

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Mimmi Nylund ja Annina Äijö

SALUTOGEENINEN LÄHESTYMISTAPA SYDÄNSAIRAUKSIA SAIRASTAVIEN POTILAIDEN HOITOTYÖSSÄ

– systemaattinen kirjallisuuskatsaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Marraskuu 2011 | 46 sivua

Ohjaaja Maika Kummel

Mimmi Nylund ja Annina Äijö

SALUTOGEENINEN LÄHESTYMISTAPA SYDÄN- SAIRAUKSIA SAIRASTAVIEN POTILAIKEN HOITOTYÖSSÄ – systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana ImPrim-hanketta. ImPrim-hankkeen tarkoituksena on keskittyä perusterveydenhuollon saavutettavuuteen, perusterveydenhuollon taloudellisiin resursseihin ja perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon kehittämiseen (ImPrim 2011).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa aiheesta salutogeneesi suomenkielinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tavoitteena oli selvittää miten Aaron Antonovskyn salutogeenistä lähestymistapaa on hyödynnetty sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa ja selvittää minkälainen on sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunne, sekä miten se vaikuttaa sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen.

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaukseen valittu tutkimusaineisto koostui hoitotieteellisistä tutkimuksista ja yhdestä lääketieteellisestä tutkimuksesta. Systemaattinen kirjallisuushaku toteutettiin elektronisesti neljässä eri tietokannassa, joista haku tuotti yhteensä kuusi tutkimusta. Yksi valituista tutkimuksista löytyi manuaalisen haun avulla. Tutkimusten analysointi tapahtui vaiheittain sisällönanalyysin avulla, etsimällä vastauksia opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin.

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että sairaalassaoloaika voi väliaikaisesti muuttaa koherenssin tunteen tasoa. Henkilöillä, joilla on vahva koherenssin tunne, on taipumus löytää poikkeavista tilanteista näkökulmia, joiden avulla on mahdollista ymmärtää ja näin selviytyä tilanteesta paremmin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lisätutkimuksia tarvitaan sovellettaessa SOC-mittaria ja salutogeenistä lähestymistapaa itsessään potilasohjaukseen käytännön hoitotyössä.

ASIASANAT:

Salutogeneesi, sydänsairaus, koherenssin tunne, yleiset vastustusresurssit.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

November 2011 | 46 pages

Instructor Maika Kummel

Mimmi Nylund and Annina Äijö

THE SALUTOGENIC APPROACH IN NURSING OF PATIENTS SUFFERING FROM HEART DISEASES – a systematic literature review

This thesis was conducted as a part of the ImPrim project. The purpose of ImPrim project is to focus on improving the accessibility of primary health care, to improve financial resources and to improve professional skills in primary health care (ImPrim 2011).

The purpose of this thesis was to conduct a Finnish systematic literature review about salutogenesis. The aim was to figure out how Aaron Antonovsky's salutogenic approach is utilized in nursing among patients with heart diseases and to find out what is the sense of coherence like in patients with heart diseases and also to find out how does the sense of coherence impact on coping with patients who suffer from heart diseases.

Thesis was carried out as a systematic literature review. Research data was selected to the literature review from nursing scientific researches and medical researches. The systematic search was carried out electronically in four different data bases in which the search found six studies. One study was selected into the thesis by manual search. The analyzation has been carried out in phases with the help of content analysis by trying to find solutions to the questions directing this thesis.

Through this systematic literature review it is possible to state that hospitalization can temporarily change the level of patient's sense of coherence. Persons with strong sense of coherence have the ability to find perspectives in abnormal situations which help the person to understand and cope with the situation better. As a conclusion it is possible to state that further studies must be made when applying the SOC-scale and the salutogenic approach itself to the patient counseling in nursing practice.

KEYWORDS:

Salutogenesis, heart disease, sense of coherence, general resistance resources.

SISÄLTÖ

| | |
|---|-----------|
| KÄYTETYT LYHENTEET | 6 |
| 1 JOHDANTO | 7 |
| 2 AARON ANTONOVSKY (1923-1994) | 8 |
| 3 SALUTOGENEESI | 10 |
| 3.1 Salutogeeninen lähestymistapa | 10 |
| 3.2 Koherenssin tunne | 10 |
| 3.3 Yleiset vastustusresurssit | 11 |
| 4 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT | 13 |
| 4.1 Sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta | 13 |
| 4.2 Sydän- ja verisuonitautien esiintyvyys Suomessa | 14 |
| 4.3 Sydän- ja verisuonitautien hoito | 15 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET | 17 |
| 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 18 |
| 6.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoriaa | 18 |
| 6.2 Systemaattisen kirjallisuushaun toteutus | 18 |
| 6.2.1 Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet | 20 |
| 6.3 Aineiston analyysi | 23 |
| 7 TULOKSET | 26 |
| 7.1 Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset | 26 |
| 7.2 Tulokset liittyen sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunteeseen ja sen vaikutus sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen | 31 |
| 7.3 Tulokset liittyen salutogeenisen lähestymistavan hyödynnettävyyteen sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa | 34 |
| 8 POHDINTA | 37 |
| 8.1 Eettisyys | 37 |

| | |
|-------------------------|-----------|
| 8.2 Luotettavuus | 38 |
| 8.3 Tulosten tarkastelu | 39 |
| 9 JOHTOPÄÄTÖKSET | 43 |
| LÄHTEET | 44 |

TAULUKOT

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet | 22 |
| Taulukko 2. Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, aineisto ja aineiston keruutapa, keskeiset sydänsairaudet ja keskeiset tulokset | 27 |

KÄYTETYT LYHENTEET

| | |
|-------------|---|
| WHO | Lyhenne sanoista World Health Organization, mikä tarkoittaa maailman terveysjärjestöä (World Health Organization 2011b). |
| HIV | Lyhenne sanoista Human Immunodeficiency Virus eli ihmisen immuunipuutosvirus. HIV on virus, joka tuhoaa veren valkosoluja, jonka seurauksena elimistön puolustusjärjestelmään syntyy vaurioita. (Punainen risti 2011.) |
| AIDS | Lyhenne sanoista Acquired Immune Deficiency Syndrome eli hankittu immuunipuutosoireyhtymä. HIV-infektion viimeinen vaihe, jossa ihmisen puolustusjärjestelmä on vaurioitunut ja vastustuskyky tauteja kohtaan on alentunut merkittävästi. (Punainen risti 2011.) |
| NYHA-luokka | New York Heart Associationin ylläpitämä mittari, joka on kehitetty tutkittavien oireiden kartoittamiseen suhteessa arkipäivän toimintoihin ja ponnistuksiin (Terveystieteiden tutkimuslaitos 2011b). |
| EKG | Elektrokardiografia eli sydänfilmi. EKG perustuu sydämen supistumista säätelevien heikkojen sähköimpulssien toiminnan mittaamiseen. Mittaamisen lopputuloksena on laitteen piirtämä käyrä, johon rytmihäiriöt ja muut sydänsairaudet aiheuttavat muutoksia. (Mustajoki & Kaukua 2002, 86–87.) |
| ACE-estäjä | Eli angiotensiinikonvertaasin estäjä. Käytetään muun muassa kohonneen verenpaineen ja sydämen vajaatoiminnan hoitoon. ACE-estäjät laajentavat verisuonia lievittämällä sydämen raskuutta. (Suomen Sydänliitto ry 2011b.) |

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa aiheesta salutogeneesi suomenkielinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tavoitteena oli selvittää, miten Aaron Antonovskyn salutogeenistä lähestymistapaa on hyödynnetty sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa ja selvittää minkälainen on sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunne, sekä miten se vaikuttaa sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen. Salutogeneesi käsitteenä on Suomessa vielä melko tuntematon, eikä suomenkielisiä julkaisuja juurikaan vielä ole. Tämän vuoksi aiheeseen perehtyminen ja tiedon eteenpäin vienti on äärimmäisen hyödyllistä ja merkityksellistä.

Opinnäytetyö on osa ImPrim-hanketta. ImPrim-hankeen nimi tulee sanoista Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems. ImPrim-hanke tarttuu nykyisiin haasteisiin terveyden edistämisen, tarttuvien tautien ja ei-tarttuvien tautien ehkäisyyn, uusien hoitomenetelmien soveltamisen ja kustannustehokkuuden lisäämiseen perusterveydenhuollossa osalta. ImPrim-hankkeella on 13 kumppania seitsemässä eri maassa. Hanke keskittyy kolmeen ydinalueeseen, jotka ovat: perusterveydenhuollon saavutettavuus, perusterveydenhuollon taloudelliset resurssit ja perusterveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon kehittäminen. Salutogeeninen lähestymistapa on yksi tärkeä osa koulutuksellisia kehittämismenetelmiä motivoivan terveysneuvonnan ohella. (ImPrim Newsletter 2010, 2; ImPrim 2011; Wilkens & Ovhed 2011, 1–2.)

Kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten lisäksi kirjallisuuskatsauksen teossa hyödynnettiin myös Bengt Lindströmin ja Monika Erikssonin tekemää kattavaa ja merkittävää tutkimustyötä salutogeenisistä ja sen hyödynnettävyydestä. Eriksson (2007) on tehnyt väitöskirjan, joka on systemaattinen analyysi koko salutogeenisestä lähestymistavasta ja sen synnystä.

2 AARON ANTONOVSKY (1923-1994)

Aaron Antonovsky syntyi Brooklynissa, New Yorkissa vuonna 1923. Antonovskyn vanhemmat olivat venäläis-juutalaisia maahanmuuttajia (Lindström & Eriksson 2006, 239). Antonovsky opiskeli korkeakoulussa Brooklynissa, jossa hänen opintonsa historiasta ja ekonomiasta keskeytyivät toisen maailmansodan aikana armeijaan lähdön vuoksi. Toisen maailmansodan jälkeen Antonovsky valmistui Yalen yliopistosta sosiologian yksiköstä. Vuonna 1960 Antonovsky lähti vaimonsa Helenin kanssa siirtolaiseksi Israeliin ja otti siellä vastaan viran Jerusalemin sosiologian tutkimuslaitoksella. Vuonna 1972 Antonovsky kutsuttiin osallistumaan lääketieteellisen Ben Gurionin yliopiston perustamiseen, missä hän toimi yliopiston johtokunnan puheenjohtajana. (Antonovsky 1979, xiii–xiv.)

Ensimmäisen idean salutogeneesistä Antonovsky sai tehdessään epidemiologista tutkimusta Israelissa. Tutkimustyö koski eri etnisiin ryhmiin kuuluvien naisten ongelmia menopaussin aikana. Yhdessä etnisistä ryhmistä naiset jakoivat saman kokemuksen. Naiset olivat selviytyneet toisen maailmansodan keskitysleireiltä. Antonovskyn yllätykseksi näillä naisilla oli kyky hyvän terveyden ylläpitämiseen ja kyky viettää onnellista elämää huolimatta siitä, mitä he olivat kokeneet keskitysleireillä. Epidemiologisen tutkimuksen tekeminen Israelissa oli Antonovskylle käännekohta hänen tutkijan urallaan. Kysymys, josta salutogeeninen lähestymistapa teoria sai alkunsa, oli: Miten voimme selvittää kokemuksimme huolimatta? (Lindström & Eriksson 2005, 511.)

