

# AIVOINFARKTIIN SAIRASTUNEEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET

Markus Kuusisto

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Länsi

Porin toimipaikka

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Markus Kuusisto. Aivoinfarktiin sairastuneen terveyskäyttäytymisen muutokset. Pori, kevät 2012, 47 sivua, 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Länsi, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja (AMK)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia aivoinfarktiin sairastaneiden kokemuksia terveyskäyttäytymisessään sekä terveyskäyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia aivoinfarktiin jälkeen. Tavoitteena oli selvittää, millä tavoin sairastuneet kokevat terveyskäyttäytymisensä muuttuneen aivoinfarktiin riskitekijöiden osalta. Tavoitteena oli myös selvittää, miksi muutosta terveyskäyttäytymisessä oli tapahtunut ja millaisina sairastuneet kokivat muutokset.

Tutkimuksessa keskityttiin tutkimaan aivoinfarktiin riskitekijöitä sekä niiden muutoksia. Tutkimus keskittyi tutkimaan aivoinfarktiin sairastuneen henkilön muutoksia terveyskäyttäytymisessään riskitekijöiden osalta. Tutkimukseen otettiin mukaan seuraavat aivoinfarktiin riskitekijät: stressi, verenpaine, liikunta, ravinto, ylipaino, kolesteroli, alkoholin käyttö ja tupakointi.

Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä haastattelua. Tutkimuksen aineisto koostuu neljän henkilön haastattelusta. Aineisto käsiteltiin sisällön analyysillä.

Tutkimustuloksissa voidaan todeta, että terveyskäyttäytyminen riskitekijöiden osalta oli terveellisempää ja parempaa sairastumisen jälkeen. Oletettavasti helpoin muutos oli ruokavalio, koska kokivat syövänsä jo terveellisesti. Lääkkeillä sen sijaan ehkäistiin joidenkin riskitekijöiden syntyminen. Liikuntaa haastateltavat kertoivat harrastavansa mielellään, koska nyt heillä löytyi aikaa siihen. Alkoholin ja tupakan osalta osa haastateltavista koki suurimmat haasteet terveyskäyttäytymisessä. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämäänsä nyt sairauden jälkeen, koska kokivat, että olivat onnekkaita, kun kuntoutuivat näinkin hyvin vakavasta sairaudesta. Terveyskäyttäytymisen muutokset johtuivat pääsääntöisesti peloista sairauden uusiutumisesta ja myös siitä, että vakava sairastuminen lisäsi kuolemanpelkoa.

Asiasanat: aivoinfarkti, terveyskäyttäytyminen, riskitekijät

## ABSTRACT

Kuusisto, Markus. Changes in Health Behavior After Stroke. Language: Finnish. Pori, Spring 2012. 47 p.g 1 appendices.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of this thesis was to study health behavior before and after stroke. In addition, the thesis found out stroke patients' own opinions about their health behavior concerning risk factors after becoming ill. The aim was also to find out why the change in health behavior had occurred and how the change was experienced.

The research focused on finding out risk factors in cerebral infarction and their changes. The following ischemic stroke risk factors were studied: blood pressure, exercise, cholesterol, alcohol consumption, obesity, nutrition, smoking and stress.

Data were collected by interviewing four people. The interviews explained the changes in risk factors to cerebral infarction and in health behavior.

The results showed the health behavior concerning risk factors was healthier and better after having fallen ill. According to the interviewees, it was easiest in health behavior to change diet. Drugs, on the other hand, prevented some of the risk factors. The interviewees liked to exercise, because they had time to take exercise. Part of the interviewees felt that the greatest challenges in health behavior were alcohol and tobacco. The interviewees were generally satisfied with their lives after the illness, because they felt fortunate having rehabilitated from such a very serious illness. Changes in health behavior were due mainly to fears of recurrence and also the fact that the serious illness increased the fear of death.

Keywords: stroke, health behaviors, risk factors

## Sisältö

1 JOHDANTO .....	5
2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ JA AIVOINFARKTI.....	7
3 AIVOINFARKTIN RISKITEKIJÄT.....	9
3.1 Stressi.....	9
3.2 Kohonnut verenpaine .....	10
3.3 Liikunnan puute ja lihavuus.....	12
3.4 Korkea kolesteroli ja epäterveellinen ravinto .....	14
3.5 Liiallinen alkoholin käyttö ja tupakointi.....	15
4 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN .....	17
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	19
6 TUTKIMUSMENETELMÄT .....	20
6.1 Kvalitatiivinen tutkimusote.....	20
6.2 Aineiston keruumenetelmä, sisällön analyysi ja tutkimusjoukon esittely.....	20
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	24
7.1 Verenpaine ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen.....	24
7.2 Liikunta ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen.....	25
7.3 Kolesteroli ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen .....	27
7.4 Alkoholin käyttö ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen.....	28
7.5 Ylipaino ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen .....	30
7.6 Ravinto ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen .....	31
7.7 Tupakointi ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen.....	33
7.8 Stressi ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen .....	35
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	36
LÄHTEET.....	41
LIITTEET .....	46

## 1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu suomalaisia vuosittain 14 000 ja 10 000 näistä sairastuu ensimmäisen kerran. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastutaan keskimäärin kymmenen vuotta vanhempana kuin esimerkiksi sydäninfarktiin. Kolmannes sairastuneista on työikäisiä ja työssä käyviä. (Kuisma 2008, 306.) Ambulanssissa pitkään työskennelleenä minulle heräsi tutkimusajatus aivoinfarktista, koska siinä on monesti kovin kraavitkin oireet. Työssäni olen myös huomannut, kuinka tärkeää aivoinfarktipotilaalle on ensiavun saanti tarpeeksi nopeasti.

Opinnäytetyössäni tutkin aivoinfarktin sairastaneen henkilön terveystyötytymisen muutoksia: mikä on muuttunut, miten ja miksi. Tarkoitukseni on selvittää haastattelujen perusteella aivoinfarktiin sairastuneen kokemuksia ja tunteita.

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia aivoinfarktin sairastaneiden henkilöiden kokemuksia heidän terveystyötytymisessään sekä niiden muutoksia aivoinfarktin jälkeen. Tavoitteena on selvittää, millä tavoin sairastuneet kokevat terveystyötytymisensä muuttuneen aivoinfarktin riskitekijöiden osalta, sairauden jälkeen ja sen myötä. Tavoitteena on myös selvittää, miksi muutosta terveystyötytymisessä on tapahtunut ja millaisina sairastuneet kokevat muutokset.

Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, sillä tutkimusten mukaan aivohalvaus on merkittävä vammaisuutta ja kuolleisuutta aiheuttava sairaus länsimaissa. Suomessa aivohalvaukseen sairastuu vuosittain noin 14 000 henkilöä ja kuolee noin 5000. Sairastuminen aiheuttaa usein pitkäaikaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, joilla voi olla merkittäviä vaikutuksia sairastuneen elämään. (Kuisma 2008, 306.)

Tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla aivoinfarktin sairastaneita henkilöitä. Tutkimuksella halutaan selvittää, millä tavoin he ovat terveystyötytymistään muuttaneet sairastumisen jälkeen. Onko muutoksia tapahtunut esimerkiksi liikunnassa, ruokavaliossa sekä päihteiden käytössä. Aivoinfarkti saattaa olla monelle ihmiselle havahduttava ja pelästyttävä kokemus, jonka seurauksena elämä saattaa muuttua

rajustikin. Monesti sairastuneet pyrkivät todennäköisesti muuttamaan terveyskäyttämistään välttääkseen mahdolliset aivoinfarktut sekä muutkin vakavat sairaudet tulevaisuudessa. Tutkimuksella halutaan myös selvittää, kuinka tietoisia sairastuneet ovat omista valinnoistaan terveyskäyttämisessään sekä sen vaikutuksista mahdollisiin aivoinfarkteihin sekä muihin vakaviin sairauksiin. Mikä saa henkilön tekemään näitä valintoja ja miten he kokevat terveyskäyttämisensä muutokset.

## 2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ JA AIVOINFARKTI

Suomessa kuolee vuosittain aivoverenkiertohäiriöihin noin 5000 ihmistä. Kuolleisuus on kuitenkin laskenut merkittävästi 1970-luvun alusta 1990-luvun loppuun verrattuna, miehillä 60 prosenttia ja naisilla 55 prosenttia. Myös aivoverenkiertohäiriöiden esiintyvyys on vähentynyt merkittävästi Suomessa kyseisinä vuosina: miehillä 30 prosentilla ja naisilla 25 prosentilla. Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat myös laatu-painotteisten elinvuosien menetyksiä, koska jopa puolelle sairastuneista jää jonkinlainen pysyvä haitta. (Kaste ym. 2006, 271.)

Aivoverenkiertohäiriöiden erikoissairaanhoidon kuluu vuosittain 400 000 sairaalahoitopäivää sekä lisäksi perusterveydenhuollossa kuluu vielä 1,5 miljoonaa hoitopäivää. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoitoon kului vuonna 1999 jopa 436 miljoonaa euroa, joka vastaa 6,1 prosenttia koko terveydenhuollon kustannuksista. Aivoverenkiertohäiriön saaneista ja siitä eloonjääneistä 70 prosenttia selviytyy omatoimisesti myöhemmin kotonaan ja 20 prosenttia palaa takaisin työelämään ja 10 prosenttia jää täysin autettavaksi. (Kaste ym. 2006, 271.)

On ennakoitu, että vuoteen 2030 mennessä aivoverenkiertohäiriöisten potilaiden ja sairaanhoitopäivien määrä tulisi kaksinkertaistumaan, mikäli mitään merkittävää ei keksitä hoidon, ehkäisyn ja kuntoutuksen suhteen. (Kaste ym. 2006, 271.)

Aivoinfarkti on iskeeminen aivoverenkiertohäiriö, jossa aivosoluista osa tuhoutuu verettömyyden aiheuttaman hapenpuutteen seurauksena. Kudostuhon voi aiheuttaa aivovaltimon paikallinen tukkeutuminen tai hyytymä joka on peräisin muualta elimistöstä ja aiheuttaa aivovaltimotukoksen. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 27.)

Aivoinfarktin oireet ilmaantuvat usein halvausoireina ja ne alkavat äkillisesti. Joskus pelkkä puheen tuottamisen häiriö tai sekavuus voi olla oireena. Hemiplegia eli toispuolihalvaus on tyypillinen aivoinfarktiin liittyvä halvausoire. Vasemman aivopuoliskon infarkti johtaa oikean puolen halvaukseen ja vastaavasti oikean aivopuoliskon infarkti vasemman puolen halvaukseen. Aivoinfarktin ollessa aivorunkoalueella oireina ovat kaksoiskuvat, nielemisvaikeudet, puheen tuottamisen vaikeudet sekä näkö-kenttäpuutokset. Tajunnanhäiriöt, kävelyvaikeudet ja päänsärky ovat myös aivoinfarktin oireita. (Kahri 2006, 80–81.)

Riskitekijöitä aivoverenkiertohäiriöihin ovat kohonnut verenpaine, tupakointi, diabetes, rasva-aineenvaihdunnat häiriöt ja ylipaino. Myös sydänsairaudet, verenkierron sairaudet, runsas alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta ovat riskitekijöitä. Estrogeenipitoiset ehkäisytabletit ja perinnölliset tekijät voivat myös osaltaan altistaa aivoverenkiertohäiriöille. (Salmenperä ym. 2002, 33.)

