisimpiä kansansairauksia. Sepelvaltimotauti oli vuonna 2007 sekä miesten että naisten yleisin kuolinsyy (Tilastokeskus 2009). Keskeisimpiä riskitekijöitä sydän- ja verisuonisairauksiin ovat ylipaino (BMI > 25), tupakointi, korkea verenpaine, veren korkea LDL-kolesterolipitoisuus ja Trigly-pitoisuus sekä matala HDL-kolesterolin määrä (Salomaa 2006, Mustajoki 2007). Väestön sosiaaliryhmien välillä on eroja sepelvaltimotautiin sairastuvuudessa ja kuolleisuudessa. Tupakoinnin on todettu olevan suurin syy sosiaaliryhmien välisiin eroihin. (Salomaa 2006.)

Aikuisten ylipainoon on laadittu käypähoito-suositus (2007). Painoindeksin (BMI) mukaan ylipainoksi luetaan 25 tai sitä korkeampi lukema. Työikäisestä väestöstä (30–64 vuotta) painoindeksin mukaan ylipainoisia on 66,9 % miehistä ja 54 % naisista. Vastaavasti ikäännyvästä väestöstä (yli 65 vuotta) painoindeksin mukaan ylipainoisia on 64,2 % miehistä ja 67,1 % naisista. Ikäännyvällä väestöllä painoindeksi on yli 30 miehistä 19,5 %:lla ja naisista 28,5 %:lla. Tupakansavulle altistuminen lisää riskiä sairastua koronaaritautiin ja sepelvaltimotautitapahtuman riski on tupakoivilla suurentunut 25–35 % verrattaessa altistumattomiin (Lääkäriin käsikirja 2007). Myös verenpaineen hoitoon on laadittu käypähoito-suositus (2005), jonka tarkoituksena on tehostaa ja yhdenmukaistaa kohonneen verenpaineen ehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa. Verenpaineen yleinen hoitotavoite on asetettu alle 140/85 mmHg.

Sepelvaltimotaudin hoitomuotona käytetään lääkitystä. Nopeavaikutteinen nitro auttaa rintakipuun ja säännöllisesti käytetään beetasalpaajalääkitystä, joka estää oireiden syntymistä. Muita lääkkeitä sepelvaltimotaudin hoidossa ovat pitkävaikutteiset nitraatit, kalsiumkanavan salpaajat ja asetyylisalisyylihappolääke. Jos oireita ei pystytä hoitamaan lääkityksen avulla, voidaan tehdä sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennus. (Mustajoki 2007.) Hoitomuodon valintaan ohitusleikkauksen ja pallolaajennuksen välillä vaikuttaa oireiston vaikeus, sydänlihasiskemia rasisuskokeessa, sepelvaltimoiden anatomia, vasemman kammion toiminta, aikaisempi sydäninfarkti, aikaisempi sydämen revaskularisaatio, diabetes ja muut vakavat sairaudet, lisäksi ikä, ammatti ja harrastukset sekä potilaan oma mielipide. Ohitusleikkauksen kustannukset ovat lähes kaksinkertaiset pallolaajennukseen

verrattuna. Ohitusleikkauksessa on myös riski saada komplikaatiota. Ohitusleikkauksen hoitotulos on kuitenkin pysyvämpi kuin pallolaajennuksen. (Heikkilä & Järvinen 2000.)

Suomessa on tutkittu sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilasryhmää. Hoitotieteellistä tutkimusta ovat tehneet muun muassa Lukkarinen (1999), Okkonen (2000), Koivula (2002a), Kattainen (2004), Rantanen (2008) ja Kummel (2008). Kansainvälisiä tutkimuksia ovat tehneet isobritannialaiset Mainie ym. (2005), Tolmie ym. (2006); yhdysvaltalaiset Dantas ym. (2002), Miller & Grindel (2001); kanadalaiset Stewart ym. (2000) ja ruotsalaiset Bengtson ym. (2000).

Suomessa toimii aktiivinen kolmannen sektorin liitto; Sydänliitto, joka järjestää sydänpotilaiden kuntoutusta ja toimii aktiivisena sydänsairauksien ehkäisyssä. Suomen Sydänliitto on julkaissut toimenpideohjelman suomalaisten sydän ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Ohjelman keskeisempänä tavoitteena on, että 20 vuoden kuluttua sydän- ja verisuonisairaudet eivät enää olisi merkittävä kansanterveysongelma työikäisellä väestöllä ja, että terveet ja toimintakykyiset elinvuodet lisääntyisivät. (Sydänliitto 2008.)

Sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatua ovat tutkineet muun muassa Lukkarinen (1999), Kattainen (2004) ja Lukkarinen & Hentinen (2005). Elämänlaatu on laajempi käsite kuin subjektiivinen terveydentila, koska siihen sisältyy sosiaalinen hyvinvointi (Lukkarinen 1999). Sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatu on selvästi muuta samanikäistä väestöä alhaisempi ennen hoitotoimenpidettä (Lukkarinen 1999, Kattainen 2004). Elämänlaatu paranee merkitsevästi toimenpiteen jälkeen, ensimmäisen vuoden aikana (Lukkarinen & Hentinen 2005). Ohitusleikkauksesta toipuminen on monimutkainen prosessi (Tolmie ym. 2006), johon potilaat tarvitsevat tukea niin perheeltä (Lukkarinen & Kyngäs 2003, Okkonen & Vanhanen 2006) kuin hoitohenkilökunnaltakin (Koivula ym. 2002d).

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia terveydentilastaan ennen ja jälkeen ohitusleikkauksen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa eteläpohjalaisten sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentilan kokemuksista. Tutkimuksesta saatava tieto auttaa ymmärtämään ohitusleikkauspotilaiden elämäntilannetta ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää tutkimuksesta saatavaa tietoa ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa ja tuen antamisessa sekä leikkaukseen valmistautumisessa että leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Tutkimuksesta

saatavaa tietoa voidaan myös hyödyntää sydänpotilaiden kuntoutuksessa sekä primaarisessa että sekundaarisessa sydänsairauksien ennaltaehkäisyssä. Ohitusleikkaukseen valmistautuvilla potilailla on erilaisia pelkoja (Koivula ym. 2002b,c) ja he toivovat saavansa enemmän informaatiota hoitohenkilökunnalta (Fitzsimons ym. 2000).

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Sepelvaltimotauti ja sen hoito

Yleisyys

Sepelvaltimotaudilla tarkoitetaan sepelvaltimoiden ahtauman aiheuttamaa sairautta. Se johtuu sydänlihaksen hapensaannista ja ravitsemuksesta huolehtivien sepelvaltimoiden ahtaumasta. (Mustajoki 2007.) Sepelvaltimotauti on syynä terveellisten elämänvuosien menettämiseksi maailmanlaajuisesti 10 %:lla väestöstä matala- ja keskituloisissa maissa ja 18 %:lla väestöstä korkeatuloisissa maissa. Sepelvaltimotauti on miehillä toiseksi yleisin (6,8 %) ja naisilla kolmanneksi yleisin (5,3 %) syy terveellisten elämänvuosien menettämiselle. (WHO 2008.) Sepelvaltimotauti on suomalaisten merkittävin kansansairaus ja sitä esiintyy enenevässä määrin ikääntyvällä väestöllä. (Hämäläinen 2001, Airaksinen 2007.) 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa sepelvaltimotauti oli vuoden 2007 tilastojen mukaan sekä miehillä (28,5 %) että naisilla (26,8 %) yleisin kuolemansyy. Nuoremman väestön keskuudessa sepelvaltimotauti on vähentynyt, mutta työikäisellä väestöllä tautia esiintyy vielä runsaasti (Hämäläinen 2001). Vuonna 2007 työikäisen väestön kuolemansyissä sepelvaltimotauti oli miesten keskuudessa toiseksi yleisin (15,9 %) ja naisten keskuudessa neljänneksi (6,4 %) yleisin kuolemansyy. (Tilastokeskus 2009.) Hoidon, kuntoutumisen ja sekundääriprevention välille ei voida sepelvaltimotaudin kohdalla vetää tarkkaa rajaa. Kuntoutus alkaa heti potilaan tullessa hoitoon. Potilaalle tulisi antaa tietoa niin itse sairaudesta kuin sen kehittymisestä ja toipumisedellytyksistä. Tiedon antamisen tavoitteena on potilaan parempi ymmärrys sairauden laadusta sekä oman sairauden tuntemus. (Hämäläinen 2001.) Erityiskorvattavaan sepelvaltimotaudin lääkitykseen oli oikeutettu vuonna 2007 ikääntyvästä (65 vuotta) väestöstä 17,1 %. Vastaavasti työikäisestä (40–64 -vuotiaat) väestöstä kyseiseen lääkitykseen oli oikeutettuja 2,3 %. (SOTKANet 2008.)

Oireet

Sepelvaltimotaudin oireina ovat rasituksessa ilmaantuvat rintakivut, rasisuhengenahdistus, rasisuhkollapsi, rytmihäiriöt, epästabili angina, akuutti tai/ja krooninen sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti tai äkkikuolema. Rasisuhrintakipu on tärkeää erottaa pelkästä rintakivusta. Rasisuhrintakivussa kipu lakkaa levossa, alkaa rasituksessa hitaasti ja pahenee

rasituksen jatkuessa. Se tuntuu keskellä rintaa, laaja-alaisena puristavana tai ahdistavana kipuna ja se voi säteillä kaulalle, leukaperiin, käsivarsiin, ylävatsalle tai lapojen väliin. Kipu helpottuu levossa muutamassa minuutissa tai lääkityksellä, nitrolla. Näitä tyypillisen rasi- tusrintakivun oireita on kuitenkin vain joka toisella sepelvaltimotautipotilaalla. Epätyypillinen rintakipu esiintyy useammin naisilla ja sen oireena on ahdistuksen, väsymyksen ja uupumisen tunteita rasituksessa, lisäksi se voi tuntua myös polttavana kipuna. Rintakivun vaikeusastetta arvioidaan asteikolla: vain kovassa rasituksessa, reippaasti kävellessä tai ylämäessä, tasamaatakin normaalivauhtia kävellessä tai levossa, puhuessa ja pukeutues- sa. (Kervinen 2008.)

Sepelvaltimotaudin riskitekijät ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Sepelvaltimotaudin riskitekijöitä ovat tupakointi, veren korkea LDL-kolesterolipitoisuus ja Trigly-pitoisuus sekä matala HDL-kolesterolin määrä, korkea verenpaine (Hämäläinen 2001, Kabir ym. 2008), liikunnan vähäinen määrä sekä liikapaino (BMI > 25) (Hämäläinen 2001). Metabolinen oireyhtymä on yhteydessä kohonneeseen riskiin sairastua sepelvalti- motautiin (Hoang ym. 2008). Geneettinen alttius yhdessä korkean verenpaineen ja mah- dollisesti non-HDL-kolesterolitason kanssa ovat yhteydessä riskiin sairastua sepelvaltimo- tautiin (Trichopoulou ym. 2008). Työstressi on yksi suuri riskitekijä sepelvaltimotaudille (Belkic ym. 2004, Kivimäki ym. 2006). Depressio on tärkeä primaarinen ja sekundaarinen riskitekijä sepelvaltimotaudille. Masennus on melko yleistä tällä potilasryhmällä. (Blumen- thal 2008.)

Sepelvaltimotautiin yhteydessä oleva tekijä on matala sosioekonominen asema. Matalan sosioekonomisen aseman omaavilla fyysinen terveys on heikompi kuin korkean sosioeko- nomisen aseman omaavilla. Mielen terveys heikkenee ajan myötä, matalan sosioekonomi- sen aseman omaavilla potilailla ja puolestaan vahvistuu korkean sosioekonomisen ase- man omaavilla. (Sacker ym. 2008.) Ohitusleikkauspotilailla on heikompi terveysvaikuttei- nen elämänlaatu kuin muilla samaa sukupuolta tai ikäryhmää edustavilla (Rantanen ym. 2008). Siviilisäätty, taloudellinen tilanne, mieliala, traumaattiset elämäkokemukset ja tupa- kointi ovat suhteessa emotionaalisiin reaktioihin. Ikä, työllisyys, taloudellinen status, mieli- ala, tupakointi ja liikkuvuus ovat yhteydessä sosiaaliseen eristäytymiseen. Sosiaalisesti eristäytyneeksi itsensä kokevat työkäiset, määräaikauseläkkeellä olevat, sairaseläkkeellä olevat, taloudellisia ongelmia omaavat ja ne, jotka kokevat mielialansa masentuneeksi. He tupakoivat useammin kuin muut ja kuntoilevat vähemmän. (Lukkarinen 2005.)

Naisten ja miesten välillä on eroja sepelvaltimotautiin sairastuvuudessa ja oireissa. Sepelvaltimotautia sairastavat naiset ovat miehiä useammin naimattomia, eronneita tai leskiä. Yli puolet molemmista ryhmistä on vähän koulutettuja. Puolet on vanhuuseläkkeellä ja 10 % työskentelee säännöllisesti. Miehillä on useampia kohtauksia ja useammin stentti asetettu kuin naisilla. Kokonaiskolesteroliarvot ja BMI ovat samanlaisia molemmilla sukupuolilla. Naisilla on useammin älyllisiä harrastuksia, kun taas miehillä fyysisiä. Naisilla on ollut enemmän traumaattisia elämäkokemuksia ennen sepelvaltimotautiin sairastumista kuin miehillä. Miehet käyttävät enemmän alkoholia (Lukkarinen & Hentinen 1998, Bengtson ym. 2000) ja tupakoivat useammin, lisäksi heillä on enemmän seksuaalielämän ongelmia kuin naisilla. Miehet kokevat taloudellisen tilanteen huonommaksi kuin naiset. (Lukkarinen & Hentinen 1998.) Sepelvaltimotautia sairastavat naiset käyttävät useimmin lääkityksenä diureetteja ja sedatiiveja kuin miehet. Naiset luokittelevat kivut vakavammiksi kuin miehet ja kokevat elämänlaatunsa heikompana. (Sjöland ym. 1999, Bengtson ym. 2000.) Yleisesti naiset ”teeskentelevät” enemmän kuin miehet. Naisilla on useammin rintakipua levossa ja öisin, hengenahdistusta kävellessä, takykardiaa, väsyneisyyttä, päänsärkyä, huimausta ja hikoilua. Miehet puolestaan ovat kärsineet enemmän hermostuneisuuden reaktioista, kuten levottomuudesta, kyvyttömyydestä toimia ja ärtyneisyydestä. Toisaalta naiset kärsivät useammin unihäiriöistä, kuten vaikeudesta mennä nukkumaan, vaikeudesta herätä aamuin ja heräilystä öisin sekä unettomuudesta. Naiset käyttävät unilääkkeitä useammin kuin miehet. Miehistä 19 % tupakoi edelleen ollessaan leikkausjonossa ja naisista vastaavasti 18 %. Ruokatottumuksissa ei ollut eroja miesten ja naisten välillä. (Bengtson ym. 2000.)

Hoito

Sepelvaltimotaudin hoidon tavoitteena on potilaan rintakipuoireiden helpottaminen, elämänlaadun parantaminen, lisäsairastuvuuden ehkäisy sekä ylikuolleisuuden vähentäminen mahdollisimman pienillä hoitoon liittyvillä riskeillä ja kustannuksilla. Sepelvaltimotaudin hoitona käytetään hoitosuositusten ja periaatteiden mukaista lääkehoitoa. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen avulla saadaan tietoa potilaan sepelvaltimoiden tilasta. Sepelvaltimotaudin yhtenä hoitomuotona käytetään sepelvaltimoiden ohitusleikkausta. (Ks. kpl 2.2) (Airaksinen 2007.) Äkillisesti alkavia sepelvaltimotaudin oireita kutsutaan sepelvaltimotautikohtaukseksi. Ennusteet sepelvaltimotautikohtauksesta selviämislle vaihtelevat suuresti ryhmän heterogeenisuudesta johtuen. Keskeisimpiä tavoitteita hoidolle ovat sydänlihaskemian helpottaminen sekä haitallisten sydäntapahtumien (kuolema, sydäninfarkti, uusiutuva iskemia) estäminen. (Käypähoito-suositus 2006.)

Sepelvaltimotaudin hoidossa keskitytään myös sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hoitoon. Lääkityksen aloittaminen ja tupakoinnin lopettaminen ovat keskeisimpiä tekijöitä vaaratekijöiden minimoinnissa. Tupakoitsijoilla on kolminkertainen riski saada sydäninfarkti ja liiallisen alkoholinkäytön vähentäminen on tärkeää. Kohonneen verenpaineen saattaminen takaisin normaalilukemiin on tärkeä tekijä riskitekijöiden hoidossa. Veren kolesteroli- ja triglypitoisuuden huomioiminen kuuluu myös sepelvaltimotaudin riskitekijöiden hoitoon. Painoindeksin tavoitetasoksi on asetettu 28 (tai 25) ja vyötärön ympärysmittan tulisi olla miehillä alle 100 cm ja naisilla alle 90 cm. Säännölliseen liikuntaan ohjaaminen on myös tärkeää sepelvaltimotaudin hoidossa, koska se parantaa subjektiivista terveyden tunnetta sekä ennustetta vähentämällä riskitekijöitä. Ruokavaliosta voisi mainita viikoittaisen kalan syönnin tai vastaavasti omega-3 -rasvahapon, joskaan sillä ei sepelvaltimotaudin ennusteen ole selkeää näyttöä. (Kervinen 2008.)

2.2 Ohitusleikkaus sepelvaltimotaudin hoitomuotona

Ohitusleikkaus tarkoittaa verisuonikirurgista leikkausta, jossa veri johdetaan suonisierrettä tai -proteesia pitkin suonitukkeuman ohi (Mustajoki 2007). Se sopii varsinkin niille, joiden sydämessä on useita kalkkeutuneita suonia (Facta-tietopalvelu 2008).

Leikkaukseen valmistautuminen

Ohitusleikkaukseen valmistautuminen on potilaille haastavaa. Siihen liittyy paljon pelkoja aiheuttavia tekijöitä, varsinkin leikkauksen odotusvaiheessa. Potilaille aiheuttaa pelkoa hoitoprosessiin antautuminen, leikkauksen odottamisvaihe, leikkauksen seuraukset sekä tulevaisuudesta selviytyminen. Pelkojen lievittämiseen auttaa tieto, sairaalahoito ja potilaiden sisäiset voimavarat. (Koivula & Åstedt-Kurki 2004.) Potilaat kokevat ohitusleikkauksen isona henkilökohtaisena shokkina (Theobald & McMurray 2004). Strukturoitu tutkimushaastattelu koettiin myönteisenä ohitusleikkaukseen valmistautumisessa, sen johdosta potilaiden olotila helpottui ja he kokivat huolenpitoa, kuuntelua ja välittämistä. Strukturoidun tutkimushaastattelun avulla luottamus vahvistui, palvelu koettiin hyvänä ja potilaat kokivat ystävällisyyttä. Haastattelun avulla myös jännitys laukesi, mieliala rauhoittui ja rentoutui. Se toi myös vaihtelua sairaalan rutiineihin ja ajankulua. (Kattainen & Meriläinen 2003.)

Ennen leikkausta potilaat pelkäävät eniten kipuja, terveyden huonontumista ja epävarmuutta. Henkilökunnasta riippuvaisuutta ja taloudellisia ongelmia pelätään vähiten. Melkein kaikki potilaat kokevat pelkoa ja neljänneksellä potilaista on äärimmäistä pelkoa. Suurin osa potilaista saa paljon tietoa hoitajilta, ja informaatio on juuri sitä, mitä he ovat kovanneet ja se auttaa heitä ymmärtämään hoitoansa. Kolmannes kokee, että heidän perheensä ei saanut yhtään tai vain vähän informaatiota. Melkein kaikki saavat kohtalaisen paljon tai erittäin paljon emotionaalista tukea. Melkein kaikki kokevat saaneensa konkreettista apua. Yli puolet kokee saaneensa vastauksen avunpyyntöihinsä erittäin nopeasti ja alle puolet melko nopeasti. (Koivula ym. 2002b.) Potilaat kokevat samantasoista pelkoa seksuaalisista ongelmista ennen ja jälkeen leikkauksen. Nuoremmilla potilailla pelko kasvaa hieman kuntoutumisen aikana, kun taas vanhemmilla vähenee hieman. Levottomuus vähenee jaksolla leikkausta odottaessa, sairaalassa ollessa ja kuntoutumisen aikana. (Koivula ym. 2002c.) Melkein kaikilla (90,5 %) ohitusleikkaukseen valmistautuvilla potilailla on rintakipu, epänormaalia sydämen rytmiä ja hengitysvaikeuksia (Dantas ym. 2002).

Ohitusleikkaukseen jonottavat potilaat tarvitsevat enemmän informaatiota koskien leikkauksen odotusaikaa. Hoitajien tulisi tarjota enemmän neuvoja koskien kivunhallintaa; kehittääkseen potilaiden taitoja ja lievittääkseen rintakipuihin liittyviä pelkoja. Hoitajien tulisi myös antaa informaatiosta, jota on tarjolla ja pitää heidät tietoisina nykyisistä trendeistä. (Fitzsimons ym. 2000.) Ohitusleikkauspotilaille annettavalla ohjauksella on myönteisiä vaikutuksia ei-kiireellisesti leikattujen miesten alkoholikäyttäytymiseen ja naisten liikuntatottumuksiin ja toimintakykyyn (Kummel 2008).