Melkein 20 vuotta sitten Aaron Antonovsky menehtyi sairastuttuaan akuuttiin myeloidiseen leukemiaan. Hänen traaginen ja äkillinen kuolemansa tarkoitti särkeä hänen johtamassaan innovatiivisessa suuntautumisavassa julkisen terveydenhuollon tutkimuksessa. Kolmekymmentä vuotta sitten Antonovsky esitti ensimmäisen kysymyksen salutogeneesistä. Antonovskyn ja hänen vaimonsa viimeisen matkan sijoittuminen Auschwitzin keskitysleirille uhrien tunnistamiseksi sai suuren symbolisen merkityksen. Antonovsky koki tämän askeleen ottamisen välttämättömäksi, vaikka hän ei koskaan itse ollutkaan kokenut holokaustin ai-

kaisia kauheuksia. Antonovsky vaikutti tutkimustyöllään niin Sveitsissä kuin myös Suomessa, etenkin Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksella. (Lindström & Eriksson 2006, 238, 240.)

3 SALUTOGENEESI

3.1 Salutogeeninen lähestymistapa

Salutogeneesiin käsite tulee kreikan kielen sanoista *salus* (= terveys) ja *genesis* (= alkuperä), ja käsite tarkoittaa terveyslähtöisyyttä. Salutogeeninen lähestymistapa keskittyy enemmän terveyden voimavaroihin kuin sairauden riskeihin. Salutogeneesiin vastakohta on patogeneesi, jossa keskitytään vastoinikäymisiin ja vajeisiin. Salutogeneesi on tapa ajatella, olla, käyttäytyä ja kohdata ihmisiä terveyden edistämisen näkökulmasta. Terveys nähdään jatkumona totaalisen sairauden ja täydellisen terveyden välillä. (Eriksson 2007, 20.) Erikssonin väitöskirjassa (2007, 20) salutogeneesi määritellään terveyden teoriaksi.

Stressitekijät, jotka suoraan tuhoavat terveyden lähteen ihmisten saavuttamasta terveydentilasta ovat ennalta-arvaamattomia. Tätä mysteeriä salutogeeninen lähestymistapa pyrkii selvittämään. Antonovsky tiivistää salutogeenisen lähestymistavan sellaiseksi, mikä ei ainoastaan avaa polkuja, vaan ajaa ihmiset keskittämään energiansa muodostamaan ja edistämään selviytymistä. (Antonovsky 1987, xii, 13.)

3.2 Koherenssin tunne

Koherenssin tunteen käsite tulee englannin kielen sanoista *sense of coherence*. Antonovskyn mukaan vastaus salutogeeniseen kysymykseen: ”Miten voimme selvitä tästä kaikesta huolimatta?” oli hänen kehittämänsä koherenssin tunteen käsite. Antonovsky määrittelee koherenssin tunteen globaaliksi suuntautuneisuudeksi. Koherenssin tunne ilmaisee kuinka suuri on ihmisen kaikkialle ulottuva, kestävä, mutta dynaaminen tunne luottamuksesta. Vahva koherenssin tunne auttaa ihmisiä luottamaan siihen, että ihmisen sisäiset ja ulkoiset ympäristöt ovat ennalta-arvattavissa ja, että on olemassa vahva todennäköisyys asioiden järjestymisestä siten, kuten voi järkevästi olla odotettavissa. (Antonovsky 1987, xii–xiii.)

Koherenssin tunne on tapa tarkkailla elämää ja sen suuntaamista tiettyyn suuntaan. Koherenssin tunne on tapa ajatella, toimia ja olla yhteydessä muihin ihmisiin. Henkilö, jolla on vahva koherenssin tunne, kokee maailman tarkoituksenmukaisena, käsiteltävissä olevana ja jäsentyneenä. Henkilön kokiessa maailman käsiteltävissä olevana ei välttämättä tarkoita sitä, että henkilö uskoo selviytävänsä hyvin. Käsiteltävissä olevuus heijastaa vankkaa kykyä arvioida todellisuutta. Henkilön kokiessa maailman jäsentyneenä ja käsiteltävissä olevana johtaa siihen, että henkilö kokee vahvaa tarvetta muutokseen. Tarkoituksenmukaisuus viittaa siihen, missä määrin henkilö kokee, että elämä on emotionaalisesti tarkoituksenmukaista. Onnistunut selviytyminen riippuu kokonaisuudessaan koherenssin tunteen kokemisesta eikä vain koherenssin tunteen sisäisistä käsitteistä erikseen. Yksilön kokema hyvä terveys assosioituu voimakkaasti koherenssin tunteen kanssa. Koherenssin tunteella on suora ja myönteinen vaikutus terveystilan kokemiseen; se vähentää ahdistuksen, stressin, toivottomuuden ja huolestuneisuuden tunteita sekä masennusta. Koherenssin tunteen ollessa voimakas, se assosioituu myönteisiin tunteisiin, joita voivat olla: optimismi, toiveikkaus, hyvä itsetunto, sinnikkyys, hyvän olon tunne ja hyvä elämänlaatu. (Antonovsky 1987, 20–22; Poppius ym. 1999, 110; Lindström & Eriksson 2008, 518.)

3.3 Yleiset vastustusresurssit

Yleisten vastustusresurssien käsite tulee englannin kielen sanoista general resistance resources. Yleiset vastustusresurssit kertovat fyysisistä, biokemiallisista, aineellisista, kognitiivisista, emotionaalisista ja psykososiaalisista suhtautumistavoista yksilöön, yksilön piirteisiin, kulttuuriin ja yhteiskuntaan, joilla voidaan välttää tai taistella laaja-alaisia stressitekijöitä vastaan. (Eriksson 2007, 18.) Edellä mainitut tekijät helpottavat ihmisiä näkemään elämänsä rakentuneena, ymmärrettävänä ja yhtenäisenä. Yleisiä vastustusresursseja ovat raha, tieto, kokemus, itsetunto, terveystäytyminen, sitoutuminen, sosiaalinen tuki, kulttuuriset tekijät, äly, perinteet ja elämäntutkimus. Ihmisellä on parempi mahdollisuus suhtautua elämän varrella tapahtuviin muutoksiin, jos hänellä on edellä mainittuja resursseja käytössään tai lähiympäristössään. Yleiset vastustus-

resurssit auttavat ihmistä saavuttamaan koherentteja elämäkokemuksia. Yksinään yleisiä vastustusresursseja tärkeämpää on osata käyttää niitä koherenssin tunteen kanssa, mikä on paremmin tunnettu salutogeneesin käsitteenä. Yleiset vastustusresurssit johtavat positiivisiin elämäkokemuksiin, jotka edistävät vahvaa koherenssin tunnetta ja auttavat ihmisiä saavuttamaan laadukkaamman terveydentilan. (Lindström & Eriksson 2006, 241–242.)

Antonovsky pohti teoksessaan *Health, Stress and Coping* (1979, 122) yleisten vastustusresurssien merkittävyyttä. Antonovskyn mukaan siinä, missä määrin elämä tarjoaa yleisiä vastustusresursseja, on ratkaiseva tekijä yleisen ja kaikille ulottuvan suuntautuneisuuden olemassa ololle, jota Antonovsky kutsuu vahvaksi koherenssin tunteeksi (Antonovsky 1979, 122).

4 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT

Sydän- ja verisuonitaudit aiheutuvat sydämen ja verisuonien häiriöistä. Sydän- ja verisuonitauteihin lukeutuvat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, hypertensio, aivoinfarkti, reumaattinen sydänsairaus, synnynnäinen sydänsairaus, ääreisverenkierronhäiriöt ja sydämen vajaatoiminta. Suurimmat syyt sydän- ja verisuonitauksille ovat tupakointi, vähäinen fyysinen aktiivisuus, epäterveellinen ruokavalio ja liiallinen alkoholin käyttö. (WHO 2011a.)

4.1 Sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa keskityttiin kolmeen eri sydän- ja verisuonitautiin, jotka nousivat opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista esille. Nämä kolme tautia olivat: sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta.

Kirjallisuuden mukaan sepelvaltimotaudista on tullut ikääntyneiden sairaus, etenkin naisten osuus potilaista kasvaa ikääntymisen myötä. Sydäninfarktipotilaiden keski-ikä on noussut merkittävästi Suomessa. Sydäninfarktin sairastavien naisten keski-ikä vuonna 2003 oli 80 vuotta ja miesten 70 vuotta. Sydämen vajaatoiminta on vahvasti iästä riippuva sairaus, yli 75-vuotiailla henkilöillä sydämen vajaatoimintaa esiintyy 10–14%:lla väestöstä. (Heikkilä ym. 2008, 76–77.)

Sepelvaltimoverenkierron heikkenemisen yleisin syy on ateroskleroosi. Valtimoseinien kovettumiseen vaikuttaa rasvainen ravinto, tupakointi ja korkea verenpaine. Sepelvaltimotauti voi ilmetä esimerkiksi sydänlihaksen kuoliona, sydäninfarktina tai rasitusrintakipuna. Äkkikuolema on mahdollinen oireettomana sepelvaltimotautia sairastavalle. Vähentyneeseen sepelvaltimotaudin sairastavuuteen on vaikuttanut muun muassa paremmat elintavat ja hoidon edistyminen esimerkiksi lisääntyneinä sepelvaltimoiden ohitusleikkauksina ja pallolaajennuksina. Tulevaisuuden haasteisiin lukeutuu väestön ikääntyminen, joka nostaa

sepelvaltimotaudin sairastavuutta. Toisaalta hoidot ovat tehokkaampia, mikä puolestaan nostaa eliniänennustetta. (THL 2011a.)

Sydäninfarkti aiheutuu sepelvaltimoverenkierron riittämättömyydestä, jolloin sydän kärsii iskemiasta ja sydänlihassolut kuolevat. Sydäninfarkti ilmenee laajalaisena rintakipuna rintalastan alla. Sydäninfarktille viitteellisenä aikarajana on pidetty 20 minuutin kestoista rintakipua. Kipu voi heijastua myös eri puolille kehoa, kuten leukaan ja yläraajoihin. Sydäninfarktin aikana potilas voi olla pahoinvoiva ja oksenteleva, lisäksi hänen ihonsa on usein kylmänhikinen. Elektrokardiografia eli EKG on avainasemassa sydäninfarktin tunnistamisessa, vaaran arvioimisessa ja hoitomenetelmän valinnassa. (Heikkilä ym. 2008, 443–444.)

Sydämen vajaatoiminnan yleisin syy on toiminnan häiriö, jossa sydän ei kykene tarjoamaan riittävää verenkiertoa elimistön normaaliin tarpeeseen. Sydämen vajaatoimintaa voi aiheuttaa sydämen seinämien jäykistyminen tai sydämen supistusvoiman heikkeneminen. Useimmiten sydämen vajaatoiminta aiheutuu näiden molempien yhteisvaikutuksesta. (Lommi 2009.) Akuutti sydämen vajaatoiminta tarkoittaa yleisimmin sydämen pumppaustoiminnan vaikeaa ja äkillistä häiriötä. Akuutti sydämen vajaatoiminta voi olla sydäninfarktin, sydänlähän repeämisen, äkillisen sydänsairauden, rytmihäiriöiden ja sydänlihastulehduksen aiheuttama tai se voi johtua sydämen kroonisen vajaatoiminnan pahenemisesta. Akuutissa sydämen vajaatoiminnassa sydämen vasemman kammion pumppauskyky voi pettää, josta vaikeimmillaan syntyy keuhkoihin voimakas verentungos eli keuhkopöhö. Akuutti sydämen vajaatoiminta kroonistuu helposti, jonka vuoksi potilas tarvitsee elinikäisen seurannan ja lääkehoidon. Sydämen krooninen vajaatoiminta voi kehittyä vähitellen. Sydämen vajaatoiminnan oireita ovat hengenahdistus ja väsymys normaalia raskaamman ponnistelun yhteydessä, minkä vuoksi oireita on vaikea tunnistaa normaaliin elämään kuulumattomiksi. (Heikkilä ym. 2008, 714–715.)

