

SYDÄNLEIKATTUJEN POTILAJEN RYHMÄNOHJAUKSEN ARVIOINTI

Saana Höglund
Opinnäytetyö, syksy 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja AMK

TIIVISTELMÄ

Höglund, Saana. Sydänleikattujen potilaiden ryhmänohjauksen arviointi. Helsinki, syyskuu 2010, 58 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen suuntautumisvaihtoehto, Terveystieteiden AMK.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata vuoden 2009 sydänleikattujen potilaiden kokemuksia vertaistukiryhmästä ja selvittää, onko osallistuneiden sukupuolella tai tehdyllä leikkauksella vaikutusta ryhmän hyödyllisyyden kokemisessa. Lisäksi opinnäytetyön yhteistyökumppani Helsingin sydänpiiriltä voi tulosten pohjalta kehittää ryhmätoimintaa.

Opinnäytetyöni on kvantitatiivinen analyysi aineistosta, joka on kerätty vertaistukiryhmään osallistuneilta potilailta. Aineiston on kerännyt Helsingin- ja Uudenmaan Sydänpiiri. Kohderyhmäksi muodostui 92 ryhmäläistä, joista enemmistö (n=72) oli miehiä ja viidesosa naisia (n=20). Kaikki ryhmään osallistuneet olivat vähintään 35-vuotiaita ja yli puolet osallistuneista (n=48) oli 66 vuotta täyttäneitä. Aineisto analysoitiin ristiintaulukoimalla Excel-ohjelmaa apuna käyttäen.

Suurin osa ryhmäläisistä (n=42) osallistui vertaistukiryhmään kahden kuukauden sisällä leikkausajankohdasta, ja useimmat pitivät ryhmään osallistumisen ajankohtaa sopivana (n=80). Yleisin ryhmäläisille tehty sydänleikkaus oli ohitusleikkaus (n=61). Miehillä kaikki sydänleikkaukset lisääntyivät selvästi iän kasvaessa.

Tämän tutkimuksen mukaan sydänleikattujen vertaisryhmä on hyödyllinen, ja se soveltuu kaikille sydänleikatuille. Vertaistukiryhmä sai sisällöstään arvosanaksi vähintään hyvän. Myös vetäjät saivat hyvää palautetta. Yli puolella sydänleikatulla on ollut omainen ryhmätapaamisessa mukana. Naisten läheiset osallistuivat ryhmään aktiivisemmin.

Tämän tutkimuksen mukaan vertaisilta saatu vertaistuki on tärkeää, ja että ryhmässä läpikäytyt asiat ovat hyödyllisiä ja toipumisessa tarvittavia tietoja. Yhdeksän kymmenestä (n=84) mielestä vertaistukiryhmä on tarpeellinen kaikille sydänleikatuille, ja lähes jokaisen (n=77) mielestä ryhmään osallistuminen helpottaa omaa kuntoutumisprosessia.

Asiasanat: vertaistuki, vertaisryhmät, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Höglund, Saana.

Assessing heart surgery patients' counselling.

58p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in Nursing, Option in Public Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The purpose of this study was to find out heart surgery patients' opinions about peer groups. The aim of this thesis was also to define if there were any differences in opinions based on gender and operation.

This study was quantitative and consisted of 92 completed questionnaires of surgery patients who had taken part in peer groups during the year 2009. 20 of the 92 were women and 72 were men. Most of the participants were older than 66 years old. The most common operation was bypass surgery and it became more common with age.

The material was submitted by a local society of the Heart association of Helsinki. The analysis method was crosstabulation by using Microsoft Excel.

According to the study, women took part in the peer group earlier than men. Nearly half of the participants took part in the peer group after one month from heart surgery. The peer group and the support from it appeared to be important to every heart surgery patient. 77 participants believed that taking part in the peer group helped their convalescence. Females rated the peer group higher than males.

Key words: peer group, support, quantitative research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 SAIRASTUMINEN KRIISINÄ.....	8
2.1 Kriisin vaiheet	8
2.2 Sopeutuminen sydänsairauteen	10
2.3 Sydänsairaus ja pelko	10
3 VERTAISTUKI	11
3.1 Vertaistukiryhmät.....	12
3.1.1 Sydänpotilaiden vertaistuki	14
3.1.2 Sydänpotilaiden läheiset	15
3.2 Tukihenkilötoiminta	16
3.3 Vertaistukiryhmän vetäjät	17
4 SYDÄNSAIRAUDET	17
4.1 Sydänsairaudet Suomessa.....	18
4.2 Sepelvaltimotauti.....	19
4.3 Läppäviat	22
4.4 Sydänleikkaukset.....	24
5 ELÄMÄ TOIPUMISVAIHEESSA	25
5.1 Liikunta	25
5.2 Matkustaminen ja lomailu	26
5.3 Sukupuolielämä	27
5.4 Alkoholinkäyttö.....	27
6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	28
6.1 Tutkimuksen toteutus	28
6.2 Tutkimuskysymykset.....	28
6.3 Kvantitatiivinen tutkimus	28
6.4 Aineiston analysointi.....	30
7 TUTKIMUSTULOKSET	31
7.1 Taustatiedot	31
7.2 Ryhmän ajoitus.....	35
7.3 Ryhmän hyödyllisyys	36

7.4 Avoin vastaus ryhmätapaamisesta.....	38
8 POHDINTA	39
8.1 Tulosten pohdinta	39
8.2 Tulosten johtopäätökset.....	40
8.3 Tutkimuksen luotettavuus	41
8.4 Tutkimuksen eettisyys.....	42
8.5 Opinnäytetyöprosessin kulku	43
8.6 Oman ammatillisen kasvun pohdinta	44
8.7 Jatkotutkimusaiheet	45
LÄHTEET	46
LIITE 1: Sydänleikkauksen jälkeen	
LIITE 2: Sydänleikkattujen potilaiden ryhmäohjauksen arviointilomake	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aihe on vuoden 2009 sydänleikattujen potilaiden ryhmänohjauksen arviointi. Sydänleikattujen potilaiden ryhmät kokoontuivat leikkauksen jälkeen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvassa Meilahden sairaalassa yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sydänpiirin kanssa. Ryhmän vetäjinä toimivat Helsingin Sydänpiiriltä erikoissairaanhoitaja Aino Karinen sekä HUSin sairaanhoitaja Kati Leino ja fysioterapeutti Birgit Petrow. (Helsingin Sydänpiiri ry 2009; Karinen 2009.) Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen ja yhteistyökumppanini on erikoissairaanhoitaja Aino Karinen Helsingin sydänpiiristä. Ajatuksen työn tekemiseen sain opinnäytetyöni ohjaavalta opettajalta.

Sydänleikattujenryhmän tarkoituksena on tarjota tietoa sydänsairauksista ja antaa osallistujille vertaistukea. Ryhmissä käsitellään leikkauksesta toipumista, toipilasajan liikuntaa, sydänlääkkeitä sekä sydänsairauksien riskitekijöitä (Liite 1). Aikaa jää myös keskustelulle muista mieltä painavista asioista. Vuonna 2009 ryhmiä kokoontui kuusi ja kokonaisosallistujamäärä oli 157. Ryhmätapaamiset olivat sisällöllisesti joka kerta samanlaiset. Tarkoituksena on, että ryhmään osallistutaan kerran itselleen parhaimpaan mahdolliseen aikaan. Ryhmään saavat osallistua myös omaiset. Tilaisuuden jälkeen jokaiselta sydänleikatulta pyydetään palautetta strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 2), joka on ryhmänvetäjä Aino Karisen tekemä. Omaisilta palautetta ei kerätä. (Helsingin Sydänpiiri ry 2009; Karinen 2009.) Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata osallistujien kokemuksia valmiin aineiston pohjalta. Analysoitavia vastauslomakkeita oli 92.

Sydänsairauksilla on suuri kansanterveydellinen merkitys. Epäterveelliset ruokailutottumukset ja miesten tupakointi 1900-luvun alussa synnyttivät suomalaisten sydän- ja verisuonisairauksien epidemian. 1960-luvulla tietoisuus elintapojen vaikutuksesta sydäntauteihin muokkasivat perheiden ruokailutottumuksia, ja miesten tupakointi alkoi vähentyä 1970-luvulta lähtien. Vuonna 1972 käynnistettiin Pohjois-Karjala-projekti, jonka tarkoituksena oli herätellä elintapojen arviointia koko maassa. Kuolintilastojen mukaan 1970- ja 1980-luvuilla suomalaisten terveys nousi parempaan suuntaan. (Teperi & Vuorenkoski 2005, 25.) Keski-ikäisten miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin oli Suomessa 1960-luvulla maailman suurin, mutta vähentyi 75 % vuosien 1971–2001 ku-

luessa. Vaikka naisten kuolleisuus sepelvaltimotautiin on nykyisin Euroopan keskitasoa pienempi, ja miestenkin kuolleisuus lähestyy keskitasoa, ovat verenkiertoelinten sairaudet Suomessa yleisempiä kuolinsyitä kuin muissa Pohjoismaissa. Kuolleisuus sydänsairauksiin on huomattavasti vähentynyt 1970-lukuun verrattuna, mutta siitä huolimatta ne aiheuttavat noin puolet suomalaisten työikäisten kuolemista. (Reunanen 2005, 153–155; Lehto & Miettinen 2008, 76.)

Sydänsairaudet kiinnostavat minua, koska tulevana terveydenhoitajana tulen työskentelemään asiakkaiden kanssa, joilla on sydän- ja verisuonisairaus. Tulevana terveydenhoitajana voin toteuttaa jo 1972 säädettyä kansanterveyslakia, jonka tavoitteena oli siirtää terveydenhuollon painopiste ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon (Kansanterveyslaki 1972/66). Opinnäytetyön tekeminen sydänsairaista auttaa hahmottamaan asiakkaan kokonaisuutena, jossa taudin lisäksi on tärkeää keskittyä myös asiakkaan arjessa selviytymiseen ja sen tukemiseen. Terveydenhoitajan työhön kuuluu tiedon antaminen, neuvonta ja ohjaus. Mitä enemmän terveydenhoitajan ennaltaehkäisevään työhön panostetaan, sitä vähemmän asiakkaat tarvitsevat sairaanhoitoa, mikä on preventiivisen työn ydintavoite.

Tulevaisuudessa tulen ohjaamaan asiakkaitani tarvittaessa vertaistuen pariin. Vertaistuellalla on merkitys elämänhallinnan edistämisessä, ja sen järjestäminen on yhteiskunnalle edullinen ja vaikuttava tapa auttaa (Haapio, Koski, Koski & Paavilainen 2009, 45). Terveydenhuoltoalan ammattilainen ei välttämättä pysty auttamaan asiakasta ilman kokemusperäistä tietoa. Siksi hoitoalan ammattilaisten on tärkeää tietää vertaisryhmien toiminnasta. Sairastuneiden osallistuminen vertaisryhmiin auttaa hyväksymään sairauden osaksi elämää (Lukkarinen 2005, 115). Sydänsairaiden vertaistukiryhmiin voivat osallistuvat sekä sairastuneet ja mahdollisesti myös heidän läheisensä. Vertaistukiryhmien vetäjät ovat kokemusasiantuntijoita, mikäli he ovat olleet aiemmin samassa tilanteessa, vertaisena. (Mikkonen 2009, 97.)

Tässä työssä keskityn kertomaan sydänsairauksista niiden puhjettua enkä niiden ehkäisystä, koska vertaisryhmiin osallistuneet asiakkaat tarvitsevat enemmän tukea sairaudesta selviytymiseen, kuin tietoa tautien ehkäisemisestä. Lisäksi keskityn kertomaan vain sepelvaltimotaudista ja läppävioista, koska ne olivat ryhmäläisten yleisimmät sydäntaudit. Tässä työssä käytän nimitystä sydänsairas ihmisestä, jolla on jokin sydäntauti.

2 SAIRASTUMINEN KRIISINÄ

Sydänsairaus ei ole vain kehoa koskeva kriisi, koska se vaikuttaa myös ajatuksiin, tunteisiin ja ihmissuhteisiin. Sydänsairauden aiheuttama psyykkinen kriisi voi ilmetä pelkona, ahdistuksena tai unettomuutena. Oma haavoittuvaisuus ja kuolevaisuus säikäyttävät ja voivat muuttaa samalla elämänarvoja. Sairastuneen mieleen saattaa nousta kysymykset oikeidenmukaisuuden toteutumisesta. (Saari 2003, 25–27.)

Osa potilaista kokee sairastumisen tai siihen liittyvät tunteet niin pelottavina, että he kieltäytyvät tapahtuneen puhumisesta ja yrittävät olla ajattelematta sitä. He voivat tuntea, että sairauden myöntäminen on merkki heikkoudesta. Ongelmien kieltäminen voi aluksi helpottaa ahdistusta, mutta samalla vaikeuttaa toipumisprosessia ja kriisistä selviytymistä, sillä voimavarat keskittyvät tunteiden torjumiseen parantumisen sijaan. (Penttilä 2008a, 119; Saari 2003, 25–27; Tuominen 1995, 4, 6, 8.) Selviytyäkseen sairastumisen kriisistä potilaan kannattaa kiinnittää huomio siihen, mitä tulevaisuus tuo tullessaan eikä murehdi menetettyä. (Penttilä + ym. 2000, 7; Tuominen 1995, 4.)

2.1 Kriisin vaiheet

Kriisi voidaan jakaa eri vaiheisiin, joista ensimmäinen on sokki. Sokkiin liittyy lamaanus, ahdistus, pelko ja levottomuus. Yleisin keino hallita ahdistusta on tapahtuneen kieltäminen. Sokkivaiheen reaktiot nousevat ihmisen puolustusjärjestelmästä ja se on olotila, jossa psyykkinen kipu ei vielä tunnu. Kriisin ensimmäinen vaihe kestää muutamia päiviä. (Palosaari 2008, 54–55, 59; Tuominen 1995, 6.)

Alkusokin jälkeen tulee reaktiovaihe, jossa sairastunut yrittää sopeutua tilanteeseen. Reaktiovaiheen tarkoituksena on päästää ne tunteet valloilleen, jotka sokkivaihe puudutti. Ihmisen mieleen nousee reaktiovaiheessa muistivälähdyksiä (engl. flashback), jotka mahdollistavat asian käsittelyn ja näin sen sisäistämisen myös osaksi omaa elämää. Reaktiovaihe ilmenee myös kehollisesti, koska keho päästää irti sokin sulkemat fyysiset reaktiot. Näitä reaktiovaiheen ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi pahoinvointi ja vapi-

na ja yleensä ne ilmaantuvat silloin, kun koetaan, että pahin on jo ohi ja tilanteeseen olisi pitänyt jo sopeutua. Reaktiovaiheeseen liittyy myös muisti- ja keskittymisvaikeuksia, jolloin ihmisen on vaikea muistaa asioita. Reaktiovaihe kestää yleensä muutaman viikon, mutta yksilölliset erot ovat suuria. (Palosaari 2008, 63–65.)

Kriisin viimeinen vaihe on toipuminen, eli läpityöskentelyvaihe. Tämä vaihe opettaa erottamaan sen, mikä on hyväksyttävä ja mitä ei voi muuttaa. Sairauden hyväksyminen voi kestää kuukausista vuoteen. Toipumisen edistyessä suru ja psyykkiset oireet väistyvät ja potilas on onnistunut asettamaan sairauden oikeisiin mittasuhteisiin kun elämä ei enää pyöri sydänsairauden ympärillä. (Palosaari 2008, 65–66; Tuominen 1995, 6, 8.)

Osalle ihmisistä sairastuminen saattaa merkitä elämänhallinnan tunteen menettämistä, kun taas toiselle se on elämänmuutos muiden joukossa. Kaikki eivät pysty käsittelemään sydämen sairastumista omin voimin yrityksistä huolimatta. Kriisi voi jäädä mihin tahansa vaiheeseen aiheuttaen erilaisia mielenterveysongelmia, joista tavallisin on masennus, joka liittyy kyvyttömyyteen ja haluttomuuteen hyväksyä sairauden olemassaolo. Ohimenevä masennus on luonnollinen osa kriisin aiheuttamaa surutyötä, ja jopa kolmasosalla voi esiintyä masennusta. Masennukseen täytyy hakea apua, mikäli se kestää yli kaksi viikkoa. Surutyön läpikäyminen auttaa palauttamaan sairastuneen henkisen tasapainon, sillä sairauden hyväksymisen myötä alakuloisuuden tunne häviää ja potilas alkaa taas tehdä suunnitelmia tulevaisuudelle. (Tuominen 1995, 8, 12, 42–43; Penttilä + ym. 2000, 6; Mäkinen + ym. 2006, 15.)

