

**Diak**



DIAKONIA - AMMATTIKORKEAKOULU A TUTKIMUKSIA 12

Hannu Lampi

**MIEHEN SYDÄNINFARKTI-  
KOKEMUS:  
FENOMENOLOGINEN  
TUTKIMUS  
SAIRASTUMISESTA JA  
POTILAANA OLEMISESTA**



**MIEHEN SYDÄNINFARKTIKOKEMUS:  
FENOMENOLOGINEN TUTKIMUS  
SAIRASTUMISESTA JA POTILAANA OLEMISESTA**

**Hannu Lampi**

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Electronic dissertation  
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 462  
ISBN 951-44-6391-9  
ISSN 1456-954X  
<http://acta.uta.fi>

Julkaisujen materiaalin jäljentäminen tai kopioiminen ilman  
Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjallista lupaa kielletään.

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA  
A Tutkimuksia 12

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sarjan toimittaja: Sakari Kainulainen  
Tekijä: Hannu Lampi  
Taitto: Anne Määttä

ISBN: 952-5266-88-5  
ISSN: 1455-9919

Multiprint Oy  
Helsinki 2005

## KIITOKSET

Sydäninfarktiin liittyvät kokemukset ovat kiehtoneet ja askarruttaneet minua vuosia, hoitotyön opiskeluni alkuvaiheista saakka. Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemukset tulivat tutkimukseni kohteeksi muun muassa siksi, että olen saanut tai joutunut kohtamaan ilmiön elämäni eri vaiheissa ja eri näkökulmista.

Tämä tutkimus on toteutettu Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Asiantuntevasta fenomenologisesta ohjaamisesta keskeinen kiitos kuuluu väitöskirjatyöni ensimmäiselle ohjaajalle professori Päivi Åstedt-Kurjelle. Hän on pitkäjänteisesti ohjannut ja tukenut ja auttanut minua väitöskirjaprosessini eri vaiheissa, silloinkin kun itse olen ollut uupunut ja epäilevä väitöskirjan valmistumisesta. Toista ohjaajaani professori Eija Paavilaista haluan kiittää arvostavasta ohjaamisesta, kannustamisesta ja neuvoista työn kriittisissä loppuvaiheissa. Lisäksi arvokasta ohjausta ja palautetta antoi dosentti Raili Gothóni etenkin väitöskirjani alkuvaiheessa.

Ohjaajieni lisäksi erityisesti työn tekemisen loppuvaiheista suuri kiitos kuuluu väitöskirjani esitarkastajille. Esitarkastajiani professori Katie Eriksson ja dosentti Gustaf Molanderia kiitän rakentavasta kritiikistä. Katie Eriksson ja Gustaf Molander kommentoivat käsikirjoitustani kannustavasti ja asiantuntevasti. Esitarkastajat saivat minut vielä työni loppuvaiheessa parantamaan tahtiani ja kiteyttämään työni ydinajatusta.

Tutkimukseni valmistumisesta on edistänyt ulkopuolinen rahoitus. Keskeinen kiitos kuuluu tässä suhteessa Diakonia-ammattikorkeakoululle, Tampereen yliopistolle, Sydäntutkimussäätiölle, Sairaanhoitajaliitolle ja Biomedicumille.

Väitöskirjani kielentarkastuksesta haluan kiittää viestintäekonomi Arja Kalmaria. Lehtori Billy Germaa kiitän hänen työstään kääntäjänä sekä valtiotieteen maisteri Anne Määttä kirjan taittamisesta.

Vaikka väitöskirjatyön olen tehnyt viime kädessä yksin, joutui moni ihminen tavalla tai toisella olemaan tahtoen tai tahtomattaan mukana sen tekemisessä. Erityisellä lämmöllä haluankin kiittää läheisiäni, jotka ovat läheltä seuranneet kokemuksellista prosessiani. Kiitän myös Diakonia-ammattikorkeakoulun, Helsingin yksikön ja Helsingin Diakoniaopiston opettajakollegoitani, jotka ovat olleet kiinnostuneita tutkimuksestani sekä jaksaneet kuunnella ja tukea minua tutkimukseni eri vaiheissa.

Haluan muistaa kiitoksella ja kiitollisuudella entisiä ja nykyisiä opiskelijoitani Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin yksikössä. Teidän kanssanne olen vuosien aikana saanut olla hedelmällisessä vuorovai-  
kutuksessa, opettaa ja oppia miehen sydäninfarktitekemukseen liittyviä asioita. Erityiskiitoksen osoitan Tutkimus ja kehittäminen -opintokokonai-  
suuden opiskelijoille. Oppituntien aikana olen hahmottanut kvalitatiivisen tutkimuksen tutkimusprosessia yhtä uudelleen kertomalla esimerkkejä omasta tutkimuksestani.

Lämpimät kiitokseni kuuluvat erityisesti sydäninfarktiin sairastuneille miehille, jotka suostuivat tutkimukseni tiedonantajiksi. Toivon, että teidän antamanne tieto kehittää osaltaan sydäninfarktiin sairastuneiden miesten hoitoa.

Tohmajärvellä juhannuksena 2005

Hannu Lampi

## TIIVISTELMÄ

Lampi Hannu: Miehen sydäninfarktinkokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 12. Helsinki 2005. ISBN: 952-5266-88-5

Tämän kvalitatiivisen, fenomenologisen tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ja kuvata miehen sydäninfarktinkokemus äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Tutkimustehtäviin saatavien vastausten kautta saadaan ymmärrystä miehen sydäninfarktinkokemuksesta ja kokemuksen merkityksistä. Miehen sydäninfarktinkokemuksesta koskeva kuvaileva tieto esitetään tutkittavaa ilmiötä kuvaavana merkitysverkostona. Tämän avulla miehen yksilöllinen sydäninfarktinkokemus on ymmärrettävissä teoreettisesti. Aineistoa kerättiin kahdesta lähteestä. Toinen osa aineistosta koostui sydäninfarktiin sairastuneiden miesten (n = 17) avoimista haastatteluista (n = 29). Tiedonantajia haastateltiin yhdestä neljään kertaan. Tämä aineisto kerättiin vuosina 1997–1998. Haastattelut tehtiin tiedonantajien sairausloma-aikana. Aineiston toisena osana oli julkaistujen muisteluteosten aineisto (n = 2). Julkaistut muisteluteokset olivat omaelämäkerrallisia teoksia, joissa sydäninfarktiin sairastuneet miehet kertoivat sydäninfarktinkokemuksestaan. Tutkimusaineiston laajuudeksi tuli 917 sivua (riviväli 1,5). Tästä aineistosta oli avoimia haastatteluja 795 sivua ja julkaistujen muisteluteosten aineistoa 122 sivua. Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin fenomenologista analyysimenetelmää, jolla oli yhtymäkohtia Giorgin kehittämään fenomenologisen psykologian metodiin ja Perttulan siihen tekemään laajennukseen.

Tutkimuksen tuloksena muodostettiin kuusi yläsisältöaluetta. Yläsisältöalueet jakautuivat alasisältöalueisiin. Yläsisältöalueet ovat seuraavat: kuolemanvaarassa oleminen, hoidonantajien ominaisuudet, sairaalapotilaaksi joutuminen, perheen kohtaaminen, kohtalotoveruuden jakaminen ja sairaalasta kotiutuminen. Tutkimuksen tuloksista muodostettiin miehen sydäninfarktinkokemusta kuvaava merkitysverkosto.

Tulokset kartuttavat ja täydentävät sydäninfarktiin sairastuneiden potilaiden hoitamisen tietoperustaa. Tuloksia voidaan hyödyntää sydänpotilaiden ja heidän perheidensä hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Tutkimustietoa voidaan käyttää laajemminkin sydäntauteja sairastavien potilaiden hoidon kehittämiseen sekä terveydenhuoltohenkilökunnan perus-, täydennys-, erikoistumis- ja jatkokoulutuksessa. Saaduilla tuloksilla on merkitystä miehen yksilöllisen hyvinvoinnin sekä yleisimminkin maamme miesväestön terveyden kannalta.

Avainsanat: sydäninfarkti, miespotilas ja perhe, fenomenologia, kokemus, kliininen hoitotyö, äkillinen sairaus, kvalitatiivinen tutkimus





## ABSTRACT

Hannu Lampi: Facing Acute Myocardial Infarction: phenomenological research of men facing illness and as patients. Diaconia Polytechnic Publications, Series A, Studies 12. Helsinki 2005. ISBN: 952-5266-88-5

The purpose of this qualitative, phenomenological research is to examine and describe the experiences of men going through acute myocardial infarction, life-threatening illnesses and to look at the men in a "patient's" context. An understanding of men's experiences of acute myocardial infarction and the significance of the experiences was gained through interviews. The descriptive information regarding the experiences was structured into a network of meanings describing the phenomena. By these means, it was possible to achieve a theoretical understanding of the men's individual experiences. The research material was collected from two sources. One part of the material was gathered through open interviews (n=29) with men facing from acute myocardial infarction (n=17). From 1997-1998, each respondent was interviewed four times while on sick leave. The second part of the material was based on published autobiographical texts (n=2) of men who had faced acute myocardial infarction. The research material was 917 pages (1.5 spaced). This consisted of 795 pages of interview-based material and 122 of published text. The analysis method was phenomenological, connected to the method of phenomenological psychology developed by Giorgi and expanded by Perttula.

The research results were placed into six main categories, which were then divided into sub-categories. The main categories were as follows: living with a life-threatening illness, the characteristics of the caregiver, becoming hospitalised, meeting family members, sharing with peers and returning home. The network of meanings concerning the heart attack experiences was shaped according to the research results.

The research results can be useful to acute myocardial infarction patients and their families for planning, implementing and assessing the needed care. It can also be applied within a wider framework: planning and developing the care of heart disease patients and the basic work, supplementation, specialisation and continuing education of caregivers. The results are significant for both the individual wellbeing of men and the health of the Finnish men's population in general.

Keywords: heart attack, acute myocardial infarction, men, patient, family, clinical nursing, sudden illness, phenomenological, qualitative

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	13
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT .....	18
2.1	Äkillisesti sairastuneen mielialan muuttuminen .....	19
2.2	Sairaus perheen arkielämän murroksena .....	31
2.3	Hoitoon pääseminen ja kotiin palaaminen.....	41
2.4	Yhteenveto taustasta ja lähtökohdista.....	53
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	55
4	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN .....	56
4.1	Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat.....	56
4.1.1	Tutkimuksen taustalla oleva ihmiskäsitys .....	56
4.1.2	Fenomenologinen menetelmä miehen sydäninfarktikoemuksen tutkimisessä .....	57
4.1.3	Tutkimuskohteeseen liittyvä esiymmärrys ja ennakko-oletukset ...	62
4.2	Aineiston keruu.....	64
4.2.1	Tutkimuksen tiedonantajat.....	64
4.2.2	Haastatteluaineisto.....	65
4.2.3	Julkaistujen muisteluteosten aineisto.....	70
4.3	Aineiston analysointi .....	72
4.4	Eettiset kysymykset .....	82

5	TULOKSET .....	90
5.1	Kuolemanvaarassa oleminen .....	91
5.1.1	Hädästä huolestuminen .....	92
5.1.2	Kuolemantuskan sietäminen.....	96
5.1.3	Vaaranalaisuuden kestäminen .....	98
5.1.4	Apuun pakottautuminen .....	99
5.1.5	Eristäytymisen vähentyminen.....	102
5.1.6	Epävarmuudesta erkautuminen.....	104
5.2	Hoidonantajien ominaisuudet .....	108
5.2.1	Urhea ja sankarillinen pelastajako? .....	109
5.2.2	Hoivaava ja välittävä huolenpitäjäkö?.....	112
5.2.3	Pyyteetön ja uhrautuva hyväntekijäkö? .....	117
5.2.4	Tietävä ja taitava osajako? .....	120
5.3	Sairaalapotilaaksi joutuminen.....	124
5.3.1	Miehuullisuuden säilyttäminen.....	125
5.3.2	Mielialan häilähteleminen .....	127
5.3.3	Vuodelevon kestäminen .....	131
5.3.4	Sairaalassa jaksaminen .....	134
5.4	Perheen kohtaaminen.....	142
5.4.1	Perheelle sairastumisesta kertominen .....	143
5.4.2	Perheen tapaaminen sairaalassa.....	146
5.4.3	Perheen luo palaaminen.....	150
5.5	Kohtalotoveruuden jakaminen.....	158
5.5.1	Kohtalotovereilta avun saaminen .....	158
5.5.2	Kuolemansairaiden kohtalotovereiden lähellä oleminen.....	163
5.5.3	Kohtalotovereiden tiedosta vakiintuminen .....	166
5.6	Sairaalasta kotiutuminen.....	170
5.6.1	Sairaalasta poistuminen .....	171
5.6.2	Kotiin asettautuminen.....	172
5.6.3	Sairaalaan uudelleen palaaminen.....	178
5.7	Miehen sydäninfarktikoemukseen sisältyvien merkitysten yhteenveto.....	182
6	POHDINTA .....	188
6.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	188
6.2	Tutkimustulosten tarkastelu.....	204
6.3	Tulosten hyödyntäminen .....	225
6.4	Jatkotutkimushaasteet.....	238
	LÄHTEET.....	240
	LIITTEET .....	301

## LIITTEET

Liite 1. Äkillistä, henkeä uhkaavaa sairautta ja potilaana olemista käsitteleviä tutkimuksia

Liite 2. Keski-ikäinen, 42–55-vuotias, sydäninfarktiin sairastunut mies: Kerro omasta sairastamiskokemuksestasi sydäninfarktin jälkeen

Liite 3. Suostumus

Liite 4. Aineiston analysoinnin kuvausta

## TAULUKKO

Taulukko 1. Yhteenveto miehen sydäninfarktinkokemukseen sisältyvistä merkityksistä

## KUVIO

Kuvio 1. Miehen sydäninfarktinkokemusta kuvaava merkitysverkosto

Sepelvaltimotauti ja siihen liittyvä sydäninfarkti on Suomessa merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Ongelman yleisyyttä ja vakavuutta osoittaa se, että Suomessa sattuu vuosittain noin 44000 kuolemaan tai sairaanhoitoon johtavaa sepelvaltimotautikohtausta. Näistä 23000 on sydäninfarkteja tai sepelvaltimotautikuolemia ja 21000 epästabiliiksi angina pectorikseksi luokiteltavia kohtauksia. Sepelvaltimotautikohtaukseen kuolee Suomessa vuosittain noin 13000 ihmistä. Heistä runsaat 7000 kuolee äkillisesti sairaaloiden ulkopuolella ja vajaat 6000 sairaaloissa. Kuolemista yli 40 % tapahtuu ensimmäisen tunnin aikana oireiden alkamisesta. Äkkikuolema on taudin ensimmäinen oire noin 10–20 %:lle sairastuneista. Vuonna 2003 sepelvaltimotautiin sairastui 3110 ja kuoli 1541 35–64-vuotiasta miestä. (Heikkilä ym. 2000; Remes ym. 2000; Kansanterveyslaitos 2003a; Kansanterveyslaitos 2003b; Holmia ym. 2004, 197.)

Sepelvaltimon äkillisestä ahtautumisesta tai tukkeutumisesta johtuvia, sydänlihaksen hapenpuutteen aiheuttamia oireistoja nimitetään sepelvaltimotautikohtauksiksi. Niiden tavallisin syy on sepelvaltimon seinämän ateroomaplakin repeämä ja siihen liittyvä trombin muodostuminen ja spasmi. Repeytymä kerää verihyytymää suonon seinämään ja estää verenvirtausta suonessa. Jos suoni tukkeutuu, sydänlihas ei saa happea ja ravintoa siltä osin ja seurauksena on kudosaivaurio eli sydäninfarkti. Akuutin sydäninfarktin patofysiologinen perusmuutos on sydänlihaskudoksen paikallinen iskemia ja kuolio. Tilalle on luonteenomaista johtoratajärjestelmän sähköinen horjuvuus rytmihäiriöineen ja sydämen pumppaushäiriö. Sydäninfarktiin liittyy myös hemodynaamisia häiriöitä ja ääreisveren kier-

ron muutoksia. (Heikkilä 2000, 484–512; Remes ym. 2000; Holmia ym. 2004, 228.)

Suomessa on toiminut sydäninfarktirekistereitä eri muodoissa 1970-luvun alkupuolelta lähtien, laajimmin FINMONICA-projektin yhteydessä 1983–92 (Salomaa ym. 2002). Rekisterit dokumentoivat 35–64-vuotiaiden sepelvaltimokuolleisuuden jyrkän pienenemisen ja osoittavat, että lasku johtui pääosin ensimmäisten ja uusintakohtausten vähenemisestä, kun taas kokonaistappavuuden muutosten osuus jäi vaatimattomaksi (Salomaa ym. 1996). Myös Abrahamin (1995, 824) mukaan sydäninfarkti-kuolleisuus on edelleen varsin korkea. Viime aikojen suotuisasta kehityksestä huolimatta sepelvaltimotauti on edelleen suomalaisten keskeinen kansanterveysongelma ja tärkein yksittäinen kuolemansyy. Keskimäärin joka neljäs kuolema johtuu sepelvaltimotaudista. Lisäksi on ilmeistä, että sepelvaltimotaudin terveydenhoitojärjestelmälle aiheuttama kuormitus on lisääntynyt, koska tauti on siirtynyt entistä vanhempiin ikäluokkiin. (Pyorala ym. 1994).

Sydäninfarktin äkillisyys, vakavuus ja hengenvaarallisuus vaikuttavat siihen sairastuneen kokemuksiin tilanteestaan. Usein sairaus ilmenee dramaattisesti. Pikkaraisen (2001) mukaan sydäninfarkti on sepelvaltimotaudin pelätyin ilmenemismuoto. Rajujen ja äkillisesti kehittyvien oireiden perusteella on usein helppoa päätellä, että kyseessä on vaikea-asteinen ja nopeasti hoitoa vaativa sairaus. (Riegel 1993, 303; Hudak ja Gallo 1994, 331–336; Holmström 1998, 59; Robertson-Malt 1999.) Usein sydäninfarktiin sairastutaan yllättäen, ilman ennakoivia oireita. Sairastuminen vaikuttaa voimakkaasti. Vakava ja jopa henkeä uhkaava sairaus saattaa aiheuttaa kriisin sekä potilaalle että hänen perheelleen. (Holmia ym. 2004, 228.)

Sydäninfarktikoemuksella tarkoitan tässä tutkimuksessa yleisesti kaikkia niitä ajatuksia ja tunteita, joita tutkimukseni tiedonantajina toimivat 44–63-vuotiaat miehet liittävät sydäninfarktiinsa. Sydäninfarktikoemus kehkeytyy omakohtaisesta sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Se ilmenee miesten uskomuksissa, arvoissa ja harkinnassa (Patton 1990, 291; Cum-bie ym. 2004), tunteissa, kielessä ja elämismaailmassa (Strandmark ja Hede-lin 2002) sekä sairastuneiden havainnoissa ja odotuksissa (Fridlund ja Hil-dingh 2000). Jokainen mies ymmärtää sydäninfarktikoemustaan omalla persoonallisella tavallaan (Lepp ja Ringsberg 2002; Priest 2002). Toiminta ja roolien muuttuminen heijastavat sydäninfarktikoemusta. (Morrison 1994, 13; Crotty 1996, 14; Morrison ja Burnard 1997, 9, 29.)

Tutkimusaihe on ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä, koska sydäninfarkti on miehillä selvästi yleisempi kuin naisilla. Tehokas ja oikea-aikainen hoito estää sydäninfarktista johtuvien haittojen pitkitty-misen ja mahdollistaa monien miesten nopean kotiutumisen sairaalaho-i-don jälkeen. Miehillä ja heidän perheilleen sydäninfarkti aiheuttaa kuitenkin monesti henkilökohtaisia kärsimyksiä, sopeutumisvaatimuksia ja yli-määräisiä kustannuksia. Myös yhteiskunnalle sydäninfarktiin sairastune-i-den miesten hoito aiheuttaa merkittäviä kustannuksia.

Suomessa ja kansainvälisesti on niukasti hoitotieteellistä ja mui-den tieteenalojen tutkimusta, jossa sydäninfarktiin sairastuneet miehet kuvaavat sydäninfarktikoemustaan äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. On tärkeää saada tietoa miesten koke-muksista tällaisen sairauden aikana. Jäsentämällä miehen sydäninfarktiko-emusta voidaan ymmärtää nykyistä paremmin miesten yksilöllisiä koke-muksia vakavan sairauden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on

tuottaa uutta tietoa miesten terveyden ja sairauden ymmärtämiseksi. Tutkimustietoa voidaan käyttää sydäninfarktiin sairastuneiden miesten hoidon kehittämiseen sekä terveydenhuoltohenkilöstön kouluttamiseen. Myös miehet itse ja heidän perheensä hyötyvät tiedosta, koska se voi auttaa oman ja läheisen haastavan kokemuksen ymmärtämisessä.

Laadullinen ja erityisesti fenomenologinen sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemusten tutkimus on perusteltu, koska aiemmassa tutkimustraditiossa ilmiötä on usein lähestytty lääketieteellisestä sekä luonnontieteellisestä ja kvantitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta. Tällöin miesten kokemuksia on tutkittu reduktionistisen ihmiskuvan näkökulmasta. Tässä hoitotieteellisessä tutkimuksessa sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemuksia tutkitaan ja kuvataan holistisen ihmiskuvan näkökulmasta. Uusi tieto tuotetaan miehen itsensä kokemana ja kertomana sekä sellaisena kuin sydäninfarktinkokemus hänelle näyttäytyy. (Eriksson 1988, 38; Munhall 2001c; Gramling ja Carr 2004; Donalek ja Soldwisch 2004; Sidani ym. 2004; Soivio 2004.) Tämä on yksi ensimmäisistä miehen sydäninfarktinkokemusta kuvailevista hoitotieteellisistä ja fenomenologisista tutkimuksista Suomessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ja kuvata miehen sydäninfarktinkokemus äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Tiedonantajina on 19 työikäistä sydäninfarktiin sairastunutta miestä. Tiedonantajajoukko muodostuu haastatelluista (n = 17) ja julkaistujen muisteluteosten kirjoittajista (n = 2). Tutkimusaineistona ovat miesten avoimet haastattelut ja heidän kirjoittamansa julkaistut muisteluteokset. Aineiston analyysimenetelmänä käytetään fenomenologista analyysimenetelmää, jolla on yhtymäkohtia Giorgin (1996a, 10–17;



1996b 23–85;1997; 2000) kehittämään fenomenologisen psykologian metodiin ja Perttulan (1995a, 1995b, 1998, 2000) siihen tekemään laajennukseen.

Tutkimukseni rakentuu kuudesta varsinaisesta luvusta. Aluksi esittelen luvussa kaksi tutkimukseni taustan ja lähtökohdat. Ensiksi käsitelen äkillisesti sairastuneen mielialan muuttumista, sairaus perheen arkielämän murroksena sekä hoitoon pääsemistä ja kotiin palaamista. Luvun lopussa esitän yhteenvedon taustasta ja lähtökohdista. Sen jälkeen kuvaan luvussa kolme tutkimukseni tarkoituksen ja tutkimustehtävät.

Luvussa neljä esittelen tutkimukseni empiiristä toteuttamista. Tarkastelen tutkimukseni metodologisia lähtökohtia sekä aineistojen keruuseen ja analysointiin liittyviä menetelmällisiä ja eettisiä kysymyksiä tilanteessa, jossa tutkimuksen kohteena oleva miehen sydäninfarktikoemus on arkaluonteinen ja syvästi inhimillinen kokemus.

Viidennessä luvussa kuvaan tutkimukseni tulokset. Aluksi tarkastelen kuolemanvaarassa olemista, hoidonantajien ominaisuuksia ja sairaalapotilaaksi joutumista. Sen jälkeen kuvaan perheen kohtaamisen, kohtalotoveruuden jakamisen ja sairaalasta kotiutumisen. Lopuksi esittelen miehen sydäninfarktikoemukseen sisältyvien merkitysten yhteenvedon ja miehen sydäninfarktikoemuksesta kuvailevan merkitysverkoston.

Pohdinta koostuu tutkimukseni luotettavuudesta, tutkimustulosteni tarkastelusta, tulosteni hyödyntämisestä ja jatkotutkimushaasteista. Pohdinta on luvussa kuusi.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT

Sydäninfarktiin sairastuminen on moniulotteinen ja tunteita herättävä kokemus, jota tässä tutkimuksessa tarkastelen ja kuvaan äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Sydäninfarktiko- kemusta koskevia aiempia hoitotieteellisiä tutkimuksia on niukasti Suo- messa. Sen sijaan kansainvälisissä hoitotieteellisissä ja lääketieteellisissä aikakauslehdissä on julkaistu sydäninfarktiko- kemukseen liittyviä tutki- musartikkeleita ja katsauksia. Näissä artikkeleissa sydäninfarktia tarkas- tellaan lähinnä sydäninfarktiko- kemuksen ulottuvuuksien kuten esimerkiksi stressin, masennuksen ja pelon näkökulmista. Tätä tutkimusta varten hain aikaisempia aihealuetta käsitteleviä tutkimuksia esimerkiksi CINAHL- ja EBSCO- ja MEDLINE-tietokannoista yhdistämällä mm. hakukäskyyn ”Acute Myocardial Infarction” mm. seuraavat hakukäskyt ”Family”, ”Peers”, ”Nurses”, ”Lived Experience”, ”Phenomenological Research”, ”Qualitative Research”, ”Anxiety”, ”Depression”, ”Fear”, ”Stress”, ”Mas- culinity”, ”Men”, ”Cardiac event”, ”Illness and Patient”.

Tämän tutkimuksen tausta ja lähtökohdat muotoutuvat sydänin- farktiko- kemusta koskevista tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Aikaisempi tieto jäsentyy siten, että aluksi pohdin äkillisesti sairastuneen mielialan muuttumista. Tämän jälkeen käsittelyn kohteeksi tulee sairaus perheen arkielämän murroksena. Seuraavaksi tarkastelu kohdentuu hoitoon pääse- miseen ja kotiin palaamiseen. Lopuksi esitän yhteenvedon tutkimuksen taustasta ja lähtökohdista.

Sydäninfarktiin sairastuminen on merkittävä ja haastava elämäntapahtuma, joka vaikuttaa usein voimakkaasti sairastuneen mielialaan. Seuraavassa tarkastelen äkillisesti sairastuneen mielialan muutoksia, jotka ilmenevät mielenmasennuksena, ahdistus ja stressinä.

## 2.1 Äkillisesti sairastuneen mielialan muuttuminen

### *Mielenmasennus*

Mielenmasennuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sydäninfarktista johtuvaa mielialan laskua, mielenkiinnon ja mielihyvän menetystä. Sydäninfarktiin sairastuneen miehen kokemusmaailmaa luonnehtii usein mielenmasennus, jolle on ominaista mielialan laskun ohella aloitekyvyn puute ja unihäiriöt sekä alakuloisuus. Useat tutkijat kiinnittävät huomiotaan siihen, että sairaudesta johtuvaa masentuneisuutta esiintyy sairausprosessin eri vaiheissa. Se voi ilmaantua ennen sairastumista, sairaalavaiheessa tai kotiutumisen jälkeen (Fielding 1991; Lespérance ym. 1996; Martin ja Thompson 2000). Tähän liittyen Cassmeyer ym. (1995) huomauttavat kuitenkin, että depressio on normaali reaktio sairastumiseen.

Sydäninfarktiin liittyvä masennus ilmenee lievänä, keskivaikeana tai vaikeana mielialan laskuna. Depressioon liittyvissä aikaisemmissa tutkimuksissa mielenkiinto kohdistuu erityisesti äkillisen sairauden aiheuttamaan masentuneisuuteen. Tämä johtuu siitä, että depressio on ominaista äkillisesti sairastuneille. Masentuneen mielialaa luonnehtii synkkyys, voimien ehtyminen ja arvottomuus (Holmström 2002). Usein perusteettomat

syllisyydentunteet, kyvyttömyys kokea mielihyvää ja somaattiset oireet kuten unettomuus, väsymys ja ruokahalun muutokset ovat luonteenomaisia masentuneelle (Hänninen ja Timonen 2004). Muun ohella toivottoisuus ja epätoivo näyttävät usein liittyvän mielenmasennukseen (Näslindh-Ylispangar ym. 2003; Kokkonen ym. 2004). Terveystilan äkillinen muuttuminen altistaa depressiolle (Maguire ym. 1974; Moffic ja Paykel 1975; Knights ja Folstein 1977; Brummett ym. 1998; Rosenberg ym. 1988). Sydänpotilaisiin kohdistuvat tutkimukset (Lloyd ja Cawley 1978; Mayou ym. 1978a; Mayou ym. 1978b; Maeland ja Havik 1987; Trelawny-Ross ja Russell 1987; Schleifer ym. 1989; Ward ym. 2003) osoittavat, että masentuneisuus on heille sangen luonteenomaista. Herrmann ym. (1998) lisäävät, että samanaikainen psyykinen häiriö enentää sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Myös yleisesti kielteistä mielialaa pidetään varjopuolena. Se on yhteydessä fyysisen ja psykososiaalisen toipumisen heikkenemiseen (Bennett ja Connell 1999).

Depressio on haitallinen tunnetila, koska se altistaa sydäninfarktiin sairastumiselle. Masentuneisuus on perin tyypillinen kokemus hoidon eri vaiheissa kuten esimerkiksi sairaala- ja kotiutumisvaiheessa. Tätä todistaa useiden tutkijoiden (Hance ym. 1986; Carney ym. 1987; Schleifer ym. 1989; Forrester ym. 1992; Ford ym. 1994; Everson ym. 1996; Brummett ym. 1998; Hippisley-Cox ja Fielding 1998; Ward ym. 2003; Schrader ym. 2004) havainnot sepelvaltimotaudin ja masentuneisuuden välisestä yhteydestä. Erityisesti emotionaalisesti epävakaat, sairauteen sopeutumattomat ja sydänperäisistä oireista kärsivät altistuvat masennukselle (Ladwig ym. 1994). Toisaalta kuitenkin ikä, koulutuksen pituus ja sairauden diagnoosi (Servellan ym. 1996) tai parisuhteeseen ja sosiaaliseen

tukeen liittyvät tekijät (Bennett ja Connell 1999) eivät aina näytä ennustavan sairauden aikaista melankoliaa.

Äkilliseen sairauteen liittyvää masentuneisuutta voidaan tarkastella myös riskitekijöiden ja ennakko-oireiden näkökulmista. Ennakoivia merkkejä masentuneisuudesta ovat univaikeudet ja keskittymiskyvyttömyys sekä syyllisyyden ja arvottomuuden tunne (Lespérance ym. 1996). Kriittiseen sairauteen liittyvästä masentuneisuuden teemasta Connelly ym. (2000) tuovat esille, että hengityskonehoidossa olevien potilaiden masentuneisuus ei ole aina yhteydessä unenpuutteeseen tai väsymykseen. Kuitenkin Higginsin (1998) tutkimustulokset poikkeavat Connellyn ym. (2000) tuloksista. Hän korostaa, että sairaudesta johtuva uupumus ja masennus korreloivat keskenään.

Ennakko-oireiden ohella välilliset ja välittömät riskitekijät ovat yhteydessä sairaudesta aiheutuvaan masentuneisuuteen. Välillisinä riskitekijöitä pidetään läheisten ystävien puutetta (Frasure-Smith ym. 1995; Lespérance ym. 1996; Ziegelstein 2001), naimattomuutta (Carney ym. 2001; Ziegelstein 2001; Williams ym. 2003) ja heikkoa sosiaalista tukea (Frasure-Smith ym. 1995; Bennett 1997; Brummett ym. 1998; Taylor ym. 1998; Ziegelstein 2001) sekä aikaisempaa masennustaipumusta (Carney ym. 1987; Schrader ym. 2004). Miehen sydäninfarktinkokemuksen tarkastelu naimattomuuden ja aiemman masennustaipumuksen perusteella on ongelmallista. Tällainen kokonaisuudesta vain suppean osan huomioon ottava lähestymistapa johtaa herkästi tiedonantajien yksipuoliseen ymmärtämiseen ja tutkimuskohteen ohentumiseen. Välittömät riskitekijät puolestaan ovat yhteydessä teho-osastolle joutumiseen (Rodin ja Voshart 1986; Chiou ym. 1997; Edéll-Gustafsson Hetta 1999), laajaan sydänin-

farktiin ja heikkoon fyysiseen kuntoon sekä masentuneisuustaipumukseen (Schleifer ym. 1989.)

Depression voimakkuus ja kesto ovat tutkimusten mukaan yhteydessä sydäninfarktin jälkeiseen psyykkiseen terveydentilaan ja toipumiseen sekä subjektiiviseen hyvinvointiin. Kuitenkin tutkimustulokset depression voimakkuudesta ja kestosta ovat osittain ristiriitaisia. Lespérance ym. (1996) havaitsivat, että ennen sairastumista masentuneisuudesta kärsii jopa 27,5 %. Toisaalta tiedetään myös, että sairastumista edeltävä depressio lisää sairaalavaiheen aikaisen masennuksen riskin kaksinkertaiseksi (Lespérance ym. 1996) tai jopa nelin- tai viisinkertaiseksi (Pratt ym. 1996). Freedland ym. (2003) tarkentavat, että 20 % sairaalaan otetuista potilaista kärsii vaikea-asteisesta ja 16 % lieväasteisesta masentuneisuudesta. Toisaalta Forresterin ym. (1992) mukaan 19 %:lla ja Schleiferin ym. (1989) mukaan jopa 45 %:lla sydäninfarktipotilaista esiintyy masentuneisuutta sairaalassa. Aina näin ei näyttäisi olevan. Crowe ym. (1996) päättelivät, että keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokee vain 9 % sairaalapotilaista.

Somaattiseen sairauteen yhteydessä oleva masentuneisuus on yleisyytensä vuoksi merkittävä kliininen haaste. Masentuneisuutta tarkasteleville tutkimuksille on tyypillistä masennuksen haittavaikutusten korostaminen. Tutkimuksista jää puuttumaan masennuksen myönteiset vaikutukset kuten väsymys ja passiivisuus, jotka edistävät levossa olemista ja siten sairaudesta toipumista. Aiempi tieto osoittaa, että masentuneisuus on yhteydessä terveydentilan heikentymiseen ja jopa hengenvaarallisiin komplikaatioihin. Tutkimustiedon mukaan sairauteen liittyvä masentuneisuus lisää kuolleisuutta (Mai ym. 1986; Kennedy ym. 1987; Silverstone

1990; Frasure-Smith ym. 1993; Frasure-Smith ym. 1995; Frasure-Smith ym. 1999; Irvine 1999; Roose ym. 1999; Mayou ym. 2000; Geerlings ym. 2002; Williams ym. 2003; Steeds ym. 2004). Kaufman ym. (1999) tämentävät, että depressiota potevien sydäninfarktipotilaiden mortaliteetti vuoden kuluttua sairastumisesta on jopa 16,1 %. Sen sijaan ei-depressiivisten potilaiden mortaliteetti samana ajankohtana on vain 8,2 %. Myös Ziegelstein ym. (2000) ja Ziegelstein (2001) havaitsivat, että sydäninfarktin jälkeisellä depressiolla on selkeä yhteys sairastuvuuden ja kuolleisuuden lisääntymiseen. Lisäksi Bush ym. (2001) korostavat, että lieväkin sydäninfarktista johtuva depressio lisää kuolleisuutta. Lauzon ym. (2003) huomauttavat vielä, että sairaalaantulovaiheen aikainen depressio on yhteydessä sydänkomplikaatioihin ja kohonneeseen kuolleisuuteen vuoden kuluttua. Voidaankin otaksua, että kuolemanvaaran tiedostaminen sinänsä synnyttää depressiota (Carney ym. 1988; Ladwig ym. 1991; Frasure-Smith ym. 1993).

Äkilliseen sairauteen liittyvästä kuolleisuuden temasta Dunham ja Sager (1994) toteavat, että masentuneita potilaita luonnehtii kohonnut kuolleisuus ja heikentynyt ihmissuhdeverkosto. Tämän lisäksi äkilliseen sairauteen liittyvää kuolleisuutta näyttää selittävän riittämätön sosiaalinen tuki (Frasure-Smith ym. 2000) ja potilaiden kyvyttömyys sopeutua krooniseen sairauteen (Ladwig ym. 1994). Toisaalta Cay ym. (1972), Taylor ym. (1998) ja Schleifer ym. (1989) suhtautuvat kriittisesti sairauden vakavuuden ja depression väliseen yhteyteen.

Sydäninfarktiin yhdistyvällä masentuneisuudella on pitkäkestoisia haittavaikutuksia potilaan arkielämään, terveyteen ja hyvinvointiin. Mielenmasennus heikentää elämänlaatua, edistää terveyden sijasta sairau-

teen keskittymistä ja ei-sydänperäisten oireiden tulkitsemista sydämestä johtuviksi. Mielialan lasku ennustaa myös heikentyntä työhön palautumista, pitkäkestoista sairastamista ja lisääntyntä kuolleisuutta. (Frasure-Smith ym. 1993; Frasure-Smith ym. 1995; Ladwig ym. 1994; Wassertheil-Smoller ym. 1996.) Usein depressiiviset potilaat ovat myös subjektiivisesti sairaampia kuin ei-depressiiviset (Frasure-Smith ym. 1995). Ongelman yleisyyttä ja vaikea-asteisuutta osoittaa se, että henkeä uhkaavan sairauden kokeneista 63 % on depressiivisiä välittömästi kotiutumisen jälkeen. Tämän lisäksi tiedetään, että sairaalavaiheen aikainen vaikea masennus ennustaa sen jatkumista jopa kuukausia kotiutumisen jälkeen (Ziegelstein 2001). Toisaalta Travella ym. (1994) tuovat esille, että sydäninfarktiin yhdistyväälle depressiolle on ominaista nopea lievittyminen ja myöhemmin uudelleen voimistuminen. On kuitenkin ristiriitaista, että vaikka sydänpotilaiden masennuksen hoitamiseksi on kehitetty hyviä hoitomenetelmiä (Cowan ym. 2001), sen tunnistaminen on vaikeaa, koska masennuksen arviointimenetelmät soveltuvat heikosti somaattisesti sairaiden depression tutkimiseen (House 1988).

Kotiutumisen jälkeen äkillisesti sairastuneiden tunne-elämää luonnehtii usein epävakaus ja hallitsemattomuus sekä mielenmasennus. Esimerkiksi Koivunen ym. (2003) osoittavat, että puolen vuoden kuluttua ohitusleikkauksesta miesten mielialalle on tunnusomaista sekä tasapainottomuus että alakuloisuus. Tässä vaiheessa ilmenee myös tunteiden hallitsemattomuutta ja muistihäiriöitä. Samansuuntaisesti Schrader ym. (2004) toteavat, että kolmen kuukauden aikana kotiutumisesta sydänpotilaat kokevat lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa depressiota.



### *Ahdistus*

Tässä tutkimuksessa ahdistuksella tarkoitetaan epämääräisen painostavaa ja pelonsekaista tunnetilaa, jonka sydäninfarktiin sairastuminen aiheuttaa. Sairaudesta johtuva todellinen tai kuviteltu vaara synnyttää myös ahdistuneisuutta. Ahdistus näyttäisi olevan yhteydessä pelon kokemukseen, joka johtuu terveydentilan heikkenemisestä ja siihen liittyvästä vaaran kokemuksesta. Sydäninfarktiin liittyvä pelko on keskeinen kokemus.

Sydäninfarktista selviytyneiden miesten pelko (Stewart ym. 2000) kohdistuu ensisijaisesti kuolemaan ja seksuaalisen kyvykkyyden heikentymiseen sekä toissijaisesti lääkkeiden sivuvaikutuksia koskevaan epäasialliseen ja ristiriitaiseen tietoon. Iire (1999) tarkentaa, että sydäninfarktiin sairastuneiden pelko koskee sairauden etenemistä (61 %), kipuja (68 %) ja hoitomenetelmiä (41 %). Pitkäkestoisen vaaran haitat näyttävät kohdistuvan fyysisen ja psyykkisen terveydentilan heikentymiseen. Ahdistuneisuuden tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi hikoileminen, sairaudesta aiheutuva heikkous, toisten syyttelemine ja moittiminen, itseen keskittyminen ja itseluottamuksen puuttuminen (Shuldham ym. 1995). Myung ja Cameron (1986) sekä Bowen (2002) toteavat, että ahdistus on merkittävä somaattisen sairauden ja ennenaikaisen kuoleman riskitekijä vakavan sairauden yhteydessä. Moser ja Dracup (1996) tarkentavat vielä, että välitön sydäninfarktin jälkeinen ahdistus altistaa etenkin sydämen rytmihäiriöille ja iskeemisille komplikaatioille. Crowe ym. (1996) huomauttavat, että usein tilanteen vaarallisuus paljastuu potilaille vasta välittömän kuolemanvaaran väistyttyä.

Ahdistus luonnehtii varsin usein sydäninfarktiin sairastuneen kokemusmaailmaa. Kokemuksen vahingollisuutta osoittaa se, että erityisesti yli kaksi vuorokautta kestävä henkinen ahdinko lisää komplikaatoriskin jopa 4,9-kertaiseksi (Moser ja Dracup 1996). Sairaalavaiheen ahdistuksen yleisyyttä osoittaa Frazierin ym. (2003) tutkimustulokset. He toteavat, että sairaalassaoloaikana lievästä ahdistuksesta kärsii 22,8 %, keskivaikeasta ahdistuksesta 24,8 % ja vaikea-asteisesta ahdistuksesta jopa 21,8 % sydäninfarkttipotilaista. Kuitenkin tulokset ahdistuksen esiintyvyydestä ovat ristiriitaisia. Eri tutkijoiden mukaan vaikean ja keskivaikean ahdistuksen esiintyvyys vaihtelee 30–45 %:sta (Lidell ym. 1998) 40–50 %:iin (Lloyd ja Cawley 1979).

Ahdistus ja sen voimakkuus näyttävät liittyvän sukupuoleen ja hoitovaiheeseen. Aiemman tiedon mukaan sydäninfarktiin sairastuneet naiset ovat miehiä ahdistuneempia (Garvin ym. 2003) ja heidän elämänlaatunsa on heikompi kuin miespotilaiden elämänlaatu (Emery ym. 2004). An ym. (2004) havaitsivat lisäksi, että sydäninfarktin jälkeinen ahdistus oli voimakkaimmillaan kahdentoista tunnin aikana sairaalaan pääsemisestä. Myös sydänvalvontavaiheessa ja sydänvalvontaosastolta sisätautien vuodeosastolle siirryttäessä ilmenee sangen voimakasta ahdistusta.

Sydäninfarkttipotilaiden ahdistus nivoutuu useasti riittämättömään sosiaaliseen tukeen. Tätä osoittaa Bennettin (1997) tutkimustulokset. Hän havaitsi, että miespotilaiden tuskaisuutta selittää etenkin sosiaalisen tuen ja luottamuksellisen ihmissuhteen puuttuminen sekä heidän heikoksi kokemansa avioliitto. Varsinkin parin kokema heikko yhteenkuuluvuus ja tunteiden ilmaisukyvyttömyys ahdistavat miehiä. Myös seksuaaliset vaikeudet, ero läheisistä ja riippuvuus terveydenhuoltohenkilöstöstä aiheutta-

vat ahdistuneisuutta. (Koivula ym. 2001a; Svedlund ym. 2001; Roebuck ym. 2001; Koivula 2002.) Tämän lisäksi vaimon hyvää tarkoittava auttaminen näyttää lisäävän miehen henkistä ahdinkoa. Onkin mielenkiintoista, mutta ristiriitaista, että vaimon ylivarovaisuus, tarkkailu ja huolehtiminen (Bennett 1997) sekä rohkaisevaksi tarkoitettu suhtautuminen, rentouttavan ympäristön järjestäminen ja hoito-ohjeiden noudattamisessa tukeminen (Bennett ja Connell 1999) lisäävät miehen ahdistuneisuutta.

Ahdistus alkaa yleensä lievittyä toipumisen myötä ja ajallisen etäisyyden lisääntyessä sairauteen. Kuitenkin Sternin ym. (1976) ja Trelawney-Rossin ja Russellin (1987) mukaan puolen vuoden kuluttua sairastumisesta vielä kolmannes potee keskivaikeaa tai vaikeaa ahdistusta. Vuoden kuluttua enää noin viidennes kärsii ahdistuneisuudesta (Stern ym. 1976). Toisaalta taiwanilaisessa tutkimuksessa todettiin, että teho-osastolla olevien sydäninfarktipotilaiden ahdistuneisuus on varsin lievää, vaikka 25 % (N = 10) kärsii vaikea-asteisesta henkisestä ahdingosta (Chiou ym. 1997). Tulosten ristiriitaisuus näyttäisi selittyvän ainakin osittain kulttuurieroilla.

### *Stressi*

Stressillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa äkillisesti syntyvää ja ohimenevää, mutta varsin ankaraa henkisen rasituksen kokemusta, joka syntyy reaktiona uhkaavaan sydäninfarktiin sairastumiseen. Stressin kokeminen on dynaaminen ja muuttuva sekä moniulotteinen ja joskus jopa ylivoimaiselta tuntuva tapahtuma. Voimakasta stressiä kokeva sydäninfarktipotilas voi joko vetäy-

tyä tai olla tunteiltaan lamaanutunut tai kiihtynyt ja käyttäytyä yliaktiivisesti. Stressitilalle on ominaista unihäiriöt, takauamat sydäninfarktiin sairastumisesta tai tapahtumien unohtaminen sekä ärtyisyys ja keskittymisvaikeudet. Aikaisemman tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että stressi on yhteydessä kokemukseen sairastumisesta ja sairauden syistä. Mayou (2000) toteaa, että sydäninfarktista aiheutuvaa stressiä ennustaa pitkittynyt sairaalahoito, nuori ikä, aikaisemmat psyykkiset ja sosiaaliset vaikeudet sekä tupakointi, huolet ja fyysiset oireet. Mayou (mt.) pitää myös sydäninfarktiin sairastumista ja sairaalaan joutumista keskeisinä emotionaalisen rasituksen aiheuttajina. Stressiä kokeville on ominaista terveydentilaan kohdistuva huoli ja fyysisiin oireisiin keskittyminen. Tämän lisäksi sydäninfarktista aiheutuvan stressin kokonaisvaltaisuutta kuvaa Stewartin (2000) tutkimustulokset. Hän toteaa, että sydäninfarktista johtuva stressi aiheutuu sairauden emotionaalista vaikutuksista (86 %), elämäntapamuutoksista (79 %), asioiden käsittelemisestä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (64 %), puolison reaktioista (50 %), riippuvuudesta (43 %), työhön palaamisesta (43 %), taloudellisista vaikeuksista (43 %) ja sosiaalisten rutiinien muuttumisesta (43 %) sekä uusien roolien omaksumisesta (7 %). Bennett (1992) lisää vielä tähän, että stressi yhdistyy monesti sydänperäisiin oireisiin, hoitoon, työongelmiin, liikkumisvaikeuksiin, ihmissuhteisiin ja taloudellisiin vaikeuksiin. Newell (1999) puolestaan täsmentää, että sydäninfarktiin sairastuneiden miesten stressi ilmenee kielteiseksi muuttuneena kehonkuvana, uupumuksena, työstressinä ja runsaana tupakointina.

Terveydentilan äkillinen muuttuminen ja heikentyminen ovat sydäninfarktiin sairastuneille miehille stressaavia elämäntapahtumia. Odottamaton, äkillinen ja parantumaton sairaus muuttaa ratkaisevasti ja ehkä

lopullisestikin miesten arkielämää. Stressillä on usein pitkäaikaisia haittavaikutuksia elämään ja terveyteen. Tämä on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa, joiden mukaan sydäninfarktin jälkeinen stressi ehkäisee toipumista sekä lisää sairastuvuutta ja kuolleisuutta (Frank ja Smith 1990; Frasure-Smith 1991; Taylor ja Berra 1993; Denollet ym. 1995; Turner ym. 1995; Bennett 1997; Dixon ym. 2000). Tämän lisäksi stressi heikentää arkielämässä selviytymistä, muuttaa tunne-elämää, aiheuttaa epämukavuutta ja on potilaalle vahingollinen kokemus. (Ridner 2004).

Useiden tutkimusten (Daffurn ym. 1994; Sawdon ym. 1995; Hall-Smith ym. 1997; Perrins ym. 1998; Bengtson ym. 2000; Redeker ym. 2004) perusteella voidaan päätellä, että sairauden aiheuttamia stressin merkkejä ovat fyysinen väsymys, heikkous, kipu, fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, unihäiriöt, masennus ja ärtyisyys. Pedersen ym. (2003) havaitsivat, että stressi on yhteydessä ahdistuneisuuteen ja depression. Tämän lisäksi näillä potilailla on kohonnut sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien riski. Sydäninfarktista johtuva stressi näyttäisi ennustavan myös heikkoa sairauden hallintaa (Shemesh ym. 2004). Näyttää siltä, että etenkin sydämensiirtoon valmistautuvat potilaat kokevat stressaavimpina väsymyksen, rasituksesta johtuvat hengitysvaikeudet, unihäiriöt ja fyysisen heikkouden (Grady ym. 1992). Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että sydänpotilaiden kokema stressi on haitallista pitkäaikaisvaikutustensa vuoksi. Esimerkiksi Doefler ym. (1994) ja Kutz ym. (1988) huomauttavat, että traumaperäinen stressireaktio on usein havaittavissa vielä vuoden kulluttua sydäninfarktiin sairastumisesta. Tämän lisäksi Andenaes ym. (2004) toteavat, että keuhkohtaumatautia sairastavien psykologinen stressi on

yhteydessä subjektiivisesti koettuun elämänlaatuun jatkossakin. Akuutin vaiheen aikainen psykologinen stressi heikentää elämänlaatua.

Sydäninfarktista johtuvassa stressissä ja siihen suhtautumisessa on yksilökohtaisia eroavuuksia. Erot koskevat esimerkiksi stressin voimakkuutta ja siitä selviytymistä sekä stressin yhteyttä tietoon. Mielenkiintoisia ovat Rhodesin ym. (2000) vertailevan tutkimuksen havainnot siitä, että sisätauti-kirurgiset potilaat kokevat syöpäpotilaita enemmän stressiä. Tämä näyttäisi aiheutuvan siitä, että pitkäkestoisen hoidon aikana syöpäpotilaat kehittävät tarkoituksenmukaisempia selviytymiskeinoja kuin sisätauti-kirurgiset potilaat sairautensa akuutissa vaiheessa. Beckerman ym. (1995) lisäävät, että sydämen katetrisaation aiheuttama rasittuneisuus nivoutuu tiedon saamiseen ja siihen suhtautumiseen. Huomionarvoinen on havainto, että joidenkin stressiä lievittää tiedon saaminen ja toisten tiedon karttaminen. Useiden tutkimusten perusteella tiedetään myös, että stressistä kärsivät ovat muita masentuneempia ja ahdistuneempia ja he käyttävät sairauden kieltämistä yrittäessään suojautua haitalliselta stressiltä (Thompson ym. 1987; Havik ja Maeland 1988; Esteve ym. 1992; Beckerman ym. 1995; Thompson ym. 1995; Stewart ym. 1997; Hall-Lord ym. 1998).

Sairastuneen kokemukset ovat yhteydessä hänen perheensä kokemuksiin. Seuraavassa luvussa tarkastellaan perheen kokemuksia läheisen sairastumisesta, koska sairastuneen kokemukset tulevat osittain ymmärretyiksi perheen kokemusten kautta. Tämä tarkoittaa, että läheisen sydäninfarktiin sairastuminen vaikuttaa perheen kokemuksiin ja perheen kokemukset puolestaan sairastuneen perheenjäsenen kokemuksiin. Sairaus vaikuttaa voimakkaasti kaikkiin perheenjäseniin. Seuraavassa yritän tehdä

ymmärrettäväksi sairaudesta johtuvan perheen arkielämän murroksen. Jaottelen perheen arkielämän murroksen ulottuvuudet aikaisemman tiedon mukaan seuraavasti: perheen henkinen ahdinko, perhe avun lähteenä sairastuneelle, perheiden käynnit sairaalassa sekä sairauden vaikutus parisuhteeseen.

## 2.2 Sairaus perheen arkielämän murroksena

### *Perheen henkinen ahdinko*

Sydäninfarktiin sairastumisen seurauksena perhe, sairastunut mukaan lukien, joutuu usein henkiseen ahdinkoon. Perheen henkisellä ahdingolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa huolestuttavaa, pelottavaa ja ahdistavaa tilaa, johon perhe joutuu yhden perheenjäsenen vakavasti sairastuttua. Tätä henkistä ahdinkoa luonnehtii perheen kokema hätä ja huoli, pelko ja epä-tietoisuus sydäninfarktista vaikutuksista perheen arkielämään sekä ankea erossa oleminen. Perheen ja siten välillisesti myös potilaan auttamisen edellytyksenä on perheen ahdingon ymmärtäminen. Perheen henkinen ahdinko saattaa ilmetä ankarana tai psykososiaalisena kriisinä (Rolland 1987; Marsden ja Dracup 1991; Walters 1995). Perheenjäsenen äkillisestä sairastumisesta seuraa monesti perheessä avuttomuutta ja henkisen eheyden menettäminen (Price ym. 1991). Läheiset saattavat olla potilasta ahdistuneempia. Tällaisen tilanteen synnyttää esimerkiksi läheisten saama riittämätön tuki (Raleigh ym. 1990; Moser ja Dracup 2004). Lazarus ja Folkman (1984) ovat sitä mieltä, että läheisten voimakas ahdistuneisuus

on merkki vaikean elämäntilanteen herättämästä avuttomuudesta. Jamerson ym. (1996) tarkentavat vielä, että henkisessä ahdingossa oleville perheille on ominaista epävarmuuden kokemukset ja huoli tulevaisuudesta.

Aikaisemman tiedon mukaan perheiden huoli kohdistuu pääasiassa läheisen kuoleman uhkaan. Monet perheet uskovat auttamiskykyynsä ja haluavat siksi olla läsnä läheistä hoidettaessa. Esimerkiksi Meyersin ym. (1998) mukaan noin 68 % ja Doylen ym. (1987) mukaan 64 % perheistä uskoo, että läsnäolo perheenjäsenen elvytystapahtumassa lisää selviytymistä sydänpysähdyksestä. Halua käydä vakavasti sairaan läheisen luona aiheellistetaan myös auttamisella, lohduttamisella ja potilaan hoidon varmistamisella (Hampe 1975). Myös Burr (1998) tähdentää, että perheen tarve olla sairastuneen kanssa liittyy terveydentilan heikentymisen ehkäisemiseen. Lisäksi yhdessäolo lisää perheen sisäistä vuorovaikutusta ja virittää perheen toivoa potilaan selviytymisestä.

Äkillisesti sairastuneelle on tärkeää säilyttää yhteys perheeseensä. Perheyhteyden säilyminen helpottaa vaikean elämäntilanteen kohtaamista ja siitä toipumista. Aiempien tutkimusten (Molter 1979; Daley 1984; Coulter 1989; Wilkinson 1995) perusteella näyttää siltä, että perheiden huoli kohdistuu tiedon ja sosiaalisen tuen saamiseen ja potilaan lähellä olemiseen sekä siihen, että terveydenhuoltohenkilöstö välittää potilaasta. Hartrick ym. (1994) huomauttavat inhimillisen hoitamisen edellyttävän hoidonantajilta perheeseen tutustumista, kuuntelemista, osallistuvaa vuoropuhelua ja perheen myönteistä kohtelemista. Kamienski (2004) tähdentää, että potilaan hoitamisen ohella hoidonantajan tulee huolehtia perheestä.



*Perhe avun lähteenä sairastuneelle*

Useissa tutkimuksissa korostetaan perheen merkityksellisyyttä tuen antajana sairauden eri vaiheissa (Waltz 1986, Coyne ja Smith 1991; Maddox ym. 2001; Koivula 2002, 55–56; Rantanen ym. 2004). Perheen merkitys tuen antajana konkretisoituu läsnäolossa, suojan ja turvan antamisessa sekä hyvän mielen ylläpidossa ja toivon säilyttämisessä (Hupcey 1999). Oleellisena pidetään myös perheen päätöksentekoon osallistumisesta potilaan puolesta silloin kun potilas ei pysty päättämään asioistaan. Vaikka perheen merkitys tuenantajana on kiistaton, potilaan saama tuki usein kuitenkin vähenee sairauden uusiutuessa (Stewart ym. 1997).

Läheisen sairastuttua perheenjäsenet tarvitsevat lohdutusta, tukea ja rohkaisua selviytyäkseen vaikeasta elämäntilanteestaan ja voidakseen puolestaan tukea sairastunutta. Walters (1995) suosittelee perheen yhdessä olemista ahdistuneisuuden lievittämiseksi. Tämä perustuu käsitykseen, että kokemusten, tuen ja tiedon vastavuoroinen jakaminen lievittää perheen tuskaa. Lisäksi Acorn (1995) toteaa, että samankaltaisessa tilanteessa olevien perheiden tapaaminen auttaa selviytymään. Hammondin ja Deansin (1995) mukaan vertaisryhmän tuki lisää toivoa sekä auttaa omien kokemusten ymmärtämisessä ja vaikeaan tilanteeseen sopeutumisessa. Tämän ohella perheet saavat vertaisilta sairautta koskevaa tietoa.

Vertaistuen lisäksi perheet tarvitsevat ammatillista ja ystävien apua. Hupcey (1999) painottaa, että varsinkin sairaanhoitajat ovat tärkeitä ammatillisen tuen antajia. Perheet kokevat lohduttavana hoitajien ohjaamisen ja halukkuuden vastata kysymyksiin. Myös rohkaiseminen potilaan kanssa olemiseen tuntuu perheistä hyvältä. Toisaalta puolisoiden ahdistu-

neisuus ja masentuneisuus lisääntyy, jos he saavat liian niukasti tukea hoidonantajilta (Moser ja Dracup 2004). Walters (1995) tähdentää vielä kokonaisvaltaisen hoidon merkitystä ja hoitotyöntekijöiden fyysistä ja emotionaalista läsnäoloa potilaan hoidossa. Kokonaisvaltainen hoito vahvistaa perheen uskoa läheisensä hyvästä kohtelusta.

Vertaistuki ja ammatillinen tuki yksinomaan ovat riittämättömiä tukimuotoja perheelle. Perhe, potilas mukaan lukien, tarvitsee tukea myös ihmisiltä, jotka tunsivat perheen ennen sairastumista. Nämä ihmiset voivat auttaa sairaudesta johtuvan perhetilanteen muutoksen tunnistamisessa, koska heillä on tietoa perheestä ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen. Conn ym. (1991) sekä Winefield ja Katsikis (1987) ovat osoittaneet, kuinka tärkeä myös ystävien tuki voi olla.

### *Perheiden käynnit sairaalassa*

Perheenjäsenet tapaavat sydäninfarktiin sairastuneen miehensä tai isänsä yleensä sairaalan vierailutunneilla. Potilaan ja perheenjäsenten tapaamiset sairaalassa ovat perheelle tärkeitä tuokioita. Käyntien merkityksellisyys konkretisoituu yhteenkuuluvuuden kokemisessa sekä tuen ja tiedon saamisessa. Tapaamiset ovat merkittäviä myös perheyhteyden lujittumisen ja potilaan terveydentilan kokonaisvaltaisen arvioinnin kannalta. Eritoten Walters (1995) huomauttaa, että yhteenkuuluvaisuudentunnetta lisää lähelläolo ja koskettaminen. Tapaamisen merkittävyyteen viitaten hän toteaa, että käyntien aikana perhe havainnoi läheisensä terveydentilaa. Sairastuneelle perheen käynnit merkitsevät kodin ja läheisten ihmissuhteiden

säilymistä sekä lisäävät uskoa toipumiseen. Tämä perustuu käsitykseen, että usein läheiset muodostavat arvokkaan ja tervehtymistä edistävän voimavaran. Esimerkiksi Hupcey (2000) tuo esille, että käyntien mieli yhdistyy toivoon, turvallisuuteen ja tietojen saamiseen. Tämän lisäksi käynnit rauhoittavat sydänpotilaita akuutissa vaiheessa (Simpson ja Shaver 1990). Sangen tärkeänä pidetään myös, että potilas ja perhe voivat tavata toisiaan heille parhaiten sopivina ajankohtina. Potilaista 89 % ja perheistä jopa 96 % pitääkin rajoittamattomia käyntiaikoja hyödyllisinä (Noonan ym. 1992), koska ne vaikuttavat myönteisesti perheen sisäiseen kommunikointiin (Brooks 1999).

Sairaalassakäyntien aikana perheessä tai perheen ja terveydenhuoltohenkilöstön välille saattaa kehittyä erimielisyyttä. Ristiriitoja aiheuttaa esimerkiksi se, että perhe ja terveydenhuoltohenkilöstö antavat erilaisia merkityksiä potilaan muuttuneelle terveydentilalle. Terveydenhuoltohenkilöstön havainnot pohjautuvat tietoon. Sen sijaan omaiset vertailevat sairastumisen jälkeistä terveydentilaa sairautta edeltävään terveydentilaan. Kokonaiskuvan hahmottaminen edellyttää kuitenkin, että terveydenhuoltohenkilöstö osaa yhdistää erilaiset näkökulmat. Potilaan väsymyksen arvioinnissa esimerkiksi Tiesinga ym. (2001) korostavat perheen merkitystä lähiomaisen tilan arvioinnissa. Tulosten perusteella perhe näyttäisi pystyvän arvioimaan melko tarkasti lähiomaisensa väsymystä. Perheen merkitys läheisensä hoidossa on merkittävä, koska perhe voi antaa tärkeää lisätietoa potilaan terveydentilasta (Rose ym. 2004).

Vaikka käynneillä tapahtuvat kohtaamiset ovat perheelle tärkeitä hetkiä, ne saatetaan kokea vaikeina, väsyttävinä ja rasittavina yhdessäolokokemuksina. Useissa tutkimuksissa (Millar 1989; Halme 1990; Rukholm

ym. 1991; Curry 1995; Quinn ym. 1996a, Quinn ym. 1996b) todetaankin, että perhe kokee stressaavana läheisen joutumisen teho-osastolle. Hoitoympäristöstä aiheutuva stressi syntyy yksityisyyden puutteesta, hoitoympäristön outoudesta ja pelottavuudesta sekä toisten potilaiden näkemisestä ja laitteiden hälytysäänistä. Sairauteen liittyviä stressitekijöitä ovat esimerkiksi sairauden odottamattomuus, kivut, terveydentilan heikentyminen ja prognoosin epävarmuus sekä tajuttomuus ja kuoleman vaara. Lisäksi Maddoxin (2001) mukaan jotkut perheet kokevat käynnin kaksijakoisena. Ristiriita syntyy siitä, että yhtäältä käynti koetaan tukea antavana tapahtumana, jonka ansiosta perheen ja potilaan suhde näyttää vahvistuvan. Toisaalta käynti koetaan henkisesti uuvuttavana. Tietoisuus sairauden vaikeasteisuudesta ja kuoleman riskistä on raskas taakka (Edwards ja Shaw 1998).

Perheistä huolehtiminen ja hyväksyvä suhtautuminen auttavat perhettä jaksamaan vaikean elämäntilanteen aikana. Myönteinen suhtautuminen edistää sairauden sopeutumisessa (Butcher 1994). Perheen näkemysten kunnioittaminen puolestaan edistää luottamuksellista ja hyvin toimivaa hoitosuhdetta. Hutchfield (1999) toteaa, että perheen näkemysten aliarvioiminen johtaa usein kommunikation vaikeutumiseen, kunnioituksen vähenemiseen, yhteistyökyvyttömyyteen ja vaikeuteen ymmärtää perhettä. Tällaisen haitallisen kehityksen ehkäiseminen edellyttää tietoa perheen peloista, tarpeista ja tunteista (Jackson 1992). Myös Schrey ja Schrey (1994) korostavat perheen ja hoitajan suhteen merkitystä. Läheinen suhde lievittää perheen epätoivoa ja vähentää eristäytymistä lähiomaisen kärsimys- ja kuolemistapahtumassa.

*Sairauden vaikutus parisuhteeseen*

Sydäninfarkti vaikuttaa myös parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Aikaisemmassa tutkimusperinteessä sydäninfarktiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kokemuksia tarkastellaan usein muutoksen näkökulmasta. Sairausten seurauksena monet tärkeät perheen arkielämän asiat muuttuvat. Muutosta osoittaa esimerkiksi ennen kokemattomien tunteiden ja parisuhdeongelmien ilmaantuminen sekä sukupuolielämän ja perheenjäsenten roolien muuttuminen. Henkinen lähentyminen ja terveen puolison aktiivisuus (Thompson ym. 1995), yhteenkuuluvuuden vahvistuminen (Thompson ym. 1987) sekä sairauden käsitteleminen henkeä uhkaavana tapahtumana (Caplin ja Sexton 1988) ovat tärkeitä sydäninfarktiin sairastuneille miehille ja heidän puolisoilleen.

Parien kokemuksiin vaikuttavat ikä ja yhdessäoloaika (Gillis 1989; Hilbert 1993). Varsinkin ikääntyneille ja pitkäkhön aikaa naimisissa olleille on ominaisempaa positiiviset tunnekokemukset kuin nuoremmille ja lyhyemmän aikaa naimisissa olleille. Iäkkäiden tyytyväisyyttä selittää fyysisten rajoitusten hyväksyminen ja odotusten väheneminen (Brooks 2000). Parien positiiviset tunteet ovat yhteydessä tyytyväisyyteen ja tyytyväisyys puolestaan myönteiseen tunnetilaan (Hilbert 1994). Tätä sopeutusta näyttäisi selittävän Rantasen ym. (2004) tutkimustulokset. He toteavat, että sairastunut pitää puolisoaan tärkeimpänä tuen lähteenä.

Useat äkillisesti sairastuneiden kokemuksia koskevat tutkimukset lähtevät perusoletuksesta, että sairaalasta kotiutuminen on vaimolle kriittinen ja käänteentekevä tapahtuma. Tämä johtuu siitä, että vaimojen tulee sopeutua läheistensä sairauteen, huomioida sairaudesta johtuvat rajoitukset

ja löytää tarkoituksenmukainen suhtautumistapa uuteen perhetilanteeseen. Usein vaimot kokevat huomattavaa stressiä varsinkin sairauden varhaisvaiheessa (Cay 1982; Hilbert 1993) ja miehensä kotiuduttua (Thompson ja Cordle 1988). Vaimon kokemusmaailmaa luonnehtii haavoittuvuus, kokemus tuen niukkuudesta ja ylihuolehtiva mieheensä suhtautuminen (Thompson ja Cordle 1988). Marsden ja Dracup (1991) huomauttavat, että vaimon ylihuolehtiva suhtautuminen häiritsee useasti kuntoutujan arkielämään paluuta. Ylihuolehtimisen haitallisuus näyttää liittyvän miehen kokemukseen kontrollin menetyksestä (Al-Hassan ja Sagr 2002).

Vaimon vaikeat kokemukset vaikuttavat mieheen. Naispuolisoiden huoli koskee miestensä kuoleman uhkaa, terveydentilan heikentymistä ja toiminnanvajausta, sairauden uusiutumista, toipumista sekä parisuhteen jatkumista (Skelton ja Dominian 1973; Thompson ja Cordle 1988; Miller ja Wikoff 1989; Shanfield 1990). Pelot kohdistuvat myös toipumiseen, uuteen sydäninfarktiin, vapaa-aikaan, ylihuolehtimiseen ja tulevaisuuteen (Kettunen ym. 1999). Myös epävarmuus, vastuu ja perheen roolien muuttuminen (Granger 1974; Thompson ym. 1995), sairastuneen ajoittainen sekavuus ja ahdistuneisuus (Theobald 1997; Simpson 2001) aiheuttavat naispuolisille huolta.

Sairastumiseen liittyen Skelton ja Dominian (1973), Mayou ym. (1978), Thompson ja Cordle (1988), Hilbert (1993) ja Kettunen ym. (1999) raportoivat vaimojen ruokahalun häiriintymisestä, jännittyneisyydestä ja unihäiriöistä. Vaimoilla esiintyy myös emotionaalista stressiä, toimintakyvyttömyyttä ja psykosomaattisia häiriöitä. Henkinen järkyttyminen, itkuherkkyys ja ahdistuneisuus sekä miehensä tarkkailu ja vaaroilta suojele osoittavat Thompsonin ym. (1995) mukaan puolison huolta.

Sairaalasta kotiutumisen jälkeen vaimot näyttävät omaksuvan auttajan roolin. Rooliin kuuluu erityisesti huolehtiminen ja lohduttaminen (Duke 1998). Johnsonin ym. (2001) mukaan vaikuttaa siltä, että naispuolisot sosiaalistetaan epävirallisiksi hoidonantajiksi. Tämä tehtävä on henkisesti raskas siihen liittyvän avuttomuuden, syyllisyyden, vihan, pelon ja sosiaalisen vieraantumisen (Chou ym. 1999; Johnson ym. 2001) sekä roolikonfliktin, vapauden ja yksityisyyden menetyksen vuoksi (Faria 1998).

Sairastuneen kotiutumisen jälkeen saattaa ilmaantua parisuhdeongelmia. Parisuhdeongelmat ovat vakava uhka parin hyvinvoinnille ja molempien osapuolten jaksamiselle. Parisuhdeongelmia voidaan ehkäistä tukemalla paria vaikean elämäntilanteen kohtaamisessa. Tuen ansiosta parisuhde näyttää usein laadullisesti paranevan ja parin kokemat mielialamuutokset vähenevän. Bennettin (1997) mukaan sekä potilas että vaimo hyötyvät tuesta. Waltz ym. (1988) lisäävät, että miestensä hoitamiseen sairaalassa sitoutuneet aviovaimot ovat tyytyväisempiä ja kokevat vähemmän huolta miestensä terveydestä kuin niukemmin hoitoon osallistuvat aviovaimot. Toisaalta henkinen vapautuneisuus, vahva parisuhde ja sosiaalinen tuki lievittävät vaimojen ahdistuneisuutta (Bennett ja Connell 1999).

Seksuaalisuus näyttää olevan lukuisille pareille pulmallista kotiutumisen jälkeen. Sairauden seurauksena seksuaalinen aktiivisuus ja kyvykyys heikentyvät tilapäisesti tai jopa pysyvästi. Erityisesti kielteisten tunnekokemusten uskotaan vaikuttavan haitallisesti ihmissuhteisiin ja siten myös seksuaaliseen aktiivisuuteen (Stern ym. 1977; Wiklund ym. 1984). Mielialakokemuksista varsinkin depressio heikentää seksuaalista aktiivisuutta (Doehrman 1977; Stern 1977). Kuitenkin useat tutkimukset vah-

vistavat, että seksuaalisen kyvyn heikkeneminen on yleensä tilapäistä. Esimerkiksi Stern ym. (1976), Doehrman (1977) ja Stern ym. (1977) havaitsivat, että 27–62 % miehistä saavuttaa sydäninfarktia edeltävän seksuaalisen aktiviteetin neljän kuukauden kuluessa sairastumisesta. Vuoden kuluttua sairastumisesta seksuaalinen kyvykkyys palautuu jopa 50–91 %:lle potilaista (Stern ym. 1976; Mayou ym. 1978a; Doehrman 1977; McLane ym. 1980).

Aikaisemman tiedon mukaan seksuaalisuuden pelko näyttäisi olevan yhteydessä yhdyntäkeskeiseen suhtautumistapaan. Seksuaalisen kiihottumisen pelko saattaa aiheutua kokemuksesta, että kiihottuminen on vaarallista sydämen terveydelle. Erityisesti Steinke (2001) toteaa, että sukupuolielämän väärinkäsitykset koskevat orgasmin vaarallisuutta sydämen terveydelle, yhdyntään aiheuttamaa kuolemanvaaraa ja seksuaalisuuden näkemistä suppeasti yhdyntään johtavana toimintana. Myös Papadopoulos (1980) on sitä mieltä, että yhdyntään aiheuttamat terveydelliset haitat aikaansaavat huolestuneisuutta. Tästä seuraa, että ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen yhdyntöjen määrä ja tyydyttävyyys tilapäisesti vähenee (Drory ym. 2000).

Seuraavassa luvussa tarkastelen, millaisena potilaat kokevat hoitoon pääsemisen ja kotiin palaamisen. Vastauksia tähän kysymykseen etsin kuolemanvaarassa olemisen, terveydentilan tasapainottumisen, vertaistuen sekä kotiutumisen ja kotona toipumisen näkökulmista.



## 2.3 Hoitoon pääseminen ja kotiin palaaminen

### *Kuolemanvaarassa oleminen*

Kuolemanvaarassa olemisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kokemusta sydäninfarktista hengenvaarallisena sairautena, joka voi johtaa yllättävään ja dramaattiseen terveydentilan heikentymiseen ja jopa kokemukseen kuoleman uhasta hoidon eri vaiheissa. Aikaisemman tiedon perusteella tiedetään, että äkilliseen ja ankaraan sairauteen, kuten sydäninfarktiin, liittyvä pelko kohdistuu elämän loppumisen mahdollisuuteen. Pelkoa aiheuttaa myös toipumisen ja tehokkaan hoidon saamisen epävarmuus. Sydäninfarktin vaikeusaste vaihtelee lievästä välittömään hengenvaaraan (Hudak ja Gallo 1994, 334; Kuisma 1999; Silfvast 1999; Pikkarainen 2001; Silfvast 2002). Henkeä uhkaavan sairauden kohtaaminen on sairastuneille haastava tapahtuma. Kuolemanvaaran vuoksi pelko ja epäusko ovat ensimmäisiä sydäninfarktiin kohdistuvia reaktioita (Keaton ja Pierce 2000).

Potilaan selviytymisen kannalta on tärkeää, että hän saa nopeasti hyvää hoitoa. Huolimatta sairauden vakavuudesta hätäilmoituksen tekemisessä esiintyy viivettä (Kinnunen 2002). Gurwitz ym. (1997) täsmentävät, että sydäninfarktiin sairastuneiden potilaiden viivästynyt hoitoon hakeutuminen on yhteydessä korkeaan ikään ja yksin asumiseen sekä myöhään illalla, yöllä tai varhain aamulla alkaneisiin oireisiin. Myös oireiden epämääräisyys ja epätyypillisuus aikaansaavat viivyttelyä avun hälyttämiseksi. McKinley ym. (2000) tarkentavat, että hoitoon lähtemisen viivyttely liittyy korkeaan ikään ja oireiden tulkittamiseen muusta kuin sydämestä aiheutuviksi. Hoitoon hakeutumisen viivyttely näyttää aiheutuvan myös

vaikkeudesta yhdistää oireita sydäninfarktiin ja kiusaantuneisuudesta soittaa hätäkeskukseen (Dracup ym. 2003; Zerwic ja Ryan 2004).

Potilaiden autetuksi tuleminen edellyttää, että terveydenhuoltohenkilöstö tunnistaa ja ymmärtää hoitoketjun vaiheet ja ominaispiirteet potilaan kokemana. Sydäninfarktipotilaiden hoitoketju muodostuu sairastumispaikasta, avun hälyttämisestä ja sairaankuljetuksesta (Hakala 2002; Kinnunen 2002; Seppälä 2002; Sahi ym. 2002, 13–14; Holmia ym. 2004, 230) sekä sairaalassa päivystyspoliklinikasta, sydänvalvonta- tai tehosastosta (Quinn 2000; Simpson 2001; Hakala 2002; Sahi ym. 2002, 13–14; Holmia ym. 2004, 230) sekä sisätautien vuodeosastosta (Holmia 2004, 230–234).

Äkillisesti sairastuneiden kokemuksia tarkastellaan useissa tutkimuksissa tehohoidon näkökulmasta. Myönteisten hoitotulosten lisäksi tehohoidolla saattaa olla kuitenkin myös haitallisia oheisvaikutuksia. Russell (1999) havaitsi, että tehohoidon emotionaaliset ongelmat ilmenevät puhekyvyttömyytenä, pelkona, tiedon puutteena ja voimattomuutena. Granberg ym. (1996, 1998, 1999) ja Granberg-Axell ym. (2001) päättelivät, että tehohoito on potilaalle henkisesti rasittavaa ja voi johtaa vakavaan psyykkiseen oireiluun. Tehohoidon aiheuttama kärsimys ilmenee desorientaationa, ahdistuneisuutena, pelkona ja vihamielisenä hallusinaationa sekä kommunikaatiovaikeutena (Stanton 1991; Granberg ym. 1999).

Tehohoidossa olevan potilaan kielteiset kokemukset heikentävät parantumista. Pahanolontunne liittyy tutkimusten mukaan sairaudesta johtuvaan epämukavuuteen, hoitamiseen ja hoitoympäristöön. Hyvinvointia heikentävät yhtäläillä sensorinen deprivatio tai ylikuormitus (MacKinnon-Kesler 1983; Civetta ym. 1988; Lindahl ja Sandman 1998) ja tekijät

kuten hoitoympäristön outous ja vieraus, potilastoverit, hoitoteknologia, henkilöstön kiire, melu, laitteisiin kytkettynä oleminen ja perheen tuska (Russell 1999; Blomster ym. 2001, 58). Toisaalta kuitenkin Soivio (2004) toteaa, että sydänvalvontavaiheessa hoitotoimenpiteet ja tekniset laitteet edustavat potilaalle myös lääketieteen tarjoamaa turvaa. Haitallisia ovat myös kipu, fyysinen epämukavuus ja väsymys (Hall-Lord ym. 1998). Leith (1999) lisää vielä, että kielteisistä kokemuksista seuraa teho-osastoon kohdistuvaa vastenmielisyyttä. Kuitenkin potilaiden kyky muistaa tehohoitoon liittyviä kokemuksiaan näyttää heikentyneen. Henkisen hyvinvoinnin kannalta unohtamista pidetäänkin suotuisana (Russell 1999).

Hoitotyöntekijöillä on merkittävä rooli teho-osastolla olevan potilaan tukijana, auttajana ja asianajajana ympärivuorokautisen läsnäolonsa vuoksi. Jatkuvalle läsnäololle on myös kielteisiä seurauksia. Esimerkiksi Burr (1998) oivalsi, että kuolemanvaaran aiheuttava sairaus ja kehittynyt hoitoteknologia johtavat potilaiden riippuvuuteen henkilöstöstä. Cumbie ym. (2004) toteavat, että tehokas hoito edellyttää joustavuutta, yhteistyötä ja yksilöllistä lähestymistapaa. Wilkinson (1992) tähdentää hoitajien panosta inhimillisessä hoitamisessa ja hoitoympäristön luomisessa. Auttamisen edellytyksenä on hoitajan tietoisuus roolistaan ja auttamisedellytyksistään. Erityisesti Lindahl ja Sandman (1998) korostavat hoitajan kykyä luoda huolehtiva ja läheisyyteen perustuva ihmissuhde potilaan ja perheen kanssa. Tämän lisäksi McGaughey ja Harrison (1994) tuovat esille, että informaatio lievittää tehohoidon aikaansaamaa pelkoa ja ahdistuneisuutta. Kuitenkin lyhyen ajan kuluessa potilaalle annettava suuri tietomäärä ja potilaan jännittäminen häiritsevät uuden tiedon omaksumista (Laitinen ja

Åstedt-Kurki 1996). Myös sairaanhoitajan työstressi saattaa vaikuttaa haitallisesti potilaan ja hoitajan suhteeseen (Cronqvist ym. 2001).

### *Terveydentilan tasapainottuminen*

Hoitojakson aikana sydäninfarktiin sairastunutta potilasta hoidetaan yleensä useissa terveydenhuollon yksiköissä. Terveydentilan tasapainotuttua teho- tai sydänvalvontaosastolla potilas siirretään sisätautien vuodeosastolle. Tässä tutkimuksessa terveydentilan tasapainottumisella tarkoitetaan sydäninfarktista toipumisen ja parantumisen kokemusta sekä kokemusta terveydentilan kohentumisesta.

Siirtyminen yksiköstä toiseen on potilaan voimia kuluttava tapahtuma. Esimerkiksi Carpeniton (1993), Cutlerin ja Garnerin (1995) ja Odelin (2000) mukaan siirtymävaihe on potilaalle henkisesti rasittava ja ristiiriitainen tapahtuma hänen kokemansa avuttomuuden, ahdistuneisuuden, pelon ja masentuneisuuden vuoksi. Siirtymisen ankaruutta selittää osaltaan potilaan kokemus hoidon tilapäisestä keskeytymisestä (Griffiths 1992). Hudak ja Gallo (1994) lisäävät, että regressio on usein potilaan reaktiotapa hoito-osaston vaihtumiseen. Hoitopaikan muutoksen tiedetään aiheuttavan epävarmuuden, hylkäämisen, yksinäisyyden ja vieraantumisen tunteita. Turvattomuutta ja huolestuneisuutta voi synnyttää myös tuen puute, terveydentilan uhkaava heikkeneminen sekä vähentynyt tarkkailu. (Bokinskie 1992; Norrie 1992; Jones ym. 1994; Daffurn ym. 1994; Mills 1995; Cutler ja Garner 1995; Wesson 1997). Hoitopaikan vaihtumiseen liittyvää ahdistuneisuutta selittää Jonesin (1994) mukaan potilaitten välinen kilpailu

hoitajan ajasta ja huomiosta. Näyttäisi, että siirryttyään uudelle osastolle potilas joutuu valtaamaan paikkansa ja saavuttamaan asemansa.

Sisätautien vuodeosastolle siirtyminen sydänvalvonta- tai tehoosastolta vaikuttaa koko perheeseen. Yhtäältä perhe voi kokea siirtymisen huojentavana, mutta toisaalta tapahtuma saattaa olla henkisesti vaurioittava. Leithin (1999) havaintojen mukaan yli 60 % perheistä pitää siirtoa myönteisenä ja ahdistuneisuutta lievittävänä tapahtumana. Aina näin ei ole. Noin 20 % kokee läheisen siirron ahdistavana ja stressaavana. Näille perheille siirtyminen merkitsee hoidon heikkenemistä ja tuen vähenemistä. Joillekin perheille läheisen siirtyminen on jopa traumaattinen kokemus (Bokinskie 1992; Mills 1995). Vain noin 20 % perheistä kokee siirron merkityksettömänä tapahtumana (Leith 1999).

Uuteen hoitoyhteisöön sopeutumisen ehtona on kärsivällisyys ja sopeutumishalu. Tehohoitovaiheessa kehittynyt riippuvuus on usein vuodeosastolla stressitekijä (Jones ja O'Donell 1994). Riippuvuutta sivuten Rustom ja Daly (1993) mainitsevat, että 46 % potilaista kärsii voimakkaasta ahdistuneisuudesta saavuttuaan vuodeosastolle. Toisaalta siirtymisen odottaminen aiheuttaa myös ahdistuneisuutta (Beckerman ym. 1995). Potilaiden masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden ehkäisemiseksi onkin tärkeää, että siirtyminen toteutetaan oikea-aikaisesti eli välittömästi terveydentilan tasapainotuttua (Davies 2000).