4.2 Sydän- ja verisuonitautien esiintyvyys Suomessa

Sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyttä on tarkemmin arvioitava lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien määrillä, koska tarkkaa lukumäärää on vaikea määrittää.

On kuitenkin huomioitava, että todellinen sydänsairauksien esiintyvyys on suurempi kuin lääkekorvauksia saavien potilaiden määrä. Kaikkein suurin lääkkeiden erityiskorvauksiin oikeuttava ryhmä oli vuonna 2009 kohonnut verenpaine 508 591 henkilöllä. Toiseksi suurin ryhmä oli sepelvaltimotaudin erityiskorvattavien lääkkeiden ryhmä 191 700 henkilöllä. Krooniseen sydämen vajaatoimintaan lääkekorvauksia sai 46 200 henkilöä. (Suomen Sydänliitto ry 2011a.)

4.3 Sydän- ja verisuonitautien hoito

Sepelvaltimotautia voidaan hoitaa lääkkein, jolloin niiden tavoitteena on poistaa ja helpottaa potilaan raskasrintakipuoireistoa. Sepelvaltimotaudin hoidossa käytetään nitraatteja, beetasalpaajia, kalsiuminestäjiä, dyslipidemian hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä, antitromboottista lääkitystä ja ACE-estäjähoitoa. Elämäntapojen muuttaminen on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitoa. Tupakoinnin lopettaminen parantaa sydämen hapen tarjontaa ja vähentää hapen kulutusta, jolloin raskasrintakivun esiintyvyys vähenee. Muiden olemassa olevien sairauksien, kuten rytmihäiriöiden, diabeteksen, verenpaineen ja sydämen vajaatoiminnan hoito on tärkeää sepelvaltimotautia hoidettaessa. Sepelvaltimotautia voidaan hoitaa esimerkiksi sepelvaltimoiden pallolaajennuksella. Pallolaajennus voidaan tehdä potilaille, joilla on elämää haittaavia oireita aiheuttava ja merkittävä sepelvaltimoiden kaventuma, sekä sydänlihaksen iskemia. Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus on välttämätön tilanteissa, joissa sepelvaltimoiden tukos on täydellinen. Henkilöillä, jotka sairastavat sepelvaltimotautia, oireiden vaikeusaste vaihtelee huomattavasti. Tällöin on kirurgisen hoidon tarve arvioitava muiden sairauksien ja tehtyjen tutkimusten perusteella. (Heikkilä ym. 2008, 350–351, 379, 390–391.)

Sydäninfarktin toteaminen tapahtuu EKG:n ja verinäytteestä tutkittavien sydänlihaksen merkkiaineiden troponiinin ja kreatiniinikinaasin avulla. Sydäninfarktissa sepelvaltimoita tukkiva hyytymä poistetaan liuotushoidolla ja sepelvaltimoiden uudelleen tukkeutumista ehkäistään asetyylisalisyylihapolla. Beetasalpaajalääkitys aloitetaan rytmihäiriöiden ehkäisyksi ja sydämen hapentarpeen vähentämiseksi. Oireiden jatkuessa tai epäiltäessä infarktin laajentumista voidaan

sepelvaltimot varjoainekuvata välittömästi, jonka pohjalta voidaan tehdä sepelvaltimoiden pallolaajennuspäätös. Sydäninfarktin sydänlihakselle aiheuttamista seurauksista riippuen aloitetaan ACE-estäjälääke ja monille potilaille aloitetaan lisäksi verenpaine- ja kolesterolilääkitys. (Mustajoki 2010.)

Sydämen vajaatoimintaa hoidetaan yleisesti tupakoinnin lopettamisella, alkoholista pidättäytymisellä, kohonneen kolesterolin dieettihoidolla, tarvittaessa lääkityksellä, korkean verenpaineen hoidolla (jos verenpaine $>130/85\text{mmHg}$), painon seurannalla, tarvittaessa painonpudotuksella, kontrolloimalla nesteen ja suolan käyttöä, diureettien joustavalla käytöllä, ylipainusta välttämällä ja yksilöllisillä liikuntaohjeilla (Heikkilä ym. 2008, 756). Beetasalpaajat ja reniini-angiotensiini-aldosteronijärjestelmään vaikuttavat lääkkeet parantavat sydämen vajaatoiminnan ennustetta. Sydämen vajaatoiminnan hoidossa lääkehoidon lisäksi tarvitaan useissa tapauksissa myös kajoavia toimenpiteitä. Rytmihäiriötahdistimen käyttö ennaltaehkäisevästi parantaa sydämen vajaatoimintapotilaiden ennustetta. Paras vaikutus ennusteeseen saadaan tahdistinjärjestelmällä, joka tehostaa sydämen supistumista ja näin automaattisesti pysäyttää kammioperäiset rytmihäiriöt. (Huikuri & Raatikainen 2009, 1859.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa aiheesta salutogeneesi suomenkielinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tavoitteena oli selvittää miten Aaron Antonovskyn salutogeenistä lähestymistapaa on hyödynnetty sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa ja selvittää minkälainen on sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunne, sekä miten se vaikuttaa sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen. Salutogeneesi käsitteenä on Suomessa vielä melko tuntematon, eikä suomenkielisiä julkaisuja juurikaan vielä ole. Tämän vuoksi aiheeseen perehtyminen ja tiedon eteenpäin vienti on äärimmäisen hyödyllistä ja merkityksellistä.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat:

1. Minkälainen on sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunne ja miten se vaikuttaa sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen?
2. Miten salutogeenistä lähestymistapaa on hyödynnetty sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teoriaa

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundääritutkimus olemassa oleviin valikoituihin ja tarkasti rajattuihin tutkimuksiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista spesifin tarkoituksensa ja erityisen tarkan tutkimusten analysointi-, syntetisointi- ja valintaprosessinsa vuoksi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa jokainen vaihe on tarkkaan kirjattu ja määritelty, jotta virheet voidaan minimoida. Tarkka kirjaaminen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teon jokaisessa vaiheessa on tärkeää tulosten relevanttiuden osoittamiseksi, toistettavuuden mahdollistamiseksi ja katsauksen onnistumiseksi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteutukseen tarvitaan ainakin kaksi tutkijaa, jotta voidaan katsoa olemassa olevien tutkimusten valinnan ja käsittelyn olevan pitäviä. (Johansson 2007, 4–6.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan jaotella kolmeen vaiheeseen. Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe sisältää suunnittelun, jolloin tutkimuksen aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimustietoa tarkastellaan lähemmin, määritellään kirjallisuuskatsauksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma, joka sisältää tutkimuskysymykset. Toinen vaihe sisältää katsauksen tekemisen haikuineen, analysointeineen ja synteeseineen. Kolmannessa vaiheessa katsaus raportoidaan, jolloin on kiinnitettävä huomiota muun muassa seuraaviin asioihin: Onko tietoa löydetty riittävästi, onko se luotettavaa, vastaavatko työn tavoite ja tarkoitus toisiaan ja onko työn toteutus järkevä suhteutettuna resursseihin. (Johansson 2007, 4–6; Tähtinen 2007, 27–28.)

6.2 Systemaattisen kirjallisuushaun toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena sekä elektronista, että manuaalista hakua hyödyntäen. Opinnäytetyössä tutkittava potilasryhmä rajattiin sydänsairauksia sairastaviin potilaisiin, koska alustavien kirjallisuushakujen perusteella salutogeenisen lähestymistavan hyödynnettävyyttä

sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa on tutkittu paljon suhteessa kaikkiin salutogeenistä lähestymistapaa hyödyntäviin tutkimuksiin. Elektroninen tiedonhaku on kuvattu taulukossa 1. Haut suoritettiin heinäkuun ja syyskuun välisenä aikana vuonna 2011.

Opinnäytetyöhön hyväksyttävien tutkimusten valinta tapahtui vaiheittain siten että vastasivatko hauissa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä. Näiden vastaavuutta tarkasteltiin otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasolla. (Stolt & Routasalo 2007, 59.) Haut toteutettiin käyttämällä PubMed, Medic, Cinahl ja Ovid Medline -sähköisiä tietokantoja. Hakusanoina käytettiin sanoja: salutogenesis, salutogen*, salutogenic, sense of coherence, general resistance resources, cardiac ja heart.

Jokaisessa vaiheessa valittujen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kannalta oleellisten sisäänottokriteerien tuli täytyä. Opinnäytetyöhön hyväksyttiin sekä suomenkieliset että englanninkieliset alkuperäistutkimukset. Opinnäytetyöhön hyväksyttävät tutkimukset pyrittiin alustavissa hauissa rajamaan viimeisen viiden vuoden sisällä julkaistuihin tutkimuksiin. Osumien vähäisyyden vuoksi kaksi alkuperäistutkimusta löytyi rajaamalla haut viimeisen 10 vuoden sisällä julkaistuihin tutkimuksiin. Salutogeeninen lähestymistapa on kuitenkin alun perin noin 30 vuotta vanha, minkä vuoksi opinnäytetyöhön hyväksyttiin yksi tutkimus, joka on julkaistu yli 10 vuotta sitten. Pyrkimyksenä oli löytää hoitotieteellisiä tutkimuksia. Kuitenkin yksi opinnäytetyöhön valituista tutkimuksista oli lääketieteellinen. Otsikon tuli sisältää jokin salutogeenisen lähestymistavan käsitteistä lisäksi otsikossa tuli olla mainittuna yhteys sydänsairauksia sairastaviin potilaisiin. Abstraktitasolla lukemista ohjasivat määritellyt sisäänottokriteerit, joita olivat: Abstraktin oli kuvattava Aaron Antonovskyn salutogeenistä lähestymistapaa ja siihen liittyviä käsitteitä; koherenssin tunne tai yleiset vastustusresurssit, tai salutogeenistä lähestymistapaa ja sydänpotilaita tai sydänsairauksien hoitoa. Kokotekstitasolla tutkimuksien oli hyödynnettävä salutogeenistä lähestymistapaa tutkittaessa sydänsairauksia sairastavien potilaiden sairaudesta selviytymistä.

6.2.1 Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet

Ensimmäisen vaiheen haku tehtiin Medic-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia hakusanalla salutogen* kaksi osumaa. Hakutuloksista ei valittu kumpaakaan tutkimusta otsikon perusteella, koska toinen tutkimus käsiteli suunterveydenhuoltoa ja toinen salutogeenistä lähestymistapaa yleisellä tasolla.

Toisen vaiheen haku tehtiin Ovid Medline-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia hakusanalla salutogenesis 257 osumaa. Hakua rajattiin tutkimuksiin, jotka sisältävät abstraktin, kokoteksti on saatavilla ja hoitotieteellisiin julkaisuihin, jotka on julkaistu vuosina 2001–2011. Rajausten jälkeen haku tuotti seitsemän osumaa. Otsikon perusteella hylätyt tutkimukset käsittelivät mielenterveyttä (1), maahanmuuttajia (2), syövän hoitoa (1), perhehoitotyötä (1) ja hoitotyön käytäntöjä (1). Seitsemästä tutkimuksesta kaikki lukuun ottamatta yhtä tutkimusta valikoituivat pois otsikon perusteella. Opinnäytetyöhön valittiin tutkimus: Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms (Bergman ym. 2009).

