



ESA NORDLING

Ruvettiin pitämään ihmisenä

Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden
kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö
ja psykososiaalinen hyvinvointi



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
Pinni B:n luentosalissa B1100, Kanslerinrinne 1, Tampere.
14. päivänä syyskuuta 2007 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto

Psykologian laitos

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU

PL 617

33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu

Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1245

ISBN 978-951-44-7023-3 (nid.)

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 639

ISBN 978-951-44-7024-0 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2007

ESIPUHE

Törnävän sairaalassa oli vuoden 1985 alussa virallisesti 691 sairaansijaa ja 20 hoito-osastoa. Hoito-osastot oli jaettu akuutti-, pitkäaikais-, vanhus- sekä nuoriso- ja lastenpsykiatrian vastuualueisiin. Sairaalassa hoidettiin paitsi eteläpohjalaisia potilaita myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keski-Pohjanmaan mielisairaanhuoltopiirin alueelta kotoisin olevia potilaita. Pitkäaikaispsykiatrian hoito-osastoja oli kahdeksan. Nämä osastot olivat yhtä lukuun ottamatta yli 20-paikkaisia suljettuja osastoja, joissa hoidettiin etupäässä kroonisia skitsofreniapotilaita.

Törnävän sairaalan pitkäaikaispsykiatrian osastolla 9 hoidettiin 1980-luvun alkupuolella skitsofreniaa sairastavia miespotilaita, joista useat olivat olleet vuosikautia yhtäjaksoisesti sairaalahoidossa. Hoito-ohjelman perusrunkona olivat omahoitajasuhteet. Osa potilaista kävi sairaalan työterapiassa. Lisäksi potilaat osallistuivat liikunta- ja taideterapiaryhmiin. Osaston toiminnalla ei ollut selkeitä kuntouttavia tavoitteita, vaan pikemminkin toimintaa järjestettiin potilaille ajankuluksi. Vuoden 1983 lopulla osastolla virisi keskustelua hoitoidologian muutoksen tarpeellisuudesta, koska silloisella toiminnalla ei koettu saatavan aikaan riittäviä tuloksia.

Kehittämisaikatuksia vauhditti vuoden 1984 alussa pidetty koulutustilaisuus, jossa esiteltiin Hesperian sairaalan osasto 1-1:n oppimisterapeuttista hoitomallia eli vastuutasojärjestelmää. Osasto 9:n henkilökunta teki toukokuussa 1984 opintomatkan Hesperian sairaalaan, minkä jälkeen myös Seinäjoella päätettiin aloittaa vastuutasojärjestelmään perustuva kuntouttava hoito-ohjelma. Vuoden 1984 aikana vastuutasojärjestelmään siirtymistä valmisteltiin säännöllisten projektikokousten avulla ja samalla henkilökunta harjoitteli hoito-ohjelmaan olennaisena osana kuuluvan seurantalomakkeiston käyttöä. Virallisesti hoito-ohjelma aloitettiin 21.1.1985. Siitä lähtien osastolle ohjattiin myös naispotilaita.

Hesperian sairaalassa vastuutasojärjestelmän vaikutuksia seurattiin sekä ilmapiiri- että potilasseurannan avulla. Myös Seinäjoella pidettiin vastaavantyyppistä tutkimusseurantaa tarpeellisena hoito-ohjelman aloittamisen yhteydessä. Osastolla 9 ilmapiiriin liittyviä arvioita tehtiin vuosina 1985-1999 yhteensä 13 kertaa. Potilaskohtainen seuranta aloitettiin myös vuoden 1985 aikana, minkä jälkeen 10 potilaan elämänvaiheita seurattiin kahden vuoden ajan haastattelujen avulla. Vaikka seurantapotilaiden kokemukset hoito-ohjelmasta olivat pääosin myönteisiä, oli johtopäätösten tekeminen tuloksista kohderyhmän pienen koon vuoksi vaikeaa eikä tuloksia myöskään raportoitu kirjallisina.

Jatkotutkimus voitiin käynnistää vuonna 1990 Suomen Akatemian rahoituksella. Seurannan kohteeksi otettiin aluksi kaikki siihen mennessä kuntoutusohjelmassa olleet potilaat. Koska Keski-Suomen ja Keski-Pohjamaan sairaanhoitopiirit lopettivat vähitellen Törnävän sairaalan (vuoden 1991 alusta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan T-osastot) käytön ja kutsuivat alueensa potilaat omien palveluidensa piiriin, päätettiin seurannan kohderyhmä rajata Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelta kotoisin oleviin skitsofreniapotilaisiin. Samalla kohderyhmään kuuluvien määrää lisättiin niin, että mukaan otettiin myös vuosina 1990 ja 1991 vastuutasojärjestelmässä olleet eteläpohjalaiset skitsofreniapotilaat. Näin seurantaryhmään tuli 126 kuntoutujaa. Tämä tutkimusraportti kuvaa näiden henkilöiden kuntoutumista vastuutasojärjestelmässä, heidän elämänvaiheitaan, kuntoutumisreittejä ja hoitopalveluiden käyttöä kuntoutusohjelmasta lähdön jälkeen sekä psykososiaalista hyvinvointia vähintään viiden vuoden kuluttua siitä, kun he siirtyivät pois osasto 9:n (nykyisin T9) vastuutasojärjestelmästä.

Olen tutkimusprosessin aikana tavannut satoja ihmisiä, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että tämä raportti syntyi. Psykologi Esa Sariola houkutteli minut Hesperian sairaalan ilmapiiriseurantatutkimukseen tekemään potilashaastatteluja. Sen vuoksi oli luonnollista, että kun Seinäjoella aloitettiin vastuutaso-ohjelma, niin jatkoin myös siellä haastattelijana. Näistä mahdollisuuksista olen kiitollinen sekä Esalle että Törnävän sairaalan osasto 9:n osastonhoitaja Seppo Kaatajalle. Kun vuonna 1987 aloitin Törnävän sairaalan johtavana psykologina, olivat perehtymismahdollisuudet vastuutasojärjestelmään entistä paremmat. Suomen Akatemialta saatu viiden kuukauden apuraha mahdollisti tutkimuksen aloittamisen ja myöhemmin Tampereen yliopistolta saatu tutkimusapuraha sekä Tampereen yliopistollisesta sairaalasta ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä saadut EVO-rahoitteiset tutkijakuukaudet mahdollistivat osaltaan aineiston keräämisen ja haastattelujen tekemisen. Näistä materiaalisista tukimuodoista kiitän ko. organisaatioiden päättäjiä. Erityisesti johtajaylilääkäri Hannu Puolijoen asennoituminen tutkimukseeni on ollut rohkaisevaa ja kannustavaa.

Tutkimukseni ohjaaja, professori Markku Ojanen on ollut korvaamaton vaikuttaja tutkimuksen etenemiseen. Hänen ohjauksessaan olen oppinut pohtimaan asioita monialaisesti ja kriittisesti. Kun tutkimusprosessin aikana punainen lanka on välillä kadonnut ja epätoivo vallannut mielen, ovat hänen rauhoittavat ja opastavat näkemyksensä auttaneet löytämään eteenpäin vieviä ratkaisuja. Hän on lisäksi ystävyyden hengessä kannustanut minua pitkäjänteiseen työskentelyyn. Annan hänelle suuret kiitokset tästä kaikesta.

Väitöskirjani esitarkastajat professori Heimo Viinamäki ja dosentti Tero Timonen ovat ohjaavilla kommenteillaan, kysymyksillään ja ehdotuksillaan auttaneet minua löytämään uusia ja tärkeitä näkökulmia tutkimusaiheeseen. Heidän asiantuntemuksensa avulla tämä raportti on täsmentynyt ja jäsentynyt monelta osin paremmaksi ja oma oppimiseni kirjoitusprosessin aikana on jatkunut viimehetkiin asti. Uskon, että heidän näkemyksillään tulee olemaan osin vaikutusta myös siihen työhön, jota psykologina arjessa teen. Tästä kaikesta heille kuuluu erityinen kiitos.

Haluan kiittää työtovereitani Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, Pohjanmaa-hankkeessa ja Tampereen yliopiston psykologian laitoksella siitä, että he ovat antaneet minulle työyhteisöön kuulumisen kautta henkisiä voimavaroja ja osallisuuden tunnetta sekä osoittaneet kiinnostusta tutkimustani kohtaan.

Erittäin suuret kiitokset osoitan tutkimukseni kohteena olleille kuntoutujille. Tunnen, että heidän tapaamisensa haastattelujen yhteydessä vaikuttivat minuun enemmän kuin mikään muu yksittäinen kokemus työhistoriassani. Ne olivat kokemuksia, joita ei löydy kirjoista. Toivon, että tutkimukseni voi raportin suositusten mukaisesti vaikuttaa kuntoutuksen ja hoidon kehittämiseen Suomessa. Silloin ne sadat tunnit, joita vietimme kuntoutujien kanssa keskustellen, konkretisoituvat kuntoutujien ja heidän omaistensa hyödyksi.

Kiitän myös tutkimukseeni osallistuneita ammatti-ihmisiä. He vastasivat arkisten työkiireidensä keskellä varsin mittavaan kuntoutujaa koskevaan kyselylomakkeistoon. Ilman heidän apuaan ja sitoutumistaan tutkimukseni ei olisi valmistunut nykyisessä laajuudessaan.

Kiitän äitiäni ja edesmennyttä isääni sekä lähisukulaisiani siitä, että he ovat jaksaneet tukea ja olla kiinnostuneita työstäni, vaikka matka perille on kestänyt kauan.

Lapseni Johanna, Tommi, Olli, Aku ja Otto ovat seuranneet kiinnostuneen kärsivällisinä, ehkä hieman huvittuneinkin, kirjoitustyön etenemistä. Kysymys, ”joko se pian on valmis”, on muuntunut ajan kuluessa koomiseksi toteamukseksi eli kuten nuorimmainen Otto lakonisesti totesi: ”Eihän siinä ole vielä edes neljääsataa sivua.” Kiitos heille siitä, että he positiivisuudellaan ovat pitäneet minut hyvällä tuulella.

Vaimoni Marjan kanssa olen jakanut tutkimuksen tekemiseen liittyvät frustraatiot ja ilon tunteet. Olen voinut pohtia hänen kanssaan monia kuntoutukseen liittyviä kysymyksiä terapeutisessa ilmapiirissä. Hänen

tietonsa ja kokemuksensa skitsofreniapotilaiden kuntoutuksesta ovat olleet suureksi avuksi. Annan hänelle rakkaat kiitokset.

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää (1) psykiatrisen osaston vastuutasojärjestelmässä hoidettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumista, (2) hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttöä, (3) kuntoutumisreittejä, (4) potilaiden elämäntilannetta ja elämänmuutoksia sekä (5) psykososiaalista hyvinvointia, kun vastuutasokuntoutuksen päättymisestä oli kulunut vähintään viisi vuotta.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kaikki osaston kuntoutusohjelmaan ajalla 21.1.1985-31.12.1991 tulleet skitsofreniapotilaat, joiden kotipaikka oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Näin tutkimuksen kohderyhmään tuli 126 potilasta. Seurannan aikana kohderyhmän potilaista kuoli 15 (12 %). Seurantahaastattelu voitiin tehdä 105 potilaalle. Tutkimusryhmään kuuluu näin 95 % haastatteluhetkellä elossa olleista ja 83 % koko kohderyhmän potilaista. Tutkimusryhmässä oli 60 miestä (57 %) ja 45 naista (43 %). Potilaat olivat kuntoutusohjelmaan tullessaan keskimäärin 33,3 –vuotiaita ja he olivat tulleet psykiatriseen hoitoon ensimmäisen kerran keskimäärin 20,8 –vuotiaina. Nuorin potilaista oli 19-vuotias ja vanhin 58-vuotias. Lähes kaikki olivat eläkkeellä (94 %). Potilaiden yhtäjaksoisen sairaalahoidon pituus ennen ensimmäistä kuntoutusjaksoa oli keskimäärin 708 vuorokautta.

Potilaiden elämänselitykseen liittyvät taustatiedot, vastuutasojärjestelmää koskevat potilastiedot, tiedot potilaiden käyttämistä hoito- ja kuntoutuspalveluista sekä kuntoutumisreittien luokittelussa tarvittavat tiedot kerättiin potilasasiakirjoista. Potilaat arvioivat haastattelussa psykososiaalista hyvinvointiaan Markku Ojasen kehittämällä graafisella asteikolla, joita oli 27. Masennusarvioissa käytettiin BDI-mittaria ja elämän muutoksia kartoitettiin Sarasonin, Johnsonin ja Siegelin kehittämällä menetelmällä. Hoitajat ja terapeutit sekä tutkija arvioivat myös potilaan hyvinvointia Ojasen 18 graafisella asteikolla sekä GAS-asteikolla. Potilaiden psyykkisten oireiden arvioissa käytettiin BPRS - ja PANSS –asteikkojen yhdistelmää. Vastuutasokuntoutuksen päättymisestä haastatteluhetkellä oli kulunut keskimäärin 9,6 vuotta.

Potilaiden asumistietojen luokittelussa saatiin kuusi kuntoutumisreittiä, jotka olivat (1) vakaa laitosreitti (12,4 % potilaista), (2) intensiivisen sairaalahoidon reitti (26,7 %), (3) ajoittaisen sairaalahoidon reitti (19,0 %), (4) vakaa sosiaalisen tuen reitti (21,0 %), (5) progressiivinen reitti (10,5 %) ja (6) vakaa itsenäisen elämisen reitti (10,5 %).

Erinomaisesti tai hyvin kuntoutusohjelmassa menestyneitä oli noin puolet kuntoutujista. Vastuutaso-ohjelmassa menestyminen oli todennäköistä, jos

potilas oli motivoitunut ja käyttäytyi sosiaalisesti riippumatta siitä, mikä oli hänen toimintakykynsä. Kroonistuminen ja herkkyys väkivaltaiseen käyttäytymiseen olivat tulosten perusteella kuntoutumisen suuria esteitä. Kuntoutujien aktiivisuuden ja toimintakyvyn paraneminen sekä hyvä tai erinomainen menestyminen vastuutasokuntoutuksessa näkyivät psykiatrisen sairaalahoidon vähenemisenä.

Seuranta-aikana tutkimusryhmässä tapahtui itsenäistymistä ja hoitopalveluista irrottautumista. Suurin osa kuntoutujista oli kuitenkin sellaisia, jotka tarvitsivat sekä hoidollista että sosiaalista tukea selviytyäkseen sairaalan ulkopuolella. Tutkimusryhmän psykososiaalisen hyvinvoinnin yleistasoa voitiin pitää hyvänä. Hoitavat henkilöt ja tutkija arvioivat kuntoutujien hyvinvoinnin heikommaksi kuin kuntoutujat itse. Hoitavat henkilöt arvioivat hyvinvoinnin kielteisimmin. Vaikka näkemyksissä olikin tasoeroja, korreloivat arvioitsijoiden näkemykset monen hyvinvointia kuvaavan asteikon osalta tilastollisesti merkitsevästi. Huonosti vastuutasokuntoutuksessa menestyneet arvioivat toimintakykynsä muita heikommiksi. Kokemuksellinen riittävä sosiaalinen tuki oli vahvasti yhteydessä koettuun psykososiaaliseen hyvinvointiin. Hyvä hoitosuhde avohoidossa, johon liittyi kuntoutujan vastuunotto lääkityksestä, oli selvästi yhteydessä hyvinvointiin. Kuntoutujien elämässä parhaat asiat olivat arkipäiväiseen elämäntapaan sisältyviä harrastuksia ja ajanviettotapoja.

Hoitavat henkilöt arvioivat, että yli puolella kuntoutujista oli jatkokuntoutuksen tarve olemassa tutkimushetkellä. Tutkija arvioi jatkokuntoutuksen tarpeen vielä yleisemmäksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella tutkija kehitti hyvän kuntoutumisen mallin ja esitti 14 suositusta skitsofreniapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi Suomessa.

Avainsanat: skitsofrenia, kuntoutus, vastuutasojärjestelmä, psykososiaalinen hyvinvointi

ABSTRACT

The purpose of the study was to explore (1) the rehabilitation of schizophrenia patients under treatment in a privilege level -based system of a psychiatric ward, (2) the utilization of treatment and rehabilitation services, (3) the different routes to rehabilitation, (4) the standing and changes in the lives of the patients and (5) the psycho-social well-being of the patients after five years since their departure from the system.

