

Sydäninfarktipotilaan omaisten ongelmia potilaiden toipumisen aikana ja hoitotyön mahdollisuudet vastata niihin¹⁾

Maija Hentinen, Anja Hentunen, Helena Hyvärinen, Heli Karppinen ja Riitta Manninen

Perhe sydäninfarktipotilaan hoidossa

Perhe muodostaa kokonaisuuden, jossa yhteen perheenjäsenen kohdistuvat muutokset vaikuttavat myös muihin perheenjäseniin ja heidän välisiin suhteisiinsa. Jonkun perheenjäsenen vakava sairastuminen voi aiheuttaa kriisitilan. Kriisi ei ole vain yksilön – potilaan – vaan se kehittyy helposti koko perheen kriisiksi. Sairauden vuoksi perheen tavanomainen elämä häiriintyy. Sekä potilaan että muiden perheenjäsenten roolit muuttuvat, samoin perheenjäsenten väliset riippuvuus- ja voimasuhteet (Alanen 1979, Anttinen 1979). Perhe pyrkii sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseen, löytämään uuden tasapainotilan. Kriisin hallinta perheessä auttaa myös potilasta hallitsemaan omaa sairauden aiheuttamaa kriisiä, mikä edistää parantumista.

Päinvastaisessa tapauksessa, perheen häiriintymisen jatkuessa, potilaan paranemisedellytykset vähenevät ja sairaus saattaa pahentua (Anttinen 1979). Asia on jäänyt varsin vähälle huomiolle esimerkiksi sydäninfarktipotilaiden hoidossa. Kuitenkin kuten Erik Anttinen sanoo, perheenisän ensimmäinen sydäninfarkti on suomalaisen perheen luonteenomainen tragedia. Perheen vaikutuksesta sydäninfarktipotilaan kuntoutumiseen ei ole käytettävissä tutkimus-

tuloksia. Asiaa ei todennäköisesti ole selvitettykään. Voidaan kuitenkin melkoisella varmuudella olettaa, että äkillisillä koronaarikuolemilla on selvä yhteys psykologisiin tekijöihin ja elämänmuutoksiin, joista varsin monet koskevat perhettä ja ihmissuhteita (esim. Rahe ym. 1974, Romo 1977). Omaisten tuki sydäninfarktipotilalle on ilmeisesti erittäin merkityksellinen. Erään vielä julkaisemattoman tutkimusaineiston mukaan (Hentinen 1980) sydäninfarktipotilaat kokivat jo sairaalavaiheessa saavansa huomattavasti enemmän tukea omaisiltaan kuin sairaanhoitajalta tai lääkäriltä. Omaisten vaikutuksen voi olettaa lisääntyvän potilaan toipilavaiheen aikana. Sydäninfarktipotilaiden perheiden tai vaimojen kokemuksista omaisten sairauden jälkeen on olemassa muutamia tutkimuksia (esim. Wishnie ym. 1971 ja Mayou ym. 1978a).

Sydäninfarktin sairastanut henkilö palaa sairaalasta kotiin fyysisesti muuttuneena ja usein myös depressiivisenä (esim. Wishnie ym. 1971, Mayou ym. 1978a, 1978b, Cay 1978, Mayou 1979). Vielä vuoden kuluttua sydäninfarktista jopa yli puolella sydäninfarktipotilaista voi olla jonkin asteinen depressio. Myös sairastuneen roolit perheessä ja sen ulkopuolella muuttuvat, esimerkiksi miehen rooli perheen tärkeimpänä huoltajana tai rooli aviopuolisona ja seksuaalipartnerina. Mayou ym. (1978a, 1978b) tutkimusten mukaan vaikeuksia seksuaalikohteissa esiintyi huomattavalla osalla aviopareista vielä vuoden kuluttua sydäninfarktista. Tosin vain osa heistä koki seksuaalisen kanssakäymisen huonontuneen. Ilmeisesti avioparit sopeutuivat tilanteeseen. Samoissa tutkimuksissa on

¹⁾ Artikkelin perustana on Kuopion sairaanhoito-oppi laitoksen erikoiskoulutusjaostossa lukuvuonna 1979–80 tehty harjoitustyö, Anja Hentunen, Helena Hyvärinen, Heli Karppinen ja Riitta Manninen: Sydäninfarktipotilaiden aviovaimojen kokemuksia miehen sairauden jälkeen.

todettu myös sydäninfarktin sairastaneiden miesten osallistumisen kotitöihin vähentyneen sairauden jälkeen. Sydäninfarktipotilaan perheerojen muuttuessa myös muitten perheenjäsenien roolit muuttuvat. Roolimuutokset koetaan yleensä vaikeina. Perheen auttamisen on todettu onnistuvan parhaiten silloin, kun sitä on voitu tukea entisten roolien ylläpidossa (Ezra 1969). Roolimuutokset ulottuvat kodin ulkopuolelle vapaa-ajan harrastuksiin ja työelämään. Myös perheenjäsenien väliset riippuvuus- ja voima-suhteet saattavat muuttua perheenisän, -äidin tai muun perheenjäsenen sairastuttua sydäninfarktiin. Tähän viittaavat mm. eräät tutkimustulokset (Wishney ym. 1971, Mayou ym. 1978a, 1978b). Miehet saattoivat toipumisvaiheessa olla erittäin riippuvaisia vaimoistaan jo toisaalta monet vaimot yrittivät suojella potilaita epämiellyttäviltä asioilta rintakivun pelosta, minkä potilaat kokivat rasituksena. Vanhempien potilaiden perheet todettiin huolehtivimmiksi ja rajoittavimmiksi kuin nuorten potilaiden perheet. Aviovaimoilla esiintyi myös syyllisyudentunteita, he kokivat vaikuttaneensa aviomiehensä sydänkohtaukseen.

