

Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutustarve

Tutkimuksessa arvioitiin koetun ja riskitekijöiden osoittaman kuntoutustarpeen eroja sekä selvitettiin koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä sepelvaltimotautia sairastavilla potilailla. Aineisto (n = 150) kerättiin Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksen rekistereistä poimituilla sepelvaltimotautia sairastavilta potilailta postikyselynä. Kuntoutustarvetta arvioitiin kuudella eri osa-alueella: fyysinen kuntoutuminen, sairautta koskeva tieto, omatoiminen hoito, yleinen elämänhallinta, mieliala sekä ihmissuhteet. Riskitekijöiden osoittamaa kuntoutustarvetta mitattiin riskitekijäindeksillä, joka muodostettiin kuudesta sepelvaltimotaudin riskitekijästä (tupakointi, runsas alkoholin käyttö, diabetes, ylipaino, liikunnan vähäisyys sekä masennus). Taustamuuttajat, oheissairastavuus sekä riskitekijät selittivät koetusta tarpeesta 10 prosenttia, muiden tekijöiden selitysosuus oli puolestaan 24 prosenttia. Suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen vaikuttavat tekijät liittyivät sydänsairaudesta aiheutuvaan huoleen ja luopumiseen, rentoutumisen ongelmiin sekä elämäntapojen muutoshalukkuuteen. Lisäksi oheissairastavuus ja koulutustausta olivat yhteydessä koettuun kuntoutustarpeeseen.

SAARA OJALA, KATJA HAUTAMÄKI, PEKKA RISSANEN

JOHDANTO

Suomalaisten sydänterveys on parantunut selvästi viimeisten vuosikymmenien aikana. Myönteisestä kehityksestä huolimatta sepelvaltimotauti ja muut sydänsairaudet ovat Suomessa edelleen merkittäviä kansanterveysongelmia ja suomalaisten suurin yksittäinen kuolinsyy. Yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna sepelvaltimotauti ja muut sydänsairaudet aiheuttavat lisäksi suuren hoito- ja kuntoutustarpeen. (Toimenpideohjelma suomalaisten... 2005–2011). Esimerkiksi vuonna 2005 Suomessa sepelvaltimotaudin vuoksi osastohoitoa tarvitsi 27039 potilasta yhteensä 203779 hoitopäivänä (Hoitoilmoitukset. Somaattinen erikoissairaanhoido 2005). Vuonna 2006 sepelvaltimotautiin kuoli 6065 miestä ja 5668 naista (Kuolleet kuolemansyyn, iän... 2006).

Sepelvaltimotaudilla tarkoitetaan sydänlihaksen omasta verensaannista huolehtivien verisuonien vaurioitumista ja ahtautumista; tavanomaisin syntymekanismi on valtimoiden kovettuminen ateroskleroosin takia. Sepelvaltimotaudin tavallimmat ilmenemismuodot ovat rasisurintakipu

eli angina pectoris, sydäninfarkti, rytmihäiriöt ja sydämen vajaatoiminta. (Strandberg 2005). Taudin tärkeimpiä riskitekijöitä ovat puolestaan tupakointi, kohonnut verenpaine, suurentunut veren kolesterolipitoisuus sekä diabetes. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa runsas alkoholin käyttö, liikunnan vähäisyys, ylipaino sekä psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Ades 2001, Strandberg 2004, 2005).

Kuntoutuksen avulla voidaan tukea sepelvaltimotautipotilaan selviytymistä ja vähentää sairauden aiheuttamia haittoja. Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan moniammatillisia toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään taudin riskitekijöitä ja oireita sekä hidastamaan sairauden etenemistä. Tavoitteena on myös parantaa sairastuneen fyysisä kuntoa, rasisurkestävyyttä, elämänlaatua ja hyvinvointia sekä tukea työhön paluuta sairastumisen jälkeen. (Thompson ja Bowman 1998, Hämläinen 2000, 2001, Ades 2001, Cardiac Rehabilitation and... 2005).

Nykyisessä kuntoutuksen määrittelyssä on siirrytty asiantuntijakeskeisestä kuntouttamisaja-

tuksesta kohti kuntoutujakeskeistä toimintamallia (Puumalainen ja Vilkkumaa 2001, Järvikoski ja Härkäpää 2001, 2004). Kuntoutuksen tavoitteena ei ole ainoastaan sairauden aiheuttamien haittojen vähentäminen tai ehkäisy, vaan kuntoutujan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä elämänhallinnan parantaminen. Kuntoutuksen tehtävänä on auttaa kuntoutujaa löytämään uusia mahdollisuuksia arkielämässä selviytymiseen sekä ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa selviytyminen on sairauden takia uhattuna (Järvikoski ja Härkäpää 2001, 2004). Myös valtioneuvoston kuntoutusselonteko (2002) pohjautuu samalle kuntoutujakeskeiselle ajatukselle. Sen mukaan kuntoutuksen tavoitteena on itsenäinen selviytyminen, hyvinvointi sekä toimintakyvyn ja työllisyyden edistäminen ja tukeminen.

Kuntoutustarvetta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Kuntoutustarpeen määritelmä voi pohjautua erilaisiin lakeihin, asetuksiin ja säädöksiin sekä kuntoutusorganisaatioiden antamiin toimintaohjeisiin. Kuntoutuksen arviointiperusteena pidetään erilaisista kuntoutustoimenpiteistä aiheutuvia kustannuksia ja hyötyjä. Myös yhteiskunnalla ajatellaan olevan tiettyjä velvollisuuksia kansalaisia kohtaan. Yhteiskunnan näkökulmasta kuntoutustoimenpiteet kannattaa kohdentaa niille henkilöille, joiden voidaan ajatella hyötävän kuntoutuksesta (Järvikoski ja Härkäpää 2004).

Koettu kuntoutustarve perustuu puolestaan potilaan omaan käsitykseen kuntoutuksen tarpeestaan. Lähtökohdista voi olla esimerkiksi sairauden aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen, johon yksilö toivoo saavansa apua. Ihminen tuntee itse omat tarpeensa, ongelmansa ja sairautensa paremmin kuin kukaan ulkopuolinen asiantuntija (Järvikoski ja Härkäpää 2001, 2004). Yksilön tarpeet ja toiveet voivat poiketa suurestikin siitä, mikä on terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemys kuntoutustarpeesta.