The study was concerned with all the schizophrenic patients admitted to the program of the ward between 21.1.1985-31.12.1991 and who had a residence in the area of South Ostrobothnia. The target group of the study consisted of 126 patients. During the follow-up period 15 (12%) of the patients died. The follow-up interview could be conducted with 105 patients. Thus, the study group consisted of 95% of the patients alive at the time of the interview and 83% of the patients in the whole target group. There were 60 men (57%) and 45 women (43%) in the group. The patients were, on average, 33.3 years old when they entered the program and 20.8 years old when they had been admitted to a psychiatric treatment for the first time. The youngest of the group was aged 19 and the oldest 58. Almost all the patients were retired (94%). The length of continuous treatment received by the patients in a mental hospital before the first period of the rehabilitation was, on average, 708 days.

Research material related to the patients' personal history and background, patient data regarding the privilege level -based system, information of the patients' use of treatment and rehabilitation services and the materials needed for classifying the routes to rehabilitation were collected from medical records. The patients evaluated their psychosocial well-being in interviews with a set of 27 graphic scales developed by Professor Markku Ojanen. The BDI scale was used in measuring the patients' evaluations of their depression and finally, when inquired regarding changes in their lives, a method developed by Sarason, Johnson and Siegel was utilized. Nurses, therapists and the researcher evaluated the patients' well-being with Ojanen's 18 graphic scales as well as the GAS scale. The psychiatric symptoms of the patients were evaluated with a combination of the BPRS and the PANNS scales. The follow-up time was, on average, 9.6 years.

In classifying the data of the patients' forms of residence, six routes to rehabilitation were discovered: (1) Stable institutional care (12.4% of the patients), (2) intensive hospital care (26.7%), (3) occasional hospital care (19%), (4) stable social support (21.0%), (5) a progressive route (10.5%) and (6) stable independent living (10.5%).

On average, half of the patients succeeded excellently or did well in rehabilitation. Positive results in the level-based system were more likely if the patient was motivated and behaved socially regardless of his or her level of social functionality. According to the results, chronicity and susceptibility to aggressive behaviour were obstacles to rehabilitation. An increased level of activity and functionality as well as good or excellent success in the privilege system resulted in a reduced need for psychiatric hospital care.

Patients regaining autonomy and withdrawing from the treatment services in the study group increased during the follow-up. Most of the patients, however, required care and social support in order to function outside of the mental hospital. The general well-being of the patients was good. The therapists and the researcher assessed the patients' well-being to be on a higher level than the patients themselves. The therapists' assessments were the most negative. Though there were grading differences in these assessments, there existed statistically significant correlations in many of the scales that measured the patients' well-being. The patients who fared badly in the privilege system perceived their level of functionality as worse than those in other groups. The experience of adequate social support correlated strongly with subjective well-being. A good therapeutic relationship in out-patient treatment that had the patients take responsibility for their medication was also clearly related to well-being. The best things in the lives of the patients were hobbies and recreational activities related to everyday living.

The therapists estimated that more than half of the patients had a need for more rehabilitation at the end of the follow-up. The researcher estimated an even greater need for further rehabilitation.

On the grounds of the results, the researcher constructed a model of good rehabilitation and proposed 14 recommendations for furthering the treatment and the rehabilitation of schizophrenia patients in Finland.

Key words: schizophrenia, rehabilitation, privilege level -based system, psycho-social well-being

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE
TIIVISTELMÄ / ABSTRACT

1. JOHDANTO	19
1.1. SKITSOFRENIAN TUTKIMUSPERINNE SEKÄ HOIDON JA KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMIS- OHJELMAT SUOMESSA	19
1.2. SKITSOFRENIAN TUNNUSPIIRTEET	22
1.2.1. Positiiviset ja negatiiviset oireet	24
1.2.2. Kognitiiviset häiriöt	25
1.2.3. Mielialaoireet ja itsemurhariski	27
1.2.4. Toimintakyvyn häiriöt	29
1.3. SKITSOFRENIAN VARHAINEN KULKU JA ENNUSTE	29
1.3.1. Skitsofrenian varhaisindikaattorit	29
1.3.2. Ennuste	32
1.4. SKITSOFRENIAPOTILAIDEN KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	33
1.4.1. Kroonisuuden koodi	35
1.4.2. Terveysten hallintakäsitykset	37
1.4.3. Sosiaaliset taidot	40
1.4.4. Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkosto	42
1.4.5. Syrjäytyminen	44
1.4.6. Stigma	46
1.4.7. Elämänmuutokset ja stressi- haavoittuvuus –malli	48
1.4.8. Perheen tunneilmapiiri	50
1.4.9. Hoito- ja kuntoutuspalveluiden tarjonta ja käyttö	51
1.5. PSYKOSOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN MENETELMÄT	52
1.5.1. Lääkehoito	53

1.5.2. Yksilöpsykoterapiat	54
1.5.3. Perheterapia	57
1.5.4. Psykoedukaatio	58
1.5.5. Sosiaalisten taitojen harjoittelu	60
1.5.6. Kognitiivisten taitojen harjoittelu	61
1.5.7. Palveluohjaus	62
1.5.8. Ammatillinen kuntoutus	62
1.6. KUNTOUTUSMALLIT	63
1.6.1. Porrasteinen kuntoutusmalli	63
1.6.2. Kuntoutumista ohjaavan hoito- ja palvelujärjestelmän ideaalimalli	64
1.7. HOITO-OHJELMAT	67
1.7.1. Hoito-ohjelmien luokittelu	67
1.7.2. Vastuutasojärjestelmien teoreettiset perusteet	74
1.7.2.1. Strukturi	76
1.7.2.2. Palautteiden ohjaava vaikutus	78
1.7.2.3. Sosiaalinen oppiminen	80
1.7.2.4. Tehokkuus- ja tulosodotukset	82
1.7.2.5. Kognitiiviset tekijät	84
1.7.2.6. Voimaantuminen	86
1.7.2.7. Vastuutasojärjestelmän teoreettinen viitekehys	88
1.7.3. Vastuutasojärjestelmiin liittyviä tutkimustuloksia psykiatristen potilaiden kuntoutuksessa	90
1.7.3.1. Suomalaiset tutkimukset	90
1.7.3.2. Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset	94
1.7.4. Vastuutasojärjestelmän kritiikki	98

1.8.	SKITSOFRENIAPOTILAIDEN PSYKO- SOSIAALINEN HYVINVOINTI	99
1.8.1.	Hyvinvoinnin käsite	99
1.8.2.	Skitsofreniapotilaiden elämän- laatu ja hyvinvointi	103
1.8.3.	Skitsofreniapotilaiden elämän- laatuun ja hyvinvointiin yhteydes- sä olevat tekijät	106
1.8.4.	Persoonallisuuden ja kognitiivisten tekijöiden yhteys psyko- sosiaaliseen hyvinvointiin	111
2.	MENETELMÄT	112
2.1.	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	112
2.2.	TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	112
2.2.1.	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrinen hoitojärjestelmä	113
2.2.2.	Seinäjoen keskussairaalan osasto T9:n vastuutasojärjestelmä	118
2.3.	TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVAT	119
2.3.1.	Tutkimusryhmä	119
2.3.2.	Tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneet	121
2.4.	AINEISTON KERÄÄMINEN	123
2.5.	TUTKIMUSMENETELMÄT JA NIIDEN LUOTETTAVUUS	124
2.5.1.	Asiakirjatiedot	124
2.5.1.1.	Potilaiden elämänhisto- riaan liittyvät tausta- tiedot	125
2.5.1.2.	Vastuutasojärjestelmää koskevat potilastiedot	125

2.5.1.3. Tiedot potilaiden käyttä-	
mistä hoito- ja	
kuntoutuspalveluista	128
2.5.1.4. Kuntoutumisreittien	
luokittelu	128
2.5.2. Potilaiden haastatteluissa ja arvioin-	
neissa käytetyt menetelmät	131
2.5.2.1. Graafiset asteikot	131
2.5.2.2. Beck-asteikko (BDI)	134
2.5.2.3. Elämänmuutosten	
kartoitus	135
2.5.2.4. Muut kysymykset	135
2.5.3. Hoitajien, terapeuttien ja tutkijan	
käyttämät arviointimenetelmät	135
2.5.3.1. Graafiset asteikot	136
2.5.3.2. Psykiatriset oirearviot	137
2.5.3.3. GAS-asteikko	139
2.5.3.4. Muut arvioinnit	139
2.6. YHTEENVETO TUTKIMUSASETELMASTA	139
2.7. AINEISTON ANALYYSIT	140
3. TULOKSET	143
3.1. POTILAAT VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSSÄ	143
3.1.1. Hoitotavoitteet	143
3.1.2. Aktiivisuus ja velvoitteista	
huolehtiminen	144
3.1.3. Käyttäytyminen	146
3.1.4. Lääkitys	147
3.1.5. Toimintakyky	147
3.1.6. Menestyminen	148
3.1.7. Vastuutaso-ohjelman jälkeinen	
välitön hoito	150
3.1.8. Vastuutaso-ohjelman jälkeinen	
välitön asuminen	150

3.2. KUNTOUTUMISREITIT SEKÄ HOITO- JA KUNTOUTUSPALVELUIDEN KÄYTTÖ VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSTÄ LÄHDÖN JÄLKEEN	151
3.2.1. Kuntoutumisreitit ja niiden yhteys potilaiden hoitohistoriaan ja kuntoutumiseen vastuutasojärjestelmässä	151
3.2.2. Psykiatriset sairaalahoidot ja mielenterveystoimistossa saadut hoidot jälkiseurannan aikana	154
3.2.3. Psykiatrisissa sairaalahoidoissa ja mielenterveystoimistoissa saaduissa hoidoissa tapahtunut muutos	155
3.2.4. Tuettu asumishoito	157
3.2.5. Päivätoimintakuntoutus	158
3.2.6. Polikliiniset hoidot	158
3.2.7. Muut hoidot	158
3.2.8. Potilaiden asumismuodot jälkiseurannan aikana	159
3.2.9. Potilaiden hoitopaikat jälkiseurannan aikana	159
3.3. POTILAIEN ELÄMÄNTILANNE HAASTATTELUHETKELLÄ JA ELÄMÄNMUUTOKSET HAASTATTELUA EDELTÄNEEN VUODEN AIKANA	161
3.3.1. Asuminen	161
3.3.2. Hoitotilanne	162
3.3.3. Sosiaalinen tuki	164
3.3.4. Taloudellinen tilanne	164
3.3.5. Parhaiksi koetut asiat elämässä	165
3.3.6. Elämänmuutokset	165
3.4. VASTUUTASOJÄRJESTELMÄN KOETTU VAIKUTTAVUUS JA POTILAIEN TYYTYVÄISYYS VASTUUTASOJÄRJESTELMÄÄN	166
3.5. POTILAIEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI HAASTATTELUHETKELLÄ	168

3.5.1. Potilaiden arviot psykososiaalisesta hyvinvoinnistaan ja vertailu muihin ryhmiin	168
3.5.2. Potilaiden psykososiaaliseen hyvinvointiin yhteydessä olevat tekijät	172
3.5.3. Hoitajien ja terapeuttien sekä tutkijan arviot potilaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista	179
3.5.4. Psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden keskinäiset yhteydet ja yhteydet eri arvioitsijaryhmien välillä	188
3.5.5. Potilaiden psyykkiset oireet hoitajien ja terapeuttien sekä tutkijan arvioimana sekä niiden yhteydet potilaiden psykososiaaliseen hyvinvointiin	189
3.6. JATKOKUNTOUTUKSEN TARVE	192
3.7. AJATUKSIA VASTUUTASOJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISEKSI	194
4. TULOSTEN TARKASTELU	195
4.1. POTILAIEN KUNTOUTUMINEN VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSSÄ	195
4.2. VASTUUTASO-OHJELMAN JÄLKEISET KUNTOUTUMISREITIT, HOIDOT JA ASUMINEN	199
4.3. SOSIAALINEN TUKI JA TALOUDELLINEN TILANNE	204
4.4. PARHAAT ASIAT ELÄMÄSSÄ JA ELÄMÄN-MUUTOKSET	206
4.5. VASTUUTASOJÄRJESTELMÄÄ KOSKEVAT ARVIOT	207
4.6. PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI POTILAIEN ARVIOIMANA	208

4.7. POTILAIEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI JA PSYKKISET OIREET HOITAJIEN JA TERAPEUTTIEK SEKÄ TUTKIJAN ARVIOIMANA	212
4.8. JATKOKUNTOUTUKSEN TARVE	216
4.9. HYVÄN KUNTOUTUMISEN MALLI	216
5. TULOSTEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS	218
6. SUOSITUKSET SKITSOFRENIAPOTILAIEN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISEKSI	224
7. YHTEENVETO	227
7.1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET	227
7.2. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	227
7.3. KESKEISET TULOKSET	229
7.4. TULOSTEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS	230
7.5. SUOSITUKSET	231
LÄHDELUETTELO	233
LIITTEET	279
Liite 1. OSASTO T9:N HOITO-OHJELMA (VASTUUTASOJÄRJESTELMÄ)	279
Liite 2. KUNTOUTUSPOTILAAN HAASTATTELULOMAKE	295
Liite 3a. BDI	324
Liite 3b. Elämäntapahtumat edeltäneen vuoden aikana	325
Liite 4. KUNTOUTUSPOTILAAN ARVIOINTILOMAKE / hoitajan tai terapeutin arviot potilaasta	328

Liite 5. Analyyseissä käytetyt muuttujat jaoteltuna riippumattomiin ja riippuviin muuttujiin viimeisen analyysivaiheen mukaan	348
Liite 6. Liitetaulukot	353
Liite 7. Liitekuviot	380
Liite 8. Oireet	385
Liite 9. GAS	387

1. JOHDANTO

1.1. SKITSOFRENIAN TUTKIMUSPERINNE SEKÄ HOIDON JA KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISOHJELMAT SUOMESSA

Skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen tutkimus Suomessa aktivoitui 1960-luvulla. Ojasen ym. (1995, 15-16) näkemyksen mukaan tämä johtui sosiaalipsykiatrisen suuntauksen vahvistumisesta ja englantilaisten (mm. Wing, 1959; 1960; 1963; Brown, Bone, Dalison & Wing, 1966), yhdysvaltalaisien (mm. Freeman & Simmons, 1963) ja hollantilaisten (Speijer, 1960) tutkijoiden optimismia virittävistä käsityksistä, joiden mukaan skitsofreniapotilaita voidaan kuntouttaa ja laitostumista voidaan estää. Merkittäviä suomalaisia tutkimuksia olivat Elosuon (1966) väitöskirja ja Achtén (1967) helsinkiläisten skitsofreniapotilaiden prognoosia ja kuntoutumista selvittelevä tutkimus.

Merkittäviä ovat olleet myös Turussa tehdyt skitsofreniatutkimukset. Alanen (1993, 227) nimittää Turun psykiatrisen klinikan vuonna 1968 alkanutta skitsofrenian tutkimus- ja kehittämistoimintaa Turun skitsofreniaprojektiksi. Projektiin liittyvät tutkimukset ovat olleet potilaskohorttien seurantatutkimuksia, joista tärkeimmät Alasen (1993, 231) arvion mukaan ovat olleet Salokankaan (1977, 1985), Alasen ym. (1983; 1986; 1991) ja Lehtisen (1993) tutkimukset. Näillä tutkimuksilla selviteltiin ensimmäistä kertaa hoitoon tulleiden skitsofreniapotilaiden psykososiaalista ennustetta sekä potilaiden saaman yksilöpsykoterapian ja perhekeskeisyyden yhteyksiä hoitotuloksiin. Alanen tiivistää Turun projektin kohorttien ennustelöydösten vertailusta saatujen tulosten johtopäätökset niin, että *”painopisteen siirtyminen hoidon alkuvaiheeseen liittyviin interventioihin ja perhekeskeisyyteen näyttää todella kannattaneen.”* (Alanen, 1993, 243.) Turussa skitsofrenian tutkimusperinne on edelleenkin vahva. 1990-luvulla Turussa on kehitelty akuutin psykoosin integroitua hoitomallia (Vuorio ym., 1993a), jossa skitsofreniaryhmän psykoosin takia ensimmäistä kertaa sairaalassa olleita potilaita hoidettiin pääosin ilman neuroleptilääkitystä (Vuorio ym., 1993b). Raimo K.R. Salonkankaan tulo psykiatrian professoriksi Yrjö Alasen jälkeen on jatkanut skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen aktiivista kehittämis- ja tutkimustyötä Turussa.

Skitsofrenian riskitekijöitä ja varhaisia tunnistamisindikaattoreita on tutkittu erityisesti Oulun yliopiston pitkäaikaisissa seurantatutkimuksissa (esim. Isohanni ym., 1998; Räsänen ym., 1999; Isohanni ym., 2000; Isohanni ym., 2001 ja Isohanni, 2004). Skitsofrenian syntyyn vaikuttavia biologisia tekijöitä ja ympäristötekijöitä on tutkinut kaksois- ja adoptiotutkimusten avulla Tienarin tutkimusryhmä (esim. Tienari, 1992).

