Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Maaria Lamminmäki ja Claudia Ljung

SYDÄNPOTILAAN MIELENTERVEYS

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitajakoulutus

2019 | 45 sivua, 6 liitesivua

Maaria Lamminmäki ja Claudia Ljung

SYDÄNPOTILAAN MIELENTERVEYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa hankittujen sydänsairauksien ja sydänsiirron vaikutuksista potilaiden mielenterveyteen sekä sydänpotilailla mahdollisesti esiintyvistä mielenterveyshäiriöistä. Tavoitteena on edistää sydänpotilaiden mielenterveyttä ja edesauttaa sydänsairaiden mielenterveyshäiriöiden varhaista tunnistamista sekä niitä ennaltaehkäisevää hoitotyötä. Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena (n=37), ja sen toimeksiantajana toimii Turun Ammattikorkeakoulu. Kirjallisuuskatsauksen kohteeksi on rajattu täysi-ikäiset hankittuja sydänsairauksia sairastavat potilaat, sydämen vajaatoimintaa sairastavat sekä sydänsiirtopotilaat.

Sydänsairaudet ja mielenterveyshäiriöt ovat Suomessa merkittäviä kansanterveydellisiä taakkoja. Näillä sairausryhmillä on todettu olevan monia yhteyksiä: ne ovat riskitekijöitä toisilleen ja voivat esiintyä usein myös samanaikaisesti. Hankittuja sydänsairauksia ovat sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt sekä hankitut läppäviat ja hankitut kardiomyopatiat.

Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä sydänsairautta sairastavilla potilailla. Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisimmin esiintyviä mielenterveyden häiriöitä sydänpotilailla. Oireet vaihtelevat lievästä vakavaan masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Lisäksi erilaiset pelkotilat sekä surun ja alakuloisuuden tunteet ovat mahdollisia. Naisilla sydänsairauksista aiheutuvat mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä kuin miehillä. Potilaan iän vaikutuksesta mielenterveyteen on keskenään ristiriitaisia tutkimustuloksia. Sydänsiirtopotilailla masennus- ja ahdistuneisuusoireet ajoittuvat enimmäkseen ensimmäisten viikkojen ajalle sydänsiirto-operaatiosta. Mahdollisesti uusiutuvat masennusjaksot esiintyvät sydänsiirtopotilailla usein samanaikaisesti somaattisen tilan heikkenemisen yhteydessä. Masennuksella ja ahdistuneisuudella on kuolleisuusriskiä sekä erilaisten liitännäissairauksien riskiä lisäävä vaikutus.

Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi huomioida ja arvioida sydänpotilaiden psyykkistä hyvinvointia fyysisen tilan rinnalla. Mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen ovat tärkeässä roolissa sydänsairautta sairastavilla potilailla. Säännöllinen seulonta on ensimmäinen askel kohti mielenterveyden häiriöitä ennaltaehkäisevää hoitotyötä.

ASIASANAT:

sydäntaudit, mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, potilaat, aikuiset

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 45 pages, 6 appendices

Maaria Lamminmäki and Claudia Ljung

THE MENTAL HEALTH OF CARDIAC PATIENTS

The purpose of this bachelor's thesis is to find out knowledge of the effects of non-congenital heart diseases and heart transplantation on patients' mental health, as well as the mental disorders which may possibly occur among cardiac patients. The aim is to promote the mental health of cardiac patients, and to assist the early recognition of mental disorders and the preventive nursing of cardiac patients. The bachelor's thesis has been executed as a descriptive literature review (n=37), and the client of the thesis is Turku University of Applied Sciences. The definitions of the descriptive literature review have been limited to adult non-congenital heart disease, heart failure and heart transplant patients.

Heart diseases and mental disorders are significant health-related burdens among the Finnish population. Many connections have been found between these diseases: they are risk factors for each other and can often occur concurrently. Coronary artery disease, arrhythmia, non-congenital valvular heart disease and non-congenital cardiomyopathy belong to the non-congenital heart diseases.

Mental disorders are common among cardiac patients: depression and anxiety are the most common mental disorders occurring. The symptoms vary from mild to severe depression and anxiety. In addition, different kinds of fears and feelings of sorrow and melancholia are possible. Mental disorders caused by heart diseases are more common among women than men. There are contradictory results regarding whether or not the cardiac patient's age has an effect on mental health. Heart transplant patients' depressive and anxiety symptoms occur mostly during the first three postoperative weeks. If the depressive or anxiety symptoms recur they often coexist with impaired somatic condition. Depression and anxiety increase mortality and comorbidity risks.

Health care workers should monitor and evaluate the psychological well-being of cardiac patients alongside the physical condition. The early recognition and intervention play an important role with cardiac patients. Regular screening is the first step towards mental disorders' preventive nursing.

KEYWORDS:

heart diseases, mental health, mental disorders, patients, adults

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO **6**

2 SYDÄNSAIRAUDET JA MIELENTERVEYS **7**

2.1 Sydänsairaus 7

2.1.1 Sepelvaltimotauti 8

2.1.2 Rytmihäiriöt 9

2.1.3 Läppäviat 10

2.1.4 Kardiomyopatiat 11

2.1.5 Sydämen vajaatoiminta 13

2.1.6 Sydämensiirto 14

2.2 Mielenterveys 15

2.2.1 Masennus 16

2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt 17

2.2.3 Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö 19

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TOTEUTUS **21**

3.1 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset 21

3.2 Opinnäytetyön toteuttaminen 21

4 TULOKSET **25**

4.1 Hankittujen sydänsairauksien vaikutus potilaiden mielenterveyteen ja kyseisillä potilailla esiintyvät mielenterveyshäiriöt 25

4.2 Sydämensiirron vaikutus potilaiden mielenterveyteen ja kyseisillä potilailla esiintyvät mielenterveyshäiriöt 30

5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS **32**

6 POHDINTA **35**

LÄHTEET **39**

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavat valittujen julkaisujen tulokset.

KUVAT

Kuva 1. (Pixabay 2017). 31

KUVIOT

Kuvio 1. Masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintyvyys sydänsairauksittain. 29
Kuvio 2. Yhteenveto opinnäytetyön tuloksista. 31

TAULUKOT

Taulukko 1. Aineistonkeruu tietokannoittain. 23

1 JOHDANTO

Sydänsairaudet kuuluvat suomalaisten kansansairauksiin. Ne muodostavat yhden suurimmista sairausryhmistä ja ovat yksi merkittävimmistä kuolinsyyn aiheuttajista Suomessa. (Mäkijärvi ym. 2011, 7; Thurman 2016, 103.) Myös mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa merkittävä kansanterveydellinen taakka (Thurman 2016, 203).

Ihminen toimii mielen ja kehon muodostamana kokonaisuutena. Ne eivät ole kuitenkaan erillisiä toimijoita, vaan monin tavoin yhteydessä toisiinsa - fyysiset sairaudet heijastuvat mieleen ja toisaalta psyyke voi sairastuttaa kehon. (Lahti 2019.) Sydänsairauksilla ja mielenterveyshäiriöillä on todettu olevan monia yhteyksiä. Masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä skitsofrenia ovat keskeisimpiä mielenterveyden häiriöitä, joiden yhteyksiä sydänsairauksien kanssa on tutkittu. (Mäkijärvi ym. 2011, 545-547.) Mielenterveyshäiriöitä sairastavilla on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin (Heiskanen ym. 2011, 299; Correll ym. 2017). Tässä opinnäytetyössä keskitytään tarkastelemaan päinvastaista asetelmaa: miten sydänsairaus vaikuttaa mielenterveyteen? Syy-seuraussuhdetta näiden välillä voi olla vaikea erottaa, sillä ne ovat toisilleen riskitekijöitä ja mahdollisia sairauden aiheuttajia.

Tässä opinnäytetyössä on rajattu kirjallisuuskatsauksen kohteeksi täysi-ikäiset hankittuja sydänsairauksia sairastavat potilaat. Hankittuja sydänsairauksia ovat sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt sekä hankitut läppäviat ja hankitut kardiomyopatiat (Mäkijärvi ym. 2011, 8). Lisäksi opinnäytetyössä perehdytään sydämen vajaatoimintaa sairastaviin potilaisiin sekä sydänpotilaisiin, joille on suunniteltu tai jo tehty sydänsiirtotoimenpide. Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, jonka taustalla voi olla useat eri sydänsairaudet, yhtenä yleisimmistä sepelvaltimotauti (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017). Sydänsiirto on äärimmäinen hoitomuoto potilaille, joilla on henkeä uhkaava sydänsairaus ja joille muut hoitokeinot ovat riittämättömiä (HUS 2019).

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, ja työn toimeksiantajana toimii Turun Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tietoa hankittujen sydänsairauksien ja sydänsiirron vaikutuksista potilaiden mielenterveyteen sekä sydänpotilailla mahdollisesti esiintyvistä mielenterveyshäiriöistä. Tavoitteena on edistää sydänpotilaiden mielenterveyden huomioimista ja edesauttaa sydänsairaiden mielenterveyshäiriöiden varhaista tunnistamista sekä niitä ennaltaehkäisevää hoitotyötä.

2 SYDÄNSAIRAUDET JA MIELENTERVEYS

2.1 Sydänsairaus

Sydän on lihaspumppu, ihmisen verenkiertoelimistön tärkein elin, jonka tehtävä on pumpata verta suureen ja pieneen verenkiertoon (Mäkijärvi ym. 2011, 8). Sydämen rakenteessa on neljä onteloa: oikea ja vasen eteinen sekä oikea ja vasen kammio (Texas Heart Institute 2019). Lisäksi sydämessä on neljä läppää: trikuspidaali-, pulmonaali-, mitraali- sekä aorttaläppä, jotka huolehtivat veren oikeasta kulkusuunnasta (Mäkijärvi ym. 2011, 8; Ahonen ym. 2016, 182; Mayo Clinic 2018a.) Terve sydän pumppaa levossa verta noin 5 l/min, ja terveen aikuisen leposyke on noin 60-80 lyöntiä minuutissa (Kettunen 2014). Säännöllinen sydämen supistelu ja terveen aikuisen normaalitason syke ovat merkkejä sydämen normaalista rytmistä eli sinusrytmistä. Syke voi nousta ja laskea ilman, että on tarvetta huolestua. (Terveyskylä 2019a.)

Sydän voi sairastua, mikä ilmenee erilaisina sydämen rakenteen muutoksina tai toiminnan häiriöinä. On myös mahdollista, että sydänsairaus on täysin oireeton. Sydänsairauksien kohdalla voidaan tehdä jako synnynnäisiin sekä hankittuihin sairauksiin. Hankittuja sydänsairauksia ovat sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt, tulehdukselliset läppäviat sekä hankitut kardiomyopatiat. (Mäkijärvi ym. 2011, 8.)

Huonot elämäntavat ovat riskitekijöinä sairastumiseen tulehdusten ja lääkkeiden käytön ohella. Näitä riskitekijöitä ovat muun muassa ylipaino, tupakointi, liikkumattomuus, epäterveellinen ruokavalio, korkea kolesterolitaso sekä sosiaaliset tekijät, kuten yksinäisyys. Myös metabolinen oireyhtymä nähdään riskitekijänä hankituille sydänsairauksille. (Thurman 2016, 104, 258.) Riskitekijöihin, joihin ei voida vaikuttaa, kuuluvat perintötekijät, sukupuoli sekä ikä (Mayo Clinic 2018a). Sydänsairauksien ennaltaehkäisyn kulmakivenä pidetään terveellisiä elintapoja. Sydämen hyvinvointia edistävien valintojen tekemiseen kuuluvat mahdollisten vaaratekijöiden tunnistaminen sekä omasta terveydestä vastuun ottaminen. Painonhallinta, tupakoimattomuus, terveellinen ravinto sekä ylipainon välttäminen kuuluvat tärkeimpien tekijöiden joukkoon sydänsairauksien ehkäisyssä. Myös positiivisen asenteen on huomattu vaikuttavan suuresti sairauksien torjumiseen. (Mäkijärvi ym. 2011, 15.)

2.1.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimot ovat sydämen ravinnon- ja hapensaannista huolehtivia valtimoita, jotka kulkevat sydämen pinnalla. Sepelvaltimotauti tarkoittaa näiden valtimoiden kovettumista, jonka aiheuttavat valtimoiden seinämiin kertyneet rasva ja sidekudos. Kovettumista eli ateroskleroosista voi kehittyä verisuoniin ahtaumia tai tukoksia, jotka vaikeuttavat tai estävät kokonaan sydänlihaksen hapen- ja ravinnonsaannin. (Suomen Sydänliitto ry 2006, 6; Mäkijärvi ym. 2011, 248-249.) Sepelvaltimotauti on Suomessa yleisin verenkiertoelimistön sairaus (Mäkijärvi ym. 2011, 248).

Sepelvaltimotaudin eri asteet ovat: stabiili sepelvaltimotauti, akuutti sepelvaltimotautikohtaus sekä ST-nousuinfarkti. Stabiilin sepelvaltimotaudin ilmenemismuoto on rasituksessa esiintyvä angina pectoris eli rintakipu. Oireen taustalla on sepelvaltimoiden seinämiä ahtauttavat kovettumat, jotka estävät sydänlihaksen riittävän verensaannin rasituksen aikana. (Mäkijärvi ym. 2011, 249-250.) Sepelvaltimon ahtautuessa äkillisesti puhutaan akuutista sepelvaltimotautikohtauksesta, jonka erilaisia kohtausmuotoja ovat epästabiili angina pectoris ja ST-nousuton infarkti. (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito –suositus, 2014.) Akuutin sepelvaltimotautikohtauksen yleisin syy on valtimon seinämän kovettumapesäkkeen repeäminen tai haavauman seurauksena muodostuva trombi (Suomen Sydänliitto ry 2006, 7). Oireisiin kuuluvat levossa alkava rintakipu tai nopeasti voimistuva rasitusrintakipu (Mäkijärvi ym. 2011, 249). ST-nousuinfarktissa sepelvaltimo tukkeutuu täysin. Oireisiin kuuluvat äkillisesti alkava, voimakas ja puristava rintakipu tai närästys. Kivut voivat säteillä myös olkavarsiin, niskaan, selkään tai leukaperiin. Lisäksi kohtaukseen saattaa liittyä pahoinvointia, tuskaisuutta, hengenahdistusta, sekavuutta, rytmihäiriöitä sekä tajunnantason alenemista. (Suomen Sydänliitto ry 2006, 7; ST-nousuinfarkti: Käypä hoito –suositus, 2011.)

Sepelvaltimotaudin diagnosoinnin perustutkimuksiin kuuluvat mm. EKG, verikokeet sekä varjoainekuvaus (Mäkijärvi ym. 2011, 248-249; NHS 2017). Sepelvaltimotautia hoidetaan ensisijaisesti lääkkein sekä elämäntapamuutoksilla. Lääkehoidolla pyritään lieventämään oireita, kohottamaan elämänlaatua ja parantamaan sairauden ennustetta. Vaikeissa tapauksissa lääkehoidon ollessa riittämätön voidaan harkita sepelvaltimoiden pallolaajennusta tai ohitusleikkaustoimenpidettä. (Suomen Sydänliitto ry 2006, 12-13; Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito –suositus, 2015; Ahonen ym. 2016, 218-220; Thurman 2016, 121.) Myös ahtaumakohtaan asetettava stentti on mahdollinen (Syvänne 2016).

2.1.2 Rytmihäiriöt

Sinussolmukkeen lähettämät sähköimpulssit pitävät yllä sydämen sykettä, ja normaalia sykettä kutsutaankin sinusrytmiksi (Ahonen ym. 2016, 268; Thurman 2016, 108). Rytmihäiriöt ovat normaalista sinusrytmistä poikkeavia epätarkoituksenmukaisia tai epäsäännöllisiä rytmejä, jotka aiheutuvat sähköimpulssien muodostumispaikan tai -nopeuden poikkeamasta tai impulssin johtumisnopeuden muutoksista (Mäkijärvi ym. 2011, 403; Ahonen ym. 2016, 269). Rytmihäiriöt eivät ole itsessään sairauksia, vaan ovat aina yhteydessä johonkin muuhun ongelmaan tai sairauteen (Thurman 2016, 108). Sydämen rytmihäiriöitä on monia erilaisia ja niiden aiheuttajat voivat vaihdella suuresti: suurin osa rytmihäiriöistä on hyvälaatuisia ja oireettomia tai varsin vähäoireisia. Satunnaiset muljahdukset tai lisälyönnit ovat harmittomia, ja niitä esiintyy lähes kaikilla ihmisillä. Toistuvat ja hankalaoireiset rytmihäiriöt vaativat kuitenkin jatkoselvittelyä. (Mäkijärvi ym. 2011, 403; Terveyskylä 2019b.) Kammiotakykardia ja -värinä ovat vakavia ja elottomuuteen johtavia rytmihäiriöitä, jotka vaativat defibrillointia, lääkehoitoa sekä muita ensihoidon keinoja (Thurman 2016, 111).

Rytmihäiriöihin kuuluvat eteisvärinä, lisälyönnit, takykardia, bradykardia, kammiovärinä sekä haarakatkokset. Yleisin näistä on eteisvärinä eli flimmeri. (Thurman 2016, 109.) Flimmeri on tavallisesti iäkkäämpien ihmisten sairaus (Eteisvärinä: Käypä hoito -suositus, 2017). Flimmerissä eteisten sähköinen toiminta on häiriintynyt, minkä seurauksena eteiset värisevät ja supistuvat tehottomasti, epäsäännöllisessä ja nopeassa rytmissä. Flimmerin aiheuttamia yleisimpiä oireita ovat tuntemus sydämen tykyttämisestä, rintakipu, hengenahdistus, huimaus, väsymys, voimattomuus sekä polyuria. Flimmeri ei ole yleensä henkeä uhkaava. Se on kuitenkin merkittävin altistava tekijä sydänperäisille embolisaatioille, sillä eteisvärinän seurauksena voi muodostua verihyytymiä, jotka saattavat lähteä liikkeelle tukkien verisuonia. (Ahonen ym. 2016, 283-284.)

