

Jaana Pulkkinen

Ryhmätoiminnan vaikuttavuus psykoosipotilaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja toimintakykyyn

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ylempi Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

1.12.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jaana Pulkkinen Ryhmätoiminnan vaikuttavuus psykoosipotilaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja toimintakykyyn 40 sivua + 2 liitettä 1.12.2014
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulu
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ohjaaja(t)	Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Anneli Sarajärvi
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuntouttavan ryhmätoiminnan vaikutusta psykoosipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Tavoitteena on hyödyntää saatuja tuloksia psykoosipotilaiden kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.</p> <p>Tutkimus toteutetaan erään sairaanhoitopiirin psykiatriselle kuntoutuspoliklinikalle, joka tarjoaa avohoito ja kuntoutuspalveluita psykoosiin ja skitsofreniaan sairastuneille. Kuntoutuspoliklinikan potilaina ovat ensipsykoosiin sairastuneet, henkilöt joilla sairaus on uusiutunut toistuvasti sekä pitkäaikaisesti oireilevat.</p> <p>Aineistoksi on valittu ryhmätoimintaan 2012- 2014 aikana osallistuneet täysi-ikäiset psykoosi- ja skitsofreniapotilaat (N=107), jotka ovat ryhmätoimintajakson alussa sekä lopussa täyttäneet 15D itsearviointilomakkeet. Kuntoutuspoliklinikan ryhmätoiminta on laajaa ja tässä tutkimuksessa on käytetty aineistoa useammasta kuntouttavasta ryhmästä. Ryhmissä mukana olleet kuntoutujat ovat eri kuntoutuksen vaiheessa olevia. Aineisto on analysoitu tilastollisesti SPSS-ohjelmalla ja tulokset esitetään frekvenssein ja prosenttein. Tuloksia on havainnollistettu taulukoiden avulla.</p> <p>Tulosten mukaan voidaan todeta ryhmätoiminnalla olleen positiivisia vaikutuksia terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ja suurimmaksi osaksi vastanneet ovat kokeneet elämänlaatunsa kohentuneen alku- ja loppumittausten välillä. Fyysisessä elämänlaadussa oli todettavissa eniten muutoksia sekä positiiviseen että negatiiviseen suuntaan ja selkeää kohentumista oli todettavissa sekä psyykkisen että sosiaalisen elämänlaadun osa-alueilla. Suurimmat erot muuttujia testattaessa saatiin fyysiseen elämänlaatuun liittyvillä osa-alueilla.</p> <p>Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota psykoosipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Panostamalla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusohjelmiin ja verkostoitumiseen voitaisiin mahdollistaa kokonaisvaltaisempi hoito ja kuntoutus.</p>	
Avainsanat	psykoosi, elämänlaatu, toimintakyky, ryhmätoiminta

Author(s) Title Number of Pages Date	Jaana Pulkkinen The effectiveness of rehabilitative group activity on psychosis patients' health related quality of life and their ability to function 40 pages + 2 appendices 1 December 2014
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Masters's Degree Programme in Development and Leadership in Health Care and Social Services
Specialisation option	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Anneli Sarajärvi, PhD, Principal Lecture
<p>The objective of this thesis is to evaluate the effect of rehabilitative group activity on psychosis patients' health related quality of life and their ability to function, and to understand how to provide more comprehensive health care and welfare.</p> <p>This study has been performed at a certain district hospital's psychiatric rehabilitative polyclinic which provides treatment for outpatients and rehabilitative services for patients suffering from psychosis and schizophrenia. The rehabilitative polyclinic's patients have suffered from early psychosis and typically the disease has repeatedly recurred.</p> <p>The data in this study has been collected from patients (N=107) that have participated in rehabilitative group activity over the time period from 2012 to 2014 and who have completed the 15D questionnaire at the beginning and after the group activity. The psychiatric rehabilitative polyclinic's rehabilitative group activities are widely ranging in style, and the data in this study has been collected from several rehabilitative groups. Furthermore, the survey participants were in different stages of rehabilitation. The data analysis has been done with SPSS-software and the results are shown with frequencies and percentages, and also illustrated with diagrams.</p> <p>According to the results group activity has had a positive effect on the patients' health related quality of life and their ability to function. A majority of the respondents reported improvements to their quality of life between the initial and final surveys. In the results the physical quality of life showed the most change, typically positive, however in some cases also negative. Clear improvement was also found in social quality of life.</p> <p>In future more attention should be paid to psychosis patients' health related quality of life. By developing social and health care personnel training programs and networks more comprehensive treatment and rehabilitation can be provided.</p>	
Keywords	psychosis, quality of life, ability to function, group activity

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Psykoosipotilaan terveyteen liittyvä toimintakyky ja elämänlaatu	3
2.1	Psykoosi	3
2.2	Psykoosisairauden vaikutus elämänlaatuun ja toimintakykyyn	4
2.3	Psykoosien hoito	6
2.4	Kuntouttava ryhmätoiminta psykoosipotilaan hoidossa	9
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	11
4	Tutkimuksen toteuttaminen	11
4.1	Tutkimus menetelmät	11
4.2	Tutkimuksessa mukana olleiden ryhmien kuvaus	12
4.3	Aineiston keruu	15
4.4	Aineiston analysointi	16
5	Tulokset	16
5.1	Ryhmien vaikutus fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun	17
5.2	Ryhmien vaikutus psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun	24
5.3	Ryhmien vaikutus sosiaaliseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun	27
5.4	Muuttujien vaikutus tuloksiin	29
6	Pohdinta	31
6.1	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	31
6.2	Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu	32
6.3	Tulosten tarkastelu	33
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	35
	Lähteet	38

1 Johdanto

Psykoosisairaudet ovat usein pitkäaikaissairauksia ja tulevaisuudessa hoidon laadun varmistus on merkittävä osa potilaan hoitoa. Mielenterveyspalveluihin tulisi luoda kansallisia keskitettyjä ratkaisuja, jossa potilas saa kaiken hoitoon liittyvän palvelun samasta paikasta. (Harjajärvi – Pirkola – Wahlbeck 2006.) Psykoosipotilaat kokevat elämänlaatunsa melko hyväksi, vaikka arkipäivän ongelmia esiintyy runsaasti. Psykoosipotilaiden selviytymistä arjessa heikentää mm. masennus, liikuntakyvyn ongelmat, sanallisen muistin ongelmat ja heikentynyt näkö. Elämänlaatu ja masennuksen hoito ovat asioita, joiden rooli terveydenhuollossa tulee tulevaisuudessa korostumaan. (Viertiö 2011.) Elämänlaatua mittaamalla voidaan vertailla erilaisia sairauksia sekä hoitojen vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Elämänlaadun mittaaminen voi osoittautua hyödylliseksi priorisoinnin, näyttöön perustuvan lääketieteen ja terveystalouden kannalta. (Saarni 2007.)

Hoidon ja kuntoutuksen perustana on pitkäjänteinen, kunnioittava ja yksilöllinen hoitosuhde, joka perustuu kuntoutujan ja työntekijän yhteistyösuhteeseen. Kuntoutuksessa kuntoutujan oma rooli oman elämänsä asiantuntijana korostuu, mutta kuntoutuksen toimenpiteet muuttuvat tehokkaiksi vain jos kuntoutujalla ja työntekijällä on molemminpuolinen luottamus ja yhteinen näkemys tavoitteista. Kuntoutuminen nähdään osana arkea ja johon voi vaikuttaa omalla toiminnallaan, se on myös avun ja tuen vastaanottamista niissä asioissa, joissa tarvitsee. (Lähteenlahti 2008: 192–193.)

Psykoosipotilaan hoidossa keskeisiä asioita ovat potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua parantavat psykososiaaliset kuntoutuksen muodot. (Duodecim 2013) Kuntouttava ryhmätoiminta on kiinteä osa tässä tutkimuksessa mukana olleen kuntoutuspoliklinikan hoitoa ja kuntoutusta. Kuntoutuminen etenee vaiheittain ja jokaisen yksilöllisen kuntoutussuunnitelman mukaisesti (Kuntoutuspoliklinikan kuntoutumisprosessi liite2).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuntouttavan ryhmätoiminnan vaikutusta psykoosipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Tavoitteena on hyödyntää saatuja tuloksia psykoosipotilaiden kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Aineiston keräämisessä on käytetty elämänlaadun itsearviointilomaketta 15D, johon ryhmätoiminnassa mukana olleet potilaat ovat vastanneet ennen ja jälkeen ryhmätoimintajakson.

2 Psykoosipotilaan terveyteen liittyvä toimintakyky ja elämänlaatu

2.1 Psykoosi

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen huomattavana hajanaisuutena tai eriskummallisena käytöksenä. Psykoosit ovat oireyhtymiä, joissa psykoottisilla oireilla on riittävä ajallinen kesto ja jotka täyttävät tautiluokituksen kriteerit. (Henriksson – Lönnqvist – Marttunen – Partonen 2011: 134 – 135.) Psykoottiset oireet saattavat olla myös elimellisiä tai seurausta jonkin päihteen tai lääkkeen vaikutuksista. Yleisimpiä päihdepsykooseja Suomessa ovat alkoholi- amfetamiini- ja kannabispsykoosit. (Henriksson ym. 2011: 134 – 135.)

Psykoosiin sairastumista tarkastellaan muun muassa stressi-haavoittuvuusmallin avulla. Sen mukaan psyykinen sairaus selittyy toisaalta yksilöllisen haavoittuvuuden ja toisaalta erilaisten stressi- ja kuormittavuus tekijöiden perusteella. Vakavien psyykkisten sairauksien taustalla oletetaan tavallisesti olevan perinnöllinen alttius, mutta sairaus kehittyy kuitenkin vasta alttiuden sekä psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 233.)

Katsotaan, että skitsofreniaan liittyy varhainen keskushermoston kehityksen häiriö. Skitsofrenian syitä ei tunneta niin hyvin, että sen ehkäiseminen olisi mahdollista. Tärkein ennakoiva riskitekijä on sukulaisella esiintyvä skitsofrenia. Muita ennakoivia tekijöitä ovat äidin raskaudenaikainen infektio, stressi, aliravitsemus, synnytyskomplikaatiot sekä lapsuus- ja nuoruusiän keskushermostovauriot. (Duodecim 2013.)

Skitsofreniaa ennakoivat kognitiivisiin toimintoihin liittyvät tekijät, kuten eristäytyminen, luonteen muutos nuoruusiässä, muisti- ja keskittymisvaikeudet, kouluvaikeudet, huono sosiaalinen selviytyminen, perheen hajanainen ja epäjohdonmukainen kommunikointi sekä usean riskitekijän kasaantuminen. Tutkimusten mukaan psykoosijaksojen haitalliset vaikutukset ovat sitä pahemmat, mitä pidempään psykoosia on kestänyt. Paras keino siis olisi ehkäistä haitallisia vaikutuksia mahdollisimman varhaisella hoidolla. (Lähteenlahti 2008: 197.)

Skitsofrenia on pitkäaikainen psykoosi, joka alkaa usein nuorella iällä. Sairauden keskeisiä oireita ovat todellisuudentajun heikkeneminen, tunteiden ja ajatusten välisen yhteyden ja johdonmukaisuuden katkeaminen sekä tahtoelämän ja ajattelutoimintojen häiriintyminen. Skitsofrenian positiivisiin oireisiin kuuluu usein erilaiset harha-aistimukset, joista yleisimpiä ovat ääniharhat ja harhaluulot. Skitsofrenian tavanomaisia piirteitä ja niin sanottuja negatiivisia oireita ovat muun muassa taantumisen aiemmalta toiminnantasolta, sosiaalisen toimintakyvyn lasku, apaattisuus, puheen niukkuus ja tunteiden latistuminen. Skitsofreniaan liittyy yleensä myös sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä ja kognitiivisia puutoksia kuten tiedon käsittelyn, uuden oppimisen, kielellisen muistin sekä tarkkaavuuden ja keskittymiskyvyn ongelmia. Negatiivisten oireiden vaikutus elämänlaatuun on selvää, mutta vähemmän tutkittua. (Foldeno – Bogren 2002; Pinikahana – Happell – Hope – Keks 2002; Eack – Newhill – Anderson – Rotondi 2007; Savilla – Kettler – Galletly 2008).

2.2 Psykoosisairauden vaikutus elämänlaatuun ja toimintakykyyn

Elämänlaadulle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Laajasti ymmärrettynä elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen omaa käsitystä elämäntilanteestaan suhteessa arvomaailmaansa, tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja kulttuuriseen ympäristöönsä. Terveysteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan niitä elämänlaadun alueita, joilla on selkein yhteys terveyteen, kuten psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä oireita ja vaivoja. (Saarni – Luoma – Koskinen – Vaarama 2012.)

Toimintakyky on keskeinen osa ihmisten hyvinvointia. Sillä tarkoitetaan kykyä selviytyä jokapäiväisen elämän askareista ja haasteista: itsestä ja toisista huolehtimisesta, työstä, vapaa-ajasta ja harrastuksista. Näissä toiminnoissa tarvitaan esimerkiksi kykyä liikua, nähdä, kuulla (fyysinen ulottuvuus), ajatella, oppia ja muistaa (kognitiivinen ulottuvuus) sekä kykyä toimia muiden ihmisten kanssa (sosiaalinen ulottuvuus). Psyykkistä toimintakykyä on vaikkapa elämän mielekkyyden kokeminen. Toimintakyky on tasapainotila kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa keskeinen tavoite on elämänlaadun parantaminen. Elämänlaadun osa-alueita ovat subjektiivinen tyytyväisyys, toimintakyky eli kyky toteuttaa omia tavoitteita, terveyteen liittyvä elämänlaatu eli se osa elämänlaatua, johon terveys vaikuttaa sekä ulkoiset resurssit, joita ovat sosiaaliset ja materiaaliset

olosuhteet. (Suvisaari 2007; Sintonen 2009.) Sintonen määrittää terveyteen liittyvän elämänlaadun elämän pituudelle annetuksi ”arvoksi, jota muovaavat sairaudet, vammat ja hoidot vaikuttamalla toimintakykyyn, kokemuksiin ja sosiaalisiin mahdollisuuksiin” (Sintonen 2003).