Perheiden yhdessäolo helpottuu vuodeosastolla, koska tässä vaiheessa yhdessäoloa rajoitetaan vähemmän kuin aikaisemmissa hoitovaiheissa. Perheen vuorovaikutusta edistää myös se, että perhe, potilas mukaan lukien, alkaa sopeutua sairauteen ja pohtia sen merkitystä arkielämälleen. Tärkeimpiä tukihenkilöitä sydänpotilaalle ovat perheenjäsenet ja toissijaisia

terveydenhuoltohenkilöstö (Dakof ja Taylor 1990). Myös Åstedt-Kurki ym. (1997) panevat merkille, että yli puolet perheenjäsenistä viettää runsaasti aikaa sairastuneen luona vuodeosastolla. Käyntejä motivoi auttamishalu ja usko siihen, että läheinen odottaa perheen tapaamisia. Myös Lynam (1995) korostaa perheen roolia tuen antamisessa. Sairastunutta perheenjäsentä tuetaan osoittamalla hänelle hyväksymistä ja että hänet koetaan tärkeänä.

Aikaisempiin tutkimuksiin vedoten voidaan todeta, että terveydenhuoltohenkilöstön tuki koostuu tiedon antamisesta. Tieto vähentää pahanolontunnetta ja auttaa sairauden hahmottamisessa. Lisäksi sairautta koskeva tieto on yhteydessä selviytymiseen. Tieto lievittää usein sydäninfarktiin sairastuneen stressiä (Helgeson 1993) ja auttaa ymmärtämään rintakivun syitä (Affleck ym. 1987). Turton (1998) toteaa, että potilaan ja puolison tiedontarve kohdistuu ennen kaikkea sydämeen, verenkiertoon ja uudelleen sairastumisen ehkäisyyn. Sen sijaan taudin syitä pidetään toisarvoisina.

Pahanolontunteen lievittäminen ja haastavan elämäntilanteen kohtaamisessa tukeminen kuuluvat kiistatta terveydenhuoltohenkilöstön tehtäviin. Tuen antaminen korostuu erityisesti, kun potilaan luona käy niukasti läheisiä tai ystäviä (Hupcey 2001; Rantanen ym. 2004). Hupcey (2000) kehottaakin ottamaan huomioon, että niukasti sosiaalista tukea saavien potilaiden kokemukset poikkeavat runsaasti tukea saaneiden kokemuksista. Niukasti sosiaalista tukea saaville on ominaista kriittinen suhtautuminen tuenantajiin, henkilöstöön ja hoitoon. Kuitenkin Iiren (1999) tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että enemmistö potilaista saa riittävästi emotionaalista tukea hoitohenkilöstöltä. Peltoniemi ja Kyngäs (2004) ha-

vaitsivat, että tärkeä osa potilaan elämää on suhteet terveydenhuoltohenkilöstöön. Terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntijuus vahvistaa potilaiden uskoa hoidon jatkuvuuteen.

### *Vertaistuki*

Vertaistuella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vapaaehtoisuuteen perustuvaa tukea ja ohjausta, jota sydäninfarktikokemuksen läpikäyneet potilastoverit antavat samassa tilanteessa oleville. Vertaistuki muodostuu kahden tai useamman sydäninfarktiin sairastuneen miehen välisestä maallikkoyhteydestä.

Tämä yhteys mahdollistaa sydäninfarktiin liittyvistä kokemuksista keskustelemisen. Sairaalavaiheessa vertaisryhmä muodostaa tärkeän ihmissuhdeverkoston sydäninfarktiin sairastuneelle. Vertaisilta saadaan tukea ja ajankohtaista tietoa sairaudesta ja sairaana olemisesta. Vertaisryhmän tuki perustuu yhdenvertaisuuteen, vapaaehtoisuuteen, luottamukseen sekä kunnioitukseen, kumppanuuteen ja vastavuoroiseen ymmärtämiseen. Vertaistuen ansiosta sydäninfarktiin sairastuneet voivat kokea, että he eivät ole yksin sairautensa ja siihen liittyvien asioidensa kanssa. Toverien tapaaminen ja kokemusten jakaminen auttavat ja lisäävät uskoa selviytymisestä. Vertaistuella on lukuisia myönteisiä ja toipumista edistäviä vaikutuksia. Edulliset vaikutukset ilmenevät esimerkiksi epävarmuuden lievittymisenä, oman tilanteen hallinnan paranemisena ja emotionaalisenä tukena (Stewart ym. 2001). Lisäksi vertaisten tuki on yhteydessä tuskaisuuden lientymiseen (Nätterlund ja Ahlstöm 1999) ja

sairaudesta johtuvien komplikaatioiden vähenemiseen (Whittemore ym. 2000).

Vertaisten merkittävyys näyttää liittyvän siihen, että he voivat auttaa sairastunutta toveriaan uuden elämäntilanteen jäsentämisessä sekä uusien ja korjaavien ratkaisumallien löytämisessä ja käytäntöön soveltamisessa. Rosenfeld ja Gilkeson (2000) toteavat, että sepelvaltimotautiin sairastuneet vertailevat keskenään sairauden aiheuttamaa riskiä, oireita ja käsittelytapaa erojen ja yhtäläisyyksien tavoittamiseksi. Stewart ym. (2001) tuovat esille terveydentilan vertailemisen tervehdyttävät vaikutukset. He toteavat, että terveydentilan vertaileminen auttaa omien reaktioiden ymmärtämistä. Toipuneen toverin kohtaaminen lisää uskoa toipumiseen, mutta heikosti selviytyneen vertaisen kanssa oleminen aiheuttaa masennusta. Myös Swann ja Brown (1990, 150–172) havaitsivat, että oman sairauden jäsentämisessä edesauttaa huomioiden tekeminen toverin sairautteen suhtautumisesta.

Kumppaneita pidetään luotettavina ja uskottavina tiedonantajina, joiden kokemuksia arvostetaan. Kokemusperäisyyden vuoksi vertaisryhmän tietoa arvostetaan. Dickerson ym. (2000a, 2000b) ovat kuvanneet vertaisuuden terapeuttisia piirteitä. Olennaista on samankaltaisten kokemusten jakaminen, kuunteleminen, omista asioista kertominen, rohkaistuminen ja tiedon saaminen. Ensin tapahtunut analysoidaan yhdessä ja sitten siitä konstruoidaan uusi, omakielinen ymmärrys. Myös Clark ym. (2004) tuovat esille vertaisten rohkaisevan ja rauhoittavan vaikutuksen.

Vertaistuki näyttää edistävän elämän muutokseen sopeutumista ja ahdistuneisuuden lieventymistä sekä toivon viriämistä toipumisesta. Sheppin ym. (1999) havaintojen mukaan yhdessäoloa luonnehtii usein innokas



ja spontaani keskustelu. Keskustelunaiheet voivat koskea muun muassa sairauden diagnosointia ja hoitoa sekä avuttomuutta ja sairauden hallintaa.

Vertaisten tietoa kunnioitetaan erityisesti sen pätevyyden vuoksi (Stewart ym. 2001). Tähän Isaksen ja Gjengedal (2000) lisäävät, että vertaisryhmältä saatavalle tiedolle on leimallista ymmärrettävyys, luotettavuus ja uskottavuus. Joskus tieto voidaan kokea myös irrelevanttina, virheellisenä tai pelottavana. Ristiriitatilanteessa luotetaan kuitenkin terveydenhuoltohenkilöstöä enemmän vertaisiin. Naliki (1999) täsmentää, että metaforien avulla sydäninfarktiin sairastuneet ilmaisevat esimerkiksi haitallisia kokemuksiaan kuten rintakipua ja sairautta. Mikäli potilaat ja terveydenhuoltohenkilöstö ymmärtävät ja ilmaisevat sydäninfarktin ja siihen liittyvän rintakivun eri tavalla, seuraa tästä usein kommunikaatio-ongelmia.

### *Kotiutuminen ja kotona toipuminen*

Kotiutumisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaalasta kotiin palamista ja kotiin asettautumista hoitajakson päättyessä. Kotona toipumisella puolestaan tarkoitetaan sairaudesta tervehtymistä kotona. Kotona toipuminen on ajallisesti pitkäkestoinen tapahtuma, joka alkaa sairauslomalla. Sairaalahoidon päättyessä sydäninfarktiin sairastuneet miehet kotiutuvat sisätautien vuodeosastolta. Tämän jälkeen alkaa ajallisesti pitkäkestoinen ja vaativa toipumisvaihe. Muuttuneeseen elämään sopeutuminen on merkittävimpiä toipumisajan haasteita. Vastakkaiset tuntemukset ja ristiriitaisuudet kuvaavat tätä ajanjaksoa. Yhtäältä helpottuneisuutta tunnetaan toipu-

misesta, mutta toisaalta sairauteen yhdistyvä odottamattomuus ja epävarmuus hidastavat toipumista. Kotiutumisen jälkeistä tilannetta luonnehtii Christmanin ym. (1988) mukaan epävarmuus ja selviytymisvaikeudet. White ja Grenyer (1999) kirjoittavat epävarmuuden synnyttävän tuskaisuutta. Benzer ym. (1983), Daffurn ym. (1994) ja Jones ym. (1994) puhuvat kotiutumisen jälkeisistä pitkäaikaisista psyykkisistä ongelmista, jotka häiritsevät arkielämään paluuta. Maddoxin ym. (2001) tulosten mukaan teho-osastolla olleiden potilaiden psyykkiset vaikeudet ilmenevät unihäiriöinä, toipumisen hitautena sekä itkuherkkyytenä. Toisaalta kuitenkin tehohoitoa arvostetaan sairaalahoidon jälkeen sen parantumista edistävän vaikutuksen vuoksi.

Sydäninfarktiin sairastuneiden potilaiden kotiutumiskokemuksen ristiriitaisuutta kuvaa Jacksonin ym. (2000) tutkimustulokset. Tutkijaryhmä toteaa, että kotiin saapumisesta tunnettua iloa heikentää pelko, hämmennys, uupumus, surullisuus ja emotionaalinen epävakaus. Kuitenkin ajallisen etäisyyden lisääntyminen sairauteen on yhteydessä subjektiivisen voinnin kohentumiseen. Tämä ilmenee hyvinolontunteen, luottamuksen ja tulevaisuutta koskevan elämänmyönteisyyden lisääntymisenä. Tutkimustulosten perusteella tiedetään myös, että neuvonta, tieto ja tuki lievittävät tämän muutosvaiheen aikaista haitallista stressiä (Thompson 1990).

Pitkä odotusaika ennen suunniteltuja tutkimuksia ja toimenpiteitä synnyttää epätietoisuutta sekä uhanalaisuuden kokemuksen, joka taas on yhteydessä tyytymättömyyteen. Pitkä odottamisaika näyttääkin olevan varsin haitallinen ja vaikea kokemus. Tyytymättömyyttä aiheuttaa etenkin se, että potilaalle kerrotaan niukasti odottamisen syistä ja kestosta. (Pel-

likka ym. 2003.) Pelkoa aiheuttaa vaarallisiksi koetut tutkimukset ja toimenpiteet. Esimerkiksi Heikkilä ym. (1998a, 1998b, 1998c) havaitsivat, että koronaangiografiatutkimusta odottavista jopa 82 % pelkää toimenpidettä. Odotusvaiheessa pelkoa saa aikaan kokemus kuoleman mahdollisuudesta, tutkimustulokset, selviytymisen epäily ja koettu avuttomuus. Sydämen katetrisaatiossa olleiden potilaiden pelonsekainen tunnetila aiheutuu toimenpiteen odottamisesta, tutkimusta koskevasta tietämättömyydestä ja toimenpiteen jälkeisestä yksinolosta sekä vaikeudesta selittää tutkimustoimenpiteellä sairauden oireita (Beckerman ym. 1995).

Kotiutumisvaiheessa osalle sydäninfarktiin sairastuneista suositellaan sydämen ohitusleikkausta. Ohitusleikkauksen odottaminen ja siihen henkisesti valmistautuminen ovat sekä potilaalle että perheelle haastavaa ja ahdistusta aiheuttavaa. Jonsdottir ja Baldursdottir (1998) tutkivat islantilaisia 40–79-vuotiaita ohitusleikkausta odottavia potilaita, joista enemmistö (73,6 %) oli miehiä. Suurin osa leikkausta odottavista (94,4 %) kokee odottamisen vaikuttavan haitallisesti arkielämäänsä ja työhönsä. Haittavaikutuksia olivat paitsi terveydentilan heikentyminen, myös ihmissuhteiden muuttuminen aikaisempaa epätyytyttävämmiksi ja seksuaalielämän heikkeneminen sekä hengitysvaikeudet. Lisäksi odotusajalle tyyppisiä kokemuksia olivat mielialan muutokset, unihäiriöt, kipu, keskittymisvaikeudet, stressi, ahdistuneisuus ja depressio.

Pelko, hätä ja ahdistus liittyvät potilaan passiiviseen asemaan ja riippuvuuteen. Koivula (2002, 48–49, 51) tunnisti pelon ja ohitusleikkauksen odottamisen välisen yhteyden. Leikkauksen odottamisvaiheessa ahdistuneisuus oli voimakkaampaa kuin sairaala- tai toipumisvaiheessa. Häntäntyneempiä olivat kivuttomat tai lievää kipua kokevat, alle 55-vuotiaat

ja yksin asuvat potilaat. Vähiten hätäännystä kokivat keskivaikeaa tai vaikeaa kipua kokevat, yli 65-vuotiaat ja parisuhteessa elävät potilaat. (Koivula ym. 2002.) Tämän lisäksi ohitusleikkausta odottavien potilaiden pelko liittyy sairauslomalla oloon ja depression (Koivula ym. 2001b).

Samaa ovat todenneet Koivula ja Åstedt-Kurki (2004). He painottavat, että pelkoa aiheuttavat tulevaisuudessa selviytyminen, kivut ja kuoleman mahdollisuus. Myös sydäntutkimuksiin hakeutuminen koetaan pelottavana tutkimustulosten ja niitä seuraavien tapahtumien vuoksi. Tuskaisuuden haittoihin liittyen Edéll-Gustafsson ja Hetta (1999) lisäävät vielä, että tuskaiset sydämen ohitusleikkauksessa olleet potilaat ovat nukkuttuaan uupuneempia kuin ei-tuskaiset. Kirjoittajien mukaan väsymys johtuu nukahtamisvaikeuksista ja unen keskeytymisistä.

Toipumisvaiheessa sydäninfarktiin sairastuneet potilaat tulevat tietoisiksi hyvinvointia edellyttävistä elämäntapojen muuttamisesta. Opetuksen ja ohjauksen tulee olla ymmärrettävää (Moser ym. 1993), riittävän yksityiskohtaista ja oikeaan aikaan annettua (Thompson ym. 1995). Casey ym. (1984), Fletcher (1987), Karlik ja Yarcheski (1987), Wiggins (1989) sekä Chan (1990) toteavat, että toipumisvaiheessa opettaminen ja ohjaaminen koskevat erityisesti terveydentilaa, riskitekijöitä, ruokavaliota, psykologisia tekijöitä ja stressin käsittelyä.

## 2.4 Yhteenveto taustasta ja lähtökohdista

Miehen sydäninfarktinkokemus on moniulotteinen ja dynaaminen kokemus. Miehen sydäninfarktinkokemuksen ulottuvuuksiin kohdistuvaa tutkimusta on runsaasti. Sydäninfarktinkokemusta koskevalle tutkimustraditiolle on ominaista tiedon pirstaleisuus, pääasiallisesti kvantitatiivisin menetelmin hankittu ja analysoitu tieto sekä tutkimuksen kohdistuminen sydäninfarktinkokemuksen ulottuvuuksien yksittäisiin osa-alueisiin (esimerkiksi pelkoon, masennukseen ja ahdistuneisuuteen). Sen sijaan tutkimustietoa on niukasti miehen sydäninfarktinkokemuksesta hänen itsensä kokemana ja kuvaamana. (Liite 1). Tämän vuoksi yhtenäisen kuvan muodostaminen miehen sydäninfarktinkokemuksesta on haastava tehtävä.

Miehen sydäninfarktinkokemuksen ulottuvuuksia on tutkittu etenkin lääketieteessä. Jonkin verran aiheetta on tutkittu myös hoitotieteessä ja muilla tieteenaloilla. Vähäisemmässä määrin on miehen sydäninfarktinkokemukseen kohdistuvia tutkimuksia, joissa mielenkiinto kohdistuu äkillisen ja henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kokemiseen kvalitatiivisen ja erityisesti fenomenologisen tutkimustradition näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen tausta ja lähtökohdat eivät muodostu yhdestä teoriasta tai viitekehyksestä, koska se saattaisi estää tutkimuksen tiedonlähteinä olevien miesten asioille antamien merkitysten esilletulon tai ohjaisi sitä (Åstedt-Kurki 1994). Tämä valinta on tietoinen ja perustuu käsitykseen, että yhden näkökulman mukaan tapahtuva miehen sydäninfarktinkokemuksen tarkastelu antaa ilmiöstä riittämättömän kuvan ja johtaa yksipuoliseen ilmiön tarkastelemiseen ja kuvaamiseen. Aikaisempaa tietoa sydäninfarktinkokemuksesta käytän lähinnä tutkimustehtävän määrittelyn ja

tarkentamisen tukena sekä vertailuperustana tutkimusprosessin loppuvaiheessa, jolloin esitän empiirisen tutkimuksen tuloksiin perustuvan merkitysverkoston miehen sydäninfarktikoemuksesta.

Aikaisemman tutkimustiedon analyysin perusteella voi päätellä, että tarvitaan kokoavaa tutkimustietoa miehen sydäninfarktikoemuksesta. Tavoitteena on, että tässä tutkimuksessa tuotettu tieto edistää sydäninfarktiin sairastuneiden miesten ymmärtämistä ja mahdollistaa hoitotyön kohdentamisen myös sairastuneen näkökulmasta olennaisiin seikkoihin sekä tekee mahdolliseksi kehittämistarpeiden arvioinnin.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ja kuvata miehen sydäninfarktinkokemus äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Tutkimustehtäviin saatavien vastausten kautta lisätään ymmärrystä miehen sydäninfarktinkokemuksesta ja kokemuksen merkityksistä. Miehen sydäninfarktinkokemusta koskeva kuvaileva tieto esitetään tutkittavaa ilmiötä kuvaavana merkitysverkostona. Tämän avulla miehen sydäninfarktinkokemus on ymmärrettävissä teoreettisesti.

#### Tutkimustehtävät

1. Millaisena sydäninfarktiin sairastunut mies kokee äkillisen, henkeä uhkaavan sairautensa?
2. Millaisena sydäninfarktiin sairastunut mies kokee potilaana olemisensa?
3. Millainen on miehen sydäninfarktinkokemusta kuvaava merkitysverkosto?

## 4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

#### 4.1.1 Tutkimuksen taustalla oleva ihmiskäsitys

Tässä kappaleessa esittelen ihmiskäsitykseni sellaisena kuin se oli ennen empiirisen tutkimukseni aineistonkeruuta ja aineiston analysointia. Näin lukija voi suhteuttaa tutkimukseni tulokset käsitykseeni ihmisestä eli sydäninfarktiin sairastuneesta miehestä. Ihmiskäsitykseni analyysi paljasti suhteeni miehen sydäninfarktinkokemukseen ennen kuin empiirinen tutkimus muutti suhtautumistapaani (Rauhala 1993a, 68–69) eli lisäsi tietojani ja ymmärrystäni tutkimukseni tiedonantajista ja heidän kokemuksistaan. Ihmiskäsitykseni kuvailu oli tärkeää myös siksi, että se ohjasi tutkimusprosessin kuluessa tutkimustulosten muotoutumista tietynlaisiksi (Syrjälä ym. 1994, 77; Perttula 1995a, 13–15). Ihmiskäsityksestäni tietoiseksi tultuani saatoin asettaa tutkimuskohteeseen liittyvien ilmiöiden perusluonnetta vastaavia oletuksia, valita asiaankuuluvat menetelmät ja käynnistää miehen sydäninfarktinkokemusta koskeva tutkimukseni (Rauhala 1989, 14–19; 1993, 197–198).

Ihmiskäsitykselleni oli tunnusomaista holistinen lähestymistapa. Kuitenkaan ihmiskäsitykseni ei puhtaasti edustanut mitään tiettyä suuntausta. Ihmiskäsitykseni muodostui ruumiillisesta, henkisestä ja ihmissuhteiden ulottuvuudesta. Nämä ulottuvuudet olivat rakenteellisesti toisiinsa kiinnittyneitä. Ruumiilliselle ulottuvuudelle oli tyypillistä käsitys sairauden yhteydestä perimään, yksilön omaksumiin elintapoihin ja sairauden biologiseen



luonteeseen. Henkinen ulottuvuus kuvasi miehen suhdetta itseensä. Tietoisuus vapaudesta, vastuusta, valintamahdollisuuksista sekä sairaudesta ja sen kokemisesta olivat henkisen ulottuvuuden osa-alueita. Ihmissuhteiden ulottuvuus kytkeytyi miehelle tärkeisiin ihmissuhteisiin. Ihmissuhteet muodostuivat perheenjäsenistä, kohtalotovereista ja terveydenhuoltohenkilöstöstä. Sydäninfarktiin sairastunutta miestä ei voinut ymmärtää irrallaan tästä yhteydestä. Sydäninfarktiin sairastuneena potilaana oleminen ei ollut pelkääntään biologinen tosiasia, vaan se sai merkityksensä myös henkisen ja ihmismuhteiden ulottuvuuksien kautta.

Sydäninfarktinkokemuksen käsitin miehen kokemukselliseksi suhteeksi omaan tilanteeseensa, jossa hän eli kyseisenä ajankohtana. Elämisen ymmärsin taas toiminnaksi, jossa heijastui ruumiillinen, henkinen ja ihmismuhteiden ulottuvuus.

#### 4.1.2 Fenomenologinen menetelmä miehen sydäninfarktinkokemuksen tutkimisessa

Fenomenologiseen filosofiaan pohjautuva fenomenologinen menetelmä soveltui miehen sydäninfarktinkokemuksen tarkasteluun ja kuvaamiseen. Menetelmä juontaa juurensa Edmund Husserlin fenomenologiaan, jossa sulkeistamisen avulla pyritään tavoittamaan fenomenologisesti puhdas kokemus. Tavoitteenani ei ollut löytää miehen sydäninfarktinkokemuksesta yleislettävää tietoa, vaan etsiä siitä yksilöllisten kokemusmaailmojen sisältöjä. Tämä oli mahdollista, koska sekä miehet tiedonantajina että minä (tutki-

jana ja miehenä) elimme kulttuurissa, jonka sosiaaliset toimintamallit ja merkitykset olivat molemmille tuttuja.

Sydäninfarktikoemuksella tarkoitan kokonaisuutta, jota tarkastelin äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Fenomenologinen tutkimustapa soveltui mielestäni sydäninfarktikoemuksen tutkimiseen, koska menetelmä on kehitetty kokemusten tutkimiseen eri näkökulmista (Hall 2000; Halldórsdóttir 2000a; Oiler Boyd 2001b). Fenomenologinen menetelmä sopii hyvin haastatteluaineiston ja julkaistujen muisteluteosten aineiston analysointiin. Ennen aineiston analysointia saatoin haastattelut ja julkaistut muisteluteokset kirjalliseen muotoon. (Åstedt-Kurki ja Nieminen 1997; Drew 2004; Kleiman 2004; Wall ym. 2004.) Pysin tarkastelemaan sydäninfarktiin sairastuneiden miesten sydäninfarktikoemusta sellaisena kuin se näyttäytyi heille. Perustelen metodologista valintaani sillä, että tutkimuskohde oli subjektiivisesti koettu, kriittinen ja moniulotteinen elämäntapahtuma (Fridlund ja Hildingh 2000; Halldórsdóttir 2000b), joka vaikutti voimakkaasti sairastuneiden miesten arkielämään. Tutkimuksellinen haaste kohdistuikin heidän elämismaailmaansa ja sen kohtaamiseen (Kotila 2000, 9).

Sydäninfarktiin sairastuneen miehen suhde maailmaansa oli intentionaalinen. Sairaustodellisuus ilmeni esimerkiksi pyrkimysten, kiinnostusten ja uskomusten näkökulmasta. (Giorgi 1997; Laine 2001, 27; Priest 2002; Strandmark ja Hedelin 2002.) Sydäninfarkti suuntasi tiedonantajien tapaa kokea elämäänsä, vaikkakaan se ei yhtenäistänyt heidän kokemuksiaan (Porter 1998; Cohen 2000a; Hall 2000). Omerya ja Mackia (1995) tulkiten sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemustodellisuus muodostui heidän sydäninfarktille antamistaan merkityksistä. Kuitenkaan fenomenologi-

sessä mielessä en voinut erottaa miesten koettua todellisuutta heidän objektiivisesta todellisuudesta. Tämä perustui käsitykseeni, että jokainen mies oli vapaa antamaan sydäninfarktikoemukselleen omia merkityksiään. Haastatteluaineistoa kerätessäni suuntasin haastateltavien havaintoja intentionaalisesti ja tarkoituksellisesti tutkimustehtävien ohjaamana sydäninfarktikoemukseen. (Cohen ja Omery 1994; Moustakas 1994, 28; Crotty 1996, 39–40; Åstedt-Kurki ja Nieminen 1997; Hall 2000.)

Fenomenologinen tutkimus jaetaan usein kahteen tyyppiin. Tyypit ovat deskriptiivinen eli ilmiöitä kuvaileva (Parker 1994; Oiler Boyd 2001b) ja hermeneuttinen eli tulkitseva fenomenologia (Mezquita 1995; Cohen ym. 2000). Perttula (1995a, 32–33) toteaa kuitenkin, että fenomenologiaan perustuvassa tutkimusperinteessä deskriptiota ja tulkintaa ei nähdä toisilleen vastakkaisina, vaikka ne erotetaan käsitteellisesti toisistaan.

Tässä tutkimuksessa deskriptio liittyi tutkimusaineiston keräämiseen ja analysoimiseen. Aineiston keruuvaiheessa deskriptio tarkoitti miesten tapaa tuottaa haastatteluaineistoa ja julkaistujen muisteluteosten aineistoa siten, että heidän kuvauksensa vastasi heidän sydäninfarktikoemuksensa. Aineiston analyysivaiheessa tavoitteenani oli kuvata miesten kokemus mahdollisimman alkuperäisenä. (Giorgi 1996b; Purola 2000, 35; Strandmark ja Hedelin 2002.) Kuvasin merkityksen ristiriitaisena tai yksiselitteisenä silloin, kun merkitys sellaisena näyttäytyi tiedonantajalle. En pyrkinyt aineiston ulkopuolelle tai sen taakse. (Perttula 1995, 33–34.) Vaikka tavoitteenani oli miehen sydäninfarktikoemuksen puhdas kuvaaminen, tavoite jäi osittain saavuttamatta. Minun (tutkijana) oli mahdotonta sulkeistaa kaikkia käsityksiäni tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tai saada esille kaikkia tiedonantajien merkitystihentymiä. Tämän lisäksi oman todellisuussuhteeni ulko-

puolelle pääseminen ei ollut mahdollista. Tästä seurasi, että tutkimukseni oli osittain tulkinnallista. (Perttula 1995a, 55–56; Purola 2000, 35; Strandmark ja Hedelin 2002; Wall ym. 2004.) Tiedonantajina olevia miehiä ja minua (tutkijana ja miehenä) tuli tarkastella intentionaalisina ja oman elämismaailmansa pohjalta toimivina ihmisinä (Kiviranta 1995; Priest 2002; Drew 2004).

Terveyttä ja sairautta koskeva fenomenologinen hoitotieteellinen tutkimus on lisääntynyt Suomessa viimeisten vuosien aikana. Fenomenologista lähestymistapaa tai metodia on käytetty mm. tutkittaessa terveyttä ja perusterveydenhuollon hoitotyötä koskevia kokemuksia (Åstedt-Kurki 1992), väestön kokemuksia hyvästä hoidosta (Turunen ym. 1994), naisten kokemuksia terveydestä ja hyvästä hoidosta äitiyshuollossa (Bondas-Salonen 1995; Bondas 2000) ja parantumatonta syöpää sairastavien kokemuksia (Kuuppelomäki 1996; Lindvall 1997). Lukkarisen tutkimus (1999a, 1999b) kohdistuu sepelvaltimotautia sairastavien elämänkulkuun. Kiviniemi ja Suominen (1998, 1999) tutkivat miesten kokemuksia eturauhasen liikakasvusta ja sen hoidosta. Purola (2000) tarkastelee aivohalvauspotilaan selviytymistä. Iäkkään henkilön omaisen kokemuksiin läheisen sairastumisesta ja sairaalassa olevan potilaan omaisena olemisesta tarkastelee Mäkinen (2002). Paavilaisen (2003) mielenkiinto kohdistuu äitien ja isien kokemuksiin raskaudesta ja äitiyshuollosta. Koivisto ym. (2003) tarkastelevat psykoosiin sairastuneiden kokemuksia.

Viimeaikainen kansainvälinen fenomenologinen hoitotieteellinen tutkimus on kohdistunut esimerkiksi ikääntyneiden miesten kokemukseen näkökyvyn heikentymisestä (Moore ja Miller 2003), monisairaiden potilaiden hoidon laatua koskeviin kokemuksiin (Williams 2004) ja sydänin-

farktiin sairastuneiden naisten ja heidän partnereidensa arkielämän kokemukseen (Svedlund 2004). Lisäksi on tutkittu korealaisten reumaan sairastuneiden naisten sairauskokemuksia (Hwang ym. 2004), syöpään sairastuneen kokemuksia kotona järjestetystä palliatiivisesta hoidosta (Appelin ja Berterö 2004) sekä hematologiseen syöpään sairastuneiden sairauden hallintaa ja selviytymistä (Bulsara ym. 2004). Tutkimustietoa on myös astmaan sairastuneiden lasten vanhempien kokemuksista (Trollvik ja Severinsson 2004) ja vakavasti sairastuneiden läheisten kokemuksista (Ohman ja Soderberg 2004). Tämän lisäksi on tutkittu naisten synnytyksen jälkeistä depressiota (Lawler ja Sinclair 2003) ja pitkälle edenneeseen syöpään sairastuneen uupumusta (Potter 2004). Kriittisestä sairaudesta selviytyneen kokemukset (Papathanassoglou ja Patiraki 2003) sekä vakavan sairauden merkitykset (Ohman ym. 2003) ovat myös olleet tutkimuksen kohteena. Ironsiden ym. (2003) tutkimus koskee pitkäaikaisen sairauden kokemista. Albaugh (2003) puolestaan raportoi hengellisyydestä ja henkeä uhkaavasta sairaudesta.

Aiempiin fenomenologisiin tutkimuksiin perehtyminen auttoi tutkimusprosessini hahmottamista, fenomenologisen lähestymistavan, aineistonkeruumenetelmän ja analyysimenetelmän ymmärtämistä sekä soveltamista tutkimukseeni. Lisäksi aikaisempi tutkimus auttoi myös tarkentamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä.

#### 4.1.3 Tutkimuskohteeseen liittyvä esiymmärrys ja ennakko-oletukset

Tutkimusprosessini aikana olin tietoinen tiedonantajien toiseudesta ja suhteesta itseeni. Pyrin kuitenkin tarkastelemaan tutkimuskohdetta sellaisena kuin se ilmeni sydäninfarktiin sairastuneille miehille, tai ainakin siten, että tein eron omien intentioitteni ja tiedonantajien kokemusten välillä. Ennakko-oletusten ja teorioiden syrjään siirtäminen oli välttämätöntä, jotta saatoin tavoittaa ilmiön sairastuneiden miesten näkökulmasta. (Giorgi 1996a, 8; Giorgi 1997; Paley 1997; Oiler Boyd 2001b; Strandmark ja Hedelin 2002.)

Fenomenologisen reduktion avulla siirsin syrjään omat implisiittiset epäolennaisuuteni miehen sydäninfarktikoemuksesta ja keskitin huomioni olennaiseen. Reduktion toteutin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa sulkeistin miehen sydäninfarktikoemusta koskevan teorian tietoni ja subjektiivisen tapani hahmottaa miehen sydäninfarktikoemusta. Tietoisesti yritin vapautua ilmiötä koskevasta teoreettisesta tiedostani, uskomuksistani ja aiemmasta tavastani jäsentää miehen sydäninfarktikoemusta sekä arkipäiväisestä ajattelustani. Päämääränäni oli miehen sydäninfarktikoemuksen havaitseminen kuin kohtaisin sen ensimmäistä kertaa. Tarkoitukseni oli saada selville miehen autenttinen sydäninfarktikoemus. Tutkimuksellinen toimintani perustui käsitykseen, että paluu asioihin itseensä oli mahdollista vain, jos kykenin tietoisesti siirtämään syrjään oman tapani nähdä miehen sydäninfarktikoemusta ja olla siihen suhteessa. Toteutin tämän pohtimalla sekä kirjallisesti että suullisesti etukäteen ilmiöön liittämiäni merkityksiä tutkimussuunnitelmassa, tutkijan päiväkirjassa ja ohjaavien professorien kanssa keskustellessani. Aikomuksenani ei ollut ulkoisen maailman kieltäminen, vaan sen syrjään siirtäminen siten, että keskittyminen sydäninfarktiin

sairastuneiden miesten kokemusmaailmaan tuli mahdolliseksi. Reduktion toisessa vaiheessa etsin oleellisen refleктоivan mielikuvituksen, mielikuvata-solla tapahtuvan muuntelun ja intuition avulla. (Moustakas 1994, 90; Perttula 1995a, 9–10; Giorgi 1997; Wall ym. 2004.) Reduktion avulla pyrin jäsenyty-neeseen ja olennaisen paljastavaan kuvaukseen miehen sydäninfarktiko-keuksesta (Lukkarinen 2001).

Esiymmärrykseni ja ennakko-oletukseni olivat syntyneet pitkän ajan kuluessa kohdatessani sydäninfarktiin sairastuneita miehiä yksityiselä-mäni sekä terveysalan opiskelu- ja työurani konteksteissa. Sydäninfarktia koskevaan eri tieteiden tuottamaan teoreettiseen tietoon tutustuin opiskellessani, hoitaessani sydäninfarktipotilaita sairaankuljetusyksikössä, päivystyspoliklinikalla ja teho-osastolla sekä opettaessani hoitamista terveysalan ammattikorkeakoulussa. Teoreettisen tiedon ja henkilökohtaisten kokemusten toisistaan erottaminen oli usein haastavaa ja jopa vaikeaa. Tutkimussuunnitelmavaiheessa perehdyin uudelleen aihetta koskevaan teoreettiseen tietoon. Aineistonkeruu- ja analysointivaiheessa pidättäydyin sen sijaan tietoisesti tutustumasta uudestaan ja uuteen sydäninfarktia koskevaan teoretietoon, koska oletin sen vaikeuttavan tai virheellisesti suuntaavan tapaani ymmärtää ja tematisoida tutkimuskohdetta. (Munhall 1994, 63–64; Hall 2000; Munhall 2001d; Munhall 2001e; Oiler Boyd 2001a; Oiler Boyd 2001b; Oiler Boyd 2001c.) Aineiston analysoinnin jälkeen täydensin tutkimukseni taustaa ja lähtökohtia uuden sydäninfarktiko-keusta käsittelevän tutkimustiedon näkökulmasta (Åstedt-Kurki ja Nieminen 1997, 158; Paavilainen 2003, 43–44).

## 4.2 Aineiston keruu

### 4.2.1 Tutkimuksen tiedonantajat

Tutkimukseni tiedonantajiksi valitsin sydäninfarktiin sairastuneita miehiä, joilla oli omakohtaista tietoa miehen sydäninfarktinkokemuksesta (Omery 1983; Atkinson 1998, 27–28; Halldórsdóttir 2000b; Young Brockopp ja Hastings-Tolsma 2003, 334). Tutkimukseeni osallistuneet miehet (n = 19) olivat aineistonkeruuhetkellä työikäisiä. Tiedonantajajoukko muodostui haastatelluista (n = 17) ja julkaistujen muisteluteosten kirjoittajista (n = 2). Tiedonantajajoukon kokoa perustelen sillä, että aineiston analyysi antoi vastauksen tutkimustehtäviini. Tiedonantajien keski-ikänsä oli 51,7 vuotta (vaihteluväli 44–63 vuotta). Seuraavat tiedot kuvaavat tutkimukseni tiedonantajia:

Lääketieteellisesti diagnosoitu I tai II sydäninfarkti

Miessukupuoli

Työikäisyys, 44–63-vuotias mies

Asuinpaikkakunta Helsinki, Espoo, Seinäjoki, Tampere tai Vantaa

Haastattelujen toteutuminen sairausloman aikana (kuukauden kuluessa sairaalasta kotiutumisesta)

Halukkuus keskustella omasta sydäninfarktinkokemuksesta ja vastata tutkimuskysymyksiin sekä osallistua tutkimukseen

Fyysiset ja psyykkiset edellytykset osallistua tutkimukseen

Äidinkieli suomen kieli

Suomen kansalaisuus



Haastatteluun osallistuneita miehiä pyysin myös kirjoittamaan omakohtaisesta sydäninfarktinkokemuksestaan (liite 2, liite 3). Usean aineiston yhdistämällä pyrin lisäämään tutkimukseni luotettavuutta. Omakohtaisesti kirjoitettuja kertomuksia sain kuitenkin niin niukasti ( $n = 2$ ), että en voinut käyttää niitä tutkimusaineistona.

#### 4.2.2 Haastatteluaineisto

##### *Haastateltavien tavoittaminen*

Haastateltavat löysin kolmesta pääkaupunkiseudun sairaalasta, joissa hoidettiin akuuttiin sydäninfarktiin sairastuneita potilaita. Tiedonantajien etsimisessä minua avustivat sairaaloiden sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajat, sydäninfarktihoitaja ja sydänkuntoutusohjaaja. Opastin henkilöstöä tutkimuksesta tiedottamisessa ja osallistumispyynnön esittämisessä sydäninfarktiin sairastuneille miehille (Agard ym. 2004; Kokkonen ym. 2004). Asianomaisille henkilökunta antoi kirjallisen tiedotteen (liite 2), suostumislomakkeen (liite 3) ja minulle osoitetun kirjekuoren, jonka postimaksu oli maksettu etukäteen. Osa tutkimukseen suostuneista jätti suostumislomakkeen sisätautien vuodeosaston henkilökunnan postitettavaksi. Osa lähetti sen postitse kotiuduttuaan sairaalasta. Kahdessa sydäninfarkti-ryhmän tapaamisessa kerroin tutkimuksestani saatuani luvan osallistujilta ja ryhmän ohjaajilta.

Haastatteluun valitsin miehiä ( $n = 17$ ), jotka halusivat kertoa sydäninfarktinkokemuksestaan. Ennen varsinaista haastattelua tein yhden

esihaastattelun (Barrett 2002; Breakwell 2002; Lohiniva ja Purola 2004). Esihaastattelu ei sisällynyt tutkimusaineistoon, koska siinä harjoittelin avoimen haastattelun tekniikkaa. Haastateltavat valitsin harkinnanvaraisesti (Halldórsdóttir 2000a; Sidenvall ja Fjellström 2000; Dellve ym. 2002; Lyons 2002). Sydäninfarktiin sairastuneita miehiä oli vaivatonta saada haastateltaviksi. Syynä tähän oli yhtäältä halukkuus auttaa tärkeäksi koetussa tutkimuksessa ja toisaalta implisiittinen tai eksplisiittinen oletus, että sairaudesta kertominen lievittää psyykkistä pahanolontunnetta. Jotkut sanoivat kokeneensa haastattelun terapeuttisena tapahtumana. Kerroin tiedonantajille haastattelun alussa, että tutkimukseni tavoitteena oli uuden tiedon saaminen miehen sydäninfarktinkokemuksesta. Korostin, että kyse ei ole terapeuttisesta vaan tutkimushaastattelusta. (Hutchinson ja Wilson 1994, 301–302; Munhall 1994, 166; Kvale 1996; Atkinson 1998, 12, 26, 78, 104, 155–156; Kvale 1999; Munhall 2001a; Siekkinen 2001; Lepp ja Ringsberg 2002.)

### *Haastatteluympäristö ja -ajankohta*

Tiedonantajat valitsivat haastattelupaikan. Aineiston keräsin haastattelemalla miehiä heidän kodeissaan (Molander 1999, 17; Sidenvall ja Fjellström 2000; Steeves 2000; Maijala ym. 2002; Appelin ja Berterö 2004) tai työpaikallani kuukauden kuluessa sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Haastatteluaineiston keräsin miesten sairausloman aikana. Haastatteluajankohtaa perustelen sillä, että tässä vaiheessa miehet olivat selviytyneet sairauden aiheuttamasta akuutista kriisistä siten, että he kykenivät jäsentämään sy-

däinfarktikokemustaan ja kertomaan siitä. Sydäinfarktikokemus oli kuitenkin elävästi heidän mielessään.

Ennen työhuoneessani toteutettua haastattelua poistin ulkoiset häiriötekijät (Maijala ym. 2002). Miesten kodeissa en säädelyt tutkimusympäristöä. Sen sijaan tutkimukseen osallistuneet miehet omatoimisesti järjestivät kotonaan häiriöttömän haastattelupaikan. En keskustellut potilaista hoidonantajien kanssa enkä perehtynyt potilasasiakirjoihin, koska oletin näiden tiedonlähteiden suuntaavan virheellisesti huomiotani ja siten heikentävän aineistonkeruun ja analyysin luotettavuutta ja lopulta vääristävän tutkimustuloksia (Pilhammar Andersson 2000). Haastatteluaineiston keräsin syyskuun 1997 ja kesäkuun 1998 välisenä aikana.

### *Avoim haastattelu*

Haastatteluaineisto koostui sydämfarktiin sairastuneiden miesten ( $n = 17$ ) avoimista haastatteluista ( $n = 29$ ). Kutakin tiedonantajaa haastattelin yhdestä neljään kertaan. Tavoitteenani oli haastatella jokaista tiedonantajaa kolme kertaa. Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan tähän suostuneet. Yhtä tiedonantajaa haastattelin neljästi, koska hänen tuottamansa aineisto oli laaja-alaista ja syvällistä. Käytin avointa haastattelua aineistonkeruumenetelmänä, koska sen avulla sain selville miesten tärkeinä pitämät asiat. Avoin haastattelu antoi miehille mahdollisuuden puhua sydämfarktikokemuksestaan omalla tavallaan ja etäisyydellään (Molander 1999, 17; Siekkinen 2001; Duffy ym. 2004; Appelin ja Berterö 2004; Koivula ja Åstedt-Kurki 2004; Fontana ja Frey 2005).

Haastattelu perustui vapaamuotoiseen ja syvälliseen vuorovai-  
kutukseen. Kanssakäymiselle oli ominaista tutkimuskohteeseen liittyvä  
spontaani reflektointi ja keskustelunomaisuus sekä tiedonantajälähtöisyys.  
(Hallberg 2000; Morse 2001; Siekkinen 2001; Breakwell 2002; Silverman  
2003; Duffy ym. 2004.) Haastattelutilanteessa en esittänyt etukäteen laa-  
dittuja kysymyksiä aloituskysymystä (ks. myöh.) lukuun ottamatta, vaan  
annoin haastateltavan puhua hänelle tärkeistä asioista (Kahn 2000; Morse  
ja Richards 2002, 91–94; Appelin ja Berterö 2004.). Tehtäväni oli auttaa  
osallistujaa paljastamaan sydäninfarktinkokemuksensa tutkimuksen tarkoi-  
tuksen ja tutkimustehtävien ohjaamana. Kunnioitin haastateltavan tapaa  
rajata ja rakentaa vastauksensa. Erityistä huomiota kiinnitin siihen, että  
haastattelussa paljastui tiedonantajan näkemys. (Pilhammar Andersson  
2000; Siekkinen 2001; Dellve ym. 2002; Koivula ja Åstedt-Kurki 2004.)

Haastattelin itse kaikki tiedonantajat (Beck 1994; Cohen 1995;  
Appelin ja Berterö 2004; Kärner ym. 2004). Ensimmäisen haastattelun  
alussa kerroin tutkimukseni ydinkohdat. Aloitin haastattelun tietoisena  
siitä, että keskustelun avaus oli onnistumisen kannalta avainasemassa  
(Leiwo ym. 1992, 69). Avauksen jälkeen pyysin miehiä kertomaan va-  
paamuotoisesti ja omin sanoin sydäninfarktinkokemuksestaan (Munhall  
1994, 206; Hallberg 2000; Dellve ym. 2002; Appelin ja Berterö 2004;  
Lindqvist ym. 2004; O'Brien ja Fothergill-Bourbonnais 2004; Lindahl ym.  
2005). Jatkokysymykset muotoutuivat ja tarkentuivat haastattelun kulu-  
essa ja sen mukaisesti, mitä osallistujat aikaisemmin olivat kertoneet. Jäl-  
kimmäiset haastattelut perustuivat edellisiin haastatteluihin. Haastateltavat  
saivat vapaasti ja ilman keskeytyksiä kertoa kokemastaan. Kun haastatel-  
tavat eksyivät aiheesta, ohjasin heitä varovaisesti ja hienotunteisesti takai-

sin mielenkiinnon kohteena olevaan ilmiöön. Tiedostin, että monisanaisuuden kautta haastateltavat usein menivät kiinnostaviksi kokemiinsa aiheisiin. Kirjasin rönsyilevän puheen teemat haastattelun aikana ja sen jälkeen, jotta saatoin tarvittaessa ottaa ne myöhemmin esille. (Cohen 1995; Sorrell ja Redmond 1995; Hirsjärvi ja Hurme 2000, 45–46; Germain 2001; Hiidenhovi ym. 2001; Morse 2001; Siekkinen 2001; Breakwell 2002; Tuomi ja Sarajärvi 2002, 78–79; Silverman 2003.) Tutkimukseen osallistuneilla miehillä oli vahva motivaatio osallistua haastatteluun ja kertoa sydäninfarktinkokemuksestaan. Vuorovaikutus haastatteluissa oli miesten ja minun kokemusten mukaan luonteva ja välitön. Haastattelujen ajallinen kesto vaihteli tunnista kahteen tuntiin ja kymmeneen minuuttiin. Nauhoitin kaikki haastattelut ääninauhoille. Myöhemmin tallensin ne sanatarkasti tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmaan. (Molander 1999, 17; Calvin 2004; Matthews ym. 2004; Ekstedt ja Fagerberg 2005.)

### *Kenttäpäiväkirja*

Kenttäpäiväkirja toimi haastatteluprosessia kuvaavana asiakirjana, johon kirjasin metodologiseen pohdintaan vaikuttavat seikat. Haastattelujen aikana ja niiden jälkeen tein merkintöjä kenttäpäiväkirjaani. Päiväkirjaan kirjasin tunnisteet, joiden avulla saatoin myöhemmin yhdistää haastateltavan ja äänikasetin, haastattelun ajallisen keston, haastattelupäivän ja -paikan. Haastateltavasta kirjasin iän, kotikunnan ja perhesuhteet sekä hänestä saamani subjektiivisen vaikutelman. Tämän jälkeen dokumentoin haastattelun luonteen, kulun ja sujumisen. Lopuksi arvioin omaa toimintaani

haastattelijana, subjektiivisia tunteitani ja omaa käyttäytymistäni sekä häiriötekijöitä ja havaintoja keskustelun sisällöstä. (Åstedt-Kurki 1992, 32; Backman ym. 2001; Morse ja Field 2002, 91–94; Wilkinson 2002; Vilkkä ja Airaksinen 2003, 19–22; Wall ym. 2004; Koskinen 2005; Lindahl ym. 2005.)

#### 4.2.3 Julkaistujen muisteluteosten aineisto

Julkaistut muisteluteokset (n = 2) muodostuivat omaelämäkerrallisista teoksista, joissa sydäninfarktiin sairastuneet miehet (n = 2) kertoivat teemaattisia tarinoita sydäninfarktinkokemuksestaan (Vainikkala-Kejonen 2003; Clarke 2004; Barton 2004; Gramling ja Carr 2004; Kralik ym. 2004). Muisteluteosten aineiston laajuus oli 122 sivua (riviväli 1,5). Muisteluteosten mukaan ottamista perustelen tutkittavan ilmiön monitahoisuudella ja laajuudella. Haastatteluaineiston ja muisteluteosten yhdistämisellä sain tutkimuskohteesta kattavamman kuvan kuin pelkästään yhtä aineistoa käyttämällä. (Dellve ym. 2002; Lyons 2002; Lickteig 2004; Vivekananda-Schmidt ym. 2004.) Tutkimuksessani käytin aineistotriangulaatiota. Oletin, että pelkkä haastatteluaineisto oli riittämätön aineistonkeruumenetelmä tutkimustehtävien ratkaisemiseksi. Arvelin, että aineistotriangulaation avulla saan tutkimuskohteesta laajan ja seikkaperäisen kuvan. (Lukkarinen ja Lepola 2002; Armer ym. 2004; Gramling ja Carr 2004; Tucket 2004; Vito ym. 2004.)

Julkaistut muisteluteokset olivat:

Linna Väinö (1972): Miten tulen toimeen sairauteni kanssa? Teoksessa: Aurinkoa pilvien lomasta. Kärsimyksen monet kasvot, s. 183–200. Toim. S Talvitie, Werner Söderström Osakeyhtiön kirjapaino, Porvoo.

Peräaho Martti (1993): Insinöörin infarkti. Lestadiolaisten Lähetysyhdistysten Keskusliitto ry, Perussanoma Oy, Karisto Oy, Hämeenlinna.

Linna (1972) ja Peräaho (1993) kuvaavat julkaistuissa muisteluteoksissaan sydäninfarktiin sairastuneen miehen arkielämää. Kirjojen kuvaus etenee sairastumishetkestä sairaalaan joutumiseen ja kotiutumiseen sekä kotona olemiseen. Kirjassaan Linna (1972) keskittyy aluksi sydäninfarktille altistavien tekijöiden kuvaamiseen. Tämän jälkeen mielenkiinto kohdistuu sairastumiseen, perhesuhteisiin sekä hoitoon pääsemiseen, hoitamiseen ja tutkimuksiin. Lopuksi käsittelyn kohteeksi tulee sairaalasta kotiutuminen sekä kotiutumisen jälkeinen mieliala ja psyykkiset ongelmat.

Peräaho (1993) puolestaan käsittelee kirjassaan sydäninfarktiaan työn, hoitoketjun, perhesuhteiden ja hengellisyyden kautta. Aluksi Peräaho (mt.) tarkastelee tilannettaan sairastumista edeltävien tapahtumien kautta. Lukijan kiinnostus suunnataan työkiireeseen, stressiin ja uupumukseen. Tämän jälkeen teoksessa selvitetään hengellisyyttä, perhesuhteiden ja varsinkin parisuhteen muuttumista, oireiden äkillistä alkamista ja hoitoon hakeutumista. Sen jälkeen tarkastelun kohteeksi tulee sairaankuljetus, keskussairaalan päivystyspoliklinikalle pääseminen ja sieltä sydänvalvon-

tayksikköön siirtyminen. Sisätautien vuodeosaston kuvauksessa käsitellään perheen käyntejä ja lääkärin kiertoa. Lopuksi muisteluteoksessa kerrotaan sairaalasta kotiutumisesta, kotiin asettautumisesta ja tulevaisuuteen suuntautumisesta.

### 4.3 Aineiston analysointi

Tässä tutkimuksessa analysoitu kvalitatiivinen aineisto muodostui sydäninfarktiin sairastuneiden miesten avoimista haastatteluista ja julkaistuja muisteluteoksista. Tutkimusaineiston laajuudeksi tuli 917 sivua (riviväli 1,5). Tästä aineistosta oli avoimia haastatteluja 795 sivua ja julkaistujen muisteluteosten aineistoa 122 sivua. Tutkimuksessa käytetty fenomenologinen analyysimenetelmä ei ollut selkeästi aiemmin julkaistun menetelmän mukainen. Analyysimenetelmällä oli kuitenkin yhtymäkohtia Giorgin (1996a, 10–17; 1996b 23–85; 1997; 2000) kehittämään fenomenologisen psykologian metodiin ja Perttulan (1995a, 1995b, 1998, 2000) siihen tekemään laajennukseen. Giorgin (mt.) fenomenologisen psykologian metodi sisältää neljä osavaihetta. Perttulan (mt.) kehittämä metodi jakautuu kahteen päävaiheeseen. Metodin ensimmäisessä päävaiheessa tavoitetaan kunkin tiedonantajan yksilökohtainen merkitysverkosto. Se jakautuu seitsemään osavaiheeseen. Metodin toisessa päävaiheessa tavoitetaan tutkittavan ilmiön yleinen merkitysverkosto. Myös tämä vaihe sisältää seitsemän osavaihetta.

Kuvaan seuraavassa tutkimukseni analyysin etenemisen (Giorgi 1996a, 10–17; Giorgi 1996b, 23–85; Atkinson 1998, 54–57; Giorgi 2000;



Cohen ym. 2000; Perttula 1995a, 1995b, 1998, 2000; Lukkarinen 2001; Strandmark ja Hedelin 2002). Käyttämäni fenomenologinen menetelmä käsitti yksitoista vaihetta. Tässä tutkimuksessa sovelsin fenomenologista analyysimenetelmää uudella ja aineiston analysointiin sopivalla tavalla.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät ohjasivat aineistoni analyysiä (Åstedt-Kurki 1992, 33; Kleiman 2004). Aineiston analysoinnin aloitin samanaikaisesti aineiston keruun kanssa (Liukkonen 1990, 49). Analyysin perusteella muodostin miehen sydäninfarktikoemusta kuvaavan merkitysverkoston (kuvio 1). Liitteenä ovat esimerkit analyysistä (liite 4).

### *1 Ennakkokäsitysten refleктоiminen ja sulkeistaminen*

Ennakkokäsitysten refleктоimisen ja sulkeistamisen tarkoituksena oli löytää miehen sydäninfarktikoemus ja havainnoida sitä siten kuin kohtaisi ilmiön ensimmäistä kertaa. Ennen empiirisen aineiston keruuta ja analysointia tulin tietoisesti tutkimuskohteeseen kohdentuvasta luonnollisesta asenteestani refleктоimalla ja tunnistamalla siihen liittämiäni kokemuksia ja teoreettista tietoa jatkokoulutusseminaareissa ja ohjaajieni kanssa. Tämä auttoi minua tiedostamaan omat ennakkokäsitykseni tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Sulkeistamisella oli olennainen merkitys tässä tutkimuksessa. Tutkijana pyrin tietoisesti sulkeistamaan oman taustani suhteessa tiedonantajien elämismaailmaan. Sulkeistamista edisti myös esiyymmärrykseni pohtiminen tutkimussuunnitelmassa ja tutkijan päiväkirjassa. Esiyym-

määräkseni yhdistyi oman miehuuden, keski-ikäisyyden, läheisyyden, hoitamisen ja opettamisen ulottuvuuksiin.

Usein fenomenologisessa tutkimuksessa sulkeistaminen tapahtuu siten, että tutkija perehtyy tutkimuskohdetta koskevaan teoreettiseen tietoon vasta tutkimusaineiston analysoimisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa minulla oli runsaasti sekä teoreettista että kokemusperäistä tietoa miehen sydäninfarktikoemuksesta jo ennen aineiston keruuta ja analyysiä. Kuitenkin tietoisesti, tarkoituksellisesti ja järjestelmällisesti vältin tutkimusaineiston hahmottamista aikaisemman tietoni kautta. Halusin saavuttaa miehen sydäninfarktikoemuksen tiedonantajien kokemana.

## 2 *Aineistojen kerääminen, transkriboiminen, yhdistäminen ja avoin lukeminen*

Haastattelin itse tiedonantajat. Haastattelujen jälkeen transkriboin aineiston sanatarkaksi tekstiksi tekstinkäsittelyohjelmaan tiedonantajittain. Haastatteluaineistosta kirjoitin ainoastaan puhutun kommunikaation. Muun kuin kielellisen ilmaisun kirjasin silloin, kun kommunikaatio muunsi kielellistä ilmaisua. Perusteluna oli, että käyttämälläni analyysimenetelmällä ei voi analysoida kielen ulkoista kommunikaatiota. Julkaistujen muisteluteosten aineiston kirjoitin myös kokonaisuudessaan sanatarkaksi tekstiksi. Transkriboituani haastattelut ja julkaistut muisteluteokset yhdistin ne yhdeksi tutkimusaineistoksi.

Aineistojen transkribointi tiedonantajittain oli puheen avointa lukemista. Avoimen lukemisen tarkoituksena oli syventää ennakkokäsityk-

seni sulkeistamista. Tässä vaiheessa eläydyin tietoisesti, syvällisesti ja perinpohjaisesti tiedonantajien sydäninfarktinkokemukseen. Avoimen luvuvaiheen aikana kuuntelin toistuvasti haastatteluja ääninauhoilta samalla kuin luin aukikirjoittamaani tekstiä. Yritin tavoittaa miesten sydäninfarktinkokemuksen mahdollisimman alkuperäisenä ja monivivahteisena siten kuin kohtaisin sen ensimmäistä kertaa. Pehdyin myös haastatteluista tekemiini päiväkirjamerkintöihin. Näin muodostin kokonaiskuvaa aineistosta ja sisältö tuli minulle ymmärrettäväksi.

### 3 *Aineiston jakaminen merkityksen sisältäviin yksiköihin*

Metodin kolmannessa vaiheessa erotin tutkimusaineistosta merkityksen sisältävät yksiköt tiedonantajittain. Merkityksen sisältävien yksiköiden erottaminen eteni intuitioni ohjaamana ja aineiston sisällöstä syntyneenä ymmärryksenäni. Jaoin aineiston merkityksen sisältäviin yksiköihin siten, että tutkimukseni kannalta oleelliset ilmaisut eli miehen sydäninfarktinkokemuksen merkitykset irtautuivat aineistosta. Tämä tapahtui tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien ohjaamana (ks. luku 3). Erotin oleellisen ilmaisun merkityksen vaihtuessa eli tiedonantajan alkaessa kuvata aiemmasta poikkeavaa sydäninfarktinkokemuksensa merkitystä. Merkityksen sisältävät yksiköt ilmaisivat miehen sydäninfarktinkokemuksesta olennaisen eli sellaisenaan ymmärrettävän merkityksen. Merkityksen sisältävä yksikkö määrittyi merkityksiä ilmaisevan sisällön, ei sen muodon tai laajuuden perusteella.

Merkityksen sisältävät yksiköt erotin toisistaan siten, että selkeästi kävi ilmi, missä merkityksen sisältävä yksikkö loppui ja seuraava alkoi. Konkreettisesti toteutin tämän erottamalla kunkin merkityksen sisältävän yksikön omaksi kappaleekseen. Haastattelujen oleellinen ilmaisu muodostui yhdestä tai useammasta tiedonantajan ja minun puheenvuorosta, lauseesta, virkkeestä tai sanasta sekä kysymyksistäni ja lyhyistä kertomiseen kannustavista puheenvuoroistani. Muisteluteosten oleellinen ilmaisu koski lausetta, virkettä tai kappaletta, joskus jopa useaa kappaletta. Tämän seurauksena tutkimusaineisto jäsenyi siten, että jatkoanalyysi mahdollistui.

#### 4 *Aineiston pelkistäminen ja puhekieleltä yleiskielelle muuntaminen*

Tässä vaiheessa pelkistin ja muunsin tutkimusaineiston puhekieleltä yleiskielelle tiedonantajittain. Pelkistämisen toteutin siten, että kirjoitin tutkimusaineistosta miehen sydäninfarktinkokemuksen merkitykset tiivistettynä sekä puhekieleltä yleiskielelle ja yksikön kolmanteen persoonaan muunnettuna. Tämän lisäksi karsin aineistosta tutkimukselle selvästi epäolennaisen aineksen pois. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät ohjasivat aineiston pelkistämistä ja muuntamista. Pelkistämisen- ja muuntamistyössä käytin mahdollisimman yksiselitteistä kieltä, jotta sydäninfarktinkokemuksen merkitykset nousivat selkeästi esille aineistosta.

Ennakkokäsitysten sulkeistamisen vaatimus korostui tässä metodin vaiheessa, koska miesten ilmaiset merkitykset kohtasivat tarkoituk-

sellisesti minun (tutkijana) koetun maailman merkitysyhteydet. Jos merkitysyhteyksieni sisältö ei olisi ollut tiedossani, se olisi saattanut jopa systemaattisella tavalla vääristää miesten ilmaisujen pelkistämistä ja muuntamista. Vaihe vaati intensiivistä keskittymistä ja vastaanottoherkkyyttä. Pelkistäminen ja puhekieleltä yleiskielelle muuntaminen oli vaativa tehtävä, koska tiedonantajien sydäninfarktikoemuksen keskeinen sisältö tuli säilyttää ja toisaalta yleiskielelle muunnetun tekstin tuli olla yksiselitteistä ja teoreettisiin käsitteisiin sitoutumatonta.

Refleктоivan mielikuvituksen ja intuition avulla etsin miehen sydäninfarktikoemuksesta olennaisen. Tein mielikuvatasolla tapahtuvaa muuntelua, kunnes kykenin ilmaisemaan selkeästi merkityksen sisältävän yksikön ydinmerkityksen. Tämä oli tärkeä analyysin vaihe, koska sen perusteella tunnistin, nimesin ja muodostin seuraavassa vaiheessa tutkimusaineistoa jäsentävät sisältöalueet.

Konkreettisesti toteutin tämän analyysivaiheen siten, että muodostin tekstinkäsittelyohjelmaan kaksi saraketta. Vasempaan sarakkeeseen sijoitin aineiston sellaisena kuin se oli edellisessä eli 3. analyysivaiheessa. Oikeaan sarakkeeseen kirjoitin tekemäni pelkistykseen ja muunnoksen. Näin toimien saatoin vertailla tekstejä keskenään ja vältyin tekstien sekaantumiselta. Tästä seurasi myös, että minulle ei tullut epäselvyyttä siitä, mistä merkityksen sisältävästä yksiköstä päädyin mihinkin pelkistykseen ja muunnokseen.

5 *Aineistoa jäsentävien sisältöalueiden tunnistaminen, nimeäminen ja muodostaminen*

Tutkimusaineistoa jäsentävät sisältöalueet tunnistin, nimesin ja muodostin siten, että luin aluksi avoimesti edellisen vaiheen tiedonantajatasoanalyysin tulokset (analyysivaihe 4). Tämän jälkeen pelkistetyistä ja yleiskielelle muunnetuista yksiköistä tunnistin, nimesin ja muodostin tutkimusaineistoa jäsentävät sisältöalueet aineistolähtöisesti. Lukiessani avoimesti aineistoa tunnistin, nimesin ja muodostin uuden sisältöalueen aina, kun siihen liittyvä merkityssisältö ilmaantui aineistossa. Sisältöalueet jäsensivät, rajasivat ja kuvasivat miehen sydäninfarktikoemuksen merkityksiä.

Tästä lähtien käytin apuna kvalitatiivisen tutkimusaineiston koodaamiseen tarkoitettua Atlas.ti-tietojenkäsittelyohjelmaa. Atlas.ti-tietojenkäsittelyohjelmaa hyödyntäen aineisto sai muodon, jossa jokainen sisältöalue muodosti oman tiedostonsa.

6 *Pelkistetyn ja yleiskielelle muunnetun aineiston siirtäminen sisältöalueisiin*

Kuudennessa vaiheessa jatkoin analyysiä siten, että siirsin pelkistetyn ja puhekieleltä yleiskielelle muunnetun aineiston (4. analyysivaihe) sitä jäsentävään sisältöalueeseen (5. analyysivaihe). Sijoitin merkityksen sisältävän yksikön pääsääntöisesti yhteen sisältöalueeseen. Kuitenkin osa kielellisistä ilmauksista sisälsi toisiinsa kietoutuneita ja monimielisiä merkityksiä. Näiden ilmausten toisistaan erottaminen oli usein vaikeaa. Tällaisissa

tapauksissa siirsin merkityksen sisältävän yksikön kaikkiin asiaankuuluviin sisältöalueisiin. Päädyin tähän, koska epäselvissä tapauksissa oli parempi toimia näin kuin pakottaa se yhteen sisältöalueeseen, koska jokin tärkeä sydäninfarktikoemuksen merkitys olisi voinut jäädä analysoimatta.

Tämän analyysivaiheen tuloksena eri miesten samankaltaiset sydäninfarktikoemuksen merkitykset asettuivat toistensa yhteyteen. Kunkin sisältöalueen merkityssisällöt muodostivat yhtenäisen ja ehjän kokonaisuuden. Sisältöalueista löysin myöhemmin toistuvia ja ainutkertaisuudessaan merkittäviä miehen sydäninfarktikoemuksen merkitystihentymiä.

## 7 *Aineistoa kuvaavien sisältöalueiden avoin lukeminen ja tarkentaminen*

Tästä eteenpäin analyysi siirtyi tiedonantajatasolta kaikkien tiedonantajien tasolle. Tämän vaiheen aineistona oli sydäninfarktikoemuksen sisältöalueet (6. analyysivaihe). Sydäninfarktikoemuksen merkityksiä en mieltänyt enää tietyn miehen kokemuksina, vaan sydäninfarktikoemuksen merkityksinä yleensä. On kuitenkin huomattava, että merkitykset olivat palautettavissa alkuperäiseen aineistoon aikaisempien analyysivaiheiden kautta.

Aluksi luin avoimesti edellisissä vaiheissa muodostetut sisältöalueet, tarkensin niille antamani nimet ja sisällön vastaavuuden. Sisältöalueiden avoimen lukemisen tavoitteena oli kokonaiskuvan saaminen miehen sydäninfarktikoemuksen merkityksistä. Kun tarkastuksen yhteydessä havaitsin tiettyyn sisältöalueeseen kuulumattomia merkityksiä, siirsin ne

toiseen sisältöalueeseen tai muodostin niistä aineistolähtöisesti uuden sisältöalueen, johon siirsin kyseiset merkitykset.

Analyysivaiheiden 5.–7. tuloksena muodostin hierarkkisesti samantasoisia sisältöalueita. Tässä vaiheessa en vielä tuottanut ylä- ja alasisältöalueita.

#### 8 *Aineistoa kuvaavien ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen tunnistaminen, nimeäminen ja laatiminen*

Syntyneistä sisältöalueista tunnistin, nimesin ja laadin ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen tiedonantajatason eli yksittäisten miesten analyysin tuloksena syntyneistä sisältöalueista (vaiheet 5.–7.). Aluksi tunnistin, yhdistin ja nimesin saman ilmiön piiriin kuuluvat, mutta aiemmin erillään tarkastellut sisältöalueet alasisältöalueiksi. Alasisältöalueiden tunnistamista ja nimeämistä seurasi yläsisältöalueiden tunnistaminen, nimeäminen ja laatiminen. Yläsisältöalueet tunnistin, nimesin ja laadin yhdistämällä saman ilmiön piiriin kuuluvat alasisältöalueet.

Ylä- ja alasisältöalueiden rakenteen tunnistaminen, nimeäminen ja laatiminen olivat osa abstrahointiprosessia. Abstrahoidessani miehen sydäninfarktinkokemuksen merkityksiä etenin alkuperäisaineistossa esiintyneistä kielellisistä ilmauksista ensin sisältöalueisiin ja niiden perusteella ylä- ja alasisältöalueisiin. Abstrahointia jatkoin tunnistamalla, nimeämällä ja tarkentamalla ylä- ja alasisältöalueita niin kauan, että rakenne täsmentyi.



9 *Ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen tarkistaminen ja täydentäminen*

Yhdeksännessä analyysivaiheessa tarkistin systemaattisesti edellisessä vaiheessa muodostamani ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen. Tämän jälkeen siirsin muodostettuihin ylä- ja alasisältöalueisiin tiedonantajataso analyysin tulokset. Seuraavaksi luin kutakin ylä- ja alasisältöaluetta avoimesti ja vertasin nimiä ja sisältöjä keskenään. Mikäli tarkastuksen yhteydessä havaitsin alasisältöalueeseen kuulumatonta aineistoa, siirsin sen sopivampaan alasisältöalueeseen tai muodostin siitä uuden alasisältöalueen. Jatkoin tätä niin kauan, että kykenin selkeästi ilmaisemaan ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen ja sisällön.

Tämän vaiheen lopputuloksena syntyi kuva miehen sydäninfarktikoemuksesta äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Sen perusteella loin miehen sydäninfarktikoemusta kuvaavan merkitysverkoston.

10 *Miehen sydäninfarktikoemusta kuvaavan merkitysverkoston muodostuminen*

Tutkimukseni tarkoituksena oli tarkastella ja kuvata miehen sydäninfarktikoemus äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Merkitysverkoston luominen oli tärkeä osa tutkimukseni tuloksia. Miehen sydäninfarktikoemusta kuvaava merkitysverkosto jäsenyyi

ylä- ja alasisältöalueiden kautta (kuvio 1). Miehen sydäninfarktikoemusta kuvaava merkitysverkosto on tiivis kielellinen ja kuvallinen esitys miehen kokemuksesta äkillisestä, henkeä uhkaavasta sairaudesta ja potilaana olemisesta.

### *11 Johtopäätökset ja tulosten vertailu aikaisempaan tietoon*

Merkitysverkoston laatimisen jälkeen tutustuin uudelleen ja uuteen sydäninfarktikoemusta koskevaan kirjallisuuteen. Saamiani tuloksia tarkastelin suhteessa ilmiöön liittyvään hoitotieteen ja muiden relevanttien tieteenalojen tutkimuskirjallisuuteen ja aikaisempaan tutkimustietoon.

#### 4.4 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä tarkastelen aluksi vaikeasta kokemuksesta kertomista ja tutkimuksesta tiedottamista tiedonantajille. Tämän jälkeen eettisten kysymysten tarkastelu kohdistuu luottamuksellisuuteen ja anonymiteettiin. Lopuksi mielenkiinto kohdistuu tutkimustulosten raportoimiseen sekä tutkimukseen suostumiseen ja siitä mahdollisesti koituvaan haittaan.

*Vaikeasta kokemuksesta kertominen*

Sydäninfarktiin sairastuneita miehiä oli sangen helppoa saada tutkimukseeni tiedonantajiksi. Tämä johtui siitä, että tiedonantajat pitivät ankarasta kokemuksesta kertomista tarpeellisena ja jopa terapeuttisena. (Orb ym. 2001; Burns ja Grove 2003, 162–163). Osallistumista motivoi myös se, että sydäninfarktista kertominen ei ollut häpeällinen tai kielteinen kokemus. Useat tiedonantajat ilmaisivat osallistuvansa mielellään tutkimukseeni ja käyttävänsä aikaa kokemuksistaan kertomiseen (Munhall 1994, 166; Atkinson 1998, 12–13; Hokkanen ym. 2002). Olin tietoinen, että arkojen aiheiden pohtiminen vaikutti tiedonantajien tunteisiin ja elämään. Kuitenkin miehet toivat esille, että kokemuksistaan kertomalla he haluavat auttaa muita vastaavassa elämäntilanteessa olevia. Aiheen tutkimisen oikeutus nouseekin juuri edellä mainituista seikoista sekä pyrkimyksestäni tutkimustietoa lisäämällä parantaa sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kohtaamista, ymmärtämistä ja hoitamista (Paavilainen 2001, 27; Steinke 2004).

Haastattelujen kuluessa usein todentui, että tiedonantajat lievittivät henkistä taakkaansa kertoessaan pahanolontunteestaan ja ongelmistaan aktiiviselle kuuntelijalle (Atkinson 1998, 35; Jyväskylä ja Åsted-Kurki 1998). Haastattelutilanteissa olin tietoinen, että ainoa tavoitteeni oli kerätä aineistoa tutkimustani varten. Tietoisesti vältin joutumasta tilanteeseen, jossa tiedonantajan ja minun välille olisi kehittynyt kvasiterapeuttinen suhde (Kvale 1999). Ennen aineiston keruuta pohdin tutkimuseettisiä kysymyksiä ja tiedonantajien suojelua, jotta en haastatteluillani vahingoittaisi heitä (Cohen 2000b; Munhall 2001a; Barrett 2002; Miller 2004).

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan pohtia myös haastattelukysymysten ajankohdan kannalta, sillä tutkimukseen osallistuneet miehet olivat hiljattain äkillisesti ja henkeä uhkaavasti sairastuneita. Haastattelupyynnön vastaanottaminen siinä tilanteessa saattoi tuntua epäolennaiselta asialta. Tästä huolimatta miehet suhtautuivat vakavasti haastatteluun ja halusivat auttaa uuden tiedon tuottamisessa. Jotkut miehet kertoivat haluavansa auttaa muita vastaavaan tilanteeseen joutuneita osallistumalla haastatteluun, vaikka se ei heitä itseään auttaisikaan. Toiset taas totesivat, että haastattelu oli heille terapeutin kokemus. Kokemuksen terapeuttisuus syntyi siitä, että he saivat rauhassa ja omalla tavallaan kertoa sydäninfarktitekemuksestaan.

Haastattelutilanteiden eettiset ongelmat syntyivät siitä, että jotkut tiedonantajat asennoituivat minuun hoidonantajana. He tiedustelivat sairaudestaan ja terveydentilastaan sekä pyysivät minua ottamaan kantaa sairautensa hoitoon. Kysymykset koskivat sydäninfarktin hoito-ohjeita, oireita, vaarallisuutta ja ennustetta. Tarkemmat kysymykset kohdentuivat nitroglyseriinitablettien käyttöön, lääkityksen omatoimiseen muuttamiseen ja uusien sydänperäisten oireiden ilmaantumiseen sekä hoidon tehottomuuteen. Ratkaisin nämä eettiset ongelmat siten, että tein tiedonantajille tiettäväksi roolini haastattelutilanteessa. Ilmaisin selkeästi, että en voi eettisesti enkä juridisesti ottaa kantaa heidän sairautensa hoitoon. Kehotin heitä ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen, sairaalaan tai hoitavaan lääkäriin. Yhtä potilasta kehotin päivystysluonteisesti menemään välittömästi terveyskeskuksen päivystysvastaanottoon tai sairaalan päivystyspoliklinikalle, koska hänen ilmaisemansa oireet vaikuttivat sellaisilta, joihin tuli pikaisesti ottaa kantaa terveydenhuollossa.

Haastattelutilanteissa toimin siten, että tilanne oli neutraali, luottamuksellinen, keskusteluun motivoiva ja myönteinen kokemus haastateltaville. Ymmärsin, että vaikeasta kokemuksesta kertominen saattoi aiheuttaa ahdistuneisuutta, tuskaa ja pahanolontunnetta. Tämän vuoksi tarkkailin tiedonantajien reaktioita, tunneilmaisua sekä psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Haastattelun jälkeen kysyin kaikilta miehiltä haastattelukokemuksesta saadakseni selville heidän psyykkisen tilansa. Kukaan haastatelluista ei ilmaissut voimakkaita tunteita, jotka olisivat vaatineet jälki-interventioita. Ilmaisinkin haastateltaville, että tarvittaessa he voivat jälkepäin ottaa minuun yhteyttä.

### *Tutkimuksesta tiedottaminen tiedonantajille*

Tutkimukseen osallistuneet miehet saivat tietoa tutkimuksestani ja siihen osallistumisesta sekä suullisesti että kirjallisesti (liite 2). Miehiltä pyydettiin myös kirjallinen suostumus tutkimukseen suostumisesta. Tiedonantajien henkilöllisyys ei paljastunut ulkopuolisille missään tutkimuksen vaiheessa. (Kyngäs ym. 2004; Lindqvist ym. 2004; Steinke 2004; Lyytikäinen 2005; Olsson ym. 2005.)

Tiedonantajien etsimisessä vältyin salassapidon ongelmilta, koska opastin sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajia, sydäninfarktihoitajan ja sydänkuntoutusohjaajan kertomaan yksiköissään asianomaisille miehille tutkimuksestani. Korostin osallistumisen vapaaehtoisuutta, oikeutta pysyä tuntemattomana ja aineiston luottamuksellista käsittelyä. Kerroin saatekirjeessä (liite 2) ja myöhemmin suullisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja

haastattelun ominaispiirteistä. Tiedonantajien itsemääräämisoikeutta kunnioitin muistuttamalla mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Tiedonantajiksi suostuneet toimittivat minulle postitse suostumuslomakkeen (liite 3). Lomakkeeseen he kirjasivat yhteistietonsa ja allekirjoituksellaan ilmaisivat halukkuutensa osallistua tutkimukseeni. (Lappalainen ym. 2004; Lindqvist ym. 2004; Steinke 2004; Ekstedt ja Fagerberg 2005; Fontana ja Frey 2005; Koskinen 2005; Lyytikäinen 2005; Olsson ym. 2005; Smith 2005.)

Tutkimuseettiset periaatteet ohjasivat toimintaani ottaessani yhteyttä puhelimitse tiedonantajiin ensimmäisen haastattelun sopimiseksi. Informoin tiedonantajia käsillä olevasta tutkimuksesta. Kerroin heille tutkimukseni tarkoituksen, menetelmät ja haastattelupaikkojen vaihtoehdot. Haastattelut toteutuivat tiedonantajien kannalta luontevassa ja turvallisessa paikassa, koska he saivat valita haastattelupaikan ja -ajankohdan. Koska käytin haastattelutyypinä avointa haastattelua (Morse ja Field 2002, 44–45; Burns ja Grove 2003, 166–176; Fontana ja Frey 2005), tiedonantajat saivat päättää, mitä he kertoivat sydäninfarktinkokemuksestaan. Heitä ei painostettu eikä haastatteluja ohjattu muutoin kuin tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän ohjaamana siten, että heidän esiin nostamiaan kokemuksia syvennettiin haastattelujen myöhemmissä vaiheissa. Hiljattain ja äkillisesti sairastunut tiedonantajana, tutkimuksen arkaluonteisuus ja tiedonantajien koti haastattelupaikkana edellyttivät minulta ankaraa eettisten näkökohtien huomioon ottamista.

*Luottamuksellisuus ja anonymiteetti*

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat kysyivät ensin miehiltä halukkuutta osallistua tutkimukseen tai lupaa osallistumiselleni sydäninfarktiryhmään. Saatua kirjallisen luvan (liite 3) otin puhelimitse yhteyttä asianomaisiin ja kerroin heille haastattelun luonteesta: arvioidusta kestosta, keskusteltavasta asiasta, nauhoituksesta, vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetin säilyttämisestä. Tein selväksi, että haastattelut käsitellään nimettöminä ja siten, ettei henkilöllisyys paljastu ulkopuolisille tutkimusprosessin missään vaiheessa. (Munhall 1994, 165; Haber 1998; Backman 2003; Gerrish 2003; Burns ja Grove 2003, 171–173; Kyngäs ym. 2004; Miller 2004; Ekstedt ja Fagerberg 2005.)

Tiedonantajien oikeuksien loukkaamista vähensi tutkimussuunnitelmani kriittinen tarkastelu ennen tutkimusluvan myöntämistä. Sairaaloiden eettiset toimikunnat ja tulosyksikön johtajat tai ylilääkärit myönsivät luvan aineistonkeruuta varten sairaalassaan sen jälkeen, kun olin tehnyt ehdotetut korjaukset tutkimussuunnitelmaani. Tutkimusaiheen arkaluonteisuuden vuoksi tarkistin ensimmäisen haastattelun alussa potilaan suostumuksen ja tietoisuuden aineiston käyttämisestä tutkimustarkoitukseen.

Julkaistun muisteluteoksen osalta tutkimusluvan myönsivät kirjoittaja itse ja teoksen kustantajat. Koska toinen kirjoittajista oli kuollut, tyydyin hänen osaltaan kustantajan lupaan.

Salassapidon ongelmilta vältyin, koska tapasin tiedonantajat pääsääntöisesti vasta sen jälkeen kun he olivat saaneet alkuinformaation hoitotyöntekijöiltä ja suostuneet kirjallisesti tutkimukseni tiedonantajiksi.

Kahdesti tapasin kriteerit (luku 4.2.1) täyttäviä miehiä ennen heidän suostumustaan. Tämä tapahtui sairaalan sydäninfarktiryhmässä. Tällöinkin ennen ryhmään saapumistani sydäninfarktihoitaja kertoi ryhmän jäsenille suunnitteilla olevasta tutkimuksestani ja pyysi osallistujilta luvan osallistumiselleni. (Olsson ym. 2005.)

Tutkimukseni eettisiä uhkia vähensi se, että ulkopuoliset eivät päässeet tutustumaan tiedonantajien henkilötietoihin. Tämä johtui siitä, että keräsin, transkriboin ja analysoin sekä säilytin itse aineistoni. (Calvin 2004; Varcoe ym. 2004.) Eettisten ongelmien syntymistä ehkäisi myös se, että tutkimustulokset esitettiin kaikkia tiedonantajia koskevassa muodossa. Tekstistä ei ilmene, kenen tiedonantajan kokemuksesta oli kyse.

### *Tutkimustulosten raportoiminen*

Tutkimukseni tulokset raportoin avoimesti ja rehellisesti. Raporttia kirjoittaessani kiinnitin erityistä huomiota siihen, että osallistujien anonymiteetti säilyi siitä huolimatta, että esitin runsaasti autenttisia lainauksia aineistostani. Varmistin huolellisesti lukemalla myös, että raportissa ei paljastu sellaista, mikä aiheuttaa tiedonantajille hankaluuksia. (Kosonen 2001, 137; Burns ja Grove 2003, 172–173.)

Tutkimusraporttia kirjoittaessani lähdin siitä, että tehtäväni tutkijana oli sekä suojella miesten yksityisyyttä että tuottaa uutta tietoa. Siksi pidin sydäninfarktitekemukseen liittyvät yksityiskohdat mahdollisimman autenttisina. Niiden muuttamisen sijaan vaikeutin sellaisten päättelyketjujen rakentamista, joiden varassa lukijat voisivat yhdistää useamman samaa



henkilöä koskevan näytteen toisiinsa ja siten hankkia itselleen tietoa tunnistamistaan henkilöistä. Tarkoitin tällä sitä, että suoria lainauksia ei yksilöity kenenkään määritellyn henkilön sydäninfarktikoemuksiksi. Ainoastaan minulla oli tieto, keneen näytteiden pseudonyymit ja koodinumerot yhdistyivät. (Juvonen 2002, 66; Maijala ym. 2002; Craig 2004; Korhonen ja Kaunonen 2004; Miller ym. 2004; Varcoe ym. 2004.)

### *Tutkimukseen suostuminen ja siitä koituva haitta*

Tärkeänä tutkimuseettisenä ohjeena pidin sitä, että tiedonantajat tiesivät, mihin he olivat ryhtymässä suostuessaan haastatteluun. Tiedonantajille kerrottiin suullisesti ja kirjallisesti tutkimusta ja tutkijaa koskevat tiedot (liite 2). Näin tiedonantajat saattoivat arvioida sekä tutkimuksen tekijän että omia motiivejaan, kuten myös sitä, millaisia myönteisiä tai kielteisiä seurauksia tutkimukseen osallistumisesta voisi olla heille. (Orb ym. 2001; Markman 2004; Miller 2004; Steinke 2004.)

## 5 TULOKSET

Miehen sydäninfarktikoemuksesta löysin haastatteluaineiston ja julkais-  
tujen muisteluteosten fenomenologisen analyysin perusteella kuusi yläsi-  
säältäaluetta: kuolemanvaarassa oleminen, hoidonantajien ominaisuudet,  
sairaalapotilaaksi joutuminen, perheen kohtaaminen, kohtalotoveruuden  
jakaminen ja sairaalasta kotiutuminen. Yläsisäältäalueet jakautuivat alasi-  
säältäalueisiin. Analyysin lopputuloksena syntyi miehen sydäninfarktiko-  
kemusta kuvaava merkitysverkosto. Tutkimuskysymykset ohjasivat ai-  
neistolähtöisesti tulosten ja merkitysverkoston syntymistä. Esitän tässä  
luvussa saamani tulokset. Niiden elävöittämiseksi esittelen näytteitä alku-  
peräisestä aineistosta. Autenttista lainausta edeltää tiedonantajan pseudo-  
nyymi, ikä, tiedonantajan koodinnumero ja lainauksen rivinumerot.

