

SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAIDEN
PERHEELTÄ SAATU SOSIAALINEN TUKI,
PELOT JA AHDISTUNEISUUS

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Kevät 2011

Marja Riihiaho

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

MARJA RIIHIAHO: Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki, pelot ja ahdistuneisuus.

Pro gradu –tutkielma, 63 sivua, 7 liitettä

Ohjaaja; Dosentti Meeri Koivula, TtT, ma. lehtori Anja Rantanen

Hoitotiede

Tammikuu 2011

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautipotilaiden perheiltään saamaa sosiaalista tukea, pelkoja ja ahdistuneisuutta. Tarkoituksena oli myös kuvata sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteyksiä vastaajien taustamuuttujiin, pelkoihin ja ahdistuneisuuteen.

Tutkimuksen otos muodostui 118 sepelvaltimotautipotilaasta, jotka osallistuivat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushankkeeseen kesäkuun 2009 ja maaliskuun 2010 välisenä aikana. Kyselylomakkeella kerätyssä aineistossa vastausprosentti oli 82 %. Tutkimuksessa käytetyt mittarit olivat Perheen tuki –mittari, Sepelvaltimotautipotilaiden pelot –mittari ja STAI-ahdistuneisuusmittari.

Tutkimukseen vastanneista 75 % oli miehiä. Iältään vastaajat olivat 39 – 82 vuotiaita, keskimääräinen ikä oli 65 vuotta. Vastaajista 76 % oli naimisissa. Tutkimuksessa tuli esille, että vastaajat saivat runsaasti sosiaalista tukea perheiltään. Eniten saatiin sekä lapsilta että puolisoilta emotionaalista tukea. Eniten vastaajat pelkäsivät sydänsairauden pahenemista, hoidon ja avun varassa olemista sekä terveydentilan pysyvää huononemista. Vastaajista oli 49 % lievästi ja 46 % kohtalaisesti tilanneahdistuneita. Ahdistuneisuustaipumusta oli vastaajista 47 %:lla lievänä ja 45 %:lla kohtalaisena.

Naiset saivat lapsiltaan enemmän konkreettista ja kokonaistukea kuin miehet. Emotionaalisen tuen lisääntyessä vastaajien ahdistuneisuustaipumus väheni. Tutkimukseen vastanneista 65-vuotiailla tai nuoremmilla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän ahdistuneisuutta ja pelkoja kuin yli 65 -vuotiailla. Eläkkeellä olevilla ilmeni tilastollisesti merkitsevästi vähemmän tilanneahdistuneisuutta muun työtilanteen omaaviin verrattuna. Vastaajat, jotka saivat puolisoiltaan runsaasti sosiaalista tukea, saivat myös lapsiltaan runsaasti sosiaalista tukea.

Avainsanat: Sosiaalinen tuki, perhe, sepelvaltimotautipotilas, pelot ja ahdistuneisuus.

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

MARJA RIIHIAHO: Social Support from the Family and its relation to Fears and Anxiety of Coronary Artery Disease Patients.

Master's thesis, 63 pages, 7 appendices

Supervisor: Meeri Koivula, Adjunct Professor, Anja Rantanen, PhD, Senior Lecturer

Nursing Science

January 2011

The purpose of this study was to describe the fears and anxiety of coronary artery disease (CAD) patients and the social support that they received from their family. The relationship of social support from family with CAD patients' background variables, fears and anxiety was also studied.

The study sample constituted of 118 CAD patients, who participated a research project by the Department of Nursing Science of the University of Tampere between June 2009 and March 2010. The research materials were collected by the Questionnaire and the response rate was 82 %. The Family Support Inventory, The Coronary artery disease patients' Fear Scale and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) were included in the Questionnaire.

The majority of patients were male (75 %). The participants ages ranged from 39 to 82 (mean age = 65 years). Most of the participants 76 % (n=72) were married. This study revealed that participants got plenty of social support from family. The CAD patients get the most of the emotional support from their spouses and children. The CAD patients' greatest fears were worsening of cardiovascular disease, dependence on others' care and help and permanent deterioration of health. In this study 49 % of participants had low and 46 % moderate STATE-A anxiety scores. Low and moderate TRAIT-A scores were found for 47 % and 45 % of participants respectively.

The women got more social support from their children than men. When the patients got more emotional social support, they were less anxiety. The youngest participants (65 years or younger) had significantly more anxiety symptoms and fears than the older (> 65 years). The retired participants had significantly lesser STATE-A anxiety symptoms than those who weren't retired. Those participant who got plenty of social support from their spouses, got it also plenty from their children.

Keywords: Social support, family, CAD patient, fears and anxiety

Sisällysluettelo

TIIVISTELMÄ	1
ABSTRACT	2
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Sosiaalinen tuki	8
2.1.1 Sosiaalisen tuen laatu	9
2.1.2 Sosiaalisen tuen rakenne	10
2.2 Perhe kohtaa sepelvaltimotaudin.....	11
2.2.1 Sepelvaltimotaudille altistavat riskitekijät	13
2.2.2 Sepelvaltimotaudin hoito	14
2.3 Psykososiaalisten tekijöiden merkitys sepelvaltimotaudin taustalla.....	15
2.4 Sepelvaltimotautiin liittyvät pelot ja ahdistuneisuus	16
2.5 Perheen antaman tuen vaikutuksia sepelvaltimotautipotilaalle.....	19
2.6 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista.....	20
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
4.1 Tutkimuspopulaatio ja aineiston hankinta	23
4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit	25
4.3 Aineiston analysointi.....	26
5 TUTKIMUSTULOKSIA	28
5.1 Otoksen kuvaus	28
5.2 Sepelvaltimotautipotilaiden perheiltään saama sosiaalinen tuki.....	31
5.3 Sepelvaltimotautipotilaiden pelot ja ahdistuneisuus	32

5.4 Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman sosiaalisen tuen, pelkojen ja ahdistuneisuuden yhteys taustamuuttujiin.....	35
5.5 Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman tuen yhteys pelkoihin ja ahdistuneisuuteen.	36
6 POHDINTA	39
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	39
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua	42
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	46
8. KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	47
LÄHTEET.....	48

LIITTEET

Liite 1. Puolisolta saadun sosiaalisen tuen ja vastaajien taustamuuttujien yhteyden kuvaamisessa käytetyt tilastolliset testiarvot.

Liite 2. Lapsilta saadun sosiaalisen tuen ja vastaajien taustamuuttujien yhteyden kuvaamisessa käytetyt tilastolliset testiarvot.

Liite 3. Vastaajien pelkojen, ahdistuneisuuden ja taustamuuttujien yhteyden kuvaamisessa käytetyt tilastolliset testiarvot.

Liite 4. Pelkojen summamuuttujan jakauma.

Liite 5. Ahdistuneisuustaipumuksen summamuuttujan jakauma.

Liite 6. Tilanneahdistuneisuuden summamuuttujan jakauma.

Liite 7. Korrelaatiomatriisi vastaajien puolisolta ja lapsilta saadusta sosiaalisesta tuesta, peloista ja ahdistuneisuudesta.

TAULUKOT

Taulukko 1. Aineistoon liittyvien, mukaan otettujen, tutkimusten tiivistelmä.

Taulukko 2. Sepelvaltimopotilaiden taustatietoja.

Taulukko 3. Vastaajien tilanne sepelvaltimotaudin hoidon suhteen.

Taulukko 4. Vastaajien perussairauksia.

Taulukko 5. Perheen antaman sosiaalisen tuen keskeiset tilastolliset arvot.

Taulukko 6. Sepelvaltimotautipotilaiden pelot.

Taulukko 7. Vastaajien ahdistuneisuuteen ja pelkoihin liittyvät keskeiset tilastolliset arvot.

Taulukko 8. Sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuuden luokittelu.

Taulukko 9. Puolisolta saatuun sosiaaliseen tukeen, pelkoihin ja ahdistuneisuuteen liittyvät korrelaatioarvot.

Taulukko 10. Lapsilta saatuun sosiaaliseen tukeen, pelkoihin ja ahdistuneisuuteen liittyvät korrelaatioarvot.

1 JOHDANTO

Kroonisen sairauden merkitys on laaja-alainen: Sairastuminen voi mullistaa sairastuneen ja hänen lähipiirinsä elämää monin tavoin. Krooniseen sairauteen liittyy usein kuitenkin ongelmia ja menetyksiä, jotka voivat olla sekä yhteiskuntaa, perhettä että yksilöä koskettavia. Monet näistä ongelmista syntyvät yksilön ja hänen ympäristönsä välisessä vuorovaikutuksessa. Sairastunut voi kieltäytyä tarvitsemastaan tarjotusta sosiaalisesta tuesta, koska ei halua olla läheisilleen taakkana. Läheiset voivat joutua kamppailemaan oman jaksamisensa ja voimavarojensa jaksamisessa sairastuneen auttamisen sekä muun elämänsä välillä. (Locker 2008.) Ihanteellisessa tapauksessa monipuolisesti toimivan sosiaalisen tuen avulla krooniseen sairauteen sopeudutaan perheyhteisössä luontevasti, jolloin sairaus voi tulla yksilön ja perheen elämään lähes huomaamattomasti ja sen hoitaminen on sujuvaa normaalin elämän ohella.

Sepelvaltimotauti on krooninen sairaus, joka on huomattava kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Sepelvaltimotautikohtaukseen maassamme sairastuu noin 44 000 ja kuolee noin 13 000 ihmistä vuosittain. Sepelvaltimotauti on suomalaisten aikuisten yleisin kuolemansyy molempien sukupuolten osalta. Työkyvyttömyyseläkkeelle sepelvaltimotaudin vuoksi jää maassamme noin 23 000 henkilöä vuosittain (Suomen Kardiologisen Seuran työryhmä 1992). Sepelvaltimotauti aiheuttaa monia kärsimyksiä ihmisille ja suuria taloudellisia investointeja yhteiskunnalle. (Keskimäki ym. 2004, Iivanainen ym.2006, Mäkijärvi 2008a ja b).

Vuonna 2006 oli sepelvaltimotaudin takia Suomessa naisilla noin 56 000 ja miehillä noin 85 000 sairaalahoitajaksoa ja sairaalahoidon pituus oli keskimäärin 6,3 vuorokautta. Sepelvaltimotautia sairastavien määrän ennustetaan lisääntyvän koko ajan johtuen äkillisiin sepelvaltimotautitapahtumiin sairastuneiden paremmasta ennusteesta, potilaiden ikääntymisestä sekä ylipainoisuuden ja diabetespotilaiden määrän lisääntymisestä. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi sepelvaltimotaudin sairaalahoidon tarpeen arvellaan kasvavan lähivuosina. (Keskimäki ym. 2004, Kettunen 2008, Mäkijärvi 2008b.)

Sepelvaltimotaudin hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet niin, että nykyään keskimääräinen hoitoaika on 3 – 5 vuorokautta. Tieto sepelvaltimotaudista on sekä potilaalle että omaiselle usein sopeutumista vaativa, sillä tieto vakavasta kroonisesta sairaudesta tulee usein yllätyksenä ja keskeyttää normaalit arjen rutiinit. Potilaat voivat kokea olevansa sairautensa kanssa yksin ja ovat epävarmoja arjesta selviytymisensä suhteen. Perhettä ja ystäviä puolestaan ahdistaa epätietoisuus, miten suhtautua sepelvaltimotautiin sairastuneeseen. (Halme 1990, Haarni & Alanko 2005, Vanhanen & Mustonen 2005, Penttilä 2008.) Lyhyt hoitoaika sairaalassa asettaa omat haasteensa sepelvaltimotautipotilaan hoidolle. Tärkeää on ehtiä kartoittaa potilaan läheisten tiedot, taidot ja mahdollisuudet tukea sairastunutta.

Tässä pro gradu -tutkielmassa on tarkoituksena kuvata sepelvaltimotautipotilaiden perheiltään saamansa sosiaalista tukea, pelkoja ja ahdistuneisuutta. Lisäksi on tarkoitus kuvata perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteyttä potilaiden pelkoihin ja ahdistuneisuuteen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sepelvaltimotautipotilaiden perhehoitotyön ja siihen liittyvien interventtioiden kehittämisessä. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikön laajempaa tutkimushanketta.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat perustuvat aikaisempaan tutkimustietoon. Hakuja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin on tehty Medline, PubMed, British Nursing Index, PsychInfo ja Medic tietokannoista. Hakusanojen yhdistelmissä käytettiin termejä sosiaalinen tuki, sepelvaltimotauti, ohitusleikkaus, perhe, pelko ja ahdistuneisuus sekä näitä lähinnä vastaavia englannin kielisiä käsitteitä. Hakujen avulla löydettyistä tutkimuksista on esitetty tähän tutkimukseen liittyviä tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä. Tämän tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat sosiaalinen tuki, perhe sosiaalisen tuen antajana, sepelvaltimotauti sekä sepelvaltimotautipotilaan pelot ja ahdistuneisuus.

2.1 Sosiaalinen tuki

Käsitteenä sosiaalinen tuki on moniulotteinen. Tavallisimmin sosiaalisella tuella ymmärretään ne selviytymistä edistävät toiminnot, joita yksilölle tarjotaan kriisitilanteisiin sekä elämänmuutoksiin liittyvissä tilanteissa. Sosiaalinen tuki vähentää stressiä ja suojaa stressin kielteisiltä vaikutuksilta, joten sen avulla voidaan yksilöä auttaa selviytymään stressitilanteissa. (House & Kahn 1985, Gothoni 1990.) Vahtera (1993) on määritellyt sosiaalisen tuen positiiviseksi, terveyttä edistäväksi tai stressiä ehkäiseväksi toiminnaksi. Sosiaalisella tuella on todettu olevan vaikutuksia yksilön terveyskäyttäytymiseen, sairauteensa sopeutumiseen, toipumiseen ja tarvittavaan hoitoon hakeutumiseen (Smith ym. 2004, Theobald & McMurray 2004, Winder ym. 2004, Brummet ym. 2005, Barry ym. 2006, Boutin-Foster & Alexander 2006, Duncley ym. 2008). Cobb (1976) on tiivistäen määritellyt sosiaalisen tuen tunteiksi olemassa olevasta huolenpidosta ja välittämisestä, toistensa kunnioittamisesta ja arvostamisesta sekä kuulumista verkostoon, jossa tapahtuu vastavuoroista kommunikointia ja sitoutumista luottamuksellisissa suhteissa. Duncleyn ja tutkimusryhmän (2008) tutkimuksessa ohitusleikatut potilaat kuvasivat saamansa sosiaalisen tuen tuovan heille kokemuksen, että he ovat yhä tärkeitä läheisilleen.

Sosiaalisella tuella voidaan myös tarkoittaa yksilön sosiaalisten suhteiden olemassaoloa, jolloin huomiota kiinnitetään laatuun, lähteisiin, määrään ja lajeihin (House & Kahn 1985, Gothoni 1990). Esimerkiksi Boden-Albalan ja tutkimusryhmän (2005) tutkimuksessa luokiteltiin sosiaalisesti eristäytyneiksi sepelvaltimotautipotilaat, jotka ilmoittivat omaavansa vähemmän kuin kolme ystävää. Samaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin ystävien ja perheenjäsenten puhelimitse tehtyjen yhteydenpitojen ja vierailujen määrää. Myös Koivulan ja tutkimusryhmän (2002b) tutkimuksessa oli tarkasteltu ohitusleikkausjonossa olevien tukihenkilöiden määrää. Tässä tutkimuksessa vastanneista 83 %:lla oli vähintään neljä tukihenkilöä, mutta kolmella prosentilla vastaajista ei ollut yhtään tukihenkilöä. Tutkimuksessa oli myös tarkasteltu, kuinka usein ohitusleikkausjonossa olevat tapasivat tukihenkilöitään sekä kuinka kauan he olivat tunteneet tukihenkilöt.

2.1.1 Sosiaalisen tuen laatu

Sosiaalisen tuen laadun mukaan voidaan tehdä jakoja emotionaaliseen eli tunneperäiseen, konkreettiseen eli aineelliseen ja informatiiviseen eli tiedolliseen tukeen. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan toiselle ihmiselle välitettävien positiivisten tunteiden kuten rakastamisen, välittämisen, kannustamisen ja arvostamisen osoittamista. Konkreettiseen tukeen kuuluu oman ajan antaminen toisen käyttöön, esimerkiksi kodinhoidossa auttaminen sekä taloudellisen tuen antaminen. Informatiiviseen tukeen kuuluu yksilön toimintaa auttavan tiedon, palautteen ja suositusten antaminen sekä ohjaaminen. (House & Kahn 1985, Gothoni 1990, Kumpusalo 1991, Rankin 2005.)

Puolisoilta saatu sosiaalinen tuki on usein runsaampaa ja laadultaan vahvempaa kuin muiden tukiverkoston henkilöiden (Koivula 2002, Rantanen 2009). Erityisesti vaimojen antamalla tuella on todettu olevan yhteyttä ohitusleikattujen miesten parempaan toipumiseen leikkauksen jälkeen (Koivunen ym. 2007, Contrada ym. 2008). Puolisot ovat kuvanneet antamaansa sosiaalista tukea sairauden hyväksymisenä osaksi jokapäiväistä elämää, luopumista kiireeseen ja työhön suuntautuneesta elämäntavasta sekä vastuun ottamista sepelvaltimotautia sairastavan puolison hoidoista ja sairauteen liittyvien oireiden seuraamisesta (Lukkarinen & Kyngäs 2003).

Suuremman sosiaalisen verkoston omaavilla on ilmennyt joissakin tutkimuksissa vähemmän sydäntapahtumia ja ollut vähemmän sairaalahoitajaksoja kuin pienemmän sosiaalisen verkoston omaavilla (Rutlege ym. 2004, Kloos & Daly 2008). Läheisten antama emotionaalinen ja konkreettinen tuki edisti ohitusleikattujen toipumista verrattuna potilaisiin, jotka joutuivat hankkimaan sosiaalista tukea esimerkiksi ostamalla (Theobald & McMurray 2004). Kardisin ym. (2007) tutkimuksessa emotionaalisen tuen puutteesta kärsivät alle 65-vuotiaat ohitusleikatut potilaat. Rantasen (2009) tutkimuksessa puolestaan vastaajat arvioivat saaneensa eniten emotionaalista tukea. Korkean emotionaalisen ja konkreettisen tuen saajiin luokiteltiin Barryn ym. (2006) tutkimuksessa miehet ja naimisissa olevat.

