

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma / ylempi ammattikorkeakoulu

Nina Ropponen ja Nina Saarelainen

TYÖTTÖMIEN ELÄMÄNLAATU

Työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkityksestä  
elämänlaatuun

Opinnäytetyö 2010

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Terveyden edistämisen koulutusohjelma

ROPPONEN, NINA &  
SAARELAINEN, NINA

Työttömien elämänlaatu. Työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkityksestä elämänlaatuun.

Opinnäytetyö

56 sivua + 26 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Hilikka Dufva

Toimeksiantaja

Kotkan kaupungin työllisyysyksikkö

Maaliskuu 2010

Avainsanat

elämänlaatu, kuntoutus, terveys, terveyspalvelut, toimintakyky, työttömyys

Tutkimuksessa on kartoitettu työttömien arvioinnit terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkitystä kotkalaisten työttömien elämänlaatuun. Työttömien elämänlaatua, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalista elämänlaadun osaluueesta, tutkittiin RAND-36-elämänlaatumittarin avulla. Ensimmäinen kysely tehtiin syyskuussa 2009 ja siihen osallistui 31 henkilöä. Helmikuussa 2010 tehtiin uusintakysely 13 henkilölle, jotka valikoituvat näistä 31 henkilöstä. Henkilöt valittiin sillä perusteella, että he olivat eniten käyttäneet sekä terveydenhoitajan että fysioterapeutin palveluja. Kahden kyselyn tuloksia verrattiin keskenään, vertailusta saatiin selville elämänlaadun lyhyen aikavälin muutokset.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että eniten työttömien terveyspalvelut olivat työttömien itsensä (N=13) arvioimina parantaneet fyysisiä toimintoja, kuten esimerkiksi kahden kilometrin kävelyä, juoksemista ja raskaiden tavaroiden nostelemista. Lisäksi työttömät olivat arvioineet, että fyysinen toimintakyky ei ollut aiheuttanut ongelmia heidän päivittäisissä toiminnoissaan helmikuussa 2010 niin paljon kuin syyskuussa 2009. Kivun kokeminen tai siitä aiheutuvien ongelmien esiintyminen oli myös alentunut. Seitsemän henkilöä oli kokenut terveytensä parantuneen tutkimuksen aikana. Psyykkisen toimintakyvyn alueella muutosta oli tapahtunut parempaa suuntaan. Sosiaalisen toimintakyvyn kannalta muutokset eivät olleet kovinkaan huomattavia. Psyykkisen hyvinvoinnin alueella hermostuneisuus ja alakuloisuus olivat vähentyneet, sekä onnellisuuden ja tyyneyden tunteet olivat kasvaneet. Sukupuolten välillä eroja löytyi fyysisen toimintakyvyn alueella.

Työttömien terveyspalvelut olivat merkityksellisiä työttömille. Tutkimus osoitti, että heidän elämänlaatunsa oli lyhyelläkin aikavälillä kohentunut. Terveyden edistämisen näkökulmasta terveydenhoitaja ja fysioterapeutti pystyivät vastata palveluillaan haastateltavien elämänlaatuun.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Master's Level Degree Program in Health Promotion

ROPPONEN, NINA & SAARELAINEN, NINA

An Unemployed Person's Quality of Life. Unemployed's Evaluations of the Significance of Services by Public Health Nurses and Physiotherapists.

(Bachelor) Master's Thesis  
Supervisor

56 pages + 26 pages of appendices  
Hilkka Dufva, LisSc

Commissioned by

City of Kotka, Employment Services Unit

March 2010

Keywords

quality of life, health, services for the unemployed, rehabilitation, unemployment, capacity

The purpose of this study was to evaluate the significance of health services for the unemployed and for their quality of life. Health services for the unemployed are provided by the public health nurse and the physiotherapist. An unemployed person's quality of life, which consists of physical -, psychological and social aspects, was examined by using the RAND-36 Quality of Life questionnaire. The first inquiry was carried out in September 2009. 31 unemployed participated in it. In February 2010 the inquiry was repeated among 13 unemployed selected from those 31. The criterion for selecting these 13 was their most frequent use of services by both a public health nurse and a physiotherapist. The results of these two inquiries were compared and this made it possible to see the short term effects.

According to the estimations of the unemployed most improvements were in their physical functioning, such as walking two kilometers, running or lifting heavy things. Furthermore the unemployed estimated their physical condition caused less difficulties in their daily functioning in February 2010 than in September 2009. Pain or problems caused by it had also reduced. Seven of these individuals found their health improved during the research. Changes in psychological well-being were enhanced. Changes in social ability were not significant. Within psychological well-being, feelings of nervousness and low spirits had reduced and feelings of happiness and calmness were also enhanced. Some gender differences were discovered within physical capacity.

Services for the unemployed were significant. According to the research the quality of life of those unemployed had improved even in the short run. From health promotion's view point, the services by the public health nurse and the physiotherapist could respond to the interviewees' comprehensive quality of life.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TYÖTTÖMYYS JA TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUT	8
	2.1 Työttömyys ja terveys	8
	2.2 Työttömien terveys- ja kuntoutuspalvelut	9
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ELÄMÄNLAATU	13
4	ELÄMÄNLAADUN OSA-ALUEET	15
	4.1 Koettu terveys	16
	4.2 Fyysisen elämänlaadun osa-alue	17
	4.2.1 Fyysiset oireet	17
	4.2.1.1 Kipu	17
	4.2.1.2 Somaattiset stressioireet	18
	4.2.2 Fyysinen toimintakyky	18
	4.2.2.1 Fyysinen kunto	19
	4.2.2.2 Itsehoito	19
	4.3 Psykkisen elämänlaadun osa-alue	20
	4.3.1 Psykkinen hyvinvointi ja psykkinet oireet	20
	4.3.2 Kognitiivinen toimintakyky ja muistitoiminnot	23
	4.4 Sosiaalisen elämänlaadun osa-alue	24
	4.4.1 Roolitoiminnot työssä ja kotona	24
	4.4.2 Sosiaaliset kontaktit	25
	4.4.3 Yhteisöllinen osallistuminen	25
	4.4.4 Vapaa-aika ja harrastukset	26
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
	5.1 Tehtävä ja tavoitteet	27
	5.2 Tutkimusongelmat	28
	5.3 Tutkimusaineiston hankinta	28
	5.4 Tutkimusaineiston analyysit	30
	5.5 Tutkimustulosten julkaiseminen	31

6 TUTKIMUSTULOKSET	32
6.1 Taustatiedot	32
6.2 Fyysisen elämänlaadun osa-alue	33
6.3 Psykkisen elämänlaadun osa-alue	36
6.4 Sosiaalisen elämänlaadun osa-alue	40
6.5 Koettu terveys	42
6.6 Työttömien arvioita saamistaan terveysterveystoista	43
7 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	44
7.1 Tutkimuksen luotettavuus	44
7.2 Tutkimuksen eettisyys	45
7.3 Haastateltavien fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen yhteydet elämänlaatuun	46
7.4 Jatkotutkimusaiheita ja RAND-36-elämänlaatumittarin kehittämisehdotuksia	48
7.5 Työttömien terveysterveystoisten merkitys työttömien elämänlaatuun	49
LÄHTEET	51
LIITTEET	
Liite 1. Elämänlaadun ulottuvuudet	
Liite 2. Elämänlaatumittari RAND-36	
Liite 3. Saatekirje	
Liite 4. RAND-36-elämänlaatumittarin käyttö- ja pisteytysohjeet	
Liite 5. Taustatiedot	
Liite 6. Sisällönanalyysi	
Liite 7. Aikaisemmat tutkimukset	
Liite 8. Tutkimuksen aikataulu	
Liite 9. Tutkimusluvut	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka toimii kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiselle. Ohjelmassa avainasemassa ovat elämän toiminnan kentät ja elämäntavat, elinympäristö, tuotteiden laatu, yhteisön terveyden tukeminen ja sitä vaarantavat tekijät). Terveys 2015- kansanterveysohjelman pääpainoalueet tulevat Suomen terveystalouden tavoitteista, jotka ovat terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien terveyserojen kaventaminen. Terveys 2015- ohjelmalla on viisi ikäryhmittäistä tavoitetta, joista yksi on työikäisten työ- ja toimintakyky sekä työelämän olosuhteiden kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2001: 4, 3 ja 15.)

Kotkan terveyden edistämisen strategiassa vuosina 2008 – 2012 painopistealueena on muun muassa terveyttä edistävät peruspalvelut. Painopisteenä olevilla terveyttä edistävillä peruspalveluilla pyritään terveyserojen kaventamiseen ja tasapuolisiin sekä riittäviin hyvinvointipalveluihin kuntalaisille. Tarkoituksena on kehittää keinoja joilla voidaan löytää riskiryhmät ja erityisen tuen tarpeessa olevat kuntalaiset. Tarkoituksena on myös, että kuntalaiset saavat tasapuolisesti hyvinvointipalveluja iästä, väestöryhmästä tai asuinpaikasta riippumatta. (Kotkan terveyden edistämisen strategia 2008-2012.)

Työssä käyminen merkitsee rahaa, kunnollista elintasoja sekä valinnan mahdollisuuksia. Työllisyys yhteisössä merkitsee hyvettä ja työssä käyminen on kunnioitettavaa. Työttömyys taas on pahe ja se on arvotonta. Työttömät menettävät asemansa kuluttajina ja paikkansa ”kunnan kansalaisina”. Työn menetyksestä seuraa usein masennuksen oireita, toivottomuutta ja psykosomaattista oireilua. Työpaikan menetys on siis vakava riski fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle sekä sosiaaliseen syrjäytymiseen. (Pojjula & Ahonen 2007, 9-12.)

Tammikuussa 2010 oli työttömiä työnhakijoita (lomautetut mukaan lukien) Kaakkois-Suomessa 20 288 henkilöä. Muutos oli 14 % verrattuna tammikuuhun 2009. Kaakkois-Suomessa työttömien osuus työvoimasta oli 13,5 %, kun koko maassa se oli 9,5 %. (Työ- ja elinkeinoministeriön työllisyyskatsaus, tammikuu 2010.) Tammikuussa 2010 Kotkan – Haminan seudun työnhakijoiden määrä oli 11 191 henkilöä, joista työttömien määrä oli 5 897 henkilöä ja työpaikkoja oli avoinna 279. Todennäköistä on, että monien työnhakijoiden työttömyys pitkittyy, kun työllisyystilanne on tarpeeseen

nähdn heikko. Tammikuussa 2010 pitkäaikaistyöttömiä (yli vuoden työttömänä olleita) oli Kotkassa 1 263 henkilöä. (Kaakkois-Suomen elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus, tammikuun 2010 työllisyyskatsaus.)

Kotkaan on perustettu oma työttömien terveydenhuoltohanke vuonna 2007. Kotkan hankkeen alkuperäisenä tavoitteena oli kehittää toimintamalli pitkäaikaistyöttömien terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn parantamiseksi. Jatkorahoituksen varmistuttua, lokakuuhun 2010 asti, päätavoite on saada jo aloitetut työmenetelmät ja kumppanuudet toimimaan niin, että tuloksien kautta on mahdollisuus osoittaa toiminnan vaikuttavuus ja sen myötä toiminnan juurruttaminen pysyväksi osaksi Kotkan kaupungin työllisyysyksikön toimintaa. Kokonaistavoitteena on, että kohderyhmä muuttuu passiivisesta toimijasta aktiiviseksi toimijaksi ja elämänhallintaan tulee uusia elementtejä. (Työllisyysprojektit 2009.)

Hankkeessa työskentelee terveydenhoitaja ja osa-aikainen fysioterapeutti. Terveydenhoitaja tekee pääasiassa terveydentilan perusselvityksiä niille työttömille, joilla ei ole hoitosuhdetta terveydenhuollon piirissä. Fysioterapeutti tekee työ- ja toimintakyvyntutauksia ja yksilöllisiä kuntoutussuunnitelmia sekä ohjaa terveyttä edistävää ryhmätoimintaa. Tavoitteena on, että työttömien elämänlaatu kohenee työ- ja toimintakyvyn selvitysten myötä. (Työllisyysprojektit 2009.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kiinnittää huomiota työttömien elämänlaatuun. Olettamuksena on, että työttömyys ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyys on vaikuttanut heikentävästi terveyteen ja kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun. Kotkalaisten työttömien elämänlaadusta ja terveystalvelujen merkityksestä ei löydy aikaisempia tutkimuksia, ja tutkimuksella on tarkoitus selvittää työttömien paikallisten terveydenhoitopalvelujen merkitystä työttömien elämänlaatuun.

Kotkassa työttömyys, eritoten pitkäaikaistyöttömyys, on ollut pitkään koko maan työttömyyteen verrattuna keskimääräistä korkeampi. Tilannetta ei helpota tällä hetkellä Suomessa vallitseva taloudellinen taantuma, joka johtaa yhä useammin työpaikan menetykseen ja työttömyyden lisääntymiseen.

## 2 TYÖTTÖMYYS JA TYÖTTÖMIEN TERVEYSPALVELUT

Työikäisillä työssäkäyvillä on usein käytössään maksuttomat työterveyshuollon palvelut. Työttömät jäävät näiden palvelujen ulkopuolelle. Kaikilla kansalaisilla pitäisi kuitenkin olla käytössään yhtäläiset terveyspalvelut, jota tukee Suomen peruslaki, kansanterveyslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Julkiset terveydenhuoltopalvelut eivät ole aina riittäviä ja pitkäaikaistyöttömien taloudelliset mahdollisuudet käyttää yksityispalveluja ovat heikot. Työttömien sairastavuus on usein suurempi ja sitä kautta tarve terveyspalveluille on suurempi. (Sinervo 2009, 14 – 15.) Useita vuosia työstä poissa olleet eivät ole käyttäneet perusterveydenhuollon palveluja lainkaan useista sairauksista huolimatta (Kuntoutusselonteko 2002, 15).

### 2.1 Työttömyys ja terveys

Tiedossa on, että työttömät voivat psyykkisesti ja fyysisesti huonommin kuin työssä käyvät. Näyttöön perustuvaa tietoa on siitä, että työttömyys johtaa heikkoon terveyteen ja heikko terveys johtaa työttömyyteen. Työttömyyden ja terveyden väliseen yhteyteen vaikuttavat taustatekijät kuten ikä, sukupuoli, työttömyyden kesto ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Nuorilla työttömyys on uhka syrjäytymiselle. (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008, 32 – 33.) Työuran alkuvaiheessa koetulla työttömyydellä ja alhaisella sosioekonomisella pääomalla (ammatti, ansiotaso, elinolot, elintaso, sosiaalinen asema sekä sosiaalinen tausta) on pysyvä vaikutus terveyteen ja sosioekonomiseen pääomaan myös tulevaisuudessa (Wadsworth, Montgomery & Bartley 1999, 1496 – 1497).

Työ- ja elinkeinotoimistot selvittivät vuonna 2001 kolmentuhannen pitkäaikaistyöttömien eläke-edellytyksiä. Asiakasryhmään kuului paljon yli 45-vuotiaita useita vuosia poissa työelämästä olleita asiakkaita. Tavallisimpia sairauksia heillä olivat vaikeat päihde- ja mielenterveysongelmat, krooniset tuki- ja liikuntaelinvaivat sekä tunnistamatta jääneet vaikeat kehitys- ja oppimishäiriöt. Suurin osa heistä todettiin työkyvyttömiksi. (Kuntoutusselonteko 2002, 15.)

Saikku (2009) on tutkinut pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveystarkastuksia. Yleisimmät todetut terveysriskit olivat tupakointi, vähäinen liikunta sekä ylipaino. Lisäksi pitkäaikaistyöttömillä todettiin diabetesriskiä sekä kohonneita kolesteroliarvoja. Muita terveysriskejä olivat tuki- ja liikuntaelinvaivat sekä päihderiippuvuus (huumeet ja



lääkkeet). Sekä miehillä että naisilla todettiin alkoholin riskikäyttöä. Masennusta todettiin yleisemmin nuoremmissa ikäluokissa ja masennuksen esiintyvyys laski mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. (Saikku 2009, 50 – 52.)

Korteisen & Tuomikosken (1998) mukaan työttömyyden alussa masentuneisuuden, hermostuneisuuden ja ärtyneisyyden tunteet olivat työttömällä hyvin tyypillisiä. Työttömyyden pidentyessä henkinen pahoinvointi ei kuitenkaan näyttänyt lisääntyvän. Sen sijaan fyysinen sairastavuus oli mittavampi suhteessa pidempään työttömyyteen. Työttömyyden ja sairauden välisistä yhteyksistä voi vielä tarkentaa, että työttömyyden pitkittyessä pitkäaikaissairastavuuden riski kasvaa. Työlliseen väestöön verrattuna kaksi vuotta työttömänä olleilla riski oli kaksinkertainen. Tutkimus oli ensimmäinen työttömien omiin kokemuksiin perustuva tutkimus. (Korteinen & Tuomikoski 1998, 40 – 44.) Aarva ja Pasanen (2005) selvittivät tutkimuksessaan, mitä suomalaiset aikuiset pitivät suurimpina uhkina terveydelleen vuodesta 1994 vuoteen 2002. Tuloksista kävi ilmi, että vielä vuonna 1994 työttömyyttä pidettiin uhkana terveydelle, mutta vuonna 2002 oli muutosta tapahtunut siinä määrin, että suurin uhka terveydelle oli haastateltavien mukaan kiireinen elämänrytmi sekä omien elintapojen merkitys terveydelle. (Aarva & Pasanen 2005, 57 ja 64.)

## 2.2 Työttömien terveys- ja kuntoutuspalvelut

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL, ent. Stakes) koordinoima kehittämishanke pitkäaikaistyöttömille käynnistyi vuonna 2007. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää toimintamalleja työttömien terveydenhuoltoon ottaen huomioon paikalliset tarpeet ja olosuhteet. Hankkeeseen valittiin mukaan 18 paikallista ja alueellista osahanketta. Hanke on toteutettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Työterveyslaitoksen ja Kansanterveyslaitoksen kanssa. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluihin on panostettu useissa kunnissa. Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja työvoimahallinnon välillä on paneuduttu moniammatilliseen yhteistyöhön pitkäaikaistyöttömien terveyserojen ja välityömarkkinoiden kaventamiseksi. Kunnat ovat saaneet valtionosuus rahoitusta pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon parantamiseksi, lisäksi THL (Stakes) on myöntänyt siihen hankerahoitusta. (Saikku 2008, 2, 5 ja 13.) Osahankkeita on muun muassa Lappeenrannassa, Oulussa, Liedossa, Kotkassa, Hyvinkäällä, Forssassa sekä Harjavallassa. Jokainen hanke pyrkii osaltaan vastaamaan pitkäaikaistyöttömien terveyserojen kaventamiseen. (Sinervo 2009, 23 - 25.)

Väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpito sekä itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa on sosiaalisen hyvinvoinnin perusta. Väestön omaa aktiivisuutta painotetaan erityisesti sosiaalipolitiikassa. Yksi keino lisätä väestön työ- ja toimintakykyä sekä antaa ihmisille voimavaroja oman elämän hallintaan on kuntoutus. Kuntoutuspalvelut ovat lakisääteistä toimintaa, jota tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuolto, työhallinto sekä Kansaneläkelaitos. Ei lakisääteisiä mutta kuntoutumisen kannalta tärkeitä ovat terveyden edistäminen, toimintakykyä ylläpitävät toimenpiteet ja ympäristön edellytyksiin vaikuttaminen. Kuntoutujien määrä ja kuntoutuksen laajuus riippuu siitä, kuinka paljon kunta tai valtio on osoittanut määrärahoja alalle. (Kuntoutusselonteko 2002, 3-4 ja 8.)

Terveyden edistämisen tertiäripreventio liitetään käsitteeseen kuntoutus. Kuntoutus määritellään ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi. Muutosprosessin tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Haluttua muutosta voidaan kuvata voimavarojen vahvistumisena sekä käyttöönottona ja elämän mahdollisuuksien avartumisena. Muutosta voidaan kuvata myös uusien mahdollisuuksien löytymisenä, toiminnan esteiden poistamisena ja arkielämän selviytymisenä kohti parempaa elämänlaatua. Kuntoutukseen sisältyy psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Tavoite on kuntoutettavan ja hänen omaistensa elämänlaadun paraneminen. Kuntoutuksen vaikuttavuus on todettu olevan parhaimmillaan silloin, kun se on yhdistetty henkilön tuttuun ympäristöön ja lähiyhteisöön. Tämä tarkoittaa sitä, että saavutetaan suurin mahdollinen vaikutus, kun käytetään esimerkiksi paikallisia kuntoutusryhmiä. (Kuntoutusselonteko 2002, 3 – 7; Järviskoski & Härkäpää 2005, 35 ja 54.)

Työttömien terveystalvet ovat osa Kotkan kaupungin työllisyysyksikön TERTTU-hanketta (Terveyteen ja työelämään tukeminen). Työttömien terveystalvet sisältävät terveydenhoitajan ja osa-aikaisen fysioterapeutin talvet. Nämä talvet ovat osa terveyden edistämistä ja voidaan liittää tertiäriprevention kuntoutuksen käsitteeseen (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15). Vuonna 2007 Kotkan työ- ja elinkeinotoimistossa pitkäaikaistyöttömien määrä oli selvästi lisääntynyt. Heillä oli erilaisia työrajoitteita, joita ei ollut riittävästi tutkittu tai hoidettu perusterveydenhuollossa. He eivät myöskään hakeutuneet aktiivisesti palvelujen piiriin. Eri työllisyyttä edistäviä toimenpiteitä järjestävät yhteisöt olivat myös havainneet asiakkaiden huonon fyysisen- ja psyykkisen kunnon. Kotkan työ- ja elinkeinotoimisto tarvitsi pitkäaikaistyöttömille

suunnattuja terveyspalveluja työllistämisen tueksi. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 3.)

Terveydenhoitaja työskentelee Kotkan työvoiman palvelukeskuksessa Kotkan työ- ja elinkeinotoimiston välittömässä läheisyydessä. Terveydenhoitajan vastaanoton sijainti on ollut erinomainen ratkaisu koska kynnys tavata terveydenhoitaja madaltui huomattavasti ja yhteistyö työvoimaviranomaisten kanssa oli helpompaa. Asiakkaat ovat ohjautuneet terveydenhoitajan luokse pääasiassa Kotkan työ- ja elinkeinotoimiston virkailijoiden kautta. Suurin osa fysioterapeutin asiakkaista on ohjautunut hänelle terveydenhoitajan kautta. Hankkeen kohderyhmä on eri-ikäiset työttömät. Pääasiallinen yhteistyökumppani on Kotkan työ- ja elinkeinotoimisto. Työvoimavirkailijoiden kanssa suunnitellaan erilaisia polkuja asiakkaan hyvinvoinnin lisäämiseksi ja työllistymisen esteiden poistamiseksi. Muita yhteistyökumppaneita ovat sosiaalityö, A-klinikka, Kotkan kaupungin kolme terveysasemaa, hammashoitola, kolmannen sektorin toimijat sekä sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen yksikkö. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 3 – 14.)

