



# Sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia sairastavan potilaan psyykkinen ja henkinen tukeminen

Olga Soikinen ja Julia Krasnova

2024 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

## Sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia sairastavan potilaan psyykinen ja henkinen tukeminen

Olga Soikinen & Julia Krasnova  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2024



Olga Soikinen, Julia Krasnova

**Sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia sairastavan potilaan psyykkinen ja henkinen tukeminen**

Vuosi

2024

Sivumäärä

71

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata työikäisten potilaiden psyykkisen ja henkisen tuen tarvetta akuutin sepelvaltimotautikohtauksen ja sydäninfarktin sairaalahoidon aikana. Työssä pyritään tunnistamaan, miksi näitä tarpeita jää hoitamatta ja ehdottaa erilaisia hoitomenetelmiä parantamaan potilaiden psyykkistä ja henkistä hyvinvointia.

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Tarkoituksena on koota olemassa olevan tutkimustiedon akuutin sepelvaltimokohtauksen ja sydäninfarktin hoidon aikaisesta henkisestä ja psyykkisestä tuesta. Tällä pyritään tunnistamaan tehokkaita hoitokäytäntöjä ja interventioita potilaiden tukemiseksi.

Kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin englanninkielisiä sekä suomenkielisiä tutkimuksia. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sydäninfarktiin sairastavien potilaiden henkinen ja psyykkinen hyvinvointi on monipuolinen kokonaisuus, johon vaikuttavat erilaiset tukimuodot. Vuorovaikutteinen työkalu, psykologinen hoito, avoin keskustelu ja perheen tuki näyttävät olevan merkittäviä tekijöitä potilaiden toipumisessa. Lisäksi haasteiden hallintakeinot, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia, päiväkirjan pitäminen ja avoin keskustelu, vaikuttavat positiivisesti potilaiden mielialaan ja ahdistuksen hallintaan. Ympäristön ja yhteisön tuki, erityisesti perhesuhteiden säilyttäminen ja hoitohenkilökunnan läsnäolo, näyttävät myös olevan keskeisiä tekijöitä potilaiden kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa. Integroimalla nämä eri käytänteet osaksi hoitoa voidaan parantaa sydäninfarktin sairastavien potilaiden elämänlaatua ja edistää heidän kokonaisvaltaista toipumistaan.

Asiasanat: Sydäninfarkti, sepelvaltimotauti, psyykkinen tuki, henkinen tuki

Bachelor of Health Care

Olga Soikinen, Julia Krasnova

**Supporting the psychological and emotional well-being of a patient with coronary artery disease and heart attack**

Year	2024	Pages	71
------	------	-------	----

---

The purpose of the thesis is to describe the need for psychological and emotional support among working-age patients during acute coronary syndrome and heart attack hospital treatment. The study aims to identify why these needs go unmet and propose various treatment methods to enhance patients' psychological and emotional well-being.

The thesis will be conducted as a literature review, with the aim of collecting existing research on the psychological and emotional support during acute coronary syndrome and heart attack treatment. This is intended to identify effective treatment practices and interventions for supporting patients.

The literature review includes both English and Finnish-language studies. The articles were analysed by using the inductive content analysis method.

The mental and psychological well-being of patients suffering from a heart attack is a multifaceted entity influenced by various support methods. Interactive tools, psychological therapy, open communication, and family support appear to be significant factors in patients' recovery. Additionally, strategies for managing challenges, such as cognitive behavioural therapy, maintaining a diary, and engaging in open discussions, positively impact patients' mood and anxiety management. Environmental and community support, especially preserving family relationships and the presence of healthcare personnel, also seem to play crucial roles in the comprehensive rehabilitation of patients. By integrating these different practices into care, the quality of life for patients with a heart attack can be improved, promoting their holistic recovery.

**Keywords:** Myocardial infarction, coronary heart disease, psychological support, mental support

## Sisällys

1	Johdanto .....	8
2	Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti .....	9
2.1	Sepelvaltimotaudin käsite ja yleisyys Suomessa .....	9
2.2	Riskitekijät .....	10
2.3	Anatomia .....	11
2.4	Sepelvaltimotaudin muodot.....	12
2.4.1	Stabiili angina pectoris eli vakaa angina pectoris .....	12
2.4.2	Akuutti sepelvaltimotauti eli acute coronary syndrome .....	14
2.4.3	Sydäninfarkti.....	15
2.5	Sairauden ja sen hoidon vaikutus potilaan psyykkiseen terveyteen .....	15
3	Potilaan psyykinen ja henkinen tukeminen .....	18
3.1	Potilaan psyykinen ja henkinen tukeminen .....	18
3.2	Potilaan psyykkisen ja henkisen tuen tarve .....	19
3.3	Tuen antaminen hoitajan näkökulmasta.....	21
3.4	Psyykkisen tuen saannin puutokset (missed care).....	22
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys .....	23
4.1	Tarkoitus ja tavoitteet .....	24
4.2	Tutkimuskysymys.....	25
5	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen .....	25
5.1	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä .....	26
5.2	Aineiston haku ja valinta .....	27
5.3	Aineiston analyysi.....	27
6	Tulokset.....	28
6.1	Henkisen ja psyykkisen tuen käytänteet.....	28
6.2	Henkisten ja psyykkisten haasteiden hallinnan käytänteet .....	31
6.3	Ympäristön ja yhteisön tuen käytänteet.....	32
7	Pohdinta.....	33
7.1	Tulosten tarkastelu .....	33
7.2	Luotettavuus.....	35
7.3	Eettisyys .....	35
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	36
	Lähteet .....	37
	Kuvat .....	43
	Taulukot .....	44

## 1 Johdanto

Opinnäytetyössä ensimmäinen numeroitava luku on johdanto. Se alkaa ensimmäiseltä sivulta. Viimeinen numeroitava sivu on liitteiden viimeinen sivu. Sen perusteella määräytyy tiivistelmään merkittävä sivumäärä. Sivunumerot tulevat automaattisesti sivun yläreunaan. Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu myös potilaan henkisen ja psyykkisen hyvinvoinnin huomiointi. Suomessa vastuu potilaiden henkisestä ja psyykkisestä tuesta on jaettu lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja sairaalapapin kesken. Kuitenkin somaattisen sairauden tutkimus- ja hoitoprosessin aikana ensisijainen vastuu potilaan henkisestä ja psyykkisestä tukemisesta kuuluu terveydenhuollon ammattihenkilöille. (Louheranta, Lähteenvuo & Kangasniemi 2016, 234-241.) Hoitajat ovat tärkein tukilähde potilaalle ja heidän perheenjäsenilleen sairaalahoidon aikana (Mattila, Kaunonen, Aalto, Åstedt-Kurki 2013, 305-314).

Sepelvaltimotaudin Käypä hoitosuosituksessa on määrätty, että kokonaisvaltainen hoito on oltava potilaskeskeinen eli yksilöllisesti suunniteltua ja toteutettua hoitoa, jossa otetaan huomioon ja kunnioitetaan potilaan omia tarpeita, toiveita ja mieltymyksiä. Psykososiaalisen tuen tarjoaminen on tärkeä osaa kokonaisvaltaista hoitoa, se parantaa potilaan ennustetta ja edistää kuntoutusta ja työhön paluuta. Potilaalle on annettava riittävästi tietoa ja sairaudesta ja sen hoidon perusteista. Hoitohenkilökunnan tärkeä tehtävä on motivoida potilasta sitoutumaan omahoitoon säännöllisen seurannan ja henkisen tuen avulla. (Käypä hoito 2022.)

Hekkala ja Vaaraniemi-Junnila ovat todenneet viimeisessä tutkimuksessaan, että sydän- ja verisuonisairauksista kärsivien potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon saatu tuki ovat riittämättömiä. Näin ollen sepelvaltimotaudin Käypähoito -suosituksen toteutuminen tässä asiassa on puutteellista Suomessa. (Hekkala & Vaaraniemi-Junnila 2023, 78.)

Myös ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa oli havaittu, että sepelvaltimotautipotilaiden psyykinen tuki on riittämätön. Sepelvaltimotautipotilaat kokivat sydäntapahtuman elämää muuttavana ja monilla oli kiireellinen tarve saada psyykkistä ja henkistä tukea. Ne potilaat, jotka ovat saaneet henkistä tukea pian sydäntapahtuman jälkeen tunsivat olonsa helpottuneeksi ja selviytyivät paremmin sairaudestaan. Tuen saamisen parantamiseksi hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen kommunikaation koulutusta on lisättävä. (Peltzer, Köstler, Müller, Scholten, Frank 2022, 2746-2761.)

Opinnäytetyömme käsittelee tärkeää ja ajankohtaista aihetta terveydenhuollossa. Tämän päivän terveydenhuollossa hoidon laatu ja potilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi ovat keskeisiä tavoitteita. Somaattinen hoito eli kehon sairauksien hoito on usein keskittynyt fyysiseen hoitoon ja hoitotoimenpiteisiin, mutta potilaan psyykinen ja henkinen tukeminen on yhtä tärkeää.



## 2 Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti

Tässä kappaleessa käsittelemme sepelvaltimotautia ja sydäninfarktia käsitteinä sekä niiden yleisyyttä Suomessa. Käymme myös läpi näiden riskitekijöitä, sepelvaltimotaudin muotoja ja tämän sairauden vaikutus potilaan psyykkiseen hyvinvointiin.

### 2.1 Sepelvaltimotaudin käsite ja yleisyys Suomessa

Sepelvaltimotauti kuuluu sydän- ja verisuonisairauksien ryhmään. Sydän- ja verisuonisairauksiin liittyy sydämen tai verenkierron toiminnan häiriö tai heikkeneminen. Yleisimmät niistä ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt. (THL 2020a.) Sepelvaltimotauti on sydämen sepelvaltimoiden sairaus, jolloin ateroskleroosin ja ahtautuman vaikutuksena sydänlihasten ravitseva verenkierto häiriintyy (Kettunen 2011, 248).

Noin puolet työikäisten kuolemista Suomessa ovat johtuneet sydän- ja verisuonitaudeista. Vaikka 1970-luvulta alkaen kuolleiden määrä on vähentynyt, silti sydän- ja verisuonisairaudet edelleen muodostavat suurimman kuolinsyyn ryhmän. Vuonna 2012 työikäisillä suomalaisilla on tapahtunut 4052 infarkti- ja sepelvaltimotautikohtauksia, joista 80 % tapauksista oli miehillä. (THL 2021a.)

Sepelvaltimotaudin kokonaisesiintyvyyttä 18-65-vuotiailla miehillä oli 14,3 % ja samalla ikäryhmällä naisilla 7,1 % vuonna 2018. Henkilöiden vanhentuuessa tapausten määrää lisääntyä ja sairauksien ilmaantuvuus tasaantuu molemmilla sukupuoliryhmällä noin 80 vuoden iässä. (Holmström, Korhonen, Kuusisto, Lätti, Rintamäki, Tautiainen 2022, 59-60.) Työikäisten miesten ja naisten kuolleisuus, jonka syynä on sepelvaltimotauti, on huomattavasti vähentynyt Suomessa 1960-luvulta lähtien 2018 vuoteen asti. Sepelvaltimotaudin aiheuttamien kuolleiden määrän ja sairauden ilmaantuvuuden laskuun on vaikuttanut riskitekijöiden väheneminen ja hoidon parantuminen. Riskitekijöihin luetaan tupakointi, korkea kolesteroli ja verenpaine tauti. Toisaalta väestön ikääntyminen vaikuttaa tulevaisuuteen lisäämällä sairastumistapauksia, joka voi vaikuttaa jonkun verran sairaudesta johtuvien kuolleiden määrään. (THL 2021a.) Kohentuneet elintavat, parantunut ennaltaehkäisy ja hoito vaikuttavat huomattavasti sydän- ja verisuonien sairastavuuteen laskemalla niiden tapausmäärää (Rauhala 2017, 6-13).

Tilastokeskukseen mukaan Verenkiertoelinten sairauksien (I00-I425, I427-I99) aiheuttamat kuolematapaukset vuodesta 2010 vuoteen 2021 ikäluokassa 20-64 ovat laskeneet 37 %:lla (2505 tapausta vuonna 2010 ja 1581 tapausta vuonna 2021) (Tilastokeskus 2023). Korkea verenpaine on yksi sydän- ja verisuonisairauksiin vaikuttavista riskitekijöistä. Se on sekä oire, että syy osalla sydän- ja verisuonisairauksissa (THL 2021a). Verenpaine tauti liittyy sydän- ja verisuonisairauksien ryhmään. Kelan tilastokatsauksessa kuvaillaan erityiskorvattaviin

lääkkeisiin oikeuttavat sairaudet-raportissa verenpainetauti, kun yleisin pitkäaikasairaus. Sitä lääkekorvausta saavia ihmisiä oli vuonna 2018 noin 2,4 miljoonaa. Kroonisen verenpainetautiin liittyvät erityiskorvaukset ovat vähentyneet vuodesta 2008 vuoteen 2018 noin 19 %:lla. (KELA 2019.)

## 2.2 Riskitekijät

Riski saada akuutti sepelvaltimokohtaus tai sydäninfarkti kasvaa ikääntymisen vaikutuksena. Siihen vaikuttavat muun muassa perinnölliset tekijät, ravintotottumuksia (ruoan rasvapitoisuus ja rasvan laatu), kolesteroli ja erityisesti LDL-kolesterolin pitoisuus veressä, sekä tupakointi ja verenpaine arvot. Pääasiassa sairauksien ehkäisyä ja hoitona on elämäntavan muutos, painon hallinta, muiden sairauksien hoito ja lääkehoito. (THL 2021a.) Riskitekijät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa, joihin ei voida vaikuttaa ja muut riskitekijät. Ihminen ei voi vaikuttaa ikään, sukupuoleen eikä perintötekijöihin. Elämäntavalla ja lääkehoidolla voidaan vaikuttaa tupakointiin, kolesteroliarvoihin, diabetekseen, hypertensioon, vaajan liikkumiseen, lihavuuteen. Muut riskitekijät ovat ateroskleroosi, munuaisten vaajatoiminta, matala-asteiset tulehdukset, hampaiden kiinnityskudossairaudet, reuma, ei alkoholista johtuva rasvamaksatauti, psyykkiset sairaudet, uniapnea ja huono sosioekonominen tila. (Käypä hoito 2022.)

Riskitekijöistä tärkeimpiä ovat tupakointi, verenpaineen korkeat arvot, korkeat kolesteroliarvot, diabetes, ylipaino ja liikunnan riittämättömyys. Iän myötä riski sairastua lisääntyy. Mies-sukupuoli on kovin vaikuttava tekijä sepelvaltimotaudin sairastumiselle, mutta 70-75 ikävuo- den jälkeen sairastumisriski miehillä ja naisilla on melkein sama. Perintötekijän vaikutuksesta puhutaan, kun kyse on periytyvästä rasva-aineenvaihdunnan häiriöistä ja lähisukulainen sairastunut sepelvaltimotautiin varhaisella iällä (miespuolinen alle 55-vuotiaana ja naispuolinen alle 65-vuotiaana). Kohonnut sekä systolinen että diastolinen verenpaine on riskitekijä. Muiden riskitekijöiden yhteydessä jopa lievästi kohonnut verenpaine arvo nostaa huomattavasti sepelvaltimotaudin riskiä. Rasva-aineenvaihdunnan häiriön riskitekijänä on erityisesti vaikutusta korkean LDL-kolesterolipitoisuuksista. Pieni HDL-kolesterolipitoisuus on myös sepelvaltimotaudin syntyyn vaikuttava tekijä. Suomessa on huomattu yhteys miehien koulutustasoon ja kolesterolipitoisuuteen välissä. Matalampi koulutustaso vaikuttaa ruoka- ja elämäntapatottumuksiin ja sen kautta nostaa veren kolesterolipitoisuutta. (Kettunen 2011, 252-259.)

Diabetes ja metabolinen oireyhtymä nostavat sepelvaltimotaudin riskiä. Tyypin 2 diabetes nostaa sydänkohtauksen vaara saman verran, kun se olisi aiemmin sydäninfarktin sairastuneella ei diabeetikolla. Ylipaino vaikuttaa haitallisesti ihmisten verenpaineeseen, veren rasvapitoisuuteen, veren sokeriarvoon sekä insuliiniresistenssiin. Sillä tavalla ylipainolla on yhteisvaikutus muihin sepelvaltimotautitekijöihin. (Kettunen 2011, 252-259.)

Heikko sosiaalinen ja taloudellinen asema vaikuttavat ihmisen elämäntapaan ja vaikeuttavat elämäntapamuutosta. Ne kuuluvat psykososiaalisten riskitekijöiden ryhmään. Potilaan psyykinen terveys on tärkeä sepelvaltimosairauteen ja sen ehkäisyyn vaikuttava tekijä. On todettu masennuksen ja sydäninfarktin yhteys: masennus on itsestään sepelvaltimotaudin riskitekijä ja elämäntapaan vaikuttava tekijä. Lievä masennus lisää taudin riskiä kaksinkertaiseksi ja vaikea masennus nostaa sepelvaltimotaudin riskiä 3-5-kertaiseksi. Riskitekijöihin huomioon ottaen elämäntapamuutoksella ja olemassa olevien sairauksien hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa taudin syntyyn, etenemiseen ja kuolleisuuteen. Vaikka viime vuosina väestön kolesterolipitoisuus on alentunut aikaisempaan verrattuna, diabeteksen sairastavuus ja lihavuus ovat lisääntyneet. (Kettunen 2011, 252-259.)

### 2.3 Anatomia

Sepelvaltimot tuovat sydänlihaksiin hapettunutta verta. Ne ovat sydämen ulkopinnalla ja niiden päätehaarat pääsevät sydänlihakseen sisään. Sepelvaltimoiden koossa on eroa sukupuolen, kehon ja sydämen koon mukaan. Naisten sepelvaltimot ovat poikkimitaltaan miesten sepelvaltimoita pienempiä. (Kettunen 2011, 31.) Sepelvaltimoita on kaksi: vasen ja oikea. Vasen sepelvaltimo jaetaan vasempaan kiertävään haaraan ja vasempaan eteen laskevaan haaraan. Sepelvaltimot saavat alkuunsa aorttaläpän yläpuolelta aortan juuresta. Oikea sepelvaltimo vie verta sydämen takaseinämään ja oikeaan kammioon ja sydämen kärkialueeseen. Vasen eteen laskeva valtimohaara vie verta kammioväliseinämään, vasen kammion etuseinämään ja osittain oikean kammion etuseinämään. Vasen kiertävä haara vie vertaa vasemman kammion ulompaan sivuseinämään ja 38 %:lla ihmisistä se vie vertaa myös sinussolmukkeen ja eteiskammiosolmukkeen. (Holmström ym. 2022, 18-19; Kettunen 2011, 32-33.)

Sydän käyttää jo perusaineenvaihdunnassa noin 75 % omasta verenkierrosta tulevaa happea. Hapen tarpeen noustessa sydän ei voi lisätä hapenottoa ja kompensoi hapenpuutetta suurentamalla verenvirtausta. (Kiviniemi & Sinisalo 2023.) Sepelvaltimoiden vaurioitumisen eli sepelvaltimotaudin seurauksena sydänlihaksen happitasapaino ei ole kunnossa. Vaurioittaminen syntyy, kun sepelvaltimoiden seinämiin muodostuu kovettumia. Kovettumat myöhemmin aiheuttavat ahtautumaa tai niiden repeämistä tukoksia. Sydänlihaksen hapenpuute syntyy, kun hapentarve ylittää vaurioituneen suoniston hapenkuljetuskyvyn. Silloin puhutaan iskemiasta. Iskemian vaikutuksena sydänlihaksen toiminta häiriintyy. (Holmström ym. 2022, 60.) Sydämen energia-aineenvaihdunnan tyyppi on aerobinen. Se tarkoittaa, että energian tuotantoon tarvitssee happea. (Kettunen 2011, 33.) Hapenpuutteen takia sydänlihasten energiatuotanto vaihtuu anaerobiseksi ja lihakseen kertyy maitohappoa. Anaerobinen aineenvaihdunta ei ole niin tehokas, kun aerobinen energiantuotanto ja energia ei ole riittävästi elektrolyyttikuljetukseen

solukalvon läpi. Sen seurauksena sydänlihasten rentoutuminen hidastuu, lihas tulee jäykemmäksi ja pumppaustoiminta heikkenee. Nämä prosessit vaikuttavat myös lihasten sähköisesti epävakaiseen tilaan, joka altistaa sydäntä äkillisille rytmihäiriöille. Oireena potilas kokee huonoa oloa, puristusta ja kipua rinnassa. Koska sydänkipu on sisäelinperäistä, sitä on vaikea paikallistaa. Useasti kipu säteilee laajasti vasemman käteen, kaulaan, leukaan ja selkään. Kipuun liittyviä sympaattisia heijasteita ovat pelko, kylmähikisyys, sykkeen ja verenpaineen nousu. Sydämen pumppausvoiman heikkeneminen vaikuttaa keuhkojen laskimopaineen kohoamiseen, joka itsestään aiheuttaa potilaalle hengenahdistusta. Jatkossa laaja-alainen kohtaus vaikuttaa verenpaineen laskuun. (Holmström ym. 2022, 60-61.) Sydän voi sopeutua vähitellen tulleetseen sepelvaltimon ahtaumaan ja sen seurauksena hapen puutteeseen lisäämällä sydämen verenvirtausta. (Kettunen 2011, 33.)