Edellä mainituissa tutkimuksissa ilmeni myös, että perheissä, joissa perhe-elämä oli ollut vakaata ennen sairastumista, saattoi esiintyä vaikeita riitoja. Niiden syynä oli usein se, että potilas ja omaiset tulkitsivat eri tavoin lääkärin antamia hoito-ohjeita. Huomattava osa vaimoista kertoi olleensa ahdistunut potilaan toipumisesta ja omasta osuudestaan siinä. Ahdistus oli usein suhteettoman voimakasta verrattuna potilaan terveydentilaan (Wishney ym. 1971). Toisaalta joissakin tapauksissa vaimot kokivat suhteen mieheensä parantuneen sydäninfarktin jälkeen. Kriisitilanteet ja niiden ratkaiseminen on todettu tärkeiksi perheen kehityksen kannalta (esim. Siltala 1979).

Lähin henkilö, sydäninfarktipotilaan kohdalla useimmiten aviovaimo, joutuu todennäköisesti kohtaamaan suurimmat ongelmat omainsensa sairauden yhteydessä. Tutkimuksissa (Mayou ym. 1978a, 1978b, Mayou 1979) on sydäninfarktipotilaiden vaimoilla todettu olevan huomattavia ongelmia aviopuolisonsa toipumisen aikana. Heillä esiintyi mm. voimakkaita ja jopa pysyviä psyykkisiä tai psykosomaattisia oireita, kuten väsymystä, jännittyneisyyttä, depressiota, ärtyneisyyttä, itkuherkkyyttä, unettomuutta, ruokahaluttomuutta, henkistä turtuneisuutta ja riippuvuutta muista ihmisistä sekä epätodellisuudentuntua. Ongelmat ovat samantapaisia kuin potilaillakin todetut. Niiden

esiintyminen viittaa siihen, etteivät vaimot olleet sopeutuneet tilanteeseen. Erään käsityksen mukaan psyykkisen mukautumiskyvyn lamaantuminen on tärkeä syy terveyden horjumiseen psykososiaalisten kriisien aikana (Richard 1978). Kuitenkaan vaimojen vaikeudet eivät näyttäneet vaikuttavan kovin paljon miehen elämään, sillä miehet kokivat vähemmän ongelmia avioliitossa ja seksuaalielämässä kuin esimerkiksi työelämässä ja vapaa-ajan harrastuksissa (Mayou 1979). Tulos saattaa viitata siihen, että työhön liittyvät tekijät ovat miespuoliselle sydäninfarktipotilaalle perhe-elämää tärkeämmät. Perhetilanteen on todettu muuttuvan hitaammin kuin työtilanteen (Laaksovirta 1979), mikä on osaltaan voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin. Sydäninfarktipotilaan aviopuolison oma sairaus voi myös vaikeuttaa tilannetta perheessä. Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa noin puolet sydäninfarktipotilaista ilmoitti aviopuolisonsa sairaaksi ja 45 % pystyi nimeämään tietyn sairauden (Laaksovirta 1979). Englannissa on saatu vielä korkeampia sydäninfarktipotilaiden vaimojen sairastavuuslukuja (Finlayson & McEven 1977).

Sydäninfarktin sairastaminen aiheuttaa perheessä vaikeuksia, jotka näkyvät todennäköisesti potilaan ennusteessa ja kuntoutumisessa (vrt. Romo 1977). Herää kysymys, miten perhettä voidaan auttaa hoitotyön keinoin. Omaisten ohjaus on yksi tärkeimpiä. Järjestetyn systemaattisen omaisten ohjauksen yleisyyttä tai sen vaikutuksia ei ole juuri tutkittu. Englannissa Mayou ym. (1976) ovat selvittäneet sydäninfarktipotilaiden vaimojen saaman informaation määrää. Potilaan ollessa sydänvalvonnassa yli 80 % vaimoista sai tietoja miehensä tilasta ja 62 % oli tyytyväinen saamaansa informaatioon. Vuodeosastolla 80 % vaimoista keskusteli lääkärin kanssa. Keskustelu sairaanhoitajan kanssa ei ilmene tutkimuksesta. Melkein kaikki vaimot olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen potilaan ollessa vielä sairaalassa. Sen sijaan potilaan kotiuttamisen jälkeen vain 46 % oli enää tyytyväinen annettuun ohjaukseen. Ilmeisesti todellinen ohjauksen tarve ilmeni vasta sitten, kun kotihoitossa esiintulleet vaikeudet oli koettu.

Tutkimuksen tarkoitus ja ongelmat

Sydäninfarktipotilaiden ohjaus on useissa sairaaloissa järjestetty jo suhteellisen hyvin (esim. Meriläinen 1979 ja 1980). Omaiset ovat kuitenkin jääneet systemaattisen ohjauksen

ulkopuolelle useimmissa tapauksissa. Tällainen oli tilanne myös tutkimuksen kohteena olevassa Kuopion yliopistollisen keskussairaalan sisätautien klinikassa syksyllä 1979. Tämä tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa sydäninfarktipotilaiden omaisten ohjauksen kehittämiseksi. Tutkimuksessa etsittiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten sydäninfarktipotilaiden omaiset kokevat sairaalassa annetun ohjauksen?
2. Mitä muutoksia sydäninfarkti aiheuttaa potilaiden perheissä?
3. Millaisia ongelmia esiintyy sydäninfarktipotilaiden omaisilla?
4. Millaisia odotuksia sydäninfarktipotilaiden omaisilla on omaisten ohjauksen kehittämiseksi?