Suurin osa terveydenhoitajan asiakkaista ohjautuu työvoimaviranomaisten lähettämänä. Terveydenhoitajan ajanvaraus tapahtuu asiakkaan ollessa työvoimaviranomaisen luona, samalla työvoimaviranomainen kirjoittaa lähetelomakkeen, johon tulee asiakkaan suostumus tiedonvaihtoon. Joskus työvoimaviranomainen saattaa asiakkaan terveydenhoitajan ovelle tai antaa yhteystiedot, jotta asiakas voi varata ajan itse. Lähetelomakkeessa selvitetään asiakkaan aikaisempaa työhistoriaa ja terveydentilaa sekä työllistymisen esteeksi esiintyneitä ongelmia. Palaute työvoimavirkailijalle kulkee saman lähetelomakkeen kanssa. Palautelomakkeeseen terveydenhoitaja kirjaa asiakkaan työkykyyn liittyviä asioita sekä mahdolliset jatkotoimenpiteet, myös asiakkaan oma arvio työkyvystään kirjataan. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 3 – 14.)

Terveydenhoitajan tehtäviin kuuluu terveystarkastus ja työllistymisen esteiden arviointi. Hän tekee kaikille asiakkailleen terveystarkastuksen, joka pitää sisällään koulutukseen ja työhistoriaan liittyviä tietoja, sosiaaliset tiedot, harrastukset ja liikuntatottumukset sekä ruokailutottumukset ja päihteiden käytön. Terveystarkastuksessa tutkitaan pituus, paino, näkö ja kuulo ja selvitetään rokotukset, todetut sairaudet ja vammat, lääkitys, nykyiset oireet ja ongelmat sekä sukurasitteet. Terveydenhoitajan haastattelussa esiin otetaan myös asiakkaan itsensä kokema työkykyisyys ja toimenpiteet

työkyvyn ylläpitämiseksi sekä keskustellaan työn merkityksestä. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 3 – 14.)

Terveystarkastuksen yhteydessä asiakas saa ravitsemusneuvontaa, ohjausta liikkumiseen sekä tietoa alkoholin ja tupakoinnin vaaroista ja mahdollisesta lopettamisesta. Joillekin asiakkaille varataan aika omalle lääkärille ja lähetetään laboratoriotutkimuksiin. Terveystarkastaja seuraa prosessin kulkua tarkistamalla laboratoriotulokset ja seuraamalla lääkärikäyntien toteutumista. Tarvittaessa terveystarkastaja ohjaa asiakkaan fysioterapeutille ja esimerkiksi diabeteshoitajalle. Jatkohoito siirtyy usein omalle terveystarkastuskeskukseen, josta hänet ohjataan tarvittaessa mielenterveyskeskukseen tai erikoislääkärin tutkimuksiin. Asiakastilanteissa järjestetään myös moniammatillisia tapaamisia, joissa mukana on työvoimaviranomainen, sosiaaliohjaaja tai muu esimerkiksi Kymen A-klinikkatoimen työntekijä. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 6 - 7.)

Fysioterapeutti arvioi asiakkaiden toimintakykyä sekä selvittää heidän tuki- ja liikuntaelinongelmiaan. Terveystarkastuksen tarkastuksissa tulee esille usein tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Fysioterapeutti tapaa asiakkaitaan yleensä kolme kertaa. Ensimmäisellä kerralla tehdään toimintakyvyn arviointi sekä tuki- ja liikuntaelinvaivojen selvitys ja annetaan kotihoito-ohjeita. Seuraavaksi vuorossa on seurantaikänti ja myöhemmin loppuarviointi. Asiakkaita ohjataan tarvittaessa liikuntaryhmiin, joita ovat kaksi kuntosaliryhmää sekä allasryhmä vesijumppaa varten, joita fysioterapeutti itse ohjaa. Liikuntaryhmien tavoitteena on, että ryhmäläinen oppii liikkumaan säännöllisesti ja oppii aistimaan kehon tunteuksia ja muutoksia rasituksen aikana tai sen jälkeen. Tavoitteena on myös lisätä ryhmäläisten tasapainoa, lihaskuntoa sekä sydän- ja verenkiertoelimistön kuntoa. Samalla ryhmätoiminta on sosiaalinen tapahtuma ja vertaistuki. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 3 – 14.)

Fysioterapeutti käyttää apunaan erilaisia mittareita, kuten kymmenen metrin ja kahden kilometrin kävelytestiä, puristusvoiman mittaustestiä sekä UKK:n terveystarkastustestejä, jotka mittaavat dynaamista ja staattista tasapainoa. Lisäksi käytössä on selän suoritus-testistö. Henkilökohtaisina välineinä käytetään liikkumispäiväkirjaa ja liikuntatilanteissa Borgin asteikkoa. Jalkautuminen asiakkaiden pariin on yksi tärkeä tapa antaa henkilökohtaista opastusta, esimerkiksi sauvakävelyssä. Samalla fysioterapeutti kartoittaa muidenkin elämäntilanteiden asioita ja ongelmia. Fysioterapeutilla on mahdollisuus

ohjata jatkohoitoa vaativia asiakkaita terveysasemien fysioterapeuteille. (Alastalo, Saarinen & Grönholm 2009, 3 – 14.)

### 3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ELÄMÄNLAATU

Terveyden edistäminen sisältää monialaista toimintaa. Terveyden edistäminen perustuu arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, omavoimaistaminen (empowerment), tarvelähtöisyys, osallistaminen, kulttuurisidonnaisuus, oikeudenmukaisuus ja kestävä kehitys. Terveyden edistämiseen liitetään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun osa – alueet, jotka kuvaavat ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Terveyden edistäminen on tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämisen tavoitteet määritellään promotiivisesta ja preventiivisestä näkökulmasta. Lyhyesti kerrottuna promotiivinen terveyden edistäminen tarkoittaa yksilön ja yhteisön voimavarojen, mahdollisuuksien ja selviytymisen vahvistamista. Preventiivisellä terveyden edistämällä tarkoitetaan sairauksien ehkäisemistä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.)

Tarkasteltaessa terveyden edistämistä, Savola & Koskinen-Ollonqvist (2005) ovat esittäneet, että elämänlaatu on promotiivisen terveyden edistämisen näkökulma. Elämänlaadun parantaminen on terveyden edistämisen yksi keskeisimpiä tavoitteita. Käsitteenä elämänlaatu on laaja, koska siinä yhdistyy henkilön fyysinen terveys, mielenterveyden tila, sosiaaliset suhteet, suhde ympäristöön, itsenäisyyden taso sekä henkilökohtaiset uskomukset. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 81.)

Allardt (1976) mukaan elämänlaatu on sosiaalisten ja itsensä toteuttamisen tarpeiden tyydyttämistä. Hyvinvoinnin ja onnellisuuden näkökulmasta elämänlaatu perustuu ihmisten välisiin, ihmisen ja yhteiskunnan sekä ihmisen ja luonnon suhteisiin perustuvan tarpeiden tyydytyksen kautta. Elämänlaadussa painotetaan subjektiivisia elämyksiä ja tunteita materiaalisen elintason vastakohtana. Käsitteenä elämänlaatua on käytetty kokoamaan kaikki se, mikä on ihmiselle hyväksi. (Allardt 1976, 32 - 33.)

Allardt (1976) mukaan elämänlaatu käsite ei 1970-luvulla ollut saanut vakiintunutta merkitystä (Allardt 1976, 35). Vuonna 1999 Aalto & kumppanit kertovat tutkimuksessaan, että elämänlaatu käsitteelle ei ole olemassa selkeää, yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Elämänlaadulla on eri asiayhteyksissä tarkoitettu muun muassa yleistä tyyty-

väisyyttä, turvallisuutta, hyvinvointia, sosiaalisia ja yhteisöllisiä suhteita. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 1.)

Yhtenä tärkeänä elämänlaadun osa-alueena on terveys ja toimintakyky, jota käytetään usein osana terveystutkimuksia. Terveystutkimuksissa elämänlaatua voidaan tarkastella ihmisen kokeman terveydentilan ja terveyteen liittyvän hyvinvoinnin kautta. WHO:n (Maailman terveysjärjestö) määritelmän mukaan terveyteen liittyvässä elämänlaadussa erotellaan kolme pääulottuvuutta, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus (liite 1). (Aalto, Aro & Teperi 1999, 1.)

Viime aikoina kaikessa sairastavuudessa ja vammaisuudessa on otettu esiin biopsykososiaalinen käsitys terveydestä ja sairaudesta. Biopsykososiaalinen käsitys pitää sisällään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Sairaudet syntyvät ja kehittyvät fyysis-biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden sekä elinolosuhteiden yhteisvaikutuksena. Toimintakyvyn ja työssä selviytymisen kannalta psyykkisillä, psykososiaalisilla ja ympäristön vuorovaikutus tekijöillä voi olla suurempi merkitys kuin biologisella ongelmalla. Toimintakyky kuvaa käsitteenä kehon toimintoja sekä rakenteita. Lisäksi se kuvaa suoriutumista ja osallistumista jokapäiväisessä elämässä sekä yhteiskunnassa toimimista. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 82.)

Työkyky tai työkyvyn käsite on muuttunut hyvin paljon yhteiskunnassa tapahtuneiden muutosten myötä. Aikaisemmin työkykyä määriteltiin lääketieteellisestä näkökulmasta, mutta nykypäivänä työn vaatimus ja yksilön voimavarojen tarkastelu on muuttanut työkyvyn kuvaamisen moniulotteisemmaksi. Viime vuosisadan alussa työkyvyttömyys liittyi voimien ehtymiseen tai vammaisuuteen. Työkyvyttömyys ymmärrettiin sairauden aiheuttamaksi tai sen seuraukseksi. Yksilötasolla työkykyyn liitetään esimerkiksi ammatilliset valmiudet, stressinsietokyky ja persoonallisuus, hallinnantunne, työssä jaksaminen, työhyvinvointi, työn merkitys ja arvomaailma sekä työllistymiskyky. Työelämän näkökannalta työkykyyn liittyvät työn organisointi ja työnjako, organisaatiomuutokset, työyhteisö, työkuormituksen selvittäminen, töiden sujuvuus, kiire, työn hallinta ja kehitysmahdollisuudet. (Ilmarinen, Gould, Järvikoski & Järvisalo 2006, 19 – 21.)

Keski-ikäisten miesten koettua työkykyä arvioitiin Työterveyslaitoksen kehittämällä työkykyindeksillä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioitiin RAND-36- kyselyllä. Tutkimuksessa tuli ilmi yhteys koetun työkyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun

välillä. Ne saattavat vaikuttaa toisiaan tukevasti tai heikentävästi. Tutkimuksessa olleilla henkilöillä havaittiin työkyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun yhteyksiä enemmän fyysisellä osa-alueella kuin psyykkisellä osa-alueella. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että tarmokkuus ja psyykinen hyvinvointi lisääntyi mitä korkeampi oli tutkittavan ikä. Tutkijat kritisoivat työkyvyn mittarin soveltuvuutta psyykkisen osa-alueen mittaamisessa (Sörensen, Pekkonen, Smolander & Alen 2009, 4 - 5 ja 11.)

Työkyvyn roolia kuntoutujien elämänlaadun paranemiseksi tutkivat Pekkonen ja kumpanit (2009). Heidän tutkimuksensa perustui ensimmäiseen alkumittaukseen ja viimeisen kuntoutusjakson loppumittaukseen. Heillä oli työkykymittarin lisäksi käytössä RAND-36-elämänlaatumittari. Heidän tutkimuksessaan tuli ilmi, että jos työssäkäyvien työkyky laskee liikaa, on heidän fyysistä elämänlaatuun vaikea parantaa. Psyykkisen elämänlaadun kannalta tulos oli päinvastainen. Psyykkistä elämänlaatuun on mahdollista parantaa, vaikka kuntoutuja olisikin heikommassa kunnossa työkyvyn näkökulmasta ajatellen kuntoutuksen alkaessa. (Pekkonen, Mäkiäho & Kokkonen 2009, 53 – 54.)

Ihmisten elämän keskeinen toive on hyvä terveys. Heikko terveys voi olla syrjäytymisen riski. Eri ihmisille terveys merkitsee eri asioita. Terveyttä koskevat tulkinnat vaihtelevat elämäntilanteen, elämänkaaren sekä erilaisten tilannekohtaisten tekijöiden mukaan. Terveyttä tarkastellaan yksilön toimintakykynä, kuten kykynä suoriutua jokapäiväisistä tehtävistä. Terveyttä kuvaa selviytyminen sosiaalisista rooleista, kuten isän, äidin, työntekijän tai koululaisen roolista. Sairaus taas merkitsee häiriötä suoriutua tavanomaisista sosiaalisista rooleista. Elämäntapavaiheissa terveys nähdään ihmisen sopeutumiskykynä muutoksiin. Ihminen turvaa terveyden arjessa tapahtuvien elämäntapavaihtelujen tuloksena. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 76 -77.)

#### 4 ELÄMÄNLAADUN OSA-ALUEET

Terveystieteiden ja poliittisissa ohjelmissa ihmisten hyvinvointi ja elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen on ollut keskeinen ja itsestään selvä tavoite. Terveystieteiden näiden itsestään selvien asioiden mittaamiseen tai arvioimiseen ei kuitenkaan ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Kun ajattelemme fyysisten ominaisuuksien mittaamista tai arvioimista, mittareita ja tapoja on olemassa yhtä monta kuin on asiakastakin. Fyysistä ulottuvuutta tarkastellaan tässä fyysisen toimintakyvyn ja fyysisten oireiden näkökulmasta. (Aalto, Aro & Teperi 1999, i.)

## 4.1 Koettu terveys

Suomalaisten keskimääräinen elinaika on kaksinkertaistunut viimeisen sadan vuoden aikana. Tänä aikana ovat oleellisesti muuttuneet keskeiset kansanterveysongelmat ja kuolinsyyt, esimerkiksi tartuntatautiin aiheuttama kuolleisuus on vähentynyt kun taas verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet. Sukupuolten välisessä terveydessä on todettu eroja. Naisten keskimääräinen elinikä on tällä hetkellä pidempi kuin miesten. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 77.)

Koettu terveys on henkilökohtainen käsitys omasta terveydentilasta, oman terveyden kehittymisestä sekä alttiudesta sairauksille (Aalto, Aro & Teperi 1999, 6). Iän mukana koettu terveys yleensä heikkenee. Useimmiten vanhemmat ikäryhmät kokevat terveytensä huonommaksi kuin nuoret ikäryhmät. Pitkäaikainen sairaus tai vamma ei välttämättä merkitse huonoksi koettua terveyttä. Sairaudesta huolimatta terveydentila voidaan kokea hyväksi riippuen siitä, että se ei oleellisesti heikennä toimintakykyä tai sosiaalista selviytymistä. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 77 - 79.)

Terveys 2015-ohjelman yhtenä tavoitteena on, että vuonna 2015 koettu terveys olisi vähintään samalla tasolla kuin se oli ollut vuonna 2000. Kansanterveyslaitoksen terveyden edistämisen yksikön ylläpitämän työikäisen väestön terveystutkimuksista saatujen tulosten mukaan työttömien terveydentila parantui laman aikana, mutta huononi taas laman jälkeen. Koetulla terveydellä on merkitystä pitkäaikaistyöttömien tulevaisuuden kannalta. Pitkäaikaistyöttömyyden säilyessä korkealla on mahdollista, että koetun terveyden sosioekonomiset erot kasvavat ja, jotta erot saataisiin pienemmäksi, tarvitaan entistä painokkaampaa sosiaali- ja terveystoimintaa (Rahkonen, Talala, Laaksonen, Lahelma, Prättälä & Uutela 2004, 2159 ja 2162.)

Koettua terveyttä on tutkittu tamperelaisista nuorista ja nuorista aikuisista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää onko taustatekijöillä, kuten esimerkiksi työttömyydellä yhteyttä koettuun terveyteen. Tutkimuksessa oli havaittavissa samansuuntaisia tuloksia kuin Rahkonen & kumppanit (2004) tutkimuksessa. Koettu terveys heikentyi 2000-luvulla ja työttömät kokivat terveytensä huonommaksi kuin työssä käyvät. Tutkimuksessa pohdittiin, onko työttömyyden leimaavalla piirteellä vaikutusta koettuun terveyteen ja sen kasvuun. (Luoto, Paronen & Andersson 2008, 136 ja 143.)



## 4.2 Fyysisen elämänlaadun osa-alue

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun osa-alueet voidaan jakaa vielä pienempiin ja tarkempiin osioihin elämänlaadun tarkkailemisen kannalta. Fyysisen ulottuvuuden osa - alueita ovat fyysiset oireet ja fyysinen toimintakyky. Kipu ja somaattiset stressioireet liittyvät esimerkkeinä fyysisiin oireisiin, kun taas fyysinen kunto ja itsehoito ovat esimerkkejä fyysisestä toimintakyvystä. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 2.)

### 4.2.1 Fyysiset oireet

Fyysiset oireet ovat erilaisia ja eriasteisia oireita. Kivulla on monet kasvot ja jatkuvassa kivussa eläminen vie valtavasti voimavaroja ja aiheuttaa myös ympärillä olevissa ihmisissä henkistä pahoinvointia. Somaattiset stressioireet ovat lääketieteellisesti selittämättömiä mutta kuitenkin fyysisesti toiminnallisia oireita. (Toivio & Nordling 2009, 71.)

#### 4.2.1.1 Kipu

Kivun kokeminen on hyvin henkilökohtaista ja toisen henkilön on vaikea samaistua tai täysin ymmärtää toisen ihmisen kokemaa kipua. Kipua hoidettaessa olisi tärkeä ymmärtää, että jos kipu pitkittyy, se siirtyy kipukeskuksiin ja muuttuu krooniseksi. Kivun muodostumisessa ovat mukana hermosto, aivot ja selkäydin ja kipua voi esiintyä akuuttina tai se voi pitkittyessään muuttua krooniseksi. Kivun kokeminen tai kipuaistimuksen olemassaolo on tarpeellinen, sillä se estää vammojen syntymistä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 208 – 209.)

Terveysteen liittyvän elämänlaadun kannalta on kuitenkin olennaista, että kipu ja sen kokeminen eivät pitkittyisi. Hamunen ja Heiskanen (2009) keräämästä aineistosta kävi ilmi, että kipu laskee elämänlaatua ja kivulla on vaikutus elämänlaadun osa-alueisiin. (Hamunen & Heiskanen 2009, 10.) Saikun (2009) tutkimuksessa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksissa löytyi useita sairauksia, kuten esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksia. (Saikku 2009, 50 – 52.) Tuki- ja liikuntaelinsairauksien tyypillinen oire on kipu (Paananen 2009, 42).

Pitkittänyt ja pitkäkestoinen kipu ja sen seuraukset sekä vaikutukset ihmismieleen saattavat olla enemmän elämää rajoittavia kuin kipu sinänsä. Kipu ja sen kokeminen

viime kädessä tapahtuvat aivoissa, joten voidaan ajatella, että kivun kokeminen on myös psyykkinen tapahtuma. (Toivio & Nordling 2009, 70.) On siis näyttöä siitä, että työttömällä on tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja näihin liittyy hyvin vahvasti kivun tuntemuksia. Kun tiedetään, että kivulla on elämänlaatua heikentävä vaikutus, voidaan olettaa, että elämänlaatu on heikentynyt niillä työttömällä, jotka kärsivät kivuista.

Patrik Kuusinen (2004) oli tutkimuksessaan kiinnostunut kivun ja masennuksen yhteydestä. Hänen päätelmänsä tutkimustuloksistaan oli, että pitkäaikainen kipu ei ole osoitus siitä, että kipu olisi saanut alkunsa psyykkisestä ongelmasta. (Kuusinen 2004, 570 – 572.)

#### 4.2.1.2 Somaattiset stressioireet

Lääketieteessä on aiemmin käytetty käsitettä ”psykosomaattinen sairaus” ja sillä on viitattu tiettyihin sairauksiin ja näiden sairauksien on ajateltu kehittyneen jonkinlaisen psyykkisen stressin tai tiedostamattoman psyykkisen konfliktin pohjalta. Tällaisesta nimityksestä on kuitenkin osittain luovuttu ja nykyään käytetään enemmän somatisaatiota tai somatisoivan potilaan käsitettä. Tämä somatisointi tarkoittaa sitä, että ihmisellä on taipumusta kokea tai viestiä joitakin ruumiillisia vaivoja ja oireita, joille ei löydy elimellistä syytä. Niin somaattisissa kuin muissakin aikaisemmin mainituissa fyysisissä oireissa on olemassa eriasteisia ja toimintakykyä rajoittavia oireita. Somaattiset oireet voivat vaihdella stressipäänsärystä vakaviin, moniin elinjärjestelmiin ulottuviin somatisaatiohäiriöihin. Terveysten liittyvän elämänlaadun kannalta on jo kuntoutumisen tai työllistymisen kannalta tärkeä erottaa sairauden todellinen syy. (Toivio & Nordling 2009, 71.) Useat somaattiset oireet saattavat saada alkunsa ahdistuneisuudesta. Ahdistuneisuuden tunnistaminen saattaa olla vaikeaa, jos pääasiallinen oire on somaattinen oireilu. (Koponen & Lepola 2007, 3989.)

#### 4.2.2 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky on yksi osa ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Fyysistä ponnistusta vaativat työtehtävät edellyttävät, että ihmisen fyysinen toimintakyky vastaa työssä vaadittaviin toimintoihin. Toimintakyvyllä tarkoitetaan myös valmiuksia selviytyä jokapäiväisistä tehtävistä kotona ja vapaa-aikana. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 94.) Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on siis se, millaisessa kunnossa

ihmisen kehon rakenne ja toiminta on sekä millaiseksi ihminen itse kokee oman toimintakykynsä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori- Kemilä & Ihalainen 2002, 135.)

#### 4.2.2.1 Fyysinen kunto

Fyysistä toimintakyvyn ollessa parhaimmillaan, terveydentila ei rajoita vaativissakaan ponnistuksissa ja fyysisen toimintakyvyn ollessa heikoimmillaan, ihmisellä on suuria vaikeuksia liikkumisessa ja muun muassa henkilökohtaisessa hygieniassa (Aalto, Aro, & Teperi 1999, 6). Fyysistä kuntoa mitattaessa tai fyysisen toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä on tarkkaan mietittävä miksi arviointi on tarpeellinen. Arviointi tulisi nähdä osana kuntoutumisen suunnitelmaa ja silloin tulisi miettiä mikä on paras keino kuvata juuri kyseisen henkilön toimintakykyä, miten arvioinnista saatu yhteenveto tulkitaan ja mikä merkitys tulkinnalla on kuntoutujalle tai pitkäaikaistyöttömälle. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 139 – 140.)

Kuntoutus Ortonin työlinikalla toteutettiin pitkäaikaistyöttömille kuntoutusprojekti, jonka tarkoituksena oli selvittää, kuinka tuloksellista on vajaakuntoisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutus työklinnkatutkimuksen, työkokeilun ja tukityöllistämisen kautta. Erityisen tarkastelun kohteena oli aikaisempi työhistoria sekä motivaatio työhön palaamisen suhteen. Tutkimuksessa mukana olleista kuntoutujista 28 % työllistyi. Työllistymisen todennäköisyys liittyi sekä kuntoutujan aikaisempaan työhistoriaan sekä motivaatioon. (Riipinen 2004, 10, 15 – 16.)