Sairastuminen on kriisi myös potilaan perheelle sillä sairastumiseen liittyy vahvasti epävarmuutta ja -tietoisuutta. Perheen täytyy selvitä arjessa johon sairastuminen on tuonut huolia. Sairastunut tarvitsee henkistä tukea, mutta perheen on varottava ylihuolehtimista. (Kiiltomäki 2007, 59; Penttilä + ym. 2000, 7.) Saaren (2003, 33) mukaan ihmiset reagoivat tapahtuneen lisäksi myös siihen mielikuvaan mitä pahimmassa tapauksessa voi tapahtua. Läheisestä voikin tulla sairauden myötä entistä läheisempiä tai kun kuolemanpelon myötä ihmissuhdeasiat nousevat merkityksellisemmiksi kuin ennen, voi parisuhteen vaietut ongelmat nousta esille (Haarni & Alanko 2005, 127; Penttilä 2008b, 123).

2.2 Sopeutuminen sydänsairauteen

Puolet pallolaajennuspotilaista on akuutteja sepelvaltimotautikohtauksen saaneita potilaita, jotka ovat aiemmin kokeneet olonsa terveeksi. Uuteen tilanteeseen ei ole sairaalassa aikaa sopeutua, sillä koko hoitoprosessi päivystyspoliklinikalta kotiin kestää vain 2–3 vuorokautta. (Kivelä 2008, 291.) Potilas, joka ei ehdi valmistautua leikkaukseen henkisesti, voi olla psyykkisessä sokissa vielä kotiutuessaan. Tällaisessa mielentilassa oleva ei pysty vastaanottamaan eikä käsittelemään tietoa. Ei ole siis harvinaista, että potilas kotiutuu ilman, että edes käsittää mikä sairaus hänellä on tai miten se tulee vaikuttamaan elämään. (Penttilä 2008a, 119.)

Jälkiviisaus on ihmiselle tyypillinen toimintatapa odottamattoman ja järkyttävän tapahtuman sattuessa. Kun potilas yrittää selvittää tapahtunutta itselleen ja löytää sairastumisen syitä, on tavallista syytellä itseään tai muita. Ihminen etsii jälkikäteen tilanteita siitä, kuinka olisi pitänyt toimia tai reagoida jotta tapahtuneen olisi voinut estää. Tämä kuuluu traumaattisen tapahtuman, kriisin laukaisijan, käsittelyyn. Ihmisen on vaikea sietää ja ymmärtää sitä, että tapahtumiin ei aina voi vaikuttaa. On helpompaa kestää syyllisyydentunnetta kuin menettää elämän hallinnan tunne. (Tuominen 1995, 7; Saari 2003, 24–25.)

Sopeutumisvaiheessa erilaiset sopeutumisryhmät voivat olla ensisijaisia tiedonlähteitä. Sairastuneet saavat tietoa sopeutumisvalmennuksista terveysalan ammattilaisilta, potilasyhdistyksiltä tai muilta vertaisilta suoraan tai esimerkiksi ilmoituksena kaupan ilmoitustaululla. (Mikkonen 2009, 106–109, 111.) Useimmilla paikkakunnilla toimivat sydämpiirit ja -yhdistykset tarjoavat sydänpotilaille sopeutumisvalmennuskurseja, luentoja, keskusteluiltoja ja liikunnallisia ryhmiä (HUS potilasohje 11/2003, 12–13).

2.3 Sydänsairaus ja pelko

Valtaosa sydänpotilaista tuntee pelkoa ja ahdistuneisuutta joko ennen hoitotoimenpiteitä, niiden aikana tai jälkeen. Potilaiden pelon kohteena on selvästi nimettävissä kuolema tai vammautuminen, kun taas ahdistuneisuuden syytä on vaikea nimetä. Kirurgiaan ja

anestesiaan liittyy monia pelkoja, kuten kuolema, tai pelko siitä, että anestesiassa on hereillä tai että siitä ei herää. Pelon tunteminen on luonnollista, yksilöllistä ja sen mittaaminen on vaikeaa. Miespotilaat puhuvat pelon sijasta jännittämisestä. (Penttilä 2008a, 119; Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 2001, 63; Koivula 2002, 68.) Pelot ovat suurimmillaan, kun potilas on saanut tiedon leikkauksesta ja odottaa vuoroaan leikkausjonossa (Tuominen 1995, 12; Koivula 2002, 68). Paras hoito leikkauksipelkoihin on asianmukainen tieto tulevasta toimenpiteestä ilman pelottelua (Ukkola ym. 2001, 63).

3 VERTAISTUKI

Ammattiapua ja vertaistukea ei pidä ajatella kilpailijoina, sillä ne täydentävät toisiaan. Ammatillaiset voivat ohjata asiakkaitaan vertaistukiryhmien pariin, ja vastaavasti vertaistukiryhmäläinen voi rohkaistua ottamaan yhteyttä esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöihin. Vertaistukiryhmät voivat myös estää asioiden etenemisen kriisipisteeseen asti, joka vähentää ammattilaisavun tarvetta. Vertaistukitoiminta ei kuitenkaan korvaa terveydenhuollon asiantuntijapalveluita. Ammatillaiset voivat tarjota asiakkaille terapiaa, kuntouttaa, lääkittää, leikata tai jakaa oleellista tietoa, mutta ammatillaiset eivät pysty jakamaan yhteisiä kokemuksia. (Kuuskoski 2003, 34–35.) Vertaistuki on sosiaalista tukea, jossa saman kokeneet jakavat kokemusta ja tietoa siitä, millaista on elää sairauden kanssa (Penttilä 2008c).

Vertaistoiminta on kasvanut sosiaali- ja terveysalalla viime vuosien aikana. Tarve ja kyky syntä ovat lisääntyneet suomalaisen yhteiskunnan yksilöityessä, sillä uskonto, suku tai perhe ei ole enää keskeisessä neuvonantajaroolissa. Vertaistoiminnan kasvu kertoo siitä, ihmisillä on tarve jakaa omia kokemuksia ja halu saada tietoa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevilta. Vertaisilta saatu luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot antavat suojan elämän tarjoamille valinnoille vastoinikäymisille. (Kuuskoski 2003, 36; Nylund 2005, 195.)

Mikkonen (2009, 23) on tutkinut väitöskirjassaan erilaisiin somaattisiin sairauksiin sairastuneiden vertaistukea. Vertaistukiryhmään kuuluu ymmärrys toisten osallistujien tarpeisiin, ja että saman kokenut ryhmäläinen pystyy auttamaan sellaisessakin asiassa, missä terveysalan ammattilainen ei ilman omakohtaista kokemusta voi auttaa. Vertaistukitoiminnan tärkeä rooli korostuu, kun elämäntilanne poikkeaa lähiympäristön elämäntilanteesta, ja vertaistuen avulla on helpompi selviytyä sairauden aiheuttamasta stressistä (Kuuskoski 2003, 31). Sairauden hyväksyminen osaksi jokapäiväistä elämää ja oireiden kanssa eläminen ovat tilanteita, joissa asiakas tarvitsee vuorovaikutuksellista tukemista. Ilman sitä voivat sairastuneen läheiset suhteet kuormittua liikaa ja ystävät voivat joutua hoitajan rooliin. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 15.)

Vertaistoiminnan ulkopuolelle jää paljon sairastuneita, joiden määrästä ei ole tilastoja saatavilla. Potilasyhdistykset eivät saa sairastuneiden henkilötietoja, eivätkä kaikki sairastuneet halua olla tekemisissä vertaistoiminnassa. Vertaistoiminnan ulkopuolelle jäämisen taustalla on tiedon puute, sairaaksi tai vammaiseksi leimautumisen pelko, pitkä välimatka, taloudelliset syyt, alemmuuden tunne, sairauden kieltäminen tai osallistumisen tarpeen puuttuminen. (Mikkonen 2009, 114–117.)

Vertaistuki voi olla kahden ihmisen välistä, ryhmässä tai erilaisissa verkostoissa kuten Internetissä tai leikkipuistossa tapahtuvaa kokemuksen vaihtoa. Perinteiseen ryhmään osallistuminen ei ole aina mahdollista esimerkiksi sairauden tai matkojen takia. (Nylund 2005, 201, 203.) Teknologian kehittyminen on avannut uusia mahdollisuuksia vertaistukitoiminnalle, 2000-luvulle tyypillistä ovat auttavat puhelimet, tv:n keskusteluohjelmat ja Internet-keskustelut. Internetissä saatu kokemustieto voi kuitenkin olla vanhentunutta tai täysin väärää (Nylund 2005, 195, 205; Kuuskoski 2003, 38.)

3.1 Vertaistukiryhmät

Asiakkaiden elämänhallinnan tunnetta voidaan vahvistaa hoitohenkilökunnan osalta erilaisilla työmenetelmillä joista yksi on vertaistukiryhmät (Pietilä, Eirola & Vehviläinen-Julkunen 2002, 156). Vertaistukiryhmätoiminta on jo vuosikymmeniä vanha menetelmä, ja esimerkiksi AA-kerhojen juuret löytyvät 1930-luvun Amerikasta. Vertaistuki-

ryhmiä voidaan kutsua myös oma-apuryhmiksi, joista on puhuttu jo 1800-luvulla. Vertaistukitoiminta on kulttuurisidonnainen, eli se ilmenee eriaisena eri maanosissa ja kulttuureissa. (Kuuskoski 2003, 33; Vilén ym. 2002, 203, 208.)

Vertaistukiryhmätoiminnan vahvuuksia ovat tasa-arvoisuus, tilanneherkkyys, ymmärtäminen ja myötäeläminen. Ryhmässä on useimmiten aina eri vaiheessa toipumista tai kuntoutumista olevia jäseniä. Ryhmäläisillä on mahdollisuus auttaa itseään ja muita riippumatta ammatillisesta osaamisesta tai koulutuksesta. Muiden kokemukset asioiden etenemisestä ja arjen voittamisesta luovat kaikille toivoa. Vertaistukiryhmässä keskustelun painopisteet voivat olla joko menneisyydessä, nykypäivässä tai tulevassa. (Vilén ym. 2002, 203, 208; Kuuskoski 2003, 34.)

Vertaistukiryhmien tavoitteena on asenteen muutos, jonka päämääränä on entistä parempi elämänhallinnan tunne. Ryhmäläiset tuntevat itsensä normaaleiksi kun jokaisella osallistujalla on sama ongelma tai tavoite. Ryhmässä, jossa kaikkia jäseniä yhdistää sama asia, yksilöt kokevat tullessa helpommin ymmärretyksi. Ryhmä näyttää myös, että yksittäinen osallistuja ei ole ainoa, joka yrittää selviytyä arjesta ongelmansa kanssa. (Vilén ym. 2002, 203, 209.)

Vertaistukiryhmät voivat olla kiinteitä ja tapaamiset ovat säännöllisiä tai ryhmät voivat kokoontua myös vain kerran tiettyä tilaisuutta varten. Joka ryhmällä on fyysisiä ja psyykkisiä rajoja, jotka ohjaavat toimintaa. Näitä rajoja ovat tilat, aikataulut, osallistujamäärä ja ryhmässä hyväksytyt toimintatavat. Rajoista huolimatta, ryhmämuotoinen työskentely on taloudellisempaa kuin yksilöohjaus, sillä samaan aikaan tietoa voidaan kertoa usealle. (Kyngäs + ym. 2007, 104–105.)

Vertaistuen ajoituksella on suuri merkitys oman toipumisen kannalta. Sairauden alkuvaiheessa ryhmään osallistumisen hyöty ei ole paras mahdollinen, vaikkakin osallistumisen ajoittaminen on jokaisella yksilökohtainen. Ajankohtainen aika aloittaa vertaistukiryhmässä on esimerkiksi silloin, kun sairaudessa ei ole niin sanottua akuuttia vaihetta parhaillaan käynnissä. Vertaistuesta saa parhaimman hyödyn silloin, kun sairastuneella on voimavaroja toisten kuuntelemiseen ja itsestään kertomiseen. (Jantunen 2008, 51.) Vertaistukiryhmässä ei ole mahdollista keskittyä vain omaan tilanteeseen, koska tarkoi-

tuksena on jakaa kokemuksia toisten kanssa (Nylund 2005, 203).

Erilaiset vertaistukiryhmät ovat osoittaneet, että ryhmään osallistuminen on nostanut itseluottamusta. Ryhmässä osallistujat saivat valmiuksia erilaisten pelkotilojen voittamiseen ja kokemusten jakaminen ryhmässä vähensi epävarmuutta. Ryhmäläisten huonommuuden, häpeän ja kyvyttömyyden tunne vähenee, kun he huomaavat, että eivät ole tilanteessa yksin. Ryhmissä osallistujat jakavat tietyn elämänvaiheen kokemuksia ja ongelmia sekä saavat saman kokeneita ystäviä voimia jaksaa arjessa. (Kuuskoski 2003, 33, 36–37.)

3.1.1 Sydänpotilaiden vertaistuki

Tutkimuksen mukaan ohitusleikatuilla potilailla elämänlaatu on tilastollisesti heikompa kuukauden kuluttua leikkauksesta muuhun väestöön verrattuna. Eniten vaikeuksia oli arkirutiineista suoriutumisesta, kuten vapaa-ajantoiminnoista ja sukupuolielämästä. Kuukausi leikkauksen jälkeen potilailla esiintyi myös kipua tai muita oireita. Kuukauden, puolen vuoden ja vuoden seuranta-aikana potilaiden elämänlaatu parani tilastollisesti merkittävästi ja muutoksia tapahtui verrattuna kuukausi leikkauksesta annettuihin tietoihin. (Rantanen 2009, 50, 59, 65–66.)

Osa Rantasen tutkimuksessa (2009) mukana olleista potilaista kävi myös vertaistukiryhmässä. Puolet osallistuneista koki tulleen kuunnelluksi, ja heille luotiin toivoa tulevast. Noin kolmasosa koki, että ryhmässä heitä ei kannustettu puhumaan tai että heidän tunteista ei oltu kiinnostuneita. Konkreettista tietoa esimerkiksi taloudellisista asioista koki saaneensa noin puolet. (Rantanen 2009, 68.) Rantasen tutkimustulokset antavat ymmärtää, että vertaistuesta on sydänleikkauksesta toipuvalla hyötyä. Ryhmänohjaajien onkin hyvä kerätä toiminnastaan palautetta ja kehittää seuraavia ryhmiä enemmän tarpeita ja toiveita vastaaviksi.

Lampi on tutkinut vuonna 2005 valmistuneessa väitöskirjassaan sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemuksia. Lammen mukaan (2005, 158–159) vertaistuki alkaa jo sisätautien vuodeosastolla, kun potilashuoneessa on saman kokeneita kohtalotovereita.

Toisia vertaisia ymmärretään yhteisten kokemusten pohjalta. Samassa tilanteessa oleminen tuntuu hyvältä, lievittää ahdistuneisuutta ja pahanolon tunnetta. Miespotilaiden oma olo helpottuu, kun he huomaavat toisten toipuneen sydäninfarktista. (Lampi 2005, 158–159.) Omien kokemusten jakaminen muiden vertaisten kanssa antaa uusia näkökulmia sairaudesta selviytymiseen. Esimerkiksi elämäntapamuutokset voivat onnistua paremmin, kun on kuullut vertaisilta kokemustietoa. Vertaistuki mahdollisesti myös ehkäisee sydänpotilaiden masennusta ja syrjäytymistä. (Penttilä 2005, 136.)

Sydänpotilaiden on mahdollista saada vertaistukea vertaistukihenkilöltä. Suomen Sydänliitolla on yli 500 koulutettua vertaistukihenkilöä, jotka ovat saman kokeneita sydänpotilaita tai heidän omaisiaan. Vertaistukihenkilöt ovat vapaaehtoisia, jotka haluavat auttaa toisia selviytymään sairauden kanssa. (Mäkinen + ym. 2006, 50.) Sydänpotilaiden vertaistuki voi olla konkreettista apua, tietoa tai henkistä tukea. Tuella on suuri merkitys sydänsairaudesta toipuville sekä heidän läheisilleen. (Penttilä 2008c.)