Tutkimus kuuluu osana Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa käynnissä olevaan sydäninfarktipotilaiden hoitotyön kehittämishjelmaan.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla Kuopion yliopistollisen keskussairaalan sisätautien klinikan kahdelta osastolta 21.12.1979–28.3.1980 välisenä aikana kotiutettujen alle 65-vuotiaiden sydäninfarktipotilaiden omaisilta. Potilaita oli molemmilta osastoilta 30, yhteensä 60. Potilaista seitsemän asui yksin ja yksi kuoli pian kotiuttamisen jälkeen, joten heidän lähiomaisensa jätettiin pois tutkimuksesta. Näin jäljelle jäi 52 sydäninfarktipotilaan lähiomaiset; 34 oli aviovaimoa, kuusi aviomiestä ja 12 muuta omaista.

Heille lähetettiin kyselylomake noin kuuden viikon kuluttua omaisen sydäninfarktiin sairastumisesta. Lomake oli tätä ennen testattu viidelle sydäninfarktipotilaan omaiselle tehdyllä

koekyselyllä, minkä jälkeen lomaketta oli täydennetty ja korjattu. Kyselylomake sisälsi 47 kysymystä.

Lomakkeen palautti 43 (83 %) omaisista; 29 aviovaimoa, viisi aviomiestä ja yhdeksän muuta lähiomaista. Omaisten ikä vaihteli 22–69 vuoteen. Lähes kaikkien (93 %) vastaajien pohjakoulutus oli kansakoulu ja vain kolmen (7 %) sitä korkeampi. Ansiotyössä oli 42 % vastaajista, eläkkeellä 30 %, maatalon emäntiä 16 % ja kotirouvia 12 %. Kaupungissa asui 42 %, maaseudulla taajamassa 19 % ja maaseudun haja-asutusalueella 39 % vastanneista. Omaisten ilmoittamana 58 %:lla potilaista oli ensimmäinen sydäninfarkti, 26 %:lla toinen ja 16 %:lla kolmas tai useampi sydäninfarkti.

Tulokset

Omaisten ohjaus ja sen riittävyys

Vajaa puolet omaisista (47 %) oli ollut saatamassa potilasta sairaalaan. Kuitenkin huomattavasti useammat (72 %) ilmoittivat saaneensa tietoja riittävästi potilaana olleen omaisensa tilasta sairaalaan tulovaiheessa. Ilmeisesti osa omaisista sai tiedot sydänvalvonnasta. Useimmille asiasta kertoi lääkäri (44 %). Sairaanhoidtaja selitti asian 26 %:lle, potilas itse 7 %:lle ja 23 % vastanneista ei ollut saanut asiaa koskevia tietoja keneltäkään.

Sydänvalvonnassa hoidettiin 95 % potilaista. Omaisten saama informaatio siellä suoritetuista hoitotoimenpiteistä vaihteli 26–58 %:iin ohjauksen eri sisältöalueilla (Taulukko 1). Eniten omaiset saivat tietoja vierailujen rajoittamisesta, vähiten happi- ja tarkkailulaitteiden tarkoituksesta. Kuitenkin vain 40 % omaisista sanoi jonkun toimenpiteen jääneen heille epäselväksi. Ilmeisesti kaikki omaiset eivät olleet halukkaita

Taulukko 1. Sydäninfarktipotilaiden omaisten saama tieto potilaalle sydänvalvonnassa tehdyistä toimenpiteistä (N=43)

Toimenpide	Tiedon saanti		Vastaamatta %
	Kyllä %	Ei %	
Laskimonsisäinen nesteento	30	61	9
Hapen anto	26	58	16
Tarkkailulaitteet	26	56	18
Vuodelevon merkitys	30	56	14
Vierailujen rajoittaminen	58	33	9

Taulukko 2. Sydäninfarktipotilaiden omaisten saaman kotihoitoa koskevan ohjauksen riittävyys (N=43)

Ohjauksen alue	Ohjauksen riittävyys		Vastaamatta
	Riittävää %	Riittämätöntä %	%
Jatkuvasti käytettävät lääkkeet	37	49	14
Nitroglyseriinin käyttö	51	42	7
Menettely rintakivun yhteydessä	39	47	14
Ruokavalio	39	39	22
Liikunta	49	33	18
Tupakointi	54	30	16
Sairaslomaan liittyvät kysymykset	47	37	16

saamaan tietoja potilaalle suoritetuista hoitotoimenpiteistä. Lähes puolet (47 %) omaisista sai tiedot sairaanhoitajilta ja 21 % lääkäreiltä. Viidelle vastaajalle potilas oli itse kertonut hoitotoimenpiteistä. Omaisilta kysyttiin myös henkilökunnalta saadun tuen riittävyttä. Noin puolet (51 %) vastasi saaneensa tukea riittävästi, 35 % katsoi, ettei henkilökunnalta saatu tuki ollut riittävä ja 14 % ei osannut vastata kysymykseen. Yli kolmannes (35 %) koki saaneensa tukea sairaanhoitajalta ja 16 % lääkäriltä. Eniten sydäninfarktipotilaiden omaiset saivat tukea sukulaisiltaan (65 %) ja monet myös naapureiltaan (25 %).

Saamaansa kotihoitoa koskevaan ohjaukseen omaiset olivat myös melko tyytyväisiä, vaikka järjestettyä ohjausta ei ollutkaan. Yli puolet omaisista (51 %) piti sitä riittävänä ja alle puolet (42 %) riittämättömänä. Kysymykseen ei ollut vastannut kolme henkilöä (7 %). Ohjauksen riittävyttä eri alueilla tiedusteltiin jatkokysymyksellä, jonka vastaukset ilmenevät taulukosta 2. Yli puolet sydäninfarktipotilaiden omaisista piti tupakointia ja nitroglyseriinin käyttöä koskevaa ohjausta riittävänä. Myös

liikuntaa ja sairaalomaan koskevaan ohjaukseen lähes puolet vastanneista oli tyytyväisiä. Vähitellen riittävänä pidettiin jatkuvasti käytettävien lääkkeiden käytön ja rintakipukohtauksen ensiavun ohjausta. Näitä alueita koskevaa ohjausta toivottiin huomattavasti lisää.