Skitsofrenia on vakava, pitkäkestoinen ja monimuotoinen psyykinen sairaus. Sen lisäksi, että se aiheuttaa huomattavaa subjektiivista kärsimystä sekä sairastuneelle että hänen läheisilleen, se on kansantaloudellisesti merkittävä sairaus. Hoitojärjestelmät hoitavat aktiivisesti skitsofreniaan sairastuneita ensimmäisten vuosien aikana, mutta sairauden oireiden pitkittyessä hoitojärjestelmät ”väsyvät”. Kuitenkin skitsofrenian erilaiset ja muuttuvat oireet vaikuttavat elämänlaatuun myös pitkällä aikavälillä. (Foldeno – Bogren 2002: 393–398; Eack – Newhill – Anderson – Rotondi 2007: 219–222.)

Psykoosisairauksissa on yleistä kahden tai useamman itsenäisen sairauden esiintyminen samanaikaisesti eli komorbiditeetti. Samanaikaisesti voi esiintyä psyykinen tai somaattinen sairaus, joka vaikuttaa elämänlaatuun. (Raij Tuukka 2012.)

Skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa keskeinen tavoite on elämänlaadun parantaminen. Skitsofreniapotilailla esiintyy runsaasti somaattisia sairauksia. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes ovat tavallisempia skitsofreniapotilailla kuin väestössä yleensä, kuolleisuus on yleisempää ja keski-ikä jää yli kymmenen vuotta alhaisemmaksi kuin muulla väestöllä. (Pinikahana – Happell – Hope – Keks 2002; Savilla – Kettler – Galletly 2008.) Somaattisiin komorbiditeetteihin vaikuttavia tekijöitä ovat mm. tupakointi, päihitteet, sosiaalinen eristäytyneisyys, liikunnan puute, ruokavalio, painon nousu, itsestä huolehtimisen vaikeudet, syrjintä ja väkivalta (Raij Tuukka 2012).

Terveys 2000-väestötutkimuksessa sekä tätä tutkimusta syventävässä Psykoosit Suomessa – tutkimuksessa on todettu skitsofreniaa sairastavilla tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän suuri esiintyvyys. Heillä todettiin myös huomattavasti huonompi liikkumiskyky, arkielämän toimintakyky sekä kognitiivinen toimintakyky kuin samanikäisellä yleisväestöllä. Skitsofreniaa sairastavilla todettiin myös muuta väestöä heikompi näkö. Psykoosisairauksiin liittyi tutkimuksissa heikentynyt elämänlaatu, johon vaikutti erityisesti masennusoireet. (Viertiö ym. 2012.) Skitsofreniapotilaista 60–70% tupakoi, joka on sydän- ja verenkiertosairauksien sekä keuhkosairauksien keskeinen riskitekijä (Raij Tuukka 2012). Nikotiinikorvaushoidon ja käyttäytymisterapeuttisen hoidon yhdistelmä saattaa auttaa skitsofreniapotilaita vierottumaan tupakasta (Duodecim 2013).

Psykoosipotilaiden fyysiseen terveyteen ja somaattisiin sairauksiin ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Potilaille tulisi järjestää vuosittainen terveystarkastus, jossa otettaisiin huomioon psykoosisairauteen liittyvät toimintakyvyn vaikeudet sekä fyysiset sairaudet. (Viertiö ym. 2012.) Terveyskäyttäytymisen neuvonta ilmeisesti vaikuttaa potilaiden terveystyttäytymiseen ja vähentää sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä skitsofreniapotilailla. Skitsofreniapotilaiden hoidossa on suositeltavaa pyrkiä painonhallintaan jo sairauden alkuvaiheessa. Ravitsemusneuvonta ja -ohjaus saattaa auttaa skitsofreniapotilaita pudottamaan painoaan. (Duodecim 2013.)

Merkittäviä haasteita kuntoutukselle muodostaa kuntoutujien tarpeiden erilaisuus ja mahdollisesti useamman tarpeen samanaikaisuus. Kuntoutuja voi olla esimerkiksi mielenterveysongelmainen, lonkkaleikkauksesta toipuva ja pitkäaikaistyötön. Jotta kuntoutus vastaisi kuntoutujan tarpeita joustavasti ja tehokkaasti on työntekijöiden osattava käyttää kokonaisvaltaisesti hyödyksi palveluohjausta sekä moniammatillista työryhmää. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2009: 8.)

Perinteisestä psykiatrisesta hoidollisesta työtavasta on viime vuosina ollut tarpeen muokata palveluohjaus-tyyppinen työmalli, jossa työntekijän osaamiseen ja tehtäviin kuuluu hoidon, tuen ja palvelutarpeen arviointia, erilaisten toimenpiteiden toteuttamista ja eri ammattien osaamisen yhteensovittamista oikea-aikaisesti ja yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Kuntoutustyöntekijän tulee siis toimia varsin itsenäisesti, luovuttava perinteisestä hoitajan roolista ja oltava kuntoutujalle rinnalla kulkija, ongelmanselvittäjä, järjestäjä, puhemies, sillanrakentaja, asianajaja ja ovien avaaja. Työntekijältä vaaditaan empatiaa, kommunikointikykyä, julkisten järjestelmien tuntemista psykiatrisen osaamisen lisäksi sekä hyvää sosiaalista toimintakykyä. Kuntouttamiseen ei riitä mikään yksittäinen ammattipätevyys vaan yhteistyö eri verkostojen kanssa on välttämätöntä. (Lähteenlahti 2008; 198–199.)

2.3 Psykoosien hoito

Eräs keskeisimmistä sosiaali- ja terveysalan muutoksista on viime vuosina ollut avohoidon kehittyminen ja lisääminen. Avohoidon lisäämisellä tarkoitetaan erilaisten avohoidon tukipalveluiden sekä toimintakykyä ylläpitävien toimintojen kehittämistä. Avohoidon ohella myös ennaltaehkäisevä työ on korostunut. Kuntoutujien ongelmat ovat tulleet vaikeammin vastattaviksi ja tarpeet ovat lisääntyneet. Yhä useammin ongelmat kasautuvat samoille henkilöille tai samoihin perheisiin, joten on sekä taloudellisesti että

inhimillisesti järkevää puuttua toimintakykyä uhkaaviin tekijöihin mahdollisimman varhain. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori–Kemilä – Ihalainen: 6.)

Eri psykoosien hoidossa on monia yhteisiä piirteitä, mutta kullekin psykoosipotilastyypille on omat hoitosuosituksensa. Jokainen psykoosipotilas tarvitsee yksilöllistä hoitoa ja nykyään hoidon painopiste on muuttunut ennaltaehkäisevämmäksi. Keskeistä on tunnistaa psykoosissa ja psykoosiriskissä olevat potilaat ja aloittaa varhainen aktiivihoido oireiden pahenemisen estämiseksi. (Henriksson ym. 2011: 134.) Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on: (Duodecim 2013)

- Poistaa oireet tai lievittää niitä
- Estää uudet psykoosijaksot tai vähentää niiden määrää ja vaikeutta
- Parantaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua.

Psykoosin hoito perustuu pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa, ja siihen pyritään ottamaan mukaan myös potilaan perhe ja hänen muu lähiverkostonsa. (Hakola ym. 2002: 48–52.) Kuntoutuja on aktiivinen toimija ja hoitaja motivoiva ja tukeva yhteistyökumppani. Yksi keskeinen asia kuntoutumista tukevassa työssä on kuntoutujalähtöisyys eli kuntoutujan tulisi osallistua kaikkeen kuntoutusta koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Osallistumalla oman kuntoutumisensa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin kuntoutuja myös sitoutuu paremmin. Kuntoutujalähtöisyydessä on tavoitteena tukea kuntoutujan voimavarojen kehittymistä sekä poistaa esteitä hänen fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstään. (Kähäri-Wiik – Niemi – Rantanen 2006: 21–23.)

Kuntoutumisen tavoitteena on edistää kuntoutujan kuntoutumisvalmiutta ja auttaa häntä lisäämään elämänhallintaansa, toteuttamaan päämääriä sekä toimimaan sosiaalisissa yhteisöissä. Kuntoutuminen on oppimista, kasvua ja toimintakyvyn palautumista. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta 2008: 224.)

Kuntoutumisen pyrkimyksenä on edistää ja ylläpitää kuntoutujan toimintakykyä, vahvistaa omatoimisuutta sekä itsenäistä suoriutumista arkielämässä. Tavoitteena on myös elämänhallinnan ja työkyvyn edistäminen niin, että kuntoutuja voi olla tyytyväinen elämänsä laatuun. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2009: 22.)

Keskeinen työväline kuntoutumisprosessissa on yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma. Suunnitelmaa voidaan pitää kuntoutujan tulevaisuudensuunnitelmana, yhteisenä sopi-

muksena sekä kuntoutusorganisaatioiden yhteistyötä jäsentävänä asiapaperina. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä kuntoutujan kanssa ja siihen kirjataan toimintakyky, tämän hetkinen tilanne sekä tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Kuntoutumissuunnitelman toteutumista seurataan ja päivitetään sovituin määräajoin. (Kähäri-Wiik – Niemi – Rantanen 2006; 29–32.)

Kuntoutuminen on pitkäkestoista ja se voidaan jakaa eri vaiheisiin, jolloin on helpompaa hahmottaa kokonaisuus ja arvioida kunkin vaiheen oikeanlaista työskentelymuotoa. Kuntoutusprosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen (Kuntoutusprosessi, liite2), jotka ovat sitoutumisen vaihe eli kuntoutumisvalmiuden herättäminen, aktiivisen työskentelyn vaihe, irrottautumisvaihe ja seurannan eli kuntalaisena elämisen vaihe. Ensimmäisessä vaiheessa eli sitoutumisen vaiheessa pyritään motivoimaan potilas omaan kuntoutumiseensa sekä muutokseen ja tunnistamaan kuntoutumistarpeensa. Toisessa vaiheessa eli työskentely vaiheessa edetään pienin tavoittein ja tämä vaihe sisältää monia eri ryhmiä. Tarpeen vaatiessa kurssi voidaan uusida ja tavoitteita pohditaan aina uudelleen sekä kuntoutussuunnitelmaa päivitetään tilanteen mukaan. Kolmannessa eli irtautumisvaiheessa valmistaudutaan elämään kevyemmällä tuella sekä suuntaamaan ulkopuolisen tuen piiriin. Tässä vaiheessa sairaudenhallinta, elämisen valmiudet, sosiaalinen verkosto ja muut vastaavat ovat jo olemassa. Neljännessä vaiheessa eli kuntalaisena eläminen potilas on käynyt kuntoutusprosessin läpi. Tavoitteena on, että potilas saa kriisitilanteissa riittävää tukea ja osaa toimia vaihtuvissa elämäntilanteissa. (Lähteenlahti 2008; 202.)

Työskentelymuotoina käytetään yksilö- ja perhetapaamisia sekä hyvin keskeisenä kuntoutuksen muotona ovat erilaiset ryhmäinterventiot (Lähteenlahti 2008: 202). Yleisesti käytettyjä kuntoutuksenmuotoja ovat oireidenhallintaryhmät, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, ammatillinen kuntoutus sekä psykoterapeuttiset hoitomuodot (Henriksson ym. 2011: 70).

Psykoedukatiivisia ja strukturoituja menetelmiä on lähdetty kehittämään, koska ne on havaittu vaikuttaviksi, tuloksellisiksi ja taloudellisiksi hoito- ja kuntoutusmuodoiksi. Vaikea-asteinen psyykkinen sairaus on vuorovaikutuksellinen, kielen ja käsitteiden ongelma, josta saattaa aiheutua yksinäisyyttä, eristäytymistä, syrjäytymistä sekä oireiden lisääntymistä. (Salo-Chydenius 1997: 37.)

On osoitettu, että psykoedukaation yhdistäminen muihin hoitomuotoihin ja psykoosin ennako-oireiden seurantaan vähentää sairauden uusiutumista ja sairaalahoidon tarvetta. Psykoedukaatio sisältää tiedon jakamista sairaudesta ja sen hoidosta, varhaisoireiden tunnistamista, yhteisen toimintasuunnitelman tekemistä psykoosin uusiutumisen varalle sekä perheen tukemista. Psykoedukaatio on tärkeä osa skitsofreniapotilaan ja hänen perheenjäsentensä hoidon kokonaisuutta, joten psykoedukaation tulisi kuulua jokaisen skitsofreniapotilaan hyvään hoitoon. (Duodecim 2013.) Psykoedukaation tavoitteena ei ole pysyvä paraneminen, vaan uuden psykoosijakson estäminen ja lieventäminen. Pyrkimys on vähentää sairaalahoitoja ja parantaa potilaiden sekä läheisten elämänlaatua sairaudesta huolimatta. (Lähteenlahti 2008; 203.)