## 2.4 Sepelvaltimotaudin muodot

Sepelvaltimotaudin vaikeusasteet ja niiden oireilu vaihtelevat. Tavallisin ilmenemismuoto on angina pectoris, joka tarkoittaa iskemiasta johtuva rintakipua. Sepelvaltimotaudin muodot voidaan jakaa kolmeen ryhmään vakausasteen ja oireiden perusteella: stabiili angina pectoris, epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti. Seuraavaksi sydäninfarkti jaetaan kahteen ryhmään: STEMI- ST-nousu sydäninfarkti ja NSTEMI - sydäninfarkti ilman ST-nousuja. (Holmström ym. 2022, 62-63, 80.) Sepelvaltimotaudissa kuvailevassa kirjallisuudessa käytetään myös termiä akuutti koronaarioireyhtymä tai koronaarisyndrooma silloin, kun potilaalla esiintyy akuutti sydänperäinen rintakipu ja sydämen hapenpuute. (Holmström ym. 2022, 62.) Sepelvaltimoiden äkillinen ahtautumisen tai tukkeutumisen oireilu on sepelvaltimotautikohtaus. Sepelvaltimotautikohtaukseen kuuluvat epästabiili angina pectoris ja molemmat sydäninfarktin muodot - STEMI ja NSTEMI. (Käypä hoito 2022.)

### 2.4.1 Stabiili angina pectoris eli vakaa angina pectoris

Sepelvaltimotaudin kroonisen muodon ilmeneminen on stabiili angina pectoris. Yleinen syy sen synnylle on arterioskleroosi. Arterioskleroosi on valtimonkovettumistauti, joka vaikuttaa koko elimistöön. Sairauden vaikutuksesta valtimoiden seinämiin muodostuu rasvaplakkeja. Vähitellen plakki muuttuu rasvakovettumiksi, jonka takia suonet ahtautuvat. Ahtautumisen lisäksi plakit vaikuttavat suonien tulehduksen syntyyn. Jatkuva tulehdustila häiritsee suonien endoteeliin toiminta. Silloin valtimon laajeneminen ja mukautuminen verenkierron tilanteen mukaan ei toimii kunnolla tai ollenkaan. Ajan myötä plakit lisääntyvät, paksuuntuvat ja kovettuvat. Stabiilissa angina pectoriksessa elimistö pystyy osittain sopeutumaan tilanteeseen ja jopa kasvattamaan lisää uusia pikkuvaltimoita. Sen takia tilanne huononee asteittain, oireilu

lisääntyä vähitellen ja rasituksen yhteydessä. Verisuonien tulehdus lisää endoteelin repeämisen riskiä ja vähentää endoteelin kykyä suojautua paikallisilta verihyytymiltä. Epiteelin repeäminen aiheuttaa veren hyytymistä ja trombin syntyä. Sen seurauksena suoni tukeutuu nopeasti ja silloin kyse on epästabiiilista angina pectoriksesta tai sydäninfarktista. (Holmström ym. 2022, 61.)

Sepelvaltimoiden ahtautuminen tapahtuu vähitellen. Sen takia sydänlihasten hapenpuute eli iskemia ilmenee tavallisesti toistuvana rintakipuna tai epämiellyttävänä tuntemuksena fyysinen ja henkisen rasituksen yhteydessä. Stabiili angina pectoriksen oireet pysyvät useiden viikkojen ajan. Kipuoireet kuitenkin voivat vaihdella ja aiheuttaa potilaalle parempia tai huonompia päiviä. Kivun laukaisevat tekijät voivat olla fyysinen ja henkinen rasitus, syöminen, kylmäaltistus sekä tupakan polttaminen. Vanhuksilla ja naisilla kivuton angina pectoris voi ilmetä rasisuhengenahdistuksena, uupumuksena ja rasisukseen liittyvänä pahoinvointina ja huonovointisuutena. (Duodecim 2021.) Angina pectoriksen tyypillisen rintakivun tunnistaminen on tärkeä erotusdiagnostiikassa. Stabiilin angina pectoriksen rintakipu tavallisesti helpottuu nopeasti levossa tai nitrolääkkeen vaikutuksesta, eikä tarvitse nopeaa sairaalanhoitoa. Rintakivun arvioinnissa kannattaa ottaa huomioon kivun sijainti, luonne, kesto ja yhteys rasitukseen. Angina pectoriksen aiheuttama rintakipu tavallisesti alkaa hitaasti, kasvaa alle minuutin ajassa ja helpottaa aikaisintaan muutamassa minuutissa. Sen luonne on painava tai puristava, sijainti rintalastan takana ja voi säteillä vasempaan ylärajaan, hartiaan, leukaperiin, ylävatsaan sekä oikeaan olkapäähän. Rintakipu toistuu aina samanlaisena rasituksen yhteydessä. (Kettunen 2011, 272-273.)

Sairauden diagnoosin teossa käytetään potilaan oireilun ja riskitekijöiden arvioimista. Tyypillinen oireilu ja riskitekijöiden oleminen viittaa sepelvaltimotaudin todennäköisyyttä. (Holmström ym. 2022, 64.) Vakaan angina pectoris -potilaan tutkimuksessa käytetään sydämen auskultaatio, EKG, sydän-keuhkoröntgenkuva, kaikukuvaus, veren laboratoriotutkimukset, rasisuskoe, isotooppitutkimus ja rasisuskardiografia sekä varjoainekuvaus. Suurimmalla osalla sepelvaltimotautipotilailla tavanomaiset tutkimuslöydökset ovat normaaleja. Sydämen auskultaatiossa voi tulla esille sivuääniä, jonka syynä ovat läppäviat, aorttaläpän ahtautuma. EKG lepotilassa voi olla normaali ja kohtauksen aikana otettuna voi rekisteröidä sydänlihasiskemiasta johtuvia ST-segmentin laskuja, sydän-keuhkoröntgenkuvassa nähdään sydämen koko ja muoto ja keuhkoverekkyys. Tarvittaessa suoritetaan kaikukuvaus, jotta voidaan havaita mahdollinen läppävika tai vasemman kammion hypertrofia sekä arvioida sydämen vajaatoiminnan esiintyminen. Veritutkimuksena ovat PVK - perusverenkuva, verensokeri, lipidit ja munuaisten toiminta-arvo. Rasisuskoetta käytetään erikoistutkimuksena potilaille, joilla ei ole liikkumisrajoituksia. (Kettunen 2011, 275-276.)

#### 2.4.2 Akuutti sepelvaltimotauti eli acute coronary syndrome

Akuutti sepelvaltimo-oireyhtymään kuuluvat pitkittynyt angina pectoris -kohtaus, epästabili angina pectoris ja sydäninfarkti.

Diagnosoinnissa käytetään oirekuvauksen ja todennäköisyyden arviointi, EKG-tutkimus, laboriotutkimukset, joista tärkeä on troponiini- entsyymien määrittäminen. Diagnoosin varmistamisessa käytetään kuvantamistutkimuksia. Kohtauksen arviointi ja hoito tapahtuu sairaalassa. Hoito on kuitenkin aloitettava jo ennen sairaalaan pääsyä henkeä uhkaavan tilanteen takia. (Holmström ym. 2022, 70-71; Tarnanen & Komulainen 2022.)

Oireena on tyypillinen puristava rintakipu tai joskus voi olla myös tai pelkästään hengenahdistus, yleistilan heikkeneminen, närästys, ylävatsakipu. Oireet eivät helpotu levossa, eikä nitraattilääkityksen avulla. Kaikille akuuttisepelvaltimokohtauksen potilaille tehdään EKG-tutkimusta. Se on suositeltava tehdä 10 minuutin sisällä. EKG-tutkimus auttaa kohtauksen diagnosoimisessa, kiireellisyyden ja jatkotoiminnan arvioinnissa. EKG:ssä sydänlihaskemian ilmenee ST-nousuna tai -laskuna tai T-aaltomuutoksina. STEMI:ssä EKG voi antaa tietoja sekä infarktin vaikeusasteesta ja tukkeutuneen suonen sijainnista, että tilanteen etenemisestä. Sepelvaltimon tukos voi aiheuttaa normaalisti negatiivisen T-aallon nousua ja iskemian jatkuessa ST-tason nousua tai sivuseinäinfarktin tapauksessa ST-tason laskua. STEMI:n EKG:n perusteella voidaan erottaa preinfarktioireyhtymä ja alkava infarkti. T-aallon palautuminen normaaliksi viittaa tukkeutuneen suonen avautumiseen ja tavallisesti ST-taso myös palautuu normaaliin tasoon verenkierron paranemisen myötä. ST-tason muutokset voivat kuitenkin jäädä palautumatta, jos mikroverenkierto edelleen on huono. EKG-tutkimus epästabiliin angina pectoriksen tai NSTEMI:n tapauksessa voi antaa kuvausta kohtauksen vaikeusasteesta, mutta tietoja tukoksen sijainnista on vaikea saada. 10-15 % sepelvaltimotautikohtaus potilailla EKG: tulos voi olla normaali, mutta kivun aikana saadulla EKG:lla vain harvoin tulos on normaali. Verestä otettava troponiinientsyymien määrittäminen täydentää kohtauksen diagnosointia ja auttaa vaaran arvioinnissa. Sydänlihaskemian yhteydessä vereen vapautuvat sydänlihaskemian proteiinit eli troponiinit. Suositus tutkia troponiiniarvot päivystykseen tulovaiheessa ja sitten 1-3 tunnin kuluttua. Se antaa kuvausta tilanteen vaikeusasteesta ja etenemissuunnasta. (Tarnanen & Komulainen 2022.)

Epästabiliinista angina pectoriksesta puhutaan, kun ahtautuma tai hyytymä tukkii sepelvaltimon osittain tai liukene nopeasti. Tässä tapauksessa sydänlihaskemiat kärsivät hapen puutteesta, mutta ei välttämättä tapahdu sydänlihaskemian kuoliota. (Tarnanen & Komulainen 2022.)

### 2.4.3 Sydäninfarkti

Sydäninfarkti syntyy, kun sepelvaltimon ahtautuman tai kovettuman kohdalla tapahtuu sydänlihaksen vaurioituminen tai repeämä. Sen vaikutuksena alkaa suonensisäinen hyytymisprosessi, suonon seinämät supistuvat ja tukkiva hyytymä kehittyy todella nopeasti. Sydäninfarktin tapahtumassa ahtautuma tai hyytymä tukkii sepelvaltimon niin, että sydänlihassoluja tuhoutuu. Syntyy palauttamaton vaurio eli kuolio. Sydäninfarktin vaikutuksena troponiinipitoisuus veressä ylittää viitealueen ylärajan ja sen lisäksi voi olla yksi tai useampi seuraavista: iskemiaan sopivat oireet, sydäninfarktiin sopivat EKG-muutokset tai uusi sydänlihassivaurio löytyy kuvantamistutkimuksen avulla. Sydäninfarkti jaetaan kahteen tyyppiin EKG-tutkimuksen perusteella: ilman ST-nousuja - NSTEMI ja ST-nousuinfarkti - STEMI. ST-nousuinfarktissa suoni tukkeutuu paljon ja sille sepelvaltimolle kuuluva lihasalue alkaa nopeasti kärsimään kovasta hapenpuutteesta, joka näkyy EKG:ssä ST-tason nousuna. Jos hapensaantia ei päästä korjaamaan muutaman tunnin kuluessa, syntyy sydämenlihassolujen pysyvää vaurioitumista laajalla alueella. Jo kolmessa tunnissa voi tapahtua palautumaton seinämävaurio. Koko seinämän läpi tapahtuva kuolio kehittyy kuitenkin vähintään kuudessa tunnissa. Sydäninfarkti ilman ST-nousuja syntyy, kun sepelvaltimon tukkiva hyytymä vain osittain estää veren virtausta. Hyytymästä voi irrota pieniä paloja, jotka tukkeuttavat sepelvaltimosuoneen ohuempia kohtia ja yhdessä hidastuneen verenvirtauksen kanssa aiheuttavat mikroinfarkteja. Alkavassa NSTEMI:ssä sydänlihas kärsii hapenpuutteesta. EKG:ssä se ilmenee ST-tason laskuna tai T-aallon inversiona. NSTEMI:n vaikutuksena lihasvaurio kehittyy hitaammin kuin STEMI:ssä, mutta vasemman kammioseinämän sisäkerros voi voimakkaasti vaurioitua alle tunnissa. Palautumaton seinämävaurio voi tapahtua kolmessa tunnissa. (Tarnanen & Komulainen 2022; Kettunen 2011, 265-266.)

### 2.5 Sairauden ja sen hoidon vaikutus potilaan psyykkiseen terveyteen

Somaattiseen hoitoon kuuluu oireilu, tutkimukset, sairaus ja terveys fyysisestä näkökulmasta. Fyysinen hyvinvointi on kuitenkin vain osa ihmisten terveyttä. Maailman terveysjärjestö WHO terveysjärjestö määrittelee terveyden käsitteen täydellisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvoinnin tilana. Terveyttä käsitellään sairauksien, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön vaikutuksen myötä muuttuvana tilana. Terveiden ymmärtämisessä pitää ottaa huomioon jokaisen ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. Niiden vaikutuksessa terveys on subjektiivinen käsite. Eri ihmiset voivat kokea omat terveydet ja sopeutua sairauksien hoitoon eri tavalla, vaikka heillä olisi samat sairaudet. Terveystilan arvioon vaikuttavat ihmisten tavoitteet sekä fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Ihmisten terveyteen ja sairauteen voimakkaasti vaikuttaa ihmisten psyykkinen vointi sekä somaattiset sairauden vaikuttavat psyykkiseen vointiin. (Huttunen 2020.)

Verisuoni- ja sydänsairaudet aiheuttavat potilaille ahdistavia ja epämiellyttäviä oireita. Sepelvaltimotaudin oireena on yleisesti rintakipua, joka on potilaalle pelottava ja hoidon hakemiseen kannustava. Useasti rintakivun vaikutuksena ihminen kokee pelkoa. Potilaan kokema rintakipu voi merkittävästi vaikuttaa elämänlaatuun, aiheuttaa ahdistuneisuutta ja sairauden tunnetta. Alentuneella elämänlaadulla ja lisääntyneellä sairautentunteella on vaikutusta, miten ihminen käyttää terveydenhuollon palveluja. Sairauden tunteen vähenemiseen ja elämänlaadun paranemiseen vaikuttavat muun muassa sairauden oikea-aikainen ja nopeampi diagnoosi. (Rauhala 2017, 6-13.)

Sydäntapahtuma vaikuttaa merkittävästi potilaiden henkiseen ja emotionaaliseen hyvinvointiinsa. Monet potilaat ilmoittivat kokeneensa pelkoa, vihaa, itsevarmuuden menetystä, paniikkikohtausta, psyykkistä shokkia ja jopa itsetuhoisia ajatuksia. (Turner, Winder, Campbell, Richard, Gandhi 2017, 1-7.) Vakava sairastuminen ja sairaalahoito vaikuttavat potilaan sekä hänen perheensä elämään. Usein potilaan läheiset ovat jopa enemmän ahdistuneita ja stressaantuneita kuin potilas itse. (Mattila ym. 2013, 305-314.)

Sydäntapahtuman jälkeen noin kaksi kolmasosaa potilaista kokee voimakkaasta ahdistuneisuutta ja noin 20-30 % potilaista sairastuvat ahdistuneisuushäiriöön. Myös masennus on yleinen sydäninfarkti potilaiden joukossa. Sairaalahoidossa olevista potilaista noin 20-30 %:lla on masennusoireita ja sepelvaltimoiden varjoainekuvausta tarvitsevista potilaista masennusoireista kärsivät jopa 60 %. (Mierzynska, Kowalska, Stepnowska, Piotrowicz 2010, 319-323.) Sepelvaltimotautipotilaat sairastavat masennusta myös enemmän koko väestöön verrattuna. Suomen väestössä masennusta sairastavien ihmisten määrää on 6 % ja sydäninfarktin sairastaneilla masennuksen esiintyvyys on 25 %. Sen lisäksi löytyy masennuksen ja sydäntapahtumien yhteys. Masennuksen vakavuuden tila suoraan vaikuttaa negatiivisesti potilaan hyvinvointiin ja lisää tulevien sydäntapahtumien riskiä. Myös sydäninfarktipotilaiden kuolleisuus on 2-5 kertainen, kun sydänsairauden lisäksi potilaalla on masennusta. Tähän kuolleisuuden riskitekijään on kuitenkin mahdollista vaikuttaa hyvällä hoidolla. (Karlsson 2011, 267-268.) Sepelvaltimotautia sairastavat potilaat kokevat masentavana heidän elämänsä medikalisaation eli yhä useamman elämänalueen keskittyminen lääketieteellisiin ja hoidollisiin näkökulmiin, erityisesti jos he olivat sairastumisen edellisesti perusterveitä. Myös terveyden ja elämän hallinnan menetys aiheuttavat ahdistuneisuutta, masennusta ja muita psykososiaalisia ongelmia. (Simmonds, Tylee, Walters, Rose 2013, 1-8.) Kuitenkin uudet psyykkiset lääkkeet voivat jopa vähentää sydäninfarktin uusiutumista. Jotkut uudet masennuslääkkeet voivat vähentää sydämen syketaajuuden vaihtelua ja lisätä rauhoittavaa vaikutusta. Psykoterapialla on osoitettu olevan hyvä vaikutus potilaan toipumiseen ja uusien sydäntapahtumien ehkäisemiseen. (Karlsson 2011, 267-268.)



Hoidossa pitää ottaa huomioon potilas kokonaisvaltaisesti ja tukea kaikki terveydenosiot. Niin kuin sairastuminen vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin myös on todistettu, että mielenterveydellä on vaikutus potilaan toipumiseen somaattisesta sairaudesta. Masennuksen tiedetään heikentävän potilaan toimintakykyä, toipumismahdollisuuksia ja lääkehoitoon sitoutumista sekä lisäävän potilaan kuolleisuutta sydäninfarktin jälkeen. Tämän takia on erittäin tärkeää sisällyttää psykososiaalisten tekijöiden arviointi sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin hoitosuunnitelmaan. (Hawkes, Patrao, Ware, Atherton, Taylor, Oldenburg 2013, 7; Mierzynska ym. 2010, 319-323.)

Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin osalta äkillinen sairastuminen voidaan käsitellä kriisin näkökulmasta. Kriisi voi olla elämänvaiheen tai tapahtuman aiheuttama. Syynä voi olla äkillinen muutos, järkyttävä tapahtuma, samanaikaiset kuormittavat asiat. Jopa luonnollisen ja ennakoitavan tapahtuman seurauksena voi tulla kriisi. Kriisit jaetaan kehitys- ja elämäntilannekriiseihin ja traumaattisiin kriiseihin. Kaikissa tapauksissa yhteinen asia on muutos. Sairastuminen kuuluu traumaattisen kriisiin ryhmään. Tämän kriisiryhmään johtuvat syyt on epätavallinen ja voimakas tapahtuma, jonka seurauksena tulee tunnejärkytys ja ihmisten voimat eivät riitä tapahtumaan käsittelyyn. (Suomen mielenterveys ry 2023.) Äkillinen sairastuminen on kriisi sekä potilaalle, että hänen omaisillensa. Potilas ei tunne itsensä hallitsevan tilannetta ja omaa elämää sekä tunne elämän jatkuvuudesta on rikkoutunut. Kriisi jaetaan neljään vaiheeseen: sokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Kriisin akuuttiosuuteen kuuluvat sokkivaihe ja reaktiovaihe ja akuutti sydänkohtaus kuuluu siihen osaan. Jokaisella ihmisellä kriisistä selviytymisen prosessi etenee yksilöllisesti. Vaiheesta vaiheeseen siirtyminen ei tapahdu lineaarisesti. Siirtyminen vaiheesta vaiheeseen voi olla hiljattain sekä on mahdollista taas edellisen tai alkuvaiheeseen palauttaminen. (Terveyskylä 2021; Pulkkinen & Vesanen 2017.)

Sokkivaihe on kriisin ensimmäinen vaihe, joka voi kestää muutamia sekunteja tai jopa muutamia vuorokausia. Sen vaiheen psyykinen tarkoitus suojata ihmistä kestäättömiltä tiedoilta ja auttaa säilyttämään toimintakykyä. Sokkivaiheen aikana potilas ei vielä pysty käsittelemään kriisin tapahtumia sekä voi kieltää tapahtumaa, sen merkitystä tai voi vähätellä omaa oireilua. Sokkivaiheessa voi olla tunteiden pois sulkeminen, itku, huutaminen, paniikki tai epätoellinen ja ulkopuolinen olo. Käytös voi olla epäjohdonmukainen. Ihminen voi tuntea, että tapahtuma ei ole totta ja se tuntuu elokuvana. Ihmisten reaktiot vaihtelevat. Jotkut voivat lamaantua eli päätyä alivireystilaan, ja osalla on taistele-pakene-reaktio eli ihmiset voivat reagoida voimakkaasti ja herkästi - päätyvät ylivireystilaan. (Terveyskylä 2021; Pulkkinen & Vesanen 2017.)