#### 4.2.2.2 Itsehoito

Fyysisen kunnan arvioinnin jälkeen on ihmisen saatava voimavaroja, jotta itsehoito olisi edes jossain määrin mahdollista. Ympäristöllä tulee olla tarjolla sekä fyysisiä että sosiaalisia voimavaroja. Ympäristön tarjoamat fyysiset voimavarat voivat olla esimerkiksi tilat, palvelut, varusteet ja rakenteet. Sosiaalisilla voimavaroilla tarkoitetaan muun muassa konkreettista apua, emotionaalista tukea ja informaatiota. Yksilöstä lähtevät voimavarat voidaan jaotella kahteen ryhmään. Yksilön fyysiset voimavarat käsittävät iän, terveyden, kunnan sekä henkilökohtaiset ominaisuudet. Voimavaroja, joita yksilö voi käyttää hyväkseen itsehoitoa ajateltaessa, ovat psykososiaaliset voimavarat kuten esimerkiksi kognitiiviset taidot, motivaatio, itsetuntemus, vuorovaikutustaidot, tunnetaidot, kyky solmia ja ylläpitää sosiaalisia suhteita ja maailmankatsomus. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 93, 140.)

### 4.3 Psyykkisen elämänlaadun osa-alue

Psyykkisen elämänlaadun osa-alueeseen kuuluu psyykinen hyvinvointi sekä kognitiivinen toimintakyky. Ahdistusoireet, masennusoireet ja positiivinen mieliala liittyvät esimerkkeinä psyykkiseen hyvinvointiin, kun taas muistitoiminnot ovat esimerkki kognitiivisesta toimintakyvystä. (Aalto, Aro & Teperi 1999, i.)

#### 4.3.1 Psyykinen hyvinvointi ja psyykkiset oireet

Rauno Pietiläisen lisensiaattityössä käsiteltiin työttömyydestä selviytymistä ja psykologista lähestymistapaa työttömyyteen. Pietiläinen havaitsi, että työttömän paha olo helpottui hänen luopuessaan työelämästä. Luopumiseen suuntautuminen merkitsi työelämän sisäisen merkityksen vähenemistä sekä samalla työmarkkinoille suuntautuvan toiminnan heikkenemistä. Erityisesti tämän kaltaista toimintaa tai ajatusmallia oli pitkäaikaistyöttömien keskuudessa. Monet tutkimukseen osallistuneet kokivat kuitenkin jossain vaiheessa syvää masennusta ja pettymysten tunteita. (Pietiläinen 2005, 573.)

Työttömyyttä ja terveyttä koskevat tutkimukset Suomessa ovat hyvin usein painottuneet siihen, että työllä on myönteinen vaikutus ihmisen terveyteen. Työ antaa toimeentulon, se tarjoaa meille tavoitteellista toimintaa ja mahdollisuuden kehittyä ja ohjaa meitä yhteisön jäseneksi sekä jäsentää ja ylläpitää ajan käyttööme. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin työttömien ajan käyttöä, päästiin siihen lopputulokseen, että työttömien on huomattavasti vaikeampaa järjestää ajan käyttöönsä. Tämä ajan käytön puutteellinen hallinta oli myös yhteydessä heikompaan mielenterveyteen sekä lisääntyviin fyysisiin oireisiin. (Wandberg, Griffiths & Gavin 1997, 75 – 76.)

Pietiläisen tutkimustuloksista voidaan nähdä, että työttömät suosivat yhteiskunnallisia selityksiä työttömyydelleen. Tämä on yksi keino puolustautua työttömyyden aiheuttamille negatiivisille tunteille. Yhteiskunnallisina selityksinä voidaan pitää esimerkiksi lamaa, rakennemuutoksia, taloudellisia ja poliittisia syitä. Naiset puolestaan hyvin usein selittivät työttömyyttään perhesyillä. (Pietiläinen 2005, 575.)

Psyykinen hyvinvointi on jaettu ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen ja positiiviseen mielialaan. Jokainen on joskus ollut ahdistunut tai tuntenut masentuneisuuden oireita. Ahdistuneisuuden tai ahdistuneisuuden tilan jatkuessa yli puoli vuotta, voidaan

sen katsoa olevan pitkäaikainen häiriö, joka vaikuttaa jo arkiaskareista suoriutumiseen. Ihminen, joka kärsii ahdistuneisuushäiriöstä, saattaa murehtia mitä tahansa elämään liittyvää asiaa. Psykkisiä ja fyysisiä oireita on paljon ja niiden alkuperästä ollaan montaa mieltä. Ahdistuneisuushäiriötä on vaikea hoitaa juuri sen epämääräisyyden vuoksi, koska ei tiedetä syytä ahdistuneisuuteen ja se on mahdollisesti levittäytynyt koko elämän ympäristöön. Erilaisia ahdistusoireiden muotoja ovat esimerkiksi, paniikkihäiriö, pelkotilat, pakko-oireiset häiriöt, stressireaktiot ja hypokondria (luulosairaus). (Toivio & Nordling 2009, 95 – 101 ja 104.)

Nyman (2002) tutki työttömyyden aiheuttamaa stressiä sekä siitä seuraavaa henkistä pahoinvointia. Hänen olettamuksenaan oli, että työttömyys aiheuttaa henkistä pahoinvointia ja se saattaa aiheuttaa työttömyyttä. Hänen tutkimuksessaan oli mukana työttömiä, koulunsa keskeyttäneitä ja epävarmassa työsuhteessa olevia ihmisiä sekä kotiäitejä. Henkistä pahoinvointia sekä työmarkkinoilla tapahtunutta muutosta verrattiin keskenään. Tuloksista kävi ilmi, että työttömyys aiheuttaa stressiä erityisesti miehillä. Tuloksista kävi myös ilmi, että masentuneisuus ja ahdistuneisuus olivat lisääntyneet työttömillä. (Nyman 2002, ii ja 132.)

Immonen ja Kokko (2008) tutkivat psyykkisen hyvinvoinnin yhteyttä odottamattomiin yksilöllisiin tapahtumiin ja kokemuksiin, kuten työttömyyttä, läheisen kuolema tai avioero, jotka vaikuttivat ihmisen kehittymiseen. He havaitsivat, että naisten kokema työttömyys varhaisaikuisuudessa oli yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin siten, että mitä enemmän naiset kokivat työttömyyttä varhaisaikuisuudessa, sitä masentuneempia he olivat 42-vuotiaana. Miehillä ei vastaavasti työttömyyden kokeminen varhaisaikuisuudessa vaikuttanut psyykkiseen hyvinvointiin myöhemmässä iässä, mutta työttömyyden huomattiin vaikuttavan heikentävästi heidän sosiaaliseen hyvinvointiinsa. (Immonen & Kokko 2008, 4 ja 14.) Näyttää on siitä, että työttömyys aiheuttaa stressiä ja laukaisee ahdistuneisuushäiriöitä, masentuneisuuden tunteita sekä psyykkistä pahoinvointia. Nämä tunteet vaikuttavat heikentävästi elämänlaatuun. (Saarijärvi, Salminen, Toikka & Raitasalo 2001, 877.)

Vakavalla masennuksella on heikentävä vaikutus yksilön toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kuten ahdistuneisuushäiriö myös masentuneisuus voidaan jaotella eriasteisiin luokkiin. Luokitukset perustuvat oireiden laatuun, vaikeusasteeseen ja keston. Lievät, keskivaikeat, vaikeat ja psykoottiset tilat ovat hyvin epämiellyttäviä oireita tai tiloja,

jotka vaikuttavat ihmisen muuhunkin kokemusmaailmaan ja toimintakykyyn. Masennus saattaa olla seuraus menetyksestä, se saattaa olla seurausta epärealistisista tai korkeista työelämän odotuksista tai se voi olla myös reaktio tiedostamattomaan menetykseen. Masennuksen ollessa hyvin monimutkainen ja vaikeasti hoidettava sairaus, on sen hoitokin hyvin vaativa ja pitkäaikainen prosessi. Hyvin usein joudutaan turvautumaan sekä lääkitykseen että erilaisiin terapiamuotoihin. (Toivio & Nordling 2009, 104, 111.) Saikun (2009) tutkimuksessa pitkäaikaistyöttömien terveydentilasta kävi ilmi, että masennus oli tyypillinen oire erityisesti nuorilla pitkäaikaistyöttömillä (Saikku 2009, 51).

Saarijärven & kumppaneiden (2001) toteuttamassa tutkimuksessa verrattiin masennuspotilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua verrokkeihin, joilla ei ollut masennusoireita. Elämänlaatu masennusoireista kärsivillä oli merkitsevästi huonompi kuin verrokeilla. Masennuspotilaiden kokema elämänlaatu oli RAND-36-mittaristolla mitattuna laaja-alaisesti heikentynyt ja masennuksen oireet eivät olleet pelkästään psyykkisiä vaan myös yksilön fyysinen toimintakyky ja kivun kokeminen vaikutti merkittävästi koettuun terveydentilaan. (Saarijärvi, Salminen, Toikka & Raitasalo 2001, 877 – 879.)

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyy positiivinen mieliala. Positiivinen mieliala herättää mielikuvan iloisesta ja tarmokkaasta ihmisestä, se pitää sisällään myös ihmisen tuntemuksen elämän merkityksellisyydestä. Usein elämän merkityksellisyys nähdään pelkästään elämän tarkoituksena. Merkitystä elämälle antaa oman toimintaympäristön kokeminen ymmärrettäväksi, hallittavaksi ja mielekkääksi sekä panostaminen tärkeisiin tavoitteisiin. Positiivinen mieliala edesauttaa elämän merkityksen löytämisen ja sen on todettu edistävän luovaa ongelmanratkaisua. (KSA, Psykologia 2/06, 135 – 136.) Tarmokkuus liittyy psyykkiseen hyvinvointiin. Se kuvaa ihmisen vireystilaa ja energisyyttä sekä elinvoimaisuutta. (Aalto, Aro, & Teperi 1999, 6.)

Good Lives Model (GLM) -teoriassa kuvataan lyhyen aikavälin vaikutuksia joilla pyritään primaarisen hyvän osa-alueelle. GLM tulee positiivisesta psykologiasta ja tarkoittaa sitä, että kaikilla ihmisillä on pyrkimys hyvään elämään ja vaikeissakin olosuhteissa elävien ihmisten elämä voi olla hyvää. GLM:n primaarisen hyvän osa-alueisiin kuuluu terveys ja fyysinen toiminta, tieto, menestyminen ja toimijuus. Lisäksi siihen

sisältyy stressittömyys, yhteenkuuluvuus, yhteisöllisyys, elämän tarkoitus sekä onnellisuus ja luovuus. (Siegert, Ward, Levack & McPherson 2007, 1608.)

Ihmisen tyytyväisyyttä ja hyvää oloa voidaan kuvata monilla eri sanoilla, kuten elämän laatu, psyykinen hyvinvointi, mielenterveys ja psyykinen toiminta. Psyykinen hyvinvointi pitää sisällään terveyttä ja hyvinvointia. Elämän jokapäiväisistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaatimuksista suoriutuva ihminen on hyvinvoiva ja terve. Psyykinen toimintakyky pitää sisällään psyykkisen hyvinvoinnin piirteet, mutta siinä painottuu toimintakyvyn psyykinen puoli. Ihmisen fyysinen toimintakyky voi olla huono, mutta se ei tarkoita sitä ettei psyykinen toimintakyky voisi olla hyvä. Psyykkistä toimintakykyä ja hyvinvointia kuvataan muun muassa ihmisen realiteetin tajulla, elämän hallinnan kokemisella, elämän tyytyväisyydellä, sosiaalisella taitavuudella sekä itseluottamuksella. Hyvän psyykkisen toimintakyvyn omaava ihminen kykenee hallitsemaan tunteensa, toimintansa ja ajatuksensa. (Ojanen 1999, 1-2.)

#### 4.3.2 Kognitiivinen toimintakyky ja muistitoiminnot

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa psyykkisen elämänlaadun osa-alueen toinen tarkastelun kohde on kognitiivinen toimintakyky, jossa esimerkkeinä ovat muistitoiminnot. Kognitiivisessa psykologiassa kiinnostuksen kohteena ovat tietoisuus, tiedon käsittely, ajattelu, muistitoiminnot, havaitseminen, oppiminen, verbaalinen käyttäytyminen, käsitteiden muodostus ja ongelmien ratkaisu. Emotionaalinen toiminta on yleensä pidetty kognitiivisesta toiminnasta erillään ja jos halutaan hieman yksinkertaistaen luonnehtia kognitiivista toimintaa, niin kognitiivinen psykologia tutkii psyyken rationaalista (järjen käyttöä tunteiden sijaan) toimintaa. (Toivio & Nordling 2009, 63.)

Muistitoiminnot voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri osa - alueeseen. Tapahtumamuistiin on taltioitunut meille elämän varrella tapahtuneet asiat. Tietomuistissa on meidän oppimamme asiat, esimerkiksi sanojen merkitykset ja matemaattiset kaavat. Taitomuistissa on erilaiset opitut liikesarjat, kuten pyörällä ajaminen tai koneella kirjoittaminen. (Juva 2008, 1.) Tärkeä osa ihmisen henkisiä valmiuksia ja tiedonkäsittelyä on muisti. Sitä tarvitaan uusien asioiden oppimiseen sekä identiteetin ylläpitämiseen. (Juva 2009, 1.) Muistiin tai muistitoimintoihin saattaa heikentävästi vaikuttaa monet eri seikat ja tietyt sairaudet kuten masennus, aineenvaihduntasairaudet sekä aivovauriot. Alkoholi pitkään ja runsaasti käytettynä heikentää muistia pysyvästi. Monet rauhoitta-

vat lääkkeet voivat vaikuttaa aivojen tiedonkäsittelyyn sekä muistitoimintoihin. (Juva 2008, 1; Juva 2009, 1.) Castaneda ja kumppanit keräsivät tuoreinta tietoa masennuksen vaikutuksesta muistitoimintoihin ja päätyivät myös siihen tulokseen, että muistitoiminnot saattavat monella heikentyä masennusoireiden seurauksena. (Castaneda, Tuulio-Henriksson & Marttunen 2009, 161.)

Pitkittyneellä stressillä on myös todettu olevan vaikutuksia muistiin ja muistitoimintoihin. Erityisesti mieleen palautuksen ja mieleen painamisen kanssa on havaittu olevan ongelmia jos stressitila on muuttunut krooniseksi. Esimerkkinä oli käytetty lentomelulle altistuneita lapsia ja heillä mieleen painamisen osalta muistissa oli selvää heikentymistä. Kuten on jo aikaisemmin todettu, näyttöä on työttömyyden aiheuttamasta stressistä ja siitä, että stressi vaikuttaa muistiin. Sallisen & kumppaneiden (2006) katsauksen mukaan akuutilla stressillä ei välttämättä ole kielteistä vaikutusta muistitoimintoihin, mutta stressin muuttuessa krooniseksi, saattaa tällä olla kielteisiä vaikutuksia muistin toimintaan. (Sallinen, Haavisto, Hublin, Lees, Nybo, Nygren & Sainio 2006, 2967- 2972.) Pitkittynyt stressi kuten esimerkiksi työttömyydestä johtuva paine saattaa johtaa muistihäiriöihin. Muistihäiriöiden on todettu heikentävän ihmisten ja heidän läheistensä elämänlaatua (Eloniemi-Sulkava 2008, 14).

#### 4.4 Sosiaalisen elämänlaadun osa-alue

Kolmas elämänlaadun osa-alue on sosiaalisen elämänlaadun osa-alue. Sosiaalinen elämänlaadun osa-alue muodostuu vapaa-ajasta ja harrastuksista, yhteisöllisyydestä ja sen merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille. Siihen liitetään myös sosiaaliset kontaktit sekä roolitoiminnot työssä ja vapaa-aikana.

##### 4.4.1 Roolitoiminnot työssä ja kotona

Sulkusen (1998) mukaan ihmisen koko elämä on totutteleminen uusiin rooleihin. Rooli käsitteenä kuvaa sosiaalisen vuorovaikutuksen ja sosiaalisten suhteiden muotoja. Se perustuu ympäristön odotuksiin siitä, kuinka tulee kussakin tilanteessa toimia ja käyttäytyä. Rooli on normin sukulaiskäsite, jotka osaltaan poikkeavat toisistaan, mutta rooliodotuksista poikkeaminen voi johtaa rangaistuksiin tai niiden noudattamisesta voidaan palkita. Roolit erottavat ihmiset toisistaan, ja ne selittävät hyväksytyä ja odotettua erilaisuutta. Roolit muodostuvat osaksi persoonallisuuttamme, mutta ne vaihtelevat suuresti eri elämänalueelta toiselle. (Sulkunen 1998, 106 - 108.)



Roolit määräävät ihmisen sosiaalisen aseman yhteiskunnassa. Kaikki roolit eivät ole pysyviä tai osana persoonallisuutta, niitä voidaan myös hankkia. Ihmisillä on erilaisia tilanneroleja, asemaroleja ja arkielämän rooleja. Rooleihin liittyy erilaisia odotuksia ja arvostuksia sekä velvollisuuksia. Ne voivat olla sopusoinnussa toistensa kanssa tai aiheuttaa rooliristiriitoja. Rooleihin voi myös joutua. Poikkeaminen ympäristön odotuksista voi johtaa rooliin, jota kutsutaan leimaantumiseksi. Esimerkiksi ihmisen sairastuessa hänestä voi tulla autettava, ongelmainen toimenpiteiden kohde, apua pyytävä ja avunantajista riippuvainen tapaus, jolta odotetaan passivisuutta tai toisaalta aktiivisuutta (Järvikoski & Härkäpää 2005, 153). Leimautuminen taas voi johtaa siihen, että ihminen alkaa käyttäytyä ympäristön odottamalla tavalla. Tämä puolestaan voi johtaa siihen, että ympäristö pitää häntä poikkeavana myös muissa suhteissa ja leimaantuminen sekä ihmisen avuttomuus lisääntyy. (Sulkunen 1998, 110 - 119.)

#### 4.4.2 Sosiaaliset kontaktit

Sairaudet voivat merkitä sosiaalisten verkostojen ja niiden luomismahdollisuuksien kaventumista. Sosiaalinen haitta tai vajaakuntoisuus tarkoittaa ihmiselle aiheutuvaa haittaa, joka estää tai rajoittaa ihmisen suoriutumista erilaisista tehtävistä eli roolisuo-rituksista normaalilla tavalla. Sairauden aiheuttama sosiaalinen haitta on riippuvainen toiminnan vauriosta ja sen aiheuttamasta vajavuudesta mukaan lukien olosuhteet joissa ihminen toimii. ”WHO:n mallin mukaan sosiaalinen haitta on jäsenetty kuuteen eri osatekijään: orientoitumisessa aikaan ja paikkaan, fyysiseen riippumattomuuteen, liikkuvuuteen, työhön ja opiskeluun, sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä taloudelliseen toimeentuloon.” (Järvikoski & Härkäpää 2005, 97.)

#### 4.4.3 Yhteisöllinen osallistuminen

Sosiaalinen pääoma tuottaa terveyttä. Yhteisön sosiaalista yhteenkuuluvuutta eli yhteisöllisyyttä kutsutaan sosiaalisiksi pääomaksi. Se koostuu sosiaalisista suhteista, verkostoista, normeista ja arvoista sekä luottamuksesta ja voimavaroista. Sosiaalinen pääoma on ihmisen kykyä toimia yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Sosiaalista pääomaa syntyy jokapäiväisissä vuorovaikutustilanteissa perheissä, kansalaistoiminnassa ja erilaisissa vapaamuotoisissa verkostoissa. Yhteenkuuluvuus luo yhteisöllisyyttä ja mitä vahvemmat ovat yhteydet, sen paremmin se toimii yhteiseksi hyväksi ja sitä enemmän yhteisön jäsenet tukevat ja kannustavat toisiaan. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 81 - 82.)

Ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta on merkityksellistä, että hänellä on sosiaalinen verkosto ja sitä kautta käytettävissä oleva sosiaalinen tuki. Sosiaaliset verkostot luovat ihmiselle turvallisuuden tunnetta ja yhteenkuuluvuutta. Sosiaalisen tuen käsite viittaa ihmisen kokemukseen siitä, että häntä arvostetaan, rakastetaan ja, että hänestä pidetään huolta. Sosiaalista tukiverkostoa voi olla perhe, sukulaiset, tuttavat, naapurit, seurakunta, viranomaiset tai vertaisryhmät. Sosiaalinen tuki voi olla välineellistä, emotionaalista, tiedollista tai sosiaalista kumppanuutta. (Järvikoski & Härkäpää, 2005 90 - 91.)

Sosiaalisen tuen terveysvaikutuksia on erilaisia. Ne voivat vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin ehkäisemällä sairausprosesseja esimerkiksi kohentamalla elämäntapoja. Itsessään tietoisuus sosiaalisen tuen olemassa olosta voi vähentää kuormittavien elämäntilanteiden stressaavuutta ja antaa keinoja selvittää niistä. Sosiaalisen tuen puute on todettu olevan yhteydessä psyykkiseen rasittavuuteen ja sen on todettu olevan muun muassa sepelvaltimotaudin riskitekijä. Liiallisella sosiaalisella tuella voi olla myös negatiivisia vaikutuksia. Se voi lisätä tuen saajan riippuvuutta, heikentää ihmisen tunnetta omista vaikutusmahdollisuuksista ja ylläpitää toiminnan rajoituksia. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 91 - 92.)

#### 4.4.4 Vapaa-aika ja harrastukset

Vapaa-aika on määritelty työn vastakohtaksi ja sitä täydentäväksi tekijäksi. Liikkanen (2009) on määritellyt vapaa-ajan yhä tärkeämmäksi elämän rakentamisen lähtökohdaksi. Vapaa-aika on yksityisyydestä ja määrittelyvallasta kiinni pitämistä sekä ajatus-ten hallintaa. Yhä useammin se määritellään kuitenkin yksityisestä elämänpiiristä käsin ja silloin korostuu perheen sekä läheisten ihmissuhteiden merkitys. Vapaa-ajasta on tullut laadullinen elementti, jota pidetään tärkeänä, jopa tärkeämpänä kuin työtä. Nimenomaan perheen kokeminen tärkeänä on noussut voimakkaasti. (Liikkanen 2009, 9 - 10.)

Vapaa-aika on hyvin kiinnittynyt palkkatyöyhteiskuntaan, mikä tarkoittaa, että vapaa-aika järjestää arkea ajallisesti. Ennen vanhaan puhuttiin paljon maalaiskyläyhteisöistä ja silloin henkilökohtaisen tai yksityiselämän pitäminen erillään yhteisöistä oli rajoitettua. Tuolloin vapaa-aikaa sanelivat yhteiset normit, tavat ja aineellinen riippuvuus muun muassa elinkeinosta. Nykyisin vapaa-aika poikkeaa paljon entisaikojen kyläyh-

teisöstä. Nyt vapaa-aikaa voi viettää myös yksin, esimerkiksi televisiota katsoen tai internetin keskustelupalstoilla. (Liikkanen 2009, 21.)