Miehen sydäninfarktikoemusta tarkastelin äkillisen, henkeä uh-  
kaavan sairauden ja potilaana olemisen näkökulmasta. Tutkin kokemusta  
aikaan ja paikkaan sitoutuneina merkityksinä. Ajallisen ulottuvuuden mer-  
kitykset sijoittuivat peräkkäiseen järjestykseen jatkumoksi. Tämä jatkumo  
ilmeni aineistonkeruuhetkellä menneisyyden ja nykyhetken kokemuksina  
sekä tulevaisuuden näkyminä. Paikallisen ulottuvuuden merkitykset puo-  
lestaan kehkeytyivät sairastumispaikasta, ensihoidosta ja sairaalahoidosta  
sekä kotiutumisesta, kotona olemista ja uudelleen sairaalaan palaamisesta.

## 5.1 Kuolemanvaarassa oleminen

Kuolemanvaarassa olemiseen liittyvät kokemukset syntyivät sairastumispaikalla, sairaankuljetuksen aikana, päivystyspoliklinikalla, sydänvalvonta- ja teho-osastolla, päivystysosastolla sekä sisätautien vuodeosastolla ja ajanvarauspoliklinikalla. Kuolemanvaarassa olemisen merkitykset olivat seuraavat:

### Hädästä huolestuminen

- Sairastumisesta hätäntyminen
- Hätäilmoituksesta kiusaantuminen

### Kuolemantuskan sietäminen

- Sivuseikkoihin takertuminen
- Kuolemantuskan hellittäminen

### Vaaranalaisuuden kestäminen

- Kuolemantuskan palaaminen
- Yksin jäämisestä pelästymisen

### Apuun pakottautuminen

- Riippuvuudesta hämmentyminen
- Kalvavasta potemisesta uupuminen

### Eristäytymisen vähentyminen

- Siirtymisvalmisteluista lientyminen
- Yksinolosta helpottuminen
- Yksinolosta kurjistuminen

### Epävarmuudesta erkautuminen

- Sairauden orjuudesta vapautuminen
- Sairauden vangiksi jääminen
- Tervehtymisestä huojentuminen

### 5.1.1 Häädystä huolestuminen

#### *Sairastumisesta hätäntyminen*

Sairastumishetki oli haasteellinen äkillisesti ja nopeasti heikentyvän terveydentilan ja kuolemanvaaran vuoksi. Sairastumishetki oli usein raju ja voimakas, omituisen tuntuinen sekä henkisesti vaikea ja vaurioittava kokemus. Sairastumisen aiheuttama hätä, pelko ja ahdistuneisuus johtuivat varautumiskyvyttömyydestä. Kuitenkin paikalla olleiden ripeyden ansiosta Veikko sai nopeasti ammatillista apua, minkä ansiosta hän uskoi pelastuneensa. Hätää lievitti maallikkoauttajien ja paikalla olevien ihmisten läsnäolo. Kari uskoi, että yksin oleminen sairastumishetkellä olisi ollut henkisesti vaurioittava tapahtuma, josta olisi ollut tuskallista toipua. Kauko (56 v.) kertoi hätäntymisestään (TA 13: 211–216, 397–413):

*Ja kyllä se järkytys oli. Siis se oli järkytys lähinnä se kova tuska ja se. Miten mä nyt sanosin. Että ei ollu hyvä olla sängyssä, mutta ei ollu hyvä olla ylhäälläkään ja. Jotenki semmonen uskomaton tunne, että mitäs nyt on tapahtunu. Uus tilanne. Täysin uus tilanne joo. Ei siinä. Siinä ei oikeestaan vielä ehtiny ajatella mitään pelkoja, vaan se, että ihmetteli itsekin, mikähän tähän käteen muun muassa tuli ja mikä tuska tuli tuohon rintaan ja. Tietenki siinä sitte se kylmä hiki teki sellasen tavallaan. Miten mä nyt sanosin, semmosii jännitysnäytelmän tunteen, että siinä oli jotakin outoa niin oli täss hommass kumminki. Että sillä tavalla voi ajatella, että pelkäs, että mikä tän hienkin muun muassa nostatti siihen ja.*

--

*Ja sitt todella se, että kun ei ollu sängyssä hyvä olla eikä ollu, jos meni makaamaan, niin tuntu, että sitte on hypättävä*

*ylös. Mutt sitt kun nousi ylös, niin taas oli mentävä makaa-  
maan ja. Ett missään ei ollu hyvä olla.*

Sairastumishetkeä luonnehti usein kaoottisuus ja voimakas sairauteen keskittyminen sekä sydänperäinen rintakipu. Sairastumishetken sekasortoisuutta voimisti tapahtuman epämääräisyys, kyvyttömyys tunnistaa terveydentilan muuttumista ja vääristynyt käsitys terveydentilasta sekä sydäninfarktia koskeva tietämättömyys. Vaikeus hahmottaa ja ymmärtää sairastumisen jälkeisiä tapahtumia, monien asioiden yhtäaikaisuus ja niiden helittämätön pohtiminen vahvistivat kokemuksen outoutta ja hätää. Lopulta ylivoimaisesta ja sietämättömästä sairastumistilanteesta kehkeytyi epätodellisuuden kokemus. Tämä kokemus syntyi voimakkaan ahdistuneisuuden virittämästä kyvyttömyydestä ymmärtää, käsitellä ja kestää sairastumishetken harmia ja hankaluuksia. Epätodellisuuden kokemus oli pakekeino huolestuttavasta, ahdistavasta ja pelottavasta tilanteesta sekä kuolemanvaarasta. Kari (44 v.) kuvasi kokemustaan (TA 01: 4268–4274):

*Saattaa tulla hetkittäin sellanen, sellanen vähän semmonen epätodellinen olo vieläkin siitä. Että, että onks tää nyt silleen tottakaan. Ett sitä jollain tavalla niinko – tavallaan niinko pakenee sit sitä, sitä välillä sitä asiaa, että eihän mulle oo voinu tapahtua se mitä on tapahtunu,ett.*

*Hätäilmoituksesta kiusaantuminen*

Hätäilmoituksen tekeminen oli piinallinen, hävettävä ja tuskallinen toimi. Hätäkeskuksen päivystäjän kanssa keskusteleminen tuntui vaivalloiselta ja ikävältä. Terveystilan luonnehtiminen tuntui vaikealta, koska viimeistään tässä vaiheessa sairastuminen ja sen aiheuttama tuska sekä kuolemanvaara tulivat vääjäämättä tietoisuuteen. Tämän estämiseksi omakoh-  
 taisen hätäilmoituksen tekemistä vältettiin ja pyydettiin toista toimimaan puolesta. Veikko pyysi työtoveriaan ottamaan nimissään puhelinyhteyden hätäkeskukseen, koska hän oli hätäntynyt, epäili omaa toimintaansa ja oli epävarma tavastaan toimia tilanteessa. Hän oletti ettei pystyisi tekemään niin selkeää hätäilmoitusta, että ensihoitajat tavoittaisivat hänet viiveettä. Veikko (50 v.) selosti hätäilmoituksen tekemistä (TA 15: 302–317):

*Sitte mietin sitä, että suoraan hälytyskeskukseen soittaminen ei ehkä oo järkevää, koska se oli kuitenkin sisätiloissa. Ne ei ois etes löytäny sinne sinne. Ja sitte, jos ne ois lähteny jostai jonku muun firman kautta ettimään sinne, niin siinä ois voinu tulla myöskin monennäköstä paniikkia sitte vielä vielä. Että sitte.*

*Että joo, että se yks firma, mikä siellä on niin, missä nyt on tuttuu porukkaa, niin tota, ett soitin sinne ja sanon niin, että nyt ehkä ois syytä niinkun tilata ambulanssi. Että tota. No he tuliki, tai sielt tuliki se yks nainen sinne alas että. Ja siitä se lähti sitte.*

Sakarista tuntui kiusalliselta keskustella hätäkeskuksen päivystäjän kanssa vaimon tehdessä hätäilmoituksen. Hän ei ymmärtänyt hätäkeskuksen päi-

vystäjän keskusteluhalukkuutta sairastuneen kanssa sairastumistilanteessa. Hän sai jälkepäin tietää, että toiminta perustui potilaan terveydentilan ja avuntarpeen arviointiin.

Sakarin kerrottua päivystäjälle sairastumisestaan päivystäjä pyysi odottamaan puhelinta sulkematta. Yksin puhelimeen jääminen oli kiusallista, ahdistavaa ja ikävää. Hätäkeskuspäivystäjä olisi voinut ehkäistä pahanolontunnetta kertomalla lyhytaikaisesta puhelinlinjalta poistumisestaan. Sakari (52 v.) valaisi päivystäjän kanssa käymäänsä keskustelua (TA 16, 785–789):

*Suurin epätoivon hetki oli sill sillä hetkellä, ku 112 pyysikin mua itseäni henkilökohtaisesti puhelimeen. Mä kiemurtelin siin sohvilla. Se on semmonen tunne niinkun iso lankku olis tässä rinnan päällä. Ja siihen oli laitettu vielä henkilöauton rengas painoks siihen lankun päälle.*

*Ja se kysy mun olotilaani. Ja mä selitin sen ja siinä vaiheessa oli sellanen epätoivon hetki, kun se 112 sano, että 'odota hetkinen'. Ja se tuntu pitkältä se aika. Se tuntu niin pitkältä, että mä annoin luurin pois vaimon käteen ja sanoin 'mä en jaksa odottaa'. Mut hän oli tekemässä silloin hälytystä sinne helikopterille. Ois, jos ois, jos hän ois sanonu, mitä hän on tekemässä, niin se ois helpottanu varmaan.*

Sairastumisen vakavuuden ymmärtäminen oli yhteydessä sairastumishetken oireiden voimakkuuteen. Oireiden äkillisyydestä ja ankaruudesta pääteltiin sairauden vaikea-asteisuus ja kuolemanvaara. Martti teki hätäilmoituksen itse. Tämän jälkeen hän koki kiusaantuneisuutta ja suuntasi huomionsa ammattiauttajien odottamiseen ja kuolemalta pelastumiseen.

## 5.1.2 Kuolemantuskan sietäminen

### *Sivuseikkoihin takertuminen*

Sivuseikkoihin takertuminen oli puolustautumisyritys epätoivoisessa tilanteessa sairaankuljetuksen aikana. Kuolemantuskassa miehet suojautivat omaksumalla välinpitämättömän suhtautumisen sekä sairauteensa että itseensä. Huomion kohdistaminen epäolennaisuuksiin ja vaikean nykyhetken sijasta muihin asioihin oli keino yrittää sietää tilanteen tuskallisuutta.

Sietämättömässä tilanteessa piittaamattomuus oli kuitenkin riittämätön suojautumiskeino. Tällöin suojauduttiin tukeutumalla näennäisesti ulkopuolisen tarkkailijan rooliin. Tarkastelun kohteeksi tuli sietämättömän kokemuksen sijasta toisarvoiset asiat. Vähämerkityksisiin seikkoihin paneutuminen oli helpompaa kuin kestävämmän tilanteen kohtaaminen. Einari selitti huomion kiinnittämistä epäolennaisuuksiin sairaankuljetuksen aikana (TA 18: 2497–2507):

*Nyt näkyy ambulanssin ikkunasta puunlatvoja ja sitten korkeita tornimaisia rakennuksia. Ne ovat Maitojalosteen, nykyisin Normilkiksi kutsutun, torneja. Tiedän, että olemme lähestymässä Seinäjokea ja kohti keskussairaala. Olemme maitojen koontipaikalla, joksi tuota Normilkin tehdasta voisi kutsua. Sinne kootaan kymmenien kilometrien säteeltä lähes kaikki lehmien anti, maito. Siellä maitoa käsitellään ties miten. Lopputuloksena ulos tulevat viilit, jogurtit, piimät, voit ja erilaiset maidot.*



### *Kuolemantuska hellittäminen*

Sairaankuljetuksen aikana turvattomuus ja pelko olivat tärkeimpiä kuolemantuskaa pahentavista tekijöitä. Rintakipu, paleleminen ja parantumisen epävarmuus aiheuttivat myös kuolemantuskaa. Esimerkiksi paareilta puotamisen mahdollisuus ja niiden rakenteellinen heikkous, ambulanssin nopeuden äkillinen vaihtelevuus ja liikkumisen ennakoimattomuus, kuljettajan taitamaton ajotapa sekä hälytyssireenin äänen kuuleminen pelästyttivät ja todistivat hädän olemassa oloa. Tämän seurauksena kuolemantuska voimistui.

Avun saatavissaolo ja laadukkuus lievitti kuolemantuskaa sairaankuljetuksen aikana. Viljoa auttoi tietoa, että laitteiden avulla elintointojen muuttumisesta saatiin ajantasaista tietoa, jonka perusteella viivyttelemätön hoito voitiin tarvittaessa aloittaa. Sakari (52 v.) toi esille sairaankuljetuksen aikaisen turvallisuuden kokemuksensa (TA 16: 1076–1082):

*Mutt se rauhotti, ku siin oli vieress istu raavas kaveri siinä onko se nyt toiset paarit vai onks siin istuin siin vieressä, mutta tota istu niinku poikittain ja vahti vahti mua, että mä pysyn paikallani. Olinhan mä remmeillä tukevasti kiinni siinä. Ne, hän kysy vointia muutaman kerran matkan aikana.*

### 5.1.3 Vaaranalaisuuden kestäminen

#### *Kuolemantuskan palaaminen*

Ensihetkiä päivystyspoliklinikalla leimasi ahdistavan vaaran kokeminen. Se ilmeni voimakkaana tuskaisuutena, avuttomuutena ja epämääräisenä riippuvuutena. Olotila tuntui sekavalta ja sekasortoiselta. Uhkakuva syntyi kuolemanvaaran ymmärtämisestä ja siitä, että lyhyen ajan kuluessa tapahtui liian paljon vaikeaymmärteisiä asioita. Pelko, epätietoisuus ja val-lankäytön kohteeksi joutuminen pahensivat tilanteen huolestuttavuutta. Heikki kuvasi päivystyspoliklinikkaa kauhistuttavimpana kuviteltavissa olevista hoitopaikoista. Hän (63 v.) totesi päivystyspoliklinikalla viettämästään ajasta ja kauhun kokemuksestaan (TA 12: 1140–1166):

*No se on semmonen semmonen, että -- se on oikeestaan se hirvein paikka. Siin koko tilanteessa siis siis tää ensiapupaikka, koska koska noin sinnehän tuodaan kaikki. Siellä kuulee ja näkee sitte kaikennäköstä huutoo ja valitusta ja vaikka mitä. Mulleki sanottiiki sitte seuraavana päivänäki, siellä hoitaja kysy, että sait sä yhtään nukuttua yöllä, että noin täällä oli niin hirvee yö, että ku isäinpäivää vietettiin niin rajusti. Se oli just isäinpäivä. Että ku puukkojen ja kirveitten kans vietettiin isäinpäivää ja sitte se jälki jälkihomma tulee aina tänne. Niin se näkyy täälä aina kaikki tämmöset tämmöset päivät ja hommat niin voimakkaana että.*

### *Yksin jäämisestä pelästyminen*

Päivystyspoliklinikalla yksin jääminen ja kiire olivat hämmentäviä ja pelottavia kokemuksia. Yksin jäämisen tunne johtui kiireestä ja aiheutti epävarmuutta sekä pahensi kuolemanvaaran kokemusta. Lyhytaikainenkin yksinolo sai aikaan voimakasta turvattomuutta ja tietämättömyyttä. Yksin jäämisen pelko koski terveydentilan äkillistä heikkenemistä, sen heikentyntä havaittavuutta ja viivästynyttä avun saamista.

Terveydentilan tasapainottuessa yksin jäämisen pelko väheni. Tässä vaiheessa toivottiin siirtymistä rauhalliseen hoitoympäristöön. Heikki (63 v.) teki selkoa kiireestä päivystyspoliklinikalla (TA 12: 1223–1230):

*Joo siellä on hirveen vilskke. Siellä siellä mennään juoksujalkaa ku ne henkilökunta menee edestakasin sielä ja ja noin. Se oli hirveen täyttäki silloin siellä just justiin ko sinne koko ajan tuotiin niitä just niinko ne mulleki sitt sano, että isänpäivän takia oli heillä niin hirveen yö, että että noin ko minähän olin siellä suunnitteen.*

#### 5.1.4 Apuun pakottautuminen

### *Riippuvuudesta hämmentyminen*

Sydänvalvontayksikössä olemista luonnehti yhtäältä helpottava turvaan pääseminen, mutta toisaalta alentava toisten armoille ja määräysvaltaan

joutuminen. Haitallisen käskyvallan kokemista edisti tunne terveydentilan epävakaudesta ja hoitotuloksiin kohdistuvasta epäluottamuksesta. Epävarmuus parantumisesta, lähitulevaisuuden tapahtumista, uuteen sydäninfarktiin sairastumisen riskistä ja kuolemanpelko pahensivat epäitsenäisyyden ongelmaa.

Oli hämmentävää ja ristiriitaista olla sidoksissa laitteisiin sydänvalvontayksikössä. Kokemuksen kiusallisuutta lievitti kuitenkin tietoisuus laitteiden tärkeydestä terveydentilan muutosten tunnistamisessa ja siten turvallisen hoidon varmistamisessa. Laitteisiin yhtäläistymistä ehkäisi yllättävän, huolestuttavan ja ahdistavan tiedon saaminen terveydentilan äkillisestä heikkenemisestä. Heikki ahdistui laitteiden toistuvista hälytyksistä ja niitä seuranneista hoitajien toimista. Hänen mielestään laitteisiin kytketyksi joutuminen häiritsi ihmisten välistä kanssakäymistä. Heikki sanoi, että hän sai riittämättömästi tukea ja turvaa hoitajien keskittyessä hänen sijastaan laitteisiin.

Laitteisiin kytketyksi joutuminen häiritsi myös päivittäisistä toimista suoriutumista. Oli hankalaa, kiusallista ja pelottavaa liikkua, peseytyä ja erittää vuoteessa kaikkialle ulottuvien johtojen ja letkujen vuoksi. Toiminnallisuus vähimmäistettiin terveydentilan uhkaavan heikentymisen ja pelottavien hälytysten vuoksi. Laitteisiin kytkentä merkitsi intimitetin ja yksityisyyden menettämistä etenkin riisuutumisen yhteydessä. Viljo (56 v.) esitteli laitteista riippuvaisuuttaan (TA 14: 760–768):

*Ainoo tietysti siin se, että se on letkuja joka puolella. Että siin ei pääse paljon liikkumaan. Että ett siin oli oli jo tämmöset ihan normaali toiminnot oli hyvin hankalia ja ja sen takia se*

*ei ollu mitään kivaa. Että se oli kokemuksena tietysti. Paitsi, että siihen liitty se pelko niistä. Ja nää kaikki käytännön hommat niin se oli ikävää.*

### *Kalvavasta potemisesta uupuminen*

Päivystyspoliklinikalta päästyään vihdoin turvaan sydänvalvontayksiköön useat miehet olivat lopen uupuneita. Henkinen ja ruumiillinen voipumus oli kuitenkin aluksi sangen myönteinen kokemus, mikä johtui mahdollisuudesta levätä ja nukkua ilman arkielämän osallistumisvelvoitteita.

Sydänvalvontayksikössä nukkumista vaikeutti jatkuva melu ja toiminta. Taisto uupui, koska hän ei uskaltanut nukkua yöllä. Hän ei rohjennut nukkua hämärtyvän illan ja mieleen tulevien kauhukuvien, kuten kuolemanuhan, vuoksi. Päivällä hän uskalsi vihdoin nukkua, koska oli valoisaa ja riittävästi hoitajia. Taisto uskoi, että terveydentilan äkillinen heikkeneminen ja kuolemanvaara huomataan ja hoidetaan paremmin päivällä kuin yöllä, koska päivällä on enemmän hoitajia työssä. Sydänvalvontayksikössä vallitsevan levottomuuden vuoksi Kaukon oli vaikea rauhoittua, levätä ja saada nukuttua. Hän (56 v.) pohti uupumustaan (TA 13: 1623–2627, 898–905):

*Kyllä saa levätä. Just sekin, se siinä on ja. Koska tota siinä on väsyne, kun läpi yön on valvonu ja. Eikä siinä sitten, jos tunnin pari nukuin siinä, niin eihän se riitä mihinkään.*

*Siinä oli sitt se, että mä olin aivan väsynyt. Mä en ollu nukku oikeestaan juuri yhtään mitään. Sitten tota kun mä yrittin tai pääsin niinku hetkeks aikaa uneen, niin mä olin sitten maannu letkujeni päällä ja siinä hälytys piippas siinä. Siinä tuli sitte. Sitt tuli millon sairaanhoitaja koko ajan mitas verenpainetta. Ja en mä taaskaan saanu nukuttua ja. Sitte tietysti, ku se tuska tuli sitt uudestaan, niin se uus liuotus tehtiin siinä ja. Se oli ihan samanlainen operatio kun kotonakin.*

### 5.1.5 Eristäytymisen vähentyminen

#### *Siirtymisvalmisteluista lientyminen*

Sydänvalvontayksikössä tai päivystysosastolla aloitetut siirtymisvalmistelut sisätautien vuodeosastolle vaikuttivat mielialaan. Riippuvuudesta johtuva hämmentyminen lievittyi vasta laitteista irrottautumisen jälkeen sydänvalvontavaiheen päättyessä. Laitteista vapautuminen lisäsi henkistä hyvinvointia ja todisti parantumista. Siirron valmistelemine ja siihen valmistautuminen virkistivät henkisesti sekä lievittivät ahdistuneisuutta, jännittyneisyyttä ja epämääräisyyden tuntemuksia. Toivoa viritti eritoten hoidonantajien usko parantumiseen. Siirtyminen sisätautien vuodeosastolle merkitsi kuolemanvaaran vähenemistä, ikävystyneisyyden lievittymistä ja luottamuksen lisääntymistä toipumisesta. Sisätautien vuodeosastolle pääseminen huojensi Heikkiä ja lievitti hänen ahdistuneisuuttaan. Tästä Heikki (63 v.) kertoi (TA 12: 6123–6134, 2508–2537):

*Se ei ollu niin pi... pitkäveiteistä ja semmos... semmosta pelkkää kellon kattomista, kun sai tietää sen, että mä pääsen tästä, vaikkei heti päässytäkään, mutta kuitenkin alettiin puhumaan jo, että sut siirretään sitte tästä jo osastolle. Niin sitt se on niinko taakka pois jo eikä enää kato joka minuuttia aina kelloo, vaan sitä jo niinko, etteihän tässä nyt mitään hätää olekaan, että tästähän selvittään eteenpäin että. Että se on yks semmonen helpotus siihen hommaan että. Että noin semmonen tieto eteenpäinpääsystä.*

*Niin se niinko, se on hirmu virkistys, että sä pääset sinne ja mieliala muuttuu heti ihan toisenlaiseksi. Siellä voi jutellakii noin kaikkien kanssa ja ja tolla tavalla, että seki muuttaa sitä sitä tilannetta että. Ja kuitenkin antaa sen semmosen kuvan, että tässä ollaan nyt menossa varmaanki niinko parempaan päin, koska viedään jo niinko ihmisten seuraan.*

### *Yksinolosta helpottuminen*

Yksinäistyminen oli usein myönteinen ja piristävä kokemus, koska se merkitsi tässä yhteydessä parantumista. Henkistä huojentumista ja voimistumista lisäsi myös siirtyminen sydänvalvontayksiköstä päivystysosaston yhden henkilön potilashuoneeseen. Oli helpottavaa yksin häiriötömmässä tilassa pohtia tärkeitä asioita kuten terveydentilaa, työhön paluusta sekä vapaa-aikaa ja tulevaisuutta. Yksin ollessaan Reino rauhoittui, kun hän ei enää joutunut kuuntelemaan potilastovereiden häiritsevää valitusta.

*Yksinolosta kurjistuminen*

Yksinolo ei ollut aina myönteinen, edullinen ja ilahduttava kokemus päivystysosaston yhden henkilön potilashuoneessa. Joskus yksinolo tuntui uhkaavalta ja pelottavalta, koska yhden henkilön potilashuoneeseen joutumisen oletettiin osoittavan epävakaata terveydentilaa. Yksin ollessaan Heikki ahdistui ja voipui ajan kulumisen hitauteen pelätessään alinomaisesti epämääräisen pahan tapahtumista.

#### 5.1.6 Epävarmuudesta erkautuminen

*Sairauden orjuudesta vapautuminen*

Sisätautien vuodeosastolle siirtyminen oli mielihyväsävyinen muutos. Tässä vaiheessa kuolemanpelko lievittyi ja raskaaksi koetun hoidon kohteena olemisen väheni. Usko hengissä selviytymiseen oli lähes vankkumaton. Nyt kuitenkin tuli kohdata tosiasia, että sairauteen, arkielämään ja muihin tärkeisiin asioihin oli omaksuttava uudenlainen, tervehtymistä edistävä suhtautumistapa

Aikaisemmat sairaalakokemukset vaikuttivat sisätautien vuodeosastolla viihtymiseen. Viihtymistä ja totuttautumista edisti tarkkailun kohteena olemisen vähentyminen, vuodeosaston toiminnan suunnitelmallisuus, selkeys ja ymmärrettävyys, rutiinimainen päiväohjelma sekä tiedon saaminen tutkimuksista ja hoidosta. Kaukon haikeus ja murheellisuus lievittyivät hänen todettuaan, että vuodeosastolla olo oli aiempaa myönteis-



sempi kokemus. Taiston asettautumista ja viihtymistä edisti vuodeosaston toiminnan seuraaminen.

### *Sairauden vangiksi jääminen*

Sisätautien vuodeosastoon mukautumista monesti kuitenkin häiritsi miesten surumielisyys. Surumielisyydestä johtuvaa pahanolontunnetta syvensi sairaalassa kehittynyt ahdistuneisuus, pelko ja kokemus hoitoympäristön epämiellyttävyydestä ja uhkaavuudesta. Tämän ohella vilkkaasta toiminnasta johtuva rauhattomuus ja oman reviirin puuttuminen lisäsivät alakuloisuutta. Varsinkin Martti viihtyi heikosti apeutensa vuoksi sisätautien vuodeosastolla. Hänen synkkämielinen ankeutensa voimistui aiempien epämiellyttävien sairaalakokemusten ansiosta. Sen sijaan Eskon viihtymistä vuodeosastolla ehkäisi kyvyttömyys vapautua epäitsenäisyydestä ja jopa lisääntynyt riippuvuus hoidonantajista. Hän oletti, että hoidonantajien vaikutuksen alaisuudesta irtautumista heikensi epätoivon ilmapiiri ja hoitoon kohdistuva epäluottamus.

Sisätautien vuodeosastoon suhtauduttiin joskus varauksellisesti. Huomiota kiinnitettiin erityisesti rakenteellisesti hauraaseen ja likaiseen hoitoympäristöön sekä huonokuntoiseen laitteistoon. Eskon mielestä ongelmat aiheuttivat terveysriskin ohella turvattomuutta ja ehkäisivät parantumista. Huonokuntoista hoitoympäristöä Esko luonnehti (TA04: 1333–1358):

*Siis siis ensinnäkin se talo, joka on rakennettu joskus 60-luvulla, niin se näyttää siltä kuin se ois rakennettu 30-luvulla. Siellä hilseilee seinät, siellä hilseilee lattiat, siellä hilseilee katot. Sillä on semmonen olo, että tää oikein pöpöpesä. Ihan tavallisin potilaan silmin voit sanoa, että miten tää voi olla niinku ihmiset, kun tää on tää on mätä, homeessa ja ja skeidanen. Siellä ei oo tehty, eiks niin, siitä ei oo pidetty huolta siitä kiinteistöstä. Ja jos nyt jostain pitäis pitää rakennuksissa huolta, niin ainaki sairaaloista. Eiks niin. Menköt sitte tavalliset kerrostalot tai Finlandiatatolot rikki. Niillä ei tee kukaan mitään. Ainakaan Finlandiatatolla. Mutta siitä on kyllä juoruttu helvetin kauan. Mutta toi [sairaalan nimi], joka on aivan rapakunnossa, niin mä en asuis tommosess talossa. Et sinäkään asuis. Ikkunalaudat, eiks niin, kukkii. Ikkunapokat on korjattu, kaikista pokista vetää nii, että ko sä seisot siinä ikkunan edessä, niin siinä on tehty halvalla ikkunaremontti. On saatu varmaan mädät puitteet veiks uusiks puiks. Unohdettu vaan tiivistää ne. Siellä on semmosia sentin rakoja. Ei oo ihme, jos ihmiset saa flunssaa, jos sattuu saamaan sen ikkunapaikan siellä.*

### *Tervehtymisestä huojentuminen*

Ajan mittaan useat potilaat etäännyivät tukalasta sydäninfarktitekemukseltaan sisätautien vuodeosastolla. Tätä ilmensi painopisteen siirtyminen ikävästä nykyhetkestä toiveikkaaseen tulevaisuuteen ja sairastamisesta tervehdyntymiseen. Sairaalavaiheen lopulla Reino halusi innokkaasti päästä kotiinsa, koska hän arveli pärjäävänsä ja tervehtyvänsä kotonaan yhtä hyvin tai jopa paremmin kuin sairaalassa. Kari (44 v.) karakterisoi sairastumisensa seurauksia ja painopisteen muuttumista (TA 01: 248–265):

*Mut tota en mä niinku täs vaiheessa osaa niinku sanoo mahdollisia seurauksia, esimerkiksi että muuttuko mun, mun niinku tota elämäntyöli tai tuleeks mulle jotain uusii näkemysii elämään. Niin en mä osaa sitä tässä vaiheessa sanoo, että vaikuttasko se niin paljon, niin paljon. --- Vaikka kyllähän se tietysti, varmaan jollain, jotenkin vaikuttaa, koska, koska en mä ois ikinä voinu kuvitellakaan, että mä saan niinku kuitenkin niinku näinkin nuorella iällä ja kuitenkin ko ajattelin itteni niinku hyväkuntoisena niin, niin, niin sydäninfarkti, ett tota... Mahdollisesti se tulee vaikuttaa mun - - elämään, mutta en osaa siit sanoo, ett millä tavalla ja, ja, ja millä aikaviiveellä se.*

#### *Yhteenvedo kuolemanvaarassa olemisesta*

Kuolemanvaarassa olemisen kokemus oli haastava sydäninfarktiin sairastuneille miehille. Häädästä huolestuminen ilmaantui sairastumishetkellä ja -paikalla. Sen ulottuvuuksia olivat sairastumisesta hätäntyminen ja häätöilmoituksesta kiusaantuminen. Kuolemantuskaa ilmeni sairaankuljetuksen aikana sivuseikkoihin takertumisena. Kuitenkin kuolemantuskaa yritettiin sietää sairaankuljetuksen aikana. Vaaranalaisuuden kestäminen oli merkittävä kokemus päivystyspoliklinikalla. Kokemus muodostui kuolemantuskan palaamisesta ja yksin jäämisestä. Apuun pakottautuminen tuli tietoisuuteen sydänvalvontayksikössä. Apuun pakottautuminen muotoutui riippuvuudesta ja uupumisesta. Eristäytyminen vähentyi sydänvalvonta- ja päivystysosastolla. Tämä johtui siirtymisvalmisteluista ja yksinolosta. Sisätautien vuodeosastolla epävarmuudesta erkaututtiin. Kokemus muodostui sairauden orjuudesta vapautumisesta, sairauden vangiksi jäämisestä ja tervehtymisestä huojentumisesta.

## 5.2 Hoidonantajien ominaisuudet

Hoidonantajien ominaisuudet kehkeytyivät miesten kokemuksista ensihoitajista, sairaanhoitajista, hoitajista ja lääkäreistä. Hoidonantajien ominaisuuksien merkitykset olivat seuraavat:

Urhea ja sankarillinen pelastajako?

Hengenpelastukseen turvautuminen

Hengenpelastukseen luottaminen

Hengenpelastukseen pettyminen

Hoivaava ja välittävä huolenpitäjäkö?

Huomiokykyisyyden arvostaminen

Epäammattillisuuden paheksuminen

Sukupuolitetusta hoitamisesta hämmästyminen

Hellästä huolenpidosta vahvistuminen

Liioitellusta huolenpidosta turhautuminen

Pyyteetön ja uhrautuva hyväntekijäkö?

Vastuunalaisuudesta vakuuttautuminen

Vastuuntunnottomuuteen pettyminen

Osaamisen ihannoiminen

Häpeältä välttyminen

Tietävä ja taitava osaajako?

Välittämisestä rohkaistuminen

Välinpitämättömyydestä loukkaantuminen

### 5.2.1 Urhea ja sankarillinen pelastajako?

#### *Hengenpelastukseen turvautuminen*

Avun odottamista sairastumispaikalla luonnehti ahdistavuus ja epävarmuus. Ensimmäisen hoidonantajan, joka yleensä oli ensihoitaja, paikalle saapuminen lievitti nopeasti tuskaa. Avun saaminen ja hoidonantajien laadullisesti hyvä pelastustaito lievittivät pahanolontunnetta ja lisäsivät uskoa hengenvaaran väistymiseen. Uskoa parantumiseen enensi myös ensihoitajien vastuullinen hoitaminen.

Ensihoitajien hengenpelastustoiminnalle oli miesten kertoman mukaan luonteenomaista varmuus, kokonaisvaltaisuus, rauhallisuus ja henkinen läsnäolo. Sakarin mukaan ensihoitajat toimivat urheasti ja sankarillisesti auttaessaan häntä uhkaavassa tilanteessa. Reinon mielestä hyvää pelastamista osoitti kylkiluiden murtuminen paineluelvytyksessä ja rintakivun tehokas lääkehoito sekä ripeä nesteensiirron aloittaminen ja tarkkailulaitteeseen kytkeminen. Kauko puolestaan muisteli, että ensihoitajat ja lääkäri esittäytyivät ja tämän jälkeen aloittivat hänen pelastamisen. Kauko (56 v.) toi esille hoidonantajien toiminnan sairastumispaikalla (TA 13: 568–597):

*Sillä tavalla se, tavallaan se turvallisuuden tunne tuli siinä mukaan. Että tää homma onnistuu. Tietenki edelleenki se tuska oli siinä. Ja se liuotus alotettiin siinä. Ja sitte se lääkäri kyseli, että auttaako se ja hellittääkö se tuska ja. Kyllähän se tuska siinä hellittikin, mutta osan siinä. Tietysti siinä*

*oli se, että se liuotus auttoi sekä sitte lääkitys. Mitä siinä nyt sitten sanois.*

*Homma on hallinnassa ja tavallaan, ett kyllä tää tästä nyt lähti eteenpäin. Ja lähinnä sellanen, että se tavallaan niinko voi luottaa kavereihin siinä. Että että siis. Tää homma lähti eteenpäin ja mun ei tarvi alkaa ajattelemaan, ett mitä tässä. Tää nyt tietysti mennään ambulanssilla sairaalaan.*

### *Hengenpelastukseen luottaminen*

Miesten mukaan ensihoitajien toimintaa hätätilanteessa leimasi luotettavuus ja voimakas toimintakeskeisyys. Ensihoitajien ja lääkärin huomio ja tarmo kohdentuivat pääasiassa hengen pelastamiseen. Miesten mukaan hengen pelastamiseen keskittyvät ensihoitajat olivat joustavia, määrätietoisia, selkeitä ja keskenään yksimielisiä. Esimerkiksi lääketiputuksen ja sydämen toiminnan seuraaminen, jalkojen kohoasentoon laittaminen ja paareilla pysymisen varmistaminen olivat toiminnan kohteena. Antaumuksellisesti työskentelevät ensihoitajat tiedustelivat myös rintakivun lievitymisestä ja antoivat ohjeita levon tärkeydestä. Ensihoitajat määrittivät myös potilaiden mielikuvan terveydentilasta ja vakavasta sairaudesta sekä sen kokemisesta.

Paneutuessaan hengenpelastukseen ensihoitajat keskustelivat miesten mukaan niukasti. Niukkaa sanallista kanssakäymistä miehet eivät kokeneet haitallisena eikä turvattomuutta herättävänä vaan päinvastoin jopa turvallisuutta ja luottamusta lisäävänä. Pelastavat hoitotoimenpiteet olivat keskustelua tärkeämpiä. Niukasta mielipiteiden vaihtamisesta huo-

limatta ensihoitajista välittyi tukeva ja rohkaiseva suhtautuminen, välittäminen sekä asiallinen kohtelevinen.

Keskustelemisen tärkeyttä miehet vähätelivät, koska he otaksuivat keskustelemisen suuntaavan auttajien huomiota epäolennaisuuksiin ja siten huonontavan pelastumista. Vähäisestä neuvottelemisesta huolimatta Eino sai riittävästi tietoa tärkeistä asioista kuten levosta ja ruumiillisen rasituksen vähimmäistamisestä. Sakari puolestaan piti hyvänä, että ensihoitajat kykenivät samanaikaisesti sekä hoitamaan häntä että ohjaamaan perhettä.

### *Hengenpelastukseen pettyminen*

Lähes kaikkien miesten mukaan ensihoitajat toimivat kiitettävästi ja ammattitaitoisesti sairastumispaikalla ja sairaankuljetuksen aikana. Taisto kuitenkin pettyi ensihoitajien ammattitaidottomaan pelastustaitoon hätätilanteessa. Taisto (51 v.) paljasti epäonnistuneen pelastamisen (TA 10: 301–324):

*Ja tuota siinä sitten ambulanssimiehet söhelsi niitten letkujensa kanssa eikä siitä sitte mitään tullu ja. Ja tuota ja sitten ne rupes kärrään mua sinne ambulanssiin ja mä en tiijä, mistä se oli löytänykki niin pienen ambulanssin. En menny edes takaovet kiinni. Ja tuota ne yritti ruhjoo niitä ovia sitte kiinni ja mulla on noi jalat on kipeet. Mä sanoin, että elkää nyt helvetis sieltä, jättäkää vaikka ovat auki, että mun jalat oikein sattuu että. Mua niinku muualta enempi kipee ja ja tuota sitten sitten ne tuota.*

*Mä sanoin, että viekää mut Peijakseen, että älkää mua mihinkään muualle kärrätkö, ko mulla tuossa sairaala on tuossa toisella puolella rataa. Mä aattelin, että mä jos mää joudun siell vähän aikaan oleen, että jos niinku hankala sitten toi. Ne sano, ett ei, että tää on vakava juttu, nyt mennään tonne. Sitte ne vei mut sinne Meilahteen. Ja tuota helvetin kuoppastahan se oli se meneminen, että kyllä mä sanon, että jos ihminen tosissaan kipee on niin kai se aika hurjaa on niinku se se homma, että tota.*

## 5.2.2 Hoivaava ja välittävä huolenpitäjäkö?

### *Huomiokykyisyyden arvostaminen*

Miehet kertoivat, että he arvostivat sairaanhoitajien korkeatasoista ammattitaitoa. Ammattitaitoisuuden tunnusmerkkeinä miehet pitivät kärsivällisyyttä, sivuseikkoihin takertumattomuutta, yksilöllistä suhtautumista sekä huolehtimista ja keskusteluhalua. Sairaanhoitajat arvioivat potilaan sairauteen suhtautumisen, havaitsivat terveydentilan muuttumisen ja aloittivat hoidon kiireestään huolimatta. Esimerkiksi Sakarista tuntui hyvältä, että omahoitajaksi suunniteltu sairaanhoitaja hienotunteisesti tiedusteli, hyväksyisikö Sakari hänet omahoitajakseen. Hyväksytyään ehdotuksen Sakari yllätyksekseen huomasi, että omahoitaja piti hänestä hyvää huolta.

Sairaanhoitajan pitämät opetustuokiot olivat hyödyllisiä sekä miehiä ja heidän perheitään huomioon ottavia tapahtumia. Opetustuokiot auttoivat ymmärtämään omia ja perheen kokemuksia. Niiden ansiosta tietoisuus sydäninfarktin syistä, oireista, elintoimintojen muutoksista, lääke-



hoidosta ja tulevaisuudesta lisäänty. Sairaanhoitajan pitämää opetus-  
tuokiota Tauno eritteli (TA 07: 1807–1821):

*No kun siellä istuu tämmönen potilasryhmä, niin esimerkiksi kun nää hoiturit kysyy, että onko kysyttävää tän ja tän asian tiimoilta, niin tulee esiin semmosia asioita, ku ei itse oo kehtannu kysyä. Mutta toiset kysyy, niin tavallaan saa kuitattua näitä niinkun ajatuksia sillä. Eli lääkkeiden vaikutuksia ja ja tämmöstä. Ku joskus niinkun tykkää, että jos on semmonen semmonen oire, joka voi johtuu siitä ja siitä, niin vaikuttaa vähä tyhmältä kysyä, että että voisko se olla siitä ja tästä. Ja sit jos joku toinen kysyy asiallisesti ja nää vastaa siihen kysymykseen, niin se tavallaan niinku kuittaa saman asian että. Että näinollen pääsee niinku helpolla, että ei itse tartte kysyä.*

#### *Epäammatillisuuden paheksuminen*

Epäammatillista käyttäytymistä ilmensi miesten mukaan sairaanhoitajan heikko hoitamisen osaaminen. Miehet kertoivat myös, että asenteellinen suhtautuminen, ala-arvoinen kohtelevinen ja moittiminen sekä ankaruus ja tuomitsevuus olivat esimerkkejä paheksutusta käyttäytymisestä. Keskusteluhalutonta, heikosti hoitamisen hallitsevaa sairaanhoitajaa miehet eivät juurikaan kunnioittaneet.

#### *Sukupuolitetusta hoitamisesta hämmästyminen*

Miesten suhtautuminen sairaanhoitajan sukupuoleen oli varsin ristiriitaista. Sukupuoli herätti joissakin miehissä hyvinkin ristiriitaisia tunteita.

Taunolla oli vaikeuksia miessairaanhoitajiin suhtautumisessa. Tauno (52 v.) sanoi (TA05: 1877–1881):

*Se on mun mielestä, se on hyvin henkilökohtanen sitten, miten se ensimmäinen kontakti luodaan hoitajan kanssa on se sitte mies tai nainen. Koska koska kumminki kemian täytyy tavallaan, se täytys jotenki sopia yhteen. Ett mä en, mä en, mä en. Mut jos mun jom... jompikumpi täytys sanoa, ett mun täytyy sanoo juu tai ei, niin mä sanosin, ett mielummin naiselle.*

Sepon mukaan sairaanhoitajan sukupuoli oli hoitamisen kannalta vähämerkityksellinen. Sukupuolen sijasta hän korosti toimivaa yhteistyösuhdetta. Sepon mielestä sekä mies- että naissairaanhoitajia oli yhtä vaivatonta henkisesti lähestyä.

Miessairaanhoitajiin kytketyt piirteet poikkesivat naissairaanhoitajia koskevista ominaisuuksista. Sairaanhoitajamiehille oli ominaista huolellisuus ja sydäninfarktipotilaan hoidon hyvä osaaminen. He suhtautuivat miehiin asiallisesti, mutta naissairaanhoitajia virallisemmin, muodollisemmin ja jäykemmin. Tämä johtui Paulin mukaan siitä, että lääkäri oli delegoinut miessairaanhoitajille tehtäviään ja vastuutaan. Esimerkkejä tästä olivat laskimonsisäisen kipulääkkeen antaminen ja hoidon selventäminen potilaalle. Taiston mukaan miessairaanhoitajat johtivat osastoa. He olivat saavuttaneet johtavan asemansa henkisen vahvuutensa ja määrätietoisuutensa ansiosta.

Välittämistä, turvallisuutta ja lempeyttä miehet pitivät naissairaanhoitajien tuntomerkkeinä. He olivat miessairaanhoitajia huumorinta-

juisempia, epämuodollisempia ja luontevampia sekä mutkattomampia. Tästä huolimatta heidän koettiin olevan alistussuhteessa miessairaanhoitajiin.

#### *Hellästä huolenpidosta vahvistuminen*

Hellät sairaanhoitajat olivat suojelevia ja myönteisen äidillisiä. Heille oli ominaista hätäilemättömyys ja kokonaisvaltainen läsnäolo. He olivat miellyttäviä, vastasivat asiallisesti kysymyksiin ja jakoivat ymmärrettävää tietoa sydäninfarktista sekä antoivat henkistä tukea.

#### *Liioitellusta huolenpidosta turhautuminen*

Liioiteltu huolenpito oli sairaanhoitajan haitallista äiti–poika-mallin mukaista käyttäytymistä sekä ylemmydentuntoista ja ylenmääräistä huolenpitoa. Sen tuntomerkkejä olivat asiaton touhuaminen, ylihuolehtiva hoivaaminen sekä liioitellun tarkkojen ohjeiden antaminen. Tällaisen lähestymistavan omaksuneen hoitajat määräisivät yksityiskohtaisesti sallitusta, suositeltavasta, vältettävästä ja kielletystä toiminnasta. Liioiteltua huolenpitoa Esko (44 v.) aprikoi (TA 04: 2615–2663):

*Ja tämmönen pumpulilla paijaaminen niin niin se irriteeraa enemmän ku lohduttaa. Ett ett tota ihminen on aika niinko perimmäisten kysymysten ääressä tän infarktin aikana ja sen*

*jälkeen. Ja silloin sen kans pitäs puhua asioista just niinko jenkeillä on hyvä sanonta 'put it blundly' niinku just silleen ko se on, koska se ihminen on käyny helvetin raa'an analyysin itsensä kanssa jo muutenki. Niin sen kans ei kannata niinku puhuu pehmosia sitt kun puhutaan sen kondiksesta ja sen selviytymismahdollisuudesta ja siitä, että mihin se voi päästä ja millä keinoin sen pitäs päästä siihen.*

Liioiteltu huolenpito syntyi miehiin kohdistuvasta epäluottamuksesta. Henkisesti aikuismaiset, vastuulliset ja itsestään huolta pitävät miehet kokivat huolenpidon haitallisena ja kohtuuttomana. Puuttumista, ylihuolehtimista ja määräävien ohjeiden antamista pidettiin ärsyttävänä, rajoittavana ja vahingollisena.

Ylimoitettusta huolenpidosta seurasi usein vaikeus kyseenalaistaa ohjeita. Ohjeiden kyseenalaistaminen ja niistä keskusteleminen olisi auttanut omakohtaisen sovellutuksen luomisessa. Väinö oli pahoillaan ja vihastunut siitä, että ylimoitettusta huolenpidosta huolimatta hän sai selkeyttömättömiä vastauksia kysymyksiinsä.

Liioitellulla huolenpidolla ehkäistiin osallistumista päivittäisiin toimiin ja varmistettiin määräysten mukainen toiminta. Määräyksiä kontrolloitiin ja niiden rikkomisesta rangaistiin. Esimerkiksi luvaton WC:ssä käyminen, liikkuminen ja tupakoiminen johtivat rangaistustoimiin. Miehiä ohjattiin oikeaan käyttäytymiseen neuvojen, nuhteiden ja rangaistusten avulla. Lääkärille kanteleminen ja miesten nolaaminen olivat hoitajien käyttämiä ojennuskeinoja. Määräysten rikkomisesta ja siitä aiheutuneesta rankaisusta Väinö (55 v.) huomautti (TA 06: 578–590):

*No vähä niinko opetetaan pikku lapselle, että ei saa tehdä noin. Kyllä aikuinen ihminen ymmärtää, että se on vaarallista [tupakoiminen]. Ei sen tarvi jokaisen, ketä tulee verhon takaa, niin ruveta siitä puhumaan, että taas tulee naula kirstuun ja muuta tämmöstä niin. Sanoinki yhdessä vaiheessa sitte, että sairaanhoitaja sano, että taas tuli yks naula kirstuun, kun kävit tupakalla. Niin mä sanoin, että kuule se on niin täynnä kuule niitä tupakkanauloja se kirstu, että sinne ei enää mahdu ett. Että tällä lailla niinku pikkulasta opetetaan. Ei se, jos 40 vuottakin on polttanu, ei sitä hetkessä lopeta.*

### 5.2.3 Pyyteetön ja uhrautuva hyväntekijäkö?

#### *Vastuunalaisuudesta vakuuttautuminen*

Hoitajat kuvattiin pääpiirteissään vastuuntuntoisiksi, tarmokkaiksi ja keski-ikäisiksi naisiksi. He hoitivat erinomaisesti sydäninfarktiin sairastuneita miehiä. Potilaiden arvostaminen ja vastuuntuntoinen työskenteleminen oli heille luonteenomaista. He olivat myös pitkäjänteisiä, sitkeitä, hyväntuulisia, rauhallisia, viehättäviä ja miellyttäviä sekä seurallisia.

Miehet totesivat, että kiireestään huolimatta vastuulliset hoitajat työskentelivät ammattitaitoisesti. Oli valitettavaa, että heillä oli niukasti aikaa olla kanssakäymisessä ja seurustella miesten kanssa. Kuitenkin kiireensä hellittäessä he saapuivat pian potilaidensa luo. Erityisen harmillista oli, että ahdistuneet, sydämen ohitusleikkausta odottavat miehet joutuivat kärsimään hoitajien kiireestä. He jäivät kaipaamaan auttavaa ja tukevaa keskustelua. Viljo huomasi hoitajien henkisen ristiriidan, joka juontui yhtäältä halusta olla miesten kanssa, mutta toisaalta mahdottomuudesta to-

teuttaa sitä kiireen vuoksi. Hoitajien kiireestä koituneesta turhautumisesta Esko (44 v). antoi selityksen (TA 04: 1879–1894):

*Ja sitt mä nään sen sen turhautumisen, mikä niill niill siellä töissäolevilla, kokeneilla ihmisillä on, kun niitä on liian vähän. Niiden vastuulla on 50 äijää siellä tai 40 äijää ja 10 naista. Jotka on korisee siellä kuka mitenkin. Niitä on kaks siellä yöllä! Ne ei ehdi mitään muuta hoitaan, ko akuutit jutut. Ne, jotka on just kuolemassa käsiin. Niin niiden aika menee siihen, ett ne pitää niit hengiss. Kun ihmiset on aikamoi-sessa kuolemanpelossa, helvetin huolissaan, ne on menossa suurimpaan leikkaukseen, mitä maailmassa vois tehdä. Eiks niin, ne tarttis tämmöstä juttukaverii ja ja vähä olkapäätäki välillä. Ei niill oo semmoseen aikaa. Vaikk ne haluaiski.*

#### *Vastuuntunnotomuuteen pettyminen*

Hoitajien vastuuntunnotomuutta ilmensi miehiin kohdistuva penseys ja vähättely. Penseys ja vähättely aiheutuivat hoitajien vaillinaisesta osaamisesta. Osaamattomuutensa vuoksi hoitajat olivat haluttomia tai kyvyttömiä vastaamaan potilaidensa kysymyksiin. Tästä seurasi, että miehet saivat ylimalkaista ja vastaamatonta ohjausta. Joillakin vastuuntunnotomilla hoitajilla oli tietoa, mutta he jättivät vastaamisen lääkärin tehtäväksi välttääkseen ristiriitaan joutumisen lääkärin kanssa.

Vastuuttomuutta ilmensi myös se, että hoitajat käsittelivät henkilökohtaisia asioitaan potilaiden kuullen. Taisto pettyi hoitajaansa kuultuaan hänen valittavan väsymystään ja työhön liittyvää pelkoaan kollegalleen. Eino taas pettyi siihen, että hoitaja suhtautui välinpitämättömästi

ilmoitukseen rintakivun jatkumisesta ja voinnin tavantakaisesta heikkene-  
misestä.

### *Osaamisen ihannoiminen*

Yksi mies kertoi, että auttavien kokemustensa vuoksi hän nivoi hoitajiin epärealistisia ja liioiteltuja ominaisuuksia. Hän piti hoitajia kyvyiltään tavanomaiset mitat ylittävinä ihmisinä. Heitä kuvaavia piirteitä olivat inhimillisyys, asiantuntevuus, nuorekkuus, rohkeus ja elinvoimaisuus. Myös elämänilo, suopeus ja suvaitsevaisuus yhdistettiin heihin. Innostuneet, antaumukselliset ja huolelliset hoitajat tuntuivat arvostavan ja nauttivan työstään. Eionon mielestä monet hoitajat olivat henkisesti ja siveellisesti puhtaita, laupiaita ja suorastaan madonnamaisia hahmoja.

### *Häpeältä vältyminen*

Miehet totesivat, että joustaville ja tunkeilemattomille hoitajille oli tunnusomaista henkinen läsnäolo, miesten huomioiminen, ystävällisyys, yhteistyökykyisyys ja kohteliaisuus. Joustavat ja tunkeilemattomat hoitajat suhtautuivat vaivattomasti erilaisiin miehiin. He kestivät loukkaantumatta ja potilasta häpäisemättä jopa itseensä kohdistuvaa vihamielisyyttä ja ronskia huumoria. He olivat hienotunteisia kiusallisissa tilanteissa kuten miesten riisuuntuessa, peseytyessä ja erittäessä.

Monet miehet välttyivät häpeältä, koska hoitajat käyttäytyivät arvostavasti eivätkä aiheuttaneet mielipahaa, nolostumista tai kunnian menetyksiä. Hoitajien tutustumis- ja läsnäolohalua kunnioitettiin, koska yhdessäolo edisti miesten hyvinvointia. Tutustuttuaan miehiin hoitajat pystyivät auttamaan heitä haavoittavissa ja hävettävissä tilanteissa. Kauko välttyi kunniansa menetykseltä, koska hän tarvitsi niukasti hoitajien apua. Apua hän tarvitsi vain käytännön asioissa kuten sairastumisesta perheelle ilmoittamisessa. Hän arveli, että hoitajiin turvautuminen riisuuntumisen, erittämisen ja peseytymisen aikana olisi johtanut kunnian menetykseen.

#### 5.2.4 Tietävä ja taitava osaajako?

##### *Välittämisestä rohkaistuminen*

Lääkäreitä arvostettiin ja kunnioitettiin. Miesten mukaan he hoitivat potilaitaan taitavasti ja tehokkaasti sekä selittivät ymmärrettävästi sydäninfarktista. He osasivat myös rohkaista sekä lievittää ahdistuneisuutta ja epävarmuutta keskustelemalla miesten kanssa. Erityisesti lääkärin luoma epävirallinen ilmapiiri ja arkipäiväisten asioiden käsittely lisäsivät miesten hyvinvoinnintunnetta. Välittömyys ja tavanomaisuus auttoivat sairaudesta johtuvan kurjuuden unohtamisessa. Eino arvosti lääkäriänsä kanssa keskustelemista, koska hän koki saavansa tietoa sydäninfarktista ja ja sen myötä rohkeutta tulevaisuutensa suunnittelemiseen.

Potilaistaan kiinnostuneet lääkärit käyttäytyivät kohteliaasti, luontevasti ja tahdikkaasti. Ensimmäisen kohtaamisen alussa miehet an-



toivat arvoa sille, että lääkärit esittäytyivät ja lähestyivät heitä varovaisesti ja harkitsevasti. Henkistä pahanolontunnetta lievensi lääkärin suhtautuminen miehiin. Suhtautumiselle oli luonteenomaista välittömyys, ystävällisyys, myönteisyys, henkinen auttavaisuus, tasavertaisuus, isällisyys, rohkaisevuus ja leikillisuus. Suhtautuminen lisäsi turvallisuuden tunnetta ja uskoa parantumiseen.

Tutkimustilanteessa miehet arvioivat lääkärin ilmeitä, eleitä ja toimintaa. Vihjeitä sairauden vaikea-asteisuudesta yritettiin löytää lääkärin käyttäytymistä seuraamalla. Kalle tajusi sairautensa ankaruuden jo ennen kuin lääkäri ehti kertoa asiasta. Pitkäkestoisen ja perusteellisen tutkimuksen sekä rohkaisevan kehotuksen olla rauhallinen Kalle käsitti merkitsevän ankaraa sairautta. Einari sanoi, että lääkäri kertoi hänelle sairaudesta rohkaisevasti ja hänen suhtautumistaan seuraten.

Hätätilanteessa osaava lääkäri toimi asiaankuuluvasti. Hän oli rauhallinen, antoi selkeitä ohjeita hoitoryhmän jäsenille ja aloitti viipymättä tehokkaan hoidon. Esko oli kiitollinen parantumisestaan lääkärille. Kalle (52 v.) mainitsi lääkäriinsä ripeästä, kannustavasta ja parantavasta hoitamisesta (TA 18: 2068–2077):

*Lääkäri ei jää miettimään hoitotoimenpiteitä, vaan antaa hoitajille heti ohjeita: nitro kielen alle, tippaneulat ja letkut esille. Hoito käynnistyy. Lääkäri työntää neulan vasemman käden verisuoneen, asentaa letkut ja nestetipan paikalleen. Hoitaja antaa nitron. Lääkäri kysyy sen vaikutusta. Ilmoitan sen vähän lievittävän kipua. Minulle annetaan toinen nitro heti perään, ja hetken kuluttua lääkäri määrää pureskelemaan Asperiinin hienoksi ilman nestettä.*

*Välinpitämättömyydestä loukkaantuminen*

Välinpitämättömät lääkärit esiintyivät epäasiallisesti. Tietoisesti tai tietämättään he loukkasivat, nöyryyttivät ja aliarvioivat miehiä. Työhönsä halluttomasti suhtautuvat lääkärit antoivat katteettomia lupauksia, karttoivat syvällisiä keskusteluja ja kohtaamisia sekä puhuivat sanelimeen potilaan läsnä ollessa. Heillä oli tapana myöhästellä ja hyväksyä asiattomia keskeytyksiä. Ylenkatsominen ja vähätteleminen heikensivät heidän kykyään ymmärtää ja kohdata miehiä. Tämä puolestaan johti ylimalkaiseen neuvontaan. Vaikeaselkoisiin ohjeisiin miesten oli piinallista ja tuskallista sitoutua. Väinö (56 v.) lausui lääkäriinsä piittaamattomuudesta (TA 03: 5055–5070):

*Se oli ihmeellinen tapaaminen, kun se oli kyllä ensimmäinen kerta, kun meiti on aika siellä. Muista nyt oliko se puoli kymmenen aikaa niin ensin mä joutuin odottamaan kamilan pitkään sitä. Ja sit hän tuli ja toivotti tervetulleeks ja tota pyysi anteeksi, että meni aikaa, ku hänellä oli tärkeä puhelu. Ja sitte tota koko ajan mä en ollu siellä sisällä enempää 20 minuuttia. Mutta hurjan osan ajasta hän oli puhelimessa. Sille tuli puhelua jostain syystä koko ajan. Aika. Eikä ollu mikään puhelinaika. Ja muutama sana vaihdettiin ja hän kyseli kuulumisia ja ja tuota minä kerroin sitten suurinpiirtein pääasiat niitten puheluiitten välissä. Se oli hyvin semmost katkonaista, ko ei ollu rauhaa.*

Miehet totesivat lääkäreistä, että sydäninfarktiin sairastuneiden hoidon heikko osaaminen todensi työhön kohdistuvaa välinpitämättömyyttä. Miesten mukaan työhönsä ponnottomasti ja vastentahtoisesti suhtautuville

lääkäreille oli luonteenomaista keskenään ristiriitaisten ohjeiden antaminen. Heikko osaaminen ja yhteensopimattomat ohjeet saivat aikaan epävarmuutta ja heikensivät luottamusta lääkäreihin. Piittaamattomuuden arveltiin johtuvan kanssakäymistaitojen aliarvioimisesta ja taudin biologisten näkökohtien yliarvioimisesta lääkärinkoulutuksessa.

Lääkärien todellinen tai luuloteltu kiire heikensi vääjäämättä hoidon laatua. Kiirettä pidettiin merkinä haluttomuudesta kohdata potilaita ja heidän pahanolontunnettaan. Hoitajat erheellisesti arvostivat lääkärin kiirettä pitäessään sitä tehokkuuden osoittimena. Tämän vuoksi he väheksyivät ja vähättelivät potilaiden halua tavata lääkäriään. Väinö kertoi, että kiirensä vuoksi lääkäreillä oli niukasti aikaa keskustella koti- ja lääkehoidosta. Tämän huomattuaan Väinö eristäytyi henkisesti ja unohti kysyä etukäteen miettimään asioita lääkäriltään.

Lääkärinkierto oli sairaalassa päivän huipentuma. Usein siihen kohdistetut odotukset jäivät toteutumatta. Lääkärinkierron aikana tyytymättömyyttä, pettyneisyyttä ja pahanolontunnetta herättivät lääkärin ja hoitajien epäasiallisuus, potilaan kohtaamisen karttaminen ja keskusteluhaluttomuus. Miehet saivat tietoa sairaudestaan kuuntelemalla kierrolla lääkärin ja hoitajan välistä keskustelua ja tekemällä siitä päätelmiä. Kiusaantuneisuutta aiheutti varsinkin vähä-ääninen keskusteleminen ja vaikeaselkoisen ammattiterminologian käyttäminen. Seikkaperäistä tietoa lääkärin määräämästä hoidosta ja rajoituksista saatiin vasta lääkärinkierron jälkeen sairaanhoitajalta.

*Yhteenveto hoidonantajien ominaisuuksista*

Hoidonantajat muodostivat merkittävän ihmissuhdeverkoston hoidon aikana. Ensihoitaja oli useimmiten ensimmäinen hoidonantaja, jonka sydäninfarktiin sairastunut mies kohtasi. Ensihoitajaa pidettiin pääasiallisesti urheana ja sankarillisena pelastajana. Kokemukset ensihoitajista koskivat hengenpelastukseen turvautumista, luottamista ja pettymistä. Sairaanhoidotajat koettiin yleensä hoivaavina ja välittävinä huolenpitäjinä. Heitä koskevia ominaisuuksia olivat huomiokykyisyyden arvostaminen, epäammattillisuuden paheksuminen, sukupuolitetusta hoitamisesta hämmästyminen, hellästä huolenpidosta vahvistuminen ja liioitellusta huolenpidosta turhautuminen. Hoitaja nähtiin enimmäkseen pyyteettömänä ja uhrautuvana hyväntekijänä. Hoitajan ominaisuudet olivat vastuunalaisuudesta vakuutautuminen, vastuuntunnottomuuteen pettyminen, osaamisen ihannoiminen ja häpeältä välttyminen. Lääkäri tuntui tietävälle ja taitavalle osajalle. Lääkäriin yhdistyi kokemuksia kuten hänen välittämisestä rohkaistuminen, mutta myös loukkaantumisen kokemus, joka aiheutui hänen välinpitämättömyydestään.

### 5.3 Sairaalapotilaaksi joutuminen

Sairaalapotilaaksi joutumisen kokemus syntyi vaiheessa, jossa miehet kykenivät kiinnittämään huomiotaan muuhun kuin hengenvaarassa olemiseen. Pääasiallisesti kokemus syntyi sisätautien vuodeosastolla. Sairaalapotilaaksi joutumisen merkitykset olivat seuraavat:

### Miehuullisuuden säilyttäminen

Potilaan univormusta kuormittuminen  
Potilaan univormusta huojentuminen

### Mielialan häilähteleminen

Masennuksesta ja ilosta yllättyminen  
Sairauden pahentumisesta nujertuminen  
Henkisestä tasapainottumisesta keventyminen  
Sairastumisesta herkistyminen

### Vuodelevon kestäminen

Liikkumiskieltoon nöyrytyminen  
Siistiytymisestä virkistyminen  
Virtsaamisesta ja ulostamisesta nolostuminen  
Pakoton virtsaaminen ja ulostaminen

### Sairaalassa jaksaminen

Hengellisestä tuesta rohkaistuminen  
Mielenrauhan saavuttaminen  
Mielenrauhan menettäminen  
Hankaluuksista leikillisyydellä suoriutuminen  
Sydäninfarktiin sairastumisesta syyllistyminen  
Odotuttamiseen tympääntyminen  
Huonommuudentunteesta vaivaantuminen  
Selkiytymättömyydestä rasittuminen

#### 5.3.1 Miehuullisuuden säilyttäminen

##### *Potilaan univormusta kuormittuminen*

Sairaalaan saavuttuaan osa sairastuneista koki menettävänsä miehistä omaperäisyyttään ja miehisyttään luovuttaessaan vaatteensa ja pukeutuessaan potilaan univormuun. Yhdenmukaisen pukeutumisen vaatimusta oli

vaikea ymmärtää ja hyväksyä. Vaatteiden vaihtaminen tuntui miehistä ahdistavalta ja vaikeasti kestettävältä tapahtumalta, koska se saattoi merkitä parantumatonta sairautta.

Potilasasussa esiintyessään miehet menettivät yksilöllisyytensä ja muuttuivat keskenään samankaltaisiksi verrattuna omissa vaatteissa näyttäytymiseen. Yhdenmukainen puku samankaltaisti miehet persoonattomiksi, eleettömiksi ja omituisiksi sekä esti yksilöllisten piirteiden esille tulemisen. Riisuuntumisesta ja pukeutumisesta Kari (44 v.) kertoi tullessaan sairaalaan varjoainetutkimukseen sairauslomalla (TA 01: 9078–9112):

*Siinä on se sairaalaan ilmoittautuminen ja siinä sitte tota sitte tulee se joku henkilö, henkilökuntaan kuuluva hakemaan ja sitte vie sitte sinne alakertaan, missä sitte siviilivaatteet annetaan ja vaihdetaan sairaalan vaatteet päälle. Ja sitte, siinä on vähän semmonen apee fiilis, ett ei siin paljo kyllä niinko, niinko halua kenenkään kans. Vaikka siinä on niitä kohtalotovereita, niin niin niin tulee semmonen olo mulla ainaki, että mä en niinko haluukaan kenkään kans sillä hetkellä jutella.*

#### *Potilaan univormusta huojentuminen*

Potilasasu ei ollut aina uhka miehisyydelle ja olemassaololle. Omien vaatteiden riisuminen ja potilasasuun pukeutuminen oli myös helpottava ja mielihyvää tuottava tapahtuma, koska se todisti kuolemanvaaran vähene- mistä ja sydäninfarktista parantumista päivystyspoliklinikalla. Potilasasu

merkitsi myös hoidon saantia ja oli merkki potilaana olost. Kaikki miehet eivät kiinnittäneet huomiota pukeutumiseensa. He kertoivat, että tässä vaiheessa heidän mielenkiintonsa kohdistui pukeutumista tärkeämpiin asioihin.

### 5.3.2 Mielialan häilähteleminen

#### *Masennuksesta ja ilosta yllättyminen*

Sisätautien vuodeosastovaiheelle oli ominaista ylikorostuneen ilon ja masennuksen odottamaton ja näennäisesti ilman syytä tapahtuva vuorottelu. Haikea ikävä tuli näkyviin epävakaana mielialana, mielipahana, innostuksen puutteena ja kyvyttömyytenä nauttia elämästä. Haluttomuus, välinpitämättömyys ja omanarvontunteen heikkeneminen ilmensivät myös synkistymistä.

Surumielisyyden ja mielihyvän voimakkuus olivat miesten mukaan epäsuhteessa tunnekokemuksen aiheuttajaan sisätautien vuodeosastolla. Esimerkiksi postikortin saaminen ystävältä synnytti voimakasta riemua ja vastaavasti epämieluisan uutisen kuulemisesta koitui syvään mielenmasennukseen vajoaminen.

Kari arveli, että mielialan ailahteleminen oli tiedoton yritys tottua sydäninfarktiin. Reino taas (56 v.) kertoi (TA 03: 3669–3672):

*Toisella hetkellä saattaa olla hyvinkin semmonen, semmonen ihan hyvinkin onnellinen olo. Sitä ajattelee, että---. Sitä jopa ajattelee silleen, että olipa hyvä, että kävi näin. Että nyt minulla on niinku aikaa, aikaa ajatella. Että kun se mielialan vaihtelut on niin valtavat. Että välillä se on aivan maassa ja sitten välillä on niin hyvä olla, että se menee tonne atmosfääriin saakka ja ajatus ja.*

Parantumisen edistyessä miesten mieliala tasaantui. He otaksuivat tämän johtuvan hyvinolontunteen ja rohkeuden lisääntymisestä sekä sairauden aiheuttaman järkytyksen vähenemisestä.

#### *Sairauden pahentumisesta nujertuminen*

Sydänperäiset tuntemukset, kuten käden puutuminen, rintakipu ja hengenahdistus, olivat lannistavia kokemuksia sairauden eri vaiheissa sairaalassa. Niitä pidettiin sairauden pahentumisen ja parantumattomuuden merkkeinä. Ruumiillisiin tuntemuksiin ja elintoimintoihin keskittyminen aikaansai hädän lisäksi ärtyisyyttä. Tämän lisäksi se herätti huolestuttavaa ennakkoarvelua vääjäämättömästi etenevästä ja nujertavasta sairaudesta. Hätää yritettiin hallita alituisella sairauteen uppoutumisella kuten jatkuvalla ja järjestelmällisellä oireiden tarkkailulla. Nujertumistaan Martti (54 v.) järkeili (TA 02: 2429–2437):

*Niin no tietysti niitä jotenki, jotenki niinko pelkää siis, että se tulee [uuteen sydäninfarktiin sairastuminen]. Mutta tuota – että en määhän nyt oo itteeni rasittanu sillä viisiin, että että tuota.*



*Että, että niitä olis tullu. Mutta tuota kyllähän niitä. Tietysti on siinä joku pelko aina, että. Että tuota uskallanks mä nyt tehdä tuota ja uskallanko mä tehdä tätä ja. Onhan, on se. Automaattisesti tulee niinko semmonen tunne.*

### *Henkisestä tasapainottumisesta keventyminen*

Yllättäen ja äkillisesti kehkeytynyt sairaus aiheutti henkistä sekavuutta sydänvalvonta- ja vuodeosastovaiheessa. Myös tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden runsaus sekä lääkkeet synnyttivät kokemuksen jäsentymättömyydestä ja houretilasta. Selkiintymättömyys heijasti ankaraan ja ilmeisen parantumattomaan sairauteen kouliintumattomuutta. Hämärätilalle oli ominaista tajunnan häiriintyminen ja väsyminen. Unitilan kaltainen houretila ilmeni ajan, paikan ja tapahtumien hahmottamisvaikeutena sekä harha-aistimuksina ja sekavana, hourailevana puheena. Miehet saavuttivat henkisen tasapainon, koska ankarat kokemukset lievittyivät nopeasti ja niistä ei jäänyt ikäviä muistoja. Sekavuudestaan Martti (54 v.) kertoi (TA 02: 610–617):

*Mäki olin, sitte mä olin jotenkin sekasin siellä Meilahdessa, että tuota kun ne pisti ne tiputukset ja kaikki. Musta tuntuu, että ihan niinko yks vuorokaus on menny jotenkin, jotenkin menin niinko sillä viisiin, etten mä tajunnutkaan, että se oli menny.*

Sisätautien vuodeosastovaiheelle oli tunnusomaista levottomuus sekä tunteiden hillitsemisen, itsensä hallitsemisen ja elämästä otteen saamisen vai-

keutuminen. Levottomuus johti joskus vastentahtoiseen hoitamiseen. Kuitenkin tahdonvastainen hoito oli hyödyllistä miehen kannalta, koska se esti itsensä vahingoittamisen ja edisti siten parantumista. Paikalla olevien ihmisten kokeminen epäluotettavina ja vihamielisinä olivat Aimon muistikuvia ymmärtämättömyyden ajasta.

Vaikka henkinen sekavuus oli kestoltaan lyhytaikainen, oli tapahtumia vaikea palauttaa elävästi mieleen. Kuitenkin jälkepäin tuntui helpottavalta kuulla perheenjäseniltä, ystäviltä ja työtovereilta sisätautien vuodeosastolla järjettömänä toimimisesta, koska tieto auttoi unohtuneen sairaala-ajan hahmottamisessa.

### *Sairastumisesta herkistyminen*

Herkkätunteisuus oli Reinon suhtautumistapa äkilliseen ja parantumattomaan sairauteen sisätautien vuodeosastolla ja sairausloman aikana kotona. Sairastumisen jälkeen hänen mielialaansa luonnehti mielenliikutukset, pahastuminen ja loukkaantuminen sekä itkeminen. Voimakkaat tunnetilat olivat hänelle uusia kokemuksia. Hän liikuttui näennäisesti vähämerkityksellisistä asioista kuten sanomalehtien kuolinilmoituksista, suomalaisten voitoista urheilukilpailuissa, kauniista musiikista ja ystävän tapaamisesta. Reinon mielestä herkistyminen oli merkki henkisestä pahanolontunteesta.

### 5.3.3 Vuodelevon kestäminen

#### *Liikkumiskieltoon nöyrytyminen*

Jotkut miehet taipuivat vastoin tahtoaan vuodepotilaaksi saavuttuaan sisätautien vuodeosastolle. Autettavaksi ja vuoteeseen joutuminen tuntuivat ahdistavilta määräyksiltä. Tästä seurasi joskus elämän kokeminen tarkoituksettomaksi ja elämästä vieraantumisen tunne. Vuodelepoon suostuminen oli erityisen vaikeaa miehille, joilta puuttui varhaisempi kokemus vuodepotilaana olosta. Liikkumiskiellostä ja vuoteessa olosta seurasi pahanolontunnetta, mutta varsinkin ensimmäinen viikko vuodeosastolla oli kyllästyttävän, hankalin ja tuskallisin.

Liikkumiskielto koettiin toisinaan aiheettomana itsemääräämisoikeuden epäämisenä. Se nähtiin myös tarkoituksellisena nöyryyttämisenä ja miehisyysden halventamisena. Tässä vaiheessa ei vielä mielletty vuodelevon yhteyttä parantumiseen.

Sakari pettyi siihen, että hänelle kerrottiin ainoastaan se, että vuodelevon tarkoituksena oli uuteen sydäninfarktiin sairastumisen ehkäisy. Hänelle korostettiin täydellistä liikkumattomuutta. Sakari jäi kaipaamaan perusteellisempaa ohjausta. Hän sanoi, että potilaat olisivat olleet vuodelepovaiheessa herkkiä vastaanottamaan ja noudattamaan ohjeita sekä tottelevaisia. Eino totesi, että yksilöllisiä, tarkoituksenmukaisia ja perusteltuja määräyksiä hoidosta, vuodelevosta ja rajoituksista olisi noudatettu. Epäasiallisesta rajoittamisesta ärsyyntyneet miehet uhmasivat määräyksiä. Eino (44 v.) kertoi nöyryyttävästä kiellostä käydä WC:ssä, mitä hän ei suostunut noudattamaan (TA 04: 3257–3265):

*Sitä venttaat päivän aina sitä, ett se lekuri tulee, ett sä saat niinku käydä paskalla. Mutt sitt sitt semmoset ihmiset, jotka niinku on vahvemmalla egolla tehty, niin ne paskat välittää niistä. Ne menee paskalle. Sitt tulee hoitaja, missä te olitte? Mä olin paskalla niin. Mutta teillähän ei oo ko pottalupa. Mä sanoin, ett no mitäs sitte. Oisko mun pitäny hakee se kakka pois sieltä.*

### *Siistiytymisestä virkistyminen*

Puhtauden tunne ja omatoiminen puhdistautumisesta suoriutuminen virkistivät. Varsinkin suihkuun pääseminen ja puhtaaseen potilasasuun pukeutuminen tuntuivat ylenpalttisen hyvältä vuodelevon päättyessä sisätautien vuodeosastolla. Käänteisesti hikoileminen, nihkeys ja likainen tukka saivat olon tuntumaan näivettyneeltä ja epämiellyttävältä.

### *Virtsaamisesta ja ulostamisesta noloistuminen*

Virtsaaminen ja ulostaminen koettiin häpeällisimmiksi vuodelevon aikaisista puuhista sydänvalvontayksikössä ja vuodeosastolla. Virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyvä epäitsenäisyys aiheutti myös vaivaantuneisuutta ja avuttomuutta. Vuoteessa virtsaaminen ja ulostaminen koettiin harmilliselta, hämmentävältä, rasittavalta ja vastenmieliseltä tapahtumalta. Oli kiusallista, että virtsaamis- ja ulostamistapahtuma oli lähes julkinen esitys, jota sivulliset saattoivat seurata. Verhojen eteen vetäminen erittämisen

ajaksi oli riittämätön suojakeino. Juhani ( 50 v.) havainnollisti vuoteessa virtsaamisesta aiheutuvaa nolostumistaan (TA 17: 802–809, 697–698):

*No tietysti lapsena on, ko vaippaiässä tai pentuna niin vuotees tehny. Ja siitä ei oo sen jälkeen kokemusta ja niitäkään ei muista, niin kyll se niinko ainaki mulla oli sitä, ett siinä kyllä nyt sorsaan pysty lorottelemaan, mutta sitt jos ois pitäny ulostamaan ruveta, niin siitä varmaan ei ois tullu aivan helpolla mitään että.*

---

*Nolottaa niinko tarpeita tehdä johki sorsaan ja. No koko ajan olin sitte ulostamatta.*

Nolostumisen vuoksi joidenkin miesten oli vaikea pyytää apua virtsaamisessa ja ulostamisessa sydänvalvontayksikössä ja sisätautien vuodeosastolla. Varsinkin virtsapullon ja alusastian pyytäminen tuntuivat alistavalta ja halventavalta. Väinö pinnisteli ja pidätteli virtsaamistaan vuodelevon aikana kauan ennen kuin suostui pyytämään apua. Hänen mielestään vuodelevon aikainen pelko ja ahdistus kehkeytyivät epävarmasta ja turvattomasta virtsaamis- ja ulostamistapahtumasta.

### *Pakoton virtsaaminen ja ulostaminen*

Aina vuoteessa virtsaaminen ja ulostaminen eivät kuitenkaan olleet nolostuttavia tapahtumia. Kauko havaitsi, että alusastian pyytäminen ja siihen erittäminen olivat nyt helpompia kuin vuosia sitten. Hän ei kokenut erittämistä ujostuttavana, pelottavana eikä hämmentävänä. Kalle koki hy-

vänä hoitajan teeskentelemättömän ja luontevan suhtautumisen vuoteessa virtsaamiseen ja ulostamiseen. Hoitajan tunkeilemattomuudesta johtuen hän ei hävennyt eikä ujostellut vuoteessa ulostamista vuodelevon aikana.

#### 5.3.4 Sairaalassa jaksaminen

##### *Hengellisestä tuesta rohkaistuminen*

Hengellinen tuki oli kristillisen elämäkatsomuksen omaksuneille miehille tärkeä voimavara sydänvalvonta- ja vuodeosastovaiheessa. Lähes kestävässä hengenvaarassa hengellinen tuki rohkaisi ja auttoi. Kokemus Jumalan antamasta uskalluksesta ehkäisi pelkoa ja auttoi vaaranalaisen ja jopa sietämättömän tilanteen kohtaamisessa. Luottamus Jumalaan kannusti jatkamaan elämässä eteenpäin hengenvaarasta huolimatta. Einari arvosti vaimoaan hengellisestä kannustamisesta, jaksamisesta ja urheudesta. Hyvältä tuntui myös ystäviltä saatu innostus ja muistaminen Jumalan sanaan vetoamalla. Jumalaan turvautumisesta seurasi rohkaistuminen. Rohkaistumisesta Einari (45 v.) kertoi (TA 18: 2164–2170, 4678–4686):

*Aila on selvästi huolestunut, mutta jaksaa silti olla urhoollinen. Ei ainakaan näytä pelkoaan, sillä se vain pahentaisi tilannettani. Ymmärrän, että Aila on jo aikoja sitten jättänyt minut yhteisen Herramme haltuun. Muuta emme voi nyt tehdä. Tilanne ei ole päätöksiemme varassa. Toisiamme kädestä kiinni pitäen jätämme toisemme Taivaan Isän haltuun.*

*Mielenrauhan saavuttaminen*

Sisätautien vuodeosastolla vapaaehtoiseen yksinoloon vetäytymisen tarkoituksena oli sairauden hätäilemätön käsitteleminen. Tällainen henkinen yksinäisyys koettiin myönteisenä ja parantumista edistävänä olotilana. Kari kertoi, että yksin ollessaan hän sai rauhassa miettiä elämäänsä ja näin pyrki vähitellen saavuttamaan henkisen sopusoinnun. Hän huomautti, että sairauspulmat tuli ratkaista yksin, koska sairastuminenkin tapahtui yksin ollessa.

*Mielenrauhan menettäminen*

Yksinoloon pakotetut miehet kärsivät voimakkaasta ikävystä ja ahdistavasta yksinäistymisestä sisätautien vuodeosastolla. Pahanolontunnetta lisäsi se, että perheestä, ystävistä ja työtovereista puuttuivat omakohtaisen sydäninfarktinkokemuksen omaavat ihmiset. Sairauden muuttaman arkielämän itsekseen selvittäminen oli henkisesti uuvuttavaa. Yksikseen tilanettaan pohtiessaan Tauno vajosi syvään apatiaan, josta tointuminen oli työlästä. Hänen mielestään apatiaa olisi lievittänyt sydäninfarktiin sairastuneen perheenjäsenen, ystävän tai työtoverin kanssa keskusteleminen. Tauno (49 v.) valitti (TA 07: 948–957):

*Niin nyt esimerkiksi niin niin kun meikäläinen on yksin, niin niin mä oon myöskin yksin näitten ajatuksien kanssa. Eli eli mä tykkään, että mä en saa nyt semmosta -- henkilökohtaista*

*tukee, kun aikasemmin. Eli nyt nyt sitä on siinä mieless vähä vaikeemmassa asemassa. Eli eli kun haluais joskus puhuu jonkun kanssa, niin seinät ei oikein tahdo vastata kysymyksiin ja näin pois päin että.*

### *Hankaluuksista leikillisyydellä suoriutuminen*

Epäsovinnaisilla ja ronskeilla puheilla ilmaistiin myös toisille miehille mieskuntoisuutta. Olisi ollut nöyryyttävää ja tuskallista leimautua seksuaalisesti kyvyttömäksi kohtalotovereiden nähden. Väinö (56 v.) näytti toteen epäsovinnaisen ja ronskin puheen (TA 03: 7294–7310, 7468–7478):

*Se kerto siellä, että juu että ko hän oli Meilahdessa niin tota se hoitaja toi sitten sorsan. Hän huus sille hoitajalle sitten kun oli ovesta menossa ulos, että hei että ei mulle kelpaa tää sorsa. No miks ei se kelpaa sano? Tässä on liian pieni reikä. Ja hän ihmetteli, kun alko käymään sitten sitä sorsan tarkistajaa. Meinaan useampi ihminen pienessä ajassa katto-massa, että mimmonen värkki se oikein on, kun ei mahdu sinne sorsaan. Siis tämmösiä, jotka ei nyt asiaan kuulu lainkaan puhuakaan, mutta se kerrotaan niinku semmosena miehisyiden niinku ja hävyttömiä juttuja sitten, vitsejä ja kaikkia tuommosia, että ihan siis menee niin paljon jo alta riman, että. Että mä aattelin, että puhunkohan mä yhtä hulluja kans ko.*

Leikinlasku ja pilailu auttoivat irtautumaan kiusallisista ja piinallisista tilanteista sisätautien vuodeosastolla. Ahdistuneisuutta lievitettiin tilapäisesti huumorin avulla, kunnes asia kyettiin käsittelemään muilla tarkoituksenmukaisilla keinoilla. Esimerkiksi seksuaalisuuteen, unohtelemisiin ja



erilaisiin kommelluksiin liittyvää tuskaisuutta miehet liennyttivät pilailun avulla.