3.1.2 Sydänpotilaiden läheiset

Yleisen käsityksen mukaan läheisen rooliin kuuluu potilaan tukeminen ja kannustaminen. Tästä huolimatta omaiset tuntevat jäävänsä sairaalahenkilökunnan antaman tiedon ja tuen ulkopuolelle. Omaiset uupuvat tilanteeseen helpommin, jos heillä ei ole tarpeeksi tietoa läheisensä sairaudesta. Erityisesti vaimot ovat huolissaan ja peloissaan puolisonsa sydänsairaudesta. (Liskola & Luomanmäki 2001, 36.) Naispotilaat ovat miehiä useammin leskiä ja ovat menettäneet tärkeimmän tukijansa (Koivula 2002, 69).

Vertaistukiryhmissä läheiset ihmiset voivat olla mukana ryhmätapaamisissa. Ryhmistä saatu tieto auttaa myös läheisiä jaksamaan arjessa paremmin, sillä vaikka esimerkiksi puoliso jakaa elämänsä sairastuneen kanssa, ei tämä voi ymmärtää täysin sairastuneen kokemuksia (Mikkonen 2009, 94). Mikkosen (2009, 95) tutkimukseen osallistunut sydänpotilas on kuvannut tilannetta näin:

Jos minä pistän sinua neulalla, sinä tunnet sen, mutta minä en.

Koivulan mukaan (2002, 69) sydänsairaana tärkein tukija on oma puoliso, ja siksi puolisoiden tulisi osallistua sairastuneen mukana valmennusryhmiin. Sairastuneen omaisille on järjestetty omia vertaistukiryhmiä, joissa heillä on mahdollisuus puhua asioista, joista eivät muuten voi puhua (Mikkonen 2009, 94, 96). Läheiset voivat löytää keskustelukumppanin esimerkiksi sydänyhdistyksen omaistukihenkilöstä. Keskusteluapu on läheisten tärkeää, sillä välittämisen ja huolenpidon lisäksi omaiset tuntevat pelkoa. Tarpeetonta pelkoa tulee osata käsitellä, koska pelko heijastuu muuten sairastavaan puolisoon. (Mäkinen + ym. 2006, 27.)

3.2 Tukihenkilötoiminta

Vertaistuen tärkeä muoto on tukihenkilötoiminta, jossa järjestöt ovat valmentaneet tietyn sairauden läpikäyneitä toimimaan tukihenkilöinä (Kuuskoski 2003, 31). Tukihenkilöt ovat vaitiolovelvollisia (Helsingin sydänpiiri ry 2010).

Vertaistoiminnassa voi mukana olla tukihenkilöitä, jotka ovat saman kokeneita ja haluavat auttaa. Tukihenkilöksi hakeutumisen taustalla voi olla havainto vertaistuen tarpeesta, tai tieto siitä, että kokemuspohjaiselle avulle on tarvetta. Osa tukihenkilöistä olisi itse halunnut kokemusasiantuntijan apua sairastuttuaan, mutta ei ollut ketään kenen puoleen kääntyä. (Mikkonen 2009, 90–91; HUS potilasohje 11/2003, 13.) Tukihenkilön kokemusasiantuntijan rooli korostuu, kun sairastunut kokee saaneensa liian paljon tietoa liian lyhyessä ajassa, tai kun terveysalan ammattilainen osaa kertoa aiheesta vain pintapuolisesti. Kokemustiedon avulla kokonaiskuva tilanteesta usein selkiytyy ja asiantuntijan antamaa tietoa on helpompi ymmärtää sijoittamalla ne omaan elämäntilanteeseen. (Kuuskoski 2003, 31–32.)

Tukihenkilöt koetaan kokemuksen ja tiedonvälittäjinä, velvollisuudentuntoisina tai auttajina. Mikkosen mukaan (2009, 92) sydänryhmissä tukihenkilöt nähdään velvollisuudentuntoisina ja kokemustiedon välittäjinä. Tukihenkilönä oleminen on kuormittavaa, eikä vapaaehtoisille tukihenkilöille ole mahdollisuutta työnohjaukseen.

3.3 Vertaistukiryhmän vetäjät

Vertaistukiryhmien vetämistä voidaan ajatella merkittävänä yhteiskunnallisena tekona, sillä ryhmien vetäjät tukevat sairaudesta toipumista sekä elämää sairauden kanssa. Ryhmänvetäjän rooli on tärkeä uusille jäsenille, koska vetäjä koetaan vaikuttajana ja tiedonantajana. Monet vertaistukiryhmään osallistuvat olettavatkin automaattisesti ryhmänvetäjien tietävän kaikki keskeiset asiat heidän sairaudestaan, terveydenhuollosta ja sosiaaliturvasta. Hyvä ryhmänvetäjä on kuuntelutaitoinen, tilanneherkkä, muut tasapuolisesti huomioiva ja tietoa hallitseva. (Mikkonen 2009, 87–88, 90.)

Ryhmänvetäjällä on omat motiivinsa sitoutua tehtävään. Osassa ryhmistä vetäjä vaihtuu joka tapaamisella ja toisissa vetäjät pysyvät samoina. Ryhmän vetäjiksi hakeutuvilla ryhmän ohjaaminen voi tuntua luonnolliselta, toisia taas ryhmän vetäminen voi kuormittaa. (Mikkonen 2009, 87, 92.) Järjestöt pystyvät tarjoamaan ryhmien vetäjille koulutusta, mahdollisesti työnohjausta sekä käytännön avuksi tukimateriaalia (Kuuskoski 2003, 33).

4 SYDÄNSAIRAUDET

Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt ja kohonnut verenpaine. Monet elämäntapoihin liittyvät asiat, kuten tupakointi, liikunnan vähäisyys tai puute, sekä ravinnon rasvapitoisuus lisäävät sydän- ja verisuonitautien vaaraa. Myös perintötekijöillä ja korkealla iällä on todettu olevan yhteys sairastumiseen, lisäksi miehillä on suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin kuin naisilla. (Reunanen 2005, 153–155.) Sydänsairaus aiheuttaa muutoksia sydämen rakenteeseen tai toimintaan, ja se voi olla pitkään täysin oireeton. Tyypillisesti sydänsairauden oireet ilmenevät jonkin ylimääräisen tai normaalia kovemman fyysisen tai henkisen ponnistelun yhteydessä tai heti sen jälkeen. (Mäkijärvi 2008, 8, 10.)

Sydänsairaudet ovat joko synnynnäisiä tai muiden sairauksien aiheuttamia eli hankittuja

(Mäkijärvi 2008, 8). Synnynnäisten sydänvikojen syynä ovat perimän lisäksi sikiöaikainen häiriö kuten äidin sairastama raskauden aikainen vihurirokko tai äidin käyttämien lääkeaineiden kemialliset vaikutukset sikiöön. (Pikkarainen 2001, 434; Kansanterveyslaitos 2007, 26.) Synnynnäisiä sydänsairauksia ovat läppäviat, epänormaalit yhteydet kammioiden tai eteisten välillä tai verisuonistossa. Myös osa sydänlihassairauksista ja rytmihäiriöistä ovat synnynnäisiä. (Mäkijärvi 2008, 8; Pikkarainen 2001, 433.)

Hankittujen sydänsairauksien riskiin ja ehkäisyyn vaikuttavat elintavat. Yleisin hankittu sydänsairaus on sepelvaltimotauti. Hankittujen läppävikojen tavallisin syy on, että terve läppä vahingoittuu sydämen sisäkalvon bakteeritulehduksen eli endokardiitin takia. Hankitun läppävian voi aiheuttaa myös kuppa tai iäkkäillä reumakuume. (Pikkarainen 2001, 439–440, 446; Mäkijärvi 2008, 8.)

4.1 Sydänsairaudet Suomessa

2000-luvun vähintään keski-ikä saavuttaneet naiset ovat eläneet nuoruutensa ajalla, jolloin miespuoliset sukulaiset ovat kuolleet melko nuorina sydän- tai aivohalvaukseen. Valtimotaudit mielletäänkin miesten ongelmaksi, ja yleisen käsityksen mukaan miessukupuolta pidetään taudin riskitekijänä. (Mannonen, Penttilä & Rajala 2006, 10, 19, 21, 24.) Myös tilastot tukevat tätä käsitystä, sillä 2000-luvun vaihtuessa 35–64-vuotiaista miehistä 4,8 %:lla ja vastaavasti naisista 1,9 %:lla oli lääkärin toteama sepelvaltimotauti tai sydäninfarkti (Kesäniemi & Salomaa 2003, 54). Todellisuudessa sukupuolten väliset erot tasaantuvat naisten vaihdevuosi-ikässä ja sen jälkeen, koska naisten estrogeenihormonin tuotanto vähenee. 45–65-vuotiaista naisista joka kahdeksas sairastaa jotain valtimotaudin muotoa ja kun taas yli 65-vuotiaista joka kolmas. Valtimotaudit ovat naisten ylivoimaisesti suurin kuolinsyy, mutta kuitenkin esimerkiksi syöpää pidetään suurimpana terveysuhkana. Vuosittain rintasyöpään menehtyy 800 naista kun taas 6000 kuolee sepelvaltimotautiin. Mitä nuorempi nainen on, sitä helpommin hoitoon hakeutuminen ja diagnoosi viivästyvät, koska sydänsairautta ei osata epäillä. Naisten sydänoireet sekoitetaan usein vaihdevuosi, maha- ja sappivaivoihin tai rasitusastmaan. (Mannonen ym. 2006, 10, 19, 21, 24.)

Suomessa syntyy vuosittain synnynnäisiä sydänvikaisia lapsia noin 550 ja heistä noin 350 tarvitsee leikkaushoitoa välittömästi syntymän jälkeen tai myöhemmin elämänsä aikana (Suomen sydänliitto ry 2008; Jokinen 2008, 502). Osa lievemmistä sydänvioista löytyy vasta aikuisiällä (Jokinen 2008, 502). Sairastuvuus vaihtelee myös sosioekonominen ja maantieteellisen aseman mukaan. Kuolleisuus sydänsairauksiin on ollut lähes kaksinkertainen Itä- ja Koillis-Suomessa verrattuna Lounais-Suomeen. Nykyisin erot ovat kutistuneet, mutta eivät vielä hävinneet. Sairastuvuus on suurempi vähemmän koulutusta saaneiden keskuudessa ja erot ovat viime vuosina kasvaneet. (Reunanen 2005, 156; Kesäniemi & Salomaa 2003, 52–54.)

Väestön monimuotoistuksessa ja ikärakenteen vanhetessa sairastuneiden painopiste on siirtynyt keski-ikäisistä eläkeikäisiin. Maahanmuuton seurauksena kehitysmaissa läppävikoja aiheuttava reumakuume on tehnyt paluun suomalaisen terveydenhuoltoon. Reumaattiset läppäviat olivat käytännössä lähes hävinneet ennen nykyistä paluuta. (Lehto & Miettinen 2008, 79.) Ikärakenteen vanheneminen ja sairastuneiden elinennusteen paraneminen johtavat tulevaisuudessa siihen, että sydänsairaiden määrä kasvaa. Tilastokeskuksen väestöennusteessa yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa vuoteen 2020 mennessä nykyisestä 14 %:sta 21 %:iin miehillä ja noin 19 %:sta 25 %:iin naisilla. (Reunanen 2005, 153, 157.)

4.2 Sepelvaltimotauti

Sydän työskentelee taukoamatta ja tarvitsee paljon happea ja ravinteita, jotta se jaksaa pumpata verta elimistöön. Happea ja ravinteita se saa sydämen pinnalla kulkevien sepelvaltimoiden kautta. Sepelvaltimoja on kolme päähaaraa: oikea sepelvaltimo, vasen laskeva haara ja vasen kiertävä haara. Päähaarat jakautuvat pienemmiksi verisuoniksi ja hiussuoniverkostoksi sydänlihakseen. Sepelvaltimotauti johtuu sydämen sepelvaltimoiden verenkierron heikkenemisestä. (Mäkinen + ym. 2006, 6; Mannonen ym. 2006, 13.)

Sepelvaltimotauti kuuluu aivohalvauksen ja alaraajojen valtimosairauksien ohella valtimotauteihin. Se on myös suomalaisten eniten hoitoa vaativa kansantauti. Sepelvaltimotaudissa sydämen sepelvaltimoiden seinämiin kiinnittyy kovettumia jotka kehittyvät

ahtaumiksi. Vähitellen ahtaumat pienentävät verisuonen läpimittaa ja estävät veren virtausta sydänlihakseen. Sepelvaltimoiden kovettuminen on vie vuosia ja se alkaa yleensä jo lapsuudessa. Taudin eteneminen riippuu yksilöllisistä ominaisuuksista ja elämäntavoista. Sepelvaltimotaudissa on kaksi oirekuvaa: vakaa sepelvaltimotauti ja äkillinen sepelvaltimotautikohtaus eli sydäninfarkti. (Kettunen 2008a, 241; Mäkinen + ym. 2006, 6, 8–10.) Kuviossa 1 on eroteltu vakaan sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin eroja.

VAKAA SEPELVALTIMOTAUTIKOHTAUS	SYDÄNINFARKTI
Sepelvaltimo ahtautunut yli 50 %. Ahtaumakohdan jälkeinen sydänlihas kärsii hapen puutteesta.	Sepelvaltimoissa oleva kovettumapesäke, ateroomaplakki, aiheuttaa repeämän, jota elimistö yrittää korjata - Suonten ahtauma yleensä alle 50 %
Rasituksessa sydän tarvitsee enemmän verta, ahtautuneet sepelvaltimot eivät täytä tarvetta. -Levossa sydän saa tarpeeksi verta	Tukoksen aiheuttavat ateroomaplakki ja elimistön omat verihiiutaleet. Vain osittain tukkeutunut sepelvaltimo heikentää veren virtausta ja kipua esiintyy myös levossa = epävakaa sepelvaltimotauti, joka on sydäninfarktia yleisempi.
Tyypillinen kipu on puristava tai painava tunne keskellä rintaa tai vannemainen rintakehän ympärillä. Kipu voi säteillä vasempaan käteen, hartioihin, kaulaan, leukaan ja lapaluiden väliin.	Tyypillistä yli 15 minuuttia kestävä rintakipu johon nitrot eivät tehoa. Pahoinvointi, kylmä hiki, tuskaisuus. Mahdollisesti tajuttomuus ja rytmihäiriöt.
Kipu helpottuu levossa ja nitroilla.	Pienikin kovettuma voi aiheuttaa sydäninfarktin, vaikka sepelvaltimot eivät olisi aiemmin oireilleet! Sydänlihaskovettumien vauriot ovat pysyviä.

(Mäkinen + ym. 2006, 6–7; Kettunen 2008a, 241; Mannonen ym. 2006, 15.)

KUVIO1. Sepelvaltimotaudin oirekuvat.

Sepelvaltimotauti aiheuttaa monia erilaisia oireita, joista tyypillisin on hapen puutteesta johtuva rintakipu (Töyry 2008, 39). Sepelvaltimotaudin oirekuvat eroavat miehillä ja naisilla, eikä naisten oireita osata epäillä sepelvaltimotaudiksi. Kuviossa 2 on nähtävissä oireiden vertailua sukupuolen mukaan.

OIRE	NAINEN	MIES
Hapen puutteesta johtuva rintakipu	Ei osata epäillä sepelvaltimotaudiksi - alle 55v. rintakipu vain harvoin oire sepelvaltimotaudista - yli 65v. sepelvaltimotaudin todennäköisyys 90 %	Sepelvaltimotautia osataan epäillä
Rasitushengenahdistus, voimattomuus, pahoinvointi	Todennäköinen	Mahdollinen
Ylävatsavaivat ja närästys	Mahdollinen -Sekoitetaan helposti ruoansulatuselimistön vaivoihin	Mahdollinen -Sekoitetaan helposti ruoansulatuselimistön vaivoihin
Voimakas väsymys, pahoinvointi ja oksentaminen	Todennäköinen ennen sepelvaltimotautikohtausta	Mahdollinen ennen sepelvaltimotautikohtausta
Selkäkipu, hengenahdistus, tunne sydämen jyskytyksestä tai ruoansulatuskanavanhäiriöstä	Mahdollinen	Ei todennäköinen

(Mannonen ym. 2006, 23.)

KUVIO 2. Sepelvaltimotaudin oireet.

