

**KOKEMUKSIA ELÄMÄNTAPAMUUTOKSEEN SITOUTUMISESTA
SYDÄNINFARKTIN JÄLKEEN**
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tiia Hagström

Terveyskasvatuksen tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2021

TIIVISTELMÄ

Hagström, T. 2021. Kokemuksia elämäntapamuutokseen sitoutumisesta sydäninfarktin jälkeen. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden tutkimuskeskus, 34 s, 3 liitettä.

Sepelvaltimotauti on krooninen pitkäaikaissairaus, jonka aiheuttama sydäninfarkti on yksi johtavista kuolinsyistä, aiheuttaen vuosittain noin yhdeksän miljoonan ihmisen kuoleman ympäri maailmaa. Sekundaaripreventio on tärkeä osa potilaan hoitoa sairastetun sydäninfarktin jälkeen. Potilaan tulee sitoutua lääkehoitoon sekä terveellisiin elämäntapoihin, jotta voitaisiin ehkäistä mahdollisia seuraavia sydäntapahtumia. Tutkielman tavoitteena on tarkastella sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksia elämäntapamuutokseen sitoutumisesta laadullisen synteessin avulla. Tutkimuskysymyksinä ovat elämäntapamuutokseen sitoutumisen edistävät ja estävät tekijät sydäninfarktin jälkeen.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhauk toteutettiin kolmesta eri tietokannasta. Tutkimukset olivat laadullisin menetelmin tehtyjä, sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia käsitteleviä ja korkeintaan viisi vuotta vanhoja. Tässä tutkielmassa aineistoa tarkasteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmän avulla ja analyysin tuloksista muodostettiin synteesi.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin pohjalta sydäninfarktin sairastaneiden kokemukset edistävistä ja estävistä tekijöistä elämäntapamuutokseen sitoutuessa tiivistyivät neljään pääteemaan. Pääteemat olivat sydänkuntoutus, psykologiset tekijät, fyysiset tekijät sekä läheisten tuki, sosiaaliset suhteet sekä kulttuuriset tekijät. Edistäviä tekijöitä elämäntapamuutoksen sitoutuessa ovat hyvin ja ajallaan järjestetty sydänkuntoutus, psyykkiset tekijät kuten motivaatio, resilienssi sekä optimistisuus, fyysisiin tekijöihin liittyen minäpystyvyys, positiivinen palaute fyysisestä aktiivisuudesta sekä läheisten tuki kaikissa eri muodoissaan. Estävinä tekijöinä olivat esimerkiksi huoli, kuolemanpelko, masennus ja ahdistus, fyysinen kykenemättömyys sekä läheisten painostus tai ahdistava käytös.

Aiempiin tutkimuksiin peilaten tämä kirjallisuuskatsaus vahvistaa, että sydänpotilaiden kuntoutusta tulisi kehittää tulevaisuudessa potilaiden yksilölliset erot ja tarpeet huomioivaksi. Sydäninfarktin jälkeistä masennusta ja ahdistusta tulisi tunnistaa ja hoitaa tehokkaammin, niiden mahdollisesti ollessa elämäntapamuutokseen sitoutumisen estäviä tekijöitä. Mielenterveyttä tukevat menetelmät ja mahdollinen psykoterapia voi olla tarpeen, jotta masennus- ja ahdistusoireet väistyisivät. Sydänpotilaiden kokemuksia tulisi tutkia jatkossa enemmän laadullisin menetelmin, niitä voitaisiin mahdollisesti hyödyntää esimerkiksi sekundaaripreventiivisiä ohjelmia, sydänkuntoutusta tai interventioita suunnitellessa.

Asiasanat: sydäninfarkti, sepelvaltimotauti, sekundaaripreventio, elämäntapamuutos, sydänkuntoutus

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 ELÄMÄNTAPAMUUTOS SYDÄNINFARKTIN JÄLKEEN.....	3
2.1 Sydäninfarktin jälkeinen sekundaaripreventio	3
2.2 Sekundaariprevention toteuttaminen	4
2.3 Terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät.....	6
2.4 Edistävät ja estävät tekijät elämäntapamuutokseen sitoutumisessa	8
3 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUSASETELMA.....	10
4 MENETELMÄT.....	11
5 TULOKSET	14
5.1 Hakuprosessin kuvaus	14
5.2 Laadunarviointi.....	15
5.3 Tutkimusten kuvaileva esittely.....	16
5.4 Koonti tutkimusten tuloksista.....	17
5.4.1 Sydänkuntoutuksen merkitys.....	18
5.4.2 Psykologiset tekijät.....	20
5.4.3 Fyysiset tekijät.....	22
5.4.4 Läheisten tuki, sosiaaliset suhteet ja kulttuuriset tekijät.....	25
6 POHDINTA.....	27
6.1 Yhteenveto päätuloksista ja tulosten merkitys	27
6.2 Rajoitteet ja vahvuudet	30
6.3 Johtopäätökset	31
LÄHTEET	32
LIITTEET	
Liite 1: Tutkimusten kuvaileva esittely taulukossa	
Liite 2: Esimerkki sisällönanalyysin prosessista – Sydänkuntoutus	
Liite 3: Laadunarviointitaulukko	

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonisairauksista sepelvaltimotauti on aivoverenkiertohäiriöiden lisäksi yksi eniten kuolemaan johtavista sairauksista maailmassa. Vuosittain ympäri maailmaa noin yhdeksän miljoonaa ihmistä menehtyy sepelvaltimotaudin aiheuttamaan sydäninfarktiin. (WHO 2020). Perel ym. (2015) mukaan ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen 75–80 % sydän- ja verisuonitapahtumista olisi ehkäistävissä lääkintään ja elämäntapamuutokseen sitoutumalla, sekundaaripreventiivisin keinoin. Vaikka sepelvaltimotautikuolleisuus on ollut laskusuuntainen 1970-luvulta lähtien, edelleen Suomessa joka viides mies ja joka seitsemäs nainen menehtyy sepelvaltimotautiin, kokonaismäärän ollen vuonna 2019 yhteensä 8600 henkeä (Tilastokeskus, 2020). Suomessa hoidetaan vuosittain noin 17 000 sydäninfarktipotilasta (Sydäninfarktin diagnostiikka: Käypä hoito -suositus 2014). Akuutin sydäninfarktin jälkeen tulisi pyrkiä sekundaaripreventioon, jonka peruspilarina on liikuntapohjainen sydänkuntoutus. Sydänkuntoutuksella pyritään potilaan hyvään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sydäninfarktin jälkeen (ST-nousuinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011).

Hekkalan ja Laukkasen (2020) mukaan Suomessa sepelvaltimotautipotilaiden ohjaus omahoitoon sekä sekundaaripreventioon on jäljessä verrattuna muuhun Eurooppaan. Sekundaariprevention on näyttöön perustuen osoitettu olevan olennainen osa sepelvaltimotautipotilaan ja sydäninfarktin sairastaneen hoitoa, mutta sitä käytetään edelleen liian vähän. Mahdollisten uusien sydäntapahtumien ehkäisyn kannalta olisi tärkeää, että potilaan ohjaus omahoitoon sydäninfarktin jälkeen olisi säännönmukaista sekä tasalaatuista ympäri maata. Kotseva ym. (2019) kuvaavat, kuinka sekundaariprevention tarkoituksena sydäninfarktin jälkeen on ehkäistä uusia sydäntapahtumia elämäntapamuutoksen ja lääkehoidon avulla. Tarkoitus on pyrkiä tupakoimattomuuteen, seurata liikunta- ja ravitsemussuosituksia, vähentää stressiä sekä sitoutua lääkehoitoon. Sydänkuntoutus tähtää edellä mainittuihin ja tarjoaa sydänpotilaille myös arvokasta vertaistukea (Hekkala & Laukkanen 2020).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemuksiin pohjaten edistäviä ja estäviä tekijöitä, jotka vaikuttavat elämäntapamuutokseen sitoutumiseen. Tutkimuksia tarkastellaan laadullisen synteessin avulla, aineistolähtöistä sisällönanalyysia soveltaen. Tässä tutkielmassa sepelvaltimotautipotilaista käytetään myös

nimitystä sydänpotilas. Terveiden edistämisen kannalta ajateltuna on tärkeää ymmärtää sydänpotilaiden kokemuksia ja erilaisia käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat elämäntapamuutokseen. Kokemusten ymmärtämisen myötä esimerkiksi sekundaaripreventiivisistä interventioista tai kuntoutusohjelmista voi tehdä vaikuttavampia, jolloin ne vastaavat paremmin sydänpotilaiden tarpeisiin.

2 ELÄMÄNTAPAMUUTOS SYDÄNINFARKTIN JÄLKEEN

Sepelvaltimotaudin aiheuttama sydäninfarkti on Suomessakin yleinen kuolinsyy, joka viidennen miehen ja joka seitsemännen naisen menehtyessä siihen vuosittain (Tilastokeskus 2020). Lehto ym. (2020) kuvaavat, että sepelvaltimotautipotilaita on paljon, ja väestön ikääntyessä sairauden arvioidaan lisääntyvän ja komplisoituvan entisestään ihmisten ollessa yhä monisairaampia. Krooninen pitkäaikaissairaus vaatii potilaan sitoutumisen omaan hoitoon terveydenhuollon ollessa hoidon tukena ja tiedonantajana (Hekkala & Laukkanen 2020, Lehto ym. 2020).

2.1 Sydäninfarktin jälkeinen sekundaaripreventio

Kansainvälisissä ja kotimaisissa hoitosuosituksissa määritellään sydäninfarktin jälkeiset sekundaaripreventiiviset toimet, joilla on tarkoitus ehkäistä tulevaisuuden sydäninfarkteja sekä taata potilaille mahdollisuus hyvään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Keskeistä sekundaariprevention kannalta lääkehoidon lisäksi on tupakoimattomuus ja terveelliset elämäntavat (ST-nousuinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011, Visseren ym. 2021). Riski saada uusi sydäninfarkti on korkeimmillaan ensimmäisen vuoden sisällä edellisestä infarktista, varsinkin korkean riskin potilailla. Korkealla riskillä tarkoitetaan aikuistyyppin diabetesta, sairastettua sydäninfarktia, tehtyä ohitusleikkausta, alaraajojen valtimotautia, sydämen vajaatoimintaa, tai kroonista munuaisten vajaatoimintaa (Jernberg ym. 2015). Sydäninfarktin riskitekijöitä ovat tupakointi, korkealla tasolla oleva verenpaine sekä tyydyttynyt LDL-kolesteroli, ja diabetes. Edellä mainittujen tekijöiden huolellinen hoitaminen on keskiössä ehkäistäessä sekä primaaripreventiivisesti että sekundaaripreventiivisesti seuraavia sydäntapahtumia. Tupakoimattomuuteen tulisi tukea käyttämällä enemmän esimerkiksi lääkehoitoa. Keskeistä on myös kolesteroliarvojen saaminen tavoitelukemiin, kokonaiskolesterolin ollessa alle 4,5 ja LDL alle 1,8, kolesterolilääkitystä käyttäen (Lehto ym. 2020, ST-nousuinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011).

Ruotsalaisella väestöllä tehty suuri retrospektiivinen kohorttitutkimus osoitti, että yksi viidesosa sydäninfarktin sairastaneista kokee uuden sydän- ja verisuonitapahtuman; aivoverenkiertohäiriön, sydäninfarktin tai äkkikuoleman vuoden sisällä ensimmäisestä sydäninfarktista. Tämän vuoksi sydäninfarktin sairastaneiden seuranta tulisi olla järjestelmällistä, tiivistä ja ottaa huomioon potilaiden tarvitsemat sekundaaripreventiiviset

toimet erilaisten kuntoutusohjelmien muodossa (Jernberg ym., 2015). Sydänpotilaiden sekundaariprevention tavoitteisiin pääsemiseksi se tulisi huomioida päätöksenteossa yhteiskunnallisesti kaikilla sen tasoilla ja terveydenhuollon resursseista tulisi huolehtia (Lehto ym. 2020, Perel ym. 2015). Erityisesti perusterveydenhuollossa tehtävä ohjaus ja tukeminen on tärkeää potilaan sydänsairauden hoitotasapainon luomiseksi. Samalla elämäntapaohjauksella ja hoitotavoitteisiin pääsemällä ehkäistään paitsi uusien vakavien sydäntapahtumien, myös muiden sairauksien syntymistä, esimerkiksi aikuistyypin diabetesta (Lehto ym. 2020). Sydänpotilaiden hyvä sekundaaripreventio on paitsi elämää säästävää, elämänlaatua lisäävää, myös kustannustehokasta (Brown ym. 2013, Lehto ym. 2020, Perel ym. 2015).

Brown ym. (2013) kuvaavat meta-analyysissa, kuinka yhdessätoista sepelvaltimotautipotilaiden ohjausta toteuttavassa interventiossa todettiin potilasohjauksen olevan merkittävä keino lisätä potilaiden elämänlaatua sekä vähentää kustannuksia, kun potilasohjauksen myötä akuuttihoiton tarve vähenee. Meta-analyysissa todettiin, että sydänpotilaiden kuntoutuksen tulisi sisältää sydänpotilaille sopivaa ohjausta, tukien varsinkin liikuntaa ja potilaiden psykologisia tarpeita. Potilaiden ohjaus sisältää useimmiten tavoitteen terveystyötytymisen muutokseen, ja tällaisia metodeja tulisi sisällyttää sydänkuntoutusohjelmiin. Perel ym. (2015) tiivistävät, että sekundaaripreventio sisältää sekä lääkehoidon, että terveystyötytymisen muutokseen tähtäävät toimet. Lääkehoidon neljä tärkeintä valmistetta ovat aspiriini, ACE-estäjät, statiinit sekä beetasalpaajat, jos on kyse iskeemisestä sairaudesta. Käyttäytymisen muutokseen tähtäävät toimet ovat tupakoimattomuus, fyysinen aktiivisuus, terveellinen ruokavalio sekä stressin hallinta. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksen ja potilasohjauksen sisältö ja vaikuttavuus -Käypä hoito -suosituksessa (2015) kuvataan, minkälaisia tekijöitä tulisi sisältyä sydänpotilaan kuntoutukseen ja kuinka vaikuttavia ne ovat. Riskitekijöihin sekä elämäntapoihin vaikuttamisen lisäksi tulisi huomioida potilaan sopeutuminen krooniseen sairauteen, sosiaaliturva, vertaistuen saaminen sekä toimintamallit sen varalta, että potilaan oireet pahenevat tai häntä kohtaa hätätilanne.

2.2 Sekundaariprevention toteuttaminen

Sydäninfarktin sairastaneet saavat ensitietoa sepelvaltimotaudista, sen hoitomenetelmistä ja lääkityksestä jo sairaalassa ollessaan. Elämäntapaohjaus aloitetaan myös sairaalassa, mutta

varsinainen sydänkuntoutus järjestetään useimmissa sairaanhoitopiireissä Suomessa hyvin erilaisin tavoin. Sydänkuntoutus on aiemmissa tutkimuksissa todettu vaikuttavaksi keinoksi, mutta sen käyttäminen on Suomessa hyvin kirjavaa ja sen järjestäjien omaan motivaatioon perustuvia esimerkiksi perusterveydenhuollossa (Hekkala & Laukkanen 2020). Liikunnalliseen kuntoutukseen ohjautuu Suomessa noin 40 prosenttia sepelvaltimotautipotilaista, vaikka sen on todettu vähentävän merkittävästi potilaiden kuolleisuutta ja sairastuvuutta (Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus 2016). Perel ym. (2015) kuvaavat, että tilanne on kuitenkin parempi rikkaissa länsimaissa, joihin Suomikin kuuluu. Köyhempien maiden potilaiden sydänkuntoutukseen osallistumisprosentti vuonna 2015 oli 26 prosenttia. Sydänkuntoutuksen ja sekundaaripreventiivisten toimien tulisikin yhtenäistyä ja lisätä saavuttavuutta koko maailmassa, jotta sydän- ja verisuonisairauksien kuolleisuus vähenisi. Käypä hoito -suosituksessa akuutin sydäninfarktin hoidossa (2011) arvellaan, että osittain kuntoutuksen toteuttamisen vaihtelevuuteen vaikuttaa kuntoutuksen toteuttaminen laitosolosuhteissa ja keskittyen työikäiseen väestöön.

Potilaalta itseltään vaaditaan motivaatiota omahoitoon ja elämään kroonisen sairauden kanssa. Tämän tueksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisten tukea, jotta potilas saisi itselleen sopivaa valmennusta ja toimintamalleja, joita toteuttaa omassa elämässään siihen sopivalla tavalla (Hekkala & Laukkanen 2020). Perel ym. (2015) kuvaavat sekundaaripreventiota tarkastelevassa artikkelissaan, kuinka potilaan sitoutumista elämäntapamuutokseen tulisi tukea terveydenhuollosta. Heidän mukaansa tiedon tulisi olla asianmukaista, oikea-aikaista sekä ajantasaista. He korostavat, kuinka sitoutumisen tukeminen voi olla haastavaa, sepelvaltimotaudin hoidon ollessa potilaalle loppuelämän mittainen tehtävä. Perelin ym. (2015) esittelemässä interventiossa potilaiden sitoutumisen lisäämiseksi todettiin, että potilaiden kohtalokkaat käsitykset sairaudesta estivät sairauden omahoitoon sitoutumista. Potilaiden sitoutuminen elämäntapamuutoksiin todettiin laskevan merkittävästi kuuden kuukauden jälkeen, sen vuoksi primaarisen ohjauksen tulisi olla vaikuttavaa ja tehokasta. Myös käsitys jo hoidetusta sairaudesta esimerkiksi pallolaajenuksella vaikeutti elämäntapamuutosten omaksumista ja integroimista arkeen intervention mukaan. Perelin ym. (2015) mukaan potilaiden läheiset voivat olla tärkeä osa suositusten omaksumisessa, muutoksissa tukemisessa ja suosituksista muistuttamisessa. He esittävät myös, että tulevaisuuden digitalisaatio ja älypuhelinien olemassaolo voidaan nähdä kustannustehokkaana mahdollisuutena terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden toteuttamisessa sepelvaltimotautipotilailla.

Zheng ym. (2018) kuvaavat, kuinka akuutti sydäninfarkti koskettaa sekä potilasta että koko perhettä vakavalla tavalla. Sepelvaltimotautipotilaiden masennusoireet sydäninfarktin jälkeen ovat yleisiä. Jopa puolet potilaista kärsii masennus- ja ahdistusoireista viikon jälkeen sydäninfarktista. Pitkäaikaisseurannassa 12 kuukauden kohdalla n. 37 %:lla oli masennusoireita, 41 %:lla ahdistusoireita ja noin 50 %:lla potilaista sekä masennus- että ahdistusoireita. Potilaat kärsivät vihamielisyydestä, vihasta, ahdistuksesta ja masennuksesta. Kyseiset psykologiset riskitekijät ja masennusoireet voivat lisätä riskiä uudelle sydäninfarktille sekä nostaa potilaiden kuolleisuutta 2–2,5-kertaiseksi verrattuna niihin, joilla ei ole masennusoireita. Masennus- ja ahdistusoireet voivat vaikuttaa haitallisesti potilaiden terveystyöskäytymiseen; terveellisten elämäntapojen noudattamiseen, hoitoon hakeutumiseen sekä riskitekijöihin huomion kiinnittämiseen. Masennuksen ja ahdistusoireiden arvioinnin nähtiin olevan riittämätöntä terveydenhuollossa sydäninfarktin sairastaneilla. Akuutin sydäninfarktin käypä hoito -suosituksessa (2011) kuvataan, kuinka potilaiden masennusoireita tulisi arvioida kotiuttamisvaiheessa ja jatkossa seurantakäynneillä. Joillakin masennuslääkkeillä on todettu olevan vaikuttavuutta uuden infarktin syntymisen ehkäisyyn, mutta hoito on toteutunut huonosti sydänpotilailla. Zheng ym. (2018) meta-analyysissä liikuntapohjaisen kuntoutuksen todettiin olevan vaikuttava hoitomuoto sydäninfarktin sairastaneille sepelvaltimotautipotilaille, vähentäen ahdistus- ja masennusoireita merkittävästi ja lisäävän elämänlaatua. Zheng ym. (2018) mukaan esimerkiksi kognitiivisen psykoterapian, ratkaisukeskeisen psykoterapian ja interpersonaalisen psykoterapian on todettu olevan vaikuttava keino hoitaa sydäninfarktin sairastaneiden ahdistus- ja masennusoireita ja sitä suositeltiin potilaille osana sydänkuntoutusta.

2.3 Terveystyöskäytymiseen liittyvät tekijät

Ravitsemus. Sydänliiton ravitsemussuosituksessa sydänystävällinen ruokavalio kuvataan Pohjolan ruokakolmion avulla vahvaan tieteelliseen näyttöön perustuen. Sydänterveellisessä ruokavaliossa tärkeää on huomioida rasvan laatu, vähentää tyydyttyneitä rasvoja ja lisätä kohtuudella pehmeitä, tyydyttymättömiä rasvahappoja. Runsaasti kasviksia, kuituja ja kalaa sekä vähän punaista lihaa ja suolaa sisältävä ruokavalio on suositeltava (Sydän ja ruoka - suositus 2021). Myös Välimeren ruokavaliolla, joka sisältää paljon pehmeitä rasvoja, pähkinöitä, palkokasveja, kasviksia, kalaa ja vain vähän punaista lihaa,

on todettu olevan suotuisia vaikutuksia sepelvaltimotautipotilaiden hyvinvointiin sekä laboratorioarvoihin (Stabiili sepelvaltimotauti: Käypä hoito -suositus 2015).

Liikunta. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnalliseen kuntoutukseen on Suomessa luotu fysioterapeuttien toimesta oma suositus (2016). Suosituksessa kuvataan, kuinka potilaan sepelvaltimotaudin ollessa tasapainossa sydäninfarktin jälkeen, voidaan aloittaa liikunnallinen kuntoutus. Kuntoutuksen ensiarvion suorittaa fysioterapeutti, jonka ohjauksessa potilas aloittaa liikunnan kevyestä tasosta raskasta tasaisesti lisäten. Suosituksessa on määritelty fyysisen aktiivisuuden sisältö seuraavasti: fyysistä aktiivisuutta hyöty- ja arkiliikunnan muodossa tulisi olla päivittäin, 30–60 minuuttia kerrallaan. Kuitenkin niin, että aktiivisuus toteutuisi vähintään 3–4 kertaa viikossa. Kestävyysliikuntaa tulisi olla kohtuullisella kuormituksella 20–60 minuuttia kerrallaan mielellään päivittäin, kuitenkin vähintään 3–5 kertaa viikoittain. Lihasvoimaharjoittelua tulisi tehdä kohtuullisesti kuormittaen 2–3 kertaa viikossa. Lihasvoimaharjoittelussa tulisi kuormittaa suurimpia lihasryhmiä kahdeksasta kymmeneen erilaisella liikkeellä. Zheng ym. (2018) kuvaavat, kuinka liikunnalla on todettu olevan suotuisia vaikutuksia mielialaan, toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Suosituksessa sepelvaltimotautipotilaan liikunnallisesta kuntoutuksesta (2016) korostetaan, miten liikunta tehostaa sydän- ja verenkiertoelimistön toimintaa ja nopeuttaa kuntoutumista mahdollisten kajoavien toimenpiteiden (pallolaajennus, ohitusleikkaus) jälkeen. Sydämen pumppausteho todennäköisesti kasvaa ja liikunnan on todettu lisäävän HDL-kolesterolipitoisuutta. Liikuntaan sitoutumista tulisi seurata kontrollikäynneillä ja tarvittaessa lisätä sitoutumista henkilökohtaisella ohjauksella.

Tupakoimattomuus. Tupakoinnin lopettaminen on merkittävä sepelvaltimotautikuolleisuuden vähentäjä (Perel ym. 2015) ja tupakointi vaikuttaa monin tavoin sydänterveyteen (Syväne 2019). Tupakoinnin lopettaminen on keino, jolla potilas voi eniten vaikuttaa omaan terveyteensä välittömästi (ST-nousuinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011). Syväne (2019) kuvailee, kuinka tupakointi lisää kuolleisuusriskiä sydän- ja verisuonitautiin 2–3-kertaisesti tupakoimattomiin verrattuna. Naisille tupakointi aiheuttaa vielä suuremman sairastumisriskin kuin miehillä. Nikotiini aiheuttaa sydämen sykkeen kiihtymistä, joka osaltaan lisää hapentarvetta sydänlihaksessa. Hiilimonoksidi vähentää hapen määrää, nostaa sen myötä hemoglobiinia ja heikentää veren virtausta suonissa. Veren hyytymistäipumus nousee, tupakointi vaikuttaa haitallisesti myös kolesteroliarvoihin ja lisää elimistön tulehdustilaa (Syväne 2019). Tupakoinnin lopettamisesta noin viiden vuoden kuluttua riski sairastua

verisuonitautiin on huomattavasti pienentynyt (Stabiili sepelvaltimotauti 2015). Kuitenkin jo puolen vuoden kohdalla lopettamisesta riski saada uusi sydäninfarkti, on pienempi (Syväne 2019).

Stressi. Työstressin on arvioitu lisäävän kuolleisuutta jopa 50 %:lla potilaista, joilla on joko sepelvaltimotauti, diabetes tai sairastettu aivoinfarkti (Huttunen 2019). Jacques-Smilovic ym. (2021) kuvaavat meta-analyysissa, kuinka noin joka neljäs sydäninfarktin sairastaneista saa akuutin stressireaktion äkillisen, henkeä uhkaavan tilanteen seurauksena. Heidän mukaansa osa, tutkimuksista riippuen 3–16 prosenttia sydäninfarktin sairastaneista saa traumaperäisen stressihäiriön (PTSD). Osalle potilaista PTSD jää pidempiaikaiseksi tilaksi, jopa useiksi vuosiksi. Jacques-Smilovicin ym. (2021) tutkimuksessa oli kuvattu sydäninfarktin sairastaneiden kokeneen sydäninfarktin jälkeen pelkoa uudesta kohtauksesta. Potilaat kokivat stressin hallitsevan elämää sekä aiheuttavan ahdistusoireita, jotka osaltaan lisäävät sympaattisen hermoston toimintaa ja vaikuttavat sydämen- ja verisuonielimistön toimintaan haitallisesti, aiheuttaen mahdollisen uuden sydäninfarktin. Tämän vuoksi Jacques-Smilovicin ym. (2021) mukaan potilaiden tulisikin välttää stressiä ja mahdolliset PTSD:n kaltaiset tilat tulisi huomioida potilasta hoidettaessa ja tarvittaessa hoitaa niitä esimerkiksi psykoterapian keinoin. Suomessa Sydänliitto (2018) tarjoaa sydänpotilaille ja ammattilaisille näyttöön perustuvaa tietoa ja neuvoja oman sairauden hoitoon. Sydänliiton mukaan stressin hallintaan sydänpotilaat voivat käyttää muun muassa erilaisia mindfulness-menetelmiä. Tietoiseen läsnäoloon perustuvat harjoitukset tuovat huomion tähän hetkeen, vähentävät murehtimista ja lisäävät esimerkiksi hyväksyntää myös niitä asioita kohtaan, joita ei voi muuttaa (Stressin hallinta mindfulnessin avulla 2018). Tämän ohella esimerkiksi läheisten tuki ja itselle mieluisat harrastukset voivat olla tärkeitä tekijöitä stressitasojen laskemiseksi. Joillekin henkilöille luonnossa liikkuminen voi muodostua merkittäväksi tekijäksi stressin hallinnassa ja positiivisen mielialan ylläpidossa (Luontoliikunnan hyvinvointivaikutukset ja positiivinen mielenterveys 2018).

2.4 Edistävät ja estävät tekijät elämäntapamuutokseen sitoutumisessa

Edistävät tekijät. Levesquen ym. (2012) mukaan elämäntapamuutokseen sitoutumisen edistäviä tekijöitä ovat potilaan ikä, vanhempien potilaiden sitoutuessa todennäköisimmin lääkehoitoon ja elämäntapamuutoksiin. Toinen merkitsevä tekijä heidän mukaansa oli potilaan ja lääkärin luottamukseen perustuva suhde, sen onnistuessa potilas todennäköisemmin sitoutui

omahoitoonsa. Kotsevan ym. (2019) mukaan kaikkien sydänpotilaiden tulisikin saada riittävää moniammatillista ohjausta oman sairautensa ja omahoidon tueksi, jotta potilaiden sekundaaripreventio voisi toteutua riittävällä tasolla. Esimerkkinä he kuvasivat interventiota, jossa sairaanhoitajan ohjaama moniammatillinen kuntoutusryhmä johti hyviin tuloksiin hoitoon sitoutumisessa erityisesti ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyen. Kotseva ym. (2019) korostivat myös, miten erilaiset lääketieteelliset ja kulttuurilliset tekijät tulisi ottaa kansallisella tasolla huomioon elämäntapamuutosohjelmia suunnitellessa. Levesque ym. (2012) osoittivat katsauksessaan, kuinka sosiaaliset suhteet ja perheenjäsenien tuki vaikuttavat potilaiden lääkehoitoon ja elämäntapamuutokseen sitoutumiseen positiivisesti. Toisaalta he havaitsivat myös, että sosiaaliset suhteet voivat olla estäviä tekijöitä, jos vertaisten asenteet hoitoa kohtaan ovat negatiivisia. Tällöin potilaatkin voivat omaksua ympäristöstään negatiivisia asenteita omahoitoa kohtaan.

Estävät tekijät. Kotsevan ym. (2019) mukaan suuri osa sepelvaltimotautipotilaista ei sitoudu preventiiviseen hoitoon riittävällä tasolla. Erityisesti tupakoinnin lopettaminen on haastavaa. Potilaiden heikko sitoutuminen elämäntapamuutokseen vaatisi käyttäytymistieteellisiä toimia sekä aikaa potilaiden ohjaukseen terveydenhuollossa. Alharbi ym. (2017) kuvaavat, että estävinä tekijöinä erityisesti sydänpotilaiden liikuntatottumuksien omaksumiseen ovat motivaation puute, itsesätelyn ongelmat ja niiden aiheuttama sitoutumattomuus liikuntaan. Levesque ym. (2012) osoittivat omassa katsauksessaan, kuinka huonoksi koettu terveys ennen sydäninfarktia on yhteydessä siihen, että ihminen sitoutuu elämänmuutokseen heikommin. Pogosova ym. (2017) kuvaavat, kuinka joka kolmannella naisella ja joka viidennellä miehellä todetaan ahdistus- ja masennusoireita sydäntapahtumien jälkeen. Nämä kuitenkin useimmiten jäävät hoitamatta tai huomioimatta kokonaan ja osaltaan voivat olla vaikuttamassa siihen, että potilaan sitoutuminen elämäntapamuutokseen on heikkoa. Ahdistus- ja masennusoireet ovat yhteydessä vähäiseen liikkumiseen, tupakointiin ja epäterveelliseen ruokavalioon. Pogosovan ym. (2017) mukaan masennusta sairastavat potilaat sitoutuvat vähemmän lääkityshoitoon, erityisesti kolesterolilääkitykseen. Kotseva ym. (2019) nostavat esiin myös ohjauksen akuuttivaiheessa; vaikka se olisi laadukasta, se ei useinkaan ole riittävä – sydänpotilaat tarvitsevat ohjausta useaan otteeseen akuutin vaiheen jälkeenkin.

3 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUSASETELMA

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia elämäntapamuutokseen sitoutumisesta. Jotta voitaisiin ymmärtää paremmin terveystyöskäytännön muutokseen sitoutumiseen liittyviä tekijöitä, tulisi ymmärtää, mitkä tekijät vaikuttavat käyttäytymisen taustalla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät edistävät elämäntapamuutokseen sitoutumista sydäninfarktin jälkeen?
2. Mitkä tekijät estävät elämäntapamuutokseen sitoutumista sydäninfarktin jälkeen?

Elämäntapamuutoksella tarkoitetaan terveelliseen ravitsemukseen, fyysiseen aktiivisuuteen tupakoimattomuuteen sekä stressittömämpään elämään pyrkimistä. Edellä mainittujen lisäksi keskiössä on lääkehoitoon ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjeisiin sitoutuminen.

4 MENETELMÄT

Hakustrategia ja valintakriteerit. Tutkielmaan valittujen tutkimusten sisäänottokriteerit olivat laadullinen tutkimusmenetelmä, sydäninfarktin sairastaneet ja potilaiden kokemukset sydäninfarktin jälkeen. Hakusanat kategorisoitiin kolmeen kokonaisuuteen ja erilaisia synonyymeja haettiin MeSH-tietokannan lääketieteellisen sanaston avulla (taulukko 1). Hakulausekkeeksi muodostui: coronary artery disease OR cad OR coronary heart disease OR myocardial infarction AND cardiac rehabilitation OR cardiac rehab* OR cardiovascular rehab* OR lifestyle change* AND experience* OR perception* OR attitude* OR view*. Näillä hakusanoilla pyrittiin rajaamaan hakutulokset koskemaan sydäninfarktin sairastaneita, elämäntapamuutokseen pyrkimistä sekundaariprevention näkökulmasta sekä löytämään laadullisia tutkimuksia potilaiden kokemuksia kuvaavilla hakusanoilla. Tutkimukset rajattiin ajallisesti 2016–2021, siten haluttiin rajata tulosten määrää sekä taata lähteiden ajantasaisuus. Systemaattiset tiedonhauet tehtiin syys- ja lokakuussa 2021 CINAHL-, MedLine- sekä PubMed-tietokannoista. Kaikki haut dokumentoitiin Excel-taulukkoon, sopivat tutkimukset tallennettiin viitteidenhallintaohjelma Zoteroon sekä pdf-tiedostoina omaan kansioon tietokoneelle.

TAULUKKO 1. Hakusanat kategorisoituina

Hakusana 1	Hakusana 2	Hakusana 3
coronary artery disease	cardiac rehabilitation	experience*
cad	cardiac rehab*	perception*
coronary heart disease	cardiovascular rehab*	attitude*
myocardial infarction	lifestyle change	view*

Kriittinen arviointi. Aihe rajattiin koskemaan vain sydäninfarktin sairastaneita sepelvaltimotautipotilaita, tämän potilasryhmän ollessa merkittävä maailmanlaajuisen sairastavuuden ja kuolleisuuden kannalta (WHO 2020). Elämäntapamuutokseen perustuvat tutkimukset otettiin mukaan, koska haluttiin saada käsitys potilaiden kokemuksista ja ymmärtää, minkälaisia tekijöitä potilaiden terveystietoisuuden taustalta löytyy. Erityiset elämäntapamuutoksen kohteet, joita tässä kirjallisuuskatsauksessa haluttiin tarkastella, ovat sekundaariprevention pyrkimykset; sepelvaltimotautipotilaan terveellinen ruokavalio, fyysinen aktiivisuus, tupakoimattomuus sekä stressin vähentäminen (Perel ym. 2015). Tutkielmaan

valittujen tutkimusten laadunarviointi toteutettiin Joanna Briggs instituutin (JBI) luoman laadullisten tutkimusten arviointityökalun (2018) mukaisesti.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Tutkimuksista kerätyt päätulokset ovat koottu taulukkoon (liite 1). Tutkimuksesta kerätyt tiedot olivat viitetiedot, maa, otoskoko, metodologia sekä päätulokset. Kyseisiä tietoja peilattiin jatkuvasti tutkimuskysymyksiin. Laadullinen synteesi tehtiin etsimällä ja kokoamalla tutkimuksista yhteisiä teemoja, joilla potilaiden kokemuksia jäsenneltiin sisällönanalyysin periaattein. Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan sisällönanalyysin alussa on tarkoitus pelkistää eli redusoida alkuperäisiä ilmauksia aineistosta. Redusointivaiheen jälkeen aineistoa ryhmitellään eli klusteroidaan erilaisten aihetta parhaiten kuvaavien alaluokkien alle. Alaluokat yhdistetään edelleen yläluokkiin ja lopuksi pääluokkiin, jotka kuvaavat kokonaisuudessaan kyseessä olevaa ilmiötä. Tässä yhteydessä aineistosta abstrahoidaan eli käsitteellistetään aineistosta nousseita asioita ja luokitellaan niitä niin pitkälle, että lopulta päästään pääluokkiin. Pääluokkien on tarkoitus vastata tutkimuskysymyksiin, joihin tutkimuksessa halutaan vastaus. Tässä työssä esimerkkinä sisällönanalyysin prosessista on sydäntuntoutuksesta koottu ryhmittely (liite 2). Muiden pääluokkien analyysiprosessit on toteutettu samoin. Muiden teemojen kohdalla alaluokat ovat elämäntapamuutokseen liittyvät edistävät ja estävät tekijät, sydäntuntoutuksessa esiin nousivat myös kehityskohteet. Pääluokkiin päästiin suoraan alaluokista, eikä erillisiä yläluokkia muodostettu tässä työssä.

Tutkimusten jaottelu teemoittain. Tutkimusartikkeleiden päätuloksia tarkastellessa neljä pääteemaa korostuivat aineistossa: sydäntuntoutus, psykologiset tekijät, fyysiset tekijät sekä läheisten tukeen, sosiaaliin suhteisiin sekä kulttuuriin liittyvät tekijät. Jokaisen pääteeman alle lajiteltiin tutkimukset, joista löytyi teemaa koskevaa materiaalia (taulukko 2). Taulukon avulla on helpompi hahmottaa, miten eri tutkimuksissa on käyty läpi elämäntapamuutoksiin liittyviä asioita. Taulukon avulla tutkimuksien jaottelun kuvasi Aveyard (2010) kirjassaan, laadullisen aineiston teemoittelua koskevassa kappaleessa.

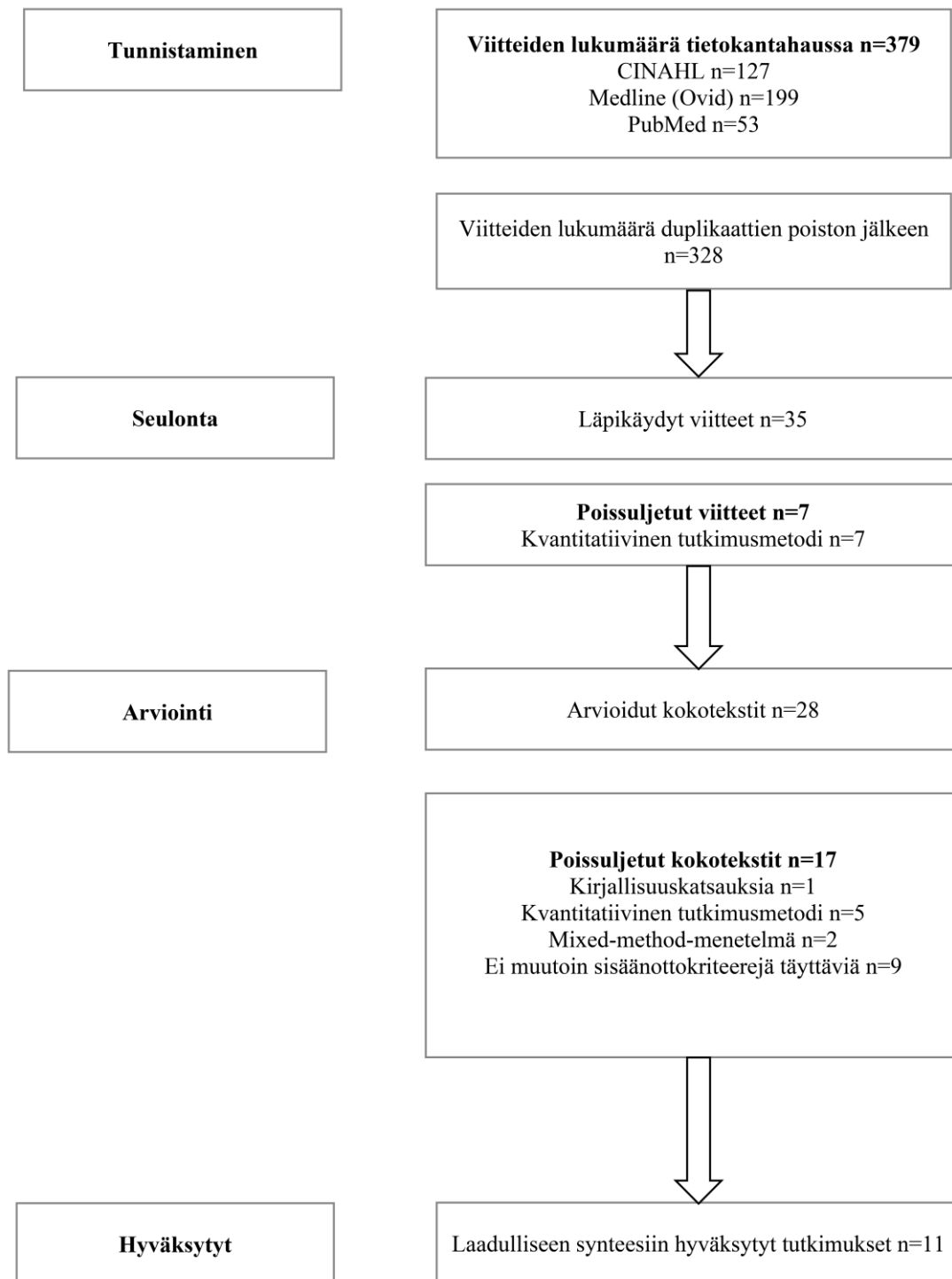
TAULUKKO 2. Tutkimukset pääteemojen mukaisesti.

Sydäntuntoutus	Psykologiset tekijät	Fyysiset tekijät	Läheisten tuki, sosiaaliset suhteet ja kulttuuriset tekijät
Admi ym. 2019	Admi ym. 2019	Bäck ym. 2017	Admi ym. 2019
Bäck ym. 2017	Coull & Pugh 2021	Bäck ym. 2020	Dilla ym. 2020
Bäck ym. 2020	Fålnun ym. 2016	Coull & Pugh 2021	Nicolai ym. 2018
Coull & Pugh 2021	Nicolai ym. 2018	Nicolai ym. 2018	Wieslander ym. 2016
Fålnun ym. 2016	Simonÿ ym. 2017	Smith ym. 2017a	
Nicolai ym. 2018	Smith ym. 2017a	Wieslander ym. 2016	
Simonÿ ym. 2017	Smith ym. 2017b		
Smith ym. 2017b	Wieslander ym. 2016		
Wieslander ym. 2016			

5 TULOKSET

5.1 Hakuprosessin kuvaus

Systemaattinen tiedonhaku toteutettiin ennalta muodostetuilla hakulauseilla (taulukko 1). Haut dokumentoitiin vuokaavioon PRISMA-menetelmän mukaisesti (kuva 1). Yhteensä tutkimuksia löytyi 379 kappaletta, lopullinen viitteiden lukumäärä duplikaattien poiston jälkeen oli 328 kappaletta. Tämän jälkeen viitteet käytiin läpi otsikko- ja abstraktitasolla, joista poissuljettiin selvästi kvantitatiiviset tutkimukset. Kokotekstiarviointiin jäi 28 tutkimusta, joista poissuljettiin 17 tutkimusta. Poissulkemisten syyt olivat kirjallisuuskatsaus, kvantitatiivinen tutkimusmetodi, mixed-method-menetelmä tai tutkimukset, jotka eivät muutoin kohdanneet sisäänottokriteerejä. Yleisin syy tutkimusten hylkäämiseen oli useammanlaiset potilasryhmät kuin joita katsauksessa oli tarkoitus käsitellä. Vielä laadunarviointivaiheessa yksi tutkimus hylättiin sen käsitellessä muitakin sydänpotilasryhmiä kuin sepelvaltimotautipotilaita. Lopuksi laadulliseen synteisiin hyväksyttiin 11 tutkimusartikkelia.



KUVA 1. Vuokaavio hakujen toteutuksesta.

5.2 Laadunarviointi

Laadunarviointi dokumentoitiin taulukkoon (liite 3), josta käy ilmi JBI:n laadunarviointityökalun (2018) sisältämät yksityiskohdat sekä laadunarvioinnin lopputulokset. Valitut tutkimusartikkelit ovat vertaisarvioituja ja julkaistu eri tieteenalojen lehdissä. Kaikki

tutkimukset ovat korkealaatuisia, vaikka kaikki laadunarviotyökalussa kuvatut kohdat eivät joka tutkimuksen kohdalla toteutuneet. Laadun arvioinnin myötä voineen todeta, että eniten heikkouksia oli havaittavissa tutkijoiden oman aseman huomioon ottamisessa tutkimusta tehdessä, sekä kulttuuristen tekijöiden merkityksien arvioinnissa. Tutkimuksien metodologiset lähtökohdat olivat kuitenkin vahvasti raportoituja ja perustellen kuvattu tutkimuksissa ja täten tutkimukset hyväksyttiin osaksi kirjallisuuskatsausta.

5.3 Tutkimusten kuvaileva esittely

Tutkielmaan valittujen tutkimusten metodologiset lähtökohdat ovat esiteltynä taulukossa (liite 1). Tutkimusmetodeista laadullista sisällön analyysia käytettiin kuvatessa naisten kokemuksia sydäninfarktista toipumisessa, elämäntapamuutoksiin liittyvien asenteiden, tarpeiden ja kokemusten tarkasteluun keskittyvässä tutkimuksessa, sekä potilaiden päämääriä, voimavaroja ja esteissä tarkastelevassa tutkimuksessa. Yhdistävä tekijä näissä tutkimuksissa oli, että tutkittavia ilmiöitä haluttiin kuvailla erilaisilla teemoilla ja tehdä niistä laadullisen sisällönanalyysin avulla ymmärrettävämpiä (Bäck ym. 2020, Fåln ym. 2016, Nicolai ym. 2018, Smith ym. 2017b, Wieslander ym. 2016).

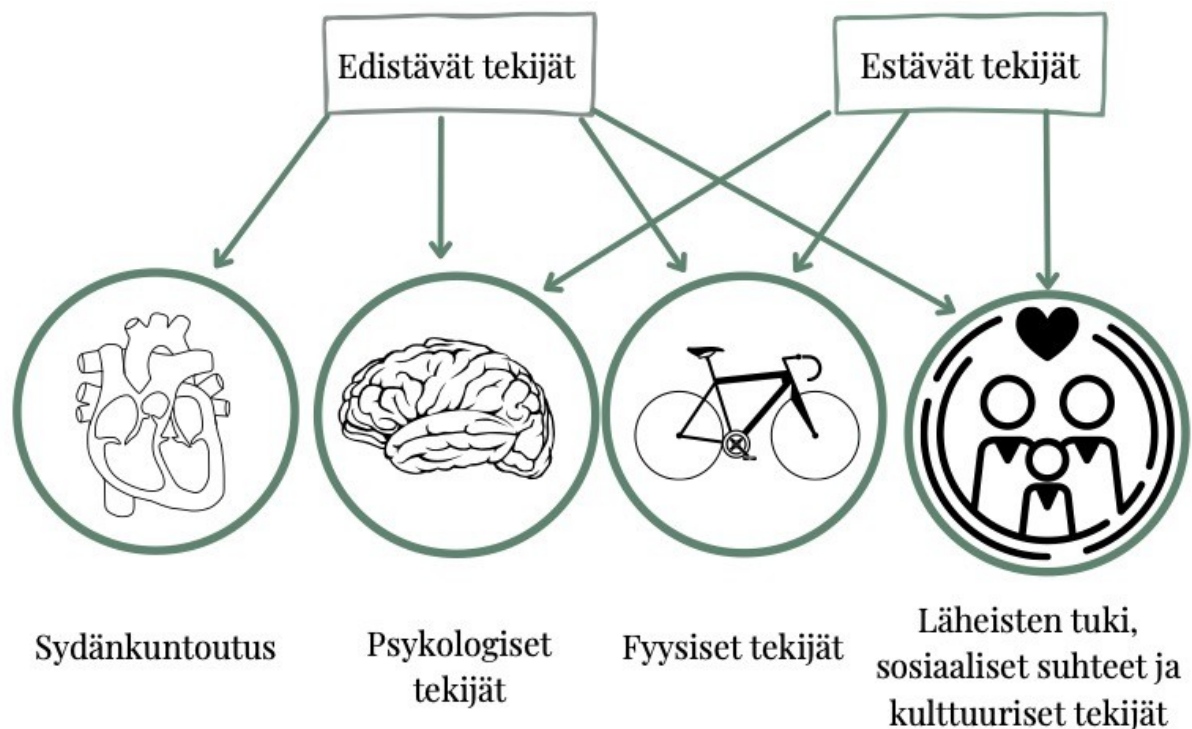
Grounded theorya käytettiin tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin eteläaasialaisten potilaiden sitoutumista sepelvaltimotaudin hoitoon suhteessa omaan kulttuuriin ja uskonnollisiin piirteisiin sekä fyysistä aktiivisuutta tarkastelevassa tutkimuksessa (Coull & Pugh 2021, Dilla ym. 2020). Grounded theoryn valinta perusteltiin Dillan ym. (2020) tutkimuksessa siten, että kyseinen tutkimusmetodi näkee tutkijan itsensä osallistuvana tekijänä tutkimukseen. Haastattelujen myötä ihmisten kokemukset ja tunteet tulivat näkyväksi grounded theoryn avulla. Coull ja Pugh (2021) perustelivat grounded theoryn käyttöä kognitiivisten ja affektiivisten tekijöiden ymmärtämiseksi sekä niiden suhdetta sydäninfarktin sairastaneiden fyysiseen aktiivisuuteen.

Fenomenologinen analyysi metodina oli käytössä miesten positiivista asennetta sydäninfarktista selviämisen jälkeen tarkastelevassa tutkimuksessa, fyysisen aktiivisuuden edistäviä ja estäviä tekijöitä tarkastelevassa tutkimuksessa, tutkimuksessa potilaiden kokemuksista sydäninfarktin jälkeen sekä sydänkuntoutukseen osallistumisesta sekä tutkimuksessa, jossa haluttiin saada käsitys potilaiden sitoutumisesta elämäntapamuutukseen sydäninfarktin jälkeen (Admi ym. 2019, Bäck ym. 2017, Simoný ym. 2017, Smith ym. 2017a).

Fenomenologinen tutkimusote perusteltiin tutkimuksissa halulla ymmärtää potilaiden kokemuksia tutkimuksissa määriteltyjen ilmiöiden tai näkökulmien kautta.

5.4 Koonti tutkimusten tuloksista

Teemojen pohjalta luotu kuvio (kuva 2) havainnollistaa, miten moniulotteisia potilaiden kokemukset ovat olleet tämän aineiston perusteella. Sydäntuntoutuksen, psykologisten tekijöiden, fyysisten tekijöiden sekä sosiaalisiin suhteisiin ja kulttuuriin liittyvät tekijöiden koettiin vaikuttavan edistävasti ja estävästi elämäntapamuutokseen sitoutumiseen sydäninfarktin jälkeen. Sydäntuntoutuksen edistävä vaikutus korostui aineistossa, sen lisäksi useammasta tutkimuksesta nousi esiin sydäntuntoutuksen kehityskohteita. Psykologisiin ja fyysisiin tekijöihin sekä sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät voivat olla sekä estäviä että edistäviä tekijöitä elämäntapamuutokseen pyrkiessä sydäninfarktin jälkeen.



KUVA 2. Pääteemat tutkimuksista.

Seuraavissa alaotsikoissa käydään läpi jokaisen pääteeman keskeiset tulokset elämäntapamuutokseen sitoutumista edistävien ja estävien tekijöiden näkökulmista. Sydäntuntoutuksen yhteydessä käsitellään myös kehityskohteita. Tuloksien yhteydessä olevat

sitaatit ovat käännetty englannin kielestä suomen kielelle pyrkien kunnioittamaan alkuperäistä merkitystä. Suorilla lainauksilla tuodaan esiin potilaiden kokemuksia ja heidän äänensä tulee näin esiin. Sitaattien yhteydessä on mainittu aineistossa annetut pseudonyymit tai muut tunnistetiedot, jos ne ovat olleet saatavilla.

5.4.1 Sydäntuntoutuksen merkitys

Edistävät tekijät. Sydäntuntoutus nähtiin pääasiassa elämäntapamuutokseen sitoutumisen edistävänä tekijänä. Sydäntuntoutuksen tärkeimpiä pääkohtia olivat liikunta- ja ravitsemusohjeet, valmentava suhde sydänpotilaisiin sekä tukeminen elämäntapamuutokseen (Admi ym. 2019, Bäck ym. 2017, Fållun ym. 2016, Nicolai ym. 2018, Wieslander ym. 2016). Toisaalta estävänä tekijänä sydäntuntoutukseen osallistumiselle oli vasta-aiheiden kertominen potilaille, joka lisäsi epävarmuutta osallistua liikuntapohjaiseen sydäntuntoutukseen (Bäck ym. 2017). Terveystieteiden ammattilaisten ja erityisesti fysioterapeutin ohjaamat liikuntavalmennukset sydäntuntoutuksessa koettiin hedelmällisiksi, lisäten osallistujien tietoa, itseluottamusta ja rohkeutta liikunnan harrastamisen suhteen sydäninfarktin jälkeen (Bäck ym. 2020, Bäck ym. 2017, Wieslander ym. 2016).

”Uskon todella, että elämäni on muuttunut paremmaksi sydäninfarktin jälkeen...niin kuin, esimerkiksi, sydänkoulu opetti minulle paljon ja antoi mahdollisuuden jumppaan, joka teki hyvää minulle. En olisi ilman sitä uskaltanut puskea niin paljon.” (Wieslander ym. 2016)

”Aluksi ajattelin, että olen niin painava pyörän päällä ja sykkeeni kohosi niin korkeaksi, että ajattelin sen olevan haitaksi. Mutta sitten aloin ajatella, että sinä (fysioterapeutti) olet tehnyt tätä tuhannet kerrat sydäninfarktin saaneiden ihmisten kanssa...ajattelen edelleen, että pyöräily on raskasta, mutta en pelkää sitä.” (Bäck ym. 2020)

”Fysioterapeutin läsnäolo oli rauhoittavaa. Ajattelin, etten koskaan uskaltaisi juosta koska sydämeni syke nousisi. Se oli iso kynnys. Mutta pääsin sen yli. En pelännyt juoksemista ja hikoilua. Se merkitsi minulle paljon.” (Bäck ym. 2017)

Estävät tekijät. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen sydäntuntoutuksen alkamisajankohta nähtiin osassa tutkimuksia liian kaukaisena, väliajalla potilaat kokivat olevansa yksin ja epätietoisena siitä, mitä he voivat tehdä itse hoitonsa suhteen (Smith ym. 2017b). Samoin sydäntuntoutuksen päättyminen aiheutti potilaille epävarmuuden tunteita ja vaikeutti liikuntaan sitoutumista jatkossa. Epätietoisuus osaltaan voi aiheuttaa elämäntapamuutokseen sitoutumattomuutta, jos potilas ei uskalla esimerkiksi liikkua, eikä tiedä miten hänen tulisi elää sairautensa kanssa. Potilaalla voi olla tunne siitä, että hän on yksin omien huoliensa ja tuen tarpeen kanssa. Tuen tarvetta sekä ennen että jälkeen sydäntuntoutuksen kuvattiin muun muassa seuraavasti (Coull & Pugh 2021, Nicolai ym. 2018).

”Sydäntuntoutus on mahtavaa...kaikki ovat sanoneet samaa, mutta siinä oli tämä tyhjiö...kuusi tai seitsemän viikkoa milloin ihmiset kokivat olevansa täysin yksin...Tämä on minun pelastusköyteni...oli niin paljon kysymyksiä...kaikki asiat odottivat kuntoutusta ja siellä tiedettäisiin vastaukset. Koen että se on iso parantamisen paikka. (Grainne, 52 v.) (Smith ym. 2017b)

”Sitä lopettaa sydäntuntoutuksen ja se on kuin tippuisi suoraan valtameriin eikä siellä ei ole mitään. Käyt salilla ja menet sinne, selvä, olen tehnyt tätä aiemminkin ja tuntemattomat katsovat minua. Paitsi jos hekin ovat käyneet sydäntuntoutuksessa. (Nainen, 37 kuukautta sydäninfarktista) (Coull & Pugh 2021)

”Neljäntoista päivän jälkeen perhe ja potilas heitetään sydäntuntoutukselta syvään päätyyn. ‘Nyt katsotaan miten pärjää.’Ja niin sen ei pitäisi olla.” (Nicolai ym. 2018)

Kehityskohteet. Potilaiden kokemukset sydäninfarktin jälkeen korostavat, kuinka ohjauksen yksilöllisyyttä tulisi kehittää. Potilaille tulisi tarjota riittävästi tietoa ja antaa vastauksia heränneisiin kysymyksiin. Elämäntapaohjaus ja liikuntaohjelmat tulisi sovittaa jokaisen henkilökohtaiseen elämään sopiviksi, jotta se olisi mahdollisimman vaikuttavaa ja edistäisi elämäntapamuutokseen sitoutumista. Sairaalassa annettu ensitieto sepelvaltimotaudista ja sen kanssa elämisestä, ei välttämättä jää potilaan mieleen akuutin vaiheen äkillisten kokemusten vuoksi. Potilaille annettavan tiedon tulisi olla oikea-aikaista, riittävä ja sisältää keskeisimpiä tietoja, joilla hän pääsee alkuun sairauden omahoidon kanssa. Potilaat tulisi myös saada

vakuutettua siitä, että elämäntapamuutosten tekeminen on järkevä teko (Coull & Pugh 2021, Smith ym. 2017b, Nicolai ym. 2018).

”Minusta jonkun tulisi istua alas ja kertoa sinulle vaihtoehtoista, eikä vain sanoa että ”sinä olet kunnossa.”...joten asiallista tietoa ja puhetta sinulle yksilönä.” (Olive, 75 v.) (Smith ym. 2017b)

”Enemmistö ihmisistä, joilla on ollut sydäninfarkti, ovat luultavasti huonokuntoisia...joten kurssin tulisi sisältää todella, todella perusasioita ja näinhän se on, mutta siitä ei olisi mitään hyötyä kuitenkaan minulle” (Mies, 29 kuukautta sydäninfarktin jälkeen) (Coull & Pugh 2021)

”Puhutaan suoraan. Kuka tekee muutoksia sitä varten, että jotain ’saattaa’ tapahtua? Kuka sellaista tekee?” (IP5) (Nicolai ym. 2018)

”En saa syödä sitä mitä haluaisin enkä saa polttaa. Mitä sitten saan tehdä? Mitä varten minä elän?” (IP3) (Nicolai ym. 2018)

5.4.2 Psykologiset tekijät

Edistävät tekijät. Useammassa tutkimuksessa potilaiden kokemuksista kävi ilmi, että sydäninfarktin ajateltiin toimivan katalysaattorina positiivisiin muutoksiin elämässä. Alun shokin jälkeen potilailla oli suurempi motivaatio tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja ajatellen, mikä on hyväksi itselle ja omalle terveydelle. Stressin vähentäminen ja itselle mieluisten asioiden tekeminen, jotka ehkä aiemmin eivät olleet tuntuneet merkittäviltä asioilta tai olivat hautautuneet muun elämän alle, koettiin jatkossa tärkeiksi. Joillakin potilailla elämän arvojärjestys muuttui sydäninfarktin jälkeen ja oli helpompaa tehdä rajauksia esimerkiksi työnteon suhteen, nähden että esimerkiksi läheiset ihmiset ovat tärkeämpiä. Monet totesivat, että saivat uuden alun kohdatessaan kuolevaisuutensa, he halusivat nähdä jatkossa elämän positiivisemmassa valossa sekä olla ystävällisempiä itselleen ja muille ihmisille (Fålund ym. 2016, Nicolai ym. 2018, Smith ym. 2017a).

”Positiivinen asia tässä sydäninfarktissa oli, että sain potkun persuksille. Jos vain jatkan menoani, olen varma, että päädyn uudelleen sairaalaan. (Mies, 49 v.) (Fåln ym. 2016)

”No, elän tietoisemmin, todella. Kyllä, no, minä. Miten sen sanoisin? Ajattelen enemmän asioita ja yritän nauttia elämästäni.” (Nicolai ym. 2018)

”...ja positiivinen, todella positiivinen asia sydäninfarktissa on että, ja tämä voi kuulostaa nyt omahyväiseltä, mutta tiedätkö, se pisti minut ajattelemaan, no, tiedätkö, jonakin päivänä minä kuolen. Mistä haluan, että minut muistetaan?” (David) (Smith ym. 2017a)

Edistävät tekijät. Sekä miesten että naisten kokemuksista esiin nousi mm. oma voimaantuminen, tahdonvoima ja sisäisten voimavarojen käyttöön ottaminen. Uudenlainen näkökulma elämään sydäninfarktista jälkeen auttoi hyväksymään sairauden olemassaolon ja näkemään elämän arvokkuuden. Resilienssi, optimistinen suhtautuminen elämään ja sairauden hyväksyminen auttoivat kohtaamaan sydäninfarktista aiheuttaman, omaa kuolevaisuutta koskettavan kokemuksen ja jatkamaan elämää uudella tahdonvoimalla. Sairauden hyväksymisen voi nähdä elämäntapamuutokseen sitoutumisen edistävänä tekijänä, silloin muutoksia on tehtävissä, kun sairaus hyväksytään osaksi loppuelämää (Smith ym. 2017a, Smith ym. 2017b, Wieslander ym. 2016).

”Sitä vain pääsee yli – et voi elää elämää joka päivä murehtien, että jotain tapahtuu sinulle...Joka päivä on hieman parempi; en anna sen vaikuttaa enää niin paljon kuin ennen.” (Sarah, 51 v.) (Smith ym. 2017b)

”Sitä saa vertailukohtia. Tarkoitan, että asiat jättää taakseen ja sitten ajattelee, että hei, tiedätkö, olen selviytynyt tästä. Minä olen tehnyt niin. Olen suoriutunut. Olen ollut pahemmissakin paikoissa ja selviytynyt. Joten ei ole mitään syytä, etteikö niin tapahtuisi uudelleenkin.” (Henry, 21/6). (Smith ym. 2017a).

”Ajattelen todella, että jokapäiväinen elämäni on lähes korvaamatonta...olen rauhallinen, omistan oman aikani ja voin tehdä mitä vain haluan.” (nainen11) (Wieslander ym. 2016)

”Ja hyväksyn...näethän, minusta on todella tärkeää, että ihmisten on hyväksyttävä ajan myötä, tiedätkö sen mitä he kokevat ja minä ajattelen, että iso osa ihmisistä tiedätkö ovat sellaisella asenteella, että jotakin kirkkaampaa on aidan toisella puolen.”(Alan) (Smith ym. 2017a)

”Nyt kun olen käynyt sydänkuntoutuksessa, alan ymmärtää, että minun on tehtävä elämäntapamuutoksia. Ruokavalio ei koskaan ole oikeastaan ollut ongelma, vaan enimmäkseen tupakan polttaminen ja liikunta. (Maggie, 60 v.) (Smith ym. 2017b).

Estävät tekijät. Masennus- ja ahdistusoireet olivat kuvattuna useissa tutkimuksissa ja ne voidaan tulkita elämäntapamuutosta estäviksi tekijöiksi. Masennus- ja ahdistusoireet veivät voimavaroja ja huomion muista asioista, kun keskittyminen oli selviytymisessä päivä kerrallaan. Jotkut potilaat kokivat suunnatonta väsymystä sydäninfarktin jälkeen, joka ei mennyt ohitse nukkumalla. Kroonisen sairauden hyväksyminen oli osalle potilaista vaikeaa, elämän haurauden ja oman haavoittuvuuden kokemukset lisäsivät ahdistusta. Akuutti kokemus sydäninfarktista lisäsi potilaiden pelkoja tulevaisuuden suhteen sekä kuolemanpelkoa ja mielialan alavireisyys sävytti kaikkea olemista ja tekemistä arjessa (Simoný ym. 2017, Smith ym. 2017b).

”Olen väsynyt enkä halua nähdä ihmisiä tai tehdä ruokaa. Ikään kuin osa säteilystäni olisi poissa.” (Nainen) (Simoný ym. 2017b)

”On vain pelko...jatkuvasti päässäni...se on kamalaa...se muuttaa koko ajattelun...Olen niin hermostunut...varmaan siitä, että saan toisen sydäninfarktin ja kuolen. (Sarah, 51 v.) (Smith ym. 2017)

5.4.3 Fyysiset tekijät

Edistävät tekijät. Positiivinen palaute omasta liikkumisesta ja fyysisestä aktiivisuudesta lisäsivät potilaiden motivaatiota liikkumiseen. Minäpystyvyyden tunteet korostuivat varsinkin silloin, jos potilas oli jo ennen sydäninfarktia ollut fyysisesti aktiivinen. Silloin heidän oli

helpompi palata fyysisten harjoitusten pariin ja liikunta tuntui nautinnolliselta. Joitakin potilaita motivoi erilaiset itselleen asetetut tavoitteet, joihin pyrkimällä heidän fyysinen aktiivisuutensa pysyi yllä (Coull & Pugh 2021, Fåln ym. 2016, Nicolai ym. 2018).

”Aion jatkaa liikuntaa, en vain sydäntoutuksen aikana, vaan myös kun pääsen kotiin. Niin aion ehkäistä uutta sydäninfarktia” (Mies, 48 v.) (Fåln ym. 2016)

”Olen hyvässä kunnossa, olen aina ollut ja jollakin tasolla he sanovat, että se on syy siihen, miksi vieläkin olen täällä... Olen aina ollut aktiivinen ja luulen että se on psyyksessäni, että haluan olla aktiivinen. En halua vain istuskella tekemättä mitään. (Mies, 12 kuukautta sydäninfarktista) (Coull & Pugh 2021)

Edistävät tekijät. Toisenlaista näkökulmaa edustavat potilaat halusivat liikkua ja olla fyysisesti aktiivisia, koska he kokivat sillä olevan positiivisia vaikutuksia heidän oloonsa ja mielialaansa. Ajatus elämän rajallisuudesta auttoi myös näkemään positiivisesti mahdollisuuden liikuntaan, kuten myös nykyisen kunnan säilyttämiseen tulevaisuudessa. Oma päättäväisyys ja motivoituminen korostui joillakin potilailla syynä, miksi olla fyysisesti aktiivinen (Bäck ym. 2017, Coull & Pugh 2021).

”Takaraivossa on ajatus siitä, että tämä on mahdollisesti se, mikä tulee tappamaan minut, mutta elämästä pitää nauttia silloin kun se on tässä ja nyt minä nautin elämästä, vedän lenkkarit jalkaan ja lähden sinne juoksemaan.” (Mies, 15 kuukautta sydäninfarktin jälkeen) (Coull & Pugh 2021)

”Siitä on tullut kuin huume, yhtä itsestään selvää, kuin turvavyön käyttäminen. Kun ei liiku, sitä kaipaa. Mutta siihen on päästävä takaisin. Se on vähän sama kuin tupakoinnin lopettaminen, ei se ole ollenkaan vaikeaa. Jos vain päätät niin, ei se ole ongelma. Mutta sinun täytyy haluta tehdä niin. (15) (Bäck ym. 2017)

Estävät tekijät. Liikuntaa kohtaan tunnettu pelko ja epävarmuus ajoivat potilaita vetäytymään monenlaisista tapahtumista, sosiaalisista suhteista ja elämä kapeutui sen myötä. Tiedon ja ymmärryksen puute oli osaltaan lisäämässä hankalien tunteiden syntymistä. Useissa

tutkimuksissa tuotiin ilmi potilaiden suuri pelko seuraavasta sydäninfarktista. Liikunnan yhteydessä sykkeennousu, verenpaineen nousu ja mahdolliset rintakivut aiheuttivat monelle huolta. Sekä potilaan, että läheisten ahdistuneisuus ja liikuntaa kohtaan tunnettu pelko aiheutti liikkumattomuutta ja esteitä fyysiseen aktiivisuuteen, jotkut halusivat pysytellä enimmäkseen kotona tekemättä mitään (Bäck ym. 2020, Coull & Pugh 2021, Simoný ym. 2017).

”En tunne itseäni tarpeeksi luottavaiseksi tehdäkseni sitä itsekseni, jos teenkin liikaa. Jopa angina-kohtaus aiheuttaisi paniikin ja saisin paniikkikohtauksen, sitten sydämen syke nousisi ja luulen saaneeni uuden sydänkohtauksen.”
(Nainen, 7 kuukautta sydäninfarktin jälkeen) (Coull & Pugh 2021)

”Sitä voi kyllä mennä tuonne ulos, mutta ei voi koskaan olla varma, tuleeko sieltä takaisin.” (Simoný ym. 2017)

”Joku sanoi, että käsiä ei saisi nostaa pään yläpuolelle. No, kolmantena päivänä kun olin kotona, poikani soitti minulle ja kysyi mitä olen tehnyt tänään. Vastasin että tyhjensin tiskikoneen. Oi, hän sanoi, etten saisi nostaa käsiä pään yläpuolelle. Luulin tehneeni jotain hyvää, mutta ilmeisesti en ollut.” (Bäck ym. 2020)

Edistävät ja estävät tekijät. Lääkitys ja sen vaikutus fyysiseen aktiivisuuteen kävi ilmi Coullin ja Pughin (2021) tutkimuksesta, jossa potilaat kuvasivat uusien, sepelvaltimotaudin hoitoon aloitettujen lääkkeiden sivuvaikutusten vaikuttavan esimerkiksi liikunnan harrastamiseen eri tavoin. Joillekin sydämen pumppauskykyyn vaikuttavat beetasalpaajat aiheuttivat väsymystä, ja kolesterolilääkitys aiheutti krampeja erityisesti jalkoihin. Potilaiden oli helpompi hyväksyä kehollisia muutoksia, kun he ajattelivat tekevänsä itselleen hyvää omien valintojensa kautta. Lääkityksen sivuvaikutusten kanssa eläminen voi olla elämäntapamuutoksia estävä tekijä, vaikka potilaat voivat sitoutua fyysiseen aktiivisuuteen lääkityksistä huolimatta esimerkiksi seuraavasti (Coull & Pugh 2021, Smith ym. 2017a).

”Beetasalpaajat ottivat minut haltuunsa, ne sekoittavat vähän. Minulla ei ole kauheasti energiaa, joten käyn juoksemassa ensimmäisenä aamulla, ennen kuin ne alkavat vaikuttaa kunnolla.” (Mies, 15 kuukautta sydäninfarktista) (Coull & Pugh 2021).

”Tarkoitan että ainoa asia, joka saa minut ajattelemaan sitä, on se, että joudun ottamaan niin monta tablettia nyt. Mutta se on oikeastaan ainoa muistutus siitä, että sairastin sydäninfarktin, tiedäthän.” (Henry 11/7) (Smith ym. 2017a).

5.4.4 Läheisten tuki, sosiaaliset suhteet ja kulttuuriset tekijät

Edistävät tekijät. Läheisten tuki nähtiin useissa tutkimuksissa elämäntapamuutokseen sitoutumisen edistävänä tekijänä. Läheisten antama emotionaalinen tuki ja rohkaisu elämäntapamuutoksiin antoivat voimia tehdä muutoksia. Läheisten toimiessa muistuttajina, tukena ja vierellä kulkijoina, monet potilaat kokivat sen arvokkaaksi asiaksi oman toipumisen ja elämäntapamuutoksien suhteen. Joillekin vastaajille omat perheenjäsenet olivat ne, joille saattoi näyttää omat tunteensa rehellisesti ja kaunistelematta. Tämä osaltaan auttoi käsittelemään vaikeampiakin tunteita ja suuntaamaan katsetta eteenpäin (Admi ym. 2019, Dilla ym. 2020).

”Mikä auttoi minua, oli vaimoni. Hän kysyy minulta esimerkiksi lääkkeitä, olenko ottanut tuosta laatikosta ja tuosta. Hän kiinnittää aina huomiota ruokaani ja auttoi lopettamaan tupakoinnin. Minusta perheen tuki on todella tärkeää. Sinulla on paineita ja pitäisi muistaa paljon asioita ja se hämmentää. Kun joku on sinun puolellasi ja auttaa sinua, se on hyvä. (Mies, 78 v. arabi) (Admi ym. 2019)

”Sillä on merkitystä, että perhe on täällä koska perheen ollessa kanssani, voin saada tukea toisista. Muuten sitä masentuu. Se oli todella vaikea kokemus, joka piti minut masentuneena suurimman osan ajasta. Se oli vaikeaa, koska halusin olla alakuloinen mutta en voinut olla alakuloinen koska se vain tekisi mieheni ja poikani alakuloiseksi. Mutta sitten kun äitini tuli Pakistanista, minäkin sain käyttäytyä kuten poikani (nauraa).” (Fatima) (Dilla ym. 2019)

Edistävät tekijät. Vertaistuen myötä jaetut kokemukset ja käsitykset omasta sairaudesta auttoivat kokemaan positiivisia tunteita ja toivat näkyviin sen, etteivät potilaat ole yksin vaikeidenkaan tunteiden tai ajatusten kanssa. Vaikeiden asioiden ja ajatusten jakaminen

sellaiselle henkilölle, joka tietää mitä potilas on käynyt läpi, toi monelle lohtua. Huumorin keinoin asioiden käsittely tuntui joistakin potilaista sopivalta lähestymistavalta krooniseen sairauteen. Vertaistuen myötä saadut uudet näkökulmat ja ajatukset toivat myös toivoa selviytymisestä ja että muutosten tekemisellä voi saavuttaa hyviä asioita (Wieslander ym. 2016)

”...ja on todella paljon kyse siitä, että tapaa samassa tilanteessa olevia ihmisiä. Me tsemppaamme toisiamme. Ilmapiiiri on aika hyvä, jokainen on hyvällä tuulella. Emme koskaan naura kenellekään vaan toistemme kanssa ja se on suurin ero. Se tekee myös siitä vähemmän vaikeaa sille ihmiselle. (n1) (Wieslander ym. 2016)

Estävät tekijät. Toisaalta läheltä saadut neuvot, uskomukset ja painostus saattoivat näkyä myös elämäntapamuutokseen sitoutumisen estävinä tekijöinä. Potilaan oma ajatus pärjäävyydestä ja itsenäisyydestä saattoi vaikuttaa avun vastaanottamiseen kielteisesti (Admi ym. 2019, Dilla ym. 2020). Kulttuurilliset ja uskonnolliset tekijät saattoivat olla vaikeuttamassa hyvien, sydänterveyttä edistävien valintojen tekemistä. Läheisten ihmisten tahto oli hyvä, mutta se ilmentyi muun muassa tuomalla epäterveellistä ruokaa, tai uskonnollisten kysymysten sivuuttaessa omahoitoon sitoutumisen (Dilla ym. 2020).

”Joskus ajattelen...että otan lääkkeitä, mutta kuka päättää toimiiko ne, Allahko? Niinkö? Jos rukoilen ja rukoilen että tulisin paremmaksi, se on myös mielessäni...ja kuka lopulta tietää, mitä lääkkeissä on? Kaikki on saastunutta, vain Jumalalla on voima puhdistaa sieluni ja kehoni.” (Usman) (Dilla ym. 2020)

”Vaimoni perhe ärsytti minua jotenkin; heillä oli se asenne, että minun perääni pitää katsoa ja auttaa. Se ei ole minua, tarkoitan, ei todellakaan. Minun perheeni on erilainen, me emme etsi tukea ja apua.” (65 v. Kibbutsi) (Admi ym. 2019)

”Tiedätkö...jos on joitakin uskonnollisia rajoituksia, esimerkiksi jos pyytäisit minua menemään jumppatunnille mikä on sekatunti (miehiä ja naisia), sitten en menisi, vaikka minun todella pitäisi. Uskonto menee jopa itseni edelle.” (Miriam) (Dilla ym. 2020)

6 POHDINTA

6.1 Yhteenveto päätuloksista ja tulosten merkitys

Sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden kokemukset ovat hyvin kokonaisvaltaisia, elämään syvästi vaikuttavia, käsittäen psykologiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät. Simoný ym. (2016) tutkimuksessa eräs potilas kuvasi sydäninfarktia ”elämää järisyttävänä kokemuksena.” Elämäntapamuutos sydäninfarktin jälkeen vaatii potilailta sitoutumista hoitoonsa koko loppuelämän ajaksi. Tämä kirjallisuuskatsaus osoittaa, että edistäviä tekijöitä elämäntapamuutokseen sitoutumisessa ovat mm. vertaistuki, sydänkuntoutus, läheisten tuki, henkilön omat psykologiset taidot ja tarpeet, resilienssi, fyysiset tekijät ja terveydenhuollosta saatava ohjaus. Sydänkuntoutuksen onkin todettu lisäävän potilaiden elämänlaatua ja ollessa kustannustehokas keino hoitaa sepelvaltimotaudin vaatimaa sekundaaripreventiota (Brown ym. 2013, Kotseva ym. 2019, Lehto ym. 2020, Perel ym. 2015). Toisaalta Hekkala ja Laukkanen (2020) kuvaavat, kuinka potilaalta vaaditaan motivaatiota omaan hoitoon sitoutumiseen, jotta hoito voisi olla vaikuttavaa ja voitaisiin ehkäistä seuraavia sydäntapahtumia. Aineiston perusteella sekä potilaan yksilölliset tekijät, että lähipiiristä ja terveydenhuollosta saatu tuki ja opastus sairauden hoitoon ovat avainasemassa siihen, että potilas sitoutuu elämäntapamuutokseen sairautensa vaatimalla tavalla.

Aineiston perusteella elämän näkeminen positiivisessa valossa sydäninfarktin jälkeen oli merkittävä seuraus joillekin potilaille. Sen avulla he pystyivät tekemään omaa elämäänsä koskettavia valintoja jatkossa ajatellen terveyttään, ja näkivät sydäninfarktin toimineen eräänlaisena katalysaattorina positiiviseen elämänmuutokseen. Tämä auttoi myös joitakin potilaita sairauden hyväksynnässä, joka lisäsi elämäntapamuutokseen sitoutumista. Liikuntaan liittyvät tekijät kohensivat mielialaa ja toivat lisää minäpystyvyyden tunnetta. Sydänkuntoutuksen myötä opittu luottamus omaan kehoon toimii jatkossakin motivaationa säännölliseen fyysiseen aktiivisuuteen. Toiset potilaat kokivat aiemman hyvän terveydentilan ja fyysisen aktiivisuuden toimivan motivaationa jatkaa terveellisiä elämäntapoja myös sydäninfarktin jälkeen. Levesque ym. (2012) kuvaavat ilmiötä käänteisesti; jos ihmisen kokemus omasta terveydestä on ollut heikko jo ennen sydäninfarktia, todennäköisesti myös sitoutuminen hoitoon on heikompaa kuin jos koettu terveys olisi ollut paremmalla tasolla. Zheng ym. (2018) kuvaavat myös, kuinka sairastuminen voi tuoda tunteen kontrollin menetyksestä oman elämän suhteen ja elämän arvaamattomuudesta. Sydäninfarkti aiheuttaa

monenlaisia kehollisia ja psyykkisiä reaktioita. Sillä voi olla vaikutuksia esimerkiksi potilaan minäpystyvyyteen, mielialaan, läheisiin suhteisiin sekä liikuntatottumuksiin hyvin pitkäaikaisestikin. Jacques-Smilovic ym. (2021) nostivatkin meta-analyysissään potilaan kokeman akuutin stressireaktion vaikuttavan potilaiden käyttäytymiseen elämäntapamuutoksien suhteen heikentävästi.

Estäviä tekijöitä elämäntapamuutokseen sitoutumiseen ovat mm. kulttuuriin ja uskontoon liittyvät tekijät, masennus ja ahdistus, kuoleman ja liikunnan pelko, sairauden kieltäminen, vähäiset ohjeet ja tiedon tarve terveydenhuollosta. Elämäntapamuutokseen sitoutuminen ja terveyskäyttäytymisen muutos sydäninfarktin jälkeen on moniulotteinen kokonaisuus, johon liittyy paljon tunteita, oman haavoittuvaisuuden kohtaamista ja ymmärtämistä, terveysuskomuksia, tiedon tarvetta, sekä koetun sydäninfarktin kokemuksen käsittelyä. Samoin sairauden kieltäminen on hyvin inhimillinen reaktio, mutta se voi osaltaan estää elämäntapamuutokseen sitoutumista. Joillekin potilaille tuki sairauden hyväksymiseksi voisi olla tarpeellista. Zheng ym. (2018) kuvaavat, kuinka sydäninfarkti koskettaa paitsi yksilöä, myös perheitä. Sosiaalisten suhteiden vaikutus voi vaikuttaa negatiivisesti elämäntapamuutoksen tekemiseen potilaan omaksuessa asenteita ympäriltään (Levesque ym. 2012). Tämä oli myös havaittavissa tämän kirjallisuuskatsauksen aineistosta, jonka perusteella potilaan läheiset voivat aiheuttaa painostusta ja ahdistusta potilaalle, joka ei edistä elämäntapamuutokseen sitoutumista. Läheisten omat vaikeat tunteet ja ahdistus omaa sairastunutta perheenjäsentä kohtaan saattoivat aiheuttaa käytöstä, joka toi vaikeita tunteita myös potilaalle. Konkreettisempi esimerkki elämäntapamuutokseen sitoutumisen vaikeudesta läheisten vuoksi oli epäterveellistä ruokaa kotiin tuovat ihmiset, joille potilaan oli vaikeaa sanoa ei, jotta ei tuottaisi läheisilleen pettymystä kieltäytymisellään.

Jacques-Smilovic ym. (2021) mukaan akuutti stressireaktio voi pitkittyessään kehittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi (PTSD), joka heikentää potilaiden elämänlaatua merkittävästi sekä lisää kuolleisuutta. Esimerkiksi psykoterapian on todettu olevan vaikuttavaa hoitoa tässä tapauksessa. Pogosova ym. (2017) kuvaavat, kuinka sydänpotilaiden masennus- ja ahdistusoireita hoidetaan ja huomioidaan liian vähän. Kuolemanpelko ja ahdistus uusiutuvasta sydäninfarktista nousi esiin aineistosta, lisäten esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireita sekä väsymystä. Kuitenkaan aineiston perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä siitä, miten potilaiden mielialaa tai erilaisia psyyken kuormitustekijöitä huomioitiin esimerkiksi sydäntuntouksen aikana. Toisaalta esimerkiksi liikunnan, positiivisten psyykkisten tekijöiden,

läheisten suhteiden ja vertaistuen koettiin tuovan myönteisiä tunteita, vaikuttavan myönteisesti minäpystyvyyteen ja hallinnan tunteeseen sekä lisäävän sitoutumista omaan hoitoon. Tämä on samassa linjassa esimerkiksi Zheng ym. (2018) kanssa, joiden meta-analyysissä todettiin liikunnalla ja liikuntapohjaisella sydäntuntoutuksella olevan merkittäviä hyötyjä masennus- ja ahdistusoireiden hoitamisessa. Pitkäaikaisseurannassa jopa puolella sydäninfarktin sairastaneista todettiin olevan sekä masennus- että ahdistusoireita. Käypä hoito -suosituksessa ST-nousuinfarktin hoidossa (2011) todetaan, että masennusta esiintyy noin 25 % sydäninfarktin sairastaneilla potilailla. Määrä on suuri ja kuolleisuusriskin arvioidaan olevan 2–5-kertainen verrattuna potilaisiin, joilla ei ole masennusta. Suosituksessa ei kuitenkaan huomioida kovinkaan syvällisesti erilaisia mahdollisuuksia masennuksen hoidon suhteen ja hoitosuosituksen osalta jää pintapuoliseksi. Huomion arvoista onkin pohtia, pitävätkö kyseessä olevat arviot masennuksen ilmaantuvuudesta paikkaansa, Käypä hoito -suosituksen ollessa vuodelta 2011. Esimerkiksi Pogovan ym. (2017) katsauksessa kuvattiin joka kolmannen naisen ja joka viidennen miehen saavan ahdistus- ja masennusoireita sepelvaltimotautiin liittyvien sydäntapahtumien jälkeen.

Sydäntuntoutuksen kehittäminen mielenterveysnäkökulman huomioiden voisi sitouttaa potilaita paremmin sepelvaltimotaudin omahoitoon, silloin potilaiden voimavaroja tuettaisiin optimaalisesti ja heillä olisi mahdollisuuksia tehdä parempia valintoja oman terveyden edistämiseksi. Aineiston pohjalta voidaan todeta, että potilaat kaipaavat yksilöllisiä ohjeita ja valmennusta omaan sepelvaltimotautiinsa liittyen. Useat kokivat jääneensä yksin sydäntuntoutuksen jälkeen, vaikka olivatkin saaneet hyvän kokemuksen sydäntuntouksesta. Tämä voisi olla tulevaisuudessa tärkeä kehittämisen kohde, potilaiden tulisi tietää, mistä he saavat jatkossa tietoa ja apua sitä tarvitessaan. Voisi olla myös hedelmällistä, että sydäntuntoutuksessa olisi erilaisia tasoja, intensiivisemmästä kuntoutusperiodista seurantakäynteihin, joilla saadaan potilaille kuntoutuksen jatkumo, eikä heille tule tunnetta yksin jäämisestä. Herkempi ohjaus esimerkiksi sydänsairauksiin erikoistuneen fysioterapeutin tai sairaanhoitajan vastaanotolle voisi olla joillekin potilaille paikallaan. Hekkala ja Laukkanen (2020) toteavat artikkelissaan, että sydäntuntoutus ei Suomessa tavoita kaikkia potilaita ja toteutus on kirjavaa. Sydäntuntoutus on osa sepelvaltimotautipotilaan sekundaaripreventiota ja näyttöön perustuvaa toimintaa (Hekkala & Laukkanen 2020, Kotseva ym. 2019). Silti sen toteutus ei ole itsestään selvää joka paikassa osana sydäninfarktin sairastaneen hoitopolkua. Tässä on tärkeä kehittämisen paikka – sydäntuntoutuksen tulisi olla kaikkien potilaiden

saatavilla, sen tulisi olla kansallisesti yhtenäisempää ja sen tulisi huomioida ihminen kaikissa eri ulottuvuuksissaan kokonaisvaltaisesti, jotta potilas voisi sitoutua omaan hoitoonsa.

6.2 Rajoitteet ja vahvuudet

Tämän työn kaikissa tutkielmantekovaiheissa on pyritty noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Kaikkiin teoksiin, artikkeleihin ja muihin dokumentteihin on viitattu asianmukaisesti ja lähteet on merkattu esiin. Tiedonhaku toteutettiin tässä työssä systemaattisesti, dokumentoitiin asianmukaisesti ja haut ovat toistettavissa. Käytetyt tutkimusartikkelit ovat vertaisarvioituja ja enintään viisi vuotta vanhoja, joka lisää kirjallisuuskatsauksen ajantasaisuutta ja luotettavuutta. Teoreettisen viitekehyksen pohjana on virallisia, voimassa olevia hoitosuosituksia akuutin sydäninfarktin sekundaaripreventioon liittyen ja tutkimusartikkelit ovat vertaisarvioituja. Nämä osaltaan muodostavat vahvan teoriapohjan, jolla perustellaan myös valinnat, joita tätä kirjallisuuskatsausta varten tehtiin. Potilaiden kokemukset on tuotu esiin suorina lainauksina, käännettynä suomen kielelle alkuperäistutkimuksista. Näin potilaiden oma ääni on nostettu esiin ja johtopäätökset on tehty niiden pohjalta. Potilaita on kuvattu pseudonyymein alkuperäisartikkeleista tai muiden tunnistetietojen avulla, jos ne ovat olleet saatavilla. Näin potilaiden yksityisyys on suojattu.

Rajoituksia tässä työssä on laadunarviointiin ja sisällönanalyysiin liittyvät tekijät. Varsinkin laadullisessa tutkimuksessa merkitykset ja erilaiset teemat voivat näyttäytyä eri tavoin eri henkilöille. Tuomi ja Sarajärvi (2018) kuvaavat myös, miten erilaiset ilmaisut aineistosta voivat saada useammanlaisia merkityksiä ja sen myötä pelkistyksiä voi olla monenlaisia. Erilaiset ilmaisut englannin kielestä voivat menettää alkuperäistä merkitystään kääntyessään suomen kielelle, vaikka käännökset on pyritty tekemään alkuperäistä merkitystä kunnioittaen. Tulokset eivät ole yleistettävissä laaja-alaisesti, mutta useammasta tutkimuksesta saadut tiedot ja niiden peilaaminen aiempaan tutkimustietoon vahvistavat toisiaan. Tässä kirjallisuuskatsauksessa on mukana kulttuurinen näkemys niiltä osin, kuin tutkimuksissa sitä oli tuotu esille. Kuitenkin valtaosa tutkimuksista sisälsi lähinnä valkoisten eurooppalaisten vastauksia ja se voidaan nähdä kirjallisuuskatsauksen rajoitteena.

Hirsjärvi ym. (2018) kuvaavat, kuinka tutkimusta tehdessä on tärkeää huomioida ihmisarvon kunnioittaminen. Heidän mukaansa tutkijan tulisi myös jatkuvasti arvioida sitä, ettei tutkimus aiheuta haittaa tutkittavalle tutkimuksen aikana, eikä myöskään sen jälkeen. Tähän

kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa raportoitiin potilaiden antaneen suostumuksensa tutkimukseen ja kuvattiin olosuhteita, joissa tutkimukseen suostumus oli annettu. Potilailla oli myös milloin tahansa lupa keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Aineiston eettiset valinnat ja päätökset perusteltiin kaikissa katsauksen tutkimuksissa. Kaikkiin tutkimuksiin oli haettu tutkimuksen eettisiä lähtökohtia puoltava kannanotto. Tutkimusaiheena kyseessä on varsin sensitiivinen alue ihmisten elämässä, sairastuminen ja siihen liittyvät kokemukset voivat kuormittaa potilaita monin tavoin. Osa potilaista oli kokenut sydäninfarktin henkisesti kuormittavana ja kuolemanpelkoa aiheuttavana. Sydäninfarktilla oli vaikutuksia myös potilaiden lähipiiriin ja muuhun elämään laaja-alaisesti. Tutkimuksissa ei kuitenkaan ollut kuvattuna kovinkaan yksityiskohtaisesti esimerkiksi sitä, ovatko potilaat tarvittaessa saaneet itselleen keskusteluapua vaikeiden tunteiden käsittelyyn, joita esimerkiksi haastattelutilanteet ovat voineet nostaa pintaan.

6.3 Johtopäätökset

Sepelvaltimotautipotilaiden sekundaaripreventio on Suomessa vaihtelevaa (Hekkala & Laukkanen 2021), ja sydänkuntoutusta tulisikin kehittää yhtenäisemmäksi, niin että se palvelisi monipuolisesti monen ikäisiä potilaita ja eri elämäntilanteissa olevia. Terveystieteiden resurssien turvaaminen sydänpotilaiden hoidossa läpi koko potilaan hoitopolun tulisi olla priorisoituna yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Psykologisten voimavarojen, kuten itsesäätelytaitojen, resilienssin sekä motivaation tukeminen ovat merkityksellisiä asioita sydänpotilaan hoidossa terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, uusien sydäntapahtumien ennaltaehkäisemiseksi. Masennus- ja ahdistusoireita tulisi huomioida ja hoitaa paremmin, jotta potilaalla olisi voimavaroja sitoutua elämäntapamuutoksiin. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella voineen todeta, että potilaiden kuntoutus sydäninfarktin jälkeen tulisi suunnitella yksilöllisesti, erilaiset kulttuuriset, ikäluokkien ja sukupuolien erot huomioiden. Suomen väestön ikääntyessä ja digitalisaation kehittyessä potilaiden tarpeet muuttuvat ajan saatossa. Jatkossa Suomenkin väestön monikansallistuessa, lisää tietoa tarvitaan erityisistä kulttuureihin tai uskontoon liittyvistä tekijöistä, jotka edistävät ja estävät elämäntapamuutokseen sitoutumista. Sydäninfarktin sairastaneiden kokemuksia tulisi tarkastella jatkossa myös Suomen väestöön pohjaten. Lisää tutkimusta tarvitaan sydänpotilaiden mielenterveyteen liittyvistä ja sitä tukevista tekijöistä akuutin sydäninfarktin jälkeen; potilaiden hoitoa tulisi kehittää kestäväällä pohjalla kokonaisvaltaisemmaksi, lisäten potilaiden omia voimavaroja elämäntapamuutokseen sitoutumiseen.

LÄHTEET

- Admi, H., Eilon-Moshe, Y., Levy, H., Eisen, I., Nikolsky, E., Gepstein, L., Satran, C. & Ore, L. (2019). "It's up to me with a little support" – Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>.
- Alharbi, M., Gallagher, R., Neubeck, L., Bauman, A., Prebill, G., Kirkness, A. & Randall, S. (2017). Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 16(4), 309-317. DOI: 10.1177/1474515116666475. Viitattu 20.12.2021.
- Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. (2018). Joanna Briggs Instituutti. Verkkosivu. Viitattu 2.12.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf>.
- Aveyard, H. (2010). *Doing A Literature Review In Health And Social Care: A Practical Guide*, McGraw-Hill Education, ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/jyvaskyla-ebooks/detail.action?docID=771406>.
- Brown, J., Clark, A. M., Dalal, H., Welch, K. & Taylor, R. S. (2013). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*: 20(4)701-714. DOI: 10.1177/2047487312449308.
- Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L. & Lundberg, M. (2020). Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *Physical Therapy* 2020: 100:2110-2119. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>.
- Bäck, M., Öberg, B. & Krevers, B. (2017). Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation – facilitators, barriers and physiotherapist's role: a qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders* 17:77. DOI:10.1186/s12872-017-0512-7.
- Coull, A. & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders* 21:105. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01898-7>.
- Dilla, D., Jones, I., Johnson, M., Howarth, M. & Astin, F. (2020). "I don't do it for myself, I do it for them": A grounded theory study of South Asians' experiences of making lifestyle change after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 29:3687-3700. DOI: 10.1111/jocn.15395.
- Fälun, N., Fridlund, B., Schaufel, M., Schei, E. & Norekvål, T. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* Vol. 15(7), 495–503. DOI: 10.1177/1474515115614712.
- Hekkala, A-M. & Laukkanen J. (2020). Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksen haasteet Suomessa. *Sydänääni* 31:2A. Teemanumero. https://www.fincardio.fi/site/assets/files/4884/sydanaani_2a_20_teema_netti.pdf.
- Huttunen, J. (2019). Stressi lisää sydäntauteja, mutta ystävät suojaavat niiltä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Verkkosivu. Viitattu 2.12.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14735>.
- Jernberg, T., Hasvold, P., Henriksson, M., Hjelm, H., Thuresson, M. & Janzon M. (2015). Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real-world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *European Heart Journal* 36, 1163–1170. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu505.

- Kotseva, K., De Backer, G., Dirk De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D., Maggioni, A., Marques-Vidal, P., Jennings, C., Abreu, A., Aguiar, C., Badariene, J., Bruthans, J., Castro Conde, A. C., Cifkova, R., Crowley, J., Davletov, K., Deckers, J., De Smedt, D., Johan De Sutter, J., Dilic, M., Dolzhenko M., 21, Dzerve, V., Erglis, A., Fras, Z., Dan Gaita, D., Gotcheva, N., Heuschmann, P., Hasan-Ali, H., Jankowski, P., Lalic, N., Lehto, S., Lovic, D., Mancas, S., Mellbin, L., Milicic, D., Mirrahimov, E., Oganov, R., Pogossova, N., Reiner, Z., Stöerk, S., Tokgözoğlu, L., Tsioufis, C., Vucic, D. & Wood, D. (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, Volume 26, Issue 8, 1 May 2019, Pages 824–835. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>.
- Lehto, S., Salomaa, V. & Juonala, M. (2020). Sepelvaltimotautien primaari- ja sekundaariprevention tilanne Suomessa. *Sydänääni* 31:2A. Teemanumero. https://www.fincardio.fi/site/assets/files/4884/sydanaani_2a_20_teema_netti.pdf.
- Levesque, A., Li, H. Z. & Pahal, J. S. (2012). Factors Related to Patients' Adherence to Medication and Lifestyle Change Recommendations: Data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*. Vol. 4, No. 2. DOI: 10.5539/ijps.v4n2p42. Viitattu 20.12.2021.
- Luontoliikunnan hyvinvointivaikutukset ja positiivinen mielenterveys. (2018). Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/luontoliikunnan-hyvinvointivaikutukset-ja-positiivinen-mielenterveys/>. Päivitetty 30.11.2018. Viitattu 3.12.2021.
- Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J-H., Gleißner, C. A., Eich, W. & Bieber, C. (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness* Vol 14(1), 25-41. DOI: 10.1177/1742395317694700.
- Perel, P., Avezum, A., Huffman, M., Pais, P., Rodgers, A., Vedanthan, R., Wood, D. & Yusuf, S. (2015). Reducing Premature Cardiovascular Morbidity and Mortality in People With Atherosclerotic Vascular Disease. *The World Heart Federation Roadmap for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease*. World Heart Federation. *Global Heart* Vol. 10, No. 2, 99-110. <https://world-heart-federation.org/resource/whf-roadmap-for-secondary-prevention-of-cvd/>. Viitattu 3.12.2021.
- Pogossova, N., Kotseva, K., De Bacquer, D., von Känel, R., De Smedt, D., Bruthans, J. & Dolzhenko, M. (2017). Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology, *European Journal of Preventive Cardiology*, Volume 24, Issue 13, 1 September 2017, Pages 1371–1380, <https://doi.org/10.1177/2047487317711334>. Viitattu 20.12.2021.
- Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutuksen ja potilashoidon sisältö ja vaikuttavuus. (2015). Blek-Vehkaluoto. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Julkaistu 18.3.2015. Viitattu 2.12.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix02175>.
- Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. (2016). Suomen Fysioterapeutit – Finlands fysioterapeuter ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Julkaistu 23.5.2016. Viitattu 2.12.2021. https://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00002.
- Simoný, C., Dreyer, P., Pedersen, B. & Birkelund, R. (2017). It is not just a Minor Thing – A Phenomenological- Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31; 232-240. DOI: 10.1111/scs.12334.

- Smith, F., Banwell, E. & Rakhit, R. (2017a). 'I was in control of it from the start': A qualitative study of men's experiences of positive adjustment following a heart attack. *Journal of Health Psychology* Vol. 22(10), 1345-1354. DOI: 10.1177/1359105315627000.
- Smith, R., Frazer, K., Hall, P., Hyde, A. & O'Connor, L. (2017b). 'Betwixt and between health and illness' – women's narratives following acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing* 26, 3457–3470. DOI: 10.1111/jocn.13711.
- Stabiili sepelvaltimotauti. (2015). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.12.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50102>.
- ST-nousuinfarkti. (2011). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. Viitattu 2.12.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50091#K1>.
- Stressin hallinta mindfulnessin avulla. (2018). Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/stressin-hallinta-mindfulnessin-avulla/>. Päivitetty 14.8.2020. Viitattu 6.12.2021.
- Sydän ja ruoka -suositus. (2021). Sydänliitto. <https://sydan.fi/ammattilaispalvelu/wp-content/uploads/sites/5/2021/09/Sydän-ja-ruoka-suositus.pdf>. Julkaistu 21.9.2021. Päivitetty 15.10.2021. Viitattu 2.12.2021.
- Syvänne, M. (2019). Tupakka ja sydän- ja verisuoniterveys. Sydänliitto. <https://sydan.fi/fakta/tupakka-ja-sydän-ja-verisuoniterveys/>. Viitattu 3.12.2021.
- Tilastokeskus. (2020) Findikaattori. Sepelvaltimotautiin kuolleet. <https://findikaattori.fi/fi/83>. Päivitetty 14.12.2020. Viitattu 25.11.2021.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. E-kirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Visseren, F., L., J., Mach, F., Smulders, Y., M., Carballo, D., Koskinas, K., C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.-M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C., H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O., H., Halvorsen, S., Richard Hobbs, F., D., Hollander, M., Jankowska, E., A., Michal, M., Sacco, S., Sattar, N., Lale Tokgozoglu, L., Tonstad, S., Tsioufis, K., P., van Dis, I., van Gelder, I., Wanner, C., Williams, B. ESC Scientific Document Group. (2021). ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, 3227–3337. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Svedberg, P. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 11:1, 30633. DOI: qhw.v11.30633.
- World Health Organization. (2020). Cardiovascular diseases. Verkkosivu. Viitattu 25.11.2021. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1.
- Zheng, X., Zheng, X., Ma, X., Zhang, X., Zhang, X., Liu, X., Chen, X., Yang, X. Sun, X. & Wu, X. (2018). Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients with myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart & Lung*. 48(2019 1–7). DOI:<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.011>.