2.1.2 Sosiaalisen tuen rakenne

Sosiaalisen tuen rakennetta kutsutaan sosiaalisesti tukiverkostoksi, joka voidaan jakaa tuen antajan mukaan kolmeen eri ryhmään. Epävirallisella eli informaalilla tukiverkostolla tarkoitetaan perheen, ystävien, työkavereiden, sukulaisten, naapurien tai/ja muiden läheisten antamaa sosiaalista tukea. Virallisen eli formaalin tukiverkoston puolestaan muodostavat ammattiauttajat. Virallisen ja epävirallisen tukiverkoston väliin voidaan vielä sijoittaa niin sanottu vertaistukiverkosto, johon kuuluvat esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijät ja erilaiset järjestöt. (House 1981.) Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena on sepelvaltimotautipotilaan epävirallisen tukiverkoston, perheen, tarjoama sosiaalinen tuki, joka ymmärretään mahdollisuuksina vaikuttaa yksilön tuntemuksiin.

Käsitteenä perhe on monimuotoinen ja riippuvainen yhteiskunnallisista ja kulttuurillisista olosuhteista. Perhettä voidaan pitää yhteiskunnan pienimpänä ja kiinteimpänä yksikkönä, jossa siihen kuuluvat haluavat elää yhdessä ja pitää huolta toisistaan. Perhe tarjoaa jäsenilleen pitkäjänteisiä ihmissuhteita. Huolehtiessaan jäsenistään perhe toteuttaa omalta osaltaan hoivan, huolenpidon ja hoidon palveluita. Perheessä elämisen katsotaan tukevan perheenjäsenten terveyttä, sillä tilastollisesti eronneiden ja yksinelävien sairastuvuus ja kuolleisuus on suurempaa kuin parisuhteessa elävien. Länsimaisissa teollistuneissa yhteiskunnissa korostuu tänä päivänä perheen tunnetehtävät: perheessä luodaan pohja jäsenten itseluottamukselle ja itsetunnolle sekä tarjotaan iloa ja rentoutusta. (Taipale ym. 2004.) Yksiselitteistä perheen määritelmää ei ole olemassa, joten siihen ei tässäkään kirjallisessa esityksessä pyritä. Tässä työssä katsotaan perheeseen kuuluviksi sepelvaltimotautia sairastavan puoliso ja lapset.

Perheen antama sosiaalinen tuki on havaittu merkittäväksi, sillä usein perhesuhteita leimaa intiimiys, emotionaalinen läheisyys ja luottamus. Aikaisemman tiedon perusteella perheen tilannetta voidaan tarkastella perheen toimintana avun lähteenä tai taakkana sepelvaltimotautiin sairastuneelle, sairastumisen tuomina henkisinä paineina sekä sairauden vaikutuksilla parisuhteeseen. (Theobald & McMurray 2004, Boutin-Foster 2005, Lampi 2005.) Ohitusleikattuja koskevassa

tutkimuksessa havaittiin, että ohitusleikkauksella oli negatiivisia vaikutuksia avioelämän tyytyväisyyteen, kommunikointiin ja päätöksenteon rooleihin avio- puolisoitten ja perheen keskuudessa (Van der Poel & Greeff 2003). Sepelvaltimotautiin sairastuneelle on tärkeää säilyttää yhteys perheeseensä, sillä perheenjäsenten yhdessäolo helpottaa vaikean elämäntilanteen kohtaamista ja siitä toipumista molemmiin puolin eli sekä sairastuneen osalta että perheenjäsenten osalta (Wilkinson 1995, Kamienski 2004, Theobald & McMurray 2004, Lampi 2005, Kloos & Daly 2008, McLain & Dashiff 2008).

2.2 Perhe kohtaa sepelvaltimotaudin

Krooninen yllättävä sairastuminen koskettaa koko perhettä. Sepelvaltimotauti on krooninen sairaus, joka vaatii jatkuvaa tarkkailua ja hoitoa sen jälkeen, kun siihen on sairastunut. Sepelvaltimotauti eli koronaaritauti (morbus cordis coronarius, MCC) on sairaus, jossa sydänlihaksen verensaannista huolehtivat suonet vaurioituvat ja ahtautuvat. Tavallisimmin valtimot kovettuvat ateroskleroosin eli valtimoiden sisäseiniin muodostuvien ateroomaplastien eli kovettumapesäkkeiden takia. Kovettumapesäkkeet pienentävät valtimon läpimittaa heikentäen samalla veren virtausta. Ateroomaplastien koostumukseen keskeisesti vaikuttava tekijä on veressä esiintyvä rasva-aine eli kolesteroli ja nimenomaan ”paha kolesteroli” eli LDL-kolesteroli. Sepelvaltimotaudin yhteydessä puhutaan iskeemisestä eli verenpuutteesta johtuvasta sydäntaudista. (Strandberg 2005a, Iivanainen ym. 2006.)

Usein sepelvaltimotaudin toteaminen yllättää sekä perheenjäsenet että itse potilaan. Tyypillistä on, että potilas kiidätetään sairaalaan sydänkipujen tai sydäninfarktin vuoksi, minkä jälkeen sepelvaltimotauti diagnosoidaan. Sepelvaltimotautikohtauksiksi kutsutaan sepelvaltimon äkillisestä ahtautumisesta tai tukkeutumisesta johtuvia oireistoja. Angina pectoris –oireilu johtuu sydänlihaksen tai sen osan hapenpuutteesta ja se ilmenee yleisimmin puristavana kouristuksena, joskus polttavana ja kirvelevänä laaja-alaisena rintakipuna, joka voi säteillä rinnasta kaulalle, selkään, olkapäähän, vasempaan olkavarteen ja joskus ylämahalle. Angina pectoris –oireilu voi ilmetä myös hengenahdistuksena, joka puolestaan voi heikentää suorituskykyä. Sydäninfarktin synnyn taustalla on sairaudelle ominai-

nen verenpuute, joka aiheuttaa sydänlihakseen hapen puutetta. Valtimon endoteelisolukko voi vaurioitua, jolloin verihiihtaleet saattavat takertua siihen kehittämisen verihyytymän eli trombin. Hyytymä voi aiheuttaa tukkeutumisen, josta hoitamattoman on seurauksena sydänlihaskvaurio eli sydäninfarkti. Tavallisimmin sydäninfarkti kuitenkin aiheutuu ateroskleroosiin syntyvän repeämisen seurauksena. Sepelvaltimotaudin ilmenemismuotona on angina pectoris –oireilun ja sydäninfarktin lisäksi sydänpysähdys, jonka seurauksena on äkillinen kuolema. (Strandberg 2005a, Vanhanen & Penttilä 2005, Iivanainen ym. 2006, Kervinen 2008, Kettunen 2008.)

Naisilla sepelvaltimotaudin oirekuvaus poikkeaa miesten oireilusta niin, että rintakipuoiretta ei naisella läheskään aina ole vaan oireita ovat muun muassa epätavallisen voimakas väsymys, suorituskyvyn heikentyminen rasituksessa, hengenhädistys ja ruoansulatusvaivat (Eastwood & Doering 2005). Keskimäen ja tutkimusryhmän (2004) tutkimuksessa miehistä lähes puolet ja naisista noin neljännes ilmoitti sairastaneensa sydäninfarktin. Naisten sydäninfarkti on useammin oireeton tai epätyypillinen ja sitä usein komplisoi sydämen vajaatoiminta verrattuna miesten infarkteihin. Naisten sydäninfarktin ennuste on myös huonompi kuin miesten ja he kuolevat infarktiin yleisemmin. (Kaaja 2003, Strandberg 2005b, Vanhanen 2005, Vanhanen & Penttilä 2005, Iivanainen ym. 2006, Kettunen 2008, Laine 2008.)

Äkillinen sairastuminen aiheuttaa sekä potilaalle että perheenjäsenille monenlaisia pohdintoja, kuten sairauden tuoma keskeytys jokapäiväiseen elämäänmenoon ja epävarmuus tulevaisuuden suhteen, muuttuneessa tilanteessa selviytyminen sekä pettymyksen tunne, johon liittyy erityisesti terveyden heikkenemisen kokemus (Heikkilä 1998, Keaton & Pierce 2000, Fitzsimons ym. 2003, Screeche-Powll & Owen 2003). Tässä tilanteessa potilaat tarvitsevat sekä hoitohenkilökunnalta että omaisiltaan sosiaalista tukea (Screeche-Powll & Owen 2003, Theobald & McMurray 2004, Rankin ym. 2005). Potilaat ovat havainnoineet ja heidän läheisensä ovat kokeneet itse, että myös läheiset tarvitsevat uudessa tilanteessa sosiaalista tukea (Koivula 2002, Theobald & McMurray 2004).

2.2.1 Sepelvaltimotaudille altistavat riskitekijät

Läheisen sairastuminen vaikuttaa kaikkiin perheenjäseniin ja aiheuttaa heille tyyppillisesti pohdintoja, monenlaisia tunnereaktioita ja erilaisia pelkoja. Yhtenä pohdiskelun kohteena perheessä voivat olla sepelvaltimotaudille altistavat ns. riskitai vaaratekijät, jotka tunnetaan tänä päivänä hyvin. Sepelvaltimotaudin olennaisimpia riskitekijöitä ovat perimän vaikutuksen lisäksi tupakointi, verenpainetauti, kohonneet veren rasva-arvot, diabetes, ylipaino ja liikunnan puuttuminen. Muita tunnettuja riskitekijöitä ovat ikä, sukupuoli ja psykososiaaliset tekijät. Alle 45-vuotiailla miehillä sepelvaltimotauti on yli kymmenen kertaa yleisempi ja 45 – 60 –vuotiailla kaksi kertaa yleisempi kuin vastaavanikäisillä naisilla. Iän myötä molempien sukupuolten riski sairastua sepelvaltimotautiin lisääntyy. (Eastwood & Doering 2005, Hartford 2005, Vanhanen & Mustonen 2005, Vanhanen & Penttilä 2005, Kettunen 2008.)

Naisilla sepelvaltimotaudin riskitekijät ovat samoja kuin miehillä, mutta niiden lisäksi naisten riskiä sairastua sepelvaltimotautiin lisäävät yli 35 –vuotiaiden tupakoivien naisten ehkäisytablettien käyttö ja vaihdevuosien hormonaaliset muutokset. Naisten estrogeenituotannon katsotaan vaikuttavan siihen, että naisten sepelvaltimotauti ilmenee myöhäisemmällä iällä kuin miesten. Stressin katsotaan myös kuuluvan, työn ja kodin aiheuttaman kaksoiskuormituksen vuoksi, naisten riskitekijöihin, niin että korkea stressihormonitaso lisää verihyytymien vaaraa. Tutkimuksissa on todettu stressin aiheuttavan sydämen sykkeen kiihtymistä ja verenpaineen nousua, jotka lisäävät painetta valtimon seinämään, jolloin ateroskleroosi voi revetä. Avioliitto-ongelmiin liittyvän stressin on todettu huonontavan naisten sepelvaltimotaudin ennustetta. Thombsin ja Ziegelsteinin (2008) tutkimuksessa todettiin, että sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla oli selvästi enemmän diagnosoitua masentuneisuutta kuin miehillä. Eastwoodin ja Doering (2005) kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esille, että diabetesta sairastavien naisten riski sairastua sepelvaltimotautiin voi olla yli kaksinkertainen miehiin verrattuna. Kaiken kaikkiaan naisten sepelvaltimotauti on oireiston, diagnosoinnin ja taudin kulun suhteen arvaamattomampi kuin miesten. (Pohjola-Sintonen 2005, Vanhanen & Penttilä 2005.)

2.2.2 Sepelvaltimotaudin hoito

Akuutin vaiheen jälkeen sepelvaltimotautia sairastavat siirtyvät sairaaloista avohoitoon. Sydäninfarktista toipuminen kestää ainakin 6 – 8 viikkoa. (Nieminen 2005.) Kokemuksena sydäninfarkti on henkisesti raskas ja aiheuttaa pelkoja ja epävarmuutta (Lampi 2005, Gallagher ym. 2008). Samankaltaisia tuntemuksia eli pelkoja, epävarmuutta ja ahdistuneisuutta liittyy myös sepelvaltimotaudin hoitoihin (esim. Heikkilä 1998, Keaton & Pierce 2000, Koivula & Åstedt-Kurki 2004).

Sepelvaltimotautiin sairastuneelle tehdään hoidon tarpeesta kliininen arvio, joka perustuu oireisiin (NYHA-luokitus), sydänfilmiin (EKG = elektrokardiografia), kliiniseen rasitustestiin eli rasitussydänfilmiin ja tarvittaessa isotooppirasituskokeeseen. Sepelvaltimotautia sairastavien hoitomenetelmien valinta perustuu pääasiassa sairauden vaikeusasteeseen ja sepelvaltimon vaurion sijaintiin sekä tyyppiin, mutta huomiota kiinnitetään myös potilaan muihin sairauksiin, yleiskuntoon ja ikään. Kunkin potilaan hoitovaihtoehdot punnitaan yksilöllisesti. (Pohjola-Sintonen 2005, Yli-Mäyry 2008)

Sepelvaltimotaudin eri hoitomenetelmät; lääkehoito, liuotushoito, pallolaajennus ja ohitusleikkaus, ovat kehittyneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Hoidoilla pyritään parantamaan sepelvaltimotautiin sairastuneen elämänlaatua, suorituskykyä ja ennustetta. Sepelvaltimotaudin hoidon perustan muodostaa lähes aina lääkehoito. Sairastunutta hoidetaan lääkkeillä, jos rasitustesti ei osoita sydänlihaksen hapenpuutetta eli iskemiaa tai jos varjoainekuvauksessa sepelvaltimoissa ei ole selviä ahtaumia. Jos sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa todetaan ahtaumia, sairastunutta hoidetaan avartamalla itse ahtaumakohta pallolaajennuksella eli angioplastialla, jossa ahtauma kohtaa pyritään laajentamaan. Ohitusleikkaus eli ahtaumakohdan ohittaminen verisuonisiirteellä, valitaan hoitomuodoksi usein potilaille, joilla on useammassa suonessa ahtaumia tai jotka kärsivät rasisrintakivuista lääkehoidosta huolimatta. Ohitusleikkauksessa ohjataan verisuonisiirteiden avulla sepelvaltimoverenkierto ahtaumien ohitse. (Halinen 1996, Juvonen 2005, Lukkarinen & Hentinen 2005, Nieminen 2005, Iivanainen ym. 2006, Kettunen 2008, Kivelä 2008, Yli-Mäyry 2008.) Monissa ohitusleikkauspotilaita koskevissa

tutkimuksissa potilailla on todettu erityisiä leikkaukseen liittyviä pelkoja sekä voimakasta ahdistuneisuutta (Heikkilä ym. 1999, Koivula ym. 2001a, Koivula 2002, Theobald & McMurray 2004, Hoyer ym. 2008).

2.3 Psykososiaalisten tekijöiden merkitys sepelvaltimotaudin taustalla

Psykososiaalisilla tekijöillä on havaittu merkityksensä sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktien esiintymisessä (Eastwood & Doering 2005, Young ym. 2007). Psykososiaaliin tekijöihin voidaan katsoa kuuluvan tekijöitä, jotka liittyvät arjesta selviytymiseen (Kettunen ym. 2002). Psykososiaalisia tekijöitä tarkasteltaessa voidaan huomioida potilaan somaattiset sairaudet, psyykinen ja sosioekonomisen tilanne sekä perhetilanne. Sosioekonomiseen tilanteeseen liittyvät toimeentuloon ja työtilanteeseen liittyvät kysymykset. (Salokangas 1977.)

Matalampi koulutustausta ja sosioekonominen tilanne on liitetty henkilöihin, joilla on suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin ja joiden sepelvaltimotauti oireilee voimakkaammin kuin korkeamman koulutustaustan ja sosioekonomisen tilanteen omaavilla (Husak ym. 2004, Pedersen ym. 2008a). Osittain tätä on selitetty sillä, että alemmissa sosiaaliryhmissä riskitekijöiden osuus on vallitsevampi. (Strandberg 2005a, Vanhanen & Mustonen 2005, Vanhanen & Penttilä 2005.) Kun sepelvaltimotauti todetaan voi sekä potilasta että hänen perheenjäseniään huolettaa sairastamiseen liittyvä taloudellinen taakka (Theobald & McMurray 2004). Keskimäen ja tutkimusryhmän (2004) tutkimuksessa heikoimmaksi hyvinvointinsa kokivat ne sepelvaltimotautipotilaat, joilla oli jokin muu sairaus lisäksi.

Psyykkisten tekijöiden, joista yksi merkittävimpiä on ahdistuneisuus, merkitystä voidaan tarkastella sydäninfarktia laukaisevina tai ateroskleroosia kiihdyttävinä tekijöinä. Viime vuosien tutkimuksissa ahdistuneisuuden lisäksi sepelvaltimotaudin kehittymisen taustalta on löydetty psyykkisinä tuntemuksina kyynistä vihamielisyyttä, toivottomuutta ja depressiivisyyttä (esim. Vizza ym. 2007, Artham ym. 2008, Pedersen ym. 2008b).

Masennuksen katsotaan kuuluvan sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Lievän masennuksen on arvioitu lisäävän sepelvaltimotaudin riskiä kaksinkertaiseksi ja varsinainen psykiatrinen hoitoa vaativa masennus lisää tätä riskikerrointa jopa kolmesta viiteen. (Contrada 2004, Eastwood & Doering 2005, Strandberg 2005a, Valkamo 2005, Vanhanen & Mustonen 2005, Vanhanen & Penttilä 2005.) Toiminnallista sydänsairautta potevia koskevassa tutkimuksessa merkittäviä ennustajia potilaan masennusoireilulle olivat yksinäisyys, terveydentila ja negatiivisten tapahtumien pelko (Kovacs ym. 2009).

Sosiaalisen tuen puutteen ja eristyneisyyden on osoitettu lisäävän sepelvaltimotautiin sairastumisen riskiä (Rutlege ym. 2004, Brummet ym. 2005, Karlsson 2008). Joissakin tutkimuksissa on ilmennyt, että pienemmän sosiaalisen verkoston omaavat kuuluivat useimmiten matalampaan sosioekonomiseen ryhmään (Husak ym. 2004, Rutlege ym. 2004, Okkonen & Vanhanen 2006). Pienemmän sosiaalisen verkoston omaavilla on kuvattu korkeampi kuolleisuus riski verrattuna laajemman sosiaalisen tukiverkoston omaaviin (Pffner & Hoffman 2004, Rutlege ym. 2004, Friedmann ym. 2006). Vähäisemmän sosiaalisen verkoston omaavilla on myös kuvattu olevan enemmän sydäntapahtumia kuin korkean sosiaalisen tuen omaavilla (Rutlege ym. 2004, Boden-Albala ym. 2005, Denollet ym. 2006, Okkonen & Vanhanen 2006, Murphy ym. 2008a, Rutlege ym. 2008). Joissakin tutkimuksissa on kuvattu vaimojen antaman sosiaalisen tuen vaikutuksena aviomiesten parempi toipuminen tai kuntoutuminen sepelvaltimotautiinsa liittyen (Husak ym. 2004, Lampi 2005, Koivunen ym. 2007, Contrada ym. 2008). Hyvän sosiaalisen tuen on katsottu ennustavan sepelvaltimotautipotilaalle pitkäikäisyyttä (Brummet ym. 2005) sekä parantavan potilaan elämänlaatua (Keskimäki ym. 2004, Rantanen 2009).