Naiset lisäksi sairastuvat sepelvaltimotautiin noin kymmenen vuotta miehiä myöhemmin ja hyvä fyysinen kunto antaa suojan sairastumiselta miehiä paremmin. Riskitekijät ovat sukupuolesta riippumatta yhteiset naisille ja miehille, mutta niiden painoarvo vaihtelee sukupuolen mukaan. Tupakointi, kohonnut triglyseridiarvo, matala HDL-kolesteroliarvo, II tyypin diabetes, keskivartalolihavuus, stressi ja kohonnut verenpaine ovat naisille vaarallisempia kuin miehille. Vain naisia koskevia vaaratekijöitä on myös olemassa: raskausmyrkytys nostaa riskin sairastua seitsenkertaiseksi ja nuorella iällä alkaneet vaihdevuodet saattavat laukaista sepelvaltimotaudin keskiarvoa aikaisemmin. (Mannonen ym. 2006, 21; Vanhanen & Penttilä 2005, 43.)

Iäkkäillä tai diabeetikoilla sepelvaltimotaudin oireet voivat olla poikkeavat. Kivun si-

jaan ihminen voi tuntea hengenahdistusta, väsymystä, paha olo tai suorituskyvyn heikkeneminen. Diabeetikolla oireet voivat olla vielä epämääräisemmät, sillä kivun tunne on alentunut. (Mäkinen + ym. 2006, 6.)

Sepelvaltimotautia hoidetaan ensisijaisesti elintavoilla ja lääkkeillä. Pallolaajennus tai ohitusleikkaus on vaikea-asteisen sepelvaltimotaudin hoitomuoto (Töyry 2008, 39). Suonien ahtaumakohdat saadaan selville sydämen varjoaine- eli angiografiatutkimuksessa. Mikäli potilaalla on sydämessään kolmen tai useamman sepelvaltimon tauti tai vasemman sepelvaltimon päärungon ahtaus, hoitona on ohitusleikkaus. (Pikkarainen 2001, 493–494.)

4.3 Läppäviat

Sydän muodostuu neljästä lokerosta: kahdesta kammioista ja kahdesta eteisestä. Eteisten ja kammioiden välissä, vasemman kammion ja aortan sekä oikean kammion ja keuhkovaltimon välissä on läpät. Kun veri kulkee oikeaan suuntaan läpät aukeavat, ja sulkeutuvat sydänlihaksen pumppausvaiheen aikana veren takaisinvirtauksen estämiseksi. Eteisten ja kammioiden välillä on purjeläpät, oikealla trikuspidaaliläppä ja vasemmalla hiippa- eli mitraaliläppä. Oikean kammion ja keuhkovaltimon sekä vasemman kammion ja aortan välissä on kolmesta taskumaisesta purjeesta muodostuva läppä. (Partanen 2000, 16–18; Partanen 2005, 15, 18; Mustajoki 2009.)

Läppäviat johtuvat ahtaumasta eli stenoosista, jolloin läppä on kovettunut ja verenkierto on estynyt tai vuodosta eli insuffisienssista, jolloin syynä on läpän venyminen, kovettuminen, repeytyminen tai rappeutuminen (Hippeläinen 2008a, 342; Ukkola ym. 2001, 78). Keuhkovaltimoläpässä ja trikuspidaaliläpässä on harvoin vaurioita, koska sydämen oikea puoli pumppaa verta keuhkoihin ja se ei vaadi suurta painetta. Sydämen vasen puoli pumppaa aortan kautta verta koko elimistöön. Koska veren pumppaaminen vaatii suuren paineen niin vasemman puolen läpät, aortta- ja mitraaliläppä, vaurioituvat helpommin. (Kaartinen 2000, 217; Mustajoki 2009.) Yleisimmät läppäviat ovat aorttaläpän ahtaus eli aorttastenoosi ja hiippaläpän vuoto eli mitraalivuoto. Puolet kaikista läppätutkimus- ja hoitotoimenpiteistä koskevat aorttaläppäahtaumaa ja väestön ikääntyessä

potilaiden määrä kasvane. (Kahri 2006, 51; Kupari & Kaartinen 2008, 790.)

Jokaiseen läppävikaan liittyy sydäimestä kuuluva sivuääni. Läppävian diagnoosi tehdään ultraäänitutkimuksella, jolla voidaan varmistaa läppävian vaikeusaste. (Kaartinen 2000, 217; Kaartinen 2005, 156.) Hoitamaton läppävika johtaa vähintään sydämen vajaatoimintaan (Mustajoki 2009).

Työikäisten läppäviat, erityisesti hiippaläpän ja aorttaläpän vuodot pyritään leikkaamaan ennen kuin ne rajoittavat toimintakykyä (Kettunen 2008b, 150). Perinteisesti läppävikojen kirurginen hoito on ollut viallisen läpän korvaamista tekoläpällä. Nykyisin suuri osa hiippa- ja kolmiliuskaläpän vioista voidaan hoitaa korjausleikkauksella eli plastialla. (Lepojärvi 2008, 835.) Läpän plastia voi olla kuitenkin mahdoton vaikeiden muutosten, kuten kalkkeumien vuoksi. Tämän takia läppäleikkauksissa käytetään apuna keinoläppiä, joista on tehty eri vaihtoehtoja. (Pikkarainen 2001, 442.) (Kuvio 3.)

MEKAANINEN LÄPPÄ	BIOLÄPPÄ
Elinikäinen	Kestää nuorella aikuisella 5-10 vuotta, yli 70-vuotiaalla 13–18 vuotta
Vaatii jatkuvan verenohennus- eli antikoagulanttihoidon hyytymien ehkäisemiseksi.	Vaatii 2-3 kk:n antikoagulanttihoidon.
Vuotaa lähes aina kiinnityskohdasta, mikä voi johtaa myöhemmin uuteen leikkaukseen. Verenkierron kannalta esiintyy merkityksetöntä lievää hemolyysiä, eli punasolujen hajoamista. Läpistä voi kuulua myös tikitystä.	Heikkoutena huonompi kestävyys, uusintaleikkauksen mahdollisuus tiedostetaan kuitenkin heti.
Mahdollista operoida myös laajentunut aortta keinoläpän ja aorttaproteesin yhdistelmällä, Composite craftilla.	Bioläppä on peräisin sian aorttaläpästä, naudan sydänpussista tai elinluovuttajalta.

(Pikkarainen 2001, 442; Kaartinen 2000, 222; Hippeläinen 2008c, 348–349; Hippeläinen 2008a, 343; Lepojärvi 2008, 838).

KUVIO 3. Mekaanisten- ja biologisten läppien erot.

4.4 Sydänleikkaukset

Suomessa tehdään sydänleikkauksia vuosittain runsaat 5000, ja niistä noin 1000 tehdään Helsingin Meilahden sairaalassa (Härkönen 2010). 1970-luvun lopulla alkaneet sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset ovat yleisin sydänleikkaustoimenpide (Vainionpää & Pölönen 2006, 620). Sepelvaltimoiden ohitusleikkaukset yleistyivät 1980-luvulla ja tasoituivat 1990-luvun puolen välin jälkeen noin 4000 vuosittaiseen potilaaseen (Reunanen 2005, 156). Suurin osa sydänleikkauspotilaista on miehiä. Syitä tähän on muun muassa se, että naiset sairastuvat iäkkäämpinä, jolloin leikkaushoitojen haitat saattavat olla suuremmat kuin siitä saadut hyödyt. Naisilla taudinkuva on kroonisempi, kun taas miehillä kärsivät akuutista sydänkohtauksesta. Myös sydäntutkimus on keskittynyt enemmän miehiin. (Mannonen ym. 2006, 25; Vanhanen & Penttilä 2005, 44.)

Sydänleikkauksiksi lasketaan sydämeen kohdistuvat leikkaukset, pallean yläpuoliseen aorttaan ja keskeisiin keuhkovaltimoihin kohdistuvat leikkaukset. Leikkauskuolleisuus on matala, alle 3 % vaikka kardiologian kehittymisen myötä sydänleikkauksiin tulevat potilaat ovat aiempaa iäkkäämpiä, sairaampia ja siten myös riskialttiimpia. (Vainionpää & Pölönen 2006, 620–621.) Kardiologian kehitys on mahdollistanut myös esimerkiksi läppävikojen korjauksen varhaisessa vaiheessa, jolloin on välttytty vian aiheuttamilta palautumattomilta muutoksilta (Lepojärvi 2008, 835).

Sydänleikkaukset tehdään nukutuksessa, ja lähes aina potilas sydänkeuhkokoneeseen kytkettynä. Sydänkeuhkokone huolehtii leikkauksen aikaisesta verenkierrosta ja keuhkojen kaasujen vaihdosta, jotta kirurgilla on mahdollisuus työskennellä lyömättömän sydämen kanssa. Sydänkeuhkokone mahdollistaa sydämen pysäyttämisen jopa tunneiksi. (Kahri 2006, 79; Hippeläinen 2008b, 287; Pikkarainen 2001, 495.) Teknologia on mahdollistanut sydänleikkauksen teon myös ilman sydänkeuhkokonetta, eli leikkauksen aikana sydän toimii normaalisti ja sepelvaltimoissa on verta (Hippeläinen 2008b, 290). Merkittävä osa (sairaalasta riippuen 10–40 %) sepelvaltimoiden ohitusleikkauksista tehdään ilman sydänkeuhkokonetta (Vainionpää & Pölönen 2006, 620).

5 ELÄMÄ TOIPUMISVAIHEESSA

Leikkauksen jälkeen täydellinen fyysinen toipuminen vie aikaa noin 1–3 kuukautta. Täyhystysleikkauksesta toipuu nopeammin kuin avosydänleikkauksesta. (Mäkijärvi 2008, 12.) Sydänpotilaan ensimmäinen askel toipumisessa on sairauden tunnustaminen ja hyväksyminen osana jokapäiväistä elämää (Tuominen 1995, 14).

Sydänleikkauksesta toipuminen etenee vaiheittain. Sairaalasta kotiuduttua pelot liittyvät esimerkiksi mahdolliseen kipuun, kuolemaan, sairauden uusiutumiseen, taloudellisiin huoliin tai toimintakyvyn palautumiseen. Myös elintapamuutokset, kuten tupakoinnin lopettaminen voi tuntua ahdistavalta. Miehiä voi huolestuttaa oma rooli puolisona ja seksuaalisesti pystyvänä miehenä, vaikka näistä ei välttämättä lääkärielle kehdata puhua. (Penttilä 2008a, 119–120.)

Leikkauksen jälkeen elämä alkaa normalisoitua hitaasti pienten, kevyiden kotitöiden kautta. Muutamien viikkojen kuluttua leikkauksesta omien voimien palautumisen myötä mielialakin kohenee. Naisille kotitöistä selviytyminen on eräänlainen toipumisen mittari, kun taas miehillä vastaava on fyysisen kunnan palautuminen ja työhön paluu. (Penttilä 2008a, 120.) Iäkkäiden sydänpotilaiden kotona selviytymistä tukee kunnallinen kotihoitopalvelu (Mäkinen + ym. 2006, 23).

Vaikka leikkaus on mennyt hyvin, toipilas voi kotiutumisen jälkeen olla useita viikkoja ärtynyt, väsynyt, tyytymätön tai alakuloinen, lisäksi hän saattaa epäillä omia toipumismahdollisuuksiaan. Toipilaan täytyy uskaltaa pyytää apua, vaikka se tuntuisi vaikealta. Luottamus toisen ihmisen antamaan tukeen on tärkeä voimavara. Muilta saatu tuki auttaa kestäämään niitä paineita, joita toipilasvaihe tuo mukanaan. (Tuominen 1995, 13, 17.)

5.1 Liikunta

Sydänleikkauksen yhteydessä avatun rintalastan luutumisen kestää 2–3 kuukautta. Luutumaton rintalasta kestää hyvin normaaleja päivittäisiä toimia, ja kunnan kohentamiseen

sopivia liikuntalajeja ovat kävely ja kevyt voimistelu. Aluksi on syytä kävellä lyhyitä matkoja rauhallisella tahdilla muutaman kerran päivässä. Kunnan kohentuessa täytyy ensin lisätä kävelymatkan pituutta, sitten vasta vauhtia. (HUS potilasohje 11/2003, 10; Mäkinen+ ym. 2006, 21.)

Ensimmäisen kuukauden aikana toipilas ei saa nostaa, kantaa tai vetää yli 3kg painavia esineitä. Myös ylävartalon äkkiliikkeitä tulee välttää. Toisen kuukauden aikana nostettavien esineiden painoraja on 5kg. Rajoitusten takia esimerkiksi lumityöt ovat kiellettyjä. (Mäkinen + ym. 2006, 21.)

5.2 Matkustaminen ja lomailu

Sydänleikkaus rajoittaa myös autolla ajamista, ja autoa on lupa ajaa leikkauksen jälkeen vasta noin 1–2 kuukauden kuluttua. Aluksi potilaan reagointi ja kyky huomioida on alentunut ja vastaavasti alttius rytmihäiriöille on lisääntynyt. Turvavyötä on käytettävä normaalisti ja äkilliset liikkeet voivat vaurioittaa rintalastaa. Stressaavia liikennetilanteita, kuten ruuhkia, kiirettä tai huonoa ajokeliä tulee kuitenkin välttää, koska ne voivat aiheuttaa sydäntuntemuksia. Jos sydänpotilas lähtee pitkälle automatkalle, hänen täytyy muistaa pitää tauko tunnin välein. Ammattikuskien kohtalo ratkeaa vasta leikkauksen jälkeen jälkitarkastuksessa rasituskokeen avulla. (HUS potilasohje 11/2003, 12; Mäkinen + ym. 2006, 39.)

Lentokoneella matkustamista suositellaan vasta jälkitarkastuksen jälkeen, ja matkustaessa potilaalla täytyy olla mukana omat lääkkeet ja lääkekortti, tuorein sydänfilmi ja lyhyt englanninkielinen seloste sairaudesta. Lentomatkustus on sydämen puolesta sallittua, kun toipilas pystyy kävelemään vaivatta 100 metriä. Lomaillessa on kuitenkin syytä vältellä kuumia kesäkuukausia ulkomailla, koska korkea lämpötila rasittaa sydäntä normaalia enemmän. (Mäkinen + ym. 2006, 49; HUS potilasohje 11/2003, 12.)

Esimerkiksi kesämökillä leikkauksen jälkeen saunomiselle ei ole esteitä sen jälkeen, kun haavat eivät eritä ja ompeleet tai hakaset on poistettu. Saunan aiheuttama rasitus sydämelle vastaa reipasta kävelyä. Uiminen saunomisen yhteydessä on sallittua vasta

muutaman toipilaskuukauden jälkeen, koska äkillinen lämmönvaihtelu lisää rytmihäiriöiden vaaraa, nostaa verenpainetta ja herkistää rintatuntemuksille. (Mäkinen + ym. 2006, 39.)

5.3 Sukupuolielämä

Usein potilaat ja heidän kumppanit ovat huolissaan seksin vaikutuksesta toipilaan sydämeen. Seksin harrastaminen lisää sydämen työmäärää nostamalla verenpainetta ja sykettä, sen takia se saattaa altistaa rintakivuille tai hengenahdistukselle. Normaalille sukupuolielämälle ei ole esteitä, mikäli potilas tuntee jaksavansa: seksin harrastaminen ei ole vaarallisempaa kuin kahden kerroksen portaiden kävely. (HUS potilasohje 11/2003, 12; Mäkinen + ym. 2006, 39.)

Leikkauksen jälkeen potilaat ovat usein saaneet beetasalpaajalääkityksen alentamaan verenpainetta, ehkäisemään rasituksessa syntyviä rytmihäiriöitä ja hidastamaan sykettä. Beetasalpaajilla voi olla haittavaikutuksena erektiohäiriö. Myös haluttomuus on mahdollista ja ohimenevää, joka korjautuu fyysisen kunnon myötä. Ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen jälkeen seksi voi sujua entistä paremmin, koska verenvirtaus sepelvaltimoissa ei ole estynyt. (Mäkinen + ym. 2006, 13, 39; HUS potilasohje 11/2003, 12.)