Aiemmat sydänkuntoutustutkimukset ovat keskittyneet lähinnä kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Osoittimina ovat olleet muun muassa sydän- ja kokonaiskuolleisuuden aleneminen, uusien sydäntapahtumien lukumäärä sekä riskitekijöissä ja sydänoireissa tapahtuneet muutokset. Useimpien tutkimusten mukaan kuntoutus alentaa sekä sydän- että kokonaiskuolleisuutta, vähentää uusia sydäntapahtumia ja oireita sekä vaikuttaa suotuisasti sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Kuntoutuksen vaikutukset ovat kuitenkin usein lyhytaikaisia ja erot esimerkiksi kuollei-

suudessa ja sydäntapahtumissa kaventuvat seuranta-ajan pidentyessä (Linden ym. 1996, Renfors 1998, Ades ym. 1999, Julkunen ym. 2000, Wannamethee ym. 2000, Denollet ja Brutsaert 2001, Murchie ym. 2003, Jolliffe ym. 2005).

Kuntoutustarvetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä on kuitenkin tutkittu vähän. Aiemmin on tutkittu koettua kuntoutustarvetta astmaa ja MS-tautia sairastavilla. Lisäksi sydänpotilaiden kuntoutukseen liittyviä odotuksia ja toiveita on tutkittu kuntoutujan näkökulmasta. Viitanen ja Piirainen (2003) tutkivat MS-potilaiden kokemaa kuntoutustarvetta ja kuntoutukseen liittyviä odotuksia. Tulokset osoittivat, että kuntoutukselta toivottiin tukea sairauden ymmärtämiseen ja sen kanssa selviämiseen, myös vertaistuki ja sosiaalinen tuki koettiin tärkeiksi. Aallon ym. (2001) tutkimuksessa koettu kuntoutustarve oli astmaa sairastavilla työikäisillä suurinta mielialaan liittyvissä tekijöissä. Kuntoutukseen liittyvät odotukset painottuivat sydänpotilailla psykososiaalisen tuen, vertaistuen sekä sairauteen liittyvän tiedon saamiseen, lisäksi toivottiin keinoja ahdistuksen ja stressin käsittelyyn sekä sairauden hyväksymiseen (Valkonen 1994, Lukkarinen 1999, Pâquet ym. 2005).

Sepelvaltimotaudin riskitekijät ovat terveydenhuollossa keskeisessä asemassa potilaan kuntoutustarpeen arvioinnissa. Riskitekijöiden lukumäärä vaikuttaa kuntoutustarpeen arviointiin; mitä useampi riskitekijä henkilöllä on, sitä tarpeellisempina terveydenhuollon ammattilaiset näkevät hänen kuntoutuksensa. Kuntoutujan kokemaa tarvetta voi kuitenkin erota ammattilaisten määrittelemästä tarpeesta ja siihen vaikuttavat tekijät voivat olla vähemmän näkyviä ja tiedostettuja. Koetun kuntoutustarpeen taustalla olevien tekijöiden selvittäminen auttaisi kuntoutuksen kohdentamisessa ja lisäksi todennäköisesti kuntoutuksesta saatavaa hyötyä.

Tämä tutkimus liittyy Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksessa meneillään olevaan sydänpotilaiden kuntoutushoitoketjun kehittämishankkeeseen. Sydänkeskuksen hoitoajat ovat lyhentyneet, eivätkä potilaat ehdi sairaalasaoloaikanaan omaksua riittävästi tietoa sairautensa luonteesta, ennusteesta, vaikeusasteesta tai vaaratekijöistä. Ohjausta tarvittaisiin myös oireiden seurantaan, lääkehoitoon, elämäntapoihin ja hätätilanteessa toimimiseen. Kuntoutuspalveluiden kohdentamisen ja kuntoutustoimenpiteiden aloittamisen heti sairastumisen jälkeen uskotaan tehostavan sairaudesta toipumista ja vähentävän

uudelleen sairastumisen todennäköisyyttä (Sydänpotilaiden kuntoutuksen... 2004).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin riskitekijäperusteisen arvioinnin riittävyttä kuntoutustarpeen määrittämisessä. Tutkimuskysymys oli: onko koettu kuntoutustarve yhteydessä riskitekijöiden lukumäärään? Lisäksi tutkittiin sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemaa kuntoutustarvetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.

AINEISTO JA MENETELMÄT

AINEISTO

Tutkimusaineisto koottiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin lisäksi Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualleen sairaanhoitopiirien (Kanta-Häme, Päijät-Häme, Etelä-Pohjanmaa sekä Vaasa) alueella asuvista sepelvaltimotautia sairastavista potilaista. Tutkimukseen otettiin mukaan jokainen potilas, joka oli ollut hoidettavana Tampereen yliopistollisen sairaalan Sydänkeskuksessa ajalla 1.1.2004–31.7.2005 ja jolla oli Sydänkeskuksen rekistereissä jokin ICD-10 tautiluokituksen sepelvaltimotautia kuvaavista diagnoosinumeroista I20–I25 (Tautiluokitus ICD-10).

Otokseen kuuluville (n = 300) lähetettiin postikysely, josta ei tehty muistutuskirjettä. Ennen varsinaisten kyselyjen postittamista kyselylomake esiteltiin Sydänkeskuksessa kymmenellä sepelvaltimotautia sairastavalla potilaalla. Kyselylomakkeita palautui 150 kappaletta ja kaikki hyväksyttiin mukaan tutkimukseen, jolloin vastausprosentiksi muodostui 50. Kadon selvittämiseksi kyselyyn vastanneiden sukupuolijakaumaa sekä tehdyn sydäntoimenpiteen jakaumaa verrattiin kaikkien Sydänkeskuksessa hoidettavina olevien jakaumiin. Miehet vastasivat kyselyyn naisia harvemmin. Toimenpiteiden (varjoainokuvaus ja pallolaajennus) osalta rekisterit vastasivat hyvin kyselyyn vastanneiden jakaumia.

KYSELYLOMAKE JA MITTARIT

Tutkimuksessa etsittiin koettuun kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Selittävinä tekijöinä arvioitiin viiden muuttujaryhmän vaikutusta kuntoutustarpeeseen. Muuttujaryhmät valittiin aiempien tutkimusten sekä kirjallisuuden perusteella. Tutkimukseen valittiin mahdollisuuksien mukaan sellaisia mittareita, joita on käytetty aiemmissa kuntoutustarvetta käsittelevissä tutkimuksissa.

