

Sirpa Arteva ja Elina Ylèn

Ohitusleikkauspotilaan kokema henkinen stressi – aiheuttajat ja ilmentyminen

Kirjallisuuskatsaus

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Sirpa Arteva ja Elina Ylén Ohitusleikkauspotilaan kokema henkinen stressi - aiheuttajat ja ilmentyminen 34 sivua + 2 liitettä 15.03.2011
Tutkinto	sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	hoitotyö
Ohjaaja(t)	THM, lehtori Marjatta Luukkanen TtT, yliopettaja Anneli Sarajarvi
<p>Opinnäytetyö oli osa suurempaa hanketta nimeltä "Pitkäaikaissairaiden hoitoväsymys – itsehoitoa ja vertaistukea vahvistavan toimintamallin kehittäminen". Vuosille 2009 – 2013 ajoittuva nelivaiheinen hanke tehdään yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun, Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys ry:n, Uudenmaan Sydänpiiri ry:n ja Iholiitto ry:n kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää ja kuvata tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuen, mikä aiheuttaa ohitusleikkauspotilaalle henkistä stressiä ja miten se ilmenee. Henkistä stressiä tarkasteltiin opinnäytetyössä ahdistuksen ja masennuksen kautta.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui 19 englanninkielisestä ja yhdestä suomenkielisestä tieteellisestä tutkimusartikkelista vuosilta 1999 – 2009. Opinnäytetyön aineiston analysointi tehtiin induktiivista sisällönanalyysia soveltaen.</p> <p>Ohitusleikkauspotilaan henkistä stressiä aiheuttavina asioina nousivat tutkimusaineistosta esiin yksittäiset ja yksilölliset stressitekijät, joita oli mm. naissukupuoli, ikä, kivun ja epämukavuuden kokemukset, uniongelmat, ohitusleikkausta koskeva optimismin puute ja huoli oman sairauden vaikutuksesta perheen hyvinvointiin. Henkistä stressiä aiheutti myös ohitusleikkauspotilaan kognitiivisessa toiminnassaan kokemat ongelmat, jolloin kognitiivisten ongelmien esiintyvyys edisti ahdistuksen kehittymistä leikkauksen jälkeen. Psykykinen oireilu ja vaikkeudet kognitiivisissa toiminnoissa olivat merkittävästi yhteydessä toisiinsa. Sosiaalisen tuen puutteen yhteys henkisen stressin aiheutumiseen nousi tutkimusaineistosta esiin. Ohitusleikkauspotilailta perheiltään saama sosiaalinen tuki oli yhteydessä heidän ahdistuksen, masentuneisuuden ja toivottomuuden kokemuksiinsa. Myös elämänlaadun heikentymisellä todettiin olevan yhteys henkiseen stressiin. Heikommasta elämänlaadusta kärsivillä esiintyi enemmän masentuneisuutta ohitusleikkauksen yhteydessä. Ohitusleikkauspotilaat kokivat ohitusleikkauksen merkittävänä elämäntapahtumana ja potilaiden puutteellinen informointi aiheutti osin epärealistisia ja vaihtelevia odotuksia leikkauksen hyödyistä.</p> <p>Ohitusleikkauspotilaiden henkisen stressin ilmentymistä kuvaavina tekijöinä nousivat tutkimusaineistosta esiin muutokset ohitusleikkauspotilaiden toimintakyvyssä. Fyysisen toimintakyvyn heikentymistä ohitusleikkauksen jälkeen ennusti masennusoireiden korkea esiintyvyys ennen leikkausta sekä lisäksi epävarmuus ja ahdistus vaikuttivat potilaiden toimintakyvyn heikkenemiseen. Ahdistuksella todettiin olevan yhteys myös kuolleisuuteen. Masentuneisuudesta ja ahdistuksesta kärsivät tukeutuivat enemmän hoitohenkilökuntaan. Sairaala- ja terveydenhuoltokäyntien lukumäärä oli näillä potilailla kohonnut leikkauksen jälkeen. Heikentynyt toipuminen ohitusleikkauksesta ilmensi henkisen stressin esiintyvyyttä, joka ilmeni esim. heikentyneenä sitoutumisena kuntoutukseen ja postoperatiivisena sairaalloisuutena.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset vahvistivat ja tukivat aihealueen aiempia tutkimustuloksia. Olemassa olevaan tutkimustietoon verraten aineistosta ei noussut esiin uusia näkökulmia.</p>	
Avainsanat	ohitusleikkauspotilas, ahdistus, masennus, henkinen stressi

Author(s) Title Number of Pages Date	Sirpa Arteva, Elina Ylèn The Mental Stress Experiences of The Bypass Patient – Causes and Expressions. A Literature Review 34 pages + 2 appendices 15 March 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Lecturer Marjatta Luukkanen Senior Principal Lecturer Anneli Sarajärvi
<p>Our final project was part of a larger project named Diabetes Distress (<i>in Finnish, Pitkääikäissairaiden hoitoväsymys - itsehoitoa ja vertaistukea vahvistavan toimintamallin kehittäminen</i>). This project comes true in 2009 - 2013 in four periods in co-operation with Helsinki Metropolia University of Applied Sciences (Finland), Metropolitan Area Diabetes Association (Finland), Finnish Heart Association and Finnish Central Organisation for Skin Patients (Finland).</p> <p>The purpose of our final project was to chart and describe, what the factors and reasons behind bypass patient`s mental stress were and how mental stress manifested. Mental stress was observed throughout anxiety and depression.</p> <p>Our final project was done by applying the methods of systematic literature review. The material for the literature review included 19 scientific articles written in English and one in Finnish between the years 1999 – 2009. The material was analysed by using the methods of inductive content analysis.</p> <p>The factors that caused mental stress for bypass patients were individual, for example female gender, age, experiences of pain and discomfort, sleeping problems, lack of optimism and concerns of how the illness or death affects the wellfare of the patient`s family. Likewise mental stress was caused by difficulties with the cognitive functioning in patients, which was associated with anxiety. A lack of social support was associated with experiences of anxiety, depression and hopelessness among patients. Moreover the impaired quality of life was combined with mental stress. Patients with a poorer quality of life suffered from many symptoms of depression. Bypass patients experienced bypass surgery as a significant event of life and poor patient counselling caused unrealistic and variable expectations of the benefits of bypass surgery.</p> <p>The factors that manifested the mental stress in patients were changes in patients` physical functioning. Preoperative depressive symptoms were a significant predictor of the lack of functional improvement after the surgery. Also uncertainty and anxiety weakened patients` functional status. Anxiety was associated with mortality. The depressive and anxious patients leaned on the health care personnel. The health care visits and hospital readmissions were increased in these patients postoperatively. Impaired recovery from bypass surgery manifested mental stress, which was appeared as impaired commitment to the rehabilitation and morbidity postoperatively.</p> <p>The results of our final project confirmed the previous study results of the same topic. Compared with the previous scientific knowledge, new points of view were not found.</p>	
Keywords	bypass patient, mental stress, anxiety, depression

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Ohitusleikkauspotilaan kokema henkinen stressi	3
2.1	Henkinen stressi	3
2.2	Ohitusleikkauspotilas	5
2.2.1	Sepelvaltimotauti (morbus cornis coronarius, MCC)	5
2.2.2	Ohitusleikkaus (bypass surgery)	6
3	Työn tarkoitus ja tutkimuskysymykset	8
4	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja aineiston analysointi	9
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä	9
4.2	Aineiston haku ja valintakriteerit	11
4.3	Hakujen toteutus tietokantoihin	12
4.4	Analysointi	13
5	Tulokset	18
5.1	Ohitusleikkauspotilaan henkistä stressiä aiheuttavat tekijät	18
5.1.1	Ohitusleikkauspotilaan kognitiivisessa toiminnassaan kokemat ongelmat	18
5.1.2	Yksittäiset ja yksilölliset stressitekijät	18
5.1.3	Sosiaalisen tuen puute	20
5.1.4	Potilaan puutteellinen informointi	20
5.2	Ohitusleikkauspotilaan henkisen stressin ilmentyminen	21
5.2.1	Muutokset toimintakyvyssä	21
5.2.2	Heikentynyt toipuminen ohitusleikkauksesta	21
6	Pohdinta	24
6.1	Yhteenveto tuloksista	24
6.2	Työn luotettavuus ja eettisyys	28
6.3	Ammatillinen kasvu ja kehitys	30
	Lähteet	31
	Liitteet	
	Liite 1. Hakutaulukko	
	Liite 2. Analyysitaulukko, yhteenveto tutkimusartikkeleista	

1 Johdanto

Opinnäytetyö on toteutettu osana suurempaa hanketta nimeltä ”Pitkäaikaissairaiden hoitoväsymys - itsehoitoa ja vertaistukea vahvistavan toimintamallin kehittäminen”. Vuosille 2009 - 2013 ajoittuva nelivaiheinen hanke tehdään yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun, Pääkaupunkiseudun Diabetesyhdistys ry:n, Uudenmaan Sydänpiiri ry:n ja Iholiitto ry:n kanssa. (Hankkeen informaatio.)

Opinnäytetyön aiheena on ohitusleikkauspotilaan kokema henkinen stressi. Työssä tarkastellaan henkisen stressin aiheuttajia sekä kuvataan sen ilmentymistä. Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsausmuotoisena, jossa on sovellettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmiä. Opinnäytetyön keskeisinä käsitteinä ovat henkinen stressi ja ohitusleikkauspotilas. Henkisen stressin käsitettä tarkastellaan masentuneisuuden ja ahdistuksen kautta. Käsitettä ohitusleikkauspotilas avataan kuvaamalla sepelvaltimotaudin ja ohitusleikkausoperaation taustaa. Keskeisiä käsitteitä määriteltäessä, kuvataan myös ahdistus- ja masennuskokemusten ja sydänsairauksien yhteyttä.

Useissa aiemmissa tutkimuksissa on todettu yhteys sydänsairauksien ja ahdistuksen sekä masennuksen välillä. Aiheen tutkiminen on perusteltua, koska Suomessa sydänsairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja siihen liittyvä sydäninfarkti sekä hoitomuotona ohitusleikkaukset, ovat lisääntyneet runsaasti viime aikoina ja ne tuottavat yhteiskunnalle lisäkustannuksia yhä enemmän. Sydän- ja verisuonitautien kansanterveydellinen ja taloudellinen merkitys on suuri. Myös suorituspaineeet ovat yhteiskunnassa lisääntyneet merkittävästi, mikä vaikuttaa osaltaan ohitusleikkauspotilaiden ahdistus- ja masennuskokemuksiin. Ohitusleikkauspotilaan ahdistus ja masennus vaikuttavat esimerkiksi ohitusleikkauspotilaan elämänlaatuun, toimintakykyyn ja kykyyn toimia sosiaalisissa suhteissa.

Nykyisin on jo paljon tietoa sydänsairauksien riskitekijöistä ja hoidosta. Sydänsairauksia voivat aiheuttaa tupakointi, epäterveellinen ravinto, riittämätön liikunta, tulehdukset sekä lääkkeiden käyttö. Tärkeimpinä ennalta ehkäisevinä tekijöinä pidetään henkilön elintapamuutoksia sekä omaa huolehtimista terveydestään. (Mäkijärvi – Kettunen – Kivelä – Parikka – Yli-Mäyry 2008: 7-8.) Kirurgiseen hoitomuotoon, kuten ohitusleikka-

us, turvaututaan, kun elämäntapamuutokset tai lääkehoito eivät ole riittäviä hoitomuotoja

2 Ohitusleikkauspotilaan kokema henkinen stressi

2.1 Henkinen stressi

Stressi on terminä yleisesti käytetty, mutta se on käsitteenä kuitenkin epätarkka. On olemassa eroavaisuuksia tavassa määritellä, arvioida ja käyttää termiä stressi tutkimuksessa. Kuitenkin huolimatta näistä eroavaisuuksista, suurin osa nykyisistä stressin määritelmistä hyväksyy oletuksen, että stressi on prosessi, mikä ilmaantuu, kun ympäristön vaatimukset ylittävät yksilön sopeutuvuuden kapasiteetin. Tämä prosessi tuottaa psyykkisiä ja/tai biologisia muutoksia, joilla saattaa olla vaikutuksia terveyteen. Yksilölliset tulkinnat tai arviot ovat tärkeitä tekijöitä, jotka määrittävät reaktioita stressiin. (Holmes – Krantz – Rogers – Gottdiener – Contrada 2006: 106.) Henkisen stressin käsitteeseen voi sisältyä ulottuvuuksina mm. masennusta, ahdistusta, paniikkihäiriöitä, sosiaalista eristäytymistä, laadukkaan sosiaalisen tuen puutetta, akuutteja ja kroonisia elämäntapahtumia, tyypin a persoonallisuutta sekä siihen liittyvää vihamielisyyttä (Bunker ym. 2003: 272).

Yleisesti on laajalti uskottu, että akuutti ja krooninen stressi ovat tärkeitä riskitekijöitä sepelvaltimotaudin kehitykselle ja etenemiselle. Tutkittaessa ympäristöllisiä ja psykososiaalisia tekijöitä sekä terveyttä, on stressi ollut tärkeänä keskittymisenkohteena. Jotta kyettäisiin ymmärtämään henkisen stressin vaikutusta sydänsairaille, on tärkeää ymmärtää ero akuutin ja kroonisen stressin välillä. Krooninen stressi on pitkäkestoinen ja oletettavasti se kasvaa ja kasaantuu ajan kuluessa. Krooniset stressitekijät ovat yhteydessä yksilön työn vaativuuteen, sosiaalisiin suhteisiin ja elinympäristötekijöihin. Akuutti stressi puolestaan liittyy yksilön elämässä tapahtuviin tilapäisiin muutoksiin, jotka ovat yleensä ennustamattomia ja hallitsemattomia. (Holmes ym. 2006: 106 – 108.)

Opinnäytetyössä henkistä stressiä käsitellään ahdistuneisuuden (*engl. anxiety*) ja masentuneisuuden (*engl. depression*) kautta. Henkinen stressi tarkoittaa henkilön ulkoisten haasteiden ja omien voimavarojen välillä olevaa epätasapainoa. Arkielämän erilaiset tapahtumat muodostavat ihmiselle erilaisia haasteita, joiden voittamiseksi on erilaisia yksilöllisiä ja tuttuja hallinta- ja sopeutumiskeinoja. Elämäntapahtumat kuitenkin voivat lisätä psyykkistä kuormaa niin paljon, että ihmisen on itse ponnisteltava huomattavasti.

tavasti tai saatava ympäristöltä tukea pysyäksään tasapainossa. Uhat läheisissä ihmissuhteissa, terveydessä tai työssä ovat yleisimpiä elämän stressitekijöitä. (Henriksson – Lönnqvist 2001: 275.)

Useat aiemmat tutkimukset yhdistävät henkisen stressin sepelvaltimotaudin synnyn riskitekijäksi. Henkinen stressi on yhdistetty sydänsairaille myös ateroskleroosin etenemiseen, valtimotulppien kehittymiseen sekä kasvaneeseen riskiin saada rytmihäiriöitä. Henkisen stressin ulottuvuuksista masennuksen vaikutusta on tutkittu eniten ja se on todettu yhdeksi merkittäväksi riskitekijäksi sydänsairauksissa. (Shibeshi – Young-Xu – Blatt 2007: 2021). Sydänsairaiden masennus on yhteydessä heikkoon toimintakykyyn, väsymykseen, kipuihin ja unettomuuteen sekä alentuneeseen sosiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi masentuneisuus ennustaa huonoa toipumista sydäntapahtumista, kuten sydäninfarktista. (Koivula 2002: 19.)

Masennukselle tyypillisiä merkkejä ovat mielialan lasku, alakuloisuus ja mielihyvän kokemisen kyvyttömyys. Työ- ja toimintakyky heikkenevät sekä kiinnostus ympäristöä kohtaan vähenee. Vaikeasti masentunut kokee toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita ja suurimmalla osalla heistä on itsemurha-ajatuksia. Masennuksesta kärsivä saattaa kokea olevansa taakkana muille eikä hän usko itseensä eikä tulevaisuuteen. Näiden perusoireiden lisäksi hän on jatkuvasti surullinen, hänellä on tyhjä mieliala ja mielenkiinto kaikkiin toimintoihin puuttuu. Unihäiriöt, kuten ylinukkuminen ja unettomuus sekä syömishäiriöt joko ruokahalun menetyksineen tai ahmimisineen ovat tavallisia oireita. Masentuneen saattaa olla vaikea keskittyä, muistaa asioita tai tehdä päätöksiä. Lisäksi hänellä voi olla syyllisyyden, arvottomuuden, avuttomuuden tunteita ja hän on hyvin itkuherkkä. Hän voi olla ärtynyt sekä tuntee pitkittyneitä kipuja ja särkyjä, joihin mitkään hoidot eivät auta. (Punkanen 2001.)

Ahdistuksen osuutta sydänsairauksien ennusteeseen ei täysin ymmärretä tai tunneta. Voidaan kuitenkin olettaa, että korkea tai lisääntyvä ahdistus pitkittyneeltä ajanjaksolta on yhteydessä sepelvaltimotautipotilaiden kasvaneeseen sydäntapahtumien riskiin. (Shibeshi ym. 2007: 2021.) Ahdistuneisuuden tunteeseen sisältyy sisäistä jännitystä, levottomuutta, kauhun tai myös paniikin tunnetta. Ahdistuneisuus voi muistuttaa pelon tunnetilaa. Pelkoon kuitenkin sisältyy todellinen ulkoinen vaara, kun taas ahdistuneis-

suudesta ulkoinen vaara puuttuu tai henkilö ymmärtää pelkonsa ylisuureksi realistiseen ulkoiseen uhkaan nähden. (Isometsä 2001: 196.)

Ahdistuneisuus on poikkeuksellisen yleistä sepelvaltimotautia sairastavilla (Januzzi – Stern – Pasternak – DeSanctis 2000: 1913 – 1921; Koivula 2002:19). Suuri osa ahdistuneisuudesta kärsivistä sydänpotilaista on alidiagnosoituja ja -hoidettuja tai he ovat jääneet kokonaan hoitamatta (Januzzi ym. 2000: 1913 - 1921).

2.2 Ohitusleikkauspotilas

Opinnäytetyön aiheena on sepelvaltimotautia sairastavien ohitusleikkauspotilaiden henkinen stressi, joten ohitusleikkauspotilasta kuvaaviksi keskeisiksi käsitteiksi määriteltiin sepelvaltimotauti ja ohitusleikkaus. Seuraavassa kyseiset keskeiset käsitteet esitellään ja avataan.

2.2.1 Sepelvaltimotauti (morbus cornis coronarius, MCC)

Sepelvaltimotauti on sydänlihaksen hapetusta ja ravinnonsaantia vaikeuttava sairaus. Voidaan todeta, että sepelvaltimotautia esiintyy yleisimmin iäkkäillä, vaikka kuitenkin noin puolet sairastavista on alle 65-vuotiaita. Sepelvaltimotauti on yksi yleisimmistä kuolinsyistä Suomessa. (Mustajoki 2008.)