Rytmihäiriöiden diagnoosin tekoon tarvitaan huolellinen anamneesi, kliininen tutkimus sekä EKG. Jatkotutkimuksina voidaan tarvittaessa tehdä potilaalle rasituskoe, EKG:n vuorokausinauhoitus sekä sydämen kaikukuvaus. (Mäkijärvi ym. 2011, 408-409). Rytmihäiriöitä voidaan hoitaa lääkkeillä, jotka vaikuttavat sydämen sähköisten hermoimpulssien toimintaan (Ahonen ym. 2016, 271; Thurman 2016, 111-112). Lääkehoidon lisäksi sydämen rytmiä voidaan korjata sähköisellä rytminsiirrolla eli kardioversiolla tai tahdistinhoidolla, jossa potilaan ihon alle asennetaan ulkoinen tahdistin. Myös katetriablaatio on mahdollinen rytmihäiriöiden hoitomuoto. (Thurman 2016, 112.)

2.1.3 Läppäviat

Sydämen neljän läpän tehtävänä on estää verenvirtaus takaisinpäin pumppausvaiheen aikana (Kettunen 2018a; Terveyskylä 2019c). Tyypillisiin hankittuihin läppävikoihin lukeutuvat läppätulehduksen eli endokardiitin, kardiomyopatian ja sydäninfarktin aiheuttamat läppäviat (Kettunen 2018a). Sairaudet ilmenevät läpissä kahdella tavalla: ahtautumina eli stenooseina tai vuotoina. Ahtaumissa läppäaukot ovat liian kapeita ja kovettuneita avautuakseen kokonaan. Vuotojen yhteydessä läpät eivät puolestaan sulkeudu täysin, minkä seurauksena veri pääsee virtaamaan väärään suuntaan. (Ahonen ym. 2016, 301; Johns Hopkins Medicine 2019.) Lievät läppäviat ovat usein täysin oireettomia. Vaikea-asteisten ahtautumien sekä vuotojen seurauksena sydänlihas suurenee työmäärän lisääntyessä ja sitä kautta menettää tehokkuuttaan, mikä voi johtaa lopulta sydämen vajaatoimintaan. On mahdollista, että oireet ovat lieviä myös vaikeissakin ahtaumissa hyvien elintapamuutosten ja ylimääräisen ponnistelun vähentämisen seurauksena. Läppävikojen tyypillisiin oireisiin kuuluvat rasituksessa ilmenevä hengenahdistus sekä rasitusrintakipu. Muita oireita ovat esimerkiksi turvotukset raajoissa tai vatsassa, väsymys, sydämentykytys, huimaus, kuume sekä nopeasti nouseva paino. (Johns Hopkins Medicine 2019.)

Diagnoosi tehdään kliinisen tutkimuksen perusteella. Kliinisen tutkimisen lisäksi perustutkimuksiin kuuluvat EKG, thorax eli keuhkoröntgenkuva, ultraäänitutkimus sekä perusverikokeet. (Syvänne 2014a; Ahonen ym. 2016, 303.) Parantavana hoitona läppävikojen kohdalla ovat leikkaus tai vastaavasti katetriteitse tehtävä toimenpide. Elintavoilla ei saada parantavaa vaikutusta, mutta niitä tulisi suosia mahdollisten oireiden lieventämiseksi. Leikkaus on potilaalla edessä, kun läppävika on vaikea-asteinen, potilaalla on oireita ja niiden katsotaan johtuvan itse läppäviasta. Leikkaus tehdään joko läppää korjaten tai asentamalla tekoläppä. (Syvänne 2014b.)

Yhtenä yleisimpiin läppävikoihin kuuluu aorttaläpän ahtauma, jota esiintyy erityisesti iäkkäämmillä vähitellen aiheutuneen läpän rappeutumisen seurauksena. Ensioireena esiintyy rasitusrintakipua, joka johtuu liiallisesta painekuormituksesta vasemmassa kammiossa. Aorttaläpän ahtauman hoitona käytetään ensisijaisesti läppäleikkausta. (Mäkijärvi ym. 2011, 355-357; Syvänne 2014c.) Aorttaläpän vuodossa syynä on läpän poikkeava rakenne tai aortan tyven laajeneminen, jolloin läppäaukko ei sulkeudu kokonaisuudessaan. Aorttavuoto on hyvinkin pitkään oireeton vasemman kammion sietäessä tilavuuskuormitusta hyvin. Taudin edetessä ilmaantuu yleensä sydämen vajaatoiminnan oireita.

(Syvänne 2014d.) Toinen yleisimmistä aikuisten läppävioista on hiippaläpän vuoto, joka aiheutuu esimerkiksi sydämen laajentuessa, sydäninfarktin tai endokardiitin seurauksena. Läppävikaa on seurattava säännöllisesti sen vaihtelevan etenemisen vuoksi. Vuoto on mahdollista korjata leikkaushoidolla. (Kettunen 2018a.) Hiippaläpän ahtauma eli mitraalistenoosi esiintyy reumakuumeen jälkitautina, minkä vuoksi se on Suomessa hyvin harvinainen. Reumakuume saa aikaan läppäpurjeiden arpeutumisen ja kalkkiutumisen, minkä takia veren virtaus kammioon hankaloituu. Mitraalistenoosipotilailla esiintyy eteisvärinää, joten on erityisen tärkeää havaita potilailla sydämentykytykset suuren embolia- ja aivohalvausriskin takia. Mahdollinen hoitomuoto mitraalistenoosipotilaalle on pallolaajennus leikkaushoidon ohella. (Mäkijärvi ym. 2011, 351-352.)

Hiippaläpän ahtauman tavoin kolmoispurjeläpän ahtauma on reumakuumeen jälkitaudin aiheuttama. Kolmoispurjeläpän vuodon aiheuttajana esiintyy keuhkovaltimopaineen kohoaminen. Vaikea-asteinen läppävika aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa sydämen oikealla puolella. Turvotusten ja vajaatoimintaoireiden hoitoon voidaan käyttää nesteenpoistolääkkeitä, muuten vaikea-asteiselle kolmoispurjeläpän vuodolle suositellaan leikkaushoitoa. Keuhkovaltimoläpän ahtauma sekä vuoto ovat lähes aina synnynnäisiä ja sen lisäksi hyvin harvinaisia Suomessa. (Mäkijärvi ym. 2011, 360-361.)

2.1.4 Kardiomyopatiat

Kardiomyopatiat eli sydänlihassairaudet ovat sairauksia, jotka jollakin tavalla muuttavat sydänlihaksen normaalia rakennetta, kokoa tai toimintaa kroonisesti. Kardiomyopatiat ovat joko synnynnäisiä tai hankittuja. (Mäkijärvi ym. 2011, 380.) Samoin kuin monet muutkin sydänsairaudet, kardiomyopatiat voivat olla oireettomia (Kettunen 2018b). Ensioireina esiintyy kuitenkin fyysisen suorituskyvyn laskua, sydämentykytyksiä sekä rytmihäiriöitä, joista yleisimmät sydänlihassairautta sairastavilla ovat eteisvärinä ja kammioperäiset rytmihäiriöt (Mäkijärvi ym. 2011, 380; Hekkala 2018a). Sydänlihaksen jo heikennyttyä potilas voi sairastua sydämen vajaatoimintaan, rytmihäiriöihin tai sydämen läppävikaan (American Heart Association 2016).

Kardiomyopatiat voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: dilatoivaan, hypertrofiseen ja restriktiiviseen kardiomyopatiaan (Suomen Sydänliitto 2019). Näiden lisäksi puhutaan myös sydämen oikean kammion kardiomyopatiasta (Suomen Sydänliitto 2019) sekä takotsubokardiomyopatiasta (Hekkala 2018b). Kardiomyopatian taustasyinä voivat olla perinnöllisyys, sydäntä vaurioittava infektio, alkoholin liikakäyttö tai sydänkohtaus (Mäkijärvi ym.

2011, 379; Department of Health 2019). Diagnostiikka perustuu yleisimmin sydämen ultraäänitutkimukseen, potilaan oireisiin, sukuhistoriaan sekä kliinisen tutkimisen löydöksiin (Mäkijärvi ym. 2011, 379). Hoitona sydänlihassairauksiin käytetään sydämen vajaatoiminnan ja rytmihäiriöiden hoitomuotoja, niihin tarkoitettua lääkitystä sekä mahdollisesti asennettavaa tahdistinta. Ennuste vaihtelee merkittävästi riippuen sairauden aiheuttajasta. Sydämensiirto on hoitomuotona äärimmäisissä tapauksissa, joissa ennuste on ilman siirtoa huono. (Hekkala 2018a; Suomen Sydänliitto 2019.)

Dilatoivalle kardiomyopatialle eli sydäntä laajentavalle sydänlihassairaudelle tyypillistä on vasemman kammion laajeneminen ja sitä kautta heikentynyt supistus- ja pumppauskyky (Kettunen 2018b). Kyseisen sairauden yhteydessä esiintyy sydämen vajaatoiminnan oireita, joihin kuuluvat esimerkiksi heikentynyt rasituksensieto, väsymys, hengenahdistus sekä turvotukset (Ahonen ym. 2016, 309). Hypertrofinen kardiomyopatia eli sydänlihaksen paksuuntuminen on useimmiten perinnöllinen sairaus, jossa vasemman ja oikean kammion väliseinä paksuuntuu moninkertaisesti vaikeuttaen sydämen pumppaustoimintaa (National Heart, Lung and Blood Institute 2019; Suomen Sydänliitto 2019). Restriktiivinen kardiomyopatia eli sydänlihasta jäykistävä sairaus on harvinaisin kardiomyopatioista. Sairaus saa aikaan sydämen seinämien jäykistymisen, minkä seurauksena sydänlihas ei enää veny tai täyty normaalisti estäen normaalin pumppaustehon. (Kettunen 2018b.) Restriktiivinen kardiomyopatia on ennemminkin oireyhtymä, erilaisten tautien lopputilojen ilmentymä, eikä itsenäinen sairaus (Ahonen ym. 2016, 312). Sydämen oikean kammion kardiomyopatia on harvinainen nuoremmilla esiintyvä kardiomyopatian tyyppi, jota esiintyy, kun oikean kammion seinämä korvautuu rasva- ja sidekudoksella osittaisesti. Tämä johtaa sydämen sähköisten signaalien häiriöihin aiheuttaen oireina rytmihäiriöitä ja tajuttomuuskohtauksia, jopa äkkikuoleman. (National Heart, Lung and Blood Institute 2019; Suomen Sydänliitto 2019.) Takotsubo muistuttaa ilmiönä sydäninfarktia, jonka oireina esiintyy äkillinen puristava rintakipu. Sydäninfarktista poiketen takotsubo ei aiheudu tukkeutuneista valtimoista. Kohtauksen aikana osa sydämestä ei supistele kunnolla. Takotsubon syntymekanismia ei tunneta vielä hyvin. Kohtauksen taustalla on todennäköisesti sympaattisen hermoston äkillinen aktivoituminen voimakkaan tunnekokemuksen seurauksena. (Hekkala 2018b.)

2.1.5 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta ei ole itsessään sydänsairaus vaan oireyhtymä, jossa sydämen pumppaustoiminta on riittämätöntä elimistön tarpeisiin nähden. Elimistö ei saa tarpeeksi hapekasta verta käyttöönsä pumppauksen heikentymisen takia, mikä puolestaan johtaa hypoksiaan eli kudosten hapenpuutteeseen ja mahdollisiin toimintahäiriöihin eri elimissä. (Ahonen ym. 2016, 251.) Akuutista sydämen vajaatoiminnasta puhutaan vajaatoiminnan ensi-ilmentymän tai kroonisen vajaatoiminnan pahenemisvaiheen kohdalla. Akuutissa vajaatoiminnassa oireet kehittyvät tai pahenevat lyhyen ajan sisällä, minkä seurauksena sairaalahoito on tarpeellista. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017.) Sydämen vajaatoimintaan johtavat yleisimmin sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt, kohonnut verenpaine sekä sydäninfarkti. Riskitekijöinä esiintyy näiden sydänsairauksien ja -tapahtumien lisäksi läppäviat, sydänlihassairaudet, toksisten aineiden käyttö sekä geneettinen alttius. Sydämen vajaatoimintaa esiintyy Suomen koko väestössä 1-2 %:lla, esiintyvyys yleistyy iän myötä. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017; Kettunen 2018c.) Ennuste sydämen vajaatoimintaa sairastavilla on yleensä epäsuotuisa (Mäkijärvi ym. 2011, 305).

Yleisimmin vajaatoiminta on vasemman kammion sairaus. Vasemman kammion vajaatoiminnat voidaan jakaa kahteen tyyppiin: systoliseen ja diastoliseen sydämen vajaatoimintaan. Pääasiallisia oireita näille ovat hengenahdistus sekä väsymys rasituksessa. Sydämen oikeanpuoleinen vajaatoiminta puolestaan aiheuttaa alaraajoissa sekä suolistossa ja maksassa turvotuksia. Tämä näkyy painon nousuna ja siihen voi liittyä lisäksi myös ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia. (Thurman 2016, 107; American Heart Association 2017; Kettunen 2018c.)

Diagnosointi perustuu sydämen vajaatoiminnan tyypillisten oireiden tunnistamiseen sekä perustutkimuksiin, joihin kuuluvat EKG, sydämen ultraääni, thorax, sepelvaltimoiden varjoainekuvaus sekä perusverikokeet. Näiden lisäksi voidaan tehdä esimerkiksi kliininen rasituskoe, isotooppitutkimus sekä muita tarkentavia tutkimuksia tai toimenpiteitä. (Ahonen ym. 2016, 256; Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017.) Sydämen vajaatoiminnan hoidossa pyritään ehkäisemään ja hoitamaan vajaatoimintaa aiheuttavaa sydänsairautta elintapahoidolla, lääkehoidolla tai mahdollisilla leikkauksilla. Näiden lisäksi potilaan omahoidon tukeminen sekä muu vertaistuki ovat suuressa roolissa. Lääkehoidolla pyritään estämään sairauden eteneminen sekä parantamaan ennustetta, johon eniten vaikuttavat beetasalpaajat ja ACE:n estäjä. (Kettunen 2018c.)

2.1.6 Sydämensiirto

Sydämensiirto on vaikean sydämen vajaatoiminnan äärimmäinen hoitokeino, kun muut hoitomuodot ovat käyneet riittämättömiksi ja tehottomiksi. Taustalla voi olla esimerkiksi sydänlihasta ohentava sairaus, pitkälle edennyt sepelvaltimotauti, hengenvaarallinen rytmihäiriö, vaikea läppävika tai muu, synnynnäinen sydänvika. (Ahonen ym. 2016, 261; HUS 2019.) Lukumääräisesti sydämensiirtoja tehdään Suomessa vuosittain noin 20-30 (Ahonen ym. 2016, 262; Harjula 2017). Sydämensiirto-operaatiot onnistuvat usein hyvin: noin 90% sydänsiirtopotilaista on elossa vuoden päästä operaatiosta, 85% viiden vuoden päästä (HUS 2019) ja 30% yli 20 vuoden päästä sydänsiirrosta (Ahonen ym. 2016; 262). Sydämensiirtoon valmistautuminen, toimenpide sekä siitä toipuminen on pitkä prosessi (Harjula 2017).

Sydämensiirtotoimenpidettä ei tehdä, jos jokin tai jotkin seuraavista vasta-aiheista toteutuvat: potilaan alkoholi- tai huumeriippuvuus, tupakointi, lääkkeiden väärinkäyttö, epävakaassa tilassa oleva psyykkinen sairaus, heikko hoitomyöntyvyys, korkea ikä (yli 65-70 vuotta), vasta sairastettu syöpä, vaikea infektio, verenkierron vastus tai peruuttamaton munuaisten tai maksan vajaatoiminta (HUS 2019). Mikäli sydänsiirto kuitenkin todetaan aiheelliseksi ja mahdolliseksi, potilas pääsee sydänsiirtolistalle, jossa on potilaita tavallisesti noin 20-30. Odotus kestää keskimäärin 1-6 kuukautta. (Harjula 2017.) Sydämen luovuttajan sekä vastaanottajan veriryhmien on sovittava yhteen. Luovutettava sydän säilyy siirtokelpoisena muutaman tunnin. Toimenpidettä seuraavat noin viikon tehohoitoja muutaman viikon osastohoitojakso, joiden jälkeen potilas pääsee kotiin, mikäli kaikki on sujunut hyvin. (Ahonen ym. 2016, 262.)

Sydämensiirtotoimenpiteen jälkeen potilas tarvitsee elinikäisen lääkehoidon, jolla pyritään erityisesti ehkäisemään kudosten hyljintäreaktioita. Hyljintäreaktioita seurataan sydänlihasbiopsioilla, joita otetaan toimenpiteen jälkeisten kahden vuoden aikana noin 12 kertaa, suunnitellun ohjelman mukaan. Jos kudosten hyljintään viittaavia löydöksiä tai oireita ei ole, sydänlihasbiopsioita otetaan tästä eteenpäin kerran vuodessa. Hyljintäriski on suurin ensimmäisen vuoden aikana leikkauksesta mutta mahdollinen milloin tahansa. Hyljinnänestolääkityksen seurauksena potilaan elimistön immuunipuolustus heikkenee ja infektioriski kasvaa. Infektioita pyritään torjumaan antibioottilääkityksellä sekä huolehtimalla kattavasta rokotussuojasta. Myös korkea verenpaine on monen sydämensiirtopotilaan vaiva, sillä hyljinnänestolääkkeillä on verenpainetta nostava vaikutus. (Mäkijärvi ym. 2011, 337-338.)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys määritellään hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää oman potentiaalinsa, pystyy käsittelemään elämään kuuluvia haasteita ja työskentelemään tuloksekkaasti sekä kykenee ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2014). Mielenterveys koostuu useista tekijöistä, kuten yksilöllisistä, vuorovaikutuksellisista, yhteiskunnallisista ja kulttuurisista tekijöistä (Kuhanen ym. 2013, 16). Mielenterveys ei ole stabiili tila, vaan muuttuu ja kehittyy alati koko ihmisen elämän ajan erilaisten elämäntilanteiden myötä (Mental Health Foundation 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a).