Ystävyysuhteet ovat myös korostuneet eri tavalla. Sukulaisten ja perheen biologiseen siteeseen verraten ystävyysuhteet perustuvat mielen yhteisyydelle. Ystävyysuhteet ovat henkilökohtaisia ja vapaaehtoisia valintoja. Ystävydessä voi turvautua sanattomiin sopimuksiin ja niissä arvostetaan todellisen minän esilletuloa. Läheiset ystävät luovat yhteenkuuluvuutta, ja he toimivat yhteiseksi hyväksi. Yhteenkuuluvuutta voi esiintyä myös sukulaisuudessa ja naapuruudessa, vaikka yhteenkuuluvuus niissä perustuu eri asioille. Naapuruksilla voi olla yhteistoimintaa esimerkiksi pihojen rakentamisessa ja kunnossapidossa. Sukulaisuudessa korostuu enemmän ydinperhe, vanhempien ja lasten sekä sisarusten väliset suhteet ja yhdessä vietetty aika, joka lisää perheyhteisyyttä sekä perhemyönteisyyttä. Yhdessä harrastetaan muun muassa kulttuuria ja liikuntaa. (Liikkanen 2009, 22 - 58.)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkitystä kotkalaisten työttömien elämänlaatuun, niin työttömien itsensä arvioimana kuin myös RAND-36- elämänlaatukyselyjen (liite 2) avulla. Aiheen työelämälähtöisenä tilaajana oli Kotkan kaupungin työllisyysyksikkö. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoja työttömien elämänlaadusta ja siitä oliko työttömien saamalla terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palveluilla merkitystä työttömien elämänlaatuun.

### 5.1 Tehtävä ja tavoitteet

Tutkimuksella pyrimme selvittämään terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palvelujen merkitystä työttömien elämänlaatuun. Tutkimus tarjoaa tietoa työttömien parissa työskentelevälle terveydenhuoltoalan henkilöstölle sekä työvoimaviranomaisille, sosiaalityöntekijöille ja kolmannen sektorin toimijoille.

## 5.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuksessa kartoitettiin työttömien fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä syksyllä 2009 ja keväällä 2010. Työttömät saivat mahdollisuuden arvioida myös omaa terveyttään sekä saamiaan terveydenhoitajan ja fysioterapeutin terveystalveluja.

1. Millaiseksi työttömät arvioivat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä syksyllä 2009 ja keväällä 2010?
  - 1.1 Millaiseksi työttömät arvioivat fyysiset oireet ja fyysisen toimintakykynsä syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010?
  - 1.2 Millaiseksi työttömät arvioivat psyykkisen hyvinvointinsa ja psyykkiset oireet syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010?
  - 1.3 Millaiseksi työttömät arvioivat sosiaalisen toimintakykynsä syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010?
2. Millaiseksi työttömät arvioivat terveytensä?
3. Millaisiksi työttömät arvioivat saamansa terveystalvelut?

## 5.3 Tutkimusaineiston hankinta

Kohderyhmämme oli kotkalaiset työttömät, jotka olivat saaneet työttömille suunnattuja terveydenhoitajan sekä fysioterapeutin palveluja. Tutkimus on ajankohtainen, sillä työttömille suunnattu hanke päättyi lokakuussa 2010.

Aineistoa alettiin kerätä terveydenhoitajan ja fysioterapeutin toimesta 7.9.2009 alkaen. Terveydenhoitaja ja fysioterapeutti tekivät kaikille uusille ja sen hetkisille asiakkailleen RAND-36-elämänlaatukyselyn. Kyselyiden tekemistä jatkettiin aina 15.10.2009 asti, jolloin perusjoukoksi muodostui 31 työtöntä henkilöä. Tästä joukosta valitsimme 15 henkilön otoksen, johon kuului kuusi miestä ja yhdeksän naista. Kriteerit näiden henkilöiden valitsemiseen olivat, että he olivat käyttäneet eniten sekä terveydenhoitajan että fysioterapeutin palveluja. Tutkimuksen ulkopuolelle jäänyttä kuuttatoista henkilöä ei valittu mukaan, koska he eivät olleet käyttäneet terveydenhoitajan ja fysio-

rapeutin palveluja siinä määrin, että olisi ollut mahdollista mitata palvelujen merkitystä heidän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun osa-alueen muutoksiin. Valitulle joukolle lähetimme haastattelukutsut (liite 3) postitse, ja haastattelut toteutettiin Kotkan työ- ja elinkeinotoimiston tiloissa viikolla 7 vuonna 2010. Haastatteluihin käytimme aikaa viisi päivää. Kohdejoukosta saapui paikalle seitsemän ja kuudelle teimme haastattelun puhelimitse, koska he eivät päässeet paikalle, mutta halusivat kuitenkin osallistua tutkimukseen. Kutsutuista kaksi ei saapunut paikalle, emmekä myöskään tavoittaneet heitä puhelimitse. Otokseksi tuli lopulta 13 henkilöä eli vastausprosentiksi tuli 87 %.

Tutkimuksessa käytettiin RAND-36-elämänlaatumittaria. RAND-36-item health survey 1.0, jonka suomenkielinen versio RAND-36, on Yhdysvalloissa kehitetty elämänlaatua mittaava mittari (Aalto, Aro & Teperi 1999, vii). Päätös mittarin käytöstä tässä tutkimuksessa perustui siihen, että sillä pystyttiin mittaamaan kuntoutuksessa olleiden toimintakyvyn muutoksia ja toimintakyvyn muutoksien merkitystä heidän elämänlaadulleen. Käytimme samaa mittaria kahdella eri mittauskerralla, jotta oli mahdollista saada selville, miten työttömien kunto oli muuttunut viiden kuukauden aikana. Lisäksi muokkasimme mittaria niin, että lisäsimme kysymykset taustamuuttujista sekä haastateltavien omat arvioinnit heidän saamistaan palveluista.

RAND-36-elämänlaatumittari on laajasti käytössä eri puolilla Länsi-Eurooppaa. Elämänlaatumittari soveltuu mittariksi terveydenhuollon arviointitutkimuksissa ja sillä saadaan tietoa terveysinterventioiden vaikutuksista eri elämänalueilla. Mittari soveltuu työvälineeksi kuntoutustyöntekijöille, jotka haluavat seurata työnsä tuloksellisuutta. Kysely on tutkijoiden vapaasti käytettävissä kun tutkitaan elämänlaatua tai siinä esiintyviä eroja. Mittarin avulla pystytään kartoittamaan terveydentilaa ja hyvinvointia kahdeksalla ulottuvuudella. Näitä ulottuvuuksia ovat koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus ja fyysinen sekä psyykkinen roolitoiminta. Kahdeksan eri ulottuvuutta nimettiin Aalto & kumppaneiden testatessa mittarin toimivuutta. (Aalto, Aro & Teperi 1999, vii, 2, 5 – 6, 75.)

Haastatteluun osallistuneille henkilöille tehtiin ensimmäinen RAND-36-kysely syyskuussa 2009. Toinen lomakehaastattelu tehtiin helmikuussa 2010. Kysymysten tulok-

sia vertailtiin keskenään. RAND-36-kyselyssä on 36 kysymystä, jotka ovat jaoteltu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen elämänlaadun osa-alueeseen.

Elämänlaadun ulottuvuuksia kuvattiin pisteuttamalla osa-asteikkoja kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa kaikki kysymykset koodattiin uudelleen siten, että korkein pistemäärä 100 ilmaisi hyvää terveyttä ja elämänlaatua ja matalin pistemäärä 0 ilmaisi huonoa terveyttä ja elämänlaatua. Toisessa vaiheessa laskettiin yhteen vastaajan pistemäärät kunkin ulottuvuuden kysymyksillä ja jaettiin ne vastattujen kysymysten lukumäärällä. Tästä saatiin keskiarvo jokaiselle osaluottuvuudelle (liite 4). (Aalto, Aro, & Teperi 1999, 75.)

Tutkimustuloksia on lisäksi analysoitu SPSS 17.0 tilasto-ohjelman avulla, joka mahdollistaa esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn alueella yksittäisten muuttujien tarkastelun. Yksittäisillä muuttujilla tarkoitamme yksittäisiä kysymyksiä, jotka kuvaavat fyysisen toimintakyvyn aluetta.

#### 5.4 Tutkimusaineiston analyysit

Määrällistä ja laadullista analyysia voidaan pitää jatkumona, niitä sovelletaan usein samassa tutkimuksessa ja saman tutkimusaineiston analysoinnissa. Laadullinen tutkimus voi sisältää määrällisiä osatarkasteluja, esimerkiksi laadullisessa aineistossa usein toistuvat havaintoyksiköt voidaan koodata muuttujittain taulukkomuotoon. Määrällisen analyysin tuloksia voidaan käyttää tutkimuksen selittämisen vaiheessa. Laadullisen tutkimuksen ydin on kuitenkin merkitystulkintojen tekeminen ja arvoituksen ratkaiseminen. (Alasuutari 1995, 23 ja 44.) Tutkimuksemme on sekä määrällinen että laadullinen, eli kyseessä on monistrateginen tutkimus.

Viiden kuukauden kuluttua otoksen 13 henkilöä vastasivat uudelleen RAND-36-elämänlaatukyselyyn. Kyselylomakkeeseen lisäsimme kysymyksiä henkilöiden taustatiedoista ja kaksi avointa kysymystä (liite 5). Kyselylomakkeen avoimet kysymykset mahdollistivat vastaajan ilmaisemaan, mitä mieltä hän oli fysioterapeutin ja terveydenhoitajan palvelujen merkityksestä elämänlaatuunsa. Tutkimus on survey-tyyppinen eli aineisto kerättiin strukturoidulla lomakekyselyllä, ja kohdehenkilöt muodostivat otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa sitä, että halusimme saada selville kohdehenkilöiden taustatietoja, esimerkiksi ikä, koulutus sekä työhistoria. (Hirsjärvi 2008, 130, 188 ja 196.) Taustatietoja ristiintaulukoitiin SPSS-17.0 (Statisti-

cal Paggage for Social Sciences) -tilasto-ohjelman avulla elämänlaatukyselyn kysymyksiä kanssa. Syyskuussa tehtyjä elämänlaatukyselyjä verrattiin helmikuussa tehtyihin elämänlaatukyselyihin SPSS-17.0-tilasto-ohjelman avulla.

SPSS-ohjelmassa käytetyin reliabiliteettia mittaava kerroin on Cronbachin alfa, jonka arvot vaihtelevat nollan ja ykkösen välillä. Arvot 0.90–0.99 kertovat korkeasta reliabiliteetista, 0.80–0.89 hyvästä ja 0.79–0.70 kohtalaisesta muuttujien sisäisestä yhtenevyydestä. Alle 0.69 olevat arvot merkitsevät heikkoa reliabiliteettia. Mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenäisempi osamittarin voi sanoa olevan (Heikkilä 1999, 179) Miten yhtenäisesti kaikki mittarin fyysistä toimintakykyä mittaavat kysymykset mittaivat samaa asiaa, sitä selvitimme lähinnä oppiaksemme Cronbachin alfa-kertoimen käytön. Cronbachin alfa osoittaa osamittarin muuttujien kyvyn mitata samaa asiaa, mikä perustuu siihen, että muuttujat korreloivat voimakkaasti keskenään. Korkea Cronbachin alfa kertoo osamittarin reliabiliteetista eli kyvystä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156.) Tässä tutkimuksessa fyysisen toimintakyvyn kysymykset mittasivat hyvin samaa asiaa eli olivat sisäisesti yhteneviä. Sen osoitti tällä pienellä aineistollakin näkyvä korkea reliabiliteetti eli Cronbachin alfa oli 0,89.

Avoimet kysymyksen luokiteltiin elämänlaadun fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden mukaan. Apuna käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia, jossa lähtökohtana olivat teoreettiset käsitteet. Teoreettiset käsitteet on avattu analyysiyksiköihin, joita tutkimuksessa olivat esimerkiksi fyysiset oireet, psyykinen hyvinvointi ja yhteisölliset suhteet ja näitä tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön (liite 6). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Sisällönanalyysia tehtäessä apuna käytettiin Peltosen ja Suomisen (2008) artikkelia siitä, miten he olivat lähteneet ratkaisemaan omassa tutkimuksessaan sisällönanalyysia tiedon antamisesta ja tukemisen teema-alueella. (Peltonen & Suominen 2008, 13.) Avointen kysymysten vastauksissa ilmeni seikkoja, joita elämänlaatumittaristosta ei tullut esille. Näitä olivat esimerkiksi työttömien palveluista saatujen hyötyjen kokeminen.

## 5.5 Tutkimustulosten julkaiseminen

”Aineiston keruun, tulosten analysoinnin ja tulkinnan jälkeen tutkimuksen tekijä joutuu ratkaisemaan, mitä, miten, missä, milloin ja kenelle tutkimuksesta on tiedotettava” (Sajavaara 2008, 231). Tutkimus julkaistaan Kymenlaakson ammattikorkeakoulun tie-

toverkossa sekä Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin että Kotkan kaupungin nettisivuilla. Tutkimustulokset esitellään toimeksiantajalle eli Kotkan kaupungin työllisyysyksikön työntekijöille ja Kotkan työ- ja elinkeinotoimiston virkailijoille 10.5.2010. Työttömillä suunnattujen palvelujen tuloksista kerrotaan myös alueellisessa ilmaisjakelulehdessä.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Taustatiedot

Haastatteluun osallistuneista (n=13) henkilöistä yhdeksän oli naisia, joista seitsemän oli 56 – 65 vuotta ja kaksi oli 36 – 45 vuotta. Miehiä oli neljä, joista yksi oli alle 46 vuotta ja kolme yli 46 vuotta.

Siviilisääty ja toimeentulo: Haastateltujen joukossa oli kolme naimatonta, avioliitossa olevia kolme, avoliitossa kaksi, eronneita neljä ja yksi leski. Toimeentuloksi kaksi henkilöä ilmoitti työmarkkinatuen, Kelan peruspäiväraaa sai yksi, ansiosidonnaista työttömyyspäivärahaa sai yksi ja sosiaalitoimen toimeentulotukea sai yksi henkilö. Kahdeksan henkilöä ilmoittivat toimeentuloksi ”muun etuuden” eli tulona oli palkka, työkyvyttömyyseläke tai sairauspäiväraha.

Koulutus ja työhistoria: Haastatteluun osallistuneista kuudella oli ammatillinen koulutus ja yhdellä oppisopimuskoulutus. Opistoasteen koulutuksen oli käynyt kaksi. Neljällä ei ollut ammatillista koulutusta. Työhistoriaa haastatelluista henkilöistä yhdellä oli alle yksi vuosi. Kahdella henkilöllä työhistoriaa oli 11-15 vuotta ja kymmenellä yli viisitoista vuotta.

Työllisyystilanne: Tutkimuksen alkaessa syyskuussa 2009 kaikki haastatteluun osallistuneista olivat työttömiä. Tutkimuksen aikana haastatteluun osallistuneista neljä työllistyi, viisi oli työttömänä ja osa ilmoitti tilanteekseen ”muun”.

Työttömyyden kesto: Ennen nykytilannetta työttömyyden kesto oli kahdella alle yksi vuotta, seitsemällä henkilöllä työttömyyttä oli kestänyt 1-3 vuotta ja neljällä yli viis vuotta.



## 6.2 Fyysisen elämänlaadun osa-alue

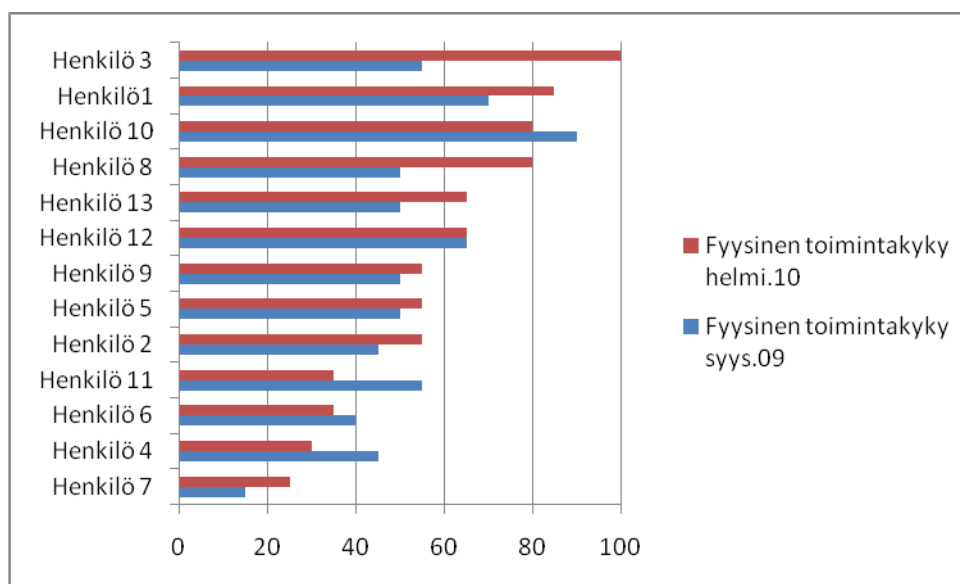
Fyysistä elämänlaadun osa-aluetta tässä tutkimuksessa kuvasivat fyysiset oireet ja fyysinen toimintakyky. Fyysisiä oireita ja toimintakykyä kuvaavia esimerkkejä olivat kipu, somaattiset stressioireet, fyysinen kunto ja itsehoito. Seuraavassa taulukossa 1 on laskettu kaikkien fyysisten esimerkkien keskiarvo syyskuulta 2009 ja helmikuulta 2010. Keskiarvot on laskettu kysymällä haastateltavilta, kuinka paljon terveydentila rajoitti heidän suoriutumistaan tavanomaisista päivittäisistä toiminnoista. Tavanomaisia päivittäisiä toimintoja kuvasivat esimerkiksi juokseminen, tavaroiden nostelu, imuroidi, ruokakassien kantaminen, kävely ja nouseminen portaita.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden (N=13) fyysisen toimintakyvyn osa-alueiden keskiarvot syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010. Mitä suurempi keskiarvo on, sitä suurempaa rasittumista se kuvaa.

Fyysinen toimintakyky			
Fyysinen toiminta	Syyskuu 2009 ka. (n=13)	Helmikuu 2010 ka. (n=13)	Cronbachin Alfa-kerroin
Huomattavat ponnistukset	2,77	2,69	0,872
Vartalon taivutus	2,38	2,08	0,862
Useat portaat	2,31	2,31	0,861
Kohtuullisia ponnistuksia	2,08	1,77	0,874
Kävely 2 km	2,08	1,69	0,861
Ruokakassien kantaminen	1,85	2,08	0,878
Yhdet portaat	1,77	1,69	0,869
Kylpeminen ja pukeminen	1,46	1,38	0,889
Kävely 500 m	1,46	1,38	0,877
Kävely 100 m	1,23	1,15	0,885

Haastatellut olivat arvioineet fyysisen toimintakykynsä parantuneen kaikilla osa-alueilla lukuunottamatta ruokakassien kantamista sekä useiden portaiden nousemista. Menetelmän oppimistarkoituksessa mitattiin tämän pienen aineiston fyysisen toimintakyvyn sisäistä yhtenevyyttä eli reliabiliteettia käyttämällä Cronbachin alfa-kerrointa, joka oli hyvä 0,89.

Tarkasteltaessa yksittäisten henkilöiden (n=13) arviointeja fyysisen toimintakykynsä kehittymisestä, kahdeksalla henkilöllä fyysinen toimintakyky oli parantunut, neljällä se oli laskennut ja yhdellä pysynyt samana (kuva 1).



Kuva 1. Haastateltujen (N=13) arvioinnit fyysisestä toimintakyvystään syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010

Taulukko 2. Miesten ja naisten arvioinnit fyysisestä toimintakyvystään syksyllä 2009 ja keväällä 2010. Suurin keskiarvo kuvaa suurinta rasiutusta.

Fyysinen toiminto	Naiset (n=9)		Miehet (n=4)		Yhteensä (n=13)	
	Syksy 2009 ka.	Kevät 2010 ka.	Syksy 2009 ka.	Kevät 2010 ka.	Syksy 2009 ka.	Kevät 2010 ka.
Huomattavat ponnistukset	2,78	2,67	2,75	2,75	2,77	2,69
Vartalon taivutus	2,56	2,11	2,00	2,00	2,38	2,08
Useat portaat	2,33	2,44	2,25	2,00	2,31	2,31
Yhdet portaat	2,22	1,78	2,25	1,50	2,23	1,69
Kävely 2 km	2,22	1,56	1,75	2,00	2,08	1,69
Kohtuullisia ponnistuksia	2,11	1,78	2,00	1,75	2,08	1,77
Ruokakassien kantaminen	1,78	1,89	2,00	1,50	1,85	2,08
Kylpeminen ja pukeminen	1,44	1,33	1,50	1,50	1,46	1,38
Kävely 500 m	1,33	1,22	1,75	1,75	1,46	1,38
Kävely 100 m	1,22	1,11	1,25	1,25	1,23	1,15

Naisten osalta fyysinen toimintakyky oli parantunut syksystä kahdeksalla osa-alueella. Useiden portaiden nouseminen ja ruokakassien kantaminen oli vastaavasti heikentynyt. Miehillä neljällä osa-alueella oli tapahtunut parannusta ja viidellä pysynyt samana.

Fyysisen toimintakyvyn osa-alueella arvioitiin terveydentilan vaikutuksia päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta. Vastaukset ristiintaulukoitiin miesten ja naisten kesken,

näin saatiin tulokset sukupuolten välisistä eroista. Taulukossa 3. on esitelty naisten ja miesten välisiä eroja fyysisen toimintakyvyn alueella.

Taulukko 3. Tutkimukseen osallistuneiden (N=13) fyysisen toimintakyvyn ja sukupuolten väliset erot henkilölukumäärinä helmikuussa 2010.

Fyysinen toiminto	Rajoittaa paljon		Rajoittaa hiukan		Ei rajoita yhtään		Yht. n
	Nainen n	Mies n	Nainen n	Mies n	Nainen n	Mies n	
Huomattavat ponnistukset	7	3	1	1	1	-	13
Kohtuulliset ponnistukset	-	-	7	3	2	1	13
Ruokakassien kantaminen	1	2	6	2	2	-	13
Nouseminen useita portaita	5	2	3	-	1	2	13
Nouseminen yhdet portaat	2	-	3	2	4	2	13
Vartalon taivuttaminen	2	1	6	2	1	1	13
Kävely 2 km	-	2	5	-	4	2	13
Kävely 500 m	-	1	2	1	7	2	13
Kävely 100 m	-	-	1	1	8	3	13
Kylpeminen ja pukeminen	1	1	1	-	7	3	13

Suurimmalla osalla naisista (7 henkilöä) ja miehistä (3 henkilöä) terveydentila rajoitti huomattavia ponnistuksia vaativia toimintoja. Useimmilla naisista ja miehistä terveydentila ei rajoittanut esimerkiksi 100 metrin kävelyä.