Vaikutus perheen elämään

Useiden perheiden elämä muuttui sydäninfarktin seurauksena, mikä ilmenee seuraavasta asetelmasta.

	Perheessä muutoksia		Perheessä ei muutoksia	
	n	%	n	%
Aviopuolisoiden ilmoittamana	15	45	18	53
Muiden omaisten ilmoittamana	—	—	9	100

Sydäninfarktipotilaiden aviopuolisista lähes puolet koki perheen elämän jotenkin muuttuneen. Muista omaisista kukaan ei maininnut muutoksia. Muutos oli useimmissa tapauksissa

Taulukko 3. Sydäninfarktipotilaiden käyttäytymismuutos lähimmän omaisen näkemänä noin kuuden viikon kuluttua sydäninfarktista (N=43)

Käyttäytymisen alue	Käyttäytyminen		Vastaamatta/ei osaa sanoa
	Muuttunut %	Ei muuttunut %	%
Ruokailutottumukset	47	33	20
Liikuntatottumukset	56	26	18
Vapaa-ajan harrastukset	14	35	51
Tupakointi	30	28	42
Alkoholin käyttö	28	28	44

kielteinen. Vain kolme aviovaimoa mainitsi myönteisiä muutoksia. Perheissä tapahtuneet muutokset olivat seuraavat:

Kielteiset muutokset	Mainintojen määrä
Mikään ei suju niin kuin ennen	3
Kotityöt jääneet terveelle aviopuolisolle	2
Työnteke maataloudessa vaikeutunut	2
Infarktin sairastanut on perheen keskipiste	2
Sosiaaliset kontaktit vähentyneet	2
Yhteiset harrastukset vähentyneet	1
Yhteensä	12
Myönteiset muutokset	
Koko perheen ruokavalio lkeventynyt	2
Koko perheen liikuntaharrastus lisääntynyt	1
Yhteensä	3

Suurin osa kielteisistä muutoksista liittyi puolisoiden välisiin tai muihin sosiaalisiin suhteisiin. Myös konkreettisia vaikeuksia esiintyi kuten esimerkiksi työnteon vaikeutuminen maataloudessa, jonka kaksi aviomiestä koki vaikeutena. Toisessa näistä oli karja jouduttu myymään emännän sairastuttua.

Vaikka perheissä olikin tapahtunut muutoksia perheenisän tai äidin sydäninfarktin jälkeen, niin vain seitsemän henkilöä (16 %) katsoi sairauden vaikuttaneen hänen ja sairastuneen henkilön väliseen suhteeseen. Heistä kuusi koki suhteen kehittyneen kielteiseen suuntaan ja vain yksi aviovaimo ilmoitti suhteen aviomieheensä parantuneen. Kielteisinä vaikutuksina ilmenivät seuraavat: infarktin sairastanutta aviomiestä on suojeltava (3 aviovaimoa), aviopuolisoiden etääntyminen (2 aviovaimoa), riitaisuus (1 aviovaimo).

Aviopuolisoiden välisessä suhteessa tärkeän alueen, seksuaalisen kanssakäymisen on todettu muuttuvan sydäninfarktin jälkeen. Kuitenkin vain kuusi vastaajaa (14 %), jotka kaikki olivat aviovaimoja (20 % aviovaimoista), mainitsi

sydäninfarktin aiheuttaneen ongelmia puolisoiden seksuaalisuhteeseen. Kolme aviovaimoa mainitsi ongelmaksi pelokkuuden, kaksi sukupuolisen haluttomuuden ja yksi miehen kyvyttömyyden. Kaikki aviomiehet ja suurin osa aviovaimoista katsoivat, ettei sydäninfarkti ollut aiheuttanut ongelmia seksuaalisuhteeseen.

Sairauden vaikutuksia perheen elämään voidaan tarkastella myös sen perusteella, kuinka paljon sairastunut henkilö joutuu muuttamaan tai muuttaa elintapojaan. Perheen suhtautuminen tai mukautuminen tilanteeseen edistää tai ehkäisee potilaan käyttäytymismuutosta. Parhaiten muutos tapahtuu silloin, kun perhe tukee potilasta ja mahdollisesti muuttaa omia tottumuksiaan, kuten muutamissa perheissä tässä tutkimuksessa oli tapahtunut. Taulukossa 3 on esitetty sydäninfarktipotilaiden jokapäiväisten tottumusten ja käyttäytymisen muuttuminen lähimmän omaisen näkemänä.

Liikuntatottumukset olivat muuttuneet eniten (56 %:lla) ja vapaa-ajan harrastukset vähiten (14 %:lla). Muutoksen suuntaa kysyttiin avoimella kysymyksellä. Yleensä muutokset olivat terveyden kannalta myönteisiä. Seitsemän liikunta oli lisääntynyt ja kahden vähentynyt. Yhdeksän sydäninfarktin sairastanutta oli siirtynyt syömään aikaisempaa kevyempää ja vähärasvaisempaa ruokaa ja 14:lla paino oli laskenut. Tupakoinnin oli lopettanut seitsemän ja vähentänyt yksi henkilö. Alkoholin käyttö oli loppunut yhdellä ja vähentynyt kahdella. Vapaa-ajan harrastukset olivat muuttuneet harvoilla, tosin kaksi potilasta oli joutunut luopumaan ruumiillisia ponnistuksia vaativasta harrastuksestaan, kalastuksesta. Osa lähiomaisista mainitsi muutoksina potilaan sydäninfarktin jälkeisen masentuneisuuden, herkkyyden tai unettomuuden.