5.4 Alkoholinkäyttö

Kohtuullinen alkoholin käyttö, 1–2 annosta vuorokaudessa, ei ole sydänpotilaalle haitaksi, mutta sen sijaan humalatila ja krapula ovat sydämelle vaarallisia. Runsas alkoholinkäyttö voi johtaa hoidon laiminlyöntiin. Alkoholilla voi myös olla käytettävän lääkeytyksen kanssa haitallisia yhteisvaikutuksia. (HUS potilasohje 11/2003; Mäkinen + ym. 2006, 37.)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Valmiin opinnäytetyön on tarkoitus palvella Helsingin sydänpiirin yhteistyökumppania. Hän saa opinnäytetyöstä paljon hyödyllistä palautetta ryhmätoiminnasta ja hän voi käyttää tutkimuksen tuloksia kehittäessään sydänpiirin toimintaa. Työn tarkoituksena on kuvailla Helsingin sydänpiirin vertaistukitoimintaa osallistujien näkökulmasta.

6.1 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyöni materiaali oli valmiiksi kerätty vuoden 2009 sydänleikattujen potilaiden vertaistukiryhmistä. Vuonna 2009 ryhmiä oli ollut 6 ja osallistujamäärä oli 157. Osallistujamäärästä potilaita oli 98, loput osallistujista olivat omaisia tai alan opiskelijoita. Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmä on määrällinen tutkimus. Tämän opinnäytetyön taustakysymyksinä olivat ikä, sukupuoli ja vastaajille tehty toimenpide.

6.2 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset ovat

1. Kuinka hyödyllisenä ryhmätapaaminen koettiin?
2. Millainen ryhmään osallistumisen ajoitus oli osallistujien mielestä leikkaukseen nähden?

6.3 Kvantitatiivinen tutkimus

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa käsityksen mitattavien asioiden, eli muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Mitattavia asioita ovat henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus. (Vilkka 2007, 13–14, 16–17.) Opinnäytetyössäni näitä muuttujia ovat sukupuoli, ikä ja tehty toimenpide. Kvantitatiivisen tutkimuk-

sen aineistolle on tyypillistä suuri vastaajien lukumäärä. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymykseen kuinka paljon tai miten usein. (Vilka 2007, 13–14, 16–17.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen apuväline on mittari, jolla saadaan numeerinen tieto tutkittavasta asiasta (Holopainen & Pulkkinen 2002, 42). Mittaamista on kaikki, missä pyritään tekemään eroja havaintoyksikköjen välille. Näitä tutkimuksen mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. (Vilka 2007, 13–14, 16–17.) Työssäni käytetty mittari, eli kyselylomake, on Helsingin sydänpiirin yhteistyökumppanini, erikoissairaanhoitaja Aino Karisen tekemä.

Henkilöitä koskevien asioiden tutkiminen on mahdollista siten, että tutkittavat asiat muutetaan rakenteellisesti eli operationalisoidaan ja strukturoidaan. Operationalisoinnilla tarkoitetaan teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista mahdollisimman arkiseen muotoon niin että tutkittavat ymmärtävät asian. Strukturoinnilla tarkoitetaan sitä, että tutkittavat asiat ja ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan. (Vilka 2007, 14–15.) Kun kysymyslomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot, vastauksista tulee yhdenmuukaisia, mikä nopeuttaa lomakkseiden käsittelyä (Holopainen & Pulkkinen 2002, 42). Sydänpotilaiden vertaisryhmät ovat kokoontuneet vuodesta 2003 lähtien ja tutkimuslomake on pysynyt muuttumattomana siitä lähtien, ja se on tarjonnut ryhmänvetäjille tarvitsemansa tiedot.

Tutkimus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Kartoittava tutkimus pyrkii esimerkiksi selvittämään tai löytämään vähän tunnettuja ilmiöitä. Selittävä tutkimukselle ominaista on etsiä selitystä tilanteelle tai ongelmaan syy-seuraussuhteita etsien. Kuvaileva tutkimus esittää tarkkoja kuvauksia esimerkiksi tilanteista tai henkilöistä. Ennustava tutkimus nimensä mukaisesti ennustaa tapahtumia tai toimintoja, jotka ovat seurauksena jostakin ilmiöstä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 129–130.) Opinnäytetyöni on kuvaileva tutkimus, sillä analysoin tuloksia kuvailemalla vertaistutkimusryhmiä etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiini.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulokset esitetään numeroina. Tulokset tulkitaan ja oleellinen numerotieto tulee selittää myös sanallisesti; kuvailemalla millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toistensa suhteen. Tavoitteena on mahdollisimman objek-

tiivinen tutkimus, eli puolueeton tutkimusprosessi ja puolueettomat tutkimustulokset. Tätä edesauttavat tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde tutkimusprosessin aikana, sekä tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus kyselyllä saatuihin vastauksiin ja tutkimustuloksiin. (Vilka 2007, 14, 16.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luettavuutta parantavat taulukot. Taulukosta lukijan on mahdollista vertailla lukuja ja niiden suhteita, sekä tehdä lisälaskelmia. Taulukossa käytetyt prosenttiluvut soveltuvat eri ryhmien väliseen vertailuun, mutta nähtävissä on oltava myös lähtöarvo, josta prosentit on laskettu. (Heikkilä 2008, 149–150.)

6.4 Aineiston analysointi

Analysoin aineiston havaintomatriisien avulla. Havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakariiveillä on tilastoyksiköt, ja pystyriveillä muuttujat. Yhdellä rivillä on siis nähtävissä yhden tutkittavan henkilön tiedot ja pystysarakkeessa kaikkien vastaajien samaa asiaa, eli kysymystä koskevat tiedot. (Heikkilä 2008, 123; Holopainen & Pulkkinen 2002, 46–347.) Tein jokaisesta ryhmästä oman, samanlaisen havaintomatriisin. Annoin ryhmään osallistujille numeron, jonka kiinnitin tarralla lomakkeeseen ja kirjasin numeron mukaan tiedot havaintomatriisiin. Lisäksi koodasin vastaajat värikoodeilla sukupuolen mukaan: sininen, punainen ja vihreä, jossa sininen edusti miehiä, punainen naisia ja vihreä niitä, jotka eivät ilmoittaneet sukupuoltaan.

Ryhmänohjauksen arviointilomakkeessa kysymyksissä 1–14 on annettu symbolinen numeroarvo ja vastausvaihtoehdot on vakioitu. Näihin käytän ristiintaulukointia. Ristiintaulukointi on yksinkertaisin tapa tutkia kahden muuttujan välisiä suhteita (Heikkilä 2008, 150). Kyselylomakkeen 15. kohtaan, ”Mitä muuta palautetta haluatte antaa”; pyrin löytämään vastauksista yhteisiä teemoja. Tällöin apuvälineenä voidaan käyttää numerointia, eli samaa aihetta sivuavat vastaukset koodataan samoilla numeroilla (Valli 2001, 159–160).

Vastauslomakkeista hylättiin 6 kappaletta, koska osallistuja ei ollut ilmoittanut taustamuuttujia kuten ikää tai sukupuolta tai lomakkeesta oli puolet täyttämättä. Hylkäysperusteen jälkeen analysoitavaksi jäi 92 lomaketta. Joukossa oli myös sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden palautelomakkeet tilaisuudesta sekä yksi vastaaja, joka osallistui tapaamiseen vaikka leikkaus oli vielä edessä. Rajasin tietoisesti analysoitavista lomakkeista pois kaikki muut paitsi sydänleikatut, koska opinnäytetyössäni tarkoituksena on kuvata sydänleikattujen mielipiteitä vertaistukiryhmästä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatiedot

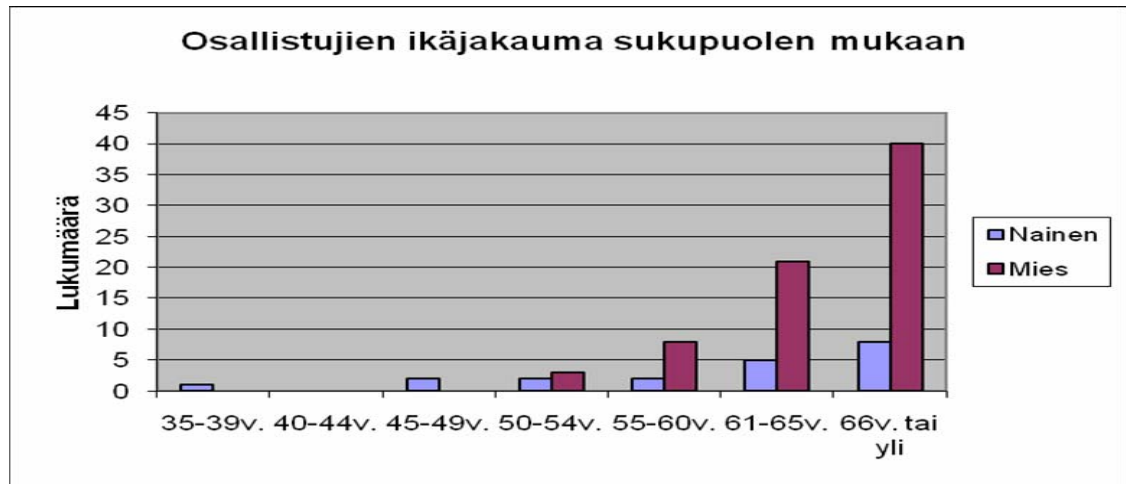
Vuonna 2009 sydänleikattujen potilaiden vertaistukiryhmä järjestettiin kuusi kertaa. Osallistujamäärä oli kaikkiaan 157, joista sydänleikattujen potilaiden osuus oli 98. Hylkäämiskriteerien jälkeen analysoitavia lomakkeita oli 92. Viidesosa osallistuneista oli naisia (n=20) ja enemmistö oli miehiä (n=72). (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Ryhmien osallistujamäärät n=92.

	Ryhmä 1 maaliskuu	Ryhmä 2 huhtikuu	Ryhmä 3 kesäkuu	Ryhmä 4 elokuu	Ryhmä 5 lokakuu	Ryhmä 6 joulukuu	Yhteensä
Nainen (n)	5	4	3	0	5	3	20
Nainen (%)	5,43 %	4,35 %	3,26 %	0 %	5,43 %	3,26 %	21,74 %
Mies (n)	8	20	12	10	10	12	72
Mies (%)	8,70 %	21,74 %	13,04 %	10,87 %	10,87 %	13,04 %	78,26 %
Yhteensä (n)	13	24	15	10	15	15	92
Yhteensä (%)	14,13 %	26,09 %	16,30 %	10,87 %	16,30 %	16,30 %	100,00 %

Ryhmätapaamisten ajankohdat olivat seuraavat: ryhmä 1 maaliskuussa, ryhmä 2 huhtikuussa, ryhmä 3 kesäkuussa, ryhmä 4 elokuussa, ryhmä 5 lokakuussa ja ryhmä 6 joulukuussa. Osallistujavoittoisin ryhmä oli huhtikuun ryhmä 2 (n=24) ja vähiten osallistujia oli elokuun ryhmä 4:ssä (n=10). Muiden ryhmien osallistujamäärät olivat hyvin tasaisia keskenään. Keskiarvo ryhmissä on 15,3 henkilöä.

Osallistujat olivat kaikki iältään yli 35-vuotiaita. Sydänleikatut naispotilaat olivat nuorempia kuin miehet. Kaikki alle 50-vuotiaat potilaat olivat naisia. Reilu neljäsosa (n=26) olivat iältään 61–65-vuotiaita. Yli puolet osallistujista (n=48) olivat täyttäneet 66 vuotta. (Kuvio 4)



KUVIO 4. Osallistujien ikäjakauma sukupuolen mukaan.

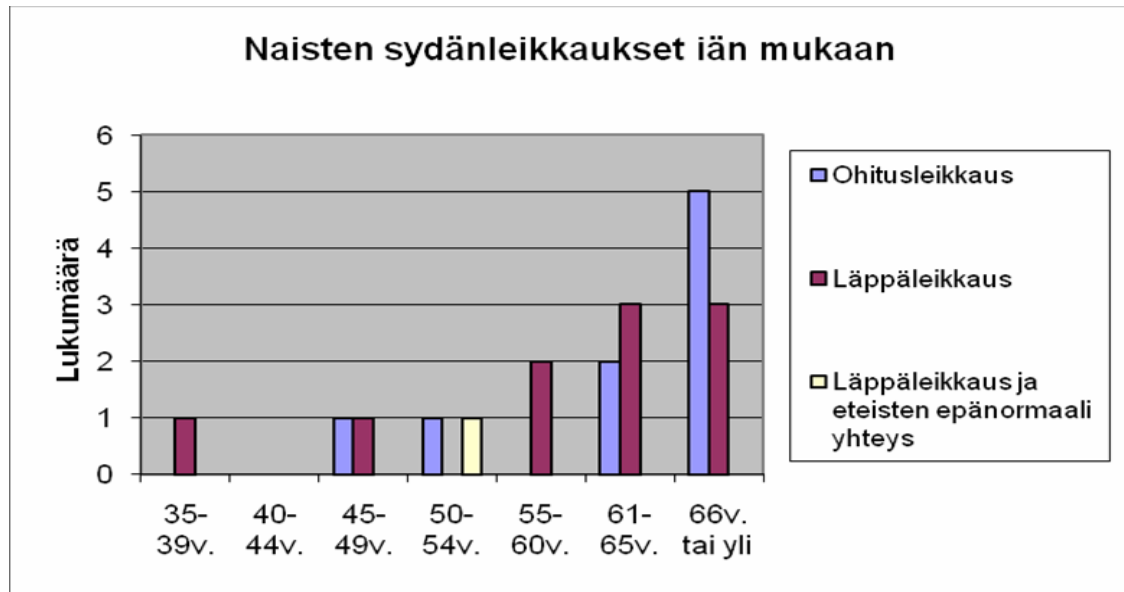
Kuviossa 4 on havaittavissa, kuinka sydänleikkauksien määrä yleistyy iän myötä. Siinä nähdään myös, että enemmistö iäkkäistä on miehiä.

TAULUKKO 2. Tehdyt leikkaukset sukupuolen mukaan.

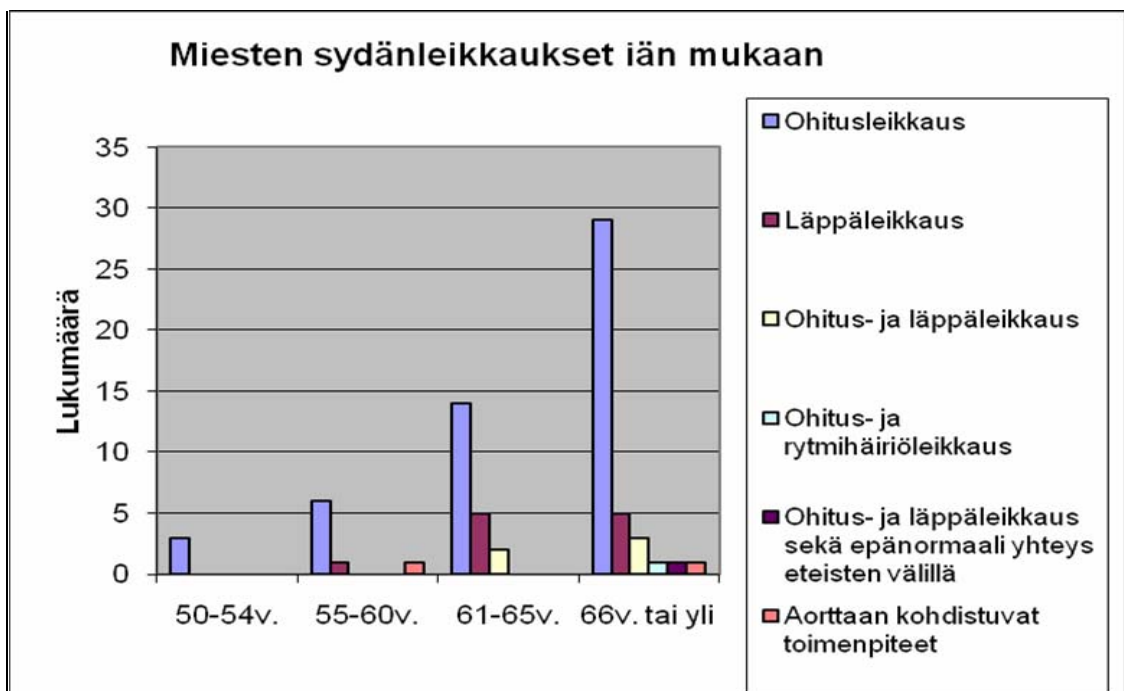
Tehty toimenpide	Nainen (n)	Nainen (%)	Mies (n)	Mies (%)	Yhteensä (n)	Yhteensä (%)
Ohitusleikkaus	9	9,78 %	52	56,52 %	61	66,30 %
Läppäleikkaus	10	10,87 %	11	11,96 %	21	22,83 %
Ohitus- ja läppäleikkaus	0	0 %	5	5,43 %	5	5,43 %
Ohitus- ja läppäleikkaus sekä eteisten epänormaali yhteys	0	0 %	1	1,09 %	1	1,09 %
Ohitus- ja rytmihäiriöleikkaus	0	0 %	1	1,09 %	1	1,09 %
Läppäleikkaus ja eteisten epänormaali yhteys	1	1,09 %	0	0 %	1	1,09 %
Aortan toimenpiteet	0	0 %	2	2,17 %	2	2,17 %
Yhteensä	20	21,74 %	72	78,26 %	92	100,00 %

Taulukosta 2 on havaittavissa, että ohitusleikkaus oli yleisin toimenpide miehille ja toiseksi yleisin naisille. Puolet naisten leikkauksista (n=10) koski läppävikoja, jotka olivat miesten (n=11) toiseksi yleisin syy leikkaukseen. Naisista ohitusleikkauksessa oli ollut hieman vajaa puolet (n=9), kun taas miehistä vastaava oli lähes kolme neljästä (n=52).