Avoimissa kysymyksissä haastateltavat kuvasivat fyysisen toimintakykynsä parantuneen ja pysyneen hyvänä. Jaksaminen oli parantunut ja he olivat harrastaneet liikuntaa myös vapaa-aikana. He olivat tiedostaneet hyvän ravitsemuksen ja painonpudotuksen merkityksen osana itsehoitoa.

*”Olo on paljon virkeämpi ja jaksaa harrastaa liikuntaa myös kotona. Toimintakyky pysyy hyvänä.”*

*”Kuntoutuksen alkaessa olin vino ja ryhti on oiennut, paino on pudonnut.”*

Fyysinen toimintakyky kuvaa fyysistä terveydentilaa. Fyysinen terveydentila voi aiheuttaa ongelmia tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä. Haastateltavilta kysyttiin onko terveydentila aiheuttanut ongelmia työssä tai muissa päivittäisissä tehtävissä. Onko henkilö esimerkiksi vähentänyt työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänsä aikaa? Kysymyksistä laskettujen keskiarvojen jälkeen kuudella henkilöllä fyysinen

toimintakyky oli parantunut, kun taas neljällä se oli pysynyt ennallaan. Kolmella henkilöllä se oli alentunut.

Ristiintaulukoinnin perusteella todettiin, että seitsemän yhdeksästä naisesta eivät olleet vähentäneet, kun taas miehistä kaikki neljä olivat vähentäneet terveydentilan takia tehtäviin käyttämäänsä aikaa. Miehistä kolme sekä naisista kolme sai aikaiseksi vähemmän kuin olisivat halunneet. Kaikille miehille ja naisista viidelle terveys asetti rajoituksia työ- tai muissa tehtävissä. Neljällä naisista ei terveys asettanut rajoituksia. Naisista seitsemällä ja miehistä kahdella terveydentilan takia työstä suoriutuminen ei asettanut rajoituksia.

Kivun kokemisessa ei ollut syys-helmikuun välillä tapahtunut oleellista muutosta. Haastateltavilta kysyttiin, oliko heillä ollut kipuja viimeisen kuukauden aikana ja häiritsivätkö kivut heidän tavanomaisia päivittäisiä toimintoja. Syyskuussa viidellä henkilöllä oli ollut melko voimakkaita kipuja ja siltä osin tulos ei ollut muuttunut helmikuuhun mennessä lainkaan. Kohtalaisia kipuja oli syyskuussa ollut seitsemällä ja helmikuussa kahdeksalla henkilöllä. Syyskuussa kipujen takia ongelmia esiintyi päivittäisissä toiminnoissa kolmella henkilöllä hieman ja neljällä kohtalaisesti, viidellä melko paljon ja yhdellä henkilöllä erittäin paljon. Helmikuussa tilanne oli muuttunut niin, että kahdella henkilöllä kivut aiheuttivat ongelmia päivittäisissä toiminnoissa melko paljon, neljällä kohtalaisesti, kuudella hieman ja yhdellä ei lainkaan. Avoimissa kysymyksissä haastateltavat arvioivat, että kuntoilun myötä kipu oli helpottanut.

*”Kyllä ihan hyvä, auttoi jalkoihin, krampit helpottivat”*

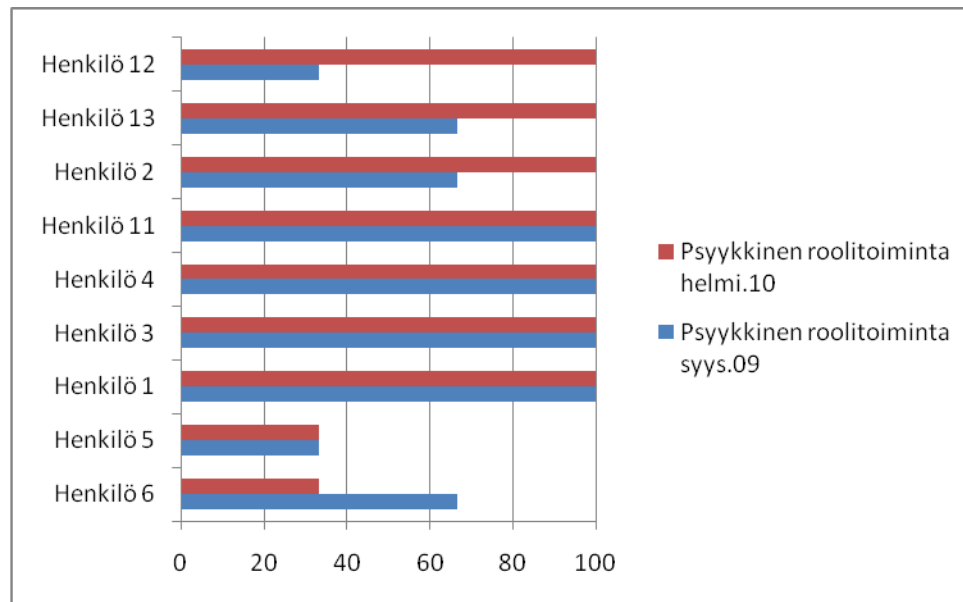
*”Säteilykipu ja puutumisen hävinnyt, lihakset paremmassa kunnossa.”*

### 6.3 Psykkisen elämänlaadun osa-alue

Psykkisen elämänlaadun osa-alueita kuvasivat psykkinen hyvinvointi ja kognitiivinen toimintakyky, joiden esimerkkejä olivat ahdistusoireet, masennusoireet, positiivinen mieliala ja muistitoiminnot. Kuvassa 2 on kuvattu haastateltavien psykkisen hyvinvoinnin roolitoiminnan arvioita syyskuun 2009 ja helmikuun 2010 välillä.

Psykkiseen toimintakykyyn liitetään psykkinen roolitoiminta, jolla kuvataan tunne-elämään liittyviä vaikeuksia työssä tai muissa päivittäisissä tehtävissä viimeisen kuu-

kauden aikana. Esimerkiksi onko henkilö vähentänyt työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänsä aikaa? Kuvasta 2 käy ilmi, että neljällä henkilöllä tunne-elämän vaikeuksia on ollut jo syyskuussa ja siltä osin muutoksia ei ole tapahtunut. Parannusta on tapahtunut kolmella henkilöllä ja yhdellä henkilöllä tunne-elämään liittyvät vaikeudet ovat lisääntyneet. Kuvasta nähdään vain yhdeksän henkilön tulokset, sillä neljällä haastatelluista psyykkinen roolitoiminta jäi nolnaan, eli heidän tuloksensa eivät näy asteikolla.



Kuva 2. Haastateltujen (N=13) arvioinnit psyykkisestä roolitoiminnasta syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010

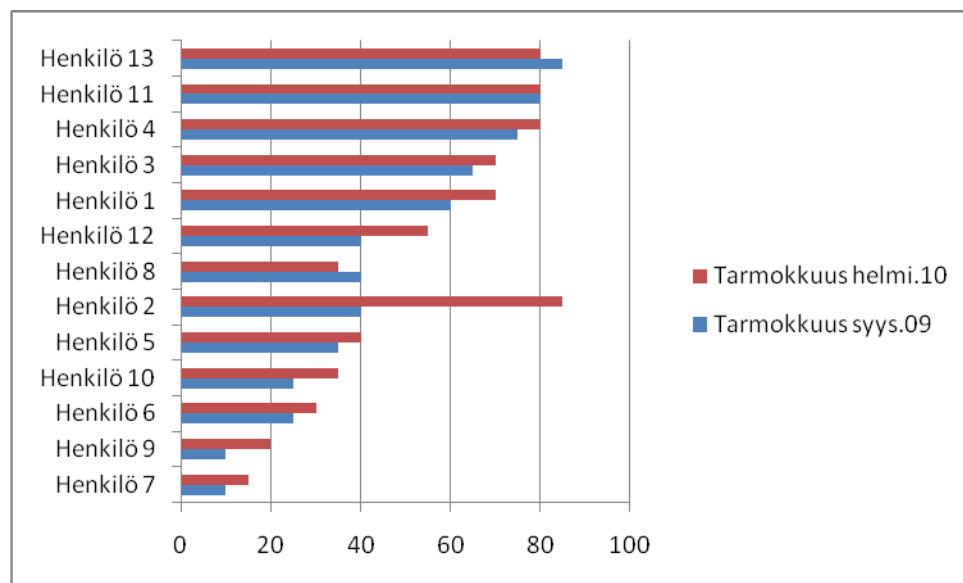
Tarmokkuus on yleisesti liitetty psyykkiseen elämänlaadun osa-alueeseen. Tarmokkuutta kuvaa se, että kuinka suuren osan ajasta haastateltavat olivat viimeisen kuukauden aikana tunteneet olevansa elinvoimaisia, tarmokkaita, ”loppuunkuluneita” sekä väsyneitä? Taulukossa 4 on esitetty yksittäiset tarmokkuuden osa-alueet haastateltujen arvioimina syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010.

Taulukko 4. Tutkimukseen osallistuneiden (N=13) tarmokkuuden osa-alueiden keskiarvot syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010.

	Syyskuu 2009 ka.	Helmikuu 2010 ka.	n
Väsyneisyys	2,31	2,69	13
Elinvoimaisuus	2,15	2,62	13
Loppuunkuluneisuus	1,92	1,54	13
Tarmokkuus	1,62	2,69	13

Haastatellut ovat arvioineet tarmokkuuden parantuneen kaikilta alueilta lukuun ottamatta väsyneisyyden tunnetta.

Tarkasteltaessa yksittäisten henkilöiden (n=13) arviointeja tarmokkuuden kehittymisestä, kahdella se oli vähentynyt ja yhdellä se oli pysynyt ennallaan ja loput kymmenen arvioivat tarmokkuuden nousseen syyskuun ja helmikuun välisenä aikana.



Kuva 3. Haastateltujen (N=13) arvioinnit tarmokkuudestaan syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010

Koko psyykkisen elämänlaadun osa-alueella mitään suuria eroja ei sukupuolten välillä tullut esiin. Jakauma naisten ja miesten kesken osoittautui eriäväksi. Esimerkiksi tunne-elämän vaikeuksien takia työhön käyttämäänsä aikaa vähensi neljä naista ja kaksi miestä. Viidellä naisista ja kahdella miehistä tunne-elämällä ei ollut yhteyttä ajankäyttöön.

Miesten kesken kysymys tarmokkuudesta jakautui neljään osaan. Yksi miehistä koki olevansa ”koko ajan” tarmokas. Yksi mies oli ”huomattavan osan aikaa” tarmokas, yksi ”erittäin vähän aikaa” sekä yksi ”ei ollut lainkaan” tarmokas. Naisista viisi koki hermostuneisuutta viimeisen kuukauden aikana ”erittäin vähän aikaa”. Naisista kolme ja miehistä yksi koki hermostuneisuutta ”jonkin aikaa” ja yksi naisista sekä miehistä ei ollut hermostunut lainkaan. Miehistä yksi oli hermostunut ”koko ajan”.

Neljä naisista ja kaksi miehistä kokivat pääasiassa olevansa onnellisia. ”Jonkin aikaa” tai ”vähän aikaa” onnellisuutta koki viisi naisista ja yksi miehistä. Yksi mies ei kokenut onnellisuutta ollenkaan.

Avoimissa kysymyksissä tarmokkuutta kuvasi elinvoimaisuuden ja vireyden lisääntyminen.

*”Olo on paljon virkeämpi.”*

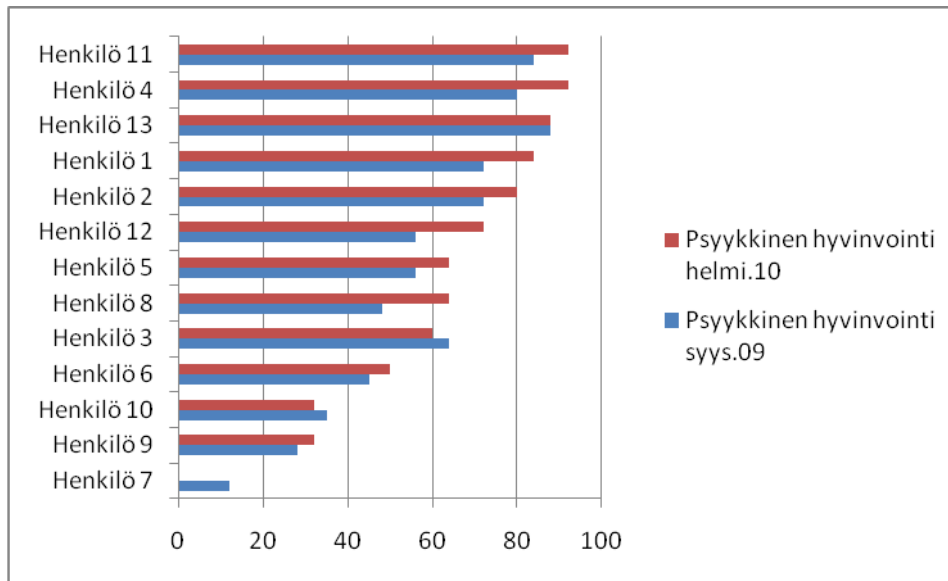
*”Jaksaminen on parantunut.”*

Psyykkistä hyvinvointia kartoitettiin kysymällä kuinka suuren osan ajasta haastateltavat olivat viimeisen kuukauden aikana tunteneet olevansa hermostuneita, tunteneet apeutta tai mieliala oli ollut matalalla sekä olivatko he tunteneet itsensä rauhallisiksi ja onnellisiksi. Taulukossa 5 on esitetty yksittäiset psyykkisen hyvinvoinnin alueet haastateltujen arvioimina syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010.

Taulukko 5. Tutkimukseen osallistuneiden (N=13) psyykkisen hyvinvoinnin alueiden keskiarvot syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010.			
	Syyskuu 2009 ka.	Helmikuu 2010 ka.	n
Onnellinen	2,25	2,62	13
Tyyäni	2,23	2,69	13
Alakuloinen	2,00	1,92	13
Hermostunut	1,77	1,62	13
Mieliala matala	1,46	1,15	13

Haastatellut arvioivat, että hermostuneisuus, mielialan mataluus ja alakuloisuus oli vähentynyt. Onnellisuuden ja tyyneyden tunteet olivat lisääntyneet.

Tarkasteltaessa kuva 4 yksittäisten henkilöiden (n=13) arviointeja psyykkisen hyvinvointinsa kehittymisestä, kaikkiaan yhdeksällä henkilöllä oli psyykkinen hyvinvointi parantunut, kolmella heikentynyt ja yhdellä pysynyt samana.



Kuva 4. Haastateltujen (N=13) arvioinnit psyykkisestä hyvinvoinnistaan syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010

Psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen korostui avoimissa kysymyksissä onnellisuutena, turvallisuutena ja arvokkuuden kokemisena. Psyykkistä hyvinvointia kuvaa myös se, että nukkuu paremmin ja saa tehdä asioita mitkä tuntuvat hyvältä.

*”Palveluista on ollut hirveän paljon hyötyä ja ne on tosi tärkeitä henkisesti ja fyysisesti.”*

*”Kokee olonsa arvokkaaksi.”*

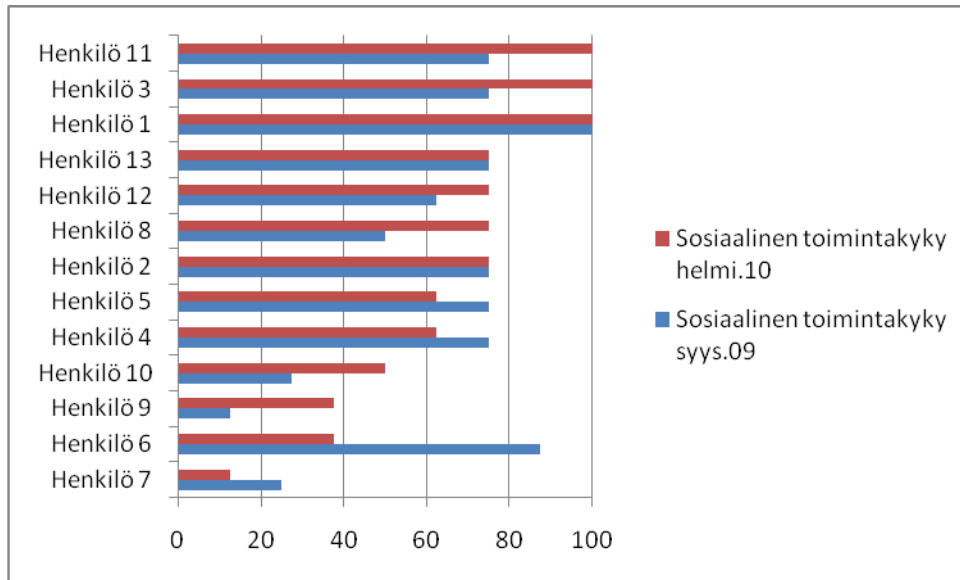
*Älyttömän hieno turvaverkko, joka on auttanut selviytymään hankalasta tilanteesta.*

#### 6.4 Sosiaalisen elämänlaadun osa-alue

Sosiaalisen elämänlaadun osa-alueisiin kuuluivat rooleista suoriutuminen, ihmissuhteet, yhteisölliset suhteet ja vapaa-aika. Sosiaalisen elämänlaadun osa-alueen esimerkeinä olivat ammattitehtävät, kotityöt, sosiaalisten kontaktien määrä, tyytyväisyys sosiaalisiin suhteisiin, yhteisöllinen osallistuminen ja harrastukset.



Tarkasteltaessa yksittäisten henkilöiden (n=13) arviointeja sosiaalisesta toimintakyvystään viimeisen kuukauden aikana, jotka liittyivät mahdollisiin fyysisiin ja tunne-elämän ongelmiin hoitaa sosiaalisia kontakteja esimerkiksi perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa, kuudella haastatelluista sosiaalinen toimintakyky oli parantunut. Neljällä henkilöllä sosiaalinen toimintakyky oli alentunut ja kolmella haastatelluista se oli pysynyt samana (kuva 5).



Kuva 5. Haastateltujen (N=13) arvioinnit sosiaalisesta toimintakyvystään syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010

Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa, terveydentilan takia haastateltavista viisi naista koki hieman vaikeuksia tavanomaisissa sosiaalisissa toiminnoissa. Kahdella naisista ei ollut lainkaan vaikeuksia tavanomaisissa sosiaalisissa toiminnoissa. Miehistä yhdellä terveydentila ei häirinnyt lainkaan sosiaalista toimintaa, yhdellä hieman, yhdellä kohtalaisesti ja yhdellä melko paljon.

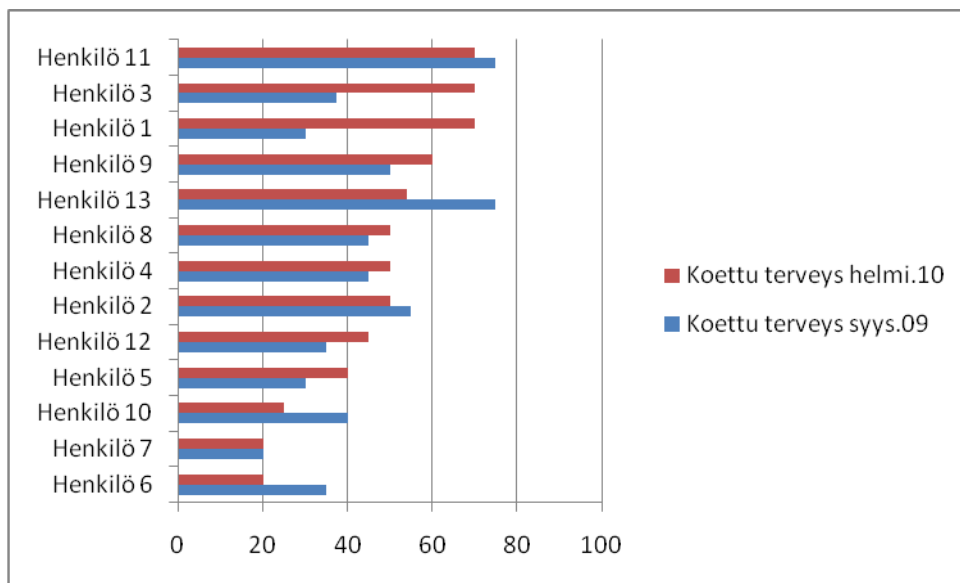
Sosiaalinen toimintakyky ja sen merkitys haastateltaville korostui avoimissa kysymyksissä. Haastateltavat mainitsivat ystävät ja tukiverkoston tärkeyden vaikeassa elämäntilanteessa.

*”Ei ole iso kynnys mennä ryhmiin, kun ryhmissä samantyylistä porukkaa ja ei ole ryhmän painetta.”*

*”Kuntosaliryhmään meneminen on viikon kohokohta. Saisi olla useammin. Sinne on kiva mennä ja siellä on ystäviä.”*

## 6.5 Koettu terveys

Koettu terveys on henkilökohtainen käsitys omasta nykyisestä terveydentilasta sekä oman terveyden kehittymisestä ja alttiudesta sairauksille. Haastatellut vastasivat erilaisiin väittämiin, kuten tuntemuksiin omasta sairastumisesta ja terveydentilasta yleensä. Yksittäisten henkilöiden (n=13) arvioinnit koetusta terveydestään, seitsemän arvio koetun terveyden parantuneen ja viisi haastatelluista koki terveytensä heikommaksi kuin aikaisemmin. Yhdellä henkilöistä ei ollut tapahtunut muutosta koetun terveyden suhteen (kuva 6).



Kuva 6. Haastateltujen (N=13) arvioinnit koetusta terveydestään syyskuussa 2009 ja helmikuussa 2010

Tarkasteltaessa sukupuolten välisiä eroja koetun terveyden alueella, naisista seitsemän ja miehistä kaksi kokivat terveytensä tyydyttäväksi. Terveytensä koki melko hyväksi tai hyväksi naisista kaksi. Miehistä yksi koki terveytensä huonoksi.

Naisista viisi eivät kokeneet sairastuvansa helpommin kuin muut ihmiset, mutta viisi naisista oli sitä mieltä, että heidän terveytensä ei ollut erinomainen. Viisi naisista ja yksi miehistä arvioivat, että heidän terveytensä tulee heikkenemään. Miesten osalta koettu terveys jakautui siten, että puolet miehistä eivät kokeneet terveyttään erinomaiseksi tai kokeneet olevansa yhtä terveitä kuin muut ihmiset.

Terveyden merkitys haastateltaville näkyi avoimissa kysymyksissä. Usea heistä korosti nimenomaan terveyden merkitystä elämänlaatuun. Avoimissa kysymyksissä ”terveys” mainittiin seitsemän kertaa.

## 6.6 Työttömien arvioita saamistaan terveysterveyspalveluista

Haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa mielipiteensä siitä mitä hyötyä työttömien terveysterveyspalveluista oli heille ollut. Vastaukset olivat kaikki myönteisiä. Niistä käy selvästi esiin, että palvelut olivat olleet heille tärkeitä ja he tulevat niitä tarvitsemaan myös jatkossa.