Sydäninfarktipotilaiden omaisten kokemat vaikeudet

Perheessä tapahtuneet muutokset saattavat

Taulukko 4. Sydäninfarktipotilaiden omaisilla esiintyneet vaikeudet (N=43)

Vaikeuksien luonne	Vaikeuksien esiintyminen		Vastaamatta/ei osaa sanoa %
	Kyllä %	Ei %	
Työvaikeudet	21	54	25
Perhevaikeudet	23	54	23
Kodinhoitovaikeudet	16	56	29
Taloudelliset vaikeudet	12	63	26

Taulukko 5. Sydäninfarktipotilaiden omaisilla esiintyneet oireet

Oireen luonne	Oireen esiintyminen			
	Ei %	Jonkin verran %	Paljon %	Ei osaa sanoa/ Ei vastattu %
Aviovaimot (N=29)				
Unettomuus	7	66	17	10
Ruokahaluttomuus	31	35	10	24
Väsymys	7	38	31	24
Masentuneisuus	7	38	17	38
Itkuherkkyys	21	31	17	31
Henkinen turtuneisuus	14	24	14	48
Riippuvuus muista	31	17	17	35
Sukupuolinen haluttomuus	7	28	14	51
Aviomiehet ja muut omaiset (N=14)				
Unettomuus	51	21	7	21
Ruokahaluttomuus	71	7	0	22
Väsymys	43	29	0	28
Masentuneisuus	50	29	7	14
Itkuherkkyys	50	29	7	14
Henkinen turtuneisuus	36	7	0	57
Riippuvuus muista	21	7	21	51
Sukupuolinen haluttomuus	36	7	0	57
Koko aineisto (N=43)				
Unettomuus	21	51	14	14
Ruokahaluttomuus	44	26	7	23
Väsymys	19	35	21	25
Masentuneisuus	21	35	14	30
Itkuherkkyys	30	30	14	26
Henkinen turtuneisuus	22	19	9	50
Riippuvuus muista	28	14	19	39
Sukupuolinen haluttomuus	17	21	9	53

vaikeuttaa perheen ja sen jäsenten normaalia elämää. Vaikeudet voivat ilmetä eri elämän-alueilla kuten työssä, perheessä tai taloudellisinä vaikeuksina. Niiden määrä tässä aineistossa ilmenee taulukosta 4.

Suurimmalla osalla eli yli puolella koko aineistosta ei esiintynyt vaikeuksia kysytyillä neljällä alueella. Vajaalla neljänneksellä oli perhe- tai työvaikeuksia lähiomaisen sydäninfarktin vuoksi. Erikoisesti on huomattava, että vain viisi omaista (12 %) ilmoitti heillä olleen tai olevan taloudellisia vaikeuksia. Sydäninfarktin sairastaneet saivat vielä palkkaa, päivärahaa tai olivat sairauseläkkeellä, eivätkä eläke- tai työnsaantihuolet olleet näin ollen vielä ajankohtaisia.

Sydäninfarktipotilaiden omaisilla esiintyneet oireet ja lääkärikäynnit.

Kun sydäninfarktipotilaan omainen ei pysty sopeutumaan tilanteeseen positiivisesti, voi seu-

rata psyykkisten tai psykosomaattisten oireiden ilmaantuminen (vrt. Rechard 1978). Näiden esiintymistä on pidettävä inhimillisenä reaktiotapana, jonka avulla henkilö pyrkii sopeutumaan muuttuneeseen tilanteeseen (Achte ym. 1973). On myös mahdollista, että osalla omaisista on ollut kyseisiä oireita jo aikaisempaan elämäntilanteeseen liittyen. Omaisten itselleen ilmoittamat oireet näkyvät taulukosta 5.

Lomakkeessa kysytyjä oireita oli yleisimmin ilmennyt sydäninfarktipotilaiden vaimoilla. Tavallisimpia niistä olivat unettomuus ja väsymys. Unettomuutta oli ilmennyt 83 %:lla vaimoista, tosin vaikeana vain 17 %:lla. Huomattava osa vaimoista (71 %) ilmoitti tunteneensa väsymystä, 31 %:lla oli esiintynyt sitä paljon. Myös masentuneisuutta, itkuherkkyyttä ja sukupuolista haluttomuutta oli sydäninfarktipotilaiden vaimoilla esiintynyt huomattavasti enemmän kuin muilla omaisilla. Joillakin henkilöillä, varsinkin aviovaimoilla, oli esiintynyt

useita oireita. Kolme aviovaimoa mainitsi koke-neensa kuusi kahdeksasta kyselylomakkeessa luetellusta oireesta. En osaa sanoa -vastausten, samoin kysymykseen vastaamatta jättäneiden määrä oli huomattavan korkea, joidenkin oireiden kohdalla 50 %.

Sydäninfarktipotilaiden omaisten terveyden-tilaa voidaan kuvata myös rauhoittavien lää-keiden käytöllä ja lääkärissä käyneillä, joita kuvaavat luvut ilmenevät seuraavasta asetel-masta.

	Lääkkeitä käyttävien/ lääkärissä käyneiden omaisten	
	luku- määrä	%-osuus kaikista omaisista
Rauhoittavia lääkkeitä käyttäviä	8	19
Lääkärissä aikaisemman sairauden vuoksi käyneitä	14	33
Lääkärissä uuden sairauden tai oireen vuoksi käyneitä	3	7

Lähes viidennes omaisista ilmoitti käyttä-neensä rauhoittavia lääkkeitä omaisensa sydän-
infarktin jälkeen. Saatujen tietojen perusteella ei voida päätellä, kuinka moni omaisista oli käyttänyt niitä jo aikaisemmin ja oliko käyttö lisääntynyt lähiomaisen sairauden johdosta. Aikaisemman sairauden vuoksi kävi lääkärissä kolmannes omaisista (vrt. Laaksovirta 1979, Finlayson & McEven 1977). Tavallisimmin käynti johtui verenpainetaudista. Muita syitä olivat migreeni, hartia- ja niskasärky, virtsatie-tulehdus ja astma. Uuden sairauden tai oireen vuoksi lääkärissä käynnin aiheuttivat depressio, rintakipu ja virtsatietulehdus.