Hoitoaika

Sairaalassaoloajan lyhentyessä (7,4 päivästä 6 päivään) kuolleisuus on pysynyt samana. Kuntouttavia palveluita kuitenkin käytetään suhteessa enemmän, jolloin kustannukset siirtyivät sektorilta toiselle. (Bohmer ym. 2002.) Potilaat ovat tyytyväisempiä kotiutumisen ajoitukseen kuin heidän kotihoitajansa. Potilaat ovat olleet tyytyväisempiä henkilökunnalta saamaansa informaatioon kuin heidän kotihoitajiltaan saamaansa. (Davies 2000.)

2.3 Ohitusleikkauspotilaiden terveydentila

2.3.1 Terveydentila

Terveys tarkoittaa elimistön normaalia häiriötöntä toimintaa sekä sairauden puuttumista. Se tarkoittaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia; kuntoa, vointia tai terveydentilaa (Kielitoimiston sanakirja 2008). Tässä tutkimuksessa terveydentila määritellään sepelvaltimotaudin oireilla ennen leikkausta; painoindeksi, tupakointi, infarktin sairastuminen, sydänperäisten oireiden kesto ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen; painoindeksi, tupakointi, ohitusleikkauksesta toipuminen ja yleisvoinnin kokemuksena vastaushetkellä.

Painoindeksi

Potilaat, joilla on korkea BMI leikkaukseen tullessa, ovat iältään nuorempia kuin matalan BMI:n ryhmässä. Ohitusleikkauksen aikana kuolee enemmän potilaita, joilla on liian alhainen painoindeksi verrattaessa normaalipainoisiin. Ylipaino on myös osaltaan riski leikkauksessa kuolemiseen verrattaessa normaalipainoisiin. Alipainoisten riski on kuitenkin suurempi kuin ylipainoisilla leikkauksen komplikaatioihin. Naisten ja miesten kuolleisuudessa ei ollut eroja keskenään. (Schwann ym. 2001.) Jopa lyhytaikainenkin kestävyysliikunta aiheuttaa suotuisaa muutosta glukoosin metaboliaan ja luultavasti siten alentaa insuliiniresistenssiä sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kuntoutuksessa (Dylewicz ym. 2000). Ohjauksella ei ollut vaikutusta potilaiden painoindeksiin (Kummel 2008).

Tupakointi

Sepelvaltimoiden ohitusleikattujen tupakoivien naisten määrä oli noussut verrattaessa vuosia 1993 ja 2003 keskenään (vrt. 46 %, 51 %). Miesten keskuudessa puolestaan tupakoivien määrä oli hienoisessa laskussa (vrt. 72 %, 69 %). Miesten tupakointi oli kuitenkin edelleen naisia yleisempää. (Edwards ym. 2005.) Tupakointi aiheuttaa 15–45 % akuuteista sydäninfarkteista (Kabir ym. 2008).

Infarkti

Sydäninfarkti tarkoittaa sepelvaltimotukoksen aiheuttamaa sydänlihassolujen tuhoutumista (Käypähoito 2000). Sydäninfarktin on sairastanut 19 % konservatiivisesti hoidetuista, 22 %

pallolaajennuspotilaista ja 30 % uudelleen ohitusleikatuista (Ylitalo ym. 2006). Naiset sairastavat infarktin keskimäärin yhdeksän vuotta myöhemmin kuin miehet (Anand ym. 2008). Potilaat ovat ilmoittaneet itse hoidoksi sydäninfarktiin lääkityksen (94 %), kuntoilun (57 %), terveelliset ruokailutottumukset (73 %), rentoutumisen stressin alla (75 %) ja tupakoinnin lopettamisen (23 %) (Dantas ym. 2002). Infarktista kuntoutumisen jälkeen potilaat, joilla on sydänperäisiä kipuja, ovat käyneet vähiten kuntoutuksessa, todennäköisemmin tupakoivat ja todennäköisemmin heillä on yhtämittaisia tai lyhytaikaisia depressiivisiä oireita (Maddox ym. 2008).

Infarktilla on potilaille erilaisia vaikutuksia, kuten emotionaalinen vaikutus, elämäntapamuutosten edellytys, terveydenhuoltoalan ammattilaisten kohtaamisen ja puolison reaktiot. Infarktin saaneilla korostuvat riippuvaisuus muista ihmisistä, työhön paluu, taloudelliset rajoitukset ja muutokset sosiaalisissa tavoissa, intimitetissä ja muissa rooleissa. Emotionaalisia stressitekijöitä ovat pelko, epävarmuus, kiukku, turhautuminen ja ärsyyntyneisyys elämän muutoksiin. Elämäntapamuutokset ovat kuntoiluun, ruokavalioon, aktiivisuuteen ja tupakointiin liittyviä stressitekijöitä. Infarktin saaneiden kokemus on, ettei terveydenhuollon ammattilaisten antama informaatio ole ymmärrettävää ja emotionaalinen tuki on puutteellista. (Stewart ym. 2000.) Infarktin saaneiden puoliset tai perheenjäsenet ovat ylisuojelevia, mikä aiheuttaa potilaassa stressiä (Stewart ym. 2000, Roebuck ym. 2001). Töihin paluu huolettaa energisyyden, keskittymiskyvyn ja paineensietokyvyn osalta. Vetäytymisellä ja ystävien negatiivisilla reaktioilla on haitallinen vaikutus sosiaalisiin tapoihin. Kuolemanpelko ja vaikutukset seksuaalisuuteen korostuvat intimitetin stressitekijöissä. Kodin sisäisten ja ulkopuolisten roolien hoitaminen on haastavaa infarktin läpikäyneiden keskuudessa. (Stewart ym. 2000.)

Infarktin jälkeen potilailla on huolena fyysiseen aktiivisuuteen ja oireisiin liittyvät tekijät, turvattomuus, emotionaaliset reaktiot, riippuvaisuus, elämäntapamuutokset, huoli lääkityksestä ja sivuvaikutukset. Hengenahdistus, turvattomuus ja ylisuojelevaisuus koetaan suurina ongelmina. Hengenahdistuksella, väsymyksellä ja rintakivuilla on suurimmat vaikutukset elämänlaatuun fyysisen aktiivisuuden ja oireiden osalta. Huoli terveydestä tulevaisuudessa, pitkäikäisyydestä ja yleisestä hyvinvoinnista vaikuttavat turvattomuuden kokemuksiin. Emotionaalisten reaktioiden pääpaino on ärtyneisyyden ja masentuneisuuden tunteuksissa. Sairaalasta saadaan ohjeita ja suosituksia terveellisiin elämäntapoihin, kuten tupakoinnin lopettamiseen ja epäterveellisestä ruokavaliosta luopumiseen, mikä aiheuttaa

potilaille haasteita. Huolta koetaan lääkityksen vaikutuksesta omaan kehoon ja toisaalta potilaalla ei ollut tietoa, mikä lääkitys on ja miten se vaikuttaa. Lääkityksen sivuoireita ovat kylmydentunne, toistuvasta wc:ssä käymisestä johtuvat nukkumisen häiriöt ja painajaiset. (Roebuck ym. 2001.)

Leikkauksesta toipuminen

Ohitusleikkauksen jälkeen rintakipuja, epänormaalia sydämen rytmiä ja hengitysvaikeuksia on 34 %:lla potilaista (Dantas ym. 2002). Potilailla, joilla on useita sairauksia ennen leikkausta, on korkeampi riski leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin. Vanhemmilla potilailla on korkeampi riski komplikaatioihin kuin nuoremmilla. (Miller & Grindel 2001.) Leikkauksesta kotiutumisen jälkeen potilaat, joilla on sydänperäisiä kipuja, ovat todennäköisemmin jatkaneet tupakointia, kärsineet verisuonten muodostumattomuudesta ja heillä on todennäköisemmin yhtämittäisiä tai lyhytaikaisia depressiivisiä oireita (Maddox ym. 2008). Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu on selvästi muuta samanikäistä väestöä huonompi ennen hoitotoimenpiteitä (Lukkarinen 1999, Kattainen 2004). Ohitusleikkauspotilaat ovat pääsääntöisesti miehiä, naimisissa olevia, eläkeläisiä ja matalasti koulutettuja (Kattainen ym. 2005). Terveysvaikutteinen elämänlaatu on heikompaa naisilla ja niillä potilailla, joilla on matala sosioekonominen asema (Simchen ym. 2001). Vaikka moni potilas kokee kehitystä terveydessä ja hyvinvoinnissa ohitusleikkauksen jälkeen, moni kokee toipumisen ja kuntoutumisen monimutkaiseksi prosessiksi sekä lyhyt- että pitkävaikutteisilta tuloksiltaan (Tolmie ym. 2006).

Ohitusleikkauksen jälkeen elämään mukautuminen on haastavaa, potilaat kokevat erilaisia muutoksia, mukaan lukien kipua. Kehontilan seuraaminen korostuu ja he tarvitsevat leikkauksenjälkeistä fyysistä sopeutumista. (Theobald & McMurray 2004.) Leikkauksen jälkeen yhtenäisyydentunne ei muuttunut merkitsevästi. Levottomuus leikkauksen jälkeen on vähentynyt kuuden kuukauden jälkeen. Masentuneisuus on laskussa kolmen kuukauden jälkeen ja 12 kuukauden jälkeen selvästi vähentynyt. Stressi on kolmen kuukauden jälkeen vähentynyt ja kuuden kuukauden jälkeen tasaantunut. Yksinäisyyden kokemuksilla ei ollut merkitsevää eroa ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. (Karlsson ym. 2000.) Kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta potilailla tapahtui merkitsevää positiivista kehitystä liikkuvuuden, hengityksen, nukkumisen, tavallisten aktiviteettien, mielen toimintojen, epämuokavuuden ja oireiden, elinvoimaisuuden ja seksuaalisen aktiivisuuden ulottuvuuksissa. Merkitsevää muutosta ei tapahtunut enää kuuden ja kahdentoista kuukauden välillä. (Kat-

tainen ym. 2005.) Ohitusleikkauspotilaiden elämänlaatu on tilastollisesti merkitsevästi parempaa kuusi kuukautta toimenpiteen jälkeen energisyyden, unen, kivun ja liikkuvuuden ulottuvuuksissa. 12 kuukauden kohdalla kehitys jatkuu merkitsevyydeltään energisyyden, kivun ja liikkuvuuden ulottuvuuksissa, mutta ei enää unen, joka osoittaa merkkejä huononemisesta 12 kuukautta leikkauksen jälkeen. Ohitusleikkauspotilaat kokevat selvästi edistystä energisyyden, kivun ja liikkuvuuden ulottuvuuksissa. (Lukkarinen 1998.)

Vuoden kuluttua ohitusleikkauksesta negatiiviset emotionaaliset kokemukset ovat yhteydessä koviin rintakipuihin (Anderson ym. 1999). Vuosi ohitusleikkauksen jälkeen potilailla on tapahtunut merkitsevää positiivista kehitystä fyysisen toiminnallisuuden, kivun, sosiaalisen toimintakyvyn ja emotionaalisen tilan aiheuttamissa roolirajoitteissa. Koviin kipuihin ja uniongelmiin liittyy heikko elämänlaatu. (Hunt ym. 2000.) Elämänlaatu kohenee kuitenkin puolen vuoden kuluttua leikkauksesta tai pallolaajennuksesta vastaavalle tasolle kuin muun väestön elämänlaatu. Elämänlaadun ei todettu muuttuvan enää puolen vuoden jälkeen toimenpiteestä. (Kattainen 2004.) Toisaalta ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilailla elämänlaatu paranee tilastollisesti merkitsevästi vuoden kuluttua toimenpiteestä tarmokkuuden, kivun ja liikkumisen osalta. Se kuitenkin huononee tunnereaktioiden ja sosiaalisen eristyneisyyden osalta. (Lukkarinen 1999.)

Viiden vuoden seurannassa ohitusleikkauspotilaiden kuolleisuus on 14,6 %. Viisi vuotta ohitusleikkauksen jälkeen heikkoon elämänlaatuun on yhteydessä naissukupuoli, diabeteksen sairastaminen ja krooninen keuhkohtaumatauti. (Herlitz ym. 1999.) Ohitusleikkauspotilaiden elämänlaatu paranee tilastollisesti merkitsevästi kahdeksan vuoden jälkeen toimenpiteestä; liikkumisen, tarmokkuuden ja kivun osalta. Unen sekä tunnereaktioiden osalta tapahtuu lievää paranemista. (Lukkarinen & Hentinen 2005.) Ohitusleikkauspotilaat ovat merkitsevästi paremmassa kunnossa kahdeksan vuoden päästä leikkauksesta; liikkuvuuden, energisyyden ja kivun ulottuvuuksissa. Muutokset ovat pysyviä seitsemän vuoden jälkeen kaikilla alueilla, paitsi kivun osalta, mikä on tilastollisesti merkitsevä häiriö ohitusleikkauksen jälkeen. (Lukkarinen & Hentinen 2006.) 60 % potilaista on tyytyväisiä seksuaalisiin toimintoihinsa ennen hoidollisia interventioita ja 63 % kahdeksan vuotta interventioiden jälkeen. Naisten tyytyväisyys laskee kahdeksan vuotta intervention jälkeen, kun taas miehillä nousee, joskaan ei tilastollisesti merkitsevästi. (Lukkarinen & Lukkarinen 2007.)

Sydänpotilaiden kuntoutus tarkoittaa suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jossa edetään vaiheittain kohti lopullista tavoitetta. Tässä yhteydessä puhutaankin kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta, jolloin kuntoutuja huomioidaan fyysisenä ja psyykkisenä, sosiaalisessa ympäristössä olevana henkilönä. Suomessa tällaisen toiminnan päävastuussa on useimmiten Sydänliitto. (Hämäläinen & Röberg 2007b.) Sydänkuntoutusohjelmaan osallistuneet sepelvaltimotautia sairastavat selviävät useammin pidempään ilman uusia sydäntapahtumia (Rantala & Virtanen 2008).

2.3.2 Yleisvointi

Turvallisuus

Potilaat kokevat tarvitsevansa suurimman osan informaatiota koskien paranemista ja psykososiaalista toimivuutta ennen ja jälkeen toimenpiteiden. Naiset tarvitsevat enemmän informationaalista tukea kuin miehet ennen toimenpiteitä, kun taas miehet tarvitsevat tukea toimenpiteen jälkeen. Tulosten mukaan informationaalisen tuen sisällön tulisi olla erilaista miehille ja naisille ennen ja jälkeen toimenpiteiden. (Kattainen ym. 2004.) Ennen leikkausta tai juuri leikkauksen jälkeen koetuilla psykososiaalisilla tekijöillä voidaan selittää myöhemmin koettua terveyttä. Hoidon parantamiseksi työntekijöiden tulee havainnoida potilaan voimavaroja, vaaratekijöitä sekä heidän tiedontarpeitaan. Hoidon kohdentamisen avulla tukea tarvitsevien kohdalle säästettäisiin resursseja. (Okkonen 2000.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleilla potilailla on paljon oppimistarpeita. Potilailla on enemmän oppimistarpeita ennen kotiutumista kuin kotiutumisen jälkeen. Eniten potilailla on oppimistarpeita sairauteen liittyvistä tiedoista, komplikaatioista ja oireista, hoidon sekä lääkehoidon vaikutuksesta heidän elämäänsä. (Hölttä ym. 2002.) Naisten ja miesten ohitusleikkauksesta toipumisen yhteydessä olevat kuntoutustarpeet poikkesivat hieman toisistaan. Naisten kuntoutumisprosessi taantuu puolen vuoden kuluttua leikkauksesta, jonka jälkeen heillä esiintyy yksinäisyyttä, turvattomuutta, masennusta ja erilaisia fyysisiä tuntemuksia. Miehillä puolestaan esiintyy jo kuntoutumisprosessin aikana erinäisiä ongelmia, mutta prosessi etenee kuitenkin tasaisemmin kuin naisten. Naiset toivovat saavansa enemmän ohjausta hoitohenkilökunnalta, kun taas miehet saavat sitä perheeltä ja erityi-

sesti vaimolta. Vertaisryhmätoiminta koetaan merkittäväksi voimavaraksi kuntoutuksessa. (Koivunen ym. 2003.)

Aktiivisuus

Ohitusleikkauspotilailla fyysinen työkykyisyys lisääntyy kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta ja jatkui ensimmäisen vuoden. Korkea toiminnallinen aktiivisuus ohitusleikkauspotilailla vähentää sosiaalisen tuen tarvetta perheeltä ja muilta sekä instrumentaalisen tuen tarvetta. Hyvä fyysinen työkykyisyys vähentää vain instrumentaalisen tuen tarvetta. (Hämäläinen ym. 2000.) Hoitajien antaman sekundääriprevention avulla voi ohitusleikkauspotilas saavuttaa merkittäviä, tärkeitä ja nopeita etuja terveyden edistämässä, kuten liikuntaan aktivoimisessa, verenpaineen ja painoindeksin laskemisessa, kolesterolitasapainon hoidossa, tupakoimattomuuden lisäämisessä sekä alkoholinkäytön suositusten noudattamisessa. Ohitusleikkauspotilaiden liikunnan määrä (5 krt/viikko, 30 min kerrallaan) kasvaa hoitajien antaman ohjauksen jälkeen 71,7 %:iin, joka on ollut ennen ohjausta 39,9 %. (Mairnie ym. 2005.)

Somaattinen vointi

Ohitusleikkauspotilaiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin vaikuttaa negatiivisesti erityisesti ongelmat haavan paranemisessa, ja vaikeus kuvailla ja tulkita kipua sekä muuta epämiellyttävää oloa rinnan alueella (Anderson ym. 1999). Sydänpotilaiden kuntoutus alkaa jo sairaalassa tai perusterveydenhuollossa sairauden tullessa ilmi. Sairaalajaksot ovat nykyään hyvin lyhyitä ja jonka vuoksi niiden aikana ei kyetä antamaan kaikkea sitä tietomäärää, jota potilas tarvitsee. Sairaalassaolovaiheen jälkeen olisikin tärkeää saada neuvontaa ja ohjausta. Akuutin sydäntapahtuman jälkeen neuvonnan ja ohjauksen on todettu toteutuvan ilmeisen huonosti. Sepelvaltimotauti on pitkäaikainen krooninen sairaus, jonka vuoksi potilas tarvitsee pysyvästi terveydentilansa seurantaa, tarkistuksia ja tilanteenmukaista neuvontaa. Usein potilailla on muitakin pitkäaikaissairauksia, joiden hoito tulee ottaa huomioon. (Hämäläinen & Röberg 2007a.)

Joillekin potilaille sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta toipuminen on mutkatonta, mutta moni kokee sen monimutkaiseksi prosessiksi ja kuntoutus on yritystä vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. On myös tärkeää korostaa sepelvaltimotaudin kroonista luonnetta sekä terveellisten ja positiivisten elämäntapojen ylläpitämisen etuja. Ohjeet kuntoutukselle tulisi

olla yksiselitteisiä, tiiviitä ja yksilöllisesti räätälöityjä kunkin potilaan kohdalla. (Tolmie ym. 2006.)

Psyykkinen vointi

Ohitusleikkauspotilailla ahdistuneisuus vähentyy merkitsevästi ensimmäisen kolmen kuukauden aikana leikkauksesta. Potilaat, joilla on depressiivisiä oireita ja ahdistusta käyttävät enemmän sosiaalisia ja psykologisia palveluita sekä saavat enemmän instrumentaalista apua/tukea. Ahdistuneet saavat enemmän sosiaalista tukea perheeltä ja muilta, kun taas depressiivisistä oireista kärsivät ovat olleet vähemmän yhteydessä sukulaisiin ja ystäviin. Miehillä ja korkeaan sosiaaliluokkaan kuuluvilla, on korkeampi fyysinen työkykyisyys. Ahdistuneisuus on ilmeisempää naisilla ja niillä, joilla on alhaisempi saatavuus/vastavuoroisuus luottohenkilöönsä. Depressio on ilmeisempää nuorilla potilailla ja niillä, joilla on alhaisempi saatavuus/vastavuoroisuus luottohenkilöönsä. (Hämäläinen ym. 2000.) Toistuva instrumentaalinen tuki ennustaa positiivista muutosta mielenterveyteen kuuden kuukauden jälkeen ohitusleikkauksesta (Barry ym. 2006).

Ohitusleikkaukseen tultaessa ja kuntoutumisen aikana potilailla esiintyy depressiivisiä oireita. Kolme kuukautta leikkauksen jälkeen potilaista viidesosa kokee depressiivisiä oireita, jolloin potilaat ovat myös saaneet vähemmän emotionaalista ja tiedollista tukea hoitajilta, verrattaessa sairaalassaoloaikaan. (Koivula ym. 2007.) Ennen leikkausta oireilevilla potilailla on merkitsevästi enemmän ahdistusta kuin vähemmän oireilevilla. Naisilla ahdistuksen taso on tilastollisesti merkitsevästi korkeampi kuin miehillä, niin ennen leikkausta, kuin kaksi vuotta leikkauksen jälkeenkin. (Sjöland ym. 1996.) Potilaat, joilla on ennen leikkausta paljon depressiivisiä oireita, toipuvat heikommin fyysisen toimintakyvyn osalta (Goyal ym. 2005).