2.4 Sepelvaltimotautiin liittyvät pelot ja ahdistuneisuus

Tieto sepelvaltimotautiin sairastumisesta voidaan kokea järkytyksenä ja pelottavana asiana. Vakava sairastuminen aiheuttaa yleensä jonkinlaisen psyykkisen kriisin, joka voi ilmetä muun muassa pelkoina, ahdistuneisuutena, unettomuutena ja tunteiden ailahteluna. Hyvin monet sepelvaltimotautia potevat kokevat hoito-

toimenpiteitä edeltäviä, hoidon aikaisia tai hoidon jälkeistä ahdistuneisuutta ja pelkoa. Potilaat, etenkin miespuoleiset, voivat puhua samojen tuntemusten yhteydessä jännittämisestä. (Fizsimons ym. 2000, Keaton & Pierce 2000, Koivula 2002, Fizsimons ym. 2003, Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Theobald & McMurray 2004, Hofer ym. 2006.) Pelokkaan ja ahdistuneen potilaan tunnistaminen voi olla vaikeaa, mutta tyypillisiä pelokkuuden ja ahdistuneisuuden tunnuspiirteitä voivat olla jännittyneisyys, levottomuus, keskittymiskyvyttömyys, kiihtynyt syke, hikoilu, unettomuus ja itkuisuus (Penttilä 2008).

Hoitotieteilijä Peplau on määritellyt pelon ja ahdistuneisuuden käsitteitä, jotka hänen mukaansa ovat subjektiivisia, epämiellyttäviä tunteita. Eroksi näille käsitteille hän määrittää, että pelko voidaan nimetä ja sille voidaan osoittaa tunnistettava kohde, mutta ahdistuneisuudelle ei ole kohdetta. Molemmat tunteet voivat liittyä elämäntilanteisiin, jotka koetaan uhkaavina yksilön fyysiselle olemukselle, psyykkiselle avojärjestelmälle tai minäkuvalle. Pelko ja ahdistuneisuus voidaan määrittää kielteisiksi tunteiksi silloin, kun niihin liittyy yksilön itsehallinnan menetyksen ja kärsimyksen tunteita. (Hodiamont 1991.)

Sepelvaltimotautia sairastavilla naisilla on todettu esiintyvän enemmän pelkoja kuin miehillä (Heikkilä 1998, Koivula 2001a, 2001b, Koivunen ym. 2007). Naisien pelkojen keskeiset kohteet ovat liittyneet ohitusleikkaukseen, leikkauksen jälkeiseen toipumiseen, kipuihin, terveyden pysyvään huononemiseen sekä sairauden tuomaan epävarmuuteen. (Heikkilä 1999, Koivula 2002, Fizsimons ym. 2003, Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Theobald & McMurray 2004, Hartford 2005). Tutkimuksissa on todettu ohitusleikkauksen yhteydessä kuoleman pelon tuntemuksia (Theobald & McMurray 2004, Ozkan ym. 2008). Sairaalassaoloihana potilaiden pelot kohdistuvat usein lähestyvään toimenpiteeseen, kun taas kotona pelätään eniten sydäninfarktia (Heikkilä 1998, Koivula 2002, Mooney 2007, Gallagher 2008). Miehillä on liittynyt seksuaalielämän ja taloudellisten kysymyksien pohdiskeluun pelkoja naisia enemmän (Heikkilä 1998, Koivula 2001a, Kazemi-Saleh ym. 2008).

Sydänsairaudet vaikuttavat parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Seksuaalinen aktiivisuus ja kyvykkyys heikentyvät väliaikaisesti tai joskus pysyvästikin sairau- den seurauksena. Seksuaalisen kiihottumisen pelkoa voi osa potilaista ja osa puo- lisoista pitää sydämelle vaarallisena. (Drory ym. 2000, Steinke 2001.) Kazemi- Salehin ja tutkimusryhmän (2007) tutkimuksessa ilmeni, että niillä, joiden seksu- aalielämään liittyi enemmän pelkoja, oli taipumusta masennukseen, mutta ei ah- distuneisuuteen.

Sepelvaltimotautia sairastavia koskevissa tutkimuksissa on usein tutkittu ahdistu- neisuutta, mutta lisäksi monissa tutkimuksissa ahdistuneisuus on tullut esille tut- kimustuloksissa (Fitzsimons ym. 2000, Koivula 2002, Screeche-Powell & Owen 2003, Kubzansky ym. 2005, Krannich ym. 2007, Pischke ym. 2008). Ohitusleik- kauspotilaita koskevissa tutkimuksissa potilaat ovat olleet huomattavasti ahdis- tuneempia ennen leikkausta kuin sen jälkeen (esim. Koivula 2002, Szckely ym. 2007). Naimattomilla ja leskillä tilanneahdistuneisuus on ollut ennen leikkausta korkeampaa kuin parisuhteessa elävillä ohitusleikkauspotilailla (Koivula 2002). Friedmannin ja tutkimusryhmän (2006) tutkimuksessa merkittävää tilanneahdis- tuneisuutta koki 45 % sydänsairaista. Angina pectoris oireilleilla ja sydäninfark- tin kokeneilla ei todettu ahdistuneisuudessa tilastollista eroa Wangin ja tutkimus- ryhmän tutkimuksessa (2009). Keskinertaista tai korkeaa ahdistuneisuutta ko- keneiden sepelvaltimotautipotilaiden on todettu olevan masentuneita, vähän tuki- verkostoltaan tukea saavia, tutkimusryhmän nuorimpia, usein alle 55-vuotiaita, angina pectoris -kipuja kokevia, tiettyjä lääkkeitä, lähinnä anxiolyyttejä, enem- män käyttäviä ja matalamman koulutustason omaavia. (Lavie & Milani 2006, Watkins ym. 2006, Frasure-Smith & Leperance 2008, Murphy ym. 2008b, Peder- sen ym. 2008a, Thombs & Ziegelstein 2008).

Naisilla on todettu olevan enemmän ahdistuneisuus oireilua kuin miehillä ja nais- ten ahdistuneisuus lisää heidän sydäntapahtumien riskiä (Estwood & Doering 2005, Watkins ym 2006, Egger ym. 2008, Frasure-Smith & Leperance 2008, Pe- dersen ym. 2008b, Vural ym. 2009). Ahdistuneisuuden kohteina potilaat ovat ku- vanneet pelkoja, yksinolon aiheuttamaa ahdistuneisuutta sekä työhönpaluuseen,

nopeaan kotiutukseen sairaalasta tai sairaalapalvelujen saatavuuteen liittyvää ahdistuneisuutta (Fitzsimons ym. 2003, Higgins ym. 2007).

2.5 Perheen antaman tuen vaikutuksia sepelvaltimotautipotilaalle

Barnhill (1979) on kuvannut perheen sisäisiä rakenteita perheen näkökulmasta. Hänen mallinsa mukaan hyvin toimivassa ja terveessä perheessä jäsenet ovat itsenäisiä, mutta tuntevat lujaa yhteenkuuluvuutta ja pysyvyyttä toisiaan kohtaan. Tutkimuksissa on kuvattu, kuinka sepelvaltimotaudin kohdatessa perhettä perheen toimivuus voi kärsiä, tällöin tehtäviä ei pystytä jakamaan tasapuolisesti ja sepelvaltimotautipotilaan läheiset voivat kokea menettäneensä itsenäisyytensä (esim. Theobald & McMurray 2004). Perheiden tarjoama tuki voi olla sairastuneen kannalta ongelmallista silloin, kun se ei vastaa potilaan tarpeita, on ristiriitaista potilaan toiveiden kanssa tai aiheuttaa potilaalle negatiivisia tunteita (Boutin-Foster 2005, Lampi 2005). Sairastumisen seurauksena voi perheiden tunneilmapiiri muuttua myös yhtenäisemmäksi ja tasapainoisemmaksi kuin mitä se oli ennen sairastumista (Lampi 2005). On myös havaittu merkittävää yhteyttä perheen sairastumiseen sopeutumisen ja potilaan psyykkisen hyvinvoinnin välillä (McLain & Dashiff 2008).

Perhe voidaan kokea sairastumisen tuoman henkisen ja fyysisen tuen tarpeen myötä entistä merkityksellisempänä. Läheisten merkitys on olennaista koko sepelvaltimotauti hoitoprosessin kuluessa, mutta erityisesti heidän asemaansa on korostettu kuntoutumisen yhteydessä. Terveystieteissä tämä on huomioitu siten, että yhä useammin puoliso ja perhe otetaan mukaan kuntoutukseen. (Haarni & Alanko 2005.) Sosiaalisen tuen saamisessa sukupuoli vaikuttaa siten, että naiset saavat usein tukea tyttäreltään ja miehet puolestaan puolisoiltaan (Kloos & Daly 2008, Penttilä 2008, Gallagher ym. 2008). Tässä ilmenee Kinnusen (1993) esille tuoma sosiaalisen tuen kontekstisuus eli sosiaalinen tuki määrittyy tilanteesta, jossa muodostuu käsitys ja kokemus annetusta ja saadusta sosiaalisesta tuesta.

2.6 Yhteenveto aikaisemmista tutkimuksista

Taulukossa 1 on esitetty, kuinka moneen tutkimukseen liittyi tutkittavana aiheena olleita teemoja. Toimenpiteisiin liittyviin tutkimuksiin on yhdistetty toimenpidettä odottavat, lähinnä ohitusleikkausjonossa olleet potilaat. Yleensä sepelvaltimotautipotilaisiin liittyvissä tutkimuksissa on mukana myös akuutin sydäntapahtuman yhteydessä tehtyjä tutkimuksia.

Taulukko 1. Aiheeseen liittyvien mukaan otettujen tutkimusten tiivistelmä.

Tutkimusaiheeseen liittyvät teemat	Toimenpiteisiin liittyviä tutkimuksia, lkm	Yleensä sepelvaltimotautipotilaisiin liittyviä tutkimuksia, lkm
Sosiaalinen tuki	17	16
Pelot	15	5
Ahdistuneisuus	18	16
Keskeisiä tutkimustuloksia	1) Ahdistuneisuus oli voimakkainta ennen toimenpidettä 2) Nuoremmat ja naiset saivat vähemmän sosiaalista tukea ja olivat pelokkaampia 3) Toipuminen huonompaa, niillä jotka saivat vähemmän sosiaalista tukea ja olivat enemmän ahdistuneita 4) Pelot liittyivät toimintakykyyn, fyysisiin tuntemuksiin ja kuolemaan, miehillä sukupuolielämään liittyviä pelkoja	1) Nuoremmat saivat vähemmän sosiaalista tukea kuin vanhemmat 2) Sosiaalisesti eristäytyneillä ja ahdistuneimmilla sydäntapahtumien riski oli suurempaa 3) Naisilla useammin tukena lapsi tai toinen nainen, kun taas miehillä vaimo 4) Nuoremmat ja naiset olivat ahdistuneempia 5) Pelot liittyivät mahdollisiin sydäntapahtumiin, miehillä sukupuolielämään liittyviä pelkoja

Sepelvaltimotautipotilaiden saamaa sosiaalista tukea on kartoitettu muun muassa ohitusleikkausten yhteydessä (Koivula 2002, Theobald & McMurray 2004, Rantanen 2009), sydäninfarktin kokeneiden keskuudessa (esim. Winder ym. 2004, Boden-Albala ym. 2005) sekä potilaiden riskitekijöitä kartoitettaessa (Rutlege ym. 2004, Brummet ym. 2005). Useimmat potilaat ovat nimenneet ensisijaiseksi tukiryhmäkseen puolison ja lapset, seuraavaksi suurin tukihenkilöryhmä on muodostunut ystäväistä ja osa potilaista on maininnut terveydenhuollon ammattilaiset tukihenkilöikseen (Koivula 2002b, Theobald & McMurray 2004, Rantanen 2009). Usein laajempaa sosiaalista tukea saavat ovat miehiä, naimisissa olevia, korkeammin koulutettuja, vähemmän taloudellisista vaikeuksista kärsiviä, vä-

hemmän masentuneempia ja heidän taustallaan on merkittävästi vähemmän sepelvaltimotaudin riskitekijöitä kuin vähäisemmän sosiaalisen tuen saajilla (Husak ym. 2004, Rutlege ym. 2004, Brummet ym. 2005, Boutin-Foster & Alexander 2006, Murphy ym. 2008a, Rutlege ym. 2008). Sosiaalisesti aktiivisemmilla on havaittu vähemmän riskejä uusien sydäntapahtumien suhteen kuin eristäytyneemmillä (Boden-Albla ym. 2005, Denollet ym. 2006, Murphy ym. 2008a).

Sepelvaltimotautipotilaiden pelkoa käsittelevistä tutkimuksista monet käsittelevät sydänkirurgisen toimenpiteen, lähinnä ohitusleikkauksen, läheisyyteen liittyviä tuntemuksia. Lähes kaikilla potilailla on tutkimusten mukaan pelkoja ennen sydänkirurgista toimenpidettä. Useiden tutkimusten mukaan pelkojen pääasiallisimpina aiheina olivat epävarmuus sekä selviytyminen ja toimintakyky tulevaisuudessa. Muutamissa tutkimuksissa oli havainnoitu, että mitä lähempänä sydänkirurginen toimenpide oli, sitä voimakkaampia pelot olivat. Potilaiden samaa keskustelutuki läheisiltään, lähinnä puolisolta, sekä hoitohenkilökunnalta saatu ohjaustuki koettiin sydänkirurgiseen toimenpiteeseen menevien kohdalla huomattavana pelkoja lievittävänä tekijänä. (Heikkilä ym. 1999, Keaton & Pierce 2000, Koivula ym. 2001a, Koivula 2001b, Koivula 2002, Koivula ym. 2002a, Koivula ym. 2002b, Koivula ym. 2002c, Fitzsimons ym. 2003, Screeche-Powell & Owen 2003, Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Theobald & McMurray 2004, Hartford 2005, Mooney 2007, Hoyer ym. 2008.) Yleensä sepelvaltimotautia sairastavien pelot liittyivät sydäntapahtumiin, eniten pelättiin sydäninfarktia. Miehillä pelkoja ilmeni sukupuolielämään liittyen. (Lampi 2005, Higgins ym. 2007, Kazemi-Saleh ym. 2007, Gallagher ym. 2008, Kazemi-Saleh ym. 2008.)

Tutkimusten mukaan sydänkirurgisen toimenpiteen läheisyydessä ahdistuneisuutta koetaan selkeästi enemmän ja voimakkaampana ennen leikkausta kuin leikkauksen jälkeen. (Koivula 2002, Fitzsimons ym. 2003, Denollet ym. 2006, Krannich ym. 2007, Mooney 2007, Szekely ym. 2007, Hoyer 2008, Murphy 2008a, Murphy 2008b, Pedersen ym. 2008a, Ulvik ym. 2008.) Muissa sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuutta käsittelevissä tutkimuksissa on tullut esille, että nuoremmilla eli alle 55-vuotiailla sekä naisilla ahdistuneisuutta esiintyy enemmän kuin yli 55-vuotiailla ja miehillä (Lavie & Milani 2006, Watkins ym. 2006, Artham

ym. 2008, Contrada ym. 2008, Egger ym. 2008, Frasure-Smith & Lesperance 2008, Pedersen ym. 2008b, Thombs & Ziegelstein 2008, Watkins ym. 2010). Voimakkainta ahdistuneisuutta on todettu olevan niillä, jotka saavat vähän emotionaalista tukea tukiverkostoltaan (Koivula 2002, Kardis ym. 2007). Ahdistuneisuuden on katsottu myös heikentävän sosiaalista toimintakykyä (Ulvik ym. 2008). Sepelvaltimotautiasairastavista vanhimmilla ja miehillä todettiin Keskimäen ja työryhmän (2004) tutkimuksessa sosiaalinen toimintakyky paremmaksi kuin nuoremmilla ja naisilla.

Useissa tutkimuksissa on siis tutkimusten kohteina olleet sepelvaltimotautipotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja saatu sosiaalinen tuki. Suomessa aiheesta tehdyt tutkimukset liittyvät lähinnä ohitusleikkauspotilaisiin. Tässä tutkimuksessa pyritään aikaisempaa laajempaan näkökantaan. Sosiaalista tukea mittaavissa, sepelvaltimotautipotilaita käsittelevissä tutkimuksissa, ei ole useinkaan keskitytty perheiden tarjoamaan sosiaaliseen tukeen. Tämän takia tässä tutkimuksessa päädyttiin tarkastelemaan potilaille ensisijaisimman sosiaalisen tuen lähteen eli perheen tarjoaman sosiaalisen tuen määrää ja sen yhteyksiä potilaan pelkoihin ja ahdistuneisuuteen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä tutkimus sisältyy Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikön tutkimushankkeeseen. Tutkimushankkeen tarkoituksena on yksikön strategian mukaisesti kehittää ja testata perheohjaukseen ja perheen tukemiseen malleja.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sepelvaltimotautipotilaiden perheiltään saamaansa sosiaalista tukea, pelkoja ja ahdistuneisuutta. Tarkoituksena on myös kuvata perheeltä saadun sosiaalisen tuen yhteyttä potilaiden taustamuuttujiin, pelkoihin ja ahdistuneisuuteen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sepelvaltimotautia sairastavien ja heidän perheidensä hoidon edelleen kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten paljon sepelvaltimotautia sairastavat saavat perheeltään sosiaalista tukea?
- 2) Miten paljon pelkoja ja ahdistuneisuutta ilmenee sepelvaltimotautia sairastavilla?
- 3) Miten perheiden antama sosiaalinen tuki, pelot ja ahdistuneisuus ovat yhteydessä taustamuuttujiin?
- 4) Miten perheen antama sosiaalinen tuki on yhteydessä sepelvaltimotautipotilaiden pelkoihin ja ahdistuneisuuteen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen otantatutkimus. Tiedot kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tässä tutkimuksessa kaikki havainnot kuvaavat tutkimuksen suoritusvaiheeseen eli kesäkuun 2009 ja maaliskuun 2010 välille sijoittuvan ajanjakson tilannetta. Aikaulottuvuuden mukaan määriteltynä tämä oli poikittais-tutkimus, sillä kukin vastaaja vastasi kyselylomakkeeseen vain yhden kerran. (Heikkilä 1999, Uhari & Nieminen 2001, Grönroos 2004.)