Kolmannen vaiheen ensimmäinen haku tehtiin PubMed-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia hakusanalla salutogenic 183 osumaa. Hakua rajattiin englanninkielisiin tutkimuksiin, viiden vuoden sisällä julkaistuihin tutkimuksiin ja hakusanaan lisättiin AND sense of coherence, jolloin haku tuotti 29 osumaa. Otsikon perusteella hylätyt tutkimukset käsittelivät mielenterveyttä (15), suunterveydenhuoltoa (1), vanhushoitotyötä (3), työterveydenhuoltoa (1), palliatiivista hoitoa (1), salutogeenistä lähestymistapaa yleisellä tasolla (6), terveyspolitiikkaa (1). Osumista valikoitui otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitalalla yksi tutkimus: Sense of coherence – a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors (Norekvåll ym. 2010).

Kolmannen vaiheen toinen haku suoritettiin PubMed-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia kahdella hakusanalla (cardiac) AND sense of coherence 60 osumaa. Hakua rajattiin englanninkielisiin hoitotieteellisiin tutkimuksiin, jotka on julkaistu viimeisen viiden vuoden sisällä. Raja-

ten jälkeen osumia saatiin yhdeksän. Otsikon perusteella hylätyt tutkimukset käsittelivät kroonisia tauteja (2), yksi tutkimus oli valittu jo aikaisemman haun myötä (1), otsikko ei täyttänyt sisäänottokriteereitä käsitteiden puolesta (1), syöpää (1). Otsikon perusteella abstraktitason tarkasteluun valikoitui neljä tutkimusta. Abstraktitason tarkastelun jälkeen yhtä tutkimuksista ei ollut saatavilla, eikä yksi tutkimuksista täyttänyt abstraktitason sisäänottokriteereitä. Otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasolla valittiin kaksi tutkimusta, jotka olivat: Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure (Nahlen & Saboonchi 2010) ja Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event (Hildingh ym. 2008).

Kolmannen vaiheen kolmas haku suoritettiin PubMed-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia kahdella hakusanalla (sense of coherence) AND heart 48 osumaa. Hakua rajattiin englanninkielisiin tutkimuksiin, jotka on julkaistu viimeisen 10 vuoden sisällä, abstraktit ja kokotekstit saatavilla, tutkimusotos rajattiin yli 65-vuotiaisiin ja yli 80-vuotiaisiin. Rajausten jälkeen haku tuotti 17 osumaa. Otsikon perusteella hylätyt tutkimukset käsittelivät kuolleisuutta (1), syöpää (1), mielenterveyttä (2), otsikko ei vastannut sisäänottokriteereitä (7) tai tutkimus oli jo aiemmin opinnäytetyöhön valittu (4). Kaksi tutkimusta valittiin abstraktin lukuun. Toinen tutkimuksista hylättiin, sillä tämä ei vastannut sisäänottokriteereitä. Otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasolla valittiin yksi tutkimus, joka oli: Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls (Ekman ym. 2002).

Neljännän vaiheen haku suoritettiin Cinahl-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia kahdella hakusanalla sense of coherence AND cardiac 22 osumaa. Hakua rajattiin englanninkielisiin hoitotieteellisiin tutkimuksiin, jotka on julkaistu viimeisen viiden vuoden sisällä. Rajausten jälkeen haku tuotti kahdeksan osumaa. Otsikon perusteella hylätyt tutkimukset käsittelivät syöpää (2), mielenterveyttä (1), otsikko ei vastannut sisäänottokriteereitä (2) tai tutkimus oli jo aiemmin opinnäytetyöhön valittu (2). Otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasolla

valittiin yksi tutkimus, joka oli: Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty (Kattainen ym. 2006).

Neljännän vaiheen toinen haku suoritettiin Cinahl-tietokannassa asiasanahakuna. Haku tuotti ilman rajoituksia hakusanalla general resistance resources yhden osuman. Otsikon perusteella tutkimus hylättiin sillä se käsitteli HIV/AIDS potilaita, joten tutkimus ei vastannut sisäänottokriteereitä. Manuaalisen haun avulla löydettiin yksi tutkimus, joka oli: The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study (Poppius ym. 1999).

Taulukko 1. Systemaattisen kirjallisuushaun vaiheet.

| Tietokanta/tietolähde | Hakusana(t) | Rajaukset | Osumien määrä | Valitut viitteet |
|-----------------------|------------------------------------|--|---------------|--|
| Medic | salutogen* | - | 2 | - |
| Ovid Medline | salutogenesis | abstrakti, koko teksti saatavilla, hoitotieteellinen tutkimus, julkaisuvuosi 2001–2011 | 7 | 1, <i>Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms (Bergman ym. 2009).</i> |
| PubMed | salutogenic AND sense of coherence | englannin kieli, 5 vuoden sisällä julkaistut | 29 | 1, <i>Sense of coherence – a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors (Norekvål ym. 2010).</i> |
| PubMed | (cardiac) AND sense of coherence | englannin kieli, hoitotieteellinen tutkimus, 5 vuoden sisällä julkaistut | 9 | 2, <i>Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart</i> |

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu).

| | | | | |
|--------|--------------------------------|---|----|---|
| | | | | <i>failure (Nahlen & Saboonchi 2010)</i> ja <i>Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event (Hildingh ym. 2008).</i> |
| PubMed | (sense of coherence) AND heart | englannin kieli, 10 vuoden sisällä julkaistut, abstrakti, koko teksti saatavilla, tutkimusotos yli 65-vuotiaat ja yli 80-vuotiaat | 17 | 1, <i>Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls (Ekman ym. 2002).</i> |
| Cinahl | sense of coherence AND cardiac | englannin kieli, hoitotieteellinen tutkimus, 5 vuoden sisällä julkaistut | 8 | 1, <i>Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty (Kattainen ym. 2006).</i> |
| Cinahl | general resistance resources | - | 1 | - |

6.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyöhön valikoitui seitsemän alkuperäistutkimusta. Tutkimuksia valittaessa kiinnitettiin huomiota tutkimuksissa käytettyjen menetelmien laatuun eli

vastasivatko ne määritellyjä sisäänottokriteereitä, sovellettavuuteen ja käyttöön. Alkuperäistutkimusten laatua arvioitaessa kiinnitettiin huomiota muun muassa siihen milloin tutkimus on tehty, lähteiden alkuperäisyyteen, otoskokoon, tutkijan tunnettavuuteen, tulosten uskottavuuteen ja mahdollisuuteen perustella opinnäytetyön aihe alkuperäistutkimusten tuloksiin nojaten (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 73). Tutkimusten valinnan jälkeen luettiin tutkimukset huolellisesti läpi kiinnittäen huomiota populaatioon, luotettavuuteen, tutkimusmenetelmiin, tuloksiin, tilastolliseen ja kliiniseen merkittävyyteen. (Stolt & Routasalo 2007, 62, 67.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla on opinnäytetyötä tehdessä pyritty kuvaamaan opinnäytetyön aihe, salutogeeninen lähestymistapa, tiivistetysti ja yleisessä muodossa luokittelemalla tulokset eri kategorioihin opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten mukaan. Ennen sisällönanalyysin tekemistä sovittiin, että tuloksista ilmaistaan vain se, mikä on selkeästi ilmaistu (manifest content), jotta alkuperäisten tutkimusten analyysi ei sisältäisi tulkinnanvaraisia tuloksia. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–5.)

Opinnäytetyöhön valitut alkuperäistutkimukset luettiin läpi moneen kertaan. Aineistoa pelkistettiin kysymällä aineistolta millä tavalla aineisto kuvaa salutogeenisen lähestymistavan sovellettavuutta sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa, mikä muodostui pääkategoriaksi. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2009, 123–124.) Aineiston jakaminen yläkategorioihin opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten mukaan mahdollisti tulosten tarkastelun ja syntetisoinnin. Tulosten lukemista ja analysointia selkeytti tulosten jakaminen alakategorioihin. Alakategoriat määriteltiin sen mukaan miten, alkuperäisissä tutkimuksissa tulokset oli esitelty. Alakategoriat käsittelivät naisten ja miesten välisiä eroja, ikäryhmien välisiä eroja, toimenpiteiden ja sairauksien välisiä eroja koherenssin tunteen kokemisessa ja elämänlaadun kokemusten sekä tulotasojen välisiä eroja eri koherenssin tunteen ryhmään kuuluvilla potilailla. Toiseen ryhmään kerättiin tuloksia käytännön hoitotyöhön sovellettavuuteen sekä hyödynnettävyyteen liittyen. Systemaattisena kirjallisuuskatsauksena toteutetun opinnäytetyön lopullinen tapa tulosten esittelyyn hahmottui sen perusteella, mi-

ten tutkijat ovat aikaisemmissa tutkimuksissa kuvanneet aineistoaan ja tuloksiaan. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 123–124.)

Opinnäytetyöhön tehtiin valituista tutkimuksista taulukko (Taulukko 2.). Taulukossa on nähtävissä tutkimusten tekijät, vuosi, maa, tutkimusten tarkoitus, aineiston keruutapa, aineisto, tutkittu sydänsairaus ja keskeiset tulokset. Tutkimuksia käsiteltäessä taulukko helpotti kokonaisuuden hahmottamista ja tutkimusten käsittelyä. (ks. Stolt & Routasalo 2007, 67.)

7 TULOKSET

7.1 Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Opinnäytetyössä analysoitavat tutkimukset olivat kaikki empiirisiä tutkimuksia. Tutkimusten lähestymistapa oli kaikissa tutkimuksissa kvantitatiivinen. Tutkimusstrategia oli kolmessa tutkimuksessa kokeellinen, yhdessä vertaileva ja loput tutkimuksista olivat survey-tutkimuksia. Tutkimuksista neljä oli toteutettu pitkittäistutkimuksena ja kolme tutkimuksista oli poikittaistutkimuksia.

Otantakoot vaihtelivat 80–4405 välillä; yhdessä tutkimuksista otantakoko oli huomattavasti muita suurempi. Pääasiassa tutkimusten otantakoot vaihtelivat 80–635 välillä. Kohderyhmän iät vaihtelivat 36–96 -ikävuoden välillä, jolloin kaikkiin tutkimuksiin osallistuneiden keski-ikä oli 67 vuotta. Pääasiassa kaikkien tutkimusten tutkittavat olivat ikääntyneitä. Yhdessä tutkimuksista sisäänottokriteerit oli rajattu siten, että tutkittavien tuli olla yli 18-vuotiaita, ja toisessa tutkimuksessa tutkimukseen hyväksyttiin vain 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat potilaat. Muissa tutkimuksissa potilaiden ikää ei ollut sisäänottokriteereissä määritetty. On otettava huomioon, että opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten käsittelemät sydänsairaudet kohdistuivat useimmin iäkkäämpiin potilaisiin.

Kaikissa valituissa tutkimuksissa oli käytetty SOC-mittaria eri versioina. SOC-mittarilla mitataan jäsenytyneisyyttä, käsiteltävyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta. SOC-mittarissa on seitsemän kohdan asteikko, jota käytetään vastausten määrittelyyn. Seitsemän kohdan asteikolla oli kaksi ankkuroidua vastausta, jossa yksi oli ”todella harvoin tai ei koskaan” ja seitsemän oli ”todella usein”. SOC-12 mittarilla tulosten vaihteluasteikko oli välillä 12–84, SOC-13 mittarilla 13–91 välillä ja SOC-29 mittarilla välillä 29–203. Mitä pienemmän tuloksen tutkittava sai yhteenlasketuista pisteistä, sitä heikompi hänen koherenssin tunteensa oli. (Ekman ym. 2002, 96; Kattainen ym. 2005, 23; Norekvall ym. 2010, 823.)

