

Saara Törhönen

REUMAPOTILAAN KUNTOUTUKSEN VAIKUTUKSET  
TOIMINTAKYKYYN

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2013

## REUMAPOTILAAN KUNTOTUKSEN VAIKUTUKSET TOIMINTAKYKYYN

Törhönen, Saara  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Maaliskuu 2013  
Santamäki, Kirsti  
Sivumäärä: 52  
Liitteitä: 3

Asiasanat: reuma, nivelreuma, toimintakyky, kuntoutus

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Rauman Reumayhdistyksen jäsenten kokemuksia kuntoutuksesta ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn. Tarkoituksena oli myös selvittää Rauman Reumayhdistyksen jäsenten toiveita yhdistyksen toiminnan suhteen. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Reumayhdistyksen käyttöön sekä yhdistyksen jäsenille.

Tutkimusaineiston keräämisessä käytettiin tätä tutkimusta varten laadittua kyselylomaketta, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen kohdejoukkoa olivat Rauman Reumayhdistyksen jäsenet (N=50). Tutkimukseen osallistujat valittiin satunnaisesti nimen mukaan aakkosjärjestyksessä. Taustatietoihin vastanneita oli 27 ja muihin kysymyksiin vastanneita 25. Kvantitatiivisen aineisto analysoitiin tilastollisesti. Tulokset esitettiin sanallisesti ja kaavioiden avulla. Kvalitatiivisen aineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysia ja tulokset esitettiin yhteenvetoina ja suorina lainauksina.

76 % vastaajista koki sairauden vaikuttaneen elämäänsä tai alentaneen toimintakykyä. Toimintakykyyn vaikuttaneita tekijöitä olivat kivut ja jäykkyys. Lääkehoidosta koettiin olleen apua jonkin verran. Apuvälineitä vastaajilla oli käytössään päivittäin tai tarvittaessa. Suurin osa vastaajista harjoitti jotakin omaehtoista kuntoa voimien salliessa sekä olivat osallistuneet laitospääntöjaksoille. Muutamat vastaajat osallistuivat myös Rauman Reumayhdistyksen järjestämiin liikuntatilaisuuksiin.

Suurimmaksi ongelmaksi vastaajat kokivat tiedon puutteen. He kaipasivat lisää tietoa kuntoutusmahdollisuuksista, lääkärinvastaanotolle helpommin pääsyä sekä kuntoutussuunnitelman laadintaa yhdessä moni ammatillisen henkilöstön kanssa. Rauman reumayhdistyksen toimintaan oltiin tyytyväisiä, mutta kauempana asuvat kaipasivat toimintaa myös omalle asuinalueelleen.

Tämän tutkimuksen perusteella jatkotutkimusaiheina voisi olla tiedon saanti, palveluiden tarjonta sekä kuntoutussuunnitelman käyttö muilla paikkakunnilla. Tutkimuksia reumapotilaille on tehty hyvin vähän. Hoidon vaikuttavuuden tutkiminen, esimerkiksi lääkehoidon suhteen kiinnostaisi. Mielenkiintoinen olisi myös tutkimus laitospääntöjaksoihin osallistuvien jaksojen hyödyllisyydestä ja niiden kehittämistarpeista sekä eri paikkakunnilla järjestettyjen kuntoutusjaksojen välisistä eroista.

## REHABILITATION TO IMPROVE FUNCTIONAL ABILITY IN RHEUMATIC DISEASES

Törhönen, Saara

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

March 2013

Supervisor: Santamäki, Kirsti

Number of pages: 52

Appendices: 3

Keywords: rheumatism, rheumatoid arthritis, ability to function, rehabilitation

---

The purpose of this thesis was to examine the overall experiences the members of Rauma Rheumatism Association have of rehabilitation and to establish their perceptions of its role in maintaining and restoring an individual's ability to function. The other aim was to collect members' ideas on how to enhance the operation and activities of the association. The information collected with this study can be used by the association and its members.

Study material was collected with a questionnaire, which was tailor-made for this study. The questionnaire, consisting of both structured and open-ended questions, was sent to a selected group of association's members (N=50), who were chosen using a so called random sampling system. Altogether 27 respondents filled in and returned the background information forms and, 25 of them answered also the other questionnaire questions. The quantitative data were analyzed statistically and the results were illustrated both verbally and by using diagrams. The qualitative material was analyzed with content analysis, whereafter the results were summarized or presented as direct quotations.

The majority of the respondents, 76%, reported that their condition had either had a negative effect on their lives or considerably decreased their ability to function. The factors that had contributed to the loss of functionality the most were pains and rigidity. The control of the disease with pharmaceutical therapeutic forms had proven to be a somewhat effective way to control pain and to improve activities. For the alleviation of muscular weakness, pain and instability the respondents had either used a variety of auxiliary aids daily or when required. Most of the participants had followed an exercise regime on their own when their condition had allowed and had also undertaken exercise training in rehabilitation programs. Moreover, a few respondents had participated in fitness and sports activities arranged by the Rauma Rheumatism Association.

The lack of knowledge was considered the biggest problem. The respondents wished to have more information on rehabilitation opportunities, easier access to see a physician and an opportunity to draw up their rehabilitation plan together with a multi professional staff. Participants were mainly satisfied with the association's operation, however, those living in the outskirts of Rauma, wished to be able to participate in the activities in their own area.

Based on these findings, further studies on information flow, availability of services and implementation of rehabilitative programs in other cities are suggested. In all,

very few studies have been conducted on patients with rheumatic conditions. Therefore, a study with more focus on the efficiency of a specific treatment, e.g. pharmaceutical treatment, is recommended. Similarly, studies determining patients' perceptions on the overall beneficence of rehabilitation programs and their development needs, as well as the differences between various rehabilitation programs in the area could yield useful information.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	REUMA.....	7
2.1	Nivelreuma.....	8
2.2	Reuman toteaminen ja reumaan liittyvät muutokset.....	9
2.3	Reuman hoito .....	11
2.3.1	Lääkehoito .....	11
2.3.2	Kivunhoito.....	14
2.3.3	Apuvälineet .....	15
2.3.4	Ruokavalio .....	16
2.3.5	Hygienia ja jalkaterapia.....	17
2.3.6	Omahoito ja kuntoutus .....	18
3	TOIMINTAKYKY JA KUNTOUTUS .....	18
3.1	Toimintakyky .....	18
3.2	Kuntoutus .....	20
3.3	Kuntoutustarpeen arviointi.....	21
3.4	Kuntoutussuunnitelma .....	22
3.4	Kuntoutuksen osa-alueet.....	23
3.5	Laitoskuntoutus .....	25
3.6	Omaehtoinen kuntoutus .....	26
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	27
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	28
5.1	Kyselylomakkeen laadinta .....	29
5.2	Aineiston keruu.....	29
5.3	Tutkimuksen käsittely ja analysointi .....	30
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	31
6.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	31
6.2	Reumapotilaan toimintakyky itsensä arvioimana .....	34
6.3	Reumapotilaan omaehtoinen ja organisoitu kuntoutus .....	37
6.4	Kuntoutuksen tulokset ja odotukset .....	41
6.5	Toiveet Reumayhdistyksen toiminnan suhteen .....	43
7	POHDINTA.....	43
7.1	Tulosten tarkastelu .....	44
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	46
7.3	Opinnäytetyön eettisyys .....	47
7.4	Jatkotutkimushaasteet .....	49
	LÄHTEET .....	50
	LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on, reumapotilaan kuntoutuksen vaikutukset toimintakykyyn. Reuma on monimuotoinen ja yleinen sairaus ja siitä ei ole tutkimuksia riittävästi. Tutkimusten mukaan, kuntoutustarvetta ja halua kuntoutukseen on enemmän kuin sitä on saatavilla. Myös tieto ja taito hakea kuntoutuspalveluita koetaan vaikeaksi. Reumasairauksien merkitys yhteiskunnassa kytkeytyy sairauden yleisyyteen ja niiden krooniseen sekä etenevään luonteeseen. Reumasairaudet vaativat pitkäaikaista hoitoa, mutta siitä huolimatta ne saattavat aiheuttaa nivelten tai muiden kudosten vauriota, joka johtaa toimintakyvyn ja työkyvyn heikkenemiseen. Reuma aiheuttaa huomattavia kustannuksia sairastuneelle, hänen läheisilleen ja yhteiskunnalle. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat kokonaisuudessaan viidenneksen suomalaisten toimintakyvyttömyydestä ja avuntarpeesta. (Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkarainen & Kyngäs 2007, 17-18.) Reumasairauksiin kuuluu monia eri tyyppisiä, tässä työssä keskitytään reumaan yleisellä tasolla ja paremmin avaan vain nivelreumaa sairautena.

Opinnäytteestä tekee mielenkiintoisen myös se näkökulma, jota on tutkittu muun muassa väitöskirjassa: ”Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä”. Väitöskirjan tulosten mukaan kuntoutusjärjestelmän hallinta on rakentunut vuosikymmenien aikana monimutkaiseksi kokonaisuudeksi, jossa on erotettavissa erilaisia valta-asemia. Alun perin sosiaaliministeriön hallinnoima kuntoutuksen kokonaisuus muodostui järjestelmäksi, jossa laitospäiväisen kokonaisuuden hallintaa toteutettiin ministeriön rinnalla. Kuntoutusjärjestelmän uudistamisessa näyttivät painottuvan tietyt osa-alueet. Kuntoutuksen kokonaisuuteen on liitetty erilaisia ongelmia, esimerkkinä osajärjestelmien välisen vastuunjaon epäselvyydet. Kuntoutusta pyrittiinkin kehittämään neljästä eri näkökulmasta, joissa kussakin oli erilaisia ongelmia ja ratkaisumalleja. Monitahoiseen hallintaan liittyy tilanne, jossa kansalaisten oikeudet kuntoutusetuuksiin määräytyvät eri tavoilla. Lainsäädäntö antoi puitteet, mutta tarkat oikeudet määriteltiin hallinnon tai ammattilaisen toimesta. Tutkimustulokset osoittivat

kuntoutusjärjestelmän osien erillisyyttä suhteessa toisiinsa. Näyttää siltä, että yksittäisten osien muutoksella on vaikeaa voittaa tässä järjestelmässä esiintyviä ongelmia. (Miettinen. 2011, 6-7, 62-63.)

Tutkimus on tehty yhteistyössä Rauman Reumayhdistyksen kanssa. Tutkimuksen tekijä otti yhteyttä Rauman Reumayhdistyksen puheenjohtajaan (Komaro) ja heillä oli kiinnostusta tutkimusaiheesta. Reumayhdistyksen toiveet on huomioitu työssä.

## 2 REUMA

Kansainväliseen lääketieteelliseen määritelmään reumasta sisältyvät tuki- ja liikuntaelimestön toiminnan häiriöt ja sairaustilat. Reuma voidaan jakaa tulehduksellisiin ja ei-tulehduksellisiin reumasairauksiin. Myös reuma voidaan jaotella kolmeen ryhmään, eli tulehduksellisiin, degeneratiivisiin ja pehmytkudosten reumasairauksiin. Tulehduksellisiin reumasairauksiin kuuluu esimerkiksi nivelreuma. Degeneratiivinen tarkoittaa rappeutumiseen liittyvää sairautta, useimmin ongelmat liittyvät ikääntymiseen, joista esimerkkinä nivelrikko. Fibromyalgia on merkittävin pehmytkudossairaus. Reumasairaudet eroavat vaikutuksiltaan ja oireiltaan sekä niiden aiheuttama hoidon tarve vaihtelee. Pahimmillaan ne voivat olla vaikeita ja invalidisoivia. (Martio ym. 2007, 9.)

Useimpien reumasairauksien syy on avoin. Reuma luetaan niin sanotuksi autoimmunitulehdukseksi, jossa elimistön immunologinen puolustus on suuntautunut väärin omaa kudosta vastaan (Suomen Reumaliitto ry, 19). Riskitekijät tunnetaan melko huonosti, mutta jotkin tekijät ovat osoittautuneet todennäköisiksi syiksi. Joskus nivel-tulehduksen voi aiheuttaa virus tai bakteeri, mutta tällöinkin puhutaan sen olevan laukaiseva tekijä geneettisesti eli perinnöllisesti alttiille henkilölle. Reumasairaudet ovat yleisempiä naisilla, koska hormonaalisilla tekijöillä on nähty olevan merkitystä sairastumiseen ja taudinkulkuun. Etenkin raskauden jälkeen tai vaihdevuosien aikaan riski sairastua nousee. Riskitekijöihin kuuluu myös tupakointi, vähäinen liikunta, lii-

kapainoisuus, tapaturmat ja työn kuormittavuus. Kuormittavuudella tarkoitetaan liikuntaelinten liian voimakasta, toistuvaa tai yksipuolista käyttöä. (Martio ym. 2007, 10, 12, 15-17.)

Terveet elintavat ehkäisevät sairastumista ja säännöllinen liikunta edistää tuki- ja liikuntaelimestön toimintakykyä. Terveellisiin elintapoihin kuuluu myös tupakoimattomuus, tapaturmien välttäminen, normaalipainoisuus ja hyvä ergonomia. Ergonomialla on merkitystä tuki- ja liikuntaelinten vaivojen syntyyn. Ergonomia määritellään Suomessa kitkan poistamiseksi työn ja työntekijän väliltä, kansainvälisesti se määritetään koskemaan myös vapaa-aikaa, terveyttä ja turvallisuutta. (Martio ym. 2007, 17; Niittymäki & Sandholm 2012.)

## 2.1 Nivelreuma

Nivelreuma on pitkäaikainen, tulehduksellinen autoimmuuni nivelsairaus, joka aiheuttaa nivelten tulehdusreaktion. Tulehdus johtaa nivelten turvotukseen, kipuun ja jäykkyyteen. Edennyt nivelreuma voi aiheuttaa nivelten vaurioitumista, virheasentoja ja toiminnanvajavuuksia. Nivelreumasta puhutaankin yleissairautena, koska se heikentää suorituskykyä ja henkinen energia vähenee. Nivelreuman aiheuttajaa ei tunneta. Nivelreuman tyypillinen alkamisikä on 40-60 -vuotta. (Martio ym. 2007, 323; Leirisalo-Repo, Hämäläinen & Moilanen 2002, 152.)

Oireet syntyvät solujen hyökätessä nivelten nivelkalvoja vastaan. Alkuvaiheessa voi esiintyä väsymystä, lihassärkyä, lievää lämpöä, ruokahaluttomuutta, laihtumista ja nivelten jäykkyyttä sekä arkuutta. Myöhemmässä vaiheessa kehittyy nivelten turvotus ja kipu. Vaivat ovat aamulla, levon jälkeen, pahimmillaan. Nivelreumalle on tyypillistä symmetrinen moniniveltulehdus eli sama nivel tulehtuu kummassakin raajassa. Nivelrusto hajoaa ja korvautuu sidekudoksella, tästä johtuu nivelten liikerajoitukset. Tauti on välillä rauhallinen ja välillä aggressiivinen. (Hakala, 2007.)



## 2.2 Reuman toteaminen ja reumaan liittyvät muutokset

Nivelreuman määrittämisessä voidaan käyttää seitsemää eri kriteeriä:

1. Yli tunnin kestävä aamujäykkyys nivelissä
2. Kolmen tai useamman nivelen tulehdustila
3. Käden nivelten tulehdus
4. Symmetrinen niveltulehdus
5. Reumakyhmyt
6. Positiivinen reumatekijä ja
7. Röntgenologiset muutokset. (Helve. 2010.)