4.1 Tutkimuspopulaatio ja aineiston hankinta

Mittauksen ja havainnoin kohteiksi valitut tilastoyksiköt muodostavat tutkimuspopulaatioksi kutsutun joukon (Uhari & Nieminen 2001, Grönroos 2004). Tämän tutkimuksen tutkimuspopulaation muodostavat sepelvaltimotautipotilaat. Heidän joukostaan rekrytoitiin yhdestä yliopistollisesta sairaalasta tähän tutkimukseen tietty vastaajien joukko eli otos potilaita, joilla oli diagnosoitu sepelvaltimotauti. Sepelvaltimotautipotilaiden sisäänottokriteereihin kuuluivat seuraavat seikat: 1. potilaat olivat olleet noin kahden kuukauden sisällä sairaalahoidossa sepelvaltimotaudin vuoksi tai heidät oli kutsuttu preoperatiiviseen valmennusryhmään, 2. potilaat olivat täysi-ikäisiä ja normaaliin kommunikointiin kykeneviä, 3. potilaat suostuivat osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti, 4. potilaat

antoivat tietoisuuden suostumukseen tutkimukseen osallistumisestaan kuntoutuskoordinaatin tai tutkimusryhmän jäsenen läsnä ollessa. (Heikkilä 1999, Burns & Grove 2005.)

Aineiston hankinnassa käytettiin kyselylomaketta, joka on koostettu hoitotieteenlaitoksen hankkeen tutkimusryhmän yhteistyöllä. Kyselylomake koostuu viidestä osiosta. Ensimmäisessä osiossa kartoitetaan sepelvaltimotautipotilaiden taustatietoja, sairauden tilannetta sekä elintapoja. Kyselylomakkeen toisen osion kysymykset kartoittavat vastaajien terveyteen liittyvää elämänlaatua. Kolmannessa osiossa kartoitetaan sepelvaltimotautipotilaiden pelkoja, neljännessä osiossa kartoitetaan sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuutta ja tutkimuslomakkeen viimeinen osio kartoittaa sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saamaa sosiaalista tukea.

Kyselylomakkeen testaaminen aloitettiin sen jälkeen, kun kyseisen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta sekä sairaalan sydänkeskukselta saatiin tarvittavat luvat. Testaus tapahtui osittain samoin kuin varsinainen kysely eli sydänkeskuksen kuntoutuskoordinaattori kysyi kardiologisilta vuodeosastoilta ja kardiologisesta yksiköstä sepelvaltimotautipotilaiden kotiutumisen yhteydessä suostumusta 30 potilaalta osallistumisesta kyselylomakkeen testaukseen. Testauksen jälkeen kuntoutuskoordinaattori jatkoi potilaiden rekrytointia varsinaiseen tutkimukseen. Koska tutkimuksen aineisto kertyi odotettua hitaammin, muutettiin aineistonkeruumenetelmää niin, että yksi tutkimushankkeen tutkijoista alkoi rekrytoida sepelvaltimotautipotilaita sydänpotilaiden kuntoutus- ja valmennusryhmistä. Rekrytoinnin yhteydessä sepelvaltimotautipotilaat saivat suullista tietoa ja tutkimuksesta kertovan kirjallisen tiedotteen. Samalla potilaita pyydettiin allekirjoittamaan tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisestaan. Kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta antaneille lähetettiin noin kahden viikon kuluttua tapaamisesta kyselylomake, saatekirje ja maksettu palautuskuori.

4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Tässä tutkimuksessa on käytetty sosiaalisen tuen mittarina Koivulan, Kaunosen ja Tarkan (2005) kehittämä ja testaama, luotettavaksi todettu ”Perheen tuki” –mittari. Tähän tutkimukseen on ”Perheen tuki” –mittaria lyhennetty 21 väittämän sijasta 18 väittämään. Väittämistä 6 ensimmäistä mittaa konkreettista, kuusi seuraavaa informatiivista ja 6 viimeistä emotionaalista sosiaalista tukea. Tässä tutkimuksessa on sosiaalinen tukiverkosto rajattu sepelvaltimotautipotilaan perheeseen, johon on katsottu kuuluviksi potilaan puoliso ja lapsi / lapset. Mikäli sepelvaltimotautipotilaalla ei ollut puolisoa tai lapsia, oli hänellä mahdollisuus jättää kyseinen sarake tyhjäksi. Vastaajalla oli mahdollisuus arvioida perheenjäseniltään saamaansa sosiaalista tukea kouluarvosana-asteikolla 4-10, missä arvosana neljä tarkoitti ”ei tukea lainkaan” ja arvosana kymmenen tarkoitti ”erittäin paljon tukea”.

Tässä tutkimuksessa vastaajien pelkojen mittaamiseksi on käytetty ”Sepelvaltimotautipotilaiden pelot” -mittaria, joka on ”Ohitusleikkauspotilaiden pelot” –mittarista (Koivula 2002) jatkokehitelty ja laajennettu tähän tutkimukseen liittyvässä tutkimusryhmässä aikaisempien tutkimustulosten perusteella (Fitzsimons ym. 2003, Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Theobald & McMurray 2004, Hartford 2005, Mooney ym. 2007). Mittari perustuu pelon käsitteen määritelmään, jossa keskeistä on, että pelolla on kohde. Mittari sisältää 17 väittämää, joita vastaaja voi arvioida asteikolla 1 – 10. Asteikossa numero yksi tarkoittaa, ettei kyseistä asiaa pelkää lainkaan ja numero 10 puolestaan tarkoittaa, että kyseistä seikkaa pelkää erittäin paljon.

Tähän tutkimukseen on valittu käytettäväksi Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI-ahdistuneisuusmittari), joka erottelee tilanteeseen liittyvää ahdistuneisuutta (STATE-A) sekä pysyvämpää ahdistuneisuus taipumusta (TRAIT-A). (Spielberger ym. 1983.) Tässä tutkimuksessa STATE-A osioon liittyvästä aineistosta käytetään nimitystä tilanneahdistuneisuus ja TRAIT-A osioon liittyvästä aineistosta nimitystä ahdistuneisuustaipumus. Molempia ahdistuneisuuden tyyppejä mitataan 20 kysymyksellä. STATE-A osiossa vastaaja arvioi, minkä verran hänel-

lä on esitettyjä tuntemuksia vastaushetkellä, numerokodeilla: 1 = ei lainkaan, 2= vähän, 3 = jossain määrin ja 4 = hyvin paljon. TRAIT-A osiossa vastaaja arvioi, miten usein hänellä on ollut esitettyjä tuntemuksia vastausajankohdan läheisyydessä, samoilla numerokodeilla kuin STATE-A osiossa. STAI -ahdistuneisuusmittari on paljon käytetty ja sen on todettu toimivan luotettavasti suomalaisessa aineistossa (Heikkilä 1998, Koivula 2002), joten sen antamien tulosten vertailtavuus aikaisempien tutkimuksien tulosten kanssa on käyttökelpoista.

4.3 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeella kerätyn aineiston luetteloi, koodasi ja kirjasi SPSS 15 for Windows-ohjelman havaintomatriisiin yksi tutkimusryhmän jäsen. Tämän aineistoin sai käyttöönsä tämän pro gradu -tutkimuksen tekijä, joka käytti SPSS 17 ja 18 for Windows-ohjelmaa aineiston analysoinnissa.

Aluksi tarkasteltiin yksittäisten muuttujien jakaumat ja laskettiin vastausprosentti. Seuraavassa vaiheessa tarkasteltiin jokaisen havaintoyksikön kohdalla erikseen perheeltä saatuun sosiaaliseen tukeen, pelkoon ja ahdistuneisuuteen liittyvät vastaukset siten, että katsottiin, tukivatko vastaukset toisiaan vai ilmenikö niissä ristiriitaisilta vaikuttavia havaintoja (Heikkilä 1998).

STAI-ahdistuneisuus- ja ”Sepelvaltimotautipotilaiden pelot” – mittarien osalta tehtiin ohjeiden mukaiset luokitukset, joita käytettiin aineiston esittelyssä (Spielberger ym. 1983, Heikkilä 1998, Koivula 2002). Myös osa taustamuuttujista luokiteltiin. Vastaajien ikä luokiteltiin kahteen luokkaan: 65 –vuotiaat tai nuoremmat ja 66 –vuotiaat tai vanhemmat. Samoin siviilisäätö luokiteltiin kahteen luokkaan eli parisuhteessa olevat (avio- tai avoliitossa olevat) sekä ei-parisuhteessa olevat (leski, eronnut tai naimaton). Asumismuodon mukaan havaintoyksiköt luokiteltiin yksin asuviin ja jonkun kanssa (puoliso, lapsi/lapset, ystävä) asuviin. Vastaajien vastaushetken työtilanteen mukaan tehtiin kahteen ryhmään luokitus eli eläkkeellä oleviin ja muussa tilanteessa oleviin (sairaslomalla, työttömänä tai

työssäkäyvä). Vastaajan saama tieto sairastumisestaan sepelvaltimotautiin luokiteltiin kolmeen ryhmään: tiedon saaminen sairaalasta kotiutuessa, muutamia kuukausia aikaisemmin tai vähintään vuosi kulunut tiedon saamisesta. Muiden taustamuuttujien osalta pitäydyttiin kyselylomakkeessa esitettyissä luokituksissa.

Muuttujien tarkastelua varten ”Sepelvaltimotautipotilaiden pelot” –mittarin asteikko luokiteltiin seuraavasti: ei pelkoja (1), hieman pelkoja (2-4), jonkin verran pelkoja (5-7) ja paljon pelkoja (8-10) (Koivula 2002). STAI-ahdistuneisuusmittarin asteikko käännettiin ohjeen mukaisesti (Spielberger ym. 1983). STAI-ahdistuneisuusmittarin summa-asteikon pistemäärä luokiteltiin seuraavasti: lievä ahdistuneisuus (20-39), kohtalainen ahdistuneisuus (40-59) ja voimakas ahdistuneisuus (60-80) (Spielberger ym. 1983, Heikkilä 1998, Koivula 2002).

”Perheen tuki” –, ”Sepelvaltimotautipotilaiden pelot” - ja STAI-ahdistuneisuusmittareiden tuloksista muodostettiin ohjeiden mukaiset summamuuttujat, joita käytettiin tulosten analysoinnissa. Summamuuttujista tarkistettiin Cronbachin alfa-arvojen, jotka olivat yli 0,70, avulla sisäinen homogeenisuus ennen summamuuttujien rakentamista (Laijärvi & Kaunonen 2005). ”Perheen tuki” –mittarista muodostettiin erikseen puolison ja lasten antaman tuen osalta neljä summamuuttujaa, jotka kuvasivat konkreettista, informatiivista, emotionaalista sekä kokonaisuutena saatua sosiaalista tukea. STAI-ahdistuneisuusmittarista muodostettiin tilanneahdistuneisuuden ja ahdistuneisuustaipumuksen summamuuttujat.

Summamuuttujien jakauman muodon tarkastelussa käytettiin histogrammeja sekä tilastollisia huipukkuus ja vinous arvoja. Yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja ei korvattu tässä tutkimuksessa. Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman sosiaalisen tuen summamuuttujien jakauman muodon ja taustamuuttujan luokittelujen määrän mukaan analysoinnissa käytettiin joko parametrisiä tai eiparametrisiä tilastollisia testejä. Käytetyt testit olivat T-testi (T), Anova (A), Mann-Whitenyn U-testi (MW) ja Kruskall Wallisin H-testi (KW). (Heikkilä 1999, Holopainen & Pulkkinen 2002.) Tarkemmat tilastolliset arvot käytettyjen testien osalta löytyvät Liitteistä 1-3. Tilastollisen merkitsevyyden taso eli p-arvo

määritettiin tässä tutkimuksessa alle 0.05 eli tulosten yleistettävyydessä perusjoukkoon on 5 % virhemarginaali (Kannkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Perheen antaman sosiaalisen tuen sekä pelon ja ahdistuneisuuden keskinäisiä suhteita vertailtiin keskenään. Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman tuen yhteyttä pelkoihin ja ahdistuneisuuteen tarkasteltiin hajontakuvioiden ja korrelaatiokertoimien avulla. Korrelaatiokertoimen tulkinnassa käytettiin Burns ja Groven (2005) esittämiä arvoja: heikko korrelaatio (< 0.3), kohtalainen korrelaatio ($0.3 - 0.5$) ja voimakas korrelaatio (> 0.5).

5 TUTKIMUSTULOKSIA

Tutkimukseen lupautui mukaan 118 sepelvaltimotautipotilasta, jotka vastaan ottivat kyselylomakkeen. Näistä 97 palautti lomakkeen. Kaksi lomaketta jouduttiin hylkäämään, toinen puutteellisuuden ja toinen tyhjyyden vuoksi, joten mukaan hyväksyttiin 95 vastanneen lomakkeet (vastausprosentti 82 %).

5.1 Otoksen kuvaus

Tutkimukseen osallistuneiden taustakuvaus on esitetty taulukossa 2. Vastanneista oli miehiä 75 %. Iältään vastaajat olivat 39 – 82 vuotiaita, keskimääräinen ikä oli 65 vuotta. Vastaaajista 76 % oli naimisissa, avoliitossa olevia oli noin 4 %, joten parisuhteessa eläviä oli 80 %. Yksin asuvia oli 17 % ja 3 % eli lapsiensa tai ystävän kanssa.

Peruskoulutuksena yli puolella vastanneista (61 %) oli kansa-, kansalaiskoulu tai vähemmän, neljäsosalla (25 %) keski- tai peruskoulu ja 14 % oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Hieman reilu kolmannes (36 %) oli suorittanut ammattikurseja tai muita kurseja ja viidesosalla (21 %) oli ammattikoulututkinto. Lähes saman verran oli opistotason tutkinnon suorittaneita (16 %) kuin ei ammattikoulutusta käyneitä (15 %). Lopuilla 12 % oli korkeakoulututkinto. Yli kaksi kolmasosaa (69 %) oli eläkkeellä, loput 31 % työssäkäyviä, työttöminä tai sairauslomalla ole-

via. Enemmistölle vastanneista sairastuminen sepelvaltimotautiin oli verraten uusi kokemus, sillä reilu kolmasosa (36 %) oli saanut tiedon sairaalasta kotiutuessaan ja hieman vajaa kolmasosa (28 %) muutamia kuukausia aikaisemmin.

Taulukko 2. Sepelvaltimopotilaiden taustatietoja (n=95)

Taustamuuttajat	n	%
Sukupuoli		
Nainen	24	25
Mies	71	75
Ikä		
≤ 65	50	53
> 65	45	47
Siviilisääty		
Avio-/avoliitossa	77	81
Naimaton/eronnut/leski	18	19
Asumismuoto		
Yksin	16	17
Asuinkumppanin kanssa (puolison ja/tai lapsen/lasten tai ystävän)	79	83
Peruskoulutus		
Enintään kansa- tai kansalaiskoulu	58	61
Keski- tai peruskoulu	24	25
Ylioppilastutkinto	13	14
Ammatillinen koulutus		
Ei ammattikoulutusta	14	15
Ammattikurssi tai muita kursseja	34	36
Ammattikoulututkinto	20	21
Opistotason tutkinto	15	16
Korkeakoulututkinto	11	12
Työtilanne		
Sairaslomalla, työttömänä, työssäkäyvä	29	31
Eläkkeellä	66	69
Tieto sairastumisesta		
Sairaalasta kotiutuessa	34	36
Muutamia kuukausia sitten	27	28
Vähintään vuosi tiedon saamisesta	33	35
Ei ole mielestään tietoinen sairastumisestaan sepelvaltimotautiin	1	1

Taulukosta 3. ilmenee sepelvaltimotautipotilaiden kyselyn aikana kokemansa tilanne sairautensa hoidon suhteen. Vastanneista yli puolet (58 %) oli käynyt sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa ja puolet (50 %) sepelvaltimoiden pallolaajennuksessa. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen pääsyä odotti vastaajista 16 %, kun taas ohitusleikkauksesta oli toipumassa 11 % vastaajista.

Taulukko 3. Vastaajien tilanne sepelvaltimotaudin hoidon suhteen.

Tutkimusajankohtaa kuvaava tilanne	n	%
Lääkehoito angina pectoris kipuihin	20	19
Toipuu sydäninfarktista	11	11
Odottaa pääsyä sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen	1	1
On tehty sepelvaltimoiden varjoainekuvauksen	61	58
On tehty sepelvaltimoiden pallolaajennus	53	50
Odottaa pääsyä sepelvaltimoiden ohitusleikkaukseen	17	16
On toipumassa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksesta	11	11

Sepelvaltimotaudin lisäksi vastaajilla oli sairauksia, jotka on esitelty taulukossa 4. Eniten vastaajat sairastivat verenpainetauti (57 %). Noin neljänneksellä vastaajista oli diabetes (27 %) tai tuki- ja liikuntaelinsairaus (24 %). Vastaajista viidesosalla (20 %) oli vähintään kolme taulukossa mainituista sairauksista.

Taulukko 4. Vastaajien perussairauksia.

Todettu sairaus	n	%
Verenpainetauti	54	57
Diabetes	26	27
Astma tai jokin muu keuhkosairaus	7	7
Tuki- ja liikuntaelinsairaus	23	24
Vatsan tai suoliston sairaus	9	10
Jokin syöpäsairaus	9	10
Aivoverenkiertohäiriö	6	6
Masennus	15	16
Ei muita sairauksia	17	18

5.2 Sepelvaltimotautipotilaiden perheiltään saama sosiaalinen tuki

Puolisoiden antamaa sosiaalista tukea oli arvioinut 57 vastaajaa. Summamuuttujien jakauman tarkastelussa havaittiin, että puolisoiden antama sosiaalinen tuki oli oikealle vinoutunut eli puolisoiden antamaa sosiaalista tukea oli saatu runsaasti (ka=150, Md= 161). Eniten saatiin emotionaalista tukea (ka=52, Md=57), mutta lähes yhtä paljon puolisoilta saatiin konkreettista (ka=50, Md=53) ja informatiivista (ka=49, Md=53) tukea myös. (Taulukko5.)

Lapsiltaan saamaansa sosiaalista tukea oli arvioinut 40 vastaajaa. Summamuuttujien vinous ja huipukkuus laskelmien avulla tarkasteltuna luokiteltiin lasten antama konkreettinen ja informatiivinen tuki normaalisti jakautuneiksi. Lasten antaman sosiaalisen kokonaistuen (ka=143, Md=150) sekä emotionaalisen tuen (ka=52, Md=56) summamuuttujat olivat oikealle vinoutuneita, mikä tarkoittaa, että tukea saatiin runsaasti. Seuraavassa taulukossa 5. on esitetty saadun sosiaalisen tuen keskeiset tilastolliset arvot.

Taulukko 5. Perheen antaman sosiaalisen tuen keskeiset tilastolliset arvot.