Merkittävä skitsofrenian kuntoutuksen tutkimusperinne Suomessa liittyy Sopimusvuori ry:n kehittämistyöhön. Anttisen, Elorannan ja Stenijin (1967) Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltopiirissä psykiatristen sairaalapotilaiden työkuuntoisuudesta tekemä tutkimus ja saman tutkijaryhmän kotisairaanhoidon koskeva selvitys (Anttinen ym., 1971) antoivat sysäyksen palvelujärjestelmien kehittämiseksi ja myös Sopimusvuori ry:n syntyyn (Ojanen ym., 1995, 17-22). Sopimusvuori ry:ssä on tehty tutkimustyötä vuodesta 1971 lähtien ja se voidaan jakaa kahteen päätyyppiin: toiminnan ja ilmapiirin kuvauksiin sekä asiakkaiden psykososiaalisen tilan seurantoihin (Ojanen ym., 1995, 93). Monet tutkimuksista ovat olleet pro gradu –opinnäytetöitä, mutta osa niistä on liittynyt kokonaisvaltaiseen kehittämistyöhön esimerkiksi valtakunnallisen skitsofreniaprojektin osana (ks. Skitsofreniaprojekti 1981-1987; Ojanen, 1988; Nojonen, 1990). Sopimusvuori ry:n porrasteinen kuntoutusjärjestelmä oli myös skitsofreniapotilaiden kuntoutuksen mallina monissa mielisairaanhuoltopiireissä 1980-luvulla (Skitsofrenian hoidon valtakunnallisen kehittämisen väliraportti, 1985, 131; Skitsofreniaprojekti 1981-1987, 114-116). Sopimusvuoreissa tehtyjä tutkimuksia ja niiden tuloksia on esitetty laaja-alaisesti sekä Anttisen ja Ojanen (1984) että Ojanen ym. (1995) teoksissa.

Vuonna 1981 käynnistyi Suomessa skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Ohjelman lähtökohdat liittyivät suomalaisen psykiatrisen hoidon laitoskeskeisyyden purkamiseen. 1970-luvun lopulla psykiatristen sairaansijojen määrä tuhatta asukasta kohden oli toiseksi korkein maailmassa (Tuori, 1994, 29). Kehittämisohjelman päätavoitteet olivat (1) skitsofreniapotilaiden uuskuoronistumisen vähentäminen, (2) vanhojen skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden avohoitoon kuntouttamisen tehostaminen ja (3) avohoidon ja sitä tukevien toimintojen määrällinen sekä laadullinen kehittäminen siten, että avohoito kykenee suoriutumaan kahden ensimmäisen tavoitteen aiheuttamista lisävelvoitteista (Skitsofreniaprojekti 1981-87, 32).

Kehittämisohjelma sisälsi kaksi laajaa projektia, joista toinen koski uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämistä (USP-projekti) ja toinen pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämistä (PSP-projekti). USP-projekti perustui Turun psykiatrisen klinikassa kehitettyyn skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon suuntaukseen ja PSP-projekti Sopimusvuori ry:n kuntoutusyhteisöissä tapahtuneeseen kehitystyöhön. Skitsofreniaprojektissa pyrittiin yhdistämään toisiinsa erilaisia hoidollisia ja kuntoutukseen liittyviä lähestymistapoja, joten sen lähestymistapa oli selvästi psykososiaalinen. (Alanen, 1995).

Skitsofreniaprojektin kymmenvuotisseurannan (Tuori, 1994, 129-132) mukaan projektin kaksi ensimmäistä tavoitetta toteutuivat, mutta avohoidon

kehittämistavoitteet jäivät osin saavuttamatta. 1990-luvun alkupuolen lamavuosista ja keskushallinnon normiohjauksen loppumisesta seurasi, että psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämistä jatkettiin monessa sairaanhoitopiirissä pelkästään lyhytnäköisiä säästötavoitteita ajatellen (Alanen, 1995, 1879-1880). Skitsofreniaprojektin merkitys hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä oli suuri monella tavalla. Määrällisten tavoitteiden toteutumisen lisäksi projekti toi esille myös kokonaisvaltaisen kehittämisen hyödyllisyyden. Projektin tuloksena syntyi uusia hoitokäytäntöjä (esim. perhekeskeinen työskentelyote ja psykoosiryhmät) ja samalla se vaikutti myönteisesti erilaisten osaprojektien kautta alueelliseen kehittämistyöhön (Alanen, 1995; Ojanen, Nordling & Laurén, 1994; Tuori, 1994).

1990-luvun merkittävin skitsofreniapotilaiden hoitotuloksia ja elämänvaiheita selvittävä tutkimushanke oli Sairaala- kotiutetut skitsofreniapotilaat – projekti (SKS-projekti). Projektin aikana julkaistiin monta tutkimusraporttia (mm. Salokangas, Saarinen & Ojanen, 1992; Stengård, Saarinen & Salokangas, 1993; Honkonen, 1995; Salokangas, Saarinen & Stengård, 1996; Salokangas, Saarinen & Honkonen, 1997a; Salokangas, Honkonen & Saarinen, 1997 b; Honkonen, Saarinen & Salokangas, 1999; Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen, 2000; Salokangas, Honkonen, Stengård & Koivisto, 2002a; Salokangas, Honkonen, Stengård & Koivisto, 2002b; Honkonen, Karlsson, Koivisto, Stengård & Salokangas, 2003; Honkonen, Henriksson, Koivisto, Stengård & Salokangas, 2004).

SKS-projekti kohdistui 20 mielisairaanhoidon- tai sairaanhoitopiirissä vuosina 1982, 1986, 1990 ja 1994 psykiatrisista sairaaloista kotiutettuihin 15-64-vuotiaisiin skitsofreniapotilaisiin. Projektissa pyrittiin erityisesti selvittämään sitä, miten psykiatristen sairaalapaikkojen nopea väheneminen vaikuttaa skitsofreniapotilaiden hoito- ja elämäntilanteeseen ja minkälaisia alueellisia eroja potilaiden hoito- ja elämäntilanteessa on. Tulosten mukaan 1990-luvulle tultaessa potilaat olivat kotiutettaessa aiempaa huonommassa kunnossa, mikä merkitsee avohoidolle erittäin haasteellista tehtävää (Salokangas ym., 2000, 5). Projektin loppuraportin suositukset (Salokangas ym., 2000, 209-211) viitoittavat skitsofreniapotilaiden hoidon ja kuntoutuksen keskeiset kehittämislinjaukset vuosiksi eteenpäin. Edellä esitettyjen tutkimuksellisten pääsuuntien lisäksi on Suomessa vuosien varrella tehty muutakin merkityksellistä, etupäässä skitsofrenian hoitoon liittyvää alueellista tutkimus- ja kehittämistyötä (esim. SKOKEO-projekti, 1986; Jääskeläinen & Viinamäki, 1991; Seikkula, 1991; Vartiainen ym., 1994).

1.2. SKITSOFRENIAN TUNNUSPIIRTEET

Skitsofrenian oireita ei aina ole pidetty yhteen häiriötyyppiin liittyvinä. Vasta 1800-luvun lopulla saksalainen psykiatri Emil Krapelin toi esille sen, että monimuotoiset oireet voitiin luokitella yhteen diagnostiseen luokkaan, josta hän käytti nimitystä dementia praecox. Tämä käsite liitettiin psykooseihin, joihin liittyi lopulta vakava älyllinen tylsistyminen (dementia) ja jotka puhkesivat varhaisessa iässä (praecox). Sveitsiläinen psykiatri Eugen Bleuler julkaisi vuonna 1911 teoksen, jossa hän toi esiin paljon Krapelinin näkemyksiä myötäileviä ajatuksia. Hän uskoi kuitenkin, ettei sairaus aina johda huomattavaan tylsistymiseen eikä aina ala nuoruusiässä. Hän nimesi sairauden skitsofreniaksi. Tämä nimitys liittyi mielen osien pirstoutumiseen, mitä Bleuler piti perustavanlaatuisena häiriönä skitsofreniassa (Oltmanns & Emery, 2001, 447).

Skitsofrenian diagnostiikka perustuu oireisiin ja oireilun kestoon (Kampman, 2001, 1379). 1980-luvulla Suomessa oli diagnostisessa käytössä DSM-III-järjestelmä, jossa skitsofrenia-diagnoosin sai vain potilas, jonka tietynlaisen psykoottisen oireilun kesto määriteltiin ennakoivien ja jälkioireiden kanssa kestäneeksi vähintään kuusi kuukautta. Vuonna 1987 saatiin Suomeen virallinen mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ohjeisto DSM-III R. Tämän jälkeen ovat ilmestyneet DSM-IV ja DSM-IV-TR luokitukset, mutta ne eivät ole olleet virallisesti käytössä Suomessa. Vuonna 1995 suomeksi ilmestynyt ICD-10-järjestelmän mukainen diagnostiikka erottelee skitsofrenian yleiset kriteerit, alatyypit ja lisämääreet. Yleisessä osassa tuodaan esille skitsofrenialle tyypillisten oireiden esiintymistä koskevia ehtoja, oireiden kestoon liittyvä kuukauden minimivaatimus ja mielialahäiriöihin, elimellisiin aivosairauksiin sekä alkoholin tai päihteiden käyttöön liittyvien diagnoosien poissulkevat kriteerit (Tautiluokitus 1995). Nykyisin skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin, joita ovat paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen, erilaistumaton, residuaalinen ja erityisosatekijätön skitsofrenia sekä skitsofrenian jälkeinen masennus, muu määritetty tai määrittämätön skitsofrenia. Skitsofrenian alatyypit eroavat paitsi oireiden myös sairastumisiän, oireiden esiintulon ja sairauden ennusteen suhteen (Fenton & McGlashan, 1991a).

Normaaliväestön riski sairastua skitsofreniaan on 0,8-1,0 %. Kaukaisten sukulaisten sairastumisriski on 2-3 %, sisarusten 9 % ja lasten 13 % (Isohanni ym., 1995, 1746). Gottesmanin (1991) tulosten mukaan lapsen sairastumisriski kasvaa 35-46 %:iin silloin, kun molemmat vanhemmista sairastavat skitsofreniaa. Yleensä skitsofrenian on todettu olevan yhtä yleistä miehillä ja naisilla (Achté, Alanen & Tienari, 1973; Salokangas, 1977; Isohanni ym., 1995). Viimeaikaiset tutkimukset ovat kuitenkin tuoneet esille sen, että skitsofrenia on yleisempää miehillä (Mjellem & Kringlen, 2001, 307).

Esimerkiksi Aleman, Kahn ja Selten (2003) tuovat katsauksessaan esiin, että miesten sairastumisriski on 1,4-kertainen naisiin verrattuna.

Usein skitsofrenia diagnosoidaan iässä, jolloin ihmiset itsenäistyvät lapsuuden kodistaan, luovat intiimin suhteen vastakkaiseen sukupuoleen ja alkavat sitoutua ammatillisten ja uraan liittyvien tavoitteiden saavuttamiseen (DeLisi, 1992). Yleensä skitsofrenia puhkeaa miehillä keskimäärin noin viisi vuotta aikaisemmin kuin naisilla (DeLisi, 1992, 211; Häfner ym., 1998, 99-113), joskin lyhyempiäkin aikavälejä on raportoitu (Räsänen ym., 2000, 40). Tutkimuksissa saadut erot keskimääräisessä sairastumisiässä saattavat johtua osin siitä, että yli 40-vuotiaina sairastuvista suurin osa on naisia. Naisten korkeampaa sairastumisriskiä menopaussin jälkeen on pidetty epäsuorana osoituksena estrogeenin mahdollisesti suojaavasta vaikutuksesta (Laurila & Saarijärvi, 1997, 478; Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist, 2001, 68).

Naisten ennuste on parempi kuin miesten (Huber, Gross & Schutter, 1975, 55; Mueser ym., 1990, 138). Skitsofreniaan liittyy muitakin sukupuolieroja, joita Isohanni ym. (2001, 79) ovat koonneet:

- sairastuneilla naisilla on useammin skitsofreniaa ja yleensä psykooseja lähisuvussa kuin miehillä
- ennako-oireet ovat miehillä yleensä vaikeampia
- miehillä on useammin käytöshäiriöitä, kouluvaikeuksia, alhaista älykkyyttä ja sosiaalisia ongelmia
- miehillä on enemmän poikkeavia löydöksiä kuvantamistutkimuksissa ja neuropsykologisissa testeissä
- miehillä on enemmän ns. negatiivisia oireita
- miesten sairauden akuuttivaihe muuttuu vakiintuneeksi hitaammin
- miehillä on suurempi riski tehdä itsemurha, alkoholisoitua ja käyttäytyä väkivaltaisesti
- miehet ovat useammin työkyvyttömiä ja yksinäisiä
- naisilla on enemmän affektiivisia oireita sekä vaino- ja aistiharhoja
- miehillä on enemmän toistuvia ja pitkiä sairaalahoitoja
- naisten hoitomyöntvyys on parempi
- naiset reagoivat paremmin sairaalahoitoon, psykososiaalisiin hoitoihin ja neurolepteihin, mutta naisilla on enemmän neuroleptihoidon haittavaikutuksia
- perhe- ja yhteisökeskeinen hoito saattaa parantaa erityisesti miesten hoitotuloksia.

Skitsofrenian etiologia on monitekijäinen, jolloin sairauden puhkeamiseen vaikuttavat sekä altistusgeenit että ympäristötekijät. Samanaikaisia riskitekijöitä on yleensä oltava monia, jotta sairaus puhkeaa. Ympäristöön

liittyviä riskitekijöitä ovat komplikaatiot raskauden ja synnytyksen aikana, altistuminen tietyille infektioille raskauden aikana, aliravitsemus raskauden aikana sekä suurkaupungissa syntyminen ja varttuminen. Kannabiksen käyttö lisää skitsofreniaan sairastumisen riskiä. Myös perherakenteeseen liittyviä riskitekijöitä on tunnistettu (Cannon, Jones & Murray, 2002; Suvisaari, 2004). Korkeaa sairastumisriskiä on tutkinut erityisesti Sarnoff Mednick (esim. Mednick, Parnas & Schulsinger, 1987 ja Olin & Mednick, 1996). Skitsofreniaan sairastumisriskiä on kuvattu myös ns. kahden osuman mallilla (Schiffman ym., 2002, 241). Ensimmäinen riskitekijä liittyy siihen, että hermoston kehittyminen häiriintyy geneettisen alttiuden tai ympäristön epämuodostumisia aiheuttavien tekijöiden, esimerkiksi äidin odotusaikaisen virusinfektion takia (Mednick, Huttunen & Machon, 1994). Toinen riskitekijä liittyy ympäristöön. Esimerkiksi synnytyskomplikaatiot tai perheen heikot kasvatusolosuhteet voivat olla sairastumisriskiä lisääviä (Burman ym., 1987).

1.2.1. Positiiviset ja negatiiviset oireet

Skitsofrenian oireet jaetaan usein positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin, joiden laatu, alkamisajankohta ja merkitys hoitoennusteen suhteen ovat erilaiset. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan poikkeuksellisten mielen toimintojen esiintymistä normaalitoimintojen lisäksi ja negatiivisilla oireilla normaalien mielen toimintojen kaventumista tai osittaista puuttumista (Kampman, 2001, 1380-1381; Andreasen ym., 1994, 51-59). Monet faktorianalyysillä saadut tulokset kuitenkin osoittavat, että skitsofrenian oireita voidaan parhaiten kuvata kolmen faktorin avulla (esim. Arndt, Alliger & Andreasen, 1991; Peralta, DeLeon & Cuesta, 1992; Schuldberg, Quinlan, Morgenstern & Glazer, 1990). Positiiviset oireet voidaan jakaa psykoottisiin ja disorganisoituneisiin (Syvälahti & Hietala, 1996), minkä lisäksi negatiiviset oireet muodostavat oman ulottuvuuden (Andreasen ym., 1994).