Reumasairauksissa laboratoriokokeiden tulokset eivät ole keskeinen diagnostinen menetelmä, vaan haastattelun ja lääkärin tutkimuksen jälkeen, kokeet voivat vahvistaa diagnoosin. Helveen (2010) mukaan reumatautiin diagnoosi perustuu yleensä oireiden, kliinisten löydösten sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten yhdistelmään. Koska useimpien reumasairauksien syy on tuntematon, ei ole olemassa yksittäistä laboratoriokoetta, joka aina on positiivinen kyseistä tautia sairastavilla ja aina negatiivinen niillä, joilla tautia ei ole. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 153; Helve. 2010.)

Nivelreuman oletetaan syntyvän perinnöllisen taipumuksen omaaville henkilöille, kun ulkoisen tai sisäisen tekijän aiheuttama immuunivaste kroonistuu. Syntyvä T-lymfosyytti (=imusolu) – makrofagivaltainen (=syöjäsoluja) krooninen nivelkalvon tulehdus johtaa tulehduksellisen nivelnesteen ja proliferatiivisen (lisäkasvua aiheuttavan) fibroblasti (=epäkypsä tai aktiivivaiheessa oleva sidekudossolu) - makrofagi-voittoisen nivelkalvoa vuoraavan tulehtuneen eritekalvon (=pannuskudos) syntyyn. Tulehdukseen liittyy kliinisiä oireita, kuten esimerkiksi kuumotusta ja liike- sekä painoarkuutta. Pannusmuodostus tuhoaa nivelrustoa ja luuta, jolloin syntyy eroosiota sekä pysyviä nivelvaurioita. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 52.)

Nivelarkuus ja nivelkipu ovat potilaalle etenkin taudin alkuvaiheessa tärkein toimintaa ja elämänlaatua häiritsevä tekijä. Nivelkalvolla on runsaasti ”kipuhermoja” ja tulehduksessa nämä hermot herkistyvät paikallisesti syntyvien tulehduksen välittäjäaineiden välityksellä. Herkistyminen tarkoittaa sitä, että hermon ärsytyskynnys laskee ja hiljaiset hermot alkavat toimia. Tämän vuoksi syntyy paino- ja liikearkuutta sekä

hermoissa alkaa esiintyä spontaania aktiivisuutta. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 60.) Nivelten tulehdustiloja hoidetaan kipulääkityksellä ja glukokortikoideilla. Kortisonivalmisteilla voidaan nopeimmin lievittää tulehdusta ja sen oireita. Jos tulehdus saadaan rauhoitettua, lievittyy heti myös sen aiheuttama kipu ja jäykkyys. (Martio ym. 2007, 22.)

Nivelreuma saattaa muuttaa nivelten ulkonäköä eli nivelet muuttuvat kyhmyisiksi. Tällöin on yleensä kysymys, joko vähitellen kehittyneen nivelrikon aiheuttamista luukyhmyistä tai nivelvoidekalvon eli synoviakalvon pullistumisesta tyräpussien tavoin. Varsinaiset reumakyhmyt ovat ihonalaiseen kudokseen kehittyviä kiinteitä kyhmyjä, joiden läpimitta vaihtelee muutamasta millimetristä useaan senttimetriin. Kyhmyyn voi liittyä nestepussi, jolloin kyhmy saattaa kasvaa kananmunan kokoiseksi. Reumakyhmyt ovat reumaattista tulehdukudosta, joten tutkimalla kyhmyä mikroskooppisesti voi joissakin tapauksissa näytteenotto auttaa potilaan sairauden määrittelyssä. (Somerma, 2007.)

Reumakyhmyjä todetaan joka viidennellä nivelreumaa sairastavalla. Reumakyhmyjä esiintyy melkein poikkeuksetta vain reumatekijäpositiivisen nivelreuman yhteydessä. Kyhmyjä voi olla kyynärpäähän seudussa, kyynärvarren ojentajapuolella, käsissä, korvissa, polvissa, takaraivossa tai ristiselän ja pakaroiden seudussa. Edellä mainitut alueet, joissa kyhmyjä esiintyy, ovat tavallista alttiimpia vammoille ja hankaumille. Ihon ja luun välissä ei yleensä ole muita kudoksia, joten iho rikkoutuu helposti. Näitä alueita kannattaa suojata, koska olosuhteet paranemiselle ovat huonot. Hankalissa paikoissa olevat kyhmyt kannattaa poistaa kirurgisesti. Muita apukeinoja kyhmyjen poistoon ei ole, mutta hyvä nivelreuman peruslääkehoito yleensä estää kyhmyjen muodostusta. (Somerma, 2007.)

Reumatekijä on tunnetuin reumatautien diagnostiikassa käytetty laboratoriotest. Se on positiivinen kahdella kolmasosalla nivelreumaa sairastavista. Reumatekijää ei ole syytä määrittää, ellei samalla ole nivelreumaan sopivia kliinisiä löydöksiä, esimerkiksi tulehtuneita niveliä. Osalla niistä nivelreumapotilasta, joilla ei ole reumatekijää veressä, voidaan todeta sitrulliinvasta-aineita, joita voidaan käyttää apuna nivelreuman diagnostiikassa. (Helve. 2010.)

Yksittäisten reumasairauksien kohdalla on kuitenkin todettu olevan laboratoriotestien keskeisempi merkitys. Tällaisia sairauksia ovat kihti, hemokromatoosi ja bakteerien sekä virusten aiheuttamat niveltulehdukset. Laboratoriotestejä voi käyttää lähinnä diagnoosipäilyn vahvistamiseen, mutta diagnoosia ei voida perustaa vain laboratoriotestien tuloksiin. (Helve. 2010.)

Pitkään kestänyt nivelreuma johtaa ruston, luun ja nivelsiteiden syöpymiseen sekä nivelten toiminnan rajoitukseen, jonka lopputuloksena on jäykistynyt nivel tai instabiiliksi tuhoutunut nivel. Käden nivelet tuhoutuvat nivelreumassa lähes aina ja siksi se onkin yksi nivelreuman luokittelukriteereistä. Taudin alussa todetaan pehmeää, aristavaa ja sukkulamaista turvotusta sormien nivelissä ja ranteissa. Usein turvotus on symmetristä kummassakin kädessä. Kun tauti etenee, nivelsiteet repeytyvät ja käteen syntyy virheasentoja. Virheasennot ja nivelten tulehdukset ovat nivelreumassa mahdollisia jokaisessa nivelessä, niin jaloissa kuin kaularangassakin. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 154-155.)

## 2.3 Reuman hoito

### 2.3.1 Lääkehoito

Reumasairauksien lääkehoidolla pyritään pysäyttämään sairauden kulku tai hidastamaan sen etenemistä. Peruslääkehoito lievittää tulehduksellisen reumasairauden aiheuttamia oireita, kuten nivelturvotuksia. Lääkehoito myös ylläpitää toimintakykyä sekä estää nivelvaurioiden kehittymistä. Aktiivisella ja aikaisessa vaiheessa aloitetulla lääkehoidolla ja peruslääkkeiden yhdistelmähoidolla sekä biologisilla reumalääkkeillä voidaan hidastaa nivelvaurioiden kehittymistä ja vähentää sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. Elämänlaadun ylläpitäminen lääkehoidolla edellyttää aktiivista peruslääkehoitoa sekä hoitovasteen ja lääketurvallisuuden seuranta. (Martio ym. 2007, 55.)

Lääkehoidosta päättää yleensä erikoissairaanhoito, mutta seurannasta vastaa terveyskeskus. Tärkeää on tarkkailla hoidon tehoa ja turvallisuutta. Tuoreessa nivelreumassa

tavoitteena on remissio eli potilaan oireettomuus sekä potilaan laboratorioarvojen normalisointi. Taudin vaikeus ja luonne, kuten se, onko reumatekijä positiivinen, potilaan yleisoireet, niveloireiden jakauma ja/tai psoriaasi, vaikuttavat peruslääkkeen valintaan. Yleensä sairauden aiheuttama uhka on suurempi kuin hoidon aiheuttamat haitat. (Suomen Reumaliitto Ry.)

Reumapotilaan lääkehoitoon kuuluu antireumaattiset lääkkeet, kortisonivalmisteet, tulehduskipulääkkeet sekä nivelen sisäiset paikallishoidot (Murto. 2012). Metotreksaatti on nivelreuman hoidon ensisijainen lääke. Eri peruslääkkeiden vertailussa metotreksaatilla, hydroksiklorokiinilla/klorokiinilla ja sulfasalatsiinilla on havaittu parempi tehon ja haittavaikutusten välinen suhde verrattuna kultavalmisteisiin, penisilamiiniin ja atsatiopriiniin. Pieniannoksinen glukokortikoidilääkitys kuuluu yleensä osana nivelreuman alkuvaiheen lääkehoitoa. Sitä ei pidä kuitenkaan aloittaa ennen diagnoosin varmistusta, jotta taudin diagnostiikka ja vaikeusasteen arviointi ei vaikeutuisi. Jos tauti on hyvin aktiivinen, hoito on aiheellista aloittaa sulfasalatsiinin, metotreksaatin, hydroksiklorokiinin ja glukokortikoidin yhdistelmälääkehoidolla. (Käypä Hoito. 2012.)

#### Antireumaattiset lääkkeet

Metotreksaatti tehoaa hyvin nivelreuman tulehdusaktiivisuuteen. Vaikutus on todettavissa neljän- kuuden viikon hoidon jälkeen. Metotreksaatin on todettu hidastavan erosiivisten muutosten kehittymistä. Lääkitys aloitetaan annoksella (5–)10 mg kerran viikossa ja annosta suurennetaan asteittain. Suositeltava ylläpitoannos 15–25 mg, lääke otetaan kerran viikossa. Tavallisimmat haittavaikutukset ovat vatsavaivat, pahoinvointi, huimaus, suutulehdus, aminotransferaasiarvojen (=entsyymejä jotka katalysoivat aminoryhmän siirtymistä ketohappoon) suureneminen. Lääkehoidon vasta-aiheina ovat lieväkin munuaisten vajaatoiminta, maksasairaudet, raskaus, imetys, keuhkofibroosi. (Käypä Hoito. 2012; Terveysportti.)

Sulfasalatsiini vähentää nivelreumapotilaan oireita ja kliinisiä löydöksiä. Tutkittua näyttöä lääkkeen vaikuttavuudesta on niukasti, mutta sulfasalatsiini saattaa hidastaa

niveltuhojen kehittymistä. Aloitusannos on  $500 \text{ mg} \times 2$ , kuukauden kuluessa  $1 \text{ g} \times 2$ . Tavallisimmat haittavaikutukset ovat vatsavaivat, lievät keskushermostoperäiset oireet, hoidon loputtua korjaantuva siittiökato (=oligospermia) ja siittiöiden liikkuvuuden heikkeneminen. Vasta-aiheina lääkkeen käytölle on yliherkkyys sulfonamideille ja salisylaateille. (Käypä Hoito. 2012; Terveysportti.)

Hydroksiklorokiini rauhoittaa niveltulehdusta. Päiväannoksina alle  $6.5 \text{ mg/kg}$  hydroksiklorokiini on turvallinen ja hyvin siedetty lääke. Yleisimpiä haittoja ovat lievät ruoansulatuskanavan ja keskushermoston oireet. Vaikka hydroksiklorokiinin anti-reumaattinen teho yksinään on heikko, se sopii useisiin yhdistelmähoitoihin ja on siksi edelleen yleisessä käytössä. Haittavaikutuksina ovat vatsavaivat, lievät keskushermostoperäiset oireet ja auringonvaloherkkyys. Vasta-aiheina lääkkeen käytölle on silmänpohjan makulamuutokset (=tahra tai väriltään poikkeava alue), ja lääkärin ohjeen mukaan raskaus tai imetys. (Terveysportti. 2012; Käypä Hoito. 2012.)

Leflunomidi tehoaa oireisiin, niveltaudin radiologiseen etenemiseen ja elämänlaatumittareihin. Yleisimmät haittavaikutukset on aminotransferaasiarvojen tilapäinen suureneminen. Enterohepaattisella kierrolla (suolesta vereen imeytyvien aineiden erittyminen maksasta takaisin suoleen) on keskeinen merkitys lääkkeen metaboliassa, koska puoliintumisaika on pitkä. Ilman kolestyramiinilla nopeutettua poistoa elimistöstä, lääkkeen eliminaatio saattaa kestää jopa kaksi vuotta. Koska leflunomidi on voimakas teratogeeni (aine, joka aiheuttaa sikiölle epämuodostumia), naispotilaan on lopettava sen käyttö ennen raskausyritystä ja hänen on aloitettava eliminaation nopeuttamiseksi kolestyramiinilääkitys. Leflunomidi annos  $20 \text{ mg} \times 1/\text{vrk}$  (mahasuolikanavaan kohdistuvien tai muiden haittojen takia voidaan ottaa  $20 \text{ mg}$  joka toinen päivä). Haittavaikutuksina on ripuli, korjaantuva hiusten lähtö, ihottuma sekä pääsärky. Vasta-aiheina ovat maksasairaus ja raskaus. (Terveysportti. 2012; Käypä Hoito. 2012.)

Syklosporiinilla on niveltulehdusta rauhoittava vaikutus. Lääkkeen on osoitettu myös hidastavan eroosioiden syntyä. Haittavaikutuksia ovat muun muassa pääsärky, vapina, dyspepsia (yläruoansulatuskanavan elimellinen tai toiminnallinen häiriö), pahoinvointi, tuntoaistimushäiriöt, lisääntynyt karvoitus, ienhyperplasia ja munuaistoksisuus. Jos verenpaine kohoaa, on vähennettävä annosta tai aloitettava veren-

painelääkitys. Lääkkeen munuaistoksisuus riippuu annoksen suuruudesta. Riski on pienempi, jos annos ei ylitä määrää 4 mg/kg/vrk ja jos annosta pienennetään seerumin kreatiniinipitoisuuden suurentuessa, yli 30 % lähtöarvosta. Syklosporiinin pitkän aikavälin turvallisuudesta munuaisten kannalta ei ole riittävä näyttöä, minkä vuoksi hoidon jatkaminen yli kahden vuoden ajan vaatii tarkkaa harkintaa. Alkuannos on 2.5–3 mg/kg/vrk, ja annosta 4 mg/kg/vrk ei saa ylittää. Haittavaikutuksina on karvoituksen lisääntyminen, vapina, munuaisten huonontunut toiminta, kohonnut verenpaine, ienten liikakasvu, vatsavaivat ja parestesiat. Vasta-aiheina lääkkeen käytölle ovat syöpä ja sen esiasteet, epätasapainoinen verenpaineauti, munuaisten vajaatoiminta, immuunipuutostila, raskaus tai imetys. (Terveysportti. 2012; Käypä Hoito. 2012.)

Kultaruiskeilla on hyvä niveltulehdusta rauhoittava vaikutus. Kultahoito joudutaan melko usein keskeyttämään haittavaikutusten takia. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat iho- ja limakalvo-oireet. Jos ihottuma on lievä ja paikallisesti rajoittunut, kultahoitoa kannattaa tauon jälkeen kokeilla uudelleen pienennetyllä annoksella. Proteiinuriaa ja verenkuvamuutoksia saattaa myös esiintyä. Eri reumalääkkeiden tehoa ja turvallisuutta kartoittavassa meta-analyysissä, kulta todettiin toksisimmaksi valmisteeksi. Tästä analyysistä kuitenkin puuttuivat jotkin lääkeaineet, esimerkiksi syklofosfamidi ja syklosporiini. Kulta ei lisää infektioherkkyyttä. Kultaruiskeiden käyttö on nykyisin vähäistä. Lääke annetaan lihakseen, koeannos on 10 mg ja sen jälkeen 50 mg viikoittain kyllästysannokseen 13 mg/kg saakka, ja sen jälkeen 50 mg kerran kuussa. Haittavaikutuksia ovat ihottuma, suutulehdus ja proteiinuria. Vasta-aiheina ovat vaikeat verenkuvamuutokset, munuais- ja maksasairaus, raskaus. (Käypä Hoito. 2012.)