Mielen tasapainoa voivat järkyttää esimerkiksi suuret elämänmuutokset, oma tai läheisen sairaus, yllättävät tapahtumat ja pettymykset. Mielenterveyden kuormittuessa liikaa yksilön voimavaroihin nähden ihminen voi sairastua mielenterveyshäiriöön. (Kuhanen ym. 2013, 16; Suomen Mielenterveysseura 2019a.) Mielialan vaihtelut sekä muut erilaiset mielen oireilut ovat ajoittain esiintyvinä osa jokaisen ihmisen elämää, mikä vaikeuttaa mielenterveyshäiriön määrittelemistä. Häiriöstä voidaan kuitenkin puhua mielialan, tunteiden, ajatuksien tai käytöksen vaikuttaessa toimintakykyä alentaen, ihmissuhteita haitaten, kärsimystä aiheuttaen tai ihmisen täysin lamauttaen. (Kuhanen ym. 2013, 180; Huttunen 2017.) Mielenterveyden häiriöitä ovat mm. masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, psykoosi, persoonallisuushäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt sekä erilaiset fobiat (Cherry 2018; Mielenterveyden keskusliitto 2019; Suomen Mielenterveysseura 2019a).

Mielenterveyttä tulee ylläpitää ja huoltaa aivan kuten fyysistäkin terveyttä. Mielenterveyden häiriöitä voidaan ennaltaehkäistä vahvistamalla niin sanottuja sisäisiä ja ulkoisia suojaavia tekijöitä. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat mm. sosiaalinen tuki ja myönteiset ihmissuhteet, fyysinen terveys, hyvä itsetunto, ongelmanratkaisutaidot ja kyky käsitellä ristiriitoja. Ulkoisiin suojaaviin tekijöihin kuuluvat puolestaan esimerkiksi turvallinen elinympäristö, koulutusmahdollisuudet, työ ja toimeentulo sekä vaikuttamismahdollisuudet. (Suomen Mielenterveysseura 2019b.)

Seuraavissa kappaleissa keskitytään masennukseen, ahdistuneisuuteen, skitsofreniaan ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, jotka kuuluvat yleisimpiin mielenterveyshäiriöihin Suomessa (THL 2019b). Masennusta ja ahdistuneisuutta on käsitelty enemmän, sillä kyseiset mielenterveyden häiriöt nousivat opinnäytetyön tuloksissa esille. Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö on koottu omaksi kappaleekseen.

2.2.1 Masennus

Jokainen tuntee elämänsä aikana hetkellistä ja ohimenevää masennuksen tunnetta ja alakuloisuutta. Tämä kuuluu ihmisen normaaleihin mielialojen vaihteluihin - ohimenevät masennuksen tunteet eivät vielä tarkoita, että olisi sairastunut masennukseen. Masennustilasta puhutaan, kun masentunut mieliala on kestoltaan säilynyt viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Masennustilat kuuluvat yhtenä keskeisiin kansanterveydellisiin ongelmiin, Suomessa vuosittain noin 5% eli 250 000 aikuista sairastaa depressiota. Kaikki depressiota potevat eivät hae aktiivisesti hoitoon, mikä selittää masennuksen vaikean tunnistamisen. (Heiskanen ym. 2011, 14.) Suomessa arvioidaan tapahtuvan vuosittain noin 600 masennuksesta aiheutuvaa itsemurhaa (Tarnanen ym. 2016).

Yleisimmät oireet masennustilalle ovat masentunut mieliala ja vaikeus tuntea mielihyvää tai mielenkiintoa (Heiskanen ym. 2011, 8; American Psychiatric Association 2017a). Alentuneen mielialan lisäksi masennustilan diagnosointi edellyttää muita samanaikaisia oireita, joita ovat esimerkiksi merkittävä painonnousu tai -lasku, unettomuus tai lisääntynyt unentarve, päivittäinen väsymys tai voimattomuus, arvottomuuden tai kohtuuttomat syyllisyyden tunteet, vaikeudet ajatella tai keskittyä, sekä kuolemaan liittyvät mielikuvat tai itsemurha-ajatukset (American Psychiatric Association 2017a; Huttunen 2018a). Usein masennustilaan liittyy myös lisääntyvissä määrin ahdistuneisuutta sekä alkoholin käyttöä (Huttunen 2018a). Masennustila on sairaus, joka vaikuttaa monin tavoin myös ihmisen elämään, kuten kykyyn tehdä työtä tai käydä koulua, ylläpitää ihmissuhteita ja ylipäänsä selviytyä jokapäiväisestä arjesta (Heiskanen ym. 2011, 8).

Masennustila on tavallisin mielialahäiriö, muuttuva monitekijäinen sairaus, joka voi uusiutua tai kroonistua pysyväksi (THL 2015). Masennustilan takana ei ole vain yhtä aiheuttajaa tai syytä, vaan tila kehittyy erilaisten biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Yleisimmin tila saa alkunsa kriisistä, loukkauksesta, pettymyksestä, vaikeasta uupumuksesta tai menetyksestä. Riskitekijöinä menetysten ja raskaiden pettymysten ohella ovat muun muassa perinnöllinen alttius, naissukupuoli, lapsen saaminen, hormonaaliset muutokset sekä jokin muu mielenterveyshäiriö. (Heiskanen ym. 2011, 8-11.)

Masennustilan diagnosointi tehdään lääkärintutkimuksen perusteella arvioiden esiintyvien oireiden lukumäärää. Diagnoosi voidaan tehdä, kun oireet esiintyvät potilaalla riittä-

vän vaikeina päivittäin ja yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan. Masennustila voidaan oireiden määrän mukaan jakaa kolmeen eri vaikeusasteeseen: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Näiden vaikeusasteiden lisäksi puhutaan psykoottisesta masennustilasta, jossa masennusoireiden lisäksi oireina esiintyy aistiharhoja, harhaluuloja tai depressiivistä stuporia eli sulkutilaa, jossa potilas on täysin pysähtynyt ja reagoimaton. Arviota masennuksesta voidaan tehdä myös erilaisten oiremittareiden, kuten Beckin depressioasteikon (BDI) avulla. (Depressio: Käypä Hoito -suositus, 2016.)

Hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: akuuttivaiheen hoitoon, jatkohoitoon sekä ylläpitohoitoon (Depressio: Käypä Hoito -suositus, 2016). Näiden lisäksi on muistettava depression itsehoito, jossa pyritään välttämään eristäytymistä erilaisista sosiaalisista tilanteista sekä pitämään kiinni normaaleista päivärutiineista, kuten säännöllisestä liikunnasta. Itsehoitoa helpottavat läheisten ja ystävien tuoma tuki ja ymmärrys. (Huttunen 2018a.) Hoito erikoissairaanhoidossa on yleensä tarpeen, jos potilaalla on vaikea, psykoottinen tai lääkeresistentti masennus, potilas on vaikeasti monihäiriöinen tai itsetuhoinen, tai jos depressio uhkaa potilaan pidempiaikaista työ- ja toimintakykyä. Erityisesti keskivaikeissa ja vaikeissa masennustiloissa hoitona käytetään depressiolääkitystä. Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa hoitomenetelmänä käytetään psykoterapiaa. Erityisesti jo kroonistuneiden tilojen kohdalla hoidon paras tulos saadaan useimmiten eri hoitomuotoja yhdistelemällä. (Heiskanen ym. 2011, 25.) Mitä vaikeammasta masennustilasta on kyse, sitä tärkeämpää on käyttää lääkehoitoa (THL 2015). Hoitomuotoina toimivat myös depressiokoulu sekä aivojen sähköhoito (Hietaharju & Nuuttila 2016, 44).

2.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan tunnetilaa, jossa henkilö tuntee esimerkiksi huolta tai pelkoa nykyhetkestä tai tulevaisuuteen liittyvistä tilanteista (Huttunen 2018b). Ahdistuneisuuden tunne on terve ominaisuus jokaisen elämässä. Pidempään jatkuessa ahdistuneisuuden tunne kuitenkin heikentää henkilön toiminta- ja vuorovaikutuskykyä, jolloin on kyse psykiatrisesta oireesta. Ahdistus voi esiintyä hetkellisenä oireena, kohtauksina tai jatkuvana oireiluna. (Nuorten Mielenterveystalo 2019.) Ahdistuneisuus voi olla seurausta erilaisten lääkkeiden käytöstä tai somaattisista sairauksista. Ahdistuneisuuteen liittyy somaattisia oireita, joita ovat esimerkiksi sydämentykytykset, verenpaineen kohoaminen, huimaus, hikoilu, ruokahaluttomuus ja vapina. Ahdistuneisuuden luonne vaihtelee suuresti lievästä jännityksestä paniikinomaisiin pelkotiloihin. (Huttunen 2018b.)

Psyykkisistä oireista ahdistuneisuus on yksi yleisimmistä (Holmberg 2016, 39). Diagnoosi perustuu psykiatriseen haastatteluun (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä Hoito -suositus, 2019). Hoitona ahdistuneisuushäiriöihin ovat lääkehoito ja psykoterapia (Hietaharju & Nuuttila 2016, 34; Mayo Clinic 2018b). Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireiset häiriöt sekä traumaperäinen stressihäiriö (Holmberg 2016, 39; Beyond Blue 2019).

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö tarkoittaa pitkäaikaisesti jatkuvaa ahdistuneisuutta, johon liittyy lähes päivittäinen huoli, pelko tai ahdistus erilaisissa toiminnoissa eri elämänalueilla vähintään kuuden kuukauden ajan (Hietaharju & Nuuttila 2016, 34; THL 2019c). 5% ihmisistä kärsii kyseisestä häiriöstä jossakin elämänsä vaiheessa (Huttunen 2018c). Oireet esiintyvät esimerkiksi levottomuutena, unihäiriöinä, hikoiluna, jännittyneisyytenä tai ärtyneisyytenä. Voimakkaasti koetut oireet voivat johtaa erilaisiin haittoihin sekä sosiaalisilla että toiminnallisilla alueilla. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 34; Huttunen 2018c.) Paniikkihäiriöissä esiintyy toistuvia ahdistuskohtauksia, joita on mahdoton ennakoida niiden kehittyessä hyvin äkillisesti. Oireina kohtauksen saaneella henkilöllä esiintyy sydämentykytyksiä, hengenahdistusta, hikoilua, vapinaa sekä pahoinvointia. Kohtaukseen liittyy myös voimakasta kuolemanpelkoa. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 35; Holmberg 2016, 40.) Suomen väestöstä paniikkihäiriötä esiintyy noin 2-4%:lla (Hietaharju & Nuuttila 2016, 35-36).

Sosiaalisten tilanteiden pelkoa esiintyy Suomessa jopa 10%:lla (Hietaharju & Nuuttila 2016, 36). Pelko liittyy ahdistaviin kokemuksiin ja tätä kautta ajaa ihmisen usein välttämiskäyttäytymiseen (Kuhanen ym. 2013, 222). Pakko-oireisessa häiriössä esiintyy pakonomaisia ajatuksia sekä käyttäytymistä. Ajatukset ovat toistuvia ja häiritseviä, mikä puolestaan johtaa ahdistuksen tunteeseen. Pakkotoiminnoista sairastunut tuntee olevansa jollakin tavalla pakotettu tekemään toimintansa ahdistusta vähentääkseen. Tavallisimmat pakkoajatukset liittyvät likaan, symmetriaan, tarkkuuteen, aggressiivisuuteen, seksuaalisuuteen tai uskontoon. Pakkotoiminnat liittyvät puolestaan pakonomaiseen peseytymiseen, tarkistamiseen, toistamiseen, järjestämiseen tai hamstraamiseen. (Mielenterveystalo 2019.) Traumaattinen stressihäiriö kehittyy esimerkiksi oman tai toisen ihmisen loukkaantumisen, kuoleman tai niiden uhan seurauksena, mikä aiheuttaa henkilölle voimakasta ahdistusta ja kauhua. Oireina kuuden kuukauden sisällä esiintyy kyseisen trauman jatkuva uudelleen eläminen esimerkiksi unessa tai takaumissa. Trauman kokeneella henkilöllä voi esiintyä myös muistivaikeuksia, ylivireyttä, psyykkistä herkistymistä sekä muita psyykkisiä häiriöitä. (Holmberg 2016, 41-42.)

2.2.3 Skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö

Skitsofrenia on vakava psyykkinen sairaus, johon kuuluu psykoottista oireilua (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Sairaus vaikuttaa ihmisen kykyyn toimia sosiaalisissa tilanteissa sekä selviytyä arkipäivän askareista (Suomen Mielenterveysseura 2019c). Skitsofreniaan sairastuvat ovat usein taustaltaan sosiaalisesti eristäytyneitä, alemmista sosiaaliryhmistä ja naimattomia. Myös päihteiden käyttö liittyy monesti kaksoishäiriönä skitsofreniaan. Skitsofrenian puhkeamisen taustalla on vahva geneettinen alttius. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 80-81.) Ensiasteen sukulaisen skitsofrenia on merkittävin sairastumista ennakoiva riskitekijä (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Skitsofrenian synnyn voidaan myös ajatella noudattavan stressialttiusmallia, jonka mukaan henkilön sisäiset tai ulkoiset stressinaiheuttajat edesauttavat sairauden laukeamista. Viime vuosien tutkimusten avulla on saatu selville, että skitsofrenian taustalla voivat olla myös sikiöaikaisten tai varhaisten kehitysvaiheiden aikaisten tapahtumien aikaansaamat aivojen rakenne- tai toimintahäiriöt. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 80.) Suomessa skitsofreniaa sairastaa noin yksi prosentti väestöstä (Thurman 2016, 218; THL 2018).

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin sisältyvät erilaiset aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita ovat puolestaan apaattisuus, tunne-elämän latistuminen, verbaalisen ulosannin köyhtyminen, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, tahdottomuus sekä vetäytyminen sosiaalisesta kanssakäymisestä. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 82-83.) Lisäksi skitsofreniaa sairastavilla voi esiintyä kognitiivisia vaikeuksia, kuten tarkkaavaisuuden, havainnoinnin, muistin ja tiedon prosessoimisen häiriöitä. Skitsofrenian diagnosointi perustuu potilaalla sekä potilaan suvussa esiintyvien oireiden ja toimintakyvyn kehityksen esitietoihin psykiatrisen ja somaattisen tutkimuksen rinnalla. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015.) Hoidossa hyödynnetään lääkkeitä, psykoterapiaa sekä muita sosiaalisia tukimuotoja (American Psychiatric Association 2017b; Suomen Mielenterveysseura 2019c).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa vaihtelevat depressio- ja maniajaksot. Bipolaarihäiriötä sairastavalla mielialat voivat vaihdella äärimmillään syvästä masennuksesta maniaan, minkä lisäksi välissä voi olla täysin oireettomia tai lieväoireisia jaksoja. Myös niin sanotut sekajaksot, joiden aikana esiintyy samanaikaisesti sekä masennus- että maniaoireita, ovat mahdollisia. Joillakin maniajaksot voivat olla lievempiä, jolloin puhutaan hypomaniasta. (Hietaharju &

Nuuttila 2016, 55- 56; Holmberg 2016, 29; Huttunen 2018d; Suomen Mielenterveysseura 2019d.) Taipumus sairastumiseen on perinnöllinen, myös ympäristötekijät voivat altistaa sairastumiselle: esimerkiksi lapsuusiän traumaattinen kokemus, lapsen synnyttäminen tai muu stressaava elämäntapahtuma voivat olla laukaisemassa oirejaksoja (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013). Suomessa bipolaarihäiriötä sairastavia on noin 1,2% aikuisväestöstä (Hietaharju & Nuuttila 2016, 55; Huttunen 2018d).

Masennusjakson aikana henkilö saattaa kärsiä esimerkiksi masentuneesta mielialasta, univaikeuksista ja ruokahaluttomuudesta sekä kokea syvää väsymystä, keskittymiskyvyn puutetta, mielihyvän kokemisen puutetta tai toivottomuutta (Hietaharju & Nuuttila 2016, 55-56; Suomen Mielenterveysseura 2019d). Maniajaksot alkavat usein äkillisesti ja ne ovat masennustiloihin verrattuna helpommin tunnistettavissa. Maanisen henkilön harkintakyky on tavallisesti heikentynyt tai olematon, mikä voi ilmetä esimerkiksi hyvin aktiivisena ja impulsiivisena toimintana, epärealistisen hyvänolon ja voimakkuuden tuntemuksena, uhkarohkeutena, sosiaalisena estottomuutena, fyysisenä rauhattomuutena, lisääntyneenä seksuaalisena halukkuutena ja holtittomuutena sekä vähentyneenä unentarpeena. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 57; Holmberg 2016, 30; Suomen Mielenterveysseura 2019d.) Hypomaniajaksot ovat maniajaksojen kaltaisia, mutta lieväoireisempia kausia (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013; Suomen mielenterveysseura 2019d). Diagnosointi perustuu huolelliseen anamneesin sekä kliinisen tutkimuksen tekoon (Kuhanen ym. 2013, 215-216; National Alliance on Mental Illness 2017). Hoito perustuu lääkehoidon sekä lääkkeettömien hoitokeinojen yhdistämiseen niin, että ne tukevat potilaan yksilöllisiä tarpeita mahdollisimman hyvin (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013). Psykososiaalisessa hoidossa hyödynnetään sekä yksilö- että ryhmämuotoisia menetelmiä (Holmberg 2016, 31).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TOTEUTUS

3.1 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa hankittujen sydänsairauksien ja sydämensiirron vaikutuksista potilaiden mielenterveyteen sekä sydänpotilailla mahdollisesti esiintyvistä mielenterveyshäiriöistä. Tavoitteena on edistää sydänpotilaiden mielenterveyden huomioimista ja edesauttaa sydänsairaiden mielenterveyshäiriöiden varhaista tunnistamista sekä niitä ennaltaehkäisevää hoitotyötä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hankitut sydänsairaudet vaikuttavat potilaiden mielenterveyteen ja mitä mielenterveyshäiriöitä kyseisillä potilailla mahdollisesti esiintyy?
2. Miten sydämensiirto vaikuttaa potilaiden mielenterveyteen ja mitä mielenterveyshäiriöitä kyseisillä potilailla mahdollisesti esiintyy?