Seuraava kriisin vaihe on reaktiovaihe, joka voi kestää muutamasta viikosta muutamaa kuukautta. Sen aikana ihminen vähitellen alkaa käsittelemään tapahtumaa. Silloin korostuu tapahtuman käsityksen ja merkityksen muodostaminen. Mieliala kuitenkin voi vaihdella suuresti

ja voimakkaasti. Ihmiselle voi tulla oudot tai hämmentäväksi koetut tuntemukset. Ihminen voi syyllistää itseä tai toisia, ahdistua, kokea pelkoa, raivoa ja vihaa. Muita oireita voivat olla uni-vaikeus ja painajaiset, hajamielisyys ja keskittymisvaikeudet. Runsaat miksi kysymykset auttavat ihmistä löytämään merkityksen tapahtuneelle. Psykkiset suojakeinot tässä vaiheessa ovat tapahtuman kieltäminen, vastuun siirtäminen toiselle ihmiselle, taantuminen, rajut tunnepurkaukset, toisten ihmisten syyllistäminen ja tunteiden eristäminen. Tämän lisäksi voi tulla psyykkisestä voinnista johtuvia oireita: ruokahaluttomuus, vapina, pahoinvointi, sydämentykytys, huimaus ja hikoilu. (Terveyskylä 2021; Pulkkinen & Vesanen 2017.)

### 3 Potilaan psyykkinen ja henkinen tukeminen

Kappaleessa kuvataan psyykkisen ja henkisen tuen käsitteitä sekä sitä, miten kyseiseen tuen tarve ilmenee hoitotyössä. Käsittelemme myös miten psyykkisen tuen puutteet näkyvät hoitotyössä sekä hoitajan rooli psyykkisen tuen tarjoamisessa.

#### 3.1 Potilaan psyykkinen ja henkinen tukeminen

Psyykkisellä tuella tässä tarkoitetaan keinoja, joiden avulla hoitohenkilökunta voi parantaa potilaan psyykkistä terveyttä ja vähentää masennuksen, ahdistuksen, uupumuksen ja epävarmuuden tunnetta (Mattila 2011, 21). Henkisellä tuella tarkoitetaan toimia, joiden avulla vastataan ihmisten tunteisiin, emotionaalisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin sekä pyritään auttamaan heitä mobilisoimaan omia voimavarojaan ja tukemaan heidän kykyään selviytyä haastavissa tilanteissa (Vinther-Larsen & Wiedemann 2018, 12). Henkinen tuki ja psyykkinen tuki liittyvät toisiinsa ja täydentävät toisiaan. Molemmilla on yhteinen päämäärä auttaa potilasta kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden saavuttamisessa.

Henkisen ja psyykkisen tuen muodot ja sisältö voivat vaihdella merkittävästi riippuen tilanteesta ja yksilön tarpeista. Se voi ilmetä yksinkertaisesti läsnäolona ja kuunteluna, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö tarjoaa potilaalle tilan ja mahdollisuuden ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan. Toisinaan aktiivinen ja vastavuoroinen keskustelu voi olla tarpeen, jotta potilas voi käsitellä sisäisiä haasteitaan ja löytää merkityksellisiä vastauksia elämän kysymyksiin. Henkinen tuki voi olla myös lohduttavaa ja rohkaisevaa. Ammattihenkilö auttaa potilasta käsittelemään vaikeita tunteita ja tilanteita sekä tarjoaa tukea vaikeiden elämäntapahtumien kohdalla. Näissä tilanteissa henkinen ja psyykkinen tuki voivat olla erityisen tärkeitä, kun potilas kamppailee merkityksellisyyden ja toivon löytämisessä. (Louheranta ym. 2016, 234-241.) Myös katsekontakti, hymy ja kosketus, esim. olkapäälle taputtelu, kädestä pitäminen tai haalaaminen ovat tärkeitä henkisen tuen tekijöitä ja yleensä tuovat potilaille hyvän olon ja

tunteen siitä, että hoitajat välittävät. (Mattila ym. 2013, 305-314; Bramley & Maititi 2014, 2790-2799.)

Mattilan ym. mukaan hoitajan antama tuki sisältää henkisen ja informatiivisen tuen elementtejä kuten välittäminen ja huolen näyttäminen, empatian osoittaminen, kunnioituksen ja ihmisen arvokkuuden osoittaminen sekä tietojen, ohjeiden ja neuvojen antaminen (Mattila ym. 2013, 234-241).

### 3.2 Potilaan psyykkisen ja henkisen tuen tarve

Potilaan henkisen ja psyykkisen tuen tarpeet ovat hyvin yksilöllisiä riippuen sairauden vaiheesta ja ennusteesta sekä potilaan omasta suhtautumisesta sairauteen. Erityisesti potilaan kohdatessa akuutin vakavan sairauden ja elämäntilanteessa tapahtuneen jyrkän muutoksen, tarve henkiseen ja psyykkiseen tukeen kasvaa voimakkaasti. Potilat odottavat, että heidän henkiset ja psyykkiset tarpeensa otetaan huomioon osana kokonaisvaltaista hoitoprosessia. (Mattila 2011, 21.) Psyykkinen tuki sydäninfarktin jälkeen keskittyy useisiin alueisiin, kuten akuuttivaiheesta selviytymisen, sopeutumisen sairauteen, sen seurauksiin ja hoitoon, kannustuksen elämäntapamuutokseen sekä ahdistuneisuuden ja stressin vähentämisen (Mierzynska ym. 2010, 319-324).

Sairauden akuuttivaiheessa hoitohenkilökunta tekee kaikkensa potilaan selviytymiseksi ja keskeytyy aktiivisesti somaattisen sairauden hoitoon. Tässä vaiheessa potilaat usein kärsivät erilaisista epämiellyttävistä oireista ja tuntemuksista, kuten kipu, pelko, pahoinvointi, väsymys, sekavuus, jotka liittyvät sairauteen, hoitotoimenpiteiden ja lääkkeiden sivuvaikutuksiin. Samana aikana potilaat ovat useasti kyvyttömiä kommunikoidaan (hengityskonehoidossa olevat) ja ilmaisemaan omia tunteita ja tarpeita, mutta kuitenkin tietoisia tapahtumista ympärillään. (Wade, Als, Bell, Brewin 2018, 1-12; Momennasab, Ardakani, Rad, Dokoohaki, Dakhesh, Jaber 2019, 6-10; Guttormson, Bremer, Jones 2015, 179-186.) Potilaat ovat täysin riippuvaisia hoitohenkilökunnalta ja kokevat äärimäistä haavoitettavuutta (Tod 2013, 35-42). Akuutti vaiheesta henkisessä selviytymisessä on tärkeä luoda potilaalle turvallisuuden tunnetta ja hoitajan läsnäolo on tässä vaiheessa oleellinen. Potilaspalautteiden mukaan hoitajalta saatu henkinen tuki sekä hoitajan positiivinen ja huomaavainen käytös lisäävät tunnetta, että potilas on ainutlaatuinen yksilönä ja siksi tärkeä hoitajalle. Se luo merkityksellistä hoitosuhdetta ja lisää luottamusta hoitajaa kohtaa. Luottamuksen tunne on erittäin tärkeä potilaalle, sillä se tuo varmuutta, että hoitajat ja lääkärit tekevät parhaansa auttaakseen potilasta. (Mattila ym. 2013, 234-241.)

Akuuttivaiheen jälkeen potilaat alkavat käymään läpi ja arvioimaan uusiksi koettuja tunteita. Sepelvaltimotautikohtaus ja sydäninfarkti aiheuttavat potilaille ahdistuneisuutta ja kuolemanpelkoa. Monet potilaat kertovat olevansa erityisen tarkkaavaisia oireiden suhteen, koska he pelkäävät, että infarkti voi uusia. (Tod 2013, 35-42.) Voimakas stressi ja masennusoireet yhdessä lisäsivät sydänkohtauksen tai kuoleman riskiä ensimmäisten 2,5 vuoden aikana (Alcantara, Muntner, Edmondson, Safford, Redmond, Colantonio, Davidson 2015, 146-154). Myös korkea ahdistuneisuuden taso liittyy suurempaan riskiin menehtyä sydän- ja verisuonitautien (Wrenn, Mostofsky, Tofler, Muller, Mittelman 2013, 1107-1113). Interventiot, jotka auttavat sepelvaltimotautia sairastavia hallitsemaan stressiä, ahdistuneisuutta ja masennusta, voivat olla erityisen tärkeitä vähentämään sydän- ja verisuonitautien aiheuttaman kuoleman riskiä (Alcantara ym. 2015, 146-154).

Muuttuneen elämäntilanteen hyväksyminen (Junehag, Asplund & Svedlund 2014, 22-30) ja elämänhallinnan palauttaminen on tärkeä sopeutumisessa sydäninfarktin jälkeen (Cherrington, Moser, Lennie, Kennedy 2004, 136-145). Potilat kuvailevat, että sydäntapahtuman jälkeen he ovat menettäneet oman personallisuuden, identiteetin, elämäntavan ja itsenäisyyden. Monet potilaat eivät pärjänneet enää samalla tavalla päivittäisissä toiminnoissa, kuten kauppakäynnissä tai pihatöissä, eivät pystyneet leikkimään lapsensa kanssa samalla tavalla, ennen kuin sydäninfarktia. (Tod 2013, 35-42.) Ne potilaat, jotka ovat palanneet työelämään kolmen kuukauden jälkeen sydäninfarktista olivat tutkimuksen mukaan saaneet enemmän henkistä ja emotionaalista tukea sairauden akuuttivaiheen aikana kuin he, jotka eivät palanneet töihin. Potilaille ja heidän perheilleen annettava henkinen tuki auttaa potilaita sitoutumaan hoitoon ja palamaan työelämään nopeammin. (Yaoyao, Taihua, Xiaojing, Xiaoxiao, Xiaoyan 2023, 7-11.) Hoitajalta saatu tuki antaa uskoa, että sairauden jälkeen myös normaali arkielämä on mahdollista. Henkinen tuki tarjoa potilaille voimavaroja ja tunteen elämänhallinnasta, mikä auttaa heitä selviytymään sairaudesta huolimatta. (Mattila ym. 2013, 305-314.) Suomessa 25-26 % potilaista jäävät kuitenkin työkyvyttömyyseläkkeelle ensimmäisen sydäninfarktinsa jälkeen. (Hämäläinen, Virta, Mäki, Keskimäki, Mähönen, Moltchanov, Salomaa 2005, 1143-1147).

Sosiaalinen verkosto ja sen kautta saatu tuki auttaa potilasta selviytymään vaikeistakin tilanteista ja tukee potilaan hyvinvointia monin tavoin (Toiviainen 2014, 30-43). Sen takia on tärkeä, että perheenjäsenet otetaan mukaan hoitoprosessiin, huomioiden potilaan toiveet (Mattila ym. 2013, 35-42). Potilaan läheisten henkinen hyvinvointi on myös huomattava. Hoitajat voivat auttaa potilaan omaisia selviytymään vaikeista ajoista kannustamalla omaisia ylläpitämään omaa sosiaalista verkostoa ja hakemaan tukea siitä, suosittelemalla osallistumaan vertaistukiryhmiin, keskustelemaan sairaalapapin kanssa tai meditoimaan sekä kannustamalla vauraamaan aikaa omille mieluisille asioille, vaikka harrastuksille. (Moss, Kurzawa, Daly, Prince-Paul 2019, 14-20.)

Valitettavasti kaikilla potilailla ei ole läheisiä ja tukiverkostoa. On todettu, että naimattomat potilaat saavat paljon vähemmän tai ei ollenkaan tarvitsemaansa sosiaalista ja emotionaalista tukea, parisuhteessa olevien verrattuna. (Boersma & Vahratian 2020, 6.) Joten terveydenhuollon ammattilaisten on tunnistettava potilaat, jotka tarvitsevat erityisesti enemmän tukea.

### 3.3 Tuen antaminen hoitajan näkökulmasta

Laurea-ammattikorkeakouluun sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan koulutuksen opetussuunnitelmien tutustuessamme olemme huomanneet, että sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan koulutuksen opetussuunnitelma on muuttunut vuonna 2021. Sen jälkeen akuuttihoitotyön opintojaksoon kuuluu akuutisti sairaan potilaan sekä hänen läheisten tuen tarpeen arviointi ja tukeminen. Ennen tämän opetussuunnitelman muutosta akuuttihoitotyö sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan koulutuksen osassa ei ollut huomioitu potilaiden ja läheisten psyykkisen tuen tarvetta akuuttihoitotyön yhteydessä. Mielenterveys osuus on ollut erikseen, jossa on käsitelty enemmän psyykkisiä sairauksia. Potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemisen kannalta opetussuunnitelman muutos on ajantasainen ja vastaa terveysalan ammattilaisten osaa- mistarpeisiin hyvin. Kuitenkin pitää ottaa huomioon, että suuri osa nykyisistä ammattilaisista ovat saaneet koulutusta ennen tätä muutosta ja kriisihoitotyön ja akuuttihoitotyön yhdistäminen ollut riippuvainen opiskelijasta ja opettajasta. (Laurea AMK 2023.) Ammatilliseen opiskeluun kuuluvat sekä tiedon saanti, että taitojen saaminen ja kehittäminen. Sen lisäksi jokaisen ammattilaisten oma persoona, elämä- ja työkokemus sekä vuorovaikutustaidot vaikuttavat potilaiden kohtaamiseen ja tuen arvion osaamiseen. (Krasniqi & Savolainen 2017, 22-23.)

Hyvä hoitaja on empaattinen, ymmärtäväinen, myötätuntoinen ja potilasta kunnioittava. Akuutteja sydänpotilaita hoitava ammattilainen auttaa omassa työssä kriisissä olevia ihmisiä. Päivittäisessä työssä hän tapaa hengenvaarassa olevia potilaita, niiden huolia ja erilaisia sosiaalisia tilanteita. Myös työ potilaiden omaisten kanssa on otettava huomioon. Myötätunnon ja empatian avulla hoitajalle tapahtuu samaistuminen, mikä on luonnollinen mekanismi. Toisaalta se auttaa ymmärtämään toista ihmistä ja on välttämätön osa empatiaa ja toisaalta se lisää auttajan kuormitusta, vaatii auttajalta palautuskeinojen käyttöä ja rajan ylittyessä aiheuttaa hoitajan uupumusta. Hoitajan jaksaminen riippuu mm. työn kuormituksesta, omasta hyvinvoinnista, riittävästä palauttamisesta, työotteesta, työilmapiiristä, motivaatiosta ja omasta persoonasta. Tyytyväisyys työhön lisää voimia ja jaksamista. Hoitajan omat elämäni hanteet ja kriisit vaikuttavat työssä jaksamiseen ja sen kautta hoidon laatuun. Hoitajan omat traumat ja kyky kuunnella itseä ja huolehtia omasta hyvinvoinnista ovat myös vaikuttavia tekijöitä. Hoitaja tarvitsee sekä työn jälkeen mahdollisuutta palauttamiseen ja levon että työn aikana tarvittaessa käyttää palauttamiskeinoja. Myös omien reaktioiden ja sijaistraumatisoitumisen mekanismin ymmärtäminen voi lisätä hoitajan resilienssiä eli kykyä sietää stressiä ja toimia muuttuvissa olosuhteissa. Hoitajan mahdollinen koulutus oman hyvinvoinnin

ylläpitämisestä, traumatisoitumisesta ja palauttamiskeinoista voisi auttaa hoitajaa vaikuttamaan omaan tilanteeseen ja työssä jaksamiseen. Työpaikassa auttajaan vaikuttavat turvallisuus, luotettavuus, yhteisöllisyys, työntekijän vaikuttamismahdollisuus arkeen ja kokemus omasta voimaantumisenesta. Sen kautta työhyvinvointi lisääntyy ja työn tehokkuus ja vaikuttavuus paranevat. Työilmapiirillä ja työhyvinvoinnilla on kova yhteys hoitajaan vointiin ja työtehtävien suorittamiseen. (Holmberg 2019; Hedman 2023.)

Hoitotyön teoreetikon Jean Watsonin (1988) mukaan toisesta ihmisestä sekä itsestä huolehtiminen ovat sydänkeskeisiä toimintoja, jotka vahvistavat ihmishenkeä ja ravitsevat sielua. Hoitajan on pidettävä huolta myös omasta hyvinvoinnistaan, jotta hänellä olisi tarvittavia voimavaroja hoitaa muita ihmisiä myötätuntoisesti ja olla vahvasti läsnä. Watsonin kehittämä ihmisen hoivaamisen teoria painottaa, että itsestä huolehtiminen on olennainen osa hoitajan työtä. Mikäli hoitajilla on käytössä lyhytkin hetki rauhallista aikaa itselleen rentoutuakseen työhön liittyvistä jännitteistä, he pystyvät keskittymään potilaiden hoivaamiseen entistä suuremmalla myötätunnolla. (Watson 1988, 312-325.)

Tutkimukset osoittavat, että erilaiset mindfulness-harjoitukset, kuten meditaatio, hengitysharjoitukset ja jooga voivat helpottaa ammatillista työuupumusta ja tukea lääkäreiden ja hoitajien hyvinvointia (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska, Rakel 2013, 412-420). Italiassa on testattu IARA-menetelmää, joka perustuu mindfulnessiin, neuvotteluperiaateisiin käyttäen tunteiden käsittelyä, roolileikkejä, rentoutumis- ja hengitysteknikoita, ohjattua mielikuvitusta, jonka tavoitteena oli vuorovaikutustaitojen ja itsehallinnan parantamista. Se on osoittanut oleva hyödyllinen vähentämään hoitohenkilökunnan emotionaalisia vaikeuksia, ahdistusta ja koettua stressiä. (Barattucci, Padovan, Vitale, Rapisarda, Ramaci, De Giorgio 2019, 7-10.) Toisessa Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa oli tarkastettu mantrameditaation vaikutusta työssä jaksamiseen. Mantrameditaatio (MM) tarkoittaa sanan tai lauseen toistamista hiljaa tai ääneen, joka pidetään nopeana keskittymistyökaluna huomion harjoittamisen ja mielen rauhoittamisen. Osallistujat huomasivat MM:n parantavan heidän keskittymiskykyään ja unenlaatuaan. (Lynch, Prihodova, Dunne, O'Leary, Breen, Carroll, Walsh, McMahon 2018, 3-9.)

### 3.4 Psykkisen tuen saannin puutokset (missed care)

Potilaan emotionaalisten ja henkisten tarpeiden huomioimatta jättäminen pidentää sairaalahoidon kestoa, pahentaa sairauden tilaa ja aiheuttaa epämukavuutta, ahdistusta ja turhautumista (Momennasab ym. 2019, 6-10). Hoitajat eivät aina välttämättä tunnista potilaan tuen tarvetta, luottaen siihen, että potilaat itse ilmaisevat tarpeensa aktiivisesti. Kuitenkin tiedetään, että potilaat todennäköisemmin ilmaisevat tarpeensa informatiiviselle tuelle eli tiedon saannille, mutta ei henkiselle tuelle. (Mattila ym. 2013, 35-42.)

Mikkolan mukaan (2006, 214) kiireen ja hoitohenkilökunnan vähäisen määrään takia vuorovaikutukselle potilashuoneessa jää erittäin vähän aikaa, mikä vaikuttaa suoraan havaitun tuen määrään. Potilaat joutuvat odottamaan tilaisuutta henkisen tuen pyytämiseen ja saamiseen. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus muodostuu sirpaleiseksi vähäisen käytössä olevan ajan sekä keskeytyksien johtuen. Myös Mattilan ym. (2013, 35-42) tutkimus osoitti, että kiireen keskellä hoitajat keskittyvät toimintaan tehokkuuteen ja organisaation (osaston) etujen ja sääntöjen tärkeyteen, eivätkä pysty antamaan potilaalle tarvitsemanne aikaa ja huomiota. Silloin potilaat voivat kokea epämukavuutta ja levottomuutta, sekä tunnetta, että he ovat hoitajille häiriöksi. Sen sijaan hoitajan rauhallinen ja huomaavainen käytös tekee potilaan olon mukavaksi ja levolliseksi. Kiireellisyys vaikuttaa myös potilaan kokemaan myötätuntoon. Potilaat kokevat hoitohenkilökunnan myötätuntoisemmaksi, kun he näkevät hoitajien pystyvän varaamaan heille aikaa kiireellisyydestä huolimatta. Toisaalta potilaat pitävät hoitoa vähemmän myötätuntoisena, jos he joutuivat odottamaan pitkään. (Bramley, & Matiti 2014, 2790-2799.)

Liiallinen keskittyminen lääketieteelliseen näkökulmaan vähentää potilaan kykyä hallita ahdistuneisuutta ja stressiä. Potilaiden mukaan hoitajalta saatu tieto sairaudesta ja sen hoidosta on useammin kattava, mutta persoonatonta. Tyypillisesti hoitajat antavat lääkehoito-, ja liikuntaohjeita, mutta tieto sairauden psykologisista seurauksista ja niiden hallinnasta jää puutteelliseksi. (Juneag ym. 2014, 22-30.) Myös kommunikaation haasteet vähentävät merkittävästi hoitajan antaman henkisen ja emotionaalisen tuen määrää. Sairaanhoidajien viestinnästä hengityskonehoidossa olevien potilaiden kanssa vain pieni osa (1,14 %) sisältää puhumisen tunteista. Pääsääntöisesti kommunikaation aiheet ovat fyysiset perustarpeet, kipu ja epämukavuus. Suurin osa (62,2 %) hengityskonehoidossa olevista potilaista ovat raportoineet olevansa epätyytyväisiä kommunikaatioon hoitajan kanssa. (Momennasab ym. 2019, 6-10.)