Perheen ja hoitohenkilökunnan tuki

Perheen tuella on erityisen suuri merkitys sydämen ohitusleikkauspotilaiden toipumisessa. Niillä potilailla, joilla on vähäinen perheen tuki ennen leikkausta, on ollut enemmän depressiivisiä oireita, ahdistusta ja toivottomuutta kuin niillä, jotka ovat saaneet enemmän tukea. Yksin asuvilla potilailla on alkujaan enemmän depressiivisiä oireita ja toivottomuutta verrattuna niihin, jotka asuvat jonkun kanssa. Seurannassa yksinasujilla on enemmän rintakipuja ja depressiivisiä oireita kuin jonkun kanssa asuvilla. Alle 65-vuotiailla yksinasujilla on enemmän depressiivisiä oireita, ahdistusta ja toivottomuutta kuin vanhemmilla ikäryh-

millä seurannassa. Korkea perheen tuki näyttää suojaavan terveyttä ja edistävän parane-
mista. (Okkonen & Vanhanen 2006.)

Sydänpotilaiden puoliset tuottavat suurimman osan emotionaalisesta ja konkreettisesta avusta. Matala emotionaalinen tuki sosiaaliselta tukiverkolta on yhteydessä korkeaan ahdistuneisuuteen. Puolet potilaista kokee hoitajilta saadun informaation laadun hyväksi tai erinomaiseksi. Ne, jotka kokevat informaation laadun erinomaiseksi, kokevat lievää pelkoa. Ne, jotka kokevat informaation laadun erinomaiseksi, haluavat informoivaa tukea hoitajilta useammin kuin potilaat, jotka pelkäävät vähemmän. (Koivula ym. 2002d.) Sepelvaltimotautia sairastavan ihmisen puolison elämään tulee muutoksia. Ohitusleikkauksen läpikäyneiden potilaiden puolisoilla on vastuu jokapäiväisestä elämästä. He seuraavat puolisonsa oireita, hoitavat, huolehtivat, ymmärtävät ja tukevat. (Lukkarinen & Kyngäs 2003.) Puolison tuki on tärkeä erityisesti akuutissa vaiheessa ohitusleikkauksesta toipumisessa (Elizur & Hirsh 1999).

2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Sepelvaltimotauti on suomalaisten merkittävin kansansairaus (Hämäläinen 2001, Airaksinen 2007). Se on suomalaisten yleisin kuolinsyy 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa sekä naisilla että miehillä (Tilastokeskus 2009). Sepelvaltimotaudin keskeisin oire on rasisituk-
sessa ilmaantuvat rintakivut (Kervinen 2008). Sepelvaltimotaudin hoidon keskeisenä ta-
voitteena on rintakipuoireiden helpottaminen, elämänlaadun parantaminen, lisäsairasta-
vuuden ehkäisy ja ylikuolleisuuden vähentäminen (Airaksinen 2007). Lääkityksen aloitta-
minen ja tupakoinnin lopettaminen ovat keskeisimpiä tekijöitä vaaratekijöiden minimoimis-
sa (Kervinen 2008).

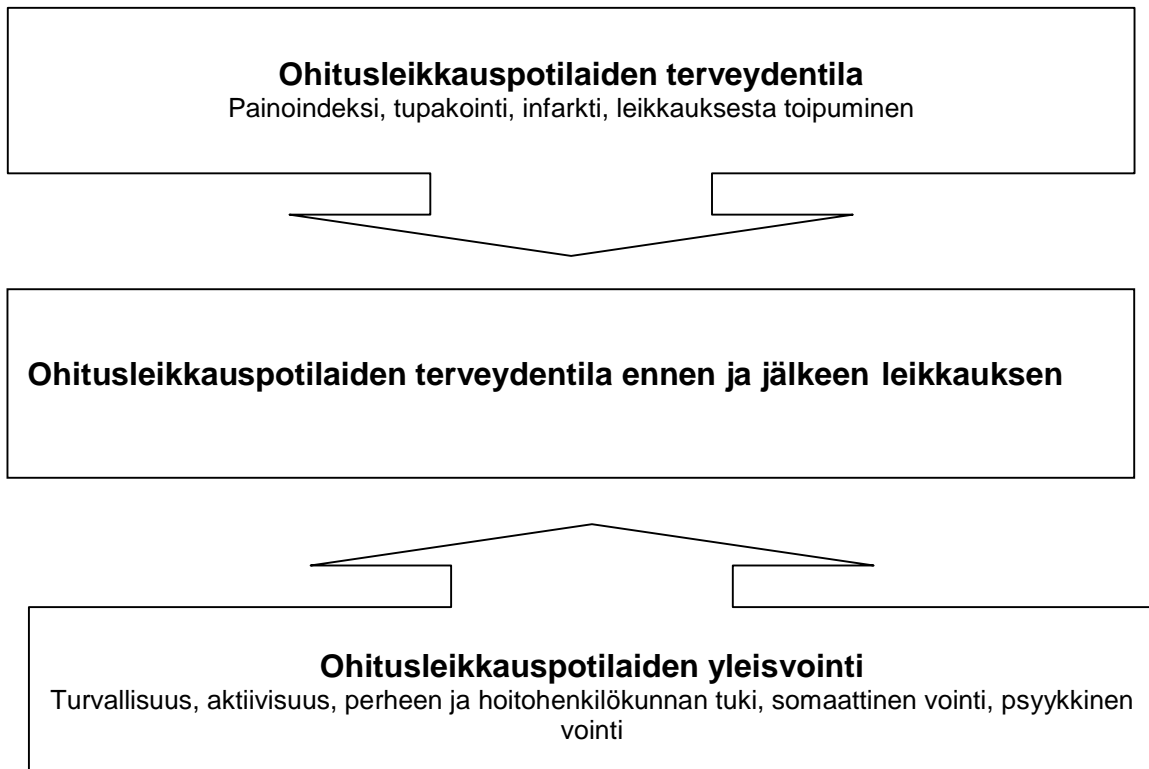
Riskitekijöitä sepelvaltimotautiin sairastumiseen ovat tupakointi, veren korkea LDL-
kolesteroli- ja Trigly-pitoisuus sekä matala HDL-kolesterolipitoisuus, liikunnan vähäinen
määrä, liikapaino (painoindeksi yli 25) sekä korkea verenpaine (Hämäläinen 2001, Kabir
ym. 2008). Sepelvaltimotautiin liittyviä tekijöitä ovat muun muassa metabolinen oireyhtymä
(Hoang ym. 2008), geneettinen alttius ja mahdollisesti non-HDL-kolesterolitaso (Tricho-

poulou ym. 2008), työstressi (Belkic ym. 2004, Kivimäki ym. 2006) sekä depressio (Blumenthal 2008).

Sepelvaltimotautiin sairastuneet potilaat ovat usein jo vanhuuseläkkeellä. Miehillä on useammin kohtauksia sekä he käyttävät alkoholia ja tupakoivat naisia useammin. (Lukkarinen & Hentinen 1998.) Leikkaukseen valmistautuminen aiheuttaa potilaissa usein pelkoja. Hoitoprosessiin antautuminen, leikkauksen odottamisvaihe, leikkauksen seuraukset ja tulevaisuudesta selviäminen aiheuttavat pelkoa (Koivula & Åstedt-Kurki 2004). Pelkoa aiheuttaa myös kipu, terveyden huonontuminen ja epävarmuus (Koivula ym. 2002). Melkein kaikilla ohitusleikkaukseen valmistautuvilla potilailla on rintakipuja, epänormaalia sydämen rytmiä ja hengitysvaikeuksia (Dantas ym. 2002). Naiset luokittelevat kivut vakavammaksi kuin miehet (Bengtson 2000).

Ohitusleikkaukseen tulleet potilaat, joilla on korkea painoindeksi, ovat iältään muita nuorempia (Schwann ym. 2001). Noin puolet ohitusleikkaukseen tulleista naisista tupakoi ja vastaavasti miehistä vajaa 70 % (Edwards ym. 2005). Vajaa kolmannes uudelleen ohitusleikatuista potilaista on sarastanut sydäninfarktin. 34 %:lla ohitusleikatuista potilaista on edelleen leikkauksen jälkeen rintakipuja, epänormaalia sydämen rytmiä ja hengitysvaikeuksia. (Dantas ym. 2002.)

Ohitusleikkauksesta toipuminen kestää pääsääntöisesti puolesta vuodesta vuoteen (Lukkarinen 1998, Lukkarinen 1999, Karlsson ym. 2000, Kattainen ym. 2005). Ohitusleikkaukspotilaiden leikkaukseen valmistautuminen ja toipuminen ovat erilaisia miesten ja naisten keskuudessa. Naiset tarvitsevat enemmän informatiivista tukea ennen toimenpidettä, kun miehet taas toimenpiteen jälkeen. (Kattainen ym. 2004.) Perheen tuki ohitusleikatulle potilaalle on tärkeää leikkauksesta toipumisen kannalta ja se näyttäisi suojaavan terveyttä ja edistävän paranemista (Okkonen & Vanhanen 2006). Ohitusleikkauksesta toipuminen on jollekin potilaalle mutkaton prosessi, mutta kuitenkin monet kokevat sen olevan monimutkainen prosessi. Kuntoutuksen ohjeiden tulisi olla yksiselitteisiä, tiiviitä ja yksilöllisesti räätälöityjä kullekin potilaalle. (Tolmie ym. 2006.) Ohitusleikkaukspotilailla on myös psyykkistä problematiikkaa ahdistuneisuuden (Sjöland ym. 1996, Hämäläinen ym. 2000) ja depressiivisyyden (Hämäläinen ym. 2000, Koivula ym. 2007) muodoissa. Seuraavana (Kuvio1) on tutkimuksen asetelmista.



Kuvio 1 Tutkimuksen asetelma.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ohitusleikkauksen läpikäyneiden potilaiden terveydentilaa vuonna 2005 kerätyn aineiston perusteella. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa eteläpohjalaisten sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentilan kokemuksista. Tutkimus on hoitotieteellinen ja sillä pyritään tuottamaan tietoa, joka palvelisi käytännön hoitotyössä työskenteleviä työntekijöitä. Tutkimuksesta saatava tieto auttaa ymmärtämään ohitusleikkauspotilaiden elämäntilannetta ennen ja jälkeen leikkauksen. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää tutkimuksesta saatavaa tietoa ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa ja tuen antamisessa sekä leikkaukseen valmistautumisessa että leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Tutkimuksesta saatavia tietoja voidaan hyödyntää myös sydänpotilaiden kuntoutuksessa sekä primaarisessa ja sekundäärisessä sydänsairauksien ennaltaehkäisyssä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen on sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentila ennen ja jälkeen leikkauksen?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentilaan ennen ja jälkeen leikkauksen?
3. Millainen on sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden yleisvointi vastaushetkellä ja mitkä taustatekijät ovat yhteydessä yleisvointiin?
4. Kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden yleisvointia edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä verrata yleisvoinnin tasoja keskenään.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa tutkittava ilmiö ja tutkimuskysymykset. Tutkimuksen tarkoitus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004.) Tässä tutkimuksessa kartoitettiin laadullisen tutkimisotteen avulla ohitusleikattujen potilaiden yleisvoinnintasoja kuvaavia tekijöitä ja kuvataan määrällisen tutkimusotteen avulla heidän terveydentilaansa. Tutkimuskysymyksiä on neljä, joista kolmen ensimmäisen avulla pyrittiin löytämään vastaukset määrällisestä aineistosta tilastollisten menetelmien avulla ja neljäs tutkimustehtävä on laadullinen.

Tutkimuksessa käytettiin sekä määrällistä että laadullista lähestymistapaa. Määrällinen tutkimusote on formaali, objektiivinen, ankara ja systemaattinen prosessi, ja se kehittää tietoa ympäröivästä maailmasta. Määrällinen tutkimus on tehty kuvaamaan uusia tilanteita, tapahtumia tai käsitteitä ympäröivästä maailmasta. (Alkula ym. 1994, Burns & Grove 2006, 24.) Laadullisella menetelmällä saadaan puolestaan yksityiskohtaisempaa ja subjektiivisempaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen tutkimus kuvailee elämän kokemuksia ja antaa niille merkityksen. (Janhonen & Nikkonen 2001, Burns & Grove 2006, 61.) Määrällistä ja laadullista menetelmää yhdessä käytettäessä puhutaan triangulaatiosta (Janhonen & Nikkonen 2001). Tässä tutkimuksessa menetelmälliset valinnat olivat jo osittain tehtyjä valmiista aineistosta johtuen. Määrällinen tutkimusote määräytyi aineistonkeruumenetelmän eli kyselylomakkeen pohjalta. Tutkimukseen otettiin mukaan tuloksia täydentämään kyselylomakkeen avoimia kysymyksiä, joiden tarkoituksena on tuoda täydentävää tietoa määrällisen aineiston rinnalle.

4.2 Tutkimusaineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Seinäjoen keskussairaala ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri käynnistivät yhteistyössä sydämen sepelvaltimoiden ohitusleikattujen potilaiden terveydentilaan liittyvän tutkimuk-

sen. Tutkimusaineisto on kerätty vuosien 1993–2002 aikana sydämen sepelvaltimon ohitusleikatuilta potilailta. Tutkimuksen perusjoukko oli 3000 potilasta, joista valittiin satunnaisotannalla 600 potilasta. Tutkimukseen osallistui 600 ennen vuotta 2003 sepelvaltimoiden ohitusleikatuista potilaista. Tutkittaville lähetettiin postitse kyselylomake saatekirjeineen. Kyselylomakkeen viimeinen palautuspäivä oli 25.5.2005. Tutkimus on tehty Seinäjoen keskussairaalan Eettisen toimikunnan hyväksymänä. Tutkimuksen ensivaiheen tuloksia on julkaistu Sydänjoulu 2005-lehdessä (Kontas 2005).

Aineistonkeruumenetelmänä on käytetty mittaria, joka rakentui vastaajien taustatiedoista, sairastumiseen liittyvistä tiedoista sekä vastaushetkellä olevasta terveydentilasta. Mittarin on kehittänyt ja aineiston kerännyt Lääkintäneuvos Lauri Kontas. Kyselylomakkeessa oli 34 kysymystä ja avoimilla kysymyksillä täydennettiin Likert-asteikollisia (1-5) vaihtoehtoisia kysymyksiä. Tutkimuksessa käytetään vain osittain mittaria. Seuraavana (Taulukko 1) on esitelty muuttujat, joita opinnäytetyössä käytetään.

Taulukko 1 Mittarin muuttujat

Muuttuja	Kysymystyyppi, suluissa vastausvaihtoehdot
<i>Taustatiedot</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ●Syntymävuosi ●Sukuoli ●Siviilisääty 	Avoin Strukturoitu (mies, nainen) Strukturoitu (naimisissa, leski, eronnut, naimaton, avoliitossa)
●Jatkokoulutus	Strukturoitu (ammattikoulu, opisto, korkeakoulu, ei jatkokoulutusta)
●Työelämä	Strukturoitu (työssä, sairaalalla, eläkkeellä, työtön)
<i>Sairastumiseen liittyvät tiedot</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ●Pituus, paino ●Harrastitko tupakointia ennen sairastumista ●Jos vastasit kyllä, niin kuinka kauan 	Avoin pituus (cm), paino (kg) Strukturoitu (en, kyllä) Strukturoitu (alle 5 vuotta, 6-10 vuotta, 11–20 vuotta, yli 20 vuotta)
<ul style="list-style-type: none"> ●Kuinka kauan sinulla oli sydämen sepelvaltimotaudin oireita ennen leikkausta ●Oletko sairastanut sydäninfarktin ennen leikkausta ●Ohitusleikkauksen ajankohta (vuosi ja kuukausi) ●Sairaala, jossa leikkaus tehtiin 	Strukturoitu (alle kuukauden, alle 3 kuukautta alle 6 kuukautta, vuosia) Strukturoitu (ei, kyllä) Avoin Strukturoitu (Tampereen yliopistollinen keskussairaala, Vaasan keskussairaala, muu sairaala, mikä)
●Kuinka kauan kesti leikkauksesta toipuminen hyvään kuntoon oman arvioisi mukaan	Strukturoitu (puoli vuotta, yksi vuosi, kaksi vuotta, yli kaksi vuotta, en mielestäni hyötynyt leikkauksesta)
●Ovatko oireet uusiutuneet leikkauksen jälkeen	Strukturoitu (ei, kyllä)

Nykyiseen terveydentilaan liittyvät tiedot

- | | |
|--|--|
| •Nykyinen painosi (kg) | Avoim |
| •Millaiseksi koet painosi tällä hetkellä? | Strukturoitu (sopivasti, liikaa) |
| •Nykyinen yleisvointi omasta mielestäsi | Strukturoitu (hyvä, kohtalainen, tyydyttävä, välttävä) |
| •Millä seikoilla perustelet edellä valitsemaasi vaihtoehtoa (yleisvointia) | Avoim |
| •Tupakoitko nykyään | Strukturoitu (en, kyllä) |
-

4.3 Aineiston analysointi

4.3.1 Määrällisen aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin apuna SPSS 17.0 for Windows tilasto-ohjelmaa. Kuvailuvina menetelminä käytettiin frekvenssijakaumia, prosentiosuuksia sekä taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnin yhteydessä käytettävässä Khiin neliö-testissä huomioitiin, että korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä sai olla pienempiä kuin viisi sekä jokaisen frekvenssin oli oltava suurempi kuin yksi. Mikäli nämä ehdot eivät täytyneet, muutettiin luokittelua yhdistelemällä aikaisempia luokkia, kuitenkin uuden luokan tekemisen mielekkyys jokaisessa tapauksessa huomioiden. Analysointimenetelminä käytettiin nominaaliasteikoille Khiin neliötestiä, järjestysasteikolle Mann-Whitneyn U-testiä sekä välimatka-asteikoille keskiarvotestejä (t-testi, varianssianalyysi). Testien valinnassa huomioitiin myös muut ehdot sopivuudesta juuri kyseiselle tai kyseisille muuttujille. Tuloksien kuvailussa käytettiin myös kuvioita ja taulukoita havainnollistamaan muuttujia. Tilastollisen merkitsevyyden tasoksi valittiin enintään 5 % merkitsevyytaso.

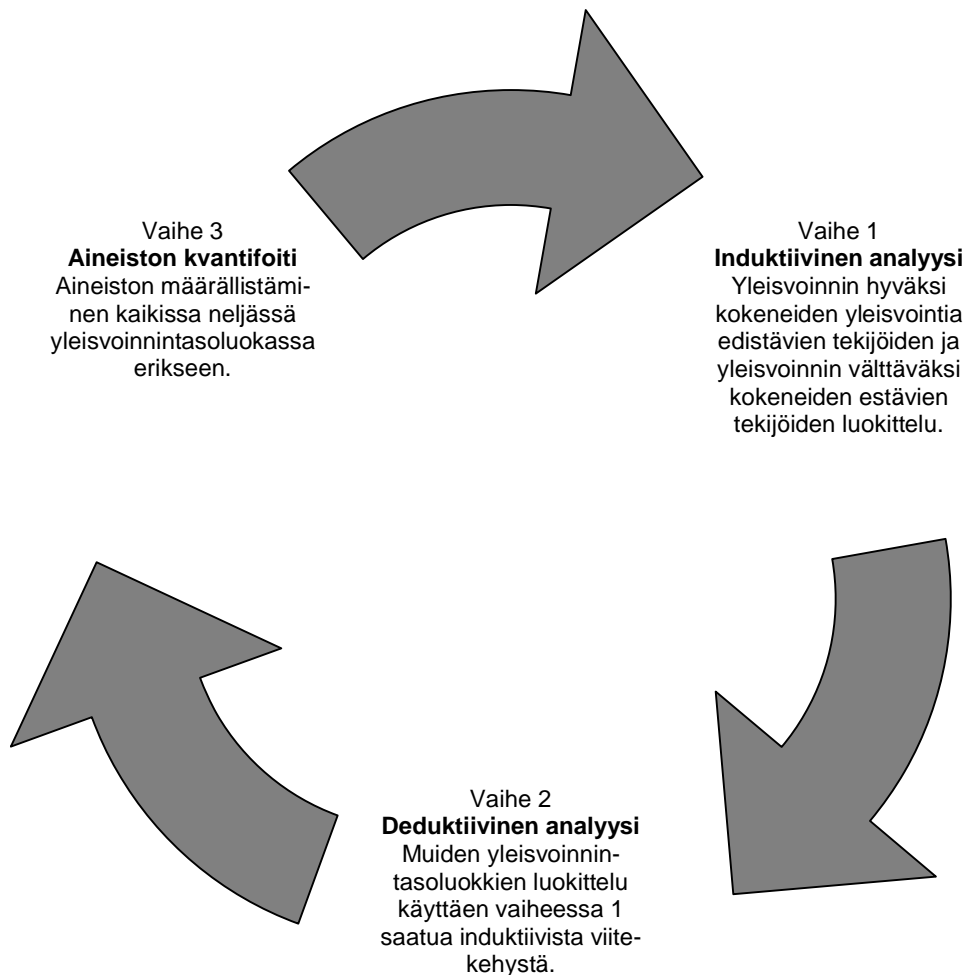
$p \leq 0,001$ tilastollisesti erittäin merkitsevä

$0,001 < p \leq 0,01$ tilastollisesti merkitsevä

$0,01 < p \leq 0,05$ tilastollisesti melkein merkitsevä. (Heikkilä 2008.)