Sydäninfarktipotilaiden omaisten ehdotuksia ohjauksen kehittämiseksi.

Yli puolet (60 %) sydäninfarktipotilaiden omaisista vastasi kysymykseen, jolla tiedusteltiin heidän ehdotuksiaan ohjauksen kehittämiseksi. Kaikki vastanneet kokivat saamansa ohjauksen puutteelliseksi. Etenkin sairauden kotihoitoa ja kipukohtausten ensiapua koskevaa ohjausta toivottiin lisää. Perusteluina vastaajat mainitsivat pelkäävänsä, etteivät he osaa menetellä oikein rintakipukohtauksen sattuessa. Eri-tyisesti lääkärit koettiin liian kiireisiksi ohjauksen antajina. Useat aviovaimot toivoivat kahden-keskistä keskustelua hoitavan lääkärin ja/tai sairaanhoitajan kanssa ennen potilaan kotiin-lähtöä. Omaiset ehdottivat myös, että heille

annettaisiin tarkemmat suulliset ja kirjalliset ohjeet kotihoitoa varten. Toivottiin myös enemmän yhteisiä neuvontatilaisuuksia: filmejä ja ohjattua keskustelua. Lisäksi jotkut omaiset ehdottivat, että sairaalassa olisi erityinen kon-taktihenkilö. Hänen tehtävänään olisi aktiivi-
sesti ottaa yhteyttä omaisiin ja omaiset voisivat puolestaan ottaa yhteyttä häneen potilaan kotiin pääsyn jälkeenkin.

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Kyseessä on alustava kartoitus tärkeältä hoitotyön alueelta, jolta Suomessa toistaiseksi puuttuvat empiiriset tutkimukset. Vaikka aineis-ton pienuus rajoittaa tulosten yleistettävyyttä, niitä voitaneen pitää suuntaa-antavina, varsinkin kun ne ovat samansuuntaiset kuin Englannissa (Mayou ym. 1976, Mayou ym. 1978, Mayou ym. 1979) ja USA:ssa (Wishnie ym. 1971) saadut tulokset niiltä osin kuin vertailukelpoisia tietoja on saatavissa. Aineiston pienuus on estänyt myös sen syvällisemmän analysoinnin. Esimerkiksi ristiintaulukointi taustamuuttujilla ei näin pienellä aineistolla ole mahdollista. Kyselylomake oli osittain puutteellinen. Sen eräisiin moniosaisiin kysymyksiin oli vastattu varsin huonosti. Vastaamatta jättäneiden osuus oli joissakin kysymyksissä huomattava. Syynä tähän lienee ollut toisaalta kysymysten vaikeus (huom. vastaajien koulutustaso) ja toisaalta niiden henkilökohtaisuus. Haastatteluilla saataisiin todennäköisesti syvällisempiä tietoja omaisten ongelmista kuin pelkällä kyselylomakkeella saatiin. Kysymykset eivät myöskään kattaneet täysin tutkimuksen ongelma-alueita. Esimerkiksi johtopäätösten teko perheen sopeutumisesta on tästä syystä mahdotonta. Tutkimus tulisi toistaa myöhemmin, esimerkiksi vuoden kulut-tua sydäninfarktista. Niinkin lyhyessä ajassa, kuin kuudessa viikossa, potilas ja perhe eivät ole vielä sopeutuneet ja toisaalta vuoden aikana voi syntyä uusia nyt esille tulleista poikkeavia ongelmia. Edellä kuvatuista metodisista puut-teista huolimatta tutkimuksesta voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset.

Tulokset viittaavat siihen, että sydäninfarkti-potilaan omaiset (perhe) pitäisi ottaa mukaan jo hoidon alkuvaiheessa ja valmentaa jatkohoitoon. Sairaalassa tapahtuvan omaisten ohjauksen tulisi edistää sydäninfarktipotilaan ja hänen per-heensä sopeutumista tilanteeseen. Kaikki omaiset eivät olleet tässä tutkimuksessa tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Noin puolet vastaajista

ei ollut mielestään saanut riittävästi ohjausta lääkkeiden käytöstä tai ensiavusta rintakivun sattuessa. Kuitenkin tietoisuus siitä, miten menetellä rintakipukohtauksen aikana vähentää pelkoa ja jännitystä. Huomattava osa omaisista (37–51 %) arvioi ohjauksen riittämättömäksi myös muilla ohjauksen alueilla. Eräässä englantilaisessa tutkimuksessa saatiin suunnilleen samanlainen tulos (Mayou ym. 1976). Omaisten saama informaatio potilaalle sydänvalvonnassa suoritetuista hoitotoimenpiteistä vaihteli 26–57 %:iin. On todennäköistä, että omaisten asiallinen informointi sydäninfarktipotilaan rutiinahoitoon kuuluvista toimenpiteistä, kuten laskimon sisäisestä nesteestä annosta ja tarkkailulaitteiden käytöstä vähentäisi omaisten pelkoa ja helpottaisi sopeutumista.