Sairaanhoidajien mielestä ylikuormitus, työn vaativuus sekä taitavien ja pätevien hoitajien pula potilasmäärään verrattuna johtavat stressiin ja väsymykseen, mikä estää ystävällisen ja luotettavan suhteen luomisen hoitajan ja potilaan välille. Sairaanhoidajien sopimattomat työolot ja työkuormitus vaikuttavat suoraan heidän vuorovaikutuksensa laatuun ja siten huonontavat hoitajan antaman henkisen tuen ja hoidon tasoa. (Shafipour, Mohammad, Ahmadi 2014, 234-244.)

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tässä luvussa käymme läpi tämän opinnäytetyön tarkoituksen sekä tavoitteet. Käymme myös lävitse tutkimuskysymyksemme, joka ohjaa työmme keskeistä sisältöä.

#### 4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Stoltin, Axelin ja Suhosen (2016, 23-33) mukaan opinnäytetyön tarkoituksen määrittämisen aikana kannattaa keskustella työryhmän ja toimeksiantajan kanssa, joten voidaan hahmota näkökulma tutkijan kiinnostuksen kohteesta, aiheesta tai terveysongelmasta mistä opinnäytetyön kirjalliskatsaus tehdään. Tässä työssä toimeksiantajana toimii Peijaksen sairaala, jossa hoidetaan sepelvaltimotauti- ja sydäninfarktipotilaita yhteispäivystyksessä, päivystysvalvontaosastolla, sisätautien osastolla sekä sydänasemalla. Toimeksiantaja oli toivonut, että opinnäytetyössä tutkittaisiin potilaiden kokemusta hoidosta ja tarjottavasta henkisestä tuesta sekä ehdotettaisiin mahdollisia parannuksia hoitokäytäntöihin. Monet edelliset tutkimukset ovat havainneet, että hoidettaessa sydänpotilaita hoitohenkilökunta usein keskittyy itse sairauden hoitoon ja potilaan henkinen tukeminen jää huomamatta ja hoitamatta. (Eronen 2022, 41-68). Potilaat sekä hänen omaisensa kaipaavat nykyistä enemmän empaattista suhtautumista, tunteista puhumista sekä sitä, että hoitohenkilökunta kysyy useammin heidän keskustelun tarpeitaan (Mikkola 2006, 213-224). Sairauden akuuttivaihe sekä sairaalahoido ovat kriittiset tilanteet, jossa potilaan sekä hänen perheensä tuen tarpeet ovat suurimmat (Mattila ym. 2013, 35-42).

Pidämme opinnäytetyön aihetta merkityksellisenä ja ajankohtaisena, koska potilaan psyykkisellä ja henkisellä hyvinvoinnilla on merkittävä vaikutus hoitoon ja kuntoutumiseen. Potilaan kokemus siitä, että häntä tuetaan myös henkisesti, voi vähentää stressiä ja ahdistusta ja edistää hänen kykyään selviytyä sairaudesta. (Mikkola 2006, 213-224.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuutista sepelvaltimotautikohtauksesta ja sydäninfarktista kärsivien työikäisten potilaiden psyykkisen ja henkisen tukemisen toteuttamista sairaalaoastolla. Sen lisäksi pyritään tutkimaan syitä siihen, miksi näitä tarpeita jää huomioimatta (missed care) ja selvitetään miten potilaan psyykkistä ja henkistä tukemista voidaan parantaa somaattisessa hoitotyössä. Työssä tarkastellaan eri hoitomenetelmiä, jotka voivat auttaa potilasta selviytymään sairauden aiheuttamasta psyykkisestä kuormituksesta ja edistää potilaan henkistä hyvinvointia. Työssä käsitellään myös potilaan sekä omaisen kohtaamista ja kommunikointia, joka on tärkeä osa potilaan psyykkistä ja henkistä tukea.

Opinnäytetyön tavoitteena on tarjota tietoa hoitohenkilökunnalle siitä, miten he voivat tukea potilaan psyykkistä ja henkistä hyvinvointia osana somaattista hoitoa, jotta potilaan kokemus hoitojaksosta olisi mahdollisimman hyvä.

Työikäiset potilaat ovat erityisryhmä, joiden psyykkisen ja henkiseen tukemiseen kannattaa kiinnittää erityistä huomioita, koska heillä on tärkeitä sosiaalisia ja perhevastuita, kuten esim. alaikäisistä lapsista huolehtiminen. Psyykkinen ja henkinen tuki auttaa potilaita toipumaan vakavasta sairaudesta nopeammin, sitoutua hoitoon paremmin ja mahdollisesti palaa normaaliin työ- ja perhe-elämään nopeammin. (Yaoyao ym. 2023, 7-11.)



## 4.2 Tutkimuskysymys

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi perustuu tutkimuskysymykseen, joka muodostetaan alustavan kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Tarkka ja rajattu tutkimuskysymys mahdollistaa perusteellisen tarkastelun, kun taas vapaamuotoisempi kysymys avaa ilmiötä eri näkökulmista. (Kangasniemi, Pietilä, Utriainen, Jääskeläinen, Ahonen, Liikanen 2013, 291-301.) Tutkimusongelman ja -kysymysten määrittäminen on kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe, joka ohjaa koko katsausprosessia. Hyvin muotoiltu tutkimuskysymys auttaa rajamaan katsauksen kohdealueen, varmistaa relevanssin valittuun aiheeseen, ja mahdollistaa kattavan ja syvällisen käsittelyn. Tutkimuskysymys auttaa myös aineiston keräämisessä, analysoinnissa, ja antaa perustan katsauksen rakenteelle ja tuloksille. (Stolt ym. 2016, 23-33.)

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä pyritään selvittämään useita asioita, jotka liittyvät sydän- ja verisuonisairauksista kärsivien potilaiden psyykkisen ja henkisen tukemiseen sairaalahoitajakson aikana. Ensisijaisesti selvitetään saavatko sepelvaltimotaudista ja sydäninfarktista kärsivät potilaat tarvitsemaansa psyykkistä ja henkistä tukea hoitohenkilökunnalta sekä minkälaista tukea potilaat itse toivovat saada. Niiden tietojen perusteella pyritään löytämään psyykkisen ja henkisen tukemisen keinoja, jotka tukevat potilaiden psyykkistä hyvinvointia ja auttavat heitä selviytymään sairauden aiheuttamasta stressistä.

Tutkimuskysymys on:

- Millaiset käytänteet tukevat sydäninfarktiin sairastuvia potilaita heidän henkisessä ja psyykkisessä hyvinvoinnissaan?

Etsimme vastausta tähän kysymykseen kirjallisuuskatsauksen avulla, jossa suoritetaan aiheeseen liittyvä aineiston keräys ja analysointi. Tämä auttaa kartoittamaan olemassa olevaa tutkimustietoa ja selvittämään, mitä on jo tehty henkisen, emotionaalisen ja psyykkisen tukemisessa akuutin sepelvaltimokohtauksen ja sydäninfarktin hoidon aikana. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tunnistaa tehokkaita hoitokäytäntöjä, interventioita ja menetelmiä, jotka ovat osoittautuneet hyödyllisiksi potilaiden tukemisessa.

## 5 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tässä luvussa keskitytään kirjallisuuskatsauksen menetelmään ja teoreettiseen perusteeseen. Tässä myös käydään läpi tutkimusprosessin vaiheita, kuten aineiston hakua, valintaa ja analysointia.

## 5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Stoltin ja ym. (2016, 7-18) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen (narrative literature review) avulla voidaan kuvata ja arvioida aiemmin tehtyä tutkimuksia tietystä aihealueesta. Tämän tyyppinen katsaus pyrkii hahmottamaan tutkimuskentän laajuutta, syvyyttä ja määrää sekä tarjoamaan kokonaiskuva alan nykytilanteesta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tunnistaa ja käsitellä aikaisempien tutkimuksien herättämiä kysymyksiä sekä havaita mahdollisia ristiriitoja tai tiedonaukkoja. Katsauksen avulla on mahdollista löytää uusi tai erilainen näkökulma ilmiöön. (Kangasniemi ym. 2013, 291-301.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista käyttää kolme erilaista toteutustapaa: integroivaa, narratiivista ja scoping-katsausta (Marjamaa 2022). Integroivaa katsausta käytetään, kun halutaan kuvata tutkittava ilmiö mahdollisimman monipuolisesti ja tavoitteena on tuottaa uutta tietoa jo aiemmin tutkitusta aiheesta. Narratiivinen katsaus on kevyempi vaihtoehto, joka tiivistää ja yhtenäistää aikaisemmista tutkimuksista saadun tiedon laajaksi ja helposti ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi. (Salminen 2011, 6-14) Scoping katsaus antaa mahdollisuuden nopeasti luoda yleisymmärrys aiheesta, olemassa olevista tietoista aiheeseen liittyen ja lähteiden luonnosta. Kyseessä oleva katsaustyyppi pyrkii kattamaan kaikki olemassa olevat tutkimukset (myös menossa olevat ja osittain raportoimattomat) aiheesta riippumatta siitä, millaisia tutkimusmenetelmiä on käytetty. (Stolt ym. 2016, 7-18)

Tässä opinnäytetyössä käytetään narratiivista katsausta, joka on lajin mukaisesti joustava eikä aseta tiukkoja sääntöjä aineiston rajaamiselle. Tällainen katsaus sopii erityisen hyvin, kun tavoitteena on saada kokonaiskuva ja syvennettyä ymmärrystä valitusta aiheesta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa vertaisarvioinnin käyneiden tutkimusten läpikäynnin ja analysoinnin. (Stolt ym. 2016, 7-18.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kuvataan selkeästi jokainen vaihe, jotta lukija voi arvioida toteutustapaa ja luotettavuutta. Työssä edettiin viiden välttämättömän vaiheen mukaan: katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi (Stolt ym. 2016, 23-33.) Analyysi on kuvailun tyyppinen synteesi, joka sisältää johdonmukaisen ja ytimekkään yhteenvedon (Salminen 2011, 6-14).

## 5.2 Aineiston haku ja valinta

Systemaattisen kirjallisuushaun lisäksi käytettiin manuaalista hakua varmistaakseen, että kaikki soveltuvat tutkimukset on sisällytetty katsaukseen. Aineiston hakuprosessi ja hakusanat on kuvattu Taulukossa 1.

Tutkimuksen rajaus sisältää tarkentavia tekijöitä, jotka auttavat määrittelemään tutkimuksen rajat ja fokusalueet. Ilmiön rajaaminen auttaa tutkimusta pysymään selkeänä ja keskittymään olennaisiin tekijöihin. Se auttaa myös määrittelemään tutkimuksen kohderyhmän, tutkimusasetelman ja analyysimenetelmät, jotka ovat tarpeen tutkimuksen toteuttamiseksi ja tulosten saavuttamiseksi. (Vilka, 2021, 94-98.)

Tämä kirjallisuuskatsaus keskittyy aikuisiässä ilmeneviin, rintakipuna oireileviin sydänsairauksiin, kuten akuutti sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Tutkimuksesta poissuljetaan synnynnäiset sydänviat, harvinaiset sydän- ja verisuonisairaudet, aivoverenkiertohäiriöt sekä ei-rintakipuna oireilevat sydän- ja verisuonisairaudet. Tutkimuksen potilaskohderyhmäksi on valittu työikäiset potilaat, joiden hoito toteutuu sairaalaympäristössä.

Kirjallisuushaun yhteydessä rajataan haun aineisto iän mukaan ja käytetään ajantasaisia lähteitä tutkimuksen perustana (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 113-127). Tässä kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin enintään 10 vuotta vanhoja aineistoja, jotta tiedon ajantasaisuus voitiin varmistaa. varmistetaan tiedon saavutettavuus ja avoimuus. Opinnäytetyössä on käytetty aineistoa, joka on vapaasti saatavilla ilmaiseksi. Tämä tarkoittaa, että kaikki käytettävät lähteet, tutkimukset ja artikkelit on valittu niin, että ne ovat kaikkien saatavilla ilman rajoituksia tai maksullisia sisältöjä. Sen lisäksi kaikki käytetty aineisto on vertaisarvioitu. Vertaisarviointi takaa tutkimustiedon laadun ja luotettavuuden. Tämä tarkoittaa, että kaikki lähteet on käyty läpi ja hyväksytty asiantuntijoiden toimesta ennen niiden julkaisemista. Tämä lisää tutkimuksen validiteettia ja luotettavuutta. Näiden poissulkukriteerien avulla pyritään varmistamaan, että opinnäytetyössä käytettävä aineisto on tarkoituksenmukaista, laadukasta ja relevanttia työikäisten sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin tutkimuksen kannalta. Aineiston seulontaprosessi ja artikkeleiden valintaperusteet on kuvattu PRISMA-flow kaavion avulla (Kuva 1)

## 5.3 Aineiston analyysi

Aineistoanalyysin menetelmäksi on valittu induktiivinen sisällönanalyysi, mikä tarkoittaa havaintojen tekemistä yksittäisestä ilmiöstä ja niiden yhdistäminen laajemmaksi kokonaisuudeksi (Kylmä & Juvakka 2007, 110-126). Induktiivista sisältöanalyysiä käytetään yleisesti kirjallisuuskatsauksissa ja se sopii sekä määrällisen että laadullisen tiedon analysointiin.

Sisältöanalyysissä hyödynnetään erilaisia taulukoita ja kaavioita tiedon jäsentelemiseen, tiivistämiseen ja analysointiin (Stolt ym 2016, 80-91.) Sisällönanalyysiin on otettu vain ne tutkimukset, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen (Vilka 2023, 76-79). Sisällönanalyysi ei pelkää referoi, tiivistä tai siteeraa alkuperäisaineistoa, vaan pyrkii luomaan sisäistä vertailua ja tekemään laajempia päätelmiä aineistosta. Sisällönanalyysin aikana yhdistetään ja analysoidaan sisältöä kriittisesti sekä luodaan uutta tietoa eri tutkimuksien pohjalta. (Kangasniemi ym. 2013, 291-301.) Sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta eli analyysin valmistelu, organisointi ja raportointi. Valmistelun aikana selvitetään valittujen tutkimuksien aiheet, menetelmät ja tavoitteet (Taulukko 2).

Organisoinnin vaiheessa analysoidaan tutkimuksien tuloksia ja päätelmiä, eli alkuperäisilmaisuja (n=56), jotka vastaavat kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen (Vilka 2023, 76-79). Tässä kirjallisuuskatsauksessa lähteiksi oli valittu sekä englanninkieliset että suomenkieliset tutkimukset. Aineistoa on valittu lukemalla läpi valittujen artikkeleiden tulososat useat kerrat ja valitsemalla niistä tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisuut. Alkuperäisilmaisuja oli suomennettu ja sitten pilkistetty säilyttäen alkuperäisen tiedon merkitystä ja sisältöä ja sitten koottu taulukkoon (Taulukko 3) Tämän jälkeen, valituista alkuperäisilmaisuista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroja, joiden perusteella suomennettuja alkuperäisilmaisuja on järjestetty loogiseksi kokonaisuudeksi alaluokkiin (n=14). Saadut alaluokat on nimetty sisältöä kuvaavaksi ja ryhmitelty teemoittain yläluokkiin (n=3). (Kangasniemi ym. 2023, 291-301.) Tutkimuskysymys ohjaa koko analyysiprosessia (Kylmä & Juvakka 2007, 42-56).

Raportoinnin vaiheessa analyysin tulokset esitetään raportissa. (Vilka 2023, 23-33). Tutkimuksen raportti koostuu erilaisista osista, kuten tiivistelmä, sisällysluettelo, johdanto, tutkimuksen teoreettinen viitekehys, aineiston keruun ja analysoinnin kuvaaminen, tutkimuksen tulokset ja pohdinta. (Kylmä & Juvakka 2007, 164-173).

## 6 Tulokset

Sydäninfarktiin sairastavien potilaiden henkistä ja psyykkistä hyvinvointia tukevat henkisen ja psyykkisen tuen käytänteet, henkisten ja psyykkisten haasteiden hallinnan käytänteet sekä ympäristön ja yhteisön tuen käytänteet (Taulukko 4).

### 6.1 Henkisen ja psyykkisen tuen käytänteet

Henkiseen ja psyykkisiin tuen käytänteisiin kuuluvat henkisen toipumisen tukeminen, sopeutuminen sairauden tuomiin muutoksiin, henkisten voimavarojen lisääminen, henkisen valmiikseen lisääminen, henkisen selviytymisen tukeminen ja henkisen hyvinvoinnin parantaminen.

Tutkimuksissa potilaat kertoivat saaneensa hyvää tukea henkisessä toipumisessa ja emotionaalista tukea vuorovaikutteisen työkalun avulla. Vuorovaikutteiseen työkaluun kuuluu mm potilaiden tunteiden hallinnan paraneminen, joka on itsestään raportoitu tutkimuksessa parantava potilaiden henkistä toipumista, nostava tiedon saannin laatua ja potilaan arkielämää laatua. (Berardo & Mussa 2019, 1-5.) Potilaiden aktiivinen osallistuminen omaan hoitoon ja päätöksentekoon on hyvin vaikuttava tekijä potilaiden henkiseen toipumiseen. Tuloksissa sydänteho-osaston potilaat totesivat päiväkirjan tukevana heidän henkistä toipumistansa lisäämällä potilaiden osallistumista oman hoitoon ja päätöksentekoon. (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040.) Tehostettu psykologinen hoito (EPC) on osoitettu myös tukevana potilaiden henkistä toipumista. EPC hoidon aikana käytetään psykoterapeuttiset menetelmät, jotka auttavat potilasta muuttaa mielialan alentavaa käytöstä. Tehostettuun psykologiseen hoitoon sydänkuntoutuksen yhteydessä osallistuvat potilaat kommentoivat, että hoito on hyvin tukenut heidän henkisessä toipumisessaan mm. lisäämällä itseluottamusta sekä henkinen toipuminen antoi heille valmiuksia fyysiseen palauttamiseen. Tehostettuun psykologiseen hoitoon osallistuvat potilaat kokivat oman keskusteluaikansa sairaanhoitajan kanssa erityisen tärkeänä heidän henkiselle toipumisellensa. Potilaiden mielestä ilman keskustelutukea heidän henkinen toipumisensa olisi kestänyt kauemmin ja mieliala olisi huonontunut enemmän. (Richards, Campbell, Dickens, Anderson, Gandhi, Gibson, Kessler, Knight, Kuyken, Richards, Taylor, Turner, Ukoumunne, Davey, Warren, Winder, Wright 2018, 60-68.) Tuloksissa myös nostettu esille potilaan turvallisuuden tunnen edistävänä potilaan henkistä toipumista (Tuomisto 2021, 55).

Sydänsairaus ja sen ilmeneminen kohtauksena on potilaalle vaikea tapahtuma, josta toipuminen ja kuntoutuminen vaatii somaattisen hoidon lisäksi elämäntapamuutoksia ja rajoituksia. Sairaus myös voi vaikuttaa potilaan toimintakykyyn alentamalla sitä. Sen takia potilaan psyykinen vointi hyvin riippuu potilaan sopeutumisesta sairauteen tuomiin muutoksiin. Tuloksissa potilaat raportoivat, että vuorovaikutteisen työkalun avulla he ovat saaneet hyvää koulutusta ja valmistautumista. Koulutus ja valmistautuminen auttoivat heitä mm arkielämässä sopeutumaan sairauteen tuomiin muutoksiin ehkäisemällä odottamattomien tilanteiden syntyä. Vuorovaikutteinen työkalu sisältää mm sairaususkon tarkastelu ja hyvää kommunikaatiotekniikka. Tuloksissa on noussut esille, että potilaat paremmin ottavat huomioon sairauden riskitekijät keskustelemalla ammattilaisten kanssa. Kokonaisuudessa vuorovaikutteinen työkalu auttaa potilasta paremmin hyväksymään tapahtunutta sairautta, työstämään kokemuksiaan sairaudesta ja sopeutumaan sairaudesta johtuviin arkielämää tuomiin muutoksiin. (Berardo & Mussa 2019, 4-6.)

Potilaiden henkistä ja psyykkistä vointia voidaan tukea lisäämällä potilaan ja hänen perheensä henkisiä voimavaroja. Tutkimuksessa on raportoitu tehostetun psykologisen hoidon (EPC) vaikuttavana potilaiden itseluottamuksen ja psyykkisen voiman lisäämiseen (Richards ym. 2018, 60-68.) Tuloksissa on huomattu, että potilaan ja hänen perheensä voimavarojen löytäminen

auttaa nostamaan koherenssin tunnetta. Potilaat kokivat tärkeinä seuraavat voimavarat: positiivinen asenne, huumori, sisukkuus ja hengellinen vakaumus. (Salminen-Tuomaala 2013, 94.)