2.4 Kuntouttava ryhmätoiminta psykoosipotilaan hoidossa

Ihmiselle on tärkeää kuulua johonkin ryhmään, jossa hänestä välitetään ja huolehditaan. Luonnollisia ryhmiä ovat esimerkiksi perhe, työpaikka sekä erilaiset vapaa-ajan ryhmät. Jos ihmisellä ei ole luontevasti tällaista ryhmää korostuu hänellä tarve tulla kuulluksi ja ymmärretyksi sekä jakaa kokemuksia. Hoidollisen ryhmän tavoitteena on ryhmäläisten välinen keskustelu sekä uusien näkökulmien ja ajatusten syntyminen. Ryhmässä voidaan opetella yhteistyö-, vuorovaikutus- ja arkipäivän taitoja sekä vahvistaa itsetuntoa. Usein ryhmässä on saman ongelman eri vaiheessa olevia ihmisiä ja muiden kokemukset luovat toivoa kaikille. Myös kokemus siitä, että voi auttaa toista ryhmän jäsentä saattaa kohottaa itsetuntoa ja lisätä tunnetta elämönhallinnasta. Turvallinen ja kiinteä ryhmä sekä kannustava ilmapiiri auttavat muutokseen pyrittäessä. Tärkeää on, että jokainen ryhmäläinen voi edetä omilla ehdoillaan ja omassa rytmissään. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta 2008: 112–114.)

Ryhmässä korostuu kokemusten jakaminen ja niistä oppiminen eli vertaistuki. Vertaisryhmässä kaikilla on saman tyyppinen ongelma ja myös ryhmän ohjaajalla saattaa olla omakohtainen kokemus. Vertaisryhmässä on tarkoitus keskustelun kautta löytää tekijöitä, jotka kannustavat ja helpottavat arkipäivästä selviytymistä sekä lisäävät omaa elämönhallintaa. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta 2008: 112–114.)

Ryhmähoito saattaa lievittää joitain skitsofreniapotilaiden oireita, kuten sosiaalista ahdistuneisuutta, sosiaalisia pelkoja ja masentuneisuutta sekä kohentaa kuntoutujan itsetuntoa ja itsevarmuutta. Vertaisryhmät saattavat lisätä osallistujien saamaa sosiaalista tukea ja kehittää heidän sosiaalista verkostoaan. (Duodecim 2013.) Sosiaalisten taito-

jen suunnitelmallinen harjoittelu kohentaa skitsofreniapotilaiden sosiaalisia taitoja ja toimintakykyä. Yleisten arkielämän taitojen harjoittelusta käytännössä skitsofreniapotilaiden hoidossa ei ole riittävästi tutkittua tietoa. Kliinisen kokemuksen perusteella niitä voidaan kuitenkin suositella niitä tarvitseville potilaille. (Duodecim 2013.)

Ryhmät ovat tehtävältään ja rakenteeltaan erilaisia. Karkeasti jaoteltuna ryhmät voidaan jakaa keskustelu- ja toiminnallisiin ryhmiin, mutta yleensä kaikenlaiseen ryhmähoitoon liittyy keskustelu. Ryhmät voivat olla joko avoimia tai suljettuja ja tärkeää on sopia ryhmän yhteiset toimintatavat sekä pelisäännöt. (Heikkinen-Peltonen – Innamaa – Virta: 113.)

Ryhmissä on monia terapeuttisia elementtejä ja Yalom (1995) mukaan suurin osa ryhmistä sisältää kaikki nämä elementit, vaikkakin ne painottuvat eri ryhmissä eri tavoin. Ryhmien terapeuttisia elementtejä ovat (Yalom 1995):

- Toivon herättäminen. Potilas tarvitsee toivoa ja uskoa kuntoutuakseen.
- Jakaminen, vertaisuus. Samankaltaisten kokemusten jakaminen auttaa potilasta ymmärtämään, ettei ole ongelmiansa kanssa yksin.
- Tiedon jakaminen. Toiminnan ja keskustelun kautta ryhmä tarjoaa hyvän keinon oppimiselle.
- Toisen auttamisen kokemus. Ryhmäläisen kokemus siitä, että voi olla avuksi toisille ja että häntä tarvitaan.
- Perhekokemuksen korjaaminen. Vuorovaikutuksessa oleminen ryhmäläisten ja ohjaajien kanssa aktivoi omaan perheeseen liittyviä kokemuksia ja toimintatapoja.
- Sosiaalisten taitojen oppiminen. Ryhmä on turvallinen paikka oppia ja harjoitella erilaisia käyttäytymismalleja sosiaalisia tilanteita varten.
- Mallioppiminen. Muiden ryhmäläisten ja ohjaajien mallista voi oppia uusia taitoja ja käyttäytymismalleja.
- Ihmissuhdetaitojen oppiminen. Ryhmältä saadun palautteen pohjalta voi alkaa muuttamaan ja ymmärtämään omaa käytöstään.
- Tunne kuulumisesta ryhmään. Saadessaan hyväksyntää ryhmäläinen ilmaisee todennäköisemmin itseään avoimemmin ja tulee näin tietoisemmaksi itsestään.
- Katarsis eli korjaava, oivalluksen omainen tunnekokemus edistää ihmisen ymmärrystä omasta toiminnastaan ja sen taustoista.

- Olemassaoloon liittyvät perustapahtuminen käsittely ryhmässä auttaa ja antaa voimaa kohdata niitä todellisessa elämässä.

Ryhmäinterventiot on todettu yhtä tehokkaiksi kuin yksilömuotoisesti annetut interventiot. Ryhmämuotoinen toiminta on kiinteä osa tutkimuksessa mukana olleen kuntoutuspoliklinikan hoitoa ja kuntoutusta (Kuntoutusprosessi, liite 2) Ryhmissä toiminnan perustana ovat strukturoidut ryhmäkokonaisuudet, joissa potilaan hoitoa ja kuntoutusta edistetään psykoedukaation, toiminnallisuuden ja vertaistuen avulla. (Duodecim 2013.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kuntouttavan ryhmätoiminnan vaikutusta psykoosipotilaiden terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Tavoitteena on hyödyntää saatuja tuloksia psykoosipotilaiden kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu on muuttunut kuntouttavien ryhmien aikana?
 - 1.1 Miten fyysiseen terveyteen liittyvä elämänlaatu on muuttunut?
 - 1.2 Miten psyykkiseen terveyteen liittyvä elämänlaatu on muuttunut?
 - 1.3 Miten sosiaaliseen terveyteen liittyvä elämänlaatu on muuttunut?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimus menetelmät

Tässä opinnäytetyössä on tutkimusmenetelmänä käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään usein eri asioiden riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon. Kvantitatiivisen tutki-

muksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2008: 16.)

Kvantitatiivisella tutkimuksella pystytään osoittamaan suuren kohderyhmän yksittäisten henkilöiden muutosta kuntoutusryhmissä ja vertailla tuloksia toisiinsa. Tutkimalla suurempaa joukkoa saadaan luotettavampi tulos, sillä muutaman henkilön vastausten ei voida yleisesti ottaen olettaa kattavan kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden mielipiteitä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2002: 127.)

Tutkimus on onnistunut, jos sen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti ja niin, ettei vastaajille aiheudu tutkimuksesta haittaa. Hyvän kvantitatiivisen tutkimuksen perusvaatimuksia ovat mm. että se on validi, reliabili ja objektiivinen. (Heikkilä 2008: 29–31.)

Tämä tutkimus kohdistui erääseen psykiatriseen kuntoutuspoliklinikkaan, joka tarjoaa avohoito ja kuntoutuspalveluita psykoosiin ja skitsofreniaan sairastuneille. Kuntoutuspoliklinikan potilaina ovat ensipsykoosiin sairastuneet, henkilöt joilla sairaus on uusiutunut toistuvasti sekä pitkäaikaisesti oireilevat. Hoito ja kuntoutus koostuvat yksilötaapaamisista, kuntouttavasta ryhmätoiminnasta, perhetapaamisista ja verkostotyöstä.

Kuntoutuspoliklinikan ryhmätoiminta on laaja-alaista ja tässä tutkimuksessa on käytetty aineistoa useammasta kuntouttavasta ryhmästä (Kuntoutusprosessi, liite2). Aineisto on kerätty vuosien 2012–2014 ryhmätoiminnassa mukana olleilta kuntoutujilta ja tutkimukseen soveltuvia vastauksia oli yhteensä 107.

4.2 Tutkimuksessa mukana olleiden ryhmien kuvaus

Vastauksia saatiin 11:sta eri ryhmästä kaikkiaan 107. Tutkimuksesta jätettiin pois vastaukset, joihin ei löytynyt vertailuparia eli kuntoutuja oli joko lopettanut ryhmän tai ei ollut vastannut jostain syystä kyselyyn ryhmän päättyessä. Tutkimuksen ulkopuolelle jäi nämä 56 lomaketta, joista löytyi vain alkutilanne sekä yksi lomake, jossa loppu arvio oli tehty kolme kuukautta ryhmän päättymisen jälkeen. Tutkija arvioi tässä tilanteessa, että aika ryhmän loppumisen ja vastaamisen välillä on liian pitkä ja vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Yhdestä lomakkeesta puuttui alkutilanteessa sivu, joissa oli kysymykset koskien hengitystä, nukkumista, syömistä ja puhumista. Tämä vastaus otettiin mu-

kaan tutkimukseen, mutta näkyy kuitenkin vastaamatta jättämisenä näiden kysymysten kohdalla.

Ryhmissä mukana olleet kuntoutujat ovat eri kuntoutuksen vaiheessa olevia. (Kuntoutusprosessi, liite 2). Kuntoutus perustuu oikea-aikaisuuteen ja sen mukaan on pohdittu ryhmien toteutus. Ryhmiin osallistuminen on jokaisen kuntoutujan kohdalla yksilöllisesti mietitty kuntoutussuunnitelmassa. Alla on lyhyesti kuvattu mukana olleiden ryhmien tarkoitus ja tavoitteet, lähteenä on käytetty vuosien 2012–2014 ryhmien esitteitä, jotka on laadittu kuntoutuspoliklinikalla.

Ahdistuksen hallintakurssi, jossa tutustutaan ahdistukseen ilmiönä ja käyttäytymistapana. Kurssilla harjoitellaan keinoja hallita ahdistusta rentoutumistekniikoiden, ajatuspäiväkirjan ja altistusten avulla. Tavoitteena on, että jokainen oppii tuntemaan oman käyttäytymistapansa sekä löytää ja harjoittelee keinoja ahdistuksen hallintaan arkisissa tilanteissa. Ahdistus on tavallista ja se on normaali reaktio vaaraan tai stressin aikana. Ahdistus voi muodostua ongelmaksi, jos se on suhteettoman voimakasta tilanteeseen nähden tai jos se jatkuu liian kauan. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

SCIT-kurssi (social cognition and interaction training), jonka tavoitteena on oppia tunnistamaan ja kehittämään omia taitoja sosiaalisissa tilanteissa sekä vahvistaa omia vuorovaikutustaitoja. Sosiaalisella kognitiolla tarkoitetaan kykyä tulkita oikein toisten tunteita ja ilmaista niitä itse sekä kykyä tulkita oikein vuorovaikutustilanteita ja välttää väärintulkintoja. Kurssilla työskennellään itsenäisesti, ryhmässä sekä ryhmäläisen itsensä nimeämän parin kanssa ryhmän ulkopuolella. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Kuntoutusvalmennuskurssin tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hahmottamaan omaa kuntoutumistaan, miten se etenee, mitkä tekijät edistävät tai haittaavat kuntoutumista ja miten itse voi kuntoutumiseen vaikuttaa. Kurssilla käytetään työkirjaa ja edetään kirjan teemojen mukaisesti. Kurssilla tehdään harjoituksia, tehtäviä ja keskustellaan. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Sosiaalisten taitojen kurssi on tarkoitettu niille, jota haluavat kehittää itseään sosiaalisissa taidoissa. Tavoitteena kurssilla on oppia tunnistamaan omia tapoja toimia erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa sekä opetella vuorovaikutuksen eri osa-alueita, tunnistaa omia voimavaroja ja vahvuuksia. Kurssilla tehdään itsenäisiä tehtäviä sekä toiminnalli-

sia harjoituksia pareina ja ryhmässä. Harjoitukset edistävät sosiaalisia taitoja, jotka vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin, itsetuntemukseen, ihmissuhteisiin ja arkielämässä selviytymiseen. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Kehonmieli ryhmä tarkoitettu kuntoutujille, joilla esiintyy jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta, levottomuutta, uupumusta, univaikeuksia, sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja joilla on kiinnostusta keholliseen työskentelyyn. Tavoitteena on kehittää itsetuntemusta, oppia tunnistamaan oma tapansa hengittää ja olla olemassa sekä saada kokemusta vapaasta liikkeestä ja kehostaan. Ryhmä sisältää pareittain ja ryhmässä tehtäviä harjoituksia kehon liikkeeseen, hengitykseen, kosketukseen ja läsnäoloon pohjautuen. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Naisten ryhmässä pohditaan omaa naiseutta sekä opitaan tunnistamaan omia voimavaroja ja vahvuuksia. Tavoitteena on harjoitella myös ryhmässä toimimista ja omien ajatusten ja kokemusten jakamista. Ryhmän sisältöä suunnitellaan yhdessä ja työskentely tapahtuu keskustellen sekä erilaisin toiminnallisina menetelmin. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Starttiryhmä on tarkoitettu kuntoutuspoliklinikan uusille kuntoutujille. Ryhmässä on mahdollisuus harjoitella ryhmässä oloa, saada tietoa kuntoutuspoliklinikan toiminnasta sekä tutustua ryhmätoiminnan menetelmiin. Ryhmässä voi syventää näkemystä omasta sairaudesta ja motivoitua kuntoutuspoliklinikan toimintaan. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Oireidenhallintakurssi on tarkoitettu aktiivi kuntoutujille, joiden vointi on pidempään ollut vakaa ja jotka ovat valmiita sitoutumaan pitkäkestoiseen ryhmään. Tavoitteena on antaa tietoa psykoosisairauksista, kuntoutumisesta sekä lääkehoidosta. Kurssilla autetaan jokaista tunnistamaan omat varomerkki- ja pitkäaikaisoireet sekä löytämään oma tukihenkilö. Kurssilla käytetään työkirjaa. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Nuorten aikuisten ryhmä on tarkoitettu 18–25-vuotiaille kuntoutus- ja mielialahäiriöpoliklinikan potilaille. Tavoitteena on vahvistaa itsenäiseen elämään ja arjenhallintaan liittyviä taitoja sekä tutustua yhteiskunnan palveluihin. Ryhmä sisältää keskustelua, toiminnallisia harjoituksia, luovaa toimintaa, tutustumiskäyntejä sekä yksilöllisen alkuhaastattelun ja palautekeskustelun. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Hellitä hetkeksi ryhmä on tarkoitettu kuntoutujille, joilla esiintyy ahdistusta, jännittyneisyyttä, levottomuutta, univaikeuksia, sosiaalisten tilanteiden pelkoa tai uupumusta. Tavoitteena on saada kokemusta vapaasta liikkeestä, rentouden ja hyvän olon kokeminen, oppia tunnistamaan tapansa hengittää ja olla olemassa sekä halu kehittää itse-tuntemusta. Ryhmä sisältää kehon liikkeeseen, hengitykseen, kosketukseen sekä läsnäoloon pohjautuvia harjoitteita, joihin voi osallistua sen verran kuin haluaa. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