3.2 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on luonteeltaan aineistolähtöistä tutkittavan ilmiön kuvaamista (Kangasniemi ym. 2013, 298). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka nimensä mukaisesti kertoo tai kuvailee kyseiseen aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusmateriaalia (Suhonen ym. 2016, 9). Pyrkimyksenä on saada yleiskatsaus tutkittavasta aiheesta ja kartoittaa, mitä jo olemassa olevia aineistoja ja tutkimuksia on. Kyseessä on siis metodi, jolla tutkitaan ja syntetisoidaan jo tehtyjä tutkimuksia. Yleisen katsauksen luomisen ohella kirjallisuuskatsaukseen kuuluu aineiston analysointi ja kriittinen tarkastelu. Ilmiöitä voidaan kuvata tarvittaessa laajasti tai ilmiön ominaisuuksien mukaan tarkemmin luokitellen. Tutkimuskysymykset voivat olla väljempiä kuin muissa kirjallisuuskatsaustyypeissä. (Salminen 2011, 6.)

Opinnäytetyössä käytettiin lähteinä tieteellisesti luotettavia julkaisuja. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia Turun Ammattikorkeakoulun tarjoamia tietokantoja: Cinahl Complete,

Medic, PubMed ja Medline. Lisäksi tietoa haettiin tieto- ja oppikirjoista sekä verkkojulkaisuista. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman ajankohtaisia julkaisuja ja tietolähteitä. Lähteinä käytettiin tutkimuksia, jotka on julkaistu vuosina 2009-2019. Muun muassa anatomiaa, fysiologiaa ja sairauksia käsittelevien oppikirjojen kohdalla hyväksyttiin lähteiksi myös tätä varhaisempia julkaisuja tiedon muuttumattomuuden vuoksi.

Ensimmäisessä aineistonkeruussa käytettiin mm. seuraavia hakusanoja: *sydänsairaus (heart disease), sepelvaltimotauti (coronary artery disease), rytmihäiriöt (arrhythmia), sydänsiirto (heart transplant), kardiomyopatia (cardiomyopathy), sydämen vajaatoiminta (heart failure), läppäviat (valvular heart disease), mielenterveys (mental health), mielenterveyshäiriö (mental disorder), ahdistuneisuus (anxiety), masennus (depression), skitsofrenia (schizophrenia) sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö ja bipolaarihäiriö (bipolar disorder).* Kyseinen aineistonkeruu tuotti monia tuhansia tuloksia, minkä seurauksena tehtiin uusi aineistonkeruu uusilla hakusanoilla. Uudessa haussa käytettiin muun muassa seuraavia hakusanoja: *sydänpotilas (cardiac patient), sydänsairaus (heart disease), sepelvaltimotauti (coronary artery disease), rytmihäiriöt (arrhythmia), sydänsiirto (heart transplant), kardiomyopatia (cardiomyopathy), sydämen vajaatoiminta (heart failure), läppäviat (valvular heart disease) ja mielenterveys (mental health).* Edellä mainittuja hakusanoja yhdisteltiin hakusanapareiksi AND-sanaa käyttämällä Taulukon 1 kuvaamalla tavalla (Taulukko 1.). Kaikista hauista rajattiin pois lapset, perinnöllisyys (NOT child*, NOT congenital*) sekä eläimet. Aikarajaksi määritettiin vuodet 2009-2019 ja kieliksi suomi sekä englanti. Korkeintaan 300 osuman aineistot käytiin läpi. Mikäli tuloksia oli enemmän, rajauksia lisättiin. Tuloksista valittiin otsikon tai tiivistelmän perusteella ne artikkelit, joiden sisällön arveltiin mahdollisesti vastaavan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Valikoituja artikkeleita kertyi yhteensä 64, joista päällekkäisiä oli 27. Tutkimuskysymyksiin vastaavat artikkelit siirrettiin opinnäytetyön tulososioon. Aineistonkeruu suoritettiin molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta erikseen ja lopuksi yhdessä arvioiden, mitkä artikkelit valitaan mukaan. Hakusanat ja rajaukset päätettiin kuitenkin yhteisesti. Aineistonkeruuta toteutettiin myös manuaalisesti: kaikkien valittujen artikkeleiden lähdeluettelot silmäiltiin läpi ja niistä löytyneitä opinnäytetyön rajauksiin sopivia julkaisuja haettiin sähköisesti, manuaalisella haulla. Tiedonhausta koottiin taulukko (Taulukko 1.) selventämään aineistohakuprosessia. Myös valitut artikkelit kerättiin omaan taulukkoonsa (Liite 1.) kirjallisuuskatsauksen tulosten jäsentelemiseksi. Yhteenveto opinnäytetyön tuloksista koottiin kuvioihin (Kuvio 1. & Kuvio 2.).

Taulukko 1. Aineistonkeruu tietokannoittain.

Tietokanta	Hakusanat	Hakupäivä-määrä	Osu-mat	Otsikon/ Tiivistelmän mukaan valitut	Vali-tut
Cinahl Complete	heart disease AND mental health	18.4.2019	183	6	5
	cardiac patient AND mental health	19.4.2019	116	6 (4)	6 (4)
Medic	sydänsairaus AND mielenterveys	16.4.2019	0	0	0
	sydänsaira* AND mielentervey*	16.4.2019	4	0	0
	sydänpotila* AND mielentervey*	16.4.2019	0	0	0
	sydä* AND miel*	16.4.2019	62	1	1
	heart disease AND mental health	16.4.2019	613	rajattu^	
	cardiac patient AND mental health	16.4.2019	1194	rajattu^	
	coronary artery disease* AND mental*	21.4.2019	131	1	0
	arrhythmia* AND mental*	16.4.2019	1	0	0
	heart transplant* AND mental*	16.4.2019	12	0	0
	cardiomyopathy* AND mental*	16.4.2019	0	0	0
	heart failure* AND mental*	16.4.2019	15	0	0
	valvular* AND mental*	16.4.2019	0	0	0
PubMed	heart disease AND mental health	16.4.2019	2397	rajattu^	
	cardiac patient AND mental health	16.4.2019	1939	rajattu^	
	coronary artery disease* AND mental*	16.4.2019	322	rajattu^	
	coronary artery disease* AND mental health*	16.4.2019	140	5	5
	arrhythmia* AND mental*	16.4.2019	303	rajattu^	
	arrhythmia* AND mental health*	16.4.2019	88	3 (1)	2
	heart transplant* AND mental*	16.4.2019	57	5	5
	cardiomyopathy* AND mental*	22.4.2019	133	4 (1)	2 (1)
	heart failure* AND mental*	16.4.2019	632	rajattu^	
	heart failure* AND mental health*	22.4.2019	249	9 (3)	8 (3)
	valvular* AND mental*	16.4.2019	18	0	0
Medic	heart disease AND mental health	16.4.2019	459	rajattu^	
	cardiac patient AND mental health	16.4.2019	3	0	0
	coronary artery disease* AND mental*	16.4.2019	337	rajattu^	
	coronary artery disease* AND mental health*	25.4.2019	146	(6)	(6)
	arrhythmia* AND mental*	16.4.2019	329	rajattu^	

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

Tietokanta	Hakusanat	Hakupäivä-määrä	Osu-mat	Otsikon/ Tiivistelmän mukaan valitut	Vali-tut
	arrhythmia* AND mental health*	25.4.2019	97	(3)	(3)
	heart transplant* AND mental*	16.4.2019	61	6 (4)	(4)
	cardiomyopathy* AND mental*	25.4.2019	140	(1)	(1)
	heart failure* AND mental*	16.4.2019	665	rajattu^	
	heart failure* AND mental health*	25.4.2019	265	(7)	(5)
	valvular* AND mental*	16.4.2019	19	0	0

Manuaalinen haku	11
Yhteensä artikkeleita	64
Päällekkäiset artikkelit	27
Valitut artikkelit (n)	37

(Suluissa on päällekkäisten artikkelien lukumäärä. *) Hakusanoja on katkaistu. ^) Hakusanojen rajauksia on lisätty, kun haku on tuottanut yli 300 osumaa.)

4 TULOKSET

4.1 Hankittujen sydänsairauksien vaikutus potilaiden mielenterveyteen ja kyseisillä potilailla esiintyvät mielenterveyshäiriöt

Masennus on yleistä sydänpotilailla. Noin joka viides sydän- ja verisuonitautia sairastava potilas kärsii vakavista masennusoireista. (Norris ym. 2009; Liu ym. 2010; Elderon ym. 2013.) Sydänpotilailla vakavat masennusoireet ovat yhteydessä matalaan tyytyväisyystasoon elämää kohtaan (Malicka ym. 2016) sekä kasvavaan kuolleisuusriskiin (Liu ym. 2010). Vakavan masennuksen olennaisina piirteinä sydänpotilailla pidetään yhtäjaksoisesti 2 viikkoa kestävää masennusta tai mielihyvän tai kiinnostuksen menettämistä lähes kaikissa toiminnoissa (Elderon ym. 2013). Masennusoireita voidaan hoitaa ja elämänlaatua parantaa sekä psykoterapialla että lääkehoidolla. Näyttöä ei kuitenkaan ole siitä, että elämänlaadun kohentuminen parantaisi itse sydänsairauden ennustetta. (Syvänne 2015.) Sydänpotilailla masennusoireiden lisäksi vakavat ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä (Malicka ym. 2016).

Sepelvaltimotautia sairastavilla potilailla yleisimmin esiintyviä mielenterveyshäiriöitä ovat masennus ja ahdistuneisuus (Riihiaho 2011; Pelletier ym. 2015). Näiden lisäksi sepelvaltimotautipotilailla voi esiintyä erilaisia pelkotiloja. Pelkoa aiheuttavat mm. hoidon ja avun varassa oleminen, sairauden paheneminen sekä pysyvä terveydentilan huononeminen. (Riihiaho 2011.) Noin 20%:lla sepelvaltimotautia sairastavilla esiintyy masennusoireita (Brostow ym. 2017) sekä ahdistuneisuutta (Watkins ym. 2013). Masennukseen sairastuminen on yleisempää naisilla (Brostow ym. 2017). 60%:lla masentuneista täyttyvät korkean ahdistuneisuuden kriteerit ja 52%:lla ahdistuneista korkean masennuksen kriteerit (Watkins ym. 2013). Sepelvaltimotaudin puhkeaminen tuottaa samanaikaisia ja jatkuvia vaaratekijöitä vakavalle masennukselle (Kendler ym. 2009). Kardiometabolisia sairauksia, joihin sepelvaltimotauti luetaan mukaan, sairastavilla on 2-3-kertainen riski masennukseen muuhun väestöön verrattuna (Jani ym. 2016). Sepelvaltimotautipotilaiden riski sairastua masennukseen on suurin vuoden sisällä sydänsairauden toteamisesta. Masennuksen riskiä lisää sydäninfarktin mahdollisuus. (Kendler ym. 2009.)

Masennus heikentää sydänsairauden ennustetta (Syvänne 2015). Samanaikainen masennus sepelvaltimotaudin kanssa kasvattaa uusien verisuonitapahtumien riskiä (Jani ym. 2016). Potilailla, jotka sairastavat sepelvaltimotaudin ohella masennusta, on 2-3-

kertainen riski tulevaisuudessa tapahtuviin kohtalokkaisiin tai jopa kuolemaan johtaviin sydäntapahtumiin verrattuna ainoastaan sydänsairautta sairastaviin potilaisiin (Baune ym. 2012). 18,8%:lla sepelvaltimotautipotilaista masennus lisää kuolleisuusriskiä (Szpakowski ym. 2016). Sepelvaltimotautia sairastavilla, korkeaa ahdistuneisuutta kärsivillä potilailla on kaksinkertainen riski kuolleisuuteen muuhun väestöön verrattuna. Kuolleisuusriski on kolminkertainen potilailla, joilla esiintyy samanaikaisesti ahdistuneisuutta sekä masennusta verrattuna potilaisiin, joilla mielenterveyshäiriöitä ei esiinny lainkaan. (Watkins ym. 2013.) Poikkeavan tutkimustuloksen mukaan masennus ja ahdistuneisuus eivät lisää kuolleisuusriskiä sepelvaltimotautipotilailla. Kyseisen tutkimuksen pohdinnassa todetaan tuloksen johtuvan mahdollisesti otoksesta: tutkittavat henkilöt olivat kardiologiaan erikoistuneen sairaalan potilaita, joiden hoidossa oli huomioitu vahvasti myös sydänpotilaiden psyykkinen hyvinvointi. Tämä saattaa selittää tuloksista nähtävää vähäistä mielenterveyshäiriöiden esiintymistä ja toisaalta masennuksen vähäistä vaikutusta kuolleisuuteen sepelvaltimotautipotilailla. On myös mahdollista, että sepelvaltimotauti itsessään aiheuttaa merkittävämpiä fysiologisia seurauksia kuin mielenterveyshäiriöt, ja näin ollen selittää kuolleisuusriskiä paremmin kuin esimerkiksi masennus. (Pelletier ym. 2015.)

Sydäninfarktin sairastaneilla masennuksen esiintyvyys vaihtelee 10-40% välillä (Syvänne 2015; Szpakowski ym. 2016). Sydäninfarktin seurauksena masentuneilla potilailla on suurentunut riski uuteen sydän- ja verisuonitapahtumaan sekä kuolleisuuteen (Szpakowski ym. 2016). Masennusoireet ovat yleisiä sepelvaltimon ohitusleikkauspotilailla sekä ennen että jälkeen operaation (Ravven ym. 2013). Masennuksen esiintyvyys ohitusleikkauspotilailla vaihtelee 10-40% välillä (Ravven ym. 2013; Szpakowski ym. 2016). Ohitusleikkausta odottavat potilaat kokevat stressiä sairautensa vuoksi. Ohitusleikkauksen riskit luovat potilaalle emotionaalista epävakautta sekä erilaisia negatiivisia tunteita kuten ahdistusta, masennusta ja surua. (Pashaky ym. 2014.) Masennusoireiden riski ohitusleikkauksen jälkeen pienenee välittömän postoperatiivisen vaiheen jälkeen. Masennuksen systemaattinen seulominen sekä ennen että jälkeen ohitusleikkauksen on tärkeää huomioon ottaen masennuksen negatiiviset vaikutukset postoperatiiviseen toipumiseen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Ravven ym. 2013.)

Pallolaajennuksen jälkeen 31,7%:lla potilaista esiintyy joko masennusta tai ahdistuneisuutta. 15,8%:lla pallolaajennuspotilaista esiintyy samanaikaisesti sekä masennusta että ahdistuneisuutta toimenpiteen jälkeen. (Richter ym. 2015.) Aikainen tunnistaminen ja puuttuminen vähentävät pallolaajennuspotilaiden raportoimia masennusoireita (Norris

ym. 2009). Sepelvaltimostenttioperaation jälkeisen vuoden aikana 71% potilaista ei koe masennusoireita, 9%:lla ei tapahdu muutoksia operaatiota edeltävään tilaan, 8%:lla masennus puhkeaa uutena oireena ja 12% kokee jatkuvia masennusoireita. Masennus puhkeaa uutena oireena todennäköisemmin vanhemmille potilaille. Potilaat, joilla esiintyy masennusoireita yhtämittaisesti, raportoivat huonommasta terveydestä sekä ahdistuneisuustason kohoamisesta. (Wilcox ym. 2016.) Sepelvaltimostentin asentamisen jälkeen ahdistuneisuus on yksi merkittävimmistä henkisistä haasteista, joita potilaat kokevat. Kotiuttamisen jälkeen potilaat kokevat vähemmän henkistä kuormitusta ja ahdistuneisuutta. (Mehrpoya ym. 2018.)

Flimmeri aiheuttaa potilaalle merkittävän psykososiaalisen taakan: masennusta ja ahdistuneisuutta esiintyy jopa yhdellä kolmasosalla potilaista. Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisempiä potilailla, joilla rytmihäiriöt ovat toistuvia. (Efremidis ym. 2014.) Pysyvää flimmeriä sairastavilla esiintyy enemmän vakavan masennuksen oireita verrattuna potilaisiin, joilla rytmihäiriöt ovat kohtausluontoisia. 38,8% flimmeripotilaista kokee lievän, 19% kohtalaisen ja 14,8% vakavan masennuksen oireita. (von Eisenhart Rothe ym. 2014.) Flimmeripotilaat kärsivät hieman korkeammasta masennusoireiden kuormituksesta muuhun väestöön verrattuna. Lisäksi flimmeripotilaiden itse ilmoittama fyysinen terveydentila ja potilaan mielenterveyden tila ovat alhaisemmat. (Schnabel ym. 2013.) Puolen vuoden kuluttua eteisvärinän ablaatiohoidon jälkeen potilaiden elämänlaadun voidaan todeta kohentuneen sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden vähentyneet (Efremidis ym. 2014). Idiopaattista kammiovärinää (iVF) sairastavat, joilla on sydämentahdistin, raportoivat heikompaa henkistä hyvinvointia kuin muut sydänpysähdyksestä selvinneet sydäntahdistinpotilaat (diagnoosin saaneet ICD-potilaat). Masennusoireet ovat samankaltaisia sekä iVF-potilailla että diagnoosin saaneilla ICD-potilailla. 19% iVF-potilaista ja 12% diagnoosi-ICD-potilaista raportoivat vakavan masennuksen merkeistä. iVF-potilaiden alentunut henkinen hyvinvointi verrattuna diagnoosi-ICD-potilaisiin ei siis luultavasti selity masennusoireilla. Mahdollinen syy heikentyneelle henkiselle hyvinvoinnille voi olla tietämättömyys oman sairauden etiologiasta. (Visser ym. 2017.)