Sydänpotilaan kuntoutus ja uusien kohtausten ennaltaehkäisy vaativat elämäntapamuutoksia. Sen lisäksi itsestään palauttamisprosessi on pitkä ja vaativa. Monet potilaat tarvitsevat psyykkistä tukea kuntoutusprosessinsa onnistumiseen. Tutkimuksessa oli käytetty vuorovaikutteinen työkalu, jonka avulla potilaat ovat saaneet henkisen valmuikseen lisäämistä. Tuloksissa oli raportoitu, että interventoryhmän potilaille oli reaalisempi näkemys hoidon kulusta ja he ovat ymmärtäneet sekä henkisesti valmistuneet pitkään ja vaativaan palauttamisprosessiin. Vuorovaikutteisessa työkalussa on käytetty hyvää viestintätekniikkaa. Sen avulla potilaat ovat ymmärtäneet, myöntäneet ja sillä tavalla henkisesti valmistuneet tekemään elämäntapamuutoksia koko elämän ajan. (Berardo & Mussa 2019, 4-5.)

Psyykinen ja henkinen tuki voidaan antaa tukemalla potilaita henkisessä selviytymisessä. Kriittisessä tilanteessa potilaat voivat kokea ja sitten muistaa tapahtunutta eri tavalla, ei välttämättä niin kun asiat ovat tapahtuneet. Tuloksissa sydänteho-osaston potilaat totesivat päiväkirjan hyötyä muistojen ja todellisen tapahtumaan yhdistämisessä ja sillä tavalla henkisessä selviytymisessä. (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040.) Henkisessä selviytymisessä tarvitsee tapahtuman käsittelyä. Tuloksissa potilaat raportoivat, että mielialapäiväkirja on auttanut heitä purkamaan tunteita paperille auttamalla psyykkisessä prosessissa. (Richards ym. 2018, 60-68.)

Tuloksissa on huomattu avoimen keskustelun tärkeys potilaan psykososiaalisessa selviytymisessä. Jotkut avioparit eivät kykene keskustelemaan keskenään vaikeista asioista ja tunteista. Silloin avioparit voivat kieltää tilanteen vakavuuden, joka pitkällä aikavälillä lisää henkistä kuormittumista sekä jännittyneisyyttä aviopuolisoiden välillä. Hoitohenkilökunta voi tukea sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa avoimeen keskusteluun vaikeasta aiheesta ja sillä tavalla tukea potilaan henkistä selviytymistä. (Salminen-Tuomaala 2013, 94.) Henkisen selviytymisen tukemisessa avoin keskustelu perheen tilanteesta on raportoitu hyödyllisenä myös sairaanhoitajan ja potilaan välillä sekä sairaanhoitajan ja potilaan omaisten välillä (Tuomisto 2021, 8).

Tehostetun psykologisen hoidon interventiossa oli huomattu mielialapäiväkirjan tukevana potilaan henkistä selviytymistä. Mielialapäiväkirjan avulla potilaat saavat selville psykologisia käyttäytymismalleja, jotka vaativat muutosta henkisen hyvinvoinnin parantamiseksi. (Richards ym. 2018, 60-68.)

## 6.2 Henkisten ja psyykkisten haasteiden hallinnan käytänteet

Tutkimuksissa henkisen ja psyykkisen hyvinvoinnin parantamiseksi oli käytetty henkisten ja psyykkisten haasteiden hallinnan käytänteet kuten mielialan parantaminen, masennuksen, ahdistuneisuuden ja pelkojen vähentäminen.

Potilaat ilmoittavat käyttäytymisen aktivoinnin menetelmän ja tehostetun psykologisen hoidon positiivisesti vaikuttavana heidän mielialaansa parantamiseen. Mielialan parantamisen tutkimenetelmänä oli käytetty myös mielialapäiväkirja, joka auttoi potilaita seuramaan mielialan ja aktiivisuustason muutoksia lisäämällä rohkeutta ja motivaatiota jatkamaan kuntoutusta. Tutkimustuloksissa on korostettu sairaanhoitajan antama potilaille keskustelutuki. Monet potilaat kokivat, että henkilökohtainen keskusteluaika oli ratkaisevan tärkeä heidän henkisellet palauttamisellensa. Potilaat ovat raportoineet keskusteluaajan sairaanhoitajan kanssa lyhentävänä henkisen palauttamisen kestoa ja ehkäisevänä mielialanlaskua. (Richards ym. 2018, 60-68.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapiaa (CBT) käytetään yleisenä hoitomuotona masennusoireiden hoitamiseen sydänsairastavilla potilailla. Sydänleikkauksen jälkeen potilaat tarvitsevat masennuselontaa ja masennuksen hoitoa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on raportoitu vähentävänä sydänsairastavien potilaiden masennusoireita yhtä tehokkaasti, kun masennuslääkkeet. Masennuslääkkeiden verrattuna se on turvallisempi hoitomuoto. Kognitiivinen käyttäytymisterapia auttaa potilaita pitkäaikaisten parannuksen saavuttamisessa, vähentää masennuksen uusiutumiseriskiä paremmin masennuslääkkeiden verrattuna. Yhdistelmähoitona CBT tehostaa masennuslääkkeiden vaikutusta. Tuloksissa on raportoitu CBT tehokkaana hoitomuotona masennusoireisille potilaille sydänleikkauksen jälkeen. (Hwang, Eastwood, McGuire, Chen, Cross-Bodán, Doering 2015, 319-324.) Sydänsairastumisen jälkeen potilailla ja heidän omaisillansa voivat alkaa traumaperäisen stressihäiriön oireita. Tutkimustulokset osoittavat tehohoitoapäiväkirjan vähentävänä traumaperäisen stressireaktion esiintymistä potilailla. (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040.)

Tutkimuksissa oli huomattu vähentävien potilaiden ahdistusta, kun todellisista tai havaittavista uhkista on puhuttu ääneen (Berardo & Mussa 2019, 5). Teho-osastolla oli tutkittu potilaiden ahdistusta vähentävät käytänteet. Osaston joustavat vierailuajat, potilaille jaettava kirjallista materiaalia sairaalan ympäristöstä sekä osaston käytöistä on todettu vaikuttavana potilaiden ahdistuneisuuteen vähentämällä sitä. (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040.)

Potilaan sairaus ja hoito herättävät potilailla paljon pelkoja, jotka suoraan vaikuttavat potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin ja selviytymiseen. Tuloksissa oli huomattu miten eri käytänteet tai menetelmät vaikuttavat eri pelkoihin. Vuorovaikutteisen työkalun oli huomattu vähentävien potilaiden pelkoa palautua normaaliin toimintakykyyn. Vuorovaikutteisen työkalun avulla parantanut viestintä on vähentänyt potilaiden pelko kokoelämään kestoisesta

elämäntapamuutoksen tarpeesta. (Berardo & Mussa, 2019, 6.) Potilailla ei välttämättä ole tietoja hoidon prosessista sekä tapaaminen sairaanhoitajien ja lääkäreiden kanssa hoidon aikana on ajallisesti rajoitettu. Se vaikuttaa epävarmuuden ja pelon syntyyn. Hoitajat voivat vähentää potilaiden stressaavuutta ja pelkoa tuomalla tietoja hoidon prosessista. (Salminen-Tuomaala 2013, 94.)

### 6.3 Ympäristön ja yhteisön tuen käytänteet

Sairauden ja potilaan sisäisten tekijöiden lisäksi psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavat potilaasta riippumattomat ulkoiset tekijät kuten sosiaalinen ympäristö - perhe ja ammattilaiset, sekä sairaalaympäristö. Potilaan perhesuhteet ja perheen hyvinvointi on yksi tärkeistä hyvinvointiin vaikuttavista osista. Potilaan sairastuminen suoraan vaikuttaa niihin ja lisää stressiä koko perheelle. Tutkimuksissa on korostettu perheen hyvinvoinnin vaikutusta potilaan henkiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sillä potilaan terveiden perhesuhteiden säilyminen edistää potilaan henkistä toipumista ja hoitohenkilökunnan tuki perhesuhteiden säilymiseen on yhä tärkeä henkisessä tukemisessa. Hoitajat voivat auttaa perhettä puhumaan perhesuhteista sairauden jokaisen vaiheen aikana. Sen lisäksi hoitohenkilökunta voi auttaa perheitä henkisesti selviytymään ja lisäämään perheen koherenssin tunnetta muistuttamalla perheen voimavarojensa. Perheiden voimavarat ovat tukipisteitä perheen selviytymiseen. Sairauden vaikutuksesta potilaat ja omaiset voivat unohtaa ne ja niiden tärkeyden. Hoitajat voivat auttaa perheitä tunnistamaan emotionaalisia ja kognitiivisia voimavarojaan. (Salminen-Tuomaala 2013, 94; Tuomisto 2021, 55.)

Monet psyykkisen tuen interventiot pohjautuvat hoitohenkilökunnan ja potilaiden vuorovaikutukseen. Toisen ihmisen antama tuki voi auttaa ihmistä selviytymään psyykkisesti. Tutkimuksissa oli huomattu keskusteluavun merkittävä vaikutus potilaiden psyykkiseen selviytymiseen. Tehostetun psykologisen hoitoon kuuluu potilaille antama tukikeskustelu sairaanhoitajan kanssa. Potilaat ovat raportoineet keskustelun omista tunteistaan auttavan ja tuovan mukavaa oloa. Keskustelu henkisistä huolenaiheista tuo potilaille mielihyvää. Potilaat kokivat keskusteluavun tukevan heitä ja olisivat halunneet enemmän aikaa keskusteluun mielenterveysasioista. (Richards ym. 2018, 60-68.) Hoitohenkilökunnan antama psyykinen tuki ei aina on joku konkreettinen ja hyvin riippuu potilaan ja hoitajan persoonasta. Yleisiä ja merkityksellisiä psyykkisen tuen keinoja ovat hoitajan läsnäolo, hoitajan suhtautuminen ymmärtäväisesti sekä hoitajan taito kuunnella potilaita. (Tuomisto 2021, 55.) Näin vuorovaikutteisessa työkalussa on käytetty hyviä kommunikaatiomenetelmiä ja niiden avulla potilaat kokivat olonsa tervetulleeksi ja ymmärretyksi (Berardo & Mussa 2019, 5).

Sairaalaympäristö voi sekä tuoda potilaille sekä stressaavuutta, että antaa varmuutta tarvittavan avun läheisyydestä. Potilashuone on potilaille epätavallinen ympäristö, joka pitää ottaa



huomioon monen tekijän näkökulmasta. Potilashuoneen huomioon ottaminen fyysisenä, emotionaalisenä ja sosiaalisena ympäristönä auttaa potilasta psyykkisessä ja henkisessä hyvinvoinnissa. Potilashuoneissa sairaalatoverin vakava sairaustilanne voi masentaa potilasta, jos hän vertailee omaa selviytymistään toisen potilaan selviytymiseen. Toisaalta yhdessä oleminen toisen potilaan kanssa voi tukea psyykkistä vointi, tuomalla oloa, että potilas ei ole yksin sairautensa kanssa. Sen lisäksi potilaiden positiivinen vuorovaikutus ja suhtautuminen antavat positiivista kokemusta ja sen avulla emotionaalista tukea. Hoitajat voivat vähentää potilaiden epävarmuutta ja stressaavuutta sairaalaympäristöstä tuomalla tietoja osaston aikataulusta ja päiväjärjestyksestä. (Salminen-Tuomaala 2013, 89-93.)

## 7 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia ja niiden merkitystä tutkimuskysymyksen ja tavoitteiden nähdessä. Sen lisäksi arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä, jotka liittyvät tutkimuksen tekemiseen ja raportointiin. Luvussa pohditaan myös mahdollisia jatko-tutkimusehdotuksia ja aiheita, jotka voivat syventää aiheen ymmärtämistä.

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin sydäninfarktiin sairastavien potilaiden henkistä ja psyykkistä hyvinvointia tukevia käytänteitä, henkisten ja psyykkisten haasteiden hallintaa sekä ympäristön ja yhteisön tukea. Kirjallisuuskatsaus perustuu erilaisiin tutkimuksiin, joissa on selvitelty potilaiden kokemuksia ja havaintoja näiden tutkimuskohteiden vaikutuksista.

Tutkimuksessa ovat nouset esiin monipuoliset käytänteet, jotka liittyvät potilaiden henkiseen ja psyykkiseen tukemiseen. Vuorovaikutteinen työkalu näyttäisi olevan tehokas väline, jonka avulla potilaat voivat hallita tunteitaan ja lisätä osallistumistaan omaan hoitoonsa. (Berardo & Mussa 2019, 5.) Aktiivinen osallistuminen ja päätöksenteko ovat korostuneet merkityksellisinä tekijöinä potilaiden henkisessä toipumisessa (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040).

Tutkimustulokset tuovat esiin, että tehostettu psykologinen hoito (EPC) on osoittautunut hyödylliseksi potilaiden henkisen toipumisen tukemisessa (Richards ym. 2018, 60-68). Potilaiden henkisen vahvuuden lisäämiseksi on kiinnitetty huomiota myös positiiviseen asenteeseen, huumoriin, sisukkuuteen ja hengelliseen vakaumukseen. Näitä voimavaroja korostetaan tärkeinä tekijöinä potilaiden kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa. (Salminen-Tuomaala 2013, 94.)

Käytänteet psyykkisten haasteiden hallintaan käsittävät mielialan parantamisen, masennuksen ja ahdistuksen vähentämisen. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) nousee esiin

tehokkaana hoitomuotona masennusoireisiin sydänsairauksia sairastavilla potilailla. (Hwang ym. 2015, 319-324.) Potilaille tarjotaan myös päiväkirja ja muita työkaluja, jotka auttavat heitä käsittelemään tunteitaan ja seuraamaan mielialan muutoksiaan. (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040.)

Tulokset osoittavat, että potilaiden avoimuus ja keskustelu omista peloistaan edistävät henkistä selviytymistä. Potilaat kokevat päiväkirjan ja avoimen keskustelun tärkeinä välineinä traumaperäisen stressihäiriön oireiden vähentämisessä. Potilaat myös raportoivat, että käytänteet, kuten joustavat vierailuajat ja potilaille jaettava kirjallinen materiaali, voivat vähentää ahdistuneisuutta sairaalaympäristössä. (Goldfarb, Bibas & Burns 2020, 1032-1040.)

Perhesuhteiden säilyttäminen ja perheen hyvinvoinnin tukeminen ovat keskeisiä tekijöitä potilaiden kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa (Salminen-Tuomaala 2013, 94; Tuomisto 2021, 55). Potilashuoneen ympäristö vaikuttaa potilaan psyykkiseen hyvinvointiin, ja joustavat hoitokäytännöt voivat vähentää stressiä (Salminen-Tuomaala 2013, 89-93). Hoitohenkilökunnan antama tuki ja keskustelu potilaiden kanssa ovat merkittäviä psyykkisen selviytymisen tekijöitä (Tuomisto 2021, 55).

Yhteenvedona voidaan todeta, että tutkimustulokset korostavat monipuolisten ja yksilöllisten tukimuotojen tärkeyttä sydäninfarktiin sairastavien potilaiden hyvinvoinnin tukemisessa. Henkinen ja psyykinen tuki, haasteiden hallinta sekä ympäristön ja yhteisön tuki muodostavat kokonaisvaltaisen lähestymistavan potilaiden kuntoutukseen ja toipumiseen. Näiden käytänteiden ymmärtäminen ja systemaattinen integrointi osaksi hoitokäytäntöjä voivat parantaa sydäninfarktiin sairastavien potilaiden elämänlaatua ja edistää heidän kokonaisvaltaista toipumistaan.

Kirjallisuuskatsauksemme tulokset oli esitelty Peijas sairaalassa sydänosastolla työskenteleville sairaanhoitajille. Osastontunnin osallistuvat 25 sairaanhoitajaa ja osastonhoitaja. Palautteessa on korostettu aiheen tärkeys. Esitys psyykkisen tuen puutoksen ilmenemisestä ja sen seurauksena hoidolle ja potilaille kannustanut ammattilaisia miettimään syitä kliiniseen työhön keskittymiseen. Ammattilaiset pohtivat, että heidän työssänsäkin potilaan psyykinen tuki jäi useammin huomioimatta. Keskustelussa syynä siihen on mainittu muun muassa hoitohenkilökunnan puute ja työn kiireellisyys. Esityksessä mainitut psyykkisen tuen käytänteet ovat mielenkiintoisia ja jonkun niistä soveltaminen nykyiseen hoitoprosessiin on koettava. Esimerkiksi osa potilaita on mahdollista ohjata täyttämään mielialapäiväkirja jo osaston hoidon aikana. Hoitohenkilökunnan tärkeys ja jaksaminen ovat oleellisia psyykkistä tukea varten. Oma jaksaminen ja palauttaminen on kuitenkin helposti unohdettu, työhön keskittymiseen taktia. On keskusteltu, että palauttamiskeinoja voivat olla helppoja. Harjoiteltu mindfulness-meditaatio oli lyhyt ja silti on antanut rentoutuksen tunnetta.

## 7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa luotettavaa tietoa valitusta aiheesta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on keskeistä, että tutkimuskysymys esitetään selkeästi ja sen teoreettinen perustelu on eritelty yksityiskohtaisesti. Menetelmäosan kuvauksen tulee olla selkeää ja läpinäkyvää, mikä on myös merkityksellistä kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioinnissa. (Kangasniemi ym. 2013, 291-301.)

Luotettavuuden näkökulmasta kirjallisuuskatsausten suurimmat haasteet liittyvät usein aineiston laadun arvioimiseen sekä siihen, että katsauksessa saattaa olla mukana laadullisesti heikkoa ja epätarkoituksenmukaista aineistoa. Sen takia on tärkeää, että kaikissa kirjallisuuskatsauksissa toteutetaan kaksi erillistä laadunarviointia: valikoitujen alkuperäistutkimusten laadun arviointi ja itse kirjallisuuskatsauksen toteutuksen arviointi. Laadunarvioinnissa jokainen valittu artikkeli arvioidaan erikseen ottaen huomioon sen asianmukaisuus tutkimuskysymyksen ja katsauksen tavoitteen kannalta. (Vilkkä 2023, 153.)

Eettisyys ja luotettavuus liittyvät läheisesti toisiinsa, ja niitä voidaan parantaa koko tutkimusprosessin läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä. (Kangasniemi ym. 2013, 291-301.)

## 7.3 Eettisyys

Tutkimusetiikka on olennainen osa tutkimuksen toteuttamista. Se edellyttää sovittujen pelisääntöjen, eettisten periaatteiden ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus on suoritettava eettisesti hyväksyttävällä ja luotettavalla tavalla. Tämä sisältää rehellisyyden, tarkkuuden ja huolellisuuden tärkeyden tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu ja toteutettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti, ja sen tulokset on raportoitava ja tallennettava asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Tutkimuksessa on käytettävä asianmukaisia tiedon- ja aineistonkeruumenetelmiä, sekä viitattava asianmukaisesti muiden töihin ja julkaisuihin. Tutkimuksen aineistoa on käsiteltävä asianmukaisesti ja tulosten julkaisussa on noudatettava avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. Luotettavaksi todettuja lähteitä käytetään teoreettisen osuuden tiedonhaussa, ja asianmukainen viittaaminen muiden tekemiin töihin ja julkaisuihin on tärkeää. Tutkimuksen aineistoa käsitellään asianmukaisella tavalla, ja tulosten julkaisussa noudatetaan avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Tutkimuksen eettisessä arvioinnissa tutkijan on otettava huomioon myös tutkimuksen luotettavuus ja tuotettava esiin tekijät, jotka vaikuttavat sen luotettavuuteen. Tässä vaiheessa eettisyys ja luotettavuus kulkevat jälleen tiiviisti yhdessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 155.) Tutkijan

vastuulla on tarjota tiedeyhteisölle hyödyllistä, luotettavaa ja korkealaatuista tietoa kirjallisuuskatsauksen kautta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023).

#### 7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan myös hyödyntää tulevaisuudessa uusien tutkimushankkeiden suunnittelussa. Jatkotutkimuksien aiheet voivat olla:

- Henkisen ja psyykkisen tukemisen menetelmien integrointi Suomalaisen terveydenhuollon järjestelmään. Esimerkiksi, miten vuorovaikutteinen työkalu, tehostettu psykologinen hoito ja perheen tuki voivat edistää potilaiden kokonaisvaltaista toipumista Suomessa.
- Potilaan henkisen ja psyykkisen tuen yksilölliset tarpeet. Tarkastellaan tarkemmin potilaiden yksilöllisiä tarpeita ja resursseja. Miten hoitomallit voivat mukautua eri potilasryhmille, kuten eri ikäryhmille, sukupuolille tai sosioekonomisille taustoille
- Psyykkisen ja henkisen tuen vaikuttavuuden arviointi. Kehitetään tarkempia menetelmiä arvioida käytettyjen tukimuotojen vaikuttavuutta. Käytetään monipuolisempia mittareita, kuten potilaiden kokemusperäisiä arvioita ja pitkäaikaistuloksia, saadaksesi syvällisempää ymmärrystä käytäntöjen pitkäaikaisvaikutuksista.
- Monitahoisen yhteisön rooli potilaan henkisessä ja psyykkisessä tukemisessä. Tutkitaan, miten yhteisöt voivat osallistua sydäninfarktiin sairastavien potilaiden tukemiseen. Miten vertaistuki ja paikallisyhteisöt voivat täydentää virallisia hoitokäytäntöjä?
- Kulttuurisen erojen huomiointi potilaan henkisessä ja psyykkisessä tukemisessä. Huomioidaan tutkimuksessa kulttuuriset erot ja niiden vaikutus potilaiden hyvinvointiin. Miten eri kulttuurit voivat vaikuttaa siihen, miten potilaat vastaanottavat ja hyödyntävät erilaisia tukimuotoja?