Sepelvaltimotaudin syy on useimmiten ateroskleroosi eli valtimon kovettumistauti, mikä vaurioittaa ja ahtauttaa sydänlihaksen hapensaannista ja ravitsemuksesta huolehtivia sepelvaltimoita pysyvästi. Ateroskleroosi alkaa suonien ohuesta sisäkalvosta, jonka alle alkaa kertyä lähinnä kolesterolista peräisin olevaa materiaalia. Kolesterolikertymää kutsutaan plakiksi. Vuosien kuluessa plakkikertymä kasvaa ja pullistuu sisäänpäin, jolloin se alkaa tukkia valtimoa. Tämän seurauksena valtimon verenkierto vaikeutuu. (Kettunen 2008: 243.)

Muita sepelvaltimotaudin ilmenemismuotoja ovat sydäninfarkti, erilaiset rytmihäiriöt, sydämen vajaatoiminta tai jopa äkkikuolema (Kettunen 2008: 241 - 243).

Sepelvaltimotaudin syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat tupakointi, suurentunut veren kolesteroliarvo, kohonnut verenpaine ja vähäinen liikunta. Sepelvaltimotautia on mah-

dollista tehokkaasti ehkäistä välttämällä elintapoja, jotka johtavat edellä mainittuihin tekijöihin. (Kettunen. 2008: 243 - 248.)

Sepelvaltimotaudista aiheutuu toimintakyvyn heikkenemistä, toiminnallista haittaa ja sairastuneelle sekä hänen läheisilleen aiheutuvia lisääntyneitä kustannuksia (Rantanen 2009: 19). Sepelvaltimotautipotilaan hoidolla pyritään elämänlaadun, suorituskyvyn ja sairauden ennusteen parantamiseen (Lukkarinen 1999b: 26).

Yleisesti ottaen kroonisella sairaudella, kuten sepelvaltimotaudilla on fyysisiä ja tunneperäisiä elämänlaatuun (*engl. quality of life*) vaikuttavia seurauksia. Sepelvaltimopotilaiden, jotka ovat läpikäyneet ohitusleikkauksen, elämänlaatua on tärkeä tutkia. (Dantas – Motzer – Ciol 2002: 745.) Elämänlaatuun vaikuttaa sepelvaltimotaudin vaikeusaste, jolloin vaikea-asteisempaan sepelvaltimotautiin liittyy heikommaksi koettu terveyteen liittyvä elämänlaatu (Rantanen 2009: 19).

2.2.2 Ohitusleikkaus (bypass surgery)

Ohitusleikkaus on yksi yleisimpiä toimenpiteitä maailmassa (Dantas ym. 2002: 745). Ohitusleikkauksessa ahtautunut suonenkohta, esimerkiksi sepelvaltimo, sananmukaisesti ohitetaan muualta otetulla siirteellä, kuten laskimo- tai valtimosiirteellä tai verisuoniproteesilla, tai normaalipaikassaan sijaitsevalla verisuonella (Hippeläinen 2008: 285 - 287). Useat aiemmat tutkimukset osoittavat, että masennuksella ja ahdistuksella on yhteys sydänsairauksiin. Muutamit tutkimukset ovat myös tuoneet esiin yhteyden psyykkisten oireiden ja ohitusleikkauksen jälkeisen sairaalloisuuden ja kuolleisuuden välillä. (Pignay-Demaria – Lespérance – Demaria – Frasure-Smith – Perrault 2003: 315.)

Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksella voidaan lievittää niin rintakipuoireita kuin vähentää lääkityksen tarvetta sekä saada aikaan parannusta fyysiseen suorituskykyyn. Potilaiden kokemana toipuminen ja kuntoutuminen ovat yksilöllisiä ja he käyttävät leikkauksesta toipumiseen selviytymiskeinoja, jotka ovat yksilöllisiä ja voivat vaihdella eri tilanteissa ja paranemisen vaiheissa. Potilaat, jotka ovat optimistisia ja suhtautuvat myönteisesti tilanteeseensa, toipuvat leikkauksesta yleensä paremmin. Rintakipujen laatu ja esiintyvyys vaikuttavat myös toipumiseen. Useimpien potilaiden tyytyväisyys elämäänsä ohitusleikkauksen jälkeen on ollut hyvä ja helpottavana potilaat ovat koke-

neet sen, ettei sepelvaltimotauti rajoita heidän elämäänsä enää kuten aikaisemmin. (Rantanen 2009: 20 - 21.) Itsehoidon tukemisella on tärkeä merkitys sepelvaltimotautipotilaan kuntoutumisessa (Lukkarinen 1999b: 28).

Ohitusleikkausprosessi voidaan nähdä potilaan näkökulmasta pitkäkestoisena ja monivaiheisena (Koivula 2002: 8). Aiemmin ohitusleikkauksen tuottamaa hyötyä on mitattu kuolleisuuden, oireiden, kustannusten ja työhön paluun kautta kun taas nykyään kiinnitetään huomiota potilaan elämänlaadun eri osatekijöihin. (Koivula 2002: 15.) Muina tuloksellisuutta mittaavina osatekijöinä on käytetty esimerkiksi uudelleen sairastuvuutta ja psyykkistä toipumista (Lukkarinen 1999b: 29). Ohitusleikkaukset ovat vaikuttaneet potilaiden elämänlaatuun positiivisesti sekä fyysisen että psyykkisen hyvinvoinnin osalta. Hyvin toipuneistakin potilaista osa kuitenkin koki vuoden kuluttua leikkauksesta psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. (Koivula 2002: 15.) Ahdistus- ja masennusoireiden on todettu olevan yhteydessä huonompaan sydänleikkauksen jälkeiseen tulokseen. Ohitusleikkausta edeltävillä tai sen jälkeisillä masennusoireilla on todettu olevan esimerkiksi yhteys leikkauksen jälkeiseen uudelleen sairaalahoitoon kirjoittautumiseen johtuen sydänperäisistä syistä. (Pignay-Demaria 2003: 315.) Elämänhallinta on tärkeä elämänlaatutekijä sepelvaltimotautipotilaille, jotka ovat kokeneet ohitusleikkauksen stressaavana tapahtumana. Elämänhallinta on yhdistetty vahvasti ja positiivisesti itsearvostukseen ja koettuun sosiaaliseen tukeen. (Dantas ym. 2002: 753.)

Ohitusleikkauspotilaiden kokema voimakkuudeltaan kohtuullinen pelko ja ahdistuneisuus ennen leikkausta ovat normaaleja ja tarpeellisia tunteita ja ne auttavat potilaan valmistautumisessa leikkaukseen. Ohitusleikkauspotilaiden hoidon eri vaiheissa potilaiden pelon ja ahdistuksen voimakkuus vaihtelee. Leikkauspotilaiden hyvä informointi ja psykososiaalinen tuki auttavat vähentämään potilaiden henkistä stressiä ja kipuja sekä edistävät toipumista. Toisin sanoen huono sosiaalinen tuki ja huonosti toimiva sosiaalinen tukiverkosto vaikuttavat lisäävästi sairastumiseen ja estävät kuntoutumista sekä lisäävät terveystalouden käyttöä. (Koivula 2002: 9.) Ohitusleikkauksen jälkeen masennusta ennustavia tekijöitä voivat olla muun muassa vähäinen sosiaalinen tuki, vähintään yksi stressaava elämäntapahtuma viimeisen vuoden aikana, matala koulutustaso ja kohtalainen hengenahdistus (Pignay-Demaria ym. 2003: 315).

Ohitusleikkauspotilaiden pelkoja ja ahdistuneisuutta on perusteltua lievittää hoitotyössä, koska pelko ja ahdistuneisuus aiheuttavat potilaalle inhimillistä kärsimystä. Pelon ja ahdistuneisuuden ilmiötä on ymmärrettävä, jotta sitä voidaan lievittää paremmin. (Koivula 2002: 9.)

Ohitusleikkauksen jälkeen kuntoutuksella on saavutettu hyviä vaikutuksia potilaiden elämänlaatuun, mielialaan ja työhön paluuseen. Kuitenkin eniten kuntoutusta tarvitsevat potilaat jäävät usein sen ulkopuolelle ja kuntoutukseen valikoituu aktiiviset ja hyväkuntoisemmat potilaat. Ohitusleikkauksen jälkeisessä hoidossa on tärkeää tarkastella potilaan tilannetta laaja-alaisesti ja tarjota yksilöllistä ohjausta ja tukea, jotka voidaan toteuttaa laituskuntoutuksena, polikliinisenä seurantana tai avoterveydenhuollossa sydänjärjestöjen tuella. (Koivula 2002: 15.)

Ohitusleikkauspotilaiden ahdistuneisuuteen vaikuttavista tekijöistä on tärkeää saada kokonaiskuva, jotta hoitotyön auttamismenetelmiä voidaan kohdistaa ja kehittää tarpeenmukaisesti (Koivula 2002: 9).

3 Työn tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mikä aiheuttaa sepelvaltimotautia sairastavien ohitusleikkauspotilaiden henkistä stressiä, jota käsitellään opinnäytetyössä ahdistuksen ja masentuneisuuden kautta, sekä kuvata miten henkinen stressi ilmenee ja millaisia kokemuksia se aiheuttaa.

Tieteellistä tutkimusnäyttöä kokoamalla on tarkoitus löytää kattava aineisto ja sen pohjalta vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa aihealueesta suuremman kehysprojektin käyttöön projektin edistämiseksi. Opinnäytetyön tekemisen kautta harjaannumme suorittamaan tiedonhakuja luotettavista lähteistä sekä käyttämään asiaan kuuluvia hakusanoja ja erilaisia tietokantoja. Lisäksi opimme hyödyntämään tieteellistä tietoa osana sairaanhoitajan toimenkuvaa. Sairaanhoitajan velvollisuutena on ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan, mikä sisältää uuden tutkitun tiedon tuomista käytäntöön (Koste 2010: 765).

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi määriteltiin seuraavat:

1. Mikä aiheuttaa ohitusleikkauspotilaalle henkistä stressiä?
2. Miten henkinen stressi ilmenee?

4 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja aineiston analysointi

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat sekä tieteellisiä tutkimuksia, että sovelluksia yleistä käyttöä varten. Ilman systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, jouduttaisiin kohtaamaan pohjaton määrä yksittäisiä tutkimuksia. Ne tarjoavat oleellista tietoa erityisiin kysymyksiin ja niissä arvioidaan sekä määritetään tiivistetysti tutkimusten kelpoisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Tulosten yhdistämisessä käytetään tilastollisia menetelmiä. (Webb – Roe 2007:3.) Opinnäytetyö on tehty soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää.

Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan pitää tutkimuksen teoreettisena tai käsitteellisenä kehikkona, jota tieteellisen työn tekijä käyttää. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuksen kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, kuten aikakauslehtiartikkeleihin, tutkimusselosteisiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Systemaattista kirjallisuuskatsausta sanotaan myös tutkimuskatsaukseksi, jolloin sen tarkoituksena on osoittaa eri näkökulmia, miten kyseistä aihetta on aiemmin tutkittu ja miten tutkimus, jota kulloinkin tehdään, on yhteydessä aiempiin tutkimuksiin. Lähdeviittaukset ovat tärkeitä, koska voidaan tarvittaessa tarkistaa alkuperäisten kirjoitusten tietoja sekä arvioida, miten niitä on tutkimuksessa käytetty ja miten uutta tietoa on rakennettu niiden pohjalta. Muistiinpanoja tulee tehdä huolella, koska niihin systemaattinen kirjallisuuskatsaus pohjautuu ja teoreettisen tiedon sekä asiasisällön erittelytaidot kehittävät opiskelijan metoditietoja. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009.)

Menetelmäkirjallisuutta tulee käyttää avuksi katsausta tehdessä. Tämä on hyödyllistä luettavien tutkimusten menetelmien ja tutkimustulosten arvioinnissa. Huomio tulee kiinnittää muistiinpanojen yhteydessä tutkimusasetelmiin ja -menetelmiin, aineiston sekä tulosten analyysiin ja tulkintaan, päätuloksiin ja argumentoinnin uskottavuuteen. Tämä tarkoittaa ovatko päätelmät vahvaan näyttöön perustuvia ja sisältyykö päättely-

prosessiin virheitä. Tutkimuksen viitekehystä rakennettaessa voidaan osoittaa, miten merkityksellisiä aiemman tutkimustiedon menetelmällisyys ja sisällöllisyys ovat oman tutkimustehtävän kannalta. Aiempi tutkimustieto on siis syytä valita, eritellä, tulkita ja arvioida tarkoin, koska lopulta pohdinnassa voidaan myös osoittaa, mitä oma tutkimus on antanut ja miten se on muuttanut jo olemassa olevaa tietoa. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Tutkimusongelman ymmärtämiseksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen johdannossa esitellään ja määritellään ne keskeiset käsitteet, joita lukija tarvitsee seuratessaan tekstiä. Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessä tekijän tulisi muistaa omat tavoitteensa ja tutkimusongelmansa ja välttää ”jokaisesta jotakin”-tulkintaa. Olisikin pystyttävä perustelemaan itselleen, mitä tietoa on käyttämässä mihinkin juuri oman työnsä kannalta. Tutkimuksen taustan luomisen yhteydessä on oltava oma päämäärä, johon pyrkiessä tietoa on käsiteltävä kriittisesti. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Lähteitä valitessa, referoidessa ja tulkitessa tulee olla huolellinen, rehellinen ja puolueeton. Lukijalle on osoitettava eri tutkimuksissa havaitut näkemuserot, ristiriitaisuudet ja puutteet. Kriitikin on kuitenkin oltava perusteltavissa ja siinä on noudatettava asiakkeisesti ja objektiivisesti tiettyjä pelisääntöjä, koska toisia tutkijoita ja heidän työtään on kunnioitettava. Systemaattisessa tutkimuskatsauksessa tulisi erilaisten näkökulmien, koulukuntien ja tulkintojen erottua selkeästi toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Kun aiemmat tutkimustiedot ja teoreettis-käsitteelliset lähtökohdat on esitelty, määritellään tutkimuksen tarkoitus ja edelliseen pohjautuvien tutkimusongelmien tarkka määrittely. Yleensä määritellään yksi pääongelma, joka voidaan jakaa usein alaongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Parhaimmillaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus antaa vastauksen tutkimuskysymykseen, jolloin varsinaisia eteneviä kliinisiä tutkimuksia ei tarvitse enää tehdä. Jos selvää vastausta ei kysymykseen saada, paljastaa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ne puutteet, joita pitäisi tutkia. (Varonen – Semberg – Teikari 1999.)

Vastuullinen toiminta sisältää kattavan kirjallisuushaun ja huolellisen kuvauksen artikkeleiden etsinnästä ja arvioinnista. Jos omasta aiheesta on jo tasokas katsaus, voidaan

tehdä täydennysshaku, jolla se tarkistetaan ajanmukaiseksi. Jos tasokas katsaus puuttuu, on työ hyvä aloittaa. (Varonen ym. 1999.)

4.2 Aineiston haku ja valintakriteerit

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettäville alkuperäistutkimusartikkeleille tulee määritellä täsmälliset valintakriteerit. Valintakriteereillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia mukaan otettaville tutkimuksille. Valintakriteerit määritetään ennen tutkimusten valintaa ja niiden tulee perustua tutkimuskysymyksiin. Niiden tarkoitus on rajata esimerkiksi alkuperäistutkimuksen lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja – kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä. Valintakriteerien toimivuutta tulisi kokeilla etukäteen muutamilla alkuperäistutkimuksilla. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittavien alkuperäistutkimusartikkelien valinnassa pyritään minimoimaan tutkijan subjektiivinen valikoitumisharha, mikä tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee valita mukaan aineistoon täsmällisesti ne tutkimukset jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Valikoitumisharhan syntyä voidaan ehkäistä tarkalla valintakriteerien määrittämisellä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

Tutkimusartikkeleiden haut suoritettiin tietokannoista OVID, EBSCOhost Cinahl ja PubMed. Hakuja suoritettiin tietokantojen lisäksi myös manuaalisesti. Tiedonhakuprosessin pohjalta valittiin aineisto, joka oli valintakriteerien mukainen ja vastasi asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusartikkeleiden sisäänottokriteereiksi määritettiin vuosirajaus ajalle 1999 -2009, jolloin tieto oli ajan tasalla olevaa. Työn aihe rajattiin koskemaan ohitusleikkauksella hoidettujen sepelvaltimotautia sairastavien henkistä stressiä. Valittujen tutkimusartikkelien tuli olla maksuttomia ja saatavilla sähköisessä muodossa. Kielirajauksena oli suomi ja englantia. Aineiston tutkimusartikkelit olivat tieteellisiä julkaisuja.

Tiedonhaut suoritettiin tietokantoihin englannin kielellä käyttäen seuraavia hakusanoja ja niiden yhdistelmiä: anxiety, attitude/attitude to health, bypass, coronary artery disease/ coronary disease, depression, distress, fatigue, motivation, stress, self-care failure, self-care management.

Manuaalihakuja suoritettiin tutkimusartikkeleista tietokantahakujen ulkopuolelta. Lisäksi työssä hyödynnettiin tiedonhakuprosessin yhteydessä vastaan tulleiden kirjallisuuskat-
sausten ja väitöskirjojen lähdeluetteloita tutkimusartikkeleiden etsinnässä. Kyseisistä lähdeluetteloista löytyi tutkimuksia, joita pystyttiin hyödyntämään opinnäytetyössä.