4.3.2 Laadullisen aineiston analysointi

Sisällönanalyysin avulla analysoidaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysiprosessi etenee vaiheittain ja lähtökohdaksi valitaan deduktiivisen ja induktiivisen menettelytavan välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi aloitettiin induktiivisena ja jatkettiin deduktiivisena, jonka jälkeen saadut luokat kvantifioitiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97). Induktiivista sisällönanalyysia käytettiin luomaan ensimmäinen yleisvoimintatasoluokka, jonka jälkeen samaa luokittelua käytettiin muissa kolmessa luokassa deduktiivisesti. Kuviossa 2 esitetään analyysiprosessin eteneminen.



Kuvio 2 Analyysiprosessin eteneminen

Aineiston pelkistäminen

Aineiston pelkistäminen tarkoittaa aineiston tiivistämistä tai pilkkomista. Tätä vaihetta ohjaa tutkimustehtävä, johon pyritään löytämään vastaukset alkuperäisestä aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.) Analysointi aloitettiin lukemalla luokiteltuja avoimia vastauksia, jolloin ensimmäisenä vaiheena päätettiin analyysiyksikkö. Analyysiyksikkönä käytettiin yksittäistä sanaa tai sanayhdistelmää, koska useissa vastauksissa vastaajat perustelivat yleisvointiaan yksittäisillä asioilla, luettelonomaisesti. Kyselylomakkeessa oleva vastaustila oli hyvin rajallinen ja kovinkaan syvällisiä perusteluja vastaajien ei ollut mahdollista kirjoittaa. Tässä yhteydessä myös päätettiin, ettei analysoida piilossa olevia merkityksiä, vaan vain niitä asioita, jotka olivat selkeästi ilmaistu. Aineistoa pelkistettiin alleviivaamalla tekstistä tutkimuskysymykseen vastaavat ilmaisut. Vastauksissa erottuivat selkeästi yleisvointia edistävät ja yleisvointia estävät tekijät. Nämä alleviivattiin erilaisilla viivoilla, jotta tuleva luokittelu helpottuisi. Pelkistetyt ilmaisut kirjattiin listoiksi, joissa näkyi tutkimusnumero, joiden avulla jatkossa pystyttiin palaamaan alkuperäiseen aineistoon (Taulukko 2). (Kynge & Vanhanen 1999.)

Taulukko 2 Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Lääkityksen tarkistus"	Lääkehoidosta huolehtiminen
"Pystyy liikkumaan ulkona"	Liikunta
"Tekee kaikki kotityöt"	Kotityöt
"Voimavarana lapset.."	Lapset
"Voimavaroja myönteinen elämänsänsä.."	Positiivinen elämänsänsä
"Voimavaroja ovat ystävät.."	Ystävät
"On työelämässä"	Työt

Aineiston ryhmittely

Aineiston ryhmittely on samaa asiaa tarkoittavien käsitteiden ryhmittelyä ja yhdistämistä samoiksi luokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112). Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin alakategorioiksi, jossa apuna käytettiin sisällönanalyysiin suunniteltua tietokoneohjelmaa (Atlas.ti). Kaikki neljä eri ryhmää (hyvä, kohtalainen, välttävä, tyydyttävä) ryhmiteltiin erikseen. Induktiivista sisällönanalyysiä käytettiin yleisvoinnin hyväksi kokeneiden yleisvointia edistä-

vien tekijöiden ryhmittelyssä ja yleisvoinnin välttävänä kokeneiden yleisvointia estävien tekijöiden ryhmittelyssä. Muissa yleisvoinnin kokemusluokissa käytettiin muodostunutta induktiivista viitekehystä, jolloin analyysiprosessi eteni deduktiivisen sisällönanalyysin mukaan (Ks. Kuvio 2). Seuraavana vaiheena ryhmitellyistä ilmauksista etsittiin erilaisuuksia ja samanlaisuuksia. Ryhmitellyistä ilmaisuista erottui erilaisia luokkia, joista muodostui alakategorioita. Yläkategoriat nimettiin mahdollisimman tarkasti kuvaamaan niiden sisältöä (Taulukko 3). (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Taulukko 3 Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaus	Ryhmitelty ilmaus/alakategoria
Lääkehoidosta huolehtiminen Liikunta Kotityöt Lapset Positiivinen elämänasenne Ystävät Työt	Elämän kokeminen turvalliseksi Erilaiset harrastukset Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen Perhe-elämä tasapainossa Positiivinen suhtautuminen elämään Sosiaaliset suhteet Työelämä

Aineiston abstrahointi

Aineiston abstrahoinnilla eli käsitteellistämällä tarkoitetaan kategorioiden yhdistämistä siihen saakka, kun se on mielekästä ja mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.) Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena muodostui kahdeksan yleisvointia edistävää ja viisi yleisvointia estävää alakategoriaa sekä kyseiset kaksi yläkategoriaa (Taulukko 4). Näitä samoja yleisvointia edistäviä ja estäviä alakategorioita käytettiin deduktiivisessa sisällönanalyysissä (Ks. Kuvio 2).

Taulukko 4 Esimerkki yläkategorioiden muodostamisesta

Ryhmitelty ilmaus/alakategoria	Yläkategoria
Elämän kokeminen turvalliseksi Erilaiset harrastukset Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen Perhe-elämä tasapainoisuus Positiivinen suhtautuminen elämään	Yleisvointia edistävät tekijät

Aineiston kvantifiointi eli määrällistäminen

Aineiston määrällistäminen tarkoittaa sitä, että lasketaan kuinka monesti sama asia esiintyy aineistossa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 117). Tässä tutkimuksessa alakategoriat määrällistettiin, jolloin laskettiin kuinka monta pelkistettyä ilmausta kuhunkin alakategoriaan kuului. Yläkategorioihin saatiin tällöin vastaajien määrä, joista pystyttiin laskemaan prosenttiosuudet kuhunkin yläkategoriaan. Kaikki neljä yleisvoinnin taso-luokkaa laskettiin erikseen, jotta vertailu luokkien välillä mahdollistuisi. Luokista muodostettiin taulukko, jossa on huomioitu yläkategoriat ja yleisvoinnin taso. Tässä yhteydessä laskettiin kaikkien alkuperäisilmaisujen määrä kussakin luokassa (hyvä, kohtalainen, välttävä, tyydyttävä). Alkuperäisiä ilmauksia oli kaikkiaan 2610, jotka jakautuivat kutakuinkin vastaajien määrän mukaan kyseisessä yleisvointiluokassa. Hyväksi yleisvointinsa koki 18 % ja ilmaisusta 19 % kuului tähän luokkaan. Kohtalaiseksi yleisvointinsa koki 37 % ja ilmaisusta 38 % kuului tähän luokkaan. Tyydyttäväksi yleisvointinsa koki 28 % ja ilmaisusta 29 % kuului tähän luokkaan. Välttävän voinnin luokkaan tuli hieman vähemmän ilmaisuja (14 %), suhteessa vastaajien määrään 17 %.

Alkuperäisilmaisujen määrä laskettiin yhteen kussakin ryhmitellyssä luokassa. Tämän jälkeen muodostettiin prosenttiosuudet ryhmitellyille ilmaisulle pysytellen edelleen yleisvointitasoluokkien sisällä.

5 TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Tutkimukseen vastasi yhteensä 480 eteläpohjalaista ohitusleikkauksen läpikäynyttä henkilöä. Kyselytutkimukseen vastausprosentti oli 80 (N=600). Sukupuoleltaan vastaajat olivat 76 % miehiä ja 24 % naisia. Naisten (ka=75, kh=7,3) ja miesten (ka=70, kh=9,0) keski-ikäet poikkeavat toisistaan ($t = -5,937$, $df=236$, $p=0,000$). Suurin osa (75 %) vastaajista oli naimisissa tai avoliitossa. Joka kolmannella (34 %) vastaajalla ei ollut ammattia. Suurin osa (91 %) vastaajista oli poissa työelämästä. Vajaa kolmannes (31 %) oli ohitusleikkaushetkellä iältään alle 60 vuotiaita. Leikkauksesta oli kulunut suurimmalla osalla (68 %) aikaa 4-9 vuotta (Taulukko 5).

Taulukko 5 Vastaajien (n=480) taustatiedot

TAUSTAMUUTTUJA	n	%
Sukupuoli		
Mies	363	76
Nainen	117	24
Ikä		
Alle 50 vuotta	4	1
50–59 vuotta	54	11
60–69 vuotta	122	26
70–79 vuotta	212	44
80 tai yli	86	18
Siviilisäät		
Naimisissa tai avoliitossa	361	75
Leski, naimaton tai eronnut	119	25
Ammatti		
Ammattikoulutus	161	34
Ei ammattikoulutusta	319	66
Työtilanne		
Työelämässä	44	9
Poissa työelämästä	436	91
Ikä ohitusleikkaushetkellä		
Alle 50 – vuotta	39	8
50–59 vuotta	108	23
60–69 vuotta	180	38

70–79 vuotta	141	30
80 tai yli	7	1
Leikkauksesta kulunut aika		
3 vuotta tai alle	38	8
4-6 vuotta	170	35
7-9 vuotta	156	33
10 vuotta tai yli	113	24

5.2 Ohitusleikkauspotilaiden terveydentila

5.2.1 Terveydentila ennen leikkausta

Tutkimuksessa vastaajien *painoindeksi* laskettiin paino jaettuna pituudenneliöllä. Painoindeksi luokiteltiin seuraavasti; alle 18 alipaino, 18–25 normaalipaino, 26–30 lievä lihavuus, 31–35 merkittävä lihavuus, 36–40 vaikea lihavuus ja yli 40 sairaalloinen lihavuus. Normaalipainoisia ennen leikkausta oli 23 % (n=109), lievästi lihavia oli 52 % (n=249), merkittävästi lihavia oli 18 % (n=85) ja vaikea tai sairaalloinen lihavuus oli painoindeksin mukaan 3 %:lla (n=15) vastaajista.

Vastaajista *tupakoi* ennen leikkausta 39 % (n=186), heistä 90 % (n=164) oli tupakoinut yli 10 vuotta ennen sairastumista. Loput 10 % (n=22) tupakoivista vastaajista olivat tupakoineet alle 10 vuotta.

Sydänoireet ennen ohitusleikkausta olivat kestäneet suurimmalla osalla (61 %, n=293) vuosia. Alle puoli vuotta sydänoireista oli kärsinyt joka viides (n=99) ja 17 % (n=82) oli kärsinyt sydänoireista alle kolme kuukautta. *Infarktin* ennen ohitusleikkausta oli sairastanut 45 % (n=214) vastaajista. Sydänoireiden keston ja infarktin sairastamisen välillä olevaa yhteyttä testattiin Mann-Whitneyn U-testin avulla. Testituloksen mukaan tulokset poikkesivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi toisistaan (p=0,001, testimuuttuja= -3,437). Sydänoireista ennen leikkausta olivat kärsineet pidempään vastaajat, joilla oli ollut sydäninfarkti ennen ohitusleikkausta.

5.2.2 Terveystila leikkauksen jälkeen

Painoindeksin mukaan normaalipainoisia leikkauksen jälkeen (vastaushetkellä) oli 21 % (n=100), lievästi lihavia oli 53 % (n=253), merkittävästi lihavia oli 18 % (n=86) ja vaikea tai sairaanlainen lihavuus oli 4 %:lla (n=20) vastaajista. 53 % (n=254) vastaajista koki painoa olevan liikaa ja 46 % (n=222) sopivasti. Painoindeksejä ennen leikkausta ja vastaushetkellä vertailtiin kahden riippuvan muuttujan T-testin avulla (Taulukko 6). Painoindeksit ennen leikkausta ja vastaushetkellä poikkesivat tilastollisesti melkein merkitsevästi toisistaan ($t = -2,264$, $df=456$, $p=0,024$). Vastaajien paino oli noussut painoindeksin mukaan leikkauksen jälkeen suuremmaksi kuin ennen leikkausta.

Taulukko 6 Painoindeksien vertailua ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen T-testillä

Painoindeksi ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen	Ka	Kh	t	df	p
Ennen leikkausta	27,4	3,9	-2,264	456	0,024
Leikkauksen jälkeen	27,8	4,0			

Suurin osa (92 %, n=444) vastaajista ei enää *tupakoinut* vastaushetkellä. χ^2 -riippumattomuustestin avulla selvitettiin onko tupakoinnilla ennen leikkausta ja vastaushetkellä tilastollista yhteyttä. Tupakoinnilla ennen leikkausta ja vastaushetkellä on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p=0,000$). Tupakoivien määrä väheni verrattaessa vastaushetkeä ennen leikkausta olleeseen tilanteeseen.

Ohitusleikkauksesta toipui 55 % puolessa vuodessa, 29 % arvioi toipumisajan yhteen vuoteen, 13 %:lla toipuminen kesti yli vuoden ja 2 % ei kokenut saavansa leikkauksesta apua (Kuvio 3). *Sydänoireet uusiutuivat* joka kolmannella vastaajalla leikkauksen jälkeen, mutta suurimmalla osalla vastaajista (66 %, n=318) oireita ei ilmaantunut leikkauksen jälkeen.



Kuvio 3 Toipumisen kesto hyvään kuntoon

5.2.3 Terveystilaan yhteydessä olevat tekijät

Ohitusleikkauspotilaiden taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin Pearsonin Khiin neliötestin avulla.

Terveystilaan yhteydessä olevat tekijät ennen leikkausta

Sukupuolella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys *tupakointiin*. Miehet tupakoivat useammin kuin naiset ennen leikkausta (vrt. 46 %, 17 %). Sukupuolella oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys *sydänoireiden keston* ennen leikkausta. Suurin osa naisista (72 %) oli ennen leikkausta kärsinyt sydänoireista vuosia, kun vastaavasti miehistä oli 59 % (Taulukko 7).

Vastaajien iällä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys *tupakointiin* ennen leikkausta. Alle 70 vuotiaista vastaajista puolet tupakoi ennen leikkausta ja yli 70 vuotiaista vastaavasti 32 % tupakoi. Iällä oli myös *sydänoireiden keston* ennen leikkausta tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys. Alle 70 vuotiaista oli puolet kärsinyt sydänoireista alle puoli vuotta ja

saman verran oli kärsinyt vuosia. Vastaavasti 69 % yli 70 vuotiaista oli kärsinyt oireista vuosia ja loput 31 % alle puoli vuotta (Taulukko 7).

Ammatilla oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys *infarktin* sairastamiseen ennen ohitusleikkausta. 38 % vastaajista, joilla oli ammatti, oli sairastanut infarktin ennen leikkausta ja vastaavasti ne henkilöt, joilla ammattia ei ollut, oli sairastanut 48 % infarktin (Taulukko 7).

Työtilanteella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys *sydänoireiden kestoon* ennen leikkausta. Sydänoireista oli kärsinyt ennen leikkausta kuusi kuukautta tai alle, työelämässä olevista 61 % ja vastaavasti poissa työelämästä olevista 36 % (Taulukko 7).

Iällä ohitusleikkaushetkellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys *tupakointiin* ennen ohitusleikkausta. Alle 65 vuotiaista 51 % tupakoi ennen leikkausta ja 65 tai yli vuotiaista vastaavasti 29 %. Iällä ohitusleikkaushetkellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys *sydänoireiden kestoon* ennen leikkausta. Leikkauksen tapahtuessa alle 65 vuoden iässä, sydänoireet olivat kestäneet alle puoli vuotta 45 %:lla vastaajista. Vastaavasti iän ollessa 65 tai yli leikkaushetkellä, alle kuusi kuukautta oireista oli kärsinyt 31 % vastaajista (Taulukko 7).

Terveystilaan yhteydessä olevat tekijät leikkauksen jälkeen

Sukupuolella oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys *toipumisen kestoon* hyvään kuntoon. Puolessa vuodessa leikkauksesta toipui 59 % miehistä ja samassa ajassa naisista 46 % (Taulukko 7).

Iällä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys vastaushetkellä olleeseen *painoindeksiin*. Alle 70 vuotiaista oli normaalipainoisia 14 % ja vastaavasti 70 vuotiaista tai yli oli normaalipainoisten osuus 27 %. Iällä oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys *tupakointiin* vastaushetkellä. Vastaushetkellä tupakoi 13 % alle 70 vuotiaista ja 3 % yli 70 vuotiaista (Taulukko 7).

Siviilisäädyllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys *toipumisen kestoon* hyvään kuntoon. Naimisissa tai avoliitossa olevat toipuivat hyvään kuntoon nopeammin kuin eronneet, les-

ket tai naimattomat. Siviilisäädyllä oli myös tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys *oireiden uusiutumiseen*. Naimisissa tai avoliitossa olevilla oireet uusiutuivat 31 %:lla leikkauksen jälkeen, kun taas eronneilla, leskillä tai naimattomilla oireet uusiutuivat 42 %:lla vastaajista (Taulukko 7).

Työtilanteella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys *oireiden uusiutumiseen* leikkauksen jälkeen. Sydänoireet uusiutuivat harvemmin, jos vastaaja oli työelämässä (Taulukko 7).

lällä ohitusleikkaushetkellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys vastaushetkellä olleeseen *painoindeksiin*. Jos ikä ohitusleikkaushetkellä oli alle 65 vuotta, niin painoindeksi oli 16 %:lla normaalilukemissa. Vastaavasti, jos leikkaus tapahtui 65 tai yli vuoden iässä painoindeksi vastaushetkellä oli normaali 27 %:lla vastaajista. Ikä ohitusleikkaushetkellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä vastaushetkellä olevaan *tupakointiin* verrattaessa. Vastaushetkellä tupakoi alle 65 vuotiaina leikatuista 12 % ja 65 tai yli leikatuista puolestaan 2 % (Taulukko 7).

Leikkauksesta kulunut aika oli tilastollisesti erittäin merkitsevä *oireiden uusiutumiseen* leikkauksen jälkeen. Vastaajilla, joilla leikkauksesta oli kulunut yli kuusi vuotta, oireet olivat uusiutuneet 42 %. Vastaajilla, joilla oli kulunut kuusi vuotta tai alle leikkauksesta, oireet olivat uusiutuneet 23 %:lla (Taulukossa 7).

Taulukko 7 Taustamuuttujien yhteys terveydentilaan merkitsevyytensä huomioiden (tilastollisesti merkitsevät arvot ovat tummennettu)

<i>Ennen leikkausta</i>	BMI Sig	Tupakointi Sig	Sydänoireiden kesto Sig	Infarkti Sig
Sukupuoli	0,698	0,000	0,009	0,290
Ikä	0,120	0,000	0,000	0,928
Siviilisääty	0,251	0,118	0,078	0,262
Ammatti	0,316	0,489	0,290	0,031
Työtilanne	0,227	0,344	0,001	0,135
Ikä ohitusleikkaus- hetkellä	0,062	0,000	0,009	0,574
Leikkauksesta kulunut aika	0,207	0,437	0,676	0,700

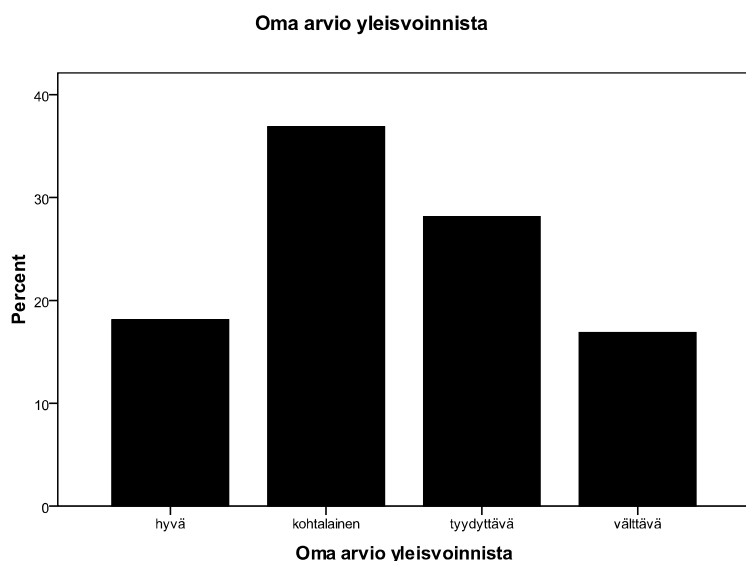
<i>Leikkauksen jälkeen</i>	BMI Sig	Tupakointi Sig	Toipumisen kesto Sig	Oireiden uusiutu- minen Sig
Sukupuoli	0,862	0,090	0,047	0,077
Ikä	0,001	0,000	0,395	0,300
Siviilisääty	0,470	0,945	0,010	0,023
Ammatti	0,571	0,415	0,237	0,698
Työtilanne	0,175	-	0,105	0,010
Ikä ohitusleikkaus- hetkellä	0,005	0,000	0,583	0,057
Leikkauksesta kulunut aika	0,477	0,901	0,247	0,000

5.3 Ohitusleikkauspotilaiden yleisvointi

5.3.1 Yleisvointi vastaushetkellä

Vastaushetkellä yleisvointinsa hyväksi koki 18 % (n=87) vastaajista, kohtalaisena vointiaan piti 37 % (n=177) vastaajista, tyydyttävänä vointiaan piti 28 % (n=135) vastaajista ja välttävänä koki 17 % (n=81) (Kuvio 4). Yleisvoinnin yhteyttä selvitettiin sydänoireiden uusiutumiseen Mann-Whitney'n U-testin avulla. Testituloksen mukaan tulokset poikkesivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi toisistaan ($p=0,000$, testimuuttuja= -7,467). Sydänoirei-

den uusiutuessa leikkauksen jälkeen, yleisvointi oli heikompaa kuin vastaajilla, joilla oireet eivät uusiutuneet leikkauksen jälkeen.