Aivoinfarktin riskitekijöistä työhöni valitsin stressin, kohonneen verenpaineen, liikunnan puute ja lihavuus, korkea kolesteroli ja epäterveellinen ravinto, sekä liiallinen alkoholin käyttö ja tupakointi. Kyseiset riskitekijät valitsin siksi, koska niihin on jokaisen helpoin vaikuttaa itse omilla elämäntavoillaan sekä valinnoillaan ja näin ollen vähentää riskitekijöiden syntyä ja riskiä sairastua aivoinfarktiin.



### 3 AIVOINFARKTIN RISKITEKIJÄT

#### 3.1 Stressi

Ihmisen ollessa jännittyneessä tilassa vereen erittyy stressihormoneja eli adrenaliinia ja noradrenaliinia. Nämä yhdessä aiheuttavat fyysisiä stressireaktioita, joita ovat esimerkiksi sydämen sykkeen ja verenpaineen nousu. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2006b.) Nämä stressioireet ovat elimistön varoitus henkisestä tai ruumiillisesta kuormittumisesta. Stressi muuttuessa pysyväksi, lisääntyy vaara sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Ohimenevissä tilanteissa näistä ei ole haittaa. (Karvinen 2002b, 64.)

Stressitilanteessa veren kolesterolipitoisuus on jatkuvasti koholla, jolloin insuliinitasapaino häiriintyy ja ylimääräinen sokeri varastoituu rasvaksi vyötärön seudulle ja vatsaonteloon. Stressi voi siten osaltaan aiheuttaa painon nousemista ja lopputuloksena saattaa olla tyypin 2 diabetekselle altistama metabolinen oireyhtymä. (Aho 2003.) Diabetes on myös yksi aivohalvauksen riskitekijöistä (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry & Suomen sydänliitto ry 2005).

Kaikututkimuksilla on todettu, että kaulalaskimoiden ahtauma pahenee työstressin myötä ja myös vihamielisyyden on todettu pahentavan kaulavaltimoiden ahtaumaa. Stressi vaikuttaa verenpaineeseen kohottavasti ja on mahdollista, että stressin myötä aivoinfarktin riski kasvaa. (Soinila 2003, 220–221.) Verenpainemittauksissa ei välttämättä havaita jatkuvan stressi aiheuttamia verenpainehaittoja, koska lukemat saattavat olla vain hieman koholla. Erityisen haitallista on, jos verenpaine ei yölläkään laske tai jos hyvin voimakas ja äkillinen verenpaineennousu liittyy heräämiseen. (Aho 2003.)

Stressi lisää sairastumista myös välillisesti, koska se saattaa lisätä alkoholin käyttöä ja tupakointia. Samoin liikunnan harrastaminen voi vähentyä ja muuttua epäsäännölliseksi. Myös ravintotottumukset voivat muuttua epäterveellisiksi, josta taas aiheutuu ylipainoa seurannaisongelmineen. Jos ihmisellä on samanaikaisesti stressin kanssa muita riskitekijöitä, kuten veren korkea kolesterolipitoisuus tai hän tupakoi, vaara sairastua aivoverenkiertohäiriöön lisääntyy. (Soinila 2003, 222–223.)

Stressin sietokyky on hyvin yksilöllistä. Yleinen elämäntilanne vaikuttaa lisäksi sietokykyyn. Jos stressi johtuu työstä, voi siihen vaikuttaminen olla vaikeaa. Työpaikalla pitäisi pystyä neuvottelemaan oman työnsä määrästä ja sen mahdollisesta rajaamisesta. Monet työstressiä kokevat saattavat jättää lomansa pitämättä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006b.) Naiset näyttäisivät kestävän stressiä paremmin kuin miehet. Toistaiseksi ei ole kuitenkaan kiistattomia todisteita estrogeenin stressiä suojaavasta vaikutuksesta. (Soinila 2003, 226.)

### 3.2 Kohonnut verenpaine

Suurin aivoinfarktin riskitekijä on kohonnut verenpaine. Se lisää sairastumisriskiä huomattavasti. Sairastumisriski on noin kolminkertainen, kun verenpaine nousee yli 160 / 95 mmHg:hen. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen, Kotila, Lindsberg, Palomäki, Roine, & Sivenius 2001, 258–259.)

Hypertensio eli kohonnut verenpaine tarkoittaa valtimon sisäisen paineen suurentumista verenkiertoelimistössä (Kukkonen - Harjula 2005, 104). Aivoverisuonten tilaan vaikuttavista sairauksista oleellisin on verenpainetauti. Kohonnut verenpaine aiheuttaa muutoksia pieniin verisuoniin vähentämällä niiden joustavuutta. Tästä johtuen verenkierron vastus kasvaa ja aivokudoksen ravitsemus heikkenee. Verenpainetauti hoitamattomana voi aiheuttaa aivovaltimoiden päähaarojen repeämisen, josta seuraa verenvuoto. (Soinila 2003, 155.) Kohonnut verenpaine kerää valtimoihin rasvaa, jolloin

ne paksuuntuvat ja kalkkiutuvat. Vuosien mittaan valtimoiden kovettuminen johtaa sepelvaltimotautiin ja aivovaltimotauteihin. (Karvinen 2002b, 15.)

Epäterveelliset elämäntavat kuten ylipaino, suolainen ja rasvainen ravinto, vähäinen liikunta, tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä stressi aiheuttavat verenpaineen kohoamista. Vajaaseen puoleen kohonneen verenpaineen tapauksista ovat syynä perintötekijät, jonka vaikutukset alkavat näkyä yleensä 30 – 50 ikävuoden vaiheilla tai joskus jo leikki-iässä. (Karvinen 2002b, 17.) Myös iän myötä verenpainetaso alkaa nousta normaalisti (Reunanen 2005, 159). Miehillä tämä nousu alkaa 25 ikävuoden jälkeen ja naisilla 40 ikävuoden jälkeen. Diastolisen paineen keskiarvon nousu jatkuu noin 55 vuoden ikään asti ja systolisen paineen yli 80 vuoden ikään asti. (Karvinen 2002b, 16.) Riski sairastua aivoverenkiertohäiriöihin suureneekin huomattavasti iän myötä ja sen vuoksi aivohalvaukseen sairastuvien määrän arvioidaan kasvavan nopeasti väestön ikärakenteen vanhetessa (Sivenius 2005, 2435).

Kohonnut verenpaine ei aina aiheuta mitään oireita, vaan se saatetaan havaita sattumalta. Verenpaineen yleinen tavoitearvo on alle 140 / 85 mmHg, jonka saavuttamiseksi käytetään yksilöllisiä elämäntapamuutoksia, verenpaineen jatkuvaa seuranta ja tarvittaessa lääkehoitoa. (Muhonen 2005, 44.) Systolisen ja diastolisen paineen nouseminen lisäävät todennäköisyyttä sairastua aivoinfarktiin ja mitä korkeampi paine on, sitä suurempi riski on. Jos verenpaine on yli 165 / 95, on riski jo kolminkertainen normaali paineeseen verrattuna. Kohonneen verenpaineen huolellisella hoidolla investoidaan 10 – 15 vuoden kuluttua vallitsevaan terveydentilaan. (Soinila 2003, 155.)

Verenpainetasot ovat väestössä hitaassa laskusuunnassa. Kuitenkin edelleen vain viidenneksellä miehillä ja reilulla kolmanneksella naisista on verenpaine tavoitteellisella tasolla eli 120 / 80 mmHg. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9.) Yksinkertaisilla elämäntavan muutoksilla on mahdollista alentaa korkeaa verenpainetta. Tupakoinnin lopettaminen on tärkeä yksittäinen toimenpide pyrittäessä pienentämään kohonnutta verenpainetta. Toinen tärkeä elämäntavan muutos on liikapainon

vähentäminen, jolloin 4 – 8 %:n painonpudotus alentaa verenpainetta noin 3 – 4 mmHg. Muutoksia ruokavalioon tehdään myös siten, että ruokasuolan käyttö tulisi laskea alle 5g:aan vuorokaudessa. Lisäksi tyydyttyneiden rasvojen käyttöä vähennetään sekä hedelmien, vihannesten ja marjojen käyttöä lisätään ruokavaliossa. Liikuntaa tulisi harrastaa säännöllisesti, esimerkiksi kävellä reippaasti puolen tunnin ajan vähintään 3 – 4 kertaa viikossa. (Nikkilä 2006, 107.) Myös alkoholin käyttö lisää aivohalvauksen vaaraa, sillä esimerkiksi verenpainelääkkeen teho saattaa heikentyä runsaan alkoholinkäytön yhteydessä. Lisäksi alkoholi vaikuttaa aineenvaihduntaan ja aktivoi sympaattista hermostoa, mikä aiheuttaa verenpaineen kohoamista. (Karvinen 2002b, 59.)

### 3.3 Liikunnan puute ja lihavuus

Ylipaino, epäterveelliset ruokatottumukset, tupakointi ja vähäinen liikunta nostavat verenpainetta ja kolesterolipitoisuutta veressä. Jo vähäinenkin liikunta ehkäisee sairastumisriskiä ja auttaa painonhallinnassa. (Dyslipidemat. Käypä hoito 2009; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2011.) Ylipaino ja lihavuus lisäävät riskiä sairastua moniin työkykyä alentaviin pitkäaikaissairauksiin, joita ovat muun muassa kohonnut verenpaine, sydäninfarkti, B- tyypin diabetes, nivelrikko ja aivohalvaukset (Nyman, Ojanen & Hyvärinen 2003, 5). Lihavuuteen liittyvien terveystahojen synnyssä rasvakudoksen sijainnilla on havaittu olevan merkitystä. Vyötärön alueelle ja erityisesti vatsaonteloon kertyvä niin sanottu viskeraalinen rasva on haitallisempaa kuin lantion seudulle kertyvä rasva. (Uusitupa 2005, 370.) Lihavuuden ja aivoverenkiertohäiriöiden yhteyttä selvittävässä tutkimuksessa on todettu miehillä keskivartalolihavuuden olevan suurempi aivohalvauksen riskitekijä kuin painoindeksi tai yleisen lihavuuden. Aivoverenkiertohäiriön riski kasvaa naisilla selvästi, kun painoindeksi ylittää 27 kg / m<sup>2</sup> tai jos paino on lisääntynyt yli 10 kiloa 18 ikävuoden jälkeen. (Fogelholm & Sivenius 2003, 76.)

Suomessa lihavuus on lisääntynyt väestön keskuudessa viimeisten vuosikymmenien aikana ja sama suuntaus näyttää jatkuvan edelleen. Lihavuus on itsenäisen aivoinfarktin riskitekijä, mutta lisäksi se on yhteydessä aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijöihin, kuten korkeaan verensokeriin, rasva-arvoihin ja kohonneeseen verenpaineeseen. Näistä syistä johtuen aivoinfarkteja voidaan ehkäistä painoa pudottamalla. (Kaste ym. 2001, 261.) Lihavuuden yleistymisen johtuu siitä, että työliikunnan väheneminen on vähentänyt myös energiankulutusta ja toisaalta lisääntynyt vapaa-ajan liikunta ei ole pystynyt korvaamaan tätä (Lahti-Koski 2005a, 96). Yksi itsenäinen aivoverenkiertohäiriön riskitekijä on myös liikunnan puute. Vähäinen liikunta on yhteydessä ylipainoon ja sen aiheuttamiin verenkiertohäiriöiden riskitekijöihin. (Kaste ym. 2001, 247.)