### 2.3.2 Kivunhoito

Reumasairauksissa kipu luokitellaan useimmiten kivuksi, jonka taustalla on ärsytystila, esimerkiksi tulehdustila. Sairastuminen ja sairauteen liittyvä kipu kysyvät voimavaroja. Sairastavan oma käsitys siitä, miten hän pystyy vaikuttamaan kivun ja sairauden kulkuun, on keskeistä sairauteen sopeutumisessa. Kroonisen kivun ja sairauden

kanssa elämiseen on kaksi selviytymiskeinoa: aktiiviset- ja passiiviset selviytymiskeinot. Aktiivisiin selviytymiskeinoihin kuuluu omaehtoinen keinojen etsiminen kivun kanssa elämiseen. Passiivisessa ajatusmallissa henkilö odottaa ratkaisuja toisilta. (Martio ym. 2007, 106, 109-110.)

Fysioterapialla voidaan lievittää kipua ja tulehdusta. Fysioterapiassa edistetään nivelten liikkuvuutta, ehkäistään virheasentoja ja parannetaan toimintakykyä. Tehokas kivunlievitys voi parantaa tavoitteisiin pääsyä, mutta toisaalta tavoitteisiin pääsy voi ehkäistä tai lievittää kipua. Fysioterapia voi sisältää fysikaalisia hoitoja, kuntosaliharjoittelua tai terapeuttista harjoittelua. Fysioterapia valitaan tilanteen ja kokemusten mukaan, saavutettavat hyödyt ovat potilaskohtaisia. (Martio ym. 2007, 114.)

Pitkäaikaissairaudessa kivunhoito on vaikeaa. On käytettävä monia kivunhoidon menetelmiä. Kivun voimakkuus ei välttämättä ole yhteydessä sairauden arvioitun vakavuuden kanssa. Kivun hoitoa ei saa vähätellä, sillä huono hoito voi johtaa kivun kroonistumiseen, masennukseen, ahdistukseen ja pelkoon. Reumasairauksien kipu on yleisimmin nosiseptiivista kipua, paikallisesta syystä syntynyttä reaktiota. Tulehduksellisten reumatautien varhaisvaiheen hoidossa on keskityttävä sairauden saamisesta remissioon. Kivun luonteen mukaan tarvittaessa käytetään esim. tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. (Martio ym. 2007, 115-117.)

### 2.3.3 Apuvälineet

Sairauden tai vamman aiheuttamaa haittaa voidaan vähentää apuvälineillä, apuvälineet parantavat potilaan omatoimisuutta ja elämänlaatua. Apuvälineisiin kuuluvat hoito- ja harjoitusvälineet, tukilaitteet ja –proteesit, henkilökohtaisen hygienian ja pukeutumisen apuvälineet jne. Apuvälineen määrääminen perustuu potilaalla todettuun ongelmaan ja siitä johtuvaan apuvälineen lyhyt- tai pitkäaikaiseen tarpeeseen. Joidenkin apuvälineiden tarkoituksena on ehkäistä haittoja, esim. nivelten kuormittumista. Yleisesti kuitenkin apuvälineitä määrätään vasta kun kuntoutuksen muut menetelmät omatoimisuuden lisäämiseksi eivät johda pitemmälle. Kun potilaalle on

valittu ja hankittu apuväline, alkaa sen käytön opetus ja harjoittelu. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 568.)

#### 2.3.4 Ruokavalio

Ravintotekijöiden vaikutusta nivelreuman hoidossa ei tunneta riittävästi ja sen vuoksi erityisdieettejä ei suositella hoitomuodoksi (Duodecim, 2009). Kuitenkin joidenkin tutkimusten mukaan voidaan saada viitteitä siitä, että ravinnolla on vaikutusta etenkin kivun syntyyn ja kokemiseen nivelreumapotilailla. Tulehdustila kiihdyttää aineenvaihduntaa ja täten energiantarve lisääntyy. Valkuaisaineiden eli proteiinien kulutus kasvaa ja se voi olla osasyynä nivelten ja lihasten huonoon toimintaan. Tulehdus lisää myös vitamiinien ja kivennäisaineiden tarvetta sekä riski aineenvaihdunnan vaikutuksesta, luuston heikkenemiseen, kasvaa. Vaikka proteiinien tarve ajoittain lisääntyy, joidenkin potilaiden kohdalla on huomattu, että ruoan rasvahappokoostumus voi johtaa kipu- ja tulehdusoireiden lisääntymiseen. Eniten haittoja on havaittu punaisen lihan kohdalla. (Martio ym. 2007, 209-210, 212.)

Reumapotilaan ruokavalion pääpiirteet ovat samat kuin ruokavaliosuositukset yleensäkin. Ruoan tulee olla monipuolista, jotta siitä saa kaikki tarvittavat vitamiinit ja hivenaineet. Täysipainoinen ruokavalio sisältää runsaasti kasviksia, marjoja, hedelmiä ja täysjyväviljaa. Säännöllisesti kannatetaan nauttimaan kalaa ja maitotuotteita. Rungas suolan käyttö voi lisätä turvotusta ja osteoporoosin riski kasvaa. (Martio ym. 2007, 217, 223).

Kortisonivalmisteita käytettäessä ja liikunnan vähetessä on riski painonnoususta. Painonnousu lisää riskiä etenkin polvien nivelrikkoon. Painonhallinnassa auttavat säännöllinen ateriaritmi ja vähärasvainen ruokavalio. Sairauden aktiivivaiheessa ruokahalu voi olla huono, jolloin voi ruoan energiamäärää rikastaa pehmeällä rasvala. Jos ruoanvalmistus tuottaa ongelmia, voi turvautua esimerkiksi ateriapalveluun. Erilaiset apuvälineet voivat myös helpottaa ruoan valmistusta. (Martio ym. 2007, 211, 223-224.)



### 2.3.5 Hygienia ja jalkaterapia

Lähes kaikkiin reumasairauksiin voi liittyä ihomuutoksia. Erityisesti nivelreumassa käytetyillä lääkkeillä on runsaasti ihoon kohdistuvia haittavaikutuksia, kuten reumakyhmyt ja haavaumat. Reumakyhmyistä olen kertonut jo edellä. Reumaattinen vasculiitti eli verisuonten seinämien tulehdus voi johtaa ihon haavautumiseen. Haavoja ilmenee etenkin sääriissä ja nilkoissa. Paikoille, joihin haavat kehittyvät, tulee usein ensin verenpurkaumaa ja sen jälkeen kuolio. Nivelreumaa sairastavilla noin joka kymmenennellä esiintyy säärihaavoja. (Martio ym. 2007, 225-227.)

Jalan ihomuutosten ja virheasentojen vuoksi tehostettu jalkojen omahoito on keskeistä. Jalat on hyvä tutkia päivittäin. Mikäli jalassa havaitaan iho- tai kynsi-infektio, tulee se hoitaa nopeasti. Perusvoidetta tulee käyttää päivittäin. Varpaiden virheasennot altistavat hautumien ja jalkasilsan syntymiselle. Apteekista saatavan lampaanvillan käyttö suojaa ihoa ja kuivattaa hautumia. Sukkien materiaaleihin ja oikeaan kokoon tulee kiinnittää huomiota. Parhaiten reumapotilaalle soveltuu tekokuitusukka. Saatavilla on myös erityissukkia, joissa on kitkanpoisto-ominaisuus päkiässä. Mikäli reuma on vaikeuttanut potilaan omaehtoista hygieniasta huolehtimista, hoitoyksiköstä voi kysyä apuvälineitä jalkahygienian hoitoon ja sukkiensa sekä kenkien pukemiseen. (Martio ym. 2007, 241-242.)

Reumapotilaan tulisi päästä jalkaterapeutin vastaanotolle heti hoidon alkuvaiheessa jalkojen terveystarkastukseen, omahoidon ohjaukseen, jalkaterapian tarpeen arviointiin ja terapiaan. Jalkaterapian tavoitteena on kipujen vähentäminen, nivelten suojaaminen, virheasentojen ehkäiseminen, alaraajoihin ja jalkapohjiin kohdistuvan kuormituksen ja paineen vähentäminen ja tasaaminen sekä iho- ja kynsimuutosten syntymisen ehkäisy, vähentäminen tai jo syntyneiden ongelmien hoitaminen. Keskeistä on jalkojen terveyttä tukevien kenkien, sukkiensa ja apuvälineiden hankinnan ohjaus. Valitettavasti harva hoitoyksikkö tarjoaa jalkaterapiapalveluita reumasairautta sairastaville, terapia jää siis usein potilaalle omakustanteiseksi valinnaksi. (Martio ym. 2007, 244.)

### 2.3.6 Omahoito ja kuntoutus

Liikuntaharjoittelu voidaan määritellä toistoharjoitteluksi, jonka tavoitteena on fyysisen kunnan ylläpitäminen ja kehittäminen. Nivelreumapotilaiden liikuntaharjoittelun tavoite on; nivelten liikelaajuuksien sekä kestävyys- ja lihaskunnon ja määritettyjen toimintojen ja taitojen palauttaminen, säilyttäminen ja edistäminen. Kun sairaus ei ole aktiivinen, voidaan harjoittelussa käyttää lisääntyvästi lihasvoimaa. Nivelreumaa sairastava voi tehdä dynaamisia harjoitteita ilman, että se aktivoi sairautta. Liikuntaharjoittelu parantaa nivelreumassa pitkäaikaiskuntoa, lihasvoimaa ja nivelten liikkuvuutta, mutta sen pitkäaikainen vaikutus toimintakykyyn on toistaiseksi vielä epävarma. (Duodecim, 2009.)

Reumapotilaalle sopivia harjoitteita ovat esimerkiksi uimaharjoittelu ja voimistelu. Päivittäinen jalkavoimistelu ylläpitää ja ehkä jopa parantaa alaraajojen nivelten liikkuvuutta. Siten voi myös korjata alaraajojen linjausta, harjoittaa jalan lihasten tasapainoa ja venyttää kireitä lihaksia. Oikeat alaraajojen linjaukset sekä liikkuvat nivelet ja tukevat lihakset hidastavat alaraajojen nivel- ja pehmytkudosmuutosten etenemistä. (Martio ym. 2007, 242-243.) Lämminvesi -jumppa vaikuttaa analgeettisesti ja laukaisee lihas- ja niveljäykistymiä. Veden noste helpottaa liikeharjoituksia, ja veden vastusta voi hyödyntää lihasharjoituksissa. (Duodecim, 2009.)

## 3 TOIMINTAKYKY JA KUNTOUTUS

### 3.1 Toimintakyky

Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa henkilön valmiuksia selviytyä jokapäiväisistä tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana. Toimintakykyä tarkastellaan fyysinen ja psyykinen ulottuvuus huomioiden. Fyysiseen toimintakykyyn sisältyy yleiskestävyys, lihaskunto ja liikkeiden hallintakyky. Psyykinen toimintakyky taas sisältää

kognitiiviset kyvyt, kuten oppimiskyvyn ja muistamisen. Myös psyykkiset voimavarat ja kestävyys kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92.)

Maaailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 1980 sairauksien ja vammojen seurausvaikutusten luokitusjärjestelmän, jossa kuvattiin sairauksien ja vammojen toiminnallisia ja sosiaalisia vaikutuksia. Vaikutukset jaettiin kolmeen tasoon: 1. Vaurio; Ihmisen fyysisessä tai psyykkisessä rakenteessa tai elintoiminnossa ilmenevää puutosta tai poikkeavuutta. 2. Toiminnanvajavuus; Rajoituksia ihmiselle normaaliksi katsottavissa fyysisissä ja psyykkisissä toiminnoissa. 3. Sosiaalinen haitta tai vajakuntoisuus; Haittaa, joka estää tai rajoittaa ihmisen suoriutumista normaalilla tavalla hänen iälleen, sukupuolelleen ja kulttuuritaustalleen ominaisista roolitehtävistä. (Järvikoski ym. 2011, 95-96.)

Toimintakykyä arvioidessa perustana pidetään usein yksilön omaa kokemusta (Järvikoski ym. 2011, 92). Toimintakykyinen ihminen kokee selviytyvänsä jokapäiväisistä tehtävistä ja haasteista, hän kykenee vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa sekä pystyy asettamaan elämälleen tavoitteita ja pyrkimään niihin. Ihminen toimii kokonaisuutena, muutokset jollakin osa-alueella vaikuttavat aina ihmisen koko toimintakykyyn. Jokaisen elämässä on toisinaan vaikeita vaiheita ja kriisitilanteita, jonka vuoksi toimintakyky saattaa heikentyä tilapäisesti. Jokainen tuntee kriisitilanteet yksilöllisesti, toiselle ulkoisesti pienikin elämänmuutos voi olla niin vaikea, että elämän eteenpäin jatkaminen tuntuu lähes ylivoimaiselta. Toinen taas pystyy selviytymään suurestakin muutoksesta. Kriisitilanteista useimmiten selvitään lepäämällä, läheisten tuella sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden avulla. Selviytymisen kannalta tärkeää on se, kuinka uhkaavana ihminen näkee tilanteensa ja mitä selviytymiskeinoja hänellä on. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13-15.)

Kun ihminen sairastuu tai vammautuu, hän joutuu miettimään mitä se hänelle merkitsee. Vammautuminen voi merkitä koko elämän suunnitelmien romahtamista ja uuden vammaisen identiteetin hyväksymistä. Myös se voi merkitä urasta luopumista, arjesta selviytymistä tai arvomaailman uudelleen jäsentämistä. Ympäristön tarjoamalla tuella on suuri merkitys, siihen miten ihminen kokee suuret elämänmuutokset. Ympäristön tuki voi olla kuuntelemista, käytännön asioiden hoidossa auttamista, hoi-

tovälineiden antamista tai avunsaantimahdollisuuksien kertomista. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 15.)

Tuen määrän tulee olla oikeassa suhteessa tuen tarpeeseen. Kuntoutustarpeen arvioinnissa lähtökohtana on ihmisen oma kokemus, että hänen voimavaransa eivät enää riitä. Ongelmaa voidaan kuvata ristiriitana ihmisen omien tavoitteiden ja odotusten sekä todellisen tilanteen välillä. Yleensä kuntoutustarpeen synnyttää jokin konkreettinen ongelma, kuten sairastuminen pitkäaikaiseen sairauteen. Ihminen kokee, ettei osaa jatkaa elämäänsä eteenpäin. Toimintakyky voi heikentyä myös vähitellen, esim. sairaus voi kuluttaa ihmisen voimavaroja pitkään jatkuessaan. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 15-16.)

### 3.2 Kuntoutus

Käsitteenä kuntoutuksella tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, jotka tukevat kuntoutujaa kuntoutumaan. Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa, tavoite onkin edistää ja ylläpitää kuntoutujan toimintakykyä. Kuntoutujan omatoimisuus ja itsenäinen suoriutuminen arjessa kasvaa. Kuntoutuksen tavoitteena on siis kuntoutujan elämänhallinta ja tyytyväisyys elämään. Tavoitteisiin päästään, kun tunnistetaan ja hyödynnetään omia voimavaroja sekä ympäristön voimavaroja. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2002, 29-30.) Nivelreumapotilaalla tavoitteena on kivun lievitys, nivelten liikkuvuuden ja lihasten voiman ylläpito ja lisäys sekä virheasentojen ehkäisy ja korjaus. Myös kuntoutujaa opetetaan ja motivoidaan kotivoimisteluun. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 461.)