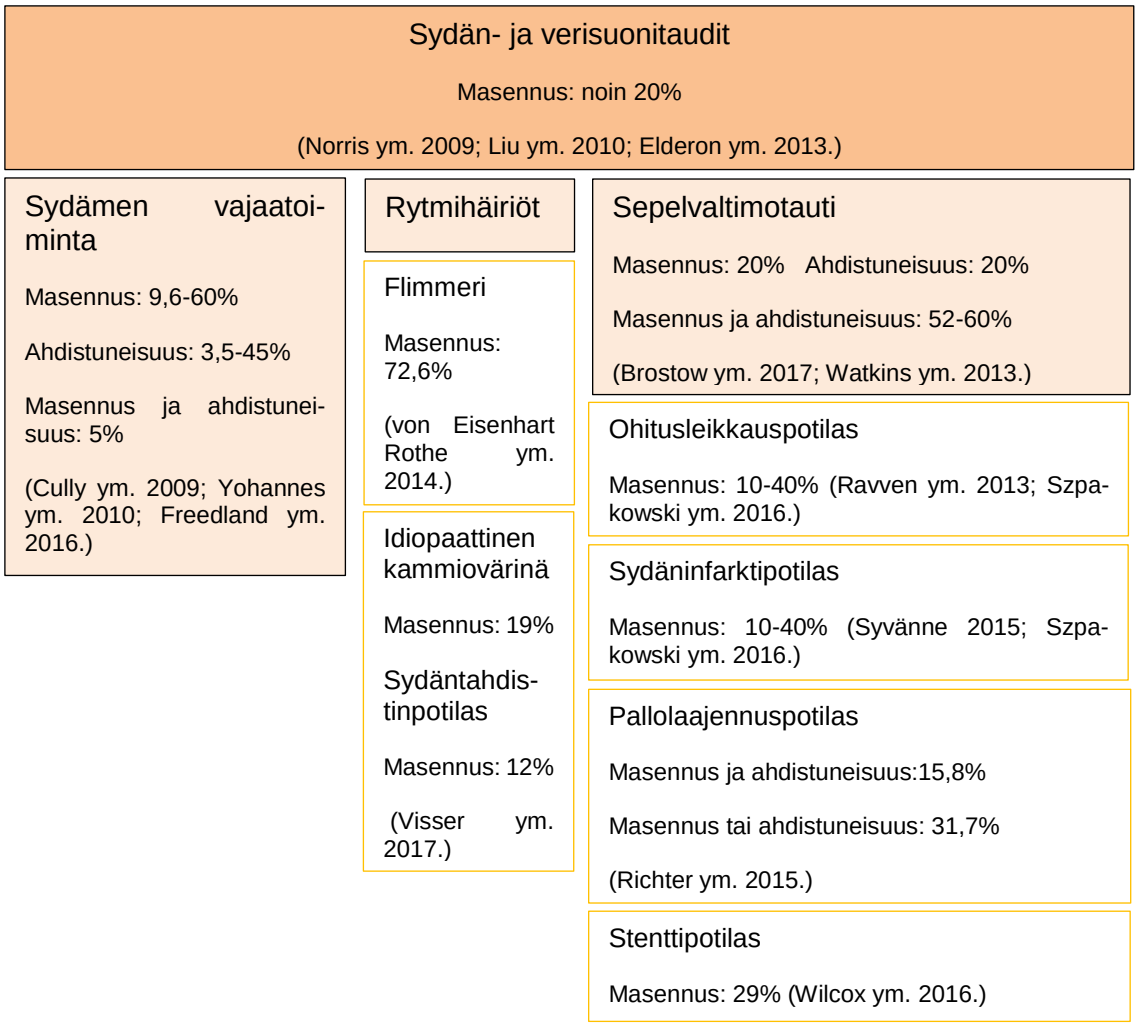
ST-nousuinfarktipotilaisiin sekä muuhun väestöön verrattuna takotsubo-kardiomyopatiaa sairastavat raportoivat heikompaa hyvinvointia. Lisäksi heillä esiintyy enemmän neurotisismia, masennusta ja ahdistuneisuutta. ST-nousuinfarkti- ja takotsubo-kardiomyopatiapotilailla hyvinvoinnin, masennuksen ja neurotisismin tasot ovat keskenään samankaltaisia, ahdistuneisuutta esiintyy kuitenkin enemmän takotsubo-kardiomyopatiapotilailla. (Christensen ym. 2016.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla on muuhun väestöön verrattuna yli kaksinkertainen riski saada masennusoireita (Lesman-Leegte ym. 2009). Vajaatoimintapotilailla masennusoireille altistavia tekijöitä ovat taloudelliset vaikeudet, heikko terveydentila ja aikaisemmat traumaattiset kokemukset (Dekker 2014). Masennuksen esiintyvyys sydämen vajaatoimintaa sairastavilla vaihtelee 9,6-60% välillä (Cully ym. 2009; Yohannes ym. 2010; Freedland ym. 2016). Ahdistuneisuuden esiintyvyys vajaatoimintapotilailla vaihtelee 3,5-45% välillä (Cully ym. 2009; Yohannes ym. 2010). Masennusta ja ahdistuneisuutta esiintyy samanaikaisesti 5%:lla vajaatoimintapotilaista. Noin viidesosa sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista saa masennus- tai ahdistuneisuusdiagnoosin vuoden sisällä sydänsairauden toteamisesta. Yleisimpiä diagnooseja ovat masennus, ahdistuneisuus sekä posttraumaattinen tai akuutti stressihäiriö. (Cully ym. 2009.) Myös erilaiset negatiiviset tunteet, kuten voimattomuus, viha, turhautuminen, syyllisyys ja arvottomuus ovat mahdollisia. Lisäksi vajaatoimintapotilailla voi esiintyä itsemurha-ajatuksia, mikä on harvinainen mutta merkittävä seuraus masennusoireista. (Dekker 2014.) Masennusta ja ahdistuneisuutta diagnosoidaan eniten 30 päivän sisällä sydämen vajaatoiminnan toteamisen jälkeen. Ensimmäisen kuukauden aikana diagnosoitavista mielenterveyshäiriöistä 75% diagnosoidaan samana päivänä sydämen vajaatoiminnan toteamisen kanssa. (Cully ym. 2009.) Sydämen vajaatoiminnan seurauksena ilmenevät mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä naisilla (Cully ym. 2009; Lesman-Leegte ym. 2009; Adelborg ym. 2016). Masennusta ilmenee enemmän nuoremmilla potilailla (Cully ym. 2009) ja heillä, joilla vajaatoiminta on jo pitkälle kehittynyt (Adelborg ym. 2016). Masennusoireet ovat yleisimpiä vajaatoimintapotilailla, jotka sairastavat samaan aikaan muuta liitännäissairautta. Terveisiin verrattuna masennusriski on korkeampi myös ilman muita taustalla olevia kroonisia sairauksia. (Lesman-Leegte ym. 2009.)

Sydämen vajaatoimintapotilailla masennuksella on monia vaikutuksia, kuten lisääntynyt kuolleisuus, oireiden huonontuminen, toiminnallisen kapasiteetin sekä elämänlaadun heikentyminen (Yost ym. 2017). Sydämen vajaatoiminnan diagnosoinnin jälkeen ilmenevä masennus lisää uusien sydäntapahtumien riskiä (Fan ym. 2014) ja moninkertaistaa riskiä uusille sairaalahoitojaksoille (Freedland ym. 2016). Yhtäaikainen masennus ja ahdistuneisuus ovat yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen ja terveyspalveluiden käyttöön sekä vaikuttavat potilaiden fyysiseen toimintakykyyn sekä elämänlaatuun (Yohannes ym. 2010). Kuolleisuusriski on muuhun väestöön nähden suurempi potilailla, joilla systolinen sydämen vajaatoiminta sekä masennus esiintyvät yhtäaikaisesti. Muilla sydämen vajaatoimintatyypeillä kuolleisuusriski ei ole suurentunut muuhun väestöön verrattuna. (Adelborg ym. 2016.) Vakavilla masennusoireilla on yhteys kuolleisuuteen,

toisin kuin lievillä oireilla. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien mahdollisia masennusoireita tulisi arvioida säännöllisesti. (Fan ym. 2014.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla esiintyy enemmän ahdistuneisuutta kuin tahdistinpotilailla. Kyseisten potilasryhmien väliset erot masennuksen suhteen eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Sydäntahdistinpotilaat saattavat kokea enemmän hätää ja ahdinkoa tahdistimen asettamisen aikana ja hieman sen jälkeen tahdistimen aiheuttamien rajoitteiden ja komplikaatioriskien vuoksi, mutta potilaiden hyvinvointi paranee kuitenkin ajan myötä. Henkinen ahdinko ja heikko terveydentila ovat mahdollisesti enemmän yhteydessä sairauden vakavuuteen kuin tahdistimen kanssa elämiseen. (Habibovic ym. 2013.) Ennen vasemman kammion apupumpun asentamista vajaatoimintapotilailla voi esiintyä lievinä tapauksina sekä masennus- että ahdistuneisuusoireita. Apupumpun asentamisen ansiosta masennus ja ahdistuneisuus vähenevät. (Yost ym. 2017.)



Kuvio 1. Masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintyvyys sydänsairauksittain.

Tulokset-luvun loppuun on laadittu yhteenveto (Kuvio 2.). Kuvioon on koottu molempiin tutkimuskysymyksiin vastaavat keskeisimmät tulokset. Yhteenvetokuvio löytyy opinnäytetyön sivuilta 37.

4.2 Sydämensiirron vaikutus potilaiden mielenterveyteen ja kyseisillä potilailla esiintyvät mielenterveyshäiriöt

Suurimmalla osalla sydänsiirron läpikäyneistä ilmenee lieviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita (Heilmann ym. 2016; Trevizan ym. 2017). Myös kohtalaiset (Pudlo ym. 2009) ja vakavat masennus- ja ahdistuneisuusoireet ovat mahdollisia (Heilmann ym. 2016). Lisäksi osa potilaista kokee ohimenevää surua (Pudlo ym. 2009). Potilaat kokevat elämänlaatunsa hyväksi, vaikka heillä on lieviä tai kohtalaisia masennus- ja ahdistuneisuusoireita (Trevizan ym. 2017). Masennusjaksot ajoittuvat ensimmäiseen kolmeen viikkoon sydänsiirron jälkeen. Joillakin jaksot uusiutuivat pitkän ajan kuluessa usein somaattisen tilan heikkenemisen yhteydessä. Ahdistuneisuutta esiintyy varhaisemmin potilailla, jotka joutuvat sydämensiirtoon iskeemisen kardiomyopatian takia verrattuna tapauksiin, joissa taustalla on sydämen vajaatoiminta. (Pudlo ym. 2009.) Sydämensiirron läpikäyneet potilaat kärsivät vähemmän masennuksesta ja ahdistuneisuudesta kuin potilaat, joilla on tekoläppä tai kammion apupumppu (Heilmann ym. 2016).

Sydänsiirtopotilaat, jotka raportoivat alhaisempaa uskoa omien toimien vaikutuksesta terveydentilaan, ovat todennäköisimmin naispuolisia ja heillä on enemmän masennusoireita ja ahdistuneisuutta sekä alhaisempi terveyttä koskeva elämänlaatu kuin potilailla, joilla usko omien toimien vaikutuksesta terveydentilaan on korkeampi (Doering ym. 2018). Potilaan iän ja sydänsiirrosta kuluneen ajan vaikutuksista potilaan mielenterveyteen on keskenään ristiriidassa olevia tutkimustuloksia: Potilaan iällä tai sydänsiirrosta kuluneella ajalla ei ole vaikutusta potilaan mielenterveyteen (Heilmann ym. 2016). Toisaalta on havaittu, että suurin riski ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden esiintymiselle on kolmen ensimmäisen viikon aikana sydämensiirtotoimenpiteestä, ja ahdistuneisuushäiriötä esiintyy enemmän vanhemmilla potilailla (Pudlo ym. 2009). Psykososiaalisten ongelmien monimutkaisuus kammion apupumppuhoitoa saavilla potilailla ja sydänsiirtopotilailla vaatii psykoterapeuttista tukea (Heilmann ym. 2011).

Seuraavalle sivulle on laadittu yhteenveto (Kuvio 2.). Kuvioon on koottu opinnäytetyön keskeisimmät tulokset. Yhteenvetoon on sisällytetty molempien tutkimuskysymyksien vastauksia.

Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä hankittuja sydänsairauksia sairastavilla (Norris ym. 2009; Liu ym. 2010; Elderon ym. 2013; Malicka ym. 2016) ja sydänsiirtopotilailla (Pudlo ym. 2009; Heilmann ym. 2016; Trevizan ym. 2017; Doering ym. 2018).

Sydänpotilailla ilmenee niin lieviä, kohtalaisia kuin vakaviakin masennus- ja ahdistuneisuusoireita (Pudlo ym. 2009; von Eisenhart Rothe ym. 2014; Freedland ym. 2016; Heilmann ym. 2016; Trevizan ym. 2017).

Myös erilaiset pelkotilat sekä surun ja alakuloisuuden tuntemukset ovat sydänpotilailla mahdollisia (Riihiaho 2011; Pashaky ym. 2014).

Sydänsiirtopotilailla masennus- ja ahdistuneisuusoireet ajoittuvat enimmäkseen kolmen ensimmäisen viikon ajalle sydänsiirto-operaatiosta, mahdollisesti uusiutuvat masennusjaksot esiintyvät usein samanaikaisesti somaattisen tilan heikkenemisen kanssa (Pudlo ym. 2009).

Kuva 1. (Pixabay 2017).

Sydänsairauksien seurauksena ilmenevät mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä naisilla (Cully ym. 2009; Lesman-Leegte ym. 2009; Brostow ym. 2017; Doering ym. 2016). Sydänpotilaan iän vaikutuksesta mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyteen on keskenään ristiriitaisia tutkimustuloksia (Cully ym. 2009; Pudlo ym. 2009; Heilmann ym. 2016; Wilcox ym. 2016).

Masennus ja ahdistuneisuus heikentävät sydänsairauksien ennustetta kasvattaen liitännäissairaus- sekä kuolleisuusriskiä (Baune ym. 2012; Watkins ym. 2013; Fan ym. 2014).

Kuvio 2. Yhteenveto opinnäytetyön tuloksista.

5 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyöprosessi koostuu tiedonhausta, lähdeaineiston rajaamisesta, tulosten kokoamisesta ja analysoinnista. Kaikissa näissä vaiheissa on noudatettava hyvän tieteellisen käytännön mukaisia toimintatapoja, joihin kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Opinnäytetyötä tehdessä on kunnioitettava tutkijoiden työtä välttämällä plagiointia sekä viittaamalla heidän tutkimuksiinsa asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Kaikkien opinnäytetyössä käytettyjen julkaisujen tiedot löytyvät sekä tekstin sisältämistä lähdeviitteistä että opinnäytetyön lopusta löytyvästä lähdeluettelosta. Opinnäytetyön sisältämä teksti, jonka perään ei ole merkitty lähdeviitteitä, on työn tekijöiden omaa pohdintaa.

Opinnäytetyössä on pyritty objektiivisuuteen. Aihe on luonteeltaan sellainen, että opinnäytetyön tekijöiden arvot tai asenteet eivät ole vaikuttaneet aiheen tarkasteluun. Näin ollen ei ole vaaraa, että esimerkiksi aineistoksi olisi valikoituneet ainoastaan sellaiset tutkimukset, jotka tukevat opinnäytetyön tekijöiden omia näkemyksiä. Vaikka lähteiden haussa on pyritty huolellisuuteen ja tarkkuuteen, on mahdollista, että suuria aineistoja läpikäydessä on epähuomiossa tullut ohitettua merkittäviä ja opinnäytetyön kannalta olennaisiakin julkaisuja, mikä vähentää työn luotettavuutta. Hakusanojen osuvuutta on tuettu mahdollisimman tarkalla opinnäytetyön aiheen rajauksella.

Englanninkielisiä julkaisuja käytettäessä on pyritty mahdollisimman tarkkaan kielen käännökseen, jossa on käytetty apuna MOT- sanakirjaa. On kuitenkin mahdollista, että esimerkiksi yksittäisten termien ja monimerkityksellisten sanojen kohdalla on voinut tulla käännösvirheitä. Työn luotettavuutta on pyritty lisäämään siten, että molemmat opinnäytetyön tekijät ovat kääntäneet englanninkieliset lähteet itsenäisesti. Mikäli käännökset ovat olleet keskenään sisällöllisesti yhdenmukaiset, niitä on pidetty tarpeeksi luotettavina.

Aineistokeruun ensimmäinen haku suoritettiin kokeilemalla eri sydänsairauksien ja mielenterveyshäiriöiden muodostamia hakusanapareja, minkä seurauksena saatiin tuhansia tuloksia. Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään uudella, loogisesti etenevällä haulla, jossa hakusanat oli valittu harkiten ja niitä käytettiin aloittaen laajemmista hakusanoista tarvittaessa edeten kohti rajatumpia hakukriteerejä (Taulukko 1.). Opinnäytetyön aineistonkeruussa kaikki hakujen tuottamat artikkelit käytiin läpi molempien opin-

näytetyön tekijöiden toimesta. Opinnäytetyön tekijät keräsivät itsenäisesti kirjallisuuskatsauksen rajausten mukaiset artikkelit tietokantojen aineistohauista. Hakutuloksista valikoitiin artikkelit, joiden arveltiin vastaavan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Valittujen artikkeleiden luotettavuutta arvioitiin varmistamalla, että niistä löytyvät tutkimusraportille ominaiset piirteet. Kyseisiin piirteisiin kuuluvat julkaisun tekijät, julkaisuajankohta ja -paikka, tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, käytetyt metodit, tutkimusotos, tulokset, tulosten arviointi ja johtopäätökset (Tuomi 2007, 62-70). Tämän jälkeen valittuja artikkeleita vertailtiin keskenään ja todettiin, että molempien löydökset olivat samankaltaisia ja hauista oli valikoitunut paljon samoja artikkeleita. Kaikki valitut artikkelit arvioitiin ja hyväksyttiin vielä yhteisesti. Kaikki työvaiheet, pois lukien aineistohaku, on tehty yhteistyössä jatkuvasti yhdessä arvioiden, pohtien ja keskustellen. Näillä työskentelytavoilla on pyritty lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta.

Sydänsairauksien ja mielenterveyshäiriöiden väliset syy-seuraussuhteet eivät ole tarkkarajaisia ja yksiselitteisiä. Jotkut artikkelit ovat olleet monitulkintaisia sen suhteen, onko sydänsairautta jo edeltänyt jokin mielenterveyden häiriö vai onko psyykkisen hyvinvoinnin horjuminen seurausta sydämen sairastumisesta. Rajausten mukaisten artikkeleiden valitsemisessa on jouduttu joissakin tapauksissa käyttämään omaa tulkintaa, mikä heikentää työn toistettavuutta. Aineistohaussa tuli vastaan lukuisia artikkeleita koskien sydänpotilaiden elämänlaatua (*health-related quality of life*). Lähtökohtaisesti näitä artikkeleita ei valittu tutkimustuloksiin, sillä kyseisissä tutkimuksissa mielenterveyttä on käsitelty varsin suppeasti. Kuitenkin yksittäisissä tutkimuksissa elämänlaadun arvioimisen lisäksi tutkittiin eri mielenterveyshäiriöiden esiintymistä sydänpotilailla ja nämä artikkelit valittiin osaksi opinnäytetyön tulososiota. Aineistohaussa pyrittiin noudattamaan opinnäytetyön aiheen rajauksia, minkä vuoksi suurin osa elämänlaatua käsittelevistä tutkimuksista rajautuivat pois. Työn luotettavuutta voi vähentää se, että tämän myötä myös elämänlaatututkimuksien sisältämät mielenterveyttä koskevat tulokset jäivät vaille tarkastelua. Näiden tuloksien oikea tulkinta olisi kuitenkin vaatinut tarkempaa erilaisiin elämänlaatumittareihin perehtymistä, joka ei kuitenkaan kuulunut opinnäytetyön aiheen rajausten sisäpuolelle.