Liikuntaa harrastamattomilla on kaksi kertaa suurempi vaara sairastua sydän ja verisuonitauteihin kuin liikuntaa harrastavilla. Liikkumattomuus on lähes yhtä suuri riskitekijä kuin tupakointi, veren korkea kolesteroli ja verenpaine. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42.) Vaaran pienemiseen riittää jo kohtuullisen rasittava liikunta, mutta intensiivinen liikunta pienentää vaaraa vielä enemmän. Liikunta vaikuttaa edullisesti useisiin ateroskleroosin kehittymiseen vaikuttaviin tekijöihin ja edistää sydämen terveyttä, jolloin rytmihäiriöiden ja niihin liittyvien embolioiden riski pienenee. (Vuori & Strandberg 2005, 402.) Tämän lisäksi liikunta auttaa myös alentamaan verenpainetta ja laskemaan painoa. Nuoruudessa aloitettu liikunnan harrastus pienentää riskiä sairastua aivoverenkiertohäiriöihin. (Kaste ym. 2001, 261.)

Kun liikunnan määrä kasvaa, myös terveyshyödyt kasvavat nopeasti. Kuntoliikkujiilla terveyshyödyt ovat suurimmillaan. Suurimmalla osalla väestöstä ei ole mahdollisuuksia tai kiinnostusta melko vaativaan kuntoliikuntaan. Sen vuoksi kansanterveyden kannalta onkin hyödyllisempää kannustamaan perusliikuntaan eli niin sanottuun arkiliikuntaan. Terveyttä edistävää perusliikunta on kuormittavuudeltaan kohtalaista ja päivittäin toistuvaa. Päivittäinen liikunnan tarve voidaan jakaa useampaan osaan, jolloin puolentunnin päivittäinen tarve voidaan jakaa kolmeen kymmenen minuutin jaksoon. (Fogelholm & Oja 2005, 75.)

### 3.4 Korkea kolesteroli ja epäterveellinen ravinto

Korkea veren kolesterolipitoisuus nostaa huomattavasti aivoinfarktiin sairastumisen vaaraa. Verenpaineen ja kolesterolin ollessa korkealla ensisijaisen tärkeitä ovat elämäntapamuutokset. (Dyslipidemat. Käypä hoito 2009; Aivoinfarkti. Käypä hoito 2011.) Suolassa oleva natrium on haitallista, sillä se nostaa verenpainetta ja vaikuttaa haitallisesti sydän ja verenkiertoelimistön toimintaan. Diabeetikoille runsas suolan käyttö on erityisen vaarallista, kuten myös iäkkäille sekä liikapainoisille, joilla verenpaine on koholla. (Karvinen 2002b, 34.) Runsaalla natriumin saannilla lapsuudessa ja nuoruudessa saattaa olla yhteys kohonneeseen verenpaineeseen myöhemmällä iällä. Natriumilla on osoitettu olevan yhteyttä lisääntyvään sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen sydän ja verisuonitauteihin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 32.)

Keskeistä veren kolesteroliarvojen kannalta on ravinto ja erityisesti ravinnon sisältämä ravinnon määrä ja sen laatu. Tyydyttynyt eli ns. kova rasva nostaa veren kokonaiskolesterolipitoisuutta ja erityisesti LDL-kolesterolia. Tällaista tyydyttyntä rasvaa on eläin ja maitorasvoissa sekä rasvaisessa lihassa ja makkarassa. Myös trans-rasvat, joita syntyy kasvirasvaa kovetettaessa, ovat haitallista rasvaa. Sitä on muun muassa kekseissä, kasvirasvajäätelössä, popcornissa, ranskalaisissa ja pussikeittojauheissa. Normaalissa suomalaisessa ruokavaliossa sen saanti on kuitenkin melko vähäistä. (Karvinen 2002a, 31–32.)

Piilorasva eli näkymätön rasva on kaikkein haitallisinta, joka tulee tietämättämme muun ravinnon mukana. Tämä piilorasva on usein juuri niin sanottua kovaa eli tyydyttyntä rasvaa, jonka osuus tulisi rajoittaa mahdollisimman pieneksi. Rasvaa saisi olla kokonaisenergiasta enintään 30 prosenttia, tästä määrästä enintään yksi kolmasosa saisi olla tyydyttyntä rasvaa. (Karvinen 2002a, 32-33.)

Tyydyttyneen rasvan käyttöä vähennetään ruokavaliohoidon avulla ja lisätään sen sijaan monitydyttämättömien rasvojen ja kasvirasvojen käyttöä. Myös kolesterolin saantia tulee vähentää. Rasvojen osuuden vähentyessä on niiden energialähteenä korjattava sopivilla hiilihydraateilla, kuten esimerkiksi perunoilla, kokojyvätuotteilla, riisillä ja pastalla. Ravintokuitujen saantia lisätään, jolloin suositetaan erityisesti kasviksia, juureksia, palkokasveja, marjoja ja hedelmiä sekä kokojyvä tuotteita. Ruokavaliohoidon lisäksi voidaan suurentunutta veren kolesterolipitoisuutta hoitaa myös lääkehoidolla. (Vanhanen & Strandberg 2006, 861.) Kolesterolin hoidossa kiinnitetään huomiota kokonaiskolesterolin lisäksi erityisesti LDL-pitoisuuden laskuun. Kokonaiskolesterolipitoisuuden tulisi olla alle 5 mmol / l ja LDL-kolesterolipitoisuuden alle 3 mmol / l. Näihin tavoitteisiin pyritään aina perustana elämäntapamuutoksia. (Aivoinfarkti 2011.) Miehistä suositeltava kolesteroliarvo on vain 28 prosentilla ja naisista 35 prosentilla (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 8-9).

### 3.5 Liiallinen alkoholin käyttö ja tupakointi

Humalanhakuinen alkoholinkäyttö ja alkoholin suurkulutus lisäävät aivoinfarktiin sairastumisen riskiä (Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito 2005). Aivoinfarktin riski voi kasvaa tupakoitsijoilla jopa kaksinkertaiseksi. Riskiryhmässä ovat myös passiivisesti tupakansavua hengittävät. (Aivoinfarkti. Käypä hoito 2011.)

Alkoholin riskikäytön rajat on määritelty erikseen miehille ja naisille. Suomessa alkoholin riskirajaksi on ehdotettu miehille 40 g/vrk ja naisille 20 g/vrk. Yhdessä keskiolut- tai siideripuollossa on 11 g alkoholia. Riskirajan asettaminen on vaativaa. Tiedetään, että alkoholin käyttömäärä jo tasolla 25 g/vrk lisää sairastumisvaaraa ja että vähintään 40 g/vrk alkoholia käyttävillä miehillä ja vähintään 20 g/vrk käyttävillä naisilla kokonaiskuolleisuus on merkittävästi suurempi kuin raittiilla henkilöillä. Tämän lisäksi humalajuomisella on monenlaisia haittoja, vaikkei alkoholinkulutus ylittäisikään riskirajaa. Humalajuomisen tiedetään olevan yhteydessä kohonneeseen riskiin sairastua

sepelvaltimotautiin, aivoinfarktiin ja äkilliseen sydänkuolemaan. Vähän tai kohtuullisesti alkoholia käyttävillä sepelvaltimotaudin ilmaantuvuus ja kuolleisuus on vähäisempi kuin raittiilla. Kohtuullisella alkoholin käytöllä tarkoitetaan alle kahta ravintola-annosta päivässä (20 g/ vrk). Runsaasti alkoholia käyttävien (70 g/vrk) sepelvaltimotautiriski on suurempi kuin alkoholia käyttämättömien. Sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisy hyödyt ilmenevät vain tasaisessa kohtuukäytössä, johon ei kuulu humalajuomista. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen, Aromaa 2008, 37–38.)

Tupakka sisältää nikotiinia, joka kiihdyttää sympaattista hermostoa. Tämän vaikutuksesta ääreisverisuonet supistuvat ja verenpaine nousee. Riski tukoksen syntymiseen kasvaa, koska tupakointi muuttaa veren raja-arvot epäedullisiksi. Eläinkokeissa on osoitettu, että nikotiini lisää verihiutaleiden kiinnittymistä toisiinsa. (Soinila 2003, 254.) Tupakointi onkin näistä syistä johtuen merkittävä sydän- ja verisuonitautien aiheuttaja, joka Aivohalvaus- ja dysfasialiitto Ry ja Suomen sydänliitto Ry:n mukaan lisää aivohalvausriskin ainakin kaksinkertaiseksi.

Tupakointi altistaa sairastumista aivoinfarktiin sekä lukinkalvonalaiseen verenvuotoon (Fogelholm & Sivenius 2003, 76). Vertion (1998) mukaan tupakoinnin osuus kuolleisuudessa aivoverenkiertohäiriöön ja sepelvaltimotautiin on lähes 50 prosenttia (Nyman ym. 2003, 5). Riski sairastua iskeemiseen aivoverenkiertohäiriöön tupakoivalla on noin 1,9-kertainen ja subaraknoidaalivuotoon 2,9-kertainen tupakoimattomiin verrattuna. Tämä riski on riippuvainen tupakoinnin määrästä. (Fogelholm & Sivenius 2003, 76.) Tupakoinnin lopettaneiden aivohalvausriski ei enää viiden vuoden päästä eroa niistä, jotka eivät ole polttaneet koskaan. Riskin väheneminen ei riipu tupakoinnin määrästä tai iästä. (Kaste ym. 2001, 258–259.)

Vuonna 2006 suomalaisista työikäisistä miehistä 24 prosenttia tupakoi päivittäin, kun naisilla vastaava luku oli 19 prosenttia. Päivittäin tupakoivista miehistä 76 prosenttia oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta terveyteensä ja 61 prosenttia päivittäin tupakoivista miehistä ilmaisi halunsa lopettaa tupakoinnin. (Helakorpi ym. 2007a, 4–6.)



#### 4 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön itsensä käyttäytymistä ja valintoja terveyteen vaikuttavissa asioissa. Näitä asioita ovat esimerkiksi, alkoholin käyttö ja tupakan poltto, liikunta sekä ravintotottumukset. Nämä ovat usein tiedostamattomia, ja voivat olla myös yksilön omia tietoisia valintoja ylläpitää terveyttään. Terveystottumukset opitaan jo lapsuudessa tai nuoruudessa, jonka aikana ne vakiintuvat. Terveyskäyttäytymisellä on hetkittäisessä tarkastelussa pieni merkitys yksilölle, mutta ajan mittaan vaikutus yksilön terveyteen kasvaa suureksi ja riski sairastua pitkäaikaissairauksiin tai kuolla lisääntyy, mikäli terveystottumukset ovat epäterveellisiä. (Duodecim terveyskirjasto 2008a.)

Yksilöllä on mahdollisuus vaikuttaa terveyteensä monilla yksinkertaisilla ja jokapäiväisillä arkielämän valinnoilla. Jokaisella on mahdollisuus vahvistaa tai heikentää terveyttään, yksilön omilla valinnoilla tai lähiyhteisöjen toiminnan vaikutuksilla. Kansalaisten terveyttä tukee tai heikentää erilaisten palvelujärjestelmien toiminta ja varsinkin niiden kyky vastata ihmisten terveystarpeisiin. Sosiaali ja terveysministeriön terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan terveysvaikutukset ovat yhteisen toiminnan tulos. Vastuunkantajina terveydestä ovat ihmiset itse, yhteiskunta ja lähiyhteisö yhdessä. Myös erilaiset yhteiskuntapoliittiset päätökset voivat heikentää tai tukea yksilöiden terveyttä merkittävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.)