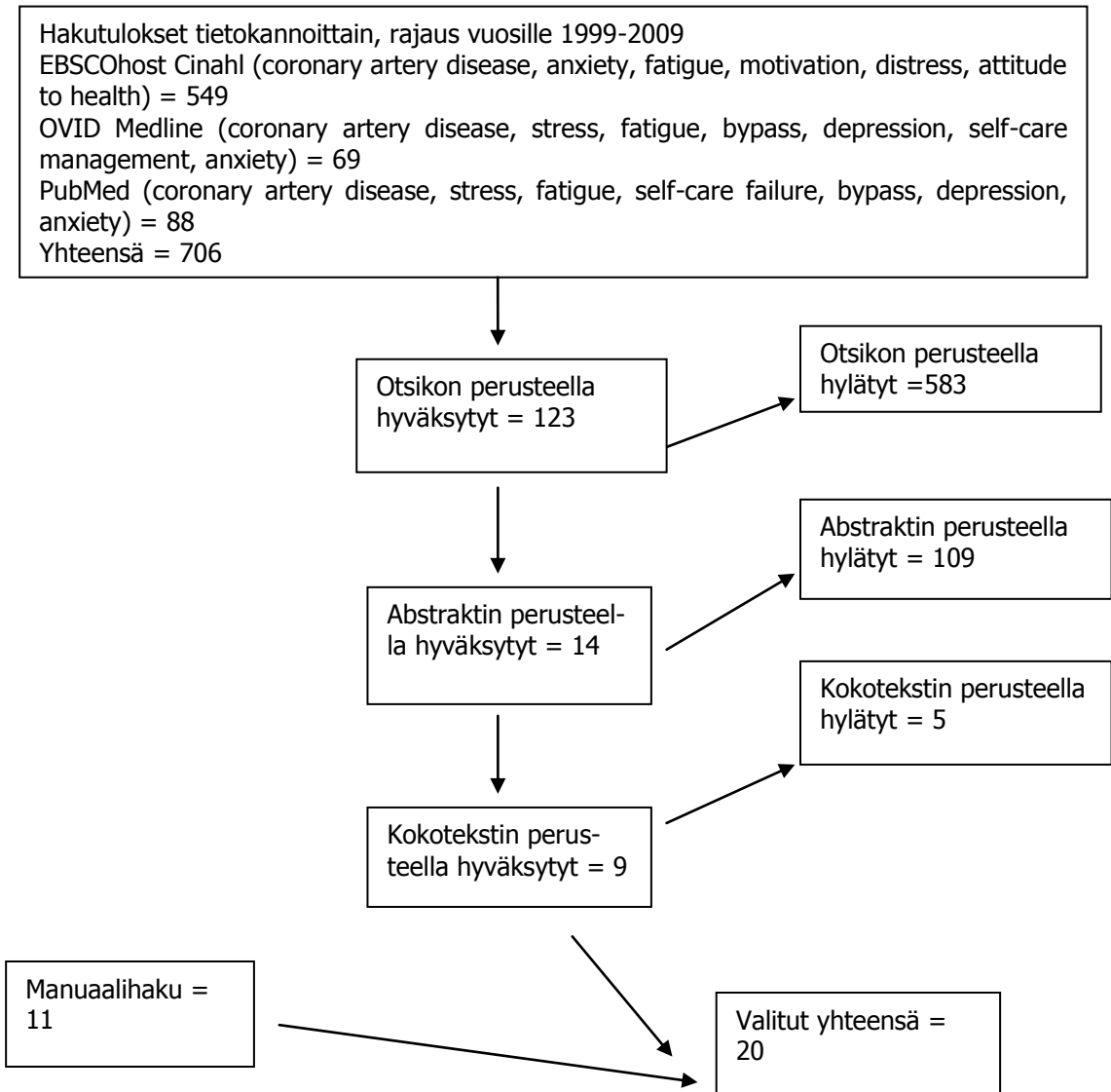
4.3 Hakujen toteutus tietokantoihin

Tiedonhaut suoritettiin tietokannoista EBSCOhost Cinahl, PubMed ja OVID Medline, joista on hakutaulukko liitteessä 1. EBSCOhost Cinahl on englanninkielinen online artikkelitietokanta, jonka aihealueet ovat muun muassa talous, terveystieteet, koulutus, tiede ja monikulttuurisuus. EBSCOhost Cinahl: sta haut suoritettiin hakulausekkeilla *coronary artery disease AND anxiety, coronary artery disease AND fatigue AND motivation, coronary artery disease AND distress AND motivation, coronary artery disease AND attitude to health, coronary artery disease AND fatigue* ja *coronary artery disease AND anxiety*. OVID Medline-tietokannasta haut suoritettiin hakulausekkeilla *coronary artery disease AND fatigue AND stress, coronary artery disease AND self-care management ja bypass AND depression AND anxiety AND stress*. Tietokannasta PubMed haut suoritettiin hakulausekkeilla *coronary artery disease AND fatigue AND stress, coronary artery disease AND self-care failure ja bypass AND depression AND anxiety AND stress*.

Edellä mainituilla hakulausekkeilla saatiin osumia 706 kappaletta, joista otsikon perusteella valittiin mukaan 123 kappaletta. Näistä 123 artikkelista valittiin abstraktin mukaan 14 kappaletta, joista lopulliseen aineistoon valittiin 9 kappaletta. Manuaalihakujen perusteella aineistoon otettiin mukaan 11 kappaletta tutkimusartikkeleita, joista yksi kappale oli julkaistu suomen kielellä ja loput kymmenen englannin kielellä. Manuaalihakuja suoritettiin tieteellisten julkaisujen lähdeluetteloista ja Metropolia ammattikorkeakoulun kirjaston tieteellisestä lehtivalikoimasta. Lopulliseksi valittujen tutkimusartikkelien lukumääräksi muodostui 20 kappaletta, joista kuusi oli tehty Suomessa ja Australiassa, kolme Yhdysvalloissa ja yksi Skotlannissa, Kanadassa, Unkarissa, Taiwanissa ja Englannissa.

Tutkimusartikkelien valinta suoritettiin lukemalla ensin tutkimuksen otsikko ja sen jälkeen tiivistelmä. Jos nämä tuntuivat soveltuvilta ja vastasivat tutkimuskysymyksiin sekä täyttivät muut valintakriteerit, ne valittiin mukaan aineistoon.

Kuviossa 1 hakuprosessi on esitetty havainnollistamaan toteutunutta hakua.



KUVIO 1. Hakuprosessin kuvaus.

Tiedonhakuja antamia tuloksia tarkastellessa otsikko oli harvoin tarpeeksi informatiivinen, joten käytännössä suurimmassa osassa tutkimuksista luettiin myös abstrakti ennen kuin voitiin sanoa vastasiko kyseessä oleva tutkimus työn aihetta ja täyttikö se vaadittavat valintakriteerit.

4.4 Analysointi

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusartikkeleiden lopullinen määrä saadaan vasta tutkimusten valinnan sekä laadun arvioinnin jälkeen. Analysoitava aineisto

muodostuu näiden perusteella. Aineiston analysoinnin sekä tulosten esittämisen on tarkoitus vastata mahdollisimman objektiivisesti ja kattavasti, mutta myös tarpeeksi ymmärrettävästi sekä selkeästi tutkimuskysymyksiin. Puhuttaessa objektiivisuudesta tutkimusartikkeleiden analysoinnin sekä tulosten esittämisen yhteydessä, tarkoitetaan tutkimuksen taustan ja tulkinnan välistä johdonmukaisuutta sekä tulosten systemaattista esittämistä. Aineiston analyysissä tulee kiinnittää huomiota tutkimusten sisällöllisiin kysymyksiin sekä niiden laatuun. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

Analyysitavan valinta määritetään työn tutkimuskysymysten ja käsillä olevan aineiston tutkimusten luonteen, lukumäärän, laadun ja heterogeenisyyden mukaan (Kääriäinen – Lahtinen 2006).

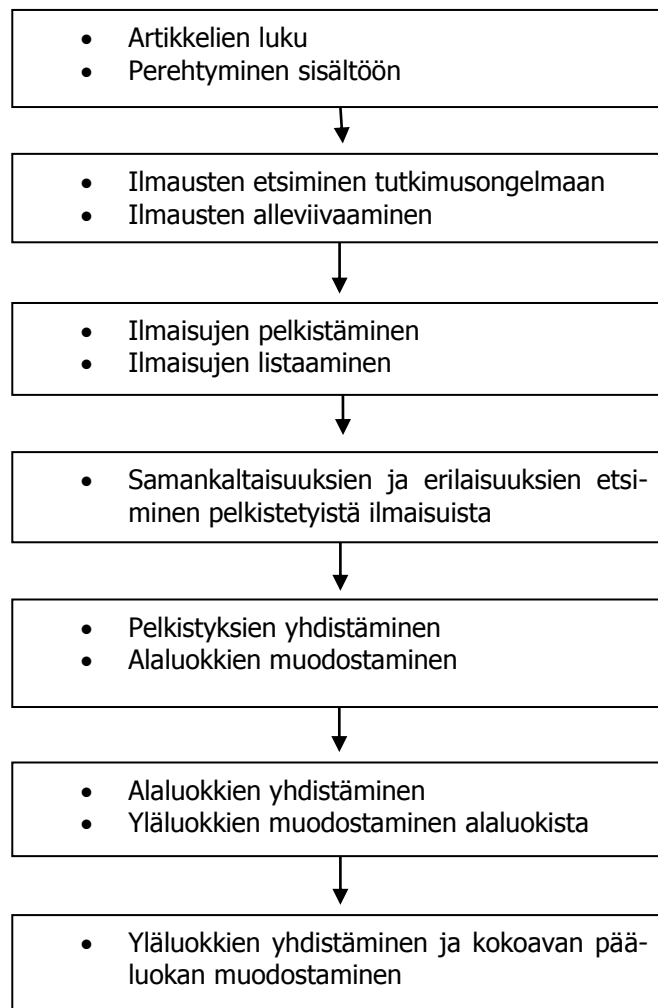
Sisällönanalyysi on menetelmä, jota voidaan käyttää laadullisten tutkimusten analysoinnissa. Se on myös teoreettinen kehys erilaisissa analyysikonaisuuksissa mahdollistaen tutkimuksen tekoa monella tavalla. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91.)

Pääpiirteittäin laadullinen sisällönanalyysi etenee päätöksenteolla siitä, mikä aineistossa kiinnostaa. Aineisto käydään läpi sekä erotellaan ja merkitään asiat, jotka vastaavat tutkimusaiheeseen. Tätä kutsutaan aineiston litteroinniksi tai koodaamiseksi. Koodaamisessa on tärkeää huomioida kirjoitetut muistiinpanot, joilla tutkija jäsentää aineiston käsiteltävät asiat. Koodimerkit toimivat apuvälineinä tekstin kuvailussa ja testausvälineenä aineiston jäsennyksessä. Koodimerkit mahdollistavat tekstin eri kohtien etsimisen ja tarkistamisen, jolloin ne toimivat ikään kuin osoitteina. Ylimääräinen aineisto suljetaan pois analyysistä. Merkityt asiat kerätään yhteen ja eriytetään muusta aineistosta. Sen jälkeen aineisto luokitellaan teemojen mukaan. Luokittelu on mahdollista vasta kun analyysin aiemmat vaiheet on suoritettu. Luokiteltu aineisto on mahdollista esittää taulukko-muotoisena. Yksinkertaisimmillaan luokittelu on aineiston järjestämistä ja laskemista kuinka monta kertaa jokainen määritelty luokka esiintyy aineistossa. Lopuksi aineistosta kirjoitetaan yhteenveto. Aineiston tarkka rajaus on tärkeää ja kaikki rajattua tutkimusaihetta koskeva tieto tulee esittää mahdollisimman kattavasti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91 – 93.)

Laadullinen analyysi on joko induktiivista tai deduktiivista. Tätä jakoa voidaan perustella tutkimuksessa käytetyn päättelyn logiikan mukaan, jolloin induktiivinen tarkoittaa

”yksittäisestä yleiseen” ja deduktiivinen ”yleisestä yksittäiseen”. Kolmas tutkimuksessa käytettävä logiikka on abduktiivinen päättely, jossa ”havaintojen teossa on jokin johto-ajatus/johtolanka”. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95.)

Alla olevassa Tuomen ja Sarajärven (2009) esittämä kaavio mukailtuna kuviossa 2, jossa tutkimusaineiston analyysin etenemistä kuvaillaan vaiheittain.



KUVIO 2. Aineistolähtöisen analyysin eteneminen (Mukaillen Tuomi – Sarajärvi 2009: 109).

Tämän opinnäytetyön analysoinnissa käytettiin induktiivista menetelmää, jossa tulosten käsittely tapahtui ”yksittäisestä yleiseen”. Tutkimusartikkelit luettiin ensin, minkä jälkeen perehdyttiin sisältöön, josta löydetyt tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat merkittiin alleviivaamalla. Tämän jälkeen edellä mainituille ilmaisuille muodostettiin pelkistävää muotoa, joista tehtiin listaus sekä etsittiin samanlaisuuksia ja poikkeavuuksia. Pelkistykset sijoitettiin alaluokkiin, joista muodostettiin yläluokat.

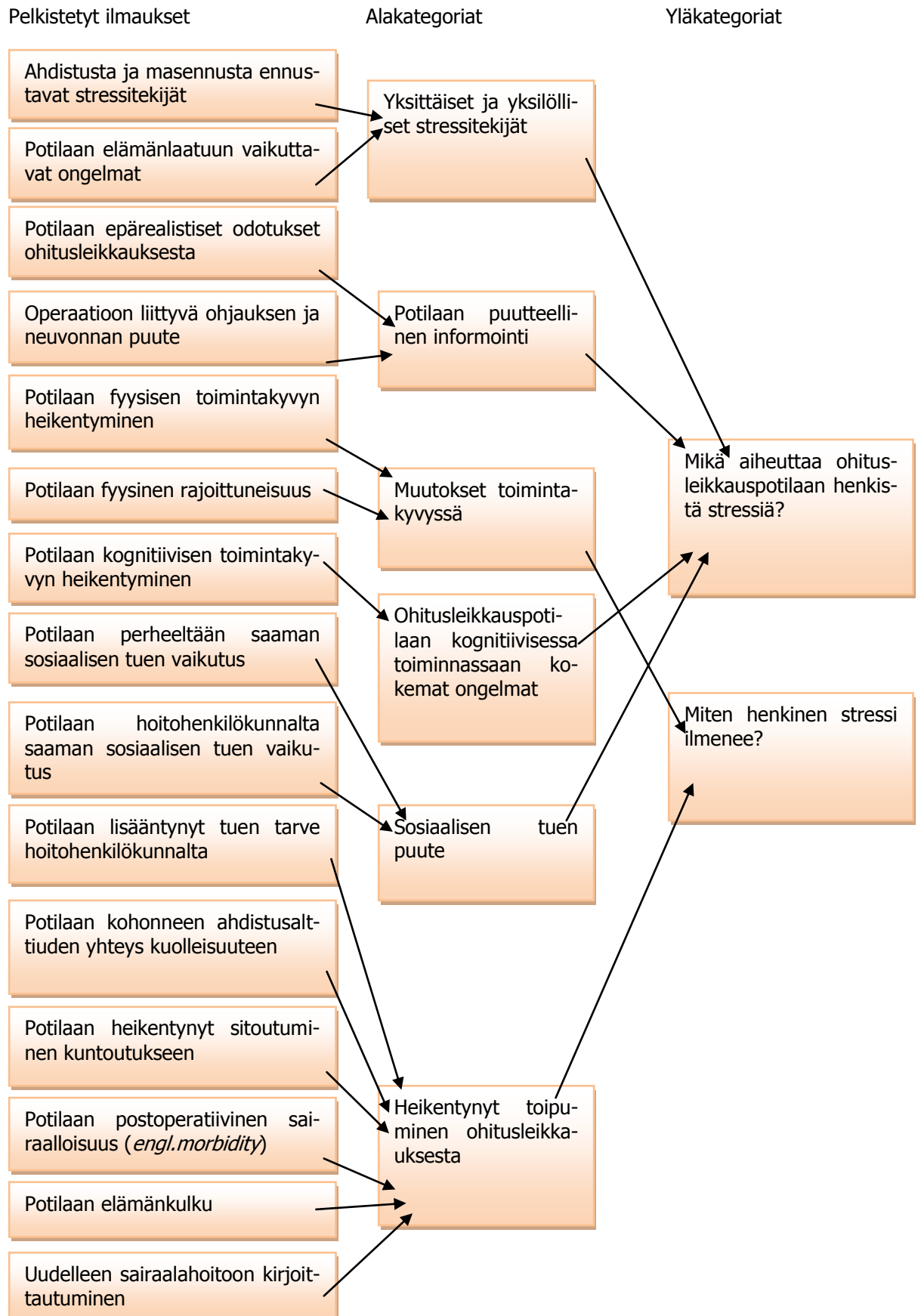
Aineiston analysoinnissa tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut käännettiin suomen kielelle, josta johdettiin pelkistetty ilmaisu ja edelleen alakategoria. Alla olevassa taulukossa 1 havainnollistetaan esimerkkinä alkuperäisilmaisusta johdettua pelkistettyä ilmaisua Okkosen ja Vanhasen (2006) tutkimuksen kautta. Alkuperäisilmaisu *"Those who had lower family support before surgery had more depressive symptoms, anxiety and hopelessness than those who had more support"* käännettiin suomen kielelle, josta johdettiin pelkistetty ilmaisu - potilaan perheeltään saaman sosiaalisen tuen vaikutus. Edellä esitetty pelkistetty ilmaisu luokiteltiin alakategoriaan sosiaalisen tuen puute.

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisilmaisusta johdetusta pelkistyksestä ja luokittelusta alakategoriaan.

Alkuperäisilmaisu	Käännös suomen kielelle	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
<i>"Those who had lower family support before surgery had more depressive symptoms, anxiety and hopelessness than those who had more support."</i> (Okkonen – Vanhanen 2006.)	Vähemmän sosiaalista tukea perheeltään saaneet potilaat, kärsivät enemmän depressiivisistä oireista, ahdistuksesta ja toivottomuudesta kuin he, jotka saivat tukea enemmän.	Potilaan perheeltään saaman sosiaalisen tuen vaikutus.	Sosiaalisen tuen puute.

Aineistosta muodostettiin analysointitaulukko liitteessä 2, jonka ensimmäisessä sarakkeessa näkyy tutkimuksen tekijät, tutkimuksen nimi ja vuosi sekä tutkimusmaa. Lisäksi omina sarakkeinaan ovat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset, kohderyhmä, menetelmät, keskeiset tutkimustulokset ja muuta huomioitavaa.

Kuviossa 3 on esitetty aineiston analysointikuvio, josta käy ilmi tutkimusaineistosta johdetut pelkistetyt ilmaukset, niistä johdetut alakategoriat ja alakategorioiden jaottelu yläkategoriaihin, jotka ovat asetetut tutkimuskysymykset.



KUVIO 4. Kuvaus aineiston analysointiprosessista

Tutkimusartikkelien alkuperäisilmaisuista johdetuista pelkistyksistä etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, joiden perusteella pelkistyyksiä yhdisteltiin ja niistä muodostuivat kuviossa esiintyvät ilmaisut.

5 Tulokset

Esitämme seuraavassa kirjallisuuskatsauksen tulokset jäsenneltyinä kappaleittain siten, että ne vastaavat tutkimuskysymyksiin.

5.1 Ohitusleikkauspotilaan henkistä stressiä aiheuttavat tekijät

Henkistä stressiä aiheuttaviksi tekijöiksi ohitusleikkauspotilaalla nousivat ongelmat potilaan kognitiivisessa toiminnassa, yksittäiset ja yksilölliset stressitekijät, sosiaalisen tuen puute sekä potilaan puutteellinen informointi ohitusleikkauksesta.

5.1.1 Ohitusleikkauspotilaan kognitiivisessa toiminnassaan kokemat ongelmat

Kognitiivisten toimintojen heikentyminen ohitusleikkauspotilailla edistää ahdistuksen kehittymistä leikkauksen jälkeen. Potilaiden kokemat kognitiiviset haitat ennustivat negatiivisempia emotionaalisia oireita. Kuitenkaan emotionaaliset oireet eivät ennustaneet kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Emotionaaliset oireet ja vaikeudet kognitiivisissä toiminnoissa ovat merkittävästi yhteydessä toisiinsa. (Gallo – Malek - Gilbertson - Moore 2005.)