Erään miehen mukaan sisätautien vuodeosastolla potilastoveri loukkasi naishoitajaa seksuaalisesti väritetyillä sekä epäsovinnaisilla ja ronskeilla huomautuksillaan ja vitseillään. Potilastoverin tarkoituksena ei ollut naishoitajan loukkaaminen, vaan yritys selviytyä epätoivoisesta tilanteesta. Kaikki naishoitajat eivät ymmärtäneet, että leikillisyyden tarkoituksena oli miehen oman kurjuuden peittely.

### *Sydäninfarktiin sairastumisesta syyllistyminen*

Jotkut miehet kokivat syyllisyyttä heikentyneestä terveydentilastaan sisätautien vuodeosastolla ja kotiuduttuaan sairaalasta. Syyllisyys hidasti ja vaikeutti paranemista sekä oli vahingollista henkiselle eheydelle. Itsensä soimaaminen ei ollut henkisesti kehittävä, vaan päinvastoin turmiollinen kokemus. Se heikensi omanarvontuntoa ja uskoa tulevaisuuteen. Syyllistymisestä seurasi itsensä arvottomaksi kokeminen. Kari (44 v.) selosti (TA 01: 7110–7133):

*No alko, se se ei oo kyllä mitenkään kauheen semmonen kasvattava kokemus. Päinvastoin se on vähän niinko, niinko itsepetostakin sellanen, jos yrittää löytää semmosta itsesyytöstä. Sillä helposti tekee vaan hallaa itselleen, koska sillä tota helposti niinko itsetuntoo voi vahingoittaa. Ett tietysti täytyy rehellisesti niinko ajatella ja käydä läpi seki, seki asia. Ett jos on aihetta itsesyytökseen, niin sittehän täytyy tietysti mennä itseensä ja yrittää tota löytää siihenki joku ratkasu. Mutt niinko täss munki tapauksess, niin en mä, en*

*mä kyllä tota oo löytänyt mitään perimmäistä syytä kyllä niinko mihinkään itsesyytökselle. Että, ett mä oon yrittäny niinko unohtaa koko sen itse, itsesyytöksen, mutta sillon alkuun, ko ne tuli, tuli kuitenkin väkisinkin mieleen, että. Että, että on tullu itselle tehtyä sitä ja tätä ja on tullu tehtyä sellasia ja tällasii laiminlyönteja ja silleen, niin ei se tosiaan ne itsesyytökset, ei kyll millään tavalla ainakaan niinko edistä sitä toipumista eikä, eikä tota tee ainakaan psyykelle hyvää sitten siinä vaiheessa, vaikka ne väistävä, väistävä siinä tulevatkin esille.*

Sisätautien vuodeosastolla saadussa ohjauksessa toistui kokemus syyllistetyksi tulemisesta, kun sydäninfarktia pidettiin itseaiheutettuna. Itse aiheutetun sydäninfarktin syynä korostettiin miesten vastuutonta käyttäytymistä ja epäterveellisiä elintapoja. Juhanin mukaan suhtautumistapa oli epäoikeudenmukainen. Hän totesi, että häntä ei yksinomaan voitu pitää syyllisenä omaan sairastumiseensa, koska hän oli omasta mielestään noudattanut suositusten mukaisia ohjeita terveellisestä ravinnosta ennen sairastumistaan. Hän oli myös liikkunut runsaasti ja välttänyt alkoholia. Hän korosti, että hän ei ole koskaan tupakoinut. Juhania loukkasi eritoten se, että hoidonantajat arvioivat hänen ravintotottumuksensa epäterveellisiksi kuulematta häntä.

### *Odotuttamiseen tympääntyminen*

Sisätautien vuodeosastolla sydäninfarktiin sairastuneiden miesten elämää luonnehti pitkäkestoinen ja kyllästyttävä sairastumisesta parantumiseen kohdistuva odotuttaminen. Aluksi odotuttaminen kohdistui avun saamiseen sairastumispaikalla. Sisätautien vuodeosastolla odotutettiin liikku-

mislupaa ja kotiutumispäätöstä. Kotona miehet joutuivat odottamaan jatkokutkimuksiin pääsemistä ja jatkohoitoa koskevan tiedon saamista.

Jatkuva odotuttaminen oli henkisesti rasittavaa. Alinomaisen vaaruillaan olon johdosta arkielämä häiriintyi ja parantuminen hidastui. Viljo (56 v.) mainitsi (TA 11: 6600–6609):

*No siinähan se just onkin, että se on vaan semmosta päivä kerralla olemista. Ei tässä ossoo pitemmälle suunnitella mitään. Ei ei ei moneks vuorokauveks hirvii lähtee minnekään että. Tiijä minä päivänä se postiluukusta tulee se lappu. Ja sitä vaan venttailee. Ja sitte kun siellä käy, niin sitte näkee taas, että mikä on se sitte taas lausunton. Että pistetäänkö jonoon vai tehäänkö se lähiaikoina vai miten. Niin siinä on ihan selevä juttu. Ei siinä sillon osaa mitään.*

#### *Huonommuudentunteesta vaivaantuminen*

Huonommuudentunne yhdistyi itsensä hyödyttömäksi ja vähäpätöiseksi kokemiseen sisätautien vuodeosastolla. Pitkäaikainen poissaolo työstä sekä henkinen ja ruumiillinen heikkous voimistivat kelvottomuuden kokemusta ja tunnetta yhteiskunnallisen aseman heikkenemisestä.

Alemmuutta kokevien miesten ystävyysuhteet muuttuivat epätasa-arvoisiksi ystävien säälivän suhtautumisen vuoksi. Alentuva suhtautuminen tuntui piinalliselta ja pahalta, koska säälin kohteena oleminen merkitsi miehille heikkoutta ja huonommuutta. Vaivautunut suhtautuminen oli ominaista heikosti sydäninfarktia tunteville ulkopuolisille kuten

työtovereille ja ystäville. Säälivän osanoton sijasta miehet jäivät kaipaamaan asiallista keskustelua ja tukea.

Kokemus halvaantumisen uhasta syntyi vuodeosastolla miehelle, jonka sukulainen oli halvaantunut sydäninfarktin seurauksena. Halvaantumisen uhka merkitsi hänelle ihmisarvoisen elämän päättymistä heikon paranemisennusteen ja autettavaksi joutumisen vuoksi. Halvaantumista ja kuolemista vertaileva mies toi esille, että kuoleminen oli halvaantumista ylevämpi vaihtoehto. Ajatus liikkumisvapauden menettämisestä tuntui hänestä sietämättömältä ja halvaantuneena eläminen ala-arvoiselta ja kurjalta. Äkillistä kuolemista hän piti inhimillisenä tapahtumana, koska se estäisi halvaantumisesta johtuvan arvokkuuden ja ihmisarvoisuuden menettämisen. Sen sijaan hän käsitti halvaantumisen tappioksi, jossa hän joutuisi luopumaan tärkeiksi ja arvokkaiksi kokemistaan elämänsisällöistä. Viljo totesi (TA 11: 8668–8675):

*No sehän on sillon, että sillon sä oot toisten hotteilla, että toiset sua kääntelee ja jopa syöttävät. Sillon ei oo varmaan mitään. Kyllä mä oon sitä mieltä, että se on kerralla peli poikki että. Ei se oo mukava tuolla katellakaan, ku niitä nyt tuossa sairaalassakin näin, kun niillä on letkut nenässä ja toivottomassa tilassa.*

### *Selkiytymättömyydestä rasittuminen*

Tilanteen selkiytymättömyys paljastui välittömästi sairastumisen jälkeen ja jatkui vuodeosastolla. Selkiytymättömyys saattoi tulla näkyviin myös

myöhemmin hengenvaaran väistettyä sisätautien vuodeosastolla. Selkiintymättömyys oli vaikeasti kestettävä ja haitallinen kokemus johtaessaan ikävien asioiden yhtämittäiseen pohtimiseen. Tämän seurauksena ennemmin optimistinen elämänasenne muuttui pessimistiseksi asioihin suhtautumiseksi. Viljo (56 v.) hahmotteli tilanteensa selkeytymättömyyttä (TA 11: 4488–4497):

*No tämä just tämä epävarmuus. Paraneeko tästä vai eikö parane ja. Sehän se aina mielessä pyörii, että ei sitä viittis res-sata itteesä niillä tulevilla suunnitelmilla. --- Ei siinä mitään.*

Sairauden parantumiseen tai parantumattomuuteen liittyvä arvaamattomuus pahensi selkiytymättömyyden kokemusta vuodeosastolla. Tästä seurasi tulevaisuuden suunnittelun vaikeutuminen. Sitä pahensi rintakivun toistuvuus sekä tutkimusten keskeneräisyys. Rintakivun tavantakainen uusiutuminen heikensi uskoa hengenvaaran väistymiseen ja parantumiseen. Sen sijaan epämääräisyyden sietäminen sekä rehellinen, luotettava ja määrällisesti riittävä tieto lievitti selkiytymättömyyden kokemusta.

#### *Yhteenveto sairaalapotilaaksi joutumisesta*

Yhteenvetona voi todeta, että sairaalapotilaaksi joutumisen kokemus alkoi muodostua pääasiassa sisätautien vuodeosastolla. Kuitenkin potilaaksi joutumista jotkut miehet alkoivat jäsentää jo sydänvalvontayksikössä. Tä-

män lisäksi aihetta pohdittiin jonkin verran myös sairauslomalla kotona ja tutkimuksia varten sairaalaan palatessa. Sairaalapotilaaksi joutuminen muodostui miehuullisuuden säilyttämisestä, mielialan häilähtelemisestä, vuodelevon kestämisestä ja sairaalassa jaksamisesta.

Miehuullisuuden säilyttämisen kokemus syntyi potilaan univormusta kuormittumisesta ja huojentumisesta. Mielialan häilähtelemisen aiheutti masennuksesta ja ilosta yllättyminen, sairauden pahentumisesta nujertuminen, henkisestä tasapainottumisesta keventyminen ja sairaudesta herkistyminen. Liikkumiskieltoon nöyrytyminen, siistiytymisestä virkistyminen, virtsaamisesta ja ulostamisesta nolostuminen sekä pakoton virtsaaminen ja ulostaminen olivat mielialan häilähtelemiseen liittyviä kokemuksia. Sairaalassa jaksamisen kokemukset koskivat hengellisestä tuesta rohkaistumista, mielenrauhan saavuttamista ja menettämistä, hankaluuksista leikillisyydellä suoriutumista ja sydäninfarktiin sairastumisesta syylälistymistä. Odotuttamiseen tympääntyminen, huonommuudentunteesta vaivaantuminen ja selkiytymättömyydestä rasittuminen olivat myös sairaalassa jaksamisen kokemuksia.

#### 5.4 Perheen kohtaaminen

Perheen kohtaamiseen kiinnittyvät kokemukset kehkeytyivät sairastumispaikalla, sairaalassa ja sairaalahoidon jälkeen kotona. Kokemukset syntyivät suhteessa avio- ja avopuolisoihin sekä lapsiin. Perheen kohtaamisen merkitykset olivat seuraavat:

#### Perheelle sairastumisesta kertominen

- Sairastumisen vähätteleminen
- Perheelle tiedottamisen ensisijaistaminen
- Perheelle tiedottamisen viivästyttäminen
- Lapsille tiedottamisesta tuskastuminen

#### Perheen tapaaminen sairaalassa

- Perheen yhdessäolon oudoksuminen
- Perheestä vahvistuminen
- Perheen rauhan rikkoutumisesta häiriintyminen
- Rakkauden ja seksuaalisuuden haluun pakah-  
tuminen

#### Perheen luo palaaminen

- Perheen taakasta huolestuminen
- Perheen huolenpidosta yllättyminen
- Perheen eheytymisestä ilahtuminen
- Perheen vieraantumiseen pettyminen
- Erektion heikentymisestä ahdistuminen

### 5.4.1 Perheelle sairastumisesta kertominen

#### *Sairastumisen vähätteleminen*

Hoitoon hakeutumisen viivyttelyminen johtui oireiden väärinymmärryksestä ja vähättelystä sekä huolen ja murheen tuottamisesta perheelle. Kalle teki selkoa oireistaan vaimolleen vasta hankkiutuessaan sairaalaan. Samalla hän tarkoituksellisesti väheksyi sairautensa äkillisyyttä ja vaikeasteisuutta, jotta vaimo ei pelästyisi. Viljo kertoi, että hänen vaimonsa järkyttyi siitä, että Viljo ylenkatsoi hoitoon hakeutumisen tärkeyttä sairastuessaan sydäninfarktiin. Kuitenkin hoitoonhankkiutumistilanteessa

vaimojen läsnäolo, määrätietoinen auttaminen, vastuun ottaminen ja välittävä suhtautuminen lievittivät miesten ahdistuneisuutta.

### *Perheelle tiedottamisen ensisijaistaminen*

Sairauden tiedostamisen jälkeen pelko kohdistui perheenjäsenten välisen kanssakäymisen vähenemiseen. Tätä kokemusta ehkäistäkseen Sakari hakeutui sairastumispaikalta ensin kotiin ja vasta sieltä sairaalaan. Hän halusi itse kertoa läheisilleen sairastumisen epäilystään.

Tapahtumapaikalta sairaalaan joutuminen ilman perheen tapaa- mista oli ahdistavaa. Siksi joillekin suoraan sairaalaan hankkiutuneille miehille oli tärkeää pikaisesti saada yhteys puolisoonsa ja lapsiinsa. Taisto halusi kohdata perheensä viipymättä sairaalassa, koska hän uskoi tukalassa tilanteessa puolisonsa ja lastensa auttamiskykyyn ja voimien saamiseen heiltä.

### *Perheelle tiedottamisen viivästyttäminen*

Jotkut suoraan sairaalaan hakeutuneista miehistä taas viivyttelivät ja vitkastelivat perheelle ilmoittamista päivystyspoliklinikalla, koska he pitivät perheen merkitystä sairauden alkuvaiheessa vähäisenä ja jopa mitättömänä. Viljo empi ja viivytteli puolisolleen tiedottamista, koska sydäninfarktiin sairastumisen ilmaiseminen puhelimitse oli ahdistavaa. Vihdoin ilmoittaessaan tapahtuneesta puhelimitse hän lievitti tilanteen tuskalli-



suutta arvuutteleamalla puolisoaan tapahtuneesta. Hän pyysi puolisoaan arvaamaan, mitä hänelle oli tapahtunut ja missä hän oli.

### *Lapsille tiedottamisesta tuskastuminen*

Kotoa sairaalaan lähteminen oli ahdistavaa, vastenmielistä sekä vastentahtoista. Erityisesti lapsille sairaudesta kertominen oli tukalaa ja työlästä. Kalle totesi, että 5-vuotiaan pojan kohtaaminen sairaalaan lähtiessä laukaisi lähes kestämättömän tuskatilän. Tästä huolimatta hän yritti puhua sairastumisestaan ymmärrettävästi ja siten, että poika ei järkyttyisi. 52-vuotias isä, Kalle, kertoi sairaalaan joutumisestaan leikki-ikäiselle pojalleen (TA 18: 323–335):

*Olin astumassa kadulla odottavaan taksiin, kun viisivuotias poikani palasi puistosta ulkoiluttajatädin kanssa. Kohtaus laukaisi syvimmän ahdistuksen tunteen, sillä lapsi herättää meissä itsessämme lapsen, infantiilin kohdan joka kokee herkimmin. Selitin pojalle sairaalaan menoani epämääräisin sanoin, joiden tarkoituksena oli saada hänet tajuamaan asia, mutta iloisen mielentilansa mukaisesti. Todennäköisesti puhuin yhtä hyvin itselleni keventääkseni omaa mielentilaani, mutta en pystynyt tekemään sitä uskottavasti.*

Toinen isä yritti lievittää lastensa pelkoa kertoessaan sydäninfarktiin sairastumisestaan. Hän pehmensi tilanteen vakavuutta kuvaamalla sydäninfarktista vain tärkeimmiksi pitämänsä asiat. Hän otaksui tällaisen tiedon liennyttävän pelkoa.

#### 5.4.2 Perheen tapaaminen sairaalassa

##### *Perheen yhdessäolon oudoksuminen*

Perheiden ensitapaamiselle oli tunnusomaista hengenvaaraan kietoutunut hämmentyneisyys, pelko ja järkytys sydänvalvontayksikössä. Tunnekokemuksen voimakkuutta lisäsi jatkuva tarkkailun ja hoidon kohteena olo sekä laitteisiin kytkettynä olo. Tästä huolimatta miehet kokivat tapaamisen hyvänä, koska he olivat ikävöineet lohduttavia ja tukevia perheenjäseniään.

Miehet kertoivat, että ensikäyntien aikana sydänvalvontayksikössä he yrittivät tunnistaa perheidensä suhtautumisen sairauteen. He havaitsivat, että usein vaimo tai lapset kohdistivat huomiotaan miehensä tai isänsä ulkonäköön. Miesten mukaan ulkonäön muuttumista perheet pitivät pelottavana ja kauhistuttavana todisteena sairauden ankaruudesta ja jopa kuoleman ennusmerkkinä.

Miehistä tuntui hyvältä, että järkyttyneisyydestä huolimatta perheenjäsenet asennoituivat tapaamisiin asiallisesti. Sairastumisen kauhisteleminen ja voimakkaat tunneilmaisut olisivat joistakin miehistä tuntuneet kiusallisilta. Tosin Viljo pani merkille, että perhe kesti sairaudesta johtuvaa rasittuneisuutta häntä itseään heikommin. Hän oletti sen johtuvan tilanteeseen liittyvästä epätietoisuudesta ja epävarmuudesta. Pauli huomasi puolisonsa ja lastensa väkinäisen urheuden ja huolen salailun vaikeiden hetkien aikana. Hän arveli, että läheiset tukahduttivat tarkoituksellisesti tunneilmaisuaan pelätessään sen haittavaikutuksia sairastuneeseen. Tauno

puolestaan pani merkille puolisonsa voimakkaan järkyttyneisyyden, alakuloisuuden, tuskaisuuden, jännittyneisyyden, vakavoitumisen ja varovaisuuden käyntien aikana. Perheensä ensikohtaamisesta Tauno (49 v.) sanoi (TA 07: 545–554, 570–579):

*Suurin piirtein siihen aikaan, kun mut tuotiin sinne osastolle tai sinne sydänasemalle takaisin. Kello oli sillon 3 iltapäivällä. Niin kyll ne ilmesty sitte ihan siihen aikoihin. Ja tuota. Kun ne sitt sai kuulla mitä oli tapahtunu. Ensin ne tietysti tenttas sitä henkilökuntaa siinä. Sitten, kun ne tuli juttelemaan, niin kyll ne vähä niinku oli suu auki, ett näinkö paljon näin lyhkäsessä ajassa. Ja niinko kriittinen tää asia sitten olikin että.*

---

*No – kyll se nyt oli semmonen, että vähä suu auki oltiin ja ja ihmeteltiin, ett tässä sitä taas ollaan. Joo. Että ei se, ei ei nyt mitään semmosia kamalia kohtauksia ollu, mutt kuitenkin, ett että sillalaila, että ymmärrettiin, että on on vakavasta asiasta kysymys ja suhtaudutaan sen mukaan sitten. Ja noi nuoremmat niin nehän ei ei oikein tahdo ymmärtää edelleenkään, ett mist on kysymys. Mutta aikahan opettaa.*

Lasten käyntien aikana sydänvalvontayksikössä isät vaistosivat heidän järkyttyneisyytensä. Monesti lapset jännittivät tapaamisia isiään enemmän. Sakari tunnisti 20-vuotiaan poikansa näennäisen tyyneyden ja urheuden. Isä totesi poikansa epäonnistuneen huolensa, hämmennyksensä ja pelkonsa peittelyssä. Väinö puolestaan pahoitteli pojalleen sydäninfarktista aiheutunut surua. Hän arveli sen haittaavan opiskelua ja nuorille tärkeisiin asioihin keskittymistä. Einari puolestaan jaksoi ja halusi elää sekä taistella uhkaavaa kuolemaa vastaan pienen poikansa vuoksi. Hän toivoi selviytyvänsä voidak-

seen kokea isyyden ja poikansa kehittymisen. Muuan isä pyysi vaimoaan etukäteen rauhoittamaan lapsiaan, jotta he eivät pelästyisi ensitapaamisen aikana.

*Perheestä vahvistuminen*

Sairaalaan joutuneet miehet kärsivät ja kaipasivat perheitään. Puolison ja lasten ajattelu vahvisti uskoa toipumiseen ja lievitti koti-ikävää. Puolison ja lasten paikallaolo sydänvalvontayksikössä oli tärkeä tapahtuma, koska se merkitsi henkisen kodin saapumista sairaalaan.

Puolison saapuvilla oleminen auttoi kestämään väsymystä, heikkoutta ja hengenhätää sekä ehkäisi periksi antamista. Esimerkiksi tajuttomana olleesta Einosta tuntui lohdulliselta vaimon paikalla oleminen tajunnan palautuessa. Perheeltä saamaansa tukea Eino (49 v.) selkeytti (TA 05: 1122–1127, 2608–2613):

*Poika kävi kattomassa mua sitte ja tuota samaten vaimo. Oli aika aika paljon mun vierellä. Oikeestaan niin paljon kuin siell melkein voi olla. Ja tuota. Ja niinku kotoonta voi olla. Niin tuntu hirveen hyvälle. Siis valtavan hyvälle.*

---

*Ja ja se tuntu hyvältä olla niin väsyny, että mä olen ihan loppu. Siis just se, että mä en ois enää taistelua jaksanu, jos ei perhettä ois ollu. Mä en ois enää jaksanu taistelua käydä.. Ett mä olin niin väsyny, että ett ett nyt antaa mennä, nyt se lähtee.*

*Perheen rauhan rikkoutumisesta häiriintyminen*

Lohdutuksen, turvan ja suojan saamista puolisolta ja lapsilta ehkäisi se, että hoidonantajat rajoittivat perheen yhdessäoloa sydänvalvontayksikössä. Vaateet kohdistuivat käyntien ajalliseen keston ja perheiden sisäiseen kanssakäymiseen. Häiritsevänä koettiin suositukset vierastuntien aikaisista lyhytkestoisista tapaamisista ja jatkuva hoidonantajien vieressäolo. Rajoitteiden ja hoidonantajien läsnäolon johdosta perheiden oli vaikea käsitellä omakohtaisia asioitaan sekä pelkoaan, järkytystään ja ahdistuneisuuttaan.

*Rakkauden ja seksuaalisuuden haluun pakahtuminen*

Rakkauden ja seksuaalisuuden ilmaisemista miehet pitivät tärkeänä sisätautien vuodeosastolla. Jotkut miehet sanoivat olleensa seksuaalisesti kiihottuneita ja tunsivat yhdyntähalua vaimonsa käyntien aikana. Rakkaus ja seksuaalinen halu tuntuivat patoutuvan, koska kaipauksen ilmaiseminen ja tyydyttäminen ei tullut kysymykseen. Kuitenkin miehet tunsivat mielihyvää vaimonsa lähellä olemisesta, rakkauden molemminpuolisesta ilmaisemisestä sekä halaamisesta ja koskettamisesta.

Eräs pari tiedosti syvällisesti, että vastavuoroinen rakkaus oli parisuhteen perustekijä. Sairauden vaikea-asteisuuden ymmärrettyään toinen pari alkoi kokea seksuaalisuuden ahdistavana ja pelottavana. Tämä liittyi otaksumaan seksuaalisen kiihottumisen vaarallisuudesta sydämen terveydelle. Einari (45 v.) kertoi rakkauden kaipuustaan ja yhdyntähalustaan

vaimonsa käyntien aikana sisätautien vuodeosastolla (TA 17: 5720–2727, 6329–6337):

*Huonekaverini ovat huomaavaisia meitä kohtaan, koska jättävät meidät hetkeksi omine väkinemme, niin kuin kotipuollessani oli tapana sanoa. Voimme keskustella avoimemmin ja mikä parasta, voimme vähän halatakin. Emme uskalla kuitenkaan päästää tunteitamme kovin irti, sillä sekin voi olla liikaa sydämelle. Halaus ja hellä suukko riittääkään. Kivalta tuntui sekin.*

---

*Huomaan, että Ailaa alkaa helpottaa tilanteeni. Puheemme muuttuvat vähitellen enemmän ja enemmän avoimeksi omista tuntemuksista puhumiseksi. Pidämme toisiamme kädestä kiinni. Sekin tuntuu hyvältä, varmaan myös Ailasta, ainakin minusta. Olemme aivan kun rakastavaiset nuoret, jotka eivät vielä tunne toisiaan riittävän hyvin uskaltaakseen tunnustaa ikävänsä ja pelkonsa.*

### 5.4.3 Perheen luo palaaminen

#### *Perheen taakasta huolestuminen*

Kotiutumisen jälkeen miesten kokemusmaailmaa leimasi väsymys, keskittymisvaikeudet ja tunne kuolemanvaarasta. Nämä kokemukset heijastuivat myös muuhun perheeseen synnyttäen huolestuneisuutta.

Eräs miehistä kertoi henkisistä vaikeuksistaan kotiutumisen jälkeen. Tässä vaiheessa hän pystyi keskittymään ainoastaan kokemaansa kuolemanvaaraan ja siitä aiheutuvaan perheensä pahanolontunteeseen.

Hän tuli epätoivoiseksi pohtiessaan perheensä surua, jos hän kuolisi. Mies sanoi, että hän ei pelännyt sinänsä kuolemista, vaan siitä perheelle koituvia henkisiä ja taloudellisia vaikeuksia. Sairauslomansa aikana Esko varautui mahdolliseen kuolemaansa yrittämällä saattaa perheen taloudelliset asiat kuntoon. Hän mm. laati testamentin. Sen sijaan Eino (49 v.) huolestui mahdollisen kuolemansa jälkeisestä perheensä kurjistumisesta. Hän kirjoitti (TA 05: 241–249, 1054–1062):

*Mulla on ehkä siinä mielessä toisenlainen lähtökohta, kuin monella muulla, että mä oon niinko uskossa. Mä oon tehnyt ratkasuni, että mull siinä mielessä en ole kokenut mitenkään kauheen dramaattisena [mahdollista kuolemaa]. Ainoastaan perheen puolesta, että mitä on perhe, mikä hätä perheellä oli. Että ei mulla itellä ollu sinänsä itsestäni mitään hätään. Että ei sitä oikeestaan osaa kuvata mitenkään.*

#### *Perheen huolenpidosta yllättyminen*

Kotiutumisen jälkeen perheiden huoli kohdistui sairastuneen toipumiseen muuttuneessa tilanteessa. Puolison ja lasten huolenpidon tavoitteena oli parantumisen takaaminen ja varmistaminen. Tällaisen huolenpidon isät ja miespuolisot kokivat yllättävänä, vaikkakin myönteisenä mielenkiinnon osoituksena. Aluksi he suhtautuivat ylihuolehtimiseen ymmärtäväisesti ja suopeasti ja kokivat sen jopa miellyttävänä.

Perheiden ylihuolehtiminen koettiin kuitenkin myös liiallisena ja kohtuuttomana huolen ilmaisemisena, palvelemisena, rajoittamisena ja

kontrolloimisena sairauslomalla. Perheiden kokema parantumattomuuden pelko ja epävarmuus oikeuttivat miesten mielestä kyllä perheiden ylihuolehtimisen, mutta jonkin ajan kuluttua kotiutumisesta ylihuolehtiminen alkoi tuntua yksityisyyden riistolta. Puolison ja lasten loukkaamista välttääkseen Sakari pidättäytyi arvostelemasta huolenpitoa. Ylihuolehtimisesta juontuvaa ärtymystä lievitti sydänkuntoutuskurssilla saatu tieto sen yleisyydestä sydäninfarktiin sairastuneiden miesten perheissä.

Liika huolehtiminen sai alkunsa sairastuneen ilmeistä, eleistä, äännähdyksistä ja hengityksestä. Puoliso ja lapset puuttuivat ehkäisevästi ruumiillisten askareiden tekemiseen ja liikkumiseen. Ylimoitettu huolenpito oli voimakkaimmillaan välittömästi kotiutumisen jälkeen. Kuitenkin se väheni ajan kuluessa, kun perhe huomasi miehen tai isän toipumisen ja kykenemisen ruumiillisesti raskaisiin askareisiin ilman sydänperäisten oireiden ilmaantumista. Väinö punnitsi vaimonsa ja poikansa ylihuolehtivaa suhtautumista (TA 06: 436–439, 990–995):

*Sitt kotona on vähä mamma ja poika ne vouhottaa vähä sitte tätä. Tai aika paljoki vouhottaa kyllä että. Vähä niinku huolehtivat mitä nyt vois sanoa.*

---

*Tai alkuun ne oli enemminki mutta. Sehän on kaiketi ymmärrettävää sitte ett. Koko aika palvellaan ja höösätään ja. Niin poikahan vähä väliä aina kysyy, ett mikä on olo, mikä on olo. On huomaa, että on 16-vuotias poika, ett se on niinko huolis-*  
*saan.*



*Perheen eheytymisestä ilahtuminen*

Sydäninfarkti pysäytti puolison, lapset ja sairastuneen miehen pohtimaan elämänarvojaan ja yhdessäoloaan. Sairastumisen seurauksena joidenkin perheiden tunneilmapiiri muuttui aiempaa tasapainoisemmaksi, seesteisemmäksi ja yhtenäisemmäksi. Eheytyvien perheiden sopusointua osoitti yhteenkuuluvaisuudentunne, yhdessäolohalu ja uudelleen tutustautuminen. Eheytyvissä perheissä läheisyyttä ilmaistiin keskustelemalla uudesta perhetilanteesta, koskettamalla ja rohkaisemalla sekä sopimalla ristiriidoista. Ristiriitojen vähentyminen lisäsi henkistä hyvinvointia sairausloman aikana. Esimerkiksi Einari (45 v.) tähdensi ristiriitojen sopimisen ja rohkaisemisen merkittävyyttä sydänvalvontavaiheessa (TA 18: 2110–2124):

*Kädestä kiinni pitäen hän [vaimo] ilmoittaa, että kaikki asiamme ovat kunnossa. Ymmärrän sen tarkoittavan, ettei meidän välillä ole mitään anteeksiantamatonta. Kaikki on sovittu ja anteeksi annettu. Yritän rauhoittaa Ailaa katsoamalla mahdollisimman rakkaasti häntä silmiin. Itkuisiin silmiin. Saamme jostain molemmat rohkeutta, vaikka kaikki tuli jotenkin yllätyksenä. – Eihän tässä näin pitänyt käydä!? Vain muutama tunti sitten uhosin meneväni töihin. Eihän oksennustauti parane sen paremmin kotona kuin töissäkään. Näin olin väittänyt.*

Vahvistuakseen sairauden aiheuttamasta murroksesta perheiden tuli perinpohjaisesti selvittää merkityksellisyyttään. Perusteellisen harkinnan tuloksena muutama perhe löysi aiemmin kadottamansa perheyhteyden miehensä tai isänsä sairausloman aikana. Uuden suunnan löytäneet perheet

huomasivat ennen sairastumista pitäneensä perhettään itsestään selvänä voimavarana. Ennen sairastumista perheiden tapana ei ollut käsitellä perheristiriitoja. Perheissä alettiin nyt arvostaa yhteiselämää. Tulevaisuuden suunnittelun sijasta paneuduttiin nykyhetkessä elämiseen.

Eheytyneiden perheiden avunanto lievitti miesten ahdistuneisuutta, edisti henkistä toipumista ja lisäsi elämänhalua. Eino uskoi, että ilman perhettään hän olisi luovuttanut väsymyksensä ja heikkoutensa vuoksi. Hän arveli, että yhä vaikeutuva henkinen hätä olisi lopulta johtanut kuolemaan.

Miesten mielestä naispuolisoiden sivuseikkoihin takertumaton ja asiallinen suhtautuminen vaikutti myönteisesti miesten tunnekokemuksiin sairauslomalla. Naisten kärsivällinen, ymmärtävä ja välittävä suhtautuminen eheytti parisuhdetta. Vaimojen ja avovaimojen myönteisyys, sallivuus ja rauhallisuus lievittivät sairastuneiden henkistä rasittuneisuutta. Hyvältä tuntui, että tiukkojen ohjeiden sijasta puoliset antoivat miestensä päättää elämästään. Hyvästä parisuhteesta huolimatta Viljo oli haluton suunnittelemaan tulevaisuutta puolisonsa kanssa. Innottomuus johtui epävarmuudesta ja suunnitelmien raukeamisen pelosta.

### *Perheen vieraantumiseen pettyminen*

Henkinen erkautuminen ja väsyminen loputtomalta tuntuvan sairauden käsittelyyn synnytti perheristiriitoja sairauslomalla. Jotkut miehet huomasivat pettymyksekseen, että perheeseen kiinnitetyt toiveet ja odotukset jäivät toteutumatta. Henkinen loitoneminen kehkeytyi erityisesti muiden

perheenjäsenten haluttomuudesta ja kyvyttömyydestä osoittaa myötätuntoa sairastunutta kohtaan. Syynä pidettiin muiden perheenjäsenten väsymistä ja itsekästä omien asioiden arvostamista.

### *Erektion heikentymisestä ahdistuminen*

Erektion heikentymisen monet miehet havaitsivat sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Heikentynyt erektio aiheutui heidän mielestään vaikeudesta ilmaista seksuaalisia tunteita ja yhdyntähalua sekä yhdynnän ruumiillisen rasittavuuden pelosta. Erektion heikentymistä lisäsi sydänperäisten oireiden tai jopa uuteen sydäninfarktiin sairastumisen pelko. Sakarin mukaan erektiota heikensi eritoten vaimon pelot. Pelkojensa vuoksi vaimo vältti seksuaalisen halunsa näyttämistä ja sukupuoliyhdyntän ehdottamista. Sakari koki, että ensimmäiset kotiutumisen jälkeisen yhdyntäyhteykset epäonnistuivat vaimon estyneisyydestä aiheutuneen heikon erektion vuoksi.

Naispuolisoiden suhtautuminen erektion heikkenemiseen vaihteli miesten kokemusten mukaan tahdikkaan hienotunteisesta loukkaavan ivalliseen sairausloman aikana. Arkaan aiheeseen ymmärtäväisesti suhtautuvat naiset välttivät asiasta keskustelemisesta pitäessään asian esille ottamista sopimattomana ja loukkaavana tai jopa säädyttömänä. Aiheen käsittelemättömyys viritti miehille ahdistuneisuutta, pahanolontunnetta ja keskusteluhaluttomuutta. Aina näin ei kuitenkaan ollut. Väinön vaimon oli vaikea hyväksyä ja suhtautua asiallisesti miehensä heikkoon erektioon. Väinön mielestä vaimon suhtautumisongelmat johtuivat vaikeudesta ymmärtää heikon erektion ja sydäninfarktin välistä yhteyttä. Vaimo louk-

kaantui miehensä heikosta erektiosta uskoessaan sen johtuvan hänen oman viehätysvoimansa heikentymisestä tai miehensä rinnakkaissuhteesta. Puolisonsa nurjamielisyyden tähden Väinö alkoi kokea seksuaalisuuden yleensä ja erityisesti epäonnistuvat yhdyntäyritykset piinallisina.

Miehet kertoivat, että sairausloman loppupuolella useat naispuoliset vapautuivat yhdyntäpeloistaan ja pystyivät jälleen nauttimaan seksuaalisesta läheisyydestä. Miesten mukaan pelkojen lievittymisen ansiosta parisuhteet paranivat laadullisesti sekä muuttuivat aiempaa sopusointuisemmiksi ja tyydyttävämmiksi. Erään miehen sukupuolilyhdyntään liittyvää ahdistuneisuutta liensi tieto, että puoliso piti tärkeämpänä miehensä toipumista kuin voimakasta ja kestävä erektiota. Viljo (56 v.) sanoi (TA 11: 5513–5523):

*Että kyllä se niinku nyt niinku sairaalan jälkeeen niin kyllä sen kerran viikkoon, se lauantaiamusin se on se suu... suurin rakastelu, mikä on. Voihan sitä viikolla rintoja hivellä kaverin mutta. Mutta se lauantai aamu se tuntuu ku. Vaikka iteki itelläki on melekeen niinku lauantaita ja pyhä joka päivä, mutta emäntä viikot oleen töissä niin väsyneempi. Se on se lauantai sitten. Viimestään pyhäuamuna. Että kyllä se on säännöllisesti se joka viikko kerran.*

*Yhteenveto perheen kohtaamisesta*

Perheen kohtaamisen kokemukset sairastumisen jälkeen paljastuivat merkittäviksi tapahtumiksi sydäninfarktiin sairastuneille miehille ja heidän perheilleen. Perheen kohtaamisen kokemukset olivat perheelle sairastumisesta kertominen, perheen tapaaminen sairaalassa ja perheen luo palaaminen. Perheelle sairastumisesta kertominen syntyi sairastumisen vähättelemisestä, perheelle tiedottamisen ensisijaistamisesta ja viivästyttämisestä sekä lapsille tiedottamisesta tuskastumisesta. Perheen tapaaminen sairaalassa kehkeytyi perheen yhdessäolon oudoksumisesta, perheestä vahvistumisesta, perheen rauhan rikkoutumisesta häiriintymisestä sekä rakkauten ja seksuaalisuuden haluun pakahtumisesta. Perheen taakasta huolestuminen, perheen huolenpidosta yllättyminen, perheen eheytymisestä ilahtuminen ja perheen vieraantumiseen pettyminen sekä erektion heikentymisestä ahdistuminen olivat perheen luo palaamiseen liittyviä kokemuksia.

## 5.5 Kohtalotoveruuden jakaminen

Kohtalotoveruuden jakamiseen liittyvät kokemukset syntyivät pääsääntöisesti sisätautien vuodeosaston usean henkilön potilashuoneessa. Potilashuoneessa oli neljästä kuuteen miestä. Kohtalotovereista muodostui tärkeä ihmissuhdeverkosto sisätautien vuodeosastolla. Kohtalotoveruuden jakamisen merkitykset käyvät ilmi seuraavasta:

### Kohtalotovereilta avun saaminen

- Kohtalotovereihin totuttautuminen
- Kohtalotovereista lujittuminen
- Kohtalotovereista eheytyminen

### Kuolemansairaiden kohtalotoverien lähellä oleminen

- Kohtalotoverien hädästä pelästyminen
- Kohtalotoverien hylkäämisestä tuskastuminen

### Kohtalotoverien tiedosta vakiintuminen

- Vertaistiedosta valistuminen
- Vertaistiedosta rauhoittuminen
- Vertaistiedon avulla sairauden hyväksyminen

### 5.5.1 Kohtalotovereilta avun saaminen

#### *Kohtalotovereihin totuttautuminen*

Kohtalotoverien joukkoon pääseminen sisätautien vuodeosastolla oli tärkeimpiä siirtymiä sairaalassaoloaikana. Kohtalotoverien ryhmään pääsemisen ehtona oli välittömän uhan ja kuolemanvaaran väistyminen sekä

parantumisen edistyminen. Joukkoihin siirrot tapahtuivat vaiheessa, jossa miehet eivät enää olleet vaaraksi toistensa hyvinvoinnille. Vuodeosastolla miehet tutustuivat vähitellen toisiinsa. Ajan kuluessa heistä kiinteytyi yhtenäistynyt joukkue. Heille oli yhteistä sydäninfarktikoemuksen ainutkertaisuus. Keskinäinen ymmärrys syntyi yhteisen kokemuksen pohjalta. Joukkueen jäsenyys ja yhdessäolo tuntuivat hyvältä sekä lievittivät ahdistuneisuutta ja pahanolontunnetta.

Miehet tottuivat toisiinsa vaihtelevasti sisätautien vuodeosastolla. Kaltaistuminen edellytti varsinkin isossa potilashuoneessa, että tulokas löysi pian paikkansa ja saavutti asemansa. Paikan ja aseman saavuttaminen oli aika helppoa, koska kaikki jakoivat sydäninfarktikoemuksen. Joistakin siirtyminen vertaisten joukkoon tuntui mieluisalta muutokselta. Eräs mies rauhoittui päästyään kaltaistensa lähettyville ja huomattuaan heidän toipuneen sydäninfarktista. Toinen toveri taas koki uusiin ihmisiin tutustumisen tukalana ja hankalana. Yksi mies kertoi tottuneensa potilastovereihin siten, että aluksi hän seurasi aktiivisesti potilashuoneen tapahtumia sekä tovereiden hoitamista ja parantumista.

Havainnoituaan tovereidensa heikentyntä terveydentilaa ja hoitamista vuodeosastolla eräs mies alkoi pitää sairauttaan lievänä ja tovereita vakavasti ja parantumattomasti sairastuneina. Eino tunnusti, että tutustuttuaan tovereihinsa hän pääsi eroon piintymästä, että epämääräinen paha oli uhkaamassa tai jopa tapahtumassa. Kohtalotoverijoukkoon pääsemistä johtuvaa helpottuneisuutta Eino (49 v.) kuvaili (TA05: 2134–2139):

*Ja silloin kun päästään niinku tuulettamaan keskenään näitä asiota, niin siinä tulee semmosii kohtia, kun ihminen ajattelee, ett ai, että toikin on pärjänny tosta asiasta hyvin. Että okei ei tää olekaan niin paha ongelma.*

Tovereihinsa perehdyttyään eräs sairastunut huomasi, että joukkue koostui varsin erilaisista miehistä. Jotkut olivat vilkkaita, toiset taas vähäpuheisia ja umpimielisiä. Kohtalotovereille yhteisiä piirteitä olivat kilpaileminen sairaimman asemasta ja parantumisen halu. Miehet kokivat, että oli arvostettua ja urhoollista olla vakavasti sairas sydäninfarktipotilas. Tämän koettiin oikeuttavan avun saannin.

#### *Kohtalotovereista lujittuminen*

Kohtalotoverit muodostivat tärkeän ihmissuhdeverkoston sisätautien vuodeosastovaiheessa. Tutustuttuaan ja totuttauduttuaan toisiinsa miehet aloittivat vilkkaan terveydentilojen vertailemisen. Toverikeskusteluissa tehtiin selkoa parantumisesta, hoitomenetelmistä sekä sairauden jälkeisestä pärjäämisestä, elämäntilanteesta ja tulevaisuudesta. Keskeiset keskustelunaiheet koskivat myös harrastuksia, työtä ja lääkehoitoa. Merkittävien mielenkiinto kohdentui kuitenkin kuolemantuskaan ja kuolemanvaaraan.

Oman tilanteen suhteuttaminen muiden vastaavassa tilanteessa olevien miesten kanssa oli ajallisesti pitkäkestoinen ja lujittava tapahtuma, jota harjoitettiin jopa useita tunteja päivässä vuodeosaston usean henkilön potilashuoneessa. Terveydentilojen rinnastamisen perusteella Kari päätteli



parantuneensa aika hyvin sydäninfarktistaan. Rintakivun ja hengenahdistuksen hävittyä kokemus sairaudesta vääryytenä ja epäoikeudenmukaisuutena sekä julmana kohtalona alkoi lievittyä. Alun perin kielteinen ja epäsuotuisa kokemus ilmaantui alkuvaiheen tuskan ja rintakivun hävittyä.

Terveydentilaltaan huonokuntoisen toverin elpyminen lujitti luottamusta parantumiseen vuodeosastovaiheessa. Pauli suhtautui toiveikkaasti toipumiseensa todettuaan terveytensä tovereiden terveydentilaa paremmaksi. Reinosta tuntui lohduttavalta kohdata itseä huonompikuntoisia potilaita. Väinö arveli tajuttomana olleiden parantuneen tajuissaan olleita paremmin. Nähtyään tajuttoman miehen virkoamisen hän otaksui oman sydäninfarktinsa olevan oletettua lievempi. Väinö (56 v.) jäsensi tilannettaan (TA 03: 3806–3810):

*Mutta yks juttu on, että ne ketkä, ketkä on mennyt tajuttomiks, niin aivan selvästi niin, niin tota se ero, mä oon huomannu, että, että ne pärjää paljon paremmin.*

### *Kohtalotovereista eheytyminen*

Kokemusten käsitteleminen kaltaisten kesken auttoi oman sisäisen maailman hahmottamisessa sisätautien vuodeosastolla. Henkisen eheytyksen kokemus syntyi omakohtaisesta ja yhteneväisestä kohtalosta. Tukea saatiin kohtalotovereilta, koska he ymmärsivät syvällisimmin tapahtuneen henkilökohtaisuuden ja merkittävyyden. Kohtalotoverit ymmärsivät toisiaan paremmin kuin perheet sairastuneita isiään tai miespuolisoitaan. Tämä

perustui siihen, että ulkopuolisten oli vaikea eläytyä sydäninfarktikoemukseen sellaisena kuin se näyttäytyi miehille.

Elämänkohtaloiden jakaminen oli kannustavaa ja lisäsi turvassa olemisen kokemusta vuodeosastolla. Oli kiehtovaa tutustua erilaisiin tovereihin sekä heidän elämänkohtaloihinsa ja ajatusmaailmoihinsa. Kohtaloitten jakamisella oli useita eheyttäviä vaikutuksia kuten henkinen tyyntyminen ja virkistyminen, paranemisuskon vahvistuminen sekä aiempaa optimistisemmän elämänasenteen omaksuminen. Yhdessä pohdiskeleminen totutti työstä poissa olemisen ajatukseen, auttoi sairauden hyväksymisessä sekä vähensi epävarmuutta ja yksinäisyyttä. Kokemusten vaihto lievitti ikävystyneisyyttä ja ikävää sekä auttoi ajan kuluttamisessa.

Omien joukossa oleminen oli eheyttävä kokemus sisätautien vuodeosastolla. Erityisesti kohtalotoverijoukkoon hyväksytyksi tuleminen tuntui huojentavalta, lohduttavalta ja vahvisti hyvinvoinnintunnetta. Laadukkainta tukea saatiin samanikäisiltä sydäninfarktiin sairastuneilta miehiltä. Heidän kanssaan oli antoisaa ja miellyttävää jakaa kokemuksia perinpohjaisen ymmärtämisen vuoksi. Sen sijaan ikääntyneiden kumppaneiden kanssa keskusteleminen oli hankalaa, koska sydäninfarktikoemus oli erilainen.

Eheyttävissä toverikeskusteluissa osallistujat käsittelivät omaaloitteisesti, omaehtoisesti ja luontevasti sydäninfarktikoemustaan sisätautien vuodeosastolla. Yksi pohti asioitaan syvällisesti, toinen tarkasteli sitä pinnallisella ja yleisellä tasolla sekä syvämielteisyyttä välttämällä. Pinnallisesti ja yleisesti kokemustaan mietiskelevät halusivat välttää ahdistuneisuuden, pelon ja vaaran kokemuksilta. Syvällisessä keskustelussa ilmaantuneen ahdistuneisuuden lievittämiskeinona käytettiin usein huumo-

ria. Martti (54 v.) mietti huumorin käyttöä kohtalotoverikeskusteluissa (TA 02: 1322–1329):

*Niin siellähän sitä vasta veikeetä porukkaa oli. Kaikki oli - huumorilla, huumorilla vaan jokainen yritti selvitä kato tilanteestaan. Että, että tuota. Ett, ett - se oli kyllä niin mainio porukkaa, että, että ne hoitajatki sano, että ei oo ikimaailmassa ollu tämmöstä, tämmöstä kämppää, että kuus jätkää ja kaikki on ihan yhtä hulluja.*

Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten sijoittaminen samalle sisätautien vuodeosastolle edisti tovereiden keskinäistä kanssakäymistä ja eheytymistä. Toisaalta eheytymistä häiritsi muita sairauksia sairastavien joukossa oleminen. Tähän Kauko totesi, että oli huono ratkaisu sijoittaa samalle vuodeosastolle sydäninfarktiin sairastuneiden kanssa asunnottomia potilaita ja vanhuspotilaita.

### 5.5.2 Kuolemansairaiden kohtalotovereiden lähellä oleminen

#### *Kohtalotovereiden hädästä pelästyminen*

Kuolemansairaiden tovereiden lähellä oleminen saattoi tuntua hämmentävältä ja kammottavalta sisätautien vuodeosastolla. Oli tuskallista seurata epätoivoisten, kivuliaiden ja pahanolontunteeseen lääkettä pyytävien kärsimystä. Potilastovereiden koriseminen, kuorsaaminen, valittaminen ja äänekkyyttä sekä yöllinen valvominen ahdistivat ja vaikeuttivat nukkumista.

Tuska kehkeytyi myös tovereiden levottomuudesta, päihtyneisyydestä, toisistaan eristämisestä, melusta ja jatkuvasta toiminnasta. Kohtalotovereista häiriintymistä Väinö (55 v.) pohdiskeli (TA 06: 1946–1953):

*Muistan tuolla Mariassa sen ensimmäisen kerran, ku mä pääsin sieltä valvonta-tarkkailusta sinne osastolle, niin se iso sali missä, onks se joku 30 henkee, niin siinä mielessä Diapam on kyllä paikallaan siellä. Siellä koristaan ja höristään ja kuorsataan. Ja siinä semmonen meteli, ett siell ei kyllä ei siellä muuten nuku ko sillä.*

Hämmentyneisyyttä pahensi tottumattomuus vakavasti sairaisiin ja aieman omakohtaisen potilaana olon puuttuminen. Tuskan voimakkuus oli yhteydessä läsnä olevien toverien määrään. Mitä useamman potilastoverin mielipahaa ja vaikerrusta joutui todistamaan, sitä voimakkaampaa oli tuska. Tästä poiketen Väinö luuli, että kumppanien levottomuus, sekavuus ja äänekkyyys olivat tarkoituksellista sairaanhoitajan kiusaamista.

Oli ahdistavaa seurata parantumattomasti sairaiden kohtalotoverien hätää ja nöyrää alistumista kohtaloon. Esko kertoi miehestä, joka vältti hoidonantajien vaivaamista. Vasta äärimmäisessä ahdingossa, kun hän ei kestänyt ankaraa rintakipua, tuskaa ja pahanolontunnetta, hän suostui pyytämään apua. Tällöinkin hän oli kiusaantunut ja pahoitteli aiheuttamaansa vaivaa.

*Kohtalotovereiden hylkäämisestä tuskastuminen*

Sisätautien vuodeosastolla tuskaa, huolta ja murhetta aiheutti hoidonantajien hylkäämien tovereiden seurassa oleminen. Oli piinallista seurata parantumattomasti sairaiden kuolemantuskaa, sairauden vääjäämätöntä etenemistä ja epätoivoista sydämen ohitusleikkauksen odottamista. Oli valittavaa, että usein sydämen ohitusleikkaus suostuttiin tekemään vasta terveydentilan ratkaisevasti heikennyttyä. Liian myöhäisen ohitusleikkauksen vuoksi parantuminen usein viivästyi ja tavoiteltu terveydentila jäi saavuttamatta. Pauli muisteli heitteille jätettyä toveriaan, joka kuolemaa pelätessään valitti äänekkäästi öisin. Kohtalotoverin heitteille jättämisen ja hylkäämisen Esko (44 v.) osoitti todeksi (TA 04: 1427–1442, 1457–1458):

*Se on 40–50 potilasta, joista suuri osa jonottaa ohitusleikkaukseen. Jotka on ollu jonossa jo liian kauan. Jotka on ihan niikun naukun, ett ne pysyy hengiss. Eiks nii. Jota käydään joka aamu lääkärin kierroksella tsekkaamas, ett vieläks ton uskalletaan antaa olla yksi yö täällä vinkumass, pitämäs nää viis muuta hereillä. Vai oisko se pakko jo ottaa tänään, viime hetkellä jumalauta niin, ett varmaan on niin huonos kunnoss jätkä ku se viedään sinne leikkaukseen, ett ett jos se siitä leikkauksest selvii niin sen sen sen toipumisaika ja toipumisajan aiheuttamat kustannukset on moninkertaset verrattuna siihen, ett se ois hoidettu heti ku se on huomattu.*

---

*Ja nyt niit makuutetaan tuolla kuoleman kielis. Ne pelkää ja pelkää joka yö. Huutaa unissaan.*

Hoidon epäämiseen toverit suhtautuivat eri tavoin vuodeosastovaiheessa. Kohtalotovereiden hoidon lykkäämistä ja epäämistä oli vaikea pitää sopi-

vana ja hyväksyttävänä. Toisaalta itse aiheutetun sairauden hoidon epäminen ymmärrettiin ja jopa hyväksyttiin. Eräs mies kertoi hyväksyvänsä liiallisesta alkoholin käytöstä aiheutuvan sairauden hoidon epäamisen. Havaittuaan kohtalotovereihin kohdistuvat laiminlyönnit osa miehistä samastui heihin. Tästä seurasi, että he alkoivat pelätä omaa tulevaisuuttaan ja mahdollisuutta tulla heitteille jätetyksi.

### 5.5.3 Kohtalotovereiden tiedosta vakiintuminen

#### *Vertaistiedosta valistuminen*

Toisilta sydäninfarktiin sairastuneilta miehiltä saatua tietoa pidettiin luotettavimpana tietona. Tovereiden tähdellisyys tiedonlähteinä korostui informaation totuudellisuuden ja omakohtaisuuden vuoksi. Kaltaisten tieto jänseni paremmin tilannetta kuin hoidonantajien usein ulkokohtainen, yksityiskohtainen, tietopuolinen ja tekninen tieto. Monesti kohtalotovereiden ja hoidonantajien informaatio oli keskinäisessä ristiriidassa. Selkkaus syntyi siitä, että hoidonantajat lähestyivät sydäninfarktia liiaksi omista taustoistaan käsin. Tämän vuoksi he korostivat tärkeinä pitämiään asioita, mutta laiminlöivät miesten kokeman tiedontarpeen. Kohtalotovereilta ja hoidonantajilta saatua tietoa Seppo (50 v.) vertasi (TA 14: 3445–3455):

*Joo siis siinä mielessä, että henkilökunta puhu siitä teknisestä puolesta enemmän. Minkälainen se on, mitä siin tehdään. Eikä niinkään siitä, että miltä se tuntuu. Kyllä ne tie-*

*tysti sano, että se on kivuton operaatio ja niin pois päin. Mutt niinku sanottu, niin siihen ei samall tavalla luota ko siihen, että joku semmonen joka on just tullu on tullu sieltä. Sanoo, ett eihän se tuntunu miltään.*

Sydämen ohitusleikkauksessa olleiden miesten ainutlaatuisuus ja vieläpä korvaamattomuus tiedonantajina perustui siihen, että he vastasivat asiallisesti kysymyksiin sekä kertoivat hoidonantajia seikkaperäisemmin ja to-tuudellisemmin leikkaustapahtumasta. Tiedon uskottavuutta lisäsi kerronnan johdonmukaisuus, ymmärrettävyys, selkeys ja jaksottaminen vaiheittain eteneväksi. Aluksi leikkauksessa olleet selostivat leikkausta edeltäviä tapahtumia, sitten nukuttamista ja nukahtamista. Tämän jälkeen he tekivät selkoa voinnista nukutuksesta heräämisen jälkeen ja lopuksi leikkauskivun hoitamisesta. Eräs leikattu korjasi tovereiden virheellisiä luuloja. Hän kumosi paikkansapitämättömät oletukset leikkauksen jälkeisistä ankarista kivuista selventämällä kivun hoitoa.

### *Vertaistiedosta rauhoittuminen*

Tovereilta saatiin käyttökelpoista ja luotettavaksi koettua tietoa sydäninfarktista, sen hoidosta ja vaikea-asteisuudesta. Koetun totuuden kuuleminen rauhoitti. Eräs mies ymmärsi sairautensa lieväasteisuuden keskusteltuaan tovereidensa kanssa. Osallisilta saatu tieto edisti omien kokemusten ymmärtämistä ja auttoi oman sairauden hyväksymistä. Eri tiedonlähteiden tieto auttoi muodostamaan kokonaiskuvaa terveydentilasta. Tiedon yhteis-

vaikutuksen ansiosta pelko lievittyi ja mielentila muuttui aiempaa tyyntemmäksi.

### *Vertaistiedon avulla sairauden hyväksyminen*

Vertaisilta saatua tietoa arvioitiin ja se asetettiin arkielämän yhteyteen vuodeosastovaiheessa. Eräs toveri keskusteli ennen varjoainetutkimustaan tutkimuksessa olleiden kanssa saadakseen kiistatonta tietoa. Tietoa hän vertasi ennakkokäsitykseensä. Näin hän löysi omakohtaiseen oivaltamiseen perustuvan hahmotustavan tutkimustoimenpiteeseen. Hänestä tuntui huojentavalta todeta, että omat havainnot tutkimuksissa olleiden tovereiden parantumisesta ja hyvästä voinnista toimenpiteiden jälkeen olivat yhtäpitäviä heidän kertomansa kanssa.

Etukäteistiedon saaminen kohtalotovereiden vastoinkäymisistä vaikutti joskus haitallisesti. Esimerkiksi Reino alkoi pelätä ennenaikaisesti ja aiheettomasti lähestyviä sydäntutkimuksiaan. Hänen pelkonsa aiheutui tovereiden tukaluuksien kuulemisesta. Kuitenkin myönteiseksi koetun tutkimustapahtuman ansiosta tuskaisuuden koettiin lievittyvän ja terveydentilan normalistuvan nopeasti.

Keskusteltuaan leikkauksessa olleen miehen kanssa Heikki alkoi ymmärtää ja hyväksyä sydämen ohitusleikkauksen yhdeksi hoitovaihtoehtoksi. Leikatun toverin tapaaminen lievitti pelkoa ja ahdistuneisuutta sekä vahvisti uskoa parantumiseen. Oikea-aikainen ja oikealla tavalla annettu tieto auttoi lähestyvän leikkauksen hahmottamisessa ja siihen valmistau-



tumisessa. Tauno (49 v.) varmensi kohtalotoverilta saamaansa sydäninfarktiedon merkittävyyttä (TA 07: 1110–1119):

*Kyll se on ihan ihan toinen toinen tapa ja tyyli keskustella, koska me ollaan aaltopituudella aivan samalla aaltopituudella, kun kun taas vaikka se ois kuinka omainen se toinen, jonka kans näistä myös puhuu, niin jos ei hän oo kokenu tätä samaa asiaa, niin siinä kuitenkin jää semmonen epätasapaino, jos näin voidaan sanoa. Eli eli saa sen kuvan, että hän ymmärtää, mutta toisaalta hän ei ymmärräkään sitä. Eli eli se ei oo hänen ongelma.*

#### *Yhteenveto kohtalotoveruuden jakamisesta*

Kohtalotoverit muodostivat varsinkin sisätautien vuodeosastolla merkittävän ihmissuhdeverkoston. Kohtalotovereilta miehet saivat tukea, läheisyyttä ja sydäninfarktiin liittyvää tietoa. Kohtalotoveruuden jakaminen merkitsi kohtalotovereilta avun saamista, kuolemansairaiden kohtalotoverien lähellä olemista ja kohtalotovereiden tiedosta vakiintumista. Kohtalotovereilta avun saaminen syntyi kohtalotovereihin totuttautumisesta, kohtalotovereista lujittumisesta ja eheytymisestä. Kohtalotovereiden häädystä pelästyminen ja hylkäämisestä tuskastuminen olivat kuolemansairaiden kohtalotovereiden lähellä olemiseen liittyviä kokemuksia. Kohtalotovereiden tiedosta vakiintuminen muodostui vertaistiedosta valistumisesta ja rauhoittumisesta sekä vertaistiedon avulla sairauden hyväksymisestä.

## 5.6 Sairaalasta kotiutuminen

Sairaalasta kotiutumiseen yhdistyvät kokemukset saivat alkunsa sisätautien vuodeosastolla, kun potilaan kotiuttamisen valmisteleminen aloitettiin. Tämän lisäksi kotiutumiseen liittyviä kokemuksia ilmeni sairauslomajan tapahtumissa. Sairaalasta kotiutumisen merkitykset olivat:

### Sairaalasta poistuminen

- Kotiutumisesta tyrmistyminen
- Arkielämästä vieraantuminen

### Kotiin asettautuminen

- Kotiin saapumisesta häkeltyminen
- Tarmokkuudesta yllättyminen
- Arkielämän järjestyttömyydestä typertyminen
- Joutenolosta voimistuminen
- Joutenolosta tukahtuminen
- Keskeneräisyyteen tuskastuminen

### Sairaalaan uudelleen palaaminen

- Jatkotutkimuksista harmistuminen
- Toimenpiteiden kavahtaminen
- Parantumattomaan sairauteen tyytyminen

### 5.6.1 Sairaalasta poistuminen

#### *Kotiutumisesta tyrmistyminen*

Sairaalasta poistuminen ja kotiin saapuminen olivat tärkeitä siirtymiä sydäninfarktiin sairastuneille miehille. Sisätautien vuodeosastolta pääseminen ja kotimatka olivat usein etukäteen kuviteltua vähemmän riemukkaita tapauksia. Jotkut miehet hämmentyivät perin pohjin kotiutumiseen liittyvistä odottamattomista ja epämiellyttävistä kokemuksistaan. Kotiutumisen iloa heikensi turvattomuus, avuttomuus ja itsenäisen suoriutumisen velvoittavuus. Mielihyvän tunnetta vähensi myös omavastuun vaade ja avun epävarmuus terveydentilan äkillisesti heikentyessä.

Kari oli mielestään henkisesti epäkelpo palaamaan kotiin sisätautien vuodeosastolta. Sakarin mukaan kotiutumistilanteen turvattomuus ja ahdistuneisuus yhdistyivät yksin jäämisen uhkaan. Turvattomuudesta ja ahdistuneisuudesta kotiutumistilanteessa Sakari (52 v.) julkisti (TA 16: 1688–1702, 1737–1744):

*Ett tuli semmonen, tuli semmonen turvaton olotila yhtäkkiä, ett tota. Se oli niinku jättäs tuolla keskellä järvee semmosen kelluvan lautan ja lähtis uimaan rantaan. Että tässä ollaan niinku omillaan. Etteiks nyt eiks nyt kukaan lähtis niinku mukaan täst porukast, joka tuota on hoitanu. Vaikka se oli niin lyhyt aika, parisen viikkoo, että tota luulis, että siinä ei niinku kerkiä kotiutumaan, mutta ehkä ne kokemukset on kuitenkin sen verran syviä että. Sillä hetkellä ku se tieto tuli, ett pitäs kotiin lähtee, niin se tuntu turvallisemmalle paikalle se sairaala ku koti.*

---

*Ja tuota se kova julma maailma, mikä sen sairaalan ulkopuolella on, niin alko jo sieltä sairaalan aulasta jo. Siellä oli vahtimestarin ikkunissa luki, että taksin tilaaminen maksaa viis markkaa. Siitä alkaa se julma maailma. No taksi tilattiin ja sitä sitä odotellessa siellä ulkona, siinä autojen kääntöpai-  
kalla, niin ilma oli kirpeä ja tuota.*

### *Arkielämästä vieraantuminen*

Sairaalassa ollessaan jotkut miehet vieraantuivat arkielämästä. Vieraantumiselle oli ominaista ulkopuolisuudentunne ja elämän tarkoituksettomaksi kokeminen. Vieraantumisesta seurasi, että matkalla sairaalasta kotiin tunnettiin syrjäytyneisyyttä ja osattomuutta sekä vähä- ja kovaosaisuutta. Vieraantumisesta seurasi tilanteen pinnallinen ja eläytymätön tarkastelu. Kokemuksen ymmärtämistä vaikeutti se, että sairastumista lukuun ottamatta arkielämä oli ennallaan. Vieraantumisen koettiin heijastavan vaikeutta sopeutua ja vastuun raskautta sairauden muuttamassa arkielämässä.

### 5.6.2 Kotiin asettautuminen

#### *Kotiin saapumisesta häkeltyminen*

Saapumista sairaalasta kotiin oli kaivattu ja ikävöity. Mielihyvä, ilo ja hyvinvointitunne olivatkin myönteisiä kotiutumiskokemuksia, jotka kestivät useita päiviä. Kotiin palaamiseen liittyvää mielihyvää ja tyytyväisyyttä lisäsi kodin viihtyisyys. Kotiin asettautuminen tuntui hyvältä väsymyk-

sestä ja epävakaasta terveydentilasta huolimatta. Hyvänolontunne johtui järjestyneestä arkielämästä sekä masennukselta ja kuolemanpelolta välttymisestä. Kotiuduttuaan eräs toipilas enimmäkseen lepäsi ja nukkui väsymyksensä vuoksi yhtäjaksoisesti lähes vuorokauden.

Sairausloman alkuvaiheessa jotkut miehet olivat jännittyneitä ja häkeltyneitä uudesta ja oudosta kotitilanteestaan. Kokemusta pahensi se, että kotiinpaluun jälkeen tuli selvitellä liian monia tärkeitä asioita. Muutama toipilas oli ymmällään tervehtymistä edistävien vaikeiden asioiden oppimisesta. Joidenkin luontevaa kotiin asettumista häiritsi epätietoisuus tulevaisuudesta.

Kotiin saavuttuaan toipilaat ymmärsivät, että nyt he olivat itse vastuussa parantumisestaan. Vastuun tiedostaminen tuotti ristiriitaisuutta ja neuvottomuutta. Erittäinkin vakavan sairauden ja jatkuvan avuntarpeen oivaltaminen voimistivat avuttomuutta ja itsensä pitämistä parantumattomasti sairaana.

### *Tarmokkuudesta yllättyminen*

Kotiutumisen jälkeinen henkinen ja ruumiillinen tarmo ja aloitekyky vaihtelivat. Toipilasajan heikko ruumiillinen kunto tuntui yllättävältä, masentavalta ja turhauttavalta. Tästä huolimatta Kari oli toimelias parin päivän ajan kotiutumisestaan. Hän rasittui kohtuuttoman pitkästä kävelylenkistä. Henkisestä tarmokkuudestaan huolimatta Viljo vältti ruumiillisesti rasittavaan toimeen ryhtymistä väärin tekemisen ja terveydentilan heikkenemisen pelosta. Sairauslomalla hän aikoi kuntoutua rauhallisesti kävele-

mällä. Eräs toipilas yritti tietoisesti välttää liiallista ruumiillista rasittumista, jotta ei sairastuisi uuteen sydäninfarktiin. Kotiutumisen jälkeiseen henkiseen ja ruumiilliseen tarmokkuuteen Kari (44 v.) viittasi (TA 01: 1285–1309):

*Niin, niin sanotaan ne ensimmäinen päivä pari, mitkä mä olin kotona, niin mä olin tosi energinen. Siis kertakaikkisen energinen. Ja ihmettelin, että mua ei niinku edes väsyttäny. Ja ett mä niinku todellakin niinko jollain tavalla kävin kyllä ylikierroksilla silloin, silloin sairaalasta päästyä. Mua ei väsyttänyt yhtään! Ja mä kävin vielä ihan luvattoman pitkällä, jollain kävelylenkilläkin silloin sanotaan heti seuraavana päivänä varmaan ku mä sairaalasta pääsin. Itse asiassa mä kävelin keskustaan kotoa ja se on jotain varmaan viis kilometriä. Ja sitte mä välillä huomasin, että mä kävelen vielä aika reippaasti silleen, että mun piti tosissaan niinko ottaa sitten vähä varovaisemmin se, se, se käveleminen ja tota.*

*Mut sen mä huomasin, ett mä olin niinko tosi energinen ja se jotenkin varmaan johtu siitä, siitä, että mä olin tosiaan jotenkiin niin häkeltyne ja kummallisesessa, kummallinen semmonen tunne oli siinä vaiheessa. Että sitä oli niinku täysin tavallaan pallo hukassa ku ei sitä, oli niin paljon asioita, mitkä piti niinko miettiä.*

### *Arkielämän järjestäytymättömyydestä typertyminen*

Joskus kotiin asettautuminen oli hankalaa ja tuskallista. Kitkaton kotiin asettautuminen olisi edellyttänyt järjestyksessä olevaa arkielämää. Muokautumisen ja tervehtymisen ehto oli oikeanlaisen suhtautumistavan löy-

tyminen uudelleenlaiseen ja jäsentymättömään elämäntilanteeseen. Kuitenkin elämän ja sairauden tutkiskeleminen oli vaivalloista ja hämmennyttävää. Parantumista koskeva tietämättömyys ja selkiytymättömyys pahensivat typerymisen kokemusta.

Sairauslomalla eräs yksinään elävä toipilas halusi olla yksin selvittääkseen arkielämänsä ongelmat. Hän uskoi yksinolon edistävän tärkeiden kysymysten ratkaisemista. Vaikeus löytää oikeita asioita käsiteltäväksi osoitti miehen heikkoa kaltaistumista sairauteen ja muuttuneeseen arkielämään.

### *Joutenolosta voimistuminen*

Jouten olemisen voimistavat kokemukset Kari antoi tiedoksi (44 v.) (TA 01: 478–481):

*Että tämmöstä niinku ihan tämmöstä joutenoloaikkaa ittelle ei mulla oo oikeestaa koskaan ollukaan, että sitä kautta mää oon kokenu sen ihan niinku hyvänä asiana.*

Alun pitäen riittävän pitkäkestoinen sairausloma edisti toipumista. Voimistava joutenolo oli sairauslomalla vapauttava, auttava, korjaava ja tervehdyttävä kokemus. Tapahtuman mieluisuus nivoutui ajan riittävyteen. Vihdoin miehillä oli aikaa keskittyä oman ja perheensä hyvinvoinnin vaalimiseen sekä keskeneräisten asioidensa loppuun saattamiseen. Esimer-

kiksi Reino lepäsi, liikkui, luki, harrasti sukututkimusta, opetteli ruuan valmistamista ja keskusteli kotinsa pihalla vanhojen miesten kanssa. Hän suuntasi tarmoaan sydämensä tarkkailuun, henkiseen tyyntymiseensä ja kuntoutumiseensa. Kiireettömyys ja joutenolon luovallisuus edistivät myös Paulin toipumista.

Erään toipilaan ahdistuneisuutta lievitti se, että lääkäri neuvotteli hänen kanssaan ja otti huomioon hänen mielipiteensä päättäessään sairausloman keston. Tuntui hyvältä, että potilas ja lääkäri päättivät yhteistuumin sairausloman ajallisen pituuden.

### *Joutenolosta tukahtuminen*

Joutenolo ei ollut yksinomaan myönteinen kokemus sairauslomalla. Tukahduttava joutenolo aiheutti mielipahaa ja hidasti toipumista. Tukahduttavan joutenolon kokemus syntyi mielekkään tekemisen puuttumisesta. Siitä seurasi, että huomio suuntautui ikävien asioiden herkeämättömään pohtimiseen.

Sairastumista edeltävän toimeliaisuuden nähtiin olevan yhteydessä sairausloman aikaiseen kokemukseen joutenolosta. Mitä puuhakkaimpia miehet olivat ennen sairastumistaan, sitä pitkästyneempiä he olivat sairauslomallaan. Sen sijaan toimeettomuuteen totuneet miehet vältyivät kyllästyneisyyden ja tukahtuneisuuden kokemuksilta sairauslomalla.

Lyhyeksi koettu sairausloma vaikeutti sydäninfarktista toipumista. Vääryytenä koettiin, että lääkäri jätti huomioon ottamatta miehen oman mielipiteen päättäessään sairausloman pituudesta. Liian lyhytkestoinen sairausloma aikaansai epävarmuutta. Epävarmuus puolestaan aiheutti



väsymystä, rintakipua sekä hengitysvaikeuksia ja hengenahdistusta. Kuitenkin joku mies esitti lääkärilleen pyynnön lyhyehköstä sairauslomasta, koska pitkäkestoinen poissaolo työstä vaikeutti työhön palaamista.

### *Keskeneräisyyteen tuskastuminen*

Jatkotutkimusten ja jatkohoidon keskeneräisyys ja epämääräisyys olivat tuskallisia ja pelottavia kokemuksia sairauslomalla. Ne aiheuttivat epäietoisuutta ja vahvistivat pelkoa sairauden yllättävästä pahentumisesta. Vaikka tietoa jatkohoidosta ja tutkimustoimenpiteistä pelättiin, niin sitä kaivattiin ja tarvittiin, koska uuden tiedon otaksuttiin vähentävän epävarmuutta.

Ennen jatkotutkimusten ja jatkohoidon toteutumista toipilaat ymmärsivät eri tavoin niiden tarkoituksen ja oletetut tulokset. Yhtäältä uskottiin, että tehokkaiden hoitojen ansiosta oli mahdollista parantua lähes terveeksi. Toisaalta ymmärrettiin, että tehokkaimmallakaan hoidolla syntynyt sydänlihaskauriota ei voi poistaa. Hoidon arveltiin lähinnä lievittävän pahanolontunnetta ja sairauden oireita sekä antavan lisävuosia elämään. Eräs mies arveli, että hoidosta huolimatta sairaus tulee väajäämättömästi etenemään ja johtaa lopulta kuolemaan.

Kirjallisen kutsun saatuaan miehet alkoivat kiihkeästi pohtia lähestyviä jatkotutkimuksia ja jatkohoitoa. He keskustelivat niistä innokkaasti perheidensä, ystäviensä ja tuttaviansa sekä työtovereidensa kanssa. Aktiivinen hoitovaihtoehtojen arvioiminen oli niiden välttämättömyyteen myöntymistä, kokonaiskuvan muodostamista ja tulevien tapahtumien en-

nakoimista. Kauko (56 v.) ennakoi lähitulevaisuutensa tapahtumia (TA 13: 3216–3220):

*Ett ei tästä oo operatioon enää ku muutama viikko, jos ei lakko häiritse sitä. Että siinä nyt elää jo sitä elää niinku tavallaan sitä maailmaa. Ja sitä ennakoi jo, ett ku ei tässä oo ku jokunen viikko enää.*

### 5.6.3 Sairaalaan uudelleen palaaminen

#### *Jatkotutkimuksista harmistuminen*

Sairaalaan palaaminen jatkotutkimuksia varten osoittautui kuitenkin usein harmilliseksi ja epämurkavaksi tapahtumaksi. Jatkotutkimuksiin menessään eräs mies oli akea ja alakuloinen. Kari tarkkaili terveinä pitämiään ihmisiä ja vertasi heidän tilaansa, vointiaan ja kuntoaan omaan kurjuuteensa menessään sairaalaan. Kari (44 v.) tunnusti sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen menostaan (TA 01: 8938–8950):

*Kyll sillon tosiaan vähän niinku terveenä mennä sinne sairaalaan niin se oli ihan toisenlaista, kun sillon sairaana. Kyllä se vähän niinku, vähän semmonen, semmonen apee fiilis, ko tiesi sit, että raitiovaunussa istu, että kohta - ja kattelit ympärille muita ihmisiä - ajatteli, että muut on menossa terveenä töihin. Että, että terveeksi vaikka itensä tunsin niin, niin ajatteli, että mä oo ihan tuotapikaa sairaalassa sairaalan vaatteet päällä ja ja sitteen että. Tavallaan tuntu silleen,*

*silleen että, ett mä en oo silleen täysin tasavertainen noitten muitten ihmisten kanss siinä raitovaunussa ett.*

Sairaalaan saapuminen oli herkkä tilanne varjoainetutkimukseen meneville miehille. Ystävälliseksi koettu vastaanottaminen lievitti tulovaiheen harmia ja mielipahaa. Yksin oleminen, lepääminen ja rauhassa tutkimukseen valmistautuminen helpottivat tukalaa oloa.

#### *Toimenpiteiden kavahtaminen*

Sairausloma-aikaan sijoittuvat hoito- ja tutkimustoimenpiteet koettiin usein uhkaavina tapahtumina. Vaaran tunne syntyi lähinnä hoitoympäristön ja toimenpiteen aiheuttamista fyysisistä tuntemuksista sekä terveydentilan koetusta heikentymisestä. Toimenpidehuone tuntui vieraalta ja uhkaavalta. Vieraus ja uhka aiheutuivat leikkaussalia muistuttavasta ilmapii-ristä, oudoista ja pelottavista laitteista sekä leikkausliinoilla peitettynä olosta. Vieras ja uhkaava ympäristö vahvisti käsitystä sairauden parantumattomuudesta. Kuitenkin tämä kokemus oli lyhytkestoinen. Pahanolon-tunnetta lievitti toimenpiteen kivuttomuus. Jännittyneisyyttä vähensi ja toimenpiteen etenemisen ymmärtämistä edisti tutkimuksen seuraaminen kuvaruudusta.

Useiden miesten pelko ja jännitys kohdentuivat eritoten varjoainetutkimukseen. Kammoa aiheutti kehoon kajoaminen, toimenpiteen epäonnistuminen ja hengenvaaran pelko. Hengenvaaran kokemus ja hädän tunne olivat yhteydessä intiimiin reisivaltimeen tehtävästä viillosta, hallitsemattomasta verenvuodosta ja sydämen vaurioitumisesta.

Välittömästi ennen pallolaajennusta useat miehet olivat hermostuneita. Hermostuneisuus kohdistui sydämen reagointiin ja toimenpiteen aiheuttamiin ruumiillisiin tuntemuksiin. Tästä huolimatta eräs mies koki hyvänolontunnetta toimenpiteen aikana. Hän välttyi jännitykseltä ja pelolta väsymyksensä, rentoutumisensa ja välinpitämättömyytensä vuoksi. Jälkeenpäin hän piti suhtautumisestaan järjenvastaisena, koska kyseessä oli hänen mielestään kehoon kohdistuva vaarallinen toimenpide.

Pallolaajennuksen paine herätti erilaisia tuntemuksia. Yksi ei havainnut painetta lainkaan, toinen tunsu lievää ja epämääräistä kipua sydämen seudussa. Kolmas koki pallon paineen sydänperäistä rintakipua muistuttavana voimakkaana aistimuksena. Hän voi myös pahoin toimenpiteen aikana. Lyhytkestoinenkin hengittämättä oleminen pallolaajennuksen aikana oli tuskallista ja jopa sietämätöntä. Seppo (50 v.) kertoi (TA 14: 3127–3130, 3172–3178):

*Mutt kuitenkin niin vähä se, minkälainen paine siellä oli siinä pallossa. Niin se niinko vähä jännitti siinä kyllä. Ett se oli aikamoinen yllätys.*

---

*Kyll se tuntuu joo. Se se tuntuu ilmeisesti sen takia, ku siin menee se verisuoni tukkoon, niin siin siin tulee se hapensaantiongelma. Ett se oli hyvin samantyyppinen niinku se oli sillon infartin yhteydessä. Mutt tota. Ei se mikään voimakas kipu ollu. Ett sen huomaa, ett nyt jotain sydämes tapahtuu.*

Jälkeenpäin pallolaajennusta muistellessaan eräs mies piti sitä miellyttävänä kokemuksena, josta ei jäänyt pelkoa tai epämiellyttäviä muistikuvia.

Hän oletti, että ennen toimenpidettä saatu rauhoittava lääke auttoi epämiellyttävien tuntemusten unohtamisessa.

### *Parantumattomaan sairauteen tyytyminen*

Varjoainekuvauksen jälkeisiä tapahtumia oli monesti vaikea palauttaa mieleen jälkeinpäin sairauslomalla. Hahmottamista heikensi rauhoittavan lääkkeen vaikutus ja usein myös tutkimuksenaikainen jännittäminen. Eräs tutkittu kertoi tutkimuksen henkisestä ja ruumiillisesta rasittavuudesta. Tutkimuksen jälkeen hän oli väsynyt ja huonovointinen sekä tosiasiallista sairaampi.

Epämukavuudesta ja pahanolontunteesta huolimatta varjoainetutkimukseen oltiin kuitenkin yleisesti tyytyväisiä, koska se auttoi tajuamaan mistä sydäninfarktissa oli kyse. Jälkeinpäin toimenpide tuntui miehistä yllättävänkin helpolta ja vaarattomalta.

Tutkimuksesta saatu tieto auttoi ymmärtämään, että sydäninfarktin vaikutus terveyteen oli usein kahtalainen. Yhtäältä varjoainetutkimuksen perusteella todettiin sydämen terveyden pysyvä heikentyminen. Toisaalta varjoainetutkimuksesta saatiin monesti myös tietoa, että verisuoniston ahtaumat olivat oletettua vähäisempiä ja sydän oli ennakoitua paremmassa kunnossa.

### *Yhteenveto sairaalassa kotiutumisesta*

Sairaalasta kotiutuminen ja kotiin pääseminen olivat tärkeitä, vaikkakin ristiriitaisia kokemuksia sydäninfarktiin sairastuneille miehille. Sairaalasta kotiutumisen kokemukset yhdistyivät sairaalasta poistumiseen, kotiin asettautumiseen ja sairaalaan uudelleen palaamiseen. Sairaalasta poistumisen kokemukset liittyivät puolestaan kotiutumisesta tyrmistymiseen ja arkielämästä vieraantumiseen. Kotiin saapumisesta häkeltyminen, tarmokkuudesta yllättyminen, arkielämän järjestäytymättömyydestä typertyminen, joutenolosta voimistuminen ja tukahtuminen sekä keskeneräisyyteen tuskastuminen olivat kokemuksia kotiin asettautumisesta. Sairaalaan uudelleen palaaminen syntyi jatkotutkimuksista harmistumisesta, toimenpiteen kavahtamisesta ja parantumattomaan sairauteen tyytymisestä.

#### 5.7 Miehen sydäninfarktinkokemukseen sisältyvien merkitysten yhteenveto

Tutkimuksen lähtökohtana oli miehen sydäninfarktinkokemuksen tarkastelu ja kuvailu. Miehen sydäninfarktinkokemuksen tarkastelu ja kuvailu tuo esille uutta hoitotieteellistä tietoa potilaslähtöisen hoitotyön arvioimiseen, tutkimiseen ja kehittämiseen.

Tutkimuksen tuloksena syntyi miehen sydäninfarktinkokemusta kuvaava merkitysverkosto. Merkitysverkosto auttaa ymmärtämään aineistolähtöisesti tiedonantajina olleiden miesten kokemuksia äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa (kuvio 1). Merkitysverkoston avulla kuvataan miehen sydäninfarktinkokemuksen vä-

lisiä suhteita kuvion muodossa ja pelkistetään koko tutkimuksen tulos havainnolliseen ja ytimekkääseen kuvalliseen muotoon. Todellisuudessa merkitykset ilmenevät usein ajallisesti ja paikallisesti toisiinsa lomittuneina ja päällekkäisinä kokemuksina. Sydäninfarktikoemuksen merkitykset eivät ole irrallisia, vaan kiinteästi toisiinsa kiinnittyneitä.

Miehen sydäninfarktikoemusta kuvaavassa merkitysverkostossa miehen sydäninfarktikoemusta tarkastellaan kokonaisuutena, joka muodostuu keskenään vuorovaikutuksessa olevista kokemuksista. Merkitysverkostosta käy ilmi, että sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemukset ovat yksilöllisiä ja niihin sisältyy erilaisia ominaispiirteitä. Sydäninfarktikoemus on ilmiönä moniulotteinen ja monivivahteinen. Merkitysverkoston keskiössä oleva miehen sydäninfarktikoemus indikoi kokemuksen ydinmerkitystä. Äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kokemukset ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa sekä keskenään että suhteessa tähän ydinmerkitykseen. Nuolet osoittavat tämän vuorovaikutuksen. Nuolet ilmaisevat myös yläsisältöalueiden (kuolemanvaarassa oleminen, hoidonantajien ominaisuudet, sairaalapotilaaksi joutuminen, perheen kohtaaminen, kohtalotoveruuden jakaminen ja sairaalasta kotiutuminen) välisen vuorovaikutuksen ja niiden yhteydet ydinmerkitykseen.