Skitsofrenian positiivisia ja negatiivisia oireita voidaan kuvata seuraavasti (Kampman, 2001, 1381):

Positiiviset oireet:

- + perusteettomat luulot
- + käsityskyvyn hajanaisuus
- + käytöksen harhaisuus
- + kiihtymys ja yliaktiivisuus
- + suuruusharhat
- + epäluuloisuus tai vainoharhat
- + vihamielisyys

Negatiiviset oireet:

- tunteiden latistuminen
- emotionaalinen vetäytyminen
- vuorovaikutuksen köyhyys
- passiivisuus ja sosiaalinen vetäytyminen
- abstraktin ajattelun vaikeus
- spontaanisuuden puute

- stereotyyppinen ajattelu

Negatiiviset oireet alkavat yleensä aikaisemmin kuin positiiviset oireet. Jos negatiivisia oireita esiintyy jo skitsofrenian alkuvaiheessa, on toipumisennuste huono (Fenton & McGlashan, 1991b). Positiiviset oireet liittyvät yleensä skitsofrenian akuuttiin vaiheeseen ja negatiiviset oireet krooniseen skitsofreniaan. On kuitenkin havaittu, että usein potilaalla saattaa esiintyä samaan aikaan sekä positiivisia että negatiivisia oireita (Crow, 1980, 383-386; Andreasen ym., 1994, 53-54). Negatiiviset oireet säilyvät potilaiden oirekuvassa sitkeämmin kuin positiiviset oireet (Patterson ym., 2001, 358). Negatiiviset oireet eivät kuitenkaan ole pysyviä kuin pienellä osalla skitsofreniapotilasta (Herbener & Harrow, 2004, 822). On osoitettu, että kroonisen skitsofrenian negatiiviset oireet, yleisemmin kuin positiiviset oireet, liittyvät suurempiin kognitiivisiin ja sosiaalisiin puutoksiin sekä vaikeampaan sairaudenkulkuun (Kay & Sevy, 1990; Syvälahti & Hietala, 1996; Tuulio-Henrikson ym., 2000; Semkovska ym., 2004). Ne korreloivat myös motorisiin poikkeavuuksiin (Andreasen & Flaum, 1991, 37). Cannonin, Mednickin ja Farnasin (1990) mukaan korkean riskin henkilöillä, joilla sairastumisen jälkeen on etupäässä positiivisia oireita, on jo kouluaikana esiintynyt häiritsevää ja aggressiivista käyttäytymistä. Vastaavasti potilaita, joilla sairastumisen jälkeen on esiintynyt pääasiassa negatiivisia oireita, ovat opettajat kouluaikoina kuvanneet passiivisiksi ja vetäytyviksi.

1.2.2. Kognitiiviset häiriöt

Kognitiiviset toiminnot liittyvät tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön. Kognitiivisia toimintoja ovat esim. havaitseminen, oppiminen, muisti, kielelliset toiminnot, ongelmanratkaisu, päättely ja tahdonalaiset liiketoiminnot (Tuulio-Henrikson ym., 2000, 1453). Skitsofreniapotilailla kognitiiviset vauriot näyttävät olevan yleisiä kolmella alueella, jotka ovat tarkkaavaisuus/keskittyminen, muisti ja toiminnanohjaus (Davalos, Green & Rial, 2002, 404; Kurtz, 2003, 303).

Neuropsykologisissa testeissä skitsofreniapotilaat ovat selvinneet terveitä huonommin ja kognitiivisten tehtävien yhteydessä skitsofreniapotilaiden reaktioaika on pidempi kuin normaaliryhmässä (Salokangas, 1998, 1393). Skitsofreniapotilaiden työmuisti on todettu heikommaksi kuin terveiden (Goldman-Rakic, 1991; Park & Holzman, 1992; Gold ym., 1997; Sullivan ym., 1997). Muistiin liittyvät ongelmat ovat riippumattomia potilaiden iästä, lääkityksestä, oireiden vakavuudesta tai sairauden kestosta (Aleman ym., 1999).

Skitsofreniapotilailla on havaittu vaikeuksia myös monimerkityksellisten sanojen tulkinnessa. Tämä tulee esille kliinisessä käytännössä esimerkiksi potilaiden käyttämässä konkreettisesti kielessä ja vaikeudessa tajuta monimerkityksellisiä sukkeluuksia (Salonkagas, 1998). Skitsofreniapotilaiden käsitteenmuodostuskyvyn konkreettisuuden eli vaikeuden siirtyä konkreettisesti abstraktiin ajatteluun toi esiin jo 1940-luvulla Goldstein (1944). Toinen skitsofreniapotilaiden ajattelua kuvastava häiriö liittyy Cameronin (1963) esittämään liikasisällyttämisen käsitteeseen, millä tarkoitetaan toisilleen hyvin etäisten assosiaatioiden liittymistä yhteen. Tällöin käsitteiden rajat hämärtyvät ja skitsofreniaa sairastavan on vaikeaa muodostaa ja ylläpitää käsitteellisiä kokonaisuuksia (Payne, 1973). Salzingerin ja Serperin (2004, 399-400) mukaan skitsofreniapotilailla on taipumus reagoida välittömästi tässä ja nyt esiintyvään ärsykkeeseen, jolloin heillä on suuria vaikeuksia ymmärtää sanojen kontekstuaalista merkitystä. Tällöin Gouldin jo 40-luvulla tekemä havainto siitä, että skitsofreniapotilailla esiintyy minimaalista, tuskin havaittavissa olevaa puhetta hallusinaatioiden yhteydessä voi merkitä sitä, että potilaat reagoivat omaan asiayhteydestä irrallaan olevaan puheeseensa ikään kuin se olisi muiden puhetta. Tällöin potilaan puheen ymmärtäminen on muille vaikeaa. Leibmanin ja Salzingerin (1998) tulosten perusteella potilaan oireita voidaan vähentää, kun potilas saadaan kiinnittämään huomionsa muihin kuin oireita aiheuttaviin välittömiin ärsykkeisiin.

Kuvantamistutkimukset ovat osoittaneet, että skitsofreniapotilailla esiintyy toiminnallisia ja anatomisia häiriöitä useassa kohtaa keskushermostoa eikä toimintahäiriö rajoitu yhdelle aivokuoren alueelle, vaan ilmenee samanaikaisesti usealla alueella. Tämä viittaa vahvasti siihen, että skitsofreniassa on kyse häiriöstä useissa interaktiivisissa neuraalisissa yhteyksissä ja että näiden yhteyksien häiriö ilmenee kognitiivisten, motoristen ja emotionaalisten toimintojen disintegroitumisena (Weinberger & Lipska, 1995; Salokangas, 1998). Kognitiivisten häiriöiden syynä eivät ole pelkästään hoidon sivuvaikutukset, koska puutokset ovat näkyvissä jo ensimmäistä kertaa hoitoon tullessa ja ennen lääkityksen aloittamista (Walker ym., 2004, 406).

Skitsofreniaan liittyvistä kognitiivisista häiriöistä useimmat ovat pysyviä eivätkä ne etene sairauden aikana (Heaton ym., 1994; Lauerma, 1997). Jos muutosta tapahtuu, se voi olla pikemminkin kognitiivisten suoritusten myöhempää paranemista, mikä todennäköisesti liittyy negatiivisten oireiden lievittymiseen. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ilmene selkeitä kognitiivisia häiriöitä (Tuulio-Henrikson ym., 2000).

Kognitiivisista häiriöistä aiheutuu skitsofreniaa sairastaville suuria psykososiaalisia ongelmia (Fuji & Wylie, 2002, 219; Green, Kern & Heaton,

2004, 42-47; Milev ym., 2005, 497-502): muistiongelmät vaikeuttavat oppimista ja vuorovaikutusta, työmuistin häiriö vaikeuttaa puhetta ja ajattelua, tarkkaavaisuuden ongelmat aiheuttavat keskittymisongelmia ja lyhytjännitteisyyttä sekä toiminnanohjauksen puutteet vaikeuttavat suunnitelmallisuutta, tavoitteellista toimintaa ja aloitteellisuutta (Green, 1996; Tuulio-Henrikson ym., 2000). Toiminnanohjauksen ja työmuistin häiriöillä on vaikutusta potilaiden elämänlaatuun erityisesti sosiaalisella alueella (Alptekin ym., 2005; Brekke ym., 1997). Kaikesta tästä seuraa se, että potilaiden on vaikea oppia uusia asioita (Silverstein ym., 1998, 170) ja yleistää tietyissä olosuhteissa oppimiaan asioita tilanteesta toiseen (Starkey & Flannery, Jr., 1997, 156).

1.2.3. Mielialaoireet ja itsemurhariski

Skitsofreniaan liittyvistä mielialaoireista tavallisimpia ovat anhedonia ja depressio. Anhedonia on potilaan kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää ja mielenkiintoa. Tämä ilmenee toiminnallisten, sosiaalisten ja seksuaalisten nautinnonlähteiden merkityksen vähenemisenä. Näillä asioilla on aikaisemmin ollut mielihyvää tuottavia vaikutuksia (Herbener & Harrow, 2002, 237). Skitsofreniaan liittyy usein myös depressiivisiä oireita, jotka ovat yleisiä sekä ennen skitsofrenian puhkeamista että myöhemmin (Lehti, Kampman & Lehtinen, 1999, 643-646). Masennuksen erottaminen skitsofrenian negatiivisista oireista on usein vaikeaa (Konu ym., 1999, 1246). Bartelsin ja Draken (1988, 474-475) mukaan skitsofreniapotilaan depressio on tarpeen diagnosoida psykologisten oireiden, kuten surumielisyyden, toivottomuuden, syyllisyyden ja häpeän perusteella. Negatiivisiin oireisiin sitä vastoin liittyy tunteiden vähyys, välinpitämättömyys ja stereotyyppiset ajatukset.

Masennusoireita voi esiintyä varhaisvaiheessa esioireena, akuutin psykoottisen oireiston kanssa samanaikaisesti, akuuttien psykoottisten oireiden väistyttyä sekä sairauden relapsin edeltäjänä (Konu, Leinonen, Klemettilä & Niskanen, 1999, 1245). Psykoosin relapsilla tarkoitetaan yleensä psykoottisten oireiden selvää uudelleen esiintymistä tai pahenemista (Birchwood & Spencer, 2001, 1212).

Skitsofrenian jälkeisen masennuksen yleisyydestä on saatu hyvin erilaisia tuloksia riippuen depression kriteereistä ja seuranta-ajoista. Tavallisimmin arvioidaan, että psykoosivaiheen jälkeistä masennusta esiintyy noin 25 %:lla skitsofreniapotilaista ja elämänaikainen riski sairastua masennukseen on noin 60 %:lla (Kohler & Lallart, 2002, 273; Konu ym., 1999, 1246; Bartels & Drake, 1988, 467). Masennustilan elinaikainen esiintyvyys yleisväestössä on noin 15 % (Isometsä, 2005). Skitsofrenian jälkeisen masennuksen on todettu liittyvän

moniin asioihin. Näitä ovat mm. psykoottisten oireiden äkillinen alkua, sopeutumisongelmat ennen sairauden alkua, skitsoidit ja neuroottiset persoonallisuuden piirteet, työkyvyttömyys, yksin asuminen, aiemmat depressiiviset sairausjaksot, lukuisat sairaalajakso, skitsofrenian krooninen kulku ja jommankumman vanhemman varhainen menettäminen (Siris, 1991, 82-86; Konu ym., 1999, 1246). Skitsofreniaan liittyvän masennuksen tekee ymmärrettäväksi hyvin Beckin (1967) kuvaama negatiivisen kognitiivisen triadin käsite. Skitsofreniaa sairastavan elämänhistoriaan sisältyvät epäonnistumiskokemukset ja menetetyt mahdollisuudet vääristävät arviointeja itsestä, ympäristöstä ja tulevaisuudesta negatiiviseen suuntaan.

Skitsofrenian jälkeiseen masennukseen liittyy lisääntynyt itsemurhariski, mikä on suurin ensimmäisen sairaalahoidon jälkeisen kuuden kuukauden aikana. Erityisen suuri itsemurhariski on sairaalasta lähdön jälkeisinä viitenä päivänä, mikä ilmeisesti johtuu jokapäiväiseen elämään liittyvien vaatimusten aiheuttamasta stressistä (Kimhy, Harkavy-Friedman & Nelson, 2004, 1444-1445). Jos skitsofreniaa sairastava yrittää itsemurhaa, se tapahtuu yleensä 10 vuoden sisällä sairastumisesta (Harkavy-Friedman ym., 1999, 1276; Saarinen, 2001, 1009; Kua ym., 2003, 123), mutta itsemurhariski säilyy koko elämän (Meltzer, 2002, 279; Kua ym., 2003, 124). Puolet skitsofreniapotilaista yrittää jossakin sairauden vaiheessa itsemurhaa (Ponizovsky ym., 2003, 442; Meltzer, 2002, 279). Itsemurha on alle 35-vuotiailla skitsofreniapotilailla yleisin kuolinsyy (Meltzer, 2002, 279). Skitsofreniaan liittyvän itsemurhariskin on arvioitu olevan 2-13 % (Caldwell & Gottesman, 1990, 584) ja itsemurhakuolleisuuden on arvioitu olevan 5-9 kertaa suuremman kuin muulla väestöllä (Harris & Barraclough, 1998; Inskip, Harris & Barraclough, 1998).

Itsemurhat Suomessa 1987-projektissa tutkittiin itsemurhan tehneiden skitsofreniaa sairastavien henkilöiden (N=92) kliinisiä piirteitä. Sairaus oli 78 %:lla akuutissa vaiheessa iästä tai sairauden kestosta riippumatta ja depression oireet olivat myös yleisiä (64 %) ennen itsemurhaa. Itsemurhan tehneiden ensimmäisestä psykiatrisesta hoitokontaktista oli kulunut keskimäärin 15,5 vuotta (Heilä ym., 1997, 1235-1242; Heilä, 1999, 63-75). Epäsuotuisat elämäntapahtumat ovat itsemurhaan liittyviä riskitekijöitä. Itsemurhan tehneillä skitsofreniapotilailla edeltävät elämänmuutokset ovat kuitenkin harvinaisempia kuin muilla itsemurhan tehneillä henkilöillä (Heilä ym., 1999, 519-531).

Itsemurhayritykseen liittyviä riskitekijöitä ovat miessukupuoli, nuoruus, naimattomuus, sosiaalinen eristäytyneisyys, sairauden varhainen ilmeneminen, masennus, huumeriippuvuus, huomattavat psykoottiset oireet ilman negatiivisia oireita ja aikaisemmat itsemurhayritykset (Ponizovsky ym., 2003, 442; Kelly ym., 2004, 531-532; Sinclair ym., 2004, 809-810).

1.2.4. Toimintakyvyn häiriöt

Toimintakyvyn käsite on yleisesti käytetty, mutta harvoin tarkkaan määritelty. Yksilö on toimintakykyinen, kun hän selviytyy itselleen merkityksellisistä toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla elämänsä erilaisissa ympäristöissä (Pikkarainen & Kolehmainen, 1999, 43; Salo-Chydenius, 1992; Yerxa, 1994).

Klapow ym. (1997) vertasivat keski-ikäisten ja sitä vanhempien avohoidossa olevien skitsofreniapotilaiden yleistä toimintakykyä samanikäisten terveiden ja dementiapotilaiden toimintakykyyn. Skitsofreniapotilaiden suoriutuminen oli selvästi normaaliväestöä heikompaa, mutta parempaa kuin dementiapotilailla.

Patterson ym. (1998) havaitsivat, että skitsofreniapotilaiden toimintakyky oli heikompaa kuin normaaliväestön verrokkiryhmällä mm. kommunikoinnissa, raha-asioiden hoidossa, ostosten tekemisessä, ja liikkumisessa. Siisteys- ja ruokailutaidoissa ei ollut eroja. Skitsofreniapotilaiden toimintakyky oli myös heikompaa kuin avohoidossa olevien vakavasta masennuksesta kärsivien toimintakyky, mutta parempi kuin Alzheimer-potilailla. Skitsofreniapotilaiden koulutustausta oli yhteydessä toimintakykyyn siten, että korkeampi koulutustausta ennusti parempaa toimintakykyä.

Pattersonin ym. (2001) tulosten mukaan skitsofreniapotilaiden suoriutuminen kodinhoitotehtävissä, kommunikoinnissa, raha-asioiden hoidossa, liikkumisessa ja vapaa-ajan suunnittelussa oli heikompaa kuin terveellä verrokkiryhmällä. Potilaiden heikko suoriutuminen oli yhteydessä kognitiivisiin puutoksiin ja negatiivisiin oireisiin, muttei skitsofrenian positiivisiin oireisiin.

1.3. SKITSOFRENIAN VARHAINEN KULKU JA ENNUSTE

1.3.1. Skitsofrenian varhaisindikaattorit

Skitsofrenian kulkua voidaan kuvata eri vaiheiden avulla. Väänäsen ja Lehtisen mukaan (1997, 4175) skitsofreenisten psykoosien alku voidaan jakaa premorbidivaiheeseen, prodromaalivaiheeseen ja aktiiviseen psykoottiseen jaksoon.

Vaikka skitsofrenian psykoosioireet alkavat yleensä varhaisessa aikuisuudessa, esiintyy osalla sairastuvista poikkeavaa käyttäytymistä jo varhain lapsuudessa (Walker & Lewine, 1990, 1052-1056). Skitsofrenian puhkeaminen lapsuudessa on kuitenkin suhteellisen harvinaista. Arvion mukaan se on 50 kertaa yleisempää 15 ikävuoden jälkeen kuin lapsuudessa.

Lapsuusiässä puhjennut skitsofrenia ei kuitenkaan ole myöhemmin ilmaantuvasta skitsofreniasta eroava häiriö (Russell, 1994, 640).

Eri maissa tehdyissä syntymäkohorttien seurantatutkimuksissa on dokumentoitu lapsuuden epänormaalia käyttäytymistä niillä, jotka myöhemmin ovat sairastuneet skitsofreniaan (Suvisaari, 2003). Nämä poikkeavan käyttäytymisen muodot ovat liittyneet yksinleikkimiseen, sosiaaliseen ahdistuneisuuteen, vetäytymiseen ja actin out –tyyppiseen käyttäytymiseen (Bearden ym., 2000, 395).

Monet prospektiiviset tutkimukset ovat tuoneet eroja esiin. Walkerin ja Lewinen (1990) tutkimuksessa pystyttiin erottamaan skitsofreniaan sairastuneet terveistä sisaruksistaan analysoimalla lasten käyttäytymistä kotifilmeissä ensimmäisen viiden elinvuoden aikana. Osalla lapsista oli motoristen toimintojen häiriöitä ja he ilmaisivat negatiivisia tunteita kasvojen ilmein sisaruksiaan useammin jo ensimmäisen elinvuoden aikana (Walker ym., 2004, 412). Tanskalaisessa aineistossa myöhemmin skitsofreniaan sairastuneilla lapsilla esiintyi filmiotosten perusteella sosiaalisia puutteita ja neuromotorisia häiriöitä useammin kuin muilla lapsilla (Schiffman ym., 2004). Jones ym. (1994) havaitsivat, että myöhemmin skitsofreniaan sairastuvilla oli muita enemmän puheeseen liittyviä ongelmia 2-15 ikävuoden välillä.

Oppimisvaikeudet ja keskimääräistä huonompi koulumenestys ovat toistuvasti olleet yhteydessä skitsofreniaan eri kohorttitutkimuksissa (Suvisaari, 2003, 1426). Opettajat ovat kuvanneet myöhemmin skitsofreniaan sairastuneita lapsia normaaleja lapsia todennäköisemmin introverteiksi, epäsofuisiksi ja emotionaalisesti epävakaaiksi (Watt 1978). Fullerin ym. (2002) pitkittäistutkimuksissa myöhemmin skitsofreniaan sairastuneiden lasten kouluarvosanat olivat alle ikäluokan mediaanin kolmena eri ajankohtana, mutta ero oli tilastollisesti merkittävä vasta viimeisellä arviointikerralla eli lasten ollessa 16-vuotiaita. Tutkijat päättelivät, että laskeva koulumenestys voi olla merkki kognitiivisten toimintojen heikkenemisestä ennen sairastumista. Tulosta ei kuitenkaan voida pitää spesifisenä skitsofrenialle, koska osa myöhemmin sairastuneista menestyi kaikkina arviointikertoina erittäin hyvin koulussa eikä läheskään kaikille, joiden arvosanat laskevat tuossa ikävaiheessa, kehity skitsofreniaa.

Skitsofreniaan sairastumisen korkeaan riskiin liittyvissä tutkimuksissa skitsofreniapotilaiden lapsilla on havaittu erilaisia käyttäytymisongelmia kuten actin out –ongelmia, vetäytyvää käyttäytymistä ja tarkkaavaisuuden häiriöitä (Weintraub, 1987). Niemen ym. (2003, 251) mukaan monissa tutkimuksissa on havaittu, että korkean riskin omaavilla lapsilla neurologisen ja motorisen kehityksen poikkeavuudet jatkuvat varhaislapsuudesta nuoruuteen asti.

Kaikissa tutkimuksissa tätä ei kuitenkaan ole tullut esiin eivätkä häiriöt liity spesifisti skitsofreniaan, vaan niitä esiintyy myös lievempinä muiden häiriöiden korkean riskin yhteydessä. Tutkijat ovat havainneet myös vähäisten fyysisten poikkeavuuksien olevan yhteydessä myöhempään sairastumiseen skitsofreniaan (Schiffman ym., 2002).

Miehillä premorbidivaiheen kielteinen kehityssuunta on yleisempää kuin naisilla (Räsänen ym., 2000, 40). Useimmat aikuisiässä skitsofreniaan sairastuneet eivät kuitenkaan ole kasvuiässä eronneet merkittävästi ikätovereistaan. Varhaislapsuuden sosiaalisten ja käyttäytymiseen liittyvien poikkeavuuksien on raportoitu olevan luonteenomaisia vain noin yhdelle kolmasosalle myöhemmin skitsofreniaan sairastuvista henkilöistä (Wiersma ym., 1998, 78; Bearden ym., 2000, 396). Havaitut ongelmat eivät liity spesifisti skitsofreniaan eikä niitä voida käyttää suuressa sairastumisvaarassa olevien seulontaan. Lapset, joilla esiintyy kehitykseen liittyviä ongelmia, tarvitsevat tukea, mutta skitsofreniaan heistä sairastuu vain muutama prosentti (Suvisaari, 2003, 1429).

Skitsofrenian akutisoitumista edeltää monilla ennakoivien oireiden vaihe, jolloin ei varsinaisia psykoosioireita esiinny. Ennakkovaiheessa saattaa esiintyä esimerkiksi neuroottisia oireita, mielialaoireita, tahtoelämän muutoksia, kognitiivisia muutoksia, fyysisiä oireita, käyttäytymisen muutoksia ja puheen tai havaintojen kummallisuutta, vetäytymistä, voimattomuutta ja aloitekyvyttömyyttä (Yung & MacGorry, 1996, 353-370; Salokangas & Suomela, 2004, 3990-3991). Ennakko-oireet ilmenevät usein aluksi depressiivisinä, sitten negatiivisina ja lopuksi positiivisina oireina ja ne kestävät yleensä pidemmän ajan kuin uusia psykoosijaksoja ennakoivat oireet (Skitsofrenian käypä hoito –suositus, 2001, 2642). Vaikkei ennakko-oireiden esiintyminen suinkaan aina johda psykoosin puhkeamiseen, niin 3/4:lla skitsofreniaan sairastuvista voidaan havaita psykoosia ennakoivia oireita jopa viiden vuoden ajan ennen ensimmäisiä psykoosioireita (Suomela, Heinimaa & Salokangas, 2001, 2268-2269). Suurin osa skitsofreniaan sairastuvista ei hae prodromaalivaiheen oireisiinsa apua terveydenhuollon palveluista (Perkins, 2004, 289). Tästä syystä on metodisesti ongelmallista määritellä sairauden alkamis- tai puhkeamisajankohtaa (Räsänen ym., 2000, 40).

Prodromaalioireiden tutkimus on yleensä kohdistunut relapsipotilaisiin, joilla on ollut jo diagnoosi (Möller & Husby, 2000, 218). On vain vähän systemaattisia tutkimuksia, joissa prodromaalivaihetta on kuvattu ennen skitsofrenian puhkeamista. Mitä useampia ja vaikeampia ennakko-oireita on, sen suurempi on vakavan mielenterveyshäiriön kehittymisen mahdollisuus. Ennakko-oireiden ennustearvon kliinistä hyödyntämistä vaikeuttavat oireiden

moninaisuus ja epäspesifisyys. Osa prodromaalioireista voi ennakoida myös muita mielenterveyden häiriöitä kuten masennusta (Isohanni ym., 2001, 67).

1.3.2. Ennuste

Oireiden puhkeaminen myöhäisemmässä iässä ja premorbidisen toiminnan normaali taso ovat yhteydessä suotuisaan sairauden kulkuun (Haas & Sweeney, 1992, 380-381; Remschmidt ym., 1994, 742). Ikää vastaava sosiaalinen kehitys premorbidivaiheessa voidaan nähdä sairauden suotuisan muodon prognostisena indikaattorina (Haas & Sweeney, 1992, 383).

Pitkään jatkunut hoitamaton psykoosi heikentää skitsofrenian ennustetta ja varhainen hoidon aloittaminen puolestaan johtaa parempaan tulokseen (Loebel ym., 1992, Larsen ym., 1996, Larsen ym., 1998, McGlashan, 1998, McGlashan, 1999; Bottlender ym., 2003; Chong ym., 2004; Walker ym., 2004).

Kroonistumisen mahdollisuus lisääntyy jokaisen psykoottisen vaiheen jälkeen negatiivisten oireiden ilmaantumisen myötä. Relapsin keskimääräinen riski on noin 70 % missä tahansa remission vaiheessa. Jokaisen relapsin jälkeen yksi kuudesta potilaasta ei palaudu entiselleen. Noin yhdeksän vuoden jälkeen relapsin todennäköisyys näyttää vähenevän (Wiersma ym., 1998, 79-83). Miesten osuus kroonistuneiden joukossa on suurempi kuin naisten (Krausz & Muller-Thomsen, 1993, 833).

Isohannin ym. (2001, 75) mukaan seurantutkimuksissa on kuvattu tuloksia, joiden perusteella spontaanisti tai hoidon avulla täysin tai miltei täysin toipuneita skitsofreniapotilaita on 20-30 %. Ram ym. (1992) tekivät katsauksen seitsemään retrospektiiviseen pitkäaikaiseen seurantatutkimukseen 5-30 vuoden ajalta ja 13 prospektiiviseen 1-5 vuoden seurantatutkimukseen. Tutkijat havaitsivat, että hyvän, lähes täydellisen toipumisen saavutti 28 % potilaista, kohtalaisen ja osittaisen toipumisen saavutti 50 % sekä huonon, kroonisen psykoosin tai pysyvän sairaalahoidon tuloksen saivat loput 22 % sairastuneista. Samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Wiersma ym. (1998, 75). Uudet pitkään seuranta-aikaan perustuvat tutkimukset antavat aiempaan optimistisemmän kuvan. Niiden mukaan 40-70 % potilaista toipuu niin, että potilaat ovat oireettomia tai oireet ovat vain lieviä. Psykoosilääkkeet ovat parantaneet skitsofrenian ennustetta merkittävästi (Isohanni ym., 2001, 75). Oireiden lievittymisen kriteerit ovat kuitenkin usein olleet kyseenalaisia (Auslander & Jeste, 2004, 1491-1492).

Jotkut tutkimukset ovat tuoneet esille sen, että skitsofrenia tasoittuisi noin viiden vuoden kuluessa ja että toiminnallinen heikkeneminen saattaisi lievittyä jo 10 vuoden jälkeen sairauden ilmaantumisesta (Wiersma ym., 1998, 76). Jonsson ja Nyman (1990) saivat erilaisen tuloksen. Heidän mukaansa 14-17 vuoden seurannassa tulokset olivat huonompia kuin 5-8 vuoden seurannassa, mikä saattaa merkitä, että skitsofrenia ei tasaannu viiden vuoden jälkeen.

Isohannin ym. (2001, 72) mukaan skitsofrenian hyvään ja huonoon ennusteeseen vaikuttavat tekijät voidaan eri tutkimusten perusteella koota seuraavasti:

Hyvä ennuste:

- nainen
- myöhäinen alkua
- laukaisevia tekijöitä
- nopea, akuutti taudinkuva
- hyvä premorbidi selviäminen

- pääosin positiivisia oireita, mutta ei varhaisia aistiharhoja tai harhaluuloja
- paranoidisia oireita ja masennusoireita

- ei neuropsykologisia häiriöitä tai aivojen rakennemuutoksia
- naimisissa, hyvä perheympäristö ja sosiaalinen tuki
- varhainen ja hyvä hoito

Huono ennuste:

- mies
- sairastuminen nuorena
- ei laukaisevia tekijöitä
- hidas alkua, ennakko-oireita kauan
- huono sairautta edeltävä selviäminen

- pääosin negatiivisia oireita

- hajanaistyyppinen taudinkuva, varhaiset aistiharhat ja harhaluulot, ei masennusta
- neuropsykologinen häiriö tai aivojen rakennemuutoksia
- naimaton, huono perheympäristö ja sosiaalinen tuki
- viivästynyt, huono tai puuttuva hoito

1.4. SKITSOFRENIAPOTILAIEN KUNTOUTUS JA KUNTOUTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Kuntoutusta kuvataan usein kasvu- tai oppimisprosessina, joka etenee erilaisten toisiaan seuraavien vaiheiden, toimenpiteiden tai palveluiden avulla muutokseen, nykyistä parempaan tilaan. Kuntoutuksen tavoitteena on usein myös parempi sosiaalinen selviytyminen tai integroituminen sosiaaliseen yhteisöön (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 4).

Kuntoutusta on määritelty hyvin monella tavalla eri aikoina ja eri organisaatioiden näkökulmasta. Kuntoutuksen tavoitteet, keinot ja sisällöt

ovat sidoksissa kulttuuriin, vallitsevaan ihmiskäsitykseen ja tulevaisuuden näkymiin. Kuntoutusta määriteltäessä joudutaankin aina ottamaan epäsuorasti kantaa yhteiskunnan päämääriin ja arvoihin (Järvikoski & Härkäpää, 1995, 15).

Järvikoski ja Härkäpää (1995, 21) määrittelevät kuntoutuksen niin, että se tukee kuntoutujan elämänhallintaa: "Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa,

- jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat (sairauden tai muiden syiden vuoksi) uhattuina tai heikentyneet
- joka perustuu kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyössä laatimaan suunnitelmaan ja jatkuvaan prosessin arviointiin
- johon kuuluu yksilön voimavaroja, toimintakykyisyyttä ja hallinnan tunnetta lisääviä sekä (ympäristön tarjoamia) toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä
- joka voi perustua sekä yksilö- että ryhmäkohtaiseen työskentelymalliin ja käyttää apunaan lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja."

Kuntoutuja voi usein saada samanaikaisesti palveluja useammassa kuin yhdessä järjestelmässä, ja sen vuoksi vastuu kuntoutuksen toteuttamisesta jakautuu. Kuntoutusprosessiin voi syntyä katkoksia muun muassa siksi, että eri organisaatioilla on ristiriitaisia käsityksiä asianomaisen henkilön kuntoutuksen tavoitteista ja mahdollisuuksista tai omasta tehtävästään hänen kuntoutuksessaan. Kuntoutujan kannalta olisi tärkeää, että eri järjestelmien ja organisaatioiden tekemät palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat muodostaisivat toisiinsa liittyvän kokonaisuuden, jonka tarkoitukset ja logiikka ovat kuntoutujan tiedossa ja tiedostamia (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 4-5).

Skitsofrenian kuntoutukseen lääkehoidon rinnalla liittyvät keskeisesti psykososiaaliset interventiot. Psykososiaalisen kuntoutuksen tavoitteina ovat fyysisen toimintakyvyn edistäminen, haitallisten tapojen ja tottumusten väheneminen, toiminnan viriäminen tai lisääntyminen, uusien taitojen omaksuminen, myönteisten ja realististen minäkäsitysten tai asenteiden omaksuminen, elämisen laadun paraneminen ja elämän mielekkyyden lisääntyminen (Ojanen, 1992, 142-143). Käytännössä tämä voi tarkoittaa vaikeisiin mielenterveyshäiriöihin liittyvien tekijöiden huomioimista kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ja sen etenemistä arvioitaessa. Muutoksen kannalta keskeisiä asioita ovat silloin (Lähteenlahti, 2001, 177-178):

- kykyjen ja taitojen parantaminen

- ympäristön hallinta ja käyttö
- konkreettisten ongelmien ratkominen
- työ ja tekeminen
- toivo ja motivaatio.

Skitsofrenian kuntoutuksessa ja psykososiaalisissa hoidoissa on syytä ottaa huomioon seuraavia seikkoja (Bellack & Brown, 2001, 407):

- 1) on odotettavissa, että potilaiden edistyminen on hidasta ja siihen kuuluu ajoittaisia keskeytyksiä ja taantumisia;
- 2) potilaiden välillä on suuri eroja, jotka pitää ottaa huomioon niin, että hoidot räätälöidään potilaiden tarpeita vastaaviksi ja sovitetaan potilaissa tapahtuvien muutosten mukaisiksi;
- 3) skitsofreniaan liittyy paljon toiminnanohjauksen, muistin ja huomiokyvyn vaurioita, jotka vaikuttavat merkittävästi hoito- ja kuntoutumisprosessiin; nämä pitää ottaa huomioon, jotta potilaat pystyisivät oppimaan ja säilyttämään oppimansa;
- 4) saavutettujen tulosten yleistyminen vaatii ohjelmointia, ei sitä, että odotetaan opittujen taitojen ja tietojen siirtyvän spontaanisti arkipäivän elämään.