*”Lottovoittoon verrattava, mielettömän upea juttu! Ei voi käsittää, että on näin hyviä palveluja.”*

*”Erinomainen hyöty ja olen palveluista todella kiitollinen. Palveluja ei saa lopettaa missään tapauksessa.”*

Haastateltavat olivat saaneet fysioterapeutilta ja terveydenhoitajalta voimavaroja itsensä hoitamiseen. Työttömien terveysterveyspalvelut pystyivät tarjoamaan kuntoutusryhmiä ja paikan jossa kuntoilla. He ovat pystyneet tarjoamaan sosiaalisia voimavaroja, muun muassa tietoa, ohjausta ja emotionaalista tukea.

*”Oli paljon hyötyä. Terveys olisi huonompi ilman ryhmiä.”*

*”Vesijumpassa on kivaa vesi, jumppa ja vetäjä*

*”Fysioterapeutti ymmärtää kokonaistilannetta.”*

*”Terveydenhoitaja ’potki perseelle’.”*

*”Ohjaus diabetes hoitajalle”.*

*”Neuvoista ja ohjeista on ollut todella paljon hyötyä.”*

*”Terveydenhoitaja antoi hyviä neuvoja painonpudotuksesta, ravitsemuksesta ja verenpaine seurannasta.”*

Avoimissa kysymyksissä tuli lisäksi esille sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ja sosiaalisen aseman merkitys haastatelluille. Vastauksista voimme päätellä, että haastateltavien sosiaalinen pääoma on kasvanut, he kokivat kuuluvansa yhteisöön, joka loi yhteen-

kuuluvuutta. Heillä oli sosiaalinen verkosto, joka oli heidän hyvinvoinnin ja terveyden kannalta merkityksellinen. He kokivat turvallisuuden tunnetta, arvostusta ja yhteenkuuluvuutta.

Sosiaalisen tuen olemassaolo oli vähentänyt psyykkistä rasittavuutta. Psykkisen hyvinvoinnin kannalta oli tärkeää myös ajankäytön hallinta. Fysioterapeutin ryhmissä käyminen oli osaltaan aikataulutannut viikkoa. Yhteisöllisyyden myötä, haastateltavat olivat saaneet uusia rooleja. He kokivat saaneensa arvostusta, mutta heiltä odotettiin myös elämäntapojen kohentamista.

*”Kuntosaliryhmään meneminen on viikon kohokohta. Saisi olla useammin. Sinne on kiva mennä ja siellä on ystäviä.”*

*”Sosiaalinen vaikuttavuus hyvä.”*

*”Ryhmään on helppo mennä.”*

*”Ei ole iso kynnyks mennä ryhmiin, kun ryhmissä samantyylistä porukkaa ja ei ole ryhmän painetta.”*

## 7 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Reliaabelius vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Reliaabeliudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulos pysyy samana eri mittauskerralla olettaen kuitenkin, että kyseessä on ajassa muuttumattomat ominaisuudet. (Hirsjärvi 2008, 226.) Reliaabelius ei päde tässä tutkimuksessa edellä mainitulla tavalla, koska tutkimuksessa tutkitaan vaikuttavuutta ja olettamuksena on, että ominaisuudet muuttuvat mittausten välillä. RAND-36-mittarin reliaabeliuden keskeinen menetelmä on tutkia asteikon sisäistä johdonmukaisuutta. Toinen keskeinen menetelmä tai arviointitapa on uusintamittaus, jossa selvitetään kahtena eri ajankohtana mittausten saatujen tulosten pysyvyyttä. (Aalto, Aro, & Teperi 1999, 7.) Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että RAND-36-elämänlaatukysely soveltui kohdejoukolle hyvin ja sen teoria osoittautui sopivaksi tulosten tulkinnassa. Haastattelut sekä tutkimustulokset on kirjoitettu ja analysoitu yhdessä mikä on vähentänyt virhetulkintoja.

Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta eli miten yhtenäisesti kaikki mittarin fyysistä toimintakykyä mittaavat kysymykset mittasivat samaa asiaa, sitä selvitimme lähinnä oppiaksemme Cronbachin alfa-kertoimen käytön. Korkea Cronbachin alfa kertoo osamittarin reliabiliteetista eli kyvystä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Heikkilä 1999, 179; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156.) Tässä tutkimuksessa fyysisen toimintakyvyn kysymykset mittasivat hyvin samaa asiaa eli olivat sisäisesti yhteneviä. Sen osoitti tällä pienellä aineistollakin näkyvä korkea reliabiliteetti eli Cronbachin alfakerroin oli 0,89.

Validius määritellään yleensä mittauksen kyvyksi mitata täsmälleen sitä mitä oli tarkoituskin mitata (Hirsjärvi 2008, 226; Vilka 2005, 161). Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Ulkoisessa validiteetissa viitataan tutkimuksen yleistettävyyteen. Sisäinen validiteetti viittaa tutkimuksen omaan luotettavuuteen esimerkiksi teorian sopivuus, mittarin muodostaminen ja käsitteiden sopivuus. (Metsämuuronen 2003, 35.)

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan edellytys on tutkimuksen eettisyys. Tutkijan eettisiä vaatimuksia ovat muun muassa aito kiinnostus uuden tiedon hankkimiseen, tutkimuksesta saatavan tiedon luotettavuus, tutkijan rehellisyys, kohtuuttoman vahingon eliminointi, ihmisarvon kunnioittaminen ja tiedon käyttäminen eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkimuksen tulee olla luotettava, tutkimusaineistoa ei saa luoda tyhjästä tai väärentää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172 - 173.) Tässä tutkimuksessa noudatettiin tutkimusetiikkaa kaikin tavoin. Kaikkia tutkittavia kohdeltiin samanarvoisesti ja tutkimukseen valittu otos valikoitiin tasa-arvoisesti valitsemiemme kriteereiden mukaisesti. Aineiston ollessa pieni osallistujien anonymiteetti turvattiin kuvaamalla heidän taustatietojaan yleisellä tasolla.

Tutkimus saatiin toimeksiantona Kotkan kaupungin työllisyysyksiköltä. Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Kotkan kaupungin tutkimuseettisessä neuvottelukunnassa. Tutkimusluvut saatiin sekä Kotkan kaupungilta että Kotkan työ- ja elinkeinotoimistolta. Tutkimuksen lähtökohtana oli sen hyödyllisyys työllisyysyksikölle ja haastateltaville. Yhteiskunnallisesti merkittäväksi tutkimuksen teki se, että työttömien elämälaatua suhteessa työttömien terveystalouteen ei ole aiemmin tutkittu. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavien yksityisyyttä suojeltiin mahdollisim-

man hyvin sekä tutkimustietoja ei ole luovutettu kenellekään tutkimuksen ulkopuolille. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden oli mahdollista esittää kysymyksiä ja kieltäytyä antamasta tietoa.

### 7.3 Haastateltavien fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen yhteydet elämänlaatuun

Aikataulullisesti kyselyjen mittausväli jäi melko lyhyeksi (5 kk), joten tutkimuksessa puhutaan lyhyen aikavälin vaikutuksista. Lyhyen aikavälin muutoksia peilattiin Good Lives Model (GLM) -teoriaan. Lyhyen aikavälin vaikutuksia tutkittaessa on joskus vaikea tulkita elämänlaadun yksittäisiä osa-alueita erikseen rikkomatta kokonaisvaltaista käsitystä ihmisestä. Vaikeissakin elämäntilanteissa olevien ihmisten elämänlaatu voi olla hyvää. Lyhyen aikavälin muutoksissa oli huomattavissa fyysisen toiminnan paranemista. Koettu terveys liitetään yleensä fyysiseen toimintakykyyn. Fyysisen toiminnan paraneminen tukee ajatusta henkilöiden koetusta terveydestä eli he eivät kokeneet olevansa sairaampia kuin muut ihmiset. Pitkittänyt kipu voi pahimmillaan rajoittaa ihmisen elämää. Kivun kokeminen oli haastateltavilla alentunut ja päättelimme, että heidän elämänlaatunsa oli parantunut. Olettamuksenamme oli, että fysioterapeutin kuntoutuksessa oleva henkilö oli tyytyväisempi elämäänsä, kun hän saavutti hyvää terveyttä ja merkityksellisiä ihmissuhteita.

Fysioterapeutin tarjoama fyysinen ympäristö laitteineen ja tiloineen sekä fysioterapeutin ja terveydenhoitajan tarjoama informaatio tarjosivat haastatelluille fyysisiä ja sosiaalisia voimavaroja, joiden avulla heidän fyysinen toimintakyky oli kohentunut. Fysioterapeutin kuntosaliryhmät, laitteet ja tilat sekä informaatio, että terveydenhoitajan antamat ohjeet terveellisistä elämäntavoista ja ravitsemuksesta paransivat haastateltavien itsehoitovalmiutta ja sitä kautta fyysistä toimintakykyä.

Psyykkisen elämänlaadun osa-alueilla oli huomattavissa muutoksia parempaan suuntaan. Masennuksen oireet eivät ole pelkästään psyykkisiä, vaan ne saattavat esiintyä fyysisenä oireiluna ja kivun kokemisena. Fyysinen ja psyykinen toimintakyky oli parantunut sekä kivun kokeminen alentunut, joten päättelimme, että näillä osa-alueilla oli yhteys toisiinsa.

Usein työllä on myönteinen vaikutus ihmisen terveyteen, toisaalta joskus työelämästä luopuminen voi helpottaa työttömän pahaa oloa. Työttömyydellä tai työllistymisellä ei tällä otoksella kuitenkaan ollut oleellista merkitystä työttömien psyykkiseen hyvin-

vointiin. Psykkistä hyvinvointia kuvaava positiivinen mieliala ja siihen liittyvä tarmokkuus pitää sisällään elämän merkityksellisyyden ja panostamisen tärkeisiin tavoitteisiin. Haastateltavat kokivat fysioterapeutin ryhmissä käymisen tavoitteellisena ja merkityksellisenä toimintana, joten voimme olettaa, että positiivinen mieliala oli lisääntynyt.

Sosiaalinen kanssakäyminen on pitkälti yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn ja sen aiheuttamiin rajoituksiin. Tutkimustuloksissa sosiaalisen toimintakyvyn alueella oli tapahtunut niin nousua kuin laskua. Yli puolella haastatelluista, joiden fyysinen toimintakyky oli parantunut, oli myös sosiaalinen toimintakyky noussut tai pysynyt vähintään samana. Vaikka on vaikea osoittaa eri elämänlaadun ulottuvuuksien yhteyksiä toisiinsa, on huomioitavaa, että yhden alueen nousu on vaikuttanut myönteisesti muihin alueisiin.

Työttömien terveystalvelujen myötä haastateltavat olivat saaneet uusia rooleja. Rooleihin liittyy odotuksia ja arvostuksia ja velvollisuuksia. Terveystalveluja saatuaan haastateltavilta odotettiin elämäntapamuutoksia. Erilaisten roolien myötä heidän sosiaalinen pääoma oli kasvanut ja he tunsivat yhteenkuuluvuutta esimerkiksi muiden kuntoutujien kanssa. Sosiaalinen pääoma oli oletettavasti myös tuottanut lisää terveyttä. Fyysisen toimintakyvyn parantuessa oletimme heidän jaksavan paremmin ylläpitää sosiaalisia suhteita perheen, ystävien ja sukulaisten kanssa. Työttömien terveystalvelut olivat lisänneet haastateltavien turvallisuuden ja arvokkuuden tunnetta, joka on merkityksellistä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta.

Taustatekijöistä sukupuolten välillä eroja löytyi fyysisen elämänlaadun osa-alueella. Sukupuolijakaumassa enemmistö naisista ja miehistä kokivat terveydentilan rajoittavan paljon fyysisiä ponnistuksia. Mielenkiintoinen tulos sukupuolten välisissä eroissa oli, että fyysisen roolitoiminnan alueella, kuten tavanomaisten päivittäisten tehtävien suorittamisessa sekä niihin käytetyssä ajassa, oli huomattavaa eroa. Tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissä kaikki miehet vähensivät terveydentilan takia niihin käyttämänsä aikaa kun taas seitsemän naista eivät vähentäneet lainkaan. Voidaanko sukupuolten välisiä eroja verrata rooliodotuksiin? Odotetaanko naisten toimivan samalla tavalla kuin aiemmin terveydentilasta huolimatta?

Haastateltavat kokivat pääasiassa terveydentilansa parantuneen tutkimuksen aikansa. Yleisesti ottaen suurimmalla osalla haastatelluista terveys mainittiin yhdeksi tärkeim-

mistä elämänlaadun alueista. He olivat panostaneet parempaan terveyteen, jota heiltä myös odotettiin. Terveyteen panostaminen oli lisännyt heidän kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista.

#### 7.4 Jatkotutkimusaiheita ja RAND-36-elämänlaatumittarin kehittämisehdotuksia

Mielenkiintoinen lisätutkimuksen aihe olisi tutkia tähän tutkimukseen osallistuneiden elämänlaadun muutoksia pitkällä aikavälillä ja verrata tuloksia koko väestöön. Jatkotutkimusaiheena mielenkiintoinen näkökulma voisi olla työn merkitys suhteessa elämänlaatuun. Esimerkiksi Wadsworth & kumppanit (1999) olivat tutkineet, että työttömyys työuran alussa ja sosioekonominen asema vaikuttivat pysyvästi terveyteen myös tulevaisuudessa. Elämänlaatukyselyä voisi tehdä henkilöille, jotka ovat olleet pitkään työttöminä työuran alussa.

Elämänlaatukysely RAND-36 on osoittautunut monipuoliseksi ja mielenkiintoiseksi hyvinvointia kuvaavaksi mittariksi. Pääasiassa haastateltavat kokivat, että kyselyyn on helppo vastata. RAND-36 mittarin suomentajat toivovat, että kysymyksiä käytettäisiin sellaisina kuin ne on suomennettu. Toisella elämänlaatukyselykierroksella huomasimme muutamia kohtia, joita voisi kuitenkin parannella. Esimerkiksi kysymyksissä 23 - 31 vastausvaihtoehdoissa käytetyt aikaa kuvaavat sanat, kuten ”jonkin aikaa” tai ”vähän aikaa” saatetaan ymmärtää eritavoin. Kolme vastausvaihtoehtoa, ”koko ajan”, ”ajoittain” ja ”ei lainkaan”, kuuden vastausvaihtoehdon sijaan saattaisi vastata kysymyksiin yhtä hyvin.

Kahdessa kysymyksessä oli sisällytettynä kaksi kysymystä yhden sijaan, esimerkiksi sosiaalista toimintakykyä kartoitettaessa samassa kysymyksessä kysytään ruumiillisen terveydentilan tai tunne-elämän vaikeuksia. Osalla vastaajista oli vaikeuksia vastata kysymykseen, koska heillä oli ruumiillisia vaikeuksia, mutta ei esimerkiksi tunne-elämään liittyviä vaikeuksia. Kysymykseen olisi voinut olla helpompi vastata, jos tunne-elämä ja ruumiilliset vaikeudet olisivat eroteltu toisistaan.

Sanavalinnoissa voisi olla tarpeen tehdä muutoksia. Esimerkiksi sana ”ruumiillinen” voisi korvata sanalla ”fyysinen”. Kysymyksessä 21 kysyttiin, kuinka voimakkaita kipuja oli ollut, onko tämä johdattelava kysymys sen sijaan että kysyttäisiin ”Onko Teillä ollut kipuja...”. Sana ”elinvoimaisuus” aiheutti monessa vastaajassa hilpeyttä.



## 7.5 Työttömien terveystalvelujen merkitys työttömien elämänlaatuun

Terveyden edistämisen näkökulmasta työttömien terveydenhoitaja ja fysioterapeutti ovat pystyneet vastaamaan palveluillaan haastateltavien kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Palvelut ovat olleet tavoitteellista ja välineellistä toimintaa haastateltavien terveyden saavuttamiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi, unohtamatta ihmisarvon kunnioittamista, omavoimaistamista ja osallistamista. Tutkimuksessa tuli esiin haastateltavien yleinen tyytyväisyys terveystalveluihin ja niiden vaikutukset hyvinvointiin sekä sosiaalisiin ja yhteisöllisiin suhteisiin, jotka eri asiayhteyksissä kuvaavat elämänlaatua.

Kotkaan vuonna 2007 perustetun työttömien terveydenhuoltohankkeen tavoitteena oli kehittää toimintamalli työttömien terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn parantamiseksi. Kokonaistavoitteena oli, että kohderyhmä muuttuu passiivisesta toimijasta aktiiviseksi toimijaksi ja työttömien elämänlaadun kohentaminen. Tutkimus osoitti, että hankkeen tavoitteet ovat haastateltavien osalta saavutettu, heistä oli tullut aktiivisia toimijoita oman terveytensä hyväksi ja heidän elämänlaatunsa oli kohentunut. Työttömien terveystalvelut osoittautuivat merkityksellisiksi ja niitä tarvitaan jatkossakin.

Työttömien terveystalvelut vastasivat Suomen terveystalviikan tavoitteisiin väestöryhmien terveyserojen kaventamiseksi ja terveyden sekä toimintakykyisten elinvuosi-en lisäämiseksi. Kotkassa työttömien oli vaikea päästä tai hakeutua perusterveydenhuollon palveluihin. Työttömien terveydenhoitaja ja fysioterapeutti pystyivät korjaamaan tätä epäkohtaa ja näin olivat osaltaan kaventaneet väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveys 2015 -ohjelman yksi ikäryhmittäinen tavoite oli työikäisten työ- ja toimintakyvyn kehittäminen. Työttömien terveystalvelut pystyivät vastaamaan myös tähän tavoitteeseen. Tästä osoituksena on, että tutkimuksen aikana haastateltavista työllistyi neljä henkilöä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kiinnittää huomiota työttömien elämänlaatuun. Olettamuksena oli, että työttömyys ja erityisesti pitkäaikaistyöttömyys oli vaikuttanut heikentävästi terveyteen ja kokonaisvaltaiseen elämänlaatuun. Alkuperäisenä tavoitteena oli verrata työttömien elämänlaatua myös koko väestöön. Ajan puutteen takia työtä rajattiin käsittelemään työttömien elämänlaatua ja lyhyen aikavälin vaikutuksia. Varsinaisesti terveydentilaa ei tässä tutkimuksessa tutkittu, vaan työttömien terveystalvelujen merkitystä työttömien elämänlaatuun, joka pitää sisällään kokonaisvaltai-

sen terveystäytöksen. Tutkimuksen aikana tuli kuitenkin esille, että terveydellisiä rajoitteita oli paljon ja ne olivat vaikuttaneet elämänlaatuun heikentävästi. Työttömien terveyspalvelujen aikana heidän elämänlaatunsa oli lyhyelläkin aikavälillä kohentunut. Tämä tarkoittaa siis sitä, että terveyspalvelut ovat merkityksellisiä työttömille ja parantavat heidän itsearvioimaansa elämänlaatua.

## LÄHTEET

- Aalto, A-M., Aro, A. R. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. STAKES tutkimuksia 101. Saatavissa: [www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/muita/Tu101.htm](http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/muita/Tu101.htm) [viitattu. 4.10.2009].
- Aarva, P. & Pasanen, M. 2005. Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1/2005, s. 57 - 64.
- Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Alastalo, K., Saarinen, P & Grönholm, E. 2009. Pitkäaikaistyöttömien kehittämishankkeen loppuraportti. Kotkan kaupungin työllisyysyksikkö.
- Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Juva: WSOY.
- Castaneda, A. E., Tuulio- Henriksson, A & Marttunen, M. Kognitiivinen toimintakyky voi heikentyä masennushäiriössä. Suomen Lääkärilehti 2009 / 3, s. 161.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käyttösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Dementia uutiset 2/2008, s.14.
- Hamunen, K. & Heiskanen, T. 2009. Syöpäkipu ja elämänlaatu. Kipuviesti 1/2009, s. 10.
- Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Oy Edita Ab..
- Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. (toim.), 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hirsjärvi, S. 2008, 119 - 161. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Hirsjärvi, S. 2008, 172 - 181. Aineiston hankinnan suunnittelu. Teoksessa: Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Hirsjärvi, S. 2008, 186 - 212. Tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa: Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. (toim.) Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

Ilmarinen, J. Gould, R., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksia. Teoksessa: Gould, R. Ilmarinen, J. Järvisalo, J. ja Koskinen, S. (toim.) Helsinki: Hakapaino Oy.

Immonen, M. & Kokko, K. 2008. Epänormatiivisten elämäntapahtumien ajoittuminen aikuisiässä ja yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin. Psykologia 1/2008, s. 4 ja 14.

Juva, K. 2009. Muistihäiriö. Duodecim. Saatavissa: [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi) [viitattu 17.4.2010].

Juva, K. 2008. Tietoa potilaalle: Muistihäiriöt. Duodecim. Saatavissa: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) [viitattu 9.10.2009].

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2005. Kuntoutuksen perusteet. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Helsinki: Duodecim.

Tammikuun 2010 työllisyyskatsaus. Kaakkois-Suomen elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. Saatavissa: [www.ely-keskus.fi/kaakkois-suomi](http://www.ely-keskus.fi/kaakkois-suomi) [viitattu 21.3.2010].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kettunen, R. Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Koponen, H. & Lepola, U. 2007. Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön tarvitaan aiempaa tehokkaampia hoitokeinoja. Suomen Lääkärilehti 43/2007, s. 3989.

Korteinen, M. & Tuomikoski, H. 1998. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Helsinki: Tammi.

Koskinen, S., Talo, S., Hokkinen, E-M., Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehysessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2009

KSA. Psykologia 2/2006, s. 135 – 136.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. STM. Julkaisuja 2002:6. Saatavissa: [www.stm.fi](http://www.stm.fi) [viitattu: 11.4.2010].

Kuusinen, P. 2004. Saako pitkäaikainen kipu potilaan masentumaan? Psykologia 5-6/2005, s. 570 - 572.

Liikkanen, M. (toim.) 2009. Suomalainen vapaa-aika. Arjen ilot ja valinnat. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Luoto, R., Paronen, O. & Andersson, A. 2008. Tamperelaisten nuorten ja nuorten aikuisten koettu terveys vuosina 1990 - 2005. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2/2008, s. 136 ja 143.

Matikainen, E., Aro, T. & Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) 2004. Toimintakyky – Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Nyman, J. 2002. Does Unemployment Contribute to Ill-Being: Results from a Panel Study among Adult Finns, 1989/90 and 1997. Publications of the National Public Health Institute A4/2002. Helsinki: National public Health Institute.

Ojanen, M. 1999. Terveyspsykologia. Kurssimateriaali. Psykologian laitos. Tampereen yliopisto. Saatavissa:  
[www.uta.fi/laitokset/psyk/opiskelu/opetus/opetusmateriaalia/psyhair](http://www.uta.fi/laitokset/psyk/opiskelu/opetus/opetusmateriaalia/psyhair) [viitattu: 21.4.2010].

Paananen, M. 2009. Erilainen näkökulma nuorten tuki- ja liikuntaelinkipuun. Kipuviesti 2/2009, s. 42.

Parpo, A. 2007. Työllistymisen esteet. Stakes, Raportteja 11/2007. Helsinki: Stakes.