5.1.2 Yksittäiset ja yksilölliset stressitekijät

Ohitusleikkauspotilailla tunnistettiin masentuneisuuden ja ahdistuksen taustalla useita tekijöitä, jotka vaikuttivat masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden esiintyvyyteen. Tekijöitä olivat ohitusleikkausta edeltävä korkea ahdistuksen taso, kivun, epämukavuuden ja huolestuneisuuden kokemukset, iän ja sukupuolen vaikutus, potilaalla esiintyvien ongelmien lukumäärä sekä ahdistusta ja masennusta ennakoivat yksittäiset tekijät

Ohitusleikkausta edeltävä korkea ahdistuksen taso ennusti leikkauksen jälkeistä ahdistusta. Lisäksi ennustaviksi tekijöiksi voitiin nimetä anksiolyytti- tai antidepressiivilääkityksen käyttäminen sekä uniongelmat (Gallagher – Mckinley: 2007). Myös Murphy, Elliot, Higgings, Le Grande, Worcester, Goble ja Tatoulis (2008) totesivat tutkimukses-

saan leikkausta edeltävän ahdistuksen lisäävän riskiä lievälle masennukselle ohitusleikkauksen jälkeen.

Kivun, epämukavuuden ja huolestuneisuuden kokemukset vaikuttivat lisäävästi ohitusleikkauspotilaiden ahdistuksen tasoon ennen leikkausta. Ahdistuksen taso ennen ja jälkeen leikkauksen pysyi samana, vaikka potilaiden huolet ja stressitekijät muuttuivat. Ahdistusta ennustavat tekijät ohitusleikkausprosessin eri vaiheissa olivat moninaiset, kuitenkin yhdeksi päähuolenaiheeksi, mikä esiintyi sekä ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen että kotiutumisen jälkeen, voitiin tunnistaa potilaiden huoli oman sairauden tai mahdollisen (leikkauksesta johtuvan) kuoleman vaikutuksesta heidän perheidensä hyvinvointiin (Gallagher - McKinley 2007.)

Iältään vanhemmat ja ennen leikkausta voimakkaasta ahdistuksesta kärsineitä potilaat kärsivät sairaalasta kotiutumisen jälkeen voimakkaammasta ahdistuksesta (Gallagher – McKinley 2007). Koivula, Paunonen-Ilmonen, Tarkka, Tarkka ja Laippala (2001) tutkivat ohitusleikkausta odottavien potilaiden pelon ja ahdistuksen kokemuksen esiintyvyyttä ja tekijöitä, jotka olivat yhteydessä ahdistuksen ja pelon kokemuksiin. Tutkimuksessaan he totesivat, että potilaat, jotka kokivat keskivoimakasta tai voimakasta ahdistusta, olivat useimmin iältään alle 55 -vuotiaita ja kärsivät masentuneisuudesta, mutta kokivat vain vähäistä kipua tai ei kipua lainkaan.

Sukupuolella oli vaikutusta ohitusleikkauspotilaiden kokemaan ahdistukseen. Miesten ja naisten ohitusleikkausten jälkeisten selviytymismallien ongelmakeskeisyys korostui, mutta naisten todettiin olevan taipuvaisempia itsesyytöksiin, mikä oli yhteydessä ahdistustilan kehittymiseen (Tung – Hunter – Wei - Chang 2009). Myös Gallagher ja McKinley (2007) totesivat tutkimuksessaan naissukupuolen olevan herkempi kärsimään ahdistuksesta ohitusleikkausprosessin yhteydessä.

Ohitusleikkauspotilaalla esiintyvien elämänlaatuun vaikuttavien ongelmien lukumäärä oli yhteydessä potilaiden masentuneisuuteen. Gallagher, McKinley ja Dracup (2004) tunnistivat naisiin kohdistuneessa tutkimuksessaan ohitusleikkauspotilailla elämänlaatua heikentävinä ongelmina postoperatiivisesti nukkumisvaikeuksia, pahoinvointia, heikkoa ruokahalua, säärihaavaongelmia ja säären turvotusta, leikkauskipuja rinnassa, turhautuneisuutta, sydämen tykytystä, kipuja kurkussa ja keskittymisvaikeuk-

sia. Merkittävää oli näiden ongelmien lukumäärällinen esiintyvyys kuuden viikon aikana ohitusleikkauksen jälkeen. Lukumäärällisesti useista samanaikaisista ongelmista kärsiminen oli merkittävästi yhteydessä potilailla esiintyneeseen masennukseen, mutta ei kuitenkaan merkittävästi ahdistukseen 12 viikon kuluttua leikkauksesta.

Ahdistusta ja masennusta ennakoivia yksittäisiä tekijöitä löytyi useita. Yksinäisyyden, tupakoinnin, korkean kolesterolin, angina pectoriksen, monisairauden tai uusintaleikkaukseen joutumisen esiintyminen oli suurentunut riski lievälle masennukselle ohitusleikkauspotilailla (Murphy – Elliot – Higgings - Le Grande - Worcester - Goble - Tatoulis 2008).

Oxland ja Wade (2008) puolestaan toivat tutkimuksessaan esiin masennusta ja ahdistusta ennakoiviksi tekijöiksi heikomman ohitusleikkausta edeltävän optimismin ja välittömästi leikkauksen jälkeen esiintyvän negatiivisen sairauden ilmenemisen kuusi kuukautta ohitusleikkauksen jälkeen. Leikkausta edeltävä heikko fyysinen toimintakyky oli vahvin psyykinen riskitekijä huonolle psyykkiselle toimintakyvylle kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen.

5.1.3 Sosiaalisen tuen puute

Okkosen ja Vanhasen (2005) tutkimuksen mukaan ohitusleikkauspotilaiden perheeltään saama sosiaalinen tuki oli yhteydessä potilaiden ahdistuksen, masentuneisuuden ja toivottomuuden kokemuksiin. Potilaan perheeltään saama vähäisempi tuki ennen ohitusleikkausta ennusti voimakkaampaa ahdistuksen, masentuneisuuden ja toivottomuuden esiintyvyyttä leikkauksen jälkeen verrattuna niihin potilaisiin, jotka saivat perheeltään enemmän tukea. Yksinelävät kärsivät perheellisiä enemmän masentuneisuudesta ja toivottomuudesta.

Ohitusleikkauspotilaiden lisääntyneen tuen tarve hoitohenkilökunnalta korostui. Ohitusleikkauspotilaat, jotka tunsivat voimakasta pelkoa, halusivat useammin tiedollista tukea. Naispotilaat kokivat hieman tärkeämpänä hoitajilta saatavan tiedollisen tuen. Vähäinen sosiaalisen verkoston tuki yhdistettiin voimakkaaseen ahdistukseen. (Koivula – Paunonen – Ilmonen – Tarkka - Tarkka - Laippala 2002.)

5.1.4 Potilaan puutteellinen informointi

Ohitusleikkauspotilaiden odotukset ohitusleikkauksen hyödyistä olivat osin epärealistiset ja vaihtelevat. Potilaiden epärealistiset odotukset leikkauksesta lisäsivät potilaiden epävarmuutta ja korostivat tarvetta parantaa ohitusleikkauspotilaiden informointia leikkauksen riskeistä ja hyödyistä. Potilaat kokivat ohitusleikkauksen merkittävänä valtavana elämäntapahtumana. Epärealistiset odotukset johtavat pettymyksiin, ahdistukseen ja vihan kokemuksiin, kun leikkauksen tulos on odotettua vähäisempi. Enempi informaatio, neuvonta ja ohjaus auttaisivat tukemaan potilaita ennen ohitusleikkausta, sen aikana ja jälkeen leikkauksen. (Lindsay – Smith - Hanlon - Wheatley 2000.)

5.2 Ohitusleikkauspotilaan henkisen stressin ilmentyminen

Henkisen stressin ilmentymistä ohitusleikkauspotilaalla kuvasivat muutokset potilaan toimintakyvyssä sekä heikentynyt toipuminen ohitusleikkauksesta, jota ilmensi heikentynyt sitoutuminen leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, infektiot ja heikentynyt haavan paraneminen, ohitusleikkauspotilaan elämäntapahtuma, uudelleen sairaalahoitoon kirjoittautuminen, hoitohenkilökuntaan tukeutuminen ja yhteys kuolleisuuteen.

5.2.1 Muutokset toimintakyvyssä

Masennusoireiden korkea tai kasvava taso ohitusleikkauspotilailla ennusti leikkauksen jälkeisen fyysisen toimintakyvyn heikentymistä. Masennusoireilla oli vahvempi korrelaatio heikentyneeseen toimintakykyyn kuin niin sanotuilla tyypillisillä tekijöillä, kuten aiemmalla sydäninfarktilla, diabeteksella tai sydämen vajaatoiminnalla. (Mallik – Krumholz – Lin – Kasl – Mattera - Roumains - Vaccarino 2005.)

Myös McCormick, Naimark ja Tate (2006) esittivät tutkimuksessaan, että ohitusleikkauspotilailla kohtalaisella tasolla esiintyvä epävarmuus ja ahdistus olivat yhteydessä potilaiden toiminnallisen kyvyn heikkenemiseen. Potilaiden fyysinen rajoittuvuus korreloi vahvasti potilaiden kokemaan ahdistukseen, epävarmuuteen ja kärsimykseen (*engl. distress*).

5.2.2 Heikentynyt toipuminen ohitusleikkauksesta

Ohitusleikkauspotilaan heikentynyt sitoutuminen leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen ilmensi heikentynyttä toipumista. Turner, Bethell, Evans, Goddard ja Mullee (2002) tutkivat muutoksia ohitusleikkauspotilaiden fyysisessä kunnossa ja psyykkisissä ominaisuuksissa sydänperäisen kuntoutumisen jälkeen. Tutkimuksessa

havaittiin masentuneiden potilaiden keskeyttävän kuntoutusohjelman kaksi kertaa todennäköisemmin kuin ne potilaat, jotka eivät olleet masentuneita. Masentuneisuudesta kärsivien ohitusleikkauspotilaiden sitoutuminen kuntoutukseen oli siis huonompaa kuin niiden, jotka eivät kärsineet masennuksesta. Tämä heikensi toipumista ohitusleikkauksesta.

Potilaiden masentuneisuus oli yhteydessä heikentyneeseen haavan paranemiseen ja infektioihin. Voimakkaammasta masentuneisuudesta kärsivien ohitusleikkauspotilaiden toipuminen leikkauksesta oli emotionaalisesti ja fyysisesti huonompaa kuin muiden potilaiden ja pysyi heikompana kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen verrattuna potilaisiin, joilla oireet olivat lievempiä (tai ei oireita ollenkaan). Lisäksi kävelymatkat tutkimukseen kuuluneessa kuuden minuutin kävelytestissä (sairaalaan kotiutuessa ja kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen) jäivät masentuneisuudesta kärsivillä potilailla lyhyemmiksi kuin muilla ohitusleikkauksen läpikäyneillä potilailla. (Doering – Moser - Lemankiewicz - Luper - Khan 2005.)

Ohitusleikkauspotilaiden elämäkululle tunnistettiin kaksi päätyyppiä. Lukkarinen (1999a) kuvasi tutkimuksessaan sepelvaltimotautia sairastavien ohitusleikkauksen läpikäyneiden potilaiden elämäkululle: hyväksyvän ja etenevän (*engl. accepting and progressive*) sekä ei-hyväksyvän ja taantuvan (*engl. non-accepting and regressive*) kulun tyypit. Ohitusleikkauspotilaiden kokemuksia ja elämäntilannetta tarkasteltiin kolmen pääteeman kautta, jotka olivat sairauden merkitys, elämäntilanteen tosiasiat ja asenne jokapäiväiseen elämään. Ohitusleikkauksen läpikäyneet potilaat, jotka edustivat tyyppiä ei-hyväksyvä ja taantuva, saavuttivat leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa heikomman tason verrattuna toista päätyyppiä edustaneisiin potilaisiin sekä kokivat henkisen stressin sairautensa etenemisen syytä enemmän kuin esimerkiksi epäterveellisen ruokavalion tai muut tyyppilliset riskitekijät.

Uudelleen sairaalahoitoon joutumiselle, kuusi kuukautta ohitusleikkauksen jälkeen, olivat ennustavia tekijöitä ohitusleikkauksen jälkeinen ahdistus ja ohitusleikkauksista edeltävä masennus. Sairaalahoidot aiheutuivat sydänperäisistä syistä tai niihin liittyvistä leikkauksista. Lisäksi ohitusleikkauksen kestolla oli hieman yhteyttä sairaalaan joutumiselle. (Oxland – Stubberfield - Stuklis - Edwards - Wade 2005.)

Myös ennen ohitusleikkausta esiintynyt ahdistus ja leikkauksen jälkeinen masentuneisuus ilmenivät heikentyneenä toipumisena, jolloin ne ennustivat itsenäisinä tekijöinä sairaalaan uudelleen joutumiselle ohitusleikkauksen jälkeen. Ahdistus ja masentuneisuus olivat yhteydessä potilaiden leikkauksen jälkeiseen sairaaloiisuuteen, mikä oli syytä sairaalaan uudelleen joutumiselle. Leikkauksen jälkeiseen sairaaloiisuuteen kuului esimerkiksi infektioita, hengitysvaikeuksia, rytmihäiriöitä, rintakipua, angina pectoris -oireita ja sydäninfarkteja. (Tully – Baker - Turnbull - Winefield 2008.)

Hoitohenkilökuntaan tukeutumista esiintyi enemmän potilailla, jotka kärsivät masentuneisuudesta ja ahdistuksesta. Koivula, Tarkka ja Halme (2006) toivat esiin tutkimuksessaan, että ohitusleikkauspotilaiden arvio saamastaan sosiaalisesta tuesta huononi kuntoutumisvaiheessa. Potilaat kokivat vastaanottaneensa hoitajilta saatavan tiedollisen ja emotionaalisen tuen määrän vähäisemmäksi kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta verrattuna sairaalavaiheeseen. Masennusoireet lisääntyivät viidesosalla tutkituista potilaista ollessaan kuntoutusvaiheessa kotona kolme kuukautta leikkauksen jälkeen. Potilaat, jotka kokivat terveydentilansa huonoksi tai joilla oli tunne-elämän ongelmia, kokivat erityisesti saaneensa vähäisempää emotionaalista ja tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta. Sekä sairaala- että kuntoutusvaiheessa voitiin todeta yhteys masennuksen ja saadun sosiaaliseen tuen välillä.

Masentuneisuudesta ja ahdistuksesta kärsivät ohitusleikkauspotilaat käyttivät enemmän sosiaalisia ja psykologisia palveluja sekä saivat enemmän välineellistä apua. Masentuneisuudesta kärsivät potilaat torjuivat sukulaisten, ystävien ja uskottujen tarjoaman avun ja tukeutuivat ammattilaisten apuun. Potilaat myös eristäytyivät sosiaalisista kontakteista ystävien ja sukulaisten kanssa. Ahdistuksesta kärsineet puolestaan ottivat vastaan ammattiavun lisäksi myös sukulaisten ja muiden tarjoaman tuen eikä heillä esiintynyt vastaavaa eristäytyneisyyttä. (Hämäläinen ym. 2000.)

Masentuneilla ja ahdistuneilla ohitusleikkauspotilailla keskimääräinen terveydenhuoltokäyntien ja sairaalahoitojen lukumäärä oli kohonnut leikkauksen jälkeen. Varsinkin naisilla ja nuoremmilla potilailla tämän todettiin olevan ilmeisempää. (Hämäläinen ym. 2000.)

Yhteys kuolleisuuteen voitiin todeta ahdistuksesta kärsivillä ohitusleikkauspotilailla. Unkarilaisessa neljän vuoden seurantatutkimuksessa tutkittiin masennuksen ja ahdistuksen sekä kliinisten riskitekijöiden vaikutuksia kuolleisuuteen sekä leikkaukseen jälkeiseen sairaalassaoloon ohitusleikkauspotilailla. Tuloksissa havaittiin, että ohitusleikkauspotilaiden ahdistusalttiutta mittaavan STAIT-T asteikon lukeman ollessa suurempi kuin 45 pistettä, havaittiin huomattava yhteys potilaiden kuolleisuuteen. Masentuneisuudesta ja ahdistuksesta vain ahdistuksen todettiin olevan merkittävästi yhteydessä kuolleisuuteen ja sairaaloiisuuteen. Ahdistus oli merkittävästi korkeampi potilailla, jotka olivat jossain vaiheessa neljän vuoden aikana ohitusleikkauksen jälkeen hoidossa rytmihäiriöiden, sydäninfarktin tai sydämen vajaatoiminnan vuoksi. (Székely ym. 2007.)

6 Pohdinta

6.1 Yhteenvedo tuloksista

Aineiston pohjalta ohitusleikkauspotilaan henkistä stressiä aiheuttaviksi ja ilmentäviksi tekijöiksi nousi monia eri asioita. Potilaan perheeltään ja hoitohenkilökunnalta saama tuki oli yhteydessä potilaan masennusoireisiin, ahdistukseen ja toivottomuuden kokemuksiin. Yksinelävät verrattuna perheellisiin, kärsivät useimmin masennusoireista. Aineiston pohjalta voidaan todeta, että sosiaalisen tuen merkitys ohitusleikkauspotilailla on suuri ja sen vaikutus potilaan psyykkiseen hyvinvointiin merkittävä. Näin ollen on tärkeää kiinnittää huomiota ohitusleikkauspotilaiden saamaan sosiaalisen tuen määrään ja laatuun sekä erityisesti huomioida yksin elävät ja pienen sosiaalisen verkoston omaavat potilaat. Hoitotyössä hoitohenkilöstön tulee kiinnittää asiaan huomiota ja kohdentaa tukea sitä erityisesti tarvitseville esimerkiksi masentuneesti tai ahdistuneesti oireileville. Myös tulokset osoittivat ohitusleikkauspotilaiden lisääntyneen tuen tarpeen hoitohenkilökunnalta ja potilaat herkästi tukeutuivat hoitohenkilökuntaan leikkausprosessin yhteydessä. Aiemminkin on jo todettu, että hoitohenkilöstöltä saatu riittävä psykososiaalinen tuki auttaa vähentämään potilaiden henkistä stressiä. Hoitohenkilöstöllä tulisi siis olla riittävät valmiudet kohdata tukea tarvitsevat potilaat ja vastata heidän tuen tarpeisiinsa. Hoitohenkilöstön ja potilaan välinen tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde parantaa potilaan ongelmanratkaisukeinoja ja vähentää asiantuntija-avun tarvetta sekä lisää potilaan elämänhallinnan tunnetta (Lukkarinen 1999b: 30).