Taustamuuttujina vastaajilta tiedusteltiin ikää, sukupuolta, ammatillista koulutusta, työti-

lannetta sekä terveystalvelujen käyttöä. Sairastavuutta kuvaavina muuttujina kysyttiin oheissairastavuutta, suoritettua sydäntoimenpidettä sekä yleistä terveydentilaa, jota kartoitettiin janamitarilla (visual analogy scale VAS). Siinä vastaaja arvioi terveytensä horisontaalisella janalla asteikolla 0–100, jossa nolla merkitsee huonointa mahdollista ja vastaavasti 100 parasta mahdollista terveydentilaa. Tutkittava merkitsi janalle yhden arvon, joka kuvasi parhaiten hänen senhetkistä terveydentilaansa (Rissanen ym. 1995).

Kolmannen muuttujaryhmän muodostivat sepelvaltimotaudin elintapoihin ja sairastavuuteen liittyvät riskitekijät, jotka ovat pääosin tiedossa terveydenhuollon ammattilaisten arvioissa potilaan kuntoutustarvetta. Näitä riskitekijöitä mitattiin masentuneisuutta lukuun ottamatta Terveys 2000 terveystalvelun mukaisesti (Tutkimuksia suomalaisten terveydestä... 2000). Riskitekijöiden osoittamaa kuntoutustarvetta arvioitiin riskitekijäindeksillä, joka muodostettiin kuudesta sepelvaltimotaudin riskitekijästä (diabetes, tupakointi, masentuneisuus, alkoholin käyttö, ylipaino ja liikunnan vähyys). Riskitekijäindeksiin otettiin mukaan kyseiset riskitekijät, koska vastaajat pystyivät ne itse arvioimaan.

Psykososiaalista toimintakykyä kuvaavia muuttujia mitattiin usealla eri mittarilla. 15D-elämänlaatumittarista (Sintonen 2001) otettiin mukaan kuusi osa-alueita, jotka arvioitiin sepelvaltimotaudin kannalta relevanteiksi: päivittäiset toiminnot, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Yleistä elämänasennetta mitattiin Wallstonin (1992) kehittämällä kysymyssarjalla sekä Scheierin ja Carverin (1994) LOT-R optimismiasteikon revisoidulla versiolla. Wallstonin mittarilla arvioidaan yksilön odotuksia siitä, kuinka hyvin hän kykenee tulokselliseen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa ja Scheierin ja Carverin asteikolla puolestaan yksilön elämänasennetta (optimismi/pessimismi). Tässä tutkimuksessa käytettiin mittareiden suomenkielisiä versioita, jotka on kehitetty Kuntoutussäätiön tutkimukseen (Härkäpää 1995).

Sosiaalista tukea mitattiin Sarasonin sosiaalisen tuen mittarilla, jolla arvioidaan koetun sosiaalisen tuen saatavuutta ja yksilön tyytyväisyyttä saamaansa tukeen (Sarason 1983). Sydänsairauteen liittyviä asenteita ja suhtautumistapoja selvitettiin kysymyssarjalla, joka perustui Sclosserin astman jokapäiväisiä hallintakeinoja kartoittavaan mittariin sekä Julkusen (2000) kehittä-

mään mittariin. Tässä tutkimuksessa käytettiin Aallon ym. (2002) versiota ScLösserin mittarista, jonka tutkimusryhmä muokkasi sepelvaltimotaudille sopivaksi korvaamalla sana ”hengityselinsairaus” sanalla ”sydänsairaus”. ScLösserin mittaria täydennettiin poimimalla Julkusen (2000) mittarista tämän tutkimuksen kannalta relevanteiksi katsotut, mutta ScLösserin mittarista puuttuvat kysymykset, jotka koskivat aikomusta muuttaa elämäntapoja ja sitä, kokeeko sairauden pakottavan luopumaan mieleisistä ja tärkeistä asioista. Kummankin mittarin osioihin tutkittavat vastasivat kuusiportaisella asteikolla, jossa 1 = täysin samaa mieltä...6 = täysin eri mieltä. Alkuperäisissä mittareissa (Scheier ja Carver 1994, Julkunen 2000) on käytetty 5-portaista asteikkoa ja SchLösserin (Aalto ym. 2002) mittarissa 4-portaista. Tässä tutkimuksessa käytettiin 6-portaista asteikkoa, jotta muuttujia voitaisiin käyttää tilastollisissa analyyseissä jatkuvina muuttujina. Tilastollisiin malleihin otettiin mukaan ne muuttujat, jotka tulivat tilastollisesti merkitseviksi ($p \leq 0.05$).

Fyysistä toimintakykyä kuvaavia muuttujia mitattiin RAND-36-mittarin päivittäisiä toimintoja koskevalla osiolla. Mittarissa on kolmiportainen asteikko, jossa yksi tarkoittaa, että terveydentila rajoittaa selvästi kyseisestä toiminnosta suoriutumista ja kolme puolestaan sitä, että terveydentila ei vaikuta päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen (Aalto ym. 1999a). Lopullisiin malleihin otettiin mukaan ainoastaan raskaita kotitöitä koskeva muuttuja.

Koettua kuntoutustarvetta mitattiin Aallon ym. (1999b, 2001) kehittämän kysymyssarjan avulla, jonka validisuutta ja ominaisuuksia on tutkittu (Aalto ym. 2001). Tarvemittarista jätettiin pois työelämää ja ammatillista kuntoutumista koskevat osiot, koska suurin osa vastaajista oli eläkkeellä. Kuntoutustarve selvitettiin erikseen kuudelta osa-alueelta, joita olivat fyysinen kuntoutuminen, sairautta koskeva tieto, omatoimisen hoidon edistäminen, yleinen elämäntilanne, mieliala ja ihmissuhteet. Näiden osa-alueiden tulisi sisältyä myös sepelvaltimotautia sairastavan potilaan kuntoutukseen (Takkunen ja Romo 1998, Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksen... 1999, Hämäläinen 2000). Tutkittavat arvioivat oman kuntoutustarpeensa jokaisella osa-alueella asteikolla 0–10, jossa nolla tarkoittaa, että vastaaja ei koe tarvitsevansa kuntoutusta lainkaan kyseisellä osa-alueella ja kymmenen puolestaan tarkoittaa, että kuntoutus on aivan

välttämätöntä päivittäisen selviytymisen kannalta (Aalto 1999b).