Tuen antaja Sosiaalinen tuki	k-a	Medi- aani	Ala- kvartiili	Ylä- kvar- tiili	Asteikko
Puoliso (n=57)					
Konkreettinen tuki	50,05	53	45	59	24-60
Informatiivinen tuki	49,29	53	44	59	24-60
Emotionaalinen tuki	51,85	57	46	60	24-60
Kokonaistuki	150,11	161	133	174	72-180
Lapsi tai lapset (n=40)					
Konkreettinen tuki	45,21	47	40	54	24-60
Informatiivinen tuki	46,43	49	42	55	24-60
Emotionaalinen tuki	53,00	56	48	60	24-60
Kokonaistuki	143,08	150	127	165	72-180

5.3 Sepelvaltimotautipotilaiden pelot ja ahdistuneisuus

Eniten vastaajat pelkäsivät sydänsairauden pahenemista, hoidon ja avun varassa olemista sekä terveydentilan pysyvää huononemista. Neljäsosa (25 %) vastan-
neista pelkäsi sydänsairauden pahenemista paljon, suunnilleen kolmasosa pelkäsi
sitä vähän (34 %) ja noin kolmasosa (31 %) pelkäsi sitä jonkin verran. Vastaajista
hoidon ja avun varassa olemista kohtaan oli hieman reilulla kolmanneksella (36
) paljon pelkoja, noin neljäsosalla (24 %) jonkin verran pelkoja ja neljäsosalla
(25 %) vähän pelkoja. Terveydentilan pysyvä huononeminen pelotti suunnilleen
kolmasosaa paljon (31 %), kolmasosaa vähän (34 %) ja neljäsosaa jonkin verran
(26 %). Vähiten pelkoa koettiin sepelvaltimoiden varjoainekuvausta kohtaan, sil-
lä reilusti yli puolet (66 %) ei pelännyt sitä lainkaan. Tämä selittyy varmaankin
suurimmaksi osaksi sillä, että yli puolelle vastaajista (58 %) oli sepelvaltimoiden
varjoainekuvaus tehty, ja vain yksi vastaaja odotti pääsyä varjoainekuvaukseen.
Taulukossa 6 on esitetty vastaajien pelkojen prosentuaaliset ja frekvenssi osuu-
det.

Taulukko 6. Sepelvaltimotautipotilaiden pelot.

Pelon kohde	Ei pelkoa % (n)	Vähän pelkoja % (n)	Jonkin verran pelkoja % (n)	Paljon pelkoja % (n)	Yhteensä % (n)
(Asteikon luokittelu)	(1)	(2-4)	(5-7)	(8-10)	
Arkielämästä selviytyminen	34 (32)	48 (45)	12 (11)	6 (6)	100 (94)
Työstä selviytyminen	27 (23)	45 (39)	14 (12)	14 (12)	100 (86)
Sydänsairauden paheneminen	10 (9)	34 (32)	31 (29)	25 (24)	100 (94)
Sairaalaan joutuminen	37 (35)	37 (35)	17 (16)	10 (9)	100 (95)
Taloudelliset ongelmat	35 (33)	35 (33)	18 (17)	12 (11)	100 (94)
Kuolema	40 (38)	38 (36)	14 (13)	8 (8)	100 (95)
Sydäninfarkti	18 (17)	31 (29)	32 (30)	20 (19)	100 (95)
Rintakivut	18 (17)	37 (35)	23 (22)	22 (21)	100 (95)
Läheisten huolestuminen	14 (13)	36 (34)	36 (34)	15 (14)	100 (95)
Sairauden aiheuttama epävarmuus	12 (11)	40 (38)	28 (27)	20 (19)	100 (95)
Sepelvaltimoiden varjoainekuvaus	66 (63)	27 (26)	3 (3)	3 (3)	100 (95)
Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus	35 (33)	33 (31)	15 (14)	17 (16)	100 (94)
Toisten hoidon/avun varassa oleminen	15 (14)	25 (24)	24 (23)	36 (34)	100 (95)
Sukupuolielämän ongelmat	33 (31)	31 (29)	26 (25)	11 (10)	100 (95)
Yksinäisyys ja turvattomuus	24 (23)	46 (43)	18 (17)	12 (11)	100 (94)
Terveystilan pysyvä huononeminen	10 (9)	34 (32)	26 (25)	31 (29)	100 (95)
Vapaa-ajan toiminnoista luopuminen	12 (11)	40 (38)	31 (29)	18 (17)	100 (95)

Sepelvaltimotautipotilaiden pelkojen summamuuttujan tarkastelussa vinous (2,12) ja huipukkuus (-0,437) arvojen perusteella luokiteltiin pelkojen jakauma normaalijakautuneeksi (Taulukko 7). Jakauman muotoa tarkasteltaessa pelkojen kokeminen näyttäytyi hieman vasemmalle vinona eli vähäisten pelkojen esiintyminen oli hieman runsaampaa kuin voimakkaiden pelkojen (Liite 4).

Taulukko 7. Vastaajien ahdistuneisuuteen ja pelkoihin liittyvät keskeiset tilastolliset arvot.

Tilastollisia arvoja	Tilanne-ahdistuneisuus (STATE-A) (n=87)	Ahdistuneisuus-taipumus (TRAIT-A) (n=90)	Pelot (n=83)
Keskiarvo (ka)	41,38	41,66	68,08
Mediaani (Md)	40,00	40,00	63,00
Vinous	,652	,441	.560
Vinouden keskivirhe	,258	,254	.264
Huipukkuus	,050	-,432	-.437
Minimi	26	21	17
Maksimi	66	71	142
Keskihajonta	9,06	11,44	30,64
Mittarin asteikon vaihteluväli	20 – 80	20 – 80	17-170

Ahdistuneisuuden osalta tarkasteltiin erikseen tilanneahdistuneisuutta (STATE-A) ja ahdistuneisuustaipumusta (TRAIT-A). Molempiin ahdistuneisuuden tuntemuksiin liittyviä keskeisiä tilastollisia arvoja on esitetty Taulukossa 7. Jakauman muodon sekä vinous (1,74) ja huipukkuus (-0,432) arvojen perusteella ahdistuneisuustaipumus luokiteltiin odotusarvojen molemmiin puolin jakautuneeksi eli normaalijakautuneeksi (Liite 5). Tilanneahdistuneisuuden osalta jakauman muoto katsottiin vasemmalle vinoksi eli lievää ahdistuneisuutta esiintyi useammin kuin voimakasta ahdistuneisuutta (Liite 6). Luokittelun perusteella lähes puolet vastaajista (49 %) oli lievästi ja melkein saman verran oli (46 %) kohtalaisesti tilanneahdistunut. Ahdistuneisuustaipumusta oli lähes puolella vastaajista lievänä (47 %) ja reilulla kahdella viidesosalla kohtalaisena (45 %). Voimakkaan ahdistuneis-

suuden osuus jäi luokittelun perusteella vähäiseksi. Taulukossa 8 on esitetty ahdistuneisuutta kuvaava luokittelun mukainen tilanne.

Taulukko 8. Sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuuden luokittelu

Ahdistuneisuus ja sen voimakkuus	Tilanne-ahdistuneisuus (STATE-A) % (n)	Ahdistuneisuus-taipumus (TRAIT-A) % (n)
Lievää ahdistuneisuutta	49 (43)	47 (42)
Kohtalaista ahdistuneisuutta	46 (40)	45 (42)
Voimakasta ahdistuneisuutta	5 (4)	8 (7)
Yhteensä	100 (87)	100 (90)

5.4 Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman sosiaalisen tuen, pelkojen ja ahdistuneisuuden yhteys taustamuuttujiin

Vastaajien iällä, sukupuolella, peruskoulutuksella, ammattikoulutuksella tai työtilanteella ei todettu tilastollista yhteyttä puolisoilta saatuun sosiaaliseen tukeen. Siviilisäädyn ja asuinkumppanin suhteen ei tarkastelua voitu tehdä, sillä puolisoilta saamansa sosiaalisen tuen osalta oli vastanneiden joukossa vain yksi naimaton, eronnut tai leski ja yksi ilman asuinkumppania asuva. (Liite1.)

Sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.009$) yhteys vastaajien lapsiltaan saamaan konkreettiseen tukeen. Naiset ($k_a=50$, $k_h=6,9$) saivat lapsiltaan enemmän konkreettista tukea kuin miehet ($k_a=43$, $k_h=11,3$). Myös kokonaistuen osalta todettiin, että sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys lasten antamaan sosiaaliseen tukeen ($p=0.044$). Naiset ($M_d=158$, $Q_1=144$, $Q_3=165$) saivat lapsiltaan enemmän sosiaalista tukea kuin miehet ($M_d=144$, $Q_1=101$, $Q_3=160$). (Liite 2.)

Ammattikoulutuksella oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.045$) yhteys lasten antamaan sosiaalisen kokonaistukeen. Tilastollisesti eniten lapsilta sosiaalista tukea saivat ammattikurssin tai muita kursseja käyneet ($M_d=165$, $Q_1=145$, $Q_3=167$) ja

vähiten lasten sosiaalista tukea saivat ammattikoulututkinnon suorittaneet (Md=127, Q1=99, Q3=144). (Liite2.)

65 -vuotiailla tai nuoremmilla (ka=74,9, kh=31,6) oli tilastollisesti merkitsevästi (p=0.03) enemmän pelkoja kuin 66 vuotiailla tai vanhemmilla (ka=60,4, kh=27,9) vastaajilla. Sukupuolella, parisuhteella, asuinkumppanilla, pohjakoulutuksella, ammattikoulutuksella ja työtilanteella ei ollut yhteyttä vastaajien kokemiin pelkoihin. (Liite 3.)

Ahdistuneisuuden osalta tarkasteltiin erikseen tilanneahdistuneisuutta ja ahdistuneisuustaipumusta. Tilanneahdistuneisuutta ilmeni tilastollisesti merkitsevästi (p=0.038) enemmän 65 vuotiailla tai nuoremmilla (Md=41, Q1=35, Q3=51) kuin 66 vuotiailla tai vanhemmilla (Md=39, Q1=32, Q3=44). Sukupuolella, parisuhteella, asuinkumppanilla, peruskoulutuksella ja ammattikoulutuksella ei ollut yhteyttä tilanneahdistuneisuuden kokemiseen. Eläkkeellä (Md=39, Q1=32, Q3=43) olevilla vastaajilla ilmeni tilastollisesti merkitsevästi (p=0.039) vähemmän tilanneahdistuneisuutta kuin niillä, jotka olivat sairauslomalla, työttömänä tai työssäkäyviä (Md=43, Q1=38, Q3=55). (Liite3.)

Vastaajien iällä oli tilastollisesti merkitsevä (p=0.042) yhteys ahdistuneisuustaipumukseen. Nuoremmilla vastaajilla (ka=43,9, kh=13,15) oli enemmän ahdistuneisuustaipumusta kuin vanhemmilla vastaajilla (ka=39,1, kh=8,56). Muilla tarkastelussa mukana olleilla taustamuuttujilla ei havaittu tilastollista yhteyttä ahdistuneisuustaipumukseen. (Liite 3.)

5.5 Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman tuen yhteys pelkoihin ja ahdistuneisuuteen.

Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltään saaman tuen yhteyttä potilaiden pelkoihin ja ahdistuneisuuteen on tarkasteltu korrelaatiokertoimen perusteella (Taulukot 9 ja 10). Lisäksi tähän liittyvä korrelaatiomatriisi on esitetty Liitteessä 7. Puolison antamalla emotionaalisella tuella oli kohtalainen, merkitsevä negatiivinen

korrelaatio sekä tilanneahdistuneisuuteen ($r = -.320$, $p = .009$) että ahdistuneisuustaipumukseen ($r = -.308$, $p = .009$). Toisin sanoen puolison antaman emotionaalisen tuen lisääntyessä ahdistuneisuus vähenee. Sen sijaan puolisolta saadulla informatiivisella, konkreettisella ja kokonaistuella oli heikko negatiivinen korrelaatio ahdistuneisuuteen ja pelkoon eli merkittävää yhteyttä ei ollut. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Puolisolta saatuun sosiaaliseen tukeen, pelkoihin ja ahdistuneisuuteen liittyvät korrelaatioarvot.

Sosiaalinen tuki	Korrelaatioarvot	Pelot	Tilanne-ahdistuneisuus	Ahdistuneisuus taipumus
Informatiivinen tuki	Korrelaatiokerroin	-0,166	-0,245	-,274*
	p-arvo	0,204	0,204	0,026
	N	60	63	66
Konkreettinen tuki	Korrelaatiokerroin	-0,125	-0,131	-0,183
	p-arvo	0,382	0,341	0,173
	N	51	55	57
Emotionaalinen tuki	Korrelaatiokerroin	-,259*	-,320**	-,308**
	p-arvo	0,04	0,009	0,009
	N	63	66	70
Kokonaistuki	Korrelaatiokerroin	-0,175	-0,213	-,267*
	p-arvo	0,228	0,126	0,049
	N	49	53	55

Lasten antamalla sosiaalisella tuella ($r = -.490$, $p = .002$) oli kohtalainen, merkittävä negatiivinen korrelaatio ahdistuneisuustaipumukseen. Toisin sanoen lapsilta saadun sosiaalisen tuen lisääntyessä ahdistuneisuustaipumus vähenee. Lapsilta saadulla sosiaalisella tuella oli heikko negatiivinen korrelaatio tilanneahdistuneisuuteen ja pelkoihin eli merkittävää yhteyttä ei ollut. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Lapsilta saatuun sosiaaliseen tukeen, pelkoihin ja ahdistuneisuuteen liittyvät korrelaatioarvot.

Sosiaalinen tuki	Korrelaatioarvot	Pelot	Tilanne-ahdistuneisuus	Ahdistuneisuus taipumus
Informatiivinen tuki	Korrelaatiokerroin	-0,248	-0,299	-,405**
	p-arvo	0,123	0,054	0,007
	N	40	42	43
Konkreettinen tuki	Korrelaatiokerroin	-0,114	-0,203	-0,309
	p-arvo	0,501	0,208	0,052
	N	37	40	40
Emotionaalinen tuki	Korrelaatiokerroin	-0,208	-0,158	-,328*
	p-arvo	0,186	0,301	0,026
	N	42	45	46
Kokonaistuki	Korrelaatiokerroin	-0,217	-0,276	-,490**
	p-arvo	0,217	0,098	0,002
	N	34	37	37

Puolisolta tai lapsilta saadulla sosiaalisella tuella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaajien pelkoihin. Sen sijaan mitä enemmän vastaajilla oli tilanneahdistuneisuutta ($r=.636$, $p=.000$) ja ahdistuneisuustaipumusta ($r=.594$, $p=.000$) sitä pelokkaampia he olivat. Ne vastaajat, joilla ilmeni eniten ahdistuneisuustaipumusta, olivat voimakkaimmin tilanneahdistuneita ($r=.869$, $p=.000$). Huomioitava havainto tässä tutkimuksessa on, että mitä enemmän vastaajat saivat puolisoltaan sosiaalista tukea, sitä enemmän he saivat sitä myös lapsiltaan ($r=.679$, $p=.000$). (Liite 7.)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tämän tutkimuksen validiutta eli mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata, on pyritty lisäämään ottamalla mukaan aikaisemmin testattuja ja käytössä olleita mittareita. Aikaisemmin käytössä olleilla mittareilla saadut tulokset antavat mahdollisuuden arvioida tämän tutkimuksen tulosten samansuuntaisuutta niiden suhteen, jolloin mittaamisen reliabiliteetti eli mittarin kyky tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia vahvistuu. Mittarien toimivuutta ja luotettavuutta kehitettiin esitestaamalla kyselylomake ennen varsinaista käyttöä. Luotettavuuden kannalta tämän tutkimuksen ongelmana on, että tutkija ei voi tarkentaa vastauksiin liittyvää tietoa. Vastaajien yksilölliset tulkinnat kyselylomakkeen kysymyksistä voivat jossain määrin vaikuttaa tutkimustietoihin. (Heikkilä 1999, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Seuraavaksi arvioidaan tämän tutkimuksen luotettavuutta mittareiden, otannan ja otoksen sekä tutkimustulosten ja mittaamisen osalta.

Mittareiden luotettavuus

”Perheen tuki” –mittari on Koivulan, Kaunosen ja Tarkan (2005) kehittämän sosiaalisen tuen mittarin pohjalta rajattu tähän tutkimukseen mittaamaan perheeltä eli puolisoilta ja lapsilta saatua konkreettista, informatiivista, emotionaalista sekä kokonaisuutena sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen mittaria on testattu lukioikäisillä nuorilla (Koivula ym. 2005) sekä ohitusleikkauspotilailla (Koivula ym. 2010), ja molemmissa tutkimuksissa se on osoittautunut sisäisesti johdonmukaiseksi. Tässä tutkimuksessa sisäistä johdonmukaisuutta kuvaavat Cronbachin alfa-arvot vaihtelivat puolison antaman konkreettisen, informatiivisen, emotionaalisen ja kokonaissosiaalisen tuen osalta välillä 0,91 – 0,98 ja lasten osalta välillä 0,93 – 0,97. Nämä arvot osoittivat mittarin hyvää sisäistä johdonmukaisuutta. Tässä tutkimuksessa ei korvattu ”Perheen tuki” –mittarin yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja, mikä saattaa heikentää mittarin tulosten luotettavuutta. Yksittäisten muut-

tujien korvaamisen jälkeen tulokset olisivat saattaneet jonkin verran poiketa nyt esitetyistä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Heikkilä 1999, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

”Sepelvaltimotautipotilaiden pelot” –mittari on kahden suomalaistutkijan ohitusleikkauspotilailla käyttämien mittareiden pohjalta jatkokehitetty mittari. Mittari perustuu pelon käsitteen määritelmään, mikä vahvistaa mittarin sisältövaliditeettia. Mittarissa on 17 kohtaa, joiden mukanaolo on hyvin perusteltua aikaisempien tutkimustulosten pohjalta tehden mittarista riittävän kattavan (Heikkilä 1998, Koivula 2002, Fitzsimons ym. 2003, Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Theobald & McMurray 2004, Hartford 2005, Mooney ym. 2007). Mittarin antamat tulokset olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia verrattaessa niitä aikaisempiin tutkimustuloksiin, minkä takia mittaria voidaan pitää reliabelina. Ennen kuin mittarista muodostettiin summamuuttuja, tarkistettiin yksittäisistä muuttujista Cronbachin alfa-arvon (0,93) avulla sisäinen johdonmukaisuus. Tämä tarkastelu osoitti, että tämän mittarin eri arviointikohteet mittaavat pelon käsitettä ja korreloivat keskenään hyvin johdonmukaisesti. Tässä tutkimuksessa ei korvattu ”Sepelvaltimotautipotilaiden pelot” –mittarin yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja, mikä saattaa heikentää mittarin tulosten luotettavuutta. Esitetyt tulokset olisivat saattaneet olla erilaisia yksittäisten muuttujien korvaamisen jälkeen. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Heikkilä 1999, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