Kuntoutus on suunnitelmallista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan omia elämäntavoitteitaan ja pitämään yllä elämänhallintaa silloin, kun hänen mahdollisuutensa ovat sairauden tai muun syyn takia uhattuna (Aalto, Hurri, Järvikoski, Järvisalo, Karjalainen, Paatero, Pohjolainen & Rissanen 2002, 2). Kuntoutuja oppii hyväksymään muuttuneen elämäntilanteensa, vammansa tai sairautensa

ja sen aiheuttamat rajoitukset tosiasioina. Kuntoutuja pystyy luopumaan entisistä suunnitelmistaan ja näkemään uusia mahdollisuuksia sekä voimavaroja kohdata arkipäivän tilanteet. Kuntoutumisessa asiakkaan omalla motivaatiolla on iso merkitys. Mitä merkityksellisempänä hän näkee kuntoutumisen, sitä motivoituneemmin hän ponnistelee sen hyväksi. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 18.)

Yleisimmin kuntoutus käynnistyy, kun esim. vamman vuoksi toimintakyky on merkittävästi alentunut. Varhaiskuntoutuksella taas pyritään ennaltaehkäisevästi ylläpitämään toimintakykyä silloin, kun varsinaista toimintakyvyn alenemista ei ole vielä nähtävissä. Varhaiskuntoutus kohdistuukin riskiryhmiin, joilla toimintakyky ja elämänhallinta ovat jollakin tavalla uhattuina. Kuntoutus tulee aloittaa riittävän varhain, jotta voitaisiin estää tilanteen paheneminen. (Kettunen ym. 2002, 30.)

Kuntoutus on moniammatillista yhteistoimintaa kuntoutujan, hänen läheistensä ja eri ammattiryhmien välillä. Kuntoutuksen pitää olla yksilöllistä ja sen tulee kattaa ihminen kokonaisuutena, huomioiden fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Ominaista kuntoutukselle on pitkäjänteisyys ja prosessinomaisuus. Vaiheina erotetaan kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laadinta, toteutus ja arviointi. Vaiheet toteutuvat limittäin ja samanaikaisesti. (Kettunen ym. 2002, 30-31.)

### 3.3 Kuntoutustarpeen arviointi

Kuntoutustarpeen arviointia varten kuntoutujan kokonaistilanne selvitetään. Alkukartoitus tehdään moniammatillisessa työryhmässä ja sen jälkeen esimerkiksi reumahoitaja voi arvioida tilannetta vastaanottokäynnin yhteydessä. Krooniseen sairauteen sairastuminen on henkilölle suuri muutos, hän tarvitsee tietoa ja ohjausta sairautesta. Tämä tieto auttaa henkilöä sitoutumaan ja suunnittelemaan omaa kuntoutustaan. (Rissanen 2008, 460-461.)

Niveltaudeissa eri kuntouttavien toimenpiteiden järjestyksellä on suuri merkitys. Apuvälineiden ja tukien arvio kuuluu varhaiseen, ennaltaehkäisevään kuntoutukseen. Toki tarvitaan myös säännöllisesti arviota niiden kunnosta ja riittävydestä. Joskus saattaa myös olla, että leikkaustoimenpiteet ovat parasta kuntoutusta, esimerkkinä virheasentoja korjaavat leikkaukset. (Rissanen 2008, 461.)

### 3.4 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelma syntyy kuntoutustarpeen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvityksen tuloksena ja siinä kuvataan toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia lähdetään toteuttamaan (Järvikoski, Härkäpää 2011, 196). Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, jossa ilmaistaan kuntoutumisen tavoitteet ja keinot sekä palvelut, joilla tavoitteisiin pyritään. Suunnitelmassa ilmenee myös miten tilannetta seurataan sekä aikataulu ja vastuunjako eri toimijoiden välillä. Arviointi kuntoutussuunnitelmassa on jatkuvaa, tavoitteiden tarkoituksenmukaisuutta ja keinojen sekä toteutuksen toimivuutta arvioidaan. (Kettunen ym. 2002, 32.) Ennen kuntoutuksen aloittamista selvitetään miten ongelmatilanne on syntynyt. Kuntouttaja on asiantuntija, joka antaa tietoa asiakkaalle kuntoutuspalveluiden sisällöstä ja toimivuudesta sekä niiden saataavuudesta. Kuntoutuja päättää itse mihin ratkaisuihin hän sitoutuu. Motivoitumisen kannalta on hyvä, että päätös tulee asiakkaalta itseltään. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 29.)

Jotkin lait edellyttävät kirjallista kuntoutussuunnitelmaa ennen kun kuntoutuja saa kuntoutusetuuden. Esimerkkinä Kelan järjestämät lääkinnälliset kuntoutukset, joihin osallistumisen edellytys on terveydenhuollossa tehty kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma on siinä suosituksen luonteinen ja sen perusteella Kela tekee kuntoutusta koskevan päätöksen. Seuraavat seikat tulee ilmetä kuntoutussuunnitelmassa, vaikeavammaisen lääkinnällistä kuntoutusta haettaessa: toimintakyvyn kuvaus sekä toimintakyvyn arvioinnissa käytetyt menetelmät, sairautta koskevat tiedot, elämäntilanne, sairauden aiheuttama lääkinnällinen tai toiminnallinen häiriö päivittäisissä toiminnissa, kuntoutukselle asetetut tavoitteet, kuntoutustoimenpiteet ja niiden kesto, aiemmat kuntoutukset ja niiden tulokset sekä suunnitelman laatijoiden yhteystiedot.

Työkokeilussa ja kuntoutustutkimuksessa taas kuntoutujalle palveluntarjoaja laatii jatkosuunnitelman, jossa voidaan korostaa sopimuksellisuutta. (Järvikoski ym. 2011, 197; Kela, 2011.)

Kuntoutussuunnitelmalla on kaksi päätarkoitusta. Se välittää tarpeellista ja välitöntä tietoa toisesta kuntoutusjärjestelmästä tai –organisaatiosta toiseen. Ja sen tulee olla kuntoutusjärjestelmän ja asiakkaan välinen asiakirja sekä asiakasyhteistyön perusta. Suunnitelman tulee sisältää yhteisesti asetut tavoitteet ja niihin pyrkimisen keinot. Kuntoutussuunnitelman avulla pyritään myös turvaamaan kuntoutujalle integroitu palveluketju. Kuntoutuja voi olla samaan aikaan asiakkaana useammassa kuin yhdessä osajärjestelmässä. Jos kuntoutussuunnitelmia on useita, suunnitelmat on laadittu yhden järjestelmän näkökulmasta, vastaamaan sen tarpeisiin. (Järvikoski 2011, 197-198.)

Kuntoutustyöntekijän tulee sovittaa työssään tarpeita, jotka tulevat kuntoutusjärjestelmästä ja kuntoutujalta. Kuntoutusprosessin käynnistäminen edellyttää kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden sovittamista yhteen kuntoutusjärjestelmän normien kanssa. Kuntoutustyöntekijä voi päättää onko hän ensisijaisesti kuntoutujan tukihenkilö vai järjestelmän palvelija. Tukihenkilönä hän pyrkii kuuntelemaan asiakkaansa tarpeita ja toimii hänen asioidensa asianajajana. Hän pyrkii löytämään kuntoutujalle sopivia ratkaisuja, joille löytyy tukea järjestelmästä. Järjestelmän palvelijana taas kuntoutustyöntekijä kiinnittää päähuomion säädöksiin, jotka säätelevät kuntoutustoiminnan toteutusta. (Järvikoski 2011, 200.)

### 3.4 Kuntoutuksen osa-alueet

Kuntoutus jaetaan neljään alueeseen: lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinnällisellä kuntoutuksella viitataan kuntoutuksessa käytettäviin lääketieteellisiin tutkimuksiin ja niiden pohjalta käynnistettäviin yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviin toimenpiteisiin. Lääkinnäl-

linen kuntoutus määritellään toiminnaksi, jossa toimintakykyään jollakin osa-alueella menettänyttä henkilöä autetaan saamaan toimintakykyään takaisin tai kompensoimaan menetyksiä. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta voidaan puhua myös toimintakykykuntoutuksena. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntoutusneuvonta, kuntoutusohjaus, kuntoutustarpeen arviointi, terveyttä edistävät ja toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat, apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä kuntoutusjaksot laitos- ja avohoidossa. (Järvikoski 2011, 20-21.)

Ammatilliseen kuntoutukseen kuuluu toimenpiteet, jotka tukevat kuntoutujan mahdollisuuksia säilyttää tai saada hänelle sopiva työ. Palvelumuotoina ovat ammatinvalintaohjaus, ammatillinen koulutus, täydennyskoulutus, koulutuskokeilut, työkokeilu, työpaikkakokeilu ja työhönvalmennus. Ammatilliseen kuntoutukseen luetaan myös työhön ja opiskeluun liittyvät apuvälineet sekä tuettu työllistyminen. Ammatillisella kuntoutuksella pyritään parantamaan kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, kohentamaan työkykyä ja edistämään työmahdollisuuksia. Työhön soveltumista edistää myös työntekijän syrjimisen vähentäminen työpaikalla. (Järvikoski 2011, 21; Kettunen 2002, 343.)

Kasvatuksellinen kuntoutus viittaa vammaisen tai erityistä tukea tarvitsevan henkilön erityisjärjestelyiden tekemiseen kasvatuksen ja koulutuksen suhteen. Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa yhdistyy kasvatuksen, opetuksen, oppilashuollon ja kuntoutuksen keinot. Kuntoutuksella pyritään voittamaan vamman, sairauden tai muun erityistilanteen aiheuttamat esteet yksilön kehitykselle. (Järvikoski 2011, 21-22.)

Sosiaalinen kuntoutus tarkoittaa prosessia, jolla parannetaan sosiaalista toimintakykyä. Tavoitteena on kyky selviytyä erilaisista sosiaalisista tilanteista ja kyvystä monipuoliseen osallisuuteen yhteiskuntaan. Tarvittaessa tehdään konkreettisia toimenpiteitä, jotta taloudelliset ja sosiaaliset tekijät tukevat kuntoutumista eivätkä estä sitä. Sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä yhtenä kuntoutuksen osa-alueena tai sitä voidaan jopa pitää kuntoutusta luonnehtivana kattokäsitteenä (Järvikoski 2011, 22.)



### 3.5 Laitoskuntoutus

Ammatillisen kuntoutuksen tarpeen ja suunnittelun pohjana on hoitavan lääkärin arvio sairauden ennusteesta ja työ- ja toimintakyvystä. Lääkäri on ensisijainen kuntoutuksen aloitteentekijä. Asiakas voi myös olla aktiivinen kysymään neuvoja, kun sairaslomat toistuvat tai hän ajattelee, ettei selviydy nykyisessä työssään. Keskustelu lääkärin tai hoitajan kanssa antaa suuntaa ja ohjaa etsimään tietoa saatavilla olevista palveluista. Reumaan sairastuneen ikä, taudin kulku ja asiakkaan oman sopeutumisprosessin eteneminen määrittävät sen, milloin ammatillinen kuntoutus aloitetaan. Krooninen sairaus aiheuttaa pelon ja epävarmuuden tunteita sekä taudin ollessa arvaamaton asiakas tarvitsee tietoa ammatillisen kuntoutuksen palveluista. Työterveyshuolto auttaa tarvittaessa myös käytännön toimien aloittamisessa. (Martio ym. 2007, 192.)

Kun sairauden aiheuttama työkyvyttömyyden uhka on olemassa, kuntoutuksen suunnittelu aloitetaan työkuntotutkimuksella, kuntoutustarveselvittelyllä tai kuntoutustutkimuksella, joka toteutetaan tällaista palvelua tuottavassa tutkimusyksikössä tai kuntoutuspoliklinikassa. Työryhmään kuuluu lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä sekä esimerkiksi työterveyshoitaja tai fysioterapeutti. Pitkäkestoisessa prosessissa onnistuminen edellyttää toimijoiden yhteistyötä ja sopimusta siitä, kuka hoitaa kunkin osa-alueen. Kun työpaikalla aloitetaan ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu, järjestetään työryhmäneuvottelu. Siihen osallistuvat asiakas, esimies, luottamusmies ja henkilöstöpäällikkö. Neuvottelun tavoitteena on selvittää, mitä vaihtoehtoja on järjestellä asiakkaan työtä ja työolosuhteita hänen terveytensä kannalta sopivammaksi tai löytää uusi työtehtävä, johon hän voi sijoittua. (Martio ym. 2007, 192-193.)

Olipa asiakas työssä tai työtön, hän saa työvoimatoimistosta monipuolisia ammatillisen kuntoutuksen palveluja, esimerkiksi työ- ja koulutuskokeilut tai tutkimuskäynnit eri ammattioppilaitoksiin. (Martio ym. 2007, 195). Kela järjestää kuntoutusta, jolla parannetaan ja tuetaan työkykyä ja edistetään työelämään pääsyä tai sinne paluuta. Kelan kuntoutuksen vaihtoehtoina ovat ammatillinen kuntoutus, ASLAK -kurssit, TYK -toiminta, vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit sekä he voivat myöntää apuvälineitä helpottamaan asiakkaan

työtä tai opiskelua. Kelan web-sivuilta pystyy sairauden mukaan hakemaan, mitä kuntoutuskursseja (kuntoutuskurssihaku) on saatavilla. Kuntoutuksena järjestettäviä kursseja voidaan myöntää vaikeavammaisen lääkinnällisenä, ammatillisena tai harrinnanvaraisena kuntoutuksena. Kursseihin kuuluvat kuntoutuskurssit sekä sopeutumisvalmennuskurssit, joiden tavoitteet eroavat toisistaan. Kuntoutuskurssien tavoitteena on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen työ- ja toimintakyvyn parantaminen tai säilyttäminen. Kurssit ohjaavat omatoimiseen oman kunnon ylläpitämiseen. Sopeutumisvalmennuskurssien tavoitteena on tukea henkilön valmiuksia mahdollisimman täysipainoiseen elämään sairaudesta tai vammasta huolimatta. Tähän pyritään mm. antamalla tietoa sairaudesta ja sen vaikutuksista sekä tukemalla selviytymistä sairauden kanssa. (Kela, 2012.)

Aiemmin tehdyssä tutkimuksessa ”Selkärankareumapotilaiden käsityksiä kuntoutuspalveluista” selvitettiin vastaajien käsityksiä kuntoutuspalveluista. Vastaajat olivat 30-69 -vuotiaita Porin reumayhdistyksen jäseniä. Kyselyyn osallistui 11 vastaajaa. Tutkimuksessa ilmenee, että selkärankareumapotilaat eivät koe sairautensa rajoittavan arkipäivän elämäänsä. Vastaajat ovat käyttäneet joitakin kuntoutuspalveluita sairautensa hoitoon, mutta näitä palveluita ei ole pystytty tarjoamaan heille siinä määrin kuin vastaajat olisivat toivoneet. He ovat kokeneet, että laitoskuntoutusjaksoit voivat omaehtoiseen kuntoutukseen sekä auttavat sairauden hyväksymisessä. Näitä laitoskuntoutusjaksoja he toivoisivat lisää. (Kuusinen, 2004.)