Ahdistusta ja masentuneisuutta ennustavat stressitekijät olivat yksittäisiä ja yksilöllisiä. Tekijöiksi voitiin aineiston pohjalta luokitella naissukupuoli, iän vaikutus, alhaisemman koulutuksen saaneet, sairauslomalla olevat, ahdistukselle alttiit, lyhyemmän aikaa leikkausta odottaneet ja kivun sekä epä mukavuuden kokemukset, uniongelmat ja psyyklilääkityksen käyttö. Iän vaikutusta tarkasteltaessa nuoremmat (alle 55-vuotiaat) yksinelävät kokivat masennusta useimmin. Toisaalta taas Gallagher:n ja McKinleyn (2007) tutkimuksessa kävi ilmi, että ahdistusta esiintyi puolestaan iältään vanhemmilla potilailla nuorempia enemmän, joten ei voida välttämättä yleistää nuorempien potilaiden olevan alttiimpia ahdistukselle leikkauksen yhteydessä. Aiemmissä tutkimuksissa, kuten Krannich ym. (2007) on taas todettu, että ohitusleikkauspotilaiden iällä ei ole havaittu lainkaan yhteyttä masennuksen esiintyvyyteen ennen ja jälkeen ohitusleikkauksen. Ahdistuneisuuden määrän puolestaan havaittiin pienentyneen nuoremmilla potilailla tilastollisesti merkittävästi ohitusleikkauksen jälkeen verrattuna leikkausta edeltävään ahdistukseen. (Krannich ym. 2007.) Näin ollen iän vaikutuksen merkitys ohitusleikkauspotilaiden henkisen stressin aiheuttajana jää epäselväksi, koska havaitsemamme tutkimustulokset ovat keskenään ristiriitaisia.

Naisten todettiin olevan alttiimpia ahdistukselle, koska he kärsivät useimmin leikkauksen prosessin yhteydessä itsesyytöksistä. Myös kuntoutumisessa naisten kohdalla miehiä useammin on huomioitava psyykkiset tekijät, kuten jatkuva ahdistus, jolla on yhteys voimattomuuteen, mistä voi tulla suurempi este kuntoutumiselle, kuin mitä fyysiset tekijät ovat (Lukkarinen 1999b: 30). Myös Gallagher:n ja McKinleyn (2007) tutkimuksessa tunnistettiin ohitusleikkauspotilailla yksi päähuolenaihe, mikä oli heidän sairautensa tai mahdollisen kuolemansa vaikutus heidän perheidensä hyvinvointiin. Tämä huolenaihe todettiin ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen sekä kotiutumisen jälkeen. Yksittäisiin stressitekijöihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota ohitusleikkauspotilailla. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tunnistaa potilaat, joilla ilmenee kyseisiä tekijöitä tai ominaisuuksia ja näin ollen voitaisiin jopa kyetä ennalta ehkäisemään henkisen stressin syntyä tai sen pitkittymistä puuttamalla esimerkiksi uniongelmiin tai hoitamalla kipua asianmukaisesti.

Aineiston pohjalta nousi esiin ohitusleikkauspotilaiden kognitiivisessa toiminnassa tapahtuneet muutokset ohitusleikkauksen jälkeen. Potilaat kokivat kognitiivisessa toiminnassaan heikentymistä, mikä puolestaan altisti ahdistuksen kehittymiselle leikkauksen

jälkeen. Potilaiden kokemat kognitiiviset ongelmat on tärkeää huomioida siten, että he saavat tukea ja keskustelumahdollisuuksia. Olisi hyvä leikkauksesta keskusteltaessa ottaa puheeksi, että monet potilaat kokevat heikentymistä kognitiivisessa toiminnassaan ja näin ollen potilaiden olisi helpompi hyväksyä mahdolliset muutokset omalla kohdallaan tai olla ylipäättään tietoisia muutoksien mahdollisuudesta. Tulosten perusteella ilmeni muutoksia myös fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä. Ahdistuksen, epävarmuuden ja masentuneisuuden kokemukset olivat yhteydessä fyysisen toimintakyvyn heikentymiseen. Edellä mainitusti oireilevat ohitusleikkauspotilaat tulisi huomioida ja arvioida, koska jokaisella potilaalla on yksilöllinen tapa oireilla ja myös oireilun seuraukset ovat yksilölliset. Näin ollen voitaisiin ennalta ehkäistä myös toimintakyvyn heikkenemistä. Toimintakyvyn heikentymistä koskeva tutkimustulos vahvasti aihealueen aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan on todettu muutoksia toimintakyvyssä henkisen stressin vuoksi.

Toisinaan potilailla saattaa myös olla epärealistiset ja hyvin vaihtelevat odotukset ohitusleikkauksen hyödyistä terveydelleen. Liian vähäinen ohjaus ja neuvonta altistavat potilaita henkisen stressin kokemuksille. Laadukkaammalla ohjauksella kyettäisiin vähentämään ja ennalta ehkäisemään potilaiden stressikokemuksia, kun heillä olisi realistisemmat odotukset leikkauksesta ja näin ollen vähemmän pettymyksiä. Myös aiemmissa tutkimuksissa on todettu ohitusleikkauspotilaiden laadukkaan informoinnin vähentävän henkistä stressiä ja kipuja sekä edistävän leikkauksesta toipumista.

Elämänlaatu vaikuttaa oleellisesti ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin, niin myös ohitusleikkauspotilaalla. Aineistosta nousi esiin monia elämänlaatua vaikeuttavia tekijöitä, joiden esiintymismäärällä oli yhteys masentuneisuuden kokemuksiin. Näin myös ohitusleikkauspotilaiden elämänlaadulla on yhteys heidän stressikokemuksiinsa. Elämänlaatua edistäviä tekijöitä ja toimia on tärkeää kohdentaa niitä tarvitseville ja lievittää esimerkiksi fyysisiä vaivoja, joilla on heikentävä vaikutus elämänlaatuun. Tällaisia ongelmia voivat olla esimerkiksi nukkumisvaikeudet, pahoinvointi ja kivut. Hoidon tuloksellisuuden mittana voidaan katsoa olevan hyvä elämänlaatu, jolloin se myös voi olla tukemassa sairauden hallintaa ja jaksamista sekä lisäksi ylläpitää terveyttä ja lisätä hoitomotiivaatiota (Lukkarinen 1999b: 32).

Tulosten perusteella ohitusleikkauspotilaiden henkistä stressiä ilmensi heikentynyt toipuminen leikkauksesta, mikä ilmeni heikentyneenä sitoutumisena kuntoutukseen, infektiaina ja heikentyneenä haavan paranemisena, hoitohenkilöstöön tukeutumisenä, uudelleen sairaalaan joutumisena ja yhteytenä potilaiden kuolleisuuteen. Lisäksi ohitusleikkauspotilaan elämän kulun tyyppillä oli vaikutusta leikkauksesta kuntoutumiseen. Elämäntapahtumat ja tilanteet muodostavat kokonaisuuden, johon kulminoituu yksilölliset elämäntapahtumat ja – tilanteet (Lukkarinen 1999b: 34). Elämäntapahtumat on siis kokemuksellinen prosessi, mikä ei ole johdonmukainen eikä suunniteltavissa oleva, vaan muutosherkkä ja altis sattumille (Lukkarinen 1999b: 34). Potilaat, jotka edustivat elämäntapahtumaltaan ei-hyväksyvää ja taantuvaa tyyppiä, saavuttivat heikomman tason leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Edellä mainittuun elämäntapahtumaan liittyi teemoina sairauden merkitys, elämäntilanteen tosiasiat ja asenne arkielämään, joissa muun muassa kieltäytyttiin hyväksymästä omaa sairauttaan ja sairauden eteneminen oli henkisen stressin aiheuttamaa enemmän kuin esimerkiksi epäterveellisen ruokavalion. Ohitusleikkauksen läpi käyneillä potilailla henkisen stressin kokemukset vaikuttavat siis myös paranemiseen ja leikkauksesta toipumiseen. Ahdistuneesti ja masentuneesti oireilevat potilaat kaipaavat toipumisessaan enemmän kannustusta ja hoitohenkilökunnan puolesta sitouttamista hoitoon ja kuntoutukseen. Hoitohenkilökunnan rooli voimaannuttajana ja optimismin ylläpitäjänä korostuu. Kuntoutuksella on todettu olevan oleellinen merkitys ohitusleikkauksesta toipumiseen. Sillä on vaikutuksia muun muassa elämänlaatuun, kykyyn palata työhön sekä mielialaan. Voidaan todeta, että kuntoutuksen tavoitteena on pääasiassa potilaan fyysisen ja psyykkisen toiminta- ja suorituskyvyn säilyttäminen ja palauttaminen parhaimmalle mahdolliselle tasolle, jonka voi saavuttaa niillä hoitotoimenpiteillä, joita nykyään on olemassa (Lukkarinen 1999b: 29). Aiemmissä tutkimuksissa kuten Koivulan (2002) on todettu, että eniten kuntoutusta tarvitsevat ohitusleikkauspotilaat jäävät kuntoutuksen ulkopuolelle ja olisikin tärkeää tutkia, miten näiden potilaiden saamista kuntoutuksen piiriin voitaisiin edistää. Kuntoutukseen osallistuvan ohitusleikkauspotilaan tilanne vaatisi kokonaisvaltaista yksilöllistä kartoitusta, jotta kuntoutus voitaisiin toteuttaa kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti. Kuntoutumiseen vaikuttaa kuntoutujan omat kokemukset ja yhteiskunnalliset sidokset, joihin puolestaan vaikuttaa esimerkiksi pitkäaikainen stressi, sosiaalinen tuki ja sosiaaliset verkostot, erilaiset vaikutusmahdollisuudet tai niiden puute sekä huono-osaisuus, joilla on osuutensa sairausprosessien eri vaiheissa ja niistä kuntoutumisen kannalta (Lukkarinen 1999b: 29).

Opinnäytetyön tuottamat tulokset antavat osaltaan vastauksia ohitusleikkauspotilaiden henkisen stressin aiheuttajista ja ilmentymisestä. Nämä vastaukset edesauttavat ohitusleikkauspotilaiden henkisen stressin kokemusten tunnistamista ja näin ollen ilmiötä on helpompi ymmärtää paremmin. Ilmiön tunnistaminen on avainasia, jotta hoitohenkilöstö voi kohdentaa hoitotoimiaan koskemaan myös henkistä stressiä. Henkisen stressin kokeminen vaikuttaa merkittävästi ohitusleikkauspotilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Pahimmillaan ohitusleikkauspotilaiden kokemalla henkisellä stressillä on yhteys kuolleisuuteen, mikä on käynyt ilmi useiden eri tutkimustulosten yhteydessä. Opinnäytetyön tulokset vahvistivat ja tukivat aihealueen aiempia tutkimustuloksia. Olemassa olevaan tutkimustietoon verraten aineistosta ei erityisesti noussut esiin uusia näkökulmia.

Jatkossa olisikin tärkeää kohdentaa tutkimusta koskemaan toimintoja, joilla edistettäisiin henkisen stressin varhaista tunnistamista ja ennaltaehkäisyä. Ohitusleikkauspotilaiden henkisen stressin kokemuksista on saatavilla paljon tutkittua tietoa, mutta edelleen jää siitä kärsivät edelleen usein tunnistamatta, diagnosoimatta tai hoitamatta. Lisäämällä hoitohenkilöstön tietämystä ohitusleikkauspotilaiden henkisen stressin aiheuttajista ja ilmentymisestä mahdollistetaan herkempi varhainen puuttuminen tilanteeseen. Kirurgisessa hoitotyössä hoitoajat ovat usein suhteellisen lyhyitä ja potilaiden hoito keskittyy enemmän fyysiseen puoleen, jolloin potilaan psyykinen puoli saattaa herkästi jäädä huomioimatta. Hoitohenkilöstöllä saattaa olla tietämystä ja kykyäkin tunnistaa henkisen stressin tavoin oireilevat potilaat, mutta keinot puuttua tilanteeseen ja auttaa, saattavat esimerkiksi ajan puutteen vuoksi olla vähäiset tai jopa olemattomat.

6.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuudella tarkoitetaan tuotetun informaation riittävän kriittistä perustelua. Mitä huonommin tuotettu informaatio on perusteltu, sitä vähemmän tutkimuksen tekijä edesauttaa tutkimuksen päämäärien toteutumista sekä asioiden todellista ja objektiivista ymmärtämistä. (Pietarinen 2002: 59.)

Tutkimusprosessin useassa eri vaiheessa joudutaan pohtimaan ja tekemään päätöksiä useista eettisistä kysymyksistä. Samoja asioita joutuvat miettimään myös henkilöt, jotka hyödyntävät tutkimusten tuloksia. Tutkimusaihe ja siihen liittyvät tutkimusongelmat

eivät saa olla loukkaavia eivätkä sisältää väheksyviä olettamuksia mistään ihmisryhmästä. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 288.)

Hyvän tieteellisen käytännön vasta-aiheita ovat vilpillisyys sekä piittaamattomuus, joka voi ilmetä tutkimuksen suorittamisessa huomattavina laiminlyönteinä ja holtittomuutena. Piittaamattomuudeksi voidaan lukea muiden tutkijoiden osuuden aliarvostaminen ja aikaisempia tutkimuksia koskevat puutteelliset viittaukset. Tuloksia voidaan kirjata huolimattomasti ja puutteellisesti sekä samoja tuloksia voidaan julkaista uusina. Tiedeyhteisöä tai rahoittajia saatetaan johtaa harhaan, jolloin vilppi voi ilmetä sepittämisenä, havaintojen vääristelynä, luvattomana lainaamisena tai anastamisena. (Leino-Kilpi – Välimäki 2003: 287.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy tieteellisten toimintatapojen noudattaminen. Näitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten kirjaamisessa ja arvioinnissa. Hyvässä tieteellisessä käytännössä hyödynnetään tieteellisiä ja eettisiä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä sekä toimitaan avoimesti tulosten julkaisemisessa. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan tieteellisten vaatimusten mukaan. Tieteellisessä tutkimuksessa annetaan muiden tutkijoiden töille asianmukainen arvo ja huomio. Niissä määritellään tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut, velvollisuudet ja omistajuuteen liittyvät kysymykset sekä aineistojen säilyttämistä koskevat asiat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Opinnäytetyötä pyrimme tekemään mahdollisimman huolellisesti ja valitsemaan tietoa mahdollisimman luotettavista ja tuoreista lähteistä. Käytimme luotettavia hyviksi tiedettyjä tietokantoja. Kirjasimme tarkoin ylös hakuja koskevat tiedot ja merkitsimme lähdeviittaukset välittömästi tekstin kirjoittamisen yhteydessä. Lisäksi varmistimme informaatikoilta oikeita työskentelytapoja ja hyödynsimme työskentelyssämme menetelmäkirjallisuutta. Tarvittaessa otimme myös yhteyttä ohjaavaan opettajaamme ja kävimme atk-ohjauksessa. Edellä mainitut asiat osaltaan myötävaikuttivat työmme eettiseen laadun kehitykseen ja luotettavuuteen. Olimme myös motivoituneita ja tiedostuneita työskentelemään eettisin tavoin ja huomioimme tekijänoikeudelliset seikat tietoja käsitellessämme. Aineiston valinnassa ja tulkinnassa pyrimme huolellisuuteen ja objektiivisyyteen sekä suhtauduimme tietoon kriittisesti. Valitsimme kirjallisuuskatsauksen aineistoon tieteellisiä tutkimusartikkeleita emmekä hyödyntäneet esimerkiksi väitöskirjoja tai

kirjallisuuskatsauksia muualla kuin työn teoriaosiossa. Työskentelymme edetessä, emme kohdanneet erityisiä eettisiä ongelmia, työstämme ei ollut haittaa tutkittaville, emmekä tarvinneet tutkimuslupia, koska teimme kirjallisuuskatsauksen.

Luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä oli se, ettei meillä ollut aikaisempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen tekemisestä, mikä olisi edistänyt opinnäytetyön tekemistä huomattavasti. Myös kääntäminen englannista suomen kielelle tuotti välillä kysymyksiä siitä, että välittykö tutkimuksen sanoma oikealla tavalla tekemiemme käännösten kautta ja olemmeko tulkinneet asioita oikein. Tiedonhakuja tehdessämme, varsinkin prosessimme alussa, tunsimme olevamme kokemattomia. Koska teimme hakuja englannin kielellä, jäi aineistostamme mahdollisesti pois monia hyviä tutkimuksia, joita on tehty monilla muilla kielillä. Lisäksi 11 tutkimusta valittiin aineistoon manuaalihakujen pohjalta. Tällöin tiedonhaun systemaattisuus saattaa kärsiä, koska tiedonhakuprosessi ei ole sellaisenaan uudelleen toteutettavissa manuaalihakujen osalta. Työskentelyn alussa koimme haasteelliseksi opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen rakentamisen, jolloin työmme aihe rajautui useamman kerran uudestaan. Tämän vuoksi teimme hakuja runsaasti eri hakusanoilla/lausekkeilla sekä haimme tietoa eri lähteistä, jolloin mukaan tuli myös paljon manuaalisesti haettua materiaalia.

6.3 Ammatillinen kasvu ja kehitys

Opinnäytetyön tekemisellä on suuri merkitys niin opiskeluprosessissa kuin sairaanhoitajan tutkinnon suorittamisen jälkeisessä käytännön työelämässäkin. Runsas työskenteleminen tieteellisten tutkimusten parissa harjoituttaa tiedon etsimistä alkuperäisistä lähteistä, jolloin niitä voidaan hyödyntää käytännössä. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme valmiuksia tehdä oikeita valintoja lähteistä, jotka ovat luotettavia ja myös tiedonhakua koskeva rutiini vahvistui. Tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen meillä varmasti olisi parempi valmius vastaavan työn tekemiseen jatkossa. Tietämys opinnäytetyön aihealueen sisällöstä lisääntyi merkittävästi ja se osaltaan palvelee meitä tulevassa ammatissamme sairaanhoitajina.

Lähteet

- Bunker, Stephen J. – Colquhoun, David M. – Esler, Murray D. – Hickie, Ian B. – Hunt, David – Jelinek, Michael V. – Oldenburg, Brian F. – Peach, Hedley G. – Ruth, Denise – Tennant, Christopher C. – Tonkin, Andrew M. 2003: "Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *The Medical Journal of Australia* 178. 272.
- Dantas, Rosana Aparecida Spadoti – Motzer, Sandra Adams – Ciol, Marcia Aparecida 2002: The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies* 39 (2002). 745-755.
- Doering, Lynn V – Moser, Debra K. – Lemankiewicz, Walter – Luper, Cristina – Khan, Steven 2005: Depression, Healing, and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery. *American Journal of Critical Care* 14 (4). 316-324.
- Gallagher, Robyn – McKinley, Sharon 2007: Stressors and Anxiety in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. *American Journal of Critical Care* 16 (3). 248-257.
- Gallagher, Robyn – McKinley, Sharon – Dracup, Kathleen 2004: Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care* 17 (4). 160-165.
- Gallo, Linda C – Malek, Mary J. – Gilbertson, Alan D. – Moore, Jeffrey L. 2005: Perceived Cognitive Function and Emotional Distress Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Behavioral Medicine* 28 (5). 433-442.
- Henriksson, Markus – Lönnqvist, Jouko 2001: Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy. 275.
- Hippeläinen, Mikko 2008: Ohitusleikkauksen kulku. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Yli-Mäyry, Sinikka (toim.) *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 286-290.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi. 121, 258-260.
- Holmes, Sari D. – Krantz David S. – Rogers, Heather – Gottdiener, John – Contrada, Richard J. 2006: Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Progress in Cardiovascular Disease* 49 (2). 106-122.
- Hämäläinen, Helena – Smith, Richard – Puukka, Pauli – Lind, Jouko – Kallio, Veikko – Kuttilla, Kari – Rönnemaa, Tapani 2000: Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000 (28). 62-70.