Pekkonen, M., Mäkiäho, A. & Kokkonen, M. 2009. Työkyvyn rooli kuntoutujien elämänlaadun paranemisessa. Kuntoutus 2/2009, s. 53 – 54.

Peltonen, P. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidtaja tehohoitopotilaan edustajana. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti 2/2008, s. 13.

Pietiläinen, R. 2005. Työttömyydestä selviytyminen – psykologinen lähestyminen työttömyyteen. Psykologia 2005 / 5 – 6, s. 573 ja 575.

Pojjula, S., Ahonen, R. 2007. Irtisanotut : muutos, menetys ja selviytyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Rahkonen, O., Talala, K., Laaksonen, M., Lahelma, E., Prättälä, R. & Uutela, A. 2004. Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979 – 2002. Suomen Lääkärilehti 20/2004, s. 2159 ja 2162.

Riipinen, M. 2004. Pitkäaikaistyöttömien ammatillinen kuntoutuminen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1/2004, s. 10, 15 - 16.

Saarijärvi, S., Salminen, J., Toikka, T. & Raitasalo, R. Masennuspotilaiden elämänlaatu. Lääkärilehti 2001 : 56, s. 877 - 879.

Saikku, P. 2009. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja – palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti Terveiden ja hyvinvointilaitos. 22/29. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa: [www.thl.fi](http://www.thl.fi) [viitattu 11.4.2010].

Saikku, P. 2008. Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämishanke (PTT-hanke). Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja –palvelut kunnissa keväällä 2008. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/tyottomienterveidenhuolto/FI/index.htm> [viitattu 10.4.2010].

Sajavaara, P. 2008, 231 - 239. Tieteellisten tulosten julkistaminen ja julkaiseminen. Teoksessa: Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) 13.-14. osin uudistettu painos, s. 231. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sallinen, M., Haavisto, M-L., Hublin, C., Lees, R., Nybo, T., Nygren, E. & Sainio, M. 2006. Stressi ja muisti. Lääkärilehti 2006; 61, s. 2967 - 2972. Saatavissa: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) [viitattu 9.10.2009].

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 3 / 2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Siegert, R., Ward, T., Levack, M. & McPherson, K. 2007. A Good Lives Model of clinical and community rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29.

Sinervo, L. 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämävaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Saatavissa: [www.thl.fi](http://www.thl.fi) [viitattu 10.4.2010].

Suikkanen, A., Linnakangas, R., Harjajärvi, M. & Martin, M. 2005. Kokeilusta kipinää. Keski-ikäisten pitkäaikaistyöttömien kuntoutuskokeilun arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sulkunen, P. 1998. Johdatus sosiologiaan. Käsitteitä ja näkökulmia. Juva: WSOY.

Sörensen, L., Pekkonen, M., Smolander, J. & Alen, M. 2009. Keski – ikäisten miesten työkyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Onko fyysisellä kunnolla ja liikuntaharrastuksella merkitystä? *Kuntoutus* 3/2009, s. 4 – 5 ja 11.

Kotkan terveyden edistämisen strategia 2008 - 2012. Terve kotkalainen.  
<http://www.kotka.fi/index.asp?area=6&language=1> [viitattu 13.4.2009].

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2001:8. Saatavissa: [www.stm.fi](http://www.stm.fi) [viitattu 21.4.2010].

Toivio, T & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki. Edita.

Työllisyyskatsaus tammikuu 2010. Työ- ja elinkeinoministeriö 2010.. Saatavissa: [www.tem.fi/tyollisyyskatsaus](http://www.tem.fi/tyollisyyskatsaus) [viitattu 21.3.2010].

Työllisyysprojektit 2009. TERTTU – hanke. Saatavissa:  
[www.kotka.fi/alltypes.asp?d\\_type=5&menu\\_id=3093&#3368](http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=3093&#3368) [viitattu 4.10.2009].

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wadsworth, M. E. J., Montgomery, S. M. & Bartley, M. J. 1999. The persisting effect of unemployment on health and social well – being in men early in working life. *Social Science & Medicine* 48.

Wandberg, C. R., Griffiths, R. F. & Gavin, M. B. 1997. Time structure and unemployment : A longitudinal investigation. *Journal of occupational and organizational psychology*, s. 75 – 76.



## Elämänlaadun ulottuvuudet

TERVEYTEEN LIITTYVÄT ELÄMÄNLAADUN OSA-ALUEET			
Perusulottuvuus	Osa-ulottuvuus	Esimerkkejä	Kysymyslomakkeen numerot
FYYSINEN	Fyysiset oireet	Kipu, somaattiset stressioireet	3-12 13-16
	Fyysinen toimintakyky	Fyysinen kunto, itsehoito	21, 22 1, 33-36
	Koettu terveys		
PSYKKINEN	Psyykinen hyvinvointi	Ahdistus- ja masennusoireet, positiivinen mieliala	17-19 23, 27, 29 ja 31 24-26, 28 ja 30
	Kognitiivinen toimintakyky	Muistitoiminnot	
	Tarmokkuus		
SOSIAALINEN	Rooleista suoriutuminen	Ammattitehtävät, kotityö	20, 32
	Ihmissuhteet	Sosiaalisten kontaktien määrä, tyytyväisyys sosiaalisiin suhteisiin	
	Yhteisölliset suhteet	Yhteisöllinen osallistuminen	
	Vapaa-aika	Harrastukset	

Lähde: (Aalto, A-M & Aro, A. R. & Teperi J. 1999, 2.)

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_20\_\_\_\_

**1. Onko terveytenne yleisesti ottaen..** (ympyröikää yksi numero)

1. erinomainen
2. varsin hyvä
3. hyvä
4. tyydyttävä
5. huono

**2. Jos vertaatte nykyistä terveydentilaanne vuoden takaiseen, onko terveytenne yleisesti ottaen..** (ympyröikää yksi numero)

1. tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten
2. tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
3. suunnilleen samanlainen
4. tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
5. tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten

**Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilaanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita yhtään
<b>3.</b> huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esim. juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
<b>4.</b> kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
<b>5.</b> ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
<b>6.</b> nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
<b>7.</b> nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3
<b>8.</b> vartalon taivuttaminen, polvistuminen, kumartaminen	1	2	3
<b>9.</b> noin 2 kilometrin matkan kävely	1	2	3
<b>10.</b> noin puolen kilometrin matkan kävely	1	2	3
<b>11.</b> noin 100 m matkan kävely	1	2	3
<b>12.</b> kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

**Onko Teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut RUUMILLISEN TERVEYDENTILANNE TAKIA alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä	ei
13. Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa	1	2
14. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
15. Terveystilanne asetti teille rajoituksia jossakin työ- tai muissa tehtävissä	1	2
16. Töistänne tai tehtävistänne suoriutuminen tuotti vaikeuksia (olette joutunut esim. ponnistelemaan tavallista enemmän)	1	2

**Onko Teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut TUNNE-ELÄMÄÄN LIITTYVIEN vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä	ei
17. vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänne aikaa	1	2
18. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
19. Ette suorittanut töitänne tai muita tehtäviä yhtä huolellisesti kuin tavallisesti	1	2

**20. MISSÄ MÄÄRIN ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista) toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?** (ympyröikää yksi numero)

1. ei lainkaan
2. hieman
3. kohtalaisesti
4. melko paljon
5. erittäin paljon

**21. Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja teillä on ollut viimeisen 4 viikon aikana?** (ympyröikää yksi numero)

1. ei lainkaan
2. hyvin lieviä
3. lieviä
4. kohtalaisia
5. voimakkaita
6. erittäin voimakkaita

**22. Kuinka kipu on häirinnyt tavanomaista työtänne (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana?** (ympyröikää yksi numero)

1. ei lainkaan
2. hieman
3. kohtalaisesti
4. melko paljon
5. erittäin paljon

**Seuraavat kysymykset koskevat sitä miltä teistä on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne.**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen 4 viikon aikana...	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomattavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
<b>23.</b> tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa	1	2	3	4	5	6
<b>24.</b> ollut hyvin hermostunut	1	2	3	4	5	6
<b>25.</b> tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä piristää	1	2	3	4	5	6
<b>26.</b> tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3	4	5	6
<b>27.</b> ollut täynnä tarmoa	1	2	3	4	5	6
<b>28.</b> tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3	4	5	6
<b>29.</b> tuntenut itsenne "loppuun kuluneeksi"	1	2	3	4	5	6
<b>30.</b> ollut onnellinen	1	2	3	4	5	6
<b>31.</b> tuntenut itsenne väsyneeksi	1	2	3	4	5	6

**32. KUINKA SUUREN OSAN AJASTA ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaanne (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)?** (ympyröikää yksi numero)

1. koko ajan
2. suurimman osan aikaa
3. jonkin aikaa
4. vähän aikaa
5. ei lainkaan

**Ympyröikää kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa Teidän kohdallanne?** (ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	pitää ehdottomasti paikkansa	pitää enimmäkseen paikkansa	en osaa sanoa	enimmäkseen ei pidä paikkansa	ehdottomasti ei pidä paikkansa
<b>33.</b> Minusta tuntuu, että sairastun jonkin verran helpommin kuin muut ihmiset	1	2	3	4	5
<b>34.</b> Olen vähintään yhtä terve kuin muut ihmiset	1	2	3	4	5
<b>35.</b> Uskon, että terveyteni tulee heikkenemään	1	2	3	4	5
<b>36.</b> Terveyteni on erinomainen	1	2	3	4	5

**KIITOS!**

Saatekirje

Liite 3

Hei!

xx.xx.xxxx

Olemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulun terveystalon ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoita. Teemme Kotkan kaupungin työllisyysyksikölle opinnäytetyötä terveydenhoitajan ja fysioterapeutin palveluiden merkityksestä kotkalaisten työttömien elämänlaatuun. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua huhtikuussa 2010.

Tutkimuksessa apuna käytämme elämänlaatuun kohdistuvaa kyselylomaketta, johon olette kerran jo vastannut. Tarkoituksenamme on toteuttaa kysely uudestaan ja arvioida mahdollisia elämänlaadun muutoksia.

Ystävällisesti kutsumme Teidät haastatteluun Kotkan työ- ja elinkeinotoimistoon, xx.xx.2010 klo xx.xx, huone 376, 3. kerros. Mikäli ajankohta ei Teille sovi pyydämme ottamaan yhteyttä puh. xxx xxx xxxxxx. Haastatteluun osallistumisenne on tärkeä, sillä tavoitteenamme on kehittää edelleen työttömien palveluja vastaamaan paremmin työttömien tarpeita.

Kaikkia vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa tutkimusta ilmi.

Opinnäytetyömme tulokset julkaistaan Kymenlaakson ammattikorkeakoulun tietoverkossa sekä Kymenlaakson sairaanhoitopiirin, Kotkan kaupungin ja työhallinnon nettisivuilla. Tutkimustuloksista on tarkoitus tehdä artikkeli Kotkanseudun ilmaisjakelulehteen Ankkuriin.

Kiitos Osallistumisestanne!

Nina Ropponen  
nina.ropponen@student.kyamk.fi

Nina Saarelainen  
nina.saarelainen@student.kyamk.fi

Lisätietoja antaa: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Hilikka Dufva p. 044 702 8711

E-mail: hilikka.dufva@kyamk.fi

**Ensimmäinen pisteytysvaihe: kysymysten uudelleen koodaus.**

Kysymykset nro:	Muuta alkuperäinen vastausvaihtoehto	Uudelleen koodattu arvo
1, 2, 20, 22	1 →	100
34, 36	2 →	75
	3 →	50
	4 →	25
	5 →	0
3, 4, 5, 6, 7, 8	1 →	0
9, 10, 11, 12	2 →	50
	3 →	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1 →	0
	2 →	100
21, 23, 26, 27, 30	1 →	100
	2 →	80
	3 →	60
	4 →	40
	5 →	20
	6 →	0
24, 25, 28, 29, 31	1 →	0
	2 →	20
	3 →	40
	4 →	60
	5 →	80
	6 →	100
32, 33, 35	1 →	0
	2 →	25
	3 →	50
	4 →	75
	5 →	100

Lähde: (Aalto, A-M &amp; Aro, A. R. &amp; Teperi J. 1999,77.)

**Toinen pisteytysvaihe: Indeksiarvojen laskeminen elämänlaadun ulottuvuuksien osasteikoilla**

Fyysinen toimintakyky	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Roolitoiminta/fyysinen	4	13,14,15,16
Roolitoiminta/psykkinen	3	17,18,19
Tarmokkuus	4	23,27,29,31
Psyykinen hyvinvointi	5	24,25,26,28, 30
Sosiaalinen toimintakyky	2	20,32
Kivuttomuus	2	21,22
Koettu terveys	5	1,33,34,35,36

Huom: Terveystilassa tapahtuvaa muutosta koskeva kysymys (nro 2) ei kuulu taulukossa mainituille 8 summa-asteikolle.

Tässä esitetty puuttuvien tietojen käsittelytapa on suositus. Valittava menettely on viime kädessä asteikkoa käyttävän tutkijan itsensä päätettävissä.

Lähde: (Aalto, A-M & Aro, A. R. & Teperi J. 1999, 78.)



## KYSYMYSLOMAKE

Päiväys \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

**1. Taustakysymykset**

- 1 Nainen
- 2 Mies

**2. Ikä**

- 1 18 – 25
- 2 26 – 35
- 3 36 – 45
- 4 46 – 55
- 5 56 – 65

**3. Siviilisäät**

- 1 Naimaton
- 2 Avioliitto
- 3 Avoliitto
- 4 Eronnut
- 5 Leski

**4. Toimeentulo**

- 1 Työmarkkinatuki
- 2 Peruspäiväraha
- 3 Ansiosidonnainen työttömyyspäiväraha
- 4 Toimeentulotuki
- 5 Muu etuus, mikä? \_\_\_\_\_

**5. Koulutus**

- 1 Kansakoulu / peruskoulu
- 2 Lukio
- 3 Ammattikoulu
- 4 Oppisopimuskoulutus
- 5 Opistoasteen koulutus
- 6 Korkeakoulututkinto
- 7 Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

**6 Työhistoria**

- |   |         |          |
|---|---------|----------|
| 1 | Alle    | 1 vuotta |
| 2 | 1 - 5   | ”        |
| 3 | 6 - 10  | ”        |
| 4 | 11 - 15 | ”        |
| 5 | Yli 15  | ”        |

**7 Työllisyystilanne**

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1 | Työssä           |
| 2 | Työtön           |
| 3 | Muu, mikä? _____ |

**8 Jos olette työtön, niin työttömyyden kesto?**

- |   |       |          |
|---|-------|----------|
| 1 | Alle  | 1 vuotta |
| 2 | 1 - 3 | ”        |
| 3 | 4 - 5 | ”        |
| 4 | Yli 5 | ”        |

**AVOIMET KYSYMYKSET**

**9. Mitä teidän mielestänne tarkoittaa sana ”elämänlaatu”?**

---

---

---

---

**10. Mitä hyötyä olette saanut työttömien terveystalvuuista?**

---

---

---

---

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Terveys olisi huonompi ilman ryhmiä. Huomasin kuinka rapakunnossa olen. Ilman palveluja terveys olisi huonompi. X 2 Fysioterapeutti ymmärtää kokonaistilannetta.</p>	<p>Terveys huonompi ilman kuntoutusta</p>	<p>Terveystilan kokeminen ilman ryhmiä</p>	<p>Koettu terveys</p>	<p>Fyysisen elämänlaadun osa-alue</p>
<p>Kunto on pysynyt parempana ja toimintakyky on parempi. Toimintakyky pysyy hyvänä. Kuntoutuksen alkaessa olin vino ja ryhti on oiennut, paino pudonnut. Vesijumppa on ehdoton, pystyy tekemään jotain, kun sillä on vaikutusta fyysiseen kuntoon. Kuntoilen myös kotona Kerran viikossa kuntoilu pitää yllä tahtia ja tulee myös kotona kuntoiltua. Kävisin fysioterapeutilla vaikka kaksikin kertaa viikossa. Osittain kunto kohentunut. Tulee kuntoiltua</p>	<p>Parempi kunto ja toimintakyky</p> <p>Ryhdin paraneminen ja painon pudottaminen</p> <p>Kuntoilun lisääntyminen</p>	<p>Fyysisen toimintakyvyn koheneminen</p>	<p>Fyysinen toimintakyky</p>	

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Säteilykipu ja puutumisen hävinnyt, lihakset paremmassa kunnossa. Jalkakipu on helpottanut. Auttoi jalkoihin, krampit helpottivat	Lihakset paremmassa kunnossa. Kipu helpottanut	Kivun tuntemusten vähentyminen	Kipu	Fyysisen elämänlaadun osa-alue
Olo on paljon virkeämpi. Jaksaminen on parantunut.	Väsymys helpottanut		Tarmokkuus	Psyykkisen elämänlaadun osa-alue
Kokee olonsa arvokkaaksi. Palveluista on ollut todella paljon hyötyä ja ne on tosi tärkeitä henkisesti ja fyysisesti. Älyttömän hieno turvaverkko, joka on auttanut selviytymään hankalasta tilanteesta.		Arvokkuuden kokeminen Turvallisuuden kokeminen	Psyykinen hyvinvointi	
Ryhmään on helppo mennä. Ei ole iso kynnyks mennä ryhmiin, kun ryhmissä samantyylistä porukkaa ja ei ole ryhmän painetta. Kuntosaliryhmään meneminen on viikon kohokohta. Saisi olla useammin.. Sosiaalinen vaikuttavuus hyvä. Ennen näitä palveluja olin väliinputoaja. Ryhmistä ei potkita pois muutaman poissaolon takia ja voi tehdä jaksamisen mukaan.	Ryhmissä on helppo olla	Vertaistuki ja yhteenkuuluvuus  Ajankäytön rytmittäminen	Yhteisölliset suhteet	Sosiaalisen elämänlaadun osa-alue
Sinne on kiva mennä ja siellä on ystäviä			Ihmissuhteet	Sosiaalisen elämänlaadun osa-alue

<p>Kaikki hyöty tuli palvelujen kautta. Valtava hyöty. Kyllä on palveluista ollut oikein paljon hyötyä. Ehdottomasti hyvä juttu. Lottovoittoon verrattava, mielettömän upea juttu! Ei voi käsittää, että on näin hyviä palveluja. Erinomainen hyöty ja olen palveluista todella kiitollinen. Palveluja ei saa lopettaa missään tapauksessa. Kyllä on hyötyä Oli paljon hyötyä</p>			Hyödyn kokemukset	Muut maininnat jotka eivät tule esille RAND-36 mittaristossa
<p>Neuvoista ja ohjeista on ollut todella paljon hyötyä.</p>			Tiedon lisääminen	
<p>Vesijumpassa on kivaa vesi, jumppa ja vetäjä Fysioterapeutti patisti jalkahoitajalle. Käyn jumpalla joka toinen viikko Olen hakenut tsemppiä ja kuntoa. Oman poikanikin olen tsempannut liikkumaan. Vesijumppa.</p>	Kuntoutuksen saaminen	Fysioterapeutilta saatavat palvelut	Toimintakyvyn parantaminen	

<p>Terveydenhoitajan kautta pääsin lääkärille, fysioterapeutille ja kuntoutukseen. Ehdottomasti hyvä kun sairaudet tuli esille ja niitä alettiin hoitamaan. Terveydenhoitaja antoi hyviä neuvoja painonpudotuksesta, ravitsemuksesta ja verenpaine seurannasta. Terveydenhoitaja 'potki perseelle'. Ohjaus diabetes hoitajalle. Terveydenhoitaja tilasi kaikki ajat ja hoiti asiat hyvin. Terveydenhoitaja mittasi sokerit ja kolesterolit, jotka on koholla.</p>	<p>Hoidon saaminen</p>	<p>Terveydenhoitajalta saatavat palvelut</p> <p>Interventio</p> <p>Hoitoon ohjaus</p>	<p>Terveellisten elämäntapojen ohjausta ja neuvontaa</p>	<p>Muut maininnat jotka eivät tule esille RAND-36 mittaristossa</p>
---	------------------------	---	--	---

Lähde mukaillen: Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 138-139.

Julkaisija ja vuosi	Otanta	Vastaajien määrä	Tavoitteet	Menetelmä	Päätelmät
Työllistymisen esteet. Stakes. Parpo, 2007.	Määrällisessä osuudessa tilastokeskuksen tulonjakoaineistoa vuosilta 1996 – 2001. Laadullisessa osiossa on haastateltu 21 (N=21) työtöntä työnhakijaa.	Kaikki mukaan valitut haastateltiin	Tutkimuksen tavoitteena on tutkia, mitkä ovat työllistymisen esteiden syyt sekä työttömien omien kokemusten mukaan, että työvoiman tarjonnan mukaan.	Empiirinen arviointitutkimus, jossa hyödynnetään sekä laadullista, että määrällistä tutkimusotetta.	Työllistymisen merkittävimmät ja yleistettävissä olevat yksilölliset esteet olivat: yksin asuminen, korkea ikä, alhainen koulutus ja kaupungissa asuminen. Lisäksi viitteitä oli kannustinloukkojen muodostumisesta sekä heikentyneestä fyysisestä toimintakyvystä.
Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys - 2000 tutkimuksen tuloksia. Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen, 2006. (toim.)	Perusjoukossa oli 18 vuotta täyttänyt väestö manner – Suomessa. Otanta tapahtui ryväotantana ja otokseen sisältyi 9922 (N=9922) henkilöä.	Nuorista aikuisista 79 % haastateltiin ja 30 vuotta täytäneistä haastateltiin 87 %. Terveystarkastukseen osallistui 84 % yli 30 vuotta täytäneistä ja toimintakykyä mitattiin 93 % samasta ikäryhmästä.	Terveys 2000 – tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia tuoreimmat tiedot tärkeimmistä kansansairauksista, työ- ja toimintakyvystä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.	Haastattelututkimus. Haastattelut suoritettiin tutkittavien kotona.	Tutkimuksessa saatujen tulosten osalta tarkastelemme pitkäaikaistyöttömien osuutta. Tulosten perusteella etenkin pitkäaikaistyöttömällä on selvästi rajoittunut työkyky, joka taas saattaa johtaa syrjäytymiseen. Nopea työllistyminen tukee työkyvyn säilymistä. Työllisyys ja taloudellisen tilanteen vakaus vaikuttavat myönteisesti työkykyyn.