Nämä tutkimushaasteet voivat laajentaa aiheen ymmärrystä ja tuoda uutta tietoa siitä, miten sydäninfarktiin sairastavien potilaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia voidaan edelleen parantaa.

## Lähteet

### Painetut

Holmström, P., Korhonen L, Kuusisto M, Lätti A, Rintamäki R, Tauriainen M-M, 2022. Sisätaudit. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Karlsson, H. 2011. Masennus ja sydäninfarkti. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim Oy.

Kettunen, R. 2011. Vakaan angina pectoriksen oireet. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H., Yli-Mäyry, S. Sydänsairaudet. 2. painos. Helsinki: Duodecim Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Stolt, Axelin & Suhonen. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

Watson, J. 1988. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. New York: National League of Nursing.

### Sähköiset

Aivoliitto 2023. Fakta AVH:sta. Viitattu 19.6.2023. <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkierto-hairio/faktat/#b8960962>

Alcántara, C., Muntner, P., Edmondson, D., Safford, M.M., Redmond, N., Colantonio, L.D., Davidson, K.W. 2015. Perfect storm: concurrent stress and depressive symptoms increase risk of myocardial infarction or death. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 8(2), 146-154. Viitattu 22.9.2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4366334/>

Barattucci, M., Padovan, A.M., Vitale, E., Rapisarda, V., Ramaci, T., De Giorgio, A. 2019. Mindfulness-Based IARA Model Proves Effective to Reduce Stress and Anxiety in Health Care Professionals. A Six-Month Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(22), 4421. Viitattu 23.09.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6888054/>

Berardo, D., Mussa, M.V. 2019. Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care. *International Journal on Qualitative Studies in Health and Well-being* 14(1). Viitattu 25.9.2023. [Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672251/)

Boersma, P., Vahratian, A. 2021. Perceived Social and Emotional Support Among Adults: United States, July-December 2020. *NCHS Data Brief* (420), 1-8. Viitattu 22.09.2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672251/>

Bramley, L., Matiti, M., 2014. How does it feel to be in my shoes? Patient's experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *Journal of Clinical Nursing* 23(19-20), 2790-2799. Viitattu 17.9.2023. [How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672251/)

Cherrington, C.C., Moser, D.K., Lennie, T.A., Kennedy, C.W. 2004. ILLNESS REPRESENTATION AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: IMPACT ON IN-HOSPITAL RECOVERY. *American Journal of Critical Care* 13(2), 136-145. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/illness-representation-after-acute-myocardial/docview/227810418/se-2>

Duodecim 2016. Terveyskirjasto. Lääketieteen sanasto. Viitattu 25.5.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03190>

Eronen, K. 2022. Kuolevan sydämen vajaatoimintapotilaan hoito: erikoissairaanhoidon henkilö-kunnan näkökulma. *Hoitotieteen laitos*. Viitattu 12.7.2023 [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/27157/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20220206.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/27157/urn_nbn_fi_uef-20220206.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., Rakel, D. 2013. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Annals of Family Medicine* 11(5), 412-420. Viitattu 23.09.2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767709/>

Goldfarb, M., Bibas, L., Burns, K., 2020. Patient and Family Engagement in Care in the Cardiac Intensive Care Unit. *Canadian Journal of Cardiology* 36(7), 1032-1040. Viitattu 25.9.2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X2030310X>

Guttormson, J.L., Bremer, K.L., Jones, R.M. 2015. "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing* 31(3), 176-186. Viitattu 23.09.2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4466051/>

Hawkes, A., Patrao, T., Ware, R., Atherton, J., Taylor, C., Oldenburg, B. 2013. Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. *BMC Cardiovascular Disorders* 13 (69), 1471-2261. Viitattu 23.9.2023. [Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients - ProQuest Central - ProQuest](https://www.proquest.com/physical-and-mental-health-related-quality-of-life-outcomes-among-myocardial-infarction-patients)

Hedman, A. 2023. Auttajan hyvinvointi ja traumainformoitu orientaatio. *Opas Traumainformoitu orientaatio auttamistyössä*. Viitattu 10.8.2023 <https://traumainformoitu.fi/auttajan-hyvinvointi-ja-traumainformoitu-orientaatio/>

Hekkala, A-M., Vaaraniemi-Junnila, S. 2023. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat jäävät usein ilman kokonaisvaltaista tukea. *Lääkärelehti* 23(78). Viitattu 22.5.2023. [Sydämen vajaatoimintaa sairastavat jäävät usein ilman kokonaisvaltaista tukea - Lääkärelehti \(laurea.fi\)](https://www.laurea.fi/sydamen-vajaatoimintaa-sairastavat-jaav-vaat-usein-ilman-kokonaisvaltaista-tukea)

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. *Graduryhmä*. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Viitattu 25.5.2023. [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf)

Holmberg, J. 2019. Empatia on hoitajan työssä tärkeä mittari. *Tehylehti*. Viitattu 10.8.2023 <https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/mainio/empatia-hoitajan-tyossa-tarkea-mittari>

Huttunen, J. 2020. Mitä terveys on? *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 26.5.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00903>

Hwang, B., Eastwood, J., McGuire, A., Chen, B., Cross-Bodán, R., Doering, L. 2015. Cognitive behavioral therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 30(4), 319-324. Viitattu 25.9.2023. [Cognitive behavioral therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111111/)

Hämäläinen, H., Virta, L., Mäki, J., Keskimäki, I., Mähönen, M., Moltchanov, V., Salomaa, V. 2005. Palaako potilas työhön ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen? *Alkuperäistutkimus*.

Lääkärilehti 60, 1143-1147. Viitattu 26.5.2023. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkupe-raistutkimukset/palaako-potilas-tyohon-ensimmaisen-sydaninfarktin-jalkeen/>

Juneag, L., Asplund, K., Svedlund, M. 2014. A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing* 30(1), 22-30. Viitattu 6.7.2023. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/qualitative-study-perceptions-psychosocial/docview/1464938736/se-2>.

Kangasniemi, M., Pietilä, A-M., Utriainen, K., Jääskeläinen, P., Ahonen, S-M., Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291-301. Viitattu 25.5.2023. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 15.6.2023. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-63-0148-8>

KELA. Tilastokatsaus 08/2019. Eriyiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavat sairaudet 31.12.2018. Viitattu 25.05.2023. [Eriyiskorvattaviin\\_laakkeisiin\\_oikeuttavat\\_sairaudet\\_31\\_12\\_2018.indd\\_\(helsinki.fi\)](Eriyiskorvattaviin_laakkeisiin_oikeuttavat_sairaudet_31_12_2018.indd_(helsinki.fi))

Kettunen, R. 2023. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.8.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00077/sepelvaltimotauti>

Kiviniemi, T., Sinisalo, J. 2023. Sydämen oma verenkierto. *Kardiologia*. Duodecim Oppiportti. Viitattu 14.7.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/kar01032/do>

Krasniqi, A-M., Savolainen, M. 2017. Potilaan psyykinen hyvinvoinnin huomioiminen sairaalassa somaattisen sairauden aikana. *Opinnäytetyö*. Lapin AMK. Rovaniemi. Viitattu 10.8.2023. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/132019/Krasniqi\\_Anne-Maria\\_ja\\_Savolainen\\_Marjo.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/132019/Krasniqi_Anne-Maria_ja_Savolainen_Marjo.pdf?sequence=1)

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. E-kirja. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 19.12.2023 <https://www.ellibslibrary.com/book/978-951-37-5441-9>

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? *Duodecim Aikakauskirja* 119 (7), 609-615. Viitattu 8.5.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>

Käypä hoito -suositus. Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä. 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.5.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50102>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Viitattu 15.5.2023 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laurea AMK. 2023. Sairaanhoidajakoulutus. Opinto-opas. Viitattu 10.8.2023. <https://ops.laurea.fi/212701/fi/68081/209697/2702/0/34852>

Louheranta, O., Lähteenvuo, M., Kangasniemi, M. 2016. Henkinen ja hengellinen tuki terveydenhuollossa - kenen vastuulla? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53(4). Viitattu 22.5.2023. <https://journal.fi/sla/article/view/59668>

Lynch, J., Prihodova, L., Dunne, P.J., O'Leary, C., Breen, R., Carroll, Á., Walsh, C., McMahon, G., White, B. 2018. Mantra meditation programme for emergency department staff: a qualitative study. *BMJ Open* 8 (9). Viitattu 23.09.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6157509/>

- Marjamaa, M. 2022. Kirjallisuuskatsauksen ohjaus - perustana tutkimuskysymys ja ohjaushaastattelu. Kreodi. Viitattu 4.7.2023 <https://www.kreodi.fi/arkisto/artikkelit/kirjallisuuskatsauksen-ohjaus-perustana-tutkimuskysymys-ja-ohjaushaastattelu.html>
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere. Viitattu 30.7.2023. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Åstedt-Kurki, P. 2013. The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of support. Scandinavian Journal of Caring Sciences 28 (2), 305-314. Viitattu 15.9.2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12060#pane-pcw-references>
- Mieli.fi 2023. Kriisit kuuluvat elämään. Suomen Mielenterveys ry. Viitattu 9.8.2023 <https://mieli.fi/vaikea-elamantilanne/kriisit-kuuluvat-elamaan/>
- Mierzyńska, A., Kowalska, M., Stepnowska, M., Piotrowicz, R. 2010. Psychological support for patients following myocardial infarction. Cardiology Journal 17(3), 319. Viitattu 16.9.2023. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/psychological-support-patients-following/docview/2464203702/se-2>
- Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Viitattu 12.7.2023 <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/13414>
- Momennasab, M., Ardakani, M.S., Rad, F.D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., Jaber, A. 2019. Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. Investigatio'n y Educacio'n en Enfermeria 37(2). Viitattu 17.9.2023. [Quality of Nurses' Communication with Mechanically Ventilated Patients in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34812345/)
- Moss, K.O., Kurzawa, C., Daly, B., Prince-Paul, M. 2019. Identifying and Addressing Family Caregiver Anxiety. Journal of Hospice and Palliative Nursing 21(1), 14-20. Viitattu 23.09.2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6322422/>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., et al. 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 372 (71), Viitattu 19.07.2023 [PRISMA \(prisma-statement.org\)](https://www.prismastatement.org/)
- Peltzer, S., Köstler, U., Müller, H., Scholten, N., Frank, S-N. 2022. The psychological consequences of living with coronary heart disease: Are patients' psychological needs served? A mixed-method study in Germany. Oxford. Viitattu 24.5.2023. [The psychological consequences of living with coronary heart disease: Are patients' psychological needs served? A mixed-method study in Germany - ProQuest Central - ProQuest](https://www.proquest.com/psychology/the-psychological-consequences-of-living-with-coronary-heart-disease-are-patients-psychological-needs-served-a-mixed-method-study-in-germany/docview/2464203702/se-2)
- Pulkkinen, S., Vesänen, P. 2017. Traumaattinen kriisi. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2023. <https://www.terveysportti.fi/terveysportti/koti>
- Rauhala, H. 2017. Ei-sydänperäistä rintakipua sairastavien profilointia. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu. Oulu. Viitattu 15.6.2023 [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133406/Rauhala\\_Heidi.pdf;jsessionid=5842F9E7D8DB803C83065ED5F3C448F4?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133406/Rauhala_Heidi.pdf;jsessionid=5842F9E7D8DB803C83065ED5F3C448F4?sequence=1)
- Richards, S., Campbell, J., Dickens, C., Anderson, R., Gandhi, M., Gibson, A., Kessler, D., Knight, L., Kuyken, W., Richards, D., Taylor, R., Turner, K., Ukoumunne, O., Davey, A., Warren, F., Winder, R., Wright, C. 2018. Enhanced psychological care in cardiac rehabilitation services for patients with new-onset depression: the CADENCE feasibility study and pilot RCT.



Health Technology Assessment 22(30), 1-220. Viitattu 23.9.2023 <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/29856312/>

Richards, S.H., Campbell, J.L., Dickens, C., Anderson, R., Gandhi, M., Gibson, A., Kessler, D., Knight, L., Kuyken, W., Richards, D.A., Taylor, R.S., Turner, K., Ukoumunne, O.C., Davey, A., Warren, F.C., Winder, R.E., Wright, C.A. 2018. Enhanced psychological care in cardiac rehabilitation services for patients with new-onset depression: the CADENCE feasibility study and pilot RCT. Health Technology Assessment 22(30), 1-220. Viitattu 25.9.2023. [Enhanced psychological care in cardiac rehabilitation services for patients with new-onset depression: the CADENCE feasibility study and pilot RCT - PubMed \(nih.gov\)](#)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Vaasa. Viitattu 8.5.2023. [https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Salminen-Tuomaala, M. 2013. Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina; Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere. Viitattu 25.9.2023. [Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina; Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen - Trepo \(tuni.fi\)](#)

Shafipour, V., Mohammad, E., Ahmadi, F. 2014. Barriers to nurse-patient communication in cardiac surgery wards: a qualitative study. Global Journal of Health Science 6(6), 234-244. Viitattu 17.9.2023. [Barriers to Nurse-Patient Communication in Cardiac Surgery Wards: A Qualitative Study - PMC \(nih.gov\)](#)

Simmonds, R., Tylee, A., Walters, P., Rose, D., 2013. Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study. BMC Family Practice 14(38). Viitattu 25.9.2023. [Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UP-BEAT-UK study - ProQuest Central - ProQuest](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1. Viitattu 25.5.2023. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70473/julkaisuja\\_2006\\_19\\_terveyden\\_edistaminen\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70473/julkaisuja_2006_19_terveyden_edistaminen_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tarnanen, K., Komulainen, J. 2022. Sepelvaltimotautikohtaus. Käypähoito suositus 2022a. Duodecim. Viitattu 22.6.2023. <https://www.kaypahoito.fi/khp00135>

Terveyskylä.fi. 2021. Kriisin vaiheet. <https://www.terveyskyla.fi/aiivotalo/apua-kriisiin/kriisin-vaiheet>

THL 2020a. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 25.05.2023 [Sydän- ja verisuonitaudit - THL](#)

THL 2021a. Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. Viitattu 25.05.2023 [Sydän- ja verisuonitautien yleisyys - THL](#)

THL 2021b. Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ja ehkäisy. Viitattu 25.05.2023. [Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ja ehkäisy - THL](#)

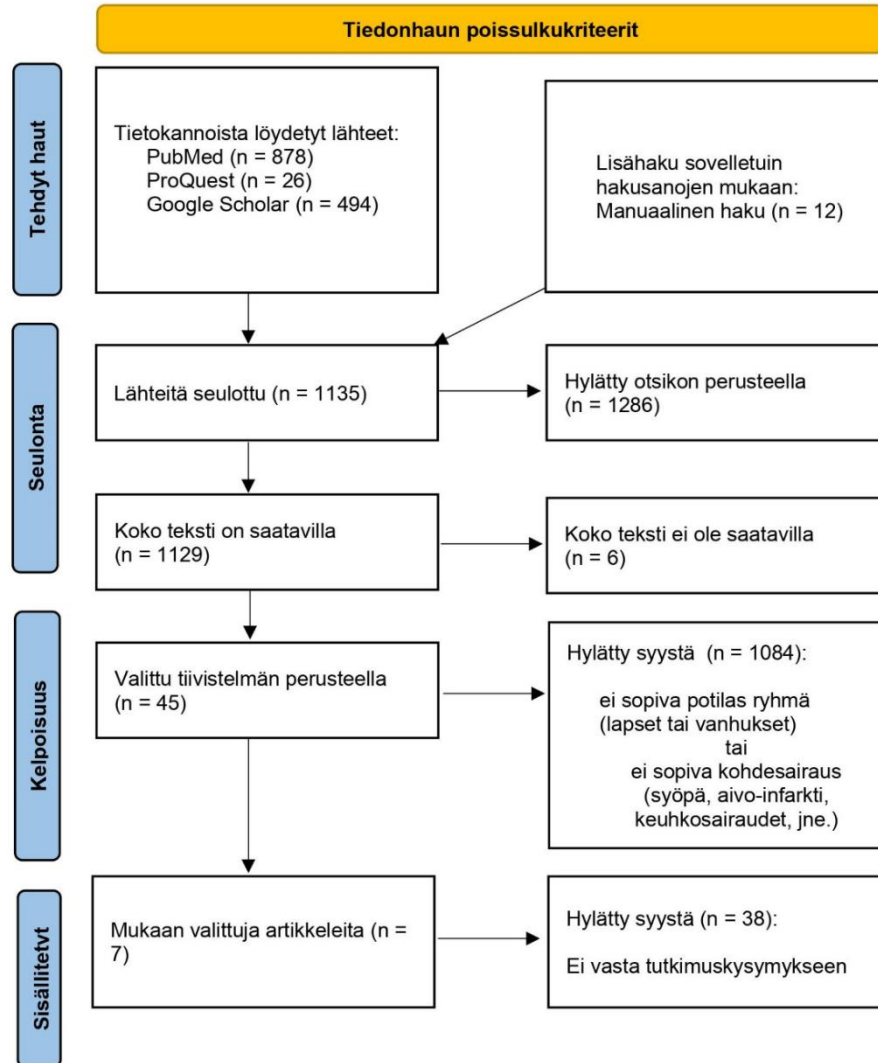
Tilastokeskus 2023. 11az -- Kuolleet tilaston peruskuolemansyyn (aikasarjaluokitus), iän ja sukupuolen mukaan, 1969-2021. StatFin. Viitattu 25.05.2023. [Kuolleet muuttujina Tilaston peruskuolemansyyn \(aikasarjaluokitus\), ikä, Sukupuoli, Vuosi ja Tiedot. PxWeb \(stat.fi\)](#)

Tod, A. 2008. Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction. Nursing Standard 23(3), 35-42. Viitattu 2.8.2023. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/exploring-meaning-recovery-following-myocardial/docview/219867517/se-2>.

- Toiviainen, A. 2014. "Mul on aika pienet ne kuviot, mut kyl mä niist jottain hyvää oloo saan": sosiaalisen verkoston merkitys kolmasikälaisten hyvinvointiin. Opinnäytetyö. Turun ammatti-korkeakoulu. Turku. Viitattu 2.8.2023 <https://www.theseus.fi/handle/10024/82600>
- Tuomisto, S. 2021. Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden kokemukset perheen osallisuudesta kotona tapahtuvaan kuntoutumiseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere. Viitattu 25.9.2023. [Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden kokemukset perheen osallisuudesta kotona tapahtuvaan kuntoutumiseen - Trepo \(tuni.fi\)](https://trepo.tuni.fi/handle/10024/10024/82600)
- Turner, K., Winder, R., Campbell, J., Richards, D., Gandhi, M. 2017. Patients' and nurses' views on providing psychological support within cardiac rehabilitation programmes: a qualitative study. *BMJ Open* 7(9). Viitattu 3.8.2023. <https://www.proquest.com/central/docview/1934552151/3FFD50F35E3C4F02PQ/101?accountid=12003>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 8.5.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>
- Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. painos. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 15.6.2023. <https://www.elibrary.com/book/9789523701731>
- Vilkkä, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. 1. painos. E-kirja. Helsinki: Art House. Viitattu 25.5.2023. <https://www.elibrary.com/book/9789518849448>
- Vinther-Larsen, L., Wiedmann, N. 2018. Henkisen ensiavun opas. Punaisen Ristin ja Punaisen puolikuun yhdistyksen kansainvälinen liitto. Viitattu 22.5.2023 <https://rednet.punainen-risti.fi/system/files/branch/Henkisen%20ensiavun%20opas.pdf>
- Wade, D., Als, N., Bell, V., et al. 2018. Providing psychological support to people in intensive care: Development and feasibility study of a nurse-led intervention to prevent acute stress and long-term morbidity. *BMJ Open* 8(7). Viitattu 22.9.2023. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/providing-psychological-support-people-intensive/docview/2074027247/se-2>.
- Wrenn, KC., Mostofsky, E., Tofler, G.H., Muller, J.E., Mittleman, M.A. 2013. Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial infarction. *The American Journal of Medicine* 126(12), 1107-1113. Viitattu 22.9.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3933314/>
- Yaoyao, H., Taihua, Z., Xiaojing, L., Xiaoxiao, C., Xiaoyan, W. 2023. Factors influencing return to work 3 months after percutaneous coronary intervention in young and middle-aged patients with coronary heart disease: A single-center, cross-sectional study. *Plos One* 18(4). Viitattu 21.5.2023. [Factors influencing return to work 3 months after percutaneous coronary intervention in young and middle-aged patients with coronary heart disease: A single-center, cross-sectional study - ProQuest Central - ProQuest](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244444)

Kuvat

Kuva 1: PRISMA flow kaavio ..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.