Perheenjäsenten roolit olivat muuttuneet sydäninfarktin jälkeen. Tätä osoittavat esimerkiksi maininnat, ettei mikään suju kotona, työroolin muuttuminen kodissa ja maataloudessa sekä seksuaalielämän ongelmat. Myös sydäninfarktiin sairastuneen ja hänen omaistensa väliset riippuvuussuhteet olivat ilmeisesti muuttuneet. Vaimon ylihuolehtivuuteen viittaavat esimerkiksi maininnat siitä, että mies tarvitsee entistä enemmän huomiota tai että infarktin sairastaneesta oli tullut perheen keskispiste. Huomattava osa sydäninfarktin sairastaneista oli omaisen mukaan muuttanut jokapäiväisiä tottumuksiaan ja tapojaan, jotka usein ovat perheessä yhteisiä. Esimerkiksi ruokailutottumukset olivat muuttuneet lähes puolella potilaista. Tällainen muutos edellyttää yleensä myös muun perheen sopeutumista uusiin tottumuksiin. Ilmeisesti näin oli tapahtunut ainakin niissä tapauksissa, joissa vaimo ilmoitti koko perheen ruokailu- tai liikuntatottumusten muuttuneen terveelliseen suuntaan.

Sydäninfarktipotilaiden perheiden sopeutumisesta ei voi tehdä johtopäätöksiä tämän tutkimuksen pohjalta. Sen sijaan kyselylomakkeisiin vastanneiden omaisten kohdalla voidaan päätellä, etteivät kaikki olleet ainakaan täysin sopeutuneet tilanteeseen (vrt. Alanen 1977). Tätä osoittaa lähiomaisilla, varsinkin vaimoilla esiintynyt melko korkea psyykkisten ja psykosomaattisten oireiden määrä. Samat vastaajat ilmoittivat useita, vaikea-asteisia oireita, mikä viittaa siihen, että joukossa oli joitakin ongelmayksilöitä. Olivatko heidän perheensä ongelma-perheitä, ei tämän tutkimuksen avulla voida osoiteta. Samoin ei myöskään voida arvioida, vaikuttiko lähiomaisen, usein aviovaimon, oireilu sydäninfarktipotilaan kuntoutumiseen.

Osaan tutkimuksessa esiintulleista sydäninfarktipotilaiden perheiden ongelmista voitaisiin todennäköisesti vaikuttaa hoitotyön keinoin ja edistää näin sydäninfarktipotilaan kuntoutumista. Voidaan myös pohtia riittäkö pelkkä omaisten ohjaus vai tarvittaisiinko koko perheen hoitamista. Varsinaisen perheterapian toteuttamiseen ei suurimmalla osalla hoitohenkilöstöä ole valmiuksia tai aikaa. Hoitotyön keinoin toteutettavina parannusehdotuksina voidaan esittää seuraavat:

1. Lisätään vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja sydäninfarktipotilaan omaisten välillä, samoin lääkärin ja omaisten välillä.
2. Kehitetään menetelmiä (perheen sopeutumistila ja -mekanismit) perheen hoidon tarpeen selvittämiseksi. Yleensä on todettu, että somaattisen sairauden aiheuttamat kriisit peitetään (Siltanen 1979).
3. Ohjataan muun asiantuntijan hoitoon ne perheet, joiden sopeutumismekanismit ovat niin huonot, ettei perhe selviä ilman varsinaista terapiaa. Tämä edellyttää, että kehitetään hoitoonohjauksen kriteerit, jotka nyt puuttuvat.

Hoitotyön tehtävä on näin kahdenlainen; toisaalta potilaan ja perheen tukeminen ja ohjaus sekä toisaalta terapeutista asiantuntijapua tarvitsevien perheiden ohjaus muuhun hoitoon.

Sairaalahoitoa aikana henkilökunnan kontaktit potilaan omaisiin jäävät usein vähäisiksi tai pinnallisiksi. Perheen todellinen tilanne voitaisiin selvittää paremmin kotikäynnillä kuin sairaalassa. Vierailija voisi olla esimerkiksi terveydenhoitaja tai sairaalan infarktihoitaja (vrt. Englannin systeemi). Perheen tilanteen selvittämisen ohella hoitaja voisi ohjata monissa käytännön asioissa, kuten lääkehoitoon, ruokavalioon tai liikuntaan liittyvissä kysymyksissä. Kehittämisen alkuvaiheessa on todennäköisesti keskityttävä sairaalassa tapahtuvaan omaisten ohjaukseen. Omaisille tulisi järjestää systemaattista ohjausta esimerkiksi seuraavasti:

1. Omainen keskustelelee sydänvalvonnassa lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa. Keskustelun tarkoituksena on lieventää äkillisen sairastumisen aiheuttamaa psyykkistä shokkia.
2. Varsinainen omaisten ohjaus aloitetaan vuodeosastolla. Potilaan ja omaisen (omaisen) mukanaolo samassa ohjaustilanteessa on suositeltavaa.
3. Sekä potilas että omainen tapaavat infarkti-

hoitajan vuodeosastovaiheessa. Potilaalle ja omaisille järjestetään mahdollisuus ottaa yhteyttä infarktihoitajaan kotihoitovaiheessa. Samoin infarktihoitaja voi ottaa yhteyttä kotiin puhelimitse tai kirjeitse. Somaattisen hoidon yhteydessä saatu psyykinen tuki hyväksytään usein helpommin kuin erityinen psykoterapia ja usein jo pelkkä keskustelu, myötäeläminen on riittävää.

Ohjaukseen tarvittava aika/ohjaukset voivat vaihdella tarpeen mukaan. Kotiinlähtökeskustelu, jossa sairaanhoitaja, potilas ja omainen vielä yhdessä käyvät läpi kotihoitoon liittyvät asiat, tulisi järjestää, jos se vain on mahdollista. Esteenä voivat olla esimerkiksi omaisten pitkät matkat sairaalaan. Monet ongelmat tulevat eteen vasta kotona, mutta ohjauksessa tulisi varautua myös niihin. Annettu kirjallinen materiaali ja selvitys, keneen voi ottaa yhteyttä ongelman ilmetessä, helpottaisivat tilannetta. Kyseinen kontaktihenkilö voi olla esimerkiksi aikaisemmin mainittu sairaalan/klinikan infarktihoitaja.