Miesten sydänsairauksien kirjo on paljon laajempi kuin naisten. Ryhmään osallistuneista naisista kukaan ei ollut sydänleikkauksessa, jossa olisi operoitu sekä sydämen läppiä että sepelvaltimoita. Miehistä 5 oli kyseisessä leikkauksessa. (Taulukko 2.) Sekä naisilla että miehillä ohitusleikkauksen tarve yleistyi iän myötä. Miehillä iän myötä yleistyivät kaikki sydänleikkaukset (Kuvio 5, Kuvio 6).

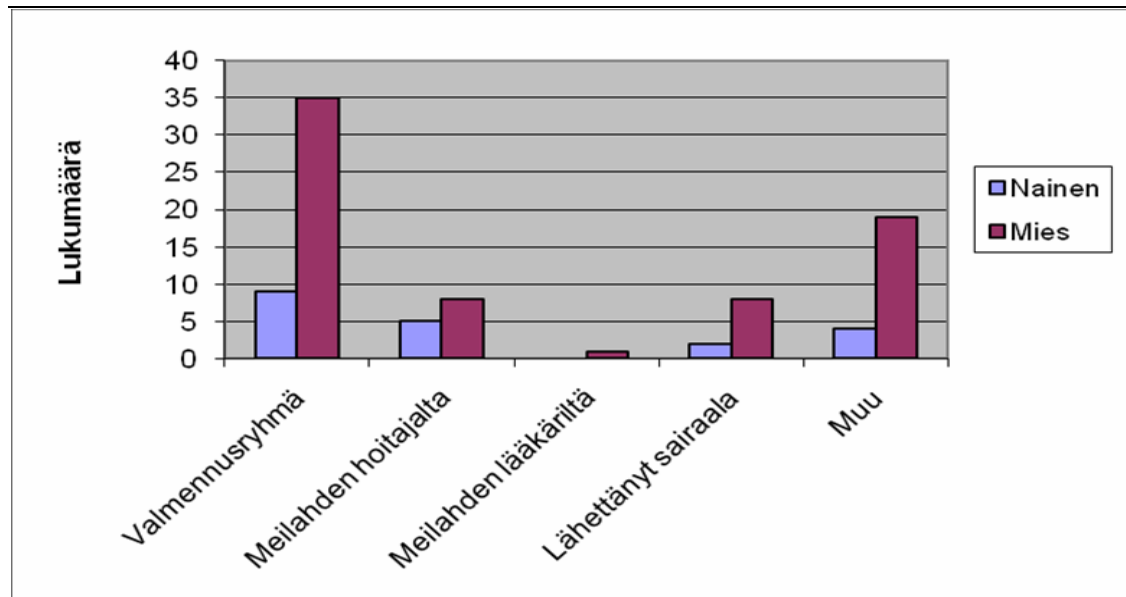


KUVIO 5. Naisten sydänleikkaukset iän mukaan.



KUVIO 6. Miesten sydänleikkaukset iän mukaan.

Vertaistukiryhmään osallistuneista lähes puolet (n=44), oli saanut tiedon ryhmätapaamisesta sairaanhoitaja Kati Leinin sydänleikkauksen preoperatiivisesta valmennusryhmästä. Reilu neljäsosa (n=14) oli saanut tiedon ryhmästä hoitoaikana Meilahden sairaalasta joko hoitavalta lääkäriltä (n=1) tai hoitajalta (n=13). Yksi osallistujista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen, jolloin n=91. Neljäsosa (n=23) oli valinnut kyselylomakkeen vastausvaihtoehdon ”muu”. (Kuvio 7.)



KUVIO 7. Mistä osallistujat saivat tiedon vertaistukiryhmästä.

Kuviossa 4 kohta ”muu” sisältää potilaille lähetetyt kirjeet, tiedon saannin alueen sydänpiiriltä ja Espoossa järjestetyt sydänmessut. Arviointilomakkeista kohdan muu valinneista suurin osa miehistä (n=13) ja kaikki naiset (n=4) oli saanut vertaistukiryhmästä kutsun postitse kotiin. Oman alueen sydänpiiriltä tiedon oli saanut 4 ihmistä. Espoossa järjestetyiltä Sydänmessuilta 2 oli saanut tiedon ryhmästä. Molemmat heistä osallistuivat huhtikuun ryhmään ja olivat miehiä. (Kuvio 7.)

Vertaistukiryhmään saivat osallistua myös läheiset. Yli puolella (n=48) omainen oli ryhmässä mukana ja yksi ei ollut vastannut kysymykseen, jolloin n=91. (Taulukko 3.) Naisten omaiset osallistuivat ryhmään hieman aktiivisemmin kuin miesten. Kolmella viidestä naisesta (n=12) oli omainen mukana ja miehistä puolella (n=36).

TAULUKKO 3. Omaisten osallistuminen ryhmään sukupuolen ja leikkauksen mukaan.
n=91.

	Omainen osallistui (n)	Omainen osallistui (%)	Omainen ei osallistunut (n)	Omainen ei osallistunut (%)
Ohitusleikkaus nainen	7	7,69 %	2	2,20 %
Ohitusleikkaus mies	24	26,37 %	27	29,67 %
Läppäleikkaus nainen	5	5,49 %	5	5,49 %
Läppäleikkaus mies	5	5,49 %	6	6,59 %
Ohitus- ja läppäleikkaus mies	4	4,40 %	1	1,10 %
Ohitus-, läppä- ja eteisten epänormaalien yhteyden korjausleikkaus mies	1	1,10 %	0	0 %
Ohitus- ja rytmihäiriöleikkaus mies	1	1,10 %	0	0 %
Läppäleikkaus ja epänormaali yhteys eteisten välillä nainen	0	0 %	1	1,10 %
Aortan toimenpiteet mies	1	1,10 %	1	1,10 %
Yhteensä n=91	48	52,75 %	43	47,25 %

Taulukossa 3 on toimenpiteen jälkeen nimetty kyseisten leikkausten lukumäärä. Taulukosta on nähtävissä, että omaiset osallistuivat tapaamiseen aktiivisemmin, mikäli tehty sydänleikkaus oli jokin muu kuin tutut ohitus- tai läppäleikkaus.

7.2 Ryhmän ajoitus

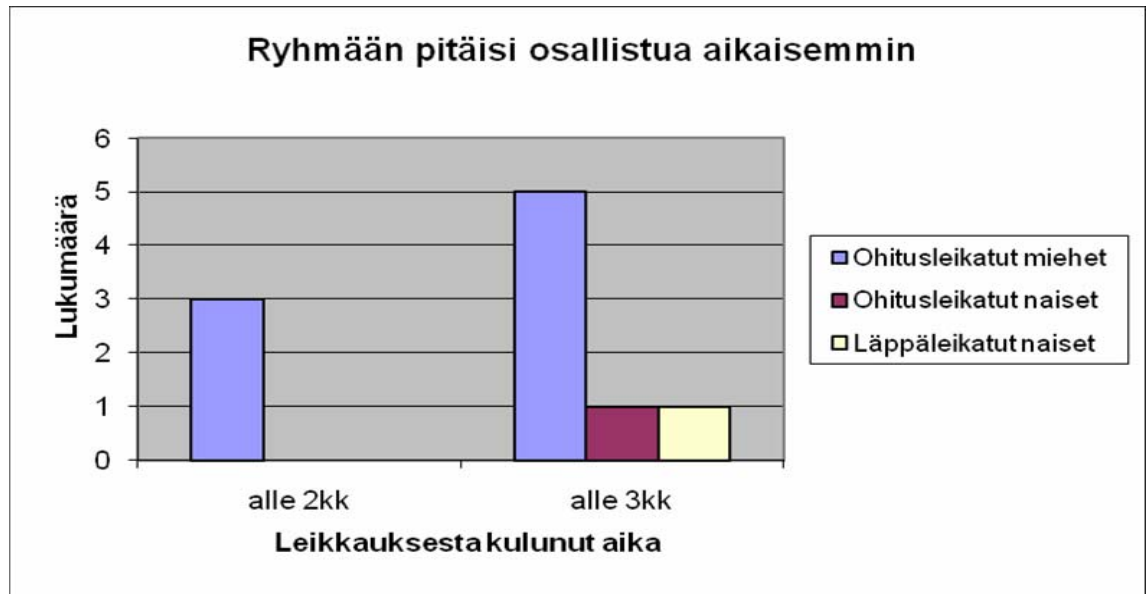
Lähes puolelle (n=42) ryhmäläisistä leikkaus oli tehty vajaa 2 kuukautta aikaisemmin ryhmään osallistumisesta (Taulukko 4). Naiset osallistuivat ryhmään aikaisemmin kuin miehet.

TAULUKKO 4. Leikkauksesta kulunut aika kun ryhmäläinen osallistui tapaamiseen.

	Nainen (n)	Nainen %	Mies (n)	Mies %
Alle 1 kk	0	0 %	5	7 %
Alle 2 kk	15	75 %	31	44 %
Alle 3 kk	4	20 %	28	40 %
Alle ½ vuotta	1	5 %	5	7 %
Alle 1 vuosi	0	0 %	0	0 %
Yli 1 vuosi	0	0 %	1	1 %
Yhteensä	20	100 %	70	100 %

Pääsääntöisesti ryhmään osallistuttiin, kun leikkauksesta oli kulunut enintään puoli vuotta aikaa. Leikkauksen jälkeisen ryhmään osallistumisajakohtaa sopivana leikkaukseen nähden piti enemmistö osallistujista (n=80) ja vastaavasti noin joka kymmenennen

ryhmäläisen mielestä (n=10) olisi kannattanut osallistua ryhmään aikaisemmin. Kaksi miestä jätti vastaamatta kysymykseen, joten n=90.



KUVIO 8. Omasta mielestään liian myöhään ryhmään osallistuneet.

Miehistä joka kymmenes (n=8) piti ryhmään osallistumisen ajankohtaa leikkausta nähdessä liian myöhäisenä. Näillä miehillä leikkauksesta oli kulunut aikaa 2 kuukautta (n=5) tai 3 kuukautta (n=5) ja he kaikki olivat ohitusleikattuja. Myös naisista joka kymmenes (n=2) olisi mielestään hyötynyt leikkauksen jälkeisestä vertaistukiryhmästä enemmän, jos he olisivat osallistuneet siihen aikaisemmin. Leikkauksesta kulunut aika molemmilla oli alle 3 kuukautta. (Kuvio 8.) Ryhmäläiset, jotka olivat valinneet arviointilomakkeista kohdan alle ½ vuotta tai yli vuosi, oli jokaisella mielestään sopiva ajankohta.

7.3 Ryhmän hyödyllisyys

Pääasiassa vertaistukiryhmässä käydyt asiat koettiin hyödyllisenä uutena tietona, joista on hyötyä myös jatkossa. Uutta tietoa tapaamisesta koki saaneensa lähes kaikki (n=88), vain yksi valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” ja kolme miestä jätti vastaamatta kysymykseen.

Naisista lähes jokainen (n=19) ja miehistä yhdeksän kymmenestä (n=65) ajattelivat

ryhmän olevan tarpeellinen kaikille sydänleikatuille. (Taulukko 5) Niistä vastaajista, joiden mielestä vertaistukiryhmä on hyödyllinen vain jollekin, enemmistö (n=4) oli osallistunut sairaanhoitaja Kati Leinon valmennusryhmään, ja he kaikki olivat yli 60-vuotiaita.

TAULUKKO 5. Kuinka hyödyllisenä vertaistukiryhmä nähdään n=92.

	Tarpeellinen kaikille (n)	Hyödyllinen jollekin (n)	Ei kenellekään (n)	Ei vastausta (n)
Nainen	19	1	0	0
Mies	65	5	0	2
Yhteensä (n)	84	6	0	2

Kuntoutumisen kannalta neljä viidestä (n=77) koki ryhmän myös hyödyllisenä. (Taulukko 6). Niistä 15 vastaajasta, jotka eivät kokeneet ryhmää hyödyllisenä tai jättivät vastaamatta kysymykseen, uskoi kuitenkin kolme neljästä (n=11) ryhmän olevan tarpeellinen kaikille sydänleikatuille.

TAULUKKO 6. Tuoko ryhmään osallistuminen helpotusta kuntoutumiseen n=92.

	Kyllä (n)	Ei (n)	Ei osaa sanoa (n)	Ei vastausta (n)
Nainen	19	0	1	0
Mies	58	3	10	1
Yhteensä (n)	77	3	11	1

Vastauslomakkeen vaihtoehto ”En osaa sanoa” kysymykselle ”Tuoko ryhmään osallistuminen helpotusta kuntoutumiseen” koettiin vastauksiin peilaten hankalaksi tai ihmiset eivät halunneet pohtia sitä tarkemmin. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi joka kymmenes (n=11).

Aikaa kysymyksille ja keskustelulle koettiin olevan pääasiassa riittävästi (Taulukko 7). Ne, jotka kokivat ajan vähäiseksi tai valitsivat vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”, yli puolet (n=5) olivat tapaamisessa yksin ilman lähiomaistaan. Leikkaustyypillä ei sen sijaan ollut merkitystä ja kahta lukuunottamatta vastaajat pitivät ryhmän ajankohtaa sopivana leikkaustaan ajatellen.

TAULUKKO 7. Kuinka ryhmäläiset kokivat olevan aikaa kysymyksille ja keskustelulle

	Riittävästi (n)	Liian vähän (n)	En osaa sanoa (n)	Ei vastausta (n)
Nainen	14	2	1	3
Mies	61	0	5	6
Yhteensä (n)	75	2	6	9

Ryhmään osallistuneiden arvio ryhmän sisällöstä oli myönteistä. Naisista enemmistö (n=14) antoi arvosanaksi kiitettävän ja loput (n=6) hyvän. Miehet arvioivat ryhmän sisällön hieman heikommaksi, kiitettävänä sisältöä piti lähes puolet (n=34), hyvänä hieman yli puolet (n=37) ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 8). Ryhmän vetäjät arvioitiin hieman paremmaksi kuin ryhmän sisältö.

TAULUKKO 8. Arvosana ryhmän sisällölle.

	Kiitettävä (n)	Hyvä (n)	Tyydyttävä (n)	Huono (n)	Ei vastausta (n)
Nainen	14	6	0	0	0
Mies	34	37	0	0	1
Yhteensä	48	43	0	0	1

7.4 Avoin vastaus ryhmätapaamisesta

Vastauslomakkeissa oli tarjottu osallistujille mahdollisuutta antaa vapaavalintaista palautetta. Lähes puoliin (n=42) lomakkeista tätä mahdollisuutta oli hyödynnetty. Vapaaehtoisen palautteen antajista yli puolella (n=22) omainen ei ollut ryhmätapaamisessa mukana. Näissä lomakkeissa oli havaittavissa sairausprosessiin liittyviä kysymyksiä sekä kiitollisuutta ryhmän olemassa olost.

Tosi hyvä ja asiallinen tapahtuma. Tuli tunne etten ole ”vaivoineni” yksin.