TILASTOLLISET ANALYYSIT

Koetun ja riskitekijöiden osoittaman kuntoutustarpeen yhteyttä arvioitiin kahden muuttujan välisinä yhteyksinä ristiintaulukoinnilla ja tilastolliset testit tehtiin Khi:in neliötestillä. Muiden tekijöiden yhteyksiä koettuun kuntoutustarpeeseen tarkasteltiin puolestaan viidellä regressiomallilla. Mallien muodostaminen aloitettiin taustamuuttujista sekä sairastavuutta kuvaavista muuttujista ja muuttujaryhmiä lisättiin yksitellen, kunnes mallissa olivat mukana kaikki viisi muuttujaryhmää. Tämän jälkeen muuttujaryhmiä poistettiin yksitellen, jotta saatiin selville, minkä mallin selitysoosuus oli suurin.

Regressiomalleja varten taustamuuttujat sukupuoli ja parisuhde luokiteltiin dikotomisesti (0/1). Muuttujista koulutus ja työtilanne muodostettiin kutakin koulutusluokkaa ja työtilannetta kuvaavat dummymuuttujat. Myös sairastavuutta ja toimenpidettä kuvaavista muuttujista muodostettiin kaksiluokkaisia muuttujia, jotka koodattiin asteikolla 0/1, jossa 0 tarkoitti, että kyseistä sairautta ei ole tai toimenpidettä ei ole tehty ja 1 puolestaan sitä, että vastaaja sairastaa kyseistä sairautta tai hänelle on tehty kyseinen toimenpide. Myös mieliala- ja ahdistusmuuttujista tehtiin kaksiluokkaisia muuttujia, jotka saivat arvon 0 kun vastaaja oli vähän tai ei lainkaan masentunut tai ahdistunut. Kyseiset muuttujat saivat puolestaan arvon 1, kun vastaaja oli jonkin verran tai enemmän masentunut tai ahdistunut.

Riskitekijäindeksiksi laskettiin summamuuttujia kuudesta sepelvaltimotaudin riskitekijästä (tupakointi, alkoholi, ylipaino, liikunnan määrä, diabetes ja masennus). Muuttuja sai arvoja välillä 0–6 riskitekijöiden lukumäärästä riippuen. Tupakointi laskettiin riskiksi, mikäli vastaaja tupakoi satunnaisesti tai säännöllisesti, alkoholin käytössä rajana puolestaan oli käyttö 2–3 kertaa viikossa tai useammin. Vastaaja luokiteltiin ylipainoiseksi, mikäli painoindeksi (BMI) oli 25 tai enemmän. Liikunnan osalta riskiryhmään kuuluivat kerran viikossa tai harvemmin liikuntaa harrastavat. Muuttujien muodostaminen on kuvattu yksityiskohtaisesti sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutustarvetta selvittävässä Pro gradu -tutkielmassa (Ojala 2007).

Kuntoutustarve arvioitiin yhteensä kaikilla kuudella osa-alueella, jolloin vaihteluväliksi muodostui 0–60. Tätä summamuuttujaa on käytetty

analyyseissä selitettävänä muuttujana (kuntoutustarveindeksi). Edelleen kuntoutustarve luokiteltiin ristiintaulukointia varten kolmeen luokkaan. Kolmiluokkaisessa tarve muuttujassa 0–20 kuvaa niitä, joiden koettu kuntoutustarve on vähäinen, 21–40 tarkoittaa vastaajia, jotka kokevat olevansa suuressa kuntoutuksen tarpeessa ja 51–60 puolestaan niitä tutkittavia, joiden kuntoutustarve on erittäin suuri.

TULOKSET

Kyselyyn vastanneista naisia oli 65 ja miehiä 85. Tutkittavien ikä vaihteli 44–86 vuoden välillä, miesten keski-ikä oli 66 ja naisten 65 vuotta. Miesten ja naisten koulutustaustat erosivat toisistaan. Naisista hieman yli kolmasosalla ei ollut lainkaan ammatillista koulutusta ja yleisin koulutus oli ammattikurssi. Miehistä puolestaan viidesosa oli vailla ammatillista koulutusta ja tavallisin koulutus oli ammattikoulu. Suurin osa tutkittavista oli eläkkeellä ja eli avioliitossa. Oheis-sairastavuus oli naisilla yleisempää; 73 prosenttia

naisista ja 60 prosenttia miehistä sairasti jotakin muuta pitkäaikaissairautta sepelvaltimotaudin lisäksi. Yleisin sydäntoimenpide oli varjoainekuvaus, joka oli tehty suurimmalle osalle vastaajista. Muista toimenpiteistä sekä pallolaajennus että ohitusleikkaus oli tehty miehille useammin kuin naisille (taulukko 1).

Koettu kuntoutustarve oli yhteydessä riskitekijöiden lukumäärään. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.02$). Vähäistä, suurta ja erittäin suurta kuntoutustarvetta kokevat jakautuivat melko tasaisesti. Vähäistä kuntoutustarvetta kokeneista vastaajista 85 prosenttia kuului ryhmään, jolla oli enintään kaksi sepelvaltimotaudin riskitekijää. Suuressa kuntoutuksen tarpeessa olevien ryhmä jakautui tasaisesti. Puolet kuului joukkoon, jolla riskitekijöitä oli enintään yksi, kun taas puolella vastaajista riskitekijöitä oli kaksi tai enemmän.

Erittäin suurta kuntoutustarvetta kokevien ryhmässä kuntoutustarve pääosin kasvoi riskitekijöiden lukumäärän lisääntyessä; lähes puolella

Taulukko 1.

Tutkittavien taustatiedot, elämäntilanne ja sairastavuus.

Keski-ikä vuotta	Nainen 65		Mies 66	
	n	%	n	%
Sukupuoli	65	43	85	57
Siviilisäät				
Naimaton	3	5	4	5
Avo- tai avioliitto	42	64	70	82
Eronnut tai asumuserossa	9	14	7	8
Leski	11	17	4	5
Ammatillinen koulutus¹				
Ei ammatillista koulutusta	22	36	16	19
Ammattikurssi	18	29	18	21
Ammattikoulututkinto	4	7	23	27
Ammatill. opistotason tutkinto	12	20	17	20
Korkeakoulututkinto	5	8	11	13
Työtilanne				
Työssä	14	22	16	19
Sairaslomalla, työtön tms.	8	12	4	5
Eläkkeellä	43	66	65	76
Sairastavuus²				
Pitkäaikaissairaus	45	73	51	60
Diabetes	12	20	16	20
Verenpainetauti	18	30	19	24
Keuhkosairaus	6	10	10	12
Tuki- ja liikuntaelinsairaus	14	23	9	11
Muu sairaus	17	28	18	23
Tehty toimenpide³				
Varjoainekuvaus	51	80	58	69
Pallolaajennus	22	34	46	55
Ohitusleikkaus	6	9	25	30

¹ Puuttuva tieto naiset 4, ² Puuttuva tieto naiset 4, miehet 5, ³ Puuttuva tieto miehet 2

Taulukko 2.