STAI-ahdistuneisuusmittari on sekä kansainvälisesti että Suomessa paljon käytetty ja validiksi todettu mittari. Heikkilä (1998) on takaisinkäännös menetelmää käyttäen kääntänyt mittarin, jota Koivula (2002) käytti myös väitöskirjassaan. Molemmat edellä mainitut suomalaistutkijat ovat todenneet mittarin toimivan hyvin suomalaisilla sydänpotilailla, joten mittari valittiin tähän tutkimukseen sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuutta kuvaamaan. Tässä tutkimuksessa mittari STATE-A osion Cronbachin alfa-arvo oli 0,91 ja TRAIT-A osion Cronbachin alfa-arvo oli 0,93, mikä osoittaa, että mittari mittaa ahdistuneisuuden käsitettä sisäisesti johdonmukaisesti. Mittarin luotettavuutta lisäsi myös se, että sen antamat tulokset tässä tutkimuksessa olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Tässä tutkimuksessa ei korvattu STAI-

ahdistuneisuusmittarin yksittäisten muuttujien puuttuvia arvoja, mikä saattaa heikentää mittarin tulosten luotettavuutta. Esitetyt tulokset olisivat saattaneet poiketa nykyisistä yksittäisten muuttujien korvaamisen jälkeen. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Heikkilä 1999, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Otannan ja otoksen arviointia

Tutkimukseen osallistuneet potilaat rekrytoitiin yhden sairaalan kardiologisilta vuodeosastoilta, kardiologisesta yksiköstä sekä kuntoutus- ja informaatioryhmistä. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki tutkimukseen ja hoitotieteen laitoksen hankkeeseen halukkaat osallistujat, joilla oli diagnosoitu sepelvaltimotauti. Aineiston keruuaikana, kesäkuu 2009 – maaliskuu 2010, ei tavoitettu kaikkia sepelvaltimotautipotilaita osaston kiireiden sekä kuntoutuskoordinaattorin työkiireiden ja lomien takia. Kaikki kutsutut sepelvaltimotautipotilaat eivät myöskään osallistuneet kuntoutus- ja informaatioryhmiin. Edellä mainitut seikat voivat vaikuttaa otoksen edustavuuteen. Jonkin verran otoksen edustavuuteen voi myös vaikuttaa se, että osa potilaista kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen ja osa ei palauttanut kyselylomaketta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tutkimuksen kato eli tutkimukseen lupautuneiden vastaamatta jättäneiden osuus oli 18 %, mitä voidaan pitää pienenä. Tässä tutkimuksessa ei tehty uusinta kyselyjä kadon pienentämiseksi. Koska tämän tutkimuksen kato oli pieni, voidaan sen katsoa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeeseen vastanneet olivat jaksaneet vastata kysymyksiin hyvin, vaikka kyselylomake sisälsi 15 sivua. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Heikkilä 1999, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tutkimustulosten ja mittaamisen luotettavuus

Tähän tutkimukseen osallistuneita rekrytoitiin erilaisista tilanteista ja ryhmistä, joissa sepelvaltimotautiasairastavat voivat olla. Tämä monipuolisuus lisää tutkimustulosten mahdollista yleistämistä koskemaan muitakin sepelvaltimotautipoti-

laita. Myös se, että vastausprosentti oli hyvä ja otos oli taustatietojen perusteella perusjoukkoa edustava, parantaa tämän tutkimuksen tulosten ulkoista luotettavuutta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tutkimuksia, joissa on tutkittu sepelvaltimotautipotilaiden pelkoja ja ahdistuneisuutta sekä saatua sosiaalista tukea käytettiin vertailussa, kun arvioitiin tutkimuksen tuloksia. Tämän tutkimuksen tulokset olivat monilta osin samansuuntaisia kuin muidenkin vastaavanlaisten tutkimusten tulokset (esim. Koivula 2002, Lett ym. 2009) eli niitä voidaan pitää luotettavina. (Heikkilä 1999.)

Tutkimustulosten objektiivisuutta edistää se, ettei tutkija ole minkäänlaisessa henkilökohtaisessa kontaktissa vastaajiin. Tutkijan on pyrkinyt esittämään tutkimustulokset objektiivisesti suhtautumalla kaikkiin tutkimuksen kohteena oleviin muuttujiin tasa-arvoisesti. Tämän tutkimuksen tietosuoja säilytettiin koodaamalla tutkimusyksiköt numeroittain, eikä tutkija ole ottanut potilaiden nimiä tai sosiaaliturvatunnuksia missään vaiheessa tutkimustietoihinsa mukaan. (Erätuuli ym. 1994, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, Heikkilä 1999, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa puolisoilta saatua tukea olivat vastaajat arvioineet eniten. Suurin osa tutkimukseen vastanneista asui parisuhteessa eli valtaosalla oli mahdollista saada sosiaalista tukea puolisoiltaan. Sekä Koivulan (2002) että Rantasen (2009) tutkimuksissa puolison antama tuki koettiin merkitykseltään voimakkaampana kuin muiden tukiverkoston jäsenten tuki. Tässä tutkimuksessa sekä Rantasen (2008) tutkimuksessa tuloksina oli, että potilaat saivat keskimäärin melko paljon sosiaalista tukea ja arvioivat saamansa emotionaalisen tuen osuuden suurimmaksi.

Muutamissa sepelvaltimotautipotilaita käsittelevissä tutkimuksissa on tullut esille, että naiset saavat vähemmän sosiaalista tukea (Husak ym. 2004, Boutin-Foster

& Alexander 2006, Koivunen ym. 2007, Contrada ym. 2008) ja naiset ovat usein sosiaalisesti eristäytyneempiä kuin miehet (Keskimäki ym. 2004, Eastwood & Doering 2005). Sukupuolten välinen ero sosiaalisen tuen osalta näyttöä tässä tutkimuksessa niin, että naiset saivat lapsiltaan enemmän konkreettista ja kokonaisvaltaista sosiaalista tukea kuin miehet. Tämä osittain selittyy vastaajien taustatiedoilla, sillä vastanneista miehistä enemmistö eli parisuhteessa (90 %), kun taas vastanneista naisista lähes puolet (46 %) ei ollut parisuhteessa. Tämä tulos kuvaa sitä, että parisuhteessa elävät miehet saavat tukea vaimoiltaan, kun taas yksin asuvat naiset saavat tukea lapsiltaan. Muutamissa tutkimuksissa on ilmennyt sama asia niin, että naiset saavat sosiaalista tukea tyttäreltään ja miehet puolisoiltaan (Kloos & daly 2008, Gallagher ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa vastaajat pelkäsivät eniten sydänsairauden pahenemista, toisten hoidon ja avun varassa olemista sekä terveydentilan pysyvää huononemista. Sydänsairauden pahenemiseen liittyvinä pelkoina on ilmennyt aikaisemmissa tutkimuksissa sydäninfarktin kokemisen pelko, sairauden tuoman epävarmuuden aiheuttamat pelot sekä pelot sydäntapahtumasta (Heikkilä 1998, Koivula 2002, Higgins ym. 2007, Mooney ym. 2007, Gallagher 2008). Toisten hoidon ja avun varassa olemista on aikaisemmissa tutkimuksissa kuvattu hoitoprosessiin antautumiseen liittyvänä pelkona tai sairaalapotilaaksi joutumisen pelkona (Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Lampi 2005). Terveydentilan pysyvää huononemista on aikaisemmissa tutkimuksissa ilmennyt kuvauksina peloista toimintakykyyn liittyen sekä pelkona tulevaisuudessa selviämistä kohtaan (Fitzsimons ym. 2003, Koivula & Åstedt-Kurki 2004, Theobald & McMurray 2004). Koivulan (2002) tutkimuksessa voimakasta pelkoa koettiin leikkauksesta kuntoutumisvaiheessa terveyden huononemista kohtaan. Tässä tutkimuksessa sukupuolielämään liittyviä pelkoja oli jonkin verran noin neljäsosalla vastanneista (26 %). Sepelvaltimotautipotilaiden sukupuolielämään liittyvät pelot ovat tulleet esille myös muutamissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Koivula ym. 2001a, Kazemi-Saleh ym 2007, Kazemi-Saleh ym. 2008).

Friedmanin ja tutkimusryhmän (2006) tutkimuksessa tilanneahdistuneisuus pisteet vaihtelivat 20 – 63 välillä, tässä tutkimuksessa vastaavaa vaihtelua oli 22 –

66 välillä eli likipitään samoissa pisteissä vastaukset olivat. Friedmanin ja tutkimusryhmän (2006) tutkimuksessa vastaajista 45 %:lla oli merkittävää tilanneahdistuneisuutta. Denolletin ja tutkimusryhmän (2006) tutkimuksessa ilmeni 42 % vastaajista kliinisesti vakavaa ahdistuneisuusoireilua. Tässä tutkimuksessa vastaajien voimakas ahdistuneisuus oli vähäistä. Toisaalta Denolletin ja tutkimusryhmän (2006) tutkimuksessa aineisto oli sydänkirurgisessa toimenpiteessä olleita potilaita koskeva, mikä selittää korkeamman ahdistuneisuuden kokemisen. Useissa muissakin tutkimuksissa on havainnoitu, että potilaiden ahdistuneisuus on huomattavasti korkeampaa ennen ohitusleikkausta kuin sen jälkeen (Koivula 2002, Krannich ym. 2007, Szckely ym. 2007, Murphy ym. 2008b).

Tässä tutkimuksessa tuli ahdistuneisuuden osalta esille sama kuin useissa muissakin sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuutta koskevissa tutkimuksissa eli nuorimmat vastaajat olivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän ahdistuneita kuin vanhemmat vastaajat (Koivula 2002, Lavie & Milani 2006, Watkins ym. 2006, Contrada ym. 2008, Frasure-Smith & Lesperance 2008, Thombs & Ziegelstein 2008). Tutkimustulosta, jonka mukaan eläkkeellä olevilla ilmeni tilastollisesti merkitsevästi vähemmän tilanneahdistuneisuutta muun työtilanteen omaaviin verrattuna, ei aikaisempien tutkimusten osalta tuloksista löytynyt. Näiden tutkimustulosten linkittymistä toisiinsa voidaan pitää perusteltuna. Nuorimmat vastaajat ovat yleensä työelämässä mukana olevia, kun taas vanhemmat vastaajat ovat eläkkeellä. On loogista, että nuorempien sairastuminen krooniseen ja elämää jossain määrin rajoittavaan sairauteen, lisää heidän ahdistuneisuuttaan. Nuoremmat joutuvat pohtimaan työssä selviytymistään sekä perheensä toimeentuloa vakavan sairauden kohdatessa. Vanhemmilla vastaajilla taloudellinen tilanne on usein vakaampi, lapset aikuistuneet eikä heillä ole työpaineita ahdistamassa arkielämää. Vanhemmat, eläkkeellä olevat voivat myös pitää sairauden tuleamista osaksi elämää luonnollisempana seikkana kuin nuoremmat, sillä tämän päivän lääketieteen kehityksessä ilman perussairauksia olevia iäkkäämpiä henkilöitä pidetään harvinaisina.

Olisi voinut ajatella, että läheisten antamalla sosiaalisella tuella olisi vaikutuksensa sepelvaltimotautipotilaiden pelkoihin. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan

puolisolta tai lapsilta saadulla sosiaalisella tuella ollut merkitsevää yhteyttä vastaajien pelkoihin. Toisaalta esimerkiksi sairauden aiheuttaman epävarmuuden tai lähestyvään toimenpiteeseen liittyvät pelot voivat koskettaa sepelvaltimopotilaan lisäksi hänen puolisoaan ja lapsiaan, jolloin perheessä koetaan yhdessä pelkoa. Tällöin perhe jakaa pelon tunteen yhdessä, eikä pysty olemaan pelkojen suhteen suoranaisesti tukena toisilleen. Tämän päivän terveydenhuollon lyhyisiin hoitajaksoihin tulee sisällyttää koko perhettä koskevaa ohjausta ja neuvontaa, jonka avulla sepelvaltimotautipotilaan ja mahdollisesti hänen läheistensä pelkoja voidaan vähentää.

Puolison antaman emotionaalisen tuen lisääntyessä vastaajien ahdistuneisuus väheni. On loogista ajatella, että erityisesti emotionaalinen tuki, jolla välitetään toiselle ihmiselle positiivisia tunteita, helpottaa sepelvaltimotautipotilaiden ahdistuneisuutta. Lasten antamalla sosiaalisella tuella oli yhteys vastaajien ahdistuneisuustaipumukseen. Lapsilta saadun sosiaalisen tuen lisääntyessä ahdistuneisuustaipumus väheni. Edellä mainitut seikat viittaavat siihen, että juuri potilaan läheiset eli puoliso ja lapset, kykenevät hyvin tukemaan sepelvaltimotautipotilasta sosiaalisesti niin, että potilaan sairauden myötä kokema ahdistuneisuus helpottaa.

Pelokkuus ja ahdistuneisuus kulkivat käsi kädessä tulosten mukaan niin, että mitä enemmän vastaajilla oli ahdistuneisuutta sitä pelokkaampia he olivat. Tulosta voidaan tarkastella myös niin, että mitä pelokkaampi sepelvaltimotautipotilas oli, sitä ahdistuneempi hän myös oli. Näiden pelokkaiden ja ahdistuneiden sepelvaltimotautipotilaiden tunnistamisessa terveydenhuoltohenkilökunnalla on varmasti haasteita. Kun terveydenhuollossa kartoitetaan sepelvaltimotautipotilaiden sosiaalista tukiverkostoa, voidaan joukosta poimia ainakin puolisottomat erityistä huomiota tarvitseviin. Mielenkiintoinen havainto tässä tutkimuksessa on, että mitä enemmän vastaajat saivat puolisoltaan sosiaalista tukea, sitä enemmän he saivat sitä myös lapsiltaan. Tämän tuloksen voidaan otaksua kuvaavan perheiden sosiaalisten suhteiden kiinteyttä ja tukevan edelleen sitä, että mikäli sepelvaltimotautipotilaalla ei ole puolisoa, voidaan olettaa, että hän tarvitsee terveydenhuollon taholta enemmän sosiaalista tukea kuin puolisonsa kanssa elävä potilas tarvitsee.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että vastaajat saivat runsaasti sosiaalista tukea perheeltään. Eniten saatiin sekä lapsilta että puolisolta emotionaalista tukea. Tutkimukseen vastanneet pelkäsivät eniten hoidon ja avun varassa olemista, sydänsairauden pahenemista sekä terveydentilan pysyvää huononemista. Vastaajista oli 49 % lievästi ja 46 % kohtalaisesti tilanneahdistuneita. Ahdistuneisuustaipumusta oli vastaajista 47 %:lla lievänä ja 45 %:lla kohtalaisena.

Sosiaalisen tuen osalta sukupuolten välinen ero näyttäytyi tässä tutkimuksessa niin, että naiset saivat lapsiltaan enemmän konkreettista ja kokonaistukea kuin miehet. Tilastollisesti eniten lasten sosiaalista tukea saivat ammattikurssin tai muita kursseja käyneet ja vähiten tukea saivat ammattikoulututkinnon suorittaneet. Toisaalta ei ammatillista koulutusta omaavat ja korkeakoulututkinnon suorittaneet saivat lähes saman verran sosiaalista tukea lapsiltaan, joten selkeää johtopäätöstä koulutuksen merkityksestä sosiaaliseen tukeen ei voida tässä tutkimuksessa osoittaa.

Vastanneista 65-vuotiaat tai nuoremmat kokivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän ahdistuneisuutta ja pelkoja kuin 66-vuotiaat tai vanhemmat vastaajat. Tässä tutkimuksessa oli eläkkeellä olevilla tilastollisesti merkitsevästi vähemmän tilanneahdistuneisuutta kuin niillä, jotka olivat sairauslomalla, työttömiä tai työsäkäläisiä.

Puolison ja lasten antamalla sosiaalisella tuella oli merkitsevää yhteyttä vastaajien ahdistuneisuuteen. Puolison antaman emotionaalisen tuen lisääntyessä vastaajien ahdistuneisuus väheni. Lapsilta saadun sosiaalisen tuen lisääntyessä vastaajien ahdistuneisuustaipumus väheni. Huomioitava havainto tutkimuksessa oli, että puolison antaman sosiaalisen tuen lisääntyessä myös lasten antama sosiaalinen tuki lisääntyi.

8. KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Terveystieteiden tutkimuksessa tulisi hyödyntää potilaiden perheistä kumpuavia hoidon ja huolenpidon elementtejä. Sekä vähenevien sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien että potilaiden hyvinvoinnin takia tulee potilaan läheisten mahdollisuutta tarjota sosiaalista tukeaan kartoittaa ja tukea koko sepelvaltimotautipotilaan hoitoprosessin ajan. Hyvän sosiaalisen tuen avulla on mahdollista parantaa potilaiden hyvinvointia ja vähentää heidän sairaalahoidon tarvetta. Tarvitaan vielä kuitenkin tarkentavaa tutkimusta siitä, mitä on hyvä, auttava sosiaalinen tuki. Lisäksi olennaista olisi tutkia, miten perheen tarjoama, auttava sosiaalinen tuki vaikuttaa sepelvaltimotautipotilaiden selviytymiseen sairautensa kanssa.

Tulevaisuudessa on myös pyrittävä tunnistamaan sepelvaltimotautipotilaita, joiden ahdistuneisuus ja pelot ovat voimakkaita, jotta terveydenhuollossa voidaan kohdistaa erityisiä hoitomenetelmiä heitä tukemaan. Nuoriin työkäisiin ja puolisoittomiin sepelvaltimotautipotilaisiin on syytä kiinnittää erityyistä huomioita. Muidenkin vakavaan krooniseen sairauteen sairastuneiden kohdalla on syytä tutkia ahdistuneisuuden ja pelon tuntemuksia, sillä oletettavaa on, että sepelvaltimotautipotilaat eivät ole näiden tuntemusten kanssa ainoana potilasryhmänä. Mielienkiintoista olisi myös tarkastella erilaisten sepelvaltimotautia vastaavien kroonisten sairauksien kohdalla mahdollisia eroavaisuuksia tai yhteneväisyyksiä pelon ja ahdistuneisuuden sekä sosiaalisen tuen suhteen.

Jatkossa on olennaista kehittää systemaattinen järjestelmä, jonka avulla voidaan kartoittaa terveydenhuollossa eniten sosiaalista tukea tarvitsevat kroonisesti sairastavat potilaat. Myös kroonisesti sairaiden potilaiden perheiden voimavaroja ja tarvetta ulkopuoliseen, terveydenhuollon tarjoamaan sosiaaliseen tukeen tulee kartoittaa. Tärkeimpänä tutkimuskohteena lähitulevaisuudessa näkisin kuitenkin selvittää sen, mitä tai millaista on kroonisesti sairaita parhaiten auttava sosiaalinen tuki.

LÄHTEET

Artham SM, Lavie CJ & Milani RV. 2008. Cardiac rehabilitation programs markedly improve high-risk profiles in coronary patients with high psychological distress. *Southern Medical Journal* 101(3), 262-267.