Terveys voidaan ymmärtää selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ ja toimintakyvyn vaatimuksista sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä häiriötekijöistä huolimatta. Se on hyvinvointia, toimintakykyä ja tasapainoista vuorovaikutusta ihmisten ja ympäristön välillä. Terveys voidaan nähdä pääomana ja voimavarana, joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämänhallinnan voimistuessa. Maailman terveysjärjestö WHO

(1986) määrittelee terveyden yksilön fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina, joka vaihtelee elämän eri vaiheissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a.)

Maailmanlaajuisessa elintaso- ja terveysvertailussa Suomi kuuluu harvalukuisen vauraiden ja terveiden kansakuntien joukkoon. Vertailun perusteella kansakunnat ovat jakaantuneet alueittain Japaniin, Länsi-Eurooppaan, Pohjois-Amerikkaan, Australiaan sekä Uuteen-Seelantiin. Näissä maissa tartuntataudit ovat harvinaisia ja terveyspalvelut ovat parhaita. Verenkiertoelimistön sairaudet ovat vähentyneet varsinkin suomalaisilta 1970-luvulta, silti Suomella on varaa parantaa tässä verrattaessa läntisen Euroopan teollisuusmaihin. (Koponen & Aromaa 2005, 277–278.)

Terveyskäyttäytyminen on luokiteltu kansanterveyslaitoksen toteuttamissa selvityksissä tupakointiin, alkoholin käyttöön, liikunnan harrastamiseen ja ravintotottumuksiin. Miesten tupakointi on vähentynyt ja terveelliset ruokatottumukset ovat yleistyneet. Tulokset osoittavat suomalaisen väestön terveyden kehittyneen myönteiseen suuntaan ja väestön eliniän nousseen. (Helakorpi ym. 2004, Helakorpi ym. 2007a.) Alkoholinikäytössä, ylipainossa ja työmatkaliikunnassa on tapahtunut muutosta huonompaan suuntaan aivan viimeisten lähivuosien aikana (Helakorpi ym. 2007a). Maakunnallisia eroja terveyskäyttäytymisessä on selvimmin ruokatottumuksissa ja alkoholinikäytössä. Ruokatottumukset pääkaupunkiseudun väestöllä ovat terveellisempiä kuin muualla Suomessa. Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla, Kainuussa ja Lapissa terveelliset ruokatottumukset eivät ole yhtä yleisiä kuin koko maassa keskimäärin. Alkoholinikäyttö on yleisempää pääkaupunkiseudulla ja harvinaisempaa Etelä- ja Keski-Pohjanmaan sekä Pohjanmaan maakunnissa. (Helakorpi ym. 2007b, 17.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia aivoinfarktin sairastaneiden kokemuksia terveystyötytymisessään sekä sen muutoksissa aivoinfarktin jälkeen. Tavoitteena on selvittää, millä tavoin sairastaneet kokevat terveystyötytymisensä muuttuneen sairauden jälkeen tai sen myötä. Tavoitteena on myös selvittää, miksi muutosta terveystyötytymisessä on tapahtunut ja millaisina sairastuneet kokevat muutokset.

Tutkimuksen tutkimusongelmat ovat:

- 1) Miten aivoinfarktin sairastaneet kokevat terveystyötytymisensä muuttuneen sairauden myötä tai sen jälkeen?
  - 1.1) Millaisina sairastuneet kokevat muutokset?
  - 1.2) Miksi terveystyötytyminen on muuttunut?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Kvalitatiivinen tutkimusote

Kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimusmenetelmä tuottaa hoitotieteessä määrällistä tutkimusmenetelmää hyödyllisempää tietoa, koska tutkimusotteessa käytetään pienempää otantaa ja keskitytään enemmän aineiston laatuun, kuin määrään. (Janhonen & Nikkonen 2003, 11.) Laadullinen tutkimus voi olla kuvailevaa, selittävää ja arvioivaa tutkimusta. Tutkimuksessa tarvitaan sekä yksilöllistä että yleistettävää tietoa. (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 250.)

### 6.2 Aineiston keruumenetelmä, sisällön analyysi ja tutkimusjoukon esittely

Opinnäytetyössäni käytin aineistonkeruumenetelmänä haastattelua. Tutkimukseni kohderyhmänä on aivoinfarktin sairastaneet henkilöt. Mahdollisia koehenkilöitä etsin omasta lähipiiristäni sekä myös työni kautta. Tiedän useamman henkilön sairastaneen aivoinfarktin, koska olen vienyt heitä ambulanssilla sairaalaan. Kaikki koehenkilöt ovat sairastaneet aivoinfarktin, osa vuosia sitten ja osalla infarktista on vain joitakin kuukausia. Tutkijana huolehdin siitä, että koehenkilöt jäävät nimettömiksi, eikä yksittäisiä henkilöitä ole mahdollista tunnistaa vastausten perusteella.

Tutkimuksen aineisto koostuu neljän henkilön haastatteluista. Haastateltavista kaksi oli 54–60-vuotiasta, ja kaksi 61–70-vuotiasta. Haastateltavista kaksi oli miehiä ja kaksi naisia. Heistä yksi oli Kanta-Hämeestä, kolme Pirkanmaalta. Kolme haastateltavasta asui puolison kanssa ja yksi haastateltava asui yksin. Haastateltavista kaikki olivat sairastaneet aivoinfarktin, sairastumisesta oli aikaa kuudesta kuukaudesta kahdeksaan vuoteen.

Mahdollisille haastateltaville soitin puhelimella ja kerroin tekemästani opinnäytetyöstä, samalla kyselin heidän kiinnostusta osallistua haastateltavaksi. Suostumuksen saatuaan sovimme, että lähestyn ensin kirjeitse jossa heitä informoitiin tutkimuksesta ja pyydettiin harkitsemaan osallistumista (Liite 1). Kirjeessä myös mainitsin, että otan heihin yhteyttä puhelimitse ennen haastattelua ja sovimme haastattelujen ajankohdat. Haastateltavat saivat valita haastattelupaikan. Kaikki haastattelut suoritettiin haastateltavien kotona.

Haastattelut toteutettiin haastateltavien kotona. Aluksi esittelin itseni ja kerroin vielä tutkimuksen tarkoituksesta ja miten haastattelutilanne tulisi etenemään. Painotin vielä, että osallistuminen olisi vapaaehtoista ja, että minulla on vaitiolovelvollisuus. Aikaa haastatteluun olin varannut noin puolitoista tuntia. Haastattelun kokemus antoi minulle tulevana sairaanhoitajana oppia potilaan kohtaamisesta sekä haastattelutilanteista. Harjaannusta sain myös vuorovaikutussuhteen luomiseen. Haastattelut nauhoitettiin. Haastattelutilanteessa haastateltava sai vapaasti kertoa kokemuksistaan ja näkemyksistään, ja pyrin puuttumaan puheeseen mahdollisimman vähän. Puutuin puheeseen vain esittäessäni tarkentavia kysymyksiä ja siirryttäessä seuraavaan aiheeseen.

Haastattelua käytettäessä tiedonkeruumenetelmää voidaan pitää ainutlaatuisena, koska siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelun etuna muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastattelun etuna on, että vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä mukaan tutkimukseen. Haastateltava voi tarvittaessa täsmentää vastausta ja tutkija voi tarvittaessa tarkentaa kysymyksiään. Tutkimukseen osallistuvat on mahdollista tavoittaa myöhemminkin, jos halutaan täydentää jo saatua aineistoa tai tutkimus saa myöhemmin jatkoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199–201.)

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun, koska aivoinfarktin sairastaneet henkilöt eivät välttämättä kykene tuottamaan paperille tekstiä samalla tavalla kuin

aiemmin. Siksi kyselylomakkeen käyttö suljettiin pois. Koin myös haastattelun hieman henkilökohtaisempaan aineistonkeruumenetelmänä, sillä haastattelussa on mahdollisuus tarkentaa vastaajan vastauksia tai esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä.

Kvalitatiivisen eli laadullisen aineiston perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden sekä tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen ym. 2003, 23.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä kuvaillaan lyhyesti ja yleistävästi tai että tutkittavien väliset suhteet tulevat selkeästi esille. Sisällönanalyysissa on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet sekä erilaisuudet. (Hirsjärvi ym. 2007, 156.)

Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja haastattelut myös litteroitiin. Litteroituja sivuja kertyi neljästä haastattelusta yhteensä 25. Jokaisen haastattelun litteroidusta tekstistä alleviivattiin oleelliset asiat, joista löytyi vastaukset tutkimuskysymyksiin. Haastatteluiden vastaukset luokiteltiin aivoinfarktin riskitekijöiden mukaan, litteroidussa tekstissä oli mukana otsikoinnit riskitekijöiden mukaan. Vastauksissa pyrittiin erottelemaan riskitekijöissä tapahtuneita muutoksia, joista kaikista ei kuitenkaan ollut tietoa ja varmuutta. Samankaltaiset vastaukset kerättiin yhteen, joista sitten koottiin lopulliset tutkimuksen tulokset. Litteroitua aineistoa käytettiin kuitenkin asioiden tarkisteluun ja käsitteiden tarkentamiseen koko tutkimuksen analysoinnin ajan, jolloin aineistoa luettiin läpi useita kertoja.

*Olen nytten mennyt tonne painonhallintaryhmään, elikkä mä yritän nyt saada ainakin 10kg pois, se on mun tavoite ja 2kg on jo mennyt muttei se näy vielä missään. Mutta mulla oli silloin kun pääsin pois sairaalasta, ensinnäkin mä en päässyt liikkumaan...*

*Ainahan mä oon dietillä ollut mut se vaan sitten mä sain pudotettua painoa niin sitä rupes tuleen pikku hiljaa lisää, niin se on helkkarin vaikka tietää ihan tarkalleen mitä saa syödä mut ei jaksa aina. Sit varsinkin kun*

*yksin on ni mä saan tehdä ihan mitä mä haluan, syödä sillon kun mä tykkään...*

Kuten edellisissä lainauksissa näkyy, niin vastaus esitettyyn kysymykseen saadaan jo hyvin lyhyesti. Haastateltava kertoo asioistansa tarkemmin mutta se ei ole oleellista tietoa tutkimusongelmien kannalta. Kaikki tutkimuskysymykset käsiteltiin samalla tavalla läpi työn.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Verenpaine ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Ennen sairastumistaan puolet haastateltavista epäili verenpaineittensa olevan koholla, mutta he eivät kuitenkaan olleet seuranneet tai kiinnittäneet siihen huomiota. Epäily kohonneista verenpaineista johtui pääsääntöisesti oudosta olostsa päässä tai ajoittaisesta huimauksesta. Yksi haastateltavista ei osannut kertoa, oliko hänen verenpaineensa koholla, sillä hän ei ollut sitä mittaillut, koska mitään vaivaa ei ollut ollut ennen sairastumista. Yksi haastateltavista kertoi, että hänen verenpaineensa oli koholla jo ennen sairastumista. Kahdelta haastateltavalta lääkäri oli jopa kehottanut seuraamaan verenpaineitaan. Ennen sairastumistaan haastateltavista yhdellä oli käytössä verenpainelääkitys ja yhdelle oli tarkoitus aloittaa verenpainelääkitys.