Erittäin hyvä ja tarpeellinen ”tietopaketti” ja muutenkin hyvä kokoontuminen

Ryhmään osallistuneiden vastauksissa oli havaittavissa myös muita yhtäläisyyksiä. Huonoon kuuluvuuteen kiinnitti huomiota 6 osallistujaa, ja he ehdottivat esimerkiksi mikrofonin käyttämisestä apuvälineenä. Osa toivoi (n= 3) myös eri ryhmiä läppä- ja ohitusleikatuille, koska nyt selkeämpänä kohderyhmänä koettiin ohitusleikatut potilaat.

Myös lääkäreitä toivottiin (n=2) osallistumaan ryhmiin, lisäksi vastauslomakkeista nousi tiedon puutteesta tai väärästä tiedosta johtuvia kysymyksiä, jotka oli kohdennettu lääkärille.

--Ikään kuin yli 65 vuotiaalle myydään halvempaa bioläppää. ja lyhytkestoisempaa (yli 10v.). Tuntuu hieman pahalta jos on 75–80 vuotiaana muuten terve ja joutuisi läpän vaihtoon. Uudestaan.

Ryhmässä esityksen tukena käytettiin kalvoja ja ne koettiin vanhainkarsiksi. Power Point-esitystä ehdotettiin (n=2) kalvojen tilalle, tai vähintään uudistettuja kalvoja suuremmalla fontilla, jotta luettavuus olisi takarivissä parempaa.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Meilahden sairaalan vuosittaisista 1000 sydänleikkauksesta vain joka kymmenes osallistuu sydänleikattujen vertaistukiryhmään. Alhaiseen osallistumisprosenttiin vaikuttavat muun muassa se, että Meilahden sairaalassa tehdään Suomen ainoat sydänsiirrot, johon potilaat tulevat ympäri maata. Osallistumisprosentin alhaisuuteen vaikuttaa myös se, että Meilahden sairaalassa leikataan Helsingin sekä Uudenmaan alueen sydänleikkaukset, ja muualta kuin Helsingistä ei ryhmään tulla välttämättä niin helposti, koska täytyisi nähdä vaivaa saapumisen kanssa. Rantasen tutkimustulokset (2009) antavat ymmärtää, että vertaisryhmistä on sydänleikkauksesta toipuvalla hyötyä. Myös oma tutkimukseni tukee tätä: naisista (n=19) ja miehistä (n=65) ajattelivat ryhmän olevan tarpeellinen kaikille sydänpotilaille. Ne, joiden mielestä ryhmään osallistuminen oli hyödyllistä vain jollekin, olivat pääasiassa osallistuneet myös leikkausta edeltävään ryhmään.

Jantusen (2008, 51) mukaan vertaisryhmiin on hyödyllistä osallistua, kun omassa sairaudessa ei ole akuuttia vaihetta käynnissä. Esimerkiksi sairauden alkuvaiheessa ryhmästä ei saa välttämättä parasta mahdollista hyötyä, mutta ryhmään osallistuminen on

jokaisella yksilökohtaista. Opinnäytetyöni tutkimustulokset myötäilevät tätä: leikkauksen jälkeiseen ryhmään osallistuneilla oli leikkauksesta kulunut aikaa vaihdellen 1–12 kuukautta, ja lähes jokaisen (n=80) mielestä ajankohta osallistumiselle oli sopiva. Uskon, että sydänleikkauksen jälkeen toipilaat ovat huojentuneita siitä, että ovat selvinneet hengissä isosta leikkauksesta, ja leikkauksen jälkeiseen ryhmään osallistumiselle ei ole niin suurta kynnystä. Arviointilomakkeessa ei ole tietoa siitä, onko sydänleikkaus tehty päivystysluontoisena, jolloin sydäntauti on voinut yllättää sairastuneen täydellisesti. Heillä sydänleikkauksen akuutti vaihe voi olla käynnissä vielä pitkään leikkauksen jälkeen, kun taas jonosta sydänleikkaukseen siirtyneet ovat odottaneet leikkausta ja toipuvat leikkauksen jälkeen nopeammin.

Rantasen tutkimuksessa (2009, 68) osa ohitusleikatuista potilaista oli osallistunut leikkauksen jälkeiseen vertaistukiryhmään. Vain puolet ryhmiin osallistuneista koki saaneensa uutta hyödyllistä tietoa, tulleen kuulluksi ja saivat toivoa tulevaisuuteen. Kolmasosan mielestä ryhmäläisten tunteista ei oltu tarpeeksi kiinnostuneita tai heitä ei kannustettu ryhmässä ottamaan osaa keskusteluun. Tutkimustulokseni antavat ymmärtää muuta kuin Rantasen tutkimuksessa ilmi tulleet asiat. Tutkimuksessani ryhmään osallistuneet olivat pääasiassa sitä mieltä, että kysymyksille ja keskustelulle oli riittävästi aikaa.

Vaikka osallistujat arvioivat kysymyksille ja keskustelulle olevan riittävästi aikaa, silti ryhmänarviointilomakkeista huokui tiedon puute tai kysymys, jota ei ollut käsitelty vertaistukiryhmässä. Ryhmänarviointilomakkeet vastauksineen antavat ymmärtää, että juuri tämänlaiselle ryhmämuotoiselle vertaistapaamiselle on tarvetta sydänleikatuille potilaille toipumisvaiheessa, sillä avoimissa vastauksissa ryhmäläisillä oli väärää tietoa sairaudestaan.

8.2 Tulosten johtopäätökset

Ryhmään osallistuvien mielestä vertaisryhmässä läpikäytyt asiat olivat niin hyödyllisiä, että yhdeksän kymmenestä (n=84) osallistujista koki ryhmän tarpeellisena kaikille sydänleikatuille. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta osallistujat kokivat saaneensa uutta tie-

toa tapaamisesta. Ryhmäläisillä oli myös väärää tietoa sairaudestaan, joten vertaistukiryhmä toimi tiedon oikaisijana.

Vastauslomakkeiden valmiiden kysymysten lisäksi osallistujat saivat antaa halutessaan muuta palautetta oman mielensä mukaan. Arviointilomakkeista oli nähtävissä kiitollisuus järjestetystä toiminnasta ja siitä, että vertaistukiryhmän kokoontumisen ansiosta osallistujat saivat mahdollisuuden käydä läpi omia tunteitaan ja kokemuksiaan sairautumisesta. Arviointilomakkeissa oli havaittavissa yhtäläisyyksiä omaisen läsnäololla: ne, jotka osallistuivat ryhmään ilman läheistä, olivat kirjanneet muuhun palautteeseen paljon kysymyksiä tai antaneet palautetta rehellisesti omista kokemuksistaan. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että vertaistukiryhmä on erityisen tärkeä niille, joilla ei ole omaisen tukea sairausprosessissa.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin Sydänleikattujen potilaiden vertaistukiryhmässä. Kyselyyn vastasivat kaikki vuonna 2009 ryhmään osallistuneet. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Myös ryhmään osallistuneet omaiset saivat vastata kyselyyn, mutta opinnäytetyöni kohderyhmäksi oli rajattu sydänleikatut potilaat. Koska ryhmään osallistuneet antoivat palautteen (liite 2) välittömästi ryhmätilaisuuden jälkeen, ei kukaan voinut antaa palautetta useampaan otteeseen.

Opinnäytetyön luotettavuuden edistämiseksi vastauslomakkeet on koottu havaintomatriisiin. Tein jokaisesta ryhmästä oman havaintomatriisin, ja annoin jokaiselle vastauslomakkeelle numeerisen arvon. Numeerisen arvon ansiosta pystyin tarkastamaan vastauslomakkeiden tiedot helposti havaintomatriisista. Heikkilän mukaan (2008, 131–132) tutkimuksen luotettavuuden edistämiseksi on tarkistettava, että tiedot sijoittuvat oikeisiin sarakkeisiin. Arvojen tarkistuksessa täytyy lomakkeet käydä yksitellen läpi ja varmistaa, että havaintomatriisin arvojen selitteet vastaavat kyselylomakkeiden tietoja. Hylkäysperusteena pidin tyhjänä tai osittain tyhjänä palautettua lomaketta. Käytetty aineisto palautettiin analysoinnin jälkeen takaisin Helsingin sydänpiirille.

Arviointilomakkeessa oli virhe, joka voi mahdollisesti vaikuttaa lomakkeen ymmärtämiseen ja näin myös tulosten luotettavuuteen. Kysymyslomakkeessa kysymysten ensimmäinen vastausvaihtoehto oli mahdollista rastittaa ennen ensimmäistä annettua vaihtoehtoa. Kysymyksessä 9. rastille varattu paikka olikin vastoin muita kysymyksiä ensimmäisen vastausvaihtoehdon jälkeen, mutta viimeisessä vaihtoehdossa tila oli varattu ennen vastausvaihtoehtoa. Yksi vastausmerkille varattu tila siis puuttui. (Liite 2.) Osassa lomakkeita ihmiset olivat esimerkiksi alleviivanneet vastauksensa tai tuhrineet aluksi merkitsemänsä vaihtoehdon. Analysoin vastaukset siten, että vastausvaihtoehdon jälkeinen merkki tarkoitti leikkauksesta kulunutta aikaa.

Analysoidessani arviointilomakkeita harmillisen moni oli täyttänyt kaksipuolisesta lomakkeesta vain ensimmäisen sivun. Osa vastauslomakkeista oli kaksisivuisia, jotka oli nidottu yhteen. Mielestäni toimivampi ratkaisu olisi kaksipuolinen lomake, jossa olisi ensimmäisen sivun alalaidassa huomautus toisesta sivusta, esimerkiksi ”käännä”. Mikäli kaikki osallistujat olisivat huomanneet kyselylomakkeen kaksipuolisuuden, analysoitavan otoksen määrä olisi kasvanut 97:ään.

8.4 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyöni aihe pohjautui valmiiseen aineistoon, ja sen takia eettiset kysymykset liittyivät vahvasti aineistoon. Hain opinnäytetyölleni tutkimuslupaa HUS:ilta ja sain johtavalta ylihoitajalta päätöksen, että koska aineisto on valmiina, en tarvitse tutkimuslupaa. Opinnäytetyölleni on lupa saatu Sydänpöytäryhmän yhteistyökumppaniltani.

Opinnäytetyöni aineisto on kerätty ryhmäläisiltä vuoden 2009 aikana. Arviointilomakkeen täyttäminen on ollut vapaaehtoista. Lisäksi vastaukset ovat kerätty nimettöminä. Ryhmiä on ollut kuusi ja osallistujamäärä on ollut 157, joista osa on ollut omaisia. Ryhmään osallistuminen on vapaaehtoista ja mahdollisuutta osallistua ryhmään tarjotaan HUSin alueen sydänleikatuille. Kaikki ryhmäläiset ovat aikuisia ja heille on tehty sydänleikkaus tai ovat leikattujen omaisia. Arvioitava palaute on kerätty vain potilailta.

Olen saanut opinnäytetyöni aineiston tutkimussuunnitelmani aikataulun mukaisesti.

Opinnäytetyön valmistuttua arviointilomakkeet palautetaan takaisin yhteistyökumppanille.

8.5 Opinnäytetyöprosessin kulku

Opinnäytetyön tekeminen on ollut aiheen selviytymisen jälkeen nopeahko prosessi. Opinnäytetyöni ohjaava opettaja ehdotti tätä aihetta minulle, ja kiinnostuin siitä heti. Yhteistyöstä Helsingin sydänpiirin kanssa sovittiin marraskuussa 2009. Osallistuin joulukuun sydänleikattujen potilaiden vertaistukiryhmään. Talvi 2009–2010 meni teoriatietoa etsiessä ja tekstiä tuottaessa. Hain kirjallisuutta käsihakuna kirjastossa etsimällä aikaisempia tutkimuksia ja tutustumalla niiden lähdeluetteloihin. Käytin hyväkseni myös Nelliportaalia. Hakusanoina käytin seuraavia: sydänsairaus, sydänleikkaus, sepelvaltimotauti ja vertaistuki. Opinnäytetyöni teoriaosuudessa olen yrittänyt käyttää mahdollisimman monia lähteitä jotta työssäni näkyisi lähdekeskustelu, eikä tieto jäisi vain yhden kirjoittajan varaan. Lisäksi olen pyrkinyt löytämään aiheesta mahdollisimman tuoretta tietoa.

Hain opinnäytetyölleni tutkimuslupaa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, HUS:sta. Tutkimusluvista vastaavien mielestä työni ei tarvinnut lupaa HUS:lta, koska materiaali oli valmiiksi kerätty, ja koska opinnäytetyöni yhteistyökumppani on Helsingin Sydänpiiri eikä HUS. Tämän päätöksen jälkeen maaliskuussa 2010 sain materiaalin, jota aloin heti työstämään. Haastavaksi koin tutkimuskysymysten laadinnan, kun tarkoituksena oli löytää oikeat tutkimuskysymykset toisen ihmisen tekemälle mittarille. Tutkimuskysymykset muotoutuivat tarkemmiksi aina työn edistyessä.

Kun aloitin opinnäytetyön tekemisen, mielessäni pyöri miesten kokemukset potilaana olemisesta. Sydänsairaudesta toipuminen on miehelle tiukka paikka. Tästä kertoo esimerkiksi se, että miehet eivät puhu pelosta vaan jännittämisestä (Penttilä 2008a, 119). Painorajoitukset estävät painavien asioiden kantamisen tai autoa ei saa ajaa leikkauksen jälkeen. Miehillä sydänsairaus tuo muutoksia kehon kuvaan eritavalla kuin naisilla, sillä huolena voi olla esimerkiksi miehisyyden mittana toimiva seksuaalinen kanssakäyminen oman puolison kanssa. Toisaalta taas nainen saattaa pelätä miehen sydämen kestä-

vyyttä yhdynnän aikana. ”Suomalainen mies ei puhu eikä pussaa”, eikä näin myöskään välttämättä kehtaa kertoa lääkärille ongelmistaan. Siksi kehittämisehdotuksena miehiin liittyen voisi olla sydänleikattujen miesten oma vertaisryhmä tai tutkimus miesten kehokuvan muutoksista.

Kun opinnäytetyöprosessi eteni pidemmälle, aloin kiinnostua naisten sairastumiskokemuksista. Miltä tuntuu, kun sepelvaltimotauti diagnosoidaan astmaksi tai mitä naiset ajattelevat elämästä sydänsairauden kanssa nuorina naisina, kun lapsia on suunnitelmassa tai iäkkäinä, kun puntaroidaan leikkauksen mahdollisia hyötyjä.

Opinnäytetyön loppumetreillä aloin kiinnostua iän vaikutuksesta sydänsairauden kokeamiseen. Jatkotutkimusaiheina ajattelin tällöin, miten nuori ihminen sitoutuu loppuelämän lääkehoitoon tai miten alle keski-ikäinen suhtautuu ohitusleikkaukseen, jota on kenties mielletty vanhojen ihmisten taudiksi.

8.6 Oman ammatillisen kasvun pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen yksin oli tietoinen ja toimiva valinta, vaikka uskon, että pari-työssä on hyvät puolensa. Opinnäytetyöni aihe oli lähtöisin työelämän tarpeesta. Tein siis työtä yhteistyökumppanilleni, mutta myös itselleni, sillä näin ison projektin toteuttaminen yksin opetti aikatauluttamista ja vastuunottoa. Mielenkiintoinen aihe edesauttoi työn tekemisessä.

Työn oli tarkoitus valmistua alun perin kevääksi 2010. Viivästyminen toi hetkittäisen uskon puutteen työn valmistumiseen. Oli yllättävää huomata, kuinka tekstin tiivistäminen ja jäsentely olivat aikaa vievää puuhaa. Lähes valmiin opinnäytetyön muokkaus ja tiivistäminen oli kuin vuoristoradalla ajoa, kun vuorotellen oli hyviä ja huonoja päiviä. Viivästyminen ansiosta koin saaneeni kuitenkin vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta opiskelijoilta. Omien kokemusten ja tunteiden läpikäyminen vertaisten kanssa tuntui paljon paremmalta, kuin työn viivästyisestä keskusteleminen muiden kanssa. Opin siis konkreettisesti vertaistuen sama-arvoisuuden lähtökohdan tärkeyden.

Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana olen oppinut paljon sairastumisen aiheuttamasta kriisistä ja sydänsairauksista. Erityisesti sydänsairauksien yleisyyden takia olen sisäistänyt terveydenhoitajan roolin tärkeyden sairauksien ennaltaehkäisyssä. Opittavaa on vielä paljon jotta voisin sanoa itseäni ammatilaiseksi. Uskon, että valmistumisen myötä uudenlainen tiedonetsintä alkaa valitsemastani terveydenhoitotyön osa-alueesta. Opinäytetyön teon ansiosta olen oppinut tiedonhakua ja lähdekriittisyyttä, joka helpottanee valmistumisen jälkeen työelämässä.