Barnhill LR. 1979. Healthy Family Systems. *The Family Coordinator* 28, 94 - 100.

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(2), 185-193.

Boden-Albala B, Litwak E, Elkind MS, Rundek T & Sacco RL. 2005. Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology* 64(11), 1888-1892.

Boutin-Foster C. 2005. In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health & Quality of Life Outcomes* 3, 52.

Boutin-Foster C & Alexander J. 2006. Development and validation of the Tangible, Informational, and Emotional Social Support Survey. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 26(5), 307-313.

Brummett BH, Mark DB, Siegler IC, Williams RB, Babyak MA, Clapp-Channing NE & Barefoot JC. 2005. Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine* 67(1), 40-45.

Burns N & Grove S. 2005. *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MI: Elsevier Inc.

Cobb S. 1976. Social support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38, 301-314.

Contrada, R., Boulifard, D., Hekler, E., Idler, E., Spruill, T., Labouvie, E. & Krause, T. 2008. Psychosocial factors in heart surgery: Presurgical vulnerability and postsurgical recovery. *Health Psychology* 27(3), 309-319.

Denollet J, Pedersen SS, Ong AT, Erdman RA, Serruys PW & van Domburg RT. 2006. Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *European Heart Journal* 27(2), 171-177.

Denollet J, Martens EJ, Nyklicek I, Conraads VM & de Gelder B. 2008. Clinical events in coronary patients who report low distress: adverse effect of repressive coping. *Health Psychology* 27(3), 302-308.

Drory Y, Kravetz S & Weingarten M. 2000. Comparison of Sexual Activity of Women and Men After a First Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology* 11, 1283-1287.

Duncley M, Ellard D, Quinn T & Barlow J. 2008. Coronary artery bypass grafting: Patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7, 36-42.

Eastwood JA & Doering LV. 2005. Gender differences in coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing* 20(5), 340-51, 352-353.

Erätuuli M, Leino J & Yli-Luoma P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Egger E, Schmid JP, Schmid RW, Saner H & von Känel R. 2008. Depression and anxiety symptoms affect change in exercise capacity during cardiac rehabilitation. *Cardiovascular prevention & rehabilitation* 15 (6), 704-708.

Fitzsimons D, Parahoo K & Stringer M. 2000. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1243-1252.

Fitzsimons D, Parahoo K, Richardson SG & Stringer M. 2003. Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: a qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung* 32(1), 23-31.

Frasure-Smith N & Lesperance F. 2008. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Archives of General Psychiatry* 65(1), 62-71.

Friedmann E, Thomas SA, Liu F, Morton PG, Chapa D, Gottlieb SS & on behalf of the Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCH-HeFT) Investigators. 2006. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal* 152(5), 940-948.

Gallagher R, Marshall AP, Fisher MJ & Elliot D. 2008. On my own: Experiences of recovery from acute coronary syndrome for women living alone. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 37(6), 417-424.

Gothoni R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto. Julkaisuja 1990:2.

Grönroos, M. 2004. Johdatus tilastotieteeseen: kuvailu, mallit ja päättely. 2. painos. Helsinki: Finn Lectura.

Haarni I & Alanko A. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Halinen MO (1996) Akuutin sydäninfarktin lääkehoitojen sekundaaripreventiivinen hyöty. Suomen Lääkärilehti 51(6), 533-552.

Halme MA. 1990. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 1, 62-70.

Hartford K. 2005. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 459-468.

Heikkilä J. 1998. Patient fears and the assessment of fears related to coronary arteriography. *Acta Universitatis Tampere* no. 618. Väitöskirja.

Heikkilä J, Paunonen M, Virtanen V & Laippala P. 1999. Gender differences in fears related to coronary arteriography. *Heart & Lung* 28(1), 20-30.

Heikkilä T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. uud.painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Higgins RO, Murphy BM, Nicholas A, Worcester MU & Lindner H. 2007. Emotional and adjustment issues faced by cardiac patients seen in clinical practice: a qualitative survey of experienced clinicians. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention* 27(5), 291-297.

Hodiamont P. 1991. How normal are anxiety and fear? *The International Journal of Social Psychiatry* 37, 43-50.

Hofer S, Doering S, Rumpold G, Oldridge N & Benzer W. 2006. Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 13(3), 398-406.

Holopainen M & Pulkkinen P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

House J & Kahn R. 1985. Measures and Concepts of Social Support. *Social Support and Health*. Edited by Cohen S & Syme SL. Orlando FL: Academic Press, 83-108.

Hoyer J, Eifert GH, Einsle F, Zimmermann K, Krauss S, Knaut M, Matschke K & Kollner V. 2008. Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research* 64(3), 291-297.

Husak L, Krumholz HM, Lin ZQ, Kasl SV, Mattera JA, Roumanis SA & Vaccarino V. 2004. Social support as a predictor of participation in cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 24(1), 19-26.

Hämäläinen H (1992) *Sepelvaltimotaudin sekundaaripreventio ja kuntoutus. Kat-saus kirjallisuuteen*. Helsinki: Sydäntautiliitto.

Iivanainen A, Jauhiainen M & Pikkarainen P. 2006. *Sairauksien hoitaminen ter-veyttä edistäen*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Juvonen T. 2005. Parantava veitsi. *Sydänkirurgia*. Teoksessa: Liesinen K & Nii-tynpää T. (toim.) *Suomalaisten uusi sydänkirja*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 232-241.

Kaaja R. 2003. Naisten sepelvaltimotaudin vaaratekijät. *Duodecim* 119(24), 2436-2443.

Kamienski M. 2004. Family-Centered Care in the ED: A medical emergency is often a family affair. But are families assessed adequately in the ED? *American Journal of Nursing* 1, 59-62.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kardis P, Sherman M & Barnett SD. 2007. Association of age and quality of life following phase II cardiac rehabilitation. *Journal of Nursing Care Quality* 22(3), 255-259.

Karlsson H. 2008. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 239-276.

Kazemi-Saleh D, Pishgou B, Assari S. & Tavallaii SA. 2007. Fear of sexual intercourse in patients with coronary artery disease: a pilot study of associated morbidity. *Journal of Sexual Medicine* 4(6), 1619-1625.

Kazemi-Saleh D, Pishgou B, Farrokhi F, Assari S, Fotros A & Naseri H. 2008. Gender impact on the correlation between sexuality and marital relation quality in patients with coronary artery disease. *Journal of Sexual Medicine* 5(9), 2100-2106.

Keaton KA. & Pierce LL. 2000. Cardiac therapy for men with coronary artery disease. The lived experience. *Journal of Holistic Nursing* 18(1), 63-85.

Kervinen H. 2008. Sepelvaltimotauti (CHD): oireet, diagnoosi ja hoito. Lääkärin käsikirja, 20.3.2008.

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

Kettunen R, Kähäri-Wiik K, Vuori-Kemilä A & Ihalainen J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kettunen R. 2008. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 239-276.

Kinnunen U. 1993. Stressi ja sen hallinta. Teoksessa Kuusinen K-L (toim.) Terveyspsykologia. Juva: WSOY, 60-67.

Kivelä A. 2008. Pallolaajennus ja ohitusleikkaus. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H & Yli-Mäyry S. (toim.) Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 277-292.

Kloos JA & Daly BJ. 2008. Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical Care Nursing Quarterly* 31(2), 96-109.

Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka M-T, Tarkka M & Laippala, P. 2001a. Gender differences and fears in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 10(4), 538-549.

Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka M-T., Tarkka M. & Laippala, P. 2001b. Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart and Lung* 30(4), 302-311.

Koivula M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto, Tampere.

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

Koivula M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala P & Paunonen-Ilmonen M. 2002b. Fear and anxiety in patients at different time-points in the coronary artery bypass process. *International Journal of Nursing Studies* 39(8), 811-822.

Koivula M, Tarkka M-T, Tarkka M & Laippala, P. 2002c. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *Journal of Nursing Studies* 39 (4), 415-427.

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

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

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

Koivunen K, Isola A & Lukkarinen H. 2007. Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing* 16(4), 688-697.

Kovacs AH, Saidi AS, Kuhl EA, Sears SF, Silversides C, Harrison JL, Ong L, Colman J, Oechslin E & Nolan RP. 2009. Depression and anxiety in adult congenital heart disease: Predictors and prevalence. *International Journal of Cardiology* 137(2), 158-164.

Krannich JH, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T & Elert O. 2007. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* 7, 47.

Kubzansky LD, Davidson KW & Rozanski A. 2005. The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine* 67(1), 10-14.

Kumpusalo E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 8/1991. Helsinki: VAPK-kustannus, 132-140.

Laijärvi H & Kaunonen M. 2005. Summa-asteikot hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 17 (2), 89-96.

Laine M. 2008. Sydänsairauksien oireet. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 38-40.

Lampi H. 2005. Miehen sydäninfarktikoemus: Fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Diakonia-ammattikorkeakoulun Julkaisuja A, Tutkimuksia 12. Helsinki: Multiprint Oy.

Lavie CJ & Milani RV. 2006. Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Archives of Internal Medicine* 166(17), 1878-1883.

Lett HS., Blumenthal JA., Babyak MA., Catellier DJ., Carney RM., Berkman LF., Burg MM., Mitchell P., Jaffe AS. & Schneiderman N. 2009. Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *International Journal of Behavioral Medicine* 16(3), 248-258.

Locker D. 2008. Living with chronic illness. Teoksessa: Scambler G. (toim) *Sociology as Applied to Medicine*. 6.painos. Painettu Kiinassa: Yhteistyössä Elsevier, Book Aid International & Sabre Foundation, 83-96.

Lukkarinen H & Hentinen M. 2005. Sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaatu hoitotoimenpiteiden jälkeen. *Suomen Lääkärilehti* 39(60), 3845-3849.

Lukkarinen H & Kyngäs H. 2003. Experiences of the onset of coronary artery disease in a spouse. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2(3), 189-194.

McLain RM & Dashiff C. 2008. Family stress, family adaptation, and psychological well-being of elderly coronary artery bypass grafting patients. *DCCN - Dimensions of Critical Care Nursing* 27(3), 125-131.

Mooney M, Fitzsimons D & Richardson G. 2007. "No more couch-potato!" Patients' experiences of a pre-operative programme of cardiac rehabilitation for those awaiting coronary artery bypass surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6(1), 77-83.

Murphy BM, Elliott PC, Higgins RO, Le Grande MR, Worcester MU, Goble AJ & Tatoulis J. 2008a. Anxiety and depression after coronary artery bypass graft surgery: most get better, some get worse. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 15(4), 434-440.

Murphy BM, Elliott PC, Le Grande MR, Higgins RO, Ernest CS, Goble AJ, Tatoulis J & Worcester MU. 2008b. Living alone predicts 30-day hospital readmission after coronary artery bypass graft surgery. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 15(2), 210-215.

Mäkijärvi M. 2008a. Sydän ja verisuonisairauksien kustannukset. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 17-24.

Mäkijärvi M. 2008b. Sydän ja verisuonisairauksien kansanterveydellinen merkitys. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 16-17.

Nieminen MS. 2005. Ottaa sydäimestä. Sydäninfarkti ja sen hoito. Teoksessa: Liesinen K & Niitynperä T. (toim.) *Suomalaisten uusi sydänkirja*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 90-127.

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.

Ozkan O, Odabasi J, Ozcan U. 2008. Expected treatment benefits of percutaneous transluminal coronary angioplasty: the patient's perspective. *The International Journal of Cardiovascular Imaging* 24(6), 567-575.

Pedersen SS, Smith OR, De Vries J, Appels A & Denollet J. 2008a. Course of anxiety symptoms over an 18-month period in exhausted patients post percutaneous coronary intervention. *Psychosomatic Medicine* 70(3), 349-55.

Pedersen SS, Denollet J, van Gestel YR, Serruys PW & van Domburg RT. 2008b. Clustering of psychosocial risk factors enhances the risk of depressive symptoms 12-months post percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 15(2), 203-209.

Penttilä U-R. 2008. Arjessa selviytyminen ja hoidossa jaksaminen. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H. & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydän-sairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 117-135.

Penttilä U-R. 2005. Sepelvaltimotautiin sairastuneen kuntoutus. Teoksessa Haarni I & Alanko A. *Elämää sepelvaltimotaudin kanssa*. Helsinki: Edita Prima Oy, 134-139.

Pfiffner D & Hoffmann A. 2004. Psychosocial predictors of death for low-risk patients after a first myocardial infarction: a 7-year follow-up study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 24(2), 87-93.

Pischke CR, Scherwitz L, Weidner G & Ornish D. 2008. Long-term effects of lifestyle changes on well-being and cardiac variables among coronary heart disease patients. *Health Psychology* 27(5), 584-592.

Pohjola-Sintonen S. 2005. Naisen sydän. Naisten sydänsairauksien erityispiirteet. Teoksessa: Liesinen K & Niitynperä T. (toim.) Suomalaisten uusi sydänkirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 242-253.

Rankin SH, Butzlaff A, Carroll DL & Reedy I. 2005. FAMISHED for support: recovering elders after cardiac events. *Clinical Nurse Specialist* 19(3), 142-149.

Rantanen A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto: Tampere.

Rutledge T, Reis SE, Olson M, Owens J, Kelsey SF, Pepine CJ, Mankad S, Rogers WJ, Bairey Merz CN, Sopko G, Cornell CE, Sharaf B & Matthews KA. 2004. National Heart, Lung, and Blood Institute. Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: the National Heart, Lung, and Blood Institute-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosomatic Medicine* 66(6), 882-888.

Rutledge T, Linke SE, Olson MB, Francis J, Johnson BD, Bittner V, York K, McClure C, Kelsey S, Reis SE, Cornell CE, Vaccarino V, Sheps DS, Shaw LJ, Krantz DS, Parashar S & Merz CN. 2008. Social networks and incident stroke among women with suspected myocardial ischemia. *Psychosomatic Medicine* 70(3), 282-287.

Salokangas R. Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinenkehitys. Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:7. Turku 1977

Screeche-Powell C & Owen S. 2003. Early experiences of patients waiting to be accepted for CABG. *British Journal of Nursing* 12(10), 612-619.

Smith KM, Arthur HM, McKelvie RS & Kodis J. 2004. Differences in sustainability of exercise and health-related quality of life outcomes following home or hospital-based cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 11(4), 313-319.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg Pra & Jakobs GA. 1983. State-Trait Anxiety Inventory for Adults. Mind Garden: Palo Alto.

Steinke E. 2001. Sexual Counselling: After Myocardial Infarction. American Journal of Nursing 12, 38-44.

Strandberg T. 2005a. Tukokset pois. Valtimotaudit. Teoksessa: Liesinen K & Niitynperä T. (toim.) Suomalaisten uusi sydänkirja. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 44-73.

Strandberg T. 2005b. Sepelvaltimotaudin pahentumisen ehkäisy. Teoksessa Haarni I. & Alanko A. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita Prima Oy, 149-152.

Suomen kardiologisen seuran työryhmä: Sepelvaltimotaudin hoito 1992. Suomalainen Lääkärilehti 47(15), 1-79.

Szekely A, Balog P, Benko E, Breuer T, Szekely J, Kertai MD, Horkay F, Kopp MS & Thayer JF. 2007. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery--a 4-year follow-up study. Psychosomatic Medicine 69(7), 625-631.

Taipale V, Lehto J, Mäkelä M, Kokko S, Muuri A & Lahti T. (toim.) 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Talvitie U, Karppi SL & Mansikkamäki T. 1999. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Theobald K & McMurray A. 2004. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. Journal of Advanced Nursing 47(5), 483-491.

Thombs BD & Ziegelstein RC. 2008. Retrospective screening of patients for age of initial diagnosis of coronary artery disease: shouldn't we just ask? *Journal of Cardiovascular Nursing* 23(1), 79-81; author reply 81-83.

Uhari M & Nieminen P. 2001. *Epidemiologia & biostatistiikka*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ulvik B, Nygard O, Hanestad BR, Wentzel-Larsen T & Wahl AK. 2008. Associations between disease severity, coping and dimensions of health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography - a cross sectional study. *Health & Quality of Life Outcomes* 6, 38.

Vahtera, Jussi 1993. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. *Ryhmätyö* 22:4, 28-37.

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

Vanhanen H. 2005. Hengenahdistus ja sydänkouristus. Teoksessa: Liesinen K & Niitynperä T. (toim.) *Suomalaisten uusi sydänkirja*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 74-89.

Van der Poel A & Greeff AP. 2003. The influence of coronary bypass graft surgery on the marital relationship and family functioning on the patient. *Journal of Sex & Marital Therapy* 29, 61-77.

Vanhanen H & Mustonen 2005. Sepelvaltimotaudin hoidon kehitys. Teoksessa Haarni I & Alanko A. *Elämää sepelvaltimotaudin kanssa*. Helsinki: Edita Prima Oy, 14-20.

Vanhanen H & Penttilä U-R. 2005. Nainen – erilainen. Teoksessa Haarni I & Alanko A. *Elämää sepelvaltimotaudin kanssa*. Helsinki: Edita Prima Oy, 42-44.

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

Vizza J, Neatrour DM, Felton PM & Ellsworth DL. 2007. Improvement in psychosocial functioning during an intensive cardiovascular lifestyle modification program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention* 27(6), 376-83, 384-385.

Vural M, Acer M & Akbas B. 2008. The scores of Hamilton depression, anxiety, and panic agoraphobia rating scales in patients with acute coronary syndrome. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 8(1), 43-47.

Vural M, Sairoglu O, Akbas B, Goksel I & Karabay O. 2009. Coronary Artery Disease in Association with Depression or Anxiety : among Patients Undergoing Angiography to Investigate Chest Pain. *Texas Heart Institute journal* 36 (1), 17-23.

Wang W, Ying Chair S, Thompson DR & Twinn SF. 2009. A psychometric evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2436-2443.

Watkins LL, Blumenthal JA, Davidson JR, Babyak MA, McCants CB Jr & Sketch MH Jr. 2006. Phobic anxiety, depression, and risk of ventricular arrhythmias in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine* 68(5), 651-656.

Watkins LL, Blumenthal JA, Babyak MA, Davidson JRT, McCants CB, O'Connor C & Sketch MH. 2010. Phobic Anxiety and Increased Risk of Mortality in Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine* 72, 664-671.

Wilkinson P. 1995. A qualitative study to establish the self perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2, 77-86.

Winder PA, Hiltunen EF, Sethares KA & Butzlaff A. 2004. Partnerships in mending hearts: nurse and peer intervention for recovering cardiac elders. *Journal of Cardiovascular Nursing* 19(3), 184-91.

Yli-Mäyry S. 2008. Sepelvaltimokuvauksen tekeminen ja tutkimustulokset. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H & Yli-Mäyry S. (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 63-65 .