Seuraava askel ryhmän tavoitteena on tutustua ryhmänä erilaisiin päivä- ja työtoimintaa tarjoaviin toimipisteisiin sekä muihin mielenkiintoa herättäviin tapaamispaikkoihin. Tutustumiskohteet on tarkoitus päättää yhdessä ryhmäläisten tavoitteiden ja mielenkiinnon mukaan. Ryhmässä jokaisella on mahdollisuus oman kuntoutussuunnitelman mukaisesti harjoitella mm. vuorovaikutustaitoja, asioiden hoitamista sekä liikumista ympäristössä. Pääsääntöisesti ryhmä on suunniteltu siten, että syksyllä painotetaan työ- ja toimintakeskuksia ja keväällä tutustumiskäynnit suunnataan eri oppilaitoksiin. (Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesite 2012–2014.)

4.3 Aineiston keruu

Aineiston on kerätty osana kuntoutuspoliklinikan normaalia toimintaa 15D lomaketta käyttäen (liite 1). Kyselylomake on aikuisväestölle tarkoitettu geneerinen eli ei-sairauspesifinen terveyteen liittyvä elämänlaadun itsearviointimittari, jonka kehittäminen aloitettiin jo 1970-luvulla. Mittarin on kehittänyt Sintonen ja se on käännetty 25 eri kielelle. Mittarilla mitataan psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä. (Sintonen 1994.) Kysymyksillä kartoitetaan liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, erityistoiminta, tavanomaiset toiminnot, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masennus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä (Sintonen 2003).

15D on yhtäältä profiilimittari, jonka teoreettinen herkkyys on erittäin suuri. Mittari on myös yhden indeksiluvun mittari, joka tuottaa yksiselitteisen luvun yksilön terveyteen liittyvästä elämänlaadusta kokonaisuutena ja tällaisena se on ylivoimaisesti käytetyin mittari Suomessa. Mittaria voidaan käyttää potilaan tilan arviointiin tietynä poikkileikkausajankohtana tai sillä voi suorittaa useampia mittauksia hoidon erivaiheissa potilaan tilan muutosten selvittämiseksi. 15D on hyvä terveyteen liittyvän elämänlaadun yleis-

mittari eri terveystaloille. (Kukkonen 2005.) Laaja yhteiskäyttö mahdollistaa eri erikoisalojen ja erilaisten lääketieteellisten hoitomuotojen sekä menetelmien vaikuttavuuden ja tehokkuuden yhteismitallisen vertailun (Sintonen 2009).

Aineisto on kerätty kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintaan vuosina 2012- 2014 aikana osallistuneista täysi-ikäisistä psykoosi- ja skitsofreniapotilaista. Potilaat ovat täyttäneet ryhmätoimintajakson alussa ja lopussa 15D itsearviointilomakkeet, joiden perusteella analysoidaan ryhmätoiminnan vaikuttavuutta.

4.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 21-ohjelmalla. Muuttujien frekvenssijakaumia on kuvailtu lukumäärin sekä prosenttein ja havainnollistamiseen on käytetty taulukoita, jotka on luotu Microsoft Excel 2010 ohjelmalla. Tuloksissa on vertailtu vastaajien vastauksia ennen ryhmätoimintajaksoa sekä sen jälkeen. Tällä tavoin nähdään onko elämänlaadussa tapahtunut muutosta parempaan tai huonompaan suuntaan ja miten paljon. Tuloksissa on tarkasteltu jokaista kysymystä erikseen sekä karkean jaottelun mukaan toimintakyky on jaoteltu fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn. Analysointi vaiheessa jätettiin pois vastaukset, joihin ei löytynyt vertailuparia eli toisin sanoen vastaaja oli lopettanut ryhmän kesken jakson tai ei ollut paikalla viimeisellä kerralla täyttämässä 15D lomaketta.

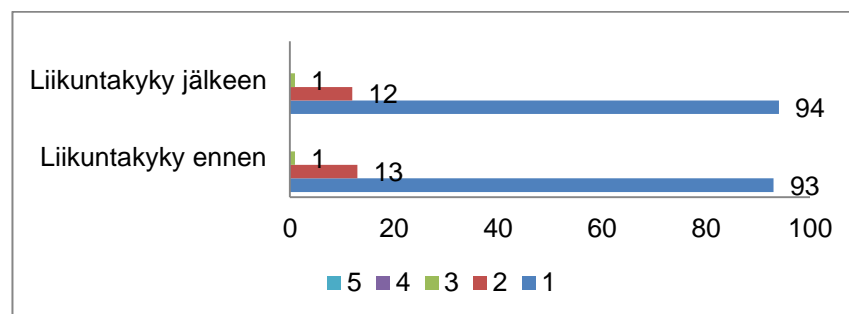
5 Tulokset

Vastauksia saatiin yhteensä 11 ryhmästä kaikkiaan 107. Muuttujina käytettiin vastaajien sukupuolta ja ikää. Vastanneista naisia oli 56 ja miehiä 51. Tutkimuksessa oli mukana 1948–1992 välisenä aikana syntyneitä potilaita. Tutkittavista 99 oli ilmoittanut ikänsä ja kahdeksan oli jättänyt vastaamatta. Joitakin ryhmiä oli ajanjaksolla toteutettu kaksi tai useamman kerran. Tutkimuksessa ei ole eroteltu ryhmien välisiä eroja. Tutkimuksesta jätettiin pois yksittäiset vastaukset joihin ei löytynyt niin sanottua vastaparia, jolloin vertailu ennen ryhmää ja ryhmän jälkeen oli mahdotonta sekä vastaus, jossa ryhmän päättymisestä oli kulunut kolme kuukautta. Näitä hylättyjä vastauksia kertyi yhteensä 56. Tulokset on esitetty tutkimuskysymyksittäin.

5.1 Ryhmien vaikutus fyysiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Fyysistä toimintakykyä arvioidessa ollaan usein kiinnostuneita kuntoutujan kyvystä selviytyä arjesta. Selviytymistä kuvaa päivittäisistä toiminnoista ja asioiden hoitamisesta selviytyminen. Tässä tutkimuksessa tutkija on tehnyt karkean jaottelun 15D- kysymyksiin ja poiminut seuraavat kysymykset kuvaamaan kuntoutujien fyysistä toimintakykyä: liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta sekä vaivat ja oireet. **Liikuntakykyä** ja sen muutosta kuvataan ennen ryhmätoimintajaksoa ja sen jälkeen kuviossa 1 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa.
2. Pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia.
3. Pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana.
4. Pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana.
5. Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma.

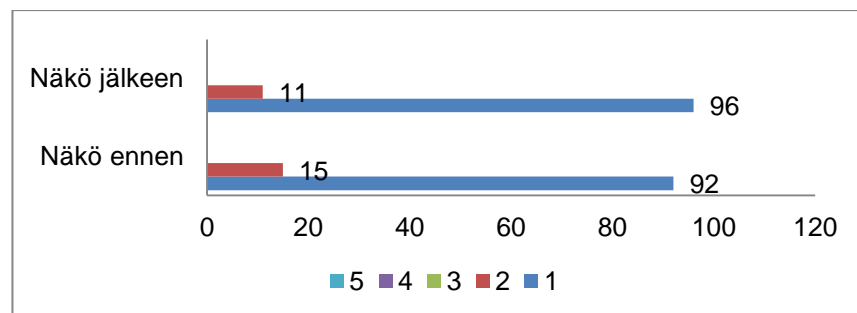


Kuvio 1. Liikuntakyky

Vastanneita oli yhteensä 107, joista alkumittauksessa 86,9% (n=93) koki liikuntakykynsä hyväksi ja pieniä ongelmia oli ulkona tai portaissa 12,1%:lla (n=13). Yhdellä vastanneista (0,9%) oli melkoisia vaikeuksia ulkona tai portaissa liikkumisessa sekä alku- että loppumittauksessa. Ryhmätoimintajakson jälkeen 87,9% (n=94) koki liikuntakykynsä normaaliksi ja lieviä vaikeuksia oli 11,2%:lla (n=12). Vertailussa vain yksi vastanneista koki liikuntakykynsä kohentuneen, joten tilastollisesti tällä osa-alueella ei tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Näkökyvyssä tapahtunutta muutosta kuvataan ennen ryhmätoimintajaksoa ja ryhmätoimintajakson jälkeen kuviossa 2 asteikolla 1-5 seuraavasti:

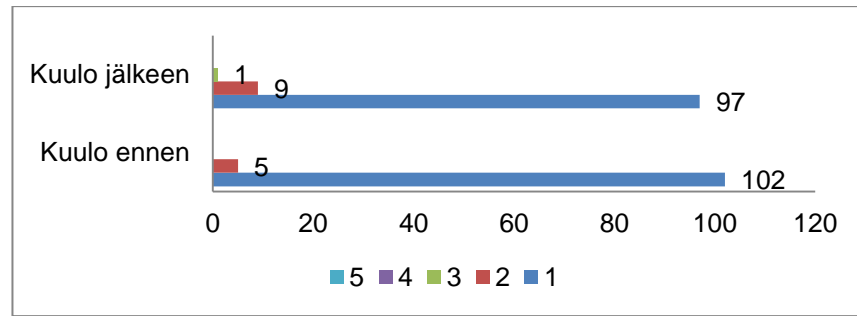
1. Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman).
2. Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
3. Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
4. En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen kulkea ilman opasta.
5. En näe kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea.



Kuvio 2. Näkö

Vastanneita oli kaikkiaan $N=107$, joista alkutilanteessa henkilöistä $n=92$ (86%) koki näkökykynsä hyväksi ja pieniä vaikeuksia oli $n=15$ (14%) henkilöllä. Ryhmätoimintajakson jälkeen näkökyky koheni neljällä henkilöllä $n=96$ (89,7%) ja loput kokivat näkökyvyssään lieviä vaikeuksia $n=11$ (10,3%). **Kuulossa** tapahtunutta muutosta ennen ryhmätoimintaa ja ryhmätoiminnan jälkeen kuvataan kuviossa 3 asteikolla 1-5 seuraavasti:

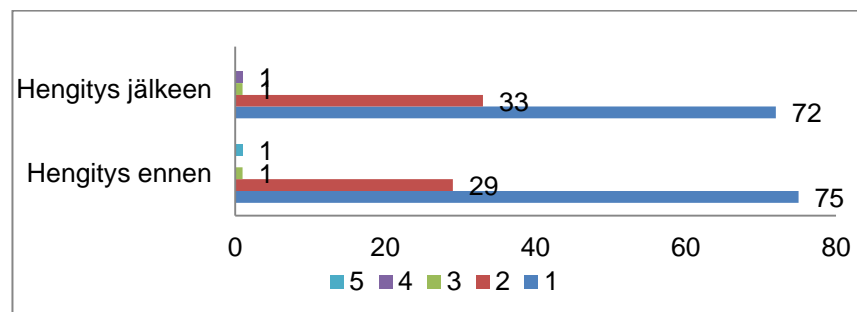
1. Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeella tai ilman).
2. Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin.
3. Minun on melko vaikea kuulla normaalia puheääntä, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä.
4. Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro.
5. Olen täysin kuuro.