Kuvio 4 Vastaajien kokemus yleisvoinnistaan

5.3.2 Yleisvointiin yhteydessä olevat tekijät

Taustamuuttujien yhteys yleisvointiin

Sukupuolella, iällä, siviilisäädillä ja painoindeksillä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä yleisvoinnin kokemukseen. Sen sijaan ammatilla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yleisvoinnin kokemukseen. Ne vastaajat, joilla oli ammatti, kokivat yleisvointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi vastaushetkellä useammin kuin joilla ei ollut ammattia (Taulukko 8). Työtilanteella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys vastaajien yleisvointiin. Ne vastaajat, jotka olivat työelämässä, kokivat yleisvointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi useammin kuin poissa työelämästä olevat (Taulukko 9). Leikkauksesta kulunut aika oli tilastollisesti merkitsevä yleisvoinnin kokemukseen. Potilaista, joilla leikkauksesta oli kulunut kuusi vuotta tai vähemmän, 62 % koki yleisvointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi. Vastaavasti potilaista, joilla oli kulunut leikkauksesta yli kuusi vuotta, 49 % koki yleisvointinsa hyväksi tai kohtalaiseksi.

Taulukko 8 Ammatti suhteessa yleisvointiin

Oma arvio yleisvoinnista	Onko vastaajilla ammatti		Sig
	Kyllä	Ei	
Hyvä	25 % (n=40)	15 % (n=47)	
Kohtalainen	41 % (n=66)	35 % (n=111)	
Tyydyttävä	26 % (n=41)	29 % (n=94)	0,001
Välttävä	8 % (n=14)	21 % (n=67)	

Taulukko 9 Työtilananne suhteessa yleisvointiin

Oma arvio yleisvoinnista	Työtilanne		Sig
	Työelämässä	Poissa työelämästä	
Hyvä	34 % (n=15)	16 % (n=72)	
Kohtalainen	50 % (n=22)	36 % (n=155)	
Tyydyttävä	11 % (n=5)	30 % (n=130)	0,000
Välttävä	5 % (n=2)	18 % (n=79)	

Terveystilaa kuvaavien muuttujien yhteys yleisvointiin

Painoindeksillä ennen leikkausta tai vastaushetkellä, tupakoinnilla ennen leikkausta tai vastaushetkellä, oireiden kestolla ja infarktin sairastamisella ei ollut tilastollista yhteyttä yleisvointiin. Sen sijaan toipumisen kestolla hyvään kuntoon ja oireiden uusiutumisella oli molemmilla tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yleisvoinnin tasoon. Toipuminen hyvään kuntoon kesti hyväksi tai kohtalaiseksi yleisvointinsa kokevien keskuudessa 51 %:lla puolesta vuodesta vuoteen, kun taas tyydyttävänä tai välttävänä kyseisessä ajassa toipui vain 34 %. 11 %:lla yleisvointiaan hyvänä tai kohtalaisena pitävistä vastaajista, sydänoireet uusiutuivat leikkauksen jälkeen. Vastaavasti tyydyttävänä tai välttävänä yleisvointinsa kokeneiden keskuudessa 22 %:lla sydänoireet uusiutuivat leikkauksen jälkeen.

5.3.3 Yleisvointia edistävät ja estävät tekijät

Laadullisesta aineistosta saatiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla yleisvoinnin tasoa kuvaavat edistävät ja estävät tekijät (Taulukko 10). Tuloksista kuvataan neljän eri yleisvointiluokan vastauksia ja vertaillaan yleisvointiluokkien tasoja keskenään.

Taulukko 10 Yleisvoinnin tasoa kuvaavat edistävät ja estävät tekijät

Elämän kokeminen turvalliseksi	Yleisvointia edistävät tekijät
Erilaiset harrastukset	
Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen	
Perhe-elämä tasapainoisuus	
Positiivinen suhtautuminen elämään	
Somaattinen vointi hyvä	
Sosiaaliset suhteet	
Työelämä	
Elämän kokeminen turvattomaksi	Yleisvointia estävät tekijät
Ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa	
Ongelmia sosiaalisissa suhteissa	
Psyykkiset ongelmat	
Somaattinen vointi huono	

5.3.3.1 Hyvää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät

Hyväksi yleisvointinsa koki 18 % (n=87) vastaajista. Hyvää yleisvointia perusteltiin kaikkiaan 506 alkuperäisilmaisulla. Hyvää yleisvointia *edistäviä tekijöitä* kuvaavat elämän kokeminen turvallisenä, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen hyvä vointi, sosiaaliset suhteet sekä työelämä. Tässä ryhmässä korostuivat erilaiset harrastukset, joita oli suhteellisesti eniten. Suurimmaksi alakategoriaksi muodostui yleisvointia edistävästä tekijöistä erilaiset harrastukset, joita olivat eläimet, estetiikka, harrastukset yleensä, kirkossa käynti, käsityöt, liikunta, lukeminen, luonnossa oleminen, matkustaminen, metsätyöt, musiikki eri muodoissaan, mökkeily, puutarhanhoito, puutyöt, rakennustyöt, remontointityöt, retket, ristisanatehtävät, teatteri, TV:n katselu ja ulkoilu.

Yleisvointia *estäviä tekijöitä* yleisvointinsa hyväksi kokeneiden joukossa on suhteessa hyvin vähän. Estäviä tekijöitä kuvaavat elämän kokeminen turvattomana, ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset ongelmat ja somaattinen vointi huono. Suurimmaksi alakategoriaksi hyvää yleisvointia estävistä tekijöistä somaattinen vointi huono, joka pitää sisällään muita sairauksia kuin sydänperäiset sairaudet. Taulukossa 11 esitetään yksityiskohtaisesti kuhunkin alakategoriaan kuuluvat ryhmitellyt ilmaisut.

Taulukko 11 Hyväksi yleisvointinsa kokevien kuvaus

Alakategoria	Ryhmitelty ilmaus
Edistävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvalliseksi</i>	●asuminen, hyvä terveydenhoito, kotiapu, taloudellinen turva, usko
<i>Erilaiset harrastukset</i>	●eläimet, estetiikka, harrastukset, kirkossa käynti, käsityöt, liikunta, lukeminen, luonto, matkustaminen, metsätyöt, musiikki, mökkeily, puutarhanhoito, puutyöt, rakennustyöt, remontointityöt, retket, ristisanatehtävät, teatteri, TV:n katselu, ulkoilu
<i>Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen</i>	●asioilla käynti, kotityöt, maataloustyöt, nukkuminen, puolison auttaminen, saunominen, syöminen, ulkotyöt
<i>Perhe-elämän tasapainoisuus</i>	●hyvä kotielämä, hyvä parisuhde, isovanhemmuus, koti, lapset, lastenlapset, perhe, perhe-elämä tasapainossa
<i>Positiivinen suhtautuminen elämään</i>	●huumori, hyvä tunne, positiivinen elämänasenne, positiivinen mieliala, positiivisuus, rauhallinen elämänrytmi, säännöllinen elämä, tasapainoiset elämänarvot, terveelliset elämäntavat
<i>Somaattinen vointi hyvä</i>	●hyvä kunto, hyvä lääkitys, hyvä olo, kuntoutus, normaali elämä, oireettomuus, somaattinen vointi hyvä, tupakoinnin lopetus
<i>Sosiaaliset suhteet</i>	●keskustelut, naapurit, sosiaalinen verkosto, vertaistuki, vierailut, ystävät
<i>Työelämä</i>	●hyvä suhde työhön, monipuolinen työ, palveluammatti, työelämän paineettomuus, työskentely, työt, yrittäjänä toimiminen
Estävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvattomaksi</i>	●kiire, monenmoiset huolet, yksinäisyys
<i>Ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa</i>	●omaishoitajuus, vuorotyö, yksinäisyys, yrittäjyyden haasteet
<i>Ongelmia sosiaalisissa suhteissa</i>	●huolet läheisistä, läheisen kuolema
<i>Psyykkiset ongelmat</i>	●stressi
<i>Somaattinen vointi huono</i>	●muut sairaudet

5.3.3.2 Kohtalaista yleisvointia edistävät ja estävät tekijät

Kohtalaisena yleisvointinsa koki 37 % (n=177) vastaajista. Alkuperäisilmaisuja tässä ryhmässä oli kaikkiaan 995, joka on selkeästi suurin ryhmä jo vastaajienkin määrän perusteella. Kohtalaista yleisvointia *edistäviä tekijöitä* kuvaavat elämän kokeminen turvallisena, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen hyvä vointi, sosiaaliset suhteet sekä työelämä. Erilaiset harrastukset ja jokapäiväiset toiminnot jakautuivat melkein tasan tämän ryhmän suurimpana yleisvointia edistävinä tekijöinä. Suurimmaksi alakategoriaksi muodostui kohtalaista yleisvointia edistävästä tekijöistä myös erilaiset harrastukset, kuten hyväksi yleisvointinsa kokevienkin keskuudessa. Näitä olivat eläimet, erilaiset harrastukset, kiinnostus kaikkeen, kirkossa käynti, konsertit, käsityöt, liikunta, lukeminen, luonto, matkustaminen, metsätyöt, monenlaiset tehtävät, musiikki, muunlainen toiminta, mökkeily, osavuotinen ulkomailla asuminen, puutarhanhoito, puutyöt, radion kuuntelu, remontointityöt, retket, ristisanatehtävät, teatteri, TV:n katselu ja ulkoilu.

Yleisvointia *estäviä tekijöitä* on tällä ryhmällä jo enemmän kuin hyväksi yleisvointinsa kokevien keskuudessa. Estävistä tekijöistä kuvaavat elämän kokeminen turvattomana, ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset ongelmat ja somaattinen vointi huono. Suurimmaksi alakategoriaksi muodostui kohtalaista yleisvointia estävistä tekijöistä somaattinen vointi huono, joka pitää sisällään somaattista huonoa vointia kuvaavia tekijöitä. Niitä olivat diabetes, epämääräinen olo, erilaiset kivut, hankala olo, hengenahdistus, hengästyminen, huimaus, ikääntyminen, kunto huono, kuuloon liittyvät ongelmat, leikkaukset, muut sairaudet, ongelmat näkökyvyssä, paino laskenut, ruoansulatusongelmat, sydänperäiset oireet, tupakointi, työkyvyttömyys, työtä voi tehdä vain rauhallisesti ja ylipaino. Seuraavassa taulukossa 12 esitetään kaikkien alakategorioiden ryhmitellyt ilmaukset.

Taulukko 12 Kohtalaiseksi yleisvointinsa kokevien kuvaus

Alakategoria	Ryhmitelty ilmaus
Edistävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvalliseksi</i>	<ul style="list-style-type: none"> •asuminen, elämäntilanne hyvä, elämäntilanne tyydyttävä, hyvä terveydenhoito, kotiapu, lääkeshoidosta huolehtiminen, taloudellinen turva, usko, vakaa elämäntilanne, ympäristö
<i>Erilaiset harrastukset</i>	<ul style="list-style-type: none"> •eläimet, harrastukset, kiinnostunut kaikesta, kirkossa käynti, konsertit, käsityöt, liikunta, lukeminen, luonto, matkustaminen, metsätyöt, monenlaiset tehtävät, musiikki, muunlainen toiminta, mökkeily, osavuotinen ulkomailla asuminen, puutarhanhoito, puutyöt, radion kuuntelu, remontointityöt, retket, ristisanatehtävät, teatteri, TV:n katseilu, ulkoilu
<i>Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> •arjesta selviäminen melko hyvää, asioilla käynti, hygienia, kotityöt, lepääminen, maataloustyöt, normaalit toimet, nukkuminen, pukeutuminen, puolison auttaminen, seksi, syöminen, ulkotyöt
<i>Perhe-elämän tasapainoisuus</i>	<ul style="list-style-type: none"> •hyvä kotielämä, hyvä parisuhde, hyvät perhesuhteet, isovanhemmuus, koti, lapset, lastenlapset, normaali elämä, perhe, perhe-elämä tasapainossa, puoliso, tasapainoinen elämä
<i>Positiivinen suhtautuminen elämään</i>	<ul style="list-style-type: none"> •aktiivisuus, elää elämän parasta aikaa, huumori, hyvät ilmat, kaikki suhteellisen hyvin, karjalainen luonteenlaatu, kiitollinen lisääjasta, nöyryys, oman elämän eläminen, positiivinen elämänsäsenne, positiivinen mieliala, positiivisuus, säännöllinen elämä, terveelliset elämäntavat, yritteliäisyys
<i>Somaattinen vointi hyvä</i>	<ul style="list-style-type: none"> •hyvä kunto, hyvä lääkitys, hyvä terveys, itsensä hoitaminen, kohtalainen terveys, nuoruus, oireettomuus, pystyy lähes normaaliin elämään, somaattinen vointi hyvä, tuntee kuntonsa rajat, tupakoinnin lopetus
<i>Sosiaaliset suhteet</i>	<ul style="list-style-type: none"> •keskustelut, naapurit, sosiaalinen verkosto, sukulaiset, vertaistuki, vierailut, yhteydenpito, ystävät
<i>Työelämä</i>	<ul style="list-style-type: none"> •hyvä työpaikka, monipuolinen työ, opiskelu, työskentely, työt
Estävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvattomaksi</i>	<ul style="list-style-type: none"> •alkoholin käyttö, kiire, lääkitykseen liittyvät ongelmat, muuttuva aika, pelko somaattisen voinnin muutoksista, taloudelliset huolet, tulevaisuuden huolet, vastoinkäymiset
<i>Ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa</i>	<ul style="list-style-type: none"> •aktiiviteettien puute, huonoja päiviä, liikuntakyky huonoa, muistiongelmat, nukkumiseen liittyvät vaikeudet, vaihteleva olo, väsymys
<i>Ongelmia sosiaalisissa suhteissa</i>	<ul style="list-style-type: none"> •huolet läheisistä, läheisen kuolema, ongelmat parisuhteessa, ongelmia sosiaalisissa suhteissa, yksinäisyys
<i>Psyykkiset ongelmat</i>	<ul style="list-style-type: none"> • psyykkiset ongelmat, stressi
<i>Somaattinen vointi huono</i>	<ul style="list-style-type: none"> •diabetes, epämääräinen olo, erilaiset kivut, hankala olo, hengenahdistus, hengästyminen, huihaus, ikääntyminen, kunto huono, kuuloon liitty-

vät ongelmat, leikkaukset, muut sairaudet, ongelmat näkökyvyssä, paino laskenut, ruoansulatusongelmat, sydänperäiset oireet, tupakointi, työkyvyttömyys, työtä voi tehdä vain rauhallisesti, ylipaino

5.3.3.3 Tyydyttävää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät

Tyydyttävänä yleisvointinsa koki 28 % (n=135) vastaajista. Alkuperäisilmaisuja oli tässä ryhmässä kaikkiaan 755. Tyydyttävää yleisvointia *edistäviä tekijöitä* kuvaavat elämän kokemisena turvallisena, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen hyvä vointi, sosiaaliset suhteet sekä työelämä. Tässä ryhmässä erilaiset harrastukset ja jokapäiväiset toiminnot jakoutuivat melkein tasan suurimpina yleisvointia edistävinä tekijöinä, kuten kohtalaisena yleisvointiaan pitävienkin ryhmässä.

Estäviä tekijöitä kuvaavat elämän kokeminen turvattomana, ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset ongelmat ja somaattinen vointi huono. Yleisvointia estävien tekijöiden määrä nousi selkeästi verrattaessa kohtalaisena ja hyvänä yleisvointiaan pitäviin. Tyydyttäväksi yleisvointina kokevien keskuudessa suurimmaksi yleisvointia edistäväksi tekijäksi muodostuu jokapäiväisten toimintojen hoitaminen. Se pitää sisällään asioilla käyntiä, hygienian hoitoa, kotityötä, lepäämistä, maataloustöitä, normaaleja toimia, nukkumista, oleskelua, pukeutumista, puolison auttamista, syömistä ja ulkotöitä. Tyydyttävää yleisvointia estävien alakategorioiden joukossa suurimmaksi alakategoriaksi muodostuu somaattinen vointi huono. Siihen kuuluvat pelkistetyistä ilmauksista diabetes, erilaiset kivut, hankala olo, hemoglobiini alhainen, hengenahdistus, hengästyminen, huimaus, ikääntyminen, kunto huono, kuuloon liittyvät ongelmat, käsien puuttuminen, leikkaukset, muut sairaudet, ongelmat näkökyvyssä, ruoansulatusongelmat, somaattinen vointi huono, sydänperäiset oireet, työkyvyttömyys, työtä voi tehdä vain rauhallisesti, verenpaine korkea, voimattomuus sekä ylipaino. Seuraavassa taulukossa 13 esitetään yksityiskohtaisesti tyydyttävää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät.

Taulukko 13 Tyydyttäväksi yleisvointinsa kokevien kuvaus

Alakategoria	Ryhmitelty ilmaus
Edistävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvalliseksi</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●asuminen, elämäntilanne hyvä, lääkehoidosta huolehtiminen, usko
<i>Erilaiset harrastukset</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●eläimet, harrastukset, käsityöt, liikunta, lomailu, lukeminen, luonto, matkustaminen, metsätyöt, musiikki, mökkeily, puutarhanhoito, puutyöt, radion kuuntelu, remontointityöt, retket, ristisanatehtävät, TV:n katselu, ulkoilu
<i>Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●asioilla käynti, hygienia, kotityöt, lepääminen, maataloustyöt, normaalit toimet, nukkuminen, oleskelu, pukeutuminen, puolison auttaminen, syöminen, ulkotyöt
<i>Perhe-elämän tasapainoisuus</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●hyvä parisuhde, koti, lapset, lastenlapset, normaali elämä, perhe, perhe-elämä tasapainossa, puoliso, tasapainoinen elämä, yhteiset hetket
<i>Positiivinen suhtautuminen elämään</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●aktiivisuus, elämisen arvoinen elämä, elämä ihanaa, huumori, hyvä elämä, positiivinen elämänasenne, positiivinen mieliala, positiivisuus, rauhallinen elämänrytmi, säännöllinen elämä, tarpeelliseksi kokeminen, terveelliset elämäntavat, tyytyväinen elämään
<i>Somaattinen vointi hyvä</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●hyvä kunto, hyvä olo, kohtalainen terveys, kuntoutus, oireettomuus, somaattinen vointi hyvä, vointi parantunut eläkkeellä
<i>Sosiaaliset suhteet</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●haudalla käynti, naapurit, sosiaalinen verkosto, sukulaiset, vierailut, yhteydenpito, ystävät
<i>Työelämä</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●työskentely, työt
Estävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvattomaksi</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●alkoholin käyttö, asumiseen liittyvät ongelmat, lääkitykseen liittyvät ongelmat, pelko somaattisen voinnin muutoksista, taloudelliset huolet
<i>Ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●ajokortin poistaminen, huonoja päiviä, ketteryys puuttuu, liikuntakyky huonoa, muistiongelmat, nukkumiseen liittyvät vaikeudet, väsymys
<i>Ongelmia sosiaalisissa suhteissa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●huolet läheisistä, läheisen kuolema, ongelmat parisuhteessa, ongelmia sosiaalisissa suhteissa, yksinäisyys
<i>Psyykkiset ongelmat</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●psyykkiset ongelmat
<i>Somaattinen vointi huono</i>	<ul style="list-style-type: none"> ●diabetes, erilaiset kivut, hankala olo, hemoglobiini alhainen, hengenahdistus, hengästyminen, huimaus, ikääntyminen, kunto huono, kuuloon liittyvät ongelmat, käsien puuttuminen, leikkaukset, muut sairaudet, ongelmat näkökyvyssä, ruoansulatusongelmat, somaattinen vointi huono, sydänperäiset oireet, työkyvyttömyys, työtä voi tehdä vain rauhallisesti, verenpaine korkea, voimattomuus, ylipaino

5.3.3.4 Välttävää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät

Välttävänä yleisvointinsa koki 17 % (n=81) vastaajista. Alkuperäisilmaisuja oli tässä ryhmässä 354. Yleisvointia *edistäviä tekijöitä* kuvaavat elämän kokeminen turvallisenä, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen hyvä vointi, sosiaaliset suhteet sekä työelämä. Edistävästä tekijöistä nousee suurimmaksi ryhmäksi jokapäiväisten toimintojen hoitaminen. Se pitää sisällään asioilla käyntiä, hygienian hoitoa, istumista, kotitöitä, leppäämistä, maataloustöitä, nukkumista, perheenjäsen hoitamista, pukeutumista, saunomista, syömistä ja ulkotöiden hoitoa.