*... lääkäri käskeny seurata verenpainetta, mutta enpä seurannut yhtään kun ei mitään ikinä ole ollut. Ei ollut mitään verenpaine lääkitystä eikä muutakaan, töissä kylläkin kerroin että välillä huimaa..... Itse epäilin että on verenpainetta, mutten kiinnittänyt siihen huomiota.*

Kaikki haastateltavat kertoivat kuntoutumisen alkuvaiheessa mittailleensa kotona verenpaineita päivittäin ja mittauskertoja olleen kahdesta neljään. Kun sairastumisesta oli kulunut yli kuusi kuukautta, puolet haastateltavista kertoi seuranneensa verenpaineita päivittäin. Yksi haastateltava kertoi mittailleensa verenpaineitaan ainoastaan noin kerran viikossa ja yksi haastateltavista kertoi mittailleensa enää satunnaisesti. Kolmelle haastateltavalle oli määrätty verenpainelääkitys sairastumisen jälkeen. Yksi haastateltava söi verenpainelääkettä jo ennen sairastumista. Kaikkien haastateltavien verenpaineet olivat haastatteluiden aikaan lääkityksellä luokkaa systolinen 118 – 150 mmHg ja diastolinen 70 – 80 mmHg.



Sairastumisen jälkeen verenpainemittarin oli hankkinut yksi haastateltava, kolmella haastateltavalla verenpainemittari löytyi jo ennestään kotoa puolison hankkimana. Kolme haastateltavaa neljästä koki verenpaineen mittauksen helpoksi, koska perheessä oli joku joka osasi opastaa mittauksessa. Yksi haastateltava, joka asui yksin, kertoi että sai terveyskeskuksessa hyvän opastuksen mittarin käyttöön.

*Helppoa tämä verenpaineen mittaaminen on, tosta vaan mittari päälle ja painetaan napista.*

*Jos joskus mittari näyttää korkeita lukuja emmä niistä huolestu. Viime talvena ollut korkeita arvoja, kevät ja kesä ollut taas normaali arvoja.*

Yhteenvetona voidaan todeta, että kaksi haastateltavista epäili verenpaineittensa olevan koholla ennen sairastumista, yksi ei osannut kertoa, oliko verenpaine koholla ja yhdellä oli käytössä verenpainelääkitys. Sairastumisen jälkeen kaikilla on verenpaine lääkitys käytössä, jonka avulla kaikkien verenpaineet on nyt normaaliarvoissa.

## 7.2 Liikunta ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Vapaa-ajan liikuntaa ennen sairastumistaan haastateltavista kertoi harrastaneensa vain yksi. Haastateltava kertoo liikkuneensa säännöllisesti ja liikunnan olleen suurimmaksi osaksi puutarha- ja pihatöiden tekoa. Hän kertoi käyneensä kyllä useasti, ja aina kun mahdollista kävellen ja kävelysauvoja käyttäen kaupassa. Hän mainitsi myös että koki ja liikkui terveytensä vuoksi.

Yksi haastateltavista kertoi liikunnan olleen satunnaista, lähinnä koiran pissatusta ja lyhyitä lenkkejä. Haastateltava sanoo, ettei hän miettinyt eikä kokenut koiranpissatusta liikuntana, eikä liikkunut terveytensä vuoksi. Muuta liikuntaa hän ei harrastanut.

Kaksi haastateltavista kertoi tehneensä raskasta työtä päivittäin. He sanoivat, etteivät työpäivän jälkeen enää viitsineet tai jaksaneet lähteä harrastamaan liikuntaa. He kokivat raskaan työn sinänsä jo liikuntana ja terveydelle hyödyllisenä.

*Ennen aivoinfarktia liikuin aika vähän, loppujen lopuksi sen mitä koiran kanssa kävin pihalla.*

*Raskasta työtä kun tein niin kyllä se liikunnasta kävi.*

Sairastumisen jälkeen haastateltavista kolme kertoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa jossakin muodossa ja myös kuntonsa mukaan. Yksi haastateltava kertoi liikkumisensa olevan olematonta, koska joutuu käyttämään pyörätuolia liikkumiseen.

Kaksi haastateltavaa kertoi lenkkeilleensä säännöllisesti joko kävelysauvojen kanssa tai ilman sekä sen hetkisen kuntonsa ja kelien mukaan. Kävelylenkit eivät ole pitkiä, mutta he kertoivat että nyt lenkkeilyllä on terveyttä edistävä merkitys ja tarkoitus, jottei sairaus uusiutuisi. Kauppa ja muilla asioilla he pyrkivät jättämään auton mahdollisimman kauaksi parkkipaikalla, jotta siinäkin tulisi käveltyä. He pyrkivät tekemään nyt myös pihatyöt käsipelein eikä koneellisesti.

Haastateltavista yksi liikkuu joka päivä, mutta joutuu käyttämään liikkumiseen rollaattoria. Hän kertoi hankkineensa kävelysauvatkin, mutta niillä ei ole uskaltanut lähteä vielä liikkumaan. Hän liikkuu päivittäin sen mitä jaksaa, käy esimerkiksi terveyskeskuksessa marevan kokeissa kävellen rollaattorilla. Liikuntaa hän ei koe kuitenkaan terveysliikuntana, vaan liikkuu koska kokee sen henkisesti hyväksi.

Yksi haastateltava ei koe liikkuvansa juuri ollenkaan, koska joutuu käyttämään pyörätuolia. Pyörätuolin hän on joutunut ottamaan käyttöönsä vasta sairastumisensa

jälkeen. Sisällä huoneistossa tulee pyörätuolilla liikuttua, mutta pihalle hän ei lähde juuri ilman saattajaa. Pihalle lähdettyä saattaja yleensä työntää pyörätuolia, ja näin ollen liikunta on lähes olematonta.

*Menen aina rollaattorilla terveystakeskukseen marevan kokeisiin ..... vaikka satoi lunta niin kannoin välillä rollaattoria .... Rollaattori on tuki ja turva jota tarttee.*

*Emmä juur liiku kun on tää pyörätuoli.*

Yhteenvetona voidaan todeta, että vain yksi harrasti tietoisesti terveystakeskuntaa ennen sairastumista. Sairastumisen jälkeen kolme kertoo lisänneensä tietoisesti liikuntaa, koska nyt heillä on siihen enempi aikaa ja liikunnalla on terveyttä edistävä tarkoitus. Yhden liikkumista rajoittaa pyörätuoli.

### 7.3 Kolesterolin ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Haastateltavista yksi kertoi, ettei kolesterolin arvoja seurattu ennen sairastumista, koska hän ei epäillyt niiden olevan koholla, eikä hän edes miettinyt koko asiaa sen enempää. Yksi haastateltava kertoi, että tiesi arvojen olevan koholla, muttei puuttunut niihin eikä miettinyt koko asiaa ennen sairastumista. Kahdella haastateltavista kolesterolin lääkitys oli käytössä ennen sairastumista ja kolesterolin arvoja seurailtiin säännöllisesti.

*...ennen sairastumista ollut pahasti koholla jonka itse tiesin.*

*... ei niitä arvoja ennen seurattu.*

Sairastumisen jälkeen haastateltavista kaikki kertoivat, että nyt kolesterolin arvoja seurataan säännöllisin väliajoin. Haastateltavista kolmella on kolesterolin lääkitys, ja yksi

haastateltavista kertoi, että hänen kolesterolin arvot ovat pysyneet tavoitearvoissa ilman lääkitystä. He eivät kokeneet kolesterolin seurantaakaan mitenkään hankalana, vaan kokevat sen terveytensä kannalta tärkeänä.

*Sain nyt siihen lääkityksen ja kävin nyt noissa kokeissa ni mulla on noi molemmat en muista niitä mutta lääkäri sanoi että on hyvät.*

*En oo lääkkeitä tarttenu, ihan hyviä on ilman niitäkin.*

Yhteenvetona voidaan todeta että, haastateltavista kahdella oli käytössä kolesterolilääkitys ennen sairastumistaan. Yksi tiesi arvojensa olevan koholla, muttei niistä välittänyt ja yksi taas ei tiennyt niiden olevan koholla, koska ei ollut miettinyt koko asiaa. Sairastumisen jälkeen kaikki haastateltavat kertoivat, että nyt kolesterolin arvoja seurataan säännöllisesti, vain yhdellä haastateltavista ei ole kolesterolin lääkitystä, koska arvot ovat pysyneet tavoitearvoissa ilman lääkitystäkin. Haastateltavat eivät koe seurantaakaan hankalana.

#### 7.4 Alkoholin käyttö ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Yksi haastateltavista kertoi olevan täysin absolutisti. Yksi haastateltavista, joka kertoi käyttäneensä alkoholia, sanoi sen olleen lähinnä satunnaista, eikä koskaan juonut humalahakuisesti. Haastateltavista kaksi kertoi käytön olleen viikoittaista, ja käyttökertoja oli useampia viikossa. Humalahakuista juominen oli lähinnä viikonloppuisin. Viikolla alkoholin käyttö rajoittui lähinnä ruoan yhteydessä otettuun viiniin tai olueen, myös saunan jälkeen otettiin useasti olut. He kertoivat alkoholin käytön olleen tällaista jo kymmeniä vuosia ja tulleen jo osaksi elämäntapaa. He kertoivat kokevansa alkoholin rentouttavaksi.

*...kyllä mä silloin kun mä olin terve niin otin mä joka viikonloppu.*

*En ole elämässäni kertaakaan viinaa juonut*

Sairastumisen jälkeen haastateltavista kaksi kertoi ottavansa alkoholia todella harvoin, ja määrät ovat niin pieniä, etteivät ne aiheuta humaltumista. He sanoivat ottavansa yleensä vain juhlassa ja sielläkin lähinnä alkumaljan. He kokevat alkoholin käytön turhaksi ja terveydelle haitalliseksi. Yksi haastateltavista kertoi, että on vähentänyt alkoholin käyttöä huomattavasti mutta juo edelleen paljon. Juominen on humalahakuista myös nyt, haastateltava sanoo sen olevan rentouttavaa ja stressiä vähentävää. Hän kertoi tietävänsä kyllä riskit, jotka liittyvät alkoholin käyttöön. Yksi haastateltavista kertoo edelleen olevansa täysin absolutisti.

*...tervetuliaismaljan ja mä sen otin pikkuhiljaa näin se oli ihan ok. Sitten haettiin se eka alkuruoka söin sen, sitten tuli se tarjoilija sinne ja kysy että no. Sanoin että laitta mulle tohon sitä valkkaria vähäsen, puoli lasillista. Mä en kuule kerinny kun laittaa sitä huulilleni sen ni mulle tuli semmonen samanlainen tunne kun mulle tuli että alko kiristää päätä ja sitten kylmähiki ja sydän alko tekeen tätä. Se oli pelottava kokemus. Sitten kiristi kauheasti tästä otasta sillä tavalla ja siis ihan ku olis pyörtynyt.*

Yhteenvetona voidaan todeta että, haastateltavista kaksi käyttivät alkoholia viikoittain ennen sairastumista. Yksi haastateltavista käytti alkoholia satunnaisesti ja yksi haastateltavista oli absolutisti. Sairastumisen jälkeen kaksi haastateltavaa kertoi käyttävänsä alkoholia todella harvoin, koska kokevat alkoholin turhaksi ja terveydelle haitalliseksi. Yksi haastateltavista kertoi vähentäneensä alkoholin käyttöä huomattavasti mutta käyttävänsä edelleen alkoholia paljon, koska se rentouttaa ja vähentää stressiä. Haastateltavista edelleen yksi on absolutisti, jota hän on ollut koko elämänsä ajan.