Riskitekijöiden määrän ja koetun kuntoutustarpeen suhde.

Koettu kuntoutustarve	Riskitekijöitä				
	0	1	2	3–6	Yhteensä
Vähäinen	9 20 %	14 30 %	16 35 %	7 15 %	46
Suuri	5 12 %	18 43 %	14 33 %	5 12 %	42
Erittäin suuri	3 8 %	8 21 %	11 29 %	16 42 %	38
	17	40	41	28	126

Pearsonin khin neliötesti (vapausasteet = 6), $p = 0.02$

tähän ryhmään kuuluvista oli riskitekijöitä kolme tai enemmän. Vajaalla kymmenesosalla näistä vastaajista ei kuitenkaan ollut riskitekijöitä. Suurta ja erittäin suurta kuntoutustarvetta kokeneiden joukossa yhteensä 10 prosentilla ei ollut lainkaan sepelvaltimotaudin riskitekijöitä (taulukko 2).

Koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevia tekijöitä tarkasteltiin viiden regressiomallin avulla (taulukko 3). Mallissa 1 testattiin taustatekijöiden ja sairastavuuden vaikutusta kuntoutustarpeeseen. Mallissa muun sairauden kuin diabeteksen, verenpainetaudin, keuhko- tai tuki- ja liikuntaelinsairauden sairastaminen oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä korkeampaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Kun malliin lisättiin riskitekijäindeksi (malli 2), muun sairauden sairastaminen ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä. Korkeammalla riskitekijäindeksillä oli puolestaan yhteys suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen.

Kolmanteen malliin lisättiin edellisten muuttujaryhmien lisäksi psykososiaalista sekä fyysistä toimintakykyä kuvaavat muuttujat. Nämä muuttujat valittiin malliin suuresta joukosta toimintakykyä kuvaavia muuttujia poistavaa menettelyä käyttäen. Jäljelle jääneet muuttujat otettiin mukaan varsinaisiin malleihin. Mallissa koulutus oli tilastollisesti merkitsevä siten, että ammattikoulun suorittaneilla koettu kuntoutustarve oli vähäisempi kuin muilla. Riskitekijäindeksin merkitsevyys hävisi toimintakykyä kuvaavien muuttujien lisäyksen myötä. Sen sijaan huoli sydänsairaudesta ja pyrkimys muuttaa elintapojaan terveellisempään suuntaan olivat yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Verenpainetaudin sairastaminen oli puolestaan yhteydessä vähäisempään koettuun kuntoutustarpeeseen.

Mallista 4 jätettiin pois taustamuuttujat ja sairastavuutta kuvaavat muuttujat. Huoleen ja

elämäntapoihin liittyvien muuttujien tilastollinen merkitsevyys säilyi. Uusina muuttujina tilastollisesti merkitseviksi tulivat kokiko joutuneensa luopumaan tärkeistä asioista ja varovaisuus. Suurempaa kuntoutustarvetta kokivat siis ne vastaajat, jotka elivät varovasti sydänoireiden pelossa tai kokivat joutuneensa sairauden takia luopumaan itselleen tärkeistä asioista.

Mallista 5 jätettiin pois riskitekijäindeksi, jolloin koettua kuntoutustarvetta selitettiin psykososiaalista ja fyysistä toimintakykyä kuvaavilla muuttujilla. Tilastollinen merkitsevyys säilyi muuttujissa elämäntavat, huoli, luopuminen ja varovaisuus. Rentoutumisen vaikeus sekä suhtautuminen sydänsairauteen olivat aikaisempien lisäksi tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen.

Mallit 2–5 olivat F-testin mukaan tilastollisesti merkitseviä mutta mallien selitysosaste vaihteli. Näin arvioituna paras ja selitysovoimaisin oli malli 5, joka muodostettiin psykososiaalista ja fyysistä toimintakykyä kuvaavista muuttujista. Tausta-, riskitekijä- ja sairastavuusmuuttujat (malli 2) selittivät koetusta kuntoutustarpeesta noin 10 prosenttia, kun taas psykososiaalista ja fyysistä toimintakykyä kuvaavien muuttujien (malli 5) selitysosuus oli 24 prosenttia (taulukko 3).

POHDINTA

Tulosten mukaan koettu kuntoutustarve ei ollut yhdenmukainen riskitekijöiden osoittaman tarpeen kanssa. Riskitekijöiden lukumäärällä oli kyllä yhteys koettuun kuntoutustarpeeseen, mutta riskitekijöiden lukumäärällä ja taustatekijöillä voitiin selittää koetusta kuntoutustarpeesta vain 10 prosenttia. Erittäin suurta kuntoutustarvetta kokeneet vastaajat erosivat selvästi muista vastaajista. Lähes puolella erittäin suurta kuntoutustarvetta kokeneista vastaajista oli riskitekijöitä vähintään kolme, jolloin riskitekijöiden määrä näyttäisi lisääntyvän tarpeen kasvaessa. Toisaalta

Taulukko 3.

Koettua kuntoutustarvetta selittävät tekijät.