Kuva 1: PRISMA flow kaavio 1

## Taulukot

Taulukko 1: Hakusanojen määräys ja aineistohaku .....	44
Taulukko 2: Aineiston analyysi .....	47
Taulukko 3: Alkuperäiset ilmaisut ja pelkistykset .....	60
Taulukko 4: Ilmaisujen luokitus .....	68

Taulukko 1: Hakusanojen määräys ja aineistohaku

Tietokanta	Hakusanat, hakusanayhdistelmät	Valinta- ja poissulkukriteerit	Osumien määrä (kpl)	Valinta otsikon perusteella (kpl)	Valinta tiivistelmän perusteella (kpl)	Valinta koko tekstin perusteella (kpl)
Pub-Med	(Emotional support) AND (myocardial infarction)	Free full text In the last 10 years Adult Middle-aged Peer reviewed	139	14	5	1
	(Nurse care) AND (emotional support)	Free full text In the last 10 years Adult Middle-aged Peer reviewed	621	59	8	1
	(emotional support) AND (hospitalization)	Free full text	113	16	10	2

	AND (acute) AND (cardiac)	In the last 10 years Adult Middle-aged Peer reviewed				
	“Psychological support” AND Myocardial infarction	Free full text In the last 10 years Adult Middle-aged Peer reviewed	5	1	1	0
Pro-Quest	“emotional support” (summary) AND “myocardial infarction” AND nurse, NOT child NOT elderly	Free full text In the last 10 years Peer reviewed	26	7	3	0
Google Scholar	“coronary artery disease” AND “emotional support” AND “hospitalization”	Free full text In the last 10 years, peer reviewed	199	7	4	1
Google Scholar	sepelvaltimo* and emotionaalinen	Free full text In the last 10 years, peer reviewed	295	20	2	2
	Manuaalinen haku	Free full text	12	12	12	0

		In the last 10 years, peer reviewed				
--	--	--	--	--	--	--

Taulukko 2: Aineiston analyysi

Tietokanta	Tutkimuksen nimi	Tekijät, Julkaisutiedot (vuosi, maa)	Tavoite	Keskeiset tulokset	Linkki
PubMed  (emotional support) AND (hospitalization) AND (acute) AND (cardiac)	Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care	Berardo, D., Mussa, M.V.  International Journal on Qualitative Studies in Health and Well-being. 2019; 14(1).  Italy	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida uuden hoitotyön kommunikaatiotyökalun tehokkuutta akuuttien sydänpotilaiden emotionaalisen tuen tarjoamisessa. Työkalun tehokkuutta tutkitaan erityisesti potilaan ahdistuksen vähentämisessä, potilaan tietoisuuden lisäämisessä kuolleisuusriskistä, potilaan auttamisessa ymmärtämään omaa kliinistä tilaansa ja potilaan rohkaisemisessa etsimään resursseja muutosten toteuttamiseksi.	Tutkimuksen tuloksena kommunikaatiotyökalu on hyödyllinen osallistujien mielestä. Kirjallisuudessa oli jorostettu se, että todellisten tai koettujen uhkien sanallinen ilmaiseminen auttaa vähentämään ahdistusta ja edistämään hoidon jatkuvuutta. Vertailussa kahden ryhmän välillä havaittiin, että ne potilaat, joiden hoidossa ei ole käytetty kommunikaatiotyökalua, kokivat vaikeana kertoa tapahtumasta haastattelussa ja usein negatiiviset tunteet vallitsevat tässä tilanteessa. Tämä vaikeus johtui todennäköisesti siitä, että tapahtuma ei ollut käsitelty	<a href="#">Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care - PubMed (nih.gov)</a>

				<p>asianmukaisesti.</p> <p>Potilasryhmä, joiden hoidossa oli käytetty kommunikaatiotyökalu, raportoivat paremmasta hoitajalta saatua ohjauksesta ja valmistautumisesta. Heidän kotiutumisensa oli vähemmän rasittava ja stressaava, koska he olivat tietoisia mitä tulee tapahtumaan eikä odottamattomia tilanteita ilmennyt. Toisin tapahtui kontrolliryhmässä, jossa tietoa mahdollisista ohjauksista ja tietoa tulkittiin väärin tai siitä ei koskaan annettu, mikä aiheutti paljon hankaluksia hoidon sekä kotiutumisen aikana.</p> <p>Tutkimus korostaa hoitajien tarvetta työskennellä aktiivisesti psykologisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien parissa ja tuoda potilaat mukaan hoitosuunnitelmiin. Rakenneellinen työkalu voi auttaa</p>	
--	--	--	--	---	--



				tukemaan tätä ammatillista muutosta.	
Google Scholar (coronary artery disease) AND (emotional support) AND (hospitalization)	Patient and Family Engagement in Care in the Cardiac Intensive Care Unit	Goldfarb, M., Bibas, L., Burns, K. Canadian Journal of Cardiology. 2020, s.1032-1040 Canada	Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli (1) käsitellä mahdollisuus toteuttaa PFE:n (Patient and family engagement) sydämen teho-osastolla ja arvioida sen toteuttaminen; (2) määrittellä PFE:n esteet ja miten lääkärit voivat tehdä estämisen poistoon; ja (3) kuvata PFE:n tietoa- ja tulevia tutkimusalueita. Katsauksen yleisenä tavoitteena on tiedottaa sydän- ja verisuonilääkäreille PFE:n mahdollisesta roolista ja merkityksestä sydämen teho-osastolla.	Potilaan ja perheen osallistumisen (PFE) malli on uusi lähestymistapa, jolla perheenjäsenille annetaan mahdollisuus olla välttämättömiä ja aktiivisia kumppaneita hoidon tarjoamisessa ja tutkimuksessa. Potilaiden hoidon yhteydessä PFE pyrkii parantamaan hoitokokemusta ja tukemaan parempia tuloksia potilaille ja heidän läheisilleen. On näyttöä PFE-strategioiden myönteisestä vaikutuksesta potilaan ja perheen psykologisten oireiden (masennus, yleistynyt ahdistus ja posttraumaattinen stressihäiriö) ja jatkuvien psykologisten, kognitiivisten tai emotionaalisten häiriöiden vähentämiseen akuutin ja vakavan sairauden jälkeen.	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X2030310X">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X2030310X</a>

				<p>Perheen osallistumiseen kuuluvat:  (1) perheen läsnäolo; 2) hoidon vastaanottaminen ja tarpeiden tyydyttäminen; 3) tietojen välittäminen ja vastaanottaminen; 4) osallistuminen päätöksentekoon; ja (5) osallistuminen suoraan hoitoon.</p> <p>Sydämen teho-osaston päätöksenteossa on otettava huomioon potilaan ja perheen mieltymykset, arvot ja tavoitteet.</p> <p>Tehohoitoyhdistykset suosittelevat PFE-käytäntöjen käyttöönottoa osana tavanomaista ICU-hoitoa.</p> <p>PFE:n toteuttamiseen on paljon haasteita, mutta on myös strategioita niiden lieventämiseen.</p>	
--	--	--	--	--	--

				Sydämen teho-osastolla tarvitaan korkealaatuista näyttöä, jotta tietoja PFE:n olisi riittävästi hoitohenkilökunnalla ja se sitoutuu kliiniseen hoitoon.	
PubMed (emotional support) AND (hospitalization) AND (acute) AND (cardiac)	Enhanced psychological care in cardiac rehabilitation services for patients with new-onset depression: the CADENCE feasibility study and pilot RCT	Richards, S.H., Campbell, J.L., Dickens, C., Anderson, R., Gandhi, M., Gibson, A., Kessler, D., Knight, L., Kuyken, W., Richards, D.A., Taylor, R.S., Turner, K., Ukoumunne, O.C., Davey, A., Warren, F.C., Winder, R.E., Wright, C.A..  Health Technol Assess. 2018; 22(30): 1-220.  Winchester, England	Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tehostetun psykologisen hoidon (EPC - enhanced psychological care) sisältö sydänkuntoutuspotilaita varten, joka sairaanhoitajat voivat toteuttaa sydänkuntoutustiimeissä. Sekä arvioida sen toteuttaminen ja siihen liittyvät epävarmuustekijät.	Sairaanhoitajat tunnustivat masennusoireista kärsivät potilaat ja tarjosivat heille käyttäytymisen aktivointia - vaikiintunutta masennuksen hoitoa, joka keskittyy auttamaan masennuksesta kärsiviä ihmisiä muuttamaan toimintatapojaan. Sairaanhoitajia koulutettiin myös potilaan mielenterveyden hoidon tarpeiden seurantaan/hallintaan.  Tutkimus koostuu toteutettavuustutkimuksesta ja RCT-pilottiklusteri osuudesta (pilot cluster randomised controlled trial).	<a href="#">Enhanced psychological care in cardiac rehabilitation services for patients with new-onset depression: the CADENCE feasibility study and pilot RCT - PubMed (nih.gov)</a>

				<p>Potilaat suorittivat arvioinnit RCT:n alussa ja 5 ja 8 kuukauden kuluttua siitä. Arvioituja toimenpiteitä olivat mieliala, sydäntapahtumat, terveyteen liittyvä elämänlaatu ja resursien käyttö. Myös sairaanhoitajia ja potilaita pyydettiin osallistumaan haastatteluihin. Koulutuksen jälkeisissä haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat pitävänsä koulutuksen sisällöstä ja muodosta sekä tarjotuista tukimateriaaleista ja suhtautuivat myönteisesti BA:n (Behavioural Activation for Depression Scale) käyttömahdollisuuksiin. Sairanhoitajat kommentoivat, että koulutus oli antanut heille itseluottamusta keskustella ja hallita riskikysymyksiä potilaiden kanssa ja että hoidon koordinointi antoi heille</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>vaihtoehtoja siitä, mihin potilaita ohjataan.</p> <p>Pilottitutkimus osoitti, että 93 % osallistujista suoritti 5 kuukauden seuranta-arvioinnin, mutta osallistujien rekrytointi oli haastavaa. Haastattelussa potilaat ja hoitajat tunnustivat psykologisen tuen sisällyttämisen tärkeyden rutiininomaiseen kuntoutukseen. EPC:n saamisen jälkeen haastatelluista yhdestä potilaasta useimmat kokivat EPC:n parantaneen heidän mielialaansa ja arvostivat mahdollisuutta keskustella tunteistaan, vaikka osallistujat muistivat vain vähän interventiomateriaalien sisällöstä.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat, että:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sydänkuntoutushoitajat voidaan</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

				<p>kouluttaa antamaan EPC;</p> <p>- potilaat ja sairaanhoitajat kokevat, että psykologisen tuen on paremmin kuulla sydänkuntoutukseen, kuin tuki olisi tarjottu muualla.</p>	
<p>PubMed  (Nurse care) AND (emotional support)  +</p>	<p>Cognitive behavioural therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction</p>	<p>Hwang, B., Eastwood, J.-A., McGuire, A., Chen, B., Cross-Bodán, R., V Doering, L.</p> <p>The Journal of Cardiovascular Nursing 30(4): p 319-324.</p> <p>2015.</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida sairaanhoitajien vetämän kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBT) vaikutusta masennusoireiden ilmanemiseen ejektiofraktion suhteen sydänkirurgisilla potilailla tavanomaista hoitoa saaman ryhmän (UC) verrattuna.</p> <p>Tutkimuksessa otettu huomioon potilaiden ejektiofraktio EF - prosenttiosuus sydämen vasemman kammion sisällä olevasta verestä, jonka kammio pump-paa yhdellä lyönnillä kerralla ulos. Normaali EF-luku on yli 50 %.</p> <p>Matala kammion ejektiofraktio (EF) (eli &lt; 40-45 %) viittaa kammion systoliseen toimintahäiriöön. Se</p>	<p>Tutkimukseen osallistuvat potilaat, joille tehtiin sydänleikkaus (sepelvaltimon ohitusleikkaus tai läpän vaihto/korjaus).</p> <p>Leikkauksen jälkeen ja kuukauden kuluttua potilaiden mielenala oli arvioitu ja tutkimukseen otettu potilaat, jotka täyttivät vakavan tai pienen masennuksen kriteerin. Masennusoireiden arviointiin käytettiin Beckin masennusluetteloa.</p> <p>Tutkimuksen aikana potilaat saivat joko 8 viikkoa sairaanhoitajan ohjaamaa CBT:tä tai UC:tä.</p>	<p><a href="#">Cognitive behavioural therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction - PubMed (nih.gov)</a></p>

			<p>ennustaa vahvasti sydänleikkauksen jälkeistä lyhyt- ja pitkäaikaista kuolleisuutta.</p>	<p>Viikon 8 kohdalla kliinisen masennuksen olemassaolo arvioitiin uudelleen.</p> <p>Kaikki CBT hoito antavat sairaanhoitajat olivat suorittaneet standardoidun CBT-koulutuksen (Beck Institute, Philadelphia, PA).</p> <p>CBT koostui kahdeksasta viikoittaisesta terapiaistunnosta, joista jokainen kesti 50-60 minuuttia. Kaikki istunnot suoritettiin henkilökohtaisesti ilman perheenjäseniä.</p> <p>UC-ryhmän potilaat saivat lähetteitä perusterveydenhuollon tarjoajiinsa ja mielenterveyspalveluihinsa. Lisäksi he saivat lyhyitä seurantapuheluita kahdesti viikossa tutkimushenkilökunnalta 8 viikon ajan.</p> <p>Tutkimuksen tulokset:</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>Potilailla, joilla EF säilyi (<math>\geq 40\%</math>), UC-ryhmän keskimääräiset BDI-pisteet heikkenivät 1,9 %, kun taas CBT-ryhmän potilaat paraniivat 31,0 %. Potilailla, joilla EF oli alhainen (<math>&lt; 40\%</math>), keskimääräiset BDI-pisteet huononivat UC-ryhmässä 26,8 % ja CBT-ryhmissä paraniivat 75,3 %.</p> <p>Päätelmä: sairaanhoitajan ohjaama kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) vähentää tehokkaasti masennusoireita sydänleikkauksen jälkeen, erityisesti potilailla, joilla on alhainen EF. Sydänleikkauksessa olevat potilaat tulisi seuloa ja hoitaa masennuksen varalta. Sairaanhoitajajohdosta CBT:tä voidaan harkita hoitovaihtoehtona masentuneille potilaille.</p>	
--	--	--	--	---	--



<p>Google Scholar sepelvaltimo* and emotionaalinen</p>	<p>Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina; Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen</p>	<p>Salminen-Tuomaala, M. Tampere University Press 2013 Suomi</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli (1) luoda kuvaus potilaan ja hänen puolisonsa psykososiaalista selviytymistä sairaalassa sydäninfarktin akuutissa tapahtumassa sekä neljä ja kaksitoista kuukautta sairaalahoidon jälkeen; (2) tuoda uusia tietoja potilaan ja hänen puolisonsa sairastumisen ja selviytymisen kokemuksesta, jotka terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää omassa työssä.</p>	<p>Tutkimuksessa oli kuvattu uudet tiedot potilaan ja hänen puolisonsa selviytymisprosessista sairaalassa ja kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen tuloksena on tullut tietoa psykososiaalisesta tasapainosta, kun keskeisestä selviytymiskeinosta sekä sairaalan hoidon aikana, että kotiutumisen jälkeen. Tutkimustulokset voivat auttaa hoitajaa tunnistaa potilaan selviytymisen pulmia ja tarpeita sekä toimia ennakoivasti. Hoitajat voivat auttaa potilasta ja hänen puolisoansa vahvistamaan koherenssein tunnetta ja tilannen hallinnan tunnetta sairaalan hoidon aikana. Tutkimustuloksissa on kuvattu selviytymiseen auttava vaikutus potilaan ja hänen puolisonsa välisestä vuorovaikutuksesta sekä</p>	<p><a href="#">Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina; Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen - Trepo (tuni.fi)</a></p>
--	---	--	--	---	---

				<p>toimivasta perhedynamiikasta.</p> <p>Tutkimustuloksissa on kuvattu henkilökunnan vaikutus edistää potilaan ja hänen puolisonsa selviytymistä pitkällä aikavälillä sydäninfarktin jälkeen.</p> <p>Tutkimustulokset voidaan käyttää jatkohoitoa edistävän ohjauksen kehittämisessä.</p>	
<p>Google scholar</p> <p>sepelvaltimo* and emotionaalinen</p>	<p>Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden koke- mukset perheen osallisuudesta kotona ta- pahtuvaan kuntoutumiseen</p>	<p>Tuomisto, S. Tampereen yliopisto 2021 Terveystieteiden tohtori- hjelma - Doctoral Programme in Health Sciences Suomi</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli (1) kuvata sepelvaltimotautia sairastavaan potilaan perheen osallisuutta kotiutumiseen sekä siihen vaikuttavia tekijöitä; (2) hoitohenkilökunnan vaikutusta perheen osallistumiseen potilaan kuntoutukseen.</p>	<p>Tutkimustuloksissa on kuvattu perheen vahva vaikutus sepelvaltimosairastavaan potilaan kuntoutumiseen. Hoitohenkilökunta voi vaikuttaa perheeseen sisäiseen vuorovaikutukseen ja ymmärtämiseen sekä tukea potilasta tunteiden käsittelyssä, vuorovaikutuksessa ja perheen arkielämän liittyvien asioiden muutoksien muodostamisessa.</p> <p>Tutkimustulokset voidaan käyttää</p>	<p><a href="#">Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden kokemukset perheen osallisuudesta kotona ta- pahtuvaan kuntoutumiseen - Trepo (tuni.fi)</a></p>

				sepelvaltimotauti- potilaiden hoidon toteuttamisessa, perheenjäsenien kanssa toimimisessa ja sairaanhoitajan koulutuksessa.	
--	--	--	--	---	--

Taulukko 3: Alkuperäiset ilmaisut

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ja suomennettu ilmaus
<p><b>Berardo, D., Mussa, M.V. 2019.</b></p> <p><b>Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care.</b></p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6495114/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6495114/</a></p>	
<p>The aim of the study was to evaluate the outcome of the use of a new nursing relational tool, designed to support patients' emotional recovery. The interviews have shown that an emotional management tool improves the patient's recovery, the quality of information received, and the quality of the patient's everyday life after the event. The use of a relational tool by nursing staff improves the patient's emotional management and increases the knowledge required to ensure a good quality of life.</p>	<p>Tunteiden hallinta parantaa potilaan henkisesti toipumista.</p>
<p>The verbalization of real or perceived threats has helped to reduce anxiety and to promote the continuity of care.</p>	<p>Todellisten tai havaittujen uhkien ääneen puhuminen on auttanut vähentämään potilaiden ahdistusta.</p>
<p>Moreover, the intervention group reported and reflected better education and preparation. In fact, the interviewees declared that their returns home were less tiring, because unexpected situations did not arise.</p>	<p>Potilaiden koulutus ja valmistautuminen auttoi ehkäisemään odottamattomien tilanteiden syntyä ja sillä helpotti psyykkistä sopeutumista uuteen arkeen.</p>
<p>The knowledge of risk factors among the intervention group was similar to the knowledge of the control group; the reflection with the professional has, sometimes, led intervention group patients to greater consideration of some negative elements. The intervention group seemed to have a more</p>	<p>Vuorovaikutteinen työkalu auttoi potilaita henkisesti sopeutumaan sairauden tuomiin arkielämä muutoksiin.</p> <p>Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ovat henkisesti valmistuneet pitkään palauttamisprosessiin.</p>

realistic view of the clinical course, overall. Intervention group patients understood that the process will involve changes to their daily lives and that it will not be short or easy.	Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ovat henkisesti valmistuneet vaativan palauttamisprosessiin.
Compared to the control group, there was a greater acceptance of the event and an increased sense of possession of better information.	Vuorovaikutteisen työkalu auttaa potilaita paremmin hyväksymään tapahtunutta sairautta.
Thanks to the relational intervention, patients reported having received good emotional support, being able to rework their experiences, and feeling welcomed and understood, respecting their own times.	Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ovat saaneet hyvää henkisestä tukea.
	Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat pystyivät työstämään kokemuksiaan sairaudesta.
	Vuorovaikutteisen työkalun ryhmän potilaat kokivat olonsa tervetulleeksi ja ymmärrykseksi.
The return to everyday life brought different fears for different patients, but these fears were mainly related to their ability to resume their usual activities. Only a few patients had the fear of remaining disabled. Thanks to the relational tool, that improved the communication; they were aware of the need to make changes to their lifestyles. However, as such changes were the result of a shared, rather than an imposed, choice, this necessity did not scare the patients.	Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaiden pelko vammautumisesta vähentynyt.
	Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ymmärtävät elämäntapamuutoksen tarvetta koko elämän ajan.
	Vuorovaikutteisen työkalun avulla elämäntapamuutokseen tarve ei pelottanut potilaita.
<p><b>Goldfarb, M., Bibas, L., Burns, K. 2020</b></p> <p><b>Patient and Family Engagement in Care in the Cardiac Intensive Care Unit.</b></p> <p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X2030310X">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0828282X2030310X</a></p>	
However, in a meta-analysis of 16 studies that compared visitation policy strategies in ICUs, Nassar Junior and colleagues reported that flexible visitation policies were associated with reduced	Osaston joustavat vierailuajat vähentävät potilaiden ahdistuneisuutta.

rates of delirium and anxiety for patients and greater satisfaction for family members.	
ICU diaries might decrease the rate of PTSD symptoms experienced by patients and family members.	Tehohoitopäiväkirjat voivat vähentää traumasaperäisen stressireaktion esiintymistä potilaiden keskuudessa.
Patients in a cardiac ICU reported that a diary helped them to correlate memories with actual events and assisted with emotional recovery.	Sydänteho-osaston potilaat totesivat päiväkirjan auttavan heitä yhdistämään muistoja todellisiin tapahtumiin.
	Sydänteho-osaston potilaat totesivat päiväkirjan auttavan heitä tukemaan henkisestä toipumista.
In most ICUs written materials are provided to inform patients and families about the environment and structure, which have been shown to enhance familiarity and decrease anxiety.	Sydänteho-osastolla potilaille jaettava kirjallista materiaalia ympäristöstä ja osaston käytöistä vähentää ahdistuneisuutta.
<p><b>H Richards, S., ym. 2018.</b></p> <p><b>Enhanced psychological care in cardiac rehabilitation services for patients with new-onset depression: the CADENCE feasibility study and pilot RCT.</b></p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004545/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004545/</a></p>	
Several participants commented that specifically the BA component of the intervention had helped to improve their mood.	Käyttäytymisen aktivointi (behavioural activation) on auttanut parantamaan osallistujien mielialaansa.
Participants also reported the mental and physical health benefits of cardiac rehabilitation (4 out of 19 and 3 out of 19 respectively), as it improved their mood, increased their confidence, and improved their physical strength.	EPC-interventio paransi osallistujien mielialaa.
	EPC-interventio lisäsi osallistujien itseluottamusta.
	EPC-interventio lisäsi osallistujien psyykkistä voimaa.