Miehen sydäninfarktikoemusta kuvaavaan merkitysverkostoon liittyvät hoitotieteen keskeiset paradigmakäsitteet, joita ovat ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyö (Munhall 2001d). Vaikka merkitysverkostolla on yhtymäkohtia hoitotieteen keskeisiin paradigmakäsitteisiin, hoitotieteen paradigma ei ohjannut aineiston keruuta, analyysiä eikä tulosten muotoutumista. Merkitysverkosto rajautuu ihminen-käsitteen osalta hoidonanta-

jiin, perheeseen, kohtalotovereihin ja potilaaseen itseensä. Hoitotyön ja ympäristön käsitteet rajautuvat hoitopaikkaan. Hoitopaikkoja ovat sairaustumipaikka, sairaankuljetusyksikkö, sairaalan päivystyspoliklinikka, päivystysosasto, teho-osasto, sydänvalvontaosasto, sisätautien vuodeosasto, koti ja sisätautien ajanvarauspoliklinikka. Tässä tutkimuksessa terveys-käsite integroituu kiinteästi käsitteisiin ihminen, hoitotyö ja ympäristö. Terveys-käsite ei ole irrotettavissa omaksi käsitteekseen, koska siihen sisältyvät merkitykset saavat ilmenemismuotonsa muiden käsitteiden kontekstissa.

Merkitysverkostosta käy ilmi, että äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kokemukset ovat ymmärrettävissä myös ajallisen ulottuvuuden näkökulmasta. Kokemusten syntymisajankohta ja ajallinen kesto vaihtelevat. Osa kokemuksista on ajallisesti lyhytkestoisia ja osa pitkäkestoisia. Ajallisesti sydäninfarktikoitus kehittyy tässä tutkimuksessa sairastumishetken ja sairausloman päättymisen välisenä aikana. Ajallinen ulottuvuus etenee aluksi äkillisestä sairaudesta henkeä uhkaavaan sairauteen ja potilaana olemiseen sairauslomalla. Kuolemanvaarassa oleminen ilmenee hoitoketjun eri vaiheissa. Hoidonantajien ominaisuudet paljastuvat ensihoito- ja sairaalavaiheessa. Sairaalapotilaaksi joutuminen saa ilmenemismuotonsa sairaalan päivystyspoliklinikalla, sydänvalvonta- tai teho-osastolla, päivystysosastolla, sisätautien vuodeosastolla ja ajanvarauspoliklinikalla. Perheen kohtaaminen puolestaan tulee näkyviin sairastumispaikalla, ensihoidon ja sairaalahoidon aikana sekä kotona sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kohtalotoveruuden jakaminen toteutuu pääasiassa sisätautien vuodeosaston usean henkilön potilashuoneessa. Sairaalasta kotiutumisen liittyvät kokemukset tulevat näkyviin

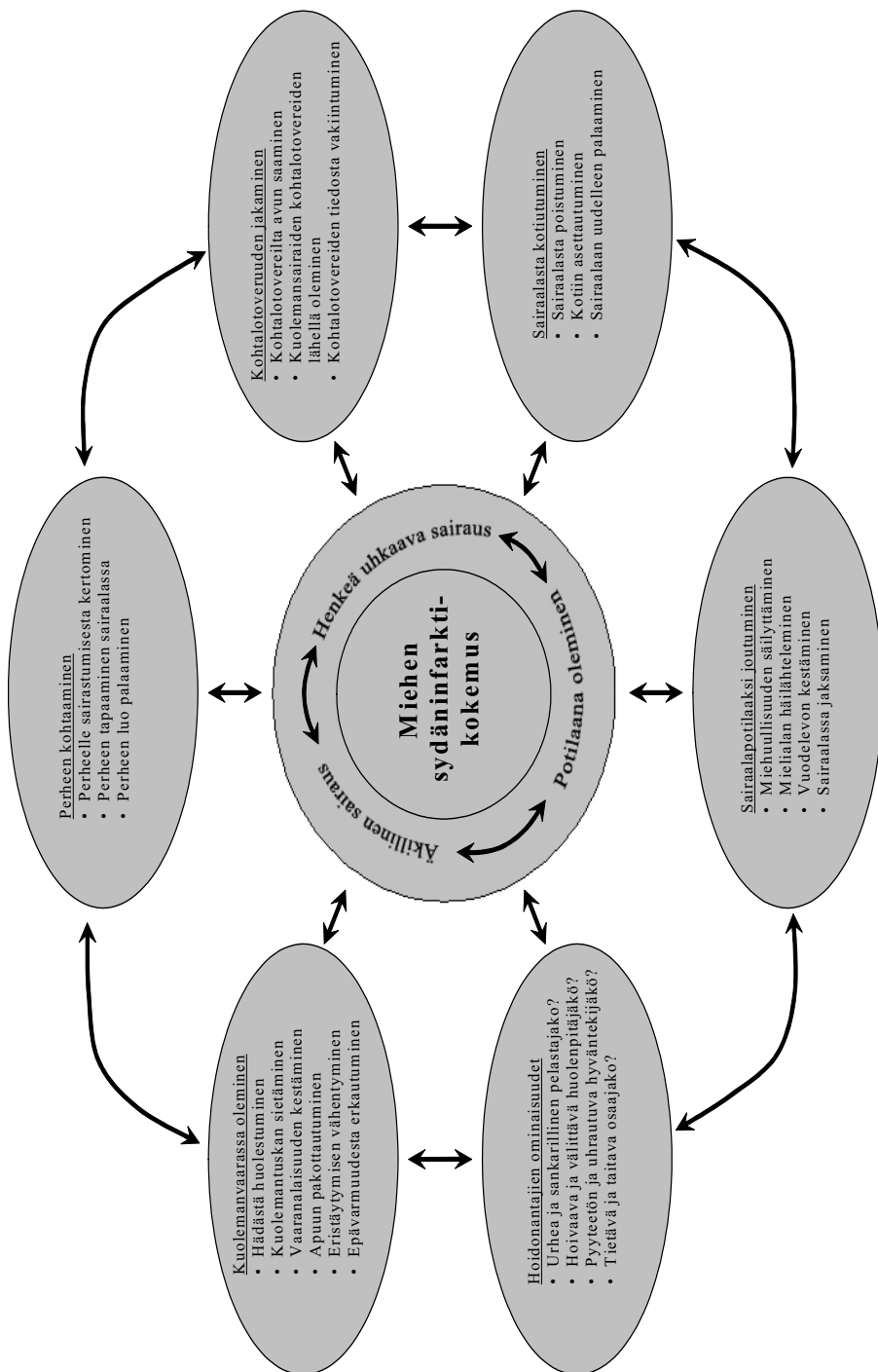


kotimatkan ja sairausloman aikana. Näitä vaiheita ei voi eikä ole syytä kategorisesti erottaa toisistaan, koska vaiheille on tyypillistä samanaikaisuus ja lomittaisuus.

Yhteenveto miehen sydäninfarktikoemukseen sisältyvistä merkityksistä esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Yhteenveto miehen sydäninfarktikokemuksen sisältämissä merkityksistä.

<u>Kuolemanvaarassa oleminen</u>	<u>Hoidonantajien ominaisuudet</u>	<u>Sairaalaapotiilaaksi joutuminen</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hädässä huolestuminen</li> <li>• Sairastumisesta häitäntyminen</li> <li>• Hätilmoituksesta kiusautuminen</li> <li>• Kuolemantuskan sietäminen</li> <li>• Sivuseikkoihin takertuminen</li> <li>• Kuolemantuskan hellittäminen</li> <li>• Vaaranalaisuuden kesäminen</li> <li>• Kuolemantuskan palaaminen</li> <li>• Yksin jäämisestä pelästyminen</li> <li>• Apuun pakottautuminen</li> <li>• Rippuvuudesta hämmästyminen</li> <li>• Kalvavasta potemisesta uupuminen</li> <li>• Eristäytymisen vähentyminen</li> <li>• Siirtymisvalmistelusta lientyminen</li> <li>• Yksinolosta helpottuminen</li> <li>• Yksinolosta kurjistuminen</li> <li>• Epävarmuudesta erkautuminen</li> <li>• Sairauden orjuudesta vapautuminen</li> <li>• Sairauden vangiksi jääminen</li> <li>• Tervehtymisestä huojentuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urhea ja sankarillinen pelastajako?</li> <li>• Hengenpelastukseen turvautuminen</li> <li>• Hengenpelastukseen luottaminen</li> <li>• Hengenpelastukseen pettyminen</li> <li>• Hoivaava ja välittävä huolempiitäjäkö?</li> <li>• Huomiokykyisyyden arvostaminen</li> <li>• Epäammattilaisuuden paheksuminen</li> <li>• Sukupuolitietusta hoitamisesta hämmästyminen</li> <li>• Hellästä huolepidosta vahvistuminen</li> <li>• Lioittelusta huolepidosta turhautuminen</li> <li>• Pyyteön ja uhrautuva hyväntekijäkö?</li> <li>• Vastuunalaisuudesta vakuuttautuminen</li> <li>• Vastuunottoomuuteen pettyminen</li> <li>• Osaamisen ihannoiminen</li> <li>• Häpeältä välttyminen</li> <li>• Tietävä ja taitava osajako?</li> <li>• Väliittämisestä rohkaistuminen</li> <li>• Välimpitämättömyydestä loukkaantuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miehullisuuden säilyttäminen</li> <li>• Potilaan univormusta kuormittuminen</li> <li>• Potilaan univormusta huojentuminen</li> <li>• Mielialan häilähteleminen</li> <li>• Masennuksesta ja ilosta yllättyminen</li> <li>• Sairauden pähenntumisesta nujertuminen</li> <li>• Henkisesti tasapainottumisesta keventyminen</li> <li>• Sairastumisesta herkytyminen</li> <li>• Vuodelevon kestäminen</li> <li>• Liikkumiskieltoon nöyryminen</li> <li>• Sistiytymisestä virkistyminen</li> <li>• Virtsaamisesta ja ulostamisesta nolostuminen</li> <li>• Pakoton virtsaaminen ja ulostaminen</li> <li>• Sairaalassa jaksaminen</li> <li>• Hengellisestä tuesta rohkaistuminen</li> <li>• Mielentrauhan saavuttaminen</li> <li>• Mielentrauhan menettäminen</li> <li>• Hankaluuksista leikkilisyysydellä suoriutuminen</li> <li>• Sydäninfarktiin sairastumisesta syyllistyminen</li> <li>• Odottamiseen tympääntyminen</li> <li>• Huononmuudontunteesta vaivaantuminen</li> <li>• Selkiytymättömyydestä rasittuminen</li> </ul>
<u>Perheen kohtaaminen</u>	<u>Kohtalotoveruuden jakaminen</u>	<u>Sairaalaista kotiutuminen</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perheelle sairastumisesta kertominen</li> <li>• Sairastumisen välitteleminen</li> <li>• Perheelle tiedottamisen ensisijaistaminen</li> <li>• Perheelle tiedottamisen viivästyttäminen</li> <li>• Lapsille tiedottamisesta tuskastuminen</li> <li>• Perheen tapaaminen sairaalassa</li> <li>• Perheen yhdessäolon oudoksuminen</li> <li>• Perheestä vahvistuminen</li> <li>• Perheen rauhan rikkoutumisesta häiriintyminen</li> <li>• Raikkaiden ja seksuaalisuuden haluan pakkahtuminen</li> <li>• Perheen huo palaaaminen</li> <li>• Perheen taakasta huolestuminen</li> <li>• Perheen huolepidosta yllättyminen</li> <li>• Perheen eheytymisestä ilahtuminen</li> <li>• Perheen vierautumiseen pettyminen</li> <li>• Erektion heikentymisestä aldistuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kohtalotoveruuden jakaminen</li> <li>• Kohtalotoverilta avun saaminen</li> <li>• Kohtalotoverihin totuttautuminen</li> <li>• Kohtalotovereista luottaminen</li> <li>• Kohtalotovereista eheytyminen</li> <li>• Kuolemansairaiden kohtalotoverien lähellä oleminen</li> <li>• Kohtalotoverien hädästä pelästyminen</li> <li>• Kohtalotoverien hylkäämisestä tuskastuminen</li> <li>• Kohtalotoverien tiedosta vakintuminen</li> <li>• Vertaistiedosta valistuminen</li> <li>• Vertaistiedosta rauhoittuminen</li> <li>• Vertaistiedon avulla sairauden hyväksyminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairaalaista kotiutuminen</li> <li>• Sairaalaista poistuminen</li> <li>• Kotiutumisesta tyyntyminen</li> <li>• Arkielämästä vieraantuminen</li> <li>• Kotiin asettautuminen</li> <li>• Kotiin saapumisesta häkeltyminen</li> <li>• Tarmokkuudesta yllättyminen</li> <li>• Arkielämän järjestyttämättömyydestä tyyntyminen</li> <li>• Joutenolosta voimistuminen</li> <li>• Joutenolosta tukahuttuminen</li> <li>• Keskeneräisyyteen tuskastuminen</li> <li>• Sairaalaan uudelleen palaaminen</li> <li>• Jatkotutkimuksista harmistuminen</li> <li>• Toimenpiteiden kavahtaminen</li> <li>• Parantumattomaan sairauteen tyyntyminen</li> </ul>
<b>MIEHEN SYDÄNFARKTIKOKEMUS</b>		



Kuvio 1. Miehen sydäninfarktikokemusta kuvaava merkitysverkosto.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Fenomenologisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiperusteet poikkeavat kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteetti- ja valideettikriteereistä, koska fenomenologisen tutkimuksen tietoteoreettiset perusratkaisut ja tutkimusmenetelmät ovat erilaisia kuin kvantitatiivisten tutkimusten lähtökohdat (Tynjälä 1991, 387–388; Åstedt-Kurki 1992, 140; Cohen ja Knafli 1999; Cutcliffe ja McKenna 1999; Tuomi ja Sarajärvi 2002; Morse ja Richards 2002, 167–168).

Tutkimukseni luotettavuutta arvioidessani kohdistin huomiota siihen, että luotettavuuden kriteerit suhteutuvat tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön eli miehen sydäninfarktikoemukseen (Lukkarinen 2001, 154). Päämääränäni oli saavuttaa tutkimuksen adekvaattisuus tai ontologinen relevanttius. Adekvaattisuudella (Rauhala 1989, 1993b) ja ontologisella relevanttiudella (Perttula 1995a, 98) tarkoitan tässä miehen sydäninfarktikoemuksen perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuutta. Pohdin miehen sydäninfarktikoemuksen konstruktion ja siitä tekemäni rekonstruktion luotettavuutta arvioimalla tutkimusprosessin johdonmukaisuutta, reflektointia sekä aineistolähtöisyyttä. Arviointini kohteena oli myös tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus, tavoiteltavan tiedon laatu ja metodien yhdistäminen. Lisäksi otin kantaa tutkijayhteistyöhön sekä tutkijan subjektiivisuuteen ja vastuullisuuteen. (Perttula 1995a, 102–104; Giorgi 1996a; Giorgi 1996b; Lukkarinen 2001.)

*Tutkimusprosessin johdonmukaisuus*

Tutkimusprosessin johdonmukaisuus edellytti loogista yhteyttä sydäninfarktitekemuksen perusrakenteen, tutkimusaineiston hankintatavan, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän ja tutkimuksen raportointitavan välillä (Lukkarinen 1999a, 105; Lukkarinen 2001). Tutkimusprosessin johdonmukaisuuden osoitin kuvaamalla tutkimusprosessini ja tekemäni valinnat niin tarkasti, että lukija pystyy seuraamaan päättelyäni. Miehen sydäninfarktitekemuksen luonnehdin siten, että tutkittavan ilmiön perusrakenteen, aineiston hankintatavan, teoreettisen lähestymistavan, analyysimenetelmän ja raportoinnin välinen looginen yhteys paljastui. (Cutcliffe ja McKenna 1999; Purola 2000, 124; Lyons 2002.) Koska tutkimuskohteena oli miehen sydäninfarktitekemus eikä siihen liittyvä teorialähtöinen kokemustieto, toteutin aineiston keruun ja analyysin ilman ennakkoon asetettuja teoreettisia sitoumuksia. Tutkimukseni luotettavuutta lisäsi tiedonantajien ja minun väliset luottamukselliset ihmissuhteet sekä aineistonkeruun suorittaminen tiedonantajien nimeämissä paikoissa. Haastattelupaikoiksi muodostuivat tiedonantajien kodit ja työhuoneeni. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin kuitenkin aina työhuoneessani. Luottamuksellisen suhteen kehittymisen ja tutustumisen ansiosta useat haastateltavat kutsuivat minut kotiinsa suorittamaan seuraavia haastatteluja. (Morse ja Field 2002, 72–79; Maijala ym. 2002.)

Tutkittavan ilmiön perusrakennetta kuvasin luvussa kaksi ja tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtäviä luvussa kolme. Tähän perustuen valitsin tutkimusaineistoiksi avoimet haastattelut ja julkaistut muistelute-

okset. Aineiston analyysimenetelmäksi sopi käyttämäni fenomenologinen menetelmä. Aineiston keruuta ja analysointia kuvasin luvussa neljä.

### *Tutkimusprosessin reflektointi*

Reflektointi kohdentui tutkimuksellisten valintojeni perustelemiseen kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa. Tarkoitukseni oli antaa lukijalle mahdollisuus hahmottaa tutkimusprosessiani. (Byrne 2001; Lyons 2002.) Erityistä huomiota kiinnitin aineiston analyysin kuvaamiseen, jotta lukija saattoi hahmottaa tutkimusprosessin etenemistä ja kokonaisuutta. Analyysin etenemistä voi seurata myös liitesivujen avulla (liite 4).

Tässä vaiheessa sulkeistin tietoisesti ennakkokäsitykseni miehen sydäninfarktitekemuksesta. Olin tietoinen, että sulkeistamisen ja mielikuvatasolla tapahtuvan muuntelun onnistuminen vaikuttivat tutkimukseni luotettavuuteen. (Morrison 1994; 16–17; Moustakas 1994; 97–100; Munhall 1994; Munhall 2001b; Morse ja Richards 2002, 146–148; Ekstedt ja Fagerberg 2005). Tapani ymmärtää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä vaikutti koko tutkimusprosessin ajan. Sulkeistaminen ja empaattinen suhde auttoivat minua ymmärtämään tiedonantajia ja heidän sydäninfarktitekemustaan. (Lukkarinen 1999a, 105; Lukkarinen 2001.)

*Tutkimusprosessin aineistolähtöisyys*

Tutkimusprosessin aineistolähtöisyys oli tärkeä periaate, koska sydäninfarktikoekemusta koskeva aineisto oli keskeisimmässä asemassa tutkimusprosessin kokonaisuudessa ja etenemisessä. Aineistolähtöisyyden varmistin valitsemalla tiedonantajiksi miehiä, joilla oli tutkimuskohteesta oma-kohtaisesti koettua tietoa sekä halua ja kykyä kertoa siitä (Donalek ja Soldwisch 2004). Haastatteluissa tiedonantajat saivat vapaasti ja keskeytyksettä pohtia sydäninfarktikoekemustaan. Ensimmäisen haastattelun aloitin pyytämällä asianomaista omin sanoin tekemään selkoa sydäninfarktikoekemuksestaan. Tämän jälkeen kysymykseni määräytyivät ja kohdistuivat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien ohjaamana siihen, mitä haastateltavat aiemmin olivat ilmaisseet. (Holloway ja Wheeler 2002, 80–82; Fontana ja Frey 2005.)

Miehen sydäninfarktikoekemusta koskevan esiyymmärrykseni avoin, perusteellinen ja rehellinen refleктоiminen ja sulkeistaminen ennen aineiston keruuta ja analysointia vahvistivat luotettavuutta ja ehkäisivät vinoutumia. Epäonnistunut refleктоinti ja sulkeistaminen olisi saattanut johtaa siihen, että olisin nähnyt miehen sydäninfarktikoekemuksesta omasta elämismaailmastani ja entuudestaan tuttuja asioita. (Valle 1989; Varto 1992, 32–34; Cohen ja Omery 1994; Oiler Boyd 2001c) Tästä tietoisena oletin, että pystyin kuvaamaan sydäninfarktikoekemuksen sellaisena kuin se tiedonantajille näyttäytyi.

Ennen aineiston keruuta ja aineiston keruuvaiheessa vältin tietoisesti keskustelemista tiedonantajista hoidonantajien kanssa. Pidättäydyin myös tutustumasta potilasasiakirjoihin, vaikka minua kannustettiin siihen

anoessani lupaa tutkimukselleni. Tiedonantajien kodeissa kartoitin sairastuneesta ja hänen kokemuksistaan keskustelua muun perheen kanssa. Ohjasin keskustelua kohteliaasti yleisesti kiinnostaviin asioihin. Kuitenkaan en säädellyt tai kontrolloinut haastattelujen kulkua miesten kodeissa. Perustelen vetäytyvää toimintatapaani sillä, että ulkopuolisten käsitysten huomioiminen olisi saattanut virheellisesti ohjata aineiston keruuta ja analyysiä ja siten heikentänyt tutkimukseni luotettavuutta.

Ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista toteutin yhden esihaastattelun (Eskola ja Suoranta 1998, 90; Hirsjärvi ja Hurme 2000, 72–73, Barrett 2002). Esihaastattelu lisäsi tutkimuksen luotettavuutta auttaessaan minua kiinnittämään huomiota haastattelun ongelmiin ja olennaisuuksiin sekä haastattelutekniikkaan. Esihaastattelussa opettelini myös hyväksymään tiedonantajien vastaukset. Jos vastaus ei tyydyttänyt minua, palasin siihen myöhemmin uudelleen tai kysyin asian toisella tavalla. (Kortesluoma ja Hentinen 1995; Palmu ja Suominen 1999.)

Haastattelujen luotettavuutta lisäsi se, että haastateltavaksi valikoituneiden miesten joukko oli tarkoituksenmukainen. Miehet olivat sydäninfarktiin sairastuneita ja he halusivat kertoa minulle sydäninfarktikoemuksestaan. Tiedonantajajoukon muodostumista säätelin ainoastaan siten, että osallistujien tuli olla lääketieteellisesti diagnosoituun sydäninfarktiin sairastuneita, työikäisiä miehiä. Sisätautien vuodeosastolla, sydänkuntoutusryhmissä ja sydäninfarktiryhmissä sairaanhoitajat esittivät kriteerit täyttävälle miespotilaille osallistumispyynnön. (Sidenvall ja Fjellström 2000; Dellve ym. 2002; Morse ja Richards 2002, 173.) Tässä yhteydessä miehet saivat suullisen ja kirjallisen (liite 2) alkuinformaation tutkimuksestani sekä suostumus-lomakkeen (liite 3). Kahdessa sydäninfarkti-



ryhmässä kerroin tutkimuksestani ja esitin asianomaisille osallistumiskutsun.

Haastattelujen luonnistumista edisti riittävän ajan varaaminen haastattelutapahtumaan sekä avoimen, myönteisen ja kunnioittavan ilmaisiin syntyminen (Tynjälä 1991, 393; Purola 2000, 125; Morse ja Field 2002, 72–73). Miesten ja minun välinen vuorovaikutus haastattelutilanteissa oli asiallinen, syvällinen, henkilökohtainen ja tutkimuksen kannalta antoisa. Ensimmäisen haastattelun jälkeen paljastin tiedonantajille suhteeni tutkimuskohteeseen. Kerroin miehille, että minulla on läheinen suhde miehen sydäninfarktinkokemukseen. Toin esille, että olen kohdannut sydäninfarktiin sairastuneita miehiä sekä yksityishenkilönä että hoidonantajana elämänkaareni eri vaiheissa. Keskustelin miesten kanssa myös sukupuoleni ja keski-ikäisyyteni vaikutuksesta heidän ymmärtämiseen ja haastatteluaineiston keruuseen. Tätä pidän onnistuneena ratkaisuna, vaikka siihen voidaan perustellusti kohdistaa kritiikkiä. Päätökseni osuvuus ilmeni siinä, että se lähensi henkisesti tiedonantajia ja minua. Useat miehet totesivat, että omakohtaisen kokemukseni ansiosta ymmärsin heitä ja heidän kokemuksiaan. Menettelyä oman suhteen ja subjektiviteetin paljastamisesta voidaan arvostella sillä perusteella, että se virheellisesti ohjaa haastattelua ja muuttaa tutkimushaastattelun terapeutiseksi haastatteluksi. (Hutchinson ja Wilson 1994; Kvale 1996, 155–157; Connelly ja Yoder 2004.) Tämän tutkimuksen aineiston keruussa vältin tietoisesti ajautumasta terapeutiseen haastatteluun. Aineistoa hankin tutkimushaastattelun avulla. Haastattelua ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät.

Haastattelun jälkeisessä arviointikeskustelussa paljastui miesten antaumuksellinen haastatteluun paneutuminen. Tiedonantajien palautteesta

oli pääteltävissä, että he antoivat haastattelussa rehellistä, arkaluonteista ja syvällistä tietoa senhetkisestä sydäninfarktikoemuksestaan. (Lohiniva ja Purola 2004.) Tämä vahvisti aineiston keruun luotettavuutta. Aineiston keruun luotettavuutta olisi saattanut lisätä myös se, että haastateltavat olisivat jälkikäteen kuunnelleet omat haastattelunsa nauhalta (Byrne 2001). Pidättäydyin tästä, koska pidin miesten kokemusta alati muuttavana. Ajallisen etäisyyden kasvaessa tapahtumaan primääri kokemus olisi saattanut muuntua tiedonantajan prosessoidessa ja saadessa uutta tietoa tutkimuskohteesta. Arvelin myös, että myöhemmin tiedonantajien olisi ollut vaikea palauttaa mieleensä autenttista, haastatteluhetken sydäninfarktikoemuksestaan.

Välittömästi jokaisen haastattelun jälkeen kirjoitin tutkimuspäiväkirjaani (Åstedt-Kurki 1992, 32, 197; Hutchinson ja Wilson 1994, 307; Breakwell ja Wood 2002; Vilka ja Airaksinen 2003, 19–22; Randers ja Mattiasson 2004; Varcoe ym. 2004; Koskinen 2005) arvioni haastattelusta. Dokumentoin haastattelujan ja -paikan, ajallisen keston, haastateltavasta saamani vaikutelman sekä haastattelun luonteen, kulumisen ja sujumisen. Lisäksi kirjasin arvioni onnistumisesta haastattelijana, yhteenvedon keskeisistä asioista ja havainnot haastattelun sisällöstä sekä häiriötekijät ja havainnot haastatteluolosuhteista. Päiväkirjoja en käyttänyt tutkimusaineistona. Päiväkirjat helpottivat aineiston analysointia auttaessaan elävästi palauttamaan mieleen haastattelutilanteen. (Happ ym. 2004; Koskinen 2005.)

Tutkimukseni luotettavuutta lisäsi itse suoritettu haastatteluaineiston keruu ja transkribointi (Atkinson 1998, 54; Burns ja Grove 2003, 380–81; Silverman 2003; Drew 2004; Duffy 2004; Appelin ja Berterö

2004), muisteluteoksen tekstin kirjoittaminen sähköiseen muotoon sekä aineistojen analysoiminen. Haastattelujen transkribointi oli tärkeä vaihe. Tuolloin eläydyin uudelleen ja palautin mieleeni haastattelun aikaisen tunnelman sekä haastateltavien puheet ja kokemukset. Haastatteluaineiston tallentaminen äänikasetille oli merkittävä luotettavuutta lisäävä menettelytapa. Nauhoja uudelleen kuunnellessani löysin aineistosta uusia merkityksiä, joita haastatteluhetkellä en havainnut tai joita pidin vähämerkityksellisinä. Jatko haastatteluissa palasin merkittäviin asioihin ja siten sain syvällistä ja kokonaisvaltaista aineistoa miehen sydäninfarktikoemuksesta. (Peräkylä 1997; Pilhammar Andersson 2000; Dellve ym. 2002; Holloway ja Wheeler 2002, 86–88.)

Analysoin haastatteluaineiston ja julkaistujen muisteluteosten aineiston fenomenologista analyysimenetelmää soveltaen. Aineiston kerääminen ja analyysi tapahtuivat lomittain. Näin saatoin käyttää avoimen haastattelun idean mukaisesti edellisessä haastattelussa saatua tietoa seuraavassa. Aineiston analyysin luotettavuutta lisäsi palaaminen alkuperäiseen aineistoon useaan kertaan ja sisältöalueiden ja aineiston johdonmukaisuuden tarkistaminen. Aineistossa olevien merkitysten ymmärtämistä ja sisältöalueiden muodostamista helpotti se, että tapasin monia tiedonantajia useasti. Tämä auttoi ymmärtämään miesten tilannetta sekä heidän elämänsä ja kokemuksiaan. (Puotiniemi ja Kyngäs 2003.)

Esitän analyysin lopputulokset Taulukossa 1 ja Kuviossa 1. Havainnollistan tuloksia aineistosta peräisin olevilla suorilla lainauksilla. Suorat lainaukset vahvistavat luotettavuutta tutkimustulosten autenttisten näyttöjen todistusvoiman ansiosta (Lepp ja Ringsberg 2002).

*Tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuus*

Tutkimustulosten luotettavuus oli sidoksissa todellisuuden ominaispiirteisiin, jotka tutkimustilanteessa olivat olemassa kuten haastattelutilanteeseen, haastattelun osapuoliin ja ilmapiiriin sekä muisteluteosten tekstin kokonaisuuteen. Haastattelut ja julkiset muisteluteokset olivat ainutkertaisia tapahtumia, joiden toistaminen ja toistuminen samanlaisina oli mahdotonta. Toiminnallani varmistin, että haastattelutapahtumat olivat luottamuksellisia, miellyttäviä, rauhallisia ja puhumiseen motivoivia sekä tiedonantajien yksilöllisyyttä korostavia. (Leininger 1994; Hutchinson ja Wilson 1994, 307; Miller 1997; Purola 2000, 126; Siekinen 2001.) Ennen haastattelua keskustelin haastateltavien kanssa yleisistä asioista sekä loin miellyttävää ja rentouttavaa ilmapiiriä. Haastattelun jälkeen arvioimme subjektiivista haastattelukokemusta sekä vastauksen saamista tutkimustehtäviin.

Kontekstisidonnaisuudella viitataan myös sydäninfarktiin sairastuneiden miesten koettuun maailmaan. Tutkimukseni luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että ymmärsin ja kuvasin sydäninfarktinkokemuksen tiedonantajien näkökulmasta (Pilhammar Anderson 2000; Sidenvall ja Fjellström 2000; Morse ja Field 2002, 198; Morse ja Richards 2002, 48). Olin tutkimusprosessin ajan tietoinen siitä tähdellisestä fenomenologiseen tutkimukseen liittyvästä asiasta, että miesten merkityssuhteet olivat mielekkäästi tutkittavissa vain heidän koettujen maailmojensa kokonaisuudessa. Ymmärsin, että tutkimusprosessissa kohtasivat tiedonantaja ja tutkija, joilla kummallakin oli oma elämismaailmansa ja omat näkemyksensä miehen sydäninfarktinkokemuksesta. Nämä vaikuttivat sydäninfarktiko-

muksen tematisointiin. Eri näkökulmaisuuuden tietoinen refleктоiminen sekä oman näkökulman sulkeistaminen ja kirjoittaminen auttoivat minua ymmärtämään sitä tiedonantajien näkökulmasta ja ehkäisemään oman näkemykseni liiallinen esilletulo.

Kontekstisidonnaisuutta vahvistin pohtimalla, mitä äkillinen, henkeä uhkaava sairastuminen ja potilaana oleminen merkitsivät tiedonantajille. Aineistoa analysoidessani pyrin eläytymään kokonaisvaltaisesti miesten elämismaailmaan. Oletin, että minulle kuvattu sydäninfarktiko-kemus oli heijastuma miesten senhetkisen koetun maailman kokonaisuudesta. (Purola 2000, 126–127). Heijastuman kuvauksen osuvuus lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Aineiston analyysin luotettavuutta olisin mahdollisesti voinut lisätä luettamalla tiedonantajilla kunkin oman analyysin. Tästä pidättäydyin siksi, että uskoin sydäninfarktiko-kemuksen muuttuvan ajallisen etäisyyden lisääntyessä sairastumistapahtumaan. (Kosonen 2001, 138.) Luotettavuutta olisin voinut vahvistaa antamalla tulokset luettavaksi muutamalle sydäninfarktiin sairastuneelle miehelle, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen (Latvala ja Vanhanen 2001; Räisänen ja Kaunonen 2004).

### *Tavoiteltavan tiedon laatu*

Haastatteluaineistosta ja julkaistujen muisteluteosten aineistoista avautui monipuolinen kuva miehen sydäninfarktiko-kemuksesta. Uskon, että tuloksista löytyi tuttuja asioita monelle muullekin sydäninfarktiin sairastuneelle miehelle kuin pelkästään tutkimukseni tiedonantajille. Tulosten monipuo-

lisuus selittyi osaksi myös sillä, että tutkimukseni tiedonantajat muodostivat varsin heterogeenisen miesjoukon. (Halldórsdóttir 2000b; Kosonen 2001, 139.)

Käyttämäni aineistot olivat luonteeltaan vahvasti satunnaisia. Siksi niihin ei ollut mielekästä soveltaa näkökulmaa, jonka varassa niitä voisi tarkastella aukottomana tietona ja totuutena miehen sydäninfarktiko-  
kemuksesta. Tutkimuksen tuloksia ei ole syytä lukea myöskään kausaa-  
lisuhteina tai väistämättömien syiden kaltaisina selityksinä. Tulokset eivät  
kertoneet yhtä ja lopullista totuutta miehen sydäninfarktiko-  
kemuksesta, vaikka ne muodostivatkin aineiston varassa kerrottuja todennäköisiä ku-  
vauksia. Tutkimuksessa esitettyjä kuvauksia ei myöskään ollut mielekästä  
arvioida sellaisilla määreillä kuin aukoton, oikea, virallinen tai autenttinen  
totuus. Sen sijaan osuvat kuvaukset saattoivat kertoa siitä, millainen oli  
tiedonantajien itsensä kuvaama sydäninfarktiko-  
kemus. (Fridlund ja Hil-  
dingh 2000; Hall 2000; Halldórsdóttir 2000b; Wenestam 2000; Juvonen  
2002, 81.)

Kvalitatiivisen lähestymistavan tarpeellisuutta tuki miehen sy-  
däninfarktiko-  
kemusta koskevan kokonaisvaltaisen ja aineistolähtöisen  
tiedon niukkuus. Tässä tutkimuksessa tavoittelin sydäninfarktiko-  
kemukseen liittyvää kielellisesti ilmaistua essentiaalista, käsitteellistä ja per-  
soonakohtaista yleistä tietoa. Essentiaalinen tieto oli tietoa omaksumastani  
ihmiskäsityksestä. Käsitteellisesti yleinen tieto syntyi fenomenologisen  
analyysiprosessin tuloksena ja oli yhteydessä miesten sydäninfarktiko-  
kemukseen liittyvien merkityssuhteiden ja sydäninfarktiko-  
kemusta kuvaavan  
merkitysverkoston paljastumiseen. (Cohen 1995; Omery ja Mack 1995;  
Lauterback 1999; Oiler Boyd 2001b.) Persoonakohtainen yleinen tieto tuli

ajoittain näkyväksi, kun aika pienestä tiedonantajajoukosta nostin analysoinnin kohteeksi yksittäisen miehen toisista tiedonantajista poikkeavia kokemuksia. (Koistinen 2002, 193–194.)

Tulosten ja siten uuden tiedon luotettavuutta lisäsin palaamalla yhä uudestaan alkuperäiseen tutkimusaineistoon ja siitä tekemiini päiväkirjamerkintöihin. Analyysiä tarkensin vertaamalla tuloksia alkuperäiseen aineistoon ja päiväkirjamerkintöihin. (Calvin 2004; Hsu ym. 2004; Pasco ym. 2004; Tutton ja Seers 2004.)

### *Metodien yhdistäminen*

Tutkimuksessani käytin aineistotriangulaatiota (Oiler Boyd 2001c; Lukkarinen ja Lepola 2003; Atkinson ja Delamont 2005; Denzin ja Lincoln 2005; Fontana ja Frey 2005; Atkinson ja Delamont 2005; Richardson ja St. Pierre 2005), koska oletin miehen sydäninfarktikokemuksen paljastuvan luotettavasti yhdistämällä kaksi kvalitatiivista aineistoa. Tutkimusaineisto koostui keräämistäni avoimista haastatteluista ja julkaistuista muisteluksista. Oletin aineiston keruuvaiheessa, että aineistotriangulaation ansiosta saan ilmiöstä ehjän, kattavan, kokonaisvaltaisen ja aidon kuvan. Aineiston analyysiä aloittaessani yhdistin haastatteluaineiston ja muisteluksien aineiston yhdeksi tutkimusaineistoksi. Näin muodostuneen aineiston analysoin fenomenologisella menetelmällä. Aineistojen erikseen analysointia pidin epätarkoituksenmukaisena, koska käyttämälläni analyysimenetelmällä oli mahdotonta vertailla keskenään tutkimuksen tuloksia. (Mays ja Pope 2000.)

*Tutkijayhteistyö*

Tutkijayhteistyö vahvisti tutkimukseni luotettavuutta lisätessään tutkimuksellisten menettelyjen systemaattisuutta ja ankaruutta (Perttula 1995a, 103). Yhä uudestaan omasta tutkimuksesta puhuminen tutkijayhteisössä auttoi sen uudelleen jäsentämisessä, tematisoinnissa ja ymmärtämisessä. (Byrne 2001.) Tutkimukseni luotettavuus vahvistui jatkokoulutusseminaarien kommentaattoreiden ja ohjauksen ansiosta.

Tutkimukseni luotettavuutta olisi saattanut lisätä se, että toinen tutkija olisi arvioinut analyysini ja muodostamani sisältöalueiden johdonmukaisuuden (Halldórsdóttir 2000a; Pilhammar Andersson 2000; Puotiniemi ja Kyngäs 2003; Flinkman ja Salanterä 2004). Arviointia en kuitenkaan teettänyt.

*Tutkijan subjektiivisuus*

Tutkijan tajunnallisuus oli fenomenologisen tutkimuksen luotettavuuden ja onnistumisen perusedellytys. Tutkimustyötä tehdessäni tiedostin tutkijana olevani tajunnallinen olento ja myös tutkimustyöni subjekti. Reflektoin, analysoin ja kuvasin perusteellisesti ja rehellisesti subjektiiviteettini tutkimuksen eri vaiheissa, jotta esiymmärrykseni ei olisi suunnannut tutkimuksellista mielenkiintoani pois tutkimuskohteesta. (Omery ja Mack 1995; Kvale 1996, 212; Halldórsdóttir 2000a; Oiler Boyd 2001a.) Tässä yhteydessä viitataan esiymmärrykseni reflektointiin ja sulkeistamiseen, joita kuvasin luvussa neljä (Barnum 1998, 270; Byrne 2001).



Esiymmärrykseni miehen sydäninfarktikoemuksesta perustui kokemukseeni yksityishenkilönä, keski-ikäisenä miehenä, erikoissairaanhoidtajana ja terveystieteen opettajana sekä tutkijana. Esiymmärrys auttoi jäsentämään tutkimuksen kohdetta. Esiymmärrys lisäsi tutkimukseni luotettavuutta myös, koska se auttoi ja edisti miehen sydäninfarktikoemuksen ymmärtämistä. Toisaalta kuitenkin vaarana oli, että olisin analysoinut aineistoa oman esiymmärrykseni kautta. (Dowling 2004; Peltoniemi ja Kyngäs 2004; Öhman ja Söderberg 2004.) Tiedostin tämän vaaran tutkimusprosessini eri vaiheissa. Tämän uhan ehkäisemiseksi pohdin tutkimussuunnitelmassani ja tutkimuspäiväkirjassani syvällisesti suhdettani tutkimuskohteeseen. Lähtökohdista etäännyttäminen helpotti myös tiedeyhteisössä omasta subjektiiviteetista keskusteleminen.

Vaikka tavoitteenani oli sydäninfarktikoemuksen autenttinen kuvaaminen tiedonantajien näkökulmasta, tavoite jäi osittain saavuttamatta. Tämä johtui siitä, että täydellinen omien aiempien kokemusten syrjään paneminen tuntui haastavalta ja jopa mahdottomalta. Oletan kuitenkin, että aikaisempi tieto ei merkittävästi eikä systemaattisesti ohjannut eikä vinouttanut uuden sydäninfarktitiiedon keruuta, analyysia ja tutkimustulosten muotoutumista. Tämän vaaran ehkäisemisessä auttoi tietoisuus omasta esiymmärryksestä ja sen onnistunut sulkeistaminen. (Lewis-Evans ja Jester 2004.)

Tutkimukseni luotettavuutta lisäsi myös se, että palasin tutkimuksen taustaan ja lähtökohtiin uudelleen vasta kerättyäni ja analysoitua aineiston sekä kirjoitettua alustavat tutkimustulokset. Tällöin varhaisempi tutkimustieto ei ohjannut haitallisesti aineiston keruuta, aineiston

analysointia eikä ehkäissyt aineistolähtöistä tulosten muotoutumista. (Beltancourt 2003; Gardner ym. 2003; Cappleman 2004.)

### *Tutkijan vastuullisuus*

Tieteellisesti luotettava fenomenologinen tutkimus edellytti sekä tiedonantajilta että minulta rehellisyyttä, vastuullisuutta ja sitoutumista. Luotin, että tiedonantajat kertoivat minulle subjektiivisen totuutensa. (Halldórsdóttir 2000a; Kosonen 2001, 137; Bergin ym. 2004; Paley 2004.) Omien lähtökohtieni avoin ja rehellinen kuvaaminen lisäsi tutkimukseni luotettavuutta, koska näin lukija voi suhteuttaa tulokset lähtökohtiini.

Vastuullisuus oli keskeinen osa tutkimukseni luotettavuutta. Suoritin tutkimukselliset toimenpiteet systemaattisesti, huolellisesti ja totuudessa pysyen sekä raportoin tulokset tieteellisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. On kuitenkin huomautettava, että ymmärrykseni ohjasi tutkimuksellista toimintaa. Jos ymmärsin fenomenologisen tutkimuksen lähtökohdat ja osasin soveltaa niitä tutkimuksessani, vahvisti se tutkimukseni luotettavuutta. Toisaalta ymmärryksen puute tai sen ohuus saattoivat heikentää luotettavuutta. Käsitykseni on, että yhtäältä hallitsin fenomenologisen tutkimuksen perusteet ja niiden soveltamisen miehen sydäninfarktikoemuksen tutkimiseen. Toisaalta kuitenkin tiedostin, että minulla oli vielä runsaasti opittavaa fenomenologisesta lähestymistavasta ja menetelmästä.

Haastattelutilanteet olivat luottamuksellisia ja kahdenkeskeisiä kohtaamisia. Koska miehet olivat sairauslomalla, sydäninfarktikoemukseni oli elävästi heidän mielessään aineiston keruun hetkellä. Sairauslomasta

johtuen tiedonantajat eivät olleet kiireisiä. Kaikki tiedonantajat olivat motivoituneita keskustelemaan sydäninfarktikoemuksestaan. Motivoitumista osoitti tiedonantajien maininnat, että heillä oli runsaasti aikaa tutkimus-haastatteluja varten. Joitakin miehiä haastattelu jännitti aluksi. Haastattelun edetessä ja luontevan vuorovaikutuksen ansiosta jännittyneisyys usein lievittyi nopeasti. Seuraavissa haastatteluissa jännittämistä oli niukasti havaittavissa. Tiedonantajien haastatteluun paneutuminen sekä rehellinen omasta kokemuksesta kertominen tai kirjoittaminen vahvistivat merkittävästi tutkimukseni luotettavuutta. Luotettavuutta lisäsi myös se, että oletin tavoittaneeni sydäninfarktikoemuksen sellaisena kuin se miehille ilmeni. Lopetin aineiston keräämiseen todetessani, että miehen sydäninfarktikoemuksesta ei tule enää esille uutta. Sain vastauksen tutkimustehtäviini. Näyttäisi siltä, että tulokset vastasivat miesten alkuperäistä kokemusta. Korostan kuitenkin, että tuloksia ei sellaisenaan voi siirtää toiseen kontekstiin, koska merkityssuhteet olivat olemassa ainoastaan tiedonantajien koetussa maailmassa. (Halldórsdóttir 2000a; Puola 2000, 128; Burns ja Grove 2003, 172–173.)

Haastattelut onnistuivat teknisesti hyvin. Ennen haastattelua tarkistin laitteiden toimivuuden ja varmistin, että haastattelu voitiin tallentaa rauhallisessa paikassa. Aineiston käsittelyn laatua paransi se, että haastattelin ja transkriboin itse aineistoni.

Ymmärsin vastuullisuuteni tiedonantajia, itseäni, tiedeyhteisöä ja yhteiskuntaa kohtaan. Olin tietoinen ristiriidasta, että en pystyisi välittämään raportissa kaikkia tutkimuksellisia yksityiskohtia siten, että lukija voisi konstruoida tutkimuksen kulun täsmälleen tapahtuneessa muodossa. (Munhall 1994, 305–306; Perttula 1995a, 104; Hall 2000; Munhall

2001b.) Vastuullisuus ilmeni myös tutkimukseni eettisissä kysymyksissä. Tutkimuksen eettiset kysymykset kuvasin luvussa neljä.

## 6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

### *Kuolemanvaarassa oleminen*

Tutkimustulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuminen oli raju, voimakas ja henkisesti vaikea sekä sekasortoinen kokemus. Sairastumisen aiheuttama hätä yhdistyi varautumiskyvyttömyyteen. Omakohtaisen hätäilmoituksen tekeminen oli piinallista, hävettävää ja tuskastuttavaa. Sen tekemistä vältettiin ja viivästyttiin, koska muuttuneen terveydentilan luonnehtiminen merkitsi ahdistavasta ja tuskallisesta sairaudesta tietoiseksi tulemista. Sairaankuljetuksen aikana turvattomuus ja pelko pahensivat kuolemantuskaa. Myös paareilta putoamisen mahdollisuus ja niiden rakenteellinen heikkous, ambulanssin nopeuden äkillinen vaihtelevuus ja liikkumisen ennakoimattomuus, kuljettajan taitamaton ajotapa sekä hälytyssireenin äänen kuuleminen pelästyttivät ja todistivat hädän olemassaoloa. Tulokset eroavat aikaisemmista hoidon alkamista koskevista tutkimuksista. Aiemmissä sairauden alkuvaihetta käsittelevissä tutkimuksissa tuodaan esille hoidonalkamisviive eli aika, joka kuluu sairastumisesta hoidon alkamiseen. Tutkimusten mukaan kohonnut hoidonalkamisviive yhdistyy yksin asumiseen ja myöhään illalla, yöllä tai varhain aamulla alkaneisiin oireisiin (Gurwitz ym. 1997). Myös korkea ikä, oireiden epämääräisyys ja epätyypillisuus aikaansaavat viivyttelyä avun hälyttämiseksi. Hoitoon lähtemisen viivyttely näyttää liittyvän myös korkeaan ikään, oi-

reiden ilmaantumiseen kotona, oireiden lievänä pitämiseen ja huoleen toisten häiritsemisestä. (McKinley ym. 2000.)

Kuolemanvaaran aiheuttava sairaus synnytti varhaisvaiheessa hätää, pelkoa, kuolemantuskaa ja pahanolontunnetta. Ensihetkiä päivystyspoliklinikalla leimasi ahdistavan vaaran kokemukset. Tässä vaiheessa miehet olivat tuskaisia, avuttomia ja kokivat epämääräistä riippuvuutta. Heidän olotilansa tuntui sekavalta ja sekasortoiselta. Yksin jääminen ja kiire olivat vaaranalaisia ja hämmentäviä kokemuksia, jotka synnyttivät turvattomuutta ja tietämättömyyttä. Sydänvalvontayksikössä olemista luonnehti yhtäältä helpottava turvaan pääseminen, mutta toisaalta alentava toisten armoille ja määräysvaltaan joutuminen. Haitallisen käskyvallan syntymistä edisti tässä vaiheessa terveydentilan epävakaus ja hoitotuloksiin kohdistuva epäluottamus. Laitteisiin sidoksissa oleminen oli hämmentävä ja ristiriitainen kokemus. Kokemuksen kiusallisuutta lievitti tietoisuus niiden merkityksestä terveydentilan muutosten tunnistamisessa ja turvallisen hoidon varmistamisessa. Laitteiden haittavaikutukset kohdistuivat hälytyksiin, kanssakäymisen vähenemiseen, ahdistavan ja huolestuttavan tiedon saamiseen sekä vaikeuksiin suoriutua päivittäisistä toimista.

Aikaisemmissa tutkimuksissa tuodaan julki samantapaisia tuloksia. Russell (1999) toteaa, että tehohoidon aikaansaamat emotionaaliset ongelmat ilmenevät pelkona ja tiedon puutteena. Myös Granberg ym. (1996), Granberg ym. (1998), Granberg ym. (1999) ja Granberg-Axell ym. (2001) huomauttavat tehohoidon psyykkisistä komplikaatioista. Stanton (1991) ja Granberg ym. (1999) tuovat esille tässä yhteydessä ahdistuneisuuden, vihamielisyyden, pelon ja

kommunikaatiovaikeudet. Hyvinvointia heikentää MacKinnon-Keslerin (1983), Civettan ym. (1988) ja Lindahl ja Sandmanin (1998) mukaan sensorinen deprivatio ja ylikuormitus. Russell (1999), Blomster ym. (2001) toteavat hoitoympäristön outouden ja vierauden, kiireen ja laitteisiin kytkettynä olon olevan haitallista tehohoitovaiheessa. Aina näin ei kuitenkaan näyttäisi olevan. Soivio (2004) toteaa, että sydänvalvontavaiheessa hoitotoimenpiteet ja tekniset laitteet edustavat potilaalle turvaa.

Tässä tutkimuksessa havaittiin sivuseikkoihin takertuminen sairaankuljetuksen aikana. Nämä olivat tiedonantajien keinoja suojautua epätoivoiseksi koetussa tilanteessa. Tätä tulosta selittävät osaltaan Crowen ym. (1996) havainnot. He toteavat tilanteen vaarallisuuden paljastuvan vasta välittömän hengenvaaran väistyttyä.

Tässä tutkimuksessa miehet olivat henkisesti ja ruumiillisesti uupuneita päästyään turvaan sydänvalvontayksikköön. Voipumus oli kuitenkin sängen myönteinen kokemus, mikä johtui luvallisesta lepäämisestä ja nukkumisesta sekä osallistumisveloitteiden vähenemisestä. Toisaalta sydänvalvontayksikössä unihäiriöitä ja uupumusta aiheuttivat jatkuva melu ja toiminta sekä yöllinen valvominen. Aiemmat tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Tutkimuksissa todetaan, että väsymyksellä on lukuisia haitallisia vaikutuksia. Esimerkiksi Newell (1999) toteaa, että sydäninfarktiin sairastuneiden miesten stressi ilmenee uupumuksena. Hall-Lord ym. (1998) vahvistavat, että teho-osastovaiheessa kärsimystä lisää väsymys. Myös Granberg ym. (1999) ja Granberg-Axell ym. (2001) tuovat esille, että tehohoidolla itsellään on uuvuttavia vaikutuksia. Hall-Lord ym. (1998) puolestaan toteavat väsymyksen synnyttävän kärsimystä. Edellä-

Gustafsson ja Hetta (1999) totevat, että väsymys aiheutuu nukahtamisvaikeuksista ja unen keskeytymisestä. Sama on havaittu tässä tutkimuksessa. Useat muutkin tutkimukset (Daffurn ym. 1994; Sawdon ym. 1995; Hall-Smith ym. 1997; Perrins ym. 1998; Bengtson ym. 2000) vahvistavat, että sairauden aiheuttamia henkisen rasituksen merkkejä ovat väsymys ja uni-häiriöt sekä masennus ja ärtyisyys. Myös Higgins (1998) panee merkille, että sairaudesta johtuva uupumus ja masennus korreloivat keskenään.

Tämän tutkimuksen mukaan yksinolo ja siirtyminen hoitoyksiköstä toiseen vaikuttivat miesten mielialaan. Yksinolo merkitsi eri asioita hoidon eri vaiheissa. Tutkimuksessa todettiin, että yksinololla oli kahdenlaisia vaikutuksia. Yhtäältä yksinoloon pääsemistä pidettiin toipumisen merkinä. Toisaalta yksinolo tuntui uhkaavalta, koska sen oletettiin osoittavan epävakaata terveydentilaa. Sydänvalvontaosastolla aloitetut siirtymisvalmistelut sisätautien vuodeosastolle vaikuttivat myös mielialaan. Siirron valmisteleminen virkisti henkisesti, lievitti ahdistuneisuutta, jännittyneisyyttä ja epämääräisyyden tuntemuksia. Tässä vaiheessa miesten toivoa viritti hoidonantajien usko sydäninfarktista selviytymiseen. Valmistelutoimien aikana kokemus hengenvaaran uhasta väheni, ikävystyneisyys lievittyi ja luottamus toipumiseen vahvistui. Toisaalta siirtyminen tuntui uhkaavalta, jos sen uskottiin osoittavan epävakaata terveydentilaa. Tulos saa vahvistuksen potilassiirtoja käsittelevistä tutkimuksista. Carpeniton (1993), Cutlerin ja Garnerin (1995) ja Odellin (2000) mukaan siirtymävaihe on henkisesti rasittava ja ristiriitainen tapahtuma avuttomuuden, ahdistuneisuuden, pelon ja masentuneisuuden vuoksi. Tilanteen ankaruutta selittää osaltaan tilapäinen hoidon keskeytyminen (Griffiths 1992). Useiden tutkimusten perusteella tiedetään, että hoitopaikan muu-

toksen aiheuttama ahdistuneisuus kohdentuu epävarmuuden, hylkäämisen, yksinäisyyden ja vieraantumisen tuntemuksiin. Turvattomuus, tuen puute, terveydentilan uhkaava heikkeneminen sekä heikentynyt tarkkailu ja hoito synnyttävät huolestuneisuutta. (Bokinskie 1992; Norrie 1992; Daffurn ym. 1994; Jones ym. 1994; Cutler ja Garner 1995; Mills 1995; Wesson 1997).

Sisätautien vuodeosastolle pääsemistä luonnehti sairauden orjuudesta vapautuminen ja pelastuminen sekä huomion siirtyminen sairastamisesta tervehtymiseen. Tässä vaiheessa vapauduttiin kuolemantuskasta ja raskittavaksi koetun hoidon kohteena olemisesta. Toisaalta sisätautien vuodeosastolle pääsemisen jälkeen tuli kohdata tosiasia, että sairauteen, elämään ja tärkeisiin asioihin oli omaksuttava uudenlainen, tervehtymistä edistävä suhtautumistapa. Jotkut miehet suhtautuivat varauksellisesti sisätautien vuodeosastoon. He kiinnittivät huomiota erityisesti rakenteellisesti hauraaseen ja likaiseen hoitoympäristöön sekä huonokuntoiseen laitteistoon. Sisätautien vuodeosastolla olon koettiin aiheuttavan terveysriskin ohella turvattomuutta ja ehkäisevän parantumista. Tulos poikkeaa muiden tutkijoiden siirtymistä koskevista tutkimustuloksista. Näissä tutkimuksissa mielenkiinto kohdistuu vuodeosastolla ilmaantuneisiin tehohoidon haittavaikeuksiin. Tehohoitovaiheessa kehittynyt riippuvuus on usein vuodeosastolla stressitekijä (Jones ja O'Donnell 1994). Rustom ja Daly (1993) raportoivat, että 46 % potilaista kärsii voimakkaasta ahdistuneisuudesta saavuttuaan vuodeosastolle. Toisaalta siirtymisen odottaminen aiheuttaa myös ahdistuneisuutta (Beckerman ym. 1995).



*Hoidonantajien ominaisuudet*

Tämän tutkimuksen mukaan urhea ja sankarillinen pelastaja aloitti hoitamisen välittömästi ja tehokkaasti tavoitettuaan potilaan. Toimintaa leimasi antaumuksellinen paneutuminen potilaan hengen pelastamiseen ja niukka sanallinen kanssakäyminen. Niukka keskustelu ei kuitenkaan aiheuttanut turvattomuutta, vaan päinvastoin lisäsi turvallisuutta. Laadullisesti hyväksi koettu hoitaminen lievitti pahanolontunnetta ja lisäsi luottamusta hoitoa kohtaan. Hoivaavan ja välittävän huolenpitäjän tunnusmerkkejä olivat kärsivällisyys, sivuseikkoihin takertumattomuus, yksilöllinen potilaaseen suhtautuminen sekä välittäminen ja keskusteluhalu. Hyödyllisten opetus-tapahtumien ansiosta potilaiden tietoisuus sairauden syistä, oireista, elin-toimintojen muutoksista, lääkehoidosta ja tulevaisuudesta lisääntyi. Epä-ammattillinen huolenpito yhdistyi ammattitaidottomuuteen. Sille oli ominaista myös asenteellinen potilaaseen suhtautuminen, ala-arvoinen kohteleminen ja moittiminen sekä ankaruus ja tuomitsevuus. Äidillinen huolehtiminen koettiin yhtäältä myönteisenä hätäilemättömyyden ja kokonaisvaltaisen läsnäolon vuoksi. Toisaalta sitä pidettiin haitallisena, rajoittavana ja vahingollisena sekä ärsyttävänä ylimitoitettun ohjaavuuden vuoksi.

Myös aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat kohtaamisen, tuen ja läsnäolon tärkeyden. Hupcey (1999) kehottaa huomioimaan, että sairaanhoitajat ovat keskeisiä ammattillisen tuen antajia. Lohduttavana koetaan ohjaus, lähestyminen, halukkuus vastata kysymyksiin ja läsnäolo. Jatkuvalle läsnäololle on myös kielteisiä seurauksia. Burr (1998) arvelee, että kriittinen sairaus ja kehittynyt hoitoteknologia johtavat riippuvuuteen hoidonantajista.

Pyyteetön ja uhrautuva hyväntekijä toimi vastuuntuntoisesti ja potilaita arvostaen. Hän hoiti erinomaisesti, jopa kiireestään huolimatta, sydäninfarktiin sairastuneita miehiä. Pitkäjänteisyys ja sitkeys, hyväntuulisuus, rauhallisuus, viehättävyys ja miellyttävyys sekä seurallisuus luonnehtivat häntä. Vastuuntunottomuutta ilmensi potilaisiin kohdistuva pensseys ja vähättely. Auttavien kokemusten vuoksi pyyteettömään ja uhrautuvaan hyväntekijään nivottiin epärealistisia ja liioiteltuja ominaisuuksia. Tätä tukevia tuloksia on luettavissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Wilkinson (1992) tähdentää inhimillisyyttä hoitamisessa. Lindahl ja Sandman (1998) korostavat väärentämätöntä, huolehtivaa ja läheisyyteen perustuvaa suhdetta. Toisaalta kuitenkin hoidonantajien työstressi vaikuttaa haitallisesti hoitosuhteeseen (Cronqvist ym. 2001). Tämän lisäksi Koivula ym. (2002) toteavat niukan emotionaalisen tuen lisäävän potilaiden tuskaisuutta. Tuen antaminen korostuu varsinkin silloin, kun potilaan luona käy niukasti läheisiä tai ystäviä (Hupcey 2001). Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostettu sairautta koskevan tiedon merkitystä potilaalle. Opetuksen ja ohjauksen tulee olla ymmärrettävää (Moser ym. 1993), riittävän yksityiskohtaista ja oikeaan aikaan annettua (Thompson ym. 1995).

Tietävää ja taitavaa osaajaa arvostettiin ja kunnioitettiin. Häntä kuvattiin huolehtivaksi, välittäväksi ja huolelliseksi lääkäriksi. Hän käyttäytyi kohteliaasti, luontevasti ja tahdikkaasti. Taitavuus, tehokkuus ja sydäninfarktin ymmärrettävä selittäminen olivat hänelle luonteenomaisia piirteitä. Potilaiden ahdistuneisuus ja epävarmuus lievittyivät rohkaisevan ja välittävän toiminnan ansiosta. Sen sijaan osaamattomuutta karakterisoi välipitämättömyys, piittaamattomuus ja epäasiallisuus. Osaamattomat hallitsivat heikosti sydäninfarktiin sairastuneen miehen kokonaishoidon ja

olivat usein kiireisiä. Lääkärien todellinen tai luuloteltu kiire heikensi vääjäämättä hoidon laatua. Lääkärin kiirettä miehet pitivät merkinä haluttomuudesta kohdata potilaita ja heidän pahanolontunnettaan. Vaikka lääkärinkierto oli päivän huipentuma, usein siihen kohdistetut odotukset jäivät toteutumatta. Tyytymättömyyttä, pettuneisyyttä ja pahanolontunnetta herättivät lääkärien ja hoitajien epäasiallisuus, potilaan kohtaamisen karttaminen ja keskusteluhaluttomuus. Miehet saivat tietoa sairaudestaan kuuntelemalla kierrolla lääkärien ja hoitajien välistä keskustelua ja tekemällä siitä päätelmiä. Seikkaperäistä tietoa lääkärin määräämästä hoidosta ja rajoituksista saatiin vasta lääkärinkierron jälkeen sairaanhoitajalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on löydetty sairautta koskevan tiedon yhteys toipumiseen. Tutkimuksissa todetaan, että tieto lievittää sydäninfarktiin sairastuneen stressiä (Helgeson 1993) ja auttaa ymmärtämään rintakipua (Affleck ym. 1987). Lisäksi informaatio edistää toipumista ja lievittää ahdistuneisuutta (Schmitt ja Woolridge 1973; Brearley 1990). Turton (1998) toteaa potilaiden tiedontarpeen kohdistuvan erityisesti sydämeen, verenkiertoon ja uudelleen sairastumisen ehkäisyyn.

### *Sairaalapotilaaksi joutuminen*

Sairaalaan saavuttuaan osa miehistä ahdistui menettäessään miehistä oma-peräisyyttään luovuttaessaan vaatteensa ja pukeutuessaan potilasasuun. Potilasasu ei ollut aina uhka miehisyydelle ja olemassa ololle. Potilasasuun pukeutuminen oli myös helpottava ja mielihyvää tuottava tapahtuma, koska se todisti kuolemanvaaran vähenemistä ja sydäninfarktista

parantumista. Sairaalavaiheelle oli ominaista masennuksen ja ilon vaihtelu, sairauden pahenemisesta huolestuminen sekä liikuttuminen ja mielen pahoittaminen. Miesten kuvauksista näkyi, että masennus ja ilo vuorottelivat odottamattomasti ja näennäisesti ilman syytä. Monissa aikaisemmissa tutkimuksissa osoitetaan, että terveydentilan äkillinen muuttuminen altistaa depressiolle (Maguire ym. 1974; Moffic ja Paykel 1975; Knights ja Folstein 1977; Rosenberg ym. 1988; Brummett 1998).

Aiemmissä tutkimuksissa todetaan myös mielialan vaihtelemisen luonnehtivan vakavasti sairastuneiden kokemusmaailmaa. Sydänpotilaisiin kohdistuneissa tutkimuksissa (Lloyd ja Cawley 1978; Mayou ym. 1978; Maeland ja Havik 1987; Trelawny-Ross ja Russell 1987; Schleifer ym. 1989; Mayou ym. 2000; Ward ym. 2003) esitellään heille luonteenomainen masentuneisuus. Usein masentuneen mielialaa luonnehtii synkkyys, voimien ehtyminen ja arvottomuus (Holmström 2002) sekä perusteettomat syyllisyydentunteet, kyvyttömyys kokea mielihyvää, kuolemantoiveet ja somaattiset oireet kuten unettomuus, väsymys ja ruokahalun muutokset (Hänninen ja Timonen 2004). Sairastumisen jälkeistä depressiota selittää henkeä uhkaavan sairauden tiedostaminen (Carney ym. 1988; Ladwig ym. 1991; Frasure-Smith ym. 1993). Depressiota ennakoi syyllisyyden ja arvottomuuden tunne (Lespérance ym. 1996).

Depressio näyttää aikaisemman tiedon mukaan olevan tosiasiallinen uhka potilaan terveydelle. Tutkimukset osoittavat, että sairauteen liittyvä masentuneisuus lisää kuolleisuutta (Mai ym. 1986; Kennedy ym. 1987; Silverstone 1990; Frasure-Smith ym. 1993; Frasure-Smith ym. 1995; Frasure-Smith ym. 1999; Irvine ym. 1999; Roose 1999

ym; Mayou ym. 2000; Williams ym. 2003; Geerlings ym. 2002). Kaufman ym. (1999) toteavat, että kliinistä depressiota potevien sydäninfarktipotilaiden mortaliteetti vuoden kuluttua sairastumisesta on jopa 16,1 %. Myös Ziegelstein ym. (2000) ja Ziegelstein (2001) toteavat havaintoihinsa perustuen, että sydäninfarktin jälkeisellä depreSSIolla on selkeä yhteys sairastuvuuden ja kuolleisuuden lisääntymiseen.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että sydäninfarktiin liittyi kokemus lyhytaikaisesta henkisestä sekavuudesta. Miehet kokivat, että yllättäen ja äkillisesti kehkeytynyt sairaus aiheutti henkistä sekavuutta sydänvalvonta- ja vuodeosastovaiheessa. Sekavuus oli yhteydessä tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden runsauteen ja sairauteen kouliintumattomuuteen. Sekavuus ilmeni ajan, paikan ja tapahtumien hahmottamisvaikeutena. Vaikka henkinen sekavuus oli kestoltaan lyhytaikainen, oli tapahtumia vaikea palauttaa elävästi mieleen. Kuitenkin jälkeinpäin tuntui helpottavalta kuulla järjestömänä toimimisesta, koska tieto auttoi unohtuneen sairaala-ajan hahmottamisessa. Aikaisemman tiedon mukaan sekavuutta ilmenee varsinkin teho-osastovaiheessa. Russell (1999) tuo esille, että tehohoidon emotionaaliset ongelmat ilmenevät puhekyvyttömyytenä, pelkona, tiedon puutteena ja voimattomuutena. Myös Granberg ym. (1996), Granberg ym. (1998), Granberg ym. (1999) ja Granberg-Axèll ym. (2001) raportoivat tehohoidon aiheuttamasta henkisestä rasituksesta, uupumuksesta ja psyykkisistä komplikaatioista. Stanton (1991) ja Granberg ym. (1999) puolestaan kirjoittavat tehohoidon aiheuttamasta desorientaatiosta.

Sydäninfarktiin sairastuneet miehet olivat vaivaantuneita huonoudestaan, kelvottomuudestaan ja arvottomuudestaan sisätautien vuodeosastolla. Huonommuudentuntoisuus yhdistyi itsensä onnettomaksi, hyö-

dyttömäksi ja vähäpätöiseksi kokemiseen. Miesten elämää luonnehti selkiytymättömyys. Selkiytymättömyys oli vaikeasti kestävä ja haitallinen kokemus johtaessaan ikävien asioiden yhtämittäiseen pohtimiseen. Sairauden vakavuuteen ja parantumiseen kohdentuva epä tietoisuus pahensi selkiytymättömyyttä. Myös White ja Grenyer (1999) raportoivat epä tietoisuuden synnyttävän tuskaisuutta. Vaikeasti kestävä terveydentilan muuttuminen on henkisesti rasittavaa. Henkisellä rasituksella on pitkäaikaisia haittavaikutuksia. Sydäninfarktin jälkeinen stressi lisää sairastuvuutta ja kuolleisuutta sekä ehkäisee toipumista (Frank ja Smith 1990; Frasure-Smith 1991; Taylor ja Berra 1993; Denollet ym. 1995; Turner ym. 1995; Bennett 1997; Dixon ym. 2000).

Yksin oleminen sairaalassa oli joillekin miehille varsin ankara kokemus. Yksinoloon pakotetut miehet menettivät mielenrauhansa sekä kärsivät voimakkaasta ikävästä. Yksinolon haittoihin liittyen Beckerman ym. (1995) toteavat, että pelkoa aiheuttaa eritoten sydämen katetrisaation jälkeinen yksinolo.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että miehen arkielämää sairaalassa ja sairaalahoidon jälkeen luonnehtii ajallisesti pitkäkestoinen odotuttaminen. Aluksi odotuttaminen kohdistui avun saamiseen, sitten liikkumisluvan saamiseen ja kotiin pääsemiseen. Usein liikkumiskielto koettiin aiheettomana itsemääräämisoikeuden epäämisenä. Se koettiin myös tarkoituksellisena nöyryyttämisenä ja miehisyiden halventamisena. Tässä vaiheessa ei vielä ymmärretty vuodelevon yhteyttä parantumiseen. Liikkumisluvan jälkeen alettiin odottaa jatkotutkimuksiin pääsemistä ja tietoa jatkohoidosta. Pitkäaikainen odotuttaminen häiritsi tiedonantajien arkielämää ja toipumista. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan näyttää

siltä, että odottaminen on tyypillistä äkillisesti sairastuneelle. Kun sydäninfarktiin sairastuneita asetetaan sydämen ohitusleikkausjonoon, he joutuvat odottamaan tutkimus- ja hoitotapahtumia. Jonsdottir ja Baldursdottir (1998) toteavat, että suurin osa leikkausta odottavista (94,4 %) kokee odottamisen häiritsevän arkielämää. Haittavaikutuksia ovat terveydentilan heikentyminen ja uupuminen. Lisäksi odotusajalle tyypillisiä kokemuksia ovat mielialan muutokset, unihäiriöt, kipu, keskittymisvaikeudet, stressi, ahdistuneisuus ja depressio. Myös Koivula (2002, 48–49, 51) raportoi pelkojen ilmaantuvan leikkauksen odottamisvaiheessa. Heikkilä ym. (1998a, 1998b, 1998c) tuovat puolestaan esille, että koronaariangiografiatutkimusta odottavista 82 % pelkää ennen toimenpidettä. Pelko liittyy avuttomuuden, epävarmuuden ja kuolemanvaaran kokemuksiin

Aikaisemmissa tutkimuksissa tuodaan esille, että usein epä tietoisuus, pelko ja tyytymättömyys ovat yhteydessä odottamiseen. Odotusvaiheessa pelkoa aiheuttaa epävarmuus, kuoleman mahdollisuus, tutkimustulokset, selviytyminen ja avuttomuus. Myös Pellikka ym. (2003) huomauttavat, että tyytymättömyyttä aiheuttaa etenkin se, että potilaalle kerrotaan riittämättömästi odottamisen syistä ja kestosta. Sydämen katetriisaatioon kohdistuvassa tutkimuksessa todetaan, että pelonsekainen tunne tila aiheutuu toimenpiteen odottamisesta, tietämättömyydestä ja toimenpiteen jälkeisestä yksinolosta sekä vaikeudesta selittää oireita (Beckerman ym. 1995).

*Perheen kohtaaminen*

Käsillä oleva tutkimus antaa viitteitä sairastumishetken henkisistä vaikeuksista ja pelottavuudesta potilaalle ja perheelle sydäninfarktiin sairastuneen miehen kokemana. Hoitoonhakeutumistilanteessa vaimon läsnäolo, määrätietoinen auttaminen, vastuun ottaminen ja välittävä suhtautuminen lievittivät miesten ahdistuneisuutta. Kotoa sairaalaan lähtemistä leimasi usein vastentahtoisuus ja huoli pelon aiheuttamisesta perheelle. Erityisesti lapsille sairastumisesta kertominen oli tukalaa ja työlästä. Kodin ulkopuolella sairastuneille oli tärkeää tavata perhe ennen sairaalaan joutumista, koska suoraan sairaalaan joutuminen oli ahdistavaa. Suoraan sairaalaan hankkiutuneet ottivat pikaisesti yhteyden perheeseensä. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa korostetaan perheen merkityksellisyyttä tuen antajana sairausprosessin eri vaiheissa (Waltz 1986, Coyne ja Smith 1991; Maddox 2001; Koivula 2002, 55–56). Perheen tärkeys perustuu sukulaisuuteen ja läheisyyteen (Dakof ja Taylor 1990). Hupcey (1999) korostaa, että perheen tärkeys tuen antajana konkretisoituu läsnäolossa, suojan ja turvan antamisessa sekä hyvän mielen ylläpidossa ja toivon säilyttämisessä. Merkityksellisenä pidetään myös perheen vastuunottoa ja päätöksentekoon osallistumista potilaan puolesta silloin, kun potilas itse ei voi tehdä tärkeitä ja itseään koskevia päätöksiä. Vaikka perheen merkitys tuenantajana on kiistaton, Stewart ym. (1997) toteavat tuen vähenevän sairauden uusiutuessa.

Perheiden ensitapaamista sairaalassa leimasi hengenvaaraan kietoutunut hämmentyneisyys, pelko ja järkytys. Tunnekokemusten voimakkuutta lisäsi jatkuva tarkkailu ja hoito sekä laitteisiin kytkettyä olo. Per-



heiden käynnit lohduttivat ja vahvistivat henkisesti. Perheet kestivät sairauden aiheuttamaa rasittuneisuutta miehiä heikommin. Tämä johtui perheenjäsenten kokemasta epätietoisuudesta ja epävarmuudesta. Läheiset tukahduttivat tunneilmaisuaan pelätessään sen haittavaikutuksia sairastuneeseen. Jotkut puoliset olivat tapaamisen aikana järkyttyneitä, tuskaisia, jännittyneitä, väsyneitä ja vakavoituneita. Lapset jännittivät kohtaamisia isiään enemmän. Vaikka lapset yrittivät olla näennäisen tyyniä ja urheita käyntien aikana, he epäonnistuivat huolensa, hämmennyksensä ja pelkonsa peittelyssä. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (Millar 1989; Halme 1990; Rukholm ym. 1991; Curry 1995; Quinn ym. 1996a, 1996b) todetaan, että perhe kokee lähisukulaisen teho-osastolle joutumisen stressaavana. Hoitoympäristöstä aiheutuva stressi johtuu ympäristön outoudesta ja pelottavuudesta sekä laitteiden hälytyksäänistä. Waltersin (1995) mukaan perhe havainnoi läheistään ja hänen terveydentilaansa käyntien aikana. Tiesinga ym. (2001) korostavat perheen merkitystä lähiomaisen terveydentilan arvioinnissa. Hupcey (2001) toteaa käyntien mielen yhdistyvän toivoon, turvallisuuteen ja tietojen saamiseen.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lohdutuksen, turvan ja suojan saamista perheeltä vähensi yhdessäolon rajoittaminen. Miehet kokivat häiritsevinä suositukset ajallisesti lyhytkestoisista käynneistä. Myös jatkuva hoidonantajien läsnäolo koettiin häiritsevänä sydänvalvontayksikössä. Rajoitteiden ja hoidonantajien läsnäolon johdosta perheiden oli vaikea käsitellä henkilökohtaisia asioitaan. Samansuuntaisesti Noonan ym. (1992) toteavat, että potilaista 89 % ja perheistä jopa 96 % pitää rajoittamattomia käyntiaikoja hyödyllisinä. Brooks (1999) toteaa havaintoihinsa perustuen, että rajoittamattomat käyntiajat vaikuttavat myönteisesti per-

heen sisäiseen kommunikaatioon. Simpson ja Shaver (1990) puolestaan huomauttavat, että käynnit rauhoittavat sydänpotilaita akuutissa vaiheessa. Walters (1995) mainitsee, että yhteenkuuluvaisuudentunnetta lisää läheläolo ja koskettaminen. Tapaamisen merkittävyyteen viitaten hän toteaa, että sairastuneelle perheen käynnit merkitsevät kodin ja läheisten ihmissuhteiden säilymistä sekä lisäävät uskoa toipumiseen. Tämä perustuu käsitykseen, että läheiset muodostavat arvokkaan ja tervehtymistä edistävän voimavaran.

Rakkauden ja seksuaalisuuden halu patoutui sairaalahoidon aikana, koska kaipauksen ilmaiseminen ja tyydyttäminen eivät tulleet kysymykseen. Mielihyvää tunnettiin vaimon lähelläolosta, rakkauden moleminpuolisesta ilmaisemisesta sekä halaamisesta ja koskettamisesta. Sairauden vaikea-asteisuuden ymmärtämisen jälkeen seksuaalisuus koettiin ahdistavana ja pelottavana. Seksuaalielämän vaikeuksia ilmaantui kotiutumisen jälkeen. Erektion heikentymisen miehet havaitsivat kotiutumisen jälkeen. Heikentynyt erektio aiheutui heidän mielestään vaikeudesta ilmaista seksuaalisia tunteita ja yhdyntähalua sekä yhdyntän ruumiillisesta rasittavuudesta. Erektiota heikensi vaimon pelot. Pelkojensa vuoksi vaimo vältti seksuaalisen halunsa näyttämistä ja sukupuoliyhdyntän ehdottamista. Toisen miehen mukaan hänen vaimonsa oli vaikea hyväksyä ja suhtautua asiallisesti miehensä heikkoon erektioon. Miehen mielestä vaimon suhtautumisongelmat johtuivat vaikeudesta ymmärtää erektion ja sydäninfarktin välistä yhteyttä. Vaimo loukkaantui miehensä heikosta erektiosta uskoessaan sen ilmentävän viehätysvoimansa heikentymistä tai miehensä rinnakkaissuhdetta. Puolisonsa nurjamielisyyden tähden mies

alkoi kokea seksuaalisuuden yleensä ja erityisesti epäonnistuvat yhdyntäyrityksen piinallisina.

Aikaisempien tutkimusten mukaan parisuhde ja seksuaalisuus muuttuvat miehen vakavasti sairastuessa. Muutokselle on ominaista parin henkinen lähentyminen ja terveen puolison aktiivisuuden korostuminen (Thompson ym. 1995) ja yhteenkuuluvuuden vahvistuminen (Thompson ym. 1987). Kielteiset tunnekokemukset vaikuttavat haitallisesti ihmissuhteisiin ja seksuaaliseen aktiivisuuteen (Stern ym. 1977; Wiklund ym. 1984). Aikaisemmat tutkimukset vahvistavat osittain tämän tutkimuksen tuloksia. Varsinkin sukupuoliyhdynnän terveydellisten haittojen todetaan aikaansaavan huolestuneisuutta (Papadopoulos ym. 1980). Seksuaalielämää koskevat väärinkäsitykset ovat sangen yleisiä. Väärinkäsitykset koskevat Steinken (2001) mukaan orgasmin vaarallisuutta sydämen terveydelle, yhdynnän aiheuttamaa kuolemanvaaraa ja seksuaalisuuden näkemistä suppeasti yhdyntään johtavana toimintana.

Miehet kokivat, että naispuolisoiden suhtautuminen heikentyneeseen erektioon vaihteli tahdikkaan hienotunteisesta loukkaavan ivalliseen. Miehet kertoivat, että sairausloman loppupuolella naispuolisot kuitenkin vapautuivat yhdyntäpeloistaan ja pystyivät jälleen nauttimaan seksuaalisesta läheisyydestä. Myös varhemmissa tutkimuksissa todetaan seksuaalisuuden vaikutus arkielämään. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan seksuaaliset vaikeudet aiheuttavat esimerkiksi hätää (Koivula ym. 2001a; Svedlund ym. 2001; Roebuck ym. 2001; Koivula 2002). Sydäninfarktista selviytyneiden miesten pelko kohdistuu eritoten seksuaalisen kyvykkyyden heikentymiseen (Stewart ym. 2000). Mielialakokemuksista varsinkin depressio heikentää seksuaalista aktiivisuutta (Doehrman 1977; Stern ym.

1977). Myös muilla kielteisillä tunnekokemuksilla on haitallisia vaikutuksia sekä ihmissuhteisiin että seksuaaliseen aktiivisuuteen (Stern ym. 1977; Wiklund ym. 1984). Drory (2000) toteaa, että ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen yhdyntöjen määrä ja tyydyttävyyden vähennee tilapäisesti. Kuitenkin monet tutkimukset (Stern ym. 1976; Doehrman 1977; Stern ym. 1977) vahvistavat, että 27–62 % miehistä saavuttaa sydäninfarktia edeltävän seksuaalisen aktiviteetin neljän kuukauden kuluessa. Vuoden kuluttua sairastumisesta vastaava luku on 50–91 % (Stern ym. 1976; Mayou ym. 1978a; Doehrman 1977; McLane ym. 1980).

Perheen luo sairaalasta palaaminen oli haastava tapahtuma. Kotiutumisen jälkeistä vaihetta luonnehti yllättyminen perheen huolehtimisesta. Kotiutumisen jälkeen miehet havaitsivat, että perhe kohdisti huolenpitoaan sairastuneeseen, koska perheenjäsenet olivat huolissaan sairastuneen kohentumisesta muuttuneessa tilanteessa. Asianmukaisen huolehtimisen tavoitteena oli läheisen hyvinvoinnin takaaminen ja terveyden heikkenemisen estäminen. Huolehtiminen koettiin yllättävänä, vaikkakin myönteisenä mielenkiinnon osoituksena. Etenkin aluksi huolenpito koettiin myönteisenä yllätyksenä. Kuitenkin pitkään jatkuessaan ylihuolehtiminen tuntui aiheettomalta yksityisyyden riistolta. Ylihuolehtiminen oli perheiden liiallista huolen ilmaistemista, palvelemista ja rajoittamista sekä kontrolloimista. Ylihuolehtiminen väheni ajan kuluessa ja toipumisen edistyessä.

Näitä tutkimustuloksia tukevat aikaisemmat tutkimustulokset, joissa on tutkittu sairastuneesta perheenjäsenestä huolehtimista. Useimmat tutkimukset lähtevät perusoletuksesta, että kotiutuminen on perheelle kriittinen tapahtuma. Miesten hätää näyttää lisäävän ylivarovaisuus, tark-

kailu ja huolehtiminen (Bennett 1997) sekä rohkaisevaksi tarkoitettu suhtautuminen, rentouttavan ympäristön järjestäminen ja hoito-ohjeiden noudattamisessa tukeminen (Bennett ja Connell 1999). Ylihuolehtimisella näyttää olevan myös muunlaisia vaikutuksia. Marsden ja Dracup (1991) huomauttavat, että vaimon ylihuolehtiva suhtautuminen häiritsee kuntoutujan arkielämään paluuta. Ylihuolehtimisen haitallisuus näyttää liittyvän nimenomaan kokemukseen kontrollin menetyksestä (Al-Hassan ja Sagar 2002). Naispuolisoiden on vaikea sopeutua miestensä sairauteen ja löytää tarkoituksenmukainen suhtautumistapa, koska heille langetetaan huolenpitäjän ja lohduttajan rooli (Duke 1998). Aiemmissä tutkimuksissa todetaan myös, että naispuolisot kärsivät kielteisistä tunnekokemuksista. Usein vaimot kokevat stressiä sairauden varhaisvaiheessa (Cay 1982; Hilbert 1993) ja miehensä kotiuduttua (Thompson ja Cordle 1988). Sydäninfarktiin sairastuneiden puolisoitten pelot kohdistuvat toipumisen epävarmuuteen ja uuteen sydäninfarktiin sairastumisen mahdollisuuteen (Kettunen ym. 1999). Vaikea tilanne johtaa usein miehestä ylihuolehtimiseen.