## 7.5 Ylipaino ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Yksi haastateltavista kertoi, että ylipainoa ei ollut ennen sairastumista. Haastateltavista kolme kertoi että heillä oli ylipainoa ennen sairastumista, joista yhdellä ylipainoa oli useampi kymmenen kiloa, ja hänellä oli ollut tarkoitus aloitella laihdutuskuuri ennen sairastumistaan. Hän olikin laihduttanut elämänsä aikana useasti, mutta ajan mittaan palannut aina entiselleen. Hän kertoi tietävänsä ylipainon altistavan sairastumisille. Kaksi haastateltavaa koki että ylipainoa oli, mutta ei niin huomattavaa että se olisi ollut mielessä, eivätkä näin ollen kokeneet laihduttamista tarpeellisena, eikä näin ollen terveydelle haitallisena.

*...kun mä täällä yksin olin, niin mä kävin aina Niinan kans kaupassa niin mä ostin aina ison pussin karkkeja, jäätelöä, hyvää pitkoo sellaista oikein hyvää marja pullaa ja mä söin kaks kertaa päivässä, saatoin syödä pullaakin ja jäätelöökkin vetelin tossa. Siitä tuli mulle tää ylipaino...*

*...oli semmosta lohtusyömistä kun täällä yksin olin.*

Sairastumisen jälkeen haastateltavista kolme kertoi aloittaneensa laihdutuskuurin. Yksi heistä kertoi menneensä jopa painonhallinta ryhmään ja tavoitteena hänellä olisi saada ainakin kymmenen kiloa pois. Kaksi muuta kertoi laihduttaneensa omin avuin ja saaneensakin laihdutettua useita kiloja. He kertoivat että vuosien varrella paino on kylläkin vaihdellut, mutta paino on kuitenkin pysynyt huomattavasti alhaisempana kuin ennen sairastumista. Yksi haastateltavista kertoi painonsa pysyneen lähes entisellään, kokee että laihduttamisen tarvetta ei ole, koska ylipainoa ei ollut ennen sairastumista. Kaikki haastateltavat kokivat painonhallinnan tärkeäksi ja terveyttä edistäväksi.

*...olen nytten mennyt tonne painonhallintaryhmään, elikkä mä yritän nyt saada ainakin 10 kg pois, se on mun tavoite ja 2 kg on jo mennyt muttei se näy vielä missään.*

*Kyllä toi paino on heitelty, välillä vähän noussut ja sit taas laskenut.*

Yhteenvetona voidaan todeta että, ennen sairastumista kolmella haastateltavista oli ylipainoa, joista yhdellä se oli huomattavaa. Yksi haastateltavista kertoi, ettei ylipainoa ollut lainkaan. Sairastumisen jälkeen kolme kertoi aloittaneensa laihdutuskuurin, kaksi heistä omin avuin ja yksi kertoi menneensä painonhallinta ryhmään.

#### 7.6 Ravinto ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Haastateltavista kolme kertoi syöneensä pääsääntöisesti kotona tehtyä niin sanottua kotiruokaa ennen sairastumista. Heistä kaksi kertoi, ettei kiinnittänyt huomiota kaupassa ruuan laatuun tai siihen, oliko rasvaprosentti juustoissa ja leikkeleissä normaali vai vähärasvainen. Maidoissa ja levitteissä he valitsivat pääsääntöisesti normaalirasvaisia tuotteita. Kasviksia he kertoivat syöneensä ruuan yhteydessä säännöllisesti, mutta eivät osanneet sanoa tarkkaa määrää. He kertoivat myös syöneensä pullaa ja muita herkkuja säännöllisesti, mutta heidän mukaansa ei kuitenkaan päivittäin, vaan noin 2–3 päivänä viikossa. He kokivat syöneensä terveellisesti ja monipuolisesti ennen sairastumistaan.

Yksi haastateltavista kertoi kaupassa valitsevansa aina vähärasvaiset tuotteet ja myös luomutuotteita jos mahdollista. Kasviksia hän pyrki syömään päivittäin ja kertoi noudattavansa parhaansa mukaan niin sanottua lautasmallia. Pullaa ja muita herkkuja hän ei syönyt juuri koskaan, ainoastaan kyläreissuilla tuli herkuteltua ja silloinkin herkuttelu oli vähäistä. Hän koki syövänsä terveellisesti ja monipuolisesti.

Yksi haastateltavista kertoi syöneensä milloin mitäkin, ja sanoi, ettei juuri itse kotiruokaa tehnyt. Kaupasta hän kertoi ostaneensa lähinnä valmisruokaa tai sellaista jota nopeasti sai tehtyä joko uunissa tai mikrossa. Hän sanoi myös syöneensä useasti grilliruokaa. Kauppareissuilla hän osti useasti myös makeisia ja leivonnaisia ja makean

syöntiä oli lähes päivittäistä. Hän kertoi, ettei miettinyt juurikaan terveystuotteita ruokavaliossaan, vaan lähinnä sitä mikä maistui hyvältä.

*En syönyt rasvasta ruokaa, koska aikasemmin laihduttanut 14kg. Mä tiesin ja yritin koko ajan välttää rasvasia juustoja ja en syö mitään sipsejä enkä mitään viinereitä. Pullaa syön mutta tavallista pullaa.*

*...en mä itse ruokaa juurikaan kotona tehnyt, kaupasta ostin mitä sattuu ja sit sitä kotona mikrossa lämmitin.*

Sairastumisen jälkeen haastateltavista kaksi kertoi tarkkailevansa ruokavaliota vielä entistäkin tarkemmin, vaikka he kokivat syöneensä ennen sairastumistaan terveellisesti. He kertoivat, että Marevan- lääkitys on muuttanut ruokavaliota lähinnä kasvien osalta, sillä nyt he pyrkivät syömään entistä enemmän kasviksia, joita sanoivat syöneensä välipaloinakin. Tummanvihreiden kasviksien kanssa heillä ei ole ollut ongelmia, koska niiden syöntiä he ovat pystyneet vähentämään ja rajoittamaan riittävästi. He kertoivat tarkkailevansa ruokavaliota vielä enemmän sairastumisen jälkeen kuin ennen sitä.

Yksi haastateltavista kertoi, ettei hänen ole tarvinnut muuttaa ruokavaliotaan tai ruokakäyttäytymistään mitenkään, ei myöskään kasviksien eikä tummanvihreiden osaltakaan.

Haastateltavista yksi kertoo ruokavalionsa menneen täysin uusiksi ja sanoo ruokansa tulleen nyt pääsääntöisesti kotiin ruokakuskin tuomana. Kertoo näin saavansa ruokansa vaivattomimmin kotiin, koska kokee kaupassa käynnin vaivalloiseksi liikuntarajoitteisuuden vuoksi. Kerran viikossa hän käy päiväsairaalan ruokalassa syömässä, kun siellä on palvelupäivä. Sinne hän kertoo menevänsä tilataksilla. Ruuan hän kertoo olevan maukasta kotiruokamaista ja terveellistäkin, kertoo annoksissa olevan salaattit ja vihannekset valmiina. Annoksien toivoisi toki olevan hieman isompia. Makeisia ja herkkuja kertoo syöneensä enää noin kerran viikossa, lähinnä silloin kuin omaiset tai vieraat niitä tuovat. Haastateltava kertoo, että uusissa ruoka tottumuksissa on



ollut kova totuttelemisen, mutta kokee sen sinällään helpoksi koska ruoka tuodaan kotiin. Ruokavalion hän kertoo nyt olevan terveellinen, mitä se ei ollut ennen sairastumista.

*...koko ajan tarkkaillut mitä syön, leikkeet ja kaikki ni ne on jotain 2-3% ja juustot on kevyttä 5% aamupalaa kadettia ja näitä.*

*...aivoinfarktin jälkeen täytyy tarkkaan katsoo mitä syö kun noi tummanvihreet salaattit, ne on marevanin takia.*

Yhteenvetona voidaan todeta että, yksi haastateltavista kertoi, ettei hänen tarvinnut muuttaa ruokavaliota lainkaan. Yksi haastateltavista kertoi, että hänen ruokavalionsa meni täysin uusiksi, koska nyt ruoka tuodaan kotiin ja uusissa ruokatottumuksissa on ollut kova totuttelemisen. Kaksi haastateltavista kertoi tarkkailevansa ruokavaliota sairastumisen jälkeen entistä tarkemmin.

#### 7.7 Tupakointi ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Haastateltavista kaksi kertoi polttaneensa ennen sairastumista. Heistä toinen kertoi polttaneensa noin neljäkymmentä savuketta vuorokaudessa, lähes neljäkymmentä vuotta. Lopettaminen ei ollut käynyt haastateltavan mielessä ennen sairastumista, koska koki tupakoinnin mielekkääksi ja rentouttavaksi ja piti sen mausta. Kertoi kyllä tienneensä tupakoinnin haittavaikutuksista, mutta ei niistä välittänyt.

Toinen haastateltavista kertoi ennen sairastumistaan polttaneensa vähän ja tupakointi oli satunnaista. Tupakointia oli lähinnä viikonloppuisin ja silloinkin siihen liittyi alkoholi jollakin tavalla. Satunnaista tupakointia haastateltavalla oli kymmeniä vuosia.

Kaksi haastateltavaa kertoi, etteivät ole tupakkaa polttaneet ikinä, eivätkä sitä edes koskaan maistaneen.

*...emmä tupakkaakaan sillonka kun mä olin terve, sanotaanko näin, mä en normaalisti polttanut mut sillon ku mä otin alkoholia ni sillon mä poltin.*

*... kyllä siinä pari normaali askia päivässä meni...*

Sairastumisen jälkeen kaksi haastateltavaa kertoi, ettei tupakoi enää. Haastateltavista toinen kertoi, ettei polta enää edes silloin tällöin. Lopettaminen ei ollut hänelle ongelma, koska mitään riippuvuutta tupakkaan ei ollut. Epäili itse ettei hänen terveytensä tilaan ollut tupakalla mitään tekemistä, koska tupakointi oli todella vähäistä ennen sairastumista.

Haastateltavista toinen kertoi lopettaneensa tupakoinnin korvaustuotteiden avulla, kertoi että lopettaminen oli hänelle melkoinen haaste, koska hänelle oli tullut siitä lähes elämän tapa, ja hän kertoi pitäneensä muutenkin kovasti tupakoinnista. Kertoi olevansa tyytyväinen tupakoinnin lopettamispäätökseen ja uskookin että lopettamisella on iso merkitys hänen terveydentilaansa jatkossa. Kaksi haastateltavaa ei ole polttanut lainkaan.

*...enkä tupakkaa ole enää kuule polttanut, hyi.*

*Laastareilla ja purkalla minä lopetin... mutta oli se vaikeeta kerta kaikkiaan.*

Yhteenvetona voidaan todeta että, haastateltavista toinen lopetti tupakoinnin korvaustuotteiden avulla, kertoi lopettamisen olleen melkoinen haaste, koska koki sen lähes elämäntavaksi. Toinen haastateltavista kertoi, ettei lopettaminen ollut mikään

ongelma, koska koki, ettei mitään riippuvuutta ollut. Kaksi haastateltavaa ei polta edelleenkään.

#### 7.8 Stressi ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen

Haastateltavista kolme koki stressiä olleen ennen sairastumista. Heistä kaksi kertoi stressin olleen lähinnä työstä johtuvaa, mutta he eivät kokeneet stressiä kuitenkaan ylitsepääsemättömäksi, eikä mitenkään liian häiritseväksi. Yksi haastateltavista kertoi stressiä olleen, mutta ei osannut kuvailla sitä tarkemmin. Hän sanoi sen olevan jonkinlaista omanlaista stressiä. Haastateltavista yksi koki, ettei hänellä ollut stressiä ennen sairastumistaan, tai ainakaan hän ei sitä itse tiedostanut.