Estäviä tekijöitä kuvaavat elämän kokeminen turvattomana, ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset ongelmat ja somaattinen vointi huono. Näiden vastaajien kohdalla suurimmaksi ryhmäksi muodostui välttävää yleisvointia estävistä tekijöistä somaattinen vointi huono. Siihen kuuluu erilaisia sairauksia, jotka olivat diabetes, erilaiset kivut, hankala olo, hengenahdistus, hengästyminen, huimaus, ikäänntyminen, jalat puuttuvat, kunto huono, kuuloon liittyvät ongelmat, leikkaukset, muut sairaudet, ongelmat näkökyvyssä, ruoansulatusongelmat, somaattinen vointi huono, sydänperäiset oireet, syöpä, terveys heikko, työkyvyttömyys, verenpaine korkea, voimattomuus, vointi huono sekä ylipaino. Seuraavassa taulukossa 14 esitetään välttävää yleisvointia edistävät ja estävät tekijät.

Taulukko 14 Välttäväksi yleisvointinsa kokevien kuvaus

Alakategoria	Ryhmitelty ilmaus
Edistävät tekijät	
<i>Elämän kokeminen turvalliseksi</i>	●eläkeläisyys, fysioterapia, kotidialyysi, sairaalassa käynnit, taloudellinen turva, usko
<i>Erilaiset harrastukset</i>	●eläimet, harrastukset, käsityöt, liikunta, lukeminen, matkustaminen, metsätyöt, puutarhanhoito, radion kuuntelu, TV:n katselu, ulkoilu
<i>Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen</i>	●asioilla käynti, hygienia, istuminen, kotityöt, leppääminen, maataloustyöt, nukkuminen, perheenjäsen hoitaminen, pukeutuminen, saunominen, syöminen, ulkotyöt
<i>Perhe-elämän tasapainoisuus</i>	●hyvä kotielämä, hyvät perhesuhteet, lapset, lastenlapset, perhe, puoliso

Positiivinen suhtautuminen elämään

*Somaattinen vointi hyvä
Sosiaaliset suhteet*

Työelämä

Estävät tekijät

Elämän kokeminen turvattomaksi

Ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa

Ongelmia sosiaalisissa suhteissa

*Psyykkiset ongelmat
Somaattinen vointi huono*

- aktiivisuus, positiivinen elämänasenne, rauhallinen elämänrytmi, toivo tulevaisuudesta, tyytyväinen elämään

- alkoholi, hyvä terveys, itsensä hoitaminen
- naapurit, sosiaalinen verkosto, sukulaiset, tottunut yksinäisyyteen, vierailut, yhteydenpito, ystävät

- työskentely, työt, yrittäjänä toimiminen

- asumiseen liittyvät ongelmat, huoli kotona pärjäämisestä, kiire, kuntoutuksen puute, lääkitykseen liittyvät ongelmat, taloudelliset huolet, yksinäisyys

- aktiiviteettien puute, huonoja päiviä, liikuntakyky huonoa, muistiongelmat, nukkumiseen liittyvät vaikeudet, ongelmat keskittymiskyvyssä, toimintakyvyn ongelmat, väsymys

- huolet läheisistä, läheisen kuolema, ongelmat parisuhteessa

- psyykkiset ongelmat

- diabetes, erilaiset kivut, hankala olo, hengenahdistus, hengästyminen, huimaus, ikääntyminen, jalat puutuvat, kunto huono, kuuloon liittyvät ongelmat, leikkaukset, muut sairaudet, ongelmat näkökyvyssä, ruoansulatusongelmat, somaattinen vointi huono, sydänperäiset oireet, syöpä, terveys heikko, työkyvyttömyys, verenpaine korkea, voimattomuus, vointi huono, ylipaino

5.3.4 Yleisvointia edistävien ja estävien tekijöiden vertailua ryhmien välillä

Hyväksi yleisvointinsa kokevien vastauksissa oli 96 % yleisvointia edistäviä tekijöitä ja loput 4 % olivat yleisvointia estäviä tekijöitä. Yleisvointinsa kohtalaiseksi kokevat toivat esille vastauksissaan 86 % yleisvointia edistäviä tekijöitä ja loput 14 % olivat yleisvointia estäviä tekijöitä. Tyydyttäväksi yleisvointinsa kokeneiden keskuudessa oli 77 % yleisvointia edistäviä tekijöitä ja loput 23 % olivat yleisvointia estäviä tekijöitä. Yleisvointiaan välttävänä pitävien vastauksissa oli 57 % yleisvointia edistäviä tekijöitä ja loput 43 % oli yleisvointia estäviä tekijöitä.

Elämän kokeminen turvalliseksi pysyy suhteellisen vakiona eri ryhmien välillä. Erilaiset harrastukset vähenevät, kun yleisvoinnin taso laskee, mutta poikkeuksena kohtalaisen ja tyydyttävän yleisvoinnin omaavien keskuudessa ei laskua kuitenkaan tapahdu. Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen korostuu tyydyttäväksi yleisvointinsa kokevien keskuudes-

sa, kun taas perhe-elämän tasapainoisuutta kokivat eniten kohtalaiseksi yleisvointiaan pitävät. Positiivinen suhtautuminen elämään on hienoisessa laskussa yleisvoinnin tason laskiessa. Somaattinen vointi on hyvä, oli selkeästi suurin ryhmä yleisvointinsa hyväksi kokeneiden keskuudessa ja se laski yleisvoinnin tason laskiessa. Sosiaaliset suhteet olivat suunnilleen yhtä yleisiä kaikissa yleisvoinnintasoluokissa. Työelämässä oleminen väheni yleisvoinnin laskiessa. Elämän kokeminen turvattomaksi oli suhteellisen harvinaista kaikissa yleisvoinnin taso luokissa, mutta hienoista nousua oli nähtävissä yleisvoinnin laskiessa. Ongelmia jokapäiväisissä toiminnossa nousi myös yleisvoinnin heiketessä. Ongelmia sosiaalisissa suhteissa oli eniten tyydyttäväksi yleisvointinsa kokeneiden keskuudessa. Psykkisiä ongelmia oli kaikilla suhteellisen vähän ja ne pysyivät melko vakiona. Somaattista vointia huonona pitävien määrä moninkertaistui yleisvoinnin tason laskiessa. Taulukossa 15 esitetään yksittäin yleisvointia edistävät ja estävät tekijät yleisvointitasoluokka huomioiden. Liitteessä 1 esitetään yksityiskohtaisesti vastaajien määrä kussakin alakategoriassa.

Taulukko 15 Yleisvoinnin taso suhteessa yleisvointia edistävään ja estävään tekijään

Yleisvointia estävä tai edistävä tekijä	Yleisvoinnin taso (%)				n
	Hyvä	Kohtalainen	Tyydyttävä	Välttävä	
Elämän kokeminen turvallisesti	2,0	2,6	2,0	2,3	59
Erilaiset harrastukset	37,0	27,8	27,2	14,4	720
Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen	23,1	27,0	28,0	24,3	683
Perhe-elämän tasapainoisuus	6,1	6,6	5,8	2,8	151
Positiivinen suhtautuminen elämään	4,5	4,2	3,8	3,1	105
Somaattinen vointi hyvä	10,9	5,6	3,0	2,5	143
Sosiaaliset suhteet	5,3	6,2	4,9	5,9	147
Työelämä	7,3	5,9	2,3	1,7	119
Elämän kokeminen turvattomaksi	0,8	1,7	1,5	2,5	41
Ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa	0,8	2,0	4,1	8,2	84
Ongelmia sosiaalisissa suhteissa	1,4	2,0	3,2	2,3	59
Psykkiset ongelmat	0,6	0,7	0,3	0,3	13
Somaattinen vointi huono	0,2	7,4	14,0	29,7	286
Yhteensä	100 (n=506)	100 (n=995)	100 (n=755)	100 (n=354)	2610

5.4 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkattujen potilaiden kokemuksia terveydentilastaan ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Normaalipainoisia oli ennen leikkausta 23 % ja leikkauksen jälkeen (vastaushetkellä) 21 %. Vastaajista tupakoi ennen leikkausta 39 % ja leikkauksen jälkeen (vastaushetkellä) 8 %. Sydänoireista oli kärsinyt suurin osa (61 %) jo vuosia ennen ohitusleikkausta. Toipumiseen leikkauksesta kului aikaa suurimmalla osalla (84 %) puolesta vuodesta vuoteen. Joka kolmannella vastaajalla sydänoireet uusiutuivat leikkauksen jälkeen.

Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin terveydentilan kokemuksiin. Sukupuolella oli tilastollinen yhteys tupakointiin ennen leikkausta, sydänoireiden kestoon ennen leikkausta ja toipumisen kestoon leikkauksen jälkeen. Iällä oli tilastollinen yhteys taustamuuttujista BMI:n leikkauksen jälkeen, tupakointiin ennen leikkausta ja vastaushetkellä, oireiden kestoon ennen leikkausta sekä toipumisen kestoon leikkauksen jälkeen. Siviilisäädyllä oli tilastollinen yhteys toipumisen kestoon ja oireiden uusiutumiseen. Ammatilla oli tilastollinen yhteys infarktin sairastamiseen. Työtilanteella oli tilastollinen yhteys sydänoireiden kestoon ennen leikkausta ja oireiden uusiutumiseen leikkauksen jälkeen. Ajalla ohitusleikkauksesta oli tilastollinen yhteys oireiden uusiutumiseen leikkauksen jälkeen.

Yleisvointinsa hyväksi koki 18 %, kohtalaiseksi 37 %, tyydyttäväksi 28 % ja välttäväksi 17 %. Taustamuuttujista terveydentilaan olivat yhteydessä ammatti, työtilanne ja aika ohitusleikkauksesta. Terveystilaa kuvaavista muuttujista yhteydessä yleisvoinnin kokemukseen olivat toipumisen kesto hyvään kuntoon ja oireiden uusiutuminen leikkauksen jälkeen.

Yleisvointia edistäviä tekijöitä olivat elämän kokeminen turvalliseksi, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen vointi hyvä, sosiaaliset suhteet ja työelämä. Yleisvointia estäviä tekijöitä olivat elämän kokeminen turvattomaksi, ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmia sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset ongelmat ja somaattinen vointi huono. Hyväksi yleisvointinsa kokevat kuvasivat yleisvointia edistäviä tekijöitä 96 % ja loput 4 % olivat yleisvointia kuormittavia tekijöitä. Kohtalaisena yleisvointiaan pitävät kuvasivat 86

% yleisvointia edistäviä tekijöitä ja loput 14 % olivat kuormittavia tekijöitä. Tyydyttäväksi yleisvointinsa kokevat kuvasivat 77 % yleisvointia edistäviä tekijöitä ja loput 23 % olivat yleisvointia kuormittavia tekijöitä. Välttävänä yleisvointiaan pitävät kuvasivat yleisvointia edistäviä tekijöitä 57 % ja loput 43 % olivat kuormittavia tekijöitä.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteellinen tutkimus on inhimillistä ja arvoperusteista toimintaa. Eettiset ratkaisut ovat erityisen tärkeitä tutkimuksissa, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tiedonlähteinä. Tutkimusetiikka tarkoittaa sitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Sairaanhoitopiireissä eettiset toimikunnat säätelevät tutkimuksen tekemistä. Tutkimuskohde jo sinällään määrittelee eettisiä valintoja. Tutkimusaihe ei saa loukata ketään eikä saa sisältää mitään väheksyviä oletuksia jostain ihmisryhmästä. Tietolähteiden valinnat ohjaavat tutkimusta ja niissä on vaarana vinouttaa tai ohjata tuloksia johonkin suuntaan. Tietolähteiden valinta on suunniteltava siten, että ne aiheuttavat mahdollisimman vähän haittaa tutkittaville. Tällöin on syytä pohtia myös voisiko tiedon saada jotain muuta kautta ja joltain vähemmän haavoittuvalta ryhmältä. (Leino-Kilpi 2004, 284–298.)

Aineistonkeruuseen liittyy myös eettisiä näkökohtia. Tämän vaiheen keskeinen lähtökohta on, että tutkittavia kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti sekä heiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tutkittavia on informoitava mahdollisimman monipuolisesti etukäteen ja heillä on oikeus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen on yksi keskeinen tärkeä tekijä, joka tarkoittaa sitä, että heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljasteta. Raportointivaiheessa on tärkeä muistaa, että esimerkiksi tutkijan ennakkosenteiden vaikutus tuloksiin voi aiheuttaa tulosten vääristymää. Tämä ei välttämättä ole tutkijalle tietoinen valinta, vaan se voi johtua aikaisemmista ennakkokäsityksistä. Näistä tulee kuitenkin tutkijan tietoisesti pyrkiä vapautumaan. Tutkimusetiikkaan kuuluu myös se, että ei suoranaisesti väärennä tuloksia haluttuun suuntaan. Plagiointi tarkoittaa aikaisemmin julkaistun tekstin väärinkäyttöä ilman

asianmukaisia viitemerkintöjä tai mittareiden käyttö ilman tekijänoikeusmerkintöjä. (Leino-Kilpi 2004, 284–298.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) käsittelee terveydenhuoltoon ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä. ETENE on laatinut muistilistan tutkimuskuntien jäsenille ja tutkijoille, joka pitää sisällään terveydenhuoltoon liittyvät eettiset näkökulmat. Tutkimussuunnitelman tulisi sisältää tutkimuksen tarkoituksen ja menetelmät, tutkimuksen suunnittelun, tutkimuksen turvallisuuden, erityisryhmät, tietosuojan ja taloudelliset seikat. Tutkijan tulee olla ammatillisesti ja tieteellisesti riittävän pätevä tekemään tutkimusta. Tutkimussuunnitelman tulisi sisältää myös tiedote tutkittaville, suostumusasiakirja ja tiedote tutkimushenkilökunnalle sekä potilaspäiväkirjat ym. tutkittavalle annettava lisäinformaatio ja muut liiteasiakirjat. (ETENE 2009.)

Tämän opinnäytetyön eettiset valinnat olivat osittain jo tehtyjä, koska kyseessä oli valmis aineisto. Tutkimukselle oli myönnetty Seinäjoen keskussairaalan eettisen toimikunnan lupa. Tutkimuksen perusjoukko oli 3000 potilasta, joista valittiin satunnaisotannalla 600. Tutkimus lähetettiin ennen vuotta 2003 600 ohitusleikatulle potilaalle. Tutkittavia informoitiin tutkimuksesta saatekirjeen muodossa ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Saatekirjeessä painotettiin vastaajien henkilöllisyyden tunnistamattomuutta ja aineiston luottamuksellista käsittelyä. Opinnäytetyöntekijän omat valinnat alkoivat vasta tutkimuskysymysten asettamisesta. Tutkimuskysymysten asettaminen lähti ohjaamaan tutkimusta tiettyyn suuntaan ja tämä valinta toisaalta jätti ulkopuolelle joitain mahdollisesti mielenkiintoisia tuloksia. Tutkimuskysymyksillä rajattiin se tieto, mikä haluttiin nostaa valmiista aineistosta. Tähän valintaan eivät vaikuttaneet esimerkiksi mahdolliset vastauslomakkeissa olevat kadot, vaan valinta oli selkeästi tieteellinen. Tällä valinnalla jätettiin ulkopuolelle esimerkiksi vastaajien lääkitykseen liittyvät kysymykset, koska niiden ei katsottu tässä tutkimuksessa palvelevan hoitotieteellistä näkökulmaa. Opinnäytetyön tekijällä ei ole aikaisempaa kokemusta ohitusleikkauspotilaiden hoidosta, vaan tiedot on saatu täysin kirjallisuudesta. Tulokset on raportoitu sellaisena kuin ne ovat näyttäytyneet aineistoa analysoidessa. Opinnäytetyössä on käytetty viitemerkintöjä jonkun muun tutkijan tekstiä käytettäessä.

6.2 Tutkimuksen luottavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin keinoin. Tietojen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Tutkimusaineiston laatuun vaikuttavat muun muassa käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja katovirheet sekä otantavirheet. Otantatutkimukseen liittyy myös aina otantavirheitä, jotka ovat otannasta johtuvia satunnaisvirheitä. Kato voi vaikuttaa myös aineiston luotettavuuteen. Peittovirhe syntyy puolestaan, jos perusjoukosta ei ole saatavilla ajantasaisia rekisteriä tai luetteloa. Validiteetti kuvaa miten tarkasti pystytään mittaamaan juuri sitä mitä pitikin mitata. Sisäinen validiteetti selvittää vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa puolestaan sitä, että muut tutkijat tulkitsevat kyseiset tulokset samalla tavoin kuin tutkija. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä kuinka hyvin tutkimus tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sisäinen reliabiliteetti puolestaan voidaan todeta mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan. Ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa, että mittaukset ovat toistettavissa myös muissa tilanteissa ja tutkimuksissa. (Heikkilä 2001, Hirsjärvi ym 2004.)

Tutkimuksen reliabiliuttu ei pystytä testaamaan saman tutkimuksen tekemisellä uudestaan samalta tutkimusryhmältä. Sitä pystytään arvioimaan sillä, että vastaavatko tutkimustulokset muussa lähes vastaavanlaisessa tutkimuksessa saatuja tuloksia. Tutkimuksen validius puolestaan arvioidaan vastaavatko tutkimuskysymykset sitä asiaa, mitä niiden tarkoitus on mitata. Tutkittavat ovat voineet ymmärtää mittarissa olevat kysymykset eri lailla kuin tutkija oli tarkoittanut. Nämä valinnat olivat toisaalta tämän tutkimuksen osalta jo tehty, koska kyseessä oli valmis aineisto. Tutkimuskysymykset olivat opinnäytetyössä laadittu jälkikäteen vastaamaan valmiiseen mittariin. Tässäkin on kuitenkin voitu tehdä valintoja, jotka vaikuttavat tutkimuksen validiuteen. Mittari oli kuitenkin alkujaan suunniteltu hieman eri lähtökohdista, jolloin on vaarana, ettei mittari vastaa ainakaan täysin kattavasti kaikkiin jälkikäteen laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Esimerkiksi vastaajien terveydentilaa tutkittaessa mittarissa oli tietyt reunaehdot, joita opinnäytetyön tekijän tuli kunnioittaa. Mittarin mitta-asteikot eivät olleet viisiportaisia, jolloin summamuuttujien tekeminen ei tällöin mahdollistunut. Terveydentilaan liittyvistä tekijöistä ei mittarissa ollut kaikkia sepelvaltimotautia aiheuttavia riskitekijöitä huomioitu ja kyselyn tekemisen ajankohta ei välttämättä ollut täy-

sin vertailukelpoinen, johtuen ohitusleikkauksen erilaisesta ajankohdasta eri vastaajilla (ohitusleikkauksesta oli kulunut noin 2-12 vuotta).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kvalitatiivisen tutkimuksen luottavuuden arvioinnin keinoin. Laadullisessa tutkimuksessa ei voida erottaa aineiston analysointia ja luotettavuuden arviointia yhtä jyrkästi toisistaan kuin määrällisessä tutkimuksessa. Jatkuva valintojen perustelu on laadullisen menetelmän luotettavuuden osalta tärkeä tekijä. (Eskola & Suoranta 2003.) Sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Tutkijan tulee pystyä pelkistämään aineistonsa niin, että se vastaa mahdollisimman tarkasti tutkittavaa ilmiötä. Aineiston ja tulosten välillä tulisi olla luotettava yhteys. Luokittelun luotettavuus on tärkeä tekijä validien päätelmien tekijänä. Sisällönanalyysiin luotettavuuden selvittämiseksi on kehitetty erilaisia menetelmiä. Face-validiteetti tarkoittaa sitä, että tulos esitetään ihmisille, joita aineisto koskee tai tutkittava ilmiö on heille tuttu. (Janhonen & Nikkonen 2001, Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Sisällönanalyysia tehtäessä huomioitiin koko ajan, että pysyteltäisiin ilmisällöissä eikä analysoitaisi piilossa olevia merkityksiä. Tällöin tutkijan subjektiivisuus ei näyttäytyisikään niin selkeästi. Aineiston pelkistämisestä on kuvattu esimerkki aineiston analysointimenetelmien yhteydessä, jossa tuodaan esille kuinka tutkimuksessa edettiin. Aineiston pelkistäminen oli suhteellisen yksinkertaista, koska avoimiin kysymyksiin oli vastattu hyvin lyhyesti ja luettelonomaisesti. Toisaalta tällöin ei tutkijalle muodostunut välttämättä kuvaa syvällisempään ymmärrykseen. Aineiston ryhmittely eteni samanlaisuuksien ja erilaisuuksien etsimisellä. Aineiston ryhmitellyt nimet pyrittiin nimeämään mahdollisimman tarkasti kuvaamaan ryhmän sisältöä. Kuitenkin toinen tutkija olisi voinut nimetä ryhmät eri nimillä ja muodostaa omannäköisen viitekehyksensä. Tutkijalla ei ole sydämen ohitusleikkauspotilaiden hoidosta omakohtaisia kokemuksia, joka toisaalta heikentää substanssin syvällisempää tuntemusta. Toisaalta tämä voi kuitenkin tuoda objektiivisemmän näkökulman tutkimukseen. Analyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi aineiston analysointi-osuudessa, jotta tutkijan tekemät valinnat tulisivat lukijalle mahdollisimman tarkasti esille. Aineisto on suhteellisen laaja ja sen vuoksi se edustaa eteläpohjalaisia sydämen ohitusleikkauspotilaita hyvin.