Kuvio 3. Kuulo

Kuulossa tapahtui heikentymistä alku- ja loppumittausten välillä. Kuulonsa koki hyväksi 95,3% (n=102) vastanneista, mutta ryhmätoimintajakson päätyttyä vain 90,7% (n=97). Pieniä vaikeuksia oli 4,7%:lla (n=5) ja loppumittauksessa 8,4%:lla (n=9). Yksi vastaaja koki vaikeana normaalin puheäänien kuulemisen loppumittauksessa. **Hengitystä** ja siinä tapahtunutta muutosta kuvataan ennen ryhmätoimintaa ja ryhmätoiminnan jälkeen kuviossa 4 asteikolla 1-5 seuraavasti:

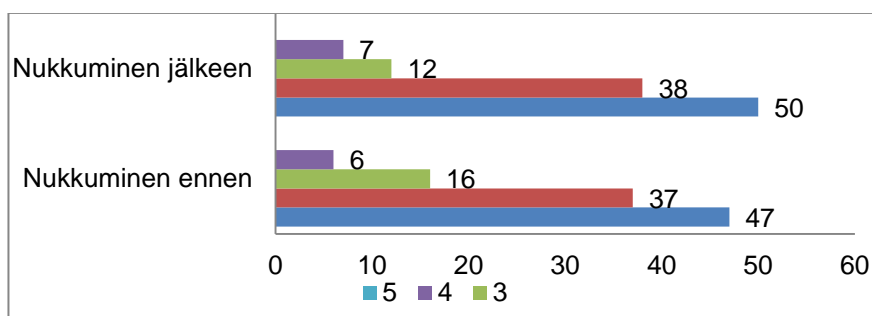
1. Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta eikä muita hengitysvaikeuksia.
2. Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä.
3. Minulla on hengenahdistusta, kun kävelen tasamaalla samaa vauhtia kuin muut ikäiseni.
4. Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa.
5. Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa.



Kuvio 4. Hengitys

Vastanneita oli N=106 ja yksi tyhjä vastaus. Yhdestä lomakkeesta puuttui sivu, jossa oli kysymykset koskien hengitystä, nukkumista, syömistä ja puhumista ja tämän vuoksi vastaajien määrä poikkeaa näissä kysymyksissä. Hengityksensä koki normaaliksi 70,1% (n=75), lieviä vaikeuksia oli 27,1%:lla (n=29). Vastanneista yksi oli kirjallisesti vastannut, että kokee hengästyvänsä herkemmin kuin sisarensa ja valinnut vaihtoehdon 3. Yksi vastanneista koki hengenahdistusta lähes koko ajan. Loppumittauksessa vastanneita oli N=107. Vastanneista 67,3% (n=72) koki hengityksensä hyväksi ja lieviä vaikeuksia oli 30,8%:lla (n=33). Yksi vastanneista oli kirjoittanut saman kirjallisen kommentin kuin alkumittauksessa ja valinnut vaihtoehdon 3. Yksi koki hengenahdistusta pienessäkin rasituksessa, mutta kukaan vastanneista ei enää kokenut jatkuvaa hengenahdistusta. **Nukkumisessa** tapahtunutta muutosta kuvataan ennen ryhmätoimintaa ja ryhmätoiminnan jälkeen kuviossa 5 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen.
2. Minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai satunnaista yöheräilyä.
3. Minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti tai uni ei tunnu riittävältä.
4. Minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain.
5. Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä.

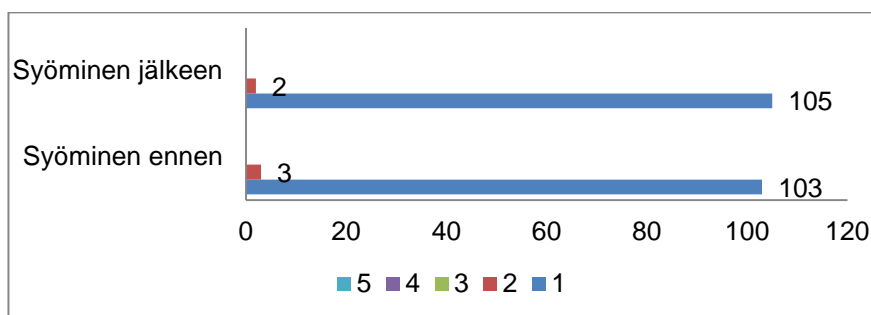


Kuvio 5. Nukkuminen

Alkumittauksessa vastanneita oli N=106 ja loppu mittauksessa N=107. Vastauksissa oli hajontaa vaihtoehtojen 1-4 välillä. Vastanneista 43,9% (n=47) koki nukkuvansa normaalisti ilman ongelmia ja loppumittauksessa 46,7% (n=50). Lieviä ongelmia oli alku-

mittauksessa 34,6%:lla (n= 37) ja loppumittauksessa 35,5%:lla (n=38). Melkoisia uniongelmiä oli 15%:lla (n=16) ja loppumittauksessa 11,2%:lla (n=12). Suuria uniongelmiä oli vastanneista 5,6%:lla (n=6) ja loppumittauksessa 6,5%:lla (n=7). Pääosin uniongelmiä voidaan katsoa vähentyneen ryhmätoimintajakson aikana. **Syömisessä** tapahtuneet muutokset ennen ja jälkeen ryhmätoimintajakson on kuvattu kuviossa 6 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia.
2. Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin).
3. Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä.
4. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää.
5. En pysty syömään itse lainkaan, vaan minulle pitää antaa ravintoa letkun avulla tai suonensisäisesti.



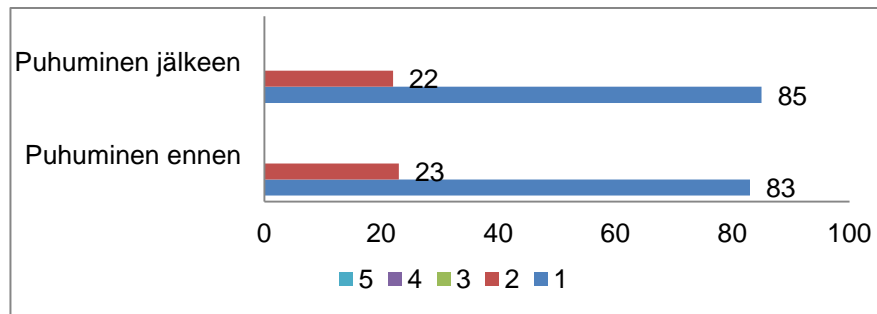
Kuvio 6. Syöminen

Vastanneita oli yhteensä alkumittauksessa N=106 ja yksi vastaus puuttui. Loppumittauksessa vastanneita oli N=107. Alkumittauksessa 96,3% (n=103) vastanneista koki pystyvänsä syömään normaalisti ja loppumittauksessa 98,1% (n=105). Pieniä vaikeuksia oli alussa 2,8%:lla (n=3) ja lopussa 1,9%:lla (n=2). Syömisessä oli tapahtunut kohentumista ryhmätoimintajakson aikana. **Puhumisessa** tapahtuneet muutokset on kuvattu ennen ja jälkeen ryhmätoimintajakson kuviossa 7 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti.
2. Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta.
3. Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen.

4. Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani.

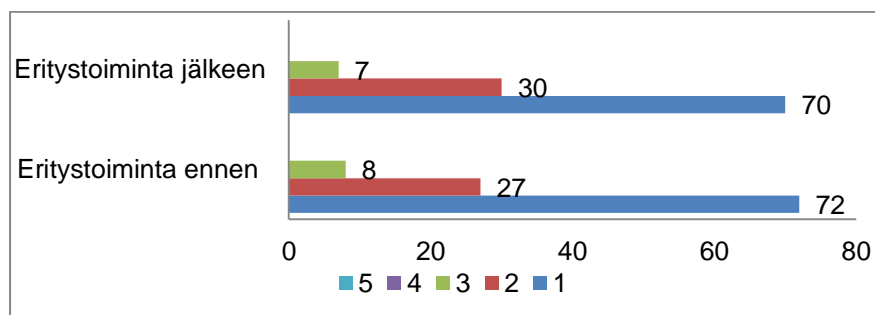
5. Pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein.



Kuvio 7. Puhuminen

Vastanneita oli alkumittauksessa N=106 ja loppumittauksessa N=107, koska yhdestä vastuslomakkeesta puuttui sivu. Alkumittauksessa puhekykynsä koki normaaliksi 77,6% (n=83) ja loppumittauksessa 79,4% (n=85). Pieniä vaikeuksia koki alkumittauksessa 21,5% (n=23) ja loppumittauksessa 20,6% (n=22). Puhekyvyssä tapahtui kohenemista ryhmätoimintajaksojen aikana. **Eritystoiminnassa** tapahtuneet muutokset on kuvattu kuviossa 8 asteikolla 1-5 seuraavasti:

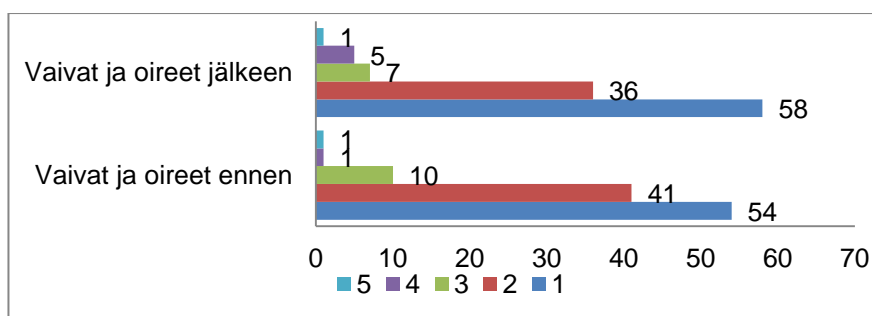
1. Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta.
2. Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa.
3. Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli.
4. Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti "vahinkoja" tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta
5. En hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista.



Kuvio 8. Eritystoiminta

Vastanneita oli sekä alku- että loppumittauksessa N=107. Normaaliksi eritystoimintansa koki 67,3% (n=72), lieviä ongelmia oli 25,2%:lla (n= 27) ja melkoisia ongelmia 7,5%:lla (n=8). Loppumittauksessa normaaliksi eritystoimintansa koki 65,4% (n=70), lieviä ongelmia oli 28,0%:lla (n=30) ja melkoisia ongelmia 6,5%:lla (n=7). Eritystoiminnassa tapahtui jonkin verran heikentymistä eritystoimintansa normaaliksi kokevien osalta, mutta myös melkoisia ongelmia kokevien määrä väheni, joten siltä osin tapahtui kohentumista. **Vaivoissa ja oireissa** tapahtuneet muutokset on kuvattu kuviossa 9 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
2. Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
3. Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
4. Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
5. Minulla on sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämättömä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.



Kuvio 9. Vaivat ja oireet

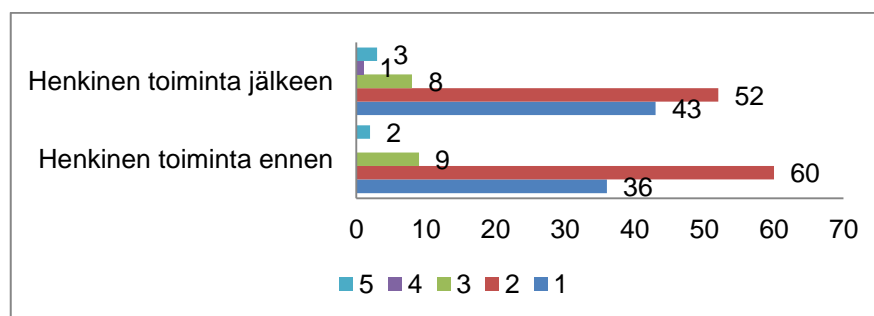
Alkumittauksessa 50,5% (n=54) koki ettei heillä ole vaivoja. Lieviä vaivoja kuvasi 38,3% (n=41) vastanneista ja melkoisia vaivoja 9,3% (n=10). Yksi vastanneista koki voimakkaita vaivoja ja yksi sietämättömiä vaivoja. Loppumittauksessa 54,5% (n=58) ei kokenut ollenkaan vaivoja, lieviä vaivoja koki 33,6% (n=36) ja melkoisia vaivoja 6,5% (n=7). Voimakkaita vaivoja kokevien määrä oli lisääntynyt ja heitä oli 4,7% (n=5) ja yksi koki vaivansa sietämättömiksi (0,9%). Yhteensä neljän vastanneen kokemus vaivoista

ja oireista oli lisääntynyt, mutta muutoin vaivojen ja oireiden voidaan katsoa helpottuneen ryhmätoimintajakson aikana.