*Oli varmaan ennen sairastumista jonkinlaista omanlaista stressiä.*

*En osaa saanoo tohon mitään kun en oo asiaa miettiny ollenka.*

Sairastumisen jälkeen haastateltavista kaksi koki, että stressiä oli sairastumisen jälkeen. He kertoivat sen johtuneen monista eri asioista, mutta lähinnä elämäntilanteen muutoksista ja siitä, että pelkäsivät sairauden uusiutuvan. Tarkemmin stressistä eivät osanneet kuvailla tai siitä kertoa.

Haastateltavista yksi kertoi, ettei enää stressaa asioista niin kuin ennen, vaan elää elämäänsä päivä kerrallaan ja on onnellinen, että kuntoutui suhteellisen hyvin sairastumisensa jälkeen. Haastateltavista yksi koki, ettei stressiä ole nyt sairastumisen jälkeenkään.

*Mä oon sanonu, et mulla on hirveen helppo ollu sairastaa kun oon saanu levätä sillon kun oon halunnut, ja syödä ja juoda. Mä oon saanu olla tyytyväinen kun oon saanu sairastaa yksinäni.*

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia aivoinfarktin sairastaneiden kokemuksia omassa terveyskäyttäytymisessään sekä niiden muutoksia aivoinfarktin jälkeen. Tavoitteena oli selvittää, millä tavoin sairastuneet kokevat terveyskäyttäytymisensä muuttuneen aivoinfarktin riskitekijöiden osalta, sairauden jälkeen ja sen myötä. Tavoitteena oli myös selvittää, miksi muutosta terveyskäyttäytymisessä oli tapahtunut ja millaisina sairastuneet kokivat muutokset.

Koin opinnäytetyön haasteelliseksi, sillä en koe itseäni niinkään tutkijana, enemmänkin tunnen itseni hoitajaksi. Opinnäytetyö opetti kuitenkin miten tutkimuksia tehdään ja antoi hyvää pohjaa, mikäli vastaavia töitä pitää tehdä jatkossa. Työn tekivät haasteelliseksi haastattelut, koska haastateltavilta kyseltiin arkoja ja henkilökohtaisia asioita. Haastattelut tehtiin haastateltavien kotona, jota pitää myös kunnioittaa.

Vieraalle ihmiselle omista asioista kertominen on aina hieman sensuroitua. Haastattelussa häiriötekijöiden poistaminen sekä luottamuksellisuus lisäävät mahdollisuuden saada luotettavaa ja rehellistä tietoa. Molempiin asioihin kiinnitettiin tutkimusta tehtäessä huomiota. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tunsin entuudestaan haastateltavat ja heidän taustojaan. Olen koko ajan suhtautunut tutkimukseen vakavasti pitäen mielessä tutkittavien anonymiteetin suojelemisen ja hyvinvoinnin, niin etten tutkimuksellani aiheuta heille ongelmia. Tutkimuksen valmistuttua se on kaikkien luettavissa ja lähetän sen haastateltaville.

Tutkimuksessa voidaan todeta, että terveyskäyttäytyminen riskitekijöiden osalta oli terveellisempää ja parempaa vasta sairastumisen jälkeen. Mahdollisuus vaikuttaa riskitekijöihin ja niiden kautta mahdollisesti ennalta ehkäistä omaa sairastumistaan

aivoinfarktiin onnistuu jo pienillä elämäntapa- ja terveyskäyttäytymisen muutoksilla. Muutokset terveellisempään elämään tapahtuu kuitenkin usein vasta sairauden jälkeen.

Voidaan olettaa, että helpoin muutos terveyskäyttäytymisessä oli ruokavalio, sillä muutoksen myötä pieneni moni muukin riskitekijä kuten ylipaino, kolesteroli ja verenpaine. Sairastumisen jälkeen yhdelle haastateltavista ruoka tuotiin jopa kotiin ja se oli niin sanottua kotiruokaa. Lääkkeellisellä hoidolla sen sijaan ehkäistiin kolesterolista ja verenpaineesta johtuvia riskitekijöiden syntymistä ja marevanilla uusien infarktien syntyä.

Kiiskisen ym. (2008) tutkimuksessa todetaan että, ruokavalio on avainasemassa keskeisimpien kansansairauksien ehkäisyssä. Kovan rasvan ja suolan liiallinen saanti ovat sairauksien suurimpia vaaratekijöitä. Ravinnolla tiedetään olevan keskeinen merkitys sydän- ja verisuonitautien, kohonneen verenpaineen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden, aikuistyyppin diabeteksen ja osteoporoosin puhkeamisessa. Terveellinen, suositusten mukainen ruokavalio sisältää runsaasti kasviksia, mutta niukasti tyydyttyntä rasvaa ja suolaa. Suositusten mukaisessa ruokavaliossa on runsaasti ravintokuitua, vitamiineja ja hivenaineita. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen, Aromaa 2008, 32.)

Alkoholin ja tupakan osalta osa haastateltavista koki suurimmat haasteet terveyskäyttäytymisen muutoksissa, koska pitivät alkoholia ja tupakkaa nautintoaineina, joihin liittyi suurin riippuvuus. Haastateltavista kaikki tupakoijat tiedostivat tupakoinnin terveyshaitat, mutta lopettamispäätös tapahtui kuitenkin vasta vakavan sairastumisen jälkeen.

Helakorpi ym. (2010) totesivat tutkimuksessaan, että päivittäin tupakoivista miehistä ja naisista 79 prosenttia (N 2826) oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä. Miehillä huolestuneiden osuus on kasvanut viime vuosina. Miehistä 66 prosenttia ja naisista 54 prosenttia ilmaisi haluavansa lopettaa tupakoinnin. Miehistä ja

naisista 38 prosenttia kertoi yrittäneensä vakavasti lopettaa tupakoinnin. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen, Uutela 2010, 8–14.)

Tuntuu oudolta, että suurin osa tupakoivista on huolissaan omasta terveydestään, mutta eivät kuitenkaan pysty lopettamaan tupakointia. Tupakan aiheuttama riippuvuus siis ilmeisesti on todella suuri. Ehkä monet tupakoitsijat eivät ajattele tupakan vaaroja, vaan riskeeraavat oman terveytensä siitä huolimatta. Monelle tupakointi saattaa olla myös elämäntapa, josta on hankala päästää irti, saattikka edes yrittää lopettaa. Monet tupakoitsijat eivät varmastikaan yksinkertaisesti edes halua lopettaa tupakointia, koska kokevat tupakoinnin rentouttavana ja tarpeellisena.

Vapaa-ajan liikuntaa haastateltavat kertoivat harrastavansa mielellään, koska nyt heillä löytyi siihen aikaa paljon paremmin, johtuen suurimmaksi osin sairaseläkkeellä olemisesta. He kokivat myös, että liikunta oli mukava tapa viettää aikaa ja kokivat, että liikkuvat nyt terveytensä kohentamiseksi.

Helakorpi ym. (2010) totesivat tutkimuksessaan, että miehistä 69 prosenttia ja naisista 74 prosenttia (N 2826) sanoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa ainakin puoli tuntia vähintään kaksi kertaa viikossa. Miehistä 30 prosenttia ja naisista 34 prosenttia taas kertoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään neljää kertaa viikossa. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen, Uutela 2010, 19.)

Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämäänsä nyt sairauden jälkeen, koska kokivat että olivat onnekkaita, kun kuntoutuivat näinkin hyvin vakavasta sairaudesta. Terveyskäyttäytymisen muutokset johtuivat pääsääntöisesti peloista sairauden uusiutumisesta ja myös siitä että vakava sairastuminen lisäsi kuolemanpelkoa.

Mielestäni hyviä jatkotutkimuksen aiheita olisi tutkia terveyskäyttäytymisen muutoksia ajallisesti, eli miten terveyskäyttäytyminen on muuttunut vuosien saatossa. Onko

elämän tavoissa palattu siihen mitä se oli ennen sairastumista kun aikaa sairastumisesta on kulunut esimerkiksi viisi vuotta, vai onko terveyskäyttäytyminen pysynyt terveellisenä vuosista huolimatta.

Tutkijalla on eettisiä velvoitteita yhteiskuntaa kuin suurta yleisöäkin kohtaan. Tutkimuksella pyritään luotettavaan tutkimustuloksiin, ja sen tulee yrittää jo ennakoivasti torjua virheellisiä tulkintoja ja tulosten väärinkäyttöä. Myös tutkijan ja toimeksiantajan keskinäisiin suhteisiin liittyy eettisiä sääntöjä. Tutkijan ei tule hyväksyä pyrkimystä joihinkin tiettyihin toimeksiantajaa miellyttäviin tuloksiin, vaan tutkimus on tehtävä vain tieteen pelisääntöjä noudattaen. Tutkijalla on velvollisuuksia tietojen kohdehenkilöitä tai antajia kohtaan. Kohdehenkilöiden myötävaikutusta edellyttävien tutkimusten tulee perustua heidän suostumukseensa. Vapaaehtoisuudesta tulee pitää kiinni. Tutkijan on suojeltava kohdehenkilöiden etua ja oikeuksia. Tutkimustuloksia voi käyttää vain tarkoituksiin, joihin on saatu kohteen suostumus ja lupa. Yksilöä koskevia tietoja ja hänen henkilöllisyyttään ei saa paljastaa muille, jos näin on sovittu. (Uusitalo 2001, 30.)

Koska tutkimusongelmiin löydettiin vastaukset, voidaan todeta myös tutkimuksen mittarin olleen tarpeeksi kattava ja luotettava. Tutkimuksen mittarina käytettiin haastattelua, joka sisälsi neljä eri haastattelua. Jokaisessa haastattelussa aineistosta nousi esiin tietyt kysymykset, joiden alle vastaukset voitiin jaotella. Vastauksissa oli havaittavissa kuitenkin samankaltaisuuksia sekä samanlaisia vastauksia, jonka perusteella voidaan olettaa vastauksien olleen yleisiä ja aidontuntuksia aivoinfarktin sairastaneen henkilön kuvauksia terveyskäyttäytymisensä muutoksista.

Tutkimuksen luotettavuutta lisätään myös vahvistuvuudella. Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. Olen pyrkinyt tuomaan esiin tutkimuksia, joista myös omat tutkimustulokseni saavat tukea. (Eskola & Suoranta 1998, 212). Myös mielestäni tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tiedän tutkittujen taustoja ja myös heidän tämän hetkistä elämän tilannetta. Joten tiedän heidän kertoneen elämäntavoistaan rehellisesti.

Aivoinfarkti on monien tekijöiden summa. Ihmiset eivät aina tiedosta heillä olevia riskejä ja riskitekijöitä, jotka altistavat aivoinfarktiin. Monesti myös vähätellään omaa mahdollisuutta sairastua vakavasti ja uhkakuvat pyyhitään mielestä pois. Välillä toki ollaan dieetillä, kuntoillaan ja pidetään tipatonta tammikuuta, mutta kuitenkin aina vain palataan lähtökuoppiin elämäntapojensa kanssa. Itse en usko siihen, että kukaan haluaa vakavasti sairastua ja vieläpä jos siihen pystyisi itse etukäteen jollakin tavalla vaikuttamaan. Ehkä lääkärikäynneillä lääkäreiden pitäisi puutua tiukemmin potilaidensa yleiseen terveydentilaan, vaikkapa ylipainoon, vaikkei asiakas sen vuoksi vastaanotolla olisikaan. Ehkä näin saataisiin joitakin riskitekijöitä poistettua ja monen ihmisen elämänlaatua sekä perusterveyttä kohotettua. Myös jonkinlainen seulontatutkimus, kuten rintasyövässäkin, voisi olla tarpeellista. Tutkimukset ovat toki kalliita, mutta vielä kalliimpaa on aivoinfarktipotilaan hoito. Aivoinfarktin sairastaneen elämänlaatu voi huonontua todella paljon. Pahimmassa mahdollisessa tapauksessa sairaus voi viedä täysin autettavaksi petipotilaaksi tai johtaa jopa kuolemaan. Seulontatutkimus saattaisi estää edes osan pahoista seurauksista.