Tutkija sai puhtaaksikirjoitetut avoimet vastaukset yleisvoinnintasoluokkaan luokiteltuina. Tässä vaiheessa on kuitenkin voinut tapahtua esimerkiksi väärinlukemisia epäselvästä käsialasta johtuen. Tutkijalla ei siis ollut alkuperäisiä vastuslomakkeita, joihin hän olisi voinut palata epäselvissä tapauksissa. Tämä voi aiheuttaa virheiden määrän lisääntymistä, mutta toisaalta kyse oli siis vaan luettelonomaisista vastauksista ja epäselviä kohtia ei tutkijalle muodostunut.

6.3 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia terveydentilastaan ennen ja jälkeen leikkauksen. Tätä selvitettiin neljän tutkimuskysymyksen/ -tehtävän avulla. 1) Millainen on sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentila ennen ja jälkeen leikkauksen? 2) Mitkä tekijät ovat yhteydessä sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentilaan ennen ja jälkeen leikkauksen? 3) Millainen on sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden yleisvointi vastaushetkellä ja mitkä taustatekijät ovat yhteydessä yleisvointiin? 4) Kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden yleisvointia edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä verrata yleisvoinnin tasoja keskenään.

Suurin osa vastaajista oli miehiä, naimisissa tai avoliitossa, poissa työelämästä ja vain joka kolmannella oli ammatti. Samansuuntaisia taustoja oli myös Kattaisen ym. (2005) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilailla. Vastaajien paino nousi ennen leikkausta olevista lukemista hieman leikkauksen jälkeiseen (vastaushetkeen). Liikunnalla olisi myönteisiä vaikutuksia glukoosin metaboliaan jo lyhytaikaisenakin (Dylewich ym. 2000). Hoitajien antamalla interventiolla oli suuri vaikutus liikunnan lisäämisen kannalta (Mainie ym. 2005).

Tupakointi on yksi sepelvaltimotaudin riskitekijöistä. Tupakoivien osuus oli selkeästi vähentynyt ohitusleikkaus tehdyillä potilailla, mutta kuitenkin tupakointiin tulisi puuttua sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisyssä kuin toisaalta oireiden hoidossakin. Edwardsin ym. (2005) tutkimuksessa tupakoivat naiset ja miehet enemmän, verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuksen alkuperäismaa (Yhdysvallat) voi vaikuttaa osaltaan erilaiseen terveystyöskäytymiseen kuin mitä eteläpohjaisten ohitusleikattujen potilaiden keskuudessa on. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että miehet tupakoivat naisia useammin ennen leikkausta.

Nuoremmat tupakoivat ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeen useammin kuin vanhempi ikäryhmä.

Sydänoireet olivat kestäneet suurimmalla osalla potilaista jo vuosia ennen leikkausta, joten hoitajien tulisi tarjota potilaille kivunlievitykseen liittyvää ohjausta, kuten Fitzmonsin ym. (2000) tutkimuksessa ehdotetaan. Sydänoireet olivat kestäneet ennen leikkausta naisilla pidempään kuin miehillä. Tämä saattaisi liittyä siihen, että naiset luokittelevat ennen leikkausta olevat kivut vakavammiksi kuin miehet ja kokivat muutenkin elämänlaatunsa heikompana (Sjöland ym. 1999, Bengtson ym. 2000). Infarktin oli sairastanut vajaa puolet vastaajista, mikä oli hieman enemmän kuin Ylitalon ym. (2006) tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa. Prosentit eivät ole täysin vertailukelpoisia, koska Ylitalon tutkimuksessa oli kyse uudelleen ohitusleikatuista. Toipumiseen suurimmalla osalla vastaajista kului aikaa puolesta vuodesta vuoteen, joka vastaa myös muissa tutkimuksissa ilmennyttyä toipumisaikaa (Lukkarinen 1998, Lukkarinen 1999, Karlsson ym. 2000, Kattainen 2004). Miehillä toipuminen ohitusleikkauksesta kesti vähemmän aikaa kuin naisilla. Simchenin ym. (2001) mukaan naisilla terveysvaikutteinen elämänlaatu oli heikompaa kuin miehillä. Sydänoireiden uusiutuminen leikkauksen jälkeen vastaa Dantasin ym. (2002) tutkimuksen tuloksia.

Vastaajista oli parisuhteessa suurin osa. Parisuhteessa olevat toipuivat nopeammin kuin yksineläjät ja oireet uusiutuivat useammin yksineläjillä. Samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Okkonen & Vanhanen (2006), joiden mukaan yksinasujilla oli enemmän rintakipu ja jonkun kanssa asuvalla. Puolison tuki on erittäin tärkeää toipumisessa (Elizur & Hirsh 1999) ja puoliset välittivät suurimman osan emotionaalisesta ja konkreettisesta avusta (Koivula ym. 2002d). Ammatti näytti suojaavan infarktiin sairastuvuutta ennen leikkausta. Matalalla sosioekonomisella asemalla on yhteys heikompaan fyysiseen terveyteen verrattaessa korkean sosioekonomisen aseman omaaviin (Sacker ym. 2008). Työelämässä olevat olivat kärsineet sydänperäisistä oireista ennen leikkausta vähemmän aikaa kuin työelämästä jo pois olleet. Kun leikkauksesta oli kulunut yli kuusi vuotta, todennäköisemmin oireet olivat uusiutuneet verrattaessa alle kuusi vuotta leikkauksesta kuluneiden ryhmään.

Vastaushetkellä olleeseen yleisvointiin vaikuttivat taustamuuttujista ammatti, työtilanne ja leikkauksesta kulunut aika. Ammattitaustaan voi vaikuttaa osaltaan sepelvaltimotautiin sairastuvuus, joka on yleisempää kouluttautumattomalla väestöllä (Lukkarinen & Hentinen

1998). Työtilanteen vaikutus yleisvointiin vastaushetkellä voi osaltaan kertoa siitä, että työelämässä olevat hakeutuvat sepelvaltimotaudin vuoksi hoitoon eläkkeellä olevia aikaisemmin. Tämä voi johtua siitä, että työelämässä olemisella on tiettyjä fyysisiä vaatimuksia ja sydänperäisten oireiden hoitaminen työn tekemisen kannalta on välttämätöntä. Leikkauksesta kulunut aika on pitkä tässä tutkimuksessa ja silloin voi pidemmän aikaa leikkauksesta kuluneiden keskuudessa uusi sydäntapahtuma olla jo mahdollinen. Tietenkään ei voi unohtaa iän karttumista, jolloin yleisvointi heikkenee vanhenemisen myötä. Molemmat terveydentilaa kuvaavat muuttujat; toipuminen leikkauksesta ja oireiden uusiutuminen, kuvaavat leikkauksenjälkeistä tilaa. Tällöin voisi päätellä, että yleisvointia voidaan selittää juuri toipumiseen liittyvillä tekijöillä ja ennen leikkausta koetulla terveydellä ei ole niin suuri vaikutus yleisvointiin vastaushetkellä. Potilaat kuvaavatkin toipumisen monimutkaiseksi prosessiksi (Tolmie ym. 2006).

Yleisvoinnin kokemuksen osalta yleisvointia estävien tekijöiden määrä kasvaa yleisvoinnin heiketessä. Yleisvoinnin tason lasku voidaan osaltaan nähdä näiden estävien tekijöiden määrän nousuna suhteessa yleisvoinnin laskuun. Turvalliseksi elämän kokeminen ei näytä vaikuttavan yleisvointia selkeästi parantavaksi. Erilaiset harrastukset näyttävät liittyvän yleisvoinnin kokemukseen positiivisesti. Erityisesti liikunnan osuuteen hoitajien antamalla ohjauksella oli positiivinen merkitys (Mainie ym. 2005). Laadullisen tutkimusotteen avulla ei pystytä kuitenkaan arvioimaan kausaalisuhteita. Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen mukailee gaussin käyrää (hyvä, kohtalainen, tyydyttävä, välttävä -akselilla). Perhe-elämän tasapainoisuus eikä positiivinen suhtautuminen elämään, ei näytä vaikuttavan yleisvoinnin tasoon. Somaattinen vointi heikkeni yleisvoinnin tason laskiessa. Potilaat, joilla oli useita somaattisia sairauksia ennen leikkausta, oli korkeampi riski komplikaatioihin leikkauksen jälkeen (Miller & Grindel 2001). Sosiaalisilla suhteilla ei näyttänyt olevan merkitystä yleisvoinnin tasoon. Työelämässä oleminen väheni yleisvoinnin laskiessa. Hyvä fyysinen työkykyisyys vähensi instrumentaalisen tuen tarvetta (Hämäläinen ym. 2000). Elämän kokeminen turvalliseksi ei vaikuttanut yleisvointiin. Ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa näytti lisääntyvän yleisvoinnin heiketessä. Ongelmat sosiaalisissa suhteissa eivät näyttäneet vaikuttavan yleisvointiin. Psykkiset ongelmat olivat suhteellisen vakioita riippumatta yleisvoinnin tasosta. Somaattinen vointi heikkeni ja jopa moninkertaistuu yleisvoinnin tason laskiessa. Ohitusleikkauspotilailla oli muitakin pitkäaikaissairauksia, joiden hoito tulisi ottaa huomioon (Hämäläinen & Röberg 2007a).

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

1) Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentila oli ennen leikkausta heikko. Heillä oli suurimmalla osalla ylipainoa, vajaa puolet tupakoi, sydänperäiset oireet olivat kestäneet jo vuosia ennen leikkausta ja vajaa puolet oli sairastanut sydäninfarktin. Vastaaajat toipuivat ohitusleikkauksesta suurin osa vuodessa, mutta oireita ilmaantui kuitenkin joka kolmannella vastaajalla leikkauksen jälkeen. Vastaajista suurimmalla osalla oli edelleen ylipainoa vastaushetkellä, mutta suurin osa tupakoivista oli lopettanut tupakoinnin.

2) Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveydentilaan yhteydessä olivat vastaajien taustatiedot. Naiset tupakoivat harvemmin ja he kärsivät sydänperäisistä oireista ennen leikkausta pidempään kuin miehet. Nuoremmat vastaajat tupakoivat vanhempaa ikäryhmää useammin ennen leikkausta. Vanhempi ikäryhmä oli puolestaan kärsinyt pidempään sydänoireista ennen leikkausta. Vastaajat, joilla oli ammatti, olivat sairastaneet harvemmin sydäninfarktin ennen leikkausta. Työelämässä olevat vastaajat olivat kärsineet sydänoireista lyhyemmän aikaa kuin poissa työelämästä olevat. Miehet toipuivat leikkauksesta naisia nopeammin. Nuoremmat vastaajat olivat vastaushetkellä useammin ylipainoisia ja he tupakoivat useammin kuin vanhempi ikäryhmä. Parisuhteessa olevat toipuivat yksinasujia nopeammin leikkauksesta ja heillä oireet uusiutuivat leikkauksen jälkeen harvemmin. Työelämässä olevilla oireet uusiutuivat leikkauksen jälkeen harvemmin kuin poissa työelämästä olevilla. Mitä pidemmän aikaa ohitusleikkauksesta oli kulunut, sitä todennäköisimmin oireet olivat uusiutuneet.

3) Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden yleisvointi oli vastaushetkellä suurimmalla osalla hyvä tai kohtalainen. Yleisvointia heikensi sydänoireiden uusiutuminen leikkauksen jälkeen ja pitkä toipumisaika leikkauksesta, ja sitä puolestaan vahvisti ammatti, työelämässä oleminen ja alle kuusi vuotta leikkauksesta kulunut aika.

4) Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden yleisvointia edistivät elämän kokeminen turvallisenä, erilaiset harrastukset, jokapäiväisten toimintojen hoitaminen, perhe-elämän tasapainoisuus, positiivinen suhtautuminen elämään, somaattinen hyvä vointi, sosiaaliset suhteet sekä työelämä. Yleisvointia puolestaan estivät elämän kokeminen turvattomana, ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa, ongelmat sosiaalisissa suhteissa, psyykkiset on-

gelmat ja somaattinen vointi huono. Yleisvointia estävien tekijöiden määrä kasvoi yleisvoinnin heiketessä.

Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että vastaajien terveydentila oli heikko ennen ohitusleikkausta, mutta se koheni suurimmalla osalla leikkauksen jälkeen vuodessa. Sepelvaltimoiden ohitusleikattujen potilaiden terveydentilaan olivat yhteydessä erilaiset vastaajien taustatekijät. Yleisvointi oli kohonnut vastaushetkellä suurimmalla osalla hyväksi tai kohtalaiseksi. Yleisvointia estävien tekijöiden määrä lisääntyi yleisvoinnin heiketessä. Sydän- ja verisuonisairauksien ollessa suomalaisen väestön kansansairaus on sepelvaltimotautiin liittyvä tutkimus perusteltua tulevaisuudessakin. Ohitusleikkaus on yksi hoitomuoto sepelvaltimotaudin aiheuttamalle sepelvaltimoiden ahtaumalle. Tällöin ennaltaehkäisyn merkitys on tärkeää, kuitenkin unohtamatta hyvää ja laadukasta ohitusleikkauspotilaiden hoitoa ja kuntoutusta.

Jatkossa olisi tärkeää selvittää mittarissa ollut toinenkin avoin kysymys, joka kuvaa liikunnallisen kuntoutuksen osuutta. Suomalaisen väestön ikääntyminen ja ylipainoisten määrän kasvu on haaste sydän- ja verisuonitautien tulevaisuudelle. Sydänliiton toimenpideohjelman tavoitteena on puuttua juuri työikäisen väestön sydän- ja verisuonitautiin sairastuvuuteen ja, että terveet ja toimintakykyiset elinvuodet lisääntyisivät.

LÄHDELUETTELO

- Anderson G, Feleke E & Perski A. 1999. Patient-perceived Quality of Life after Coronary Bypass Surgery. Experienced problems and reactions to supportive care one year after the operation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 11-17.
- Airaksinen J. 2007. Iäkkään potilaan sepelvaltimotaudin hoito. *Suomen lääkirilehti* 62, 745 – 750.
- Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Porvoo.
- Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, Keltai M & Diaz R. 2008. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTER-HEART study. *European Heart Journal* 29 (7), 932-940.
- Barry LC, Kasl SV, Lichtman J, Vaccarino V & Krumholz HM. 2006. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of Psychosomatic Research* 60, 185-193.
- Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL & Baker D. 2004. Job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 30 (2), 85-128.
- Bengtson A, Karlsson T & Herlitz J. 2000. Differences between men and women on the waiting list for coronary revascularization. *Journal of Advanced Nursing* 31, 1361-1367.
- Blumenthal JA. 2008. Depression and coronary heart disease: association and implications for treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 75 (2), 48-53.
- Bohmer R, Newell J & Torchiana D. 2002. The effect of decreasing length of stay on discharge and readmission after coronary bypass operation. *Surgery* 132 (1), 10–15.
- Burns N & Grove SK. 2006. Understanding Nursing Research Building an Evidence-based Practice. Saunders Elsevier. St. Louis.
- Dantas R, Motzer S & Ciol M. 2002. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies* 39, 745-755.
- Davies N. 2000. Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* 32, 318-326.
- Dylewicz P, Bienkowska S, Szesesniak L, Rychlewski T, Przywarska I, Wilk M & Jartzebski A. 2000. Beneficial Effect of Short-term Training on Glucose Metabolism During Rehabilitation After Coronary Bypass Surgery. CHEST. The Cardiopulmonary and Critical Care Journal. 117 (1), 47-51.

- Edwards M, Albert N, Wang C & Apperson-Hansen C. 2005. 1993-2003 Gender Differences in Coronary Artery Revascularization: Has Anything Changed? *Journal of Cardiovascular Nursing* 20, 461-467.
- Elizur Y & Hirsh E. 1999. Psychosocial Adjustment and Mental Health Two Months After Coronary Artery Bypass Surgery: A Multisystemic Analysis of Patient's Resources. *Journal of Behavioral Medicine* 22 (2), 157-177.
- Eskola J & Suoranta J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- ETENE 2009. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. (<http://www.etene.org/>) Luettu 24.2.2009
- Facta-tietopalvelu 2008. (<http://helios.uta.fi:2303/?cookies=True>) Luettu 14.11.2008
- Fitzsimons D, Parahoo K & Stringer M. 2000. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *Journal of Advanced Nursing* 5, 1243-1252.
- Goyal TM, Idler EL, Krause TJ & Contrada RJ. 2005. Quality of Life Following Cardiac Surgery: Impact of the Severity and Course of Depressive Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 67, 759-765.
- Heikkilä J & Järvinen A. 2000. Sepelvaltimotaudin hoito: ohitusleikkaus vai pallolaajennus? *Duodecim* 116, 2087-96.
- Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Herlitz J, Wiklund I, Caidahl K, Karlson BW, Sjöland H, Hartford M & Haglid M. 1999. Determinants of an impaired quality of life five years after coronary artery bypass surgery. *Heart* 81, 342-346.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hoang KC, Ghandehari H, Lopez VA, Barboza MG & Wong ND. 2008. Global coronary heart disease risk assessment of individuals with the metabolic syndrome in the U.S. *Diabetes Care* 31 (7), 1405-1409.
- Hunt JO, Hendrata MV & Myles PS. 2000. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung* 29 (6), 401-411.
- Hämäläinen H, Smith R, Puukka P, Lind J, Kallio V, Kuttilla K & Rönnemaa T. 2000. Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *Scandinavian Journal of Public Health* 28, 62-70.
- Hämäläinen H. 2001. Akuuttisairastunut sepelvaltimotautipotilas. Teoksessa: Kallanranta T. Rissanen P & Vilkkumaa I. (Toim.) Kuntoutus. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 294 - 301.

- Hämäläinen H & Röberg M. 2007a. Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Hämäläinen H & Röberg M. 2007b. Sydänkuntoutus osana moniulotteista palveluketjua. *Lääkärilehti* 62 (41), 3771–3775.
- Hölttä R, Hupli M & Salanterä S. 2002. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. *Hoitotiede* 14, 11–18.
- Janhonen S & Nikkonen M. 2001. Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen S. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Kabir Z, Connolly G, Clancy L, Koh H & Capewell S. 2008. Coronary Heart Disease Deaths And Decreased Smoking Prevalence in Massachusetts, 1993-2003. *American Journal of Public Health* 98 (8), 1468-1469.
- Karlsson I, Berglin E & Larsson PA. 2000. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery – a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 31, 1383–1392.
- Kattainen E & Meriläinen P. 2003. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden kokemuksia strukturoidusta tutkimushaastattelusta ennen toimenpiteitä sairaalassa – satunnaisvirheiden arviointi. *Hoitotiede* 15 (2), 50–61.
- Kattainen E, Sintonen H, Kettunen R & Meriläinen P. 2005. Health-related quality of life of coronary artery bypass grafting and percutaneous transluminal coronary artery angioplasty patients: 1-year follow-up. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 21 (2), 172-179.
- Kattainen E, Meriläinen P & Jokela V. 2004. CABG and PTCA patients' expectations of informational support in health-related quality of life themes and adequacy of information in 1-year follow-up. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3, 149–163.
- Kattainen E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Kervinen H. 2008. Sepelvaltimotauti (CHD): oireet, diagnoosi ja hoito. Lääkärin käsikirja. Verkkoartikkeli osoitteessa: (www.terveysportti.fi). Luettu 22.11.2008.
- Kielitoimiston sanakirja 2008. (<http://helios.uta.fi:2068/mot/uta/netmot.exe>) Luettu 16.10.2008
- Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Vaananen A & Vahtera J. 2006. Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 32 (6), 431-442.
- Koivula M. 2002a. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koivula M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala P & Paunonen-Ilmonen M. 2002b. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies* 39, 415–427.

Koivula M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala P & Paunonen-Ilmonen M. 2002c. Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process. *International Journal of Nursing Studies* 39, 811–822.

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

Koivula M & Åstedt-Kurki P. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lievittäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 16 (2), 50–60.

Koivula M, Halme N & Tarkka M. 2007. Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 19 (4), 179–191.

Koivunen K, Lukkarinen H & Isola A. 2003. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. *Hoitotiede* 15 (2), 62–73.

Kummel M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto. Kliininen laitos.

Kontas L. 2005. Ensivaiheen tuloksia eteläpohjalaisten ohitusleikattujen henkilöiden kuntoutuustutkimuksesta. *Sydänjoulu* 2005, 8-11.

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.

Käypähoito-suositus 2000. Sydäninfarktin diagnostiikka Suomen Kardiologisen Seuran suositustyöryhmä. *Duodecim* 116, 2878–2887.

Käypähoito-suositus 2005. Kohonnut verenpaine. Verkko-artikkeli osoitteessa: (<http://www.kaypahoito.fi>) Luettu 1.1.2009

Käypähoito-suositus 2006. Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja-vaaran arviointi ja hoito. Verkkoartikkeli osoitteessa: (<http://www.kaypahoito.fi>) Luettu 8.1.2008.

Käypähoito-suositus 2007. Aikuisten lihavuus. Verkkoartikkeli osoitteessa: (<http://www.kaypahoito.fi>) Luettu 1.4.2008.

Leino-Kilpi H. 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi H & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. WS Bookwell Oy. Juva.