Tutkimuksissa oli käytetty myös monia muita mittareita esimerkiksi elämänlaadua mittaavia mittareita, sydänperäisiä oireita mittaavia mittareita ja potilaiden selviytymiskykyä mittaavia mittareita. Edellä mainittujen mittareiden lisäksi yhdessä tutkimuksissa oli käytetty laboratoriomittauksia. Mittareiden sisäistä luotettavuutta oli arvioitu Cronbachin alfan avulla. SOC-mittarin luotettavuus vaihteli kaikissa tutkimuksissa Cronbachin alfalla 0,77–0,95 välillä. Cronbachin alfan luotettavuuskerroin on nollan ja yhden välillä. Suuret kertoimen arvot ilmoittavat korkeasta luotettavuudesta, mikä puolestaan osoittaa mittarin eri osioiden mittaavaan samantyyppistä asiaa. Ei ole olemassa yksiselitteistä rajaa kuinka suuri kertoimen tulee olla, on kuitenkin toivottavaa, että luku on suurempi kuin 0,7. (Heikkilä 2008, 187.)

Taulukko 2. Tutkimuksen tekijät, vuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, aineisto ja aineiston keruutapa, keskeiset sydänsairaudet ja keskeiset tulokset.

| Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa | Tutkimuksen tarkoitus | Aineisto, aineiston keruutapa | Keskeinen sydänsairaus | Keskeiset tulokset |
|--|--|---|---------------------------------|--|
| Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R. & Heinsalmi, P. 1999. Suomi. | Tarkoituksena oli tutkia koherenssin tunnetta kroonisissa sydänsairauksissa, ja tutkia miten koherenssin tunne vaihtelee eri ammatillisissa ryhmissä. Tarkoituksena oli selvittää ovatko tyypilliset kroonisen sydänsairauden riskitekijät yhteydessä alhaisen koherenssin tunteen kanssa. | N= 4405, vain miehiä Kysely SOC-29, Gothenburg-4 Laboratoriokoheet 40–55-vuotiaat | Krooniset sydänsairaudet | Tulokset olivat ristiriitaisia eri ammattiryhmien sydänsairauksien esiintymisen välillä. Vahvimman koherenssin tunteen omaavilla potilailla oli pienin kroonisen sydänsairauden esiintyvyys. Vahva ja kohtalainen koherenssin tunne vähentää kroonisten sydänsairauksien esiintyvyyttä. Jatkotutkimuksia on tehtävä siitä, miten psykososiaaliset tekijät vaikuttavat sydänsairastuvuuden riskiin. |
| Ekman, I., Fagerberg, B. & Lundman, B. 2002. Ruotsi. | Tarkoituksena oli kuvailla terveyslähtöistä elämänlaatua ja koherenssin tunnetta ikääntyneillä | N= 94 Haastattelu / kysely SOC-12 SF-36 65–96-vuotiaat | Krooninen sydämen vajaatoiminta | Kontrolliryhmän ja tutkimusryhmän välillä ei havaittu eroa koherenssin tunteessa. Korkea terveyslähtöinen elämän- |

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

| | | | | |
|---|--|--|-------------------|---|
| | ihmisillä, joilla on keskiverto tai vakava krooninen sydämen vajaatoiminta. Edellä mainittua tutkimusryhmää verrattiin terveeseen kontrolliryhmään. | Keski-ikä 81 vuotta | | laatu vastasi vahvaa koherenssin tunnetta. Mitä vahvempi tutkitavan koherenssin tunne oli, sitä enemmän oli joustoa hänen kokemissaan yksilöllisissä rajoissa ja resursseissa. Mitä vanhempi tutkittava oli, sitä vahvempi oli hänen koherenssin tunteensa. |
| Kattainen, E., Meriläinen, P. & Sintonen, H. 2006. Suomi. | Tarkoituksena oli arvioida koherenssin tunteen ja elämänlaadun yhteyttä potilailla, joille on tehty sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai sepelvaltimoiden pallolaajennus. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää yhteys koherenssin tunteen ja sosioekonomisten tekijöiden välillä potilailla, joille on tehty edellä mainituista toimenpiteistä toinen. | N=635 Haastattelu / kysely SOC-13 15D Ohitusleikkaus 32–82-vuotiaat Keski-ikä 62.6 vuotta Pallolaajennus 39–88-vuotiaat Keski-ikä 60.3 vuotta | Sepelvaltimotauti | Koherenssin tunne oli vakaampi sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilailla kuin sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilailla vuoden seurannan aikana. Potilaat, joilla oli alhaisimmat ansiot omasivat heikoimman koherenssin tunteen sepelvaltimoiden ohitusleikkauksryhmässä, sepelvaltimoiden pallolaajennusryhmässä eroa ansioiden ja koherenssin tunteen välillä ei ollut. Koherenssin tunne on tärkeä tekijä arvioitaessa sairaudesta selviytymisen kykyä. |
| Hildingh, C., Fridlund, B. & Baigi, A. 2008. Ruotsi. | Tarkoitus oli tutkia koherenssin tunnetta ja kokemuksia sosiaalisen tuen muutoksista lyhytaikaisseurantaan osallistuneilla potilailla, jotka olivat tulleet sairaalaan sydäninfarktipeäilyn vuoksi. | N=300 Kysely SOC-13 SOS The Mastery Scale 37–90-vuotiaat Keski-ikä 66 vuotta | Sydäninfarkti | Yksikään tutkimukseen osallistujista ei kuulunut vahvan koherenssin tunteen ryhmään, ja monilla oli vaikeuksia käsitellä kohdattuja stressitekijöitä. Koherenssin tunne ja hallinnan tunne koettiin olevan yhteydessä toisiinsa. Heikkoon koherenssin tunteen ryhmään kuului 63 % osallistuneista. Koherenssin tunne pysyi muuttumattomana seurannan aikana. |

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|
| Bergman, E., Malm, D., Karlsson, J-E. & Berterö, C. 2009. Ruotsi. | Tarkoituksena oli tunnistaa ensimmäisen infarktin sairastaneiden potilaiden koherenssin taso, arvioiden elämänlaatua ja sairauden oireita. Lisäksi tarkoituksena oli luoda henkilökohtainen terveyskäyrä. | N= 100 Kysely SOC-12 SAQ-19 SF-12 (PCS-12, MCS-12) The Health Curve 36–70-vuotiaat Keski-ikä 57 vuotta | Sydäninfarkti | Heikon koherenssin tunteen ryhmässä potilaat tunsivat olonsa huonommaksi kotiutushetkellä kuin kohtalaisen koherenssin tunteen ryhmässä. Seuranta-aikana erot olivat hävinneet. Eri koherenssin tunteen ryhmissä oli huomattavat erot elämänlaadussa ja elämäntavoissa. Heikon koherenssin tunteen omaavat potilaat saivat matalimmat pisteet mitattaessa fyysistä aktiivisuutta, raskasrintakivun esiintyvyyden tasaisuutta, tyytyväisyyttä hoitoon, tietoperustaa omasta sairaudesta ja elämänlaatua. SOC-mittari saattaa osoittaa tautua hyödylliseksi mahdollisuuksien työkaluksi infarktin jälkeisessä kuntoutuksessa. |
| Nahlen, C. & Saboonchi, F. 2010. Ruotsi. | Tarkoituksena oli tutkia liittyvätkö toiminnallinen tila, väestötieteellinen muuttuvuus ja koherenssin tunne selviytymiskeinoihin sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. | N=80 Kysely SOC-13 Brief COPE-28 PANAS 39–90 vuotiaat Keski-ikä 72.1 vuotta | Krooninen sydämen vajaatoiminta | Vahvan koherenssin tunteen omaavat potilaat eivät kokeneet vahvoja tunteiden vaihteluja, eivätkä kokeneet olevansa syyllisiä sairauteensa. Heikko koherenssin tunne vaikutti negatiivisesti potilaiden selviytymisennusteisiin. Koherenssin tunne toimi suojana elämän stressitekijöitä vastaan. |
| Norekvål, T., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J., Sævareid, H., Wentzel-Larsen, T. & | Tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden infarktista selviytyneiden naisten eri koherenssin tasojen ja elämänlaadun | N=145 Kysely SOC-29 WHOQOL-BREF-26 62–80-vuotiaat Keski-ikä 72 | Sydäninfarkti | Koherenssin tunne oli yhteydessä koettuihin oireisiin ja toimintakykyyn. Heikon koherenssin tunteen omaavien potilaiden ryhmässä koettiin |

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

| | | | | |
|------------------------------|--|--------|--|---|
| Hanestad, B. 2010. Norja. | suhteet. Selvittää missä määrin itse ilmoitetut oireet, toiminnot, kliiniset seikat ja sosiodemografiset seikat vaikuttavat elämänlaatuun. Selvittää onko koherenssin tunteen ja elämänlaadun suhde stabiili kuuden kuukauden seurantajakson aikana. | vuotta | | enemmän kipua, epämukavuuden ja voimattomuuden tunnetta. Vahvan koherenssin tunteen omaavat potilaat olivat tyytyväisempiä päivittäiseen toimintakykyynsä. Seuranta-aikana koherenssin tunteessa havaittiin muutosta vain yksilötasolla. Täsmällinen muutos omassa terveydentilassa vaikutti elämänlaatuun ja koherenssin tunteeseen heikentävästi. Eri koherenssin tunteen ryhmissä elämänlaatu vaihteli merkittävästi. Tulokset tukevat SOC-mittarin käyttöön ottamista infarktipotilaiden hoitoon lieventämään infarktin negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Verrattaessa terveeseen väestöön tutkittavat osoittivat heikompaa fyysistä terveyttä ja ympäristön vaikutusta elämänlaatuun. |
|------------------------------|--|--------|--|---|

SOC-12, -13, -29 = Koherenssin tunteen -mittari, Gothenburg-4 = vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden mittari, SF-36 = Short Form Health Survey, terveyslähtöisen elämänlaadun mittari, 15D = terveyslähtöinen elämänlaatu -mittari, SOS = Sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen mittari, The Mastery Scale = selviytymiskykyä arvioiva mittari, SAQ-19 = The Seattle Angina Questionnaire, sairaus spesifinen mittari, SF-12 (PCS-12, MCS-12) = elämänlaadun ja terveyden eri aspektien mittari jaettu fyysisiin ja mielenterveydellisiin osatekijöihin, The Health Curve = elämäntapa mittari, WHOQOL-BREF-26 = WHO:n lyhennetty elämänlaatu mittari, Brief COPE = Selviytymismenetelmä mittari, PANAS = Positive Affect Negative Affect Schedule mittari kuvaa erilaisia tunteita ja tuntemuksia.