Nykyajan yhteiskunta lisää omalla tavallaan riskiä sairastua, koska ruokatottumukset ovat muuttuneet kotiruuasta noutoruokaan, joka taas aiheuttaa ylipainoa ja muita ongelmia. Ihmiset ovat nykyään myös kiireisempiä ja urakeskeisempiä, eivätkä ehdi liikkumaan niin kuin ennen. Ehkä nykyään myös joukkoliikenne ja omien ajoneuvojen käyttö vähentävät ihmisten liikkuvuutta. Lapsillekin opetetaan jo pienestä pitäen, että heitä kuljetetaan autoilla ja muilla kulkuneuvoilla joka paikkaan, eikä heitä juurikaan kannusteta harrastamaan liikuntaa tai liikkumaan. Päihteitä käytetään nykyään aina vain enemmän ja enemmän ja niiden saantia jopa vain helpotetaan. Välillä ehdotetaan, että viinitkin pitäisi saada ruokakauppoihin. Jopa monet vanhemmat hankkivat alaikäisille lapsilleen päihteitä ja tukevat nuorison päihteiden käyttöä omalla käytöksellään.

*Sitä tuntee olevansa jotenkin niin kun etuoikeutettu, tuntuu kuin ois saanu toisen mahdollisuuden...*



## LÄHTEET

- Aho, Tellervo 2003. Pitkäaikainen stressi sairastuttaa. Diabetes 9/2003. Viitattu 2.9.2011 <http://www.diabetes.fi/haku?searchterms=aho+tellervo&hae.x=30&hae.y=15>
- Aikuisten lihavuus 2006. Suomalainen lääkäriseuran Duodeciumin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito –suositus. Viitattu 5.10.2011 <http://www.nelliportaali.fi> Terveysportti.
- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry & Suomen sydänliitto ry 2005. Ehkäise aivohalvaus! Voit itse vaikuttaa sairastumisriskiisi. Esite.
- Aivoinfarkti. Käypä hoito 2011. Viitattu 5.5.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50051>
- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito 2011. Viitattu 7.5.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50028>
- Duodecim terveyskirjasto. 2008a. Terveyskäyttäytyminen. Viitattu 20.2.2012 <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>
- Dyslipidemiat. Käypä hoito 2009. Viitattu 10.5.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50025>
- Eteisvärinä. Käypä hoito 2011. Viitattu 7.5.2011 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50036>
- Eskola, Jari. & Suoranta, Juha. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fogelholm, Mikael & Oja, Pekka 2005. Terveysliikunta suositukset. Teoksessa Mikael Fogelholm & Ilkka Vuori (toim.) Terveysliikunta – Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, UKK-instituutti.

- Fogelholm, Rainer & Sivenius, Juhani 2003. Aivovverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kimmo Koskivuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Helakorpi, Satu; Patja, Kristiina; Prättälä, Ritva & Uutela, Antti (2007a) Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, Kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B1/2007.
- Helakorpi, Satu; Pajunen, Tuuli; Jallinoja, Piia; Virtanen, Suvi & Uutela, Antti 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveystietä ja hyvinvoinnin laitos. Unigrafia Oy – Yliopistopaino, Helsinki 2011
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006b. HUS ohjeet ja käytösäännöt. Viitattu 2.9.2011 <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,7661>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko. & Sajavaara, Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko. & Sajavaara, Paula. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Bookwell.
- Kahri, Juhani. 2006. Sydän – ja verisuonisairaudet. (Toim.) Kauppinen, Raili. Sisätautien ytimessä. 2006. Helsinki. Edita.
- Karvinen, Marjatta (toim.) 2002a. Kolesterolit. Asiantuntija: Professori, sisätautien erikoislääkäri Pertti Mustajoki. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Apteekkariliitto.
- Karvinen, Marjatta (toim.) 2002b. Verenpaine. Asiantuntija: professori, sisätautien erikoislääkäri Pertti Mustajoki. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Apteekkariliitto.

- Kaste, Markku; Hernesniemi, Juha; Kotila, Mervi; Lepäntalo, Mauri; Lindsberg, Perttu; Palomäki, Heikki; Roine, Risto & Sivenius, Juhani 2006: Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, Seppo; Kaste, Markku & Somer, Hannu (Toim.): Neurologia. Kustannus Oy Duodecim.
- Kaste, Markku; Hernesniemi, Juha; Järvinen; Kotila, Mervi; Lindsberg, Perttu; Palomäki, Heikki; Roine, Risto & Sivenius, Juhani. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kiiskinen, Urpo; Vehko, Tuulikki; Matikainen, Kristiina; Natunen, Sanna & Aromaa, Arpo 2008:1. Terveyden edistämisen mahdollisuudet vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö
- Koponen, Päivikki & Aromaa, Arpo. 2005. Suomalaisten terveys kansainvälisessä vertailussa. Teoksessa: Aromaa, Arpo; Huttunen, Jussi; Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi. Duodecim. 277–297.
- Kuisma, Markku 2008: Aivohalvaus. Teoksessa Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Porthan, Kari (toim.): Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kukkonen-Harjula, Katriina 2005. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Fogelholm, Mikael & Vuori Ilkka (toim.) Terveysliikunta – Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämisessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104 – 111.
- Kylmä, Jari; Pelkonen, Marjaana. & Hakulinen, Tuovi 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. Hoitotiede Vol.16, no6/2004.
- Lahti-Koski, Marjaana 2005a. Lihavuus. Teoksessa Aromaa, Arpo; Huttunen, Jussi; Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) Suomalaisten terveys. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja Stakes, 95 - 98.
- Muhonen, Riitta 2005. Verenpainepotilaan hoito. Teoksessa Marianne Mustajoki, Seija Maanselkä, Anja Alila & Mirja Rasimus (Toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 44-46.

- Mustajoki, Pertti 2005. Laihduttaminen ja painonhallinta terveydenhuollossa. Lihavuuden hoidon periaatteita. *Terveydenhoitaja* 38 (1), 46 – 47.
- Nikkilä, Martti 2006. Kohonneen verenpaineen lääkkeetön hoito. Teoksessa Ilkka Kunnamo, Heidi Alenius, Elina Hermanson, Jukkapekka Jousimaa, Martti Teikari, & Helena Varonen (toim.) *Lääkärin käsikirja*. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 107.
- Nyman, Markku; Ojanen, Markku & Hyvärinen, Tapani 2003. Tupakanpoltosta rasvanpolttoon –tutkimuksia tupakoinnin ja liikunnan yhteyksistä hyvinvointiin. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 155. Tampere: Liikuntatieteellinen seura ry.
- Reunanen, Antti 2005. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Arpo Aromaa, Jussi Huttunen, Seppo Koskinen & Juha Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kansanterveyslaitos ja stakes, 153 – 163.
- Roine, Risto; Herala, Lauri & Sotaniemi, Kyösti. 2002. Aivoinfarktin hoito aivohalvauksyksikössä. *Duodecim* 24, 2541-2549.
- Salmenperä, Ritva; Tuli, Sinikka. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Toim. Virta, Maarit. Helsinki. Tammi.
- Sivenius, Juhani 2005. Onko aivohalvaus estettävissä? *Suomen lääkärilehti* 22/2005, 2435.
- Soinila, Seppo 2003. *Ajattele aivojasi*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Soininen, Marjaana. & Merisuo-Storm, Tuula. 2009. Kasvatustieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopisto. Rauman opettajankoulutuslaitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. *Terveyden edistämisen laatusuositus*. Viitattu. 18.2.2012 [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1057615](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1057615).
- Ståhl, Timo 2005. Reseptillä liikkeelle. Liikuntareseptihankkeen arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 170. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES.

- Uunitupa, Matti 2005. Lihavuus. Teoksessa Aro Antti, Mutanen Marja & Uunitupa Matti (toim.) Ravitsemustiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 369 – 393.
- Uusitalo, Hannu. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: Bookwell.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Vanhanen, Hannu & Strandberg, Timo 2006. Suurentuneen kolesterolipitoisuuden ruokavaliohoito. Teoksessa Ilkka Kunnamo, Heidi Alenius, Elina Hermanson, Jukkapekka Jousimaa, Martti Teikari & Helena Varonen (toim.) Lääkärin käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 861.
- Vuori, Ilkka & Strandberg, Timo 2005. Aivojen toiminnan häiriöt. Teoksessa Ilkka Vuori, Simo Taimela & Urho Kujala (Toim.) Liikuntalääketiede. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 396 – 406.

## LIITTEET

### Liite 1

Hyvä haastateltava,

Olen punkalaitumelainen sairaanhoitajaopiskelija Porin Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teen tällä hetkellä opinnäytetyötäni, johon etsin haastateltavia. Opinnäytetyössäni tutkin aivoinfarktin sairastaneiden kokemuksia oman terveyskäyttäytymisensä muutoksista. Tutkimukseni kohderyhmänä ovat aivoinfarktin sairastaneet ja tutkimuksen aineisto kerätään haastattelemalla. Haastattelun yksityiskohdista sovitaan jokaisen haastateltavan kanssa erikseen, puhelimitse.

Tutkimukseni tavoitteena on selvittää aivoinfarktin sairastaneen henkilön terveyskäyttäytymisen muutoksia. Tavoitteena on selvittää, millä tavoin sairastuneet kokevat terveyskäyttäytymisensä muuttuneen sairauden riskitekijöiden osalta sairauden jälkeen tai sen myötä. Tavoitteena on myös selvittää miksi muutosta terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut ja millaisina sairastuneet kokevat muutokset.

Aivoinfarktin riskitekijöitä ovat muun muassa kohonnut verenpaine, ylipaino, liikunnan puute, epäterveellinen ravinto, kohonnut kolesteroli, tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö sekä stressi. Juuri näitä terveyskäyttäytymiseen liittyviä asioita haluan opinnäytetyössäni tutkia. Teidän olisi hyvä jo ennen haastattelua pohtia, minkälaisia muutoksia olette havainneet edellä mainituissa aivoinfarktin riskitekijöissä.

Pohdittehan ennen haastattelua miten ja miksi seuraavat terveyskäyttäytymiseen liittyvät asiat ovat muuttuneet sairautenne myötä:

- verenpaine
- liikunta
- kolesteroli
- alkoholin käyttö
- ylipaino
- ravinto
- tupakointi
- stressi

Pohdittehan myös sitä, millaisena olette mahdolliset muutokset kokeneet ja miksi olette muutokseen pyrkineet.

Jokainen haastattelu käsitellään luottamuksella sekä nimettömänä. Haastattelut nauhoitetaan, ja tutkimuksen valmistuttua nauhoitukset tuhoetaan. Opinnäytetyöni valmistuessa haastatelluilla on mahdollisuus tutustua tutkimukseeni ja sen tuloksiin.

Kiitokset jo etukäteen!

Tutkimuksen tekijä,

Markus Kuusisto

p. 050 5844 341

markus.kuusisto@suomi24.fi

(sairaanhoitajaopiskelija, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö)