

LUOTTAMUKSEN RAKENTUMINEN DIGITAALISESSA SYDÄNKUNTOUTUKSESSA

Digitalisaation nopean kehityksen myötä teknologian käyttö osana sydäntuntoutusta on lisääntynyt viime vuosina (Falter ym. 2021). Tämä on luonut uudenlaisia toimintamahdollisuuksia vastaamaan kasvavaan sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutustarpeeseen. Onko se uhka vai mahdollisuus sydäntuntoutujan näkökulmasta?

Väitöskirjaprojektin tarkoituksena oli käsitteellistää digitaalinen sydäntuntoutusprosessi glaserialaisen grounded-teorian lähestymistavan avulla (Holton & Walsh 2017). Lähestyn sydäntuntoutuksen moninaista ilmiökenttää väitöskirjani kolmen osajulkaisun kautta. Ensimmäisessä osajulkaisussa tarkastelin kuntoutujien teknologiaan liittyviä kokemuksia ja asenteita. Tältä pohjalta loin teknologiaan liittyvät kokemusryhmät. Toisessa osatutkimuksessa syvensin ymmärrystä näiden ryhmien profiileista vertaamalla niitä toisiinsa terveys- ja liikuntakäyttämisen eri osa-alueilla. Kolmannessa osatutkimuksessa tutkin sydäntuntoutujien antamia merkityksiä omalle kuntoutusprosessilleen.

Taustaa

Sydänsairauden toteaminen on lähes aina pysähdys ja voi yllättää niin kuntoutujan kuin hänen lähipiirinsä. Ahtauttava

sepelvaltimotauti on suomalaisten kansansairaus, jossa valtimoverisuonten sisäpintaan alkaa kertyä pääasiassa veren paha kolesterolia. Ahtauman pahenemisen jälkeen sydän ei enää saa riittävästi verta rasiuksessa, ja tyypillisimmillään rintaa polttee eikä henki kulje. Toisaalta sepelvaltimotautia on mahdollista sairastaa oireettomastikin. (Virani ym. 2021, Visseren ym. 2021.)

Kroonista sepelvaltimo-oireyhtymää sairastaa arvioiden mukaan yli 180 000 suomalaista, joista miehiä on noin 60 prosenttia. Sepelvaltimotaudin hoidon tavoitteena on ehkäistä sairauden uusiutuminen, eli tällöin puhutaan sekundaaripreventiosta. Tähän kuuluu ennen kaikkea terveys- ja liikuntakäyttämiseen liittyvä potilasohjaus. Lääkehoidon ohella olennaisena osana on riskitekijöiden hallinta ja elintapojen muutos, joilla voidaan ehkäistä sydänsairauden etenemistä ja kuolemanriskiä. (Kotseva ym. 2019, Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä: Käypä hoito-suositus 2022.)

Terveyskäyttäytyminen on terveyteen liittyviä, rutiineiksi muotoutuneita tottumuksia ja valintoja. Terveys- ja liikuntakäyttämisen muutokseen vaikuttavia tekijöitä ovat tiedot, taidot, asenteet, odotukset, uskomukset, aikomukset ja pystyvyyden tunne. Niitä voidaan tarkastella useiden käyttäytymistä selittävien teorioiden näkökulmasta. Teoriat

tai mallit auttavat ymmärtämään käyttäytymisen taustalla olevia tekijöitä. Onkin todettu, että teoriaan ja näyttöön perustuva potilasohjaus onnistuu paremmin kuin ohjaus ilman teoreettista perustaa. Käyttäytymisen muutokseen liittyvä teorian auttavat ottamaan huomioon elintapojen muutoksen ja sekä edistäviä tekijöitä että vaikuttamisen keinoja. (Michie & Abraham 2004.)

Terveyskäyttäytymisen muuttamisen ja lääkeshoidon lisäksi pallolaajennusta tai ohitusleikkausta käytetään vaikeimpiin sepelvaltimotaudin tautimuotoihin. Sydänpotilaan hoito on radikaalisti muuttunut myös työurani aikana. Aloittaessani sydänyksikössä sydäntapahtumasta toivuttiin vuodelevossa. Nykyään pallolaajennus tehdään paikallispuudutuksessa ja vie aikaa keskimäärin 45 minuuttia. Kotiutuminen tapahtuu jopa samana tai seuraavana päivänä. Viikon sairauslomien jälkeen pallolaajennuksesta toipuva henkilö voi palata töihin. Ohitusleikkauksessa terveellä verisuonella tehdään ohitus tukkeutuneen sepelvaltimon rinnalle. Ohitusleikkaus vaatii potilaalta usean päivän sairaalassaolon, ja hänen toipumisensa kestää keskimäärin kolmesta kuuteen kuu-kautta. (Visseren ym. 2021.) Kuntoutuksessa tekemäni työvuodet ovat opettaneet, että sydäntapahtumasta kuntoutuminen on hyvin yksilöllistä ja joskus toipuminen voi edetä tavallista hitaammin.

Sydänkuntoutus

Sydänkuntoutus on oikea-aikaisesti toteutetuna merkityksellistä niin kuntoutujalle, yhteisölle kuin yhteiskunnalle. Kuntoutuja kertoo seuraavasti: *”Tosiaan, että mua lääkäri joutui patistaa kolme kertaa, että etkö sä nyt voi lähteä sinne kuntoutukseen. Miks mä lähdän sinne juttelee mun sairaudesta? Miks mun täytyy koko ajan ajatella sitä mun sairautta? Mulla oli siitä ensimmäisestä hetkestä, kun täällä oltiin, että kannattaa lähteä vaan katsomaan edes, koska se voi olla ihan mitä vaan.”* Kuntoutuja kertoo, että hänen lääkärinsä patisti lähtemään Kelan järjestämään sydänkuntoutukseen. Toisinaan tarve hakeutua kuntoutukseen tulee kuntoutujalta itseltään, toisinaan tarvitaan patistajia.

Kuntoutus on tukea, sitoutumista ja yhteistyötä. Kuntoutus on tieteelliseen näyttöön perustuvaa suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, joka perustuu toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen ja yhdessä tekemiseen. Kuntoutuksen tarkoituksena on, että kuntoutuja saa voimavaroja ja valmiuksia osallistua monipuolisesti eri toimintoihin omassa elinympäristössään (Leon ym. 2005). Merkille pantavaa on, että kuntoutus tulee mahdolliseksi vain harvoille sydänsairautta sairastaville (Neubeck ym. 2012). Tärkeätä olisi mahdollistaa oikea-aikainen sydänvalmennus tai kuntoutus jokaiselle sepelvaltimotautia sairastavalle. Kuntoutujaan työhön paluuta on erityisen tärkeää tukea, koska sen viivästyminen tai varhaisemmasta eläköitymisestä kertyy myös yhteiskunnalle kustannuksia.

Sydänkuntoutuksen toteutus

Tässä tutkimuksessa sydänkuntoutuskursseille hakeutuneilla oli todettu sepelvaltimotauti ja heille oli tehty siihen liittyvä toimenpide, kuten pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Sepelvaltimotauti onkin Kelan sydänkuntoutuskursseille osallistujien yleisin diagnoosi. Kelan harkinnanvarainen sydänkuntoutus sisältää kolme viiden vuorokauden jaksoa noin vuoden aikana. Kuntoutuksessa olevien henkilöiden läheisten on mahdollista myös osallistua kurssille kahden päivän ajan. Kuntoutus toteutetaan suunnitelmallisesti, monialaisesti, moniammatillisen työryhmän toteuttamana ja pääasiassa ryhmämuotoisena, ja se mahdollistaa oppimiskokemusten vaihdon ja vertaisilta saatavan tuen. Kuntoutus sisältää myös yksilöllisiä tapaamisia moniammatilliseen tiimiin kuuluvien ammattihenkilöiden kanssa.

Kuntoutujaan tavoitteet ovat keskiössä, ja ne voivat suuntautua esimerkiksi sairauteen sopeutumiseen, arjessa selviytymiseen tai terveys- ja liikuntakäyttäytymisen muutokseen. Kuntoutus sisältää konkreettista tietoa sydänsairaudesta ja sen omahoidosta, riskitekijöiden hallinnasta, kuten ohjeita ja neuvoja liikunnasta ja siihen liittyvistä peloista ja sydänterveellisestä ruokavaliosta, sekä psykososiaalisesta tuesta sairauden hyväksymisessä

ja siihen sopeutumisessa (Ambrosetti ym. 2021). Eräs kuntoutuja muotoilee yksilöllisyyden huomioon ottamisen merkityksen seuraavasti: *”Mun mielestä ois niinkun kiva, kun on ensimmäinen aloitus täällä niin olis kaikille semmonen ravinto-ohjelma tai sen tyyppinen. Kuuluu, jokaiselle suunniteltais erikseen. Niin saisi ihan sellaisen yksilöllisen suunnitelman vaikka sille puolen vuoden jaksolle.”* Sydänkuntoutuksen päätyttyä omaohjaaja on yhteydessä kuntoutujaan keskimäärin kuuden kuukauden kuluttua siitä, kun viimeinen kuntoutusjakso on päätynyt, ja varmistaa, että kuntoutuminen on jatkunut arjessa.

Tutkimuksen tiedonkeruu

Kuntoutuksessa on kehitetty yhä enemmän erilaisia mahdollisuuksia osallistua joustavasti etänä tai läsnä olevana (Falter ym. 2021). Tarjoaisiko etämuotoisena toteutettu kuntoutus entistä useammalle mahdollisuuden osallistua kuntoutukseen? Aineiston tiedonkeruu toteutettiin osana Jyväskylän yliopiston ja Peurungan toteuttamaa sekä Kelan rahoittamaa ”Etäteknologia sydänkuntoutuksessa” -tutkimushanketta, joka toteutettiin vuosina 2015–2018. Väitöskirjaprojektin aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, terveys- ja liikuntakäyttäytymisen kyselylomakkeilla sekä mittauksilla kahdessa erässä eli kuntoutuksen alussa ja sen päätyttyä. Monimenetelmällisen tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin avointa, selektiivistä ja teoreettista koodausta sekä tilastollisia analyysejä (Glaser 1978).

Tutkimuksessa 39 sepelvaltimotautia sairastavaa kuntoutujaa, joista miehiä oli 74 prosenttia, käytti teknologiaa kuntoutusjaksojen välissä. Verkossa tapahtuva kuntoutus mahdollisti kuntoutujan henkilökohtaisten tavoitteiden seurannan, liikunta- ja kuntoutuspäiväkirjan täyttämisen ja vertaiskeskustelun muiden kuntoutujien kanssa. Sen lisäksi fysioterapeutti antoi kuukausittain verkossa kannustavaa palautetta, ja siellä myös muistutettiin automaattisesti välitehtävistä. Kuntoutujan liikunta-aktiivisuuden omaseurantana ja motivaation välineenä toimi aktiivisuusranneke.

Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa analysoin teknologiaan liittyviä kokemusryhmiä, joita olivat pelokas tarkkailija, innoton osallistuja, harkitseva toteuttaja ja aktiivinen käyttäjä. Eri ryhmiin kuuluvilla kuntoutujilla oli erilaiset teknologian käyttöönottoon liittyvät valmiudet ja osaaminen. Pelokkaat tarkkailijat ja innottomat osallistujat osoittivat kasvotusten tapahtuvan ohjauksen tarpeellisuuden, kun taas harkitsevilla toteuttajilla ja aktiivisilla käyttäjillä ohjauksen tarve oli vähäisempää. Helppokäyttöinen ja vuorovaikutteellinen teknologia sekä koettu hyödyllisyys edisti teknologian hyväksymistä ja käyttöönottoa ja tuki kuntoutujien osallisuutta elämänmuutoksessa. Toisessa vaiheessa pyrin ymmärtämään näiden ryhmien profiileja vertaamalla niitä toisiinsa biopsykososiaalisten ja terveystyökalujen osa-alueilla. Keskiöön nousi yksilöllisen kohdatuksi tulemisen merkitys. Kolmannessa vaiheessa syventyi luottamuksen rakentamisen merkitys sydänkuntoutusprosessin kokemuksessa. Osatutkimuksien pohjalta käsitteellistettiin malli luottamuksen rakentamisesta elämänmuutoksessa osana digitaalista sydänkuntoutusprosessia.

Tutkimukseni perusteella väitän, että kuntoutus on luottamuksen rakentamisen prosessi, sillä sairastuminen sydänsairauteen on kokonaisvaltainen elämänmuutos, jonka keskiössä on luottamus. Näkemysni mukaan kuntoutujan luottamus itseensä, toisiin ja elämään syntyi yksilönä kohdatuksi tulemisesta. Kuntoutuja kuvaa, miten ”pumppujuttu” aiheutti aallonpohjan elämässä, yllätti hänet ja yhteiset haaveet puolison kanssa romuttivat. Tuli kokemusta siitä, ettei enää jaksakaan eikä pysty. Kuntoutuksen myötä hän rupesi ajattelemaan päivän kerrallaan, ja hän kertoo, että vähitellen harrastukset palautuivat: *”Nyt kun mä oon päässyt siitä, niin mä oon löytänyt luoton itseeni.”* Luottamuksen syntyminen vaatii omien tunteiden ymmärtämistä ja sairauden tuomien ajatusten tunnistamista sekä uuden elämäntilanteen hyväksymistä.

Yhteenveto

Sydänkuntoutukseen on merkityksellistä tu-
levaisuudessakin panostaa, mutta kuntou-
tukselta vaaditaan rohkeutta myös uudis-
tua. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että
räättälöityjen digitaalisten ratkaisujen avul-
la voidaan vastata kuntoutujien yksilöllisiin
kohtaamisen ja tuen tarpeisiin. Tutkimuk-
sen havainnot osoittivat, että kuntoutujan
elämänmuutos on osa luottamuksen raken-
tumisen prosessissa. Tämän vuoksi kuntou-
tujalle on mahdollistettava vahva toimijuus
ja oman kuntoutuspolun toteuttaminen heti
sairaalavaiheesta lähtien. Kuntoutujan luot-
tamus rakentuu, kun otetaan huomioon yksi-
lölliset tarpeet, tavoitteet ja toisaalta tekno-
logian käyttämisen osaaminen, motivaatio
ja halukkuus. Luottamuksen rakentuminen
vaatii tietojen ja taitojen lisäksi psyykkistä
ja sosiaalista tukea, erityisesti vertaistukea.
Luottamus rakentuu ennen kaikkea yksilölli-
sesti kohdatuksi tulemisen tunteesta.

**Marjo-Riitta Anttila, TtT, yliopiston opettaja,
Jyväskylän yliopisto**

*Kirjoitus perustuu kirjoittajan väitösti-
laisuudessaan 31.3.2023 Jyväskylän yli-
opistossa esittämään lectio praecursori-
aan. Väitöskirjan nimi on "Trust-building
and personalized life changes among di-
gital cardiac rehabilitation process". Väi-
töskirja on julkaistu verkkojulkaisusar-
jassa JYU Dissertations 609, Jyväskylä
2023, ISSN 2489-9003, ISBN 978-951-
39-9301-6 (PDF), ja se on luettavis-
sa JYX-julkaisuarkistossa: [http://urn.fi/
URN:ISBN:978-951-39-9301-6](http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9301-6).*

Lähteet

Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Han-
sen D ym. (2021) Secondary prevention through
comprehensive cardiovascular rehabilitation:
From knowledge to implementation. 2020 upda-
te. A position paper from the secondary preven-
tion and rehabilitation section of the European
association of preventive cardiology. *European
Journal of Preventive Cardiology* 28, 460–495.
Falter M, Scherrenberg M, Dendale P (2021) Digital
health in cardiac rehabilitation and secondary
prevention: A search for the ideal tool. *Sensors*
21, 12. <https://doi.org/10.3390/s21010012>

Glaser BG (1978) Theoretical sensitivity: advances in
the methodology of grounded theory. *Sociology
Press*, 2–3.
Holton JA, Walsh I (2017) *Classic Grounded Theo-
ry: Applications with qualitative and quantita-
tive data*. SAGE Publications, 25–26. [https://doi.
org/10.4135/9781071802762](https://doi.org/10.4135/9781071802762)
Krooninen sepelvaltimo-oireyhtymä. Käypä hoito-
suositus (2022) Suomalaisen Lääkäriseuran Duo-
decimin ja Suomen Kardiologisen Seuran aset-
tama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura
Duodecim. Helsinki. <https://www.käypähoito.fi>.
[Luettu 20.4.2023]
Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L,
Hoes A ym. (2019) Lifestyle and impact on car-
diovascular risk factor control in coronary pa-
tients across 27 countries: Results from the
European Society of Cardiology ESC-EORP EU-
ROASPIRE V registry. *European Journal of Pre-
ventive Cardiology* 26, 824–835. [https://doi.
org/10.1177/2047487318825350](https://doi.org/10.1177/2047487318825350)
Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA
ym. (2005) Cardiac rehabilitation and second-
ary prevention of coronary heart disease. *Circu-
lation* 111, 369–376. [https://doi.org/10.1161/01.
CIR.0000151788.08740.5C](https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000151788.08740.5C)
Michie S, Abraham C (2004) Interventions to chan-
ge health behaviours: Evidence-based or eviden-
ce-inspired? *Psychology & Health* 19, 29–49.
<https://doi.org/10.1080/0887044031000141199>
Neubeck L, Freedman SB, Clark AM, Briffa T, Bau-
man A, Redfern J (2012) Participating in cardiac
rehabilitation: A systematic review and meta-
synthesis of qualitative data. *European Journal
of Preventive Cardiology* 19, 494–503. [https://
doi.org/10.1177/1741826711409326](https://doi.org/10.1177/1741826711409326)
Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bit-
tencourt MS ym. (2021) Heart Disease and Stro-
ke Statistics – 2021 Update: A Report From
the American Heart Association. *Circulati-
on* 143, e254–e743. [https://doi.org/10.1161/
CIR.0000000000000950](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950)
Visseren FL, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Kos-
kinas KC (2021) 2021 ESC Guidelines on cardio-
vascular disease prevention in clinical practice.
European Heart Journal 42, 3227–3337. [https://
doi.org/10.1093/eurjpc/zwab154](https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab154)