### 3.6 Omaehtoinen kuntoutus

Kuntoutusmotivaatiota tarkastellaan usein kuntoutujan henkilökohtaisena ominaisuutena, ja sen on todettu ennustavan kuntoutuksen tuloksia. Motivaatio tähtää tavoitteiden ja niihin valmistelevien tekojen ja tavoitteiden kokonaisuuteen. Kuntoutuksen alkuvaiheessa arvioidaan kuntoutustarve ja laaditaan kuntoutussuunnitelma. Ydinkysymys onkin, että antavatko asetetut tavoitteet ja suunnitelma perustan motivaation viriämiselle. Motivaation säilymisen kannalta on tärkeää tietää, miten henkilöt päättävät erilaisten tavoitteiden tärkeydestä ja millaiset tavoitteet he kokevat mahdolli-

seksi saavuttaa sekä millaisista syistä ne mahdollisesti jäävät saavuttamatta. Jos kuntoutuksessa asetetuille tavoitteille ei ole vastinetta kuntoutujan omille elämäntavoille, tavoitteeseen tähtäävää toimintaa on vaikea ylläpitää. Kuntoutusmotivaation kannalta on tärkeää, että 1.) kuntoutujan käsitys kuntoutussuunnitelmassa asetetun tavoitteen arvosta, 2.) kuntoutujan käsitys tavoitteeseen pääsemisen todennäköisyydestä ja 3.) muutosta estävät ja edistävät tekijät huomioidaan. (Järvikoski, Härkäpää 2011, 164, 166-167.)

Kuntoutujakeskeisessä mallissa kuntoutuja on aktiivinen, hän etsii vaihtoehtoja, suunnittelee toimintaansa ja tekee päätöksiä. Kuntoutustyöntekijä taas on vain yhteistyökumppani, joka avaa mahdollisuuksia ja tukee asiakasta päätöksenteossa. Kuntoutuja tulkitsee itseään ja elämäntilannettaan omista lähtökohdistaan. Kuntoutuskeskeisessä toimintamallissa kuntoutuja osallistuu kuntoutuksen suunnitteluun ja sitoutuu yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin. Ilman kuntoutujan omaa aktiivisuutta kuntoutuminen ei etene eikä kuntoutujan kokemus omasta selviytymisestään kehity. (Kettunen ym. 2002, 40-42.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää reumapotilaiden käsityksiä omasta toimintakyvystään ja kuntoutumisestaan. Tarkoituksena oli kartoittaa, miten reuma sairautena vaikuttaa reumapotilaan jokapäiväiseen elämään ja miten reuman hoidolla voidaan vaikuttaa reumapotilaan elämänlaatuun. Samalla selvitettiin myös Reumayhdistyksen jäsenien tyytyväisyyttä yhdistyksen toimintaan. Tavoitteena tutkimuksella oli tuottaa tietoa Rauman Reumayhdistyksen käyttöön sekä heidän jäsenilleen.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millainen reumapotilaiden toimintakyky on heidän itsensä arvioimana?

2. Millaista kuntoutusta vastaajat harjoittavat omaehtoisesti ja millaista organisoitua kuntoutusta he ovat saaneet?
3. Mitä tuloksia kuntoutuksella on saatu ja mitä odotuksia vastaajilla on kuntoutuksen suhteen?
4. Mitä toiveita Rauman Reumayhdistyksen jäsenillä on yhdistyksen toiminnan suhteen?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Survey tarkoittaa sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa sitä, että asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 188-189.)

Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Tutkimukseen voi osallistua paljon henkilöitä ja heiltä voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Mikäli lomake on suunniteltu huolellisesti, aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. Kyselytutkimuksen heikkouksina pidetään taas sitä, ettei ole mahdollista varmistua siitä, että miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Ovatko he vastanneet rehellisesti ja huolellisesti kaikkiin kysymyksiin. Tai ovatko he ymmärtäneet kysymyksen samalla tavalla kuin sen laati ja on sen tarkoittanut. Suuri haaste on myös se, että mahdollisimman monet kyselyn saaneet vastaisivat siihen. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Aineistoa kerätessä kyselyn avulla lomake lähetetään vastaajalle kotiin. Lomakkeen mukana lähetetään palautuskuori ja vastaaja postittaa itse lomakkeen takaisin tutki-

jalle. Menettelyn etuna on nopeus ja aineiston vaivaton saanti. Suurimmaksi ongelmaksi voi osoittautua kato. Jos kyselyn aihe on vastaajan mielestä tärkeä, vastausprosentti voi olla odotettua parempi. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on mielessään, kun taas monivalintakysymykset kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. (Hirsjärvi ym. 2007, 191.)

## 5.1 Kyselylomakkeen laadinta

Lomakkeen laadinta vaatii etukäteen kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelmien pohdintaa ja käsitteiden määrittelyä. (Heikkilä 2008, 47.) Aineiston keräämiseen käytettiin kyselylomaketta (Liite3), joka oli laadittu tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeen laadinnan apuna käytettiin kirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia (esimerkiksi Kuusinen 2004). Strukturoiduissa kysymyksissä oli valmiit vastausvaihtoehdot, joista rastitettiin sopivin vaihtoehto. Tämä sopii käytettäväksi, kun selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen. Strukturoitujen kysymysten etuina ovat nopea vastaaminen ja tulosten helppo käsittely. Avointen kysymysten tavoitteena on saada spontaaneja mielipiteitä, kun vastausvaihtoehtoja ei ole suljettu. Tässä kyselyssä oli käytetty sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 194.) Kyselylomakkeen hyväksyi Rauman Reumayhdistyksen puheenjohtaja (Komaro) ennen kuin aineistonkeruu alkoi.

## 5.2 Aineiston keruu

Rauman Reumayhdistys on aloittanut toimintansa vuonna 1953. Heidän toiminta-alueeseensa kuuluu Rauma, Eura, Eurajoki, Hinnerjoki, Honkilahti, Kiukainen, Kodisjoki, Köyliö, Lappi, Luvia, Pyhäranta ja Säskylä. Aineiston keruu tapahtui yhdistyksen jäsenille kyselylomakkeella (Liite3), joka sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Alkuperäisenä tarkoituksena oli, että kyselyt lähetettäisiin vain nivelreumapotilaille, mutta reumayhdistyksen oli vaikea selvittää kyselyä varten pelkä-

tään nivelreumaa sairastavat ilman, että kyselyyn osallistuisivat aktiivisimmat yhdistyksen toiminnassa olevat. Tästä johtuen kohdehenkilöt valittiin järjestelmästä nimen mukaan aakkosjärjestyksessä. Yhdistykseen kuului yli 500 jäsentä. Kysely lähetettiin 50 henkilölle. Reumayhdistyksen puheenjohtaja Marjatta Komaro välitti henkilöiden nimet ja osoitetiedot allekirjoittaneelle ja kyselyiden postittamisen jälkeen tiedot hävitettiin. Osallistujat Komaro valitsi satunnaisesti nimen alkukirjaimen mukaan, mutta päätimme, ettei kyselyjä lähetetä kuitenkaan samaan postiosoitteeseen enempää kuin yksi.

Ennen kyselytutkimuksen toteuttamista anottiin kyselyä varten tutkimuslupa (Liite1) Rauman Reumayhdistyksen puheenjohtajalta. Tutkimuslupa myönnettiin 4.9.2012. Kyselyt lähetettiin vastaajille 7.9.2012. Kyselyiden mukana postitettiin saatekirje (Liite2), jossa kerrottiin mitä asia koskee. Vastaajat lähettivät vastauksensa takaisin opinnäytteen tekijälle 25.9.2012. Vastausten analysointi alkoi tämän jälkeen.

Saatuja vastauksia oli 28 kappaletta, joista yksi vastaaja ei kokenut kuuluvansa kohderyhmään, mutta vastasi kuitenkin kysymyksiin 1-6 sekä kysymykseen 26, joka koskee yhdistyksen toimintaan osallistumista. Kaksi vastaajaa oli Rauman Reumayhdistyksen tukijäseniä. Tukijäsenet olivat vastanneet kuitenkin kolmeen ensimmäiseen kysymykseen, joten kaikki nämä vastaukset olivat myös sisällytetty tutkimukseen. Myös toisen tukijäsenen vastaukset (kysymykset 26, 27) yhdistyksen toiminnasta oli otettu huomioon. Kahdessa yhteydenotossa kerrottiin miksi he eivät vastaa kyseessä olevaan kyselyyn, toinen ei kokenut kuuluvansa kohderyhmään ja toinen vastaaja oli jo edesmennyt henkilö. Vastaajat ovat vastanneet haluamiinsa kysymyksiin, kaikkiin kysymyksiin siis ei ole vastattu 100 % kannatuksella.

### 5.3 Tutkimuksen käsittely ja analysointi

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sen avulla voidaan analysoida erilaisia aineistoja ja kuvata niitä. Sisällönanalyysi menetelmänä tiivistää aineistoa, jolloin tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvata yleistävästi. Toinen funktio on,

että sillä kyetään esittämään tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja ja tiivis esittäminen, joka tuloksena syntyy käsiteluookituksia, käsitejärjestelmiä, malleja ja käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134-135.)

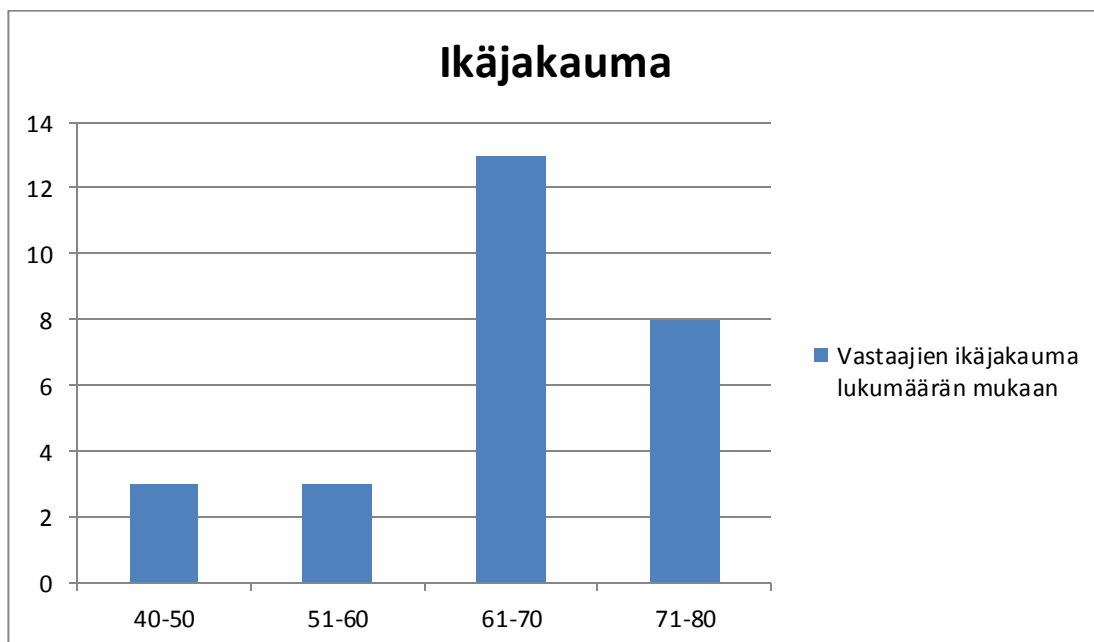
Sisällönanalyysi voi olla aineisto- tai teorialähtöistä. Analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Raportointi on aineistolähtöistä. Olipa sisällönanalyysi induktiivinen tai deduktiivinen, siihen liittyy valmisteluvaihe. Tutkija lukee aineistonsa läpi useaan otteeseen. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa merkitsevät lausumat yhdistettiin kategoriaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135-137.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysin perustana oli teorialähtöinen analyysi tutkimusongelmien mukaan. Samansisältöiset vastaukset jaettiin samaan luokkaan.

Laadullisen tutkimusaineiston analysointi alkoi tietojen tarkastuksella, joka piti sisällään vastauksien laadun arviointia ja tarpeen mukaan joidenkin lomakkeiden poistoa. Jokainen lomake numeroitiin. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti Excel ohjelman avulla. Sillä laskettiin vastausten prosentteja, jotta tuloksia voidaan ilmaista taulukkoina ja kuvioina. Jokaisesta avoimesta kysymyksestä vastaukset kerättiin yhteen ja jokaisen aihepiirin vastauksista muodostettiin luokkia. Tulokset esitetään yhteenvetoina ja niitä havainnollistettiin suorina lainauksina. Suorissa lainauksissa oli käytetty vastaajan ilmaisemiseksi numerointia lainauksen perässä.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 6.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

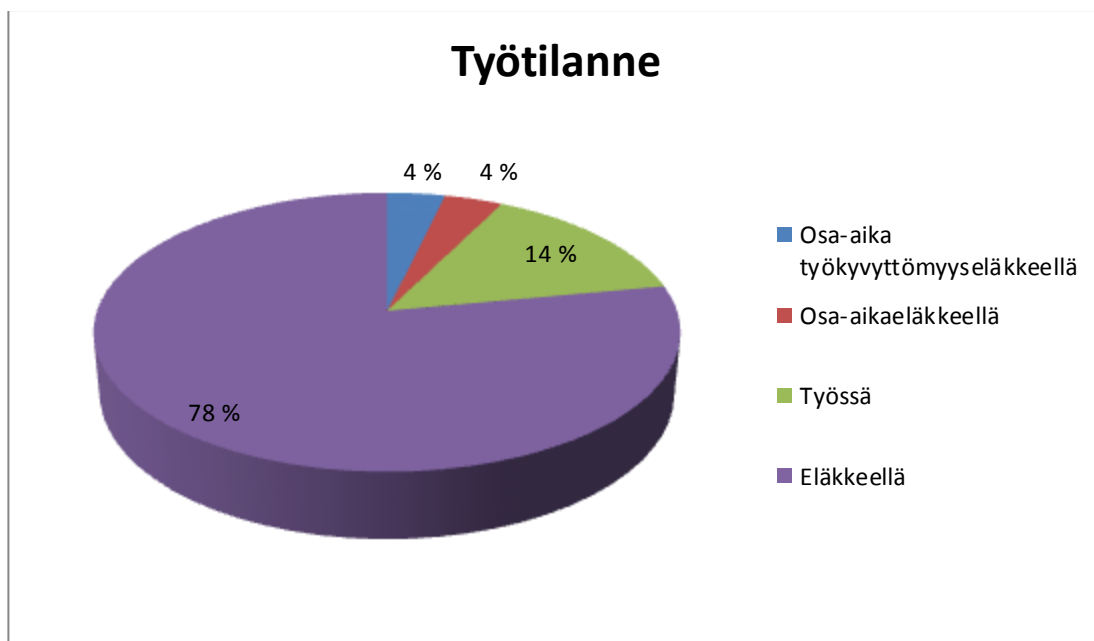
Kyselyyn vastasivat kuusi miestä ja 21 naista. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli 61-70 -vuotiaita, tähän joukkoon kuului 13 vastaajaa. Kahdeksan vastaajaa olivat 71-80-vuotiaita.



KUVIO 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.