Lukkarinen H & Lukkarinen O. 2007. Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: Eight-year follow-up. *Heart & Lung*. 36, 262-269.

- Lukkarinen H & Hentinen M. 2006. Treatments of Coronary Artery Disease Improve Quality of Life in the Long Term. *Nursing Research* 55, 26–33.
- Lukkarinen H. 2005. Methodological triangulation showed the poorest quality of life in the youngest people following treatment of coronary artery disease: a Longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 42, 619–627.
- Lukkarinen H & Kyngäs H. 2003. Experienced of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2, 189–194.
- Lukkarinen H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämänkulku. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Hallintotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Lukkarinen H. 1998. Quality of Life in Coronary Artery Disease. *Nursing* 47, 337-343.
- Lukkarinen H & Hentinen M. 1998. Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among women with coronary artery disease. *Heart & Lung* 27, 189–199.
- Lukkarinen H & Hentinen M. 2005. Sepelvaltimopotilaiden elämänlaatu hoitotoimenpiteen jälkeen. *Lääkärilehti* 60 (39), 3845–3849.
- Lääkärin käsikirja 2007. Tupakoinnin tärkeimmät tunnetut terveyshaitat. Verkkoartikkeli osoitteessa: (http://helios.uta.fi:2124/ltk/ltk.koti?p_haku=tupakoinnin%20terveyshaitat) Luettu 2.1.2009.
- Maddox T, Reid K, Spertus J, Mittman M, Krumholz H, Parashar S, Ho M & Rumsfeld J. 2008. Angina at 1 Year After Myocardial Infarction. *Archives of Internal Medicine* 168 (12), 1310-1316.
- Mainie P, Moore G, Riddell J & Adgey J. 2005. To examine the effectiveness of hospital-based nurse-led secondary prevention clinic. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4, 308-313.
- Miller KH & Grindel CG. 2001. Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: Age-related Outcomes. *Outcomes Management for Nursing Practice* 5 (3), 127-133.
- Mustajoki 2007. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Verkkoartikkeli osoitteessa: (www.terveysportti.fi) Luettu 2.1.2009.
- Okkonen E & Vanhanen H. 2006. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 35, 234–244.
- Okkonen E. 2000. Potilaan psykososiaaliset vaaratekijät, selviytymiskeinot ja koettu terveys sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen yhteydessä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto.
- Rantala M & Virtanen V. 2008. Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus? *Duodecim* 124, 254–260.

- Rantanen A, Kaunonen M, Sintonen H, Koivisto A-M, Åstedt-Kurki P & Tarkka M-T. 2008. Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1742-1753.
- Roebuck A, Furze G & Thompson DR. 2001. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 34 (6), 787-794.
- Sacker A, Head J & Bartley M. 2008. Impact of Coronary Heart Disease on Health Functioning in an Aging Population: Are There Differences According to Socioeconomic Position? *Psychosomatic Medicine* 70, 133-140.
- Salomaa V. 2006. Sydänsairaudet yleisempiä kuin koskaan – riskitekijät painottuvat alempiin sosiaaliryhmiin. Verkkoartikkeli osoitteessa: (http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_8_2006/sydansairaudet_yleisempia_kuin_koskaan___riskitekijät_painottuvat_alempiin_sosiaaliryhmiin/) Luettu 30.12.2007
- Schwann T, Habib R, Zacharias A, Parenteau G, Riordan C, Durham S & Engoren M. 2001. Effects of Body Size on Operative, Intermediate, and Long-Term Outcomes After Coronary Artery Bypass Operation. *Annals of Thoracic Surgery* 71, 521-531.
- Simchen E, Galai N, Braun D, Zitser-Gurevich Y, Shabtai E & Naveh I. 2001. Sociodemographic and clinical factors associated with low quality of life one year after coronary bypass operations: the Israeli coronary artery bypass study (ISCAB). *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 121 (5), 909-919.
- Sjöland H, Wiklund I, Caidahl K, Haglid M, Westberg S & Herlitz J. 1996. Improvement in Quality of Life and Exercise Capacity After Coronary Bypass Surgery. *Journal of Internal Medicine* 156, 265-271.
- Sjöland H, Wiklund I, Caidahl K, Hartford M, Karlsson T & Herlitz J. 1999. Improvement in quality of life differs between women and men after coronary artery bypass surgery. *Journal of Internal Medicine* 245, 445-454.
- SOTKANet 2008. Verkkoartikkeli osoitteessa: (<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/sotkanet/index.htm>) Luettu 22.11.2008.
- Stewart M, Davidson K, Darline M, Hirth A & Makrides L. 2000. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing* 31 (6), 1351-1360.
- Sydänliitto 2008. Verkkoartikkeli osoitteessa: (http://www.sydanliitto.fi/fi_FI/) Luettu 18.11.2008.
- Theobald K & McMurray A. 2004. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing* 47 (5), 483-491.
- Tilastokeskus 2009. Verkkoartikkeli osoitteessa: (www.tilastokeskus.fi). Luettu 1.1.2009.

Tolmie E, Lindsay G & Belcher P. 2006. Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5, 228–236.

Trichopoulou A, Yiannakouris N, Bamia C, Benetou V, Trichopoulos D & Ordovas JM. 2008. Genetic predisposition, nongenetic risk factors, and coronary infarct. *Archives of Internal Medicine* 168 (8), 891-896.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ylitalo K, Fisk S, Härmä A, Lepojärvi M & Niemelä M. 2006. Ohitusleikkauksen jälkeen palautuva rintakipu. *Lääkärilehti* 61 (42), 4325–4330.

WHO 2008. Global burden of coronary heart disease. Verkkootikkeli osoitteessa: (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_13_coronaryHD.pdf) Luettu 28.12.2008.

Hyvä yleisvoinnin tason perustelut (N=506)

Elämän kokeminen turvalliseksi (n=10): asuminen (n=1), hyvä terveydenhoito (n=1), kotiapu (n=1), taloudellinen turva (n=1), usko (n=6).

Erilaiset harrastukset (n=187): eläimet (n=2), estetiikka (n=2), harrastukset (n=29), kirkossa käynti (n=1), käsityöt (n=3), liikunta (n=83), lukeminen (n=10), luonto (n=1), matkustaminen (n=3), metsätyöt (n=10), musiikki (n=11), mökkeily (n=1), puutarhanhoito (n=10), puutyöt (n=4), rakennustyöt (n=2), remontointityöt (n=3), retket (n=2), ristisanatehtävät (n=2), teatteri (n=1), TV:n katselu (n=3), ulkoilu (n=4).

Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen (n=117): asioilla käynti (n=6), kotityöt (n=63), maataloustyöt (n=10), nukkuminen (n=4), puolison auttaminen (n=1), saunominen (n=1), syöminen (n=3), ulkotyöt (n=29).

Perhe-elämän tasapainoisuus (n=31): hyvä kotielämä (n=2), hyvä parisuhde (n=7), isovanhemmuus (n=1), koti (n=1), lapset (n=3), lastenlapset (n=10), perhe (n=6), perhe-elämä tasapainossa (n=1).

Positiivinen suhtautuminen elämään (n=23): huumori (n=1), hyvä tunne (n=1), positiivinen elämänasenne (n=11), positiivinen mieliala (n=2), positiivisuus (n=2), rauhallinen elämänrytmi (n=1), säännöllinen elämä (n=1), tasapainoiset elämänarvot (n=1), terveelliset elämäntavat (n=3).

Somaattinen vointi hyvä (n=55): hyvä kunto (n=6), hyvä lääkitys (n=1), hyvä olo (n=3), kuntoutus (n=1), normaali elämä (n=3), oireettomuus (n=36), somaattinen vointi hyvä (n=4), tupakoinnin lopetus (n=1).

Sosiaaliset suhteet (n=27): keskustelut (n=1), naapurit (n=1), sosiaalinen verkosto (n=13), vertaistuki (n=1), vierailut (n=1), ystävät (n=10).

Työelämä (n=37): hyvä suhde työhön (n=1), monipuolinen työ (n=1), palveluammatti (n=1), työelämän paineettomuus (n=1), työskentely (n=14), työt (n=18), yrittäjänä toimiminen (n=1).

Elämän kokeminen turvattomaksi (n=4): kiire (n=2), monenmoiset huolet (n=1), yksinäisyys (n=1).

Ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa (n=4): omaishoitajuus (n=1), vuorotyö (n=1), yksinäisyys (n=1), yrittäjyyden haasteet (n=1).

Ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=7): huolet läheisistä (n=5), läheisen kuolema (n=2).

Psyykkiset ongelmat (n=3): stressi (n=3).

Somaattinen vointi huono (n=1): muut sairaudet (n=1).

Somaattinen vointi huono 0,2 %

Kohtalaisen yleisvoinnin tason perustelut (N=995)

Elämän kokeminen turvalliseksi (n=26): asuminen (n=4), elämäntilanne hyvä (n=3), elämäntilanne tyydyttävä (n=1), hyvä terveydenhoito (n=1), kotiapu (n=1), lääkehoidosta huolehtiminen (n=1), taloudellinen turva (n=1), usko (n=12), vakaa elämäntilanne (n=1), ympäristö (n=1).

Erilaiset harrastukset (n=277): eläimet (n=6), harrastukset (n=41), kiinnostunut kaikesta (n=1), kirkossa käynti (n=2), konsertit (n=1), käsityöt (n=6), liikunta (n=99), lukeminen (n=22), luonto (n=3), matkustaminen (n=6), metsätyöt (n=8), monenlaiset tehtävät (n=1), musiikki (n=18), muunlainen toiminta (n=1), mökkeily (n=2), osavuotinen ulkomailla

(2/4)

asuminen (n=1), puutarhanhoito (n=15), puutyöt (n=6), radion kuuntelu (n=2), remontointityöt (n=6), retket (n=4), ristisanatehtävät (n=4), teatteri (n=1), TV:n katselu (n=11), ulkoilu (n=10).

Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen (n=269): arjesta selviäminen melko hyvää (n=1), asioilla käynti (n=25), hygienia (n=1), kotityöt (n=162), lepääminen (n=4), maataloustyöt (n=20), normaalit toimet (n=1), nukkuminen (n=2), pukeutuminen (n=2), puolison auttaminen (n=1), seksi (n=1), syöminen (n=6), ulkotyöt (n=43).

Perhe-elämän tasapainoisuus (n=66): hyvä kotielämä (n=1), hyvä parisuhde (n=6), hyvät perhesuhteet (n=1), isovanhemmuus (n=1), koti (n=1), lapset (n=18), lastenlapset (n=17), normaali elämä (n=1), perhe (n=7), perhe-elämä tasapainossa (n=2), puoliso (n=8), tasapainoinen elämä (n=3).

Positiivinen suhtautuminen elämään (n=42): aktiivisuus (n=1), elää elämän parasta aikaa (n=1), huumori (n=1), hyvät ilmat (n=1), kaikki suhteellisen hyvin (n=1), karjalainen luonteenlaatu (n=1), kiitollinen lisääjasta (n=1), nöyryys (n=1), oman elämän eläminen (n=1), positiivinen elämänasenne (n=16), positiivinen mieliala (n=3), positiivisuus (n=6), säännöllinen elämä (n=5), terveelliset elämäntavat (n=2), yritteliäisyys (n=1).

Somaattinen vointi hyvä (n=56): hyvä kunto (n=3), hyvä lääkitys (n=1), hyvä terveys (n=3), itsensä hoitaminen (n=2), kohtalainen terveys (n=6), nuoruus (n=1), oireettomuus (n=32), pystyy lähes normaaliin elämään (n=1), somaattinen vointi hyvä (n=4), tuntee kuntonsa rajat (n=2), tupakoinnin lopetus (n=1).

Sosiaaliset suhteet (n=62): keskustelut (n=2), naapurit (n=3), sosiaalinen verkosto (n=25), sukulaiset (n=3), vertaistuki (n=3), vierailut (n=2), yhteydenpito (n=6), ystävät (n=18).

Työelämä (n=59): hyvä työpaikka (n=2), monipuolinen työ (n=1), opiskelu (n=3), työskentely (n=31), työt (n=22).

Elämän kokeminen turvattomaksi (n=17): alkoholin käyttö (n=1), kiire (n=3), lääkitykseen liittyvät ongelmat (n=1), muuttuva aika (n=1), pelko somaattisen voinnin muutoksista (n=1), taloudelliset huolet (n=7), tulevaisuuden huolet (n=2), vastoinkäymiset (n=1).

Ongelmat jokapäiväisissä toiminnoissa (n=20): aktiviteettien puute (n=1), huonoja päiviä (n=1), liikuntakyky huonoa (n=2), muistiongelmat (n=1), nukkumiseen liittyvät vaikeudet (n=4), vaihteleva olo (n=1), väsymys (n=10).

Ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=20): huolet läheisistä (n=10), läheisen kuolema (n=4), ongelmat parisuhteessa (n=2), ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=1), yksinäisyys (n=3).

Psyykkiset ongelmat (n=7): psyykkiset ongelmat (n=3), stressi (n=4).

Somaattinen vointi huono (n=74): diabetes (n=1), epämääräinen olo (n=1), erilaiset kivut (n=4), hankala olo (n=1), hengenahdistus (n=3), hengästyminen (n=2), huimaus (n=2), ikääntyminen (n=5), kunto huono (n=5), kuuloon liittyvät ongelmat (n=2), leikkaukset (n=4), muut sairaudet (n=21), ongelmat näkökyvyssä (n=2), paino laskenut (n=1), ruoansulatusongelmat (n=3), sydänperäiset oireet (n=10), tupakointi (n=1), työkyvyttömyys (n=1), työtä voi tehdä vain rauhallisesti (n=1), ylipaino (n=4).

Tyydyttävän yleisvoinnintason perustelut (N=755)

Elämän kokeminen turvalliseksi (n=15): asuminen (n=2), elämäntilanne hyvä (n=2), lääkehoidosta huolehtiminen (n=1), usko (n=10).

(3/4)

Erilaiset harrastukset (n=205): eläimet (n=7), harrastukset (n=41), käsityöt (n=9), liikunta (n=55), lomailu (n=1), lukeminen (n=30), luonto (n=3), matkustaminen (n=3), metsätyöt (n=4), musiikki (n=6), mökkeily (n=3), puutarhanhoito (n=15), puutyöt (n=3), radion kuuntelu (n=3), remontointityöt (n=4), retket (n=3), ristisanatehtävät (n=1), TV:n katselu (n=9), ulkoilu (n=5).

Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen (n=211): asioilla käynti (n=15), hygienia (n=5), kotityöt (n=132), lepääminen (n=4), maataloustyöt (n=1), normaalit toimet (n=1), nukkuminen (n=3), oleskelu (n=2), pukeutuminen (n=1), puolison auttaminen (n=1), syöminen (n=1), ulkotyöt (n=45).

Perhe-elämän tasapainoisuus (n=44): hyvä parisuhde (n=5), koti (n=5), lapset (n=11), lastenlapset (n=9), normaali elämä (n=1), perhe (n=2), perhe-elämä tasapainossa (n=2), puoliso (n=7), tasapainoinen elämä (n=1), yhteiset hetket (n=1).

Positiivinen suhtautuminen elämään (n=29): aktiivisuus (n=4), elämisen arvoinen elämä (n=1), elämä ihanaa (n=1), huumori (n=1), hyvä elämä (n=1), positiivinen elämänasenne (n=5), positiivinen mieliala (n=3), positiivisuus (n=4), rauhallinen elämänrytmi (n=1), säännöllinen elämä (n=3), tarpeelliseksi kokeminen (n=1), terveelliset elämäntavat (n=1), tyytyväinen elämään (n=3).

Somaattinen vointi hyvä (n=23): hyvä kunto (n=1), hyvä olo (n=2), kohtalainen terveys (n=3), kuntoutus (n=2), oireettomuus (n=8), somaattinen vointi hyvä (n=6), vointi parantunut eläkkeellä (n=1).

Sosiaaliset suhteet (n=37): haudalla käynti (n=1), naapurit (n=1), sosiaalinen verkosto (n=14), sukulaiset (n=4), vierailut (n=6), yhteydenpito (n=1), ystävät (n=10).

Työelämä (n=17): työskentely (n=12), työt (n=5).

Elämän kokeminen turvattomaksi (n=11): alkoholin käyttö (n=2), asumiseen liittyvät ongelmat (n=2), lääkitykseen liittyvät ongelmat (n=1), pelko somaattisen voinnin muutoksista (n=2), taloudelliset huolet (n=4).

Ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa (n=31): ajokortin poistaminen (n=1), huonoja päiviä (n=1), ketteryys puuttuu (n=1), liikuntakyky huonoa (n=8), muistiongelmat (n=3), nukkumiseen liittyvät vaikeudet (n=3), väsymys (n=14).

Ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=24): huolet läheisistä (n=12), läheisen kuolema (n=3), ongelmat parisuhteessa (n=4), ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=3), yksinäisyys (n=2).

Psyykkiset ongelmat (n=2): psyykkiset ongelmat (n=2)

Somaattinen vointi huono (n=106): diabetes (n=6), erilaiset kivut (n=17), hankala olo (n=2), hemoglobiini alhainen (n=1), hengenahdistus (n=1), hengästyminen (n=7), huimaus (n=5), ikääntyminen (n=5), kunto huono (n=2), kuuloon liittyvät ongelmat (n=1), käsien puutuminen (n=1), leikkaukset (n=2), muut sairaudet (n=25), ongelmat näkökyvyssä (n=4), ruoansulatusongelmat (n=1), somaattinen vointi huono (n=2), sydänperäiset oireet (n=16), työkyvyttömyys (n=1), työtä voi tehdä vain rauhallisesti (n=1), verenpaine korkea (n=3), voimattomuus (n=1), ylipaino (n=2).

Välttävän yleisvoinnin tason perustelut (N=354)

Elämän kokeminen turvalliseksi (n=8): eläkeläisyys (n=1), fysioterapia (n=1), kotidialyysi (n=1), sairaalassa käynnit (n=1), taloudellinen turva (n=1), usko (n=3).

(4/4)

Erilaiset harrastukset (n=51): eläimet (n=3), harrastukset (n=7), käsityöt (n=2), liikunta (n=17), lukeminen (n=9), matkustaminen (n=1), metsätyöt (n=1), puutarhanhoito (n=2), radion kuuntelu (n=1), TV:n katselu (n=5), ulkoilu (n=3).

Jokapäiväisten toimintojen hoitaminen (n=86): asioilla käynti (n=7), hygienia (n=2), istuminen (n=1), kotityöt (n=47), lepääminen (n=2), maataloustyöt (n=4), nukkuminen (n=1), perheenjäsen hoitaminen (n=1), pukeutuminen (n=3), saunominen (n=1), syöminen (n=4), ulkotyöt (n=13).

Perhe-elämän tasapainoisuus (n=10): hyvä kotielämä (n=1), hyvät perhesuhteet (n=1), lapset (n=2), lastenlapset (n=2), perhe (n=3), puoliso (n=1).

Positiivinen suhtautuminen elämään (n=11): aktiivisuus (n=4), positiivinen elämänsäsenne (n=4), rauhallinen elämänrytmi (n=1), toivo tulevaisuudesta (n=1), tyytyväinen elämään (n=1).

Somaattinen vointi hyvä (n=9): alkoholi (n=1), hyvä terveys (n=1), itsensä hoitaminen (n=7).

Sosiaaliset suhteet (n=21): naapurit (n=1), sosiaalinen verkosto (n=6), sukulaiset (n=2), tottunut yksinäisyyteen (n=1), vierailut (n=1), yhteydenpito (n=3), ystävät (n=7).

Työelämä (n=6): työskentely (n=3), työt (n=2), yrittäjänä toimiminen (n=1).

Elämän kokeminen turvattomaksi (n=9): asumiseen liittyvät ongelmat (n=1), huoli kotona pärjäämisestä (n=1), kiire (n=1), kuntoutuksen puute (n=1), lääkitykseen liittyvät ongelmat (n=2), taloudelliset huolet (n=2), yksinäisyys (n=1).

Ongelmia jokapäiväisissä toiminnoissa (n=29): aktiviteettien puute (n=4), huonoja päiviä (n=1), liikuntakyky huonoa (n=7), muistiongelmat (n=3), nukkumiseen liittyvät vaikeudet (n=1), ongelmat keskittymiskyvyssä (n=1), toimintakyvyn ongelmat (n=1), väsymys (n=11).

Ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=8): huolet läheisistä (n=5), läheisen kuolema (n=2), ongelmat parisuhteessa (n=1).

Psyykkiset ongelmat (n=1): psyykkiset ongelmat (n=1).

Somaattinen vointi huono (n=105): diabetes (n=1), erilaiset kivut (n=13), hankala olo (n=1), hengenahdistus (n=5), hengästyminen (n=4), huimaus (n=2), ikääntyminen (n=4), jalat puuttuvat (n=2), kunto huono (n=3), kuuloon liittyvät ongelmat (n=1), leikkaukset (n=1), muut sairaudet (n=32), ongelmat näkökyvyssä (n=1), ruoansulatusongelmat (n=1), somaattinen vointi huono (n=3), sydänperäiset oireet (n=21), syöpä (n=1), terveys heikko (n=1), työkyvyttömyys (n=1), verenpaine korkea (n=1), voimattomuus (n=4), vointi huono (n=1), ylipaino (n=1).