Young QR, Ignaszewski A, Fofonoff D & Kaan A. 2007. Brief screen to identify 5 of the most common forms of psychosocial distress in cardiac patients: validation of the screening tool for psychological distress. *Journal of Cardiovascular Nursing* 22(6), 525-234.

Liite 1. Puolisolta saadun sosiaalisen tuen ja vastaajien taustamuuttujien yhteyden kuvaamisessa käytetyt tilastolliset testiarvot.

Taustamuuttuja	Puolison konkreettinen tuki		Puolison informatiivinen tuki		Puolison emotionaalinen tuki		Puolison antama kokonaistuki	
	Md	p-arvo	Md	p-arvo	Md	p-arvo	Md	p-arvo
Sukupuoli		.347 (MW)		.205 (MW)		.419 (MW)		.384 (MW)
Nainen	51		50		56		160	
Mies	54		53		57		163	
Ikä		.926 (MW)		.514 (MW)		.977 (MW)		.987 (MW)
65 vuotta tai alle	54		54		57		161	
66 vuotta tai yli	52		51		56		161	
Työtilanne		.180 (MW)		.812 (MW)		.739 (MW)		
Eläkkeellä	54		53		57		164	
Työtön, sairauslomalla oleva tai työssä käyvä	49		53		56		157	
Pohjakoulutus		.110 (KW)		.320 (KW)		.287 (KW)		.111 (KW)
Kansa- tai kansalaiskoulu tai vähemmän	54		54		57		167	
Keski- tai peruskoulu	55		49		52		156	
Ylioppilas	46		51		51		149	
Ammattikoulutus		.490 (KW)		.827 (KW)		.488 (KW)		.119 (KW)
Ei koulutusta	52		51		56		155	
Ammattikurssi	54		54		59		172	
Ammattikoulututkinto	55		49		57		165	
Opistotason tutkinto	54		53		58		161	
Korkeakoulu	46		49		46		133	

MW=Mann-Whitneyn testi

KW= Kruskal-Wallis testin testi

Liite 2. Lapsilta saadun sosiaalisen tuen ja vastaajien taustamuuttujien yhteyden kuvaamisessa käytetyt tilastolliset testiarvot.

Taustamuuttuja	Lapsi konkreettinen tuki		Lapsi informatiivinen tuki		Lapsi Emotionaalinen tuki			Lapsen antama kokonaistuki		
	Ka (Kh)	p-arvo	Ka (Kh)	p-arvo	Md	(Q1,Q3)	p-arvo	Md	(Q1, Q3)	p-arvo
Sukupuoli		.009 (T)		.051 (T)			.160 (MW)			.044 (MW)
Nainen	50,2 (6,9)		50,2 (6,9)		57	(50, 59)		158	(144, 165)	
Mies	42,5 (11,3)		44,5 (12,3)		53	(40, 59)		144	(101, 160)	
Ikä		.441 (T)		.635 (T)			.581 (MW)			.902 (MW)
65 vuotta tai alle	46,3 (10,0)		47,1 (10,8)		54	(47, 59)		150	(118, 161)	
66 vuotta tai yli	43,7 (11,4)		45,6 (11,3)		57	(35, 59)		150	(95, 162)	
Siviilisääty		.504 (T)		.388 (T)			.183 (MW)			.407 (MW)
Parisuhteessa	44,7 (10,3)		45,7 (11,4)		55			150		
Ei parisuhteessa	47,5 (12,4)		49,1 (9,0)		59			157		
Asuminen		.736 (T)		.902 (T)			.620 (MW)			.677 (MW)
Yksin	12,2 (43,8)		8,7 (46,9)		59			147		
Jonkun kanssa	10,5 (45,4)		11,4 (46,3)		56			150		
Työtilanne		.554 (T)		.988 (T)			.690 (MW)			
Eläkkeellä	44,5 (10,7)		46,5 (10,0)		56	(42, 59)		149	(116, 164)	
Työtön, sairauslomalla oleva tai työssä käyvä	46,5 (10,6)		46,4 (12,9)		57	(47, 59)		153	(107,160)	
Pohjakoulutus		.268 (A)		.520 (A)			.163 (KW)			
Kansa- tai kansalaiskoulu tai vähemmän	47,2 (10,0)		47,9 (9,4)		58	(47, 60)		158	(126, 166)	
Keski- tai peruskoulu	45,2 (11,4)		46,1 (13,3)		54	(42, 60)		147	(99, 166)	
Ylioppilas	40,0 (10,0)		42,8 (11,2)		53	(42, 54)		143	(104, 150)	
Ammattikoulutus		.110 (A)		.226 (A)			.162 (KW)			
Ei koulutusta	40,7 (15,3)		47,0 (10,2)		60	(31, 46)		150	(87, 123)	
Ammattikurssi	50,1 (8,1)		50,6 (8,1)		58	(48, 59)		165	(145,167)	
Ammattikoulututkinto	40,0 (8,6)		40,9 (13,1)		55	(41, 58)		127	(99, 144)	
Opistotason tutkinto	41,8 (11,3)		43,5 (10,8)		54	(47, 59)		136	(125, 157)	
Korkeakoulu	42,8 (13,3)		44,2 (14,6)		52	(37, 54)		150	(89, 155)	

MW=Mann-Whitneyn testi

A=Anova

KW= Kruskal-Wallis testin testi

T=T-testi

Liite 3. Vastaajien pelkojen, ahdistuneisuuden ja taustamuuttujien yhteyden kuvaamisessa käytetyt tilastolliset testiarvot.

Taustamuuttuja	Kokonaispelko		Tilanneahdistuneisuus (STATE-A)	Ahdistuneisuustaipumus (TRAIT-A)		
	Ka (Kh)	p-arvo	Md	p-arvo	Ka(Kh)	p-arvo
Sukupuoli		.996 (T)		.390 (MW)		.681 (T)
Nainen	68,1 (33,5)		38		40,8 (11,1)	
Mies	68,1 (30,0)		40		41,9 (11,6)	
Ikä		.030 (T)		.038 (MW)		.042 (T)
65 vuotta tai alle	74,9 (31,6)		41			
66 vuotta tai yli	60,4 (27,9)		39			
Siviilisääty		.964 (T)		.541 (MW)		.561 (T)
Parisuhteessa	68,2 (28,3)		39		41,3 (11,1)	
Ei parisuhteessa	67,7 (40,1)		42		43,2 (13,1)	
Asuminen		.897 (T)		.565 (MW)		.492 (T)
Yksin	66,8 (42,6)		44		43,5 (13,5)	
Jonkun kanssa	68,3 (28,0)		39		41,3 (11,0)	
Työtilanne		.352 (T)		.039 (MW)		.173 (T)
Eläkkeellä	65,8 (30,1)		39		40,6 (10,8)	
Työtön, sairauslomalla oleva tai työssä käyvä	72,5 (31,8)		43		44,2 (12,6)	
Pohjakoulutus		.592 (A)		.636 (KW)		.641 (A)
Kansa- tai kansalaiskoulu tai vähemmän	70,1 (32,2)		40		42,5 (11,2)	
Keski- tai peruskoulu	67,8 (30,6)		40		40,4 (12,2)	
Ylioppilas	59,55 (23,8)		39		39,8 (11,8)	
Ammattikoulutus		.214 (A)		.895 (KW)		.891 (A)
Ei koulutusta	52,1 (25,0)		40		41,0 (9,4)	
Ammattikurssi	75,1 (29,9)		42		43,0 (10,3)	
Ammattikoulututkinto	74,1 (40,2)		37		40,6 (13,7)	
Opistotason tutkinto	64,6 (22,2)		40		42,7 (12,7)	
Korkeakoulu	67,6 (28,6)		39		39,4 (12,5)	

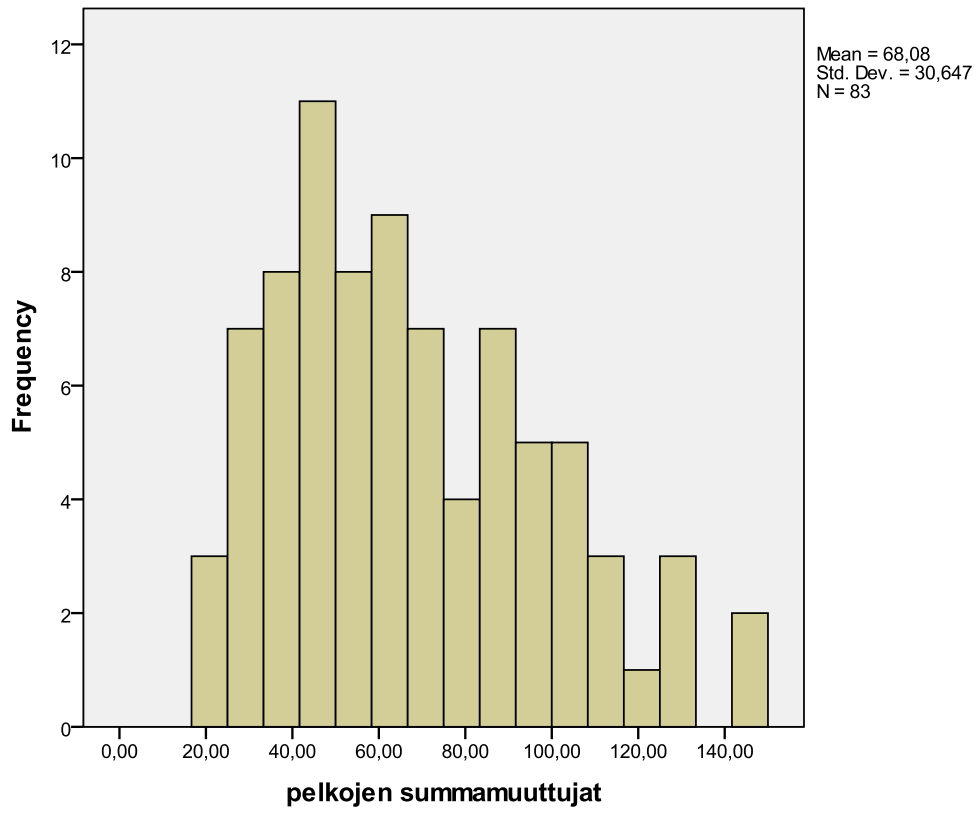
MW=Mann-Whitneyn testi

KW= Kruskal-Wallis testin testi

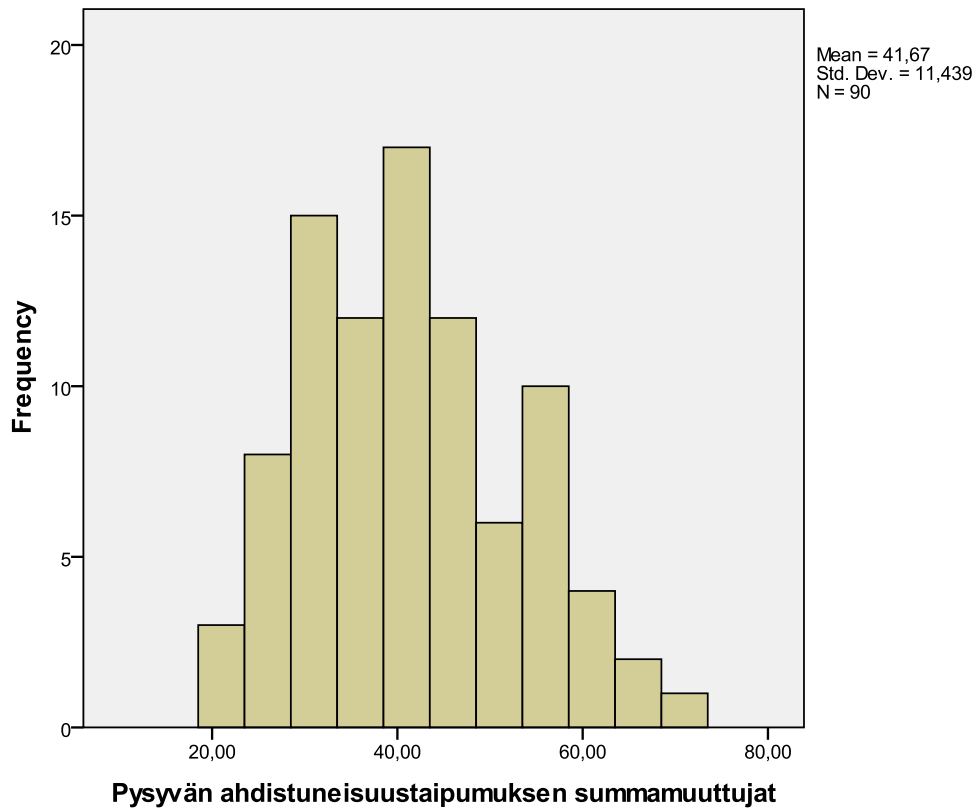
T=T-testi

A= Anova

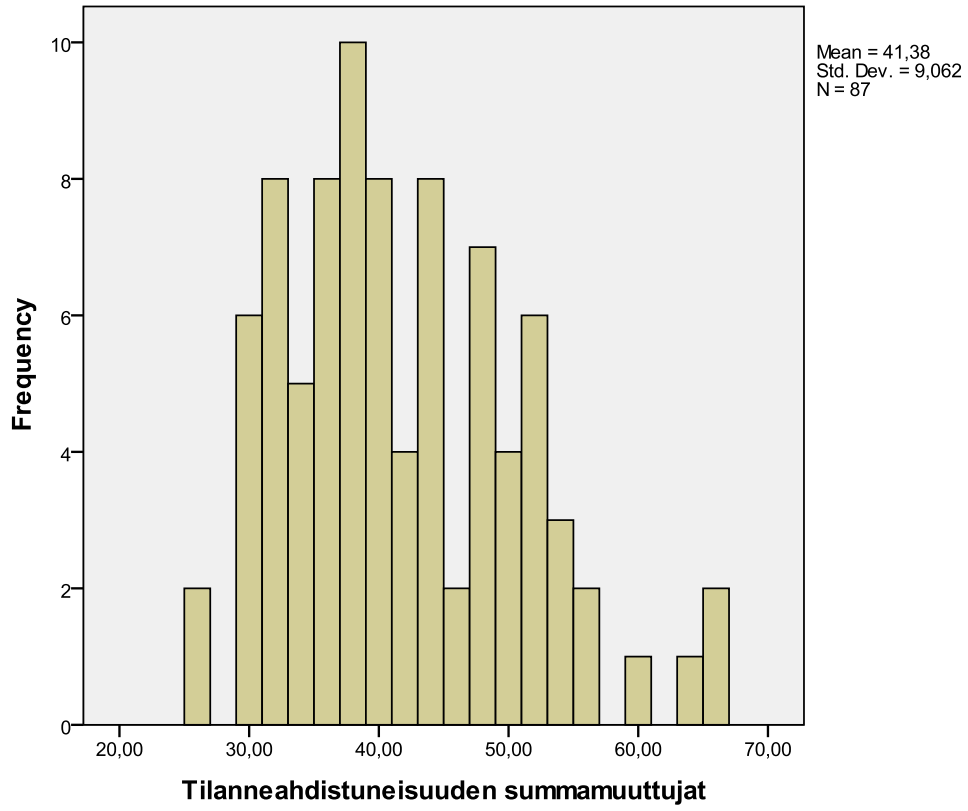
Liite 4. Pelkojen summamuuttujan jakauma.



Liite 5. Ahdistuneisuustaipumuksen summamuuttujan jakauma.



Liite 6. Tilanneahdistuneisuuden summamuuttujan jakauma.



			Puolison konkreettinen tuki	Puolison informatiivinen tuki	Puolison emotionaalinen tuki	Lasten emotionaalinen tuki	Pelot	Ahdistuneisuus-taipumus	Tilanne-ahdistuneisuus	Puolison kokonaistuki	Lasten kokonaistuki
Spearman's rho	Puolison konkreettinen tuki	Correlation Coefficient	1,000	,833	,760	,648	-,125	-,183	-,131	,915	,644
		Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,382	,173	,341	,000	,000
		N	59	59	57	36	51	57	55	57	32
	Puolison informatiivinen tuki	Correlation Coefficient	,833	1,000	,872	,633	-,166	-,274	-,245	,956	,685
		Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,204	,026	,053	,000	,000
		N	59	68	66	38	60	66	63	57	33
	Puolison emotionaalinen tuki	Correlation Coefficient	,760	,872	1,000	,660	-,259	-,308	-,320	,911	,541
		Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,040	,009	,009	,000	,001
		N	57	66	72	39	63	70	66	57	33
	Lasten emotionaalinen tuki	Correlation Coefficient	,648	,633	,660	1,000	-,208	-,328	-,158	,673	,831
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,186	,026	,301	,000	,000
		N	36	38	39	49	42	46	45	36	40
Pelot	Correlation Coefficient	-,125	-,166	-,259	-,208	1,000	,594	,636	-,175	-,217	
	Sig. (2-tailed)	,382	,204	,040	,186		,000	,000	,228	,217	
	N	51	60	63	42	83	79	76	49	34	
Ahdistuneisuus-taipumus	Correlation Coefficient	-,183	-,274	-,308	-,328	,594	1,000	,869	-,267	-,490	
	Sig. (2-tailed)	,173	,026	,009	,026	,000		,000	,049	,002	
	N	57	66	70	46	79	90	84	55	37	
Tilanne-ahdistuneisuus	Correlation Coefficient	-,131	-,245	-,320	-,158	,636	,869	1,000	-,213	-,276	
	Sig. (2-tailed)	,341	,053	,009	,301	,000			,126	,098	
	N	55	63	66	45	76	84	87	53	37	
Puolison kokonaistuki	Correlation Coefficient	,915	,956	,911	,673	-,175	-,267	-,213	1,000	,679	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,228	,049	,126		,000	
	N	57	57	57	36	49	55	53	57	32	
Lasten kokonaistuki	Correlation Coefficient	,644	,685	,541	,831	-,217	-,490	-,276	,679	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,217	,002	,098	,000		
	N	32	33	33	40	34	37	37	32	40	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

correlations

		Pelot	Ahdistuneisuus- taipumus	Tilanne- ahdistuneisuus	Lasten konkreettinen tuki	Lasten informatiivinen tuki
Pelot	Pearson Correlation	1	,613**	,685**	-,114	-,248
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,501	,123
	N	83	79	76	37	40
Ahdistuneisuus taipumus	Pearson Correlation	,613**	1	,884**	-,309	-,405**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,052	,007
	N	79	90	84	40	43
Tilanne ahdistuneisuus	Pearson Correlation	,685**	,884**	1	-,203	-,299
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,208	,054
	N	76	84	87	40	42
Lasten konkreettinen tuki	Pearson Correlation	-,114	-,309	-,203	1	,875**
	Sig. (2-tailed)	,501	,052	,208		,000
	N	37	40	40	43	42
Lasten informatiivinen tuki	Pearson Correlation	-,248	-,405**	-,299	,875**	1
	Sig. (2-tailed)	,123	,007	,054	,000	
	N	40	43	42	42	46

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).