7.2 Tulokset liittyen sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunteeseen ja sen vaikutus sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen

Verrattaessa koherenssin tunteen kokemuksia sydämen kroonista vajaatoimintaa sairastavien ja terveiden ihmisten välillä, koherenssin tunteen kokemukset eivät eronneet toisistaan ryhmien välillä, kuten Ekman ym. (2002) toteavat. Norekvällin ym. (2010) tutkimuksessa sen sijaan todettiin, että verrattaessa muuhun väestöön infarktista selviytyneet naiset osoittivat heikompaa fyysistä terveystta ja ympäristön vahvempaa vaikutusta elämänlaatuun, jossa koherenssin tunne oli yhteydessä kaikkiin elämänlaadun osa-alueisiin. Mitä vahvempi koherenssin tunne naisilla oli, sitä tyytyväisempiä he olivat perusterveydentilaansa, unenlaatuun, työkykyyn ja kykyyn selviytyä päivittäisistä askareista. Vahvemman koherenssin tunteen omaavilla naisilla oli vähemmän negatiivisia tunteita kuten ahdistusta ja masennusta, heillä oli parempi itseluottamus ja he olivat tyytyväisempiä ihmissuhteisiinsa ja saamaansa sosiaaliseen tukeen. Tutkittavilla, joilla koherenssin tunne oli heikko, oli huonompi psyykkinen terveydentila ja yhteiskunnallinen status. Heikon, kohtalaisen ja vahvan koherenssin tunteen ryhmien välillä elämänlaatu vaihteli merkittävästi. (Norekväll ym. 2010, 827–828.)

Korkeampi terveyslähäinen elämänlaatu oli rinnastettavissa vahvempaan koherenssin tunteeseen; mitä vahvempi koherenssin tunne on, sitä enemmän on joustamisen varaa koskien yksilön mieltämiä rajoja ja voimavaroja (Ekman ym. 2002, 99). Vahvan koherenssin tunteen omaavilla potilailla oli myös parempi terveyslähäinen elämänlaatu. He olivat tyytyväisempiä elämäänsä, onnellisempia ja heillä oli paremmat ansiot kuin potilailla, joilla oli heikko koherenssin tunne. Potilaat, joilla oli alhaisimmat ansiot, omasivat heikoimman koherenssin tunteen sepelvaltimoiden ohitusleikkausryhmässä. Sepelvaltimoiden pallolaajennusryhmän koherenssin tunteet eivät vaihdelleet ansioiden mukaan. (Kattainen ym. 2005, 27.) Sydänsairauksien esiintyvyys ja riskitekijät, kuten korkea kolesterolit olivat pienimmät vahvan koherenssin tunteen ryhmässä. Korkeammat ansiot heikon koherenssin tunteen omaavilla henkilöillä ennakoivat suurempaa

riskiä sairastua kroonisiin sydänsairauksiin; riski sairastua oli 63 %:a suurempi kuin vahvan koherenssin tunteen ryhmässä. Korkeammat ansiot heikon koherenssin tunteen omaavilla henkilöillä riski sairastua sepelvaltimotautiin oli yhteydessä ikään, tupakointiin, vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuteen, kolesteroliarvoihin ja systoliseen verenpaineeseen. Edellä mainittuja eroja ei ollut heikon ja vahvan koherenssin tunteen ryhmissä henkilöillä, jotka kuuluivat matalamman ansiotulon luokkaan. Matalaan ansiotuloluokkaan kuuluvilla henkilöillä oli yhtäläinen riski sairastua kroonisiin sydänsairauksiin huolimatta siitä kuuluivatko he heikon, kohtalaisen tai vahvan koherenssin tunteen ryhmään. (Poppius ym. 1999, 114–115, 117.)

Nahlen ja Saboonchin (2010) tutkimuksessa vahvistui lähtökohtainen oletamus, että heikko koherenssin tunne vaikutti negatiivisesti kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien selviytymisennusteisiin. Tulokset vahvistivat jo olemassa olevaa teoriaa siitä, miten koherenssin tunne toimii suojana elämän stressitekijöitä vastaan. Vahvan koherenssin tunteen on myös todistettu edistävän terveyttä (Poppius ym. 1999, 119).

Hildinghin ym. (2008) tutkimuksessa yksikään sydäninfarktin sairastaneista potilaista ei kuulunut vahvan koherenssin tunteen ryhmään, ja monilla oli vaikeuksia käsitellä kohdattuja stressitekijöitä. Bergmanin ym. (2009) tutkimuksessa vahvemman koherenssin tunteen ryhmään kuuluvat tutkittavat kokivat harvemmin rasitusrintakipua ja he olivat tyytyväisempiä hoitoonsa, heillä oli vahvempi sairauden tunto ja he olivat fyysisesti aktiivisempia ja kuluttivat kaiken kaikkiaan enemmän alkoholia. Neljän viikon kuluttua kotiutuksesta heikon koherenssin tunteen omaavilla potilailla rasitusrintakipukohtausten esiintyvyys oli vähäisempää verrattuna vahvan koherenssin tunteen omaaviin potilaisiin. Heikon koherenssin tunteen ryhmän potilaat olivat fyysisesti passiivisempia, alttiimpia saamaan useammin toistuvia rasitusrintakipukohtauksia, tyytymättömämpiä saamaansa hoitoon ja heillä on huonompi elämänlaatu sekä sairauden tunto. Rasitusrintakipukohtausten esiintyvyyksiä näyttää olevan merkittävä seuraus siitä, mihin koherenssin tunteen ryhmään potilas kuuluu. (Bergman ym. 2009, 135, 138.)

Kattaisen ym. (2005) tutkimuksessa suurimmalla osalla sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaista (73 %) ja sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaista (82 %) oli vahva koherenssin tunne ennen toimenpiteitä. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilailla koherenssin tunne pysyi vahvana ennen toimenpidettä ja myös vuosi toimenpiteen jälkeen. Sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaista 20 %:lla koherenssin tunne laski vahvasta koherenssin tunteesta kohtalaiseen koherenssin tunteeseen vuoden seuranta-aikana. (Kattainen ym. 2005, 26.) Hildinghin ym. (2008) tutkimuksessa potilaiden koherenssin tunne ei muuttunut kahden viikon seurantajakson aikana. Tämä nousi esille myös Norekvällin ym. (2010) tutkimuksessa, jossa kuuden kuukauden seuranta-aikana koherenssin tunne ei muuttunut merkittävästi tutkittavilla.

Heikon ja kohtalaisen koherenssin tunteen ryhmissä tutkittavat kokivat terveyslähtöisen elämänlaadun alhaisemmaksi verrattuna vahvan koherenssin tunteen ryhmään. Ennen sepelvaltimoiden ohitusleikkausta koherenssin tunne oli vahvin potilailla, jotka olivat tyytyväisiä elämäänsä ja heikoin potilailla, jotka olivat tyytymättömiä elämäänsä. Heikon koherenssin tunteen ryhmään kuuluvat potilaat olivat kaikkein onnettomimpia sepelvaltimoiden ohitusleikkausryhmässä, kun taas sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaat, jotka olivat melko onnettomia, omasivat heikon koherenssin tunteen ainoastaan toimenpidettä ennen. (Kattainen ym. 2005, 26–27.)

Naisten koherenssin tunteen on tutkittu olevan kaiken kaikkiaan huonompi kuin miesten ennen sepelvaltimoiden ohitusleikkausta. Vuoden kuluttua toimenpiteestä naisten koherenssin tunne oli kuitenkin vahvempi kuin miesten. Sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaiden keskuudessa ei koherenssin tunteessa ollut eroja sukupuolten välillä. (Kattainen ym. 2005, 26.) Bergmanin ym. (2009) tutkimuksessa sydäninfarktin sairastaneista potilaista miehillä oli tulosten mukaan merkittävästi vahvempi koherenssin tunne kuin naisilla. Naisten määrä heikon koherenssin tunteen ryhmässä oli merkittävästi suurempi kuin miesten, mikä osaltaan vaikutti tuloksiin. Tarkasteltaessa ainoastaan miesten eroja ryhmien välillä vahvemman koherenssin tunteen ryhmässä tutkittavilla oli parempi sairauden tuntemuskyky, korkeampi hoitotyytyväisyys ja harvemmin rasitusrintaki-

pukohtauksia verrattuna heikon koherenssin tunteen ryhmään. (Bergman ym. 2009, 135.)

Nuorten (< 44-vuotiaat) sepelvaltimoiden pallolaajennuspotilaiden koherenssin tunne laski 32 %:a vuoden seurannan aikana (Kattainen ym. 2005, 26). Hildinghin ym. (2008) tutkimuksessa vastaavasti ikäeroja tarkasteltaessa vanhempien ja nuorempien osallistujien kesken koherenssin tunteen kokemisessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja ikäryhmien välillä. Ekmanin ym. (2002) tutkimuksessa koherenssin tunne oli vastaavuussuhteessa verrattuna ikään. Mitä vanhempi tutkittava oli, sitä vahvempi oli hänen koherenssin tunteensa.

7.3 Tulokset liittyen salutogeenisen lähestymistavan hyödynnettävyyteen sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa

Suunniteltaessa ikääntyneiden kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien hoitoa, olisi tärkeää, että hoito tapahtuu niin pitkään kotona kuin mahdollista. Hoidon vaatiessa sairaalahoitoa olisi tärkeää, että potilas saisi olla aina samalla osastolla. Hoidon jatkuvuus edistää koherenssin tunteen vahvistumista. (Ekman ym. 2002, 100.)

Niiden potilaiden tunnistaminen, joilla on huonot selviytymiskeinot, auttavat hoitajia parantamaan avun ja tuen antamista niin sairaalassaoloaikana kuin myös kotiutustilanteessa. Kattaisen tuloksista ilmenee, että naiset tarvitsevat enemmän tukea vahvistamaan koherenssin tunnettaan ennen sepelvaltimoiden ohi-tusleikkausta kuin miehet. Salutogeenisellä lähestymistavalla nähdään olevan potentiaalista hyötyä kroonisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Hoitajien tunnistamassa enemmän tukea tarvitsevat potilaat pystyvät he tehokkaammin edistämään potilaiden terveyttä. (Kattainen ym. 2005, 28.)

Heikon koherenssin tunteen omaava henkilö voi hallita selviytymistään, jos hän on myönteinen vastaanottamaan apua ensisijaisten ongelmien eli tässä yhteydessä sydänsairauksien hoidossa voidakseen jälleen luottaa itseensä ja tuntea kontrolloivansa elämäänsä. Haluttaessa arvioida koherenssin tunnetta rutiinin-

omaisesti ennen kotiutusta tulisi kehittää yksinkertainen mittari hoitotyön käytäntöön. (Hildingh ym. 2008, 1307.)

Bergmanin ym. (2009) tutkimuksessa todetaan, että koherenssin tunne saattaa osoittautua hyödylliseksi mahdollisuuksien työkaluksi sydäninfarktin jälkeisessä kuntoutuksessa. Henkilöt, jotka näyttävät olevan tyytyväisiä elämäänsä kärsivät korkeammasta kolesterolista, käyttävät kaiken kaikkiaan enemmän alkoholia, ovat fyysisesti aktiivisempia ja kokevat maailman tarkoituksenmukaisena, käsiteltävissä olevana ja jäsentyneenä. Henkilöt, jotka elävät edellä mainitun kuvauksen mukaan saavuttavat vahvemman koherenssin tunteen, ja näin ollen pysyvät paremmin selviytymään terveyteen liittyvistä elämänmuutoksista. (Bergman ym. 2009, 139.) Matalan ansiotuloluokan henkilöillä riski sairastua kroonisiin sydänsairauksiin ei ole yhteydessä koherenssin tunteen kokemiseen, minkä vuoksi jatkotutkimukset aiheesta ovat paikallaan (Poppius ym. 1999, 119).