MUUTTUJAT	n	Keskiarv.	Keskihaj.	Malli 1 β	Malli 2 β	Malli 3 β	Malli 4 β	Malli 5 β
Vakio				28,8	27,9	56,69	39,9	35,8
Taustamuuttajat								
– Ikä ²	150	4401	1203,3	0	–0,001	–0,003		
– Sukupuoli	150	0,57	0,50	–4,87	–3,80	0,03		
– Parisuhde	150	0,75	0,44	–4,02	–1,72	3,95		
– Peruskoulu	150	0,21	0,40	3,85	3,33	2,10		
– Ylioppilas	150	0,17	0,37	6,79	1,91	7,75		
– Ammattikurssi	146	0,25	0,43	–5,99	–6,24	–1,47		
– Ammattikoulu	146	0,18	0,39	–4,65	–9,50	–9,79		
– Opistotaso	146	0,20	0,40	–7,60	–7,17	–4,97		
– Korkeakoulu	146	0,11	0,31	–9,72	–6,10	–7,46		
– Työtilanne	150	0,20	0,40	–2,59	–4,35	–6,16		
Sairastavuus								
– Verenpainetauti	141	0,26	0,44	2,25	–0,94	–7,83		
– Keuhkosairaus	141	0,11	0,31	4,22	6,72	2,33		
– Tule-sairaus	141	0,17	0,37	3,51	3,58	3,77		
– Muu sairaus	141	0,17	0,43	8,91	6,23	1,88		
– Varjoainekuvaus	148	0,74	0,44	4,36	4,61	1,37		
– Pallolaajennus	147	0,46	0,50	0,09	–0,11	–0,99		
– Sydänleikkaus	149	0,21	0,41	2,55	1,90	–4,65		
Riskitekijäindeksi								
Psykosos. t.kyky								
– Ahdistus	149	0,11	0,31			11,2	7,48	1,89
– Sairaut. suhtaut.	142	2,11	1,17			2,17	2,40	2,98
– Varovaisuus	142	2,83	1,57			2,34	3,58	3,61
– Elämäntavat	141	1,97	1,08			–4,74	–3,65	–3,53
– Huoli	142	2,79	1,58			–3,11	–2,71	–2,82
– Luopuminen	144	3,28	1,77			–2,09	–2,70	–2,88
– Rentoutuminen	144	2,72	1,33			0,92	1,76	2,58
– Odotus	140	2,26	1,08			–1,05	–2,00	–2,21
Fyysinen toim.kyky								
– Raskaat kotityöt	145	2,03	0,78			–0,27	–1,40	–0,78
Selitysaste								
F-testi				0,04	0,10	0,21	0,21	0,24
				1,30	1,71	2,11	4,16	5,45

Malli 1 = Taustamuuttajat

Malli 2 = Tausta- ja riskitekijämuuttajat

Malli 3 = Tausta-, riskitekijä- ja toimintakykymuuttajat

Malli 4 = Riskitekijä- ja toimintakykymuuttajat

Malli 5 = Toimintakykymuuttajat

kolmasosalla erittäin suurta kuntoutustarvetta kokeneista vastaajista riskitekijöitä oli vain yksi tai ei ollut lainkaan.

Kuntoutuksen kohdentamisen ongelmana on usein pidetty sitä, että kuntoutuksen ulkopuolelle jäävät henkilöt, joilla olisi siihen suurin tarve. Tutkittavien joukossa olikin henkilöitä, joilla riskitekijöitä oli kolme tai enemmän, mutta jotka kokivat ainoastaan vähäistä tarvetta kuntoutukseen. Kuitenkin kuntoutuksen ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta näille suuren riskin henkilöille kuntoutus olisi sairauden ennusteen ja heidän oman selviytymisensä kannalta ensiarvoisen tärkeää.

Tutkimuksessamme testattiin taustatekijöiden

vaikutusta koettuun kuntoutustarpeeseen. Malli ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta muun sairauden kerroin tuli tilastollisesti merkitseväksi. Tavallisimpia vastaajien mainitsemia muita sairauksia oli masennus, jonka on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa lisäävän sepelvaltimotaudin riskiä ja huonontavan sairauden ennustetta ja hoitomyönteisyyttä sepelvaltimotaudin kannalta välttämättömille elämänmuutoksille (Mayou 1996, Creed 1999, Luutonen ja Holm 1999, Huttunen 2005). Aalto ym. (2001) saivat samankaltaisia tuloksia työikäisten astmaa koskevassa tutkimuksessaan; koettu kuntoutustarve oli suurempaa niillä, jotka sairastivat jotakin muuta pitkäaikaisa sairautta astman lisäksi.

Riskitekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys koettuun kuntoutustarpeeseen, mutta toisaalta malliin lisätyt toimintakykykuuuttajat puodottivat riskitekijäindeksin tilastollisen merkitsevyyden pois. Toimintakykykuuuttajat näyttäsivät selittävän koettua kuntoutustarvetta paremmin kuin riskitekijät. Päätelmää tukee myös toimintakykykuuuttajien tilastollinen merkitsevyys riskitekijäindeksiin verrattuna.

Psykososiaalisten toimintakykykuuuttajien ja sairastavuuden lisäksi koulutustausta oli yhteydessä koettuun kuntoutustarpeeseen. Ammattikoulun käyneet vastaajat kokivat vähäisempää kuntoutustarvetta verrattuna ilman ammatillista koulutusta oleviin tai jonkin muun koulutuksen suorittaneisiin. Myös Aallon ym. (2001) tutkimuksessa koettu kuntoutustarve oli yhteydessä koulutustaustaan, tosin siinä tutkimuksessa koettu kuntoutustarve oli vähäisempää niillä vastaajilla, joilla ei ollut lainkaan ammatillista koulutusta korkeakoulututkinnon suorittaneisiin verrattuna.

Koettua kuntoutustarvetta selittivät parhaiten psykososiaalista toimintakykyä mittaavat muutajat. Koettuun kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevat tekijät liittyivät yleisesti sairauden aiheutamaan huoleen ja epävarmuuteen. Huoli sydänsairaudesta, pessimistinen asenne sairautta kohtaan, rentoutumisen vaikeus sekä luopumisen tunne olivat yhteydessä suurempaan koettuun kuntoutustarpeeseen. Pâquet ym. (2005) päätyivät samankaltaisiin tuloksiin tutkiessaan potilaiden sydänkuntoutukselta odottamia asioita ja heidän toiveidensa huomiointia kuntoutuksen suunnittelussa. Ahdistus, huoli ja stressi olivat tekijöitä, jotka haittasivat elämää eniten sairastumisen jälkeen ja joihin potilaat toivoivat voitavan kuntoutuksella vaikuttaa. Potilaat kokivat myös sairauden hyväksymisen olevan ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi he toivoivat tietoa taudin asettamista rajoituksista ja erityisesti siitä, kuinka elää näiden rajoitusten mukaisesti sydänsairaus huomioiden (Pâquet 2005). Viitasen ja Piiraisen MS-potilaita käsittelevässä tutkimuksessa kuntoutukselle asetetut odotukset olivat samankaltaisia; kuntoutukselta toivottiin vertaistukea ja apua sairauden kanssa selviytymiseen, sosiaalinen tuki ja henkinen hyvinvointi olivat tärkeässä asemassa. Vaikka Pâquetin ym. (2005) sekä Viitasen ja Piiraisen (2003) tutkimukset liittyivät kuntoutukselta odotettaviin asioihin, ne vastasivat hyvin kuntoutustarpeen kokemiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tulostemme mukaan kuntoutustarpeen kokeminen oli pääasiassa yhteydessä sairaudesta aiheutuvaan huoleen, sairauden kanssa elämiseen, asennoitumiseen sairautta kohtaan ja muihin psykososiaalisiin tekijöihin. Tulokset herättävät kysymyksiä siitä, minkälaiset tekijät vaikuttavat kuntoutukseen valikoitumiseen ja ketkä ovat kuntoutukseen valikoituneita henkilöitä. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi huomioida erityisesti psyykinen ja sosiaalinen tuki, jotka korostuivat useimmissa kuntoutustarpeen kokemiseen vaikuttavissa tekijöissä. Lisäksi oikean ja asianmukaisen tiedon saaminen sairaudesta ja sen vaikutuksista arkielämään voisi vähentää turhaa huolta ja pelkoja, joita sydänsairauksiin usein liittyy.