### *Kohtalotoveruuden jakaminen*

Kohtalotoverikokemus kehkeytyi sairaalassaoloaikana pääasiallisesti sisätautien vuodeosaston usean henkilön potilashuoneessa. Kohtalotoverijoukkoon pääseminen oli merkittävimpiä siirtymisiä sairaalassaoloaikana. Vertaistensa joukkoon päästyään miehet henkisesti rauhoittuivat, vakuutuivat parantumisen varmuudesta ja eheytyivät lohduttavasta ja kannustavasta kohtalotoveruudesta. Kaltaisten lähettyville pääseminen ja heidän

sydäninfarktista toipumisen toteaminen rauhoitti. Kuolemansairaiden ja hylättyjen kohtalotovereiden lähellä oleminen hämmensi, hätäänytti ja ahdisti. Vertaiset olivat ylivertaisia sydäninfarktitudon lähteitä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa kohtalotovereita on pidetty pätevinä tiedonantajina tiedon tosiasiallisuuden ja kokemusperäisyyden vuoksi. Heiltä saatua tietoa kunnioitetaan sen kelvollisuuden (Stewart ym. 2001) ja uskottavuuden vuoksi (Isaksen ja Gjengedal 2000). Ristiriitatilanteessa luotetaan terveydenhuoltohenkilöstöä enemmän vertaisiin (Isaksen ja Gjengedal 2000).

Kohtalotovereilta saatu tieto oli luotettavaa ja se lujitti, valisti ja lievitti epävakaisuutta sekä auttoi suhtautumaan omaan tilanteeseen. Näitä tutkimustuloksia tukevat useat aikaisemmat tutkimustulokset, joissa kuvataan ja osoitetaan kohtalotovereiden merkitys äkillisesti sairastuneille. Hammond ja Deans (1995) toteavat vertaisryhmän tuen lisäävän toivoa, auttavan omien kokemusten ymmärtämistä ja vaikeaan tilanteeseen sopeutumista. Vertaistuen johdosta epävarmuus lievittyy, oman tilanteen hallinta paranee ja sairastunut saa emotionaalista tukea (Stewart ym. 2001). Tuki liennyttää tuskaista yksinoloa (Nätterlund ja Ahlstöm 1999) ja sen on todettu vähentävän sairaudesta johtuvia komplikaatiota (Whittemore ym. 2000). Dickerson ym. (2000a, 2000b) pitävät vertaisuuden terapeuttisina piirteinä kokemusten jakamista, kuuntelemista, omista asioista kertomista, rohkaistumista ja tiedon saamista. Sepelvaltimotautiin sairastuneet vertailevat sairauden riskiä, oireita ja käsittelytapaa erojen ja yhtäläisyyksien tavoittamiseksi (Rosenfeld ja Gilkeson 2000). Vertailu auttaa omien reaktioiden ymmärtämistä (Stewart ym. 2001). Swann ja Brown (1990, 150–172) korostavat, että toipuneen toverin kohtaaminen lisää us-

koa omaa toipumista kohtaan. Heikosti selviytyneen vertaisen kanssa oleminen puolestaan aiheuttaa masentuneisuutta. Sama todettiin tässä tutkimuksessa. Yhtäältä huomattiin kohtalotoverin sydäninfarktista toipuminen, mutta toisaalta kohtalotoverin näkeminen ahdisti.

Kokemusten käsitteleminen kaltaisten kesken auttoi oman tilanteen hahmottamisessa, ymmärtämisessä ja ajatusmaailman laajentamisessa. Eheyttävinä tukea saatiin kohtalotovereilta, koska he ymmärsivät syvällisimmin tapahtuneen. Osalliset ymmärsivät toisiaan paremmin kuin perheet sairastuneita isiään tai puolisoitaan. Kohtaloiden jakamisella oli useita eheyttäviä vaikutuksia kuten henkinen tyyntyminen ja virkistyminen, paranemuskon vahvistuminen sekä aiempaa elämänmyönteisemmän elämänasenteen omaksuminen. Yhdessä pohdiskeleminen lievitti myös ahdistuneisuutta, totutti työstä poissa olemiseen, auttoi sairauden hyväksymisessä sekä vähensi epävarmuutta ja yksinäisyyttä.

### *Sairaalasta kotiutuminen*

Myös sairaalasta poistuminen ja kotiin saapuminen olivat tärkeitä siirtymiä sydäninfarktiin sairastuneille miehille. Kaikesta huolimatta sairaalasta lähteminen oli sekaannuttava ja epämääräistä kokemus, jota pahensi sairaalassaoloaikana tapahtunut arkielämästä vieraantuminen. Matkalla sairaalasta kotiin koettiin sivullisuutta, syrjäytyneisyyttä ja osattomuutta sekä vähä- ja kovaosaisuutta. Kotiin saapumishetki ja kotiin asettautuminen oli kaivattu tapahtuma. Tästä huolimatta kotiin tuloa luonnehti tunnepitoinen häkeltyminen. Kotiutumisen iloa heikensi turvattomuus ja itsenäi-

sen suoriutumisen velvoittavuus. Mielihyvän tunnetta vähensi myös ajatus avun epävarmuudesta terveydentilan äkillisesti heikentyessä. Kotiutumisen jälkeinen heikentynyt ruumiillinen kunto tuntui masentavalta ja turhautavalta. Sairausloman aikana osa miehistä voimistui vapauttavasta ja luvallisesta joutenolosta. Toisille joutenolo merkitsi tukahduttavaa voipumista. Kotoa sairaalaan palaaminen tutkimuksia varten koettiin kavahduttavana ja tutkimustoimenpiteet uhkaavina tapahtumina. Toimenpiteeseen liittyvä uhka aiheutui leikkaussalia muistuttavasta ilmapiiristä, oudoista ja pelottavista laitteista sekä leikkausliinoilla peitettynä olosta.

Tulokset ovat samansuuntaisia kansainvälisten tutkimusten kanssa. Kotiutumisen jälkeistä tilannetta luonnehtii Christmanin ym. (1988) mukaan epävarmuus toipumisen edistymisestä. Benzer ym. (1983), Daffurn ym. (1994) ja Jones ym. (1994) raportoivat kotiutumisen jälkeisistä psyykkisistä ongelmista. Kotiin saapumisesta tunnettua iloa heikentävät pelko, hämmennys, surullisuus ja emotionaalinen epävakaus.

Sydäninfarktia koskeva tieto auttoi suhtautumaan muuttuneeseen terveydentilaan. Tähän liittyen liittyen Casey ym. (1984), Fletcher (1987), Karlik ja Yarcheski (1987), Wiggins (1989) sekä Chan (1990) toteavat, että toipumisvaiheessa opettamisen ja ohjaamisen tulee koskea terveydentilaa, riskitekijöitä, ruokavaliota, psykologisia tekijöitä ja stressin käsitteilyä. Tervehtymistä edistävien asioiden oppiminen tuntui tässä tutkimuksessa kuitenkin sangen vaikealta. Erityisesti ongelmia synnytti kokemus vaatimuksesta tulla toimeen omatoimisesti. Kotiin asettautumista häiritsi myös epätietoisuus parantumisesta, vakavan sairauden ja jatkuvan avuntarpeen oivaltaminen ja itsensä pitäminen parantumattomasti sairaana. Parantumattoman sairauden oivaltaminen oli miehille raskas kokemus.



Näistä kielteisistä kokemuksista huolimatta toipuminen vahvisti uskoa parantumiseen. Saman on todennut Jackson ym. (2000). He toteavat, että ajallisen etäisyyden lisääntyminen ja fyysisen kunnon kohentuminen ovat yhteydessä subjektiivisen voinnin kohentumiseen, mikä ilmenee hyvänolontunteen, luottamuksen ja tulevaisuusoptimismin lisääntymisenä. (Jackson ym. 2000.)

### 6.3 Tulosten hyödyntäminen

Tämä tutkimus on kliinistä hoitotieteellistä perustutkimusta, jossa fenomenologisella menetelmällä kuvataan miehen sydäninfarktikoemuksen äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Tästä näkökulmasta on aiempaa miehen sydäninfarktikoemusta koskevaa tutkimustietoa niukasti, vaikka sydäninfarktiin liittyvää suomalaista ja kansainvälistä tutkimustietoa on runsaasti. Käsillä oleva tutkimus kartuttaa ja täydentää sydäninfarktiin sairastuneen miehen hoitamisen tietoperustaa. Saaduilla tuloksilla on merkitystä suomalaisen miehen yksilöllisen hyvinvoinnin sekä laajemminkin maamme miesväestön terveyden kannalta. Tuloksia voidaan hyödyntää sydäninfarktiin sairastuneiden miesten ja heidän perheidensä tukemisessa ja hoitamisessa sekä heille suunnatun ohjauksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Terveysalalla työskentelevät hoidonantajat kohtaavat laajan tunteiden ja kokemusten kirjon ammatissaan. Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemuksiin tulisi paneutua entistä enemmän kliinisessä hoitotyössä ja terveysalan koulutuksessa, jotta äkillisesti sairastuneen potilaan

ja hänen perheensä ymmärtäminen ja kohtaaminen tapahtuisi kokonaisvaltaisesti ja kunnioittavasti sekä perhekeskeisesti. (Bowman 2001; Garnham 2001; Jastremski 2001; Heikkinen 2003, 106; Kamienski 2004; Rose ym. 2004.)

Kliinisenä fenomenologisena tutkimuksena tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kliinistä hoitotyötä hyödyntävää tietoa. Saatu tieto muun muassa monipuolistaa hoidonantajien tietämystä sydäninfarktiin sairastuneiden miesten äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kokemuksista. Tutkimustietoa voi käyttää sekä avoterveydenhuollossa ja että sairaalassa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tai käyttää sydäninfarktiin sairastuneiden miesten ja heidän perheidensä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Uuden tiedon avulla on mahdollista kehittää sydäninfarktiin sairastuneiden miesten näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä. (Lukkarinen 1999a, 113; Buonocore 2004; Czerwinski ym. 2004.)

Tutkimustietoa voidaan käyttää hoidon kehittämiseen sekä terveydenhuoltohenkilökunnan perus-, täydennys-, erikoistumis- ja jatkokoulutuksessa. Saaduilla tuloksilla on merkitystä miehen yksilöllisen hyvinvoinnin sekä laajemminkin maamme miesväestön terveyden kannalta. Myös potilaat itse ja heidän perheensä hyötyvät tiedosta, koska se auttaa oman ja läheisen sydäninfarktinkokemuksen ymmärtämistä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat suositukset:

1. Sydäninfarktiin sairastuminen on haastava arkielämän muutostapah-tuma miehelle, hänen perheelleen ja hoidonantajilleen. Sydäninfarktin akuuttivaiheelle on ominaista hätä, kuolemantuska, vaaranalaisuus ja apuun pakottautuminen. Tämän vuoksi hoidonantajien tulisi ymmärtää ja harjaantua äkillisesti ja kuolemanvaarallisesti sairastuneen potilaan kuuntelemiseen, kuulemiseen ja henkiseen tukemiseen. Hoidon lähtö-kohtana tulisi olla kunnioitus ja kiinnostus sydäninfarktiin sairastu-nutta miestä, hänen itsemääräämisoikeuttaan ja omia ratkaisujaan kohtaan. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää miehen ja hänen perheensä kohtaamisen ominaispiirteisiin hoitoketjun eri vaiheissa.

Kussakin hoitoketjun yksikössä tulisi perehtyä teoreettisesti sydäninfarktiin sairastuneen miehen kokemuksiin ja hänen auttamiseensa haavoittavan ja haastavan sairauden yhteydessä. Eritoten huomiota tulisi kiinnittää tieteellisten tutkimustulosten hyödyntämiseen kliinisessä hoitotyössä. On tärkeää, että hoidonantajan ymmärtävät, millaisena sydäninfarktiin sairastunut mies kokee kohtelunsa sekä sairautensa ja sen hoitamisensa. Tutkimustietoa soveltamalla sydäninfarktiin sairastuneiden miesten hoitamiselle voitaisiin laatia yksilölliset ja perhekeskeiset kriteerit ja tavoitteet sekä niihin perustuvat hoito-ohjeet ja hoidon arviointiohjeet. Tieto auttaa myös ymmärtämään sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemuksia hoitoketjun eri vaiheissa. Tietoa saadaan kirjoista alan tieteellisistä julkaisuista, viitetietokannoista, koomatietokannoista ja internetistä.

2. Hätäkeskuksen päivystäjien tulisi tiedostaa, että sydäninfarktiin sairastunut mies saattaa kokea hätäilmoituksen tekemisen ahdistavana ja kiusallisena, koska sairastumistilannetta luonnehtii monesti kaoottisuus ja voimakas sairauteen keskittyminen sekä ankara sydänperäinen rintakipu. Omasta hädästä ja terveydentilasta keskusteleminen hätäkeskuksen päivystäjän kanssa on usein vaikeaa, koska tässä vaiheessa sairastunut tiedostaa vakavan sairastumisen ja mahdollisen kuolemanvaaran. Hätäkeskuksen päivystäjien tulisi ottaa tämä huomioon hätäilmoituksen aikana ja pyrkiä lähestymään sairastunutta rauhoittavasti ja henkisesti tukien. Toisen henkilön tehdessä hätäilmoituksen sairastuneen puolesta hätäkeskuksen päivystäjät haluavat usein jutella sairastuneen kanssa arvioidakseen hänen terveydentilaansa. Tämä olisi syytä kertoa sairastuneelle, jotta hän ymmärtäisi, mihin hätäkeskuksen päivystäjän keskusteluhalukkuus perustuu. Jos hätäkeskuksen päivystäjä joutuu poistumaan puhelinlinjalta kesken hätäilmoituksen, hänen tulisi kertoa tästä avunpyytäjälle. Avunpyytäjälle on syytä kertoa myös, kuinka pian hätäkeskuksen päivystäjä palaa uudelleen keskustelemaan hänen kanssaan.
3. Sairaankuljetuksen alussa ensihoitajien tulisi valmistella potilasta sairaankuljetuksen aikaisiin tapahtumiin kertomalla sairaankuljetuksesta yleensä ja erityisesti paareilla pysymisestä, ambulanssin nopeuden vaihtelemisesta ja hälytyssireenin äänen kuulemisesta. Sairaankuljetuksen aikaisista odottamattomista tapahtumista tulisi potilaalle mahdollisuuksien mukaan kertoa etukäteen. Potilaan suhtautumista sairaankuljetukseen tulisi seurata kuljetuksen aikana ja mikäli potilas

näyttää kokevan sairaankuljetuksen pelottavana tai ahdistavana, tulisi ensihoitajan lievittää potilaan pahanolontunnetta. Ensihoitaja voi lisätä potilaan turvallisuuden kokemusta kertomalla potilaalle, että laitteiden avulla elintoimintojen muuttumisesta saadaan ajantasaista tietoa. Tiedon perusteella hoito voidaan välittömästi aloittaa. Ensihoitajan on hyvä ottaa huomioon, että ainakin osa sydäninfarktiin sairastuneista miehistä kokee myönteisenä sen, että ensihoitaja keskustelee niukasti heidän kanssaan ja keskittyy hoitamiseen. Liiallinen keskustelu koetaan jopa haitallisena, koska se saattaa suunnata ensihoitajien huomiota epäolennaisuuksiin ja siten huonontavan pelastumista. Pelastavia hoitotoimenpiteitä pidetään monesti keskusteluja tärkeimpinä. On kuitenkin tärkeää, että ensihoitajat tuntevat ja ilmaisevat kiinnostustaan potilaaseen ihmisenä. Potilaan tarpeen mukainen ammatillinen keskusteleminen ja asiallinen kohteleva sekä henkinen tukeminen ja rohkaiseminen vaikeassa tilanteessa lievittävät potilaan kokemaa tuskaa.

4. Päivystyspoliklinikalla tulisi arvioida, millaisena potilas kokee sydäninfarktiin sairastumisen ja päivystyspoliklinikalla olemisen. Äkillisesti sairastunutta sydäninfarktipotilasta ei tulisi jättää yksin, koska yksin jääminen aiheuttaa turvattomuutta, tietämättömyyttä, pelkoa ja kuolemanvaaran ja tietämättömyyden kokemuksen. Yksin jäävät potilaat pelkäävät myös, että terveydentila äkillisesti heikentyy. Päivystyspoliklinikan hoidonantajien tulisi potilasta hoitaessaan ymmärtää, että kiire ja kuolemanvaaran kokemukset ovat tässä vaiheessa varsin yleisiä ahdistavia kokemuksia. Vaikka potilas on monesti ly-

hyen aikaa päivystyspoliklinikalla, hoidonantajien tulisi pyrkiä luomaan luottamusta ja turvallisuutta herättävä hoitosuhde potilaan kanssa. Alusta alkaen potilaan tulisi myös saada riittävästi tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan.

5. Sydänvalvontayksikössä tulisi kiinnittää huomiota siihen, millaisena potilas kokee laitteisiin kytkettynä olemisen, hoidonantajien jatkuvan paikalla olemisen sekä intensiivisen tarkkailun ja hoitamisen. Potilaalle tulisi korostaa, että tämä lisää turvallisuutta. Potilaalle tulisi kertoa, että usein laitteet aiheuttavat aiheettomia hälytyksiä. Potilasta tulisi ohjata, miten sydänvalvontayksikössä oleminen ja laitteisiin kytkettynä oleminen vaikuttavat päivittäisistä toimista suoriutumiseen ja liikkumiseen. Arvioidessaan potilaan terveydentilaa laitteiden antaman tiedon perusteella, hoidonantajien tulisi samanaikaisesti kohdata myös potilas ihmisenä, jotta hänelle ei välittyisi kokemusta, että hoidonantajat suuntaavat huomiotaan yksinomaan laitteisiin. Potilaan nukkumista yöllä edistää rauhallinen ja meluton hoitoympäristö sekä valojen himmentäminen.
6. Potilaan saapuessa sisätautien vuodeosastolle hänen kanssaan tulisi keskustella siitä, millaista tarkkailu ja hoito olivat sydänvalvontayksikössä ja millaisena potilas ne koki. Tämän jälkeen potilaalle olisi hyvä kertoa, millaista tarkkailu ja hoito tulevat olemaan vuodeosastolla. Potilaalle on syytä kertoa myös päiväohjelmasta, lääkärinkierrosta, potilashuoneessa olemisesta, tutkimuksista ja hoidosta sekä sairauden aiheuttamista rajoituksista.

Potilaan mielentilaa tulisi arvioida vuodeosastovaiheessa, koska tällöin usein ilmenee masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja pelkoa. Turvallinen ja myötäelävä hoidollinen ilmapiiri auttaa usein masentuneita, ahdistuneita ja pelokkaita potilaita.

Sisätautien vuodeosastolla tulisi pitää huolta potilaan intymiteetin suojelemisesta pukeutumisen, riisuuntumisen ja peseytymisen sekä virtsaamisen ja ulostamisen aikana. Miesten kanssa olisi syytä keskustella siitä, että nämä eivät ole nolostuttavia tai häpeällisiä tapahtumia.

Sisätautien vuodeosastolla tulisi arvioida, miten ja missä vaiheessa sydäninfarktiin sairastuneen miehen ja hänen puolisonsa kanssa käsitellään sairauden vaikutusta seksuaalisuuteen. Seksuaalisuudesta keskustellaan hienovaraisesti, potilaan ja hänen puolisonsa suhtautumista kunnioittaen sekä kummankin osapuolen syyttämistä ja syyllistymistä välttämällä.

Sisätautien vuodeosastolla sydäninfarktiin sairastuneet miehet käyttävät joskus ronskia huumoria, joka näyttäisi kohdistuvan naishoitajiin. Naishoitajien on hyvä ymmärtää, että ronski huumorin tarkoituksena ei ole loukata heitä, vaan auttaa miehiä selviytymään kiu-sallisista ja ahdistavista tilanteista.

7. Tutkimustulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemukset hoidonantajista vaihtelevat. Hoitaminen toteutuu sydäninfarktiin sairastuneiden miesten ja hoidonantajien välittömissä auttamistilanteissa. Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten hoitamisen tulisi olla terveyslähdeistä ja vahvistaa heidän omia voimavarojaan ja mah-

dollisuuksia niiden käyttöön. Miehillä on oikeus tulla hoidetuksi ja saada ammatillista apua myös silloin kun he ovat uupuneita, heillä ei ole riittävästi tietoja terveydentilastaan tai kun he eivät osaa toimia. Hoidonantajien tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, millaisena miehet kokevat hoidonantajan ja potilaan välisen yhteistyösuhteen.

Ensihoitajien olisi syytä pohtia terveyttä edistävän vuorovaikutuksen ja ammatillisen keskustelemisen merkitystä hoitaessaan erilaisia sydäninfarktiin sairastuneita miehiä. Sairaanhoitajien tulisi puolestaan miettiä, miten välttyä miesten liialliselta holhoamiselta ja asenteelliselta suhtautumiselta. Hoitajien taas tulisi kiinnittää huomiotaan siihen, millaisena miehet kokevat hoitajan kiireen, vastuuntunnottomuuden ja osaamattomuuden. Lääkärien tulisi tiedostaa epäasiallisen käyttäytymisen, katteettomien lupauksen sekä miesten ylenkatsumisen, loukkaamisen, nöyryyttämisen ja aliarvioimisen vaikutukset miehiin. Lääkärien tulisi neuvotella potilaan kanssa hoitovaihtoehtoista ja sairausloman pituudesta. Lääkärien olisi hyvä suhtautua potilaaseen tasavertaisesti ja keskustella potilaan kanssa myös lääkärikierron aikana.

8. Sydäninfarktiin sairastuneet miehet kokevat perheensä lähes korvaamattomana voimavarana ja tuen lähteenä. Erityisesti puolisoitten ja lasten hyvinvointi tai pahoinvointi heijastuvat heihin. Puolisoitten ja lasten merkitystä tulisikin pohtia terveydenhuollossa nykyistä seikkaperäisemmin ja kokonaisvaltaisemmin. Puolisoiille ja lapsille tulisi järjestää mahdollisuuksia olla sairastuneiden kanssa tarpeidensa mukaisesti. Sairaalassa tulisi olla myös tiloja tai perhehuoneita, joissa



perheet voisivat levätä ja keskustella rauhassa hoidonantajien kanssa läheistensä terveydentilasta sekä olla yhdessä sairastuneiden perheenjäsentensä kanssa.

Äkillisesti sydäninfarktiin sairastuneiden miesten puoliset ja lapset ovat usein ahdistuneita, masentuneita ja stressaantuneita. Terveydenhuollossa tulisi tiedostaa nykyistä syvällisemmin, että sairastuneiden lisäksi myös puoliset ja lapset ovat terveydenhuollon asiakkaita. Tästä seuraa, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden tulisi informoida, tukea, ohjata, neuvoa, lohduttaa, rohkaista ja kuunnella puolisoita ja lapsia. Sydäninfarktiin sairastuneita miehiä hoitavissa yksiköissä moniammatillisen työryhmän tulisi laatia tavoitteet, sisällöt ja arviointiperusteet perheiden kohtaamiselle, hoitamiselle ja ohjaamiselle. Näiden tulisi perustua tutkittuun tietoon.

9. Sydäninfarktiin sairastuneet miehet tiedostavat usein jo sairautensa akuutissa vaiheessa, että sydäninfarkti on vakava ja henkeä uhkaava sairaus. Tästä seuraa monesti mielialan häilähtelemistä. Terveydenhuollossa tulisi ymmärtää sydäninfarktin äkillisyyden ja siitä aiheutuva mielialojen vaihtelemisen merkitys miehille ja heidän perheilleen. Äkilliseen sydäninfarktiin sopeutumisessa ja tukemisessa hoidonantajilla on merkittävä rooli. Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten hoitamisen ohella tulisi kiinnittää huomiota terveyden edistämiseen ja haavoittuneen miehisyuden vahvistamiseen, koska pelkästään fyysisiin oireisiin keskittyminen ja sairauden hoitaminen on riittämätön ammatillisen hoitamisen muoto. Terveyden edistämisessä huomion tulisi

kiinnittyä kokonaisvaltaiseen miesten ja heidän perheidensä hyvinvoinnin tukemiseen sydäninfarktiin muuttamassa arkielämässä.

Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten terveyden edistämisen tavoitteena on parantaa omaehtoista terveydestä huolehtimista. Tämän lisäksi se tukee henkistä kasvamista ja sairauteen sopeutumista sekä antaa tietoa terveyteen ja sydäninfarktiin liittyvissä asioissa.

Sydäninfarktiin sairastuneet miehet joutuvat sairautensa alkuvaiheessa olemaan vuodelevossa. Vuodelevossa oleminen on monesti tuskallista ja hankalaa. Tämän vuoksi miehille ja heidän perheilleen tulisi korostaa ja selvittää vuodelevon merkitys jo hoitajakson alkuvaiheessa. Vuodelevon ohella miehille ja heidän perheilleen tulisi kertoa ymmärrettävästi sydäninfarktiin hoitamisen periaatteet ja siihen liittyvät rajoitukset. Hoitamisen ja rajoitusten ymmärtäminen edistää sitoutumista, hoitomyöntyvyyttä ja päätöksentekoon osallistumista.

Jotkut sydäninfarktiin sairastuneet miehet kokevat päivittäisistä toimista suoriutumisen vuodelevon aikana nolona ja nöyryyttävänä. Tällaisessa tilanteessa hoidonantajien olisi hyvä omaksua hienotunteinen ja kunnioittava sekä miehiä ymmärtävä, rohkaiseva ja vahvistava suhtautumistapa. Myös hyväksymisen, arvostamisen ja ymmärtämisen osoittaminen miehille ja heidän perheilleen vähentää sydäninfarktista aiheutuvaa haavoittumisen kokemusta ja auttaa jaksamaan haastavassa ja sydäninfarktiin muuttamassa arkielämässä.

10. Kohtalotoverit ovat sydäninfarktiin sairastuneille miehille erittäin tärkeä ihmissuhdeverkosto varsinkin sisätautien vuodeosastovaiheessa. Kohtalotovereiden väliset keskustelut auttavat miehiä ymmärtämään

sydäninfarktia ja muuttunutta terveydentilaansa. Kohtalotovereilta sydäninfarktiin sairastuneet miehet saavat henkistä tukea ja turvaa sekä tietoa sairautensa hoitamisesta. Tämän vuoksi kohtalotovereiden välistä kanssakäymistä tulisi arvostaa ja edistää sisätautien vuodeosastolla esimerkiksi järjestämällä miehille yhteisiä keskustelu- ja ohjaustapahtumia.

Hoidonantajien tulisi perinpohjaisesti tiedostaa kohtalotovereiden merkitys sydäninfarktiin sairastuneille miehille. Tämän ansiosta he voisivat samanaikaisesti yhteisöllisesti tukea, ohjata ja kannustaa samassa potilashuoneessa olevia miehiä. Tässä tilanteessa hoidonantajat voisivat tuoda esille myös sairauden vaikutuksen miehisyteen, parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen. Kun sydäninfarktiin sairastuneet miehet saavat tietoa sairaudestaan, he voisivat käsitellä sitä yhteisöllisesti keskenään. Myöhemmin he voisivat uudelleen yksin tai yhdessä palata hoidonantajien kanssa tarkentamaan sydäninfarktiin liittyviä mielenkiintoisia ja tärkeitä asioita.

Kohtalotovereilta saatu henkinen tuki pohjautuu vapaaehtoisuuteen, vastavuoroisuuteen, omaehtoisuuteen ja yhteisöllisyyteen. Henkinen tuki ja turva auttavat selviytymään haastavassa elämäntilanteessa ja pärjäämään sairauden kanssa. Kohtalotoverit pystyvät lujittamaan, auttamaan ja innostamaan toisiaan yhteneväisen sydäninfarktinkokemuksensa vuoksi. Heillä on samantyyppisiä kokemuksia äkillisestä, henkeä uhkaavasta sairaudesta ja potilaana olemisesta. Kokemus kohtalotoveruudesta antaa toivoa ja uskoa pärjäämiseen. Kohtalotoveruus edistää uudelleen suuntautumista, elämänhallintaa ja tulevaisuuteen orientoitumista. Kohtalotoveruuden tärkeys liittyy myös siihen,

että toverit voisivat yhdessä etsiä uusia ratkaisuja arkielämänsä pulma-kohtiin. Kuntoutumisvaiheessa järjestelmälliset ja suunnitellut kohtalotoveritapaamiset voisivat muodostaa tervehtymistä edistävän voimavaran. Kohtalotoveritapaamisilla on myös terapeuttisia piirteitä. Terapeuttiset piirteet liittyvät yhteisestä ja vaikeasta kokemuksesta keskustelemiseen ja sen jakamiseen, mielen tasapainon saavuttamiseen sekä tulevaisuutta koskevan elämänmyönteisyyden vahvistumiseen.

Toisten kohtalotoverien terveydentilan heikentymisen ja jopa kuolinkamppailun näkeminen saattaa olla traumaattinen ja haavoittava kokemus. Tämän vuoksi sairaalassa tulisi pitää huolta siitä, että potilastoverit eivät tarpeettomasti joudu näkemään ja kohtaamaan tuskallisia ja piinallisia sekä henkisesti vaurioittavia potilastilanteita.

Sydäninfarktiin sairastuneet miehet sijoitetaan sisätautien vuodeosastolla monesti usean henkilön potilashuoneeseen. Ennen potilaan sijoittamista tulisi yksilöllisesti arvioida, millaiseen potilasjoukkoon tulokas sijoitetaan. Joillekin miehille huonokuntoisen potilastoverin kanssa oleminen on masentava kokemus. Toiset taas kokevan hyvänä, että on heitäkin huonokuntoisempia potilaita.

11. Sairaalaan kotiutuminen on usein kaivattu ja odotettu siirtymä. Kuitenkin usein näyttää siltä, että kotiutuminen ei olekaan niin mieluisa tapahtuma kuin etukäteen odotetaan ja kuvitellaan. Monesti tämä johtuu siitä, että miehet ja perheet ovat heikosti valmistautuneet kotiutumiseen. Miehille ja perheille tulisi etukäteen valmistella huolellisesti kotiutumiseen. Hoidonantajien olisi syytä järjestää kotiutumiskeskustelu, johon osallistuvat miehet ja perheet, sairaanhoitaja, lääkäri

ja sosiaalihoitaja sekä tarvittaessa muita asiantuntijoita. Kotiutumiskeskustelun tavoitteena on tukea ja auttaa miehiä ja perheitä tulemaan toimeen uudessa elämäntilanteessa. Kotiutumiskeskustelun mielenkiinto voisi kohdistua esimerkiksi mielialaan, elintapamuutoksiin, lääkahoitoon, sairauden uusiutumiseen, sairauslomalla olemiseen, jatkohoitoon ja kuntoutumiseen sekä työhön palaamiseen.

Kotiutumisvaiheessa miehiä ja perheitä tulisi myös ohjata käsittelemään sydäninfarktin vaikutusta perheiden arkielämään. Kotiin asettautumiseen liittyvien asioiden etukäteen pohtiminen auttaa luomaan mielikuvaa lähitulevaisuuden tapahtumista ja kotona pärjäämisestä. Mielikuvat auttavat kohtaamaan kotona ilmeneviä väistämättömiä ja huolestuttavia elämäntapahtumia. Terveysteen liittyvien asioiden pohtiminen edeltäkäs nopeuttaa ja helpottaa muuttuneeseen arkielämään mukautumista. Keskustelun kohteena voisi olla esimerkiksi kokemukset sairauden muuttamasta arkielämästä, sydäninfarktiin sairastuneena miehenä olemisesta sekä potilaan, puolison ja työntekijän rooleista ja niistä mahdollisesti aiheutuvista ristiriidoista. Potilaan kanssa tulisi käsitellä myös lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita yksityiselämässä ja työssä, sydäninfarktin kotihoitoa sekä sairauden pahentumista ja uudelleen hoitoon hakeutumista. Lisäksi on tärkeää keskustella myös tulevista tutkimuksista ja hoidosta. Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kotiutumiskeskustelujen tulisi olla järjestelmällisiä ja kokonaisvaltaisia sekä eri osapuolille tarkoitettuja (potilas, perhe, hoidonantajat). Kotiutumiskeskustelujen tavoitteet ja sisällöt olisi ajanmukaistettava säännöllisesti parhaan saatavilla olevan tutkimustiedon perusteella.

## 6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tämä tutkimus herättää useita jatkotutkimustarpeita ja -haasteita. Tutkimuksen avulla saatiin tietoa miesten sydäninfarktikoemuksesta äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen näkökulmista. Lisätietoa kaivattaisiin miesten kokemuksista ennen sairastumista, sairastuessa, sairastaessa ja sairastamisen jälkeen. Olisi mielenkiintoista tutkia, millaisena sairauslomalla olevat sydäninfarktiin sairastuneet miehet kokevat lähestyvän työhön palaamisen ja työssä olemisen sairausloman jälkeen. Tähän liittyen voisi selvittää myös sitä, millaisena miestyötoverit ja miestyönantajat kokevat sydäninfarktiin sairastuneen miehen palaamisen työyhteisöön.

Jatkotutkimusaiheena voisi kuvata ja selvittää perheiden ja puolisoitten kokemuksia sydäninfarktiin sairastuneen miehen kanssa elämisestä. Tutkimusta tulisi suunnata erityisesti puolisoitten ja lasten kokemusten tutkimiseen. Tärkeää olisi muun ohella tietää, millaisena isä ja äiti kokevat lapsensa sairastumisen sydäninfarktiin. Lisäksi olisi mielenkiintoista hankkia laadullista aineistoa parihaastattelun avulla ja tutkia, millaisena pari kokee toisen puolison sydäninfarktiin sairastumisen. Edelleen olisi kiinnostavaa tutkia myös parien kokemuksia, kun kumpikin puoliso on sairastunut sydäninfarktiin.

Tässä tutkimuksessa jää puuttumaan sydäninfarktiin sairastuneen naisen näkökulma, koska tutkimuksen kohteena oli nimenomaan miehen sydäninfarktikoemus. Olisi kiinnostavaa tutkia, millainen on naisen sydäninfarktikoemus äkillisen, henkeä uhkaavan sairauden ja potilaana olemisen kontekstissa. Mielenkiintoista olisi myös saada uutta tietoa siitä,

miten naisen sydäninfarktikoemus poikkeaa miehen sydäninfarktikoemuksesta.

Tutkimusta olisi tärkeä jatkaa myös keräämällä tietoa terveydenhuoltohenkilöstön kokemuksista, jotka liittyvät sydäninfarktiin sairastuneiden hoitamiseen ja perheiden kohtaamiseen. Lisätutkimusta tarvitaan myös ystävien ja työtovereiden kokemuksista tilanteessa, jossa ihminen sairastuu sydäninfarktiin. Olisi perusteltua tutkia myös paikallaolijoiden ja maallikoiden kokemuksia tilanteessa, jossa ihminen sairastuu äkillisesti ja yllättäen hengenvaaralliseen sydäninfarktiin. Jatkossa miehen sydäninfarktikoemusta kuvaavaa merkitysverkostoa on tarpeen täsmentää niin yksilö-, perhe- kuin yhteisötasolla.

## LÄHTEET

- Abraham T (1995): Management of Persons With Dysrhythmias and Coronary Artery Disease. In: Medical-Surgical Nursing, pp. 778–834. Eds. WJ Phipps, VL Cassmeyer, JK Sands and MK Lehman, Mosby, USA.
- Acorn S (1995): Assisting families of head-injuries survivors through a family support programme. *Journal of Advanced Nursing* 5:872–877.
- Affleck G, Tennen H, Croog S and Levine S (1987): Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1: 29–35.
- Agard A, Herlitz J and Hermerén G (2004): Obtaining informed consent from patients in the early phase of acute myocardial infarction: physicians' experiences and attitudes. *Heart* 2:208–210.
- Albaugh JA (2003): Spirituality and life-threatening illness: a phenomenological study. *Oncology Nursing Forum* 4:593–598.
- Al-Hassan M and Sagr L (2002): Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge. *Journal of Advanced Nursing* 2:181–188.
- Amer J, Harris K and Dusold J (2004): Application of the Concerns-Based Adoption Model to the Installation of Telemedicine in a Rural Missouri Nursing Home. *Journal for Nurses in Staff Development – JNSD*.



- An K, De Jong M, Riegel B, McKinley S, Garvin BJ, Doering L and Moser DK (2004): A cross-sectional examination of changes in anxiety early after myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2:75–82.
- Andenaes R, Kalfoss M and Wahl A (2004): Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing* 5:523–530.
- Appelin G and Berterö C (2004): Patients' Experiences of Palliative Care in the Home: A Phenomenological Study of a Swedish Sample. *Cancer Nursing* 1:65–70.
- Atkinson R (1998): The life story interview. *Qualitative Research Methods*. Volume 44. Sage Publications, USA.
- Atkinson P and Delamont S (2005): Analytic Perspectives. In: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, Third Edition, pp. 821–840. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage Publications, California, United States of America.
- Backman K (2003): Hoitotieteellisen keskitason teorian kehittäminen: esimerkkinä kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Hoitotiede* 3:116–130.
- Backman K, Paasivaara L ja Nikkonen M (2001): Elämäkertatutkimus hoitotieteessä: kaksi esimerkkiä metodin sovelluksesta. Teoksessa: *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, s. 238–264. Toim. S Janhonen ja M Nikkonen, Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva.
- Barnum BS (1998): *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. Fifth Edition. Lippincott, Philadelphia, New York.

- Barrett M (2002): Practical and Ethical Issues in Planning Research. In: Research Methods in Psychology, Second edition, pp. 22–40. Eds. GM Breakwell, S Hammond and C Fife-Schaw, Sage Publications, The Cromwell Press Ltd, Great Britain.
- Barton S (2004): Narrative inquiry: locating Aboriginal epistemology in a relational methodology. *Journal of Advanced Nursing* 5:519–526.
- Beck CT (1994): Phenomenology: its use in nursing research. *International Journal of Nursing Studies* 6:499–510.
- Beckerman A, Grossman D and Marques L (1995): Cardiac catheterization: The patients' perspective. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 3:213–219.
- Bengtson A, Karlsson T and Herlitz J (2000): Differences between men and women on the waiting list for coronary revascularization. *Journal of Advanced Nursing* 6:1361–1367.
- Bennett HC (1997): Anticipating levels of anxiety and depression in couples where the husband has survived a myocardial infarction. *Coronary Health Care* 1:22–26.
- Bennett P and Connell H (1999): Dyadic process in response to myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine* 1:45–56.
- Bennett S (1992): Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 4:322–326.
- Benzer H, Mutx N and Pauser G (1983): Psychosocial sequel of intensive care. *International Anesthetics Clinics* 2:169–178.

- Bergin E, Johansson H and Bergin R (2004): Are Doctors Unhappy? A Study of Residents With an Open Interview Form. *Journal of Advanced Nursing* 1:81–87.
- Betancourt JR (2003): Cross-cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation. *Academic Medicine* 6:560–569.
- Blomster M, Mäkelä M, Ritmala-Castrén M, Säämänen J ja Varjus S-L (2001): Tehohoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Bokinskie JC (1992): Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *Journal of Neuroscience Nursing* 3:129–132.
- Bondas T (2000): Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid. Doktorsavhandling i vårdvetenskap. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo akademis förlag, Åbo akademi.
- Bondas-Salonen T (1995): ”Hela livet förändras”. En longitudinell studie av kvinnans upplevelser av hälsa och vård i mödravårdskontext. Licenciatavhandling. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Bowen RC (2000): Physical illness as an outcome of chronic anxiety disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 5:465.
- Bowman G (2001): Emotions and illness. *Journal of Advanced Nursing* 2:256–263.

- Breakwell GM (2002): Interviewing. In: *Research Methods in Psychology*, Second edition, pp. 239–250. Eds. GM Breakwell, S Hammond and C Fife-Schaw, Sage Publications, The Cromwell Press Ltd, Great Britain.
- Breakwell GM and Wood P (2002): Diary Techniques. In: *Research Methods in Psychology*, Second edition, pp. 294–302. Eds. GM Breakwell, S Hammond and C Fife-Schaw, Sage Publications, The Cromwell Press Ltd, Great Britain.
- Brearley S (1990): *Patient Participation: The Literature*. RCN Research Series, Scutari Press, London.
- Brooks N (1999): Patients' perspective of quality of care in a high-dependency unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 15:324–337.
- Brooks N (2000): Quality of life and the high-dependency unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 16:18–32.
- Brummett B, Babyak M, Barefoot J, Bosworth H, Clapp-Channing N, Siegler I, Williams R and Mark D (1998): Social Support and Hostility as Predictors of Depressive Symptoms in Cardiac Patients One Month After Hospitalization: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine* 6:707–713.
- Bulsara C, Ward AB and Joske D (2004): Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. *Journal of Clinical Nursing* 2:251–258.
- Buonocore D (2004): *Leadership in Action: Creating a Change in Practice*. AACN – *Advanced Practice in Acute Critical Care* 2:170–181.

- Burns N and Grove SK (2003): *Understanding Nursing Research*, 3<sup>rd</sup> Edition. Saunders, USA.
- Burr G (1998): Contextualizing critical care family needs through triangulation: an Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing* 4:161–169.
- Bush DA, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H and Fauerbach J (2001): Even Minimal Symptoms of Depression Increase Mortality Risk After Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology* 4:337–341.
- Butcher LA (1994): A Family-Focused Perspective on Chronic Illness. *Rehabilitation Nursing* 2:70–74.
- Byrne M (2001): Evaluating the findings of qualitative research. *AORN Journal* 3:703–704.
- Calvin AO (2004): Haemodialysis patients and end-of-life decisions: a theory of personal preservation. *Journal of Advanced Nursing* 5:558–566.
- Cappleman J (2004): Community neonatal nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 2:167–174.
- Caplin MS and Sexton DL (1988): Stress experienced by spouses of patients in a coronary care unit with myocardial infarction. *Focus on Critical Care* 5:31–40.
- Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK, Watkins L, Catellier D, Berkman LF, Czajkowski SM, Connor C, Stone PH and Freedland KE (2001): Depression, Heart Rate Variability, and Acute Myocardial Infarction. *Circulation* 17:2024–2028.

- Carney RM, Rich MW and te Velde A (1988): The relationship between heart rate, heart rate variability and depression in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research* 32: 159–164.
- Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K and Jaffe AS (1987): Major depressive disorder in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology* 16: 1273–1275.
- Carpenito LJ (1993): *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. 5th edition. J.B. Lippincott, Philadelphia, USA.
- Casey E, O'Connell J and Price J (1984): Perceptions of educational needs for patients after myocardial infarction. *Patient Education and Councelling* 2:77–82.
- Cassmeyer VL, Holsclaw Mitchell P and Betrus PA (1995): Stress, Stressors, and Stress Management. In: *Medical-Surgical Nursing*, pp. 162–183. Eds. WJ Phipps, VL Cassmeyer, JK Sands and MK Lehman, Mosby, USA.
- Cay EL (1982): Psychological problems in patients after a myocardial infarction. *Advances in Cardiology* 29:108–112.
- Cay EL, Vetter N, Philip AE and Dugard P (1972): Psychological status during recovery from an acute heart attack. *Journal of Psychosomatic Research* 6:425–435.
- Chan V (1990): Content area for cardiac teaching: patient's perception of the importance of teaching content after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 10:1139–1145.

- Chiou A, Potempa K and Buschmann MB (1997): Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 4:305–311.
- Chou KR, LaMontagne LL and Hepworth JT (1999): Burden experiences by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research* 48:206–214.
- Christman NJ, McDonnell EA, Pfeiffer C, Webster KK, Schmidt M and Ries J (1988): Uncertainty, coping and distress following myocardial infarction: transition from hospital to home. *Research in Nursing and Health* 2:71–82.
- Civetta JM, Taylor RW and Kirby RR (1988): *Critical Care*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Clark A, Barbour R, White M and MacIntyre P (2004): Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 1:5–14.
- Clarke L (2004): The value of qualitative research. *Nursing Standard* 18:41–44.
- Cohen MZ (1995): The Experience of Surgery. *Phenomenological Clinical Nursing Research*. In: *Search of Nursing Science*, pp. 159–174. Eds. A Omery, CE Kasper and GG Page, Sage Publications, USA.
- Cohen MZ (2000a): Writing the Proposal. In: *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*, pp. 13–23. Eds. MZ Cohen, DL Kahn and RH Steeves, *Methods in Nursing Research*, Sage Publications, USA.

- Cohen MZ (2000b): Ethical issues and ethical approval. In: *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researches*, pp. 37–44. Eds. MZ Cohen, DL Kahn and RH Steeves, *Methods in Nursing Research*, Sage Publications, USA.
- Cohen MZ and Knafl KA (1999): Evaluating Qualitative Research. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Second Edition*, pp. 476–492. Eds. PL Munhall and C Oiler Boyd, *National League for Nursing Press*, USA.
- Cohen MZ, Kahn DL and Steeves RH (2000): How to Analyze the Data. In: *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researches*, pp. 71–83. Eds. MZ Cohen, DL Kahn and RH Steeves, *Methods in Nursing Research*, Sage Publications, USA.
- Cohen MZ ja Omery A (1994): Schools of Phenomenology: Implications for Research. In: *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, pp. 136–156. Ed J Morse, Sage Publications, USA.
- Conn VS, Taylor SG and Abele PB (1991): Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *Journal of Advanced Nursing* 9:1026–1034.
- Connelly B, Gunzerath L and Knebel A (2000): A pilot study exploring mood state and dyspnea in mechanically ventilated patients. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 3:173–179.
- Connelly LM and Yoder LH (2004): Improving Qualitative Proposals: Common Problem Areas. *Clinical Nurse Specialist* 2:69–74.



- Coulter MA (1989): The needs of family members of patients in intensive care. *Intensive Care Nursing* 5: 4–9.
- Cowan MJ, Kenneth C and Budzynski HK (2001): Psychosocial Nursing Therapy Following Sudden Cardiac Arrest: Impact on Two-Year Survival. *Nursing Research* 2:68–76.
- Coyne J and Smith D (1991): Couples caring with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality & Social Psychology* 3:404–412.
- Craig J (2004): Narrative art inquiry and anorexia nervosa. *Nursing Standard* 46:33–37.
- Cronqvist A, Theorell T, Burns T and Lützén K (2001): Dissonant imperatives in nursing: a conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing* 4:228–236.
- Crotty M (1996): *Phenomenology and nursing research*. Churchill Livingstone, Melbourne, Australia.
- Crowe JM, Runions J, Ebbesen LS, Oldridge NB and Streiner DL (1996): Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 2:98–107.
- Cumbie SA, Conley VM and Burman ME (2004): Advanced Practice Nursing Model for Comprehensive Care With Chronic Illness: Model for Promoting Process Engagement. *Advances in Nursing Science*.
- Curry S (1995): Identifying family needs and stressors in the intensive care unit. *British Journal of Nursing* 1:15–20.

- Cutcliffe JR and McKenna HP (1999): Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing* 2:374–380.
- Cutler L and Garner M (1995): Reducing relocation stress after discharge from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* 6:333–335.
- Czerwinski BS, Cesario SK and Ashley MH (2004): Integrating Research: Into Daily Nursing Practice. *Journal of Nursing Administration* 3:117–119.
- Daffurn K, Bishop GF, Hillman KM and Bauman A (1994): Problems following discharge after intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 4:244–251.
- Dakof G and Taylor S (1990): Victims' perceptions of social support: what is helpful from whom? *Journal of Personality & Social Psychology* 1:80–89.
- Daley L (1984): The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 3:231–237.
- Davies H (2000): Psychological effects of isolation nursing; mood disturbance. *Nursing Standard* March: 35–38.
- Dellve L, Abrahamson KH, Trulsson U and Hallberg L R-M (2002): Grounded theory in public health research. In: *Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*, pp. 137–173. Ed. L R-M Hallberg, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Denollet J, Sys SU and Brutsaert DL (1995): Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine* 6:582–591.

- Denzin NK ja Lincoln YS (2005): Introduction. *The Discipline and Practice of Qualitative Research*. In: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, Third Edition, pp. 1–32. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage Publications, California, United States of America.
- Dickerson SS, Flaig D and Kennedy MC (2000a): Therapeutic connection: Help seeking on the Internet for persons with implantable cardioverter defibrillators. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 4:248–255.
- Dickerson SS, Posluszny M and Kennedy MC (2000b): Help seeking in a support group for recipient of implantable cardioverter defibrillators and their support persons. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2:87–96.
- Dixon T, Lim L L-Y, Powell H, Heather RN and Fisher J (2000): Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study. *Journal of Advanced Nursing* 6:1368–1375.
- Doefler LA, Pbert L and DeCosimo D (1994): Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Following Myocardial Infarction and Coronary Artery Bypass Surgery. *General Hospital Psychiatry* 3:193–199.
- Doehrman SR (1977): Psychosocial aspects of recovery from coronary heart disease: review. *Social Science & Medicine* 3:199–218.
- Donalek JG and Soldwisch S (2004): An Introduction to Qualitative Research Methods. *Urologic Nursing* 4:354–356.
- Dowling M (2004): Hermeneutics: an exploration. *Nurse Researcher* 4:30–41.

- Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M and Rhee KJ (1987): Family participation during resuscitation: an option. *Annals of Emergency Medicine* 6:673–675.
- Dracup K, Moser D, McKinley S, Ball C, Yamasaki K, Kim C-J, Doering LV and Caldwell M (2003): An International Perspective on the Time to Treatment for Acute Myocardial Infarction. *Journal of Nursing Scholarship* 4:317–323.
- Drew N (2004): Creating a Synthesis of Intentionality: The Role of the Bracketing Facilitator. *Advances in Nursing Science* 3:215–223.
- Drory Y, Kravetz S and Weingarten M (2000): Comparison of Sexual Activity of Women and Men After a First Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology* 11:1283–1287.
- Duffy K, Ferguson C and Watson H (2004): Data collecting in grounded theory – some practical issues. *Nurse Researcher* 4:67–78.
- Duke S (1998): An exploration of anticipatory grief: the lived experience of people during their spouses' terminal illness and bereavement. *Journal of Advanced Nursing* 4:829–839.
- Dunham N and Sager M (1994): Functional status symptoms of depression and the outcomes of hospitalization in community-dwelling elderly patients. *Archives of Family Medicine* 3:676–680.
- Edéll-Gustafsson UM and Hetta JE (1999): Anxiety, Depression and Sleep in Male Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2:137–143.
- Edwards L and Shaw DG (1998): Care of the suddenly bereaved in cardiac units: a review of the literature. *Intensive and Critical Care Nursing* 3:144–152.

- Ekstedt M and Fagerberg I (2005): Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing* 1:59–67.
- Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Amy K, Reynolds NR, Dujardin J-P, Homan JA and Stern L (2004): Gender Differences in Quality of Life Among Cardiac Patients. *Psychosomatic Medicine* 2:190–137.
- Eriksson K (1988): Hoito tieteenä. Sairaanhoitajien koulutussäätiö, Forssan Kirjapaino Oy., Forssa.
- Eskola J ja Suoranta J (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.
- Esteve LG, Valdés M, Riesco N, Jódar I and de Flores T (1992): Denial mechanisms in myocardial infarction: their relationships with psychological variables and short-term outcome. *Journal of Psychosomatic Research* 5:491–496.
- Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J and Salonen JT (1996): Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine* 2:113–121.
- Faria SH (1988): Through the eyes of a family caregiver: perceived problems. *Home Care Provider* 4:221–225.
- Fielding R (1991): Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. *Social Science and Medicine* 9:1017–1027.
- Fletcher V (1987): An individualized teaching programme following primary uncomplicated myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 2:195–200.

- Flinkman T ja Salanterä S (2004): Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 3:121–131.
- Fontana A and Frey JH (2005): The Interview. From Natural Stance to Political Involvement. In: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials, Third Edition*, pp. 695–727. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage Publications, California, United States of America.
- Ford DE, Mead LA, Chang PP, Levine DM and Klag MJ (1994): Depression predicts cardiovascular disease in men: the precursor study. *Circulation* 60:614.
- Forrester AW, Lipsey JR, Teitelbaum ML, DePaulo JR and Andrzejewski PL (1992): Depression following myocardial infarction. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1:33–46.
- Frank C and Smith S (1990): Stress and the Heart: Biobehavioral Aspects of Sudden Cardiac Death. *Psychosomatics* 3:255–264.
- Frasure-Smith N (1991): In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *American Journal of Cardiology* 2:121–127.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M and Bourassa MG (2000): Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction. *Circulation* 16: 1919–1924.
- Frasure-Smith N, Lesperance F and Talajic M (1993): Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 15:1819–1825.

- Frasure-Smith N, Lesperance F and Talajic M (1995): Coronary Heart Disease/Myocardial Infarction: Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction. *Circulation* 4:999–1005.
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Juneau M, Talajic M and Bourassa MG (1999): Gender, Depression, and One-Year Prognosis After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine* 1:26.
- Frazier SK, Moser DK, O'Brian JL, Garvin BJ, An K and Macko M (2003): Management of anxiety after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 31:411–420.
- Freedland KE, Rich MW, Skala JA, Carney RM, Dávila-Román VG and Jaffe AS (2003): Prevalence of Depression in Hospitalized Patients With Cognitive Heart Failure. *Psychosomatic Medicine* 1:119–128.
- Fridlund B and Hildingh C (2000): Health and qualitative analysis methods. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 13–25. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Gardner G, Gardner A, Morley G and Watson D (2003): Managing Intravenous Medications in the Non-hospital Setting: An Ethnographic Investigation. *Journal of Infusion Nursing* 227–233.
- Garnham P (2001): Understanding and dealing with anger, aggression and violence. *Nursing Standard* 6:37–42, 44–55.

- Garvin BJ, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Doering L and An K (2003): Effects of Gender and Preference for Information and Control on Anxiety Early After Myocardial Infarction. *Nursing Research* 6:386–392.
- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Twisk JWR and Van Tilburg W (2002): Duration and severity of depression predict mortality in older adults in the community. *Psychological Medicine* 4:609–618.
- Gerard PS and Peterson LM (1984): Learning needs of cardiac patients. *Cardiovascular Nursing* 2:7–11.
- Germain CP (2001): Ethnography: The Method. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, Third Edition, pp. 277–306. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Gerrish K (2003): Self and others: the rigour and ethics of insider ethnography. In: *Advanced Qualitative Research for Nursing*, pp. 77–94. Ed. J Latimer, Blackwell Science, Oxford, UK.
- Gillis CL (1989): The family and cardiac illness. In: *Toward a science of family nursing*, pp. 344–356. Eds. CL Gillis, BL Highly and Martinson CM, Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Giorgi A (1996a): Sketch of a Psychological Phenomenological Method. In: *Phenomenology and Psychological Research*, Seventh Printing, pp. 8–22. Ed. A Giorgi, Duquesne University Press, Pittsburgh, PA, USA.



- Giorgi A (1996b): The Phenomenological Psychology of Learning and the Verbal Learning Tradition. In: Phenomenology and Psychological Research, Seventh Printing, pp. 23–85. Ed. A Giorgi, Duquesne University Press, Pittsburgh, PA, USA.
- Giorgi A (1997): The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology* 2:235–261.
- Giorgi A (2000): Concerning the Application of Phenomenology to Caring Research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14:11–15.
- Grady KL, Jalowiec A, Grusk BB, White-Williams C and Robinson JA (1992): Symptom distress in cardiac transplant candidates. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 5:434–439.
- Gramling LF and Carr RL (2004): Lifelines: A Life History Methodology. *Nursing Research* 3:207–210.
- Granberg A, Engberg IB and Lundberg D (1996): Intensive care syndrome: a literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* 3:173–182.
- Granberg A, Engberg IB and Lundberg D (1998): Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing* 6: 294–307.
- Granberg A, Engberg IB and Lundberg D (1999): Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive and Critical Care Nursing* 1: 19–33.

- Granberg-Axèll A, Bergbom I and Lundberg D (2001): Clinical signs of ICU syndrome/delirium: an observational study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2:72–93.
- Granger J (1974): Full recovery from MI: psychosocial factors. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 3:600–610.
- Griffiths RD (1992): Development of normal incidences of recovery from critical illness. *Intensive Care Britain*, Greycote, London.
- Gurwitz JH, McLaughlin T, Willison DJ, Guadagnoli E, Hauptman PJ, Gao X and Soumerai B (1997): Delayed Hospital Presentation in Patients Who Have Had Acute Myocardial Infarction. *Annals of Internal Medicine* 8:593–599.
- Haber J (1998): Legal and Ethical Issues. In: *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and Utilization*, Fourth Edition, pp. 275–306. Eds. G Lo-Biondo-Wood and J Haber, Mosby, A Times Mirror Company, St. Louis, Missouri.
- Hakala T (2002): Ensihoidon taktiikka. Teoksessa: *Ensihoidon perusteet*, s. 63–73. Toim. A Kinnunen, M Castrén, H Paakkonen, J Pousi, J Seppälä ja O Väisänen, Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Hall EOC (2000): Phenomenological methodologies in the service of health. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 26–46. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.

- Hallberg L R-M (2000): Grounded theory in audiological research: coping with acquired hearing loss. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 164–177. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Halldórsdóttir S (2000a): The Vancouver school of doing phenomenology. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 47–81. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Halldórsdóttir S (2000b): Feeling empowered: A phenomenological case study of the lived experience of health. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 82–96. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Hall-Lord ML, Larsson G and Steen B (1998): Pain and distress among elderly intensive care unit patients: Comparison of patients' experiences and nurses' assessments. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2:123–132.
- Hall-Smith J, Ball C and Coakley J (1997): Follow-up service and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 13:243–248.
- Halme MA (1990): Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 1:62–70.
- Hammond van T and Deans C (1995): A Phenomenological Study of Families and Psychoeducation Support Groups. *Journal of Psychosocial Nursing* 10:7–12.

- Hampe SO (1975): Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research* 2:113–120.
- Hance M, Carney RM, Freedland KE and Skala J (1996): Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up. *General Hospital Psychiatry* 1:61–65.
- Happ MB, Roesch TK and Garrett K (2004): Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: A feasibility study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2:92–101.
- Hartrick G, Lindsey AE and Hills M (1994): Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 1:85–91.
- Havik OE and Maeland JG (1988): Verbal denial and outcome in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2: 145–157.
- Heikkilä J, Luomanmäki K ja Voipio-Pulkki M-L (2000): Sydäninfarkti. Teoksessa: *Kardiologia*, s. 484–512. Toim. J Heikkilä, H Huikuri, K Luomanmäki, MS Nieminen ja K Peuhkurinen, Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Heikkilä J, Paunonen M, Laippala P and Virtanen V (1998a): Patients' Fears in Coronary Arteriography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13:3–10.
- Heikkilä J, Paunonen M, Laippala P and Virtanen V (1998b): Nurses' ability to perceive patients' fears related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing* 6:1225–1235.

- Heikkilä J, Paunonen M, Virtanen V and Laippala P (1998c): Fears of patients related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing* 1:54–62.
- Heikkinen E (2003): Malli terveystalouden käytännössä ja koulutuksessa ilmenevästä kateudesta. *Acta Universitatis Ouluensis ser D* 768, University Press, Oulu.
- Helgeson VS (1993): Two important distinctions in social support: kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology* 10:825–845.
- Herrmann C, Brand-Driehorst S, Kaminsky B, Leibig E, Staats H and Ruger U (1998): Diagnostic groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical inpatients. *Psychosomatic Medicine* 5:570–577.
- Higgins P (1998): Patient perception of fatigue while undergoing long-term mechanical ventilation: Incidence and associated factors. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 3:177–183.
- Hiidenhovi H, Åstedt-Kurki P ja Paunonen-Ilmonen M (2001): Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 1:11–20.
- Hilbert GA (1993): Family satisfaction and affect of men and their wives after myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 3:200–205.
- Hilbert GA (1994): Cardiac patients and spouses. *Clinical Nursing Research* 3: 243–253.

- Hippisley-Cox J and Fielding K (1998): Depression as a risk factor for ischaemic heart disease in men: population based case-control study. *British Medical Journal* 7146:1714–1719.
- Hirsjärvi S ja Hurme H (2000): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hokkanen H, Eriksson E, Hupli M, Anttila M-L ja Ruotsalainen T (2002): Opiskelun alkuvaiheessa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön päätöksenteon oppiminen. *Hoitotiede* 2:51–63.
- Holloway I and Wheeler S (2002): *Qualitative Research in Nursing. Second Edition.* Blackwell Science, Iowa, USA.
- Holmia S, Murtonen I, Myllymäki H ja Valtonen K (2004): Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY, WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Holmström P (1998): Sydän- ja verisuonisairaudet. Teoksessa: *Sisätaudit*, s. 9–216. Toim. I Vauhkonen ja P Holmström, WSOY - Kirjapainoyksikkö, Porvoo.
- Holmström P (2002): Psykkiset oireet. Teoksessa: *Ensihoidon perusteet*, s. 546–556. Toim. A Kinnunen, M Castrén, H Paakkonen, J Pousi, J Seppälä ja O Väisänen, Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- House A (1988): Mood problems in the physically ill - problems of definition and measurement. *Journal of Psychosomatic Research* 32:345–353.
- Hsu M-T, Tseng Y-F, Banks J and Kuo L-L (2004): Interpretation of stillbirth. *Journal of Advanced Nursing* 4:408–416.

- Hudak CM and Gallo BM (1994): *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. 6th Edition. J.B. Lippincott Company, USA.
- Hupcey JE (1999): Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing* 3:253–262.
- Hupcey JE (2000): Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship* 32:361–367.
- Hupcey JE (2001): The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing* 4: 206–212.
- Hutchfield K (1999): Family-centered care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 5:1178–1187.
- Hutchinson S and Wilson H (1994): *Research and Therapeutic Interviews: A Poststructuralist Perspective*. In: *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Ed. J Morse, Sage Publications, USA.
- Hwang EJ, Kim YH and Jun SS (2004): Lived experience of Korean women suffering from rheumatoid arthritis: a phenomenological approach. *International Journal of Nursing Studies* 3:239–246.
- Hänninen V ja Timonen S (2004): “Huoli” ja “masennus”. *Kärsimyksiä ennen ja nyt*. Teoksessa: *Arki satuttaa*. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä, 193–225. Toim. M-L Honkasalo, T Utriainen ja A Leppo, Vastapaino, Kirjakas ky, Tampere.
- Iire L (1999): Potilas ja sairaudesta aiheutuva epävarmuus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. Osa 147. Turun yliopisto, Turku.
- Ironside PM, Scheckel M, Wessels C, Bailey ME, Powers S and Seeley DK (2003): Experiencing chronic illness: cocreating new understandings. *Qualitative Health Research* 2:171–183.

- Irvine J, Basinski A, Baker B, Jandciu S, Paquette M, Cairns J, Connolly S, Roberts R, Gent M and Dorian P (1999): Depression and Risk of Sudden Cardiac Death After Acute Myocardial Infarction: Testing for the Confounding Effects of Fatigue. *Psychosomatic Medicine* 6:729–737.
- Isaksen AS and Gjengedal E (2000): The Significance of Fellow Patients for the Patient with Cancer: WHAT CAN NURSES DO? *Cancer Nursing* 5:382–391.
- Jackson D, Davidson J, Elliott D, Cameron-Traub E, Wade V, Chin C and Salamonson Y (2000): Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 6:1403–1411.
- Jackson I (1992): Bereavement follow-up service in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 3:163–168.
- Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH and Cobb AK (1996): The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 6:467–474.
- Jastremski C (2001): Caring for those who need critical care: Understanding the patient experience. *Critical Care Medicine* 2:449–450.
- Johnson P, Chaboyer W, Foster M and Vooren van der R (2001): Caregivers of ICU patients discharged home: What burden do they face? *Intensive and Critical Care Nursing* 4:219–227.



- Jones C, Griffiths RD, Macmillan R and Palmer TEA (1994): Psychological problems occurring after intensive care. *British Journal of Intensive Care* 2:46–53.
- Jones C and O'Donnell C (1994): After intensive care - what then? *Intensive and Critical Care Nursing* 2:89–92.
- Jonsdottir H and Baldursdottir L (1998): The experience of people awaiting coronary artery bypass graft surgery: The Icelandic experience. *Journal of Advanced Nursing* 1:68–74.
- Juvonen T (2002): *Varjoelämää ja julkisia salaisuuksia*. Vastapaino, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Jyväskylä T ja Åstedt-Kurki P (1998): ”Myötä- ja vastoinikäymisissä”. *Kuvaus iäkkään puolison kokemista ongelmista elämäkumppanin ollessa pysyvässä sairaalahoidossa*. *Hoitotiede* 4:191–198.
- Kahn D (2000): How to Conduct Research. In: *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*, pp. 57–70. Eds. MZ Cohen, DL Kahn and RH Steeves, *Methods in Nursing Research*, Sage Publications, USA.
- Kamienski M (2004): Family-Centered Care in the ED: A medical emergency is often a family affair. But are families assessed adequately in the ED? *AJN – American Journal of Nursing* 1:59–62.
- Kansanterveyslaitos (2003a): Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta. Sepelvaltiomotautikohtaukset (myös kuolemaan johtaneet) diagnooseilla I20–I25, koko maa. <http://www3.ktl.fi/stat/>.

Kansanterveyslaitos (2003b): Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta. Kuolleisuus sepelvaltimotautiin sairaalassa ja sairaalan ulkopuolella, kaikki kohtaukset, koko maa.

<http://www3.ktl.fi/stat/>.

Karlik BA and Yarcheski A (1987): Learning needs of cardiac patients: a partial replication study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 5:544–551.

Kaufman MW, Fitzgibbons JP, Sussman EJ, Reed JF, Einfalt J, Rodgers JK and Fricchione GL (1999): Relation between myocardial infarction, depression, hostility, and death. *American Heart Journal* 3:549–554.

Keaton KA and Pierce LL (2000): Cardiac therapy for men with coronary artery disease. *Journal of Holistic Nursing* 1:63–86.

Kennedy GJ, Hofer MA and Cohen D (1987): Significance of depression and cognitive impairment in patients undergoing programmed stimulation of cardiac arrhythmias. *Psychosomatic Medicine* 49:410–421.

Kettunen S, Solovieva S, Laamanen R and Santavirta N (1999): Myocardial infarction, spouses' reactions and their need of support. *Journal of Advanced Nursing* 2:479–488.

Kinnunen A (2002): Kuljetuksesta hoitoon. *Teoksessa: Ensihoidon perusteet*, s. 1–42. Toim. A

Kinnunen, M Castrén, H Paakkonen, J Pousi, J Seppälä ja O Väisänen, Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

- Kiviniemi K ja Suominen T (1998): Elämää eturauhassuurentuman kanssa. *Hoitotiede* 4:199–206.
- Kiviniemi K ja Suominen T (1999): ”Going to the bathroom four or five times of a night...”: seven men talk about their experience of benign prostatic hyperplasia and the perioperative period. *Journal of Clinical Nursing* 8:542–549.
- Kiviranta K (1995): Giorgin fenomenologisen psykologian metodi laadullisen tutkimuksen apuvälineenä. Teoksessa: Menetelmävalintojen viidakossa. Pohdintoja kasvatuksen tutkimisen lähtökohdista, s. 91–106, Toim. J Nieminen, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kleiman S (2004): Phenomenology: to wonder and search for meanings. *Nurse Researcher* 4:7–19.
- Knights EB and Folstein MF (1977): Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Annals of Internal Medicine* 6:723–724.
- Koistinen P (2002): Kulttuurien yhteentörmäyksestä sopeutumiseen ja uudenlaiseen ymmärtämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden kokemuksia harjoittelujaksoilta virolaisissa hoitokodeissa. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 235. Yliopistopaino, Helsinki.
- Koivisto K, Janhonen S and Vaisanen L (2003): Patients’ experiences of psychosis in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2:221–229.
- Koivula M (2002): Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis* 875. Tampere University Press, Tampere.

- Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka M-T, Tarkka M and Laippala P (2001a): Gender differences and fears in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing* 10:538–549.
- Koivula M, Paunonen-Ilmonen M, Tarkka M-T, Tarkka M and Laippala P (2001b): Fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 4:302–311.
- Koivula M, Tarkka M-T, Tarkka M, Laippala P and Paunonen-Ilmonen M (2002): Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies* 39:415–427.
- Koivula M ja Åstedt-Kurki P (2004): Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 2:51–60.
- Koivunen K, Lukkarinen H ja Isola A (2003): Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. *Hoitotiede* 2:62–73.
- Kokkonen M, Miettinen S, Rissanen S, Pelkonen M ja Kylmä J (2004): Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 1:14–24.
- Korhonen V ja Kaunonen M (2004): Intentionaalista oppimista verkossa – hoitotieteen opiskelijoiden oppimistavoitteet ja tavoitteiden saavuttaminen verkko-opinnoissa. *Hoitotiede* 1:25–38.
- Kortesluoma R ja Hentinen M (1995): Laadullinen haastattelu lapsen kokemusten tutkimisessä. *Hoitotiede* 7:119–127.

- Koskinen L (2005): Kulttuurisen kompetenssin kehittyminen hoitotyön vaihto-opiskeluohjelmassa. *Hoitotiede* 1:2–13.
- Kosonen E (2001): Mitä mieltä pianonsoitossa? 13–15-vuotiaiden pianonsoittajien kokemuksia musiikkiharrastuksestaan. *Jyväskylän studies in the arts* 79. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kotila H (2000): Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kokemuksia opetus suunnitelmasta. *Tutkimuksia* 214, Hakapaino, Helsinki.
- Kralik D, Koch T, Price K and Howard N (2004): Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* 2:259–267.
- Kuisma M (1999): Rintakipu. Teoksessa: *Ensihoidon käsikirja*. Toim. A Alaspää, M Kuisma, L Rekola ja K Sillanpää, Kirjayhtymä, Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Kutz I, Garb R and David D (1988): Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry* 3:169–176.
- Kuuppelomäki M (1996): Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser C Tom 124*, Turku.
- Kvale S (1996): *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications, USA.
- Kvale S (1999): The psychoanalytic interview as qualitative research. *Qualitative Inquiry* 1:87–114.
- Kyngäs H, Kukkurainen M L ja Mäkeläinen P (2004): Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 5:225–234.

- Kärner A, Dahlgren MA and Bergdahl B (2004): Rehabilitation after coronary heart disease: spouses' views of support. *Journal of Advanced Nursing* 2:204–211.
- Ladwig KH, Kieser M and König J (1991): Affective disorders and survival after acute myocardial infarction: results from the post-infarction late potential study. *European Heart Journal* 12:959–064.
- Ladwig KH, Roll G, Breithardt G, Budde T and Borggrefe M (1994): Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *Lancet* 343:20–23.
- Laine T (2001): Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, s. 26–43. Toim. J Aaltola ja R Valli, PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Laitinen H and Åstedt-Kurki P (1996): Tehohoitovaihetta edeltävä tiedon saanti sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemana. *Hoitotiede* 4:167–174.
- Lappalainen M, Pelkonen M ja Kylmä J (2004): Mielenterveyskuntoutujien itsetunnon tukemisesta hoitotyössä. *Hoitotiede* 2:61–70.
- Latvala E ja Vanhanen-Nuutinen L (2001): Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, s. 21–43. Toim. S Jänhonen ja M Nikkonen, Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva.

- Lauzon C, Beck CA, Huynh T, Dion D, Racine N, Carignan S, Diodati JG, Charbonneau F, Dubuis R and Pilote L (2003): Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. *Canadian Medical Association Journal* 5:547–552.
- Lawler D and Sinclair M (2003): Grieving for my former self: a phenomenological hermeneutical study of women's lived experience of postnatal depression. *Evidence Based Midwifery* 2:36–41.
- Lazarus R and Folkman S (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York.
- Leininger M (1994): Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies. In: *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, pp. 333–355. Ed. JM Morse, Sage Publications, USA.
- Leith BA (1999): Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 3:210–218.
- Leiwo M, Luukka M-R ja Nikula T (1992): Pragmatiikan ja retoriikan perusteita. *Jyväskylän yliopiston viestintätieteiden laitoksen julkaisuja* 8. Jyväskylän yliopiston monistuskeskus, Jyväskylä.
- Lepp M and Ringsberg KC (2002): Phenomenography - a qualitative research approach. In: *Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*, pp. 105–135. Ed. L R-M Hallberg, Studentlitteratur, Lund, Sweden.

- Lespérance F, Frasura-Smith N and Talajic M (1996): Major Depression Before and After Myocardial Infarction: Its Nature and Consequences. *Psychosomatic Medicine* 58:99–110.
- Lewis-Evans AN and Jester R (2004): Nurse prescribers' experiences prescribing. *Journal of Clinical Nursing* 7:796–805.
- Lickteig M (2004): Creating Meaningful Learning Through Autobiography and Constructivist Design. *Nurse Educator* 3:89–90.
- Lidell E, Segensten K and Fridlund B (1998): Myocardial infarction patients' anxiety along the life span and interrelationship with self-concept. *Vård i Norden* 3:15–19.
- Lindahl B and Sandman P-O (1998): The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. *Intensive and Critical Care Nursing* 4:179–186.
- Lindahl B, Sandman P-O and Rasmussen B (2005): On becoming dependant on home mechanical ventilation. *Journal of Advanced Nursing* 1:33–42.
- Lindqvist O, Widmark A and Rasmussen B (2004): Meanings of the Phenomenon of Fatigue as Narrated by 4 Patients With Cancer in Palliative Care. *Cancer Nursing* 3:237–243.
- Lindvall L (1997): Syöpään sairastuneen kokemuksia toivosta ja toivottomuudesta. Fenomenologinen tutkimus sytostaattiohoitoa saavien syöpäpotilaiden toivon ja toivottomuuden kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis Medica ser D 433*, University Press, Oulu.



- Liukkonen A (1990): Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C Toim 81, Turku.
- Lloyd GG and Cawley RH (1978): Psychiatric morbidity in men one week after first acute myocardial infarction. *British Medical Journal* ii:1453–1454.
- Lloyd GG and Cawley RH (1979): Smoking habits after myocardial infarction. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 4:224–226.
- Lohiniva V ja Purola H (2004): Hallinnollinen työnohjaus johtamistehtävän tukena hoitotyössä. *Hoitotiede* 1:2–13.
- Lukkarinen H (1999a): Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* ser D 562, University Press, Oulu.
- Lukkarinen H (1999b): Life course of people with coronary artery disease. *Journal of Clinical Nursing* 6:701–711.
- Lukkarinen H (2001): Ihmisen kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, s. 116–164. Toim. S Janhonen ja M Nikkonen, WS Bookwell Oy, Juva.
- Lukkarinen H ja Lepola I (2003): Metodologinen triangulaatio – tutkimuskohteen sisällöllisen kokonaisuuden hahmottaminen ja validiteetin vahvistaminen. *Hoitotiede* 5:203–213.
- Lynam MJ (1995): Supporting one another: the nature of family work when a young adult has cancer. *Journal of Advanced Nursing* 1:116–125.

- Lyons E (2002): Qualitative Data Analysis: Data Display Model. In: Research Methods in Psychology, Second edition, pp. 267–280. Eds. GM Breakwell, S Hammond and C Fife-Schaw, Sage Publications, The Cromwell Press Ltd, Great Britain.
- Lyytikäinen H, Turunen H ja Uusaro A (2005): Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa – kysely teho-osaston sairaanhoitajille. *Hoitotiede* 1:25–34.
- MacKinnon-Kesler S (1983): Maximizing your ICU patient's sensory and perceptual environment. *Canadian Nurse* 5: 41–45.
- Maddox M, Dunn SV and Pretty LE (2001): Psychosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community. *Intensive and Critical Care Nursing* 17:6–15.
- Maeland JG and Havik OE (1987): Psychological predictors for return to work after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 31: 125–130.
- Maguire GP, Julier DL, Hawton KE and Bancroft JHJ (1974): Psychiatric morbidity and referral in two general medical wards. *British Medical Journal* i:268–270.
- Mai FM, McKenzie FN and Kostuk WJ (1986): Psychiatric aspects of heart transplantation. *British Medical Journal* 292:311–313.
- Maijala H, Åstedt-Kurki P and Paavilainen E (2002): Interaction as an ethically sensitive subject of research. *Nurse Researcher* 2:20–37.
- Markman M (2004): Ethical Conflict in Providing Informed Consent for Clinical Trials: A Problematic Example from the Gynecologic Cancer Research Community. *The Oncologist* 1:3–7.

- Marsden C and Dracup K (1991): Different perspectives: the effect of heart disease on patients and spouses. *Clinical Issues in Critical Care Nursing* 2:285–292.
- Martin CR and Thompson DR (2000): A psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine* 2:193–202.
- Matthews KA, Gump BB, Harris KF, Haney TL and Barefoot JC (2004): Hostile Behaviors Predict Cardiovascular Mortality Among Men Enrolled in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Circulation* 1:66–77.
- Mayou R, Foster A and Williamson B (1978): Psychosocial adjustment in patients one year after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 5:447–453.
- Mayou R, Williamson B and Foster A (1978): Outcome two months after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 31:471–481.
- Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day, A, Hicks N, Volmink J and Neil A (2000): Depression and Anxiety As Predictors of Outcome After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine* 2:212–219.
- Mays N and Pope C (2000): Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 1:50–52.
- McGaughey J and Harrison S (1994): Understanding the pre-operative information needs of patients and their relatives in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing* 3: 186–194.

- McKinley S, Moser BK and Dracup K (2000): Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 4:237–247.
- McLane M, Krop H and Mehta J (1980): Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine* 4:514–519.
- Meyers TA, Eichhorn DJ and Guzzetta CE (1998): Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing* 5:400–405.
- Mezquita M (1995): Example of Phenomenological Approach. The Phenomenological Perspective. In: *Revisioning Phenomenology: Nursing and Health Science Research*, pp. 297–306. Ed. PL Munhall, National League for Nursing Press, New York.
- Millar B (1989): Critical support in critical care. *Nursing Times* 16:31–33.
- Miller FG, Emanuel EJ, Rosenstein DL and Straus SE (2004): Ethical issues Concerning Research in Complementary and Alternative Medicine. *JAMA* 5:599–604.
- Miller G (1997): Building Bridges. The Possibility of Analytic Dialogue Between Ethnography, Conversation Analysis and Foucault. In: *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, pp. 24–44. Ed. D Silverman, Sage Publications, Great Britain.
- Miller PJ and Wikoff R (1989): Spouses' psychosocial problems, resources, and marital functioning postmyocardial infarction. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2:71–76.

- Mills C (1995): Transfer to the ward from ICU. *Nursing in Critical Care* September:20–25.
- Moffic HS and Payker ES (1975): Depression in medical in-patients. *British Journal of Psychiatry* 126:346–353.
- Molander G (1999): *Askel lyhenee, maa kutsuu – yli 80-vuotiaiden kuolema eletyn elämän valossa*. Suomen Mielenterveysseura, Kuntoutuksen edistämisyhdistys, Tummavuoren kirjapaino Oy, Helsinki.
- Molter NC (1979): Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2:332–339.
- Moore LW and Miller M (2003): Older men’s experiences of living with severe visual impairment. *Journal of Advanced Nursing* 1:10–18.
- Morrison P (1994): *Understanding patients*. Baillière Tindall, Great Britain.
- Morrison P and Burnard P (1997): *Caring and Communication*. Second Edition. Macmillan Press Ltd, Hong Kong.
- Morse JM (2001): Types of talk. Modes of Responses and Data-Led Analytic Strategies. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, Third Edition, pp. 565–578 . Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Morse JM and Field PA (2002): *Nursing research. The application of qualitative approaches*. Second Edition. Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.
- Morse JM and Richards L (2002): *Readme first for a User’s Guide to Qualitative Methods*. Sage Publications, USA.

- Moser DK and Dracup K (1996): Is Anxiety Early after Myocardial Infarction Associated with Subsequent Ischemic and Arrhythmic Events? *Psychosomatic Medicine* 5:395–401.
- Moser DK and Dracup K (2004): Role of Spousal Anxiety and Depression in Patients' Psychosocial Recovery After a Cardiac Event. *Psychosomatic Medicine* 4:527–532.
- Moser DK, Dracup KA and Marsden C (1993): Needs of recovering cardiac patients and their spouses: compared views. *International Journal of Nursing Studies* 2:105–114.
- Moustakas C (1994): *Phenomenological Research Methods*. Sage Publications, USA.
- Munhall PL (1994): *Revisioning Phenomenology: Nursing and Health Science Research*. National League for Nursing Press, New York.
- Munhall PL (2001a): Ethical Considerations in Qualitative Research. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 537–549. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Munhall PL (2001b): Institutional Review of Qualitative Research Proposals. A Task of No Small Consequence. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 551–563. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Munhall PL (2001c): Language and Nursing Research. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 3–35. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Munhall PL (2001d): Epistemology in Nursing. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 37–64. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.

- Munhall PL (2001e): Phenomenology: A Method. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, Third Edition, pp. 123–184. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Myung AL and Cameron OG (1986): Anxiety, Type A behavior and cardiovascular disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2:123–129.
- Mäkinen B (2002): Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. *Annales Universitatis Turkuensis*, Ser C Tom 183, Turku.
- Naliki J (1999): Myocardial infarction patients' use of metaphors to share meaning and communicate underlying frames of experiences. *Journal of Advanced Nursing* 2:283–289.
- Newell RJ (1999): Altered body image; a fear-avoidance model of psychosocial difficulties following disfigurement. *Journal of Advanced Nursing* 5:1230–1238.
- Noonan A, Anderson P, Newlon P, Patrin T, Ladue-Weber K and Winstead P (1992): Family centered nursing in the post anaesthesia care unit: the evaluation of practice. *Journal of Post Anaesthesia Nursing* 7:221.
- Norrie P (1992): The intensive care experience. *Nursing Times* 46:40–41.
- Näslindh-Ylispangar A, Raatikainen R ja Laakso H (2003): Miespotilaiden olemassaolon kokemus pitkäaikaisosastolla – elämäntarinatutkimus lähimmäisenrakkauden, epätoivon ja toivon merkityksistä. *Hoitotiede* 6:277–291.

- Nätterlund B and Ahlstöm G (1999): Experience of social support in rehabilitation: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 6:1332–1340.
- O'Brien J-A and Fothergill-Bourbonnais F (2004): The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes From Seven Patients. *Journal of Emergency Nursing* 3:216–224.
- Odell M (2000): The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing* 2:322–329.
- Ohman M and Soderberg S (2004): The experiences of close relatives with a person with serious chronic illness. *Qualitative Health Research* 3:396–410.
- Ohman M, Soderberg S and Lundman B (2003): Hovering between suffering and enduring: the meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research* 4:528–542.
- Oiler Boyd C (2001a): Philosophical Foundations of Qualitative Research. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 65–89. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Oiler Boyd C (2001b): Phenomenology: The Method. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 93–122. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Oiler Boyd C (2001c): Combining Qualitative and Quantitative Approaches. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective, Third Edition*, pp. 579–598. Ed. PL Munhall, Jones and Bartlett Publishers, USA.



- Olsson M, Lexell J and Söderberg S (2005): The meaning of fatigue for women with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing* 1:7–15.
- Omery A (1983): Phenomenology: A method for nursing research. *Advances in Nursing Science* 2:49–63.
- Omery A and Mack C (1995): Phenomenology and science. In: *In Search of Nursing Science*, pp. 139–158. Eds. A Omery, CE Kasper and GG Page, Sage Publications, USA.
- Orb A, Eisenhauer L and Wynaden D (2001): Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship* 1:93–96.
- Paavilainen E (1998): Lasten kaltoinkohtelu perheessä. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Paavilainen E (2001): Naisen kokemuksia perheväkivallasta: odotuksen ja pelon kierre. *Hoitotiede* 1:21–29.
- Paavilainen R (2003): Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. *Acta Universitatis Tamperensis* 906. Tampere University Press, Tampere.
- Paley J (1997): Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1:187–193.
- Paley J (2004): Your responses and letters. *Journal of Advanced Nursing* 4:453–454.
- Palmu P ja Suominen T (1999): Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 3:119–127.