Tutkittavilla, joilla koherenssin tunne oli heikko, oli huonompi fyysinen terveydentila ja yhteiskunnallinen status. Heikoimman koherenssin tunteen ja huomman elämänlaadun omaavat naiset tarvitsevat enemmän tukea. Tulokset rohkaisevat salutogeenisen lähestymistavan käyttöönottamista käytännön hoitotyössä. Lähestymistapaa voidaan kehittää potilasohjauksen kautta, jolloin myös potilaan tietämys omasta terveydestä ja sairaudesta paranee. Yksilökohtaisen toimintasuunnitelman luonnosteleminen, keskittäen suunnitelma potilaan omiin resursseihin ennemmin kuin ongelmiin, ja keskittyen vahvuuksiin rajoitusten sijaan edistää potilaiden selviytymistä. Ryhmätasolla koherenssin tunteen havaittiin olevan vakaa kuuden kuukauden seurannan aikana naisilla, jotka olivat sairastaneet sydäninfarktin. Yksilötasolla joitakin poikkeuksia kuitenkin esiintyi. Tulokset ovat viitteitä siitä, miten koherenssin tunne voi olla altis interventioille. Lisää tutkimustyötä on tehtävä, jotta perinteisestä sairauskeskeisestä hoidosta voitaisiin siirtyä terveystieteisempää hoitoa kohti. Tutkimustulokset tukevat SOC-29 mittarin käyttöön ottamista infarktipotilaiden hoidossa lieventämään infarktin aiheuttamia negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. (Norekvall ym. 2010, 827, 829.)

Nahlen ja Saboonchin (2010) oletivat tutkimuksen alussa heikon koherenssin tunteen vaikuttavan negatiivisesti kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien selviytymisennusteisiin. Tulokset vahvistivat edellä mainitun olettamuksen olevan totta. Tulokset vahvistivat jo olemassa olevaa teoriaa siitä, miten vahva koherenssin tunne toimii suojana elämän stressitekijöitä vastaan. Salutogeeninen lähestymistapa aletaan hiljalleen tunnustaa tärkeäksi osaksi henkilön terveyttä ja hyvinvointia. (Nahlen & Saboonchi 2010, 123.)

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys

Tutkimusetiikkaa säätelevät useat kansainväliset normit ja julistukset, joista keskeisimpiä ovat World Medical Association 1964 Helsingin julistus, Council for International Organizations of Medical Sciences 1982 ja World Health Organization 2002 (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 362–363). Opinnäytetyössä huomioitiin, että jokainen opinnäytetyöhön valikoitunut tutkimus oli hyväksytty eettisten toimikuntien toimesta ja tutkimuksista oli informoitu tutkittaville asianmukaisesti.

Ydinajatuksena terveydenhuollon näyttöön perustuvassa hoitotyössä on, että terveydenhuollossa käytettyjen menetelmien tulee perustua tieteellisesti tutkituun tietoon ja tutkimus on tehty tieteellisiä arvoja noudattaen (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2002, 25). Tieteen sisäinen etiikka viittaa tieteenalan luotettavuuteen ja todellisuuteen. Tutkimusprosessia, tutkimuksen kohdetta ja tavoitteita tarkasteltaessa on huomioitu, ettei opinnäytetyön aineistoa ole luotu tyhjästä, eikä aineistoa ole väärennetty. (esim. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.) Edellä mainitut seikat lisäävät katsauksen käyttöarvoa käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön tutkimusaihe ja opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset eivät loukanneet ihmisoikeuksia, eivätkä sisältäneet väheksyviä oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365).

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on kieliharhan mahdollisuus, mikä saattoi vaikuttaa alkuperäistutkimusten tulosten tulkintaan. Kieliharhan välttämiseksi pyrittiin käyttämään muita lähteitä englanninkielisten lähteiden lisäksi, jotta relevantti tieto ei katoaisi. (ks. Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Kuitenkin suomenkielisten tutkimusten vähyyden vuoksi opinnäytetyöhön valitut tutkimukset olivat englanninkielisiä, jolloin kieliharhan välttäminen on ollut vaikeaa. Opinnäytetyön tekijät kokivat kielitaitonsa kuitenkin riittäväksi opinnäytetyön tulosten luotettavuuden takaamiseksi.

Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka tarkastelee, miten ulkopuoliset asiat vaikuttavat aiheen valintaan ja käsittelyyn (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173). Tässä tapauksessa opinnäytetyö on osa ImPrim-hanketta, mikä vaikutti opinnäytetyön aiheen valintaan.

8.2 Luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on todettu olevan yksi luotettavimmista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään välttämään systemaattista harhaa ja osoittamaan tutkimustiedossa olevat puutteet tai osoittamaan systematisoimaton olemassa oleva tutkimustieto. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pystytään perustelemaan ja tarkentamaan valittua tutkimuskysymystä ja pystytään tekemään luotettavia yleistyksiä tutkimustulosten perusteella. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.) Opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset olivat kaikki pohjoismaalaisia, joten luotettavien yleistysten teko muihin maihin ei ole täysin mahdollista. Useat tuloksiltaan samansuuntaiset tutkimukset tuottavat vahvemman näytön kuin yksittäinen tutkimus tai useat tuloksiltaan ristiriitaiset tutkimukset (Elomaa & Mikkola 2010, 15). Valittujen tutkimusten tulokset olivat ristiriitaisia ja tutkimustiedoissa oli puutteita, mikä heikensi tutkimusten näytön astetta.

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten laatua. Laadussa kiinnitettiin huomiota käytettyjen tutkimusmenetelmien laatuun, tutkimustulosten sovellettavuuteen ja käyttöön. Tutkimusten lukuvaiheessa huomiota kiinnitettiin muun muassa otoskokoön, tutkimusten luotettavuuteen, tutkimusten tuloksiin ja kliiniseen sekä tilastolliseen merkittävyyteen. (ks. Stolt & Routasalo 2007, 62.) Opinnäytetyö noudattaa tiettyä kirjallisuuskatsauksen systematiikkaa, jolloin luotettavuutta voidaan arvioida ja tulokset ovat yksityiskohtaisesti luettavissa (ks. Leino-Kilpi 2007, 2).

Opinnäytetyössä on kuvattu huolellisesti opinnäytetyön konteksti siirrettävyyden varmistamiseksi. Aineiston keruu ja analysointi on kuvattu tarkasti, jotta ulkopuolinen henkilö kykenee seuraamaan ja ymmärtämään opinnäytetyön kuluprosessin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Systemaattisen kir-

jallisuuskatsauksen vaiheet arvioitiin kriittisesti ja näin menettelemällä on mahdollista arvioida kuinka luotettavaa saatu tieto todellisuudessa on. Hakujen onnistumista arvioitaessa keskityttiin siihen, kuinka edustavasti aihetta koskeva tieto oli kartoitettu. Alkuperäistutkimusten otoskoot olivat suuria, monet tutkimusten tekijöistä ovat hyvin tunnettuja ja tutkineet aiheita aiemmin. Edellä mainitut seikat lisäävät tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kaksi, mikä itsessään vähentää mahdollisten virheiden määrää tutkimusten seulonta- ja analysointivaiheessa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 51).

8.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten tulosten perusteella selvittää, miten Aaron Antonovskyn salutogeenistä lähestymistapaa on hyödynnetty sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoidossa ja selvittää minkälainen on sydänsairauksia sairastavien potilaiden koherenssin tunne, sekä miten se vaikuttaa sydänsairauksia sairastavien potilaiden selviytymiseen. Opinnäytetyötä ohjaaviin kysymyksiin haettiin vastausta opinnäytetyöhön valikoitujen tutkimusten sisältöä analysoimalla.

Aikaisempien tutkimusten perusteella SOC-mittarin hyödynnettävyyttä on tutkittu esimerkiksi sydänsairauksien ja sydänpotilaiden osalta. Tutkimukset ovat pääasiassa keskittyneet Pohjoismaihin, kuten Suomeen, Ruotsiin ja Norjaan. Kaikissa tutkimuksissa tutkimukseen hyväksytyjen henkilöiden ikää ei ollut rajattu, mutta kuten aiemmin todettu, on huomioitava, että opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten käsittelemät sydänsairaudet kohdistuvat useammin iäkkäämpiin potilaisiin. Kaikissa tutkimuksissa oli käytetty aineistonkeruumenetelmänä kyselyä tai kyselyä ja haastattelua. Kaikissa tutkimuksissa oli käytetty SOC-mittaria, josta eri tutkimukset käyttivät vaihtelevasti eri versioita, SOC-12, SOC-13 tai SOC-29.

Aikaisempien tutkimusten mukaan voidaan päätellä, että sydänsairauksia sairastavilla potilailla koherenssin tunne verrattaessa terveeseen väestöön ei eronnut. Kuitenkin infarktista selviytyneet osoittivat heikompaa fyysistä terveyttä

ja ympäristön vahvempaa vaikutusta elämänlaatuun, jossa koherenssin tunne vaikutti kaikkiin elämänlaadun osa-alueisiin. Edelleen parempi terveyslähtöinen elämänlaatu on rinnastettavissa vahvempaan koherenssin tunteeseen. Antonovskyn mukaan poikkeava tilanne, kuten sairaalassaoloaika, voi muuttaa väliaikaisesti henkilön koherenssin tunteen tasoa. Koherenssin tunne kuitenkin palaa lopulta ennalleen. Edellä mainitun kaltaisissa poikkeavissa tilanteissa vahvan koherenssin tunteen omaavalla henkilöllä on taipumus ja kyky löytää näkökulmia, jotka tekevät tilanteesta ymmärrettävän ja tukevat selviytymistä. (Antonovsky 1987, 184–185.)

Tutkimustulokset osoittivat, että heikon, kohtalaisen ja vahvan koherenssin tunteen ryhmien välillä elämänlaatu vaihteli merkittävästi sydänsairauksista kärsivillä potilailla. Lisäksi heikko koherenssin tunne vaikutti negatiivisesti kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien selviytymisennusteisiin. Vahvemman koherenssin tunteen ryhmässä tutkittavilla oli vähemmän negatiivisia tuntemuksia, kuten ahdistusta ja masennusta, heillä oli parempi itseluottamus ja he olivat tyytyväisempiä ihmissuhteisiinsa ja saamaansa sosiaaliseen tukeen. (Ekman ym. 2002, 97, 99; Norekvall ym. 2010, 827, 828; Nahlen & Saboonchi 2010, 123.)

Tutkimuksista oli havaittavissa, että rasisrintakipukohtausten esiintyvyyksiä on merkittävä seuraus siitä, mihin koherenssin tunteen ryhmään potilas kuuluu. Vahvemman koherenssin tunteen ryhmään kuuluvat henkilöt kokivat harvemmin rasisrintakipua. Lisäksi vahvemman koherenssin tunteen omaavat henkilöt olivat tyytyväisempiä hoitoonsa, fyysisesti aktiivisempia, heidän sairauden tuntosensa oli vahvempi ja he kuluttivat kaiken kaikkiaan enemmän alkoholia. Alle kuuden kuukauden seurantajakson aikana koherenssin tunne ei muuttunut. Tarkasteltaessa tutkittavien koherenssin tunnetta vuoden seuranta-aikana tulokset koherenssin tunteen pysyvyydestä olivat ristiriitaisia, osalla tutkittavista koherenssin tunne oli joko heikentynyt tai vahvistunut ja osalla muutosta ei ollut tapahtunut. Tulosten mukaan naisten koherenssin tunne oli pääasiassa huonompi ja koherenssin tunne vaihteli enemmän verrattaessa miehiin. Tutkimustulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia, joten naisten ja miesten välisistä eroista ei voi-

da tässä suhteessa tehdä johtopäätöksiä. (Kattainen ym. 2005, 26; Hildingh ym. 2008, 1307; Bergman ym. 2009, 135, 138.)