Skitsofreniapotilaiden kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä on monia. Ojanen, (1992, 149) tiivistää kuntoutuksen tuloksiin liittyvät tutkimustulokset seuraavasti:

- 1) Mitä kapeampi ongelma on kyseessä, sitä helpompi tuloksia on osoittaa.
- 2) Mitä huonompikuntoisempia potilaat ovat olleet, sitä helpompi tuloksia on osoittaa.
- 3) Mitä kokonaisvaltaisempi ohjelma on, sitä helpompi tuloksia on osoittaa
- 4) Ohjelman päättymisen tai muuttumisen vaikuttaa yleensä kielteisesti tuloksiin.

1.4.1. Kroonisuuden koodi

Arnold Ludwig (1971) on kuvannut osuvasti kroonistuneiden skitsofreniapotilaiden elämänmuotoa. Tätä kuvausta hän nimittää kroonisuuden koodiksi. Kroonisuuden koodi haittaa merkittäväällä tavalla skitsofreniapotilaiden kuntoutumista ja selviytymistä laitoshoidon ulkopuolella. Sitä ovat kuvanneet myös Ojanen ja Sariola (1986). Kroonisuuden koodin perusajatuksena on se, että potilaiden alakulttuuri hallitsee laitosesolosuhteissa vuorovaikutusta tehokkaammin kuin hoidollinen vuorovaikutus, koska potilaat

ovat vain pienen osan valveillaoloajastaan hoidollisissa kontakteissa. Tällä vastakulttuurilla on omat käyttäytymismallinsa, keskustelunaiheensa ja kirjoittamattomat sääntönsä ja norminsa, jotka tekevät sairaalassa elämisen houkuttelevammaksi kuin sieltä lähtemisen (Sariola & Ojanen, 1997, 268). Ludwigin (1971) mukaan potilaiden vaikeutta päästä irti laitosrooleistaan lisäävät henkilökunnan vakiintuneet odotukset ja toimintarutiinit, mitkä vahvistavat kroonisuuden koodia.

Kroonisuuden koodi on viimevuosien kuluessa menettänyt merkitystään, koska pitkäaikaispotilaiden määrä on selvästi vähentynyt. Esimerkiksi Suomessa skitsofreniaprojektin tulosten seurannassa havaittiin, että uusien pitkäaikaispotilaiden määrä väheni 60 % ja vanhojen pitkäaikaispotilaiden väheni 68 % vuodesta 1982 vuoteen 1992 (Alanen, 1995, 1878).

Kroonisuutta ei kuitenkaan määritellä pelkästään sairauden pituuden tai pysyvien oireiden perusteella, vaan se käsittää arviot myös sosiaalisesta toimintakyvystä (Williams & Collins, 2002, 297). Psykiatrisissa sairaaloissa hoidossa olevilla pitkäaikaispotilailla on paljon käyttäytymisongelmia, jotka vaikeuttavat selviytymistä sairaalan ulkopuolella. Näitä ovat esimerkiksi kyvyttömyys huolehtia itsestä, vaarallisuus itseä tai muita kohtaan, väkivaltaiset ajanjaksot ja fyysiset hyökkäykset, vesijuoppous ja lääkityksestä kieltäytyminen. Psykkiseen sairauteen ja ongelmalliseen laitospäättämiseen liittyvät tekijät yhdessä tekevät jatkuvan sairaalahoidon joskus välttämättömäksi (Fisher ym., 2001, 1054). Strauss (1992) on tuonut esiin sen, että kroonisuuden käsite on psykologinen prosessi, mihin vaikuttavat henkilön biologinen perusta, ympäristö sekä yksilön ja muiden ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet.

Jos potilaat ovat sairaalassa hyvin pitkään riippumatta psyykkisen tilan muutoksista, on todennäköistä, että heidän elämäntaitonsa laitostumisen vuoksi heikkenevät ja samalla elämänlaatu heikkenee. Leff ja Trieman (2000) tutkivat viiden vuoden seurannassa erittäin pitkään psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen potilaiden (N=670), joista 80 % oli skitsofreniapotilaita, siirtymistä pois sairaalasta erilaisiin avohoidon asumismuotoihin ja totesivat, että potilaiden kliinisessä tilassa tai sosiaalisen käyttäytymisen ongelmissa ei tapahtunut muutoksia, mutta kodinhoito- ja asiointitaidoissa tapahtui selvää edistymistä. Potilaat hankkivat uusia ystäviä ja tunsivat elävänsä uudessa kodissaan huomattavasti vapaammin kuin aikaisemmin. Tutkijat päättelivät, että potilaiden elämänlaadussa tapahtunut paraneminen johtui heidän siirtymisestään sairaalasta yhteiskuntaan. Samansuuntaisia tuloksia samanlaisella potilasaineistolla saivat myös Donnelly ym. (1997).

1.4.2. Terveiden hallintakäsitykset

Kognitiivisilla tekijöillä, kuten odotuksilla, tulkinnoilla, päätelmillä, uskomuksilla ja omaan itseensä liittyvillä käsityksillä, on suuri merkitys tavoitteiden asettamisen, toiminnan käynnistämisen ja ylläpitämisen sekä oppimisen ja sopeutumisen kannalta riippumatta siitä, onko henkilö psyykkisesti terve vai sairas. Tärkeitä kognitiivisia käsitteitä ovat kontrolliodotukset, opittu avuttomuus, koherenssi, haastehakuisuus sekä pystyvyysodotukset.

Rotter (1966) määritteli **kontrolliodotus** -käsitteen tarkoittavan yleistynyttä odotusta siitä, että tapahtumat riippuvat joko yksilöstä itsestään eli sisäisestä hallinnasta tai yksilön ulkopuolisista tekijöistä eli ulkoisesta hallinnasta. Hallintaodotukset ovat syntyneet yksilön oppimisprosessin ja aikaisempien kokemusten pohjalta. Rotterin mukaan vahva sisäinen kontrolliodotus liittyy suureen suoritusmotivaatioon, aktiivisuuteen ja onnistumisodotuksiin. Ulkoiset kontrolliodotukset liittyivät passiivisuuteen ja motivaation heikkouteen.

Myöhemmin Rotterin sisäinen-ulkoinen kontrolli –dimensio on jaettu kolmeen komponenttiin, jotka ovat sisäinen hallinta, sattuma ja ulkoinen hallinta. Sattuman merkitystä korostavaa ajattelua ei pidetä terveyttä edistävänä. Se voi vähentää sairastuneen henkilökohtaista vastuuta terveyden hoitamisessa. Monissa terveysongelmissa on hyötyä sekä luottamuksesta omaan sisäiseen hallintaan että muiden tervehtymisen kannalta keskeisten henkilöiden osoittamaan ulkoiseen hallintaan (Uutela & Härkäpää, 1993, 36-37).

Kontrolliodotuksia tulisi tarkastella tilannekohtaisesti.

Tilannekohtaiset yksilölliset erot ovat tärkeitä käytännössä, sillä tilannekohtaisten odotusten toteutumiseen voidaan vaikuttaa joko muuttamalla itse tilannetta tai siihen joutuvien ihmisten taitoja tai vaikuttamalla odotuksiin (Nupponen, 1994, 154). Tietoisuuteen oman kontrollin mahdollisuudesta kuuluu, että ihminen tuntee olevansa vastuussa tuloksesta ja että hän tietää toisten pitävän häntä vastuullisena (Nupponen, 1994, 149).

Skitsofreniapotilaiden osalta sisäinen kontrolliodotus liittyy positiiviseen minäkäsitykseen. Ulkoisen kontrolliodotuksen osatekijät (sattuma ja muiden taholta tuleva kontrolli) korreloivat keskenään ja myös voimakkaasti kielteiseen minäkuvaan. Ulkoiset kontrolliodotukset ennustavat myös heikkoa kuntoutustulosta (Hoffmann, Kupper & Kunz, 2000, 152-156). Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että skitsofreniapotilailla ulkoisten kontrolliodotusten pistemäärät ovat korkeampia kuin muilla diagnoosiryhmillä ja terveillä henkilöillä (Hoffmann ym., 2000, 149). Holmbergin ja Kanen (1999, 828) tulosten mukaan skitsofreniapotilaiden sisäiset kontrolliodotukset olivat heikkommat kuin terveillä aikuisilla ja kroonista fyysistä sairautta potevalla

vertailuryhmällä. Tutkijoiden mukaan tämä merkitsi sitä, että skitsofreniaa sairastavilla oli vahvempi usko siihen, ettei terveys ole heidän kontrolloitavissaan.

Opittu avuttomuus on Martin Seligmanin (1975) luoma käsite, joka on samansuuntainen kontrolliodotus –käsitteen kanssa. Se rakentuu kolmen perusosatekijän varaan. Nämä ovat sattumanvaraisuus, kognitio ja käyttäytyminen. Peterson, Maier ja Seligman (1993, 8) kuvaavat näitä perusosatekijöitä. Sattumanvaraisuus liittyy henkilön toiminnan ja toiminnan seurausten koettuun keskinäiseen suhteeseen. Seuraukset ovat riippumattomia henkilön toiminnasta eli ne eivät ole henkilön kontrolloitavissa. Kognitio liittyy siihen, miten hän havaitsee, selittää ja päättelee sattumanvaraisuuden. Avuttomuusteorian mukaan yksilön avuttomuuteen pohjautuvista tulevaisuuden odotuksista saattaa seurata kognitiivista taantumista, alhaista itsearvostusta, surullisuutta, aggressiivisuuden katoamista ja fyysisiä sairauksia. Käytännössä opittu avuttomuus syntyy yksilön kokemuksesta, ettei hänen toiminnallaan ole vaikutusta siihen, mitä hänelle tapahtuu (Lau, 1988, 44).

Opittua avuttomuutta on yleensä tutkittu suhteessa depression syntyyn tai psykiatristen potilaiden laitostumiseen (Lau, 1988, 44). Laitoshoido rajoittaa potilaan autonomiaa ja hoitohenkilökunnan potilasta holhoavalla, puolesta tekevällä asenteella on kielteisiä, avuttomuutta lisääviä vaikutuksia (Raps, Peterson, Jonas & Seligman, 1982; Langer, 1983). Ojanen ym. (1995, 253-256) ovat kuvanneet myös kroonistumisen ja laitostumisen aiheuttamaa opittua avuttomuutta kehämäisen prosessin kautta. Taylorin (1979) mukaan on kahdenlaisia psykiatrisia sairaalapotilaita: niitä, jotka halukkaasti seuraavat hoitajien ohjeita ("hyvät potilaat") ja niitä, jotka vastustavat oikeuksiensa menettämistä ("huonot potilaat"). Raps, Peterson, Jonas ja Seligman (1982) ovat analysoineet juuri "hyvän potilaan" käyttäytymistä opitun avuttomuuden käsitteellä.

Koherenssin tunne (Antonovsky 1979; 1987) liittyy oman toimintaympäristön kokemiseen ymmärrettäväksi, hallittavaksi ja mielekkääksi. Se kuvaa sitä, missä määrin ihminen tuntee ympäristöstä peräisin olevan ärsykkeen olevan ymmärrettävää, järkevää, järjestäytyntä ja johdonmukaista informaatiota. Hallittavuus viittaa käytettävissä oleviin keinoihin ja pätevyiden kokemukseen. Tämä tekijä kertoo missä määrin henkilö tuntee, että hänellä on käytettävissään riittäviä keinoja kohdata erilaisia tilanteita ja selviytyä niistä. Mielekkyys on koherenssin tunteen emotionaalinen komponentti. Se on elämänuskon, arvostuksen ja merkityksen ulottuvuus (Salo & Tuunainen, 1996, 234-235).

Vahva koherenssintunne saa ihmisen luottamaan siihen, että asiat menevät yleisesti ottaen lopulta hyvin (Helasti, 1999, 17). Vahvan koherenssin tunteen on havaittu liittyvän alhaisiin stressikokemuksiin ja stressioireiden lievittymiseen (Flannery & Flannery, 1990; Wolf & Ratner, 1999).

Sairaalan ulkopuolella elävien skitsofreniapotilaiden koherenssin tunne liittyi Bengtsson-Tops'n ja Hansonin (2001a) 18 kuukauden seurantatutkimuksessa positiivisella tavalla hallintaan, itsearvostukseen, kokemuksiin sosiaalisen tuen saamisesta ja psykopatologiaan. Seuranta-aikaiset muutokset koherenssin tunteessa korreloivat positiivisesti subjektiivisten elämänlaadun kokemusten, yleisen terveydentilan, kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja kokonaisvaltaisen psykososiaalisen toimintakyvyn muutoksiin.

Haastehakuisuus eli jämäkkyys (Kobasa, 1982) on lähellä koherenssin käsitettä. Käsitteeseen liittyy kuitenkin toimijan aktiivisempi rooli kuin koherenssin yhteydessä. Haastehakuisuuteen liittyvät usko siihen, että tapahtumat ovat hallittavissa, sitoutuneisuus oman elämän kannalta tärkeisiin asioihin ja käsitys siitä, että muutokset tarjoavat kehittymismahdollisuuksia. Tyypillistä haastehakuisille ihmisille on se, että he arvioivat tilanteen vaatimukset pikemminkin haastaviksi kuin uhkaaviksi. Haastehakuisuuden on havaittu liittyvän hyvään terveyteen (Starkey & Flannery, Jr., 1997, 159).

Banduran (1977) **pystyvyyssodotus** -käsite liittyy toiminnan käynnistämiseen, toimintaan suunnattujen resurssien määrään ja siihen, miten henkilö ylläpitää toimintaa kohdatessaan vastoinkäymisiä ja epämiellyttäviä kokemuksia. Tehokkain tapa luoda vahva hallinnan kokemus on onnistumisen kokemukset. Toinen tapa on vertaiskokemusten kautta oppiminen. Kolmas tapa on sosiaalinen taivuttelu ja vakuuttaminen. Ihmiset, joita on vakuuteltu siitä, että he pystyvät annettuihin tehtäviin, yrittävät enemmän ja ylläpitävät tätä toimintaa paremmin. Neljäs tapa vaikuttaa on oikean informaation antaminen fyysisistä ja emotionaalisisista tiloista. Oikea informaatio kehon merkeistä on tärkeää, sillä ihmiset tulkitsevat jännittyneisyyttä ja stressireaktioita heikkouden sekä huonon kyvykkyyden merkeiksi (Kurki, 1999, 14). Yksilö asettaa tavoitteen oman pystyvyytensä arvioinnin kautta. Mitä suurempi on yksilön käsitys pystyvyydestään, sitä korkeammat tavoitteet hän asettaa itselleen ja sitä lujemmin hän sitoutuu niihin (Kurki, 1999, 13; Pervin, 2003, 89-90).

Skitsofreniapotilailla lisääntyneen vetäytymistäipumuksen on havaittu korreloivan negatiivisesti pystyvyyssodotuksiin (McCay & Seeman, 1998). Skitsofreniapotilaiden pystyvyyssodotusten muutokset korreloivat positiivisesti elämänlaadun arvioihin (Ritsner 2003). Arnsin ja Linneyn (1995) tulosten mukaan vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien toiminnalliset taidot

korreloivat positiivisesti pystyvyyssodotuksiin, mutta eivät olleet yhteydessä itsearvostukseen tai elämäntyytyväisyyteen.

Uskomukset voidaan määritellä yksilöiden kompetenssiarvioiksi kyvyistään eri elämän alueilla. Tärkeä tähän liittyvä kysymys on, mikä on kompetenssiuskomusten suhde yksilöiden subjektiivisiin tehtäväkohtaisiin arvostuksiin. Tehtäväarvostukset voidaan jakaa neljään osatekijään, joita ovat suoritusarvo, sisäinen arvo, hyötyarvo ja kustannukset. Suoritusarvo kuvaa sitä, miten tärkeänä yksilö pitää suoriutumistaan tietyssä tehtävässä. Sisäinen arvo liittyy siihen nautintoon, minkä henkilö saa toimintaan osallistuessaan tai siihen subjektiiviseen mielenkiintoon, mitä yksilö tuntee tiettyä asiaa kohtaan. Hyötyarvo määritellään sen mukaan, miten hyvin tehtävä liittyy nykyisiin tai tuleviin tavoitteisiin. Kustannuksia pidetään kriittisenä osa-alueena, koska kustannukset määritellään tehtävään liittyvinä kielteisinä puolina, kuten suoritusahdistuksena, epäonnistumisen pelkona tai onnistumiseen vaadittavan ponnistelun määränä (Eccles & Wigfield, 2002, 119-120).