Opinnäytetyössä manuaalinen haku jäi toissijaiseksi tietokannoista käytyyn aineistonkeruuseen nähden. Manuaalista hakua ei tehty systemaattisesti, mutta yksittäisiä artikkeleita, kuten jo valittujen artikkeleiden lähteitä, haettiin erikseen. Kaikki valittujen artikkeleiden lähdeluettelot silmäiltiin läpi ja niistä poimittiin tutkimuskysymyksiin mahdollisesti

vastauksia antavat julkaisut, joita haettiin sähköisesti. Julkaisujen hakua oli tarkoitus jatkaa käsin esimerkiksi kirjastojen aineistoihin tutustuen, mutta tietokantojen avulla tehtyyn aineistohakuun kului huomattavasti aikaa, joka oli näin ollen pois manuaaliseen hakuun suunnitellusta työskentelyajasta. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta olisi lisännyt perusteellisempi manuaalinen tiedonhaku.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa hankittujen sydänsairauksien ja sydämensiirron vaikutuksista potilaiden mielenterveyteen sekä sydänpotilailla mahdollisesti esiintyvistä mielenterveyshäiriöistä. Sydänsairauksien ja mielenterveyshäiriöiden välisiä syy-seuraussuhteita oli kuitenkin haastavaa tunnistaa ja erotella, sillä kyseiset sairaudet ovat usein toisilleen riskitekijöitä ja voivat esiintyä samanaikaisesti. Mielenterveyshäiriöiden kanssa elävien, kuten masennus- ja skitsofreniapotilaiden alttiutta sydänsairauksiin on tutkittu enemmän ja tunnetaan paremmin. Tutkimuksia, jotka puolestaan käsittelevät sydänsairauksien vaikutusta sydänpotilaiden mielenterveyteen, löytyy huomattavasti vähemmän. Aineistohaussa tämä tuotti haasteita, ja toisinaan ei voitu päätellä, edeltääkö sydänsairautta mielenterveyshäiriö, vai ei.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hankittuja sydänsairauksia sairastavilla yleisimpiin mielenterveyshäiriöihin kuuluvat masennus ja ahdistuneisuus (Norris ym. 2009; Liu ym. 2010; Elderon ym. 2013; Malicka ym. 2016). Kyseiset mielenterveyden häiriöt vaikuttavat potilaan tyytyväisyyteen elämää kohtaan (Malicka ym. 2016) ja kasvattavat liitännäissairaus- sekä kuolleisuusriskiä (Baune ym. 2012; Watkins ym. 2013; Fan ym. 2014). Pelon, surun (Riihiaho 2011) ja arvottomuuden tuntemukset ovat mahdollisia (Dekker 2014). Oireilu sydänpotilailla vaihtelee lievästä vakavaan masennukseen ja ahdistuneisuuteen (Pudlo ym. 2009; von Eisenhart Rothe ym. 2014; Freedland ym. 2016). Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on yleisempää naispotilailla (Cully ym. 2009; Lesman-Leegte ym. 2009; Brostow ym. 2017). Iän vaikutuksesta mielenterveyshäiriöiden esiintymiseen on keskenään ristiriitaisia tietoja (Cully ym. 2009; Pudlo ym. 2009; Heilmann ym. 2016; Wilcox ym. 2016).

Ihmisen keho ja mieli ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään. Somaattinen sairaus vaikuttaa mieleen ja erityisesti vakavilla somaattisilla sairauksilla voi olla merkittäviä vaikutuksia potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Sydän on ihmisen elimistössä yksi keskeisimmistä elimistä, ja sen toiminnan ja toisaalta toimintahäiriöiden vaikutukset ulottuvat koko elimistöön. Kun sydän sairastuu vakavasti, on tavallista, että potilas kokee sen seurauksena erilaisia negatiivisia tunteita: tietämättömyys, huoli ja epävarmuus sairauden tilasta ja ennusteesta kuormittavat henkistä hyvinvointia ja altistavat masennukselle, ahdistuneisuudelle sekä surulle.

Masennuksen ja sydänsairauksien taustoilla ja ylläpitäjinä toimivat hyvin erilaiset mekanismit. Vaikka kyseiset sairaudet esiintyisivätkin samanaikaisesti, masennusoireiden lieveneminen ei siis automaattisesti tarkoita sydänsairauden paranemista. (Syvänne 2015). Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei sydänsairaudesta aiheutuvaa masennusta tulisi hoitaa: Masennuksella on lukuisia negatiivisia vaikutuksia sydänpotilaan vointiin. Se voi aiheuttaa esimerkiksi unettomuutta, väsymystä, passiivisuutta ja näiden seurauksena esimerkiksi hoidon laiminlyömistä, mikä voi heikentää sydänsairauden hoidon vaikuttavuutta ja altistaa uusille liitännäissairauksille. Mahdolliset liitännäissairaudet kuormittavat kehoa ja mieltä entisestään ja voivat näin ollen lyhentää potilaan elinajanodotetta. Masennuksen myötä sydänpotilas voi kokea toivottomuutta, merkityksettömyyttä, elämänhalun menettämistä sekä yksinäisyyttä, jotka voivat osaltaan heijastua itsemurha- ja sen myötä kuolleisuusriskin kohoamiseen. Erään tutkimuksen mukaan masennus ja ahdistuneisuus eivät lisää sydänpotilaiden kuolleisuusriskiä (Pelletier ym. 2015). Ristiriitaa selittää mahdollisesti poikkeuksellinen otos, jossa sydänpotilaiden hoidossa kiinnitettiin erityistä huomiota psyykkiseen hyvinvointiin. Masennuksen hyvällä hoidolla voidaan keventää potilaan henkistä taakkaa sekä ennaltaehkäistä liitännäissairaus- ja kuolleisuusriskiä.

Tutkimuksista ei käynyt ilmi, miksi mielenterveyden häiriöt ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Naissukupuolen tiedetään olevan riskitekijä esimerkiksi masennukselle myös ilman taustalla olevaa sydänsairautta (Heiskanen ym. 2011, 8-11). Syyt sukupuolten välisille eroille mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä sydänpotilailla eivät ole selviä. Usein ehkä ajatellaan, että naiset ovat herkempiä ja antavat vakavien asioiden helpommin vaikuttaa mieleen ja sitä kautta psyykkiseen hyvinvointiin. Voisiko olla mahdollista, että miehet eivät tuo pelkojaan ja mielenterveyteen liittyviä haasteitaan julki yhtä voimakkaasti kuin naiset, mikä heijastuisi myös tilastoihin ja tutkimustuloksiin? Iän vaikutuksesta sydänpotilaan mielenterveyteen löytyi toisistaan poikkeavia tuloksia, eikä siitä voida näin ollen vetää selkeitä johtopäätöksiä. Todennäköisesti iän vaikutus mielenterveyteen vaihtelee sydänsairauksittain.

Tulosten mukaan sydänsiirtopotilailla esiintyy masennus- ja ahdistuneisuusoireita lievästä vakavaan oireiluun (Pudlo ym. 2009; Heilmann ym. 2016; Trevizan ym. 2017). Alhaisempi usko omien toimien vaikutuksesta terveydentilaan lisää kyseisten mielenterveyshäiriöiden ilmenemistä. Tämä on yleisempää naispotilailla. (Doering ym. 2018.)

Mahdollinen masennusjaksojen uusiutuminen tapahtuu yleensä somaattisen tilan heikkenemisen yhteydessä (Pudlo ym. 2009). Elämänlaatu koetaan vielä hyväksi lievistä ja kohtalaisista masennus- ja ahdistuneisuusoireista huolimatta (Trevizan ym. 2017).

Sydänsiirtoa tarvitseva potilas todennäköisesti käy läpi elämänkriisiä, sillä sydämensiirtotoimenpide on äärimmäinen hoitomuoto ja edellytys potilaan elämän jatkumiselle. Sydänsiirto-operaation odottamiseen liittyy paljon tietämättömyyttä ja kysymyksiä: Löytyykö sopivaa sydäntä? Entä jos kuolen ennen toimenpidettä? Milloin leikkaukseen pääsee? Onnistuuko toimenpide? Miten sydänsiirrosta toivutaan? Voiko uuden sydämen kanssa elää normaalia elämää? Tietämättömyys voi johtaa masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Potilas viettää ensimmäiset leikkauksen jälkeiset viikot sairaalassa, mikä saattaa itsessään lisätä ahdistusta ja epävarmuutta kotona pärjäämisen suhteen. Suurin riski masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintymiselle on ensimmäisten postoperatiivisten viikkojen aikana – mikäli potilaalla esiintyy mielenterveyden häiriöitä jo ennen sydämensiirtoa, on todennäköistä, että oireet jatkuvat vielä toimenpiteen jälkeenkin. Sydänsiirto-operaatiota edeltävien mielenterveyshäiriöiden vakavuusaste saattaisi mahdollisesti ennustaa toimenpiteen jälkeisiä oireita: lieviä oireita läpikäyneet potilaat toipuvat luultavasti lyhyemmässä ajassa verrattuna potilaisiin, joilla jo ennen toimenpidettä oireet ovat olleet vakavia.

Sydänsiirron jälkeen erilaiset komplikaatiot, kuten hylkimisreaktiot, ovat mahdollisia (Mäkijärvi ym. 2011, 337) ja voivat aiheuttaa potilaalle psyykkisen tasapainon järkkymistä tai aktivoida jo taustalla olevia mielenterveyden häiriöitä. Taantumajaksojen myötä huoli, pelot ja pettymyksen tunteet voivat uudelleen altistaa masennukselle sekä ahdistuneisuudelle. Mikäli sydänsiirrosta toipuminen sujuu hyvin, potilas saa ikään kuin uuden elämän ja toivoa tulevaisuuden suhteen, mutta fyysisen tilan heikkeneminen saattaa aiheuttaa turhautumista sekä toivottomuuden tunteita – varsinkin toistuvat komplikaatiot voivat olla henkisesti erityisen kuormittavia.

Aineistonkeruussa ei löytynyt yhtäkään ainoastaan läppävikoja käsittelevää artikkelia, joka olisi sopinut opinnäytetyön rajauksien sisäpuolelle. Hankittuja läppävikoja sairastavien potilaiden mielenterveyttä sekä heillä mahdollisesti esiintyviä mielenterveyshäiriöitä on ilmeisesti tutkittu vain vähän – ehkäpä, koska läppävikaiset eivät muodosta kaikkein suurinta sydänpotilasryhmää. Kirjallisuuskatsauksessa saatujen tulosten mukaan mielenterveyshäiriöt ovat sydänpotilailla yleisiä, joten voisi olettaa, että myös läppävikoja sairastavilla niitä esiintyy. Toisaalta, koska läppäviat saattavat olla seurausta esimerkiksi

sepelvaltimotaudista tai altistaa mm. sydämen vajaatoiminnalle (Kettunen 2018a), läppävikaiset potilaat lukeutuvat mahdollisesti esimerkiksi vajaatoimintapotilaisiin, joita onkin tutkittu enemmän.

Sydänpotilaan mielenterveys on varsin laaja aihe, jota voisi tutkia monesta eri näkökulmasta. Aineistohauissa tuli vastaan useita tutkimuksia, jotka käsittelivät sydänsairauden yhteydessä esiintyvän mielenterveyden häiriöiden hoitomuotoja, kuten lääkityksiä ja erilaisia terapiamuotoja. Näitä ei tässä opinnäytetyössä huomioitu. Jatkossa olisi kiinnostavaa tietää tarkemmin, mitkä ovat tehokkaimpia tapoja ennaltaehkäistä ja hoitaa sydänsairauksista aiheutuvaa masennusta ja ahdistuneisuutta. Hakutuloksissa esiintyi runsaasti artikkeleita koskien sydänpotilaiden elämänlaatua (*health-related quality of life*) monelta eri osa-alueelta tarkasteltuna. Elämänlaatua käsitteleviin tutkimuksiin kuuluu myös yleistä mielenterveyden tasoa mittaava osio. Näissä tutkimuksissa ei ole kuitenkaan eritelty erilaisia sydänpotilailla esiintyviä mielenterveyshäiriöitä. Jatkossa olisi kiinnostavaa saada tutkimuksia, jotka käsittelevät nimenomaan mielenterveyttä yleisen elämänlaadun mittaamisen sijaan. Muita mieleen nousseita jatkotutkimuskysymyksiä ovat: Mistä sydänsairauksista aiheutuvien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä ilmenevät sukupuolten väliset erot johtuvat? Voiko sydänsairauden seurauksena esiintyä masennuksen ja ahdistuneisuuden lisäksi muita mielenterveyden häiriöitä? Voiko esimerkiksi skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö laueta vakavan sydänsairauden vaikutuksesta?

Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi huomioida ja arvioida sydänpotilaiden hoidossa myös potilaan psyykkistä hyvinvointia fyysisen tilan rinnalla. Mielenterveyden häiriöiden seulominen tulisi aloittaa sydänpotilailla jo varhain ennen ensimmäisten oireiden esiintymistä. Seulonta edesauttaa mielenterveyshäiriöiden aikaista tunnistamista sekä hoidon aloittamista. Esimerkiksi sairaanhoitajat voivat työssään käyttää apunaan erilaisia kyselyitä ja mittareita mielenterveyshäiriöiden seulomiseksi. Potilaat eivät itse välttämättä osaa tai edes halua ottaa puheeksi mielenterveyteen liittyviä asioita, ja siksi hoitohenkilökunnalla on erityisen tärkeä tehtävä toimia avoimen keskustelun aloittajana ja kysyä potilaan voinnista. Tämän opinnäytetyön myötä sydänsairaiden potilaiden psyykkisen hyvinvoinnin huomioimisen hoitotyössä toivotaan kehittyvän ja muodostuvan tulevaisuudessa itsestäänselvyydeksi, sillä ihminen on kokonaisuus – sekä mieli että keho tarvitsevat huomiota ja huolenpitoa kyetäkseen yhteistyöhön, joka on ihmisen hyvinvoinnin kannalta välttämätöntä.

LÄHTEET

Adelborg, K.; Schmidt, M.; Sundbøll, J.; Pedersen, L.; Videbech, P.; Bøtker, H.; Egstrup, K. & Sørensen, H. 2016. Mortality Risk Among Heart Failure Patients With Depression: A Nationwide Population-Based Cohort Study. Journal of the American Heart Association. Vol. 5, No 9, 1-8.

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 27.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallkqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

American Heart Association 2017. Types of Heart Failure. Viitattu 19.3.2019. https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/types-of-heart-failure

American Heart Association 2016. What is Cardiomyopathy in Adults? Viitattu 21.3.2019. https://www.heart.org/en/health-topics/cardiomyopathy/what-is-cardiomyopathy-in-adults

American Psychiatric Association 2017a. What Is Depression? Viitattu 13.5.2019. https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression

American Psychiatric Association 2017b. What Is Schizophrenia? Viitattu 13.5.2019. https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia

Baune, B.; Stuart, M.; Gilmour, A.; Wersching, H.; Arolt, V. & Berger, K. 2012. Moderators of the relationship between depression and cardiovascular disorders: a systematic review. General Hospital Psychiatry. Vol. 34, No 5, 478-492.

Beyond Blue 2019. Types of anxiety. Viitattu 13.5.2019. https://www.beyondblue.org.au/the-facts/anxiety/types-of-anxiety

Brostow, D.; Petrik, M.; Starosta, A. & Waldo, S. 2017. Depression in patients with peripheral arterial disease: A systematic review. European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol. 16, No 3, 181-193.

Cherry, K. 2018. A List of Psychological Disorders. Verywellmind. Viitattu 23.2.2019. https://www.verywellmind.com/a-list-of-psychological-disorders-2794776

Christensen, T.; Bang, L.; Holmvang, L.; Hasbak, P.; Kjær, A.; Bech, P. & Østergaard, S. 2016. Neuroticism, depression and anxiety in takotsubo cardiomyopathy. BMC Cardiovascular Disorders. Vol. 16, No 118, 1-6.

Correll, C.; Solmi, M.; Veronese, N.; Bortolato, B.; Rosson, S.; Santonastaso, P.; Thapa-Chhetri, N.; Fornaro, M.; Gallicchio, D.; Pigato, G.; Favaro, A.; Monaco, F.; Kohler, C.; Vancampfort, D.; Ward, P.; Gaughran, F.; Carvalho, A. & Stubbs, B. 2017. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. Viitattu 18.3.2019. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20420

Cully, J.; Johnson, M.; Moffett, M.; Khan, M. & Deswal, A. 2009. Depression and anxiety in ambulatory patients with heart failure. Psychosomatics. Vol. 50, No 6, 592-598.

Dekker, R. 2014. Patient perspectives about depressive symptoms in heart failure: A review of the qualitative literature. Journal of Cardiovascular Nursing. Vol. 29, No 1, E9-E15.

Department of Health 2019. Cardiomyopathy. Healthy WA. Viitattu 23.3.2019. https://www.healthywa.wa.gov.au/Articles/A_E/Cardiomyopathy

Depressio. Käypä Hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 25.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Doering, L.; Chen, B.; Deng, M.; Mancini, D.; Kobashigawa, J. & Hickey, K. 2018. Perceived control and health-related quality of life in heart transplant recipients. European Journal of Cardiovascular Nursing. Vol. 17, No 6, 513-520.