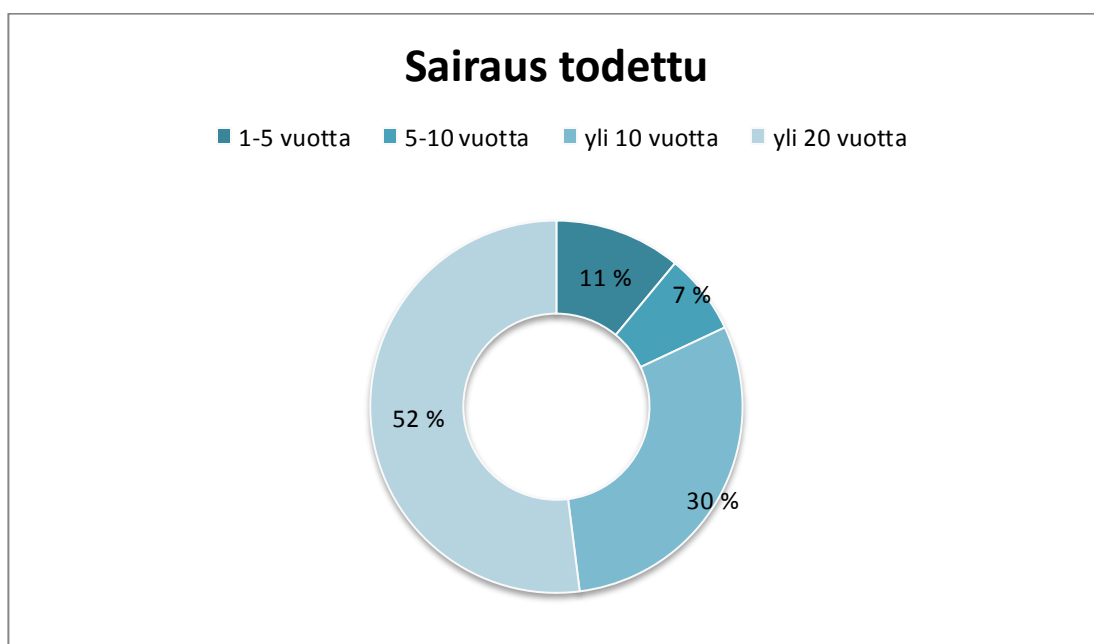
Vastaajista suurin osa oli eläkkeellä, 21 vastaajaa. Työssä käyviä oli neljä. Osa-aikaeläkkeellä oli yksi vastaaja ja osa-aikatyökyvyttömyyseläkkeellä yksi vastaaja.





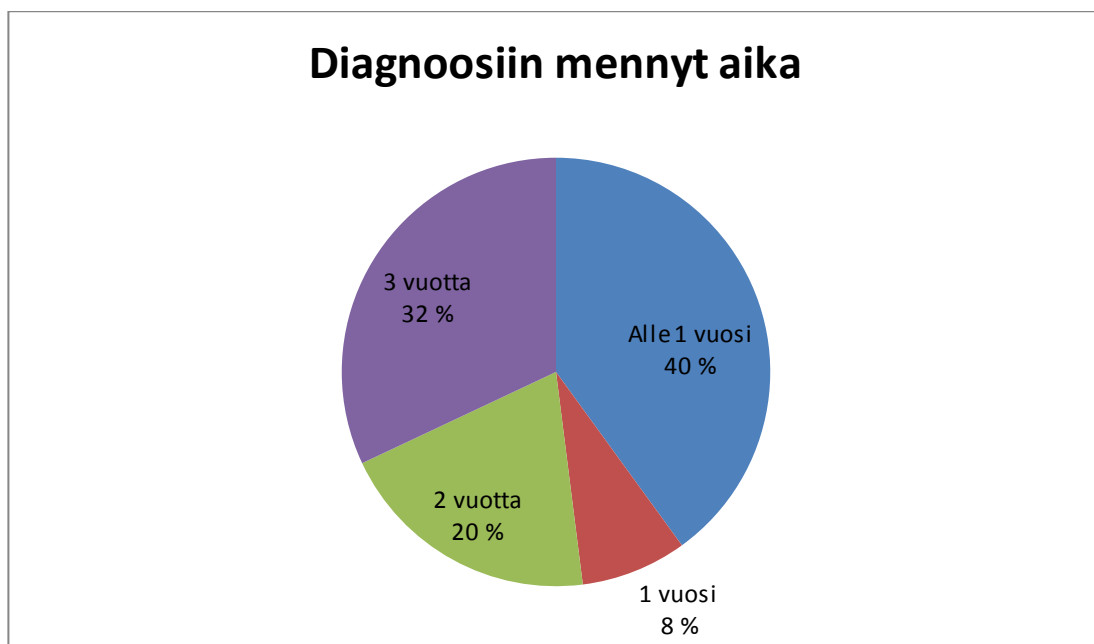
KUVIO 2. Kyselyyn vastanneiden työtilanne.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin vastaajilta heidän sairautensa kestoa. Suurin osa vastaajista oli sairastanut reumaa jo yli 20 vuotta, heitä oli 14 vastaajaa. Kahdeksan vastaajaa oli sairastanut reumaa yli 10 vuotta ja vain kaksi vastaajaa viidestä kymmeneen vuotta. Kolmella vastaajalla sairaus oli ollut yhdestä viiteen vuotta.



KUVIO 3. Sairauden toteamisesta kulunut aika.

Sairaus oli diagnosoitu useimmilla vastaajalla ensimmäisen vuoden sisällä oireiden alkamisen jälkeen. Toiseksi suurin ryhmä oli saanut diagnoosin vasta kolmen vuoden aikana tai sen jälkeen.



KUVIO 4. Sairauden diagnosoinnin kesto.

## 6.2 Reumapotilaan toimintakyky itsensä arvioimana

Sairaus oli vaikuttanut vastaajien elämään ja/tai alentanut heidän toimintakykyään 76 %:lla vastaajista. Fyysisiä oireita olivat olleet kivut, jäykkyys ja liikuntakyvyn aleneminen. Unihäiriöt olivat rasittaneet vastaajia niin fyysisesti kuin henkisestikin. 12 % vastaajista taas ei ollut kokenut sairauden vaikuttaneen heidän toimintakykyynsä. 12 % ei ollut vastannut kysymykseen. Tässä esimerkkejä vastauksista:

*”Tulehduksen ollessa kovimmillaan on liikkuminen ja yleensä raajojen käyttö vaikeaa. Nukkuminen on minimissä.” 25.*

*”Työssä ollessa, paikat särkivät ja kipuilivat. Lääkitystä jouduttiin lisäämään ja ”koventamaan”.” 23.*

*”Jouduin jäämään hoitotyöstä 54 -vuotiaana eläkkeelle. Kädet ja selkä ei kestänyt nostelemisia eikä sormet taipuneet injektioruiskuihin ym.” 22.*

*”On vaikuttanut. Kyykkyyn ja ylösnouseminen on muuttunut välillä hyvinkin hankalaksi.” 20.*

*”Käden jäykkyys, jalkaterät paksut, puristusvoima olematon.” 16.*

*”16 v kestänyt jokapäiväinenkipu tekee ärtyneeksi. Unihäiriöt. Voimien väheneminen. Toimintakyky muuten melko hyvä, mutta kotiaskareista siivoaminen joskus hankalaa.” 14.*

*”Polvien vuoksi kävelylenkit tosi lyhyitä, kotiaskareissakin joudun käyttämään ”apulaisia”. Yöllä huonosti nukkuminenkin vie toimintakykyä alas.” 12.*

*”Ei voi samalla tavalla urheilla kuin ennen. Unihäiriöitä -> väsymys, uupumus. Kipuja, kömpelyyttä, jotka rajoittavat sitä, mitä voi tehdä.” 1.*

Kahdeksan vastaajaa ei ollut kokenut reuman vaikuttaneen heidän työssä selviytymiseensä eikä ammatinvalintaansa. Yksi vastaaja ei ollut vastannut kysymykseen ollenkaan. 16 vastaajaa koki reuman jotenkin vaikuttaneen työssä selviytymiseen. Työssä selviytyminen oli joko kokonaan vaikeutunut ja he joutuivat jäämään koko- tai osaaikaeläkkeelle. Työssä selviytymisen esteiksi luettiin fyysinen rasitus,kipu ja paljostuminen. Yksi vastaaja oli uudelleen koulutautunut, mutta sekään ei auttanut eläkekään saakka.

*”Fyysinen rasitus kipeyttää herkemmin, joten suuret ponnistukset on otettava rauhallisemmin.” 4.*

*”On nimenomaan vaikuttanut. 18v ammattityön jälkeen jäin työttömäksi. Oli vaikeaa saada työtä. Uudelleenkoulutus auttoi vähäksi aikaa, mutta sitten tuli burn-out ja reuma äityi niin pahaksi, että työkyvyttömyyseläke oli ainoa vaihtoehto.” 11.*

*”Työssä selviytyminen huonontunut istumisen johdosta. Hakeuduin osa-aikaeläkkeelle, koska koko- tai osa-aika työkyvyttömyyseläkehakemus hylättiin.” 14.*

Kahdeksan vastaajaa kertoi käyttäneensä kipulääkkeitä säännöllisesti tai tarvittaessa. Kipulääkkeet olivat tulehduskipulääkkeitä ja vahvempia kipulääkkeitä. Esimerkiksi lääkkeinä mainittiin parasetamoli (Para-Tabs), kodeiinifosfaattihemihydraatti (Pana-cod) ja etorikoksidi (Arcoxia). Viisi vastaajaa kertoi, ettei heillä ollut käytössä mitään lääkettä. Seitsemän vastaajaa käytti säännöllisesti tai tarvittaessa kortisonivalmisteita, kuten Prednisolonia. Yksi vastaaja kertoi saavansa toisinaan kortisonipistoksia.

Vastaajilla oli käytössään kahdeksaa erilaista reumalääkettä, joita en nimeltä tässä työssä mainitse. Tässä vain muutama esimerkki vastaajien lääkityksistä. Reumalääkkeistä yleisin oli sulfasalatsiini (Salazopyrin), jota käytti viisi vastaajaa sekä metotreksaatti (Trexan), joka oli käytössä neljällä vastaajalla. Adalimumabia (Humira) käytti yksi vastaaja. Amitriptyliinihydrokloridi (Triptyl) oli käytössä yhdellä vastaajalla, lääkettä voidaan käyttää depression eri muodoissa. Yksi vastaaja käytti nortriptyliinihydrokloridi (Noritrenia). Kahdella vastaajalla oli käytössään vatsaa suojaavia lääkkeitä (esomepratsolimagnesiumtrihydraatti=Nexium ja lansopratsoli=Gasterix). Yksi vastaaja kertoi käyttävänsä Melatoniinia. (Terveysportti.)

Neljätoista vastaajaa koki lääkityksestä olevan apua heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Kolmen vastaajan mukaan lääkityksestä oli jonkin verran apua. Yhden vastaajan lääkehoitoa ei ollut vielä aloitettu, mutta aloitettiin lähiaikoina. Yksi vastaaja ei kokenut tarvitsevänsä mitään lääkitystä reumansa hoitoon. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, onko lääkityksestä ollut apua vai ei.

56 % vastaajista käytti tutkimushetkellä erilaisia apuvälineitä. Apuvälineet voitiin jakaa ryhmiin: liikkumisenapuvälineet, tuet ja lastat (n=5), keittiön pienapuvälineet (n=8), kaiteet (n=1), pukemisenapuvälineet tai jalan apuvälineet (erityiskengät). Apuvälineitä käytettiin niin sisällä kuin ulkona. Toiset käyttivät apuvälineitä päivittäin ja toiset tarpeen mukaan. Osa kertoi käyttäneensä liikkumisen apuvälineitä etenkin leikkauksien jälkeen tai kun kivut yltyivät. 40 %:lla ei ollut käytössään mitään apuvälineitä. 4 % vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen.

*”Ei mitään isompaa. Joitain purkinavaajia, kynässä silikoninen sormituki (ei aina). Liukulakanaa olen kokeillut.” 1.*

*Tukikauluri, alaseläntuki, joita käytän kun on kipeimmillään.” 4.*

*Keittiössä veitsiä, purkinavaajia jne. Joskus leikkauksien jälkeen pyörätuolia, rollaattoria. 10.*

*Käytän sisällä keppiä ja ulkona lyhyillä kävelyillä kävelysauvoja.” 24.*

Kuusi vastaajaa pystyi kuntoilemaan säännöllisesti. Kolme vastaajaa kertoi voivansa kuntoilla voinnin mukaan, eli toisinaan. Kaksi vastaajaa kertoi, että he selviytyvät arkiaskareista, mutta eivät pystyneet harrastamaan liikuntaa. Yksi vastaaja pystyi kuntoilemaan, mutta ei voinut harrastaa niin monipuolista liikuntaa kuin haluaisi. Kaksi vastaajaa eivät voineet kuntoilla ollenkaan, esimerkiksi taudin aiheuttaman kivun vuoksi.

### 6.3 Reumapotilaan omaehtoinen ja organisoitu kuntoutus

Yhdellä vastaajalla oli voimassaoleva kuntoutussuunnitelma. 23 vastaajalle ei ollut koskaan tehty kuntoutussuunnitelmaa ja yhdelle vastaajalle oli tehty joskus aikai-

semmin. Vastaajalle, jolla oli voimassaoleva suunnitelma, sen oli laatinut fysioterapeutti.

*”Monestikin. Fysioterapeutti.” 4.*

*”Ei ole tehty mitään suunnitelmia. Kukaan ei välitä!” 11.*

Kysyttäessä kuntoutussuunnitelman hyödyntämisestä vastaajat toivat esille, että kuntoutussuunnitelman hyödyntämistä oli vaikea arvioida, koska voimassaolevaa kuntoutussuunnitelmaa ei ollut kuin yhdellä vastaajalla.

20 % vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen, joka koski kuntoutuspalveluiden käyttöä. 16 % käytti säännöllisesti palveluita ja 4 % toisinaan. Harvoin palveluita käytti 32 % vastaajista ja koskaan palveluita ei ollut käyttänyt 28 % vastaajista.

12 vastaajaa ei ollut vastannut kysymykseen, mitä kuntoutuspalveluita he olivat käyttäneet. Viisi vastaajaa oli käynyt kuntoutusjaksoilla. Neljä vastaajaa kertoi käyttäneensä fysioterapeutin palveluita. Kaksi vastaajaa oli käynyt vesivoimistelussa. Vastaajat mainitsivat myös kuntosaliharjoittelun, tuolijumpan, hieronnan ja välinevoimistelun. Yksi vastaaja kertoi, ettei hänellä ole varaa käyttää kuntoutuspalveluita.



KUVIO5. Vastaajien käyttämät kuntoutuspalvelut.

Yhdeksän vastaajaa kertoi liikkuvansa päivittäin. Seitsemän vastaajaa liikkui kahdesta neljään kertaan viikossa. Neljä vastaajaa kertoi liikkuvansa 1-2 kertaa viikossa. Yksi vastaaja kertoi harrastavansa liikuntaa yli 30 minuutin ajan kerran kahdessa viikossa. Yksi vastaaja ei harrastanut liikuntaa ollenkaan. Kolme vastaajaa ei ollut vastannut tähän kysymykseen.

*”Arkiliikuntaa: poltinpuut, lumityöt, nurmikon leikkuu ja pyöräily.” 23.*

Vastaajat olivat harrastaneet monenlaista liikuntaa. 13 vastaajaa kertoi harrastavansa kävelyä. Seitsemän vastaajaa sai hyötyliikuntaa arkiaskareista. Kuusi vastaajaa harrasti vesivoimistelua tai vesijuoksua. Kuusi vastaajaa kertoi harrastavansa uintia. Tuolijumpalla kävi neljä vastaajaa sekä sauvakävelymässä neljä vastaajaa. Vastaajat mainitsivat myös venyttelyn, rentoutusharjoittelun, marjastuksen ja hiihdon.

*”Vesijuoksua, vesijumppaa, uintia ja sauvakävelyä, joskus pyöräilyä.” 22.*

*”Omakotitalon askareita.” 6.*

Reumasta johtuen 80 % vastaajista oli joutunut jättämään jonkin urheilulajin harrastamisen taakseen. 20 % ei vastannut kysymykseen. Liikuntamuotoja oli monia, kuten esimerkiksi juoksu, pyöräily, pallopelit, uinti, hiihto, laskettelu, ryhmävoimistelu, kuntosali, tanssi ja golf.