5.2 Ryhmien vaikutus psyykkiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Psyykkisen toimintakyvyn arviointi on keskeisessä osassa mielenterveyskuntoutujaa kohdatessa ja se käsittää kognitiiviset taidot sekä psyykkiset voimavarat. (Järvikoski, Härkäpää; 92). 15D lomakkeista olen luokitellut kysymykset: henkinen toiminta, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja energisyys kuvaamaan psyykkistä toimintakykyä. **Henkisissä toiminnoissa** tapahtunutta muutosta on kuvattu kuviossa 10 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti.
2. Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti.
3. Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä.
4. Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä.
5. Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua

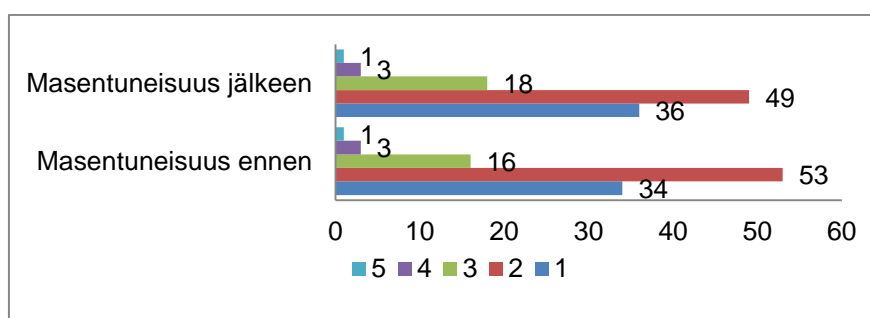


Kuvio 10. Henkinen toiminta

Vastanneista (N=107) henkisen toimintansa koki alkumittauksessa normaaliksi 33,6% (n=36), lieviä vaikeuksia oli 56,1%:lla (n=60), melkoisia vaikeuksia 8,4%:lla (n=9) ja 1,9% (n=2) koki, että on koko ajan sekaisin ja vailla ajan ja paikan tajua. Loppumittauksessa henkisen toimintansa koki normaaliksi 40,2% (n=43), lieviä vaikeuksia oli 48,6%:lla (n=52), melkoisia vaikeuksia 7,5%:lla (n=8) ja suuria vaikeuksia yhdellä vas-

tanneista. Vastanneista kolme (2,8%) koki loppumittauksessa olevansa koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua. Vastanneiden kesken tapahtui siis sekä kohentumista mutta myös yksittäistä heikentymistä ryhmätoimintajakson aikana. **Masentuneisuudessa** tapahtuneita muutoksia on kuvattu kuviossa 11 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
2. Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
3. Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
4. Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
5. Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

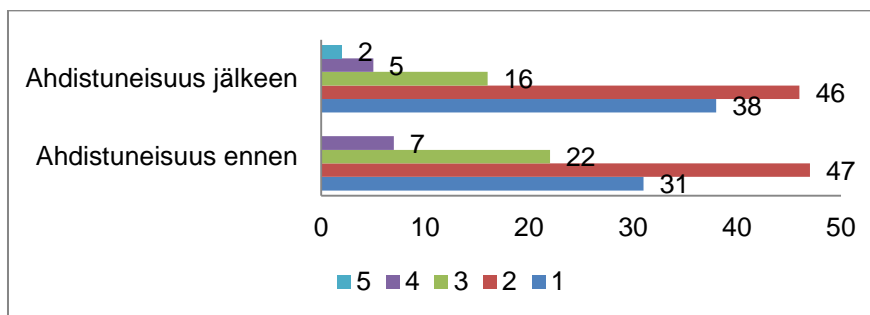


Kuvio 11. Masentuneisuus

Vastanneista 31,8% (n=34) ei kokenut masentuneisuutta alkumittauksessa. Lievää surullisuutta, alakuloa ja masentuneisuutta koki 49,5% (n=53) ja melko surulliseksi ja masentuneeksi koki itsensä 15% (n=16) vastanneista. Erittäin surulliseksi itsensä koki 2,8% (n=3) vastanneista ja äärimmäisen surulliseksi ja masentuneeksi yksi vastanneista (0,9%). Loppumittauksessa oli tapahtunut sekä kohentumista että heikentymistä vastauksissa. 33,6% (n=36) vastanneista ei kokenut masentuneisuutta ollenkaan, 45,8% (n=49) koki lievää surullisuutta ja masentuneisuutta ja melko surulliseksi ja masentuneeksi itsensä koki 16,8% (n= 18) vastanneista. Vastauksissa erittäin masentuneiden sekä äärimmäisen masentuneiden määrässä ei ollut tapahtunut muutosta. **Ahdistuneisuudessa** tapahtuneet muutokset on kuvattu asteikolla 1-5 kuviossa 12 seuraavasti:

1. En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
2. Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
3. Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
4. Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.

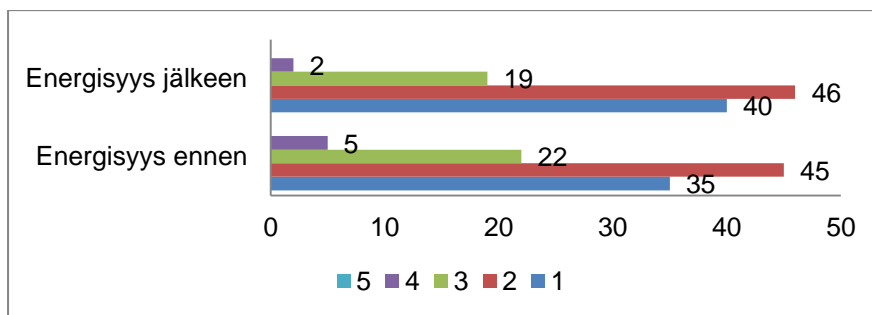
5. Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.



Kuvio 12. Ahdistuneisuus

Alkumittauksessa 29% (n=31) ei kokenut ahdistuneisuutta ollenkaan ja loppumittauksessa tämä määrä oli lisääntynyt ja ahdistusta ei kokenut ollenkaan 35,5% (n=38) vastanneista. Lievää ahdistusta koki alussa 43,9% (n=47) vastanneista kun lopussa määrä oli 43% (n=46). Alkumittauksessa melko ahdistuneeksi itsensä koki 20,6% (n=22) kun lopussa määrä oli vain 15% (n=16). Erittäin ahdistuneeksi itsensä koki 6,5% (n=7) ja loppumittauksessa 4,7% (n=5). Alkumittauksessa ei ollut yhtään vastannutta, joka olisi kokenut itsensä äärimmäisen ahdistuneeksi, mutta loppumittauksessa heitä oli 1,9% (n=2). Pääosin vastaajien kokemus ahdistusoireista ovat ryhmätoimintajakson aikana vähentyneet, mutta kahden vastaajan kohdalla oireet ovat lisääntyneet. **Energisyydessä** tapahtuneet muutokset on kuvattu kuviossa 13 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi.
2. Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
3. Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
4. Tunnen itseni erittäin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi".
5. Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi".



Kuvio 13. Energisyys

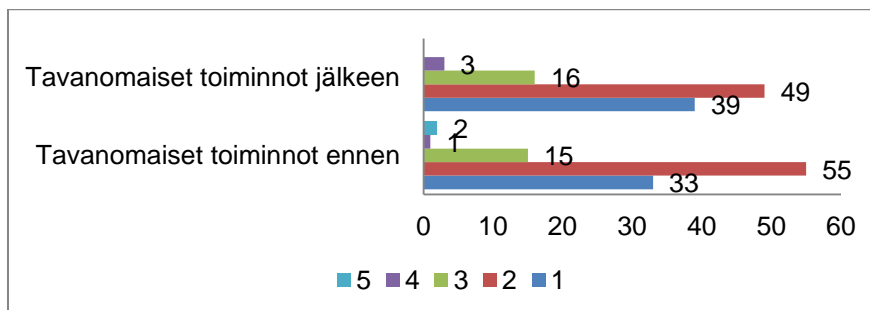
Vastaajista 32,7% (n=35) koki itsensä elinvoimaiseksi ja terveeksi. Hieman uupumusta, väsymystä tai voimattomuutta koki 42,1% (n=45) vastanneista ja melko paljon uupumusta ja väsymystä koki 20,6% (n=22) henkilöä. Erittäin uupuneeksi tai voimattomaksi itsensä koki 4,7% (n=5) henkilöä. Loppumittauksessa itsensä koki terveeksi ja elinvoimaiseksi 37,4% (n=40) henkilöistä ja lievää uupumusta koki 43% (n=46). Vastanneista 17,8% (n=19) koki itsensä melko uupuneeksi tai voimattomaksi ja kaksi henkilöä (1,9%) koki loppumittauksessa itsensä erittäin uupuneeksi tai voimattomaksi. Energisyyden kokeminen oli selvästi kohentunut ryhmätoimintajakson alku- ja loppumittausten välillä.

5.3 Ryhmien vaikutus sosiaaliseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun

Sosiaalinen toimintakyky nähdään tärkeänä osana mielenterveyskuntoutujan kuntoutumista ja elämää. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kuntoutujan vuorovaikutussuhteita sekä osallistumista yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan. Mielenterveyskuntoutuksessa on usein painotettu arkielämän lähtökohtien, mielekkään toiminnan, osallisuuden ja sosiaalisen ympäristön merkitystä. (Järvikoski – Härkäpää: 92, 234) Kuitenkin hyvin harva kysymys kartoitti tätä osa-aluetta 15D kysymyksissä. Olen luokitellut sieltä kysymykset tavanomaisista toiminnoista ja sukupuolielämästä kuvaamaan sosiaalista toimintakykyä. **Tavanomaisissa toiminnoissa** tapahtuneet muutokset on kuvattu asteikolla 1-5 kuviossa 14 seuraavasti:

1. Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot).
2. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.

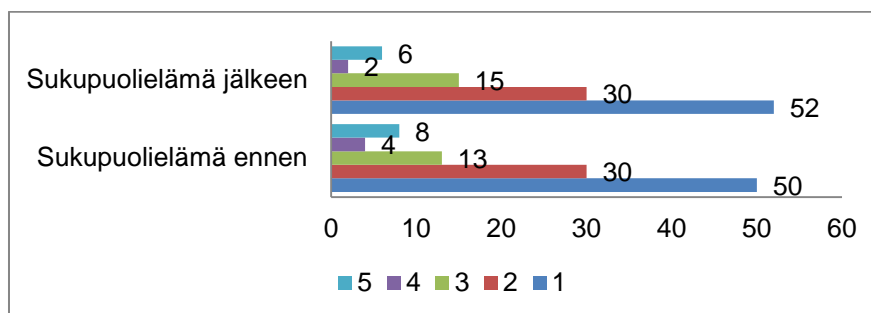
3. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.
4. Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin.
5. En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista.



Kuvio 14. Tavanomaiset toiminnot

Alkumittauksessa tässä kohdassa yksi vastauksista on jätetty huomioimatta, koska potilas oli kirjoittanut vastauksen ”eläkkeellä”. Lomakkeessa oli myös merkintä ”2?”, mutta koska tutkija ei voi tietää kuka merkinnän oli tehnyt eikä mitään kohtaa ollut selkeästi valittu, niin tämä vastaus jätettiin huomioimatta. Loppumittauksessa vastanneita oli N=107. Alkumittauksessa tavanomaisista toimista koki selviytyvänsä 20,8% (n=33), lieviä vaikeuksia oli 51,4%:lla (n= 55), huomattavia vaikeuksia oli 14%:lla (n=15). Yksi vastanneista (0,9%) koki merkittäviä vaikeuksia tavanomaisista toiminnoista suoriutumisessa ja kaksi vastanneista (1,9%) koki ettei selviydy tavanomaisista toiminnoista lainkaan. Loppumittauksessa tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen oli kohentunut selvästi. Vastanneista 36,4% (n=39) koki suoriutuvansa normaalisti tavanomaisista toiminnoista, lieviä vaikeuksia oli 45,8%:lla (n=49), huomattavia ongelmia selviytymisessä oli 15%:lla (n=16) ja merkittäviä vaikeuksia oli 2,8%:lla (n=3). Loppumittauksessa vastanneista ei enää yksikään kokenut ettei selviytyisi tavanomaisista toimista ollenkaan. **Sukupuolielämässä** tapahtuneet muutokset on kuvattu kuviossa 15 asteikolla 1-5 seuraavasti:

1. Terveystilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni.
2. Terveystilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni.
3. Terveystilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni.
4. Terveystilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi.
5. Terveystilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi.



Kuvio 15. Sukupuolielämä

Vastauslomakkeista kahdessa oli jätetty sukupuolielämään liittyvään kohtaan kokonaan vastaamatta, joten tässä vastaajien määrä on N=105 sekä alku- että loppumittauksessa. Sukupuolielämä on vastaajien kokemuksena kohentunut ryhmätoimintajakson aikana. Alkumittauksessa 46,7% (n=50) koki ettei terveydentila vaikuta mitenkään sukupuolielämään ja loppumittauksessa sama kokemus oli 48,6%:lla (n=52). Sekä alku- että loppumittauksessa hieman vaikutusta terveydentilalla sukupuolielämään koki olevan 28% (n=30). Huomattavia vaikutuksia terveydentilalla koki olevan 12,1% (n=13) vastanneista ja loppumittauksessa 14% (n=15). Lähes mahdottomaksi sukupuolielämänsä koki alkumittauksessa 3,7% (n=4) ja loppumittauksessa 1,9% (n=2). Täysin mahdottomaksi sukupuolielämänsä koki alussa 7,5% (n=8) ja lopussa vastaavasti 5,6% (n=6).

5.4 Muuttujien vaikutus tuloksiin

Tuloksista testattiin muuttujina vastanneiden ikä sekä sukupuoli. Muuttujia testattaessa sukupuolella oli tilastollisesti merkittävä ero ainoastaan alkumittauksessa kysymyksessä joka koski sukupuolielämää. Alkumittauksessa miehistä 47,1% (n=24) ja naisista 48,1% (n=26) koki ettei heidän terveydentilansa vaikuta sukupuolielämään mitenkään. Hieman vaikutusta sukupuolielämään koki olevan 23,5 % (n=12) miehistä ja naisista 33,3% (n=18). Huomattavia vaikutuksia sukupuolielämään terveydellä koki olevan miehistä 21,6% (n=11) ja naisista 3,7% (n=2). Lähes mahdottomaksi sukupuolielämänsä koki 7,4% (n=4) naista, mutta ei yksikään mies. Mahdottomaksi sukupuolielämänsä koki 7,8% (n=4) miestä sekä 7,4% (n=4) naista. Loppumittauksen tuloksissa sukupuolella ei ollut enää tilastollisesti merkittävää eroa.

Analysointi vaiheessa vastanneet jaettiin kolmeen ryhmään syntymävuosien mukaan (taulukko 1.), ikäluokat jaettiin vuosina 1940-1960 syntyneisiin, vuosina 1961-19890 syntyneisiin sekä vuosina 1981-1995 syntyneisiin. Vastanneista 92,5% (n=99) oli ilmoittanut syntymävuotensa ja vastaamatta oli jättänyt 7,5% (n=8).