Tulokset rohkaisevat ottamaan käyttöön salutogeenisen lähestymistavan käytännön hoitotyössä (Bergman ym. 2009, 139; Nahlen & Saboonchi 2010, 123; Norekvåll ym. 2010, 829). Tutkimustulosten nojalla voitaneen todeta, että heikon koherenssin tunteen tunnistaminen ja hoidon jatkuvuus ovat edellytys tehokkaammalle terveyden edistämiselle (Ekman ym. 2002, 100; Bergman ym. 2009, 139; Nahlen & Saboonchi 2010, 123). Hoitotyön käytäntöön tulisi kehittää oma mittari salutogeenisen lähestymistavan pohjalta (Hildingh ym. 2008, 1310). Tutkimustulokset tukevat esimerkiksi SOC-29 mittarin käyttöön ottamista käytännön hoitotyön mittariksi arvioitaessa potilaan valmiuksia sydänsairauksista kuntoutumiseen (Bergman ym. 2009, 139; Norekvåll ym. 2010, 829). Koherenssin tunnetta tulisi arvioida rutiininomaisesti ennen sydänpotilaiden kotiutusta parempien hoitotulosten saavuttamiseksi (Kattainen ym. 2005, 28).

Käytännön hoitotyössä olisi tärkeä keskittyä terveyskeskeisempään hoitotyöhön, sillä sen avulla pystytään tarttumaan sydänsairauksien riskitekijöihin jo siinä vaiheessa kun varsinaista diagnoosia sairaudesta ei ole tehty. Tämän vuoksi olisi tärkeää ottaa käytännön hoitotyössä käyttöön SOC-mittari tai salutogeenisen lähestymistavan pohjalta kehitelty mittari. Jatkotutkimuksen tarvetta pohdittaessa tulisi tutkia ohjauksen vaikuttavuutta sydänpotilaiden hoitotyössä käytetäessä edellä mainittuja mittareita, eikä niinkään tutkia minkälainen on sydänpotilaiden koherenssin tunne, kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on tehty. Edellä mainitulla tutkimusaiheella voitaisiin saada tuloksia siitä, miten ohjaus ja tukeminen vahvistaisivat koherenssin tunnetta sydänsairauksia sairastavilla potilaila.

Antonovskyn mukaan mitä enemmän henkilöllä on rahaa, sitä helpompi hänen on käsitellä kohdattuja stressitekijöitä (Antonovsky 1978, 106). Kuitenkin Poppiuksen ym. (1999) tutkimuksessa alhaisemmissa ansiotuloluokissa riski sairastua kroonisiin sydänsairauksiin ei ollut yhteydessä koherenssin tunteeseen. Ainoastaan korkean ansiotulonluokassa oli eroteltavissa koherenssin tunteen kolme eri ryhmää; heikko, kohtalainen ja vahva. Tarvitaan lisätutkimusta siitä,

vaikuttavatko henkilön ansiot hänen kokemaansa koherenssin tunteeseen ja sitä kautta riskiin sairastua kroonisiin sydänsairauksiin.

Kaiken kaikkiaan salutogeenisen lähestymistavan hyödynnettävyyttä sydänsairauksien hoidossa ja sydänpotilaiden koherenssin tunnetta tulisi tutkia huomattavasti enemmän, jotta lähestymistapaa voitaisiin soveltaa käytännön hoitotyössä. Lisäksi aikaisempien tutkimusten tulosten ollessa osittain ristiriitaisia keskenään on kyseenalaista, voidaanko esimerkiksi SOC-mittaria käyttää sinällään sydänsairauksien hoidossa ilman jatkotutkimuksia. Voitaneen todeta, että salutogeeninen lähestymistapa on käytännön hoitotyölle ja käytännön hoitotyön ammattilaisille melko tuntematon käsite, vaikka salutogeeninen lähestymistapa tähtääkin lähestulkoon samaan kuin esimerkiksi terveyden edistäminen käytännön hoitotyössä. Salutogeeninen lähestymistapa pyrkii edistämään terveyttä henkilön tällä hetkellä saatavilla olevista resursseista, huolimatta sairaudesta ja siitä, että sairaus on jo diagnosoitu.

Tulevaisuuden haasteina terveydenhuoltoa tulisi kehittää kohti terveyslähempiä hoitotyötä nykyisen enemmän sairauksiin ja sairauksien hoitoon keskittyvän hoitotyön sijaan. Salutogeenistä lähestymistapaa hyödyntämällä sairauksien ehkäisemisessä ja toipumisessa pystyttäisiin keskittymään lähinnä potilaan omiin resursseihin. Salutogeenisen lähestymistavan pohjalta kehitetyt mittarit tulisi ottaa käyttöön hoitotyön kentällä, ja näin viedä eteenpäin tutkimusta salutogeenisen lähestymistavan hyödynnettävyydestä.

Tämän opinnäytetyön avulla saatiin koottua jo olemassa olevasta tutkimustiedosta suomenkielinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus salutogeenisestä lähestymistavasta ja sen hyödynnettävyydestä sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyön tulokset auttavat käytännön hoitotyöntekijää tunnistamaan heikon koherenssin tunteen omaavat potilaat, jolloin myös yksilökohtaisen toimintasuunnitelman käyttöönotto mahdollistuisi. Salutogeeninen lähestymistapa voitaisiin ottaa käyttöön käytännön hoitotyössä interventoiden avulla. Opinnäytetyön tuloksista on hyötyä niin terveydenhuoltoalan opiskelijoille, kuin käytännön hoitotyön ammattilaisille.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että salutogeenistä lähestymistapaa on tutkittu jonkin verran sydänsairauksia sairastavien potilaiden hoitotyössä.
2. Sydänsairauksia sairastavien potilaiden sairaalassaoloaika voi väliaikaisesti muuttaa koherenssin tunteen tasoa. Henkilöllä, jolla on vahva koherenssin tunne, on taipumus löytää poikkeavista tilanteista näkökulmia, joiden avulla on mahdollista ymmärtää ja näin selviytyä tilanteesta paremmin.
3. Tulokset koherenssin tunteen eroista naisten ja miesten, sekä eri ansiotuloluokkien välillä ovat ristiriitaisia. Jatkotutkimuksen aiheina voisi selvittää onko naisten koherenssin tunne heikompi kuin miesten ja/tai onko alhaisempaan ansiotuloluokkaan kuuluvien henkilöiden koherenssin tunne heikompi kuin korkeaan ansiotuloluokkaan kuuluvien henkilöiden.
4. Vaikka SOC-mittaria on käytetty tutkimustyössä paljon, lisätutkimuksen tarve on suuri sovellettaessa SOC-mittaria käytännön hoitotyössä potilasohjaukseen. Jatkotutkimuksen aiheena voisi selvittää ohjauksen vaikuttavuutta SOC-mittaria käytettäessä.
5. Salutogeenistä lähestymistapaa olisi hyvä soveltaa myös muiden kroonisten tautien hoidossa.

LÄHTEET

- Antonovsky, A. 1979. Health, Stress, and Coping. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. 1987. Unraveling the mystery of health – How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.
- Bergman, E.; Malm, D.; Karlsson, J-E. & Berterö, C. 2009. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart & Lung*, Vol. 38, No. 2, 129–140.
- Ekman, I.; Fagerberg, B. & Lundman, B. 2002. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart & Lung*, Vol. 31, No. 2, 94–101.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä – Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Eriksson, M. 2007. Unravelling the mystery of salutogenesis – The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. 2., painos. Helsinki: Folkhälsan Research Centre.
- ETENE 2002. Eettisyyttä terveydenhuoltoon – Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Heikkilä, J.; Kupari, M.; Airaksinen, J.; Huikuri, H.; Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. 2008. *Kardiologia*. 2., uudistettu painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Hildingh, C.; Fridlund, B. & Baigi, A. 2008. Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17, No. 10, 1303–1311.
- Huikuri, H.V. & Raatikainen, M.J.P. 2009. Vajaatoiminta- ja rytmihäiriötahdistimen asema sydämen vajaatoiminnan hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 64, No. 20, 1859–1865.
- ImPrim -esite 2011.
- ImPrim Newsletter #2, 2. 2010. Viitattu 21.3.2011
<http://www.oek.se/admin/UploadFile.aspx?path=/UserUploadFiles/Imprim/Newsletters/ImPrimNewsletter2October2010.pdf>.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino – Turun yliopisto, 3–9.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kattainen, E.; Meriläinen, P. & Sintonen, H. 2006. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 5, No. 1, 21–30.
- Kervinen, H. 2009. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 27.9.2011 terveysportti.fi > Lääkärin tietokannat > Sepelvaltimotauti.

- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, Vol. 11, No. 1, 3–12.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*, Vol. 18, No. 1, 37–45.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino – Turun yliopisto, 2.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2005. The Jech Gallery: Professor Aaron Antonovsky (1923-1994): the father of the salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 59, No. 6, 511.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2006. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, Vol. 21, No. 3, 238–244.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2008. Salutogeneesin teoria nostaa hyvän elämän voimavarat esiin. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 63, No. 6, 517–519.
- Lommi, J. 2009. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Lääkärin käsikirja. Viitattu 27.9.2011 terveysportti.fi > Lääkärin tietokannat > Sydämen vajaatoiminta.
- Mustajoki, P. 2010. Tietoa potilaalle: Sydäninfarkti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.9.2011 terveysportti.fi > Lääkärin tietokannat > Sydäninfarkti.
- Nahlen, C. & Saboonchi, F. 2010. Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 9, No. 2, 118–125.
- Norekvål, T.M.; Fridlund, B.; Moons, P.; Nordrehaug, J.E.; Sævareid, H.I.; Wentzel-Larsen, T. & Hanestad, B.R. 2010. Sense of coherence – a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19, No. 5/6, 820–831.
- Poppius, E.; Tenkanen, L.; Kalimo, R. & Heinsalmi, P. 1999. The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science & Medicine*, Vol. 49, No. 1, 109–120.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino – Turun yliopisto, 46–57.
- Punainen risti 2011. Tietoa ja tukea hiv:stä ja aidsista. Viitattu 5.10.2011 http://www.redcross.fi/apuajatukea/hivneuvonta/fi_FI/hiv-tietoa/.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino – Turun yliopisto, 58–70.
- Suomen sydänliitto ry 2011a. Sairastavuus ja sairastavuus pähkinäkuoressa. Viitattu 19.9.2011 <http://www.sydanliitto.fi/sairastavuus-ja-sairastavuus>.
- Suomen sydänliitto ry 2011b. ACE:n estäjät. Viitattu 7.10.2011 <http://www.sydanliitto.fi/ACE-estajat>.

THL 2011a. Sydän- ja verisuonisairaudet. Viitattu 19.9.2011
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan-_ja_verisuonisairaudet.

THL 2011b. NYHA-luokitus. Viitattu 7.10.2011
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/80/>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Latvia: Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino – Turun yliopisto, 10–45.

WHO 2011a. Cardiovascular diseases. Viitattu 15.9.2011
http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/index.html.

WHO 2011b. About WHO. Viitattu 7.10.2011 <http://www.who.int/about/en/>.

Wilkens, J. & Ovved, I. 2011. Quality health services for all. Public Service Review: European Union, Vol. 22, 1–2.