<p>Participants attending the rehabilitation fitness programme commented that it had benefited them, both mentally and physically. They had gained fitness, changed their diet, lost weight, talked through their cardiac concerns with a nurse, met others and gained confidence.</p>	<p>EPC-Interventio tukee potilaita henkisesti.</p>
<p>Most EPC participants welcomed the opportunity to talk about their emotions with a nurse and felt comfortable doing so.</p>	<p>EPC-interventio antaa potilaille mahdollisuuden keskustella tunteistaan sairaanhoitajan kanssa.</p>
	<p>Tunteista keskusteleminen sairaanhoitajan kanssa tuo potilaille mukavaa oloa.</p>
<p>Participants were pleasantly surprised that they could receive dedicated time with a nurse to discuss their emotional concerns alongside their physical needs.</p>	<p>Mahdollisuus keskustella sairaanhoitajan kanssa potilaiden henkisistä huolenaiheista tuo heille mielihyvää.</p>
<p>Some commented that their nurse was very busy and that they would have liked to have had even more time to discuss mental health issues.</p>	<p>Potilaat olisivat halunneet saavansa vielä enemmän aikaa keskustellakseen mielenterveysasioista.</p>
<p>Participants used the mood/activity diary and said that it had been positive in several ways: it helped get their feelings out onto paper, it highlighted patterns of behaviours that needed changing and it enabled them to compare activity levels and mood scores from earlier weeks with later weeks to see any progress they had made.</p>	<p>Mielialapäiväkirja oli auttanut osallistujia purkamaan tunteitaan paperille.</p>
	<p>Mielialapäiväkirja korosti psyykkisiä käyttäytymismalleja, mitkä piti muuttaa henkisen hyvinvoinnin parantamiseksi.</p>
	<p>Mielialapäiväkirja auttoi seuramaan mielialamuutoksia.</p>
<p>Most EPC participants felt that having dedicated one-to-one time with a nurse had been crucial to their mental recovery. Participants commented that, without this support, their recovery would have taken longer, or their mood would have deteriorated more.</p>	<p>Osallistujat kokivat, että yksilöaika sairaanhoitajan kanssa on ollut erittäin tärkeä heidän mielenterveydellensä.</p>
	<p>Yksilö keskusteluaikaa sairaanhoitajan kanssa nopeuttaa osallistujien henkistä toipumista.</p>

	Yksilö keskusteluaikaa sairaanhoitajan kanssa vähentää mielialanlaskua.
<p>Salminen-Tuomaala, M. 2013</p> <p>Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytyminen prosessina; Psykososiaaliseen tasapainoon pyrkiminen.</p> <p><a href="https://trepo.tuni.fi/handle/10024/68202">https://trepo.tuni.fi/handle/10024/68202</a></p>	
<p>Kaikki avioparit eivät kykene jakamaan keskenään vaikeita asioita ja tunteita, vaan kieltävät tilanteen vakavuuden.</p> <p>Hoitohenkilökunnan on tärkeää kiinnittää huomiota sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa psykososiaaliseen selviytymiseen ja tukea heitä keskustelemaan avoimesti vaikeastakin tilanteesta, koska vaikeiden asioiden kätkeminen toinen toiseltaan voi johtaa pitkällä aikavälillä kuorittumiseen ja jännitteisiin aviopuolisoiden välillä.</p>	<p>Potilaan ja hänen puolisonsa tukeminen avoimeen keskusteluun vaikeasta tilanteesta auttaa potilasta psykososiaalisessa selviytymisessä.</p>
<p>Hoitohenkilökunnan on tärkeää tukea sydäninfarktipotilasta ja hänen puolisoaan jakamaan asioita yhdessä. Lisäksi olisi hyvä ohjata puolisoita tukemaan toisiaan emotionaalisesti ja sosiaalisesti, koska se edistää heidän selviytymistään.</p>	<p>Puolisoiden ohjaaminen tukemaan toisiaan emotionaalisesti edistää potilaan henkistä selviytymistään.</p>
<p>Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytymisprosessia voivat edistää tai heikentää kontekstuaaliset tekijät, vuorovaikutustekijät, yksilölliset voimavarat, koherenssin tunne ja erilaiset selviytymisstrategiat.</p> <p>Kontekstuaaliset tekijät ovat tilannekohtaisia, mutta tärkein sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytymiseen akuutissa vaiheessa vaikuttava konteksti on sairaalan potilashuone fyysisenä, emotionaalisena ja sosiaalisena ympäristönä.</p>	<p>Potilashuoneen huomioiminen fyysisenä, emotionaalisena ja sosiaalisena ympäristönä tukee potilaan psyykkistä hyvinvointia.</p>



<p>Sydäninfarktipotilaan näkökulmasta sosiaalinen konteksti muodostuu potilastovereiden kanssa jaetusta yhteisestä huoneesta ja se voi joko edistää tilanteen hallintaa ja tasapainon saavuttamista tai heikentää sitä. Toisten potilaiden vakava sairaustilanne voi ahdistaa sydäninfarktipotilasta, sillä hän vertaa usein omaa selviytymistään toisten potilaiden selviytymiseen. Toisaalta hän voi kokea huojentavana sen, että hän ei ole yksin sairautensa kanssa.</p> <p>Potilashuone emotionaalisenä ympäristönä voi olla potilaan näkökulmasta joko rohkaiseva tai masentava.</p>	<p>Potilashuoneessa olevien potilaiden positiivinen vuorovaikutus ja suhtautuminen voivat tukea potilasta psyykkisessä hyvinvoinnissaan.</p>
<p>Aika on lyhyt ja episodinen käsite monessa mielessä, kun tarkastellaan sydäninfarktipotilaan tilannetta sairaalassa. Sydäninfarktipotilaalla ei ole tietoa osaston aikataulusta ja päiväjärjestyksestä, vaan hän kokee stressaavana, että joutuu odottamaan ja olemaan valmiina, koska ei tiedä, milloin mitään tapahtuu. Kohtaamiset potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä sekä lääkäreiden kanssa ovat lyhytkestoisia ja vaikuttavat vuorovaikutuksen sisältöön. Ajan niukkuus vähentää potilaan saaman tiedon ja tuen määrää.</p>	<p>Hoitajat voivat auttaa vähentää potilaan epävarmuutta ja stressaavuutta tuomalla tietoja sairaalan aikataulusta ja päiväjärjestyksestä.</p>
<p>Sydäninfarktipotilaan ja hänen puolisonsa selviytymiseen ja psykososiaaliseen tasapainoon pyrkimiseen vaikuttavat keskeisesti myös heidän omat emotionaaliset, kognitiiviset ja fyysiset voimavaransa. Positiivinen asenne, huumori, sisukkuus ja hengellinen vakaumus koetaan tärkeinä voimavaroina. Potilas ja puoliso eivät aina tunnista omia voimavarojaan, koska heidän ajatuksensa keskittyvät niin vahvasti sydäninfarktiin sairautena tai perhe-elämän jatkamiseen arkirutiinien toistamisena. Voimavaraistuminen ja voimaantuminen nousevat omien voimavarojen löytämisestä ja niiden</p>	<p>Hoitajat voivat auttaa vähentää potilaan epävarmuutta ja stressaavuutta tuomalla tietoja hoidon prosessista.</p> <p>Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta ja puolisonsa tunnistamaan emotionaaliset voimavarat.</p> <p>Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta ja puolisonsa tunnistamaan kognitiiviset voimavarat.</p> <p>Voimavarojen löytäminen nostaa koherenssin tunnetta.</p>

<p>kokemisesta riittävinä. Voimavarat ovat yhteydessä koherenssin tunteen ja tilanteen hallinnan kokemukseen sekä potilailla että heidän puolisoillaan.</p>	
<p><b>Tuomisto, S. 2021</b></p> <p><b>Sepelvaltimotautia sairastavien henkilöiden kokemukset perheen osallisuudesta kotona tapahtuvaan kuntoutumiseen.</b></p> <p><a href="https://trepo.tuni.fi/handle/10024/132268">https://trepo.tuni.fi/handle/10024/132268</a></p>	
<p>Hyvin toimivat ja terveet perhesuhteet edesauttavat perheenjäsenten kykyä osallistua toipumista edistävasti sairastuneen kuntoutumiseen ja vähentävät perheessä ilmenevien ongelmien todennäköisyyttä. Tämän vuoksi olisi erittäin tärkeää ottaa perhesuhteet puheeksi ennen sepelvaltimotautia sairastavan henkilön kotiutumista sekä kuntoutumisprosessin aikana.</p>	<p>Potilaan terveiden perhesuhteiden säilyminen edistää potilaan henkistä toipumista.</p> <p>Hoitajat voivat auttaa perhettä ottaa perhesuhteet puheeksi sairauden jokaisen vaiheen aikana.</p>
<p>Avoin keskustelu perheen tilanteesta terveydenhuollon henkilöstön ja sepelvaltimotautia sairastavan henkilön sekä hänen perheenjäsentensä välillä voi merkittäväällä tavalla helpottaa sairastuneen omaehtoista kuntoutumista.</p>	<p>Avoin keskustelu tilanteesta auttaa potilasta selviytymään henkisesti.</p>
<p>Perheiden tilanteet ovat yksilöllisiä ja tästä johdun olisi tärkeää tunnistaa perheen vahvuudet ja mahdollisuudet luoda mahdollisimman otolliset olosuhteet kuntoutumiselle. Kuntoutumisen tukemisen ei aina tarvitse olla kovinkaan konkreettista ollakseen hyödyksi sairastuneelle. Olennaista on turvallisuuden tunteen luominen. Toisinaan se, että ollaan vain läsnä, suhtaudutaan ymmärtäväisesti ja kuunnellaan, on todella merkityksellistä.</p>	<p>Hoitajat voivat auttaa perhettä tunnistamaan voimavarojansa.</p> <p>Hoitajat voivat tukea henkistä toipumista luomalla turvallisuuden tunne potilaalla.</p> <p>Hoitajan läsnäolo on merkityksellistä potilaan henkisessä tukemisessa.</p> <p>Hoitajan suhtautuminen ymmärtäväisesti on merkityksellistä potilaan henkisessä tukemisessä.</p>

	Hoitajan taito kuunnella potilasta on merkityksellistä potilaan henkisessä tukemisessa.
<p>Hwang, B., Eastwood, J.-A., McGuire, A., Chen, B., Cross-Bodán, R., V Doering, L. 2015</p> <p><b>Cognitive behavioural therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction.</b></p> <p><a href="#">Cognitive behavioural therapy in depressed cardiac surgery patients: role of ejection fraction - PubMed (nih.gov)</a></p>	
CBT has been reported to be safe and equally effective to antidepressants in reducing depressive symptoms in medical patients.	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) on turvallinen ja yhtä tehokas kuin masennuslääkkeet masennusoireiden vähentämiseksi.
CBT has also been shown to produce longer-lasting improvement with low relapse rates than antidepressants and to enhance the efficacy of antidepressants in combination treatment.	CBT on osoittautunut tehokkaaksi masennuksen pitkäaikaisten parannuksen saavuttamisessa.
	CBT auttaa vähentämään masennuksen uusiutumisen riskiä enemmän kuin masennuslääkkeet.
	CBT tehostaa masennuslääkkeiden vaikutusta yhdistelmähoitona.
Given the substantial evidence supporting the adverse effect of depression on short-term and long-term outcomes of cardiac surgery patients, such as recovery and survival after surgery, patients undergoing cardiac surgery need screening and treatment for depression.	Sydänleikkauksen läpikäyvät potilaat tarvitsevat masennuksen seulontaa ja hoitoa.
While further research is needed to replicate these results, our findings provide preliminary evidence that nurse-led CBT may be an efficacious treatment for depressed patients after cardiac surgery, especially for those with low EF.	Sairaanhoitajan ohjaama CBT voi olla tehokas hoitomuoto masentuneille potilaille sydänleikkauksen jälkeen.

Taulukko 4: Ilmaisujen luokitus

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>1. Tunteiden hallinta parantaa potilaan henkistä toipumista.</p> <p>8. Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ovat saaneet hyvää henkistä tukea.</p> <p>17. Sydänteho-osaston potilaat totesivat päiväkirjan auttavan heitä tukemaan henkistä toipumista.</p> <p>23. EPC-Interventio tukee potilaita henkisesti.</p> <p>32. Yksilö keskusteluaikaa sairaanhoitajan kanssa nopeuttaa osallistujien henkistä toipumista.</p> <p>47. Hoitajat voivat tukea henkistä toipumista luomalla turvallisuuden tunne potilaalla.</p>	Henkisen toipumisen tukeminen	Henkisen ja psyykkisen tuen käytänteet
<p>3. Potilaiden koulutus ja valmistautuminen auttoi ehkäisemään odottamattomien tilanteiden syntyä ja sillä helpotti psyykkistä sopeutumista uuteen arkeen.</p> <p>4. Vuorovaikutteinen työkalu auttoi potilaita henkisesti sopeutumaan sairauden tuomiin arkielämä muutoksiin.</p> <p>7. Vuorovaikutteisen työkalu auttaa potilaita paremmin hyväksymään tapahtunutta sairautta.</p> <p>9. Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat pystyivät työstämään kokemuksiaan sairaudesta.</p>	Sopeutuminen sairauden tuomiin muutoksiin	
<p>21 EPC-interventio lisäsi osallistujien itsetuottamusta.</p> <p>22 EPC-interventio lisäsi osallistujien psyykkistä voimaa.</p> <p>42 Voimavaarojen löytäminen nostaa koherenssin tunnetta.</p>	Henkisten voimaavarojen lisääminen	
<p>5. Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ovat henkisesti valmistuneet pitkään palauttamisprosessiin.</p> <p>6. Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ovat henkisesti valmistuneet vaativan palauttamisprosessiin.</p>	Henkisen valmuikseen lisääminen	

<p>12. Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaat ymmärtävät elämäntapamuutoksen tarvetta koko elämän ajan.</p>		
<p>16. Sydäntehto-osaston potilaat totesivat päiväkirjan auttavan heitä yhdistämään muistoja todellisiin tapahtumiin.</p> <p>28. Mielialapäiväkirja oli auttanut osallistujia purkamaan tunteitaan paperille.</p> <p>29. Mielialapäiväkirja korosti psyykkisiä käyttäytymismalleja, mitkä piti muuttaa henkisen hyvinvoinnin parantamiseksi.</p> <p>34. Potilaan ja hänen puolisonsa tukeminen avoimeen keskusteluun vaikeasta tilanteesta auttaa potilasta psykososiaalisessa selviytymisessä.</p> <p>45. Avoin keskustelu tilanteesta auttaa potilasta selviytymään henkisesti.</p>	<p>Henkinen selviytyminen tukeminen</p>	
<p>19. Käyttäytymisen aktivointi (behavioural activation) on auttanut parantamaan osallistujien mielialaansa.</p> <p>20. EPC-interventio paransi osallistujien mielialaa.</p> <p>30. Mielialapäiväkirja auttoi seuramaan mielialamuutoksia.</p> <p>31. Osallistujat kokivat, että yksilöaika sairaanhoitajan kanssa on ollut erittäin tärkeä heidän mielenterveydellensä.</p> <p>33. Yksilö keskusteluaikaa sairaanhoitajan kanssa vähentää mielialanlaskua.</p>	<p>Mielialan parantaminen</p>	<p>Henkisten ja psyykkisten haasteiden hallinnan käytänteet</p>
<p>15. Tehohoitopäiväkirjat voivat vähentää traumaperäisen stressireaktion esiintymistä potilaiden keskuudessa.</p> <p>51. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) on turvallinen ja yhtä tehokas kuin masennuslääkkeet masennusoireiden vähentämiseksi.</p> <p>52. CBT on osoittautunut tehokkaaksi masennuksen pitkäaikaisten parannuksen saavuttamisessa.</p> <p>53. CBT auttaa vähentämään masennuksen uusiutumisen riskiä enemmän kuin masennuslääkkeet.</p>	<p>Masennuksen vähentäminen</p>	

<p>54. CBT tehostaa masennuslääkkeiden vaikutusta yhdistelmähoitona.</p> <p>55. Sydänleikkauksen läpikäyvät potilaat tarvitsevat masennuksen seulonta ja hoitoa.</p> <p>56. Sairaanhoidajan ohjaama CBT voi olla tehokas hoitomuoto masentuneille potilaille sydänlaikkauksen jälkeen.</p>		
<p>2. Todellisten tai havaittujen uhkien äänen puhuminen on auttanut vähentämään potilaiden ahdistusta.</p> <p>14. Osaston joustavat vierailuajat vähentävät potilaiden ahdistuneisuutta.</p> <p>18. Sydäntehto-osastolla potilaille jaettava kirjallista materiaalia ympäristöstä ja osaston käytöistä vähentää ahdistuneisuutta.</p>	<p>Ahdistuneisuuden vähentäminen</p>	
<p>11. Vuorovaikutteisen työkalun avulla potilaiden pelko vammautumisesta vähentynyt.</p> <p>13. Vuorovaikutteisen työkalun avulla elämäntapamuutokseen tarve ei pelottanut potilaita.</p> <p>39. Hoitajat voivat auttaa vähentää potilaan epävarmuutta ja stressaavuutta tuomalla tietoja hoidon prosessista.</p>	<p>Pelkojen vähentäminen</p>	
<p>40. Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta ja puolisonsa tunnistamaan emotionaaliset voimavarat.</p> <p>41. Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta ja puolisonsa tunnistamaan kognitiiviset voimavarat.</p> <p>43. Potilaan terveiden perhesuhteiden säilyminen edistää potilaan henkistä toipumista.</p> <p>44. Hoitajat voivat auttaa perhettä ottaa perhesuhteet puheeksi sairauden jokaisen vaiheen aikana.</p> <p>46. Hoitajat voivat auttaa perhettä tunnistamaan voimavarojansa.</p>	<p>Sosiaalisen ja perheen tuen vahvistaminen</p>	<p>Ympäristön ja yhteisön tuen käytänteet</p>
<p>10. Vuorovaikutteisen työkalun ryhmän potilaat kokivat olonsa tervetulleeksi ja ymmärretyksi.</p>	<p>Vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa</p>	

<p>24. EPC-interventio antaa potilaille mahdollisuuden keskustella tunteistaan sairaanhoitajan kanssa.</p> <p>25. Tunteista keskusteleminen sairaanhoitajan kanssa tuo potilaille mukavaa oloa.</p> <p>26. Mahdollisuus keskustella sairaanhoitajan kanssa potilaiden henkisistä huolenaiheista tuo heille mielihyvää.</p> <p>27. Potilaat olisivat halunneet saavansa vielä enemmän aikaa keskustellakseen mielenterveysasioista.</p> <p>48. Hoitajan läsnäolo on merkityksellistä potilaan henkisessä tukemisessa.</p> <p>49. Hoitajan suhtautuminen ymmärtäväisesti on merkityksellistä potilaan henkisessä tukemisessä.</p> <p>50. Hoitajan taito kuunnella potilasta on merkityksellistä potilaan henkisessä tukemisessä.</p>		
<p>36. Potilashuoneen huomioiminen fyysisenä, emotionaalisenä ja sosiaalisena ympäristönä tukee potilaan psyykkistä hyvinvointia.</p> <p>37. Potilashuoneessa olevien potilaiden positiivinen vuorovaikutus ja suhtautuminen voivat tukea potilasta psyykkisessä hyvinvoinnissaan.</p> <p>38. Hoitajat voivat auttaa vähentää potilaan epävarmuutta ja stressaavuutta tuomalla tietoja sairaalan aikataulusta ja päiväjärjestyksestä.</p>	<p>Sairaalaympäristön vaikutus potilaan hyvinvointiin.</p>	