- Informaatiota opiskelijoille, jotka tekevät opn: Pitkäaikaissairaiden hoitoväsymys – itsehoitoa ja vertaistukea vahvistavan toimintamallin kehittäminen. Hanke vuosille 2009 – 2013.
- Isometsä, Erkki 2001: Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy. 196.
- Januzzi, James L. – Stern, Theodore A. – Pasternak, Richard C. – DeSanctis, Roman W. 2000: The Influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease. *Archives of Internal Medicine* 160 (13). 1913-1921
- Kettunen, Raimo 2008: Sepelvaltimotauti ja sydäninfarkti. Teoksessa Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Yli-Mäyry, Sinikka (toim.): Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 241-243.
- Koivula, Meeri 2002: Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis* 875. University of Tampere.
- Koivula, Meeri – Paunonen-Ilmonen, Marita – Tarkka, Marja-Terttu – Tarkka, Matti – Laippala, Pekka 2001: Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung* 30 (4). 302-311.
- Koivula, Meeri – Paunonen-Ilmonen, Marita – Tarkka, Marja-Terttu – Tarkka, Matti – Laippala, Pekka 2002: Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 2002 (11). 622-633.
- Koivula, Meeri – Tarkka, Matti – Halme, Nina 2006: Ohitusleikkauspotilaiden depressiooireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 19 (4). 179-191.
- Koste, Lasse 2010: Sairaanhoidajan oikeudellinen asema. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Alila, Anja – Matilainen, Elina – Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim. 765.
- Krannich, Jens-Holger – Weyers, Peter – Lueger, Stefan – Herzog, Michael – Bohrer, Thomas – Elert, Olaf 2007: Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* 7 (47).
- Kääriäinen, Mari – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18. 37-45.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2003: Etiikka hoitotyössä. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö. 287-288.
- Lindsay, Grace M. – Smith, Lorraine N. – Hanlon, Philip – Wheatley, D.J. 2000: Coronary artery disease patients` perception of their health and expectations of benefit following coronary artery bypass grafting. *Journal of Advanced Nursing* 32 (6). 1412-1421.

- Lukkarinen, Hannele 1999a: Life course of people with coronary artery disease. *Journal of Critical Nursing* 8 (6). 701-711.
- Lukkarinen, Hannele 1999b: Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. *Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja*. Oulun yliopisto.
- Mallik, Susmita – Krumholz, Harlan M. – Lin, Qiu Zhen – Kasl, Stanislav V. – Mattera, Jennifer A. – Roumains, Sarah A. – Romains – Vaccarino, Viola 2005: Patients With Depressive Symptoms Have Lower Health Status Benefits After Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of the American Association* 111. 271-277.
- McCormick, Kim M. – Naimark, Barbara J. – Tate, Robert B. 2006: Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 35 (1). 34-45.
- MOT Kielitoimiston sanakirja 1.0 2004. MOT sanakirjasto. Kielikone.
- Murphy, Barbara M. – Elliot, Peter C. – Higgins, Rosemary O. – Le Grande, Michael R. – Worcester, Marian U.C – Goble, Alan J. – Tatoulis, James 2008: Anxiety and depression after coronary artery bypass graft: most get better, some get worse. *The European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 15 (4). 434-440.
- Mustajoki, Pertti 2008: Sepelvaltimotauti. *Terveyskirjasto 2009*. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 11.12.2008.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077>
Verkkodokumentti. Luettu 16.10.2009.
- Mäkijärvi, Markku – Kettunen, Raimo – Kivelä, Antti – Parikka, Hannu – Yli-Mäyry, Sinikka (toim.) 2008: *Sydänsairaudet*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim. 7-10.
- Okkonen, Eila – Vanhanen, Hannu 2005: Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 35 (4). 234-244.
- Oxland, Melissa – Stubberland, John – Stuklis, Robert – Edwards, James – Wade, Tracey D. 2005: Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Psychosomatic Research* (2006) 61. 775-781.
- Oxland, Melissa – Wade, Tracey D. 2008: Longitudinal Risk Factors for Adverse Psychological Functioning Six Months after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of Health Psychology* 13 (1). 78-92.
- Pietarinen, Juhani 2002: Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, Sakari – Launis, Veikko – Pelkonen, Risto – Pietarinen, Juhani (toim.): *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Gaudeamus Kirja Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd. 59.

- Pignay-Demaria, Virginie – Lespérance, François – Demaria, Roland G. – Frasure-Smith, Nancy – Perrault, Louis P. 2003: Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*. 75. 314-321.
- Punkanen, Tiina 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Jyväskylä: Tammi.
- Rantanen, Anja 2009: Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. *Akateeminen Väitöskirja*. Tampereen yliopisto.
- Shibeshi, Woldecherkos A. – Young-Xu, Yinong – Blatt, Charles M. 2007: Anxiety Worsens Prognosis in Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 49 (20). 2021.
- Székely, Andrea – Balog, Piroska – Benkö, Erzsébet – Breuer, Tamás – Székely, Judit – Kertai, Miklós D. – Horkay, Ferenc – Kopp, Mária S. – Thayer, Julian F. 2007: Anxiety Predicts Mortality and Morbidity After Coronary Artery and Valve Surgery – A 4-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine* 2007 (69). 625-631.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Latvia: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 91. 108 - 109.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitleminen. Päivitetty 14.04.2004. <<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>> Verkkodokumentti. Luettu 20.04.2010.
- Tully, Phillip J. – Baker, Robert A. – Turnbull, Deborah – Winefield, Helen 2008: The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *Journal of Behavioral Medicine* 31. 281-290.
- Tung, Heng-Hsin – Hunter, Anita – Wei, Jeng – Chang, Chung-Yi 2009: Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart & Lung* 38 (6). 469-479.
- Turner, Sally C. – Bethell, J. N. – Evans, Julia A. – Goddard, Jonathan R. – Mullee, Mark A. 2002 : Patient Characteristics and Outcomes of Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2002 (22). 253-260.
- Varonen, Helena – Semberg, Virpi – Teikari, Martti toim. 1999: *Tieteestä käytäntöön, Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollossa*. FinOHTAn raportti 11. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.10.2006. <<http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/raportit/raportti11.htm>>. Luettu 18.09.2009.
- Webb, Christine – Roe, Brenda 2007. *Rewing Research Evidence for Nursing Practice*. Blacwell Publishing Ltd. UK.3.

Hakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon mukaan valitut	Abstraktin mukaan vali- tut	Koko artikkelin mukaan valitut
EBSCOhost Cinahl	coronary artery disease AND anxiety	334	9	0	0
	coronary artery disease AND fatigue AND motivation	26	1	0	0
	coronary artery disease AND distress AND motivation	9	1	0	0
	coronary artery disease AND attitude to health	50	8	1	1
	coronary artery disease AND fatigue	22	3	0	0
	coronary artery disease AND anxiety	108	13	0	0
OVID Med- line®	coronary artery disease AND fatigue AND stress	27	8	0	0
	coronary artery disease AND self care man- agement	2	2	0	0
	bypass AND depression AND anxiety AND stress	40	29	9	6
PubMed	coronary artery disease AND fatigue AND stress	26	12	0	0
	coronary artery disease AND self-care failure	27	12	2	1
	bypass AND depression	35	25	2	1

	AND anxiety AND stress				
Tietokantahaut yhteensä		706	123	14	9
Manuaalihakut					11
Yhteensä		706	123	14	20

Analyysitaulukko, yhteenveto tutkimusartikkeleista

Kirjoittaja(t), vuosi, tutkimuksen nimi, maa jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus, tutkimuskysymykset	Kohderyhmä (otos)	Menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset	Muuta huomioitavaa
Doering, Lynn V – Moser, Debra K. – Lemankiewicz, Walter – Luper, Cristina – Khan, Steven 2005: Depression, Healing, and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery. Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida emotionaalista ja fyysistä toipumista ohitusleikkauksen jälkeen kolmessa eri vaiheessa (sairaalassa, uloskirjoittautumisen yhteydessä sekä kuusi viikkoa sen jälkeen) sekä tutkia infektioiden ja haavan paranemisen yhteyttä potilaiden depressiivisiin oireisiin. Tutkimus suoritettiin yksittäisessä yliopiston alaisessa sairaalassa.	Otos (n=72) potilasta, jotka eivät olleet monisairaita ja joilla oli mahdollisuus osallistua seurantatutkimukseen myös kotiutumisen jälkeen. Potilaat täyttivät kyselylomakkeen postoperatiivisesti heti hengityspotken poistamisen jälkeen, 48 tuntia leikkauksen jälkeen sekä sairaalasta uloskirjoittautumisen yhteydessä ja kuusi viikkoa sen jälkeen, jonka aikana potilaan tuli suorittaa 6 minuutin kävelytesti vähintään kaksi kertaa. Kyselylomakkeessa potilaat kuvasivat depressiivisiä oireitaan sekä emotionaalista ja fyysistä toipumistaan.	Ei satunnaistettu, vertaileva pitkäaikaistutkimus.	Voimakkaammista depressiivisistä oireista kärsivien potilaiden emotionaalinen ja fyysinen toipuminen oli heikompaa kuin matalamman tason oireista kärsivien. Myös kävelymatkat testissä jäivät lyhyemmiksi näillä potilailla verraten matalamman tason oireista kärsiviin. Infektiot ja heikentynyt haavan paraneminen oli yleisempää korkeamman asteen depressiivisistä oireista kärsivillä potilailla kuin matalamman asteen depressiivisistä oireista kärsivillä. Tulosten mukaan depressiiviset oireet olivat yhteydessä infektioiden, heikentyneeseen haavan paranemiseen sekä heikkoon emotionaaliseen ja fyysiseen toipumiseen ohitusleikkauksesta.	
Gallagher, Robyn – McKinley, Sharon 2007: Stressors and Anxiety in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata potilaiden huolia (<i>engl. concern</i>) liittyen ohitusleikkaukseen sekä tunnistaa huolia, jotka olivat	Tutkimuksen otos (n=172) potilasta kerättiin kahdesta eri sairaalasta Sydneyssä Australiassa. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden tuli olla 18 vuotta tai vanhempia, joilla ei ollut muita kroo-	Haastattelututkimus. Haastattelut suoritettiin ennen leikkausta, ennen sairaalasta ulos kirjoittautumista sekä 10 päivää ulos kirjoittautumisen jälkeen.	Potilaiden ahdistustaso (<i>engl. anxiety</i>) pysyi samana ennen ja jälkeen leikkauksen. Yksi päähuolenaihe, joka pystyttiin tunnistamaan ennen	

	<p>yhteydessä korkeamman asteen ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>).</p>	<p>nisia sairauksia, mukaan lukien psykiatriset sairaudet. Potilailla tuli myös olla mahdollisuus osallistua puhelinhaastatteluun.</p> <p>Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 66,3 vuotta ja he olivat pääasiassa miehiä. Suurimmalla osalla potilaista oli kyseessä ensimmäinen leikkaus ja he viipyivät sairaalassa 4 – 21 päivään. Vain muutamat potilaista käyttivät anxiolyyttejä tai antidepressantteja tutkimuksen aikana.</p>	<p>Monimuuttujaregressioanalyysiä käytettiin tunnistamaan tekijöitä ahdistuksen (<i>engl. anxiety</i>) taustalla.</p> <p>Tutkimuksessa käytetyt mittarit: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Stressors Scale</p>	<p>leikkausta, leikkauksen jälkeen ja kotiutumisen jälkeen, oli potilaiden huoli heidän sairautensa tai kuolemansa vaikutus heidän perheidensä hyvinvointiin.</p> <p>Preoperatiivisesti kasvaneen ahdistuksen tekijöiksi tunnistettiin naissukupuoli, leikkauksen odottamiseen liittyvä korkea huolestuneisuuden taso, kivun ja epämukavuuden kokemukset sekä aiemman elämäntyylin jatkaminen. Postoperatiivisesti kasvaneeseen ahdistukseen tekijöiksi tunnistettiin anxiolyyttien tai antidepressiivisten lääkkeiden käyttäminen, korkean ahdistuksen taso ennen leikkausta sekä univaikeudet.</p>	
<p>Gallagher, Robyn – McKinley, Sharon – Dracup, Kathleen 2004: Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. Australia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla australialaisten naisten kokemia tavallisimpia ongelmia ohitusleikkauksen jälkeisen ensimmäisen kuuden viikon ajalta kotona sekä oireiden kokemuksen yhteyttä psyykkiseen ahdistukseen (<i>engl. distress</i>).</p>	<p>Otos (n= 55) naista, joilla oli suunniteltu tai ei-suunniteltu ohitusleikkaus (CABG) kahdessa sairaalassa Sydneyssä, Australiassa. Naiset otettiin mukaan sen jälkeen, kun olivat valmiita kotiutumiseen ja olivat iältään 18-vuotiaita tai vanhempia, kykenivät vastaamaan englanniksi ja joilla oli kotona puhelin. Poissulkukriteereinä olivat potilaat, joilla New York Heart Association Class IV luokituksen mukainen sydämen vajaatoiminta (<i>engl. heart failure</i>) tai läppäsiirre (<i>engl. valve replacement</i>). 52 naista olivat mukana lopullisessa tutkimuksessa, jota ohjattiin 12 viikon ajan. Kolme naista pois suljettiin tutkimuksesta</p>	<p>Haastattelututkimus.</p> <p>Käytetyt mittarit: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p>	<p>Kuuden viikon aikana koettujen ongelmien määrällä oli merkittävä yhteys masennukseen (<i>engl. depression</i>), mutta ei merkittävästi ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>) kahden viikon kuluttua. Tutkimusta tehtäessä yhden kuukauden aikana raportoidut useimmat ongelmat olivat: nukkumisvaikeudet, heikko ruokahalu, pahoinvointi, säärivaavaongelmat ja rinnan leikkaushaavakivut. Kuuden viikon aikana olleet ongelmat liittyivät säärivaavoihin tai –turvotukseen, rinnan leikka-</p>	

		pitkittyneen sairaalassa olon (yli 5 viikkoa) tai kuoleman tapauksen vuoksi. Potilaat haastateltiin sairaalassa ennen kotiutumista ja puhelinhaastatteluja suoritettiin yhden, kolmen ja kuuden viikon jälkeen sairaalasta kotiutumisen jälkeen.		ushaavan kipuihin tai turhautuneisuuteen. Osalla ongelmia aiheuttivat sydämentykytys, kipeä kurkku ja keskittymisvaikeudet. Useimmilla naisilla esiintyi useita samanaikaisia ongelmia.	
Gallo, Linda C – Malek, Mary J. – Gilbertson, Alan D. – Moore, Jeffrey L. 2005: Perceived Cognitive Function and Emotional Distress Following Coronary Artery Bypass Surgery. Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää emotionaalista oireilua ja koettua kognitiivista toimintaa kahtena erillisenä kertana ohitusleikkauksen jälkeen. 1) Ensimmäisellä kerralla tutkittiin koettujen kognitiivisten vaikeuksien vaikutusta depression ja ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>). 2) Ensimmäisellä kerralla tutkittiin emotionaalisten oireiden vaikutuksia potilaan kokemaan kognitiiviseen toimintaan. Em. asioiden uudelleen arviointi tapahtui viiden kuukauden kuluttua ensimmäisestä tutkimuskerrasta.	Tutkimuksen lopullinen otos (n=76) koostui Akron General Medical Centerin potilaista ja otos koottiin syysjoulukuussa 2000. Potilaat tekivät itsearviointia, joka sisälsi kysymyksiä väestötieteellisistä tekijöistä, depressiosta ja ahdistuksesta (<i>engl. anxiety</i>). Depressio- ja ahdistusoireet sekä kognitiiviset vaikeudet arvioitiin ensin leikkauksen jälkeisellä käynnillä, jonka jälkeen uudelleen arviointi suoritettiin viiden kuukauden kuluttua puhelimitse. Ne potilaat, jotka eivät osallistuneet puhelinhaastatteluun, saivat uuden kyselylomakkeen kotiin täytettäväksi.	Kyselylomake. Tutkimuksessa käytetyt mittarit: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The Cognitive Difficulties Scale (CDS).	Potilaat kokivat heikentymistä kognitiivisessa ja emotionaaliossa toiminnassaan ohitusleikkauksen jälkeen. Seurannan aikana todettiin, koettujen kognitiivisten haittojen ennustavan emotionaalisten oireiden negatiivisempaa suuntausta. Lähtökohtaisesti emotionaaliset oireet eivät ennustaneet kognitiivisten toimintojen heikentymistä. Ohitusleikkauspotilaiden kognitiivisten toimintojen heikentyminen saattoi edistää emotionaalisen ahdistuksen kehittymistä postoperatiivisesti. Emotionaaliset oireet sekä vaikeudet kognitiivisissa toiminnoissa olivat merkittävästi yhteydessä toisiinsa.	
Hämäläinen, Helena – Smith, Richard – Puukka, Pauli – Lind, Jouko – Kallio, Veikko – Kuttila, Kari – Rönne-	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida erilaisia tekijöitä, jotka ovat toipumisen taustalla sydäninfarktin (MI) tai	Otokseen valittiin akuutin sydäninfarktin (n=147) sairastaneita sekä ohitusleikkaukseen (n=159) suunnitellusti tulevia potilaita peräkkäin sisäänkirjoittautumisjärjestyksessä. Potilaat	Kyselylomake. Käytetyt mittarit: Duke Activity Status Index	Ohitusleikkauspotilaiden ryhmässä toiminnallinen aktiiviteetti kohosi merkittävästi vuoden aikana leikkauksesta. Ohitusleikkauspotilaiden toi-	