Tulokset ovat nähdäksemme yleistettävissä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien alueella asuviin Sydänkeskuksessa hoidettuihin sepelvaltimotautia sairastaviin potilaisiin. Koko Suomea ajatellen on kuitenkin oltava varovaisempi. Keskimäki ym. (2004) ovat selvittäneet sepelvaltimotautia sairastavien oireilua, hoitoa ja elämäntapoja koko Suomen alueella. Sepelvaltimotaudin osalta eri yliopistosairaaloitten välillä oli eroja muun muassa hoitokäytännöissä, oheissairastavuudessa sekä riskitekijöissä. Siksi koko Suomea koskeva yleistyys vaatisi tarkempaa yliopistosairaaloitten hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen selvittelyä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin useita mittareita kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevien tekijöiden arviointiin. Scheierin ja Carverin LOT-R optimismiaasteikkoa sekä Wallstonin koetun kompetenssin kysymyssarjaa on käytetty kahdella tavalla. Mittareille voidaan laskea summapistemäärä, joka kuvaa henkilön optimismin astetta tai koettua kompetenssia. Toinen mahdollisuus on käyttää mittareita profiilimittareina, jolloin jokaisen ulottuvuuden arvo raportoidaan erikseen.

Mittareiden käyttö profiilimittareina katsottiin tässä tutkimuksessa paremmaksi vaihtoehdoksi ennen kaikkea siksi, että niistä saadaan näin enemmän kuvailevaa tietoa. Yksittäisten ulottuvuuksien raportoinnissa tulosten tulkinta ei myöskään muodostu ongelmalliseksi samalla tavalla kuin summapistemääriä laskettaessa. Toisaalta summaindeksit eivät aina ole tilastollisilta ominaisuuksiltaan ongelmattomia. Jatkotutkimuksissa olisi kuitenkin tarpeen paneutua tässäkin tutkimuksessa käytettyjen mittareiden validi-

teettiin ja reliabiliteettiin suomalaisessa kontekstissa.

Saamamme tulokset voivat olla tärkeitä kehitettäessä sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksen toimintamalleja ennen kaikkea siksi, että potilaiden kokemaa kuntoutustarvetta ja omaa motivaatiota kuntoutumiseen pidetään edellytyksenä elämäntapojen muuttamiseen. Haasteena on löytää keinoja, joilla voidaan motivoida kuntoutukseen myös niitä potilaita, joilla on useita riskitekijöitä, mutta ei koettua kuntoutustarvetta tai halua elämäntapojen muuttamiseen. Tulostemme mukaan kuntoutuspäätöksiä tehtäessä olisikin riskitekijöiden lisäksi otettava laajemmin huomioon potilaan psykososiaalinen toimintakyky ja yksilölliset resurssit sairauden kanssa selviytymiseen. Kuntoutustarpeen arvioinnin perustana oli-

si siis riskitekijöiden lisäksi hyvä käyttää myös muita, erityisesti potilaan psykososiaaliseen toimintakykyyn liittyviä tekijöitä.

Miesten ja naisten välillä voi olla eroja kuntoutustarpeen kokemiseen vaikuttavissa asioissa. Sukupuolten väliset erot eivät tässä tutkimuksessa tulleet esille eikä sukupuoli tullut kuntoutustarvemalleissa merkitseväksi selittäväksi tekijäksi. Toisaalta tämän tutkimuksen tavoitteena ei ollut sukupuolten välisten erojen analysoiminen. Jatkotutkimuksissa olisi sukupuolierojen lisäksi mielenkiintoista selvittää, miten koettu kuntoutustarve on yhteydessä kuntoutuksen vaikuttavuuteen; toisin sanoen voidaanko koettuun tarpeeseen yhteydessä olevat tekijät huomioimalla parantaa kuntoutuksen tuloksellisuutta.

The need for rehabilitation of patients with coronary heart disease

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2007:44:228–238

This study examined differences between perceived need for rehabilitation and the need for rehabilitation indicated by coronary risk factors. The aim was also to assess the perceived need for rehabilitation and factors linked with it in patients with coronary heart disease. The data (n = 150) were collected using a postal survey among patients with coronary heart disease who had been treated in the Heart Center of the Tampere University hospital. Perceived need for rehabilitation was assessed in six different areas: physical condition, illness knowledge, self-care, general life-management, mind and mood and social relationships. The need for rehabilitation indicated

by risk factors was measured by an index consisting of six known coronary risk factors (smoking, diagnosis of diabetes, overweight, high alcohol consumption, lack of exercise and depression). The background variables, other chronic diseases and risk factors explained 10 per cent of perceived need for rehabilitation while the other factors explained 24 per cent. Participants who were concerned of their heart disease or who felt that the heart disease forced them to give up things that mattered to them perceived greater need for rehabilitation. Difficulties to relax and a desire to change one's lifestyle also correlated with greater perceived need for rehabilitation.

KIRJALLISUUS

- Aalto A-M, Aro A, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES tutkimuksia 101, Saarijärvi 1999a.
- Aalto A-M, Klaukka T, Rissanen P, Hakola R, Kerppilä S. Työikäisten astma Suomessa. Kyselytutkimus astmaa sairastavien terveydestä, terveyspalvelujen käytöstä ja kuntoutustarpeesta vuonna 1996. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 43, Helsinki 1999b.
- Aalto A-M, Rissanen P, Härkäpää K, Puolanne M. Astmaa sairastavien työikäisten koettu kuntoutustarve. *Sosiaalilääk Aikak* 2001:38:3–13.
- Aalto A-M, Härkäpää K, Aro AR, Rissanen P. Ways of coping with asthma in everyday life. Validation of Asthma Specific Coping Scale. *J Psychosom Res* 2002:53:1061–69.
- Ades P. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *N Engl J Med* 2001:345:892–902.
- Ades P, Maloney A, Savage P, Carhart R. Determinants of Physical Functioning in Coronary Patients: Response to Cardiac Rehabilitation. *Arch Intern Med* 1999:159:2357–60.
- Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *AHA Scientific Statement. Circulation* 2005:111:369–76.
- Creed F. The importance of depression following myocardial infarction. *Heart* 1999:82:406–7.
- Denollet J, Brutsaert D. Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation* 2001:104:2018–23.