Taulukko 1. Ikäjakauma

	fr	%
Valid 1940-1960	14	13,1
Valid 1961-1980	54	50,5
Valid 1981-1995	31	29,0
Total	99	92,5
MissingSystem	8	7,5
Total	107	100,0

Suurimman ikäluokan muodosti 1961-1980 syntyneet. Koska ikäjakauma oli osallistuneissa näin suuri, oli vaikea tehdä tasaista jakoa syntymävuosien välille. Tuloksissa onkin vertailtu vastausten eroa vain prosentit jokaista ikäryhmää kohden, koska näin on saatu kuvaavampi lopputulos.

Tilastollisesti merkittävää eroa iällä näytti olevan näössä, kuulossa sekä eritystoiminnassa. Alkumittauksessa ikäluokassa syntyneet 1940-1960 kokivat prosentuaalisesti eniten lieviä ongelmia näössään ja loppumittauksessa heidän ikäluokassaan oli tapahtunut selkein parannus. Loppumittauksen vastauksissa ei enää noussut selvää tilastollista eroa ikäluokissa.

Kuulossa ei alkumittauksen tuloksissa noussut tilastollisesti merkittäviä eroja. Kuitenkin tarkemmalla tarkastelulla tutkija huomasi, että nuorimmat eli vuosina 1981-1995 syntyneet eivät kokeneet kuulossaan ongelmia alku- eikä loppumittauksessa. Kuulossa tapahtui heikentymistä alku- ja loppumittausten välillä muissa kahdessa ryhmässä. Vanhimmassa ikäryhmässä yksi vastanneista koki loppumittauksessa melkoisia vaikeuksiaan kuulossa.

Eritystoiminnassa oli tilastollisesti merkittävää eroa sekä alku- että loppumittauksessa. Ikäluokittain nuorimmat vastanneista kokivat vähiten ongelmia eritystoiminnassaan ja ongelmat eritystoiminnassa kohdistuivat kahteen muuhun ryhmään. Ikäluokassa 1961–1980 syntyneet kokivat eniten eritystoimintansa helpottaneen alku- ja loppumittausten välillä ja heikentymistä oli tapahtunut ikäluokassa 1940–1960 syntyneillä. Myös yksi ikäluokassa 1981–1995 koki eritystoimintansa heikentyneen alkumittaukseen verrattuna.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

15D on itsearviointimittari, jonka vastaamiseen henkilökunta ei omalla näkemyksellään voi vaikuttaa. Tärkeää on saada tietoa kuntoutujan omasta kokemuksesta omaan terveyteensä liittyen. Luotettavuutta heikentää joiden vastaajien vastaukset, jotka eivät mahdollisesti ole olleet motivoituneita kyselyyn. Joissakin lomakkeissa vastauksina oli kaikissa ensimmäinen vaihtoehto, josta herkästi tehdään tulkinta vastaajan haluttomuudesta tutkimukseen. Koska tutkimukseen otettu seuranta-aika on melko lyhyt, voisi tulosten luotettavuutta parantaa jatkotutkimuksella, jossa analysoidaisiin 15D lomakkeita pidemmän ajanjakson ajalta.

15D mittarin tausta perustuu Sintosen tutkimustyöhön Suomen terveyspolitiikan linjauksista 1980- ja 1990 luvuilla, eri terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiin sekä Maailman terveysjärjestön (WHO) terveysnäkömuksiin. Mittaria on testattu useassa tutkimusprojektissa. Poliklinikalle mittari otettiin käyttöön yhteistyössä terveyden ja hyvinvointi laitoksen (THL) kanssa. Tällä hetkellä 15D on mukana useassa valtakunnallisessa tutkimuksessa ja se on suositeltu käytettäväksi mitattaessa elämänlaatua ja toimintakykyä eri potilailla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011–2014)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa tutkitaan juuri sitä, mitä on päätetty tutkia. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2008: 231.) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa on merkittävää

mittarin luotettavuus. Tämän tutkimuksen alku- että loppumittauksessa on käytetty samaa itsearviointilomaketta ja tältä osin nämä kahden eri vaiheen tulokset ovat verrattavissa keskenään. Analysointi vaiheessa tutkija numeroi täytetyt kyselylomakkeet siten, että SPSS-ohjelman havaintomatriisissa oleva järjestysluku vastaa lomakkeen numeroa. Matriisissa olevien tietojen oikeellisuus voidaan siis tarkistaa tallella olevista numeroituista kyselylomakkeista (tutkimuksen toistettavuus-luotettavuus).

Tutkimuksen tärkein luotettavuuskriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Tässä opinnäytetyössä on pyritty tutkimusaineistoa käsittelemään mahdollisimman huolellisesti ja objektiivisesti. Työskentelyn kuluessa esiin tulleet tietojen syöttövirheet korjattiin aina välittömästi havaintomatriisiin ja tarvittaessa tilastolliset ajot tehtiin uudelleen. Lisäksi opinnäytetyön tekijä on saanut ohjausta opinnäytetyön aikana.

6.2 Tutkimuksen eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen teon eri vaiheissa on huomioitu tutkimuksen teon eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksen (2012) mukaisesti. Tutkimuksen teon eri vaiheissa on pyritty totuuteen ja tutkimusta on ohjannut hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimusluvan osalta on menetelty organisaation tutkimus ohjeistusten mukaisesti. Tutkimussuunnitelman on hyväksynyt Metropolia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaaja ennen tutkimusluvan hakemista ja tutkimuslupa saatiin organisaatiosta, johon tutkimus kohdistui. Taustakirjallisuuden ja aiempien tutkimusten osalta on käytetty tarkkoja lähdeviitteitä. Tulosten raportointiin ja julkaisemiseen liittyvissä eettisissä kysymyksissä on pyritty tarkkuuteen ja huolellisuuteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tulokset on esitetty rehellisesti ja niitä väärentämättä. Tuloksia hyödynnetään psykoosipotilaiden kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen edistämiseksi. Aineiston ovat keränneet poliklinikan henkilökunta ja ne ovat osa potilaiden kuntoutusta ja hoitoa poliklinikalla. Tutkija ei missään vaiheessa tavannut tutkittavia eikä saanut tietoonsa heidän henkilöllisyyttään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimus on osa kuntoutuspoliklinikan työn kehittämistä ja tarkoituksena oli tarkastella jo olemassa olevan työskentelymallin vaikutusta. Tutkimuksen materiaali on kerätty osana normaalia toimintaa ja henkilökunta on peittänyt lomakkeista vastaajien nimet sekä henkilöllisyyden ja näin tutkimuksessa on varmistettu identiteetin suojaaminen. Tutkijalle oli lomakkei-

siin merkitty tiedoksi sukupuoli sekä syntymävuosi. Tietojen keräämisen jälkeen tutkija on palauttanut materiaalin henkilökunnalle, jotka arkistoivat sen asianmukaisesti.

6.3 Tulosten tarkastelu

Toimintakyky eroteltiin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Toimintakyky on kuitenkin kokonaisuus ja eri osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2006: 9) Toimintakyky on myös yhteydessä moniin eri seikkoihin, muun muassa ikään, sukupuoleen ja koulutukseen. (Järvikoski, Härkäpää; 93) Tässä tutkimuksessa on ollut käytössä tiedot tutkittavien iästä sekä sukupuolesta ja tutkija on jakanut 15D itsearviointilomakkeet karkeasti edellä mainittuihin toimintakyvyn osa-alueisiin.

Viime vuosina Suomessa on pyritty kiinnittämään erityistä huomiota sosioekonomisten erojen vähentämiseksi. Psykoosia sairastavat ovat väestöryhmä, joilla erityisen suurena ongelmana ovat fyysiset sairaudet ja niistä johtuvat kuolemat sekä toimintakyvyn heikentyminen. Kuitenkin useammassa tutkimuksessa on todettu, että psykoosia sairastavien fyysiseen terveyteen kiinnitetään liian vähän huomiota. Sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykoosia sairastavien kuolleisuus fyysisiin sairauksiin on 2-3kertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna. Osan kuolleisuudesta on kansainvälisissä tutkimuksissa selittänyt se, että psykoosi sairastavien fyysistä terveyttä on hoidettu muita potilaita huonommin. (Suvisaari 2008; 4-5)

Tässä tutkimuksessa eniten hajontaa tapahtui fyysisen elämänlaadun osa-alueilla. Tämä vahvistaa myös sen, että tähän osa-alueeseen tulisi tulevaisuudessa kiinnittää enemmän huomioita psykoosi potilaiden hoidossa. Fyysisessä elämälaadussa oli tapahtunut kohentumista liikuntakyvyssä, näässä, nukkumisessa, syömisessä sekä puhumisessa. Selkeää heikentymistä oli tapahtunut kuulossa, joka voi johtua joko iän mukanaan tuomista haasteista tai esimerkiksi psyykkisen voinnin heikentymisestä eli esimerkiksi ääniharhojen lisääntymisestä. Fyysisistä osa-alueista hengityksessä, erityistoiminnassa sekä vaivoissa ja oireissa oli tapahtunut sekä yksittäistä kohentumista että heikentymistä vastanneiden kesken.

Aiemmissä tutkimuksissa on todettu psykoosiin ja skitsofreniaan sairastuneilla heikompi näkökyky muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna. Näkökyvyn ongelmat ovat

osaltaan selittyneet asianmukaisten silmälasien puuttumisella, mutta myös psykelääkkeet saattavat vaikuttaa näkökykyyn. Hoitoa ja kuntoutusta suunniteltaessa tulisikin huomioida arkielämästä selviytymistä heikentävä liikuntakyky sekä näkökyvyn ongelmat. (Suvisaari 2008: 5; Viertiö 2008: 16–17.)

Terveys 2000-tutkimuksessa todettiin, että psykoosiin sairastuneiden liikkumiskyvyn ongelmat alkavat jo varhain. Sairauteen liittyvät negatiiviset oireet, kuten tahdottomuus, apaattisuus sekä usein lääkkeiden sivuvaikutuksena esiintyvä väsymys vähentävät liikunnan harrastamista ja johtaa yleiskunnan heikentymiseen. Hoidossa ja kuntoutuksessa tulisikin tällöin huomioida sekä huonontunut yleiskunto, fyysiset sairaudet sekä psyykkisestä sairaudesta johtuvat negatiiviset oireet. (Viertiö 2008: 16–17.)

Tuloksia tarkasteltaessa oli todettavissa selkeää kohentumista psyykkisessä ja sosiaalisessa elämänlaadussa. Sosiaalisessa elämänlaadun kysymyksissä tavanomaisista toiminnoista sekä sukupuolielämästä oli tapahtunut molemmissa kohentumista. Psyykkisistä kysymyksistä energisyydessä oli selkein kohentuminen, mutta myös muissa kysymyksissä oli prosentuaalisesti elämänlaatu kohentunut. Vastausten joukossa oli myös yksittäisiä vastauksia joissa oli tapahtunut heikentymistä.

Tässä tutkimuksessa muuttujilla ei näyttänyt olevan vaikutusta psyykkiseen elämänlaatuun. Suurimmat erot muuttujia testattaessa saatiin fyysiseen elämänlaatuun liittyvillä osa-alueilla. Osaltaan näissä tapahtuneita muutoksia saattaa selittää ikä, mutta myös muut muutokset eri osa-alueilla voivat olla vaikuttavia tekijöitä. Monella mielenterveyskuntoutujalla muun muassa eritystoimintaan vaikuttaa lääkitys, liikunnan puute ja ruokavalio. 15D kysymysten jaottelu on tehty karkeasti kirjallisuutta apuna käyttäen. Koska kohderyhmänä ovat mielenterveyskuntoutajat, joilla psyykkinen sairaus vaikuttaa suuresti myös muuhun toimintakykyyn, antaa jaottelu ehkä väärän kuvan. Monella mielenterveyskuntoutujalla fyysiseen terveyteen, esimerkiksi liikkumiseen, vaikuttaa nimenomaan psyykkinen sairaus eikä niinkään kipu tai fyysinen vaiva. Myös masennuksen aktiivisella hoidolla on todettu olevan vaikutusta psykoosipotilaiden elämänlaatuun. Kognitiiviset vaikeudet hankaloittavat arkipäivän toiminnoista selviytymistä sekä heikentävät sosiaalista toimintakykyä. Psykoosisairaus on yksi yleisimpiä eläkkeelle siirtymisen syitä ja tapahtuu usein jo nuorella aikuisiällä. Kuntoutus ja tuettu työllistyminen voivat olla keinoja parantaa psykoosipotilaiden mahdollisuuksia palata työelämään ja näin ollen myös kohentaa potilaiden elämänlaatua. (Viertiö ym. 2012: 863–869)

Tässä tutkimuksessa voidaan todeta ryhmätoiminnalla olleen positiivisia vaikutuksia terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ja suurimmaksi osaksi vastanneet ovat kokeneet elämänlaatunsa kohentuneen alku- ja loppumittausten välillä.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Ryhmien jaottelu ja tulosten tarkastelu eri ryhmien välillä voisi antaa tarkempaa tietoa ryhmien vaikuttavuudesta. Tuloksiin saattoi vaikuttaa toiminnallisten ryhmien ja keskusteluryhmien eroavaisuus. Yksilölliset erot ja kokemukset ryhmistä vaikuttavat vastauksiin ja kaikki eivät hyödy samoista keinoista. Jatkotutkimuksena voisi selvittää toiminnallisten ryhmien eroa psykoedukatiivisiin ryhmiin elämänlaadun osa-alueilla.