<p>maa, Tapani 2000: Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. Suomi.</p>	<p>ohitusleikkauksen (CABG) jälkeen.</p>	<p>olivat alle 65-vuotiaita potilaita, jotka tulivat hoidettaviksi Turun yliopistolliseen keskussairaalaan tai kahteen muuhun lähiseudun paikalliseen sairaalaan.</p> <p>Läppäpotilaita ei otettu mukaan. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta kaikki olivat ensimmäistä kertaa ohitusleikkauksessa.</p> <p>Tutkimus suoritettiin kolmessa osiossa, sairaalassa oloaikana, kolmen kuukauden jälkeen ja vuoden kuluttua.</p> <p>Kolmen kuukauden kuluttua tiedot kerättiin 140 sydäninfarktipotilaalta ja 151 ohitusleikkauspotilaalta.</p> <p>Vuoden kuluttua sydäninfarktipotilaita oli 134 ja ohitusleikkauspotilaita 151.</p>	<p>(DASI)</p>	<p>puminen, käyttäen DASI arviointia, oli yhteydessä vähempään sosiaaliseen tukeen perheeltä ja muilta sekä vähempään välineelliseen apuun. Hyvä fyysinen työskentelykapasiteetti yhdistettiin vähempään välineelliseen tukeen. Ahdistuksesta ja masennuksesta kärsineet potilaat käyttivät enemmän sosiaalisia ja psykologisia palveluja ja saivat enemmän välineellistä apua. Ahdistus oli myös yhteydessä lisääntyneeseen sosiaaliseen tukeen. Masennus yhdistettiin pienempään kontaktiin sukulaisten, ystävien ja uskottujen kanssa. Potilaiden sairaalaan uudelleen kirjoittautumisten määrä oli korkeampi myöhemmän seurantajakson aikana. Lisäksi terveydenhuoltokäyntien keskimääräinen lukumäärä nousi molemmissa ryhmissä tutkimusjakson aikana.</p>	
<p>Koivula, Meeri – Paunonen-Ilmonen, Marita – Tarkka, Marja-Terttu – Tarkka, Matti – Laippala, Pekka 2001: Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia 1) pelon ja ahdistuksen intensiteettiä potilailla, jotka odottavat kotonaan ohitusleikkausta 2) potilaiden väestöteellisten tekijöiden, toimintakyvyn ja sydänsairauden (<i>engl. CHD</i>) hoidon yhteyttä voimakkaaseen pel-</p>	<p>Tutkimukseen oli kutsuttu 270 potilasta, jotka olivat jonotuslistalla ohitusleikkaukseen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Valituista 30 kieltäytyi ja jäljelle jääneistä 240 potilaasta 20 epäonnistuivat vastaamaan kyselyyn sekä 13 kyselylomaketta hylättiin puutteellisten tietojen vuoksi. Lopullinen otos oli 207 potilasta.</p> <p>Tutkimukseen valittujen potilaiden</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Käytetyt mittarit: The Bypass Grafting Scale, the State-Trait Anxiety Inventory the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</p>	<p>Puolet potilaista koki vähäistä pelkoa ja ahdistusta. Potilaista 25 % koki vahvaa pelkoa ja 5 % voimakasta ahdistusta.</p> <p>Voimakkaalle pelolle altistavia tekijöitä olivat naissukupuoli, vähäinen koulutustaso, sairasloma, masennus, alttius ahdistukselle ja lyhyt odotus operaatioon. Keski voimakasta tai voimakasta ahdistusta</p>	

	<p>koon (<i>engl. fear</i>) ja ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>).</p>	<p>valintakriteerit olivat varattu aika leikkaukseen, kyky lukea ja kirjoittaa suomea, kyky ymmärtää tutkimukseen liittyvä ohjeistus sekä kyky vastata itsenäisesti tutkimuslomakkeeseen</p> <p>Tiedot kerättiin tammi-syyskuussa 1998.</p>		<p>kokeneet potilaat olivat useimmiten alle 55-vuotiaita, joilla esiintyi depressiota, mutta vain vähäistä kipua tai ei kipua lainkaan.</p> <p>Tulokset osoittavat, että voimakkaalle ahdistukselle ja pelolle altistavia tekijöitä pitäisi tunnistaa paremmin.</p> <p>Pelolle ja ahdistukselle alttiille potilaille tulisi osoittaa suoraan kohdennettua tukea ja informaatiota.</p>	
<p>Koivula, Meeri – Paunonen-Ilmonen, Marita – Tarkka, Marja-Terttu – Tarkka, Matti – Laippala, Pekka 2002: Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli:</p> <p>1) tutkia saatavilla olevan sosiaalisen tuen resursseja ohitusleikkausta odottavilla potilailla.</p> <p>2) tutkia sosiaalisen tuen vaikutusta ohitusleikkauspotilaiden pelkoon (<i>engl. fear</i>) ja ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>).</p>	<p>Tutkimukseen oli kutsuttu 270 potilasta, jotka olivat jonotuslistalla ohitusleikkaukseen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa ja odottivat leikkausta kotona. Valituista 30 kieltäytyi ja jäljelle jääneistä 240 potilaasta 20 epäonnistuivat vastaamaan kyselyyn ja 13 kyselylomaketta hylättiin puutteellisten tietojen vuoksi. Lopullinen otos oli 207 potilasta.</p> <p>Tutkimukseen valittujen potilaiden valintakriteerit olivat odotus ohitusleikkaukseen, potilaan ensimmäinen ohitusleikkaus, eikä muita aiempia leikkauksia (kuten läppäleikkaus), kyky lukea ja kirjoittaa suomea, kyky ymmärtää tutkimukseen liittyvä ohjeistus sekä kyky vastata itsenäisesti tutkimuslomakkeeseen</p> <p>Tiedot kerättiin tammi-syyskuussa 1998.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Käytetyt mittarit: The Grafting Fear Scale (BGFS)</p> <p>Norbeck` s (1995) Social Support Questionnaire (NSSQ)</p> <p>The Quality of Basic Cardiac Information (QBCI)</p> <p>Spielberger` s State A</p>	<p>Matala emotionaalinen sosiaalisen verkoston tuki yhdistettiin voimakkaaseen ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>)</p> <p>Potilaat, jotka kokivat hoitajilta saadun informaation laadun hyvänä, kokivat yleisesti vain vähäistä pelkoa.</p> <p>Potilaat, jotka osoittivat voimakasta pelkoa (<i>engl. fear</i>), halusivat informatiivista tukea hoitajilta useammin kuin ne, joilla oli vähäistä pelkoa.</p> <p>Tulosten perusteella ohitusleikkausta odottavien kokema pelko ja ahdistus olivat yhteydessä heidän saamaansa sosiaalisen tuen määrään.</p>	

<p>Koivula, Meeri – Tarkka, Matti – Halme, Nina 2006: Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ohitusleikkauspotilaiden depressiota ja hoitajilta saatua sosiaalista tukea leikkauksen yhteydessä ja kuntoutumisen aikana sekä arvioida depressiivisten oireiden ja sosiaalisen tuen yhteyttä toisiinsa.</p> <p>Tutkimuskysymykset: 1) Miten paljon ohitusleikkauspotilailla on depressiivisiä oireita sairaalassa ja kuntoutumisen aikana? 2) Miten paljon ohitusleikkauspotilaat kokevat saavansa hoitajilta sosiaalista tukea sairaalassa ja kuntoutumisvaiheessa? 3) Millainen on hoitajilta saadun sosiaalisen tuen yhteys potilaan depressiiviseen oireiluun ja mitkä tekijät ovat yhteydessä saadun tuen määrään?</p>	<p>Tutkimuksen aineiston keruu suoritettiin kyselylomakkeella kahdessa vaiheessa hoitoprosessin aikana.</p> <p>Kyselylomake annettiin leikkausta edeltävänä iltana 207:lle ohitusleikkaukseen tulleelle potilaalle Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa sairaalassa vuonna 1998.</p> <p>Potilaista 194 vastasi ensimmäiseen kyselylomakkeeseen ja kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta tehtiin uusi kysely, jossa arvioitiin depressio-oireiden nykytilaa sekä sairaalassa hoitajilta saatua sosiaalista tukea jälkikäteen. Molempiin kyselyihin vastasi yhteensä 171 potilasta.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Käytetyt mittarit:</p> <p>Zung Self-rating Depression Scale (ZSDS)</p> <p>Hoitotyön Sosiaalinen Mittari (HST)</p>	<p>Lieviä depressiivisiä oireita esiintyi viidenneksellä potilasta leikkaukseen tullessa sekä myöhemmin kuntoutumisvaiheen aikana. Kuntoutumisvaiheessa kolme kuukautta leikkauksen jälkeen depressiivisten oireiden määrä lisääntyi viidesosalla potilasta. Kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta potilaat kokivat saadun tiedollisen ja emotionaalisen tiedon määrän vähäisemmäksi verrattuna sairaalavaiheeseen. Sekä sairaala- että kuntoutumisvaiheessa voitiin todeta yhteys depressioniin ja saadun sosiaalisen tuen välillä.</p> <p>Sosiaalisen tuen jatkuvuuteen tulee kiinnittää huomiota ohitusleikkauksesta kuntoutuvilla.</p>	
<p>Koivula, Meeri – Tarkka, Matti – Halme, Nina 2006: Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 1) sepelvaltimotaudin vaikutusta potilaan terveyteen sekä odotuksia leikkauksen</p>	<p>Tutkimuksen otos koostui 214 potilaasta, jotka haastateltiin ennen ohitusleikkausta sekä vuoden kuluttua ohitusleikkauksesta.</p> <p>Tutkimukseen osallistuneet potilaat</p>	<p>Prospektiivinen ja kuvaileva kyselytutkimus.</p>	<p>Potilaat kuvasivat preoperatiivisesti terveydentilaansa liittyviä tekijöitä seuraavien tekijöiden: riippuvuus muista ja lääkitys, (sairaus) elämään vaikuttava suuri uhka. Posto-</p>	

	<p>hyödyistä potilaan näkökulmasta.</p> <p>2) potilaiden kokemuksia ohitusleikkauksesta ja sen vaikutuksista heidän terveyteensä.</p>	<p>rekrytoitiin kuukautta ennen odotettua leikkausta. Potilaat valittiin kuuden kuukauden ajanjaksolta ohitusleikkauksenohjelmasta yhdessä sydänkirurgisessa sairaalassa.</p> <p>Valintakriteereitä olivat tuleva ohitusleikkaus, ei aiempia vastaavia toimenpiteitä, elektiivinen operaatio, asunto noin 50 mailin päässä sairaalasta, odotettu leikkauspäivä oli arvioitu noin neljän viikon kuluttua tutkimuksen preoperatiivisesta arvioinnista.</p>		<p>peratiivisesti potilaat kuvasivat operaation terveyteen liittyviä hyötyjä seuraavin teemoin: "kuolemantuomion" siirtyminen, valinnan vapaus, odotukset operaation hyödyistä olivat potilailla vaihtelevat ja sisälsivät teemoja: vapaus ja itsenäisyys, toivo, mahdollisuus ja epävarmuus sekä eliniän pidentyminen.</p> <p>Operaation läpikäyminen kuvailtiin teemoilla: kokemuksen valtavuus, ja tuen antamisen tärkeys.</p>	
<p>Lukkarinen, Hannele 1999: Life course of people with coronary artery disease. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden elämäntilannetta heidän omasta näkökulmastaan sairaiden toteamisen hetkellä sekä sairaalahoitojakson aikana että yhden vuoden ajan sairastumisen jälkeen.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli löytää vastaus seuraavaan tutkimuskysymykseen: Millainen on sepelvaltimotautia sairastavan omakohtainen elämäntilanne?</p>	<p>Tutkimuksen otos n = 19 potilasta valittiin 200 potilaan joukosta, jotka olivat läpikäyneet joko ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen ja joilla oli mahdollisuus osallistua teemahaastatteluun.</p> <p>Osallistujat valittiin mukaan heidän pitämiensä strukturoitujen päiväkirjojen perusteella. Yhteensä 70 potilasta piti päiväkirjaa kuusi kuukautta operaation jälkeen. Näistä 70:stä valittiin 40, joiden päiväkirjat tutkija koki sisällöllisesti eniten tietoa antaviksi. Näitä 40:sta pyydettiin jatkamaan päiväkirjojen pitämistä vielä toiset kuusi kuukautta ja lopulta näistä potilasta valittiin lopullinen otos (n=20), josta puolet oli naisia (10 potilasta) ja puolet miehiä (10 potilasta). Haastattelut olivat eri-ikäisiä ja yksineläviä sekä perheellisiä. Haastattelut suoritettiin lopulta vain 19 potilaalle, koska yhden potilaan haastattelu jouduttiin perumaan hänen terveydentilansa.</p>	<p>Tämä tutkimus oli osa suurempaa pitkäaikaistutkimusta.</p> <p>Kuvaileva seurantatutkimus. Haastattelu.</p>	<p>Ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen läpikäyneillä sepelvaltimotautia sairastavilla kahdenlaista elämäntilannetta tyyppejä: hyväksyvä ja progressiivinen ja ei-hyväksyvä ja regressiivinen. Tulosten perusteella potilaat, jotka edustivat tyyppejä hyväksyvä ja progressiivinen saavuttivat paremman kuntoutumisen tason operaation jälkeen verrattuna niihin potilaisiin, jotka edustivat ei-hyväksyvä ja regressiivistä tyyppejä. Tutkimuksen tulokset haastavat hoitohenkilökunnan kuuntelemaan enemmän potilaiden omia kokemuksia sekä tunnistamaan potilaiden elämäntilanteen liittyviä tekijöitä paremmin, jotta näin voidaan kohdentaa tukea ja interventioita niitä tarvitseville.</p>	

		<p>tapahtuneen muutoksen vuoksi. Teemahaastattelut suoritettiin vuoden kuluttua operaatiosta, pääasiassa potilaiden kotona.</p>			
<p>Mallik, Susmita – Krumholz, Harlan M. – Lin, Qiu Zhen – Kasl, Stanislav V. – Mattera, Jennifer A. – Roumains, Sarah A. – Romains – Vaccarino, Viola 2005: Patients With Depressive Symptoms Have Lower Health Status Benefits After Coronary Artery Bypass Surgery. Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selvittää depressiivisten oireiden esiintyvyyttä sekä niiden vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ohitusleikkauksen läpikäyneillä potilailla.</p>	<p>Tutkimuksessa seurattiin 963 potilasta, jotka olivat läpikäyneet ensimmäisen ohitusleikkauksensa ajanjaksolla helmikuu 1999 – helmikuu 2001. Potilaat haastateltiin leikkauksen yhteydessä sekä kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen.</p>	<p>Haastattelututkimus.</p> <p>Tutkimuksessa käytetyt mittarit:</p> <p>Geriatric Depression Scale (GDS) (arvioimaan depressiivisiä oireita)</p> <p>Short-Form 36 Physical Component Scale (PCS). (arvioimaan fyysistä toimintakykyä)</p>	<p>Korkeammat pisteet GDS-mittauksessa saaneet potilaat olivat useimmin naisia, iältään nuorempia sekä fyysiseltä toimintakyvyltään huonompia kuin ne potilaat, jotka saivat alhaisemmat pisteet. Depressiiviset oireet olivat merkittävä yksittäinen tekijä toimintakyvyn heikentymisessä ohitusleikkauksen jälkeen. Tulosten perusteella potilaan korkean tason depressiiviset oireet ohitusleikkauksen aikana olivat vahva riskitekijä fyysisen toimintakyvyn laskun kannalta leikkauksen jälkeen.</p>	
<p>McCormick, Kim M. – Naimark, Barbara J. – Tate, Robert B. 2006: Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. Kanada.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli:</p> <p>1) kuvata ohitusleikkauksen odottavien potilaiden epävarmuuden (<i>engl. uncertainty</i>), ahdistuksen (<i>engl. anxiety</i>), väsymyksen/stressin (<i>engl. symptom distress</i>) kokemuksia ja fyysistä toimintakykyä sekä ilmaista näiden asioiden yhteyttä toisiinsa</p> <p>2) tutkia onko leikkauksen odotusajalla vaikutusta potilaiden</p>	<p>Tutkimuksen otos (n=42) koottiin yksittäisen sairaalan ohitusleikkauksen odottavien listalta. Kriteerit tutkimukseen osallistumiseen olivat 18 vuoden tai korkeampi ikä, kyky lukea ja kirjoittaa englanniksi, halu osallistua tutkimukseen sekä leikkauksen odottaminen kotona tai muualla kuin sairaalassa.</p> <p>Tiedot kerättiin viiden kuukauden mittaisella ajanjaksolla välillä tammi-kuu 2001 – toukokuu 2001. Osallistujille lähetettiin kyselylomake ja 25:den osallistujan kohdalla käytettiin myös puolistrukturoitua puhelinhaastattelua täydentämään tietoja.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Puolistrukturoitu puhelinhaastattelu (käytetty vain joidenkin tutkittavien kohdalla varmentamaan vastauksia).</p> <p>Käytetyt mittarit:</p> <p>Mishel Uncertainty in Illness Scale</p> <p>Symptom Frequency and Symptom Distress Scale</p> <p>Graphical Anxiety Rating</p>	<p>Keskimäärin epävarmuuden ja ahdistuksen kokemuksia esiintyi potilailla kohtalaisella tasolla. Epävarmuus ja ahdistus olivat yhteydessä kohtuullisesti huonontuneeseen fyysiseen toimintakykyyn. Epävarmuuden ja ahdistuksen kokemuksilla ei ollut merkittävää yhteyttä toisiinsa. Myöskään tilastollisesti merkittävää yhteyttä tutkimuksen muuttujien ja leikkauksen odotusajan välillä ei löydetty. Voitiin kuitenkin osoittaa tilastollisesti ei-merkittäviä muutoksia huononpompaan suuntaan potilaiden</p>	

	psykosomaattiseen kuntoon 3) tutkia puolistrukturoidun haastattelun käyttöä tässä kontekstissa sekä vertailla avoimia vastauksia määrällisiin tuloksiin		Scale Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (Physical and Social Limitation)	psykkisessä ja fyysisessä voinnissa pidemmillä odotusajoilla, tämä saattoi olla kliinisesti merkittävä tulos. Tutkimuksen mukaan väsymyksen/stressin oireiden taso oli yleisesti alhainen ja oireiden esiintyminen oli vahvasti yhteydessä ahdistuksen ja epävarmuuden kokemuksiin, tämä yhteys voitiin varmistaa potilaille esitetyillä puolistrukturoidulla kysymyksillä.	
Murphy, Barbara M. – Elliot, Peter C. – Higgins, Rosemary O. – LeGrande, Michael R. – Worcester, Marian U.C – Goble, Alan J. – Tatoulis, James 2008: Anxiety and depression after coronary artery bypass graft: most get better, some get worse. Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää ohitusleikkaukspotilaiden ahdistuksen ja masennuksen erilaisia kehityskaaria (<i>engl. trajectory</i>) sekä tunnistaa potilaiden ominaisuuksia, jotka todennäköisimmin vaikuttavat tiettyyn kehityskulkuun.	Tutkimuksen otos (n= 184) koottiin Royal Melbourne Hospital: in ohitusleikkaukseen odottavien listalta ajanjaksolla heinäkuu 2001 – huhtikuu 2004. Tutkimukseen osallistuneet potilaat täyttivät itse arviointikyselylomakkeet ennen leikkausta sekä kaksi ja kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen. Kyselylomakkeissa he arvioivat ahdistusta ja masentuneisuusoireitaan. Potilaiden ahdistusta ja depressiota arvioitiin käyttäen the Hospital Anxiety and Depression Scale –mittaria.	Kyselylomake. Tutkimuksessa käytetyt mittarit: Potilaiden ahdistusta ja depressiota arvioitiin käyttäen the Hospital Anxiety and Depression Scale –mittaria.	Mahdollisia kehityskaaria tuli esiin kaksi ahdistuksessa (<i>engl. anxiety</i>) ja kolme masennuksessa (<i>engl. depression</i>). Toisessa linjassa useimmilla potilailla oli lievempää leikkausta edeltävää ahdistusta, mikä lieventyi kuusi kuukautta ohitusleikkauksen jälkeen ja toisessa vakavaa ahdistusta, mikä lieventyi samalla ajanjaksolla. Vähäisempi lieventynyt masennus (<i>engl. depression</i>) oli yleistä 72 %:lla potilaista. Kahteen vähemmän yleiseen masennuslinjaan sisältyi paheneva tai ratkaisematon masennus. Toisessa linjoista oli vakavaa leikkausta edeltävää masennusta (<i>engl. depression</i>), mikä osittain poistui kuudessa kuukaudessa ja toisessa lievempää leikkausta edeltävää masennusta (<i>engl.</i>	