Julkaisija ja vuosi	Otanta	Vastaajien määrä	Tavoitteet	Menetelmä	Päätelmät
Positive affect and biological function in everyday life. Steptoe & Wardle, 2005.	Lontoossa asuvia 47 – 59 -vuotiaita, eurooppalaisia alkuperää olevia ja joilla ei ole sydänsairauksia. Tutkimukseen kutsuttiin 227 (N=227) henkilöä, jotka täyttivät kriteerit.	216 (N=216) henkilöä osallistui tutkimukseen (116 miestä ja 100 naista).	Tavoitteena oli selvittää, suojeleeko positiivinen mieliala sairauksilta tai sairauden puhkeamisilta.	3 – vuoden seurantatutkimus, jossa osallistujat täyttivät päiväkirjaa ja heille tehtiin myös kortisoli mittauksia sekä verenpainetta ja sydämen sykettä seurattiin.	Positiivinen mieliala on vahvasti yhteydessä moneen biologisiin toimintoihin ja näin ollen voidaan olettaa, että positiivinen mieliala on yhteydessä terveyteen. Tutkimusryhmän onnellisimmat pysyivät myös terveempinä.
The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. Wadsworth, Montgomery, & Bartley, 1999.	Tutkimukseen haluttiin mukaan työttömät 16 – 33 -vuotiaat, Skotlannista kotoisin olevat miespuoliset henkilöt.	Tutkimukseen osallistui 5588 (N=5588) työttömää miestä.	Tavoitteena oli saada selvyyttä, että onko työuran alussa olevalla työttömyydellä pitkäaikaisista vaikutuksista.	Pitkittäistutkimus, jossa tietoa osallistujilta kerättiin heidän ollessa 7-, 11-, 16-, 23- ja 33 -vuotiaita.	Työuran alkuvaiheessa koetulla työttömyydellä ja alhaisella sosioekonomisella pääomalla on hyvin pysyvä vaikutus terveyteen ja sosioekonomiseen pääomaan myös tulevaisuudessa.
Masennuspotilaiden elämänlaatu. Saarijärvi, Salminen, Toikka & Raitasalo, 2001.	Tutkimukseen kutsuttiin 276 (N=276) henkilöä Lounais-Suomen alueelta, joilla oli vakavan masennuksen diagnoosi.	Lopullinen tutkimusaineisto oli 165 (N=165) henkilöä. Lisäksi tutkimuksessa käytettiin verrokki ryhmää, joka oli sukupuolen ja iän suhteen samankaltaisia.	Tavoitteena oli selvittää vakavaa masennusta potevien henkilöiden terveyteen liittyvää elämänlaatua ja verrata sitä iän ja sukupuolen suhteen kaltaistettujen verrokkien elämänlaatuun.	Kyselytutkimus. Mittareina käytettiin RAND – 36 kyselyä.	Masennuspotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli kaikilta ulottuvuuksiltaan merkittävästi huonompi kuin verrokkien.



Julkaisija ja vuosi	Otanta	Vastaajien määrä	Tavoitteet	Menetelmä	Päätelmät
Saako pitkäaikainen kipu potilaan masentumaan? Kuusinen, 2004.	Tutkimuksessa käytettiin apuna Kiipulan kuntoutuskeskuksen kuntoutusaineistoa. Tutkittavat olivat kärsineet kivuista vähintään yli puoli vuotta.	Tutkittavia oli yhteensä 786 (N=786).	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää onko pitkäaikaisella kivulla yhteyttä depression ja miten pitkäaikainen kipu voi laukaista kivun. Lisäksi tavoitteena oli selvittää oliko psykososiaaliset voimavarat yhteydessä masentuneisuuden pitkäaikaisissa kipuongelmissa.	Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi kysymyssarjoja kivusta, sen haitoista sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Lisäksi oli kysymyksiä masennuksesta sekä tulevaisuuteen mittavista kysymyssarjoista.	Kuusinen päätyi tuloksissaan siihen, että pitkäaikainen kipu ei ollut yhteydessä masennuksen syntyyn. Pitkäaikainen kipu kuitenkin erityinen terveydellinen ongelma siinä mielessä, että se aiheuttaa helposti negatiivisia muutoksia ihmisen elämässä.
Työkyvyn rooli kuntoutujien elämänlaadun paranemisessa. Pekkonen, Mäkiäho & Kokkonen, 2009.	Tutkittavat otettiin mukaan Kelan järjestämästä ja rahoittamasta kuntoutuksesta 2000 - 2001 väliseltä ajalta.	Tutkittavia oli mukana varhaiskuntoutuksesta (n=331), tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksesta (n=135), työuupuneiden kuntoutuksesta (n=64) ja vajaakuntoisten työntekijöiden työ- ja toimintakyky kuntoutuksesta (n=68).	Tavoitteena oli selvittää muuttuiko työikäisten terveyteen liittyvä elämänlaatu kuntoutuksen aikana.	Pitkittäistutkimuksen menetelmä oli alkumittauksen ja loppumittauksen vertailu keskenään, jotta mahdollinen muutos saataisiin selville.	Tuloksista kävi ilmi, että jos kuntoutujan työkyky oli alhainen, paranemista tapahtui psyykkisen elämänlaadun osalta, mutta vastaavaa ei tapahtunut fyysisen elämänlaadun osalta. Eli jos työssä käyvän työkyky pääsee laskemaan liikaa, on kuntoutuksen avulla vaikeampaa parantaa fyysistä elämänlaatua.

Julkaisija ja vuosi	Otanta	Vastaaajien määrä	Tavoitteet	Menetelmä	Päätelmät
Epänormatiivisten elämäntapahtumien ajoittuminen aikuisiässä ja sen yhteydet psyykkiseen hyvinvointiin. Immonen & Kokko, 2008.	Tutkimuksessa käytettiin lapsesta aikuiseksi - pitkittäistutkimuksesta kerätystä aineistosta sekä niiltä, joilta oli saatu tietoja elämäntapahtumista ja psyykkisestä hyvinvoinnista.	Vastaaajia tutkimuksessa oli naisia (n=120 - 126) ja miehiä (n=119 - 131).	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vaikuttivatko epänormatiiviset elämäntapahtumat koettuun psyykkiseen hyvinvointiin 42-vuotiaana.	Menetelmänä käytettiin Elämänhistorian kalenteri - menetelmää. Tämä kyseisen menetelmän avulla voidaan kerätä tietoa tapahtumien ajoittumisesta ja järjestäytymistä eri elämänalueilla	Naisten kokema työttömyys ja miesten kokema avo- tai avioero varhaisaikuisuudessa kytkeytyivät masentuneisuuden siten, että mitä enemmän näitä tapahtumia oli varhaisaikuisuudessa, sitä masentuneempia tutkittavat olivat 42 -vuotiaana.
Tamperelaisien nuorten ja nuorten aikuisten koettu terveys vuosin 1990 - 2005. Luoto, Paronen, & Andersson, 2008.	Aineistoa kerättiin kuudella postikyselyllä vuosina 1990 - 2005.	Viimeinen postikysely tehtiin vuonna 2005 ja tähän samaan aineistoon yhdistettiin aikaisemmat postikyselyt ja näin ollen yhdistetyn aineiston kokonaismääräksi tuli lopulta 4810 (N=4810) henkilöä.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 15 - 34-vuotiaiden tamperelaisien koetun terveyden muutoksia ja näiden muutoksien yhteyttä taustatekijöihin vuosina 1990 - 2005.	Poikkileikkaustutkimus, jossa muun muassa ristiintaulukoitettiin sukupuolten välisiä eroja.	Nuorten miesten koettu terveys huonontui 2000-luvulle tultaessa. Nuorilla naisilla tilanne myös heikkeni koetun terveyden osalta. Huonoa tai kohtalaista terveyttä työttömyyden lisäksi selittivät alhainen koulutus sekä pitkäaikais-sairastavuus.
Pitkäaikaisyöttömien ammatillinen kuntoutuminen. Riipinen, 2004.	Ortonin työklonikalla toteutettiin kuntoutusprojekti vuosien 1996 - 1997. Mukaan tutkimukseen otettiin 30 - 50 -vuotiaita kuntoutujia.	Osallistujia tutkimuksessa oli 89 (N=89) henkilöä.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vajaakuntoisten pitkäaikaisyöttömien kuntoutamisen tuloksellisuutta.	Pitkäaikaisyöttömät ohjattiin Helsingin töidenjärjestelyyksikköön, osa pääsi työkokeiluun, osa lääketieteellisiin tutkimuksiin ja osa ammatilliseen kuntoutukseen.	Tuloksista käy ilmi, että psyykkisellä hyvinvoinnilla oli yhteyttä työllistymiseen, motivaatioon sekä työhistorian laatuun. Vahvasti motivoituneet työllistyivät todennäköisemmin kuin heikommin motivoituneet.

Julkaisija ja vuosi	Otanta	Vastaajien määrä	Tavoitteet	Menetelmä	Päätelmät
Keski-ikäisten miesten työkyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Onko fyysisellä kunnolla ja liikuntaharrastuksella merkitystä? Sörensen, Pekkonen, Smolander & Alen 2009.	Kohderyhmänä olivat keski-ikäiset miehet ja tutkimukseen osallistujat valikoituivat ASLAK -kuntoutuksesta. Otoksia oli kaksi.	Ensimmäisessä otoksessa oli 196 (N=196) ja toisessa otannassa oli 104 (N=104) mieskuntoutujaa.	Tavoitteena oli saada selville onko keski-ikäisten miesten koettulla työkyvyllä ja terveyteen liittyvällä elämänlaadulla yhteyttä fyysiseen kuntoon ja aktiivisuuteen.	Tutkimuksessa käytettiin apuna Työterveyslaitoksen kehittämää työkykymittaria sekä RAND-36 elämänlaatumittaria.	Tarmokkuus ja psyykinen hyvinvointi lisääntyivät iän myötä. Yhteyksiä oli myös koetun työkyvyn sekä terveyteen liittyvän elämänlaadun välillä. Nämä kaksi voivat vaikuttaa toisiinsa heikentävästi tai vahvistavasti.
Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. Aarva & Pasanen, 2005.	Otos oli tehty puhelinhaastatteluna ja tulokset perustuvat 15-74 -vuotiaaseen väestöön.	Puhelinhaastatteluihin vastasi 782 (N=782) henkilöä.	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, minkälaiset asiat olivat suomalaisten mielestä sairastavuuden syinä tai terveysuhkina vuonna 2002. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin oliko terveellisyyttä koskeva mielipideilmasto muuttunut vuodesta 1994 vuoteen 2002.	Menetelmänä käytettiin puhelinhaastattelua.	Tuloksista kävi ilmi, että vuonna 2002 ihmiset pitivät kiireistä elämänrytmiä suurempana uhkana terveydelle kuin esimerkiksi työttömyyttä, joka taas oli ollut suurempana uhkana terveydelle vuonna 1994. Epäterveelliset elintavat nähtiin suurimpana uhkana terveydelle molempina vuosina.

Julkaisija ja vuosi	Otanta	Vastaajien määrä	Tavoitteet	Menetelmä	Päätelmät
Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1970 - 2002. Rahkonen, Tala, Laaksonen, Lahelma, Prättälä & Uutela, 2004.	15 – 64 -vuotiaat Suomen kansalaiset.	Postikysely 5000 hengelle satunnaisotoksella.	Tavoitteen oli tarkastella suomalaisten koetun terveyden kehittymistä.	Terveyshäiriö- ja sairauksien kysely postikyselynä.	Yli 20 vuoden aikana miesten ja naisten koettu terveys oli kohonut. Työttömyyden terveydentila huononi laman jälkeen, kun laman aikana se oli parantunut.
Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehyksessä. Koskinen, Talo, Hokkinen, Paltamaa & Musikka-Siirtola, 2009.	Neljä elämänlaatumittaria; RAND-36, 15D, EuroQol ja WHOQOL-BREF.		Tavoitteena oli toimintakyvyn arvioimisen ja mittaamisen sekä terminologian yhdenmukaistamisen parantaminen suomalaisessa TOIMIA-asiantuntijaverkostossa.	Elämänlaatumittarit linkitettiin ICF - käsitteisiin.	Tasaisimmin toimintakyvyn eri osa-alueet kattoi WHOQOL-BREF. WHOQOL-BREF ja RAND-36 mittareiden vahvuuksia olivat elämänlaadun eri osa-alueiden arvioiminen erikseen sekoittamatta arviointiasteikoihin muita käsitteitä.

Marraskuu – joulukuu 2008: Opinnäytetyön aiheen ja idean työstäminen, teorian ja lähteiden valinta ja keruu

Tammikuu 2009: Opinnäytetyön aiheen vahvistaminen. Teorian ja aiheen jakamista. Sisällysluettelon hahmottaminen. Kansilehti ja avainsanat.

Maaliskuu - toukokuu 2009: Teoriat, aikaisemmat tutkimukset, ideaseminaarin valmistelu

Toukokuu/ 28.5.2009: Ideaseminaari.

Kesäkuu- elokuu 2009: Tutkimussuunnitelman teko ja teorian kirjoittaminen.

Elokuu 2009: Kuntoutussäätiön koulutus arviointimittareista, mm. RAND - 36

Syyskuu 2009: RAND – 36 mittarin käyttöönotto terveydenhoitajan ja fysioterapeutin toimesta.

Lokakuu 2009: Tutkimussuunnitelmaseminaari, tutkimuslupien hakeminen.

Marraskuu 2009 – helmikuu 2010: Teorian täsmentäminen, ensimmäisten RAND – 36 kyselyiden työstäminen.

Helmikuu 2010: Tutkimusotoksen valinta ja tutkimusjoukon haastattelu sekä RAND – 36 uusinta kyselyt.

Maaliskuu - huhtikuu 2010: Tutkimustulosten analysointi, pohdinta ja työn loppuun saattaminen

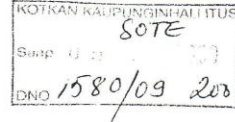
Huhtikuu 2010: Tutkimuksen päättöseminaari 3.5.2010

Toukokuu 2010: Tutkimustulosten julkaiseminen 10.5.2010 Kotkan työ- ja elinkeinotoimiston sekä Kotkan työllisyysyksikön virkailijoille. Artikkelin Ankkuriin.



KOTKAN KAUPUNKI  
Hyvinvointipalvelut  
PL 205 (Kustaankatu 2) 48101 KOTKA  
puh. (05) 234 51 [www.kotka.fi](http://www.kotka.fi)



R J-K



1 (1)

<b>TUTKIMUSLUPAHAKEMUS</b> <b>Tieteellinen tutkimus tai opinnäytetyö</b>	
<b>1</b>	<b>Tutkimuksen nimi</b>  KADONNUTTA ELÄMÄNLAATUA ETSIMÄSSÄ? Tutkimus fysioterapeutin ja terveydenhoitajan palveluiden merkityksestä kotkalaisten työttömien elämänlaatuun.
<b>2</b>	<b>Tutkimuksesta vastaava tutkija/tutkijat, tutkijaryhmä, tutkimusorganisaatio</b>  Nina Ropponen ja Nina Saarelainen Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, terveysala / terveyden edistämisen koulutusohjelma
<b>3</b>	<b>Tutkimuksen suorittajat ja tutkimuksen suorituspaikka</b> (nimi, virka/työ, virka-/työpaikka, yhteystiedot) a) tutkimuksen vastuullinen johtaja tai tutkimuksesta vastaava ryhmä  Kauronen Marja-Leena, yliopettaja, KYAMK Sosiaali – ja terveysala, Takojantie 1, 48220 Kotka, p.044 702 8441, <a href="mailto:marja-leena.kauronen@kyamk.fi">marja-leena.kauronen@kyamk.fi</a>  b) opinnäytetyön ohjaaja  Dufva Hilikka, yliopettaja, KYAMK Sosiaali – ja terveysala, Takojantie 1, 48220 Kotka p. 044 702 8711, <a href="mailto:hilikka.dufva@kyamk.fi">hilikka.dufva@kyamk.fi</a>  Johannala-Kemppainen Riitta, terveysjohtaja, Kotkan kaupunki, p. 040 721 5014, <a href="mailto:riitta.johannala-kemppainen@kotka.fi">riitta.johannala-kemppainen@kotka.fi</a>  c) tutkijat, joille lupaa haetaan  Nina Ropponen, erikoistyövoimaneuvoja, Kotkan työ – ja elinkeinotoimisto. Opiskelija KYAMK, terveysala _____, <a href="mailto:nina.ropponen@student.kyamk.fi">nina.ropponen@student.kyamk.fi</a>  Nina Saarelainen, opiskelija, KYAMK, terveysala _____, <a href="mailto:nina.saarelainen@student.kyamk.fi">nina.saarelainen@student.kyamk.fi</a>  d) tutkimuspaikka ja osoite  Kotkan kaupungin työllisyysyksikkö, Vuorikatu 5 C, 48100 Kotka.
<b>4</b>	<b>Yhdyshenkilö</b> (nimi, osoite, yhteystiedot)  Nina Ropponen, <a href="mailto:nina.ropponen@student.kyamk.fi">nina.ropponen@student.kyamk.fi</a>  Nina Saarelainen, _____ <a href="mailto:nina.saarelainen@student.kyamk.fi">nina.saarelainen@student.kyamk.fi</a>

13	<b>Tutkimuksen mahdollinen ulkopuolinen rahoitus</b>
	Ei ole.
14	<b>Tutkimustulosten hyödyntäminen (julkaiseminen ym.)</b>
	Tutkimuksesta merkityksellisen tekee se, että terveydenhoitaja ja fysioterapeutti saavat tutkimuksen jälkeen tietoa työnsä vaikuttavuudesta. Tarkoituksena on, että myös haastateltavat havahtuvat oman elämänlaatunsa äärelle ja terveyden edistämisen näkökulmasta ymmärtävät hakeutua ajoissa hoitoon tai kuntoutukseen. Työn avulla on tarkoituksena perustella myös terveydenhoitajan ja fysioterapeutin työn vaikuttavuutta osana palveluiden juurruttamissuunnitelmaa perusterveyshuoltoon. Tutkimus tarjoaa tietoa myös muille työttömien parissa toimiville ammattiryhmille.
15	<b>Sitoumukset</b>
	Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus eikä luovuta saamiani salassa pidettäviä henkilötietoja sivulliselle.
	Päiväys Allekirjoitus <u>Nina Ropponen</u>
	<u>2.11.2009</u> Nimen selvennys <u>Nina Ropponen</u>
	Päiväys Allekirjoitus <u>Nina Saarelainen</u>
	<u>2.11.2009</u> Nimen selvennys <u>Nina Saarelainen</u>
	Päiväys Allekirjoitus _____
	_____ Nimen selvennys _____
	Päiväys Allekirjoitus _____
	_____ Nimen selvennys _____
	Päiväys Allekirjoitus _____
	_____ Nimen selvennys _____
16	<b>Liitteet</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tutkimusta varten myönnetyt muut luvat <input type="checkbox"/> Luonnos rekisteriselosteeksi <input checked="" type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöille annettavasta yhteydenotto- ja informointikirjeestä <input type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöitä pyydettävästä suostumuksesta <input checked="" type="checkbox"/> Muut liitteet: aikataulu
17	<b>Päiväys, hakijan allekirjoitus ja osoite</b>
	Päiväys Allekirjoitus <u>Nina Ropponen</u> <u>Nina Saarelainen</u> <u>2.11.2009</u> Osoite

18	<b>Päiväys ja vastaavan ohjaajan allekirjoitus</b>	5 (5)
	Päiväys <u>3.11.2009</u>	Allekirjoitus <u></u>
		Nimen selvennys <u>HILKKA DUOVA</u>
19	<b>Tutkimuslupahakemus toimitetaan osoitteeseen</b>	
	Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut Kirjaamo PL 205, 48101 KOTKA	
20	<b>Hyvinvointipalvelujen tehtäväalueen johtoryhmän lausunto</b>	
	Kokouspäivä ja asianumero:	
21	<b>Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös</b>	
	Päiväys <u>23.10.2009</u>	<u></u>
	Viranhaltijan allekirjoitus	Tauno Telaranta Palvelujohtaja Hyvinvointipalvelut Kotkan kaupunki
	Nimensevennys	
	Tehtävänimike	

Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut  
PL 205 (Kustaankatu2), 48101 KOTKA  
puh. (05) 234 51, faksi (05) 234 5226  
[kirjaamo@kotka.fi](mailto:kirjaamo@kotka.fi)  
[www.kotka.fi](http://www.kotka.fi)



**KOTKAN TYÖ – JA ELINKEINOTOIMISTO**  
**Johtaja Jari Saarinen**  
**Laivurinkatu 3 B**  
**48100 KOTKA**

2.11.2009

<b>TUTKIMUSLUPAHAKEMUS</b> <b>Tieteellinen tutkimus tai opinnäytetyö</b>	
<b>1</b>	<b>Tutkimuksen nimi</b>  KADONNUTTA ELÄMÄNLAATUA ETSIMÄSSÄ? Tutkimus fysioterapeutin ja terveydenhoitajan palveluiden merkityksestä kotkalaisten työttömien elämänlaatuun.
<b>2</b>	<b>Tutkimuksesta vastaava tutkija/tutkijat, tutkijaryhmä, tutkimusorganisaatio</b>  Nina Ropponen ja Nina Saarelainen Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, terveysala / terveyden edistämisen koulutusohjelma
<b>3</b>	<b>Tutkimuksen suorittajat ja tutkimuksen suorituspaikka</b> (nimi, virka/työ, virka-/työpaikka, yhteystiedot) a) tutkimuksen vastuullinen johtaja tai tutkimuksesta vastaava ryhmä  Kauronen Marja-Leena, yliopettaja, KYAMK Sosiaali – ja terveysala, Takojantie 1, 48220 Kotka, p.044 702 8441, <a href="mailto:marja-leena.kauronen@kyamk.fi">marja-leena.kauronen@kyamk.fi</a>  b) opinnäytetyön ohjaaja  Dufva Hilikka, yliopettaja, KYAMK Sosiaali – ja terveysala, Takojantie 1, 48220 Kotka p. 044 702 8711, <a href="mailto:hilikka.dufva@kyamk.fi">hilikka.dufva@kyamk.fi</a>  Johannala-Kemppainen Riitta, terveysjohtaja, Kotkan kaupunki, p. 040 721 5014, <a href="mailto:riitta.johannala-kemppainen@kotka.fi">riitta.johannala-kemppainen@kotka.fi</a>  c) tutkijat, joille lupaa haetaan  Nina Ropponen, erikoistyövoimaneuvoja, Kotkan työ –ja elinkeinotoimisto. Opiskelija KYAMK, terveysala. <a href="mailto:nina.ropponen@student.kyamk.fi">nina.ropponen@student.kyamk.fi</a>  Nina Saarelainen, opiskelija, KYAMK, terveysala <a href="mailto:nina.saarelainen@student.kyamk.fi">nina.saarelainen@student.kyamk.fi</a>  d) tutkimuspaikka ja osoite  Kotkan kaupungin työllisyysyksikkö, Vuorikatu 5 C, 48100 Kotka.
<b>4</b>	<b>Yhdyshenkilö</b> (nimi, osoite, yhteystiedot)  Nina Ropponen, _____

	Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____
16	<b>Liitteet</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tutkimusta varten myönnetyt muut luvat <input type="checkbox"/> Luonnos rekisteriselosteeksi <input type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilölle annettavasta yhteydenotto- ja informointikirjeestä <input type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöiltä pyydettävästä suostumuksesta <input type="checkbox"/> Muut liitteet
17	<b>Päiväys, hakijan allekirjoitus ja osoite</b> Päiväys _____ Allekirjoitus <u>Uma Roppanen</u> <u>Mirja Saar</u> <u>Lotta</u> _____ Osoite _____ <u>2.11.2009</u>
18	<b>Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös</b> Päiväys _____ <u>3.11.09</u> _____ Viranhaltijan allekirjoitus _____ <u>[Signature]</u> _____ Nimenselvennys _____ <u>Jari Saari</u> _____ Tehtävänimike _____ <u>Johtaja</u> _____