Pidempi seurantajakso ja aineiston kasvattaminen lisäisi tutkimuksen luotettavuutta. Nyt otettu otanta on melko lyhyeltä ajalta, mukana voi olla sama kuntoutuja useamman kerran ja tuloksiin on voinut vaikuttaa myös muuta tekijät, joita ei tässä tutkimuksessa ole huomioitu. Tulosten luotettavuutta voisi myös lisätä yksilöllisillä haastatteluilla tai potilasteksteihin tutustumalla. Näin voisi löytyä myös muita tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet elämänlaadun kohentumiseen tai jotka osaltaan tukisivat ryhmätoiminnan vaikuttavuutta.

Jos tutkimukseen vastanneisiin (N=107) lisättäisiin hylätyt vastaukset (N=56) saadaan keskeyttäneiden määräksi 34,4 %. Keskeyttäneiden määrä kokonaisuudesta on melko paljon. Keskeyttäneiden määrän ja syiden tarkasteluun tarvittaisiin lupa hoitohenkilöstön tai kuntoutujien haastatteluun sekä potilasasiakirjojen lukemiseen. Mielenkiintoista olisi tutkia onko jo 15D lomakkeista havaittavissa tuleva ryhmän keskeyttäminen tai esimerkiksi voinnin heikentyminen.

Kuntien suuria haasteita tulevaisuudessa on mielenterveystyön ja – palvelujen kehittäminen. Mielenterveyssairauksien määrä ei ole tutkimusten mukaan todettu lisääntyneen, mutta palvelujen käyttö sen sijaan on. Yhä useammin sairausloman sekä sairauseläkkeen syynä ovat mielenterveyshäiriöt. Lisääntymistä ei voida selittää sairastavuuden lisääntymisellä. Yhtenä selittävänä tekijänä on todettu työelämän kasvaneet vaatimukset sekä muuttunut suhtautuminen sairauslomiin ja mielenterveys häiriöihin. (Harjajärvi – Pirkola – Wahlbeck 2006.)

Tulevaisuudessa peruspalveluissa tehtävää mielenterveystyötä olisi tärkeää kehittää. Peruspalvelujen tehtävänä on ennen kaikkea huolehtia mielenterveyden edistämisestä, ehkäisevästä työstä sekä tavallisimpien mielenterveyden häiriöiden diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Jokaisen kunnan tulisi tehdä oma mielenterveystyön kehittämis- ja toimintasuunnitelmansa, jossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota mm. syrjäytymisen ehkäisyyn, mielenterveystyön näkyvyyteen, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusohjelmiin, verkostoitumiseen sekä peruspalvelujen mielenterveystyöhön. (Lehtinen – Taipale 2005.)

Mielenterveystaudit ovat usein pitkäaikaissairauksia ja palvelujen tuotteistaminen ja ulkoistaminen kilpailuttamalla on ongelmallista. Kilpailtaessa resursseista terveydenhuollon sisällä psykiatria on vaarassa usein menettää voimavaroja somaattiselle sairaanhoidolle. Tulevaisuudessa hoidon laadun varmistus on avaintekijä menestykselliseen potilaan hoitoon. Mielenterveyspalveluihin tulee luoda kansallisia keskitettyjä ratkaisuja, jossa potilaat saavat kaikki hoitoon liittyvät palvelut samasta toimipisteestä. (Harjajärvi ym. 2006.)

Vuonna 2009 julkistetun Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM) mukaan Suomen psykiatrinen sairaanhoito on muihin länsimaihin verrattuna laitoskeskeistä. Tavoitteeksi suunnitelmassa on asetettu laitospaikkojen vähentäminen 35 prosentilla vuoteen 2015 mennessä sekä avohoidon kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Psykiatrisen ja somaattisen terveydenhuollon yhdistämistä voidaan kutsua mielenterveyspalvelujen viidenneksi aalloksi. Kaikilla psykiatrisia häiriöitä sairastavilla on merkittävästi suurentunut riski sairastua johonkin somaattiseen sairauteen ja vaikeimmin sairastavien keskimääräinen elinikä on 10 – 30 vuotta yleisväestöä lyhempi. Vastaavasti kaikilla fyysisiä sairauksia sairastavilla on huomattavan paljon psykiatrista sairastavuutta. Kun hoidot on organisoitu erillisesti, seurauksena on se, että joko psykiatrisen tai fyysisen sairauden hoito jää vaille riittävää huomiota. Huomattava osa suomalaisen perusterveydenhuollon potilaista käyttää myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja, jolloin kummallakin taholla olisi yhteistyön avulla mahdollisuutta keventää toistensa taakkaa niukkojen resurssien vallitessa.

Ensisijaisena tavoitteena pidetään mielekästä elämää ja mielekästä sosiaalista roolia, jonka määrittelyssä palvelujen käyttäjällä itsellään on tärkeä rooli. Hoidon tavoitteena ei ole mahdollisimman hyvä terveys vaan terveys käsitetään keinoksi tavoittaa parempaa

ja mielekkäämpää elämää. Tämä suuntaus tulee muuttamaan palvelujen organisointia ja toteuttamista käyttäjälähtöisemmäksi. (Korkeila 2012.)

Lähteet

Duodecim 2013: Skitsofrenia Käypä hoitosuositus. Helsinki. Verkkodokumentti <http://www.kaypahoito.fi>. Luettu 1.3.2013.

Eack, Shaun - Newhill, Christina - Anderson, Carol - Rotondi, Armando 2007. Quality of Life for Persons Living with schizophrenia: More than just symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30 (3). 219-222.

Foldemo, Anniga - Bogren Lennart 2002. Need assessment and quality of life in outpatients with schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16. 393-398.

Hakola, Panu – Isohanni, Matti – Joukamaa, Matti – Koponen, Hannu – Leinonen, Esa – Lepola, Ulla 2002. *Psykiatria*. Porvoo: WSOY.

Harjajärvi, Minna – Pirkola, Sami – Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>>. Luettu 23.11.2012.

Heikkinen-Peltonen, Riitta- Innamaa, Marja- Virta, Marjut 2008. *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita Prima.

Heikkilä, Tarja 2008: *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henriksson, Markus – Lönnqvist, Jouko – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) 2011. *Psykiatria*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2008: *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Järvikoski, Aila- Härkäpää, Kristiina 2011. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kettunen, Reetta- Kähäri- Wiik, Kaija- Vuori-Kemilä, Anne- Ihalainen, Jarmo 2009. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Korkeila, Jyrki 2012. *Psykiatrian tulevaisuudesta*. Uusi Suomi. Verkkodokumentti. <<http://jyrkikorkeila.puheenvuoro.uusisuomi.fi>> Luettu 22.4.2013

Kukkonen Jarmo 2005. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaikuttavuuden arviointi rutiinisti kerätyn tiedon pohjalta. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 355. Kuopio: Kopiojyvä.

Kuntoutuspoliklinikan ryhmäesitteet 2012-2014. Kuntoutuspoliklinikan henkilökunta (toim).

Kähäri-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006. *Kuntoutuksella toimintakykyä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehtinen, Ville – Taipale, Vappu 2012: *Suomalaisten terveys*. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.terveyskirjasto.fi/>>. Luettu 20.11.2012

Lähteenlahti Yrjö 2008. Psykoosit. Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko 2008 (toim). Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pinikahana, Jaya - Happell, Brenda - Hope, Judy - Keks, Nicholas 2002. Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. International Journal of Mental health Nursing 11. 103-111.

Raij, Tuukka 2012. Komorbiditeetti psykoosisairauksissa. Luentosarja psykiatriakeskus 19.9.2012.

Saarni, Samuli 2007. Health-Related Quality of Life and Mental Disorders in Finland, University of Helsinki, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Department of Psychiatry. Verkkodokumentti. <<http://www.helda.helsinki.fi>>

Saarni, Samuli - Luoma, Minna-Liisa – Koskinen, Seppo ja Vaarama Marja 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Koskinen, Seppo - Lundqvist, Annamari ja Ristiluoma, Noora (toim.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki.

Salo-Chydenius Sisko 1997. Oireidenhallintaohjelma- uutta toivoa pitkäaikaisille psykiatrisille potilaille. Kuntoutus 3/1997.

Savilla, Kara - Kettler, Lisa - Galletly, Cherrie 2008. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 42 (6). 496-504.

Sintonen, Harri 1994. The 15-D Measure of Health Related Quality of Life: Reliability, Validity and Sensitivity of its Health State Descriptive System. Department of Health Policy and Management. University of Kuopio. Finland.

Sintonen, Harri 2003. 15d-terveyteen liittyvän elämänlaatumittarin arvottaminen. Verkkodokumentti. <<http://www.hjelt.helsinki.fi>> Luettu 13.3.2013.

Sintonen, Harri 2009. 15D-Mittarin käyttö elämänlaadun arvioinnissa – kivun hoidon näkökulma. KIPUviesti nro1. 14–17. Löytyy myös sähköisenä <<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi> >

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Suvisaari, Jaana 2007. Itsearviointimenetelmät kuntoutuksen apuvälineenä. Psykiatrian kuntoutuskeskuksen arviointimittareiden käyttökoulutus 21.3.2007.

Suvisaari, Jaana 2008. Psykoosia sairastavilla muita huonompi fyysinen terveys. Kansanterveys nro4/2008.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011-2014. 15D -terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>>. Luettu 3.5.2013.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Toimintakyky. Verkkodokumentti: <<http://www.thl.fi/>> Luettu 26.9.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullisen tutkimuksen ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. < <http://www.tenk.fi/> > Luettu 27.5.2014.

Viertiö, Satu 2008. Psykoosiin sairastuneilla toimintakyvyn lasku alkaa usein jo nuorena. Kansanterveys nro9/2008.

Viertiö Satu 2011. Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders. Research 60. THL.

Viertiö, Satu – Perälä, Jonna – Saarni, Samuli – Partti, Krista – Saarni, Suoma – Suokas, Jaana – Tuulio-Henriksson Annamari – Lönnqvist, Jouko – Suvisaari, Jaana 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen lääkärilehti 11/2012.

Yalom, Irvin 1995. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books.

TERVEYTEEN LIITTYVÄN ELÄMÄNLAADUN KYSELYLOMAKE (15D©)

Ohje: Lukekaa ensin läpi huolellisesti kunkin kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot. Merkitkää sitten rasti (x) sen vaihtoehdon kohdalle, joka **parhaiten kuvaa nykyistä terveydentilaanne**. On tärkeää, että vastaatte **kaikkiin** 15 kysymykseen rastittamalla kustakin **yhden** vaihtoehdon.

Vastauspäivämäärä ____ . ____ . ____

Potilaan nimi _____

Henkilötunnus _____

1. Liikuntakyky

- 1 () Pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa.
- 2 () Pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia.
- 3 () Pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana.
- 4 () Pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana.
- 5 () Olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma.

2. Näkö

- 1 () Näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman).
- 2 () Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 3 () Näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman).
- 4 () En näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälaseja tai niiden kanssa, mutta näen kulkea ilman opasta.
- 5 () En näe kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea.

3. Kuulo

- 1 () Kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeella tai ilman).
- 2 () Kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin.
- 3 () Minun on melko vaikea kuulla normaalia puheääntä, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä.
- 4 () Kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro.
- 5 () Olen täysin kuuro.

4. Hengitys

- 1 () Pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta eikä muita hengitysvaikeuksia.
- 2 () Minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä.
- 3 () Minulla on hengenahdistusta, kun kävelen tasamaalla samaa vauhtia kuin muut ikäiseni.
- 4 () Minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa.
- 5 () Minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa.

5. Nukkuminen

- 1 () Nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen.
- 2 () Minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai satunnais-ta yöheräilyä.
- 3 () Minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti tai uni ei tunnu riittävältä.
- 4 () Minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain.
- 5 () Kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä.

6. Syöminen

- 1 () Pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia.
- 2 () Pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelästi, vavisten tai erityisapuneuvoin).
- 3 () Tarvitsen hieman toisen apua syömisessä.
- 4 () En pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää.
- 5 () En pysty syömään itse lainkaan, vaan minulle pitää antaa ravintoa letkun avulla tai suonensisäisesti.

7. Puhuminen

- 1 () Pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti.
- 2 () Puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta.
- 3 () Pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen.
- 4 () Muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani.
- 5 () Pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein.

8. Eritystoiminta

- 1 () Virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta.
- 2 () Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa.
- 3 () Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpidätysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli.
- 4 () Virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti "vahinkoja" tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta.
- 5 () En hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista.

9. Tavanomaiset toiminnot

- 1 () Pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot).
- 2 () Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin.
- 3 () Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi.
- 4 () Pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin.
- 5 () En pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista.

10. Henkinen toiminta

- 1 () Pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti.
- 2 () Minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti.
- 3 () Minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä.
- 4 () Minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä.
- 5 () Olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua.

11. Vaivat ja oireet

- 1 () Minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 2 () Minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 3 () Minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 4 () Minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 5 () Minulla on sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

12. Masentuneisuus

- 1 () En tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 2 () Tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 3 () Tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 4 () Tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.
- 5 () Tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi.

13. Ahdistuneisuus

- 1 () En tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 2 () Tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 3 () Tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 4 () Tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.
- 5 () Tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi.

14. Energisyys

- 1 () Tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi.
- 2 () Tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 3 () Tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi.
- 4 () Tunnen itseni erittäin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi".
- 5 () Tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi".

15. Sukupuolielämä

- 1 () Terveydentilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni.
- 2 () Terveydentilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni.
- 3 () Terveydentilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni.
- 4 () Terveydentilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi.
- 5 () Terveydentilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi.

KUNTOUTUMISPROSESSI