Jos yksilö uskoo selviytyvänsä tehtävästä, minkä suoritus-, hyöty- ja sisäinen arvo ovat suuret, hän on valmis suurten henkisten kustannustenkin uhalla toimimaan. Jos uskomukset onnistumisesta ovat kielteiset, pitää kustannustenkin olla pienemmät ennen kuin yksilö toimii. Ajan mittaan sellaisiin tehtäviin, joista yksilö selviytyy hyvin, alkaa liittyä enemmän ja enemmän arvostusta (Eccles & Wigfield, 2002, 121). On ilmeistä, että tällöin myös uskomukset onnistumisesta vahvistuvat ja kustannukset laskevat kokemuksen ja harjaantumisen myötä. Koska skitsofreniaa sairastavien henkilöiden elämään on usein liittynyt epäonnistumisia ja menetettyjä mahdollisuuksia, on ilmeistä, että heidän uskomuksensaakin omista kyvyistä ja mahdollisuuksista ovat vähitellen muuttuneet kielteisiksi.

1.4.3. Sosiaaliset taidot

Sosiaaliset taidot liittyvät vuorovaikutukselliseen käyttäytymiseen. Tätä käyttäytymistä ohjaavat sosiaaliset normit tai se on sosiaalisesti sanktioitua (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 1997). Sariolan ja Ojasen mukaan (1997, 198) sosiaalisilla taidoilla tarkoitetaan laajasti erilaisia arkielämän taitoja, joita voidaan luokitella sen mukaan, miten paljon ne edellyttävät sosiaalista vuorovaikutusta. He antavat tästä esimerkkejä (Sariola & Ojanen 1997, 198-199):

1. Ei-sosiaaliset arkiset taidot
 - siisteyden ylläpitäminen
 - hygieniasta huolehtiminen
 - ruoan valmistaminen

- kodinkoneiden käytön hallitseminen

2. Asiointitaidot

- ostosten tekeminen
- virastossa asiointi
- sosiaalisten perusnormien hallinta

3. Varsinaiset sosiaaliset taidot

- keskusteleminen
- ryhmiin osallistuminen
- kestävien ihmissuhteiden ylläpitäminen

Tyypillistä sosiaalisille taidoille on, että ne ovat opittuja pikemminkin kuin piirteitä, tarpeita tai intrapsyykkisiä prosesseja. Bellackin ym. (1997, 5) mukaan sosiaalisten taitojen puutteista puhutaan silloin kun a) vaadittavaa käyttäytymistä ei ole henkilön käyttäytymisvarastossa; b) vaadittavaa käyttäytymistä ei esiinny oikeaan aikaan tai c) henkilö käyttäytyy sosiaalisesti epätarkoituksenmukaisella tavalla.

Suurella osalla skitsofreniapotilaista on sosiaalisten taitojen puutteita ja nämä voivat myös lisätä relapsien riskiä (Bellack ym., 1997, 5). Bellack ym. (1997, 9-20) luokittelevat skitsofreniapotilaan sosiaalisten taitojen ongelmat seuraavasti: ekspressiiviset taidot (itseilmaisuuksiin liittyvät puutteet), reseptiiviset taidot (sosiaalisen havaitsemisen ongelmat), keskustelutaidot ja muut ongelmat (assertiivisuuden puute, heteroseksuaalisen vuorovaikutuksen vaikeudet, itsenäiseen elämiseen liittyvien taitojen puutteet ja lääkityksestä huolehtimisen vaikeudet).

Bellackin ym. (1997, 5) mukaan skitsofreniapotilaat eivät ole oppineet tarkoituksenmukaisia sosiaalisia taitoja kolmesta syystä: (1) lapsilla, joissa ei havaita mitään epänormaalia, mutta jotka myöhemmin sairastuvat skitsofreniaan, näyttää olevan piilossa pysyviä tarkkaavaisuushäiriöitä lapsuudessa, (2) skitsofrenia puhkeaa usein myöhäisnuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa eli aikana, mikä on kriittinen aikuisen sosiaalisen roolin omaksumisen kannalta (esimerkiksi seksuaalinen käyttäytyminen, työhön liittyvät taidot, kyky muodostaa ja säilyttää aikuismaisia ihmissuhteita) tai (3) taitojen hallinta voi kadota harjoituksen puutteesta tai siitä, ettei sosiaalisesta käyttäytymisestä saa vahvistavaa palautetta.

Skitsofreniapotilaan elämään liittyy lisäksi paljon tekijöitä, mitkä vaikuttavat sosiaaliseen suoriutumiseen. Näitä ovat:

1. Psykoottiset oireet

2. Motivaatiotekijät

- tavoitteet
- odotukset onnistumisesta tai epäonnistumisesta

3. Affektiiviset tilat

- ahdistuneisuus
- depressio

4. Ympäristötekijät

- vahvistavan palautteen puuttuminen
- resurssien puute
- sosiaalinen eristäytyminen

5. Neurobiologiset tekijät

- informaatioprosessoinnin häiriöt
- negatiiviset oireet
- lääkityksen sivuvaikutukset

(Bellack ym., 1997, 6-9).

1.4.4. Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkosto

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaaliin suhteisiin liittyvää terveyttä edistävää tai stressiä ehkäisevää tekijää (Vahtera & Uutela, 1994, 1054). Sosiaalinen tuki voi koostua esim. tietotuesta (kuten neuvot, ehdotukset, tilanteen uudelleenarviointi tai -määrittely), instrumentaalista tuesta (rahan lainaaminen, konkreettinen auttaminen), arvostuksesta (myönteisten arvioiden lausuminen toisen ihmisen tekemisestä ja kyvyistä) ja tunnetuesta (halukkuus tukea, luottamuksellisuus, empaattisuus, kuunteleminen ja rohkaiseminen) (Helasti, 1999, 18). Se on määriteltävissä sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi (Cohen & Syme, 1985).

Vaikutuksiltaan sosiaalinen tuki on aina vuorovaikutteista niin, että myös tuen antaja saa itse tukea (Hyyppä, 1997, 281). Sosiaalinen tuki vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin sekä suoraan (Thoits, 1985, 51) että toimimalla puskurina suojaten vaikeilta elämäntilanteilta (Vaux, 1988, 130-133; Kumpusalo, 1991, 16-17; Muurinaho, 2001, 8-17). Sosiaalisen tuen muotoon ja laatuun vaikuttavat mm. sosiaalisen verkoston laajuus, vuorovaikutuksen tiheys sekä sosiaalinen läheisyys. Nämä rakennepiirteet vaikuttavat siihen, millaisia mahdollisuuksia sosiaaliin suhteisiin on, eivätkä ne suoranaisesti kerro sosiaalisen tuen tasosta ja laadusta (Helasti, 1999, 19). Tutkimusten perusteella varsinaiset tukitapahtumat eivät ennusta terveyttä, vaan tärkein vaikuttava tekijä on ihmisen luottamus tuen saatavuudesta silloin, kun tilanne sitä vaatii (Sarason, Pierce & Sarason, 1990; Metteri & Haukka-Wacklin, 2004, 55). Tiedossa oleva sosiaalinen tuki vaikuttaa ennakoivasti niin, että kokemukset tilanteen hallittavuudesta vahvistuvat eikä ihminen koe itseään niin haavoittuvaksi kuormittavissa elämäntilanteissa (Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Tulokset osoittavat myös, että nimenomaan kontaktien laatu

ja sosiaalisten verkostojen antama palaute ovat selvemmin yhteydessä hyvään terveydentilaan kuin kontaktien määrä (Bäckman, 1992, 167). Vahteran ja Uutelan (1994, 1054) mukaan huonoksi koettu sosiaalinen tuki liittyy osittain ihmisten kyvyttömyyteen luoda ja ylläpitää tukea antavia sosiaalisia verkostoja, kommunikoida tuen tarpeestaan tai hankkia tarvittavaa tukea.

Neelemanin ja Powerin (1994) tutkimuksessa skitsofreniapotilaiden kokema sosiaalinen tuki oli heikompi kuin terveillä. Christensen, Dorning, Ehlers ja Schultz (1999) havaitsivat sosiaalisen tuen määrällä olevan ennustearvoa pitkäaikaisten skitsofreniapotilaiden elossa pysymiseen. Sosiaalisen tuen lisääntyminen oli yhteydessä kuoleman riskin vähenemiseen ja potilaan pitkäikäisyyteen. Sosiaalisella tuella on havaittu olevan merkitystä myös skitsofreniapotilaiden yhteiskunnallisessa sopeutumisessa (Clinton ym., 1998). Skitsofreniapotilaiden saama sosiaalinen tuki on nähty suojaavana tekijänä, mikä helpottaa elämänhallintaa ja lisää hyvinvointia ja siten lieventää sosiaalisten ja ympäristöön liittyvien stressaavien tekijöiden haitallisia vaikutuksia (Buchanan, 1995; Hultman, Wieselgren & Ohman, 1997).

Sosiaalista verkostoa tarkastellaan usein sosiaalisen tuen synonyymina, vaikka sosiaalinen tuki on verkoston funktionaalinen ominaisuus. Näitä käsitteitä ei tulisi käyttää toistensa synonyymeinä (Seikkula, 1994, 17). Marsellan ja Snyderin (1981) määritelmän mukaan sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan vuorovaikutussuhteita, joiden avulla yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään. Vuorovaikutussuhteet antavat henkistä tukea, materiaalista apua, palveluja, tietoja ja uusia ihmissuhteita. Käytännössä yksilön kokemukset siitä, kenen kanssa hän on tekemisissä, keneltä voi saada apua ja ketkä ovat toistensa kanssa suhteissa, kuvaavat yksilön ihmissuhteiden kokonaisuutta eli psykososiaalista verkostoa (Seikkula, 1994, 32).

Skitsofreniapotilaiden sosiaalisia verkostoja on tutkittu melko paljon. Mm. vakavat negatiiviset ja positiiviset oireet ovat yhteydessä pienempään sosiaaliseen verkostoon (Hamilton, Ponzoha, Cutler ja Weigel, 1989; Bengtsson-Tops ja Hanson, 2001b), potilailla, joilla verkostot ovat suuremmat, on vähemmän relapseja ja sosiaalinen sopeutuminen on parempaa (Erickson, Beiser & Iacono, 1998), verkostoihin kuuluu paljon palveluiden tuottajia (Holmes-Eber ja Riger, 1990; Meeks & Murrell, 1994), nuoremmilla potilailla verkostot ovat suurempia (Macdonald ym., 1998), pitkäaikaispotilaiden sosiaaliset verkostot on havaittu pienimmiksi kuin akuuttia depressiota sairastavien potilaiden (Brugha ym., 1993) ja kaupunkialueella asuvilla skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä oli enemmän sosiaalisia kontakteja kuin maaseudulla asuvilla (Sörngaard ym., 2001).

Semple ym. (1997) vertasivat keski-ikäisten ja sitä vanhempien skitsofreniapotilaiden verkostoja samanikäisten terveiden henkilöiden verkostoihin. Skitsofreniapotilaat olivat harvemmin naimisissa, heillä oli vähemmän lapsia ja he asuivat todennäköisemmin yksin. Ryhmien välillä ei ollut eroa kontaktien määrässä, saadussa välineellisessä tuessa, luottamuksellisissa perhesuhteissa eikä henkilösuhteiden vaikeuksissa. Nämä tulokset eivät tukeneet sitä vanhempiin skitsofreniapotilaisiin liitettyä stereotyyppistä kuvaa, että he olisivat vieraantuneet perheenjäsenistään.

Seikkula (1994, 42) on koonnut skitsofreniapotilaiden sosiaalisille verkostoille tyypillisiä ominaisuuksia verrattuna ns. normaalin aikuisväestön verkostoihin:

- verkostot ovat kooltaan paljon pienempiä
- verkostoon kuuluu usein ihmisiä, joihin suhde ei ole pitkäaikainen
- verkostosta puuttuvat sosiaalisesti merkitsevät suhteet, esimerkiksi tuttavat tai sukulaiset
- verkostossa ei ole samanaikaisesti tunne- ja välisuhteita, vaan joko välineellisiä tai tunnesuhteita
- verkostossa on tunnekokemusten ambivalenssi
- verkoston suhteissa ei esiinny vastavuoroista tunne- ja välinevaihtoa
- verkostossa on usein salaisia suljettuja suhdejärjestelmiä, jotka eristävät potilaan ulkopuolisilta sosiaalisilta vaikutuksilta ja sulkevat hänet suljettuun sosiaaliseen systeemiin.

1.4.5. Syrjäytyminen

Karisto (1985, 125) määrittelee sosiaalisen syrjäytymisen ajautumisena marginaaliasemaan, jolloin kulutuksen ja ajankäytön mallit poikkeavat selvästi normaalista. Syrjäytyminen määrittyy siten suhteessa normatiiviseen keskimääräisyyteen ja se voi olla työttömyyttä, köyhyyttä, yksinäisyyttä ja kulttuurista marginalisoitumista (Ahlqvist, 1996, 133). Vähätalo (1987, 6) näkee syrjäytymisen normaalien elämäntapaaan liittyvien voimavarojen puutteena, mikä johtaa ihmisiä erilaisiin karsiutumisen- ja syrjäytymisprosesseihin. Helne ja Karisto (1992, 519) liittävät syrjäytymiseen valintamahdollisuuksien vähäisyyden. Samoin siteet yhteiskuntaan ovat heikentyneet. Tämä johtaa tilanteeseen, missä valintojen sijasta keskeisiksi tulevat elämiseen kytkeytyvät pakot, rajoitteet ja mahdollisuuksien puute.

Helne ja Karisto (1992, 527) korostavat, että syrjäyttävien prosessien lopputuloksina syntyvät tilat eivät ole vain rakenteellisten seikkojen määräämiä, vaan niihin vaikuttaa myös ihmisen oma toiminta. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavat henkilöt saattavat vetäytyä sosiaalisista kontakteista,

mutta vetäytyminen voi olla seurausta myös muiden henkilöiden osoittamasta torjunnasta (Williams & Collins, 2002, 303). Syrjäytyminen on laaja, monipuolinen ja hieman epämääräinen käsite, jolloin sen operationalisointi on myös vaikeaa (Ahlqvist, 1996, 133). Käytännössä syrjäytyminen ilmenee asumiseen, taloudelliseen tilanteeseen, työttömyyteen ja yksinäisyyteen liittyvinä kasautuvina ongelmina.

Salokankaan ym. (1997 b) tulosten mukaan sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden yksin asuminen yleistyi ja vanhempien kanssa asuminen muuttui harvinaisemmaksi, kun tultiin 1980-luvulta 1990-luvulle. Asunnottomuus oli harvinaista eikä lisääntynyt tutkimusjakson aikana, vaikka laitosasuminen väheni. Kaikki asunnottomiksi kirjatut olivat miehiä. Alle 10 % potilaista arvioi asuinolonsa heikoiksi. Miesten asuinolot olivat huonommat kuin naisten. Kartoituksessa potilaiden asunnon taso arvioitiin normaaliksi useammin kuin väestötutkimuksen mukaan koko väestössä. Nämä suomalaiset tulokset poikkesivat myönteiseen suuntaan esim. Nordentoftin, Knudsenin ja Schulsingerin (1992) tutkimuksesta, missä yli 20 %:lla skitsofreniapotilaista oli vakavia asumiseen liittyviä ongelmia. Myös Lamb (1984; 1992; 1993; 1998), Lamb ja Shaner (1993) sekä Lipton, Sabatini ja Katz (1983) ovat kuvanneet psykiatristen potilaiden asumistilannetta hyvin vaikeaksi. Yhdysvalloissa kolmasosalla tai puolella kodittomista aikuisista on vakava mielenterveysongelma (Lamb & Bachrach, 2001, 1041).

Salokankaan ym. (1997 b) tutkimuksessa noin viidennes potilaista koki taloudellisen tilanteensa heikoksi. Huono taloudellinen tilanne liittyi ennen muuta huonoon asumistilanteeseen. Heikko taloudellinen tilanne oli riippuvainen myös siitä, missä sairaanhoitopiirissä potilas asui. Heikoin tilanne oli Helsingissä, Kymenlaaksossa, Pohjois-Savossa ja Lapissa ja paras tilanne Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin potilailla (Salokangas ym., 2000, 103-104).

Salokankaan ym. (1997 b) tutkimuksessa vain joka neljäs potilas oli edeltävän vuoden aikana (vähintään 3 kuukauden ajan) tehnyt hyödyllistä työtä. Psykiatrisessa sairaalassa hoidetuista skitsofreniapotilaista noin 90 % tulee sairauden takia työkyvyttömäksi. Miessukupuoli, naimattomuus, kotiuttamishetken heikko toimintakyky ja sairastamisajan pituus ennakoivat huonoa työkykyä. Työkyvyttömyyden ohella potilailla oli runsaasti rajoituksia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, aloitekyvyssä, rahan käytössä, hoidosta huolehtimisessa ja kodinhoidossa. Vain vajaalla viidenneksellä ei todettu yhtään toimintakyvyn rajoitusta.