*”Kävely, pyöräily ja kaikki jumpat, jotka tehdään lattialla. Ylös ja alas meno ei onnistu.” 12.*

72 % vastaajista koki, että liikunnan harrastaminen edistää toimintakykyä. Yksi vastaaja ei kokenut liikunnasta olevan apua. 24 % vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen. Vastaajat mainitsivat, että liikunta edesauttoi notkeuden ja kunnan ylläpitämisessä. Liikunta myös poisti kipua ja auttoi selviytymään jokapäiväisen elämän askareista sekä töistä.

32 % vastaajista ei ollut koskaan ollut laitospääntöyksessä. 36 % taas on ollut yhdestä kolmeen kertaa. 20 % 3-5 kertaa, 4 % 5-10 kertaa ja 4 % yli 10 kertaa. Yksi vastaaja ei ollut vastannut kysymykseen. Laitospääntöyksijaksot olivat toteutuneet Ruissalossa, Lehmirannassa, Harjavallassa, Kangasalalla, Siuntionla, Heinolassa, Helsingin Vilhelmiinassa, Ikaalisissa, Paimiossa ja Kankaanpäässä.

Vastaajien pääntöyksijaksot olivat kestäneet viidestä vuorokaudesta yhteen kuukauteen. Useimmiten vastaajat olivat olleet jaksolla kolme viikkoa (24%). Kahdeksan vastaajaa kertoi jaksosten pituuksien olleen riittäviä. Kolme vastaajaa koki, että laitospääntöyksijakso voi olla liiankin pitkä, tuolloin kyseessä oli 3-4 viikkoa pääntöyksityhteen menoon. Yksi vastaaja piti pitkästä laitospääntöyksijaksosta (4viikkoa).

*”Mielestäni neljä viikkoa oli jo todella hyvä ja auttoi pitkän, pitkän aikaa.” 11.*

Kuntoutusmuodoista vastaajat kertoivat esimerkkejä:



*”Luentoja terveydestä. Kunnon ja kävelyn testausta. Allasvoimistelua ja arjesta selviytymistä. Luentojen kautta vapaaehtoista ulkoliikuntaa ja ryhmissä voimistelua.” 24.*

*”Erinomaista, monipuolista ja yksilöllistä reumakuntoutusta.” 21.*

*”Testaus, kivunhoito, ohjattua liikuntaa, luentoja, psykologi, sosiaalihoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti.” 18.*

*”Tuoli- ja vesijumppaa, kevyttä hierontaa, sormijumppaa, kylmähoitoa ja kuntosalia.” 15.*

*”Ryhmäjumppa, allasvoimistelu, kuntosaliohjelma ja yksilöllistä kuntosali- ja liikunnanohjausta. Heinolasta lääkkeistä hyvää, asiantuntevaa tietoa.” 11.*

#### 6.4 Kuntoutuksen tulokset ja odotukset

40 % vastaajista ei ollut vastannut kysymykseen, joka koski kuntoutuspalveluiden riittävyyttä. 20 % ei kaivannut lisää palveluita tai palveluiden monipuolistamista. 8 % kertoi, ettei pääse enää ollenkaan laituskuntoutukseen, koska olivat eläkeikäisiä. 8 % ei osannut ottaa kantaa asiaan. 24 % vastaajista kaipasi jotakin enemmän:

*”Ei ole. Kaipaen erilaisia kuntoutusryhmiä, joissa voisi käydä.” 21.*

*”Kangasalan kuntoutusjaksolle voisi päästä useammin.” 15.*

*”Tässä on suuri aukko, tietoa tarvitaan.” 11.*

*”En kaipaa, olen liian huonossa kunnossa sellaiseen.” 10.*

Kuntoutusjaksoihin 44 % vastaajista oli ollut tyytyväisiä. 12 % oli ollut joihinkin jaksoihin erityisen tyytyväisiä, mutta taas toisiin pettyneitä. 40 % vastaajista oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. Yksi vastaaja ei ole ollut tyytyväinen kuntoutusjaksoon.

*”Kuntoutuminen ja kunnan ylläpitäminen tulisi jatkua, tätä ei aina arvosteta. Onko tarvitsijoita liikaa?” 24.*

*”Heinolan kuntoutusjakso antoi enemmän kuin odotin. Kelan kuntoutus oli + - 0. Ikaalisten kuntoutus oli mielestäni tarkoitettu terveille.” 12.*

*”Kyllä ne aina ovat olleet virkistäviä ja ikimuistettavia ihmissuhteita myös. Saa jakaa asioita toisten ”asiantuntijoiden” kanssa.” 11.*

Kuntoutusjaksoista oli ollut apua yhdeksälle vastaajalle, kun taas kolme vastaajaa, ei ollut kokenut niiden auttaneen sairautensa hoidossa. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että jotkin kuntoutusjaksot olivat olleet hyödyllisiä, mutta eivät kaikki. Yksi vastaaja koki, että ainakin hetkellisesti siitä oli ollut apua, mutta ei osannut ajatella asiaa pidemmälle. Tämä vastaaja oli ollut kuntoutusjaksolla lyhyen ajan sisällä eikä siksi osannut ajatella asian pitkäaikaisvaikutuksia. 10 vastaajaa ei ole vastannut kysymykseen.

*”Kyllä ilman niitä en olisi tässä kunnossa.” 21.*

*”Kyllä. Motivaatio liikunnan harrastamiseen lisääntynyt. Muut kuntoutuajat antaneet voimia jaksamiseen. Asioiden tärkeysjärjestys elämässä muuttunut melkoisesti.” 14.*

## 6.5 Toiveet Reumayhdistyksen toiminnan suhteen

Kaksitoista vastaajaa ei ollut osallistunut yhdistyksen toimintaan millään lailla. Kaksi vastaajaa ajatteli osallistuvansa toimintaan joskus tulevaisuudessa. Kolme vastaajaa osallistui yhdistyksen järjestämään toimintaan, mutta eivät kovin usein. Seitsemän vastaajaa osallistui toimintaan säännöllisesti.

Toiveita yhdistyksen toiminnan kehittämiseksi oli kuudella vastaajalla. Kuudella vastaajalla ei ollut toiveita. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, onko heillä toiveita. Kuusi vastaajaa toi ilmi, että toivoisivat jotakin järjestettävän lähempänä heidän asuinpaikkaansa. Vastaajat olivat lähiseuduilta, joissa ei ole järjestetty mitään yhdistyksen toimesta.

*”Oma lääkärivastaanotto.” 18.*

*”Kaikki ok, kunhan reumaa sairastavat osallistuisivat enemmän järjestettäviin tapahtumiin.” 12.*

*”Aikatauluissa voisi ajatella myös työssäkäyviä.” 1.*

## 7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää reumapotilaiden toimintakykyä heidän itsensä arvioimana, reumapotilaan omaehtoista ja organisoitua kuntoutusta, kuntoutuksen tuloksia sekä odotuksia ja henkilöiden toiveita Rauman Reumayhdistyksen toimintaa kohtaan.

## 7.1 Tulosten tarkastelu

Taustatietoja tarkastelemalla voitiin huomata, että reuma oli kuulunut vastaajien elämään jo monta vuotta. Selviytyminen sairauden kanssa koettiin kohtalaisen helpoksi vaikka, joitakin rajoitteita sairaus oli tuonut tullessaan. Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää reumapotilaan toimintakykyä heidän itsensä arvioimana. 76 % vastaajista koki toimintakyvyn alentuneen, syinä mainittiin muun muassa kivut ja jäykkyys. Myös univaikeudet ja sairauden aiheuttamat henkiset paineet rasittivat vastaajia. Työssäkäyviä vastaajia oli 14 % ja loput olivat joko eläkkeellä tai osaaikaeläkkeellä. Tästä voidaan päätellä, että reuma sairautena oli vaikuttanut varmasti työssä selviytymiseen. Toisaalta taas 21 vastaajaa oli jo eläkeiässä. Kuitenkin vain 12 % vastaajista kertoi, ettei reuma sairautena ollut vaikuttanut heidän työssä tai elämässä selviytymiseensä.

Kipulääkkeitä vastaajilla (n=8) oli käytössä säännöllisesti tai tarvittaessa. Kortisonivalmisteita säännöllisesti käyttäviä oli seitsemän vastaajaa. Vastaajat käyttivät kahdeksaa erilaista reumalääkettä. Viisi vastaajaa kertoi, ettei heillä ollut käytössään mitään lääkettä. Toimintakykynsä koki alentuneen 19 vastaajaa, joten voidaan miettiä oliko lääkehoidon puitten tehty kaikki mahdollinen vastaajien toimintakykyä ja elämänlaatua ajatellen.

Pääsääntöisesti kaikki vastaajat harjoittivat jotakin omaehtoisen kuntoilun muotoa. Suosituimpia oli muun muassa kävely, vesivoimistelu ja venyttely. Vastaajat kokivat liikunnan säännöllisestä harrastamisesta olevan apua toimintakyvyn ylläpitämiseen (72 % vastaajista). Vastaajilla oli myös liikuntamuotoja joita he eivät voineet enää harrastaa esimerkiksi niiden aiheuttaman kivun vuoksi. Vastaajat olivat osallistuneet Reumayhdistyksen järjestämiin vesivoimisteluihin, hierontaan, fysioterapiaan, tuolijumppaan ja kuntosaliharjoitteluun. Vaikeana vastaajat kokivat tiedon puutteen eli sen mitä kuntoutuspalveluita olisi ollut mahdollista saada sekä niihin osallistumisen pitkän matkan vuoksi. Myös rahallista tukea jotkin vastaajat kaipasivat esimerkiksi Kelalta.

32 % vastaajista ei ole ollut laitoskuntoutusjaksoilla kertaakaan. Yhteensä 56 % laitoskuntoutuksesta olleista, olivat olleet jaksoilla 1-5 kertaa. Kun ajatellaan, että vastaajat olivat sairastaneet reumaa 10 -20 vuotta, niin voidaan todeta, ettei kuntoutusjaksoille pääse kovinkaan usein. Laitoskuntoutusjaksoilla potilasta oli motivoitu oman itsensä hoitamiseen sekä siellä oli jaettu tietoa sairaudesta ja sen hoitomuodoista. Tätä asiaa vasten tarkasteltuna tuntui, että jaksoja tulisi järjestää kaikille reumaa sairastaville. 32 %, jotka eivät ole jaksoilla olleet, eivät välttämättä ole saaneet tietoa sairaudesta kuin lyhyillä reumapoli -känneillä tai lääkärinvastaanotolla. Vastaajat kokivat myös toisinaan hankalaksi päästä lääkärin puheille, koska resursseja ei ollut riittävästi.

Silvennoinen-Nuoran (2004, 130) tutkimuksessa ”Hoitoketjut ja vaikuttavuus” kerrotaan, että reumahoitajan rooli nähtiin merkittävänä kehittämiskohteena, koska hänen kanssaan reumapotilas tulisi toimimaan kaikkein eniten. Reumahoitaja toimii potilaan yhteyshenkilönä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä. Reumalääkärin tai reumahoitajan puuttuminen tai vaihtuminen on toimintojen keskeinen este. Sillä on vaikutusta palvelujen saantiin, riittävyyteen ja laatuun. Voidaan pohtia ovatko resurssit riittämättömiä reumapotilaiden hoitoon. Tai onko lääkärin/hoitajien vaihtuvuus syynä riittämättömään tiedonsaantiin ja palveluiden vaihtelemaan laatuun?

Olisi tärkeää paneutua reumapotilaiden hoitoon entistä enemmän koska tämän tutkimuksen ja tutkimuksen ”Selkärankareumapotilaiden käsityksiä kuntoutuspalveluista” mukaan, suurin osa vastaajista kokee sairauden rajoittavan elämäänsä jonkin verran. Kuusisen mukaan potilaat kärsivät muun muassa liitännäissairauksista. (Kuusinen 2004.)

Vain yhdellä vastaajalla oli voimassaoleva kuntoutussuunnitelma. Tätä tilannetta pohtiessa tulee mieleen Nikanderin käsittelemä asia kirjassa ”Terveysvistintä”. Moniammatillinen yhteistyö mainitaan usein terveydenhuollon kasvaviin haasteisiin vastaamisen ideaalina välineenä ja keskeisenä työkaluna. Yhteistyö takaa tasapuolisemman ja asiakkaan kannalta paremman hoito- ja päätöksentekotyön. Moniammatillisen yhteistyön kulmakivinä voidaan pitää selkeää kommunikointia ja viestintää. Moniammatilliseen työhön ja viestintään liittyy kuitenkin monia vaikeuksia. Potilaskeis-

keisyyden tulisi näkyä siten, että potilas otetaan mukaan päätöksentekoon ja tilanteiden arviointiin. Epäonnistunut tiimityöskentely vaikuttaa tiedonkulkuun ja suoraan potilaiden kanssa tehtävään työhön. (Nikander 2002, 55-57.) Onko syy kuntoutussuunnitelmien puutteessa moniammatillisen työryhmän haasteissa vai onko kuntoutussuunnitelma ehkä laadittu ilman potilaan läsnäoloa tai osallistumista? Miten kuntoutumista voidaan arvioida ilman minkäänlaista suunnitelmaa?

Nykyään on asetettu enemmän ja enemmän painoa itsehoitoon ja potilaan aktiivisuuteen, mutta ei varmastikaan ole motivoivaa kun tietoa ei ole tai resurssit eivät riitä. Myös kielteiset päätökset, esimerkiksi kuntoutuksen suhteen, kerta toisensa jälkeen eivät motivoi sairastunutta.

Neljäntenä tutkimusongelmana oli selvittää Rauman Reumayhdistyksen jäsenten tyytyväisyyttä toiminnan suhteen. Vastauksista kävi ilmi, että vain seitsemän henkilöä osallistui toimintaan säännöllisesti. Toimintaan kaivattiin lisää monipuolisuutta ja pyydettiin huomioimaan tapahtumissa kauempana asuvat sekä työssäkäyvät. Pohdittaessa yhdistyksen toimintaan osallistumista, voidaan miettiä, miksei toimintaan osallistuta. Ovatko vastaajat tyytymättömiä toimintaan? Osallistuttaisiinko toimintaan jos toiminta olisi monipuolisempaa tai sitä olisi vaihtelevasti eri kellonaikoihin ja eri paikkakunnilla? Suurin osa vastaajista (n=20) kuitenkin harrasti liikuntaa säännöllisesti ja tätä tarjottiin myös Reumayhdistyksen toimesta.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden synty. Tämän vuoksi tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioimisessa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten luotettavuutta, eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta esimerkiksi jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos. Tai jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2009. 231.) Kohdeorganisaatio tarkisti kysymykset ennen kyse-

lyn lähettämistä. Näin voitiin varmistua siitä, että tutkittiin oikeita asioita sekä saatiin riittävästi tietoa.

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiin voidaan saada vastaukset sen mukaan miten vastaaja on ne ymmärtänyt, eikä sen mukaan mitä kysyjä on tarkoittanut. Jos tutkija käsittelee saatuja vastauksia alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009. 231-232.) Tässä työssä on käytetty vastauksista suoria lainauksia, jotta vastaajan tarkoittama vastaus tuli esille ilman asian vääristymistä.