LIITE 1. Tutkimusten kuvaileva esittely taulukossa

Viitetiedot	Maa	Osallistujat	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keruu/menetelmät	Päätulokset
Admi ym. (2019)	Israel	n=22	Saada käsitys tekijöistä, jotka vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden näkökulmasta.	Puolistrukturoidut syvähaastattelut / Fenomenologinen induktiivinen tutkimus ja sisällön analyysi	Kaksi pääkategoriaa ja kuusi alakategoriaa perustuen itsemääräämisteoriaan (SDT); sisäinen tahdonvoima on tärkein motivaattori terveyskäyttäytymisen muutokseen. Itsepystyvyyden tunne, elämäntapamuutoksiin sopeutuminen ovat tärkeitä tekijöitä tahdonvoiman viemisessä käytäntöön. Ulkoisista tekijöistä esimerkiksi perhe, läheiset ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeitä tekijöitä lisäämään sisäistä motivaatiota. Sydänkuntoutusohjelmaan pidettiin tärkeinä tekijänä.
Bäck ym. (2020)	Ruotsi	n=21	Tutkia potilaiden näkemyksiä liikunnan pelosta (kinesofobia), fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta 2-3 kk akuutin sydänkohtauksen jälkeen.	Puolistrukturoidut haastattelut / Sisällön analyysi ja induktiivinen tutkimusote	Päätteema: "Pelko liikkumisesta sydäninfarktin jälkeen - dynaaminen prosessi ajassa". Kaksi alateemaa: I: Sisäinen prosessi: epävarmuus, voimakas tietoisuus itsestä, epävarmuus kehityksestä sekä välttelykäyttäytyminen. II: Ulkoinen prosessi: läheisten ahdistus, turvallisuuden tunne, tieto ja liikuntapohjainen sydänkuntoutusohjelma.
Bäck ym. (2017)	Ruotsi	n=16	Tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat sepevaltimotautia sairastavan potilaan sydänkuntoutukseen osallistumiseen sekä fysioterapeuttin rooli liikuntapohjaisessa kuntoutuksessa.	Puolistrukturoidut haastattelut / Fenomenologisen hermeneuttinen analyysi	Neljä pääkategoriaa: I: Aiempi kokemus liikunnasta, II: tarpeet akuutissa vaiheessa, III: tärkeät ennakkovaatimukset liikuntapohjaisen sydänkuntoutuksen sekä IV: tulevaisuuden suunnitelmat. Menneellä, nykyhetkellä ja tulevaisuudella on yhteys kun tarkastellaan edistävää, estäviä tekijöitä liikunnan suhteen sepevaltimotautia sairastavilla potilailla.
Coull & Pugh (2021)	Iso-Britannia	n=18	Tutkia sydänkohtauksesta selvinneiden asenteita ja kriittisyyttä fyysisistä aktiivisuutta kohtaan; estävien, motivoivien ja mahdollistavien tekijöiden yhteys pitkäaikaisen fyysisen aktiivisuuden saavuttamiseksi.	Puolistrukturoidut haastattelut / Grounded Theory	Neljä päätteemaa: I: Sydäninfarkti opettavaisena kokemuksena ja sysäys käyttäytymisen muutokseen, II: vaikuttava reagointi sydäninfarktiin: nautinto vs. pelko, III: kognitiivinen reaktio sydäninfarktiin: käsitys itsestä, asenne ja itsesääteily sekä IV: mahdollisuus tukeen, esim. mahdollisuus fyysisen aktiivisuuteen sekä sosiaaliseen tukeen. Fyysisen aktiivisuuteen toivotaan perusteellista ohjeistusta ja tukea. Haavoittuvuuden ja pelon tunteet olivat läsnä vaikuttaen tutkittavien käsitykseen itsestään ja kykyyn harrastaa liikuntaa.
Dilla ym. (2020)	Iso-Britannia	n=14	Tutkia, kuinka Etelä-Aasialaiset valitsevat ja priorisoivat elämäntapamuutokset ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen	Syvähaastattelut / Konstruktiivinen Grounded Theory	Kolme pääkategoriaa: perheen tuki, tässä ristiriita omien ja perheen toiveiden välillä aiheutti ristiriidan ja elämäntapamuutoksen hylkäämisen; uskonnollisten asioiden ja terveyteen liittyvien uskomusten merkitys; kiintymys omaan ryhmään ja harmonian tunne.
Fälun ym. (2016)	Norja	n=20	Tunnistaa sydäninfarktin sairastaneiden potilaiden tavoitteet, resurssit ja esteet tulevaisuuden muutoksille sairaalasta kotiutumisen yhteydessä.	Puolistrukturoidut haastattelut / Kuvaileva ja tutkiva, laadullinen sisällön analyysi	Potilaiden näkymät tulevaisuuden suhteen olivat monimutkaisia ja monimuotoisia. Kolme päätteemaa: Elämäntapamuutos-näkökulma, vaikeus ymmärtää sepevaltimotautiin kanssa elämän merkitys sekä eläminen mahdollisimman normaalisti, "jatkaen matkaa."
Nicolai ym. (2018)	Saksa	n=21	Tutkia avaintekijöitä, jotka liittyvät sydäninfarktin sairastaneen elämäntapamuutokseen. Päähuomio on asenteissa ja kokemuksissa, käyttäytymisen muutoksen suhteen arjessa tuoden tietoa elämäntapamuutokseen tähtäviä interventioita varten.	Puolistrukturoidut haastattelut / Laadullinen sisällön analyysi	Elämäntapamuutokset sydäninfarktin jälkeen ovat skoituisia yksilöllisiä (fyysisiä & psykologisia) sekä sosiaalisia tekijöitä, jotka voidaan jakaa estäviin ja edistäviin tekijöihin. Potilaat tarvitsevat henkilökohtaista ohjausta ja tukea omaa sairautaan koskien sekä tietoa elämäntapamuutoksen hyödyistä. Tärkeäksi koetaan myös puolison osallistuminen elämäntapoihin liittyvään neuvontaan ja koulutuksiin.
Simony ym. (2017)	Tanska	n=11	Ymmärtää sydäninfarktin kohdanneiden potilaiden kokemuksia elämäntilanteestaan osallistuessaan sydänkuntoutukseen.	Ryhmä- ja yksilöhaastattelut / Fenomenologisen hermeneuttinen analyysi	Potilaat kokivat olleensa pakotettuja kohtaamaan elämästä ravistelevan kokemuksen. Kolme päätteemaa: Vaikeus hyväksyä sepevaltimotauti, elämän haurauden ymmärtäminen sekä elämäntapamuutos. Vertaistuen merkitys korostui, ollen tärkeä osa potilaiden kokemusta sydänkuntoutuksessa.
Smith ym. (2017a)	Iso-Britannia	n=10	Saavuttaa parempi ymmärrys tutkimukseen osallistuvien kokemuksista mukautumisesta positiivisesti sydänkohtauksen jälkeen.	Puolistrukturoidut syvähaastattelut / Tulkitseva fenomenologinen analyysi (IPA)	Päätteema: "Olin asian päällä alusta alkaen" jakautuu kuuteen alakategoriaan: henkilökohtainen resilienssi ja mukautuvat selviytymiskeinot, voimaantumisen tunne hoidosta ja parantumisesta, vastuu suhteessa muihin ja sosiaalisen tuen arvostus, vähäinen vaikutus itsen huolimatta sydänkohtauksen aiheuttamasta shokista, uusi sivu elämässä - sydänkohtaus ohjasi positiiviseen muutokseen sekä jatkuvan muutoksen hyväksymiseen kehossa.
Smith ym. (2017b)	Irlanti	n=30	Ymmärtää naisten kokemuksia sydäninfarktin (NSTEMI/UAP-oire) jälkeen sydänkuntoutuksessa.	Tapaustudkimus, syvähaastattelut, päiväkirjat / Modifioitu Analyttinen sisällön analyysi (MAI)	Sairaudesta sinuiksi tuleminen, uusi elämä sydänkohtauksen jälkeen, naisten sosiaalinen ympäristö, hyväksyminen ja uudelleen suuntautuminen. Sydänkuntoutus nähdään edistävänä tekijänä elämäntapamuutokseen sitoutumisessa.
Wieslander ym. (2016)	Ruotsi	n=26	Tutkia, kuinka naisten parantumisprosessissa edistetään ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen.	Haastattelut, avoimet kysymykset / Laadullinen sisällön analyysi	Naisten toipuminen sydäninfarktin jälkeen on moniulotteinen prosessi. Mahdollisuudet löytää uusia näkökulmia elämään riippuu siitä, kuinka seuraavat kolme tekijää tulevat otetuksi huomioon; I: käyttäytymiseen liittyvät tekijät, II: Sosiaaliset tekijät sekä III. Psykologiset tekijät. Sydänkuntoutusohjainten ei tulisi keskittyä vain elämäntapamuutokseen ja sosiaaliseen tukeen, vaan aktiivisesti pyrkiä tukemaan naisia löytämään oman sisäisen voimansa toipumiseen.

LIITE 2. Esimerkki sisällönanalyysin prosessista – Sydäntuntoutus

Ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
" Uskon todella, että elämäni on muuttunut paremmaksi sydäninfarktin jälkeen...niin kuin, esimerkiksi, sydänkoulu opetti minulle paljon ja antoi mahdollisuuden jumppaan, joka teki hyvää minulle. En olisi ilman sitä uskaltanut puskea niin paljon." (Wieslander ym. 2016)	Sydäntuntoutus koetaan itseluottamusta lisäävänä ja mahdollisuutena kokeilla omaa pystyvyyttä turvallisesti.	Edistävä	Sydäntuntoutus
" Aluksi ajattelin, että olen niin painava pyörän päällä ja sykkeeni kohosi niin korkeaksi, että ajattelin sen olevan haitaksi. Mutta sitten aloin ajatella, että sinä (fysioterapeutti) olet tehnyt tätä tuhannet kerrat sydäninfarktin saaneiden ihmisten kanssa...ajatelen edelleen, että pyöräily on raskasta, mutta en pelkää sitä." (Bäck ym. 2020)	Sydäntuntoutuksessa fysioterapeutin ohjaus lisää luottamusta omaa kehoa ja liikuntaa kohtaan.		
" Fysioterapeutin läsnäolo oli rauhoittavaa. Ajattelin, etten koskaan uskaltaisi juosta koska sydämeni syke nousisi. Se oli iso kynnys. Mutta pääsin sen yli. En pelännyt juoksemista ja hikoilua. Se merkitsi minulle paljon." (Bäck ym. 2017)	Fysioterapeutin läsnäolo antaa tukea potilaalle ja vähentää liikuntaa kohtaan tunnettu pelkoa.		
" Sydäntuntoutus on mahtavaa...kaikki ovat sanoneet samaa, mutta siinä oli tämä tyhjiö...kuusi tai seitsemän viikkoa milloin ihmiset kokivat olevansa täysin yksin...Tämä on minun pelastusköyteni...oli niin paljon kysymyksiä...kaikki asiat odottivat kuntoutusta ja siellä tiedettäisiin vastaukset. Koen että se on iso parantamisen paikka. (Grainne, 52 v.) (Smith ym. 2017b)	Odotusaika kotiutumisen ja sydäntuntoutuksen välissä koetaan liian pitkänä.	Estävä	
" Sitä lopettaa sydäntuntoutuksen ja se on kuin tippuisi suoraan valtameren eikä siellä ei ole mitään. Käyt salilla ja menet sinne, selvä, olen tehnyt tätä aiemminkin ja tuntemattomat katsovat minua. Paitsi jos hekin ovat käyneet sydäntuntoutuksessa. (Nainen, 37 kuukautta sydäninfarktista) (Coull & Pugh 2021)	Sydäntuntoutuksen päättymisen aiheuttaa epävarmuuden tunteita.		
" Neljäntoista päivän jälkeen perhe ja potilas heitetään sydäntuntoutukselta syvään päätym. 'Nyt katsotaan miten pärjää. Ja niin sen ei pitäisi olla.' (Nicolai ym. 2018)	Sydäntuntoutuksen päättymisen koetaan vaikeaksi.		
" Minusta jonkun tulisi istua alas ja kertoa sinulle vaihtoehtoista, eikä vain sanoa että "sinä olet kunnossa."...joten asiallista tietoa ja puhetta sinulle yksinään." (Olive, 75 v.) (Smith ym. 2017b)	Potilas kaipaa yksilöllistä ohjausta ja asianmukaista tietoa.	Kehityskohteet	
" Enemmistö ihmisistä, joilla on ollut sydäninfarkti, ovat luultavasti huonokuntoisia...joten kurssin tulisi sisältää todella, todella perusasioita ja näinhän se on, mutta siitä ei olisi mitään hyötyä kuitenkaan minulle" (Mies, 29 kuukautta sydäninfarktin jälkeen) (Coull & Pugh 2021)	Potilas kaipaa yksilöllisempää ohjausta liikuntaan.		
" Puhutaan suoraan. Kuka tekee muutoksia sitä varten, että jotain "saattaa" tapahtua? Kuka sellaista tekee?" (IP5) (Nicolai ym. 2018)	Potilas ei ole valmis tekemään elämäntapamuutoksia ja tarvitsee asianmukaista tietoa valintojensa tueksi.		
" En saa syödä sitä mitä haluaisin enkä saa polttaa. Mitä sitten saan tehdä? Mitä varten minä elän?" (IP3) (Nicolai ym. 2018)	Potilas on turhautunut elämänmuutokseen ja tarvitsee tietoa ja tukea.		

LIITE 3. Laadunarviointitaulukko

	1. Ovatko tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?	2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskykyisyys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?	3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?	4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?	5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?	6. Onko tutkijan teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	8. Onko tutkimukseen osallistajat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaiset) kuvattu asiantuntijavasti ja riittävästi tasolla?	9. Onko tutkimus toteutettu moodittain nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?	10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?	Kokonaisarviointi: Hyväksytty/Lisäinfoja tarvitaan
Tutkimus	K	K	K	K	K	E	?	K	K	K	Hyväksytty
Admi ym. (2019)	K	K	K	K	K	E	?	K	K	K	Hyväksytty
Bäck ym. (2020)	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	Hyväksytty
Bäck ym. (2017)	K	K	K	K	K	?	K	K	K	K	Hyväksytty
Coull & Pugh (2021)	K	K	K	K	K	E	?	K	K	K	Hyväksytty
Djilla ym. (2020)	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	Hyväksytty
Fälun ym. (2016)	K	K	K	K	K	E	?	K	K	K	Hyväksytty
Nicolai ym. (2018)	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	Hyväksytty
Simoný ym. (2017)	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	Hyväksytty
Smith ym. (2017a)	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	Hyväksytty
Smith ym. (2017b)	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	Hyväksytty
Wieslander ym. (2016)	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	Hyväksytty