Emotionaalinen yksinäisyys, johon eristäytymiseen taipuvaisella skitsofreniaa sairastavalla ihmisellä on pyrkimys vetäytyä, on vaarallista varsinkin iäkkäälle

potilaalle (Anttinen, 1994). Lisääntyvä ja monitasoinen yksinäisyys onkin yksi suurimmista sairaalasta avohoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden ongelmista (Salokangas ym., 1997 b). Samaan asiaan ovat kiinnittäneet huomiota myös DeNiro (1995) ja Honkonen, Saarinen ja Salokangas (1999). Yksinäisyyden on havaittu olevan merkittävällä tavalla yhteydessä myös psykiatristen pitkäaikaispotilaiden subjektiivisen hyvinvoinnin kokemuksiin (Borge ym., 1999).

Voidaan ajatella, että skitsofreniapotilaiden syrjäytymisprosessin tulos näkyy kokemuksena siitä, että elämänote alkaa kadota. Ote elämästä ja otteen ylläpitämisen kyky osoittautuivat valtakunnallisen skitsofreniaprojektinkin mukaan tärkeäksi kriteeriksi akuuttien skitsofreenisten tilojen ennustetta arvioitaessa (Salokangas, Rökköläinen & Alanen, 1989). Salokankaan ym. (2000, 126-128) tulosten mukaan runsas puolet skitsofreniapotilaista oli kadottanut huomattavan osan tai luopunut kokonaan aikuisen elämän päämääristä. Enintään viisi vuotta sairastaneiden skitsofreniapotilaiden ryhmässä elämänotteensa menettäneiden osuus kasvoi selvästi 1990-luvulla. Miesten huono-osaisuus oli suurempaa kuin naisten ja pitkään sairastaneet miespotilaat muodostivat hyvin vaikeasti vammautuneen skitsofreniapotilaiden ryhmän, jonka osuus 1990-luvulla näytti korostuneen ja vaativan aiempaa selvästi enemmän huomiota osakseen (Salokangas ym., 2000, 196-198).

1.4.6. Stigma

Goffman (1963) määritteli stigmat ei-toivotuiksi ja syvästi hävettäviksi ominaisuuksiksi, mitkä estävät henkilöä saamasta osakseen täyttä sosiaalista hyväksyntää ja saavat leimautuneen henkilön salaamaan nämä ominaisuudet aina, kun se vain on mahdollista. On myös mahdollista, että henkilö välttää sosiaalisia tilanteita pelätessään leimautumista ja selviytyäkseen paremmin psyykkisen sairautensa kanssa (Browne & Courtney, 2004, 38). Scheff (1966) korostaa sitä, että ihmisten välistä vuorovaikutusta säätelevät normit, joista poikkeamista ympäristö paheksuu. Erityisesti toistuvat normien rikkomiset voivat saada ympäristön leimaamaan henkilön mieleltään sairaaksi. Tästä syntyy uusia rooliodotuksia ja odotusten mukaisia reaktioita. Kun henkilön odotetaan käyttäytyvän mielisairaana tavoin, häneen myös suhtaudutaan kuin mielisairaaseen. Vähitellen leimattu sisäistää sairaudesta vallitsevat käsitykset ja alkaa entistä selvemmin toimimaan poikkeavan roolinsa mukaisesti.

Leimautuminen, stigmatisaatio, on yleinen ongelma etenkin skitsofreniasta kärsiville (Dickerson ym., 2002; Browne & Courtney, 2004). Stigman

kielteisistä seurauksista mielenterveyspotilaille on paljon tutkimuksia (Lamy, 1966; Tringo, 1970; Albrecht, Walker & Levy, 1982; Link, 1982; Link & Cullen, 1983; Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987; Penn ym., 1994; Wahl, 1999; Angermeyer & Matschinger, 2003; Schulze, 2003; Angermeyer & Matschinger, 2004).

Stigmakokemukset aiheuttavat kärsimystä, vihaa, masennusta ja pysyviä vahinkoja itsearvostukselle ja monissa arkielämän tilanteissa ne voivat johtaa yrityksiin salata sairastuminen. Sillä, missä määrin mielenterveyspalveluita käyttänyt henkilö kohtaa stigmaan liittyviä ilmiöitä elämässään, on tärkeä osa paranemisessa ja elämänlaadun kokemisessa (Wahl, 1999, 467-478; Katschnig, 2000). Stigman seuraukset voivat lisätä skitsofreniaa sairastavien stressikertymää siinä määrin, että psykoottiset oireet lisääntyvät ja sairaalahoidon todennäköisyys kasvaa (Penn, Kohlmaier & Corrigan, 2000, 37).

Painavimmin stigma koskettaa nuoria ja nuoria aikuisia, joille ikäryhmän hyväksyntä ja tuki ovat ensiarvoisen tärkeitä, ja jotka reagoivat erityisen herkästi kielteisille stereotyyppisille käsityksille (Korkeila, 2002, 2072). Koska mielisairauteen liittyvän stigmaan keskeinen komponentti on sairastuneen potentiaalinen vaarallisuus (Penn, Kommana, Mansfield & Link, 1999, 437; Crisp ym., 2000, 5), on leimautumisen riski suurempi nimenomaan nuorilla ja miespuolisilla henkilöillä (Phealan, Bromet & Link, 1998, 117). Skitsofreniaa sairastavien sosiaalinen käyttäytyminen ja fyysinen olemus voivat myös lisätä psykiatrisen leimautumisen riskiä (Penn ym., 2000, 38).

Linkin ja Phelanin (2001, 367) mukaan stigma on olemassa silloin, kun neljä erilaista osatekijää yhdistyy:

- 1) Ihmiset erottelevat ja leimaavat ihmisiä erilaisuuden perusteella;
- 2) Vallitsevat kulttuuriset uskomukset liittävät leimattuihin ihmisiin ei-toivottuja stereotyyppisiä ominaisuuksia;
- 3) Leimatut henkilöt nähdään muista ulkopuolisena ryhmänä;
- 4) Leimatut henkilöt kokevat statuksen menetyksen ja syrjintää, mikä johtaa eriarvoisuuteen.

Leimautumiseen liittyviä asenteita voidaan jäsentää kolmen tekijän avulla. Nämä ovat:

- 1) Autoritaarisuus – henkilöt, joilla on vakava mielisairaus, ovat vastuuttomia ja muiden on tehtävä heidän elämänsä koskevia päätöksiä;
- 2) Hyväntahtoisuus – henkilöt, joilla on vakava mielisairaus, ovat lasten kaltaisia ja he tarvitsevat muiden huolenpitoa;

3) Pelko ja torjunta – henkilöitä, joilla on vakava mielisairaus, pitää pelätä ja siksi heidät pitää eristää yhteisöstä (Holmes ym., 1999, 447).

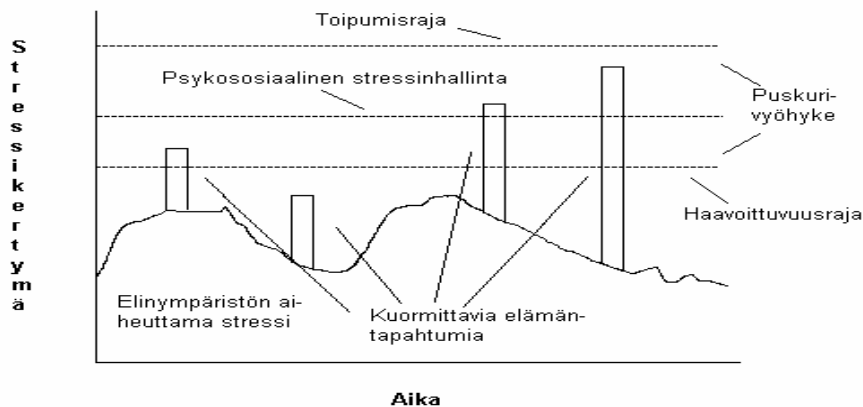
Sekä pelko että autoritaarisuus johtavat siihen, että mielisairaita henkilöitä vältellään (Corrigan ym., 2001, 223).

Myös psyykkisesti sairaiden perheenjäsenet ja sukulaiset tuovat esille stigmakokemuksia pyrkien salaamaan läheisen psykiatrisen sairaalahoidon. Psyykkisen sairauden salaaminen on todennäköisempää, jos omainen ei asu yhdessä sairaan kanssa, jos sairastunut on nainen ja jos vakavia positiivisia oireita on vähän (Phelan ym., 1998). Perheenjäsenten stigmakokemuksia on raportoitu myös muualla kuin teollistuneissa länsimaissa (Shibre ym., 2001).

1.4.7. Elämänmuutokset ja stressi-haavoittuvuus –malli

Stressi-haavoittuvuus käsite liittyy yksilöllisen haavoittuvuuden ja stressitekijöiden yhteisvaikutukseen. Mielen terveyden häiriöiden oireet vahvistuvat tai tulevat esiin silloin, kun tämä yhteisvaikutus ylittää biopsykososiaalisen sopeutumiskyvyn (Falloon & Fadden, 1993, 28). Vaikutus laukaisee vaihtelevalla viiveellä kunkin yksilön kohdalla sellaisen käyttäytymisvasteen, mikä on luonteenomaista sille mielen terveyden häiriölle, mihin henkilöllä on olemassa alttius (Saari, 2001, 28). Alttius voi olla perinnöllistä tai varhaiskehityksen aikana syntynyttä tai niiden yhdistelmä. Sairastumisen laukaisevina stressitekijöinä voivat olla erilaiset kehitykselliset vaatimukset (esim. lapsuuden kodista lähteminen, parisuhteen muodostaminen, äidiksi tai isäksi tuleminen), toksiset tekijät (esim. alkoholin runsas käyttö, huumeekokeilut) tai keskushermostovammat (Skitsofrenian käypähoito –suositus, 2001, 2641).

Haavoittuvuus-stressi -malli voidaan esittää kuviona, missä on kuvattu mallin keskeiset osatekijät (kuvio 1). Yksilön stressikertymä vaihtelee yleisen, normaalielämään liittyvän stressin ja hetkellisiin elämäntapahtumiin liittyvien stressitekijöiden yhteisvaikutuksen perusteella. Kun stressikertymä ylittää yksilöllisen haavoittuvuusrajan, yksilö alkaa oireilla psyykkisesti. Psykososiaalisilla ja biologisilla hoidoilla voidaan auttaa yksilöä stressinhallinnassa ja ehkäistä oirekäyttäytymistä. Syntyvä puskurivyöhyke auttaa yksilöä suojautumaan psyykkisiltä oireilta (Saari, 2002, 28-29). Parantunut kyky arvioida stressiä ja hallintakeinojen käyttö voivat vähentää oireiden voimakkuutta ja edistää kuntoutumisen onnistumista (Leclerc ym., 2000, 380).



Kuvio 1. Haavoittuvuus-stressi -malli

Aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esille sen, että skitsofreniapotilaan toiminnasta riippumattomat stressaavat elämäntapahtumat ovat yleisempiä lähiviikkoina ennen relapsia (Lukoff, Snyder, Ventura & Nuechterlein, 1984; Nuechterlein ym., 1992, 390). Stressin lisääntymisen on havaittu olevan yhteydessä lisääntyneisiin negatiivisiin ja vähentyneisiin positiivisiin tuntemuksiin ja mielialoihin skitsofreniapotilailla (Myin-Germeys ym., 2001). Skitsofreniapotilaille tyypillinen sosiaalinen kyvyttömyys puolestaan estää potilaita kehittämästä supportiivisia ihmissuhteita, mitkä voisivat toimia suojauskureina (Bellack & Mueser, 1993, 321). Mueser ym. (1990, 144-145) tuovat esiin sen, että naispotilaiden parempi ennuste voi osin johtua sosiaalisten taitojen paremmasta tasosta, jolloin he pystyvät vähentämään stressiä miehiä tehokkaammin.

On saatu myös tuloksia, joiden mukaan stressaavissa elämäntapahtumissa antipsykootin lääkytys voi toimia suojaavana tekijänä nostamalla psykoottisten oireiden kehittymisen kynnyksiä (Nuechterlein ym., 1992; Nuechterlein ym., 1994). Olisi lisäksi hyvä, jos potilaille opetettaisiin mahdollisia tekniikoita, joilla voidaan lieventää stressiä ja sitä, miten potilas voi välttää stressiä aiheuttavia tilanteita (Bellack & Mueser, 1993, 320; Walker ym., 2004, 421). Aktiivisen ongelmakeskeisen coping-strategian käytön on todettu vähentävän kuormittavien elämäntapahtumien vaikutusta ja laskevan relapsien riskiä skitsofreniapotilailla (Pallanti, Quercioli & Pazzagli, 1997) sekä ennustavan vähäistä yleistä psykopatologiaa ja vähäistä negatiivista oireilua (Andres ym., 2003).

1.4.8. Perheen tunneilmapiiri

Expressed emotion –käsite liittyy Brownin työryhmineen (Brown ym., 1972; Brown, 1974) saamiin tuloksiin, joiden mukaan riski psykoottisten tilojen uusiutumiseen oli suurempi niillä miespuolisilla skitsofreniapotilailla, jotka sairaalahoidon jälkeen siirtyivät asumaan perheensä luokse kuin niillä, jotka siirtyivät asumaan muualle. Saatu tulos viittasi perheen vuorovaikutuksen tunneilmapiirin merkitykseen potilaan oireiden säätelijänä. Tarkemman analyysin perusteella arvostelevien huomautusten lukumäärä, vihamielisyys ja tunteenomainen ylikietoutuneisuus perheessä ennustivat psykoosin uusiutumista lähitulevaisuudessa. Tältä pohjalta tutkijat kehittivät haastattelumenetelmän (Camberwell Family Interview), minkä avulla perheet pystyttiin luokittelemaan korkean tai matalan expressed emotion –ilmaisun (EE-indeksi) perheiksi. Korkea EE-indeksi liittyi perheisiin, joissa potilaaseen kohdistettiin paljon arvostelevia huomautuksia ja vihamielisyyttä sekä joissa oli havaittavissa huomattavaa ylikietoutuneisuutta. Ylikietoutuneisuudella tarkoitetaan sitä, missä määrin omainen on erityisen uhroutuva, tunkeutuva tai kyvytön erottamaan sisäisiä kokemuksiaan potilaan tuntemuksista (Saari, 2002, 48).

EE-indeksin yhteyksiä skitsofrenian psykoosioireiden uusiutumiseen on tutkittu paljon. Saari (2002, 49-57) on väitöskirjassaan esitellyt kattavasti EE-indeksiin liittyvien relapsitutkimusten meta-analyysien sekä eri interventiotutkimusten tuloksia. Korkean EE-indeksin ja skitsofreniapotilaiden psykoosirelapsien välinen yhteys on lähes poikkeuksetta saatu tutkimuksissa esiin. On myös tuloksia, joiden mukaan korkea EE-indeksi ennustaa ainoastaan miespotilaiden relapseja (Räsänen ym., 2000, 40).

Psykososiaalisilla perhe- ja yksilöinterventioilla on havaittu olevan selvästi relapseja vähentävä vaikutus, koska usein interventioon on liittynyt EE-indeksin muuttuminen potilaalle edullisempaan suuntaan. Sen, miten relapsin käsite on määritelty, on myös havaittu olevan yhteydessä saatuihin tuloksiin (King & Dixon, 1999, 377-386). Vaikka korkean EE-indeksin yhteys relapseihin on ilmeinen, ei se välttämättä ole yhteydessä sairaalahoidon määrään (Tomaras ym., 2000).

Tutkijoiden mukaan perheen tunneilmapiiriin vaikuttaa se, minkälaisia tulkintoja omaiset tekevät potilaan oireilun syistä (Weisman ym., 1998, 355-356). Weismanin ym. (1998) tutkimus toi esiin sen, että korkean EE-indeksin perheet pitivät potilasta suuremmassa vastuussa sairaudestaan ja siihen liittyvästä oireilusta kuin matalan EE-indeksin perheet. Tutkijat pitivät todennäköisenä, että matalan EE-indeksin perheiden vähäisempi kriittisyys johtui kolmesta tekijästä: a) he tiesivät enemmän häiriöstä, b) he olivat sitä

mieltä, etteivät oireet olleet potilaan hallittavissa, c) he olivat tekemisissä vähemmän vaativien tai vaikeiden läheisten kanssa. Sairauden tulkitseminen potilaan syyksi voi heikentää myös potilaan itsearvostusta (Barrowclough ym., 2003, 93).

Neuroleptilääkityksellä ja alle