Sydäninfarktipotilaiden omaisten (perheen) hoidon tavoitteena on toisaalta auttaa koko perhettä sopeutumaan sairauden muuttamaan tilanteeseen ja toisaalta edistää sydäninfarktipotilaan kuntoutumista, mikä muuten voi perheessä ilmenevien vaikeuksien vuoksi hidastua. Ohjaus on eräs keino auttaa perhettä itse hallitsemaan muuttunut tilanne, sopeutumaan

uusiin rooleihin ja muuttuneisiin perheenjäsenten välisiin riippuvuussuhteisiin. Näihin muutoksiin voidaan sydäninfarktipotilasta ja hänen perhettään valmentaa jo edeltäkään, vaikka syntyvät ongelmat voi ratkaista vasta niiden ilmaannuttua, usein vasta kotona.

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoja sydäninfarktipotilaiden omaisten ohjauksen kehittämiseksi. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin 53 sydäninfarktipotilaan lähiomaiselle. Lomakkeen palautti 43 vastaajaa (83 %). Alle puolet omaisista ilmoitti saaneensa tietoja sydänvalvontaosastolla potilaalle suoritetuista hoitotoimenpiteistä. Suurin osa omaisista koki riittämättömäksi kotihoitoa koskevan ohjauksen. Ohjauksen riittävänä kokeneiden määrä vaihteli ohjauksen eri sisältöalueilla 37–54 %:iin. Lähes puolessa perheistä tapahtui joitakin muutoksia perheisän, -äidin tai muun perheenjäsenen sairastaman sydäninfarktin yhteydessä. Useimmat muutokset koettiin kielteisinä. Sydäninfarktipotilaiden vaimoilla esiintyi enemmän ongelmia kuin muilla lähiomaisilla, tosin moniongelmaisilla vaimoilla oli vain muutamia. Tutkimustulokset tukevat omaisten ohjauksen kehittämisen tarvetta. Suurin osa omaisista katsoi sydäninfarktipotilaiden omaisten ohjauksen lisäämisen välttämättömäksi.

Summary

Nursing and effects of myocardial infarction on the family

by Maija Hentinen, Arja Hentunen, Helena Hyvärinen, Heli Karppinen and Riitta Manninen

A review.

Kirjallisuutta

- Achte K, Alanen YO ja Tienari P: Psykiatria. WSOY, Helsinki 1973.
- Alanen YO: Perheen mielensterveystutkimus. Mielenterveys 1979:2:4–12.
- Anttinen E: Sairaus, perhe ja lääkäri. Suomen Lääkärilehti 1979:36:3052–3057.
- Arpoma AL: Sydäninfarktipotilaan hoitokäytäntö ja siinä esiintyvät ongelmat Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa. Opinnäytetutkielma, Kuopion korkeakoulu 1979.

- Cay EL, Vetter N ja Dugard P: Return to work after heart attack. Journal of Psychosomatic Research 1973:17: 231–243.
- Cay E: Psychological approach in patients after myocardial infarction. Adv Card 1978:24:120–126.
- Ezra J: Casework in a coronary care unit. Social Casework 1969:3.
- Finlayson A ja McEwen J: Coronary heart disease and patterns of living. Croom Helm, London 1977.
- Hentinen M: Hoitotyön prosessimallin soveltaminen sydäninfarktipotilaan hoitoon. Julkaisematon tutkimusaineisto, 1980.

- Hentinen M:* Hoitotyön tehtävälueet sydäninfarktipotilaan sairaalavaiheen hoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1980:17:85–92.
- Laaksovirta S:* Sydäninfarktipotilaan sosiaalisista ongelmista ja kuntoutuksen tuloksellisuudesta. Sosiaalipoliittikka, Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu 1979: 115–152.
- Mayou R, Williamson B ja Foster A:* Attitudes and advice after myocardial infarction. Brit Med J 1976:June:1577–1579.
- Mayou R, Williamson B ja Foster A:* The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. Brit Med J 1978a:March:699–701.
- Mayou R, Foster A ja Williamson B:* Psychological adjustment in patients one year after myocardial infarction. J Psychosom Res 1978b:22:447–453.
- Mayou R:* Psychological reactions to myocardial infarction. Journal of the Royal College of Physicians of London 1979:13:103–105.
- Meriläinen P:* Sydänkohtauksen sairastaneiden terveystieto. Opinnäytetutkielma, Kuopion korkeakoulu 1978.
- Meriläinen P:* Sydänkohtauksen sairastaneiden neuvonta ja ohjaus: kahden erilaisen neuvontakäytännön vertailu ja arviointi. Julkaisematon tutkimusaineisto, 1980.
- Rahe RH, Romo M, Bennett L ja Siltanen P:* Recent life changes, myocardial infarction and abrupt coronary death. Studies in Helsinki: Arch. Intern. Med. 1974:133: 221.
- Rechardt E:* Yleinen psykosomatiikka, teoksessa Viitamäki RO, Achte K ja Rechardt E: Kliininen psykologia, WSOY, Porvoo 1978:325–334.
- Romo M:* Koronaaritaudin psykosomatiikka. Psykosomaatiikan symposium: 18–32, Tampereen yliopisto 1977.
- Siltala P:* Vanhemmuus, perhe ja sairastaminen. Tiimi 1979:4:14–18.
- Tähkä V:* Potilas–lääkärisuhde. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki 1977.
- Wishnie HA, Hackett TP ja Cassem NH:* Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. JAMA 1971:215:1292–1296.

Kuopion korkeakoulu
Terveystieteiden hallinto
70100 Kuopio 10