Efremidis, M.; Letsas, K.; Lioni, L.; Giannopoulos, G.; Korantzopoulos, P.; Vlachos, K.; Dimopoulos, N.; Karlis, D.; Bouras, G.; Sideris, A. & Deftereos, S. 2014. Association of Quality of Life, Anxiety, and Depression with Left Atrial Ablation Outcomes.Pacing and clinical electrophysiology: PACE. Vol. 37, No 6, 703-711.

Elderon, L. & Whooley, M. 2013. Depression and Cardiovascular Disease. Progress in Cardiovascular Disease. Vol. 55, No 6, 511-523.

Eteisvärinä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 20.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Fan, H.; Yu, W.; Zhang, Q.; Cao, H.; Li, J.; Wang, J.; Shao, Y. & Hu, X. 2014. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis. Preventive Medicine. Vol. 63, 36-42.

Freedland, K.; Carney, R.; Rich, M.; Steinmeyers, B.; Skala, J. & Dávila-Román, V. 2016. Depression and Multiple Rehospitalizations in Patients with Heart Failure. Clinical Cardiology. Vol. 39, No 5, 257-262.

Habibović, M.; Versteeg, H.; Pelle, A.; Theuns, D.; Jordaens, L. & Pedersen, S. 2013. Poor health status and distress in cardiac patients: the role of device therapy vs. underlying heart disease. EP Europace. Vol. 15, No 3, 355-361.

Harjula, A. 2017. Sydänsiirrot. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 21.3.2019. https://sydanliitto.fi/syke/tietoa/elinsiirtojen-historiaa/sydansiirrot

Heilmann, C.; Kuijpers, N.; Beyersdorf, F.; Berchtold-Herz, M.; Trummer, G.; Stroh, A.; Schlensak, C. & Fritzsche, K. 2011. Supportive psychotherapy for patients with heart transplantation or ventricular assist device. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. Vol. 39, No 4, 44-50.

Heilmann, C.; Kaps, J.; Hartmann, A.; Zeh, W.; Anjarwalla, A.; Beyersdorf, F.; Siepe, M. & Joos, A. 2016. Mental health status of patients with mechanical aortic valves, with ventricular assist devices and after heart transplantation. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery. Vol. 23, No 2, 321-325.

Heiskanen, T.; Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.

Hekkala, A. 2018a. Mitä tarkoittaa kardiomyopatia? Sydänliitto. Viitattu 21.3.2019. https://sydan.fi/fact/mita-tarkoittaa-kardiomyopatia/

Hekkala, A. 2018b. Särkyneen sydämen mysteeri. Sydänliitto. Viitattu 29.4.2019. https://sydan.fi/fact/sarkyneen-sydamen-mysteeri/

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

HUS 2019. Sydänsiirrot. Viitattu 25.3.2019. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot/Sydansiirrot/Sivut/default.aspx

Huttunen, M. 2018a. Masennus. Duodecim. Viitattu 25.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

Huttunen, M. 2018b. Ahdistuneisuus. Duodecim. Viitattu 26.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188

Huttunen, M. 2018c. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecim. Viitattu 27.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555

Huttunen, M. 2018d. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim. Viitattu 27.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378

Huttunen, O. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim. Viitattu 19.1.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Jani, B.; Cavanagh, J.; Barry, S.; Der, G.; Sattar, N. & Mair, F. 2016. Relationship Between Blood Pressure Values, Depressive Symptoms, and Cardiovascular Outcomes in Patients With Cardiometabolic Disease. The Journal of Clinical Hypertension. Vol. 18, No 10, 1027-1035.

Johns Hopkins Medicine 2019. Valvular Heart Disease. Viitattu 20.3.2019. https://www.hopkinsmedicine.org/heart_vascular_institute/conditions_treatments/conditions/valvular_heart_disease.html

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 26.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kangasniemi, M.; Utriainen, K.; Ahonen, S.; Pietilä, A.; Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013.Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede. Vol. 25, No 4, 291-301.

Kendler, K.; Gardner, C.; Fiske, A. & Gatz, M. 2009. Major Depression and Coronary Artery Disease in the Swedish Twin Registry. Arch Gen Psychiatry. Vol. 66, No 8, 857-863.

Kettunen, R. 2014. Sydämen pumppaustoiminta. Duodecim. Viitattu 3.5.2019. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00006

Kettunen, R. 2018a. Sydämen läppäviat. Duodecim. Viitattu 20.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00081

Kettunen, R. 2018b. Sydänlihassairaus (kardiomyopatia). Duodecim. Viitattu 21.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00634

Kettunen, R. 2018c. Sydämen vajaatoiminta. Duodecim. Viitattu 19.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lahti, P. 2019. Sydän ja psyyke. Karpatiat ry. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 28.1.2019. http://karpatiat.net/toiminta/kardiomyopatia/asiantuntijaesitykset/sydan-ja-psyyke

Lesman-Leegte, I.; Jaarsma, T.; Coyne, J.; Hillege, H.; Van Veldhuisen, D. & Sanderman, R. 2009. Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly: A Comparison Between Patients With Heart Failure and Age- and Gender-Matched Community Controls. Journal of Cardiac Failure. Vol. 15, No 1, 17-23.

Liu, S. & Ziegelstein, R. 2010. Depression in patients with heart disease: the case fo more trials. Future Cardiol. Vol. 6, No 4, 547-556.

Malicka, I.; Kozlowska, A.; Wozniewski, M.; Rymaszewska, J. & Szczepanska-Gieracha, J. 2016. The role of social support in women's health and recovery processes. Psychology, Health & Medicine. Vol. 21, No 1, 81-91.

Mayo Clinic 2018a. Heart disease. Viitattu 23.2.2019. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118

Mayo Clinic 2018b. Anxiety disorders – Diagnosis and Treatment. Viitattu 13.5.2019. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anxiety/diagnosis-treatment/drc-20350967

Mehrpoya, A.; Jalali, R.; Jalali, A. & Namdari, M. 2018. Patient experiences of living with coronary stent. Journal of Vascular Nursing. Vol. 36, No 4, 181-185.

Mental Health Foundation 2019. What is mental health? Viitattu 23.2.2019. https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/about-mental-health/what-mental-health

Mielenterveyden keskusliitto 2019. Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 6.2.2019. http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/

Mielenterveystalo 2019. Ahdistuneisuus. Viitattu 26.3.2019. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys_puheeksi/Pages/ahdistuneisuus.aspx

Mäkijärvi, M.; Kettunen, R.; Kivelä, A.; Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2011. Sydänsairaudet. Helsinki: Duodecim.

National Alliance on Mental Illness (NAMI) 2017. Bipolar Disorder. Viitattu 13.5.2019. https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder

National Heart, Lung and Blood Institute 2019. Cardiomyopathy. Viitattu 23.3.2019. https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/cardiomyopathy

NHS 2017. Diagnosis. Coronary heart disease. Viitattu 13.5.2019. https://www.nhs.uk/conditions/coronary-heart-disease/diagnosis/z

Norris, C.; Patterson, L.; Galbraith, D. & Hegadoren, K. 2009. All you have to do is call; a pilot study to improve the outcomes of patients with coronary artery disease. Applied Nursing Research. Vol. 22, 133-137.

Nuorten Mielenterveystalo 2019. Ahdistuneisuushäiriöt. Viitattu 26.3.2019. https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/ahdistuneisuushairiot.aspx

Pashaky, M.; Yaghoubi, A.; Molaee, A. & Esfajir, A. 2014. The effect of training life expectancy and coping styles on negative emotions of cardiac surgial patients' mental health. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. Vol. 1, No 2, 1-7.

Pixabay 2017. Viitattu 14.5.2019. https://pixabay.com/fi/illustrations/psykologia-mieli-ajatuksia-ajatus-2422442/

Pelletier, R.; Bacon, S.; Arsenault, A.; Dupuis, J.; Laurin, C.; Blais, L. & Lavoie, K. 2015. Relative associations between depression and anxiety on adverse cardiovascular events: does a history of coronary artery disease matter? A prospective observational study. BMJ Open. Vol. 5, No 12, 1-9.

Pudlo, R.; Pegza, M.; Zakliczyński, M. & Zembala, M. 2009. The Occurence of Mood and Anxiety Disorders in Heart Transplant Recipients.Transplantation Proceedings. Vol. 41, No 8, 3214-3218.

Ravven, S.; Bader, C.; Azar, A. & Rudolph, J. 2013. Depressive Symptoms After CABG Surgery: A Meta-analysis. Harvard Review of Psychiatry. Vol. 21, No 2, 59-69.

Richter, V.; Coelho, M.; Arantes, E.; Dessotte, C.; Schmidt, A.; Dantas, R.; Rossi, L. & Furuya, R. 2015. Health status and mental health in patients after percutaneous coronary intervention. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 68, No 4, 589-595.

Riihiaho, M. 2011. Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki, pelot ja ahdistuneisuus. Pro gradu – tutkielma. Hoitotiede. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 25.4.2019. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82174/gradu04754.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 21.1.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Schnabel, R.; Michal, M.; Wilde, S.; Wiltink, J.; Wild, P.; Sinning, C.; Lubos, E.; Ojeda, F.; Zeller, T.; Munzel, T.; Blankenberg, S. & Beutel, M. 2013. Depression in Atrial Fibrillation in the General Population. PLOS One. Vol. 8, No 12, 1-6.

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 19.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 25.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Stabiili sepelvaltimotauti. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 19.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

ST-nousuinfarkti. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 (viitattu 19.3.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Suhonen, R.; Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt; A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2016. Turku: Turun yliopisto.

Suomen Sydänliitto 2019. Kardiomyopatia. Karpatiat ry. Viitattu 23.3.2019. http://karpatiat.net/sydanlihassairaudet/kardiomyopatia

Suomen Sydänliitto ry 2006. Sepelvaltimokuntoutujan käsikirja.

Suomen Mielenterveysseura 2019a. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 19.1.2019 https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-häiriöt

Suomen Mielenterveysseura 2019b. Mitä mielenterveys on? Viitattu 19.1.2019 https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mitä-mielenterveys

Suomen Mielenterveysseura 2019c. Skitsofrenia. Viitattu 25.3.2019. https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-häiriöt/skitsofrenia

Suomen Mielenterveysseura 2019d. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 26.3.2019. https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-häiriöt/kaksisuuntainen-mielialahäiriö

Sydämen vajaatoiminta. Käypä Hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 23.2.2019). Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi

Syvänne, M. 2014a. Läppävikojen tutkiminen. Sydänliitto. Viitattu 20.3.2019. https://sydan.fi/fact/lappavikojen-tutkiminen/

Syvänne, M. 2014b. Läppävikojen hoidon yleisperiaatteet. Sydänliitto. Viitattu 20.3.2019. https://sydan.fi/fact/lappavikojen-hoidon-yleisperiaatteet/

Syvänne, M. 2014c. Aorttaläpän ahtauma. Sydänliitto. Viitattu 20.3.2019. https://sydan.fi/fact/aorttalapan-ahtauma/

Syvänne, M. 2014d. Aorttaläpän vuoto. Sydänliitto. Viitattu 20.3.2019. https://sydan.fi/fact/aorttalapan-vuoto/

Syvänne, M. 2015. Elämä(ä) sydäninfarktin jälkeen. Duodecim. Vol. 131, No 9, 841-847. Viitattu 16.4.2019. https://www-terveysportti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo12234.pdf

Syvänne, M. 2016. Pallolaajennus avaa suonen tukoksen. Sydänliitto. Viitattu 16.5.2019. https://sydan.fi/fact/pallolaajennus-avaa-suonen-tukoksen/

Szpakowski, N.; Bennell, M.; Qiu, F.; Ko, D.; Tu, J.; Kurdyak, P. & Wijeysundera, H. 2016. Clinical Impact of Subsequent Depression in Patients With a New Diagnosis of Stable Angina: A Population-Based Study. Circulation. Cardiovascular quality and outcomes. Vol. 9, No 6, 731-739.

Tarnanen, K.; Isometsä, E.; Kinnunen, E.; Kivekäs, T.; Lindfors, O.; Marttunen, M. & Tuunainen, A. 2016. Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, masennus). Käypä Hoito. Viitattu 25.3.2019. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2015. Masennus. Viitattu 25.3.2019. https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2018. Psykoosit. Viitattu 25.3.2018. https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2019a. Mielen hyvinvoinnin edistäminen oppilaitoksissa. Viitattu 17.1.2019 https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/opiskelijoiden-mielenterveys/mielen-hyvinvoinnin-edistaminen-oppilaitoksissa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2019b. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 11.4.2019. https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2019c. Ahdistuneisuushäiriöt. Viitattu 26.3.2019. https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot

Terveyskylä 2019a. Sydämen rakenne ja toiminta. Viitattu 18.3.2019. https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/rakenne-ja-toiminta

Terveyskylä 2019b. Sydämen rytmihäiriöt. Sydämen normaali rytmi. Viitattu 20.3.2019. https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tietoa-sydänsairauksista/sydämen-rytmihäiriöt

Terveyskylä 2019c. Sydämen läppäviat. Viitattu 20.3.2019. https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tietoa-sydänsairauksista/sydämen-läppäviat

Texas Heart Institute 2019. Heart Anatomy. Viitattu 23.2.2019. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/heart-anatomy/

Thurman, K. 2016. Tautinen Suomi. Kansansairauksien synty ja hoito. Helsinki: Edita.

Trevizan, F.; Miyazaki, M.; Silva, Y. & Roque, C. 2017. Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery. Vol. 32, No 3, 162-170.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.1.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Visser, M.; Pereira, L.; Mastenbroek, M.; Versteeg, H. & Hassink, R. 2017. Impaired Mental Health-Related Quality of Life in Patients with Idiopathic Ventricular Fibrillation. Pacing & Clinical Electrophysiology. Vol. 40, No 5, 578-584.

von Eisenhart Rothe, A.; Goette, A.; Kirchhof, P.; Breithardt, G.; Limbourg, T.; Calvert, M.; Baumert, J. & Ladwig, K. 2014. Depression in paroxysmal and persistent atrial fibrillation patients: a cross-sectional comparison of patients enroled in two large clinical trials. EP Europace. Vol. 16, No 6, 812-819.

Watkins, L.; Koch, G.; Sherwood, A.; Blumenthal, J.; Davidson, J.; O'Connor, C. & Sketch, M. 2013. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. Journal of the American Heart Association. Vol. 2, No 2, 1-10.

WHO 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 17.1.2019 https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Wilcox, M.; Freiheit, E.; Faris, P.; Hogan, D.; Patten, S.; Anderson, T.; Ghali, W.; Knudtson, M.; Demchuk, A. & Maxwell, C. 2016. Depressive symptoms and functional decline following coronary interventions in older patients with coronary artery disease: a prospective cohort study. BMC Psychiatry. Vol. 16, No 277, 1-11.

Yohannes, A.; Willgoss, T.; Baldwin, R. & Connolly, M. 2010. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 25, No 12, 1209-1221.

Yost, G.; Bhat, G.; Mahoney, E. & Tatooles, A. 2017. Reduced Anxiety and Depression in Patients With Advanced Heart Failure After Left Ventricular Assist Device Implantation. Psychosomatics. Vol. 58, No 4, 406-414.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavat valittujen julkaisujen tulokset.

Tekijä(t), vuosi, maa, (n)	Julkaisunimi	Tulokset
Cully, J. ym. 2009. Yhdysvallat. n=2180	Depression and anxiety in ambulatory patients with heart failure.	Noin viidesosa sydämen vajaatoimintapotilaista saa masennus- tai ahdistuneisuusdiagnoosin vuoden sisällä sydänsairauden toteamisesta. Yleisimpiä diagnooseja ovat masennus, ahdistuneisuus sekä posttraumaattinen tai akuutti stressihäiriö. 9,6%:lla potilaista esiintyy masennusta, 3,5%:lla ahdistuneisuutta, ja 5%:lla molempia häiriöitä. Masennusta ja ahdistuneisuutta diagnosoidaan eniten 30 päivän sisällä sydämen vajaatoiminnan toteamisesta. Ensimmäisen kuukauden aikana diagnosoitavista mielenterveyshäiriöistä 75% diagnosoidaan samana päivänä vajaatoiminnan toteamisen kanssa. Kyseiset potilaat ovat nuorempia ja todennäköisimmin naispuolisia.
Kendler, K. ym. 2009. Yhdysvallat. n=30 374	Major depression and coronary artery disease in the Swedish twin registry: phenotypic, genetic, and environmental sources of comorbidity.	Sepelvaltimotaudin puhkeaminen tuottaa samanaikaisia ja jatkuvia vaaratekijöitä vakavalle masennukselle. Masennusriski vähentyy kuitenkin vuosien mittaan. Riski on suurempi diagnoosin rajoittuessa sepelvaltimotaudin aiheuttamaan sydäninfarktiin. Suurin riski masentua on vuoden sisällä sepelvaltimotaudin puhkeamisesta.
Lesman-Leegte, I. ym. 2009. Alankomaat. n=1562	Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly: A Comparison Between Patients With Heart Failure and Age- and Gender-Matched Community Controls.	Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, erityisesti naisilla, on terveisiin verrattuna enemmän masennusoireita: vajaatoimintapotilailla on yli kaksinkertainen riski saada masennusoireita. Masennusoireet ovat yleisimpiä vajaatoimintapotilailla, jotka samaan aikaan sairastivat muuta liitännäissairautta. Terveisiin verrattuna masennusoireet ovat yleisempiä jopa ilman muiden kroonisten sairauksien esiintyvyyttä.
Norris, C. ym. 2009. Kanada. n=98	All you have to do is call; a pilot study to improve the outcomes of patients with coronary artery disease.	Sydänsairaus lisää riskiä sairastua masennukseen. Vakavaa masennusta esiintyy sepelvaltimotautipotilaista 16-23%:lla, joista 65%:lla esiintyy lieviä tai vakavia oireita sydäninfarktin jälkeen. Masennus hidastaa toipumista sekä heikentää elämänlaatua. Aikainen tunnistaminen ja puuttuminen vähentävät pallolaajennuspotilaiden raportoimia masennusoireita.