### 7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimus on arvoperustaista toimintaa. Tutkimuksella pyritään löytämään jostakin asiasta totuus, tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä. Tutkija on vastuussa yhteiskunnalle, itselleen ja toisille yhteisöille tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. Tutkimusetiikka pitää sisällään sen, että tutkimus tehdään eettisesti luotettavasti. (Leino-Kilpi & Välimäki. 2009. 361-362.) Tutkimusta tehtäessä tutkijan tulee ottaa huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvien tutkimuseettisten periaatteiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustulosten esittämisessä ja arvioimisessa. Tutkija noudattaa avoimuutta tutkimustuloksia julkaistaessa. Muiden töitä omassa tutkimuksessaan lainatessaan, tutkija kunnioittaa näiden työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon. (Hirsjärvi ym. 2009. 23-24.) Tässä työssä on verrattu tietoa ja tuloksia muiden tutkijoiden tekemiin tutkimuksiin, tärkeää oli tuoda tarkasti esille tutkijan ja tutkimuksen nimi, jotta tutkija saa asiaan kuuluvan arvon. Vastauksia lainatessa ei ole ollut käytetty sellaisia ilmaisuja joista voisi päätellä vastaajan henkilöllisyyden.

Tutkimusongelma ohjaa aineistonkeruun menetelmiä, ihmisiä tutkittaessa tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu. Tutkimussuhde voi olla välitön tai välillinen (kyselytutkimus). Tutkimusaineiston keruussa on kiinnitettävä huomio ihmisen oikeuksiin ja kohteluun. Tutkimukseen suostuminen vaatii, että tutkittavaa informoidaan tutkimuksesta, kuvataan heidän oikeutensa ja velvollisuutensa sekä tutkittavalla on mahdollisuus myös keskeyttää tutkimus. Tutkittavalle tulee taata anonymiteetti eli heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljasteta ulkopuoliselle. Tutkittavan oikeuksiin kuuluu oikeus tietoon koko aineistonkeruun ajan. Tutkittavalla on oikeus esittää selventäviä kysymyksiä. Hänellä on oikeus tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja rehellisesti sekä saada tietoa tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009. 367.) Tutkimuksen mukana vastaajille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tarkasti tutkimuksen tarkoituksesta. Vastaaja sai itse päättää halusiko osallistua tutkimukseen. Myös vastaaja halutessaan sai ottaa yhteyttä tutkijaan lisätietoa kaivattaessaan, saatekirjeessä oli tutkijan yhteystiedot.

Tutkimusaineiston analyysi voidaan tehdä monin tavoin. Eettisesti keskeistä on, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko kerättyä aineistoa. Esimerkiksi ei ole hyväksyttävää jättää analysoimatta jotakin kyselylomakkeen kysymystä. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2009. 369.) Tässä tutkimuksessa oli hyödynnetty kaikkia kysymyksiä, jotta jokaisen vastaajan vastaus tuli kuuluville. Kaikki kysymykset analysoitiin samalla tavalla. Vastauksista kerättiin luokkia ja avoimista kysymyksistä käytettiin suoria lainauksia.

Tutkimusetiikka edellyttää, että tutkija huomioi toiminnassaan tutkimuksen kohteena olevat henkilöt. Tutkimusotteen eettiset vaatimukset pitää sisällään laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkka ja rehellinen toteuttaminen. Tutkijan on tuotava ilmi tutkimusaiheitaan koskevat valinnat ja perustelut. Hoitotieteen tutkimusetiikan tulee olla sopusoinnussa yleisen tutkimuksen etiikan ja hoitotyön etiikan kanssa. (Hoitonetti, 2011.) Vastauksissa on kerrottu tarkka vastausmäärä tai kuinka moni vastaaja oli asiasta samaa mieltä. Keinoina käytettiin vastaajien lukumäärän ilmaisemiseksi  $n=$  tai prosenttilukua. Myös suorissa lainauksissa lainauksen perässä ilmeni vastausnumero.



Kyseessä olevassa tutkimuksessa siis tutkittaville lähetettiin kyselyn mukana saatekirje, jossa ilmeni tutkijan yhteystiedot, mikäli kysyttävää tulisi. Yksi puhelu tuli esimerkiksi kohdehenkilön poismenosta, jotta opinnäytteentekijä ei odota vastauksia turhaan. Jotkin kohdeihmiset myös lähettivät tyhjän kyselyn takaisin, jossa kertoivat, että he eivät kokeneet kyselyn olleen heidän tilanteeseensa sopiva.

#### 7.4 Jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kiinnostaisi jatkotutkimukset muilla paikkakunnilla, etenkin suuremmissa kaupungeissa, joissa tarjonta on laajempaa. Olisiko tarjonnan laajuudella vaikutus potilaiden tietoon omasta sairaudestaan tai onko muilla paikkakunnilla samat ongelmat kuntoutukseen pääsyn suhteen. Tarjonnalla tarkoitetaan palveluiden tarjontaa, tiedon saantia sekä asiaan perehtymistä. Esimerkiksi reumapoliklinikan asiakkaille ja työntekijöille voisi tehdä tutkimuksen kuntoutussuunnitelman käytöstä. Käytetäänkö sitä, olisiko siitä apua ja miten sitä voitaisiin kehittää. Myös olisi mielenkiintoista tehdä tutkimus eri paikkakuntien laitospääsyjaksoille osallistuville, jakson hyödyistä ja kehittämisehdotuksista. Olisiko tuloksissa eroja eri paikkojen suhteen?

Tutkimuksia reumapotilaille oli tehty hyvin vähän, siksi kiinnostavaa olisi tutkimukset reuman hoidosta, esimerkiksi lääkehoidon tuloksista. Mielenkiintoista olisi myös tutkimus iältään nuoremmille reumaa sairastaville verraten vanhempiin tai juuri sairastuneiden tiedon ja kuntoutussuunnitelman saannista hoidon alkuvaiheessa.

## LÄHTEET

Aalto A, Hurri H, Järvikoski A, Järvisalo J, Karjalainen V, Paatero H, Pohjolainen T & Rissanen P. 2002. Kannattaako kuntoutus? Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Duodecim. 2009. Nivelreuma. (Viitattu 28.1.2013) Saatavissa:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi21010?hakusana=reuma#s20>

Hakala M. 2007. Tuoreen nivelreuman taudinkuva ja diagnostiikka. Kustannus Oy Duodecim. (Viitattu 28.1.2013) Saatavissa:  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00145&p\\_haku=moninivel tulehdus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00145&p_haku=moninivel tulehdus)

Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Helve T. 2010. Laboratoriokokeet reumasairauksien hoidossa. (Viitattu 28.1.2013) Saatavissa:  
<http://www.helsinginreumayhdistys.com/texts.php?pid=54&pcat=1&m=0>

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Hoitonetti. 2011. Hoitotyön asiantuntijan netti. Vuorovaikutuskulttuuri hoitotyössä. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys. Saatavissa:  
[http://hoitonetti.turkuamk.fi/Hoitonetti/2005\\_Vuorovaikutuskulttuuri/Tutkimuksenluotettavuus.html](http://hoitonetti.turkuamk.fi/Hoitonetti/2005_Vuorovaikutuskulttuuri/Tutkimuksenluotettavuus.html)

Järvikoski A & Härkäpää K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOYpro Oy.

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

Kela. 2011. Kuntoutussuunnitelma. Saatavissa:  
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/180608172300HL?OpenDocument>

Kela. 2011. Työkäisille. Saatavissa:  
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801114531EH>

Kettunen R, Kähäri-Wiik K, Vuori-Kemilä A & Ihalainen J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Kuusinen E. 2004. Selkärankareumapotilaiden käsityksiä kuntoutuspalveluista. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Kähäri-Wiik K, Niemi A & Rantanen A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypä Hoito. 2012. Nivelreuma. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi21010?hakusana=reuma#s9>

Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leirisalo-Repo M, Hämäläinen M & Moilanen E. 2002. Reumataudit. Duodecim. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Martio J, Karjalainen A, Kauppi M, Kukkarainen M & Kyngäs H. 2007. Reuma. Duodecim. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Miettinen S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Murto P. 2012. Reumapotilaan lääkehoito. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=reuma](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=reuma)

Niittymäki H & Sandholm O. 2012. Perioperatiivisten sairaanhoitajien ergonomia - Havainnointitutkimus. Saatavissa:

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7\\_2005/muut\\_artikkelit/perioperatiivisten\\_sairaanhoitaj/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7_2005/muut_artikkelit/perioperatiivisten_sairaanhoitaj/)

Nikander P. 2002. Moniammatillinen terveystiedettä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Torkkola (toim.) 2002. Terveystiedettä. Helsinki. Tammi.

Rauman Reumayhdistys Ry. 2012. Yhdistyksen toiminta. Saatavissa:

[http://raumanreumayhdistys.nettisivut.fi/yhdistyksen\\_toiminta/](http://raumanreumayhdistys.nettisivut.fi/yhdistyksen_toiminta/)

Suomen Reumaliitto ry. 2002. Reuma-aapinen, toinen painos. Helsinki.

Rissanen P, Kallanranta T & Suikkanen A. 2008. Kuntoutus. Duodecim. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Silvennoinen-Nuora L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Tampereen yliopisto.

Somerma S. 2007. Reumakyhmyt. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00043](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00043)

Suomen Reumaliitto Ry. Nivelreuman peruslääkehoito. Saatavissa:

[http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumalaakkeet/nivelreuman\\_peruslaakehoito/](http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumalaakkeet/nivelreuman_peruslaakehoito/)

Terveysportti. (Viitattu 28.1.2013) Saatavissa:  
[http://www.terveysportti.fi/terveysportti/laake.dlr\\_laake.koti](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/laake.dlr_laake.koti)

Terveysportti. (Viitattu 28.1.2013) Saatavissa:  
[http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex\\_terminologia.koti](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti)

Saara Törhönen  
XXXXXXXXXX

26100 Rauma

XXXXXXX

saara.torhonen@student.samk.fi

ANOMUS

4.9.2012

Puheenjohtaja Marjatta Komaro  
Rauman Reumayhdistys

## TUTKIMUSLUPA

Opiskelen ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoitajaksi, Rauman toimipisteessä. Tarkoitukseni on valmistua joulukuussa 2012. Teen opinnäytetyötä Reumapotiilaan kuntoutuksen vaikutuksesta toimintakykyyn. Opinnäytteeni ohjaaja on Kirsti Santamäki (puh. XXXXXXXXX).

Tarkoitukseni olisi postittaa opinnäytteeseen liittyvä kysely vastaajille. Reumayhdistys luovuttaa 50kpl jäsentensä yhteystietoja, joille kyselyt lähetän. Kyselyyn vastaaminen on luottamuksellista, ja vastaajan tiedot eivät ilmene vastauksista.

Pyydän kohteliaimmin lupaanne lähettää oheisen kyselyn Rauman reumayhdistyksen jäsenille.

Ystävällisesti

Saara Törhönen

TUTKIMUSLUPA MYÖNNETTY Kyllä  Ei

Marjatta Komaro

Rauman Reumayhdistyksen puheenjohtaja

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA!

Opiskelen ammattikorkeakoulun Rauman toimipisteessä sosiaali- ja terveysalaa. Tarkoitukseni on valmistua joulukuussa 2012 sairaanhoitajaksi. Teen opinnäyte-työnäni tutkimusta reumapotilaan kuntoutuksen vaikutuksista toimintakykyyn. Olen saanut yhteistyötahokseni Rauman Reumayhdistyksen, jonka välityksellä olen yhteystietonne saanut. Toivon mahdollisuuttanne vastata liitteessä olevaan kyselyyn, koska työtä tehdessäni olen huomannut miten vähän kyseistä aihetta on tutkittu. Toivon teidän vastaavan huolellisesti koko kyselyyn. Mikäli kyselyssä on joitakin kysymyksiä, jotka eivät koske teitä, toivon teidän silti vastaavan muihin kysymyksiin.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Yhteystietonne hävitetään, kun olen kyselyt teille lähettänyt. Vastauksissa ja opinnäytteessä ei teidän tietonne tule esille. Toivoisin, että lähetätte vastaukset minulle takaisin viimeistään 25.9.12.

Vaivannäöstänne lämpimästi kiittäen

Saara Törhonen

Sairanhoitaja (AMK) opiskelija

XXXXXXXXXX

saara.torhonen@student.samk.fi

## KYSELYLOMAKE

1. Sukupuoli:  mies  
 nainen

2. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

3. Työtilanne:  työssä  
 työtön  
 eläkeläinen  
 opiskelija

4. Minä vuonna reuma sairautenne todettiin?

- alle vuosi sitten  
 1-5 vuotta sitten  
 5-10 vuotta sitten  
 yli 10 vuotta sitten  
 yli 20 vuotta sitten

5. Kuinka kauan kesti oireiden alettua, että sairaus diagnosoitiin?

- alle vuosi  
 1 vuosi  
 2 vuotta  
 3 vuotta tai kauemmin

6. Onko sairautenne vaikuttanut jokapäiväiseen elämäänne/ toimintakykyynne, miten?

---

---

---

---

7. Onko reuma vaikuttanut ammatinvalintaanne tai työssä selviytymiseenne?

---

---

---

---

8. Mitä lääkkeitä käytätte reumanne hoidossa tällä hetkellä?

---

---

---

---

9. Koetteko, että lääkityksestä on apua? Auttaako lääkitys jokapäiväisessä elämäsänne ja pystyttekö kuntoilemaan?

---

---

---

---

10. Mitä apuvälineitä teillä on käytössä?

---

---

---

---

11. Oletteko tehneet kuntoutussuunnitelman terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa?  
Kenen?

---

---

---



12. Onko kuntoutussuunnitelma ollut tarpeisiinne sopiva ja onko sitä hyödynnetty riittävästi kohdallanne?

---

---

---

13. Käytättekö kuntoutuspalveluita  säännöllisesti, kuinka usein? \_\_\_\_\_

toisinaan

harvoin

en ole käyttänyt ollenkaan

14. Mikäli olette käyttäneet kuntoutuspalveluita, mitä ne ovat olleet?

---

---

---

---

15. Onko saatavilla olevat kuntoutuspalvelut riittäviä? Kaipaatteko jotakin lisää?

---

---

---

---

#### OMAEHTOINEN KUNTOUTUS

16. Kuinka usein harrastatte liikuntaa, joka kestää yhtäjaksoisesti yli 30 minuuttia?

päivittäin

2-4 kertaa viikossa

1-2 kertaa viikossa

kerran kahdessa viikossa

kerran kuukaudessa

en koskaan

17. Millaista liikuntaa harrastatte?

---

---

---

18. Koetteko, että liikunta on edistänyt toimintakykyänne? Miten?

---

---

---

---

19. Onko joitain liikuntamuotoja joita harrastitte ennen, mutta ette voi enää?

---

---

## LAITOSKUNTOUTUS

20. Montako kertaa olette olleet laitoskuntoutusjaksolla?

- yli 10 kertaa
- 5-10 kertaa
- 3-5 kertaa
- 1-3 kertaa
- en koskaan

21. Missä laitoskuntoutusjaksonne on ollut?

---

---

22. Miten kauan jakso kesti ja oliko sen pituus mielestänne riittävä?

---

---

23. Millaisia kuntoutuspalveluita olette saaneet ko. jaksoilla?

---

---

---

---

24. Ovatko kuntoutusjaksot vastanneet odotuksianne?

---

---

---

---

25. Ovatko kuntoutusjaksot auttaneet sairautenne hoidossa?

---

---

---

---

26. Osallistutteko Rauman Reumayhdistyksen järjestämiin toimintoihin? Mihin?

---

---

---

---

27. Onko teillä toiveita yhdistyksen toiminnan kehittämiseksi?

---

---

---

---

*KIITOS VASTAUKSISTANNE!*