- Papadopoulos C, Larrimore P, Cardin S and Shelley SI (1980): Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife. *Archives of Internal Medicine* 1:38–41.
- Papathanassoglou EDE and Patiraki EI (2003): Transformation of self: a phenomenological investigation into the lived experience of survivors of critical illness. *Nursing in Critical Care* 1:13–21.
- Parker R (1994): Example of Description of Perspectives. The Phenomenological Approach. In: *Revisioning Phenomenology: Nursing and Health Science Research*, pp. 281–295. Ed. PL Munhall, National League for Nursing Press, New York.
- Pasco AC, Morse J and Olson J (2004): Cross-Cultural Relationships Between Nurses and Filipino Canadian Patients. *Journal of Nursing Scholarship* 3:239–246.
- Patton MQ (1990): *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications Inc., USA.
- Pedersen SS, Middel B and Larsen ML (2003): Posttraumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patient. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 5:300–307.
- Pelikka H, Lukkarinen H ja Isola A (2003): Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. *Hoitotiede* 4:166–179.
- Peltoniemi A ja Kyngäs H (2004): Hemofiliaa sairastavien kokemuksia sairaudesta ja sen kotihoidosta. *Hoitotiede* 3:111–120.
- Perrins J, King N and Collings J (1998): Assessment of long-term psychological well-being following intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 14:108–116.

- Perttula J (1995a): Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Suomen fenomenologinen instituutti, Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.
- Perttula J (1995b): Fenomenologisen psykologian metodi - kohti käsitteellistä selkeyttä. *Hoitotiede* 1:3–11.
- Perttula J (1998): The experienced life-fabrics of young men. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Perttula J (2000): Kokemuksesta tiedoksi: fenomenologisen metodin uudelleen muotoilua. *Kasvatus* 5:428–442.
- Peräkylä A (1997): Reliability and Validity in Research Based on Tapes and Transcripts. In: *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, pp. 24–44. Ed. D Silverman, Sage Publications, Great Britain.
- Pikkarainen P (2001): Sydän ja verisuonet. Teoksessa: *Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö*. Toim. A Iivanainen, M Jauhiainen ja P Pikkarainen, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
- Pilhammar Anderson E (2000): Ethnography: field studies of training and supervision in clinical care. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 195–212. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Porter EJ (1998): On "Being Inspired" by Husserl's Phenomenology: Reflection on Omery's Exposition of Phenomenology as a Method of Nursing Research. *Advances in Nursing Science* 1:16–28.

- Potter J (2004): Fatigue experience in advanced cancer: a phenomenological approach. *International Journal of Palliative Nursing* 1:15–23.
- Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ and Eaton WW (1996): Depression, Psychotropic Medication, and Risk of Myocardial Infarction. *Circulation* 12:3123–3129.
- Price DM, Forrester A, Murphy PA and Monaghan JF (1991): Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2:183–188.
- Priest H (2002): An approach to the phenomenological analysis of data. *Nurse Researcher* 2:50–63.
- Puotiniemi T ja Kyngäs H (2003): Psykiatrisessa osastohoidossa olleen nuoren ja hänen äitinsä selviytyminen arkipäivässä. *Hoitotiede* 4:180–190.
- Purola H (2000): Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 577. University Press, Oulu.
- Pyorala K, Palomaki P, Miettinen H, Mustaniemi H, Salomaa V ja Valkonen T (1994): Decline in coronary heart disease mortality in Finland; impact on age and gender distribution of the disease. *American Journal of Geriatric Cardiology* 3:20–32.
- Quinn S, Redmond K and Begley C (1996a): The needs of relatives visiting audit critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 1. *Intensive and Critical Care Nursing* 3:168–172.

- Quinn S, Redmond K and Begley C (1996b): The needs of relatives visiting audit critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive and Critical Care Nursing* 4:239–245.
- Quinn T, Thompson DR and Boyle RM (2000): Determining chest pain patients's suitability for transfer to a general ward following admission to a cardiac care unit. *Journal of Advanced Nursing* 2:310–317.
- Randers I and Mattiasson A-C (2004): Autonomy and integrity: upholding older adult patient's dignity. *Journal of Advanced Nursing* 1:63–71.
- Raleigh EH, Lepczyk M and Rowley C (1990): Significant others benefit from preoperative information. *Journal of Advanced Nursing* 8:941–945.
- Rantanen A, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P ja Tarkka M-T (2004): Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. *Journal of Advanced Nursing* 2:158–166.
- Rauhala L (1989): *Ihmisen ykseys ja moninaisuus*. SHKS, Karisto Oy:n kirjapaino.
- Rauhala L (1993a): *Humanistinen psykologia*. 3. painos. Yliopistopaino, Helsinki.
- Rauhala L (1993b): *Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä*. Maailmankuvan kokonaisrakenteen erittelyä ihmistä koskevien tieteiden kysymyksissä. Suomen fenomenologinen instituutti, Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, Tampere.
- Rauhala L (1993c): *Henkinen ihmisessä*. Yliopistopaino, Helsinki.

- Remes J, Voipio-Pulkki L-M, Pyörälä K, Airaksinen J, Halinen M, Huttunen M, Luomanmäki K, Niemelä K, Palomäki P, Pulkki K ja Viitaniemi M (2000): Sydäninfarktin diagnostiikka. Käypä hoito –suositus. Suomen Kardiologisen Seuran Suositustyöryhmä. *Duodecim* 116:2878–2887.
- Rhodes VA, McDaniel R, Homan SS, Johnson M and Madsen R (2000): An Instrument to Measure Symptom Experience: Symptom Occurrence and Symptom Distress. *Cancer Nursing* 1:49–54.
- Redeker NS, Ruggiero JS and Hedges C (2004): Sleep Is Related to Physical Function and Emotional Well-Being After Cardiac Surgery. *Nursing Research* 3:154–162.
- Richardson L and St. Pierre EA (2005): Writing. A Method of Inquiry. In: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials, Third Edition*, pp. 959–978. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage Publications, California, United States of America.
- Ridner S (2004): Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 5:536–545.
- Riegel B (1993): Patients with Myocardial Infarction. In: *Critical Care Nursing*, pp. 302–322. Eds. JM Clochesy, C Breu, S Cardin, EB Rudy and AA Whittaker, W.B. Saunders Company, USA.
- Robertson-Malt S (1999): Listening to them and reading me: a hermeneutic approach to understanding the experience of illness. *Journal of Advanced Nursing* 2:290–297.
- Rodin G and Voshart K (1986): Depression in the medically ill: an overview. *American Journal of Psychiatry* 6:696–705.

- Roebuck A, Furze G and Thompson D (2001): Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 6:787–794.
- Rolland JS (1987): Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Family Process* 26:203–221.
- Roose SP, Devanand D, Suthers K (1999): Depression: treating the patient with comorbid cardiac disease. *Geriatrics* 2:20–35.
- Rose LE, Mallinson RK and Walton-Mossa B (2004): Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Scholarship* 1:39–47.
- Rosenberg SJ, Peterson RA and Hayes JR (1988): Depression in medical inpatients. *British Journal of Medical Psychology* 61: 245–254.
- Rosenfeld A and Gilkeson J (2000): Meaning of illness for women with coronary heart disease. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2: 105–112.
- Rukholm E, Bailey P, Coutu-Wakulczyk G and Bailey WB (1991): Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patient. *Journal of Advanced Nursing* 8:920–928.
- Russell S (1999): An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 4:783–791.
- Rustom R and Daly K (1993): Quality of life after intensive care. *British Journal of Nursing* 6:316–320.

- Räisänen R ja Kaunonen M (2004): Lapsettomuus kokemuksena Internetin keskusteluryhmässä. ”Saisi haikara jo pian palvella minuakin, voisikohan mihinkään valittaa kohtuuttomaksi venähtäneestä jonotusajasta!?” *Hoitotiede* 2:71–80.
- Sahi T, Castrén M, Helistö N ja Kämäräinen L (2002): *Ensiapuopas. Duodecim*, Suomen Punainen Risti, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Salomaa V, Ketonen M, Koukkunen H, Immonen-Räihä P, Jerkkola T, Kärjä-Koskenkari P, Mähönen M, Kuulasmaa K, Mustonen J, Palomäki P, Arstila M, Vuorenmaa T, Lehtonen A, Lehto S, Miettinen H, Juolevi A, Torppa J, Tuomilehto J, Kesäniemi AY ja Pyörälä K (2002): Sepelvaltimotautitapahtumien esiintyvyyden kehityssuunnat Suomessa 1993–1997. FINAMI-tutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 34:3239–3244.
- Salomaa V, Miettinen H, Kuulasmaa K, Niemelä M, Ketonen M, Vuorenmaa T, Lehto S, Palomäki P, Mahonen M, Immonen-Raiha P, Arstila M, Kaarsalo E, Mustaniemi H, Torppa J, Tuomilehto J, Puska P and Pyörälä K (1996): Decline of coronary heart disease mortality in Finland during 1983 to 1992: Roles of incidence, recurrence, and case fatality. The FINMONICA MI Register Study. *Circulation* 94:3130–3137.
- Sawdon V, Woods I and Proctor M (1995): Post-intensive care interviews: implications for practice. *Intensive and Critical Care Nursing* 11: 329–332.



- Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Gorlin R and Zucker HD (1989): The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine* 8:1785–1779.
- Schmitt F and Woolridge P (1973): Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Research* 4:108–116.
- Schrader G, Cheok F, Hordacre A-L and Guiver N (2004): Predictors of Depression Three Months After Cardiac Hospitalization. *Psychosomatic Medicine* 4:514–520.
- Schrey C and Schrey M (1994): A parent's perspective. Our needs and our message. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 1:113–119.
- Seppälä J (2002): Kommunikaatio ensihoidossa. Teoksessa: Ensihoidon perusteet, s. 129–143. Toim. A Kinnunen, M Castrén, H Paakkonen, J Pousi, J Seppälä ja O Väisänen, Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Servellen GW, Sarna L, Padilla G and Brecht M-L (1996): Emotional distress in men with life-threatening illness. *International Journal of Nursing Studies* 5:551–565.
- Shanfield SB (1990): Myocardial infarction and patients' wives. *Psychosomatics* 2:138–145.
- Shemesh E, Yehuda R, Milo O, Dinur I, Rudnick A, Vered Z and Cotter G (2004): Posttraumatic Stress, Nonadherence, and Adverse Outcome in Survivors of a Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine* 4:521–526.

- Shepp P, Chase P and Rawls E (1999): Pancreatitis Partners: A Sharing and Educational Support Group. *Gastroenterology Nursing* 4:155–157.
- Shuldham CM, Cunningham G, Hiscock M and Luscombe P (1995): Assessment of anxiety in hospital patients. *Journal of Advanced Nursing* 22:87–93.
- Sidani S, Doran DM and Mitchell PH (2004): A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care.
- Sidenvall B and Fjellström C (2000): Ethnography, health and research on meal habits. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 178–194. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Siekkinen K (2001): Syvähaastattelu. Teoksessa: *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*, s. 43–58. Toim. J Aaltola ja R Valli, PS-Kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Silfvast T (1999): Rintakipupotilas. Teoksessa: *Ensivaste: Hätäensiapu ja ensiarvio*, s. 7–13 – 7–16. Toim. A Kinnunen, Sisäasianministeriö, Poliisiosasto, Helsinki.
- Silfvast T (2002): Rintakipu. Teoksessa: *Ensihoidon perusteet*, s. 381–392. Toim. A Kinnunen, M Castrén, H Paakkonen, J Pousi, J Seppälä ja O Väisänen, Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Silverman D (1997): Towards an Aesthetic of Research. In: *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*, pp. 239–253. Ed. D Silverman, Sage Publications, Great Britain.

- Silverman D (2003): *Analyzing Talk and Text*. In: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials, Second Edition*, pp. 340–362. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage Publications, USA.
- Silverstone PH (1990): Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness. *Journal of Psychosomatic Research* 6:651–657.
- Simpson S (2001): Near death experience: a concept analysis as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing* 4:520–526.
- Simpson TJ and Shaver J (1990): Cardiovascular responses to family visits in coronary care unit patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 19: 344–351.
- Skelton M and Dominian J (1973): Psychological stress in wives of patient with myocardial infarction. *British Medical Journal* April: 101–103.
- Smith LT (2005): *On Tricky Ground. Researching the Native in the Age of Uncertainty*. In: *Collecting and Interpreting Qualitative Materials, Third Edition*, pp. 85–107. Eds. NK Denzin and YS Lincoln, Sage Publications, California, United States of America.
- Soivio J (2004): *Kärsimys, lääketiede ja toivo. Esimerkkinä sepelvaltimotaudin hoito. Teoksessa: Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*, 166–190. Toim. M-L Honkasalo, T Utriainen ja A Leppo, Vastapaino, Kirjakas ky, Tampere.
- Sorrell J and Redmond G (1995): Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies 6:1117–1122.

- Stanton DJ (1991): The psychological impact of intensive therapy: the role of the nurses. *Intensive Care Nursing* 7:230–235.
- Steeves RH (2000): How to Start Fieldwork. In: *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researches*, pp. 25–35. Eds. MZ Cohen, DL Kahn and RH Steeves, *Methods in Nursing Research*, Sage Publications, USA.
- Steeds RP, Bickerton D, Smith MJ and Muthusamy R (2004): Assessment of depression following acute myocardial infarction using the Beck depression inventory. *Heart* 2:217–218.
- Steinke E (2001): Sexual Counseling: After Myocardial Infarction. *American Journal of Nursing* 12:38–44.
- Steinke E (2004): Research Ethics, Informed Consent, and Participant Recruitment. *Clinical Nurse Specialist* 18:88–97.
- Stern MJ, Pascale L and Ackerman A (1977): A Life Adjustment Postmyocardial Infarction: determining predictive variables. *Archives of Internal Medicine* 12:1680–1685.
- Stern MJ, Pascale L and McLoone JB (1976): Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of Chronic Diseases* 8:523–526
- Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A and Makrides L (2000): Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping and support. *Journal of Advanced Nursing* 6:1351–1360.
- Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A and Weld-Viscount P (2001): Group support for couples coping with a cardiac condition. *Journal of Advanced Nursing* 2:190–199.

- Stewart MJ, Hirth AM, Klassen G, Makrides L and Wolf H (1997): Stress, coping and social support as psychosocial factors in readmissions for ischaemic heart disease. *International Journal of Nursing Studies* 2:151–163.
- Strandmark M and Hedelin B (2002): Phenomenological methods reveal an inside perspective on health and ill health. In: *Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*, pp. 71–103. Ed. L R-M Hallberg, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Svedlund M and Danielson E (2004): Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of living experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 4:438–446.
- Svedlund M, Danielson E and Norberg A (2001): Women's narratives during acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 2:197–205.
- Swann WB and Brown JD (1990): From self to health: Self-verification and identity disruption. In: *Social support: An interactional view*, pp. 150–172. Eds. BR Sarason, IG Sarason and GR Pierce, John Wiley and Sons, New York.
- Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E ja Saari S (1994): *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Taylor CB and Berra K (1993): Psychosocial factors in rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2:78–79.

- Taylor DK, Barber KR, McIntosh BA and Khan M (1998): The impact of post acute myocardial infarction (AMI) depression on patient compliance and risk factor modification. *Psychology, Health & Medicine* 4:439–443.
- Theobald K (1997): The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 3:95–601.
- Thompson DR (1990): *Counselling the Coronary Patient and Partner*. Scutari, London.
- Thompson DR and Cordle CJ (1988): Support of wives of myocardial infarction patients. *Journal of Advanced Nursing* 2:223–228.
- Thompson DR, Ersser D and Webster RA (1995): The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing* 4:707–714.
- Thompson DR, Webster RA, Cordle CJ and Sutton TW (1987): Specific sources and patterns of anxiety in male patient with first myocardial infarction. *British Journal of Medical Psychology* 4:343–348.
- Tiesinga LJ, Dassen TWN, Halfens RJG, Bernik PJLM, Niemeijer MG, van der Heijden MY and van den Heuvel WJA (2001): Are significant others able accurately to assess fatigue, exertion fatigue and types of fatigue in domiciliary heart patients? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1:66–73.

- Travella JI, Forrester AW, Schultz SK and Robinson RG (1994): Depression following myocardial infarction: A one year longitudinal study. *International Journal Psychiatry in Medicine* 4:357–369.
- Trelawny-Ross C and Russell O (1987): Social and psychosocial responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. *Journal of Psychosomatic Research* 1:125–130.
- Trollvik A and Severinsson E (2004): Parents' experiences of asthma: process from chaos to coping. *Nursing & Health Sciences* 2:93–99.
- Tuckett A (2004): Qualitative research sampling: the very real complexities. *Nurse Researcher* 1:47–63.
- Tuomi J ja Sarajärvi A (2002): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Turner L, Linden W, van der Wal R and Chamberger W (1995): Stress management for patients with heart disease: A pilot study. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 3:145–153.
- Turton J (1998): Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with perception of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 4:770–778.
- Turunen H, Perälä M-L ja Meriläinen P (1994): Colaizzin fenomenologisen menetelmän sovellus: esimerkkinä hyvän hoidon kuvaaminen. *Hoitotiede* 6:8–15.

- Tutton E and Seers K (2004): Comfort on a ward for older people. *Journal of Advanced Nursing* 4:380–389.
- Tynjälä P (1991): Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 5–6:387–398.
- Vainikkala-Kejonen M-R (2003): Oman elämän jäljillä. Teoksessa: *Elämä tarinaksi*, s. 9–29. Toim. L Enwald, M-R Vainikkala-Kejonen ja A Vähäaho, Kansanvalistusseura, Dark Oy, Vantaa.
- Valle RS (1989): The Emergence of Transpersonal Psychology. In: *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology: Exploring the Breadth of Human Experience*, pp. 257–268. Eds. RS Valle and S Halling, Plenum Press, New York, USA.
- Varcoe C, Doane G, Pauly B, Rodney P, Storch JL, Mahoney K, McPherson G, Brown H and Starzomski R (2004): Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing* 3:316–325.
- Varto J (1992): *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Hygieia, Terveysten- ja sairaanhoitajan kirjasto, Kirjayhtymä Oy, Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Vilkka H ja Airaksinen T (2003): *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Vito Dabbs A, Hoffman L, Swigart V, Happ M, Iacono AT and Dauber JH (2004): Using Conceptual Triangulation to Develop an Integrated Model of the Symptom Experience of Acute Rejection After Lung Transplantation. *Advances in Nursing Science* 2:138–149.



- Vivekananda-Schmidt P, Hassell AB and McLean M (2004): The evaluation of multimedia learning packages in the education of health professionals: experience of a musculoskeletal examination package. *Nurse Researcher* 3:43–55.
- Wall C, Glenn S, Mitchinson S and Poole H (2004): Using a reflective diary to develop bracketing skills during a phenomenological investigation. *Nurse Researcher* 4:20–29.
- Walters AJ (1995): A Hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing* 5:998–1005.
- Waltz M (1986): Marital context and post-infarction quality of life: is it social support or something more? *Social Science and Medicine* 8:791–805.
- Waltz M, Badura B, Pfaff H and Scott T (1988): Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after three years. *Social Science and Medicine* 2:149–158.
- Ward HE, Tueth M and Sheps D (2003): Depression and cardiovascular disease. *Current Opinion in Psychiatry* 2:221–225.
- Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K, Chang CJ, Davis BR, Grimm R Jr, Kostis J, Pressel S and Schron E (1996): Change in depression as a precursor of cardiovascular events. SHEP Cooperative Research Group (Systolic Hypertension in the elderly) *Archives of Internal Medicine* 5: 553–561.

- Wenestam C-G (2000): The phenomenographic method in health research. In: *Qualitative Research Methods in the Service of Health*, pp. 97–115. Eds. B Fridlund and C Hildingh, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- Wesson JS (1997): Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and Critical Care Nursing* 13:111–118.
- White Y and Grenyer B (1999): The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patient and their partners. *Journal of Advanced Nursing* 6:1312–1320.
- Whittemore R, Rankin SH, Callahan CD, Leder MC and Carroll DL (2000): The Peer Advisor Experience Providing Social Support. *Qualitative Health Research* 2:260–277.
- Wiggins NC (1989): Education and support for the newly diagnosed cardiac family: a vital link in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing* 1:63–67.
- Wiklund I, Sanne H, Vedin A and Wilhelmsson C (1984): Psychosocial outcome one year after a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 4:309–321.
- Wilkinson J (2002): Direct Observation. In: *Research Methods in Psychology*, Second edition, pp. 224–238. Eds. GM Breakwell, S Hammond and C Fife-Schaw, Sage Publications, The Cromwell Press Ltd, Great Britain.
- Wilkinson P (1992): The influence of high technology care on patients, their relatives and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 4:194–198.

- Wilkinson P (1995): A qualitative study to establish the self perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2:77–86.
- Williams A (2004): Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *Journal of Advanced Nursing* 1:13–22.
- Williams SA, Kasl SV, Heiat A, Abrahamson JL, Krumholz HM and Vaccarino V (2003): Depression and Risk of Heart Failure Among the Elderly: A Prospective Community-Based Study. *Psychosomatic Medicine* 1:6–12.
- Winefield H and Katsikitis M (1987): Medical professional support and cardiac rehabilitation of males and females. *Journal of Psychosomatic Research* 5:567–573.
- Young Brockopp D and Hastings-Tolsma MT (2003): *Fundamentals of Nursing Research*. Third Edition. Jones and Bartlett, London, UK.
- Zerwic JJ and Ryan CJ (2004): Delays in seeking MI Treatment: Chances of survival increase if symptoms are treated within two hours of onset. *AJN: American Journal of Nursing* 1:81–83.
- Ziegelstein RC (2001): Depression in Patients Recovering From a Myocardial Infarction. *JAMA* 13:1621–1627.
- Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP and Bush DE (2000): Patients With Depression Are Less Likely to Follow Recommendations to Reduce Cardiac Risk During Recovery From a Myocardial Infarction. *Archives of Internal Medicine* 12:1818–1823.

- Åstedt-Kurki P (1992): Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349, Tampere.
- Åstedt-Kurki P (1994): Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksia koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 1:2–7.
- Åstedt-Kurki P ja Nieminen H (1997): Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, s.152–163. Toim. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Juva.
- Åstedt-Kurki P, Paunonen M and Lehti K (1997): Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 5:908–914.
- Öhman M and Söderberg S (2004): District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing* 7:858–866.

## Äkillistä, henkeä uhkaavaa sairautta ja potilaana olemista käsitteleviä tutkimuksia

Tutkija, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusjoukko	Tutkimusmetodi	Keskeisiä tuloksia
Al-Hassan and Sagar 2002 Jordania	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia jordaniaalaisten sydäninfarktipotilaiden stressiä välittömästi sairaalasta kotiutumisen jälkeen 2. tutkia sosiodemografisia ja terveyteen liittyviä stressitekijöitä kotiutumisvaiheessa.	n = 84 sydäninfarktipotilasta	Kyselylomake <ul style="list-style-type: none"> <li>The Stress Discharge Assessment Tool</li> <li>Participants' Health Characteristics</li> </ul>	1/5 potilaista kärsi vaikeasta stressistä. Vaikea stressi oli yhteydessä sosiaalisiin rooleihin (monia hoidonantajaa), omaan terveyteen (huoli toiseen sydäninfarktiin sairastumisesta) ja ihmisiin (puolison liiallinen huolestuminen). Iäkä, sukupuoli, rintakipu ja tulotaso sekä lääkärin kehoitus lopettaa tupakointi ennustivat merkittävästi stressiä. Iäkkäiden oli vaikeaa sopeutua huolehtimaan itsestään. Perheen apu koettiin ylikuulehtimisena, joka edisti kokemusta kontrollin menetyksestä.
An ym. 2004 Korea, USA	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sydäninfarktiin sairastuneiden ahdistuneisuutta 72 tunnin aikana sairaalaan otamisesta 2. tutkia sukupuolten välisiä eroja ahdistuneisuudessa välittömästi sydäninfarktiin sairastumisen jälkeen.	n = 486 sydäninfarktiin sairastunutta, joista 351 miehiä ja 175 naisia	Kyselylomake <ul style="list-style-type: none"> <li>Spielberger State-Trait Anxiety Inventory</li> </ul>	Ahdistuneisuus oli voimakkaimmillaan 12 tunnin aikana sairaalaan ottamisesta. Tätä seuraavan 12 tunnin aikana ahdistuneisuus alkoi lieventyä. Tälle tasolle ahdistuneisuus jäi 36 tunnin ajaksi kunnes jälleen alkoi voimistua 60–72 tunnin kuluttua sairaalaan pääsemisestä.
Bowen 2000 Kanada	Tutkia ei-psykiatristen sisätauti-potilaiden ahdistuneisuushäiriöitä.	n = 866 ahdistuneisuudesta kärsivää potilasta n = 1791 kontrolliryhmän potilasta	Lääkäreiden määrittelemien ahdistuneisuus-diagnoosien tilastollinen analyysi	Sydänvalvontavaiheen aikana esiintyi voimakasta ahdistuneisuutta. Tämä selittyi sillä, että 48–72 tunnin aikana potilaat kokivat voimakasta ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuus tässä vaiheessa näytti liittyvän myös siirtymiseen toisella osastolle.
Bush ym. 2001 USA	Tutkia lievien depressiivisten oireiden yhteyttä sydäninfarktiin jälkeiseen kuolleisuuteen.	n = 285 sydäninfarktiin sairastunutta potilasta	Kyselylomakkeet <ul style="list-style-type: none"> <li>The Structured Clinical Interview for DSM-III-R</li> <li>The Beck Depression Inventory</li> </ul>	Naispotilaat olivat miespotilaita ahdistuneempia.  Ahdistuneisuus altisti sydän- ja verenkierroksellisen sekä aivoverisuonten sairauksille kuten ateroskleroosille ja iskeemiselle sydänsairaudelle.  Lieväkin depressio on yhteydessä sydäninfarktiin jälkeiseen kuolleisuuteen. Masentuneilla, jotka olivat yli 65-vuotiaita tai diabeetikkoja, oli kohonnut kuolleisuusriski. Lievästä tai keskivaikeasta depressiosta kärsivillä oli 3,8-kertainen kuolleisuusriski 4 kk:n kuluttua sairastumisesta.

- Chiou ym.  
1997  
USA
- Tutkia ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden voimakkuutta sydäninfarktiin sairastumisen jälkeen.
- Selvittää sydäninfarktipotilaiden demograafisten tekijöiden, ahdistuneisuuden, depression ja selviytymismekanismien suhdetta sairaalavaiheessa.
- Mittarit:
- Sosiaaliluokka: Hollingshead's Two Factor Index of Social Position ja The Index of Social Position Score
  - Sydäninfarktin vakavuus: The Peel Prognostic Index
  - Sydäninfarktin vakavuuden itsearviointi: The 11-point scale ranging from 0 to 10
  - Sairaala-ahdistuneisuus ja masentuneisuus: The Hospital Anxiety and Depression Scale
  - Selviytyminen: The Revised Jalowiec Scale
- Tutkimuksessa todettiin potilaiden kärsivän vähemmän ahdistuneisuudesta ja masentuneisuudesta kuin vastaavissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Tätä löydöstä saatiin selittää tiedontajien korkea ikä ja kulttuuriset erot. Kiinalaiselle kulttuurille ominainen tunteiden epäsuora ja niukka ilmaisu saattoi vaikuttaa tuloksiin.
- Ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden välillä havaittiin positiivinen suhde.
- Useampaa kuin yhtiä selviytymiskeinoa käyttävät näyttivät kärsivän muita vähemmän ahdistuneisuudesta.
- Sosiaaliluokka oli yhteydessä ahdistuneisuuteen. Ylempään sosiaaliluokkaan edustajille oli ominaista muita voimakkaampaa ahdistuneisuutta.
- Aikaisemmin sairastettu sydäninfarkti ei korreloinut ahdistuneisuuteen eikä masentuneisuuteen.
- Mitä vakavampi sydäninfarkti oli kyseessä, sitä masentuneempia ja ahdistuneempia olivat potilaat.
- Connell & Bennett,  
1997  
Iso-Britannia
- Tutkia sydäninfarktin vakavuuden suhdetta puolisoiden masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen sairautta.
- Tutkia sosiaalisen ja aviollisen tuen vaikutusta parin haitallisen stressin lievittymiseen.
- Strukturoitu haastattelulla mitattiin masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, aviollista tyytyväisyyttä ja sosiaalista tukea.
- Kyselylomakkeet:
- Dyadic Adjustment Scale
  - The DUKE Social Support Questionnaire
  - The Hospital Anxiety and Depression Questionnaire
- Sydäninfarktiin sairastuneiden miesten ahdistuneisuus oli yhteydessä riittämättömään sosiaaliseen tukeen ja luottamuksellisen suhteen puuttumiseen. Miesten masentuneisuus oli yhteydessä heikkoon sosiaaliseen tukeen. Haitalliselta stressiltä miehiltä suojasi sosiaalinen tuki.
- Naispuolisoiden ahdistuneisuus oli yhteydessä luottamuksellisen suhteen puutteeseen. Naisten masentuneisuus oli yhteydessä tuen puutteeseen. Haitalliselta stressiltä naispuolisoita suojasi sosiaalinen tuki ja myönteiseksi koettu avioliitto.
- Crowe ym.  
1996  
Kanada
- Tutkimuksen tarkoituksena oli
1. arvioida sydäninfarktiin sairastuneiden masentuneisuutta sairaalavaiheessa
  2. tutkia sairaalavaiheen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden yhteyttä sukupuoleen, infarktin vakavuuteen ja aikaisemmin sairastettuun infarktiin
  3. kuvailla masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta vuoden ai-
- Mittarit:
- Kyselylomakkeet: The State-Trait Anxiety Inventory
  - The Beck Depression Inventory
- Sydäninfarktipotilaiden ahdistuneisuus oli yleistä sairaalavaiheessa.
- Ahdistuneisuudella ja masentuneisuudella ei todettu yhteyttä sukupuoleen, infarktin vakavuuteen, aikaisemmin sairastettuun sydäninfarktiin tai koulutukseen ja ammattiin.

<p>kana sairastumisesta</p> <p>4. tutkia koulutuksen ja ammatillisen statuksen yhteyttä masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen sairaalavaiheessa.</p>	<p>Tutkia sukupuolten välisiä eroja yhdyntöjen määrässä ja laadussa ensimmäiseen sydäninfarktiin sairastumisen jälkeen.</p> <p>Tutkia demografisten ja lääketieteellisten tekijöiden suhdetta seksuaaliseen aktiivisuuteen ensimmäiseen sydäninfarktiin sairastumisen jälkeen.</p>	<p>Ensimmäiseen sydäninfarktiin sairastuneet potilaat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 462 miestä</li> <li>• n = 51 naista</li> </ul>	<p>Kyselylomake</p>	<p>Sydäninfarktiin sairastuneet naiset raportoivat miehiä enemmän yhdyntöjen määrän vähenemisestä ja tyydyttävyydestä sekä ennen sairastumista että sen jälkeen.</p> <p>Sairastumisen jälkeen miehet ja ja naiset harrastavat vähemmän seksiä ja kokevat sen epätydyttävämpänä kuin ennen sairastumista.</p> <p>Ensimmäinen sydäninfarkti vähentää yhdyntöjen määrää ja tyydyttävyyttä 3–6 kk ajaksi sairastumisesta.</p>
<p>Drory ym. 2000 Israel</p>	<p>Tutkia sydämen ohitusleikkauksen jälkeisen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden yleisyyttä. Tutkia ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden vaikutusta uneen.</p>	<p>n = 38 miestä, jotka olivat sydämen ohitusleikkauksessa</p>	<p>Kyselylomakkeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zung's Self-Rating Depression Scale</li> <li>• The Spielberger State Anxiety Scale</li> <li>• The Uppsala Sleep Inventory</li> </ul>	<p>Ennen leikkausta masentuneilla esiintyi enemmän unihäiriöitä kuin vähemmän masentuneilla potilailla.</p> <p>Leikkausta edeltävät unihäiriöt lisäsivät leikkauksen jälkeistä stressiä.</p> <p>1 kk leikkauksen jälkeen: Sitkeästä ahdistuneisuudesta kärsivät olivat uupuneita nukkumisesta huolimatta.</p> <p>6 kk leikkauksen jälkeen: Postoperatiivinen ahdistuneisuus oli vähäisempää kuin preoperatiivinen ahdistuneisuus.</p> <p>Ahdistuneisuuteen liittyi univaikeuksia, väsymystä, voimattomuutta, liikunnan vähäisyyttä ja heikentynyt elämänlaatu.</p> <p>Unihäiriöistä kärsivät potilaat olivat surullisia, masentuneita ja heidän havaintokykynsä oli heikentynyt.</p>
<p>Frasure-Smith ym. 1995 Kanada</p>	<p>Tutkia depressiota ja ennustetta 18 kk:n kuluttua sydäninfarktiin sairastumisesta.</p>	<p>n = 220 sydäninfarktiin sairastunutta potilasta</p>	<p>Kyselylomakkeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule</li> <li>• The 21-item self-administered Beck Depression Inventory</li> </ul>	<p>Depressiiviset oireet vaikuttavat sydäninfarktipotilaan selviytymiseen ainakin 18 kk sairastumisesta.</p> <p>Vaikea-asteista depressiota kärsivät ovat altimpia komplikaatioille kuin muut potilaat 6 kk sairastumisesta.</p> <p>Vaikea-asteinen sairaalavaiheen alkainen depressio ennusti varhaista sydäninfarktiuoletisuutta.</p> <p>Depressiivisillä potilaiden rytmihäiriöiden esiintyvyys ei poikennut muista potilaista.</p> <p>Depressiolla todettiin yhteys koulutuksen puutteeseen ja yksin asumiseen.</p> <p>Depressiiviset potilaat olivat jonkin verran sairaampia kuin muut potilaat.</p>

Frasure-Smith ym. 2000 Kanada	Tutkia depression ja sosiaalisen tuen suhdetta sydämfarktiin jälkeiseen ennusteeseen vuoden aikana sairastumisesta.	n = 887 sydämfarktipotilasta	Kyselylomakkeet <ul style="list-style-type: none"> <li>The Beck Depression Inventory</li> <li>The Perceived Social Support Scale</li> </ul>	Lisääntynyt sosiaalinen tuki vähensi depressiota ja sydänkuolleisuutta. Sydämfarktiin jälkeinen depressio ennusti kuolleisuutta vuoden aikana sairastumisesta siitä huolimatta, että sosiaalisen tuen ei todettu olevan suorassa yhteydessä pelastumiseen. Kuitenkin laaja-alainen tuki näytty suojavan depressioon yhteydessä olevalla kuolleisuudella. Tuen ansiosta masentuneiden potilaiden depressio lievenyi vuoden aikana sydämfarktiin sairastumisesta. Laaja-alainen tuki saattoikin suojata depression haittavaikutuksilta.
Freeland ym. 2003 USA	Tutkia depression yhteyttä demograafisiin, lääketieteellisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin.	n = 682 potilasta	Kyselylomakkeet <ul style="list-style-type: none"> <li>The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule</li> <li>The Structured Clinical Interview for DSM-IV</li> <li>The Beck Depression Inventory</li> </ul>	Sairaalavatheessa 20 % potilasta kärsi vaikeasteisesta ja 16 % lievästeisestä depressiosta. 64 % potilasta depressiota ei todettu. Yhteenvetona voidaan todeta, että 36 % potilaista poti kliinisesti merkittävää depressiota. Vaikeasteinen depressio oli yleisempää naisilla, työkyvyttömillä sekä potilailla, jotka olivat aikaisemmin depressiivisiä tai sairastivat keuhkoastmaatautia tai uniapneaa. Vaikeasteisella depressiolla todettiin vahva yhteys NYHA-luokituksen potilaisiin. NYHA IV -luokkaan kuuluvilla potilailla oli erittäin suuri riski vaikeasteiseen depressioon.
Garvin ym. 2003 USA	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, miten informaatio, ohjaus ja sukupuoli olivat yhteydessä sydämfarktiin jälkeiseen ahdistuneisuuteen.	n = 410 sydämfarktiin sairastunutta potilasta, joista <ul style="list-style-type: none"> <li>68 % miehiä</li> <li>87 % valkoahoisia</li> <li>68 % naimisissa</li> </ul>	Kyselylomake <ul style="list-style-type: none"> <li>The State Anxiety Inventory</li> </ul>	Naispotilaat ilmaisivat miespotilaita voimakkaampaa ahdistuneisuutta ensimmäisen 48 tunnin aikana sairaalaan pääsemisestä. Kuitenkin mies- ja naispotilaiden informaatioon ja ohjaukseen liittyvä ahdistuneisuus oli yhtä voimakasta.
Hippisley-Cox and Fielding 1998 Iso-Britannia	Tutkia masentuneisuuden, ahdistuneisuuden ja antidepressiivisten lääkkeiden käytön suhdetta iskeemiseen sydänsairauteen syntyyn.	n = 5623 rekisteröityä potilasta, joista valittiin <ul style="list-style-type: none"> <li>188 iskeemiseen sydänsairauteen sairastunut miestä</li> <li>485 miestä, joilla ei iskeemistä sydänsairautta</li> </ul>	Potilasasiakirjojen analyysi: <ul style="list-style-type: none"> <li>diagnoosi</li> <li>sairauden puhkeamisaika</li> <li>ensimmäiset sairastumisen merkit</li> <li>diagnostiset tutkimukset (EKG levossa ja rasituksessa, angografia)</li> </ul>	Iskeemiseen sydänsairauteen sairastuneet miehet kärsivät enemmän depressiosta kuin kontrolliryhmän miehet. Miehillä, joiden depressio oli diagnosoitu < 10 v. sitten, oli kolminkertainen riski sairastua iskeemiseen sydänsairauteen verrattuna kontrolliryhmän miehiin. Miehillä, joille oli lähimenneisyydessä määrätty trisyklisiä antidepressantteja, oli kolminkertainen riski sairastua iskeemiseen sydänsairauteen verrattuna kontrolliryhmän miehiin. Iskeemiseen sydänsairauteen sairastuneilla miehillä esiintyi kaksi kertaa todennäköisemmin depressiota sairauden puhkeamisen jälkeen kuin kontrolliryhmän miehillä.
Irvine ym. 1999 Kanada	Tutkia, miten haitallinen stressi ja sosiaaliset kontaktit ennustavat sydämfarktikuoletmaa.	n = 671 sydämfarktipotilasta (miehiä 82,8%)	Kyselylomakkeet: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sydänkuolleisuus tai sairastuvuus: Depressive</li> </ul>	Hengenahdistus, väsymys ja depressiivisyys olivat yhteydessä sydämfarktikuoletmaan. Avoliitto tai sostoekonominen tila ei ennustanut kuolleisuutta.



Testata, miten sydämen rytmihäiriöiden hoito vaikuttaa psykososiaalisiin tekijöihin ja kuolelusuuteen.

- Symptomatology, BDI  
 Psykologinen stressi: 90-item Symptom Check List  
 Vihamielisyys: Cook-Medley Hostility Scale  
 Saatua tuki: Multidimensional Scale of Perceived Social Support  
 Sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen osallistuminen: Health and Daily Living Form  
 Hengenahdistus ja väsymys: Yale Scale

Laaja-alainen sosiaalinen osallistuminen oli yhteydessä alentuneeseen sydänlääkinnän riskiin. Kuitenkin laaja sosiaalinen verkosto oli yhteydessä kohonneeseen sydänlääkinnän riskiin.

Kettunen ym.  
 1999  
 Suomi

n = 80 puolisoa

Kyselylomake

Puolisoiden pelot liittyivät toipumista koskeviin ongelmiin (93 %), sairastuneen vapaa-aikaan (88 %), ylisuorluun (70 %) ja läheisten ahdistuneisuuteen (69 %).

Tutkia sydäninfarktiin sairastuneen puolison pelkoja ja oireita toipumisvaiheen aikana.

30 % puolisoista koki terveydenhuoltohenkilöstön laiminlyövänsä heitä ja osoittavan riittämätöntä mielenkiintoa.  
 28 % puolisoista koki saaneensa riittävästi tukea  
 Voimaikkainta pelkoa aiheutti sairauteen liittyvät tekijät.  
 Sydäninfarktiin vaikea-asteisuus ei vaikuttanut puolison pelkoihin.

Koivula ja Åstedt-  
 Kurki  
 2004  
 Suomi

n = 18 ohitusleikkauksessa ollutta potilasta  
 n = 10 kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajaa ja perushoitajaa

- Potilasaineisto  
 • teemaahaastattelu (n = 18)  
 Hoitaja-aineisto  
 • essee (n = 6)  
 • haastattelu (n = 4)

Potilaissa pelkoa aiheuttivat hoitoprosessin antautuminen, leikkauksen odottamisvaihe, leikkauksen seuraukset ja tulevaisuudessa selviytyminen. Potilaiden kokemusten mukaan pelkoja vähensivät tieto, sairaalahoido ja potilaan omat sisäiset voimavarat.

Tutkimustehtävät olivat:  
 1. millaisia kokemuksia potilailla on ohitusleikkaukseen liittyvistä peloista?  
 2. millaisia kokemuksia hoitajilla on ohitusleikkauksipotilaiden peloista ja pelokkaiden potilaiden hoitamisesta?

Ladwig and Roll 1994 Saksa	Arvioida sydäninfarktin jälkeistä toipumista.	n = 552 sydäninfarktiin sairastunutta miestä	Puoliavoin haastattelu Potilasasiakirjojen analyysi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> <li>• Laboratoriotutkimukset</li> <li>• Komplikaatiot</li> </ul>	Sydäninfarktin jälkeinen depressio oli yhteydessä emotionaaliinseen epävakauteen, tilanteeseen sopeutumattomuuteen ja sydänpärisiin oireisiin. Korkea depressioriski oli yhteydessä heikentyneeseen työhön paluuseen ja tupakointiin. Sydäninfarktin jälkeinen depressio oli yhteydessä kohonneeseen kuolleisuusriskiin, koska potilaiden sopeutuminen oli heikkoa. Kohonneet depressioriski todettiin potillailla, jotka kärsivät angina pectoris -oireista ja jotka olivat emotionaalisesti epävakaita. 6 kk sydäninfarktiin sairastumisen jälkeen 13,3% koki vaikeaa depressiota, 22,5% keskivaikeaa depressiota ja 64,2% lievää depressiota.
Laitinen ja Åstedt-Kurki 1996 Suomi	Kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeistä tehohoitovaihetta potilaiden kokemana.	n = 10 sydämen ohitusleikkauksipotilasta	Haastattelumenetelmä (dialogi)	Tulosten mukaan tiedon tarve on yksilöllinen. Tehohoitovaihetta edeltävä tieto lisäsi potilaiden turvallisuudentunnetta leikkauksen ja teho-osastolla, auttoi potilasta orientoitumaan tehohoitoyksikön tapahtumiin ja ympäristöön sekä lisäsi oman elämän hallinnan tunnetta vähentämällä riippuvuutta hoitavista henkilöistä. Teho-osaston hoitohenkilökunnan tapaaminen ennen tehohoitovaihetta paransi hoidon jatkuvuutta ja lisäsi potilaiden luottamusta hoitaviin ihmisiin.
Lauzon ym. 2003 Kanada	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia depressiivisten oireiden yleisyyttä 2. tutkia sydäninfarktin jälkeisestä masennuksesta toipumista.	n = 550 sydäninfarktiin sairastunutta potilasta	Kyselylomake <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Beck Depression Inventory</li> </ul>	35 % potilaista koki vähintään lievää depressiota. Depressioon voimakkuus ei vaihdellut seuranta-aikana (30 pv, 6 kk ja 1 v sairastumisesta). Sydänkomplikaatioiden vuoksi depressiiviset potilaat joutuivat muita todennäköisemmin sydämen kateetrisaatioon ja angiografiaan sekä uudelleen sairaalaan. Sairaalaan tulovaiheen depressio oli yhteydessä sydänkomplikaatioihin (toistuva sydänlihaskeskemia, sydäninfarkti tai sydämen vajaatoiminta). Sairaalaan tulovaiheen depressio oli yhteydessä kohonneeseen kuolleisuuteen vuoden kuluttua sairastumisesta.
Lidell ym. 1998, Ruotsi	Tutkia sydäninfarktiin sairastuneen ahdistuneisuutta hänen itsensä arvioimana (ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen, analysoida minäkäsityksen ja	n = 62 sydäninfarktipotilasta n = 121 tervettä verrokkia	Kyselylomakkeet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Anxiety Deale</li> <li>• The Self-Concept Questionnaire</li> </ul>	Yli 56-vuotiaat sydäninfarktiin sairastaneet ahdistuneempia ja isetunto heikompi kuin terveillä verrokeilla. N. 30–35%:lla kärsi keskivaikeaa tai vaikeasta ahdistuneisuudesta. N. 20 % terveistä verrokeista olo ahdistuneita jossain elämänsä vaiheessa

	ahdistuneisuuden välistä yhteyttä			
Maddox ym. 2001 Australia	Tutkimuksen tarkoituksen oli 1. tutkia tiedonantajien havaintoja teho-osastolla olosta kotiutumisen jälkeen. 2. tutkia tiedonantajien havaintoja toipumisesta kotona. 3. tutkia tiedonantajien havaintoja kunnallisista palveluista.	n = 5 potilasta n = 4 läheistä	Puolistrukturoitu haastattelu	Toipilaisaikana potilaat keskittyivät fyysiseen toipumiseen, jota luonnehti elämän jatkuminen ja normalisoituminen, palaaminen totuttuihin arkituoihin ja teho-osastoon liittyvien kokemusten unohtaminen. Toipumiseen vaikuttivat yksilölliset asenteet, aikaisemmat kokemukset sekä kokemukset teho-osastosta ja perheeltä ja läheisiltä saatu tuki.
Martin ja Thompson 2000 Iso-Britannia	Tutkia sydäninfarktiin sairastuneiden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.	n = 141 sydäninfarktiin sairastunutta miestä	Kyselylomake • The Hospital Anxiety and Depression Scale	50,5 % potilasta poti kliinisesti merkittävää ahdistuneisuutta ja 25 % kliinisesti merkittävää masentuneisuutta. The Hospital Anxiety and Depression Scale -kyselylomakkeella saadaan hyödyllistä tietoa sydäninfarktin jälkeisestä sairastuvuudesta ja kuolleisuudesta.
Mayou ym. 2000 Iso-Britannia	Tutkimuksen tarkoituksena oli 1. kuvailla ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden esiintyvyyttä, kestoa ja yhteyksiä vuoden kuluessa sydäninfarktiin sairastumisesta 2. tutkia ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden yhteyttä sairastumista edeltävään psykososiaaliiseen tilanteeseen.	n = 546 potilasta	Kyselylomakeet • The Hospital Anxiety and Depression Scale • 36-item Medical Outcomes Study short form	15 % potilasta oli ahdistuneita tai masentuneita. He raportoivat muita enemmän sairastumista edeltävästä stressistä ja heikosta sopeutumiskyvystä. Ahdistuneisuus ja masentuneisuus eivät enustaneet kuolleisuutta, vaan merkittävästi heikompaa selviytymistä vuoden kuluttua sairastumisesta. Sairaala vaiheen aikana stressaantuneilla potilailla on kohonnut psyykkisten häiriöiden ja elämänlaadun heikkenemisen riski vuoden aikana sairastumisesta.
McKinley ym. 2000 USA ja Australia	Vertaila sydäninfarktiin sairastuneiden sosiodemografisia, kliinisiä, kognitiivisia, emotionaalaisia ja sosiaalisia tekijöitä avun hakemiseen.	n = 277 potilasta (Pohjois-Amerikka) n = 147 potilasta (Australia)	Kyselylomake • The Response to Symptoms Questionnaire	Hoitoon lähtemisen viivytteily liittyi korkeaan ikään, epäselvään oireisiin ja oireiden tulkittamiseen muusta kuin sydäimestä aiheutuviksi. Hoitoon lähtöä viivytteleville potilaille oli tunnusomaista matala tulotaso, diabetes, oireiden ilmaantumisen kotona, oireiden pitäminen lievinä ja huoli toisten häiritsemisestä.
Moser & Dracup 1996, USA	Tutkia ahdistuneisuuden vaikutusta sydäninfarktiin jälkeiseen toipumiseen ja sairaalavaiheen aikaisiin komplikaatioihin	n = 86 sairaalassa olevaa sydäninfarktipotilasta	Kyselylomake • Brief Symptom Inventory	Sydänvalvontayksikössä ilmaantuva ahdistuneisuus yhteydessä lisääntyneeseen sydänkomplikaatoriskiin. Ahdistuneisuus lisää komplikaatoriskin 4,9-kertaiseksi
Moser & Dracup 2004 USA	Vertaila sydäninfarktiin sairastuneiden ja heidän puolisoidensa emotionaalaisia reaktioita. Tutkia	n = 417 sydäninfarktipotilasta puoliso -paria	Kyselylomakkeet • The Multiple Affect Checklist	Sydäninfarktiin sairastuneiden puoliset kokevat potilasta enemmän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Puolisoiden ahdistuneisuus ja masentuneisuus ovat yhteydessä potilaan

<p>puolisoiden emotionaalisen stressin suhdetta potilaiden emotionaaliseen stressiin ja psykososiaaliseen sopeutumiseen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Cardiac Attitudes Scale</li> <li>• The Psychosocial Adjustment to Illness Scale</li> <li>• The Spanier Dyadic Adjustment Scale</li> </ul>	<p>heikkoon psykososiaaliseen sopeutumiseen. Näyttää, että puolisoiden kokemukset potilaan toipumisesta ovat kielteisempiä kuin potilaiden kokemukset. Puolisoiden voimakasta ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta näyttäisi selittävän se, että hoivonantajat kohdistavat tukeaan enemmän potilaaseen kuin puolisoon.</p>	<p>heikkoon psykososiaaliseen sopeutumiseen. Näyttää, että puolisoiden kokemukset potilaan toipumisesta ovat kielteisempiä kuin potilaiden kokemukset. Puolisoiden voimakasta ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta näyttäisi selittävän se, että hoivonantajat kohdistavat tukeaan enemmän potilaaseen kuin puolisoon.</p>
<p>Emotionaalisen stressinsä johdosta puolisot eivät kykene tukemaan potilaita. Puolisoiden emotionaalinen stressi näyttää heikentävän sairastuneen puolison selviytymistä.</p>	<p>Kyselylomake</p>	<p>n = 112 ensimmäiseen sydäninfarktiin sairastunutta potilasta</p>	<p>Emotionaalisen stressinsä johdosta puolisot eivät kykene tukemaan potilaita. Puolisoiden emotionaalinen stressi näyttää heikentävän sairastuneen puolison selviytymistä.</p>
<p>Ahdistuneisuus, depressio ja neuroottisuus olivat yhteydessä sydäninfarktiin jälkeiseen posttraumaattiseen stressihäiriöön. 22 % ensimmäiseen sydäninfarktiin sairastuneista potilaista kärsi posttraumaattisesta stressihäiriöstä. Heillä on lisääntynyt kardiovaskulaaristen sairauksien riski. Kuitenkaan sydänsairauksen vakavuus ei selittä sitä posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastumista.</p>	<p>Kyselylomake</p>	<p>n = 31 sydäninfarktipotilasta</p>	<p>Ahdistuneisuus, depressio ja neuroottisuus olivat yhteydessä sydäninfarktiin jälkeiseen posttraumaattiseen stressihäiriöön. 22 % ensimmäiseen sydäninfarktiin sairastuneista potilaista kärsi posttraumaattisesta stressihäiriöstä. Heillä on lisääntynyt kardiovaskulaaristen sairauksien riski. Kuitenkaan sydänsairauksen vakavuus ei selittä sitä posttraumaattiseen stressihäiriöön sairastumista.</p>
<p>Sydäninfarktiin sairastumisesta aiheutuu monenlaisia terveysongelmia, jotka vaikuttavat elämänlaatuun. Fyysisiin oireet liittyvät hengenahdistukseen, voimattomuuteen ja rintakipuun. Ärtäisyys ja depressio kuvaavat sairauten liittyviä emotionaalisia reaktioita. Riippuvuus liittyy ylhäolehtimiseen. Perheenjäsenet suhtautuvat usein sairastuneeseen ylhäolehtivasti.</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelu</p>	<p>n = 79 miestä, sairaalassa keuhko- tai sydänsairauden vuoksi</p>	<p>Sydäninfarktiin sairastumisesta aiheutuu monenlaisia terveysongelmia, jotka vaikuttavat elämänlaatuun. Fyysisiin oireet liittyvät hengenahdistukseen, voimattomuuteen ja rintakipuun. Ärtäisyys ja depressio kuvaavat sairauten liittyviä emotionaalisia reaktioita. Riippuvuus liittyy ylhäolehtimiseen. Perheenjäsenet suhtautuvat usein sairastuneeseen ylhäolehtivasti.</p>
<p>Ikä ei vaikuta ahdistuneisuuden voimakkuuteen sisätautien vuodeosastolla. Ahdistuneisuuden ominaisuudet: hikoileminen, yleinen heikkous, syytely, toistuva asioiden uudelleen käsittely, itseen keskittyminen, itseluottamuksen puute.</p>	<p>Kyselylomake</p>	<p>12 viikon mittainen tukiryhmään osallistuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tutkijan päiväkirja ja kenttämuistiinpanot</li> </ul>	<p>Ikä ei vaikuta ahdistuneisuuden voimakkuuteen sisätautien vuodeosastolla. Ahdistuneisuuden ominaisuudet: hikoileminen, yleinen heikkous, syytely, toistuva asioiden uudelleen käsittely, itseen keskittyminen, itseluottamuksen puute.</p>
<p>Kuilla sydäninfarktiin sairastuneen ja hänen puolisonsa kokemuksia stressistä, selviytymisestä ja sosiaalisesta tuesta.</p>	<p>Kyselylomake</p>	<p>n = 14 paria, joista toinen sairastunut sydäninfarktiin</p>	<p>Kuilla sydäninfarktiin sairastuneen ja hänen puolisonsa kokemuksia stressistä, selviytymisestä ja sosiaalisesta tuesta.</p>
<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>	<p>Tutkia ahdistuneisuuden tunnistamista.</p>	<p>n = 14 paria, joista toinen sairastunut sydäninfarktiin</p>	<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>
<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>	<p>Tutkia ahdistuneisuuden tunnistamista.</p>	<p>n = 14 paria, joista toinen sairastunut sydäninfarktiin</p>	<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>
<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>	<p>Tutkia ahdistuneisuuden tunnistamista.</p>	<p>n = 14 paria, joista toinen sairastunut sydäninfarktiin</p>	<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>
<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>	<p>Tutkia ahdistuneisuuden tunnistamista.</p>	<p>n = 14 paria, joista toinen sairastunut sydäninfarktiin</p>	<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>
<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>	<p>Tutkia ahdistuneisuuden tunnistamista.</p>	<p>n = 14 paria, joista toinen sairastunut sydäninfarktiin</p>	<p>Tutkia sydäninfarktiin vaikuttavista terveyteen liittyvään elämänlaatuun.</p>

Svedlund ym. 2001 Ruotsi	Kuvailtiin akuuttiin sydämfarktiin sairastuneiden naisten huolen kokemuksia.	n = 10 naispotilasta	Narratiivinen haastattelu	Sydämfarktiin sairastuneet naisten haavoittuvuus liittyi toisista riippuvuuteen, loukkaantumiseen ja kokemukseen hankalana potilaana olosta. Naiset kokivat sairastumisen epätodelliseksi ja heidän oli vaikea uskoa tapahtunutta kohdalleen. Kokemukselle oli tyyppillistä, että he olivat enemmän huolissaan läheisistään kuin itsestään. Sairausten ansiosta potilaat löysivät uuden merkityksen elämäänsä.
Theobald 1997 Australia	Kuvailtiin ensimmäiseen sydämfarktiin sairastuneiden potilaiden puolisoitten kokemuksia.	n = 3 puolisoa	Syvähaastattelu	Puolisoitten kokemuksille oli leimallista murskaava epävarmuus, voimakas kiihtymys ja tuen tarve. Tiedonantajat kokivat informaation puutteen aiheuttavan ahdistuneisuutta. Elämäntyylin muuttamisen hyväksyminen oli myös keskeinen kokemus.
Travella ym. 1994 USA	Tutkittiin depression esiintyvyyttä 3, 6, 9 ja 12 kk:n kuluttua sydämfarktiin sairastumisesta.	n = 129 potilasta	Kyselylomakkeet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Present State Examination</li> <li>• The Mini-Mental State Examination</li> <li>• The Hamilton Depression Rating Scale</li> <li>• The Johns Hopkins Functioning Inventory</li> <li>• The Social Functioning Exam</li> </ul>	21 % sydämfarktiin sairastuneista koki vaikeaa masentuneisuutta ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Akuutissa vaiheessa sairaalassa vaikeasta depressiosta kärsivät erityisesti miehet, joilla oli ongelmia päivittäisistä toiminnaista selviytymisessä ja joiden sydämfarkti oli vakava. Sydämfarktiin jälkeen sosiaalisten suhteiden heikkeneminen oli yhteydessä vaikeaan-asteiseen sydämfarktiin. Perheenjäsenten psykiatriset sairaudet eivät vaikuttaneet masentuneisuuden esiintymiseen sydämfarktiin akuutissa vaiheessa.
Yarcheski and Proctor 1998 USA	Tutkittiin sydämfarktiin sairastuneiden ahdistuneisuuden ja sairaalavaiheessa saadun informaation suhdetta.	sydämfarktipotilaat <ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 49 miestä</li> <li>• n = 19 naista</li> </ul>	Kyselylomakkeet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient Judgment of Hospital Questionnaire</li> <li>• State-Trait Anxiety Inventory</li> </ul>	Mitä voimakkaampi oli potilaiden ahdistuneisuus, sitä kielteisemmäksi he arvioivat hoitajilta ja lääkäreiltä saadun informaation syvällisyyden, selkeyden ja perusteellisuuden. Ahdistuneisuus ei vaikuttanut tilastollisesti merkittävästi informaation saamiseen. Potilaan sukupuolella ja ahdistuneisuudella ei ole tilastollisesti merkittävää yhteyttä.

Ziegelstein ym. 2000 USA	Tutkia sydämfarktin jälkeisen depression yhteyttä riskikäyt- tävyyteen.	n = 696 sydämfarktipotilasta	Kyselylomakkeet <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Beck Depression Inventory</li> <li>• The Structured Clinical Interview for DSM-III-R</li> <li>• The Medical Outcomes Study Specific Adherence Scale</li> </ul>	Depressiivisillä sydämfarktipotilailla todettiin lisääntynyt sydänakikuoletaman riski muutama kuukausi sairastumisen jälkeen. Lievää ja keskivaikeaa depressiota poteville oli ominaista oh- jeiden noudattamatta jättäminen liittyen vähärasvaiseen ruoka- valioon, liikkumiseen ja stressin vähentämiseen. Vaikeasta depressiosta kärsiville oli luonteenominaista lääkkei- den ottamatta jättäminen.
Åstedt-Kurki ym. 1997 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli 1. kuinka paljon perheenjäsene- t viettävät aikaa läheisensä luona sairaalassa 2. millainen on perheenjäsenten kokemus tuesta 3. mitä mahdollisuuksia per- heenjäsenillä on keskustella terveydenhuoltohenkilöstön kanssa 4. poikkeako perheenjäsenten kokemukset avun saamisesta 5. millaisia kokemuksia per- heenjäsenillä on sairaalassa vierailusta?	n = 70 perheenjäsentä, joiden läheinen on neurologisella vuodeosastolla	Kyselylomake	Perheenjäsene- t viettävät paljon aikaa läheisensä luona sairaal- lassa. Tärkein perheiden saama ammatillisen tuen muoto tiedottami- nen potilaan hoidosta. Vain 1/3 perheenjäsentä koki, että terveydenhuoltohenkilöstö oli kiinnostunut perheiden hyvinvoinnista. 1/4:lle perheenjäsentä kerrottiin, mitä he voivat tehdä sairaal- lassa. N. ½ perheenjäsentä halusi tavata hoitajan ja n. 1/3 lääkärin saadakseen heiltä tukea. Vanhimmat tiedonantajat ja naiset tarvitsivat muita enemmän tukea. Mieheltä pitivät parempana lääkärin kuin hoitajan puoleen kääntymistä. Yleisesti perheenjäsenten kokemukset sairaalassa vierailusta olivat myönteisiä.

Liite 2.

**Keski-ikäinen, 42–55-vuotias, sydäninfarktin sairastanut mies:****KERRO OMASTA SAIRASTAMISKOKEMUKSESTASI  
SYDÄNINFARKTIN JÄLKEEN****1. KERTOMUKSEN KIRJOITTAMINEN**

Kertomuksen kirjoittamisen tarkoituksena on koota kokemuseräistä, omakohtaista tietoa siitä, miten suomalaiset keski-ikäiset (42–55-vuotiaat) sydäninfarktin sairastaneet miehet ovat kokeneet sairastamisen. Kertomukset ovat tutkijalle arvokkaita tietolähteitä.

Sydäninfarktin sairastaminen vaikuttaa ihmiseen, hänen perheeseensä ja läheisiinsä. Kerro elämäsi kuvioista ja kokemuksista, joiden läpi olet kulkenut sydäninfarktin jälkeen. Kerro mahdollisimman kouraantuntuvasti. Älä kirjoita yleisiä tulkintoja sydäninfarktista. Kuvaile tapahtumia, tilanteita, kokemuksia, tunteita ja toiveitasi sairauden jälkeen. Kerro elämästäsi sydäninfarktin jälkeen sellaisena kuin olet sen itse kokenut. Ratkaisevaa ei ole käsiala eikä oikeinkirjoitus vaan aitous ja totuudenmukaisuus. Kirjoita niin kuin puhelisit elämästäsi tuttavalle tai ystävälle - suorasukaisesti ja kaihtelematta.

Kertomuksen laajuuden sinä voit itse päättää. Voit kirjoittaa kertomuksesi esimerkiksi siten että kirjoitat sen kerralla valmiiksi tai voit myös kirjoittaa kertomusta usean päivän aikana, jolloin kertomuksesi muistuttaa päiväkirjaa. Joka tapauksessa on tärkeää, että kirjoitat, koska näin saadaan tietoa miespotilaiden sairastamiskokemuksista. Tätä tietoa voidaan käyttää sydäninfarktipotilaiden hoidon kehittämiseen.

Pyydän, että merkitset seuraavat tiedot itsestäsi kertomuksen alkuun: ikä, sydäninfarktin sairastamisen ajankohta (jos olet sairastanut useita sydäninfarkteja, kerron myös niiden ajankohdat), ammatti, koulutus, kotikunta.

Jos tutkija voi jälkikäteen ottaa yhteyttä sinuun, merkitse kirjoituksen alkuun oma nimi, osoite ja puhelinnumero. Voit lähettää tarinasi myös nimettömänä. Tällöin tutkija ei saa tietoonsa henkilöllisyyttäsi myöskään sairaalastasi. Jos haluat lähettää tarinasi nimettömänä, ei sinun tarvitse myöskään täyttää Suostumus-lomaketta.

Lähetä kertomuksesi osoitteeseen:

**Hannu Lampi**  
**Diakonia-ammattikorkeakoulu**  
**Alppikatu 2**  
**00530 Helsinki.**

**Puh. 09 - 5623 186 (koti), 09 - 77501 (työ)**  
**Sähköposti: Hannu.Lampi@dlc.fi**

## 2. HAASTATTELU

Tutkimusaineistoa kerätään myös haastattelujen avulla, jotka nauhoitetaan ääninauhalle. Haastattelutilanteessa keskustellaan vapaamuotoisesti sydäninfarktiin liittyvästä sairastamiskokemuksestasi. Haastattelutilanteessa sinä päätät mitä asioita käsitellään. Tutkimuksen kannalta juuri sinun kokemuksesi on merkittävä ja tärkeä.

## 3. SUOSTUMUS

Pyydän, että täytät lomakkeen, jolla pyydetään sinun suostumuksesi tutkimukseen. Lomakkeen voit toimittaa joko sen esittäjälle tai tutkijalle.

## 4. TIEDOT TUTKIMUKSESTA

Tutkimus suoritetaan Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Tutkija on terveydenhuollon maisteri, lehtori Hannu Lampi. Hän työskentelee Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingissä. **Hannu Lammen puh. 09 - 77501 (työ), 09 - 5623186 (koti).**

Tutkimuksen ohjaajana on apulaisprofessori, terveydenhuollon tohtori Päivi Åstedt-Kurki. Hän työskentelee Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Päivi Åstedt-Kurjen yhteystiedot: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, PL 607, 33101 Tampere, puh. 03 - 215 6111.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta esitetään useille sydäninfarktiin sairastaneille miehille ja toivon, että sinä voisit osallistua tutkimukseen. Jos ilmaiset henkilöllisyytesi, tutkijana sitoudun siihen, että kukaan muu kuin minä ei saa tietoa siitä. Jos jälkikäteen haluat jostain syystä peruuttaa osallistumisesi tutkimukseen, on se mahdollista. Voit ottaa kaikissa tutkimukseen liittyvissä asioissa yhteyttä minuun.

Kiitokset vaivannäöstäsi!

Hannu Lampi



## SUOSTUMUS

Minulle on annettu tietoa Hannu Lammen väitöskirjatutkimuksesta *Sydäninfarktin sairastaneen miespotilaan sairastamiskokemus*. Tutkimus tehdään Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Tietoa olen saanut sekä suullisesti että kirjallisesti.

Tiedot antoi \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_ 199\_\_.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan yllämainittuun tutkimukseen ja siihen että Hannu Lampi ottaa minuun yhteyttä. Minulle on selvitetty, että minusta kerättäviä tutkimustietoja käsitellään luottamuksellisina ja siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöllisyyttäni. Tutkimusaineistoa kerätään tarinan kirjoittamisen ja/tai haastattelujen avulla.

Voin keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa. Keskeytys ei vaikuta hoitooni.

Nimeni

---

Osoitteeni

---

Puhelinnumeroni

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 199\_\_.

Tutkimushenkilön allekirjoitus ja nimen selvennys

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 199\_\_.

Suostumuksen vastaanottaja

Tutkimuksesta voi saada tarkempia tietoja:

Hannu Lampi, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Alppikatu 2.

Puh. 09 - 77501 (työ), 09 - 5623186 (koti), sähköposti [Hannu.Lampi@dlc.fi](mailto:Hannu.Lampi@dlc.fi)

## AINEISTON ANALYSOINNIN KUVAUSTA

*Analyysivaihe 1. Ennakkokäsitysten reflektointi ja sulkeistaminen**Analyysivaihe 2: Esimerkki aineistojen keräämisestä, transkriboimisesta, yhdistämisestä ja avoimesta lukemisesta*

(Lyhenteiden selitys: T = tutkija, H = haastateltava eli tiedonantaja)

T/H Alkuperäinen aineisto

T Mikä merkitys sillä on kun nyt joudut rajoittamaan tietyllä tavalla tätä fyysistä aktiivisuutta ja ottamaan tämän sairauden huomioon? Niin mitä se aiheuttaa sinulle? Elämälle?

H Kyl se varmaan niinku tota, kyl se pistää niinku miettimään uusi ratkasuja sitte just niinku jonkun liikunnankin kannaltaki, että en mä nyt oo semmosta liikunta oikeestaan tai semmosta urheilua harrastanukaan, mikä nyt vaatis kovin paljon tommosta fyysistä ponnistelua. Mutta esimerkiksi jotain pitkiä hölkkä- ja kävelyreissuja mä oon paljo harrastanu, ett silla lailla, silla lailla mut tota kyllä ne nyt varmaan vaikuttaa niihinkin silleen, että mä en uskalla enää kyllä niinku itteeni rasittaa niin paljon, mitä mä oon joskus rasittanu, ett mä oon ollu jossain kolmen neljän tunnin tommosessa rääkissä, ett mä oon kävelly ja juossu ja ja verrytelly siinä silleen, että ihan itteni täysin hikeen ja ja silleen niinku oikeestaan niin kovaa ku oon jaksanu sitte juossu ja hölkkäny ja silleen, että tota en mä uskalla varmaan sitte enää sitte, sitte niin kovasti itteeni rääkätä, että kylhän se tietysti silleen vaikuttaa sitte, että se niin tulee otettuu rauhallisemmin se liikuntaki, liikuntaki. Ett kylhän siinäkin varmasti, varmasti sitten huomaa sen tai sitä kautta liikkuessakin tulee mieleen koko ajan, että se on mielessä varmasti koko ajan, että. että tuota ei saa nyt ihan niin paljon itteesä rääkätä, mitä on niinku tähän saakka voinu. Tai siihen sairastumiseen saakka voinu niin tehdä.

T Sä kerroit tuossa aikasemmin tästä, että koet että jollakin tavalla tulet tämän sairauden kautta leimatuksi...

H Hmm.

T Voisitko hieman tarkentaa sitä, että mitä tarkoitat ja mitä se sinun kokemuksesi on, joka tähän leimaantumiseen ja leimaamiseen liittyy.

H No esimerkiksi ihan silleen jos mä vaikka ajattelen, jos mä vaikka haen, haen uutta työtä niin mun täytyy se varmasti ensimmäisenä, ensimmäisenä se niinku haastattelussa, työhaastattelussa ilmoittaa, että tuota et mä oon niinku sairastanu sydäninfarktin. Niin mä luulen, että monessakin työhaastattelussa minut karsitaan jo siinä vaiheessa sitte, sitte pois. Ett se on semmonen asia kuitenkin, ett sitä ei niinku välttämättä, välttämättä hyväksytä tai työnantajakaan ei, ei välttämättä varmaan niinku tiedä esimerkiksi siitä sairaudesta niin paljon, että se voi pitää sen, sellasen, sellasen, sellasen, sellasta työnhakijaa sitte niinku, niinko ei pidä täysin terveenä siinä mielessä, että jos vertaa sitten ihan taas terveeseen hakijaan niin kyllä mä luulen, ett, ett tuota sitte terve hakija sitaateissa, terve hakija niin, niin tuota kyl se varmaan niinko, jos aattelis ett muuten samalla lähtöviivalla niin, niin ilman muuta sille, sille terveelle hakijalle se työpaikka menis. Esimerkiksi tätä kautta mä uskon, ett semmosta on ja, ja, ja -- kyl sen nyt jo huomaa.

Ei mun oo tarvinnu, mä juttelin mun tädille siitä, tästä mun sydäninfarktista niin hän oli heti sitä mieltä, että tuota että, että -- voi kauhee miten sun kuntos nyt sitte ja nyt ja nyt sä sit teet vaan niinko jäätkö sä osittain eläkkeelle ja, ja just ne asenteet on just tällaista, tällaista niin siinäkin sen huomaa heti, että, että tuota. Hänelle mä oon kans niinko ihan selvästi leimautunu vaikka mä hänelle sen kerroin, että ei se kysymys oo siitä ollenkaan, että mä oon nyt sairaslomalla jonkun aikaa ja sitten palaan normaalisti työelämään, mutta, mutta ei hän siltikään sitä. Nyt viimeksi kun hänen kanssaan juteltiin niin hän kyseli sitä, että oli kauheen ihmeissään, että jos mä nyt vielä sitte töihin kuitenkin menen, että onko se sitte niinko, niinko enämpi semmosta niinku psykeen vuoksi se työskentely, että maksaa, että saanko mä kuitenkin eläkkeen ja saanks mä kuitenkin, sitä se ihmetteli, että saanks mä nyt sitte kuitenkin täyden palkan siitä työstä silleen. Kyllä mä nyt käsittääkseni saan sen täyden palkan. Että, ett siinäki huomasiin heti, että tuota ne asenteet on kans niinko varsinkin vanhemmilla ihmisillä, kun ne muistelee jotain 60-, 70-lukua niin. Niin tota, ett semmosta leimaantumista just sitä kautta kyllä huomaa, joka ei oo kuitenkaan mua niinku millään tavalla masentanu eikä silleen, ennemminkin huvittanu se, että.

Mutta, mutta -- mut kyl mä uskon, ett ja just niinku se leimaantuminen tulee silleen, että tuota niinku työkaveritki

niin niin jossain, jossain just ku juttelin jonkun työkaverin kanssa. Käydään pelaan jotain sulkapalloo tai lentopalloo tai tollasta niin, niin, niin - kyl mä nyt sitten tajusin heti, että ne oli tuota vähän niinku sitä mieltä, että täytyy niinku keksii uus mies tilalle sitte, että, että tuota susta ei nyt varmaan enää koskaan oo pelaajaksi, että tuota. Tämmöissä pikkuasioissa se huomaa kyllä ihan hyvin, että sitä on tullu silleen tosiaan niinku leimaatuneeksi sen -- sairauden jälkeen.

T Kun mietit sitä, että oot kokenut tällaisia tilanteita, jotka liittyy tähän leimautumiseen ja tavallaan niinkö sillä on tietty vaikutus sinuun. Mitkä tunteet tai mitkä nämä, miten sinä koet sen tilanteen siinä yhteydessä kun esimerkiksi tämä sinun tātisi tai työtoverit ilmaisevat nämä omat käsityksensä tästä---?

H No ei, no ei jos se mun tädin suhtautuminen esimerkiksi niin siihen en mä voi siihen. Mä olin vaan niinku huvittunut siitä, ett se ei niinku millään tavalla antanu aihetta asian pohdiskeluun sen enempää.

Mutt tota tietysti joku työkavereiden suhtautuminen niin, niin, niin se nyt saattaa kirpasta enempiikin, mutta paitsi ei kyllä oikeestaan kuitenkaan mua niinku millään tavalla mua silleen, että mä niinku senkin ajattelen, että niinko jättää niinko oman arvoonsa sen arvostelun, mikä niinku minuun kohdistuu silleen, että mä ajattelin, että, että tuota -- ajan myötä niin. Ei mulla mikään tarve heille oo näyttää eikä, eikä mä en koe sitä niinko sillä, sillä millään tavalla, että mun ois niinku tarvetta näyttää heille niinku omaa fyysistä kuntoa. Mutta, mutta -- mutta, mutta - - onhan se tietysti -- se on vähän niinku vaikee asia silleen, silleen. Jokainen työkaveri kuitenkin se on ihan oman yksilönsä ja ajattelee varmaan niinko se asian ihan, ihan omalla tavallaan silleen, että, että, että. En mä sitä niinko koe kuitenkaan edes millään tavalla loukkaavana, että mitä niinko nyt sitten työkaverit ajattelee, ajattelee siitä asiasta. Että mä osaan kyllä tosiaan sulkee pois ne ajatuksistani täysin niinko. -- Sellaset asiat, ett ee, et en mä nyt vois sanoa, ett mä oisin nyt mitenkään ainakaan loukkaantunu siitä asiasta.

T Päällisin puolin kun tässä juttelemme niin ei voi mistään ulkoisesta tekijästä päätellä, että sää oot sairastanut infarktint.

H Niin.

T Että se ei näy minun mielestäni minkäänlaisena tämmösenä, tämmösenä asiana, että se on vaan semmonen asia, joka osa sinun elämää.

H Niin. Niin ehkä, ehkä joo. --- Joo toivottavasti. Joku työkaveri kyllä sano, että sinä olet hirveen väsyneen näkönen. Mä sanon, että ehkä mä oon silleen väsyneen näkönen, että se saatto olla kuitenkin sen verran rankka kokemus ja varmaan oliki. Sanoin just tällä viikolla, että siitä on niinku kolme viikkoo vasta sitte tapahtuneesta, että tota. Että, että kyllähän se kuitenkin on semmonen fyysinen stressikin, että kyllähän siitä kestää niinko varmasti toipua useamman. Pidempään varmasti kuin sen kaks kolme viikkoo.

### ***Analyysoivaheet 3.–4: Esimerkki aineiston jakamisesta merkityksen sisältäviin yksiköihin sekä aineiston pelkistämisestä ja puhekieleltä yleiskielelle muuntamisesta***

*Merkityksen sisältäviin yksiköihin jaettu alkuperäinen haastatteluaineisto ja kaunokirjallinen aineisto*      *Pelkistetty ja puhekieleltä yleiskielelle muunnettu aineisto*

T Nyt pyytäsin, että kertosit ihan omin sanoin siitä, että miten sinä olet kokenut tämän sairauden ja sairastumisen ja mitä se on sinun elämään aiheuttanut.

H No itse asiassa nyt ko mä ajattelen sitä, niin niin, niin ei se nyt niin kauheen järäsyttävä tapahtuma nyt kuitenkaan oo ollu mulle, mitä minä oisin voinu, voinu kuvitella ja oisin voinu ottaa sen raskaamminkin, raskaammastikin, mutta tuota kyl se nyt ihan niinku nyt jälkikäteen ajattelee niin on mennyt ihan, ihan niin mukavasti siinä mielessä, että kyl mun mielestä mulla on ihan niinku asiallinen ja järkevä suhtautuminen ollu siihen, siihen. En mä o joutunut niinku minkään näköseen paniikkiin tai tai tai masennukseen siitä, siitä mitä mä oon kokenu. Et en osaa sanoa, ett mulla ois sille Hän ajattelee, että infarktiin sairastuminen ei ole ollut hänelle niin järäsyttävä kokemus kuin hän olisi aikaisemmin kuvitellut. Hän olisi voinut suhtautua sairastumiseen vakavammin ja raskaammin. Kun hän ajattelee sairastumista jälkeensä, kaikki on mennyt hyvin, koska hänellä on asiallinen ja järkevä suhtautuminen sairastumiseen. Hän ei ole joutunut paniikkiin tai masentunut sairastuttuaan. Hän ei ole kokenut sairastumista negatiivisesti.

niinku minkäänlaista merkitystä, negatiivista koke-  
musta.

T Kun sinä pääsit sieltä sairaalasta pois ja olit siellä sai-  
raalassa niin, mitä sinä ajattelit siitä, että mikä tämän  
sairauden merkitys on sinulle?

H No minä sitä itse asiassa eilen just juttelin yhden hyvän  
kaverin kanssa tästä samasta aiheesta. Niin hän sano  
mulle, että hän niinku kuvittelee, että sä et vielä oikein  
niinku tajukaan sitä, sitä kaikkee kokemaas.

Ystävänä on sanonut hänelle, että ystävän mielestä hän ei  
vielä tajua kaikkea sairastumiseen liittyviä kokemuksia.

Ja se voi olla, ja se voi olla ollaki niin ja se voi olla  
parempi. Se voi olla jonkun näkönen sellanen itsesuo-  
jelumekanismi, ett mää pikkuhiljaa, pikkuhiljaa niinku  
tajuun sen vasta kaiken siihen liittyvän asian.

Kyseessä saattaa olla itsesuojelumekanismi. Hän saattaa  
vähitellen alkaa tajuta sairastumiseen liittyvät asiat.

Mut tota en mä niinku täs vaiheessa osaa niinku sanoo  
mahdollisia seurauksia, esimerkiksi että muuttuko mun,  
mun niinku tota elämäntyyli tai tuleeks mulle jotain  
uusia näkemyksiä elämään. Niin en mä osaa sitä tässä  
vaiheessa sanoo, että vaikuttasko se niin paljon, niin  
paljon.

Hän ei tiedä mitä tulevaisuudessa tulee tapahtumaan,  
muuttuuko hänen elämäntyyliinsä ja tuleeko hänelle  
uusia näkemyksiä elämään. Hän ei osaa sanoa, että  
vaikuttaako infarktiin sairastuminen niin paljon, että  
nämä muuttuvat.

--- Vaikka kyllähän se tietysti, varmaan jollain, jotenkin  
vaikuttaa, koska, koska en mä ois ikinä voinu kuvitella-  
kaan, että mä saan niinku kuitenkin niinku näinkin nuorella  
iällä ja kuitenkin ko ajattelin itteni niinku hyvä-  
kuntoisena niin, niin, niin sydäninfarkti, ett tota...

Infarktiin sairastuminen vaikuttaa jollain tavalla hänen  
elämäänsä. Hän ei olisi voinut koskaan aikaisemmin  
kuvitella, että hän sairastuu nuorella iällä ja hyväkun-  
toisena sydäninfarktiin.

Mahdollisesti se tulee vaikuttaa mun -- elämään, mutta  
en osaa siitä sanoa, ett millä tavalla ja, ja, ja millä aika-  
viiveellä se.

Infarktiin sairastuminen mahdollisesti vaikuttaa hänen  
elämään, mutta hän ei osaa sanoa kuinka pitkän ajan  
kuluessa.

T Siitähän on todella lyhyt aika, että jos 4.9. sairastuu...

H Niin.

T Niin tässä on muutama viikko.

H Niin, niin. Niin siitä on vaan itteasiassa, siitä on vaan  
kolme viikkoo vasta kulunu aikaaki, että, että en tiedä  
sitte tuoko se jonki näköstä muutosta, muutosta niinko  
elämään tai elämäntyyliin tai unohtuuko se se sitte  
kenties ihan kokonaan -- vai, vai, vai tota seuraaks se  
koko ajan mielessä. En tiedä.

Hän sai sydäninfarktin kolme viikkoa sitten. Aika sai-  
rastumisesta on lyhyt. Hän ei vielä tiedä, että tuoko  
sairastuminen muutoksia hänen elämään tai elämäntyyliin  
vai unohtuuko sairastuminen täysin vai onko se  
koko ajan mielessä.

Sitä on oikeestaan itteki miettiny, että mitä tulee ta-  
pahtumaan, että, että onko se semmonen asia sitte, joka  
on koko ajan mielessä, mitä minä en toisaalta haluaisi,  
että se on. Mutta että kyllähän se nyt sitte ainaki on  
mielessä koko ajan, että ko joutuu lääkkeitä syömään  
koko ajan, niin kyllä se siinä vaiheessa aina sitte niinku  
palautuu mieleen ----.

Hän on miettinyt, että mitä tulevaisuudessa tulee ta-  
pahtumaan. Hän ei haluaisi, että sairastuminen on koko  
ajan mielessä. Hänen mielessä on ollut jatkuvasti lää-  
kkeiden syöminen. Aina kun hän ottaa lääkkeitä, sairastu-  
minen tulee hänen mieleensä.

T Sä puhuit tuosta elämäntyylistä ja siitä, että se ehkä  
aiheuttaa jonkinlaisia muutoksia sinun elämään tyyliin  
tai....

H Hmm, hmmm.

T -- tai elämään niin. Osaatko ennakoida sitä, että min-kätyypisiä muutoksia sitte vois...

H No ehkä just lähinnä niinku sanotaan niin mä oon tehny Aikaisemmin hän on työskennellyt paljon. Sairastumi-  
aika paljon, aika paljon kyllä töitä. --- Töitä niin oi- nen saattaa vaikuttaa työn tekemiseen. Hän luulee, että  
keestaan, oikeestaan niin koko ikäni. Ett sitä kautta se hän tulee ottamaan työnteon aikaisempaa rennommin.  
kyllä mahdollisesti tota voi ja varmaan vaikuttaa. Ett Aikaisemmin hän on ollut yliahkerä ja kuluttanut itse-  
mä luulen, että mä otan kyllä tota vähän niinku ren- ään työssä liikaa. Hän on pakko nyt ottaa rennommin.  
nommin, rennommin ainakin ton työnteon suhteen.  
Pakko mun on ottaa, että mä oon, mä oon ehkä vähän  
niinku ollu yliahkerä sillä lailla, että mä oon niinku  
tavallaan työssä itteni kuluttanu vähän liikaaki.