8.7 Jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön pohjalta on mahdollista tehdä jatkotutkimuksena hanke, jossa ryhmässä läpikäytyt asiat muutetaan Power Point-muotoon. Myös uusi vastauslomake olisi tehtävä väärinkäsitysten välttämiseksi kysymyksen 9. kohdalla. Samalla lomakkeeseen voisi liittää ensimmäisen sivun alakulmaan ”käännä”, jotta ryhmäläiset huomaisivat täyttää koko kyselylomakkeen. Lisäksi kyselylomakkeeseen voisi liittää kysymyksen osallistujien kotikunnasta. Kun kotikunta tiedetään, nähdään, ovatko kaikki osallistujat helsinkiläisiä vai muualta Uudeltamaalta kotoisin. Mikäli ryhmäläisistä enemmistö olisi helsinkiläisiä, vertaistukiryhmätoimintaa voisi laajentaa useammalle Uudenmaan kunnalle, jotta ryhmät tavoittaisivat useamman sydänleikatun kuin vain nykyiset 10 % heistä. Jatkotutkimusaiheeksi sopisi mielestäni myös kvalitatiivinen tutkimus nuorista, reilusti alle keski-ikäisistä sydänleikatuista. Aihe käsittelisi potilaiden tuntemuksia siitä, kun on sairastunut yleisen käsityksen mukaan vanhojen ihmisten tautiin.

Tulevana terveydenhoitajana kokisin itse saavani suurta hyötyä tutkimuksesta, jossa olisi neuvolaikäisten lasten vanhempien kokemuksia omasta sydänsairaudestaan. Olisi mielenkiintoista saada tietää, kuinka nosterajoitukset vaikuttavat arkeen ja kuinka niistä on selvitty. Myös se, mitä lapsille on syytä kertoa aikuisen sydänsairaudesta, kiinnostaa.

Kirjoitan tämän opinnäytetyön aiheesta artikkelin terveydenhoitajan kehittämistyönä syksyllä 2010.

LÄHTEET

- Haapio, Sari; Koski, Kirsti; Koski, Pirjo & Paavilainen, Riitta 2009. Perhevalmennus. Helsinki: Edita.
- Haarni, Ilka & Alanko, Anna 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helsingin Sydänpiiri ry 2009. Sydänleikkauksen jälkeen. Viitattu 17.11.2009.
http://piirit.sydanliitto.fi/helsinginsydanpiiri/helsingin_tapahtumat/ryhmaohjaus/fi_FI/sydanleikatut/
- Helsingin Sydänpiiri ry 2010. Tarvitsetko vertaistukea? Viitattu 30.3.2010
http://www.helsinginsydanpiiri.fi/helsinginsydanpiiri/Sydanpotilaiden_kuuntoutus/fi_FI/Tukihenkilotoiminta/
- Hippeläinen, Mikko 2008a. Hiippaläpän leikkaushoito. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 342–343.
- Hippeläinen, Mikko 2008b. Ohitusleikkauksen kulku. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 286–290.
- Hippeläinen, Mikko 2008c. Aorttaläpän leikkaushoito. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 348–349.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- HUS potilasohje 11/2003. Tulossa sydänleikkaukseen? Tietoa leikkauksesta ja sairaalassaolosta -ohjeita valmistautumiseen sekä leikkauksen jälkeiseen toipumisvaiheeseen. Meilahden sairaala. Sydän- ja thoraxkirurgian klinikka.
- Härkönen, Eeva 2010. Osastonhoitaja. Meilahti, sydänkirurgian osasto 71.

Henkilökohtainen tiedonanto 16.3.2010.

- Jantunen, Eila 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substansiivinen teoria. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.2.2010. Saatavissa http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/A_18_ISBN_9789524930413.pdf
- Jokinen, Eero 2008. Synnynnäisten sydänsairauksien merkitys aikuisiässä. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 502–503.
- Kaartinen, Maija 2000. Lämpäsairaudet. Teoksessa Markku S. Nieminen, Maija Kaartinen, Juhani Partanen, Matti Romo, Timo Strandberg ja Hannu Vanhanen (toim.) Suomalaisen sydänkirja. Opaskirja jokaiselle sydäntään ajattelevalle. Helsinki: Tammi, 217–222.
- Kahri, Juhani 2006. Sydän- ja verisuonisairaudet. Teoksessa Raili Kauppinen (toim.) Sisätautien ytimessä. Helsinki: Edita, 15–84.
- Kansanterveyslaitos 2007. Sydäntautien ehkäisy alkaa jo lapsuudessa. Kansanterveys 1/2007. Viitattu 5.5.2010. Saatavissa <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2007/kansanterveys-netti.pdf>
- Kansanterveyslaki 1972/66, 28.1.1972. Viitattu 3.5.2010 [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kansanterveyslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search[type]=pika&search[pika]=kansanterveyslaki)
- Karinen, Aino 2009. Erikoisairaanhoidtaja, opinnäytetyön yhdyshenkilö. Henkilökohtainen tiedonanto. Helsinki: 6.11.2009.
- Kesäniemi, Antero & Salomaa, Veikko 2003. Sepelvaltimotauti. Teoksessa Kimmo Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Duodecim, 50–64.
- Kettunen, Raimo 2008a. Sepelvaltimotaudin eri asteet. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 241–243.
- Kettunen, Raimo 2008b. Toimintakyvyn arviointi läppävioissa. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-

- Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 150.
- Kiiltomäki, Aliisa 2007. Tässä ja nyt - Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Gummerus.
- Kivelä, Antti 2008. Hoito pallolaajennuksen tai ohitusleikkauksen jälkeen. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 291–292.
- Koivula, Meeri 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos: Tampere.
- Kupari, Markku & Kaartinen, Maija 2008. Aorttaläpän viat. Teoksessa Juhani Heikkilä, Markku Kupari, Juhani Airaksinen, Heikki Huikuri, Markku S. Nieminen ja Keijo Pehkurinen (toim.) Kardiologia. Helsinki: Duodecim, 790–812.
- Kuuskoski, Eeva 2003. Vertaistoiminta osana ihmisyyttä. Teoksessa Jorma Niemelä ja Virpi Dufva (toim.) Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 30–39.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lampi, Hannu 2005. Miehen sydäninfarktinkokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Helsinki: Diakoniamammattikorkeakoulu. Viitattu 27.3.2010. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6391-9.pdf>
- Lehto, Seppo & Miettinen, Heikki 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien muuttuva kirjo. Teoksessa Juhani Heikkilä, Markku Kupari, Juhani Airaksinen, Heikki Huikuri, Markku S. Nieminen ja Keijo Pehkurinen (toim.) Kardiologia. Helsinki: Duodecim, 74–81.
- Lepojärvi, Martti 2008. Lämpävikojen kirurginen hoito. Teoksessa Juhani Heikkilä, Markku Kupari, Juhani Airaksinen, Heikki Huikuri, Markku S. Nieminen ja Keijo Pehkurinen (toim.) Kardiologia. Helsinki: Duodecim, 835–849.
- Liskola, Pirkko & Luomanmäki, Kimmo 2001. Sopeutumisvalmennuskurssit ohitusleikkauspotilaiden ja omaisten tukena. Helsinki: Minna Sillanpään säätiö.
- Lukkarinen, Hannele 2005. Sepelvaltimotautipotilaiden elämänlaadun muutokset. Teoksessa Ilka Haarni ja Anna Alanko (toim.) Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita, 112–115.

- Mannonen, Paula; Penttilä, Ulla-Riitta & Rajala, Anna-Liisa 2006. Naisen oma sydän. Helsinki: Tammi.
- Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1232-8.pdf>
- Mustajoki, Pertti 2009. Tietoa potilaalle: Sydämen läppäviat. Viitattu 28.2.2010 http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sydänsairaudet
- Mäkijärvi, Markku 2008. Mitä ovat sydänsairaudet. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 7–18.
- Mäkinen, Anne; Vanhanen, Hannu; Penttilä, Ulla-Riitta; Nuotio, Marja-Liisa; Koivisto, Pirjo; Väisänen, Mari ja Alapappila, Annukka 2006. Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja. Helsinki: Suomen sydänliitto.
- Nylund, Marianne 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylund ja Anne Birgitta Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino, 195–213.
- Palosaari, Eija 2008. Lupa särkyä. Kriisistä elämään. Helsinki: Edita.
- Partanen, Juhani 2000. Sydämen ja verenkierron rakenne ja toiminta. Teoksessa Markku S. Nieminen, Maija Kaartinen, Juhani Partanen, Matti Romo, Timo Strandberg ja Hannu Vanhanen (toim.) Suomalaisen sydänkirja. Opaskirja jokaiselle sydäntään ajattelevalle. Helsinki: Tammi, 10–29.
- Partanen, Juhani 2005. Pumppu ja putket. Sydämen verenkierron rakenne sekä toiminta. Teoksessa Eero Jokinen, Tatu Juvonen, Maija Kaartinen, Markku S. Nieminen, Tapio Niitynperä, Juhani Partanen, Sinikka Pohjola-Sintonen, Matti Romo, Timo Strandberg ja Hannu Vanhanen (toim.) Suomalaisen uusi sydänkirja. Helsinki: Otava, 9–27.
- Penttilä, Ulla-Riitta 2005. Sepelvaltimotautiin sairastuneen kuntoutus. Teoksessa Ilka Haarni ja Anna Alanko (toim.) Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita, 134–139.
- Penttilä, Ulla-Riitta 2008a. Sydänsairauden sokista selviytyminen. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 119–120.

- Penttilä, Ulla-Riitta 2008b. Sydänpotilaan omaisten selviytyminen. Teoksessa Markku Mäkijärvi, Raimo Kettunen, Antti Kivelä, Hannu Parikka ja Sinikka Yli-Mäyry (toim.) Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim: Suomen Sydänliitto ry, 123.
- Penttilä, Ulla-Riitta 2008c. Paluu arkeen sydänsairauden puhkeamisen jälkeen. Viitattu 24.11.2009. www.terveysportti.fi. Sairaanhoidajan tietokannat. Vertaistuki. Sydänsairaudet.
- Penttilä, Ulla-Riitta; Romo, Matti; Koivisto, Pirjo; Nuotio, Marja-Liisa; Ojala, Mikael; Hasu, Riitta Liisa & Mäkinen, Päivi 2000. Jos sydän sairastuu. Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Helsinki: Suomen Sydänliitto.
- Pietilä, Anna-Maija; Eirola, Raija & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Anna-Maija Pietilä, Tuovi Hakulinen, Eila Hirvonen, Päivikki Koponen, Eeva-Maija Salminen ja Kirsi Sirola (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 148–171.
- Pikkarainen, Pirjo 2001. Sydän ja verisuonet. Teoksessa Ansa Iivanainen, Mari Jauhiainen ja Pirjo, Pikkarainen (toim.) Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi, 433–596.
- Rantanen, Anja 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Tampere: Tampereen yliopisto. viitattu 29.11.2010. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7816-1.pdf>
- Reunanen, Antti 2005. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen ja Juha Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim: Kansanterveyslaitos, 153–163.
- Saari, Salli 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava.
- Suomen Sydänliitto ry 2008. Yleistilastoa sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista, 2008. Viitattu 18.11.2009. http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/tilastot_ja_rekisterit/fi_FI/yleistietoja/
- Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri 2005. Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen ja Juha Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duode-

- cim: Kansanterveyslaitos, 24–31.
- Tuominen, Pirkko 1995. Sydänpotilaan psyykkinen omahoito. Helsinki: Suomen sydäntautiliitto ry.
- Töyry, Jari 2008. Sydän- ja verisuonisairaudet. Kuopio: UNIpress.
- Ukkola, Veijo; Ahonen, Juhani; Alanko, Arto; Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka 2001. Kirurgia. Helsinki: WSOY.
- Vainionpää, Vilho & Pölönen, Pekka 2006. Sydänleikkauspotilaan anestesia. Teoksessa Per Rosenberg, Seppo Alahuhta, Leena Lindgren, Klaus Olkkola ja Olli Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 620–636.
- Valli, Raine 2001. Mitä numerot kertovat? Teoksessa Juhani Aaltola ja Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 158–171.
- Vanhanen, Hannu & Penttilä, Ulla-Riitta 2005. Nainen – erilainen. Teoksessa Ilka Haarni ja Anna Alanko (toim.) Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita, 42–44.
- Vilén, Marika; Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tutkiminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

LIITE 1 SYDÄNLEIKKAUKSEN JÄLKEEN

Vuoden 2009 ryhmät kokoontuvat torstaisin klo 14–18
5.3., 16.4., 11.6., 27.8., 8.10. & 3.12.

Ohjelma

Klo 14.00–14.45	Toipumiseen liittyvät kysymykset Sairaanhoitaja Kati Leino, HUS
Klo 14.45–15.30	Toipilasajan liikunta Fysioterapeutti Birgit Petrow, HUS
Klo 15.30–15.45	Tauko
Klo 15.45–16.30	Sydänlääkkeet Erikoissairaanhoitaja Aino Karinen
Klo 16.30–17.15	Sydänsairauden riskitekijät Erikoissairaanhoitaja Aino Karinen
Klo 17.15–18.00	Keskustelua Sopeutuminen sydänsairauteen ja toipuminen leikkauksesta

Tilaisuuden sisältö on samanlainen jokaisena päivänä.

**LIITE 2 SYDÄNLEIKATTUJEN POTILAIDEN RYHMÄOHJAUKSEN
ARVIOINTILOMAKE**

PVM _____

1.SUKUPUOLI

Nainen Mies

2. IKÄ

alle 35 v. 35-39 v. 40-44 v. 45-49 v.
 50-54 v. 55-60 v. 61-65 v. yli 66 v.

3. MISTÄ SAITTE TIEDON JÄRJESTETTÄVÄSTÄ RYHMÄSTÄ

- ohitusleikkaukseen valmennusryhmässä, sh Kati Leino
- sydäntoutusohjaaja Outi Ruokanen
- Meilahden sairaalassa hoitajalta sairaalassa ollessanne
- Meilahden sairaalassa lääkäriltä
- Leikkaukseen lähettäneestä sairaalasta
- Muuten, miten -----

4. TEHTIINKÖ TEILLE

Ohitusleikkaus Läppäleikkaus Joku muu, mikä

5. OSALLISTUIKO JOKU OMAISENNE/LÄHEISENNE KO. TILAISUUTEEN

kyllä ei

6. SAITTEKO UUTTA TIETOA TÄSSÄ RYHMÄTAPAAMISESSA

Kyllä En En osaa sanoa

**7. SAITTEKO SELLAISTA TIETOA, JOSTA ON TEILLE HYÖTYÄ TAI
JOTA VOITTE HYÖDYNTÄÄ JATKOSSA**

Kyllä En En osaa sanoa

8. OLIKO RYHMÄSSÄ RIITTÄVÄSTI AIKAA KYSYMYKSILLE JA KESKUSTELUUN

- Kyllä Ei En osaa sanoa

9. KUINKA PITKÄ AIKA LEIKKAUKSESTA ON

alle 1 kk alle 2 kk alle 3 kk alle ½ vuotta alle vuosi

10. OLIKO RYHMÄN AJANKOHTA LEIKKAUSTANNE AJATELLEN

- Sopiva Olisi pitänyt olla myöhemmin Olisi pitänyt olla aikaisemmin

11. ONKO TÄLLAINEN RYHMÄ TARPEELLINEN

- Kaikille sydänleikatuille Joillekin Ei kenellekään

12. TUNTUUKO TEISTÄ, ETTÄ RYHMÄÄN OSALLISTUMINEN TUO HELPOTUSTA KUNTOUTUMISENNE ETENEMISEEN

- Kyllä Ei En osaa sanoa

13. MINKÄ ARVOSANAN ANNATTE RYHMÄN SISÄLLÖLLE

- Kiitettävä Hyvä Tyydyttävä Huono

14. MINKÄ ARVOSANAN ANNATTE RYHMÄTILAISUUDEN OHJAAJILLE

- Kiitettävä Hyvä Tyydyttävä Huono

15. MITÄ MUUTA PALAUTETTA HALUATTE ANTAA

KIITOS PALAUTTEESTA, KIITOS VAIVANÄÖSTÄ!