- Hoitoilmoitukset. Somaattinen erikoissairaanhoido 2005. http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/D5823E1A-8B49-460F-832C-833 FF 9F2A84F/0/Tt29_06_liitetaulukot.pdf. 25.09.2007.
- Huttunen J. Oletko hoitanut sydänpotilaasi depression? *Duodecim* 2005;121:1611–12.
- Hämäläinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kuntoutus – näyttöön perustuvaa lääketiedettäkö? *Suom Lääkäril* 2000;45:4619–23.
- Hämäläinen H. Sydän- ja verisuonitaudit. Teoksessa Kallaranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus. Gummerus Oy, Jyväskylä 2001, 295–307.
- Härkäpää K. Optimismi, kompetenssi ja selviytymiskeinot. Käsitteiden ja empirian tarkastelua kuntoutuksen näkökulmasta. Kuntoutussäätiön työselosteita 11/1995, Helsinki 1995.
- Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Library* 2005:1.
- Julkunen J, Saarinen T, Idänpään-Heikkilä U, Sala R. Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus. Kontrolloitu seurantatutkimus. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 63/2000, Helsinki 2000.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallaranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus. Gummerus Oy, Jyväskylä 2001, 30–41.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. WSOY, Helsinki 2004.
- Keskimäki I, Aalto A-M, Häkkinen U, Klaukka T, Manderbacka K, Reunanen A, Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. STAKES Raportteja 286, Saarijärvi 2004.
- Kuolleet kuolemansyyn, iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006. Tilastokeskus. http://pxweb2.stat.fi/DIALOG/varval.asp?ma=004_ksyyt_004_2006_001&ti=Kuolleet+kuolemansyyn+%2872%2Dluokkainen+luokitus%29%2C+i%E4n+ja+sukupuolen+mukaan+vuonna++2006&path=../Database/StatFin/ter/ksyyt/&lang=3&multilang=fi. 10.11.2007.
- Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A Meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996;156:745–52.
- Lukkarinen H. Sepelvaltimotautia sairastavien elämälaatu ja elämänkulkua. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. Acta Universitatis Ouluensis. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulu 1999.
- Luutonen S, Holm H. Särkykö masentuneen sydän? Masennus ja sepelvaltimotauti. *Suom Lääkäril* 1999;45:3539–43.
- Mayou R. Rehabilitation after heart attack. Should be more flexible and integrated with cardiac aftercare and primary care. *BMJ* 1996;313:1498–99.
- Murchie P, Campbell N, Ritchie L, Simpson J, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84–90.
- Ojala S. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutustarve – itse koettuna ja riskitekijöillä arvioituna Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere 2007. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01479.pdf>. 25.09.2007.
- Pâquet M, Bolduc N, Xhignesse M, Vanasse A. Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *J Adv Nurs* 2005;51:567–76.
- Puumalainen J, Vilkkumaa I. Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa Kallaranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus. Gummerus Oy, Jyväskylä 2001, 16–29.
- Renfors T. Seniori-ikäisen sydäninfarktipotilaan psykososiaalinen kuntoutuminen. Lisensiaattitutkimus. Turun yliopisto, Turku 1998.
- Rissanen P, Sintonen H, Pekurinen M. 15-D Terveysteen liittyvän elämänlaatumittarin, visuaalisen analogiamittarin ja koetun terveydentilan mittarin arvot aikuisikäisessä normaaliväestössä. *Sosiaalilääk Aikak* 1995;32:207–11.
- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983;44:127–39.
- Scheier MF, Carver CS, Bridges MV. Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery and Self-Esteem): A Re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;67:1063–78.
- Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med* 2001;33:328–36.
- Strandberg T. Sepelvaltimotautin pahenemisen ehkäisy. Teoksessa Haarni I, Alanko A. (toim.) Elämä sepelvaltimotautin kanssa. Edita, Helsinki 2004, 149–52.
- Strandberg T. Tukokset pois. Valtimotaudit. Teoksessa Jokinen E, Juvonen T, Kaartinen M, Nieminen M, Niitynperä T, Partanen J, Pohjola-Sintonen S, Romo M, Strandberg, T, Vanhanen H. (toim.) Suomalaisten uusi sydänkirja. Otava, Helsinki 2005, 44–73.
- Suositus sepelvaltimotautipotilaiden kuntoutuksesta. Suomen Sydäntautiliitto, Suomen Kardiologinen Seura ja Kunnallislääkärit. Suomen Sydäntautiliiton julkaisuja 1:1999, Helsinki 1999.
- Sydänpotilaiden kuntoutuksen hoitoprosessin kehittämishanke. Hankeseloste. Pirkanmaan Sydänpiiri ry, Tampere 2004.
- Takkunen H, Romo M. Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutus. *Suom Lääkäril* 1998;53:677–81.
- Tautiluokitus ICD–10. STAKES koodistopalvelin. http://kopa.stakes.fi/codeserver_tuotanto/distribution-action.do?action=version&key=58. 25.09.2007.
- Thompson T, Bowman G. Evidence for the effectiveness of cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing* 1998;14:38–48.

- Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Suomen Sydänliiton julkaisuja 2005:1. http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto/toimenpideohjelma/fi_FI/toimenpideohjelma_1/. 25.09.2007.
- Tutkimuksia suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. *Terveys 2000*. Terveyskysely. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>. 25.09.2007
- Valkonen J. Tarinametafora sydäninfarktista kuntoutumisessa. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 45/1994, Helsinki 1994.
- Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>. 25.09.2007.
- Viitanen E, Piirainen A. Kuntoutujan arvioima kuntoutustarve ja odotukset omalle kuntoutumiselle. *Kuntoutus* 2003:1:24–35.
- Wallston KA. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research* 1992:16:183–99.
- Wannamethee S, Shaper A, Walker, M. 2000. Physical Activity and Mortality in Older Men With Diagnosed Coronary Heart Disease. *Circulation* 2002:102:1358–63.

SAARA OJALA

TtM, tutkija

Tampereen Yliopisto

Terveystieteen laitos

KATJA HAUTAMÄKI

ThM, ylihoitaja

Sydänkeskusliikelaitos

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

PEKKA RISSANEN

FT, professori

Tampereen yliopisto

Terveystieteen laitos