### ***Analyyisivaihe 5: Aineistoa jäsentävien sisältöalueiden tunnistaminen, nimeäminen ja muodostami- nen***

HU: AMI

File: [C:\OHJELM~1\SCIENT~1\ATLASTI\PROGRAM\tutkhenk]

Edited by: Super

Date/Time: 2003/04/01 - 15:28:56

-----  
Code-Filter: All

-----!

Ahdistuneisuus ja tuskaisuus  
Ajan kuluminen  
Ajattelun muuttuminen  
Aloittamisen vaikeus  
Arvot ja asenteet  
Asioiden läpikäyminen ja käsittely  
Avun ja tuen saaminen sekä huolenpito  
Avuttomuuden kokeminen  
Elämä ennen sydäninfarktia  
Elämän tarkoitus ja arviointi  
Elämänhalu  
Epäoikeudenmukaisuuden kokeminen  
Epäonnistuminen  
Epätodellisuuden tunne  
Epävarmuus ja epäselvyys  
Fyysinen kunto  
Fyysinen rasitus  
Fyysiset tuntemukset  
Haastattelu  
Haavoittuvuus  
Halvaantuminen  
Helpottavat ja lievittävät kokemukset  
Hengellisyys ja usko  
Herkkyyys  
Hermostuminen ja kärsimättömyys  
Hoitajat, sairaankuljettajat ja lääkärit  
Hoito- ja tarkkailulaitteet  
Hoito, tarkkailu ja tutkimukset  
Hoitojärjestelmä  
Hoitoympäristö  
Holhoaminen ja rajoittaminen  
Huimaus  
Huolestuminen ja ylihuolehtiminen  
Huonot päivät

Huumori  
Hyvä elämä  
Hätä  
Hätäkeskus  
Ihmissuhteista vetäytyminen ja erakoituminen  
Ilo, hyvä olo ja nauttiminen  
Itkeminen  
Itsensä mitättömäksi kokeminen  
Itsetunto  
Jakaminen ja osallistuminen  
Järkyttävät kokemukset  
Keskittymiskyvyn puute  
Keskusteleminen kokemuksista  
Kielteiset kokemukset  
Kiire  
Kohtalo  
Kohtalo- ja potilastoverit  
Kommunikaatio ja vuorovaikutus  
Koti  
Kotiutuminen sairaalasta  
Kriisi  
Kuntoutus  
Kuolema  
Käpertyminen itseensä  
Kärsimys  
Leimautuminen  
Liikkuminen  
Lohduttaminen  
Loukatuksi tuleminen ja loukkaaminen  
Luopuminen  
Luottamus  
Lääkehoito  
Masentuminen  
Mieheys ja naiseus  
Mieliala  
Moittiminen  
Muistihäiriöt  
Muutos ja muuttuminen  
Myönteiset kokemukset  
Myötätunto  
Nitrojen käyttö  
Nukkuminen ja unihäiriöt  
Nälkä ja syöminen  
Nöyryyttävät ja alistavat kokemukset  
Odottaminen  
Ohitusleikkaus  
Ohjaus ja neuvonta  
Omatoimisuus  
Omien rajojen kokeileminen  
Omista kokemuksista puhuminen  
Onni ja onnettomuus  
Paleleminen  
Paranemista ehkäisevät tekijät  
Passiivisuus ja toimettomuus  
Pelko, paniikki ja kammo  
Perhe  
Pettyminen  
Potilaana oleminen sairaalassa  
Potilaskeskeisyys  
Puhtaus ja peseytyminen  
Puhumisen vaikeudet

Päivittäiset toiminnot  
Päätösten tekeminen  
Rakkaus  
Rauhallisuus ja rauhoittuminen  
Reinfarkti  
Rintakipu ja sydänperäiset oireet  
Rohkeus ja rohkaiseminen  
Sairastamiskokemus  
Sairastumistilanne  
Sairauden kanssa elämään oppiminen  
Sairauden merkitys ja ymmärtäminen  
Sairauden syyt  
Sairausloma  
Sairautta edeltävät tapahtumat  
Sekavuus ja levottomuus  
Seksuaalinen mielenkiinto ja kyvykkyys  
Selviytyminen  
Stressi  
Suru ja menetys  
Sydäninfarktiryhmä ja sydänkuntoutus  
Sydänpysähdys ja elvytys  
Syyllisyys ja syyllistäminen  
Tajunta ja orientaatio  
Taloudelliset tekijät ja korvaukset  
Terveelliset elintavat  
Terveys  
Toipuminen ja paraneminen  
Toivo ja epätoivo  
Toleranssi  
Torjuminen  
Tulevaisuus  
Tunteiden ilmaiseminen  
Tupakointi  
Turvallisuuden kokeminen  
Työ ja työtoverit  
Ulkopuolisuus  
Unohtaminen  
Uskaltaminen ja varominen  
Varoitteleminen  
Vastuu  
Vierailut sairaalassa  
Virtsaaminen ja ulostaminen  
Vitaalitoimintojen muutokset  
Voima ja voimattomuus  
Vuodepotilaana oleminen  
Välittäminen  
Väsyminen ja uupuminen  
Yksilöllisyys  
Yksinäisyys ja yksin oleminen  
Yksityinen - yleisen sairaala  
Yksityisyys  
Ylipaino  
Yllätyksellisyys  
Ystävät ja harrastukset  
Ärsyyntyminen, suuttuminen ja kiukuttelemine

***Analyyssivaihe 6: Esimerkki pelkistetyn ja yleiskielelle muunnetun aineiston siirtämisestä sisältö-alueisiin***

Esimerkki kuvaa osaa Ahdistuneisuus ja tuskaisuus –sisältöalueen muotoutumisesta, kun siihen on siirretty asiaankuuluvia sydäninfarktikokemuksen ilmauksia.

HU: AMI  
 File: [C:\OHJELM~1\SCIENT~1\ATLASTI\PROGRAM\tutkhenk]  
 Edited by: Super  
 Date/Time: 2003/04/01 - 15:31:24

-----  
 Codes-quotations list  
 Code-Filter: All  
 -----

Code: Ahdistuneisuus ja tuskaisuus {50-0}

P 1: 13ANI4.txt - 1:6 (280:281) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Sairastamiskokemus]  
 Memos: [Kova tuska oli suurin järkytys] [Sydäninfarktiin sairastuminen oli järkytys]

Hänelle oli järkytys sairastua sydäninfarktiin.  
 Suurin järkytys oli kova tuska

P 1: 13ANI4.txt - 1:11 (289:290) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus]  
 Memos: [Tuskaisuus lievittyi morfiinilla]

Hoitajat antoivat morfiinia, jolla tuskaisuus poistui pian

P 1: 13ANI4.txt - 1:20 (356:358) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus]  
 Memos: [Ei tunnistanut tuskaa eikä ymmärtänyt mistä kyse]

Sydäninfarktin aiheuttamaa tuskaa hän ei tunnistanut eikä ymmärtänyt, että mistä on kyse.

P 1: 13ANI4.txt - 1:34 (468:475) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Rintakipu ja sydänperäiset oireet] [Sairauden merkitys ja ymmärtäminen]  
 Memos: [Tuskasta, kylmänhikisyydestä ja tilanteesta päätteli kyseessä olevan vakavan häiriön]

Hän tiesi, että kyseessä ei ole lievä häiriö. Hän päätteli tuskasta, kylmänhikisyydestä ja tilanteesta yleensä, että kyse ei ole normaalista ilmiöstä. Hän tiesi, että hän ei seuraavana päivänä voi viettää normaalia elämää. Hän tiesi, että tilanne on vakava ja hän joutuu sairaalaan. Hän tiesi, että tilanteesta ei selvitä disperiinillä.

P 1: 13ANI4.txt - 1:49 (671:674) (Super)



Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Hoitajat, sairaankuljettajat ja lääkärit]

Memos: [Sairauksien hoitajien kyky hoitaa lievitti tuskaisuutta]  
[Sairauksien hoitajien saapuminen lievitti tuskaisuutta]

Hänen tuskaisuus lievittyi, kun sairaankuljettajat tulivat. Tuskaisuus lievittyi, koska hän näki sairaankuljettajien osaavan hoitaa häntä.

P 3: 03ian3.txt - 3:146 (3519:3524) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Itkeminen]

Memos: [Ahdistuneen ihmisen itkussa ahdistuneisuus ei lievity itkemisen jälkeen] [Itku on kahdenlaista:ahdistuneen ihmisen itku ja tavallinen itku] [Tavallinen itku lievittää ahdistuneisuutta; tuli esim. ystävän tavatessa]

Hänellä on kahdenlaista itkuja. Toinen itku on ahdistuneen ihmisen itkuja. Silloin itkeminen ei lievitä ahdistuneisuutta. Toisenlainen itku tuli esimerkiksi tilanteessa, jossa kaveri tuli tapaamaan häntä. Molemmilta tuli tavatessa kyynel silmiin. Se itku helpotti.

P 3: 03ian3.txt - 3:161 (3930:3945) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Nukkuminen ja unihäiriöt] [Pelko, paniikki ja kammo]

Memos: [Ahdistavat painajaisunet herättävät yöllä kauhuun ja epätoivoon]

Hänellä on ollut kummallisia painajaisunia. Ne ovat hyvin ahdistavia. Hän on nähnyt kaksi eri unta toistuvasti. Unissa esiintyy tuttuja ihmisiä. Hän unohtaa unen, kun hän herää. Hän herää kauhunsekaiseen ja epätoivoiseen tunteeseen. Toisessa unessa ollaan risteysasemalla. Junat lähtevät eri suuntiin. Ensimmäisessä junassa hän on kolmen kaverin kanssa avoavunuissa. Toisessa junassa matkustaa tuttuja ja iloisia ihmisiä. He heiluttelevat käsiään. Muuta hän ei muista tästä unesta. Unessa on jotain ahdistavaa, mitä on vaikeaa selittää. Ihmisten nimet ovat "huulilla", mutta hän ei muista nimiä. Kaikki ovat tuttuja. Hän ei pysty yhdistämään ihmisiä. Ikäviä juttuja.

P17: 04ian3.txt - 17:52 (1866:1871) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Hoitojärjestelmä] [Järkyttävät kokemukset] [Sairauden merkitys ja ymmärtäminen] [Toipuminen ja paraneminen]

Memos: [Ei suostu olemaan sairas, on vain tilapäisesti sairas ja sairaus on paranemassa] [Järjestelmä oli suuri järkytys] [Oli järkytys nähdä muiden potilaiden tuska] [Sydäninfarkti ollu elämänsä rankin kokemus]

Sydäninfarkti on ollut hänelle elämänsä rankin henkinen prosessi. Hän ei suostu olemaan

sairas. Hän on vain tilapäisesti sairastunut ja nyt sairaus on paranemassa. Hänelle suurin järkytys oli järjestelmä. Hänelle suuri järkytys oli nähdä muiden potilaiden tuska.

P18: 05ian3.txt - 18:7 (438:440) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Rintakipu ja sydänperäiset oireet] [Sairastumistilanne]

Memos: [Kaikki oli hieman sekavaa] [Kipu rinnassa oli ahdistavaa ja ankaraa ja säteili ranteen sisäpuolelle]

Hänen kipu rinnassa oli ahdistava ja kipu oli ankaraa. Kipu säteili vasemman ranteen sisäpuolelle. Kaikki oli hieman sekavaa.

P18: 05ian3.txt - 18:25 (985:992) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Rintakipu ja sydänperäiset oireet]

Memos: [Rintakipu oli inhottava kokemus, vaikka kipu ei ollut ankaraa] [Rintakipu tuntuu samanlaiselta kuin kiveksistä puristaminen] [Rintakipuun liittyi ahdistuneisuuden tunne]

Hän koki rintakivun inhottavana. Rintakipu ei sattinut kovin paljon. Hän kuvaa rintakipua samanlaiseksi kuin kipua, joka tulee kun kiveksistä kovasti puristetaan. Hän ei osaa selittää rintakipua muuten. Hänestä rintakipu ei ollut ankaraa kipua. Hän ei ole kokenut aikaisemmin sellaista kipua. Rintakipuun liittyi ahdistuneisuuden tunne.

P18: 05ian3.txt - 18:26 (1014:1024) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Pelko, paniikki ja kammo] [Rintakipu ja sydänperäiset oireet]

Memos: [Hänellä oli paniikkioireita sydäninfarktin yhteydessä] [On vaikea erottaa toisistaan paniikkioireita ja muuta huonoa oloa] [Rintakipuun liittyi psyykinen ahdistuneisuus]

Ahdistuneisuus oli psyykkistä ahdistuneisuutta. Hänellä on aikaisemmin ollut paniikkioireita. Hänellä oli paniikkioireita myös sydäninfarktin yhteydessä. Hän ei erota, että mitkä on paniikkioireita ja mitkä muut huonoa oloa. Hän ei tiedosta sitä. Hän tiedostaa yhden sairaalassa ilmenneen paniikkikohtauksen. Hän puhui siitä hoitajalle ja lääkärille. Hän sai silloin psyykenlääkkeet takaisin. Hän ei pysty sanomaan, että johtuiko se psyykestä. Hänellä on ollut muutakin kipua.

P18: 05ian3.txt - 18:37 (1354:1355) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Pelko, paniikki ja kammo]

[Sairauden merkitys ja ymmärtäminen]

Memos: [Paljon puhuminen saattoi olla keino hallita ahdistuneisuutta ja pelkoa]

Puhuminen saattoi olla myös keino hallita ahdistuneisuutta ja pelkoa.

P20: 07ian3.txt - 20:6 (220:226) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Perhe] [Sairastumistilanne]

Memos: [Vaimo oivalsi, että oli mentävä sairaalaan] [Vaimon tavatessaan hän oli huonossa kunnossa, tuskainen ja läpimärkä hiestä]

Hänen vaimo oli ajatellut, että kaikki asiat eivät ole kohdallaan. Vaimo soitti hänelle. Hän kertoi, mistä on kyse. Vaimo tuli tapaamaan häntä. Vaimon tullessa hän oli jo huonossa kunnossa. Hän oli tuskainen ja läpimärkä hiestä. Vaimo oivalsi, että nyt on mentävä sairaalaan. He menivät sairaalaan yhdessä.

P21: 09ian3.txt - 21:37 (1204:1207) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Keskusteleminen kokemuksista]

Memos: [Ei ole ketään kenelle puhua ahdistuneisuudesta ja pahasta olostaj] [Yrittää pitää ahdistuneisuuden ja pahan olon taka-alalla]

Hänellä ei ole ketään, jolle voi puhua pahasta olostaj ja ahdistuneisuudesta. Hän on yrittänyt pitää sellaiset ajatukset taka-alalla. Hän ei ole kokenut merkittävää ahdistuneisuutta nyt.

P22: 10ian3.txt - 22:13 (514:523) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Hoitoympäristö] [Kohtalo- ja potilastoverit] [Sairauden merkitys ja ymmärtäminen]

Memos: [Hätä ja kipu ovat tuskallisia kokemuksia] [Jokainen kokee sairauden omalla tavallaan] [Muilla potilailla oli hätä, olivat kipeitä ja huusivat kipulääkettä] [Potilashuoneessa ei ollut ikkunaa, minkä vuoksi ei nähnyt ulos] [Seurasi toimintaa ympärillään]

Kun hän oli sairaalassa, potilashuoneessa ei ollut ikkunaa eikä hän nähnyt ulos. Hän katseli toimintaa ympärillään. Hän huomasi, että potilailla oli hätä ja he olivat kipeitä ja huusivat kipulääkettä ja muuta. Hänen mielestään se voi olla tuskallista. Jokainen ihminen kokee sairauden erilailla. Hänellä on infarkti eteisen takaseinässä ja se ei vaikuta paljon sydämen pumppaustehoon. Jos infarkti olisi toisessa paikassa, se aiheuttaisi jotain.

P23: 11ian3.txt - 23:112 (3052:3061) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Ohjaus ja neuvonta] [Tupakointi]

Memos: [Suullinen tupakkavalistus ei tehoa häneen, koska kokeen sen tuomitsevana ja ahdistavana]

Hän ei usko valistamiseen omalla kohdallaan.

Hänen mielestään valistuskin on hyvä, mutta häneen se ei tehoa. Valistaminen on hänen mielestään ikävää. Kyllä hän kuuntelee kuitenkin. Valistamisessakin asiat jäävät väkisin mieleen. Valistuksesta voi ottaa parhaat kohdat. Valistamisesta hänelle tulee mieleen lapsuus ja tilanteet kun isä antoi hänelle selkäsaunan. Hänestä tupakasta valistaminen tuntuu henkiseltä selkäsaunalta.

P25: 14ian3.txt - 25:21 (620:621) (Super)  
Media: ANSI  
Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Sairauden syyt]  
Memos: [Tiedon saaminen sairaudesta ei lisännyt ahdistuneisuutta]

Tiedon saaminen sydäninfarktista ei lisännyt hänen ahdistuneisuuttaan.

P26: 15ian3.txt - 26:92 (3286:3289) (Super)  
Media: ANSI  
Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Fyysinen rasitus]  
Memos: [Ahdistuu ellei pääse purkamaan energiaa fyysisessä rasituksessa]

Hän ahdistuu, jos aika käy pitkäksi. Hän ahdistuu, jos hän ei voi muuta kuin lukea. Hänen pitäisi päästä purkamaan energiaa fyysisessä rasituksessa.

P28: 17ian3.txt - 28:49 (1512:1515) (Super)  
Media: ANSI  
Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Huonot päivät] [Masentuminen]  
[Rintakipu ja sydänperäiset oireet]  
Memos: [Ahdistuneittaa rintakivun yhteydessä] [Masentuneisuutta rintakivun aikana]

Hän on kokenut ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta sairastumisen jälkeen ja sellaisina huonompina päivinä, jolloin hänellä on rintakipua.

P28: 17ian3.txt - 28:52 (1555:1562) (Super)  
Media: ANSI  
Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Huonot päivät] [Masentuminen]  
Memos: [Ei tiedä, miksi on ahdistunut joinakin päivinä] [Ei tiedä, miksi on masentunut] [Huonoina päivinä kurkunpäässä tuntemuksia]

Hän on miettinyt, että mihin tilanteisiin masentuneisuus ja ahdistuneisuus liittyvät. Hän ei ole löytänyt masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden syitä. Hänellä on huonoja päiviä, jolloin hän on masentunut ja ahdistunut. Hän ei tiedä, miksi on huonoja päiviä. Ahdistuneisuuteen liittyy kurkunpään tuntemuksia.

P29: Liani3.txt - 29:12 (308:312) (Super)  
Media: ANSI  
Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Perhe]  
Memos: [Sairaalaan mennessä pojan näkeminen laukaisi ahdistuskohtauksen]

Hän olin astumassa kadulla odottavaan taksiin kun viisivuotias poika palasi puistosta ulkoiluttajatädin kanssa. Kohtaus laukaisi ahdistuksen tunteen, sillä lapsi herätti hänessä itsessä lapsen, infantiilin kohdan joka kokee pameen herkimmin.

P30: Peani3.txt - 30:21 (1916:1923) (Super)

Media: ANSI

Codes: [Ahdistuneisuus ja tuskaisuus] [Rintakipu ja sydänperäiset oireet] [Sairastumistilanne]

Memos: [Rintakipu aiheuttaa ahdistuneisuutta] [Rintakipu aiheuttaa omituisen olon, jollaista ei ole koskaan ennen ollut] [Rintakipu aiheuttaa voimakasta huolestuneisuutta]

Kipu rinnassa jatkuu. Ahdistaa. On jotenkin eri lailla vaikea olo kuin koskaan ennen. Huolestuttaakin: mitä tämä on? Kahdeksalta hän antaa vaimon soittaa terveyskeskuksen päivystykseen. Lyhyesti vaimo kertoo tilanteen. Alan ammattilaiset ymmärtävät toisiaan nopeasti ja lyhyesti. Ensiavussa päivystää minullekin tuttu lääkäri. He saavat luvan tulla heti.

-----

### ***Analyysivaihe 7: Aineistoa kuvaavien sisältöalueiden avoin lukeminen ja tarkentaminen***

### ***Analyysivaihe 8: Aineistoa kuvaavien ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen tunnistaminen, nimeäminen ja laatiminen***

#### 5 TULOKSET

##### 5.1 Sydäninfarktiin sairastuminen, hoitoon pääseminen ja hoidosta irtautuminen (yläsisältöalue)

###### *5.1.1 Sairastumisen havaitseminen ja toiminta sairastumistilanteessa (alasisältöalue)*

Esimerkki tämän vaiheen analyysistä: Sydäninfarktikokemuksen merkitys Hätä, pelko ja ahdistus muodostui seuraavista sisältöalueista: Ahdistuneisuus ja tuskaisuus ja Pelko, paniikki ja kammo sekä Hätä (5. analyysivaihe). Tähän liittyvä Pelottava ja hävettävä tapahtuma on sydäninfarktikokemuksen merkityssisällön tiivis kuvaus.

Hätä, pelko, ahdistus (sydäninfarktikokemuksen merkitys)

Pelottava ja hävettävä tapahtuma (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Intensiivinen ja vaikeasti kestettävissä oleva kokemus (sydäninfarktikokemuksen merkitys)

Sairastumisen yllättävä voimakkuus ja kyvyttömyys valmistautua siihen etukäteen (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Kaoottinen ja sekasortoinen sairastumistapahtuma (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Epätodellisuuskokemus (sydäninfarktikokemuksen merkitys)

Avun pyytäminen hätäkeskuksesta (sydäninfarktikokemuksen merkitys)

Irrationaalinen ja järjenvastainen toiminta avun pyytämistilanteessa (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Hätäkeskuspäivystäjän kanssa keskusteleminen ja terveydentilasta kertominen (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Potilaan pyytäminen puhelimeen kertomaan sairastumisesta ja terveydentilasta (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Hätäkeskuspäivystäjän poistuminen puhelimesta avun hälyttämistä varten (sydäninfarktikokemuksen merkityssisältö)

Avun odottaminen sairastumispaikalla (sydäninfarktikokemuksen merkitys)

### 5.1.2 Potilaaksi pääseminen ja hoidon saaminen

- Potilaan hoitaminen sairastumispaikalla
  - Oman terveydentilan arviointi sairastumispaikalla, avun odottaminen ja avun saapuminen
  - Tehokkaan ja laadullisesti hyvän ensihoidon saaminen sairastumispaikalla
- Potilaan hoitaminen ambulanssissa
  - Turvallinen tai turvaton hoitamisympäristö
  - Pelottava ja epämiellyttävä kokemus
  - Kokemuksen voimakkuus
  - Potilaan hoitaminen kuljetuksen aikana
- Ylivoimaiseksi koetusta tilanteesta pakeneminen
  - Huomion kiinnittäminen epäolennaisiin asioihin
  - Kuolemanpelon puuttuminen
  - Eletyn elämän arvioimisen käynnistyminen
- Ambulanssissa oleminen ja hoitamisen kokeminen
- Potilaan hoitaminen päivystyspoliklinikalla
  - Sairaalaan saapuminen ja ensihetket sairaalassa
- Sydäninfarktin toteaminen
  - Yllättyminen tutkimusten runsaudesta
  - Rasitus EKG-tutkimuksen ja tutkimuksen jälkeisen terveydentilan heikkenemisen pelkääminen
  - Sokin kehittymisestä kuuleminen
  - Potilaan hoitamisen aloittaminen
  - Tapahtumasarjojen jäsentämisen vaikeus
  - Henkisen sekavuuden ilmaantuminen
- Kiireen havaitseminen päivystyspoliklinikalla
  - Kiireestä ahdistuminen
  - Rauhalliseen hoitopaikkaan pääsemisen odottaminen
- Sydäninfarktipotilaan hoitamisen osaaminen
- Päivystyspoliklinikalla oleminen ja hoitamisen kokeminen
- Potilaan hoitaminen sydänvalvontayksikössä
  - Ihmisten välisen kommunikaation häiriintyminen
- Hoitajan kohtaaminen sydänvalvontayksikössä
- Hoitoympäristön kokeminen
  - Laitteiden aiheuttamien hälytysten kokeminen
  - Sydänvalvontayksikön pitäminen turvallisena hoitopaikkana
  - Sydänvalvontayksikön pitäminen rauhoittavana hoitopaikkana
  - Sydänvalvontayksikön pitäminen levottomana hoitopaikkana
  - Sydänvalvontayksikön toiminnan seuraaminen
- Lepääminen ja nukkuminen
  - Voimakkaan väsymyksen ja uupumuksen kokeminen
  - Selviytymisen aiheuttama uupuminen ja väsyminen
  - Nukkumisen ja lepäämisen pulmallisuus
- Potilaan kohtaaminen, kohteleva ja hoitaminen
  - Hyvä ja asiallinen kohteleva ja hoitaminen
  - Hoitamisen kohteena oleminen
  - Inhimillinen ja epäinhimillinen hoitamisilmapiiri
- Epämääräisyyden kokeminen
- Potilaan häiriintyminen terveydentilan jatkuvasta ja tehokkaasta tarkkailemisesta
  - Jatkuvan ja tehokkaan tarkkailemisen merkitys
  - Kyvyttömyys rauhoittua
  - Tarkkailemlaitteisiin kytkettynä olemisen vaikutus pahan olon kokemiseen
  - Ihmisten välisen kommunikaation häiriintyminen
- Tarkkailemlaitteiden vaikutus potilaan hengissä selviytymiseen
- Tarkkailemlaitteiden tuottama virheellinen tieto potilaan terveydentilasta
- Päivittäisistä toimista suoriutuminen tarkkailemlaitteisiin kytkettynä olemisen aikana
- Tarkkailemlaitteista irrottaminen ja vapautuminen
- Sydänvalvontayksikössä oleminen ja hoitamisen kokeminen
  - Potilaasta välittäminen
  - Hoitamismenetelmät sydänvalvontayksikössä

- Hoitamisen ylimitoittaminen suhteessa potilaan terveydentilaan
- Intimiteetin ja yksityisyyden puuttuminen
- Potilaan hoitaminen päivystysosastolla
  - Yhden hengen potilashuoneeseen siirtyminen ja siellä oleminen
  - Toipumisusko
  - Rauhoittuminen sekä itsen ja omiin asioihin keskittyminen
  - Ikävystyminen yksin olemiseen
  - Terveydentilan epävakaus
  - Potilaan valmistaminen sisätautien vuodeosastolle siirtymiseen
- Potilaan hoitaminen sisätautien vuodeosastolla
  - Hoitoympäristön vaikutus potilaan toipumiseen
  - Hoitamisen kokeminen
  - Sairaala-ankeus
  - Sisätautien vuodeosastolla oleminen ja hoitamisen kokeminen
- Potilaan hoitaminen sairaalassa
  - Potilasmyönteisyys
  - Toiminnan seuraaminen
  - Yliopistosairaalassa oleminen
  - Hoitamisen arvioiminen

### *5.1.3 Sairaalasta kotiutuminen, kotiin asettuminen sekä sairauslomalla oleminen*

- Kotiutumisen valmisteleminen sairaalassa
- Sairaalasta lähteminen ja kotimatalla oleminen
  - Turvattomuus ja pelko
  - Ulkopuolisuuden kokeminen kotimatalla
- Kotiin pääseminen ja sinne asettuminen
  - Kotiin saapumishetki
  - Kotiutumispäivän kokemukset
  - Muutaman kotiutumisen jälkeisen päivän kokemukset
- Sairausloman aikainen toiminta
  - Tietämättömyyden aiheuttama hämmentyminen
  - Harrastaminen sairauslomalla
  - Jouten oleminen
- Potilaan henkinen vointi sairauslomalla
  - Ikävystyminen
- Sairausloman ajallinen kesto
  - Ajallisesti liian lyhyeksi koettu sairausloma
  - Riittävän pitkä sairausloma
  - Rauhoittuminen aikaisemmin käsittelemättömien asioiden pohtimiseen

### *5.1.4 Jatkotutkimukset ja -hoito*

- Varjoainetutkimus
  - Varjoainetutkimukseen pääsemisen odottaminen
  - Varjoainetutkimusta varten sairaalaan saapuminen ja tutkimuksessa oleminen
  - Varjoainetutkimuksen kokeminen ja terveydentila tutkimuksen jälkeen
- Pallolaajennushoito
  - Pallolaajennushoidon kokeminen ennen toimenpidettä
  - Pallolaajennushoidon kokeminen toimenpiteen aikana
  - Pallolaajennushoidon kokeminen toimenpiteen jälkeen
- Sydämen ohitusleikkaus
  - Ohitusleikkaukseen pääsemisen odottaminen
  - Ohitusleikkauksen vaikuttaminen potilaan elämään tulevaisuudessa

## 5.2 Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet

### 5.2.1 Sydäninfarktipotilaita hoitavat ammattihenkilöt

Sairaankuljettaja	Laadullisesti hyvä ja ammattitaitoinen potilaan hoitaminen Laadullisesti heikko ja ammattitaidoton potilaan hoitaminen
Sairaanhoitaja	Laadullisesti hyvä ja ammattitaitoinen potilaan hoitaminen Laadullisesti heikko ja ammattitaidoton potilaan hoitaminen
Hoitajan sukupuolen vaikutus potilaan kokemukseen hänestä	Mieshoitaja Naishoitaja
Sydäninfarktihoitaja	Holhoavan ja liian ohjaavan suhtautumistavan omaksuminen Sydäninfarktihoitajan pitämään sydäninfarktiryhmään osallistuminen
Hoitaja	Laadullisesti hyvä ja ammattitaitoinen potilaan hoitaminen Laadullisesti heikko ja ammattitaidoton potilaan hoitaminen
Lääkäri	Laadullisesti hyvä ja ammattitaitoinen potilaan hoitaminen Laadullisesti heikko ja ammattitaidoton potilaan hoitaminen
Hoitavat ihmiset	Hoitaviin ihmisiin luottamaan oppiminen Laadullisesti hyvä ja ammattitaitoinen potilaan hoitaminen Laadullisesti heikko ja ammattitaidoton potilaan hoitaminen
Ammatillinen lohduttaminen ja pahan olon lievittäminen	

### 5.2.2 Kohtalo- ja potilastoverit sairaalassa

Kohtalotoverien kanssa oleminen samassa tilassa ja heidän seuraaminen päivystyspoliklinikalla	Potilastoverien heikosta terveydentilasta ahdistuminen Oman terveydentilan suhteuttaminen potilastoverien terveydentilaan Oman paikan ja aseman löytäminen sekä sopeutuminen potilaana olemiseen Pelkääminen ja ahdistuminen
Kokemustiedon, teknisen tiedon, lääketieteellisen tiedon ja teoreettisen tiedon saaminen sydämen ohitusleikkauksesta	Ohitusleikkauspotilas tiedonantajana Hoitavat ihmiset tiedonantajina ohitusleikkauksesta Ohitusleikkauksessa olleiden ja ohitusleikkausta odottavien kohtalotoverien seuraaminen
Huonokuntoisten ja kuolemansairaiden kohtalotoverien kohtaaminen	Kohtalotovereista häiriintyminen Kohtalotoverien tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden seuraaminen Kohtalotoverijoukon jäseneksi pääseminen
Kohtalotoverijoukon jäseneksi pääseminen ja siihen kuuluminen	Kohtalotoveruus terapeuttisena ja auttavana tapahtumana Oman ja kohtalotoverin terveydentilan vertaileminen
Miehisyyden korostaminen	
Kohtalotoveruus vertaistukena	Ahdistuneisuuden lievittyminen ja muuttuneeseen tilanteeseen sopeutuminen
Vertaistuki	Kohtalotoverin iän vaikutus saatuun vertaistukeen Kohtalotoverikeskustelujen ajallinen kesto ja keskustelunaiheet Sydäninfarktiedon saaminen kohtalotoverilta

### 5.2.3 Perhe

Perheelle sairastumisesta ilmoittaminen	Perheyhteyden katkeamisen pelkääminen
---	---------------------------------------



- Sairastumisesta ilmoittaminen vain läheisimmille ihmisille
- Sairastumisesta perheelle ilmoittamisen viivyttelyminen
- Perheen kohtaaminen sydänvalvontayksikössä
  - Perheen ensimmäinen tapaaminen sairaalassa
  - Ensimmäinen perheen kohtaaminen
  - Potilaan ja perheen kohtaamisen ja yhdessä olemisen rajoittaminen
  - Potilaan ja perheen lohduttaminen ja tukeminen
- Koti-ikävä
  - Koti-ikävän lievittyminen
  - Alituinen ohitusleikkauksen pohtiminen
- Puoliso
  - Puolison ensimmäinen tapaaminen sairaalassa
  - Henkinen hyvinvointi
  - Potilaan vaimolle suoritetun epäonnistuneen ohitusleikkauksen vaikutus potilaan kokemukseen
- Vaimon läsnä oloinen ja avun antaminen sairastumistilanteessa
  - Sairastumisesta vähätteleminen ja siitä vaimolle kertomisen välttäminen
  - Vaimo hätäilmoituksen tekijänä ja auttajana sairastumistilanteessa
- Seksuaalisuuden ja rakkauden ilmaiseminen ja kokeminen sairaalassa
  - Parin seksuaalinen kiihottuminen ja rakkauden kokeminen vierastunnin aikana
  - Seksuaalisen kiihottumisen pelkääminen ja siitä ahdistuminen
- Seksuaalisuuden ja rakkauden ilmaiseminen ja kokeminen sairauslomalla
  - Puolison vaikeneminen seksuaalisuudesta
  - Puolison ivasta ja halveksumisesta ahdistuminen ja loukkaantuminen
  - Puolison seksuaalisuuspelko ja siitä vapautuminen
- Miehisyys heikentyminen
- Hyvä ja toimiva parisuhde voimavarana
- Lapset
  - Pojan kohtaaminen ja hänelle sairastumisesta kertominen sairaalaan lähtemistilanteessa
  - Lasten ensimmäinen tapaaminen sairaalassa
- Perhe voimavarana
- Perheen kokemus kärsimys isän tai puolison sairastumisesta sydäninfarktiin
  - Perheen hyvinvoinnista huolestuminen
  - Perheen huolenpito isästä ja miehestä sairauslomalla
  - Perheen kärsimys ja siitä toipuminen
  - Perheen henkinen kasvu ja uudelleen suuntautuminen
  - Perheläheisyys
  - Perhe- ja parisuhderistiriidat
  - Perheen arki ja elämä isän tai miehen sairastumisen jälkeen

#### 5.2.4 Työtoverit

- Miestyötovereiden kohtaaminen sairastumistilanteessa ja välittömästi sairastumisen jälkeen
- Miestyötovereiden kohtaaminen sairaalassa
  - Hämmentävä ja epämiellyttävä kohtaaminen sairaalassa
  - Iloa tuottava ja mieluinen kohtaaminen sairaalassa
- Miestyötovereiden kohtaaminen työpaikalla sairauslomalla
  - Miestyötovereiden potilasta kohtaan osoittama mielenkiinto
  - Hyvän terveydentilan ja työkuuntoisuuden todistaminen työtovereille
  - Ahdistuneisuuden lievittyminen
  - Potilaan ja työtovereiden suhteen selkiytyminen
  - Työtovereille näyttyytymässä käyminen
- Terveydentilasta miestyötovereille kertomisen ennakoiminen
- Miestyötovereiden ja esimiesten suhtautuminen sydäninfarktiin sairastuneeseen työtoveriin
  - Sairaaksi ja vajaakykyiseksi leimautuminen työssä
- Sairaaksi leimautuminen työssä sairausloman jälkeen
- Ehdotus ruumiillisesti kevyeen työhön siirtymisestä

### 5.2.5 Ystävien kohtaaminen

#### Miesystävien kohtaaminen sairaalassa

- Yllättävä ja miellyttävä kohtaaminen
- Rasittava, uuvuttava ja piinallinen kohtaamistilanne

#### Miesystävien suhtautuminen potilaaseen sairastumisen jälkeen

- Potilaalle sairaala-ajan muistamattomuudesta ja sekavuudesta kertominen
- Sairastuneesta ystävästä huolenpitäminen ja välittäminen
- Toisen loukkaaminen välttäminen
- Todellisten ja aitojen ystävien erottuminen epäaidoista ystäväistä

#### Sydäninfarktitekemuksesta ystäville kertominen

#### Erakoituminen selviytymiskeinona sairauslomalla

- Omaan vaikean tilanteen pohtiminen ja selviytymiseen keskittyminen
- Erakoitumishalun väheneminen ja tapaamisahdistuksen ilmaantuminen

### 5.3 Potilaana, miehenä ja ihmisenä olemisen yhteensovittaminen

#### 5.3.1 Potilaana olemisen tunnusmerkit

##### Potilasasussa oleminen ja esiintyminen

- Persoonattomuus ja epäyksilöllisyys
- Helppotuneisuus hengissä selviytymisestä

##### Vuodepotilaana oleminen

- Puhdistautuminen ja siisteydestä huolehtiminen vuodelevon aikana ja sen jälkeen
- Vuodelepomääräyksen noudattamiseen sitoutuminen
- Vuodelevossa olemisen kokeminen
- Potilaan määrääminen ehdottomaan vuodelepoon ja liikkumiskieltoon akuuttihoitovaiheessa
- Virtsaaminen ja ulostaminen vuodelevon aikana
- Vuodelepopakko ja siitä vapautuminen

##### Halvaantumisen pelko

- Arvokkuuden menettäminen
- Äkkikuolema halvaantumista parempi vaihtoehto
- Kärsimyksen ilmaantuminen

##### Itsensä kokeminen tarpeettomaksi ja hyödyttömäksi

- Epätasa-arvoisuuden kokeminen suhteessa terveisiin ihmisiin
- Ylenkatseellisen, halveksivan ja epäkunnioittavan myötätunnon kohteeksi joutuminen
- Syällisyys ja rasitteena oleminen

##### Ohjattavana oleminen

- Hyvä ja riittävä ohjaaminen
- Kehno ja puutteellinen ohjaaminen
- Ruumiillista ja henkistä rasittumista koskevien ohjeiden noudattaminen

##### Jatkuva odottaminen

- Terveystilaa koskevan uuden tiedon saamisen odottaminen

#### 5.3.2 Potilaan kohtelemisen

##### Potilaaksi muuttunut ihminen

- Potilaana olemisen ja kohdatuksi tulemisen kokeminen
- Potilaaksi muuttuminen ja potilaana oleminen ja jälleen terveeksi muuttuminen

##### Ihmiskeskeinen ja sydänkeskeinen potilaan kohtelemisen

- Ihmiskeskeinen ja sydänkeskeinen potilaan kohtelemisen

##### Holhoaminen ja rajoittaminen

- Pettymysten heikentynyt sietäminen
- Potilaan kaavamainen, joustamaton ja epäsiällinen rajoittaminen sairaalassa
- Kielteisen holhoava potilaaseen suhtautuminen sairaalassa
- Rajoittamisen ja holhoamisen kokeminen ja ymmärtäminen sairaalassa

##### Syyllyttäminen

- Syyllyttävä ohjaaminen sairaalassa

- Syällisyyden kokemisen vaikutus toipumisen hidastumiseen
- Syällisyyskokemukselta välttyminen
- Perheeseen ja parisuhteeseen liittyvä syällisyys
- Syällisyyden käsitteleminen ja lieventyminen
- Rohkaiseminen
  - Rohkeuden saaminen uskosta Jumalaan
  - Puoliso rohkaisemisen lähteenä
  - Hoitamisen ja kohtelemisen rohkaisevuus
  - Rohkeuden lisääntyminen toipumisen edistyessä
- Potilaan nöyryyttäminen ja alistaminen
  - Täydelliseen vuodelepoon nöyrtyminen
  - Lääkkeiden pitkäaikainen nauttimiseen nöyrtyminen
  - Uuteen sydäninfarktiin sairastuminen
- Itsensä kokeminen tarpeettomaksi ja hyödyttömäksi
- Jatkuva epävarmuus ja epätietoisuus
  - Tulevaisuusepävarmuus ja -epätietoisuus
  - Toipumisepävarmuus ja -epätietoisuus
  - Kalvava ja riuduttava epävarmuus ja epätietoisuus
  - Epävarmuuden ja epätietoisuuden lievittyminen ja häviäminen
- Herkistyminen ja mielialan vaihtelevuus
  - Mielialan voimakas vaihtelevuus
  - Tunnetilojen vaikutukset elämästä nauttimiseen
  - Otteen saaminen elämästä
  - Herkkätunteiseksi muuttuminen ja voimakas mielialan ailahtelevuus
  - Mielen pahoittaminen ja loukkaantuminen
  - Herkistyminen ruumiillisten tuntemusten havainnoimiseen
- Huumorin avulla vaikeista tilanteista selviytyminen
  - Huumorin avulla ahdistavista ja kiusallisista tapahtumista selviytyminen sairaalassa
  - Huumorin avulla uusista, ahdistavista ja kiusallisista tapahtumista selviytyminen sairauslomalla
- Toivon ja epätoivon vaihtelevuus
  - Toivon säilyttäminen ja vahvistuminen
  - Epätoivoon vaipuminen
- Haavoittuvuus
- Hoitamisen kohteena oleminen
- Elämästä nauttiminen ja elämisen pelko
  - Sairastumisen kohtaaminen, sairautteen sopeutuminen ja uskaltaminen elää
  - Elämästä nauttimiseen rohkaistuminen
  - Epäterveellisistä nautinnoista luopuminen ja kieltäytyminen
- Yksinäisyys ja yksin oleminen
  - Sairastumishetkellä toisten seurassa oleminen
  - Yksin olemisen ja yksinäisyyden kokeminen yhden hengen potilashuoneessa
  - Yksinäisyyden kokeminen sairauslomalla
  - Yksinäisyyskokemuksen lievittäminen
  - Yksin oleminen voimavarana ja selviytymiskeinona
- Sekavuuden ja levottomuuden ilmaantuminen
- Sairastumisesta aiheutuneet myönteiset kokemukset
  - Sairastamisen ja elämän pohtiminen

#### 5.3.4 Tulevaisuus

- Tulevaisuusepävarmuus ja -epätietoisuus
- Epävarmuus ja epätietoisuus hengissä selviytymisestä
- Tulevaisuuden kuvittelemisen ja suunnittelemisen vaikeus
- Työhön palaamiseen tai eläkkeelle joutumiseen liittyvä epävarmuus
- Toipumisepävarmuus ja -epätietoisuus

## ***Analyysivaihe 9: Esimerkki ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkisen rakenteen tarkistamisesta ja täydentämisestä***

Esimerkki kuvaa Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet –yläsisältöalueen ja Kohtalo- ja potilastoverit sairaalassa –alasisältöalueen lopullista muotoutumista, kun siihen on siirretty asiaankuuluvia sydäninfarktikoekemuksen ilmauksia.

### 5.2 Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet

#### 5.2.2 Kohtalo- ja potilastoverit sairaalassa

*Kohtalotovereiden kanssa oleminen samassa tilassa ja heidän seuraaminen päivystyspoliklinikalla*

#### Potilastovereiden heikosta terveydentilasta ahdistuminen

**Kriittisesti sairaiden potilastovereiden kanssa oleminen.** Vakavasti sairastuneiden ja vammautuneiden potilastovereiden näkemisen ja heidän valituksen kuulemisen potilas koki kammottavana ja hämmentävänä. Potilaan tuskaisuutta aiheuttivat ja lisäsivät potilastovereiden levottomuus, humalatile, potilaiden eristäminen ja hoitajan puhuminen rasittavasta ja pelottavasta työvuorosta.

**Tottumattomuus potilaana olemiseen.** Potilaan paha olo aiheutti potilastovereiden lähellä oleminen, koska hän ei ollut aikaisemmin tottunut olemaan sairaiden kanssa eikä koskaan aikaisemmin ollut sairaalassa potilaana.

#### Oman terveydentilan suhteuttaminen potilastovereiden terveydentilaan

Potilaan seurattessa potilastovereiden hoitamista ja tehdessä havaintoja heidän terveydentilastaan, hän alkoi pitää omaa sairautaan lievänä ja potilastovereita kriittisesti sairastuneina.

**Monen henkilön potilassalissa oleminen.** Potilas koki ahdistavana olemisen monen henkilön potilassalissa suuren potilasmäärän, melun ja monenlaisen toiminnasta johtuvien häiriöiden vuoksi. Esimerkiksi potilaalle saattoi ilmaantua häiriöiden seurauksena nukkumisvaikeuksia. Toisaalta toinen potilas koki miellyttävänä kahden henkilön potilashuoneesta useamman henkilön potilashuoneeseen pääsemisen.

**Sydäninfarktipotilaiden sijoittaminen samalle sisätautien vuodeosastolle.** Potilaan mielestä kaikki sydäninfarktipotilaan olisi pitänyt sijoittaa samalle vuodeosastolle, jotta he olisivat voineet keskustella ja jakaa toistensa kanssa sydäninfarktikoekemusta. Potilas koki epäonnistuneena ratkaisuna, että asunnottomat ja vanhuspotilaat sijoitettiin samalle vuodeosastolle sydäninfarktipotilaiden kanssa.

#### Oman paikan ja aseman löytäminen sekä sopeutuminen potilaana olemiseen

Potilas koki sisätautien vuodeosastolle saapumisen ja siellä olemisen miellyttävänä ja helppona. Aluksi hän havainnoi potilashuoneen tapahtumia. Hän huomasi, että jokaisen potilaan piti löytää paikkansa ja asemansa potilashuoneessa. Oman paikan ja aseman löytäminen kohtalotovereiden joukossa oli yleensä helppoa.

#### Pelkääminen ja ahdistuminen

Sisätautien vuodeosastolla oli paha olla. Potilas pelkäsi kuolemaa ja koki vuodeosaston tapahtumat ahdistavina ja pelottavina. Potilaan kokemaa pelkoa ja ahdistuneisuutta lisäsi huonokuntoisten kohtalotovereiden äänekkyys.

**Varjoainetutkimuspotilaiden kanssa keskusteleminen.** Ennen varjoainetutkimusta koettiin myönteisenä ja rauhoittavana varjoainetutkimuksessa olleiden potilaiden kanssa keskusteleminen. Erityisen rauhoittavana koettiin, että kaikki varjoainetutkimuspotilaat kertoivat toimenpiteestä yhdenmukaisesti. Paha olo lievitti havainto, että potilaat olivat hyvässä kunnossa tutkimuksen jälkeen. Varjoainetutkimuspotilaiden antama tieto oli tärkeää, koska se auttoi vertaamaan heiltä saatua tietoa omaan ennakkokäsitykseen ja jäsentämään tilannetta uuden tiedon avulla.

**Hoitavilta ihmisiltä ja varjoainetutkimuspotilailta saadun tiedon vertaileminen.** Hoitavien ihmisten ja varjoainetutkimuspotilaiden antama yhdenmukainen tieto tutkimuksesta koettiin rauhoittavana, vaikka tieto sisällöltään oli osittain erilaista. Hoitavat ihmiset keskittyivät pääasiassa tutkimuksen tekniseen suorittamiseen ja tutkimuksen kulun

kuvaamiseen, mutta varjoainetutkimuspotilaat puhuivat omista tutkimuskokemuksistaan. Varjoainetutkimuspotilaan antamaa tietoa pidettiin luotettavampana kuin hoitavan ihmisen antamaa tietoa, koska varjoainetutkimuspotilas puhui oman kokemuksensa perusteella.

**Varjoainetutkimuksesta kertovan videon katsominen.** Varjoainetutkimuksesta kertovan videon katsominen ja varjoainetutkimuspotilaiden kanssa keskusteleminen ennen tutkimusta täydensivät toisiaan ja auttoivat muodostamaan kokonaiskäsityksen toimenpiteestä. Tämän seurauksena potilaan kokema pelko lievittyi. Tutkimuksessa käytettyjen laitteiden näkeminen videolla auttoi tutkimustapahtuman pohtimisessa ja jäsentämisessä.

*Kokemustiedon, teknisen tiedon, lääketieteellisen tiedon ja teoreettisen tiedon saaminen sydämen ohitusleikkauksesta*

#### Ohitusleikkauspotilas tiedonantajana

**Ohitusleikkauspotilaan antaman kokemustiedon arvostaminen ja siihen luottaminen.** Omakohtaisen kokemuksen vuoksi potilas arvosti ja luotti enemmän ohitusleikkauspotilaan antamaan tietoon kuin lääkärin tai muun hoitavan ihmisen antamaan tietoon. Omakohtaisen kokemuksen ansiosta ohitusleikkauspotilas pystyi antamaan sellaista tietoa, jota kaipasi ja tarvitsi. Tämän tiedon avulla hän alkoi jäsentää ohitusleikkaustapahtumaa ja valmistautua siihen.

Potilas koki hyvin myönteisenä ohitusleikkauspotilaan kanssa keskustelemisen ja kokemustiedon saamisen. Hänen mielestään kaikilla ohitusleikkausta odottavilla potilailla olisi tullut olla mahdollisuus osallistua ryhmään, jossa ohitusleikkauspotilas kertoisi kokemuksistaan ja häneltä voisi kysyä askarruttavista asioista.

**Kokemustiedon pitäminen teknistä, teoreettista ja lääketieteellistä tietoa tärkeämpänä.** Potilaan mielestä oli tärkeää saada ohitusleikkauksesta kokemustietoa sellaiselta ihmiseltä, joka oli kokenut sen omakohtaisesti. Leikkaukseen valmistautuakseen hän piti vähemmän tärkeänä yksityiskohtaisen teknisen, teoreettisen ja lääketieteellisen tiedon saamisen. Tiedonantajan lähestymistapaan vaikutti merkittävästi se, mistä lähtökohdista käsin hän antoi tietoa.

**Kokemustiedon aitous ja todenmukaisuus.** Ohitusleikkauspotilaan kanssa keskustellessaan potilas huomasi, että kerrotut asiat olivat aitoja ja totuudenmukaisia. Totuuden kuuleminen rauhoitti, lisäsi turvallisuuden tunnetta ja luottamusta ohitusleikkausta kohtaan.

**Kokemustiedon ymmärrettävyys ja selkeys.** Ohitusleikkauspotilas kertoi ohitusleikkauksesta ymmärrettävästi ja selkeästi. Potilaan oli helppo mieltää ohitusleikkaustapahtuma, koska ohitusleikkauspotilas kertoi siitä vaiheittain ja johdonmukaisesti. Ymmärrettyään, mistä ohitusleikkauksessa oli kyse, potilas alkoi uskoa terveydentilan paranemiseen ohitusleikkauksen jälkeen.

**Virheellisten käsitysten korjaaminen kokemustiedon perusteella.** Ohitusleikkauspotilaan kanssa keskusteleminen auttoi potilasta korjaamaan virheellisiä käsityksiä. Tämän seurauksena ohitusleikkauksen pelko ja -ahdistus lievittyivät.

**Kokemustiedon saaminen leikkaukspäivän tapahtumista.** Potilas sai asiallista kokemustietoa yleisanestesian antamista edeltävistä tapahtumista ja terveydentilasta yleisanestesiasta heräämisen jälkeen sekä kipulääkityksestä. Potilas ei ollut kovin kiinnostunut leikkaussaliin viemisestä, yleisanestesian antamisesta ja nukahtamisesta ja yleisanestesian aikaisista tapahtumista.

#### Hoitavat ihmiset tiedonantajina ohitusleikkauksesta

**Teoreettisen ja teknisen tiedon saaminen ohitusleikkauksesta.** Lääkäri kertoi hyvin ja selkeästi ohitusleikkauksen tekniikasta suorittamisesta. Hän antoi myös teoreettista tietoa ohitusleikkauksesta.

**Kokemustiedon puuttuminen.** Lääkäri keskusteli potilaan kanssa ohitusleikkauksesta, mutta potilas koki lääkärin kanssa keskustelemisen jossain määrin hyödyttämänä. Tämä johtui siitä, että lääkäri ei pystynyt ymmärtämään ohitusleikkauspotilaan kokemuksia sellaisena kuin potilas itse ne koki, koska häneltä puuttui omakohtainen kokemus ohitusleikkauksesta. Omakohtaisen kokemuksen puuttumisen vuoksi lääkäri ei pystynyt käsittelemään kokemuksia potilaan kanssa.

**Tiedon pitäminen epäluotettavana.** Potilas piti hoitavien ihmisten antamaa ohitusleikkaustietoa epäluotettavana, koska hänen havaintojensa mukaan annettu tieto vastasi heikosti todellisuutta.

Potilas huomasi, että annettu tieto ei ollut täysin totuudenmukaista, vaan tietoa vääristeltiin todellisuutta myönteisemmäksi ja lohduttavammaksi. Näin toimittiin, koska uskottiin sen rauhoittavan potilasta.

#### Ohitusleikkauksessa olleiden ja ohitusleikkausta odottavien kohtalotoverien seuraaminen

**Ohitusleikkauksen suorittaminen myöhäisessä vaiheessa.** Potilaan kokema epävarmuutta lisäsi havainto, että useille kohtalotovereille ohitusleikkaus suostuttiin tekemään vasta, kun sairaus oli edennyt pitkälle ja potilaan terveydentila oli heikko. Huonon lähtötilanteen vuoksi useat kohtalotoverit eivät toipuneet ohitusleikkauksen jälkeen sairastumista edeltävään terveydentilaan.

**Epätoivoinen ohitusleikkauksen odottaminen.** Potilas koki ahdistavana kohtalotoverien ahdistuneisuuden, kuolemanpelon ja sairauden etenemisen seuraamisen heidän odottaessaan ohitusleikkaukseen pääsemistä. Potilas ymmärsi, että sellaisilta potilailta, jotka olivat itse aiheuttaneet sairastumisen epäterveellisillä elintottumuksilla, kuten esimerkiksi tupakoimisella, saatettiin evätä ohitusleikkaukseen pääseminen.

#### *Huonokuntoisten ja kuolemansairaiden kohtalotoverien kohtaaminen*

##### Kohtalotovereista häiriintyminen

**Kohtalotoverien äänekkyyks, levottomuus ja sekavuus.** Huonokuntoiset ja kuolemansairaavat kohtalotoverit häiritsivät toisia potilaita äänekkyyden, kuorsaamisen ja korisemisen vuoksi sisätautien vuodeosastolla. Kohtalotoverit, joilta oli evätty sydämen ohitusleikkaukseen pääseminen, pelkäsivät kuolemaan ja huusivat öisin nukkueksaan. Potilas ei pystynyt nukkumaan potilashuoneen levottomuuden ja metelin vuoksi.

Potilaan mielestä oli omituista, että osa kohtalotovereista pystyi nukkumaan päivällä, mutta yöllä he eivät nukkuneet, vaan olivat sekavia, levottomia ja äänekkäitä. Potilas oletti, että osittain kohtalotoverin sekavuus, levottomuus ja äänekkyyks oli tietoista sairaanhoitajan kiusaamista.

**Kohtalotovereihin totuttautuminen.** Sisätautien vuodeosastolla päästyään potilas oli aluksi kahden henkilön potilashuoneessa, josta hänet myöhemmin siirrettiin isoon potilassaliin. Potilas oli tyytyväinen, että hän sai totutella sisätautien vuodeosastoon olemalla kahden henkilön potilashuoneessa. Jouduttuaan isoon potilassaliin hän häiriintyi jatkuvasta uusien potilaiden saapumisesta ja potilastoverien äänekkyydestä. Tämän seurauksena hän nukkui huonosti.

##### Kohtalotoverien tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden seuraaminen

**Kuolemansairaiden kohtalotoverin seuraaminen.** Potilaasta oli tuskallista ja ahdistavaa seurata epätoivoisessa tilassa olevia kuolemansairaita kohtalotovereita, jotka pyysivät lääkettä hätään, ahdistuneisuuteen ja kipuun.

**Nöyrän ja alistuvan kohtalotoverin seuraaminen.** Potilaasta oli ahdistavaa seurata kohtalotoveria, joka yritti olla nöyrä ja alistua kohtaloonsa ilman, että olisi vaivannut hoitavia ihmisiä. Hän yritti olla vaivaamatta hoitavia ihmisiä pahalla olollaan ja pyysi apua vasta viime hetkellä ennen äärimmäistä tuskaisuutta, ahdistuneisuutta ja rintakipua. Tällöinkin kohtalotoveri oli vaivautunut pyytäessään apua ja pyysi anteeksi joutuessaan vaivaamaan hoitavia ihmisiä.

##### Kohtalotoverijoukon jäseneksi pääseminen

Potilaan oli paha ja ahdistava olla yhden hengen potilashuoneessa, koska se merkitsi potilaalle, että terveydentila oli epävakaa. Useamman henkilön potilashuoneeseen ja kohtalotoverien joukkoon pääsemistä potilas piti osoituksena siitä, että hänen terveydentila oli vakaa ja näin hän ei ollut vaarallinen tai uhka toisille. Kohtalotoverien joukkoon pääseminen tuntui hyvälle ja lievitti ahdistuneisuutta sekä oli yksi merkittävimmistä muutoksista, mitä sairaalassa ollessa tapahtui.

Kohtalotoverien joukossa olleessaan potilas havaitsi, että kohtalotoverit olivat persoonallisuudeltaan erilaisia ihmisiä. Jotkut olivat vilkkaita, toiset taas vähäpuheisia ja umpimielisiä. Miessydäninfarktipotilaille yhteisiä piirteitä olivat kilpailu sairaimman potilaan asemasta ja halu parantua. Paranemishalun vuoksi kohtalotovereissa ei ilmennyt laitostumisen piirteitä.

### *Kohtalotoverijoukon jäseneksi pääseminen ja siihen kuuluminen*

#### Kohtalotoveruus terapeuttisena ja auttavana tapahtumana

**Pahan olon lievittyminen ja virkistyminen.** Sisätautien vuodeosastolla kohtalotovereiden joukkoon pääseminen oli merkittävä paha oloa lievittävä kokemus. Kohtalotovereiden kanssa oleminen samassa potilashuoneessa lievitti yksin olemisen aiheuttamaa ahdistuneisuutta, koska tällöin potilas ei enää alituisesti odottanut jotain epämääräisen paha tapahtuvan. Potilas koki rauhoittavana sisätautien vuodeosastolle pääsemisen, kohtalotovereiden kanssa keskustelemisen ja eri tavalla sairauden kohtalotovereiden selviytymisen näkemisen. Erityisesti kohtalotovereiden selviytymisen havaitseminen rauhoitti potilasta. Kohtalotovereiden kanssa keskusteleminen virkisti ja lisäsi potilaan uskoa omaan toipumiseen.

**Kohtalotovereiden vaikutus lisääntyneeseen hyvinvointiin.** Kohtalotoverijoukossa oleminen edisti potilaan kokemaa hyvinvointia syvällisesti ymmärretyksi tulemisen vuoksi. Potilas koki, että kohtalotoverit ymmärsivät toisiaan paremmin kuin heidän perheenjäsenensä, koska he olivat kokeneet ja jakaneet samanlaisen voimakkaan kokemuksen, jota ulkopuolisen oli vaikea ymmärtää sellaisena kuin asianomainen sen koki.

**Kohtalotovereiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen auttamismenetelmänä.** Potilaan mielestä sisätautien vuodeosastolla kohtalotovereiden välistä vuorovaikutusta olisi tullut tietoisesti edistää, koska aktiivinen sydäninfarkti-kokemuksesta keskusteleminen auttoi ymmärtämään ja jäsentämään omaa tilannetta realistisesti.

**Sydäninfarktipotilaiden sijoittaminen sairaalassa.** Potilaan mielestä kaikki sydäninfarktipotilaat olisi sairaalassa pitänyt sijoittaa samalla vuodeosastolle, jotta heillä olisi ollut mahdollisuus keskustella ja jakaa sydäninfarktikokemus. Potilaille oli auttava ja myönteinen kokemus, että sisätautien vuodeosastolla miessydäninfarktipotilaista muodostui kiinteä kohtalotoverijoukko, jota yhdisti vaikea henkilökohtainen kokemus.

**Pitkästyminen, ikävystyminen ja kyllästymisen väheneminen.** Potilaan pitkästyminen, ikävystyminen ja kyllästymisen vähenivät sekä potilas koki ajan kulumisen nopeutuvan, kun hän sai keskustella kohtalotovereiden kanssa sairaudesta ja erilaisista elämäntapahtumista.

#### Oman ja kohtalotoverin terveydentilan vertaileminen

**Kohtalotovereiden ja heikko terveydentila lohdutuksen lähteenä.** Potilas ja kohtalotoverit keskustelivat aktiivisesti ja omaa terveydentilaa toisen terveydentilaan vertaillen. Hän koki lohduttavaa, että joidenkin kohtalotovereiden terveydentila oli heikompi kuin hänen terveydentilansa. Tämä perustui siihen, että nähtyään heikkokuntoisten kohtalotovereiden toipumisen, hän alkoi uskoa omiin toipumismahdollisuuksiinsa. Tästä oli esimerkkinä havainto, että yhden raskaus-EKG:stä tulleen potilaan terveydentila oli merkittävästi heikompi kuin hänen oma terveydentilansa vastaavassa tilanteessa.

**Kohtalotoverit vähittäinen toipuminen huonosta terveydentilasta huolimatta.** Sydäninfarktintilasta saatuaan osa kohtalotovereista oli ollut tajuttomana. Potilas oletti, että tajuttomana olleet kohtalotoverit pärjäisivät paremmin kuin sellaiset, jotka eivät olleet tajuttomana missään sairauden vaiheessa. Nähdessään huonokuntoisen kohtalotoverin toipumisen, potilas alkoi uskoa, että hänen sairastamansa sydäninfarkti ei ehkä ollutkaan niin paha kuin hän aluksi oli arvellut.

### *Miehisyys korostaminen*

**Heikon ja haavoittuneen miehisyyden vahvistaminen.** Potilas huomasi, että jotkut kohtalotoverit yrittivät vahvistaa heikkoa ja haavoittunutta miehisyyttä puhumalla karkeasti, irstaasti, ronskisti ja epäsiivertävästi seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Tällaisella puheella mies yritti osoittaa kohtalotoverilleen olevansa niin hyvässä kunnossa, että hän pystyisi edelleen seksuaalisesti hyvään ja suoriutukseen. Näiden miesten puhe oli erityisen karkeaa silloin, kun kohtalotoverit olivat keskenään potilashuoneessa.

**Naishoitajien kiusaaminen.** Jotkut kohtalotoverit kiusasivat naishoitajia kertomalla heille ronskeja juttuja. Potilas oletti, että heidän tavoitteena oli saada naishoitajat hämilleen. Esimerkiksi yksi kohtalotoveri kertoi naishoitajalle, että hän ei suostu ottamaan naishoitajan tuomaa virtsapulloa, koska sen suuaukko oli liian pieni hänen suurelle penikselleen.

*Kohtalotoveruus vertaistukena*Ahdistuneisuuden lievittyminen ja muuttuneeseen tilanteeseen sopeutuminen

**Ahdistuneisuuden lievittyminen, sairauteen tottuminen ja sen hyväksyminen.** Kohtalotoverin kanssa oleminen ja keskusteleminen lievitti potilaan ahdistuneisuutta, auttoi totuttamaan työstä poissa olemiseen, auttoi hyväksymään sairastumisen tapahtuneena tosiasiana ja lievitti sairastumisen kokemista epäoikeudenmukaisena ja julmana tapahtumana. Lisäksi se lievitti potilaan kokemaa epävarmuutta.

**Rauhoittuminen.** Potilas rauhoittui henkisesti vuodeosastolla päästyään keskustelemaan kohtalotovereidensa kanssa sydäninfarktista ja sairastumisesta. Potilaan mielestä kohtalotovereidensa kanssa kommunikointi oli helppoa ja vaivatonta. Hänellä oli mielestään paljon kohtalotoverikontakteja.

**Vertaistuen sisältö.** Henkisen tuen saaminen, kohtalotoverijoukkoon hyväksytyksi tuleminen ja yksin olemisen väheneminen oli tärkeää vertaistukea.

**Pelon lievittyminen.** Kohtalotovereidensa kanssa keskusteleminen kokemuksista, terveydentilasta, voinnista ja sairauden jälkeisestä pärjäämisestä ei lisännyt pelkoa, vaan päinvastoin lievitti sitä.

**Arkojen aiheiden ja syvällisen keskustelun välttäminen.** Yleensä potilaat keskustelivat sairastumisesta sangen yleisellä tasolla ja aiheen syvällistä käsittelemistä välttämällä. Tämä perustui oletukseen siitä, että sydäninfarktikoemuksen syvällinen käsitteleminen olisi voinut lisätä ahdistuneisuutta, huolta, pelkoa ja vaarassa olemisen kokemusta.

**Syvällinen keskusteleminen.** Osa potilaista keskusteli sydäninfarktikoemuksista varsin syvällisesti ilman, että se olisi aiheuttanut merkittävää ahdistuneisuutta. Tällaisessa tilanteessa ilmaantuneen ahdistuneisuuden lievittämiseksi käytettiin huumoria.

*Vertaistuki*

Potilas arvioi omaa terveydentilaa ja sairaudesta selviytymistä vertaamalla sitä kohtalotovereidensa terveydentilaan ja selviytymiseen. Hän huomasi, että useiden kohtalotovereidensa terveydentila oli heikompi kuin hänen terveydentilansa. Näiden kohtalotovereidensa selviytymisen potilas koki lohduttavana, koska se lisäsi uskoa omaan selviytymiseen. Potilas koki lohduttavana kohtalotovereidensa kanssa keskustelemisen sydäninfarktikoemuksista ja heikosta terveydentilasta, koska tällöin hän sai jakaa kokemuksensa sellaisten ihmisten kanssa, jotka ymmärsivät sitä omakohtaisen kokemuksen perusteella. Kohtalotovereidensa kanssa keskusteleminen lievitti ja vähensi sairauden kokemista vääryytenä, epäoikeudenmukaisuutena ja julmana kohtalona. Tämä kokemus oli ilmaantunut tuskan ja rintakivun hävittyä ja potilaan huomattua selviytyneensä hengissä sydäninfarktista.

Kohtalotoverin iän vaikutus saatuun vertaistukeen

Samankäisten kohtalotovereidensa kanssa oli miellyttävää keskustella, jakaa kokemuksia sairastumisesta ja helppoa ymmärtää heidän kokemuksiaan. Iäkkäiden kohtalotovereidensa kanssa oli vaikeaa keskustella, koska heidän kokemuksensa olivat erilaisia ja niitä oli vaikea ymmärtää.

Kohtalotoverikeskustelujen ajallinen kesto ja keskustelunaiheet

**Ajallisesti pitkäkestoiset keskustelutapahtumat.** Kohtalotovereidensa käymät sydäninfarktikeskustelut olivat usein ajallisesti pitkäkestoisia. He saattoivat päivittäin keskustella aiheesta jopa useita tunteja. Keskusteluissa käsiteltiin mm. pallolaajennushoitoa, tulevaisuutta, sydämen terveydentilaa ja sairastumisen jälkeistä elämäntilannetta. Harrastuksista, työstä ja lääkähoidosta selviytyminen olivat myös keskeisiä keskusteluteemoja. Tärkein keskustelun- ja huolenaihe oli kuitenkin sydäninfarktista eloon jääminen. Vähemmän tärkeitä keskustelunaiheita olivat rauhallisesti liikkumaan oppiminen, ylipainon vähentäminen ja terveellisten ravintotottumusten oppiminen.

**Keskustelun välttäminen mieheydestä ja seksuaalisesta kyvykkyydestä.** Merkittävä havainto oli, että kohtalotoverit eivät keskustelle sydäninfarktista vaikutuksesta mieheyteen, seksuaalisuuteen ja seksuaaliseen kyvykkyyteen, vaikka ne olivat miehenä olemisen kannalta merkittäviä ilmiöitä. Tätä saattoi ymmärtää sillä, että mieheyteen ja seksuaalisuuteen liittyvät teemat eivät olleet vielä ajankohtaisia tai toisaalta niistä keskusteleminen oli liian ahdistavaa ja paljastavaa. Tällöin pyrkimys välttää aiheen käsittelemistä saattoi olla keino välttää ahdistuneisuutta.



### Sydäninfarktitiiedon saaminen kohtalotoverilta

**Sydäninfarktin ymmärtäminen uuden tiedon avulla.** Keskustellessaan kohtalotoverin kanssa sydäninfarktitekemuksesta potilas sai uutta tietoa sydäninfarktista yleensä ja sen hoitamisesta. Uusi tieto auttoi potilasta ymmärtämään, että kyseessä ei ollut niin vakava sairaus kuin hän oli alun perin olettnut. Sydäninfarktitiiedon saaminen auttoi ymmärtämään sairautta ja siihen liittyviä kokemuksia, mutta se ei aiheuttanut pelkoa.

**Tiedon saaminen tutkimuksista ja jälkihoidosta.** Potilas sai kohtalotovereilta paljon tietoa sydäninfarktipotilaalle tehtävistä tutkimuksista ja jälkihoidosta. Hän koki rauhoittavana, että kohtalotoverit kertoivat tutkimuksista yhdenmukaisesti. Kohtalotovereilta saatua tietoa potilas vertasi ennakkokäsitykseensä ja yritti kehittää tämän perusteella itselleen hyvin toimivan sovelluksen toimintansa tueksi.

**Kohtalotoverin ja hoitavan ihmisen antaman tiedon keskinäinen vertaileminen.** Saatuaan sydäninfarktitiiedon sekä kohtalotovereilta että hoitavilta ihmisiltä, potilas vertaili tietoa ja yritti löytää sieltä ristiriitaisuuksia. Potilas totesi, että vaikka hänen saamansa tieto oli pääsääntöisesti yhdenmukaista, siinä oli kuitenkin jonkin verran ristiriitaisuuksia. Tiedon ristiriitaisuus saattoi perustua siihen, miten kohtalotoveri ja hoitava ihminen asiaa lähestyivät. Kohtalotoveri kertoi omasta, subjektiivisesta kokemuksestaan sellaisena kuin hän potilaana, miehenä ja ihmisenä sen koki. Lääkäri kertoi koulutuksensa ja hoitamiskokemuksensa perusteella ja tarkasteli pääasiassa hoitamisen teknisiä yksityiskohtia. Potilas luotti enemmän kohtalotoverin kuin hoitavien ihmisten antamaan sydäninfarktitiiedon.

**Tiedon saaminen sydämen ohitusleikkauksesta.** Ohitusleikkauspotilas vastasi kohtalotovereiden esittämiin kysymyksiin asiallisesti ja ymmärrettävästi sekä kertoi lääkäriä perusteellisemmin ja totuudenmukaisemmin ohitusleikkausta-pahtumasta. Häntä pyydettiin kertomaan leikkausta edeltävistä tapahtumista ja nukuttamisesta sekä terveydentilasta, kivusta ja kokemuksista leikkauksen aikana. Ohitusleikkauspotilas kumosi kohtalotovereiden ahdistavan oletuksen leikkauksen jälkeisistä ankarista kivuista kertomalla hyvästä kivun hoitamisesta. Erityisen merkittävänä potilas koki tiedon saamisen sellaiselta ihmiseltä, joka oli kokenut ohitusleikkauksen omakohtaisesti.

Ohitusleikkauspotilaalta saadun tiedon avulla potilas muodosti kokonaiskuvan ohitusleikkaustapahtumasta. Tieto auttoi potilasta leikkaukseen valmistautumisessa, sen pitämisessä oikeana ja turvallisena hoitamismenetelmänä. Lisäksi menetelmällisesti ja sisällöllisesti hyvin ja oikein annettu tieto lisäsi potilaan uskoa ja luottamusta leikkausta kohtaan sekä vähensi siihen liittyvää pelkoa. Asiallisen tiedon ansiosta potilas alkoi suhtautua tulevaisuuteen aikaisempaa myönteisemmin.

Potilaan mielestä kaikille sydäninfarktipotilaille olisi pitänyt järjestää tapaamis- ja keskustelutilaisuus, jossa sydämen ohitusleikkaus olisi yksi käsiteltävistä asioista.

### ***Analyysivaihe 9:n etenemisen kuvaus:***

Yhdeksännnen analyysivaiheen tuloksena syntyi aluksi seuraavanlainen miehen sydäninfarktitekemuksesta kuvaava ylä- ja alaisältöalueiden hierarkkinen rakenne:

- 5.1 Sydäninfarktiin sairastuminen, hoitoon pääseminen ja hoidosta irtautuminen (*yläisältöalue*)
  - 5.1.1 Sairastumisen havaitseminen ja toiminta sairastumistilanteessa (*alasisältöalue*)
  - 5.1.2 Potilaaksi pääseminen ja hoidon saaminen (*alasisältöalue*)
  - 5.1.3 Sairaalasta kotiutuminen, kotiin asettuminen sekä sairauslomalla oleminen (*alasisältöalue*)
  - 5.1.4 Jatkotutkimukset ja -hoito (*alasisältöalue*)
- 5.2 Miessydäninfarktipotilaalle tärkeit ihmiset ja ihmissuhteet (*yläisältöalue*)
  - 5.2.1 Sydäninfarktipotilaita hoitavat ammattihenkilöt (*alasisältöalue*)
  - 5.2.2 Kohtalo- ja potilastoverit sairaalassa (*alasisältöalue*)
  - 5.2.3 Perhe (*alasisältöalue*)
  - 5.2.4 Työtoverit (*alasisältöalue*)
  - 5.2.5 Ystävien kohtaaminen (*alasisältöalue*)
- 5.3 Potilaana, miehenä ja ihmisenä olemisen yhteensovittaminen (*yläisältöalue*)
  - 5.3.1 Potilaana olemisen tunnusmerkit (*alasisältöalue*)
  - 5.3.2 Potilaan kohteileminen (*alasisältöalue*)
  - 5.3.4 Tulevaisuus (*alasisältöalue*)

Analyyysiä jatkoin tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien ohjaamana. Edellä kuvatun hierarkkisen rakenteen asianmukaisuuden varmistin siten, että tarkensin yläisältöalueiden Sydäninfarktiin sairastuminen, hoitoon pääseminen

ja hoidosta irtautuminen (5.1), Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet (5.2) ja Potilaana, miehenä ja ihmisenä olemisen yhteensovittaminen (5.3). suhdetta alasisältöalueisiin. Tässä vaiheessa havaitsin, että miehen sydäninfarktinkokemusta kuvaavaa ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkista rakennetta oli vielä tarpeellista täsmentää, koska sen perusteella ei saatu tyydyttävää ja tieteellisesti pätevää vastausta tutkimustehtäviin.

Jatkoin analyysiä siten, että tarkastelin em. alasisältöalueita ja niiden sisältöä uudelleen. Tämän perusteella muodostin alasisältöalueista uusia alasisältöalueita. Asetin saman ilmiön piiriin kuuluvat alasisältöalueet toistensa yhteyteen ja tarkensin niiden nimet. Tämän tarkennuksen perusteella nimesin myös uusia yläsisältöalueita. Alasisältöalueet Työtoverit (5.2.4) ja Ystävien kohtaaminen (5.2.5) sisälsi aineistoa, joka vastasi heikosti tutkimustehtäviin. Näiden alasisältöalueiden relevantin sisällön siirsin muihin asianmukaisiin alasisältöalueisiin.

Täsmentyneiden yläsisältöalueiden hierarkkisen rakenteen muodostuminen:

5.1 Kuolemanvaarassa oleminen (yläsisältöalue) *muodostui seuraavista analyysivaiheen 9 alussa syntyneistä ylä- ja alasisältöalueista:*

5.1 Sydäninfarktiin sairastuminen, hoitoon pääseminen ja hoidosta irtautuminen (yläsisältöalue)

5.1.1 Sairastumisen havaitseminen ja toiminta sairastumistilanteessa (alasisältöalue)

5.1.2 Potilaaksi pääseminen ja hoidon saaminen (alasisältöalue)

5.3 Potilaana, miehenä ja ihmisenä olemisen yhteensovittaminen (yläsisältöalue)

5.3.2 Potilaan kohtelevinen (alasisältöalue)

5.3.4 Tulevaisuus (alasisältöalue)

5.2 Hoidonantajien ominaisuudet (yläsisältöalue) *muodostuivat seuraavista analyysivaiheen 9 alussa syntyneistä ylä- ja alasisältöalueista:*

5.2 Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet (yläsisältöalue)

5.2.1 Sydäninfarktipotilaita hoitavat ammattihenkilöt (alasisältöalue)

5.3 Sairaalapotilaaksi joutuminen (yläsisältöalue) *muodostui seuraavista analyysivaiheen 9 alussa syntyneistä ylä- ja alasisältöalueista:*

5.3 Potilaana, miehenä ja ihmisenä olemisen yhteensovittaminen (yläsisältöalue)

5.3.1 Potilaana olemisen tunnusmerkit (alasisältöalue)

5.3.2 Potilaan kohtelevinen (alasisältöalue)

5.4 Perheen kohtaaminen (yläsisältöalue) *muodostui seuraavista analyysivaiheen 9 alussa syntyneistä ylä- ja alasisältöalueista:*

5.2 Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet (yläsisältöalue)

5.2.3 Perhe (alasisältöalue)

5.5 Kohtalotoveruuden jakaminen (yläsisältöalue) *muodostui seuraavista analyysivaiheen 9 alussa syntyneistä ylä- ja alasisältöalueista:*

5.2 Miessydäninfarktipotilaalle tärkeät ihmiset ja ihmissuhteet (yläsisältöalue)

5.2.2 Kohtalo- ja potilastoverit sairaalassa (alasisältöalue)

5.6 Sairaalasta kotiutuminen (yläsisältöalue) *muodostui seuraavista analyysivaiheen 9 alussa syntyneistä ylä- ja alasisältöalueista:*

5.1 Sydäninfarktiin sairastuminen, hoitoon pääseminen ja hoidosta irtautuminen (yläsisältöalue)

5.1.3 Sairaalasta kotiutuminen, kotiin asettuminen sekä sairauslomalla oleminen (alasisältöalue)

5.1.4 Jatkotutkimukset ja -hoito (alasisältöalue)

Edellisen välivaiheen kautta pääsin lopputulokseen. Lopputuloksena miehen sydäninfarktinkokemus jäsenyi hierarkkisesti ylä- ja alasisältöalueittain. Alasisältöalueista ja niiden sisällöistä loin uudet alasisältöalueet (ks. alla). Ylä- ja alasisältöalueiden hierarkkinen rakenne muodostui seuraavaksi:

5.1 Kuolemanvaarassa oleminen (yläsisältöalue)

- Hädästä huolestuminen (*alasisältöalue*)
- Kuolemantuskan väistyminen (*alasisältöalue*)
- Vaaranalaisuuden kestäminen (*alasisältöalue*)
- Apuun pakottautuminen (*alasisältöalue*)
- Eristäytymisen vähentyminen (*alasisältöalue*)
- Epävarmuudesta erkautuminen (*alasisältöalue*)
- 5.2 Hoidonantajien ominaisuudet (*yläsisältöalue*)
  - Urhea ja sankarillinen pelastajako? (*alasisältöalue*)
  - Hoivaava ja välittävä huolenpitäjäkö? (*alasisältöalue*)
  - Pyyteetön ja uhrautuva hyväntekijäkö? (*alasisältöalue*)
  - Tietävä ja taitava osajako? (*alasisältöalue*)
- 5.3 Sairaalapotilaaksi joutuminen (*yläsisältöalue*)
  - Miehuullisuuden säilyttäminen (*alasisältöalue*)
  - Mielialan häilähteleminen (*alasisältöalue*)
  - Vuodelevon kestäminen (*alasisältöalue*)
  - Sairaalassa jaksaminen (*alasisältöalue*)
- 5.4 Perheen kohtaaminen (*yläsisältöalue*)
  - Perheelle sairastumisesta kertominen (*alasisältöalue*)
  - Perheen tapaaminen sairaalassa (*alasisältöalue*)
  - Perheen luo palaaminen (*alasisältöalue*)
- 5.5 Kohtalotoveruuden jakaminen (*yläsisältöalue*)
  - Kohtalotovereilta avun saaminen (*alasisältöalue*)
  - Kuolemansairaiden kohtalotoverien lähellä oleminen (*alasisältöalue*)
  - Kohtalotoverien tiedosta vakiintuminen (*alasisältöalue*)
- 5.6 Sairaalasta kotiutuminen (*yläsisältöalue*)
  - Sairaalasta poistuminen (*alasisältöalue*)
  - Kotiin asettautuminen (*alasisältöalue*)
  - Sairaalaan uudelleen palaaminen (*alasisältöalue*)

Analyyssivaihe 9:n lopputuloksen perusteella loin ylä- ja alasisältöalueista miehen sydäninfarktitekemusta kuvaavan merkitysverkoston (analyyssivaihe 10). Se on tiivis kielellinen ja kuvallinen esitys miehen sydäninfarktitekemuksesta äkillisestä, henkeä uhkaavasta sairaudesta ja potilaana olemisesta. Merkitysverkoston avulla kuvaan miehen sydäninfarktitekemuksen välisiä suhteita kuvion muodossa ja pelkistän koko tutkimuksen tuloksen havainnolliseen ja ytimekkääseen kuvalliseen muotoon.

***Analyyssivaihe 10: Miehen sydäninfarktitekemusta kuvaavan merkitysverkoston muodostuminen***  
Miehen sydäninfarktitekemusta kuvaava merkitysverkosto on Kuviossa 1.

***Analyyssivaihe 11: Johtopäätökset ja tulosten vertailu aikaisempaan tietoon***  
Johtopäätökset ja tulosten vertailu aikaisempaan tietoon on luvussa 6.2.



## **Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia**

Sarjassa 'A Tutkimuksia' julkaistaan tieteellisiä tutkimuksia ja ammatillisesti korkeatasoisia puheenvuoroja

1. Kainulainen, Sakari (toim.) 2002. Ammattikorkeakoulu – tehdas vai akatemia?
2. Rask, Katja & Pasanen, Sina 2003. Perhekuntoutuksesta valmiuksia päihteettömyyteen, vanhemmuuteen ja elämänhallintaan. Perheen yhdistetty hoito (PYY) –kuntoutusprosessin arviointi.
3. Rask, Katja & Kainulainen, Sakari & Pasanen, Sina 2003. Diakoniatyön ja kirkon nuorisotyön arki vuonna 2002. Tutkimus diakoniatyöntekijöiden ja kirkon nuorisotyönohjaajien kokemuksista seurakuntatyöstä ja työtaidoistaan.
4. Rask, Katja & Kainulainen, Sakari & Pasanen, Sina 2003. Koulutuksen antamat valmiudet seurakuntatyöhön. Vuosina 1998-2002 valmistuneiden diakoniatyöntekijöiden ja kirkon nuorisotyönohjaajien sekä heidän esimiestensä käsityksiä kirkollisista valmiuksista.
5. Hynynen, Heidi, & Pyörre, Susanna & Roslöf, Raija 2003. Elämä käsillä – Viittomakielentulkin ammattikuva.
6. Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2003. Seniorien seurakunta. 75 –vuotiaiden helsinkiläisten ajatuksia elämästään ja seurakunnastaan.
7. Karjalainen, Anna Liisa 2004. Kokemuksesta kirjoittaminen ja kirjoittamisen kokemus. Omaelämäkerrallinen kirjoittaminen sosionomikoulutuksessa ja narratiivinen menetelmä sosiaalialan työssä.
8. Launonen, Pekka 2004. Nuorisonohjaajasta nuorisotyönohjaajaksi. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon nuorisotyönohjaajien koulutus ja ammattitaidon muuttuvat tulkinnat 1949–1996.
9. Rautio, Maria 2005: Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Työterveyshuollon menetelmien kehittäminen moniammatillisena oppimisprosessina.
10. Leskinen, Riitta 2005: Itseohjautuva ammattikorkeakoulun jatkotutkinto-opiskelija. Tapaus Diak ja Hamk.
11. Hyväri, Susanna & Latvus, Kari 2005: Paikallisia teologioita Espoossa.