Tekijä(t), vuosi, maa, (n)	Julkaisunimi	Tulokset
Pudlo, R. ym. 2009. Puola. n=49	The Occurence of Mood and Anxiety Disorders in Heart Transplant Recipients.	55% sydänsiirtopotilasta kokee lieviä tai kohtalaisia masennusoireita. Masennusjaksoja esiintyy ensimmäisten kahden viikon sisällä sydämensiirrosta. Joillakin jaksot uusiutuvat pitkän ajan kuluessa usein somaattisen tilan heikkenemisen yhteydessä. Osa potilaista kokee väliaikaista surua. Ahdistuneisuutta esiintyy noin 50%:lla sydänsiirtopotilaista, yleensä 2 viikon ajan ja uusiutuen useasti. Ahdistuneisuutta esiintyy sekä kohtalaisena että vakavana. Ahdistuneisuutta esiintyy aikaisemmin potilailla, jotka menevät sydämensiirtoon iskeemisen kardiomyopatian takia verrattuna tapauksiin, joissa on taustalla sydämen vajaatoiminta. Suurin riski ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöiden esiintymiselle on kolmen ensimmäisen viikon aikana sydämensiirtotoimenpiteestä. Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy enemmän vanhemmilla potilailla.
Liu, S. ym. 2010. Yhdysvallat.	Depression in patients with heart disease: the case for more trials.	Noin 20%:lla sydäninfarktin sairastaneista täyttyvät masennuksen kriteerit sydäntapahtuman aikana. Masennus lisää kuolleisuus- ja uusien sydäntapahtumien riskiä akuutista sepelvaltimotaudista toipuvalla potilaalla, verrattuna potilaisiin, joilla masennusta ei ilmene.
Yohannes, A. ym. 2010. UK.	Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles.	10-60%:lla sydämen vajaatoimintapotilaista esiintyy masennusta ja 11-45%:lla ahdistuneisuutta. Yhtäaikaiset masennus ja ahdistuneisuus ovat yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen ja terveyspalveluiden käyttöön sekä vaikuttavat potilaiden fyysiseen toimintakykyyn sekä elämänlaatuun.
Heilmann, C. ym. 2011. Saksa. n=51	Supportive psychotherapy for patients with heart transplantation or ventricular assist device.	Psykososiaalisten ongelmien monimutkaisuus kammion apupumppuhoitoa saavilla potilailla ja sydänsiirtopotilailla vaatii psykoterapeuttista tukea.
Riihiaho, M. 2011. Suomi. n=95	Sepelvaltimotautipotilaiden perheeltä saatu sosiaalinen tuki, pelot ja ahdistuneisuus.	Sepelvaltimotautipotilailla eniten pelkoa aiheuttavat hoidon ja avun varassa oleminen, sydänsairauden paheneminen sekä pysyvä terveydentilan huononeminen. Tilanneahdistusta esiintyy 49%:lla lievästi ja 46%:lla kohtalaisesti. Ahdistuneisuustaipumusta on 47%:lla lievänä ja 45%:lla kohtalaisena. 65-vuotiaat ja sitä nuoremmat kokevat enemmän ahdistuneisuutta ja pelkoa kuin 66-vuotiaat ja vanhemmat.
Baune, B. ym. 2012. Australia. Saksa. n=101	Moderators of the relationship between depression and cardiovascular disorders: a systematic review.	Potilailla, jotka sairastavat sepelvaltimotaudin ohella masennusta, on 2-3 kertainen riski tulevaisuudessa tapahtuviin kohtalokkaisiin tai jopa kuolemaan johtaviin sydäntapahtumiin verrattuna pelkästään sydänsairautta sairastaviin potilaisiin.

Tekijä(t), vuosi, maa, (n)	Julkaisunimi	Tulokset
Elderon, L. & Whooley, M. 2013. Yhdysvallat.	Depression and Cardiovascular Disease.	Noin joka viides sydänsairautta sairastava potilas kärsii vakavista masennusoireista. Vakavan masennuksen olennaisena oireena pidetään yhtäjaksoisesti 2 viikkoa kestävää masennusta tai mielihyvän tai kiinnostuksen menettämistä lähes kaikissa toiminnoissa.
Habibovic, M. ym. 2013. Alankomaat. n=435	Poor health status and distress in cardiac patients: the role of device therapy vs. underlying heart disease.	Vuoden seurannan aikana ahdistuneisuutta esiintyy eniten potilailla, jotka sairastavat sydämen vajaatoimintaa, toiseksi eniten ahdistuneisuutta esiintyy tahdistinpotilailla. Masennuksen suhteen ryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa. Tahdistinpotilaat saattavat kokea hätää ja ahdinkoa tahdistimen asettamisen aikana ja hieman sen jälkeen tahdistimen aiheuttamien rajoitteiden ja komplikaatioriskien vuoksi. Henkinen ahdinko ja heikko terveydentila ovat mahdollisesti enemmän yhteydessä sairauden vakavuuteen kuin tahdistimen kanssa elämiseen.
Ravven, S. ym. 2013. Yhdysvallat. n=39	Depressive Symptoms After CABG Surgery: A Meta-analysis.	Masennusoireet ovat yleisiä sepelvaltimon ohitusleikkauspotilailla sekä ennen että jälkeen operaation. Masennusoireiden riski ohitusleikkauksen jälkeen pienenee välittömän postoperatiivisen vaiheen jälkeen. Kuitenkin yli 20% ohitusleikkauspotilaista kärsii masennusoireista leikkauksen jälkeisien kuukausien aikana. Masennuksen systemaattinen seulominen sekä ennen että jälkeen ohitusleikkauksen on tärkeää ottaen huomioon masennuksen negatiiviset vaikutukset postoperatiiviseen toipumiseen, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen.
Schnabel, R. ym. 2013. Saksa. n=309	Depression in atrial fibrillation in the general population.	Flimmeripotilaat kärsivät hieman korkeammasta masennusoireiden kuormituksesta muuhun väestöön verrattuna. Lisäksi flimmeripotilaiden itse ilmoittama fyysinen terveydentila ja mielenterveydentila ovat alhaisemmat.
Watkins, L. ym. 2013. Yhdysvallat. n=934	Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease.	20% sepelvaltimotautipotilaista kärsii joko masennuksesta tai ahdistuneisuudesta. 60%:lla masentuneista täyttyvät korkean ahdistuneisuuden kriteerit, 52%:lla ahdistuneista täyttyvät vaikean masennuksen kriteerit. Sepelvaltimotautia sairastavilla, korkeaa ahdistuneisuutta kärsivillä potilailla on kaksinkertainen riski kuolleisuudelle muuhun väestöön verrattuna. Kuolleisuusriski on kolminkertainen potilailla, joilla esiintyy samanaikaisesti ahdistuneisuutta sekä masennusta verrattuna potilaisiin, joilla mielenterveyshäiriöitä ei esiinny lainkaan.
Dekker, R. 2014. Yhdysvallat. n=13	Patient perspectives about depressive symptoms in heart failure: A review of the qualitative literature.	Vajaatoimintapotilailla taloudelliset vaikeudet, heikko terveydentila ja aikaisemmat traumaattiset kokemukset altistavat masennusoireille. Masennuksen ohella voi esiintyä ahdistuneisuutta sekä erilaisia negatiivisia tunteita, kuten voimattomuutta, vihaa, turhautumista, syyllisyyttä ja arvottomuutta. Itsemurhaajatukset ovat harvinainen mutta merkittävä seuraus masennusoireista sydämen vajaatoimintaa sairastavilla.

Tekijä(t), vuosi, maa, (n)	Julkaisunimi	Tulokset
Efremidis, M. ym. 2014. Kreikka. n=57	Association of Quality of Life, Anxiety, and Depression with Left Atrial Ablation Outcomes.	Masennusta ja ahdistuneisuutta esiintyy yhdellä kolmasosalla flimmeripotilaista. Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisempiä potilailla, joilla rytmihäiriöt ovat toistuvia. Puolen vuoden kulut-tua eteisvärinän ablaatiohoidon jälkeen potilaiden elämänlaa-dun voidaan todeta kohentuneen ja masennus- ja ahdistunei-suusoireiden vähentyneen.
Fan, H. ym. 2014. Kiina. n=9	Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis.	Sydämen vajaatoiminnan diagnosoinnin jälkeen ilmenevä masennus lisää uusien sydäntapahtumien riskiä. Vakavilla masennusoireilla on yhteys kuolleisuuteen, toisin kuin lievillä oireilla. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien mahdollisia masennusoireita tulisi arvioida säännöllisesti.
Pashaky, M. ym. 2014. Iran. n=30	The effect of training life expectancy and coping styles on negative emotions of cardiac surgical patients' mental health.	Sepelvaltimotautia sairastavat sekä ohitusleikkausta odottavat potilaat kokevat stressiä sekä negatiivisia tunteita, kuten vihaa, ahdistusta ja masennusta.
von Eisenhart Rothe, A. ym. 2014. Saksa. n=702	Depression in paroxysmal and persistent atrial fibrillation patients: a cross-sectional comparison of patients enroled in two large clinical trials.	38,8% flimmeripotilaista kokee lievää, 19% kohtalaista ja 14,8% vakavaa masennusta. Potilaat, jotka sairastivat pysyvää flimmeriä, sairastivat todennäköisemmin vakavampaa masennusta kuin kohtaustyyppisestä flimmeristä kärsivät. Masennusta esiintyy enemmän pysyvää flimmeriä sairastavilla kuin niillä, joilla rytmihäiriö on kohtaustyyppistä.
Pelletier, R. ym. 2015. Kanada. n=2390	Relative associations between depression and anxiety on adverse cardiovascular events: does a history of coronary artery disease matter? A prospective observational study.	Sepelvaltimotautipotilailla masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä mielenterveyshäiriöitä. Masennus ja ahdistuneisuus eivät lisää kuolleisuusriskiä sepelvaltimotautipotilailla.
Richter, V. ym. 2015. Brasilia. n=101	Health status and mental health in patients after percutaneous coronary intervention.	Koronaariangioplastian jälkeen 52,5% potilaista ei kärsi mielenterveysongelmista, 31,7% kärsii joko masennuksesta tai ahdistuneisuudesta ja 15,8% kärsii sekä masennuksesta että ahdistuneisuudesta.
Syvänne, M. 2015. Suomi.	Elämä(ä) sydäninfarktin jälkeen.	15-20% sydäninfarktin sairastaneista on merkittävästi masentuneita. Masennus heikentää sydänsairauden ennustetta. Psykoterapialla ja lääkehoidolla saadaan lievennettyä masennuksen oireita, ja sitä kautta elämänlaatu parantumaan. Elämänlaadun paraneminen ei paranna itse sydänsairauden ennustetta.

Tekijä(t), vuosi, maa, (n)	Julkaisunimi	Tulokset
Adelborg, K. ym. 2016. Tanska. n=204 523	Mortality Risk Among Heart Failure Patients With Depression: A Nationwide Population-Based Cohort Study.	Sydämen vajaatoiminnan kanssa samanaikaisesti esiintyvä masennus on yleisempää naisilla sekä potilailla, joilla on pitkälle kehittynyt vajaatoiminta. Kuolleisuusriski on suurempi potilailla, joilla esiintyvät systolinen sydämen vajaatoiminta sekä masennus yhtäaikaisesti. Muiden vajaatoimintatyyppien yhteydessä masennuksella ei ole vaikutusta kuolleisuusriskiin.
Christensen, T. ym. 2016. Tanska. n=173	Neuroticism, depression and anxiety in takotsubo cardiomyopathy.	Kontrolliryhmään verrattuna takotsubo-kardiomyopatiaa sairastavat raportoivat heikompaa hyvinvointia, lisäksi heillä esiintyy enemmän neurotisismia, masennusta ja ahdistuneisuutta. ST-nousuinfarkti- ja takotsubo-kardiomyopatiapotilailla hyvinvoinnin, masennuksen ja neurotisismin tasot ovat samankaltaisia, ahdistuneisuutta esiintyy enemmän takotsubopotilailla.
Freedland, K. ym. 2016. Yhdysvallat. n=662	Depression and Multiple Rehospitalizations in Patients With Heart Failure.	20% sydämen vajaatoimintapotilaista sairastaa vakavaa ja 16% lievää masennusta. Masennus lisää sydämen vajaatoimintapotilailla moninkertaisesti riskiä uudelle sairaalahoitojaksolle.
Heilmann, C. ym. 2016. Saksa. n=123	Mental health status of patients with mechanical aortic valves, with ventricular assist devices and after heart transplantation.	Sydänsiirtopotilaat kärsivät vähemmän ahdistuneisuudesta sekä masennuksesta verrattuna potilaisiin, joilla on joko kammion apupumppu tai tekoläppä. Suurimmalla osalla mielenterveysongelmista kärsivistä sydänsiirtopotilaista oireet ovat lieviä tai kohtalaisia. Myös voimakkaat ahdistuneisuus- ja masennusoireet ovat mahdollisia. Potilaan iällä tai leikkauksesta kuluneella ajalla ei ole vaikutusta potilaan mielenterveyteen.
Jani, B. ym. 2016. UK. n=125 143	Relationship Between Blood Pressure Values, Depressive Symptoms, and Cardiovascular Outcomes in Patients With Cardiometabolic Disease.	Potilailla, joilla on jo olemassa oleva kardiometabolinen sairaus, kuten sepelvaltimotauti, on muuhun väestöön verrattuna 2-3 kertainen riski sairastua masennukseen.
Malicka, I. ym. 2016. Puola. n=48	The role of social support in women's health and recovery processes.	80%:lla sydänleikkauksen läpikäyvistä naisista esiintyy ahdistuneisuutta. Sydänpotilailla vakavat masennusoireet ovat yhteydessä korkean tason sosiaalisen tuen hakemiseen ja matalaan tyytyväisyystasoon elämää kohtaan.
Szpakowski, N. ym. 2016. Kanada. n=22 917	Clinical Impact of Subsequent Depression in Patients With a New Diagnosis of Stable Angina: A Population-Based Study.	Sydäninfarktin sairastaneilla sekä sepelvaltimo-ohitusleikkauspotilailla masennusta esiintyy 10-40%:lla potilaista. Sydäninfarktin seurauksena masennukseen sairastuneilla potilailla on suurentunut riski uuteen sydän- ja verisuonitapahtumaan, kuolleisuuteen, sairaalaan joutumiseen sekä terveydenhuollon resurssien kuluttamiseen. Sepelvaltimotautia sairastavilla masennusta esiintyy 18,8%:lla, ja heillä on suurentunut kuolleisuusriski. Ennusteeseen vaikuttavat mm. masennushistoria sekä naissukupuoli.

Tekijä(t), vuosi, maa, (n)	Julkaisunimi	Tulokset
Wilcox, M. ym. 2016. Kanada. n=374	Depressive symptoms and functional decline following coronary interventions in older patients with coronary artery disease: a prospective cohort study.	Vuoden seurannan aikana 71% pallolaajennuspotilaista ei koe masennusoireita, 9% kokee lähtötilanteen kaltaisia oireita, 8%:lla masennus puhkeaa uutena oireena ja 12% kokee jatkuvia masennusoireita. Potilaat, joille masennus puhkeaa uutena, ovat vanhempia. Potilaat, joilla masennusoireita esiintyy yhtämittaisesti, raportoivat huonommasta terveydestä sekä ahdistuneisuustason kohoamisesta.
Brostow, D. ym. 2017. Yhdysvallat. n=28	Depression in patients with peripheral arterial disease: A systematic review.	20-23%:lla sepelvaltimotautia sairastavista potilaista esiintyy sydänsairauden lisäksi myös masennusoireita. Masennus on yleisempää naispotilailla.
Doering, L. ym. 2018. Yhdysvallat. n=113	Perceived control and health-related quality of life in heart transplant recipients.	Sydänsiirtopotilaat, jotka raportoivat alhaisempaa uskoa omien toimien vaikutuksesta terveydentilaan, ovat todennäköisimmin naispuolisia ja heillä on enemmän masennusoireita, ahdistuneisuutta ja alhaisempi terveyttä koskeva elämänlaatu kuin potilailla, joilla usko omien toimien vaikutuksesta terveydentilaan on korkeampi.
Trevizan, F. ym. 2017. Brasilia. n=33	Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation.	91%:lla sydänsiirtopotilaista esiintyy minimaalisia, 6%:lla lieviä ja 3%:lla kohtalaisia masennusoireita. 3%:lla potilaista täyttyvät masennuksen diagnostiset kriteerit. 94%:lla sydänsiirtopotilaista esiintyy minimaalisia, 6%:lla lieviä ja kohtalaista ahdistuneisuusoireita. Ahdistuneisuus on yleisempää naisilla. Potilaat arvioivat elämänlaatunsa hyväksi sydämensiirron jälkeen masennus- ja ahdistuneisuusoireista huolimatta.
Visser, M. ym. 2017. Alankomaat. n=1040	Impaired Mental Health-Related Quality of Life in Patients with Idiopathic Ventricular Fibrillation.	Idiopaattista kammiovärinää sairastavat (iVF), joilla on sydämentahdistin, raportoivat heikompaa henkistä hyvinvointia kuin muut sydänpysähdyksestä selvinneet sydäntahdistinpotilaat (diagnoosin saaneet ICD-potilaat). Masennusoireet ovat samankaltaisia sekä iVF-potilailla että diagnoosin saaneilla ICD-potilailla. 19% iVF-potilaista ja 12% diagnoosi-ICD-potilaista raportoivat vakavan masennuksen merkeistä. iVF-potilailla mahdollinen syy heikentyneelle henkiselle hyvinvoinnille voi olla tietämättömyys oman sairauden etiologiasta.
Yost, G. ym. 2017. Yhdysvallat. n=54	Reduced Anxiety and Depression in Patients With Advanced Heart Failure After Left Ventricular Assist Device Implantation.	Sydämen vajaatoiminnan kanssa samanaikaisesti esiintyvällä masennuksella on monia vaikutuksia, kuten lisääntynyt kuolleisuusriski, oireiden huonontuminen, toiminnallisen kapasiteetin sekä elämänlaadun heikentyminen. Vasempaan kammioon asetetun apupumpun ansiosta masennus ja ahdistuneisuus vähenevät. Ennen toimenpidettä vajaatoimintapotilailla voi esiintyä lievää masennusta ja ahdistuneisuutta.
Mehrpoya, A. ym. 2018. Iran. n=11	Patient experiences of living with coronary stent.	Ahdistuneisuus on yksi merkittävimmistä henkisistä haasteista, joita sepelvaltimostenttipotilaat kokevat. Kotiuttamisen jälkeen potilaat kokevat vähemmän ahdistuneisuutta.