				<i>depression</i>), mikä paheni kuudessa kuukaudessa. Potilailla, jotka olivat yksinäisiä, tupakoivat, ahdistuneita (<i>engl. anxiety</i>) ennen leikkausta ja joilla oli korkea kolesteroli, angina pectoris ja useampia sairauksia tai joutuivat uusintaohitusleikkaukseen, olivat suuremmassa riskiryhmässä lievälle masennukselle (<i>engl. depression</i>).	
Okkonen, Eila – Vanhanen, Hannu 2005: Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida perheen antaman tuen ja yksin elämisen yhteyttä subjektiiviseen terveyden kokemiseen ohitusleikkauksen läpikäynnillä potilailla. Tutkimuskysymykset: 1)Parantaako perheen antama tuki potilaiden subjektiivista kokemusta terveydestään? 2)Vähentääkö yksin eläminen subjektiivista terveyden kokemusta ohitusleikkauspotilailla verrattuna perheellisiin potilaisiin?	Tutkimuksen otos (n=279) koottiin kahden suomalaisen yliopistollisen keskussairaalan ohitusleikkauksen läpikäyneistä potilaista kuukauden ajanjaksolla vuonna 1998. Tietojen keruu tapahtui kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa neljä päivää leikkauksen jälkeen potilaita pyydettiin arvioimaan preoperatiivista tilaansa ja kuusi kuukautta operaation jälkeen potilaille postitettiin kyselylomakkeet, joissa he arvioivat leikkauksen jälkeistä tilaansa seuraavin teemoin: rintakipu ja hengenahdistus, depressiiviset oireet, ahdistus ja toivottomuus sekä perheen tuki.	Prospektiivinen ja vertaileva seurantatutkimus. Tutkimuksessa käytetyt mittarit: Julkunen Rating Scale (rintakivun ja hengenahdistuksen arviointiin) Beck Depression Inventory (depressiivisten oireiden arviointiin) Endler Multidimensional Anxiety Scale (ahdistus - oireiden arviointiin)	Potilaiden subjektiivinen kokemus terveydestään parani merkittävästi ohitusleikkauksen jälkeen. Potilaat, joilla oli vähäisempi perheen tuki ennen ohitusleikkausta, kärsivät leikkauksen jälkeen enemmän depressiivisistä oireista, ahdistuksesta ja toivottomuudesta verrattuna potilaisiin, jotka saivat enemmän tukea perheeltään. Vähäistä tukea perheeltä saaneiden ryhmässä naiset ja alhaisemman koulutuksen saaneet kokivat terveytensä huonommaksi useimmin. Runsaasti tukea perheeltään saaneet potilaat, joilla ei ollut korkeaa koulutusta kärsivät enemmän rintakivusta ja hengenahdistuksesta kuin muut. Yksin elävät potilaat kärsivät enemmän depressiivisistä oireista ja toivottomuudesta verrattuna potilaisiin, jotka elivät yhdessä jonkun	

				kanssa. Seuranta-ajalla yksin elävät kärsivät enemmän rintakivusta ja depressiivisistä oireista kuin perheelliset. Alle 65-vuotiaat yksin elävät potilaat kärsivät seurannassa enemmän depressiivisistä oireista ja toivottomuudesta kuin iältään vanhemmat potilaat.	
Oxland, Melissa – Stuberland, John – Stuklis, Robert – Edwards, James – Wade, Tracey D. 2005: Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia, mitkä psykologiset riskitekijät vaikuttivat sydänperäisistä syistä johtuen uudelleen sairaalaan kirjoittautumiseen kuuden kuukauden sisällä ohitusleikkauksesta (<i>engl. coronary artery bypass graft surgery CABG</i>).	Peräkkäin valitut potilaat odottivat suunniteltuun ohitusleikkaukseen tai yhdistettyyn ohitus- ja läppäleikkaukseen (<i>engl. valve</i>) kahdessa sairaalassa Etelä-Australiassa huhtikuun 2002 ja kesäkuun 2003 välisenä aikana. Kelvollinen otos oli n=140, josta pois suljettiin kaikki kiireellistä leikkaushoitoa vaativat potilaat. Lopulliseksi osallistujamääräksi muodostui 119. Puhelinhaastattelu 30 päivää ennen leikkausta ja jatkossa kasvokkain haastattelu sairaalasta kotiutuessa sekä uusi puhelinhaastattelu kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen.	Haastattelututkimus. Käytetyt mittarit: The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	Kaksi psykososiaalista muuttujaa: lisääntynyt leikkauksen jälkeinen ahdistus (<i>engl. anxiety</i>) ja leikkausta edeltävä masennus (<i>engl. depression</i>) tunnistettiin riskitekijöiksi, mitkä johtivat sydänperäiseen sairaalaan uudelleen kirjoittautumiseen. Sydämen ja keuhkojen ohitusleikkauksaika ja lisääntynyt leikkausta edeltävä masennus ennakoivat sydänperäisistä tai leikkauksiperäisistä syistä johtuville sairaalaan uudelleen kirjoittautumisille. Tämä oli riippumaton sydämen ja keuhkojen ohitusleikkauksajankohdasta (<i>engl. cardiopulmonary bypass time</i>), mikä oli ainoa merkittävä tunnistettava jatkuvana muuttujana (<i>engl. covariate</i>).	
Oxland, Melissa – Wade, Tracey D. 2008: Longitudinal Risk Factors for Adverse Psychological Functioning	Tutkimuksen tarkoitus oli tunnistaa muokattavissa olevat riskitekijät, jotka vaikuttivat depression, ahdistuksen	Peräkkäin valitut potilaat odottivat suunniteltuun ohitusleikkaukseen tai yhdistettyyn ohitus- ja läppäleikkaukseen (<i>engl. valve</i>) kahdessa sairaalassa Etelä-Australiassa huhtikuun 2002	Haastattelututkimus. Käytetyt mittarit: Traumatic Events Ques-	Ennen leikkausta ollut heikko psyykinen toimintakyky oli vahvin psyykinen riskitekijä huonolle psyykkiselle toimintakyvylle kuusi kuukautta	

<p>Six Months after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Australia.</p>	<p>(<i>engl. anxiety</i>) ja post-traumaattiseen stressihäiriön (<i>engl. Post Traumatic Stress Disorder PTSD</i>) oireiston korkeisiin tasoihin kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen.</p>	<p>ja kesäkuun 2003 välisenä aikana. Kelvollinen otos oli n=140, josta pois suljettiin kaikki kiireellistä leikkaushoitoa vaativat potilaat, jolloin osallistujamääräksi muodostui 119. Potilaista 104 oli saatavilla kuuden kuukauden seurantajaksolla, josta vain 102 potilasta suoritti loppuun kaikki neljä arviointia.</p> <p>Puhelinhaastattelu n. viikon jälkeen alustavaa poliklinikkäkäyntiä. Haastattelu tapahtui keskimäärin 30 päivää ennen leikkausta ja myöhemmin kasvokkain uusintahaastattelu sairaalasta kotiutuessa sekä uusi puhelinhaastattelu kuusi kuukautta leikkauksen jälkeen.</p>	<p>tionaire (TEQ)</p> <p>The Depression Anxiety Stress Scales (DASS)</p>	<p>leikkauksen jälkeen. Lisääntynyttä masennusta leikkauksen jälkeen ennusti seitsemän muuttujaa. Näitä olivat vähäisempi leikkausta edeltävä optimismi, negatiivisempi sairauden ilmentyminen ja lisääntynyt selviytymistä (<i>engl. coping</i>) koskeva tiedon etsintä välittömästi leikkauksen jälkeen, heikompi terveydentunto, matalampi sosiaalinen tuki ja kohonnut välttelevä selviytyminen (<i>engl. coping</i>) kolme kuukautta leikkauksen jälkeen.</p> <p>Voimakkaampaa postoperatiivista ahdistusta (<i>engl. anxiety</i>) ennakoivat 10 muuttujaa: vähäisempi optimismi, heikompi terveydentunto, matalampi sosiaalinen tuki ja kohonnut välttelevä selviytyminen (<i>engl. coping</i>) ennen leikkausta, ja voimakkaammat sairauden oireet, heikko terveydentunto kolme kuukautta leikkauksen jälkeen.</p> <p>Voimakkaampi leikkausta edeltävä ahdistus oli vahvin tunnistettu riskitekijä suurempaan ahdistukseen 6 kk leikkauksen jälkeen.</p>	
<p>Székely, Andrea – Balog, Piroska – Benkö, Erzsébet – Breuer, Tamás – Székely, Judit – Kertai, Miklós D. – Horkay, Ferenc – Kopp,</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia psykologisten tekijöiden, erityisesti masennuksen (<i>engl. depressio</i>) ja ahdistuksen (<i>engl.</i></p>	<p>Otos koostui n=197 ohitus- (<i>engl. CABG</i>) tai läppäleikkaukseen (valve surgery) otetusta potilaasta Gottsegen Hungarian Institute of Cardiology:ssä heinäkuun 2000 ja toukokuun 2001 välisenä aikana. Ikä-, sukupuoli- tai</p>	<p>Seurantatutkimus</p> <p>Käytetyt mittarit:</p> <p>The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-</p>	<p>Kaplan Meyer analysis osoitti, että potilailla, joiden leikkaukselta edeltävä STAI-T-asteikon lukema oli >45 pistettä, oli huomattava yhteys kuolleisuuteen. Monimuuttujamallit,</p>	<p>Todettiin, että luonteenpiirre on ahdistuksen oireiden yksilöllisten eroavaisuuksien luotet-</p>

<p>Mària S. – Thayer, Julian F. 2007: Anxiety Predicts Mortality and Morbidity After Coronary Artery and Valve Surgery – A 4-Year Follow-Up Study. Unkari.</p>	<p><i>anxiety</i>) samoin kuin kliinisten riskitekijöiden ja leikkausta edeltävien tunnusmerkkien vaikutuksia neljän vuoden kuolleisuuteen ja leikkauksen jälkeiseen sairaalassa oloon sydänperäisistä syistä johtuen ohitusleikkauksen (<i>engl. CABG</i>) ja/tai läppäleikkaukspotilailla (<i>engl. valve surgery</i>).</p>	<p>sydänterveystilanteen rajoituksia ei ollut. Sairaalakäynnin jälkeen kirurgisella osastolla, hoitaja pyysi potilaiden osallistumista tutkimukseen. Muihin tutkimuksiin osallistuneet potilaat suljettiin pois. Kyselylomakkeet täytettiin 1-5 päivää ennen leikkausta. 197 potilaasta pois suljettiin 17 potilasta, joilla leikkaus oli peruuntunut tai heillä oli kykenemättömyyttä suorittaa psykologisia testejä. Lopullinen osallistujamäärä oli 180 potilasta.</p> <p>Potilaille lähetettiin kyselylomakkeita postitse 6, 12, 24, 36 ja 48 kuukautta sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Toisen ja neljännen vuoden lopussa otettiin puhelimitse yhteyttä niihin potilaisiin, jotka eivät vastanneet kyselylomakkeeseen.</p>	<p>S/STAI-T),</p> <p>The Beck Depression Inventory (BDI)</p>	<p>leikkauksen jälkeinen ahtaava sydämen vajaatoiminta ja leikkausta edeltävä STAI-T-tulos yhdistettiin riippumattomasti kuolleisuuteen. Sydänperäisistä syistä sairaalaan joutuminen yhdistettiin riippumattomasti leikkauksen jälkeisiin tehohoitopäiviin ja kotiutumisen jälkeiseen kuukauden STAI-T:n.</p>	<p>tavampana mittarina ja tällöin käytettiin STAI-T-mittaria STAI-S-mittarin sijaan.</p> <p>STAI-T-asteikko reflektoi suhteellisesti yksilön sietämisen eroavaisuuksia ahdistusalttiudessa.</p>
<p>Tully, Phillip J. – Baker, Robert A. – Turnbull, Deborah – Winefield, Helen 2008: The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. Australia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää ohitusleikkaukspotilailla esiintyvän depression, ahdistuksen ja stressitekijöiden yhteyttä uudestaan sairaalahoitoon joutumiseen ohitusleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Tutkimuksen otos (n=226 preoperatiivisesti ja n=222 postoperatiivisesti) koottiin ensimmäistä ohitusleikkaukseen läpikäyvistä potilaista yhdestä sairaalasta ajanjaksolla tammikuu 1999 – joulukuu 2005.</p> <p>Tietojen keruu potilailta tapahtui kahdessa vaiheessa. Potilaista 226 tekivät itsearviointin ennen leikkausta, jossa arvioivat depression, ahdistuksen ja stressin tasoa itsellään. Postoperatiivisesti itsearviointin tekivät 222 potilasta sairaalaoastolla ollessaan.</p> <p>Depression, ahdistuksen ja stressin astetta potilailla arvioitiin The Depression Anxiety Stress Scale –mittarin avulla.</p>	<p>Itsearviointikyselylomake.</p> <p>Tutkimuksessa käytetyt mittarit:</p> <p>Depression Anxiety Stress Scale</p>	<p>Kuuden kuukauden postoperatiivisella seuranta-ajalla, preoperatiivisesti esiintyvä ahdistus ja postoperatiivisesti esiintyvä depressio ennustivat uudelleen sairaalahoitoon joutumista ohitusleikkauksen jälkeen.</p>	

<p>Tung, Heng-Hsin _ Hunter, Anita – Wei, Jeng – Chang, Chung-Yi 2009: Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. Taiwan.</p>	<p>Tarkoitus oli tutkia 1) mitkä sukupuolierot vaikuttivat selviytymiskeinoihin (<i>engl. coping</i>) ja ahdistukseen (<i>engl. anxiety</i>) potilailla ohitusleikkauksen (CABG) jälkeen Taiwanissa sekä 2) tutkia väestötieteellisiä vaikutuksia ja toimintaroolia selviytymiskeinoissa (<i>engl. coping</i>) ja ahdistuksessa (<i>engl. anxiety</i>).</p>	<p>Otos (n= 100) potilasta ohitusleikkauksen jälkeen, joista 50 naista ja 50 miestä sairaalakeskuksesta (<i>engl. medical center</i>) Taipeiissa, Taiwanissa. Sisäänottokriteerit: Ohitusleikkaus (CABG) viiden viimeisen vuoden ajalla, kykenevyys lukea kiinan kieltä ja halukkuus osallistua tutkimukseen. Potilaat, joilla oli psykiatrisia diagnooseja, suljettiin pois. Halukkaita kutsuttiin lääkärin huoneeseen, jossa annettiin kolme kyselylomaketta (selviytyminen (<i>engl. coping</i>), ahdistus (<i>engl. anxiety</i>) ja väestökysymyksiä (<i>engl. demographics</i>)).</p>	<p>Ristikkäistutkimus.</p> <p>Käytetyt mittarit: Demographic questionnaire, Revised Ways of Coping Checklist (RWCC), State Trait Anxiety Inventory (STAI)</p>	<p>Ohitusleikkauksen jälkeen sekä naiset että miehet käyttivät enemmän ongelmakeskeisiä kuin tunnekeskeisiä selviytymismalleja. Miehiin verrattuna, naiset olivat enemmän taipuvaisia itsesyytöksiin ja heillä oli hieman korkeammat tulokset ahdistuksen (<i>engl. anxiety</i>) tilan tai piirteen suhteen.</p>	
<p>Turner, Sally C. – Bethell, J. N. – Evans, Julia A. – Goddard, Jonathan R. – Mullee, Mark A. 2002 : Patient Characteristics and Outcomes of Cardiac Rehabilitation. Englanti.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia muutoksia potilaiden fyysisessä kunnossa ja psyykkisissä ominaisuuksissa sydänperäisen kuntoutumisen jälkeen ja arvioida ennusmerkkejä ohjelman laiminyönneistä.</p>	<p>Peräkkäinen otos n=1902 potilaasta, josta 459 potilasta eivät onnistuneet suorittamaan kurssia. Heistä 219 potilasta pidettiin valvonnassa odottaessaan sydänleikkaukseen, muuttivat pois, vetäytyivät sairauden vuoksi tai kuolivat. Todellisia pois jääneitä oli 240. Kurssin suoritti loppuun 1443 potilasta.</p> <p>Potilaat osallistuivat lähiyhteisössä sairaalaan linkittyvään sydänkuntoutusohjelmaan, mikä keskittyi kahdesta kuuden kuukauden harjoitusjaksoille. Tähän sisältyi koulutusta, stressin hallintaa, rentoutusta ja riskitekijöiden kuvausta. Ennen ja jälkeen ohjelman, mitattiin fyysinen kunto sekä sairaala-ahdistus (<i>engl. anxiety</i>) ja –masennus (<i>engl. depression</i>).</p> <p>Ohjelma suoritettiin tammikuun alusta 1993 heinäkuun loppuun 1999.</p>	<p>Peräkkäistutkimus.</p> <p>Käytetyt mittarit: the Hospital Anxiety's and Depression Scale (HAD) The peak oxygen consumption per minute (VO2).</p>	<p>Sydänkuntoutusohjelmaan liittyvän kurssin suorittaneiden huippuhapenottokyky kohosi 3.2 ml/min/kg. Sairaala-ahdistus- (<i>engl. anxiety</i>) ja sairaalamasennustulosten (<i>engl. depressio</i>) mukaan ahdistus (<i>engl. anxiety</i>) laski 1.1 –lukemalla ja masennus (<i>engl. depressio</i>) 1.3-lukemalla. Pääennusmerkit pois jäämiselle olivat masennus ja diagnoosi. Masentuneet potilaat keskeyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät olleet masentuneita. Potilaat, joilla oli angina pectoris-diagnoosi tai olivat kokeneet pallolaa-jennuksen (<i>engl. transluminal coronary angioplasty</i>) keskeyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin kuin ne, jotka</p>	

				olivat kokeneet infarktin tai ohitusleikkauksen (engl. coronary artery bypass graft).	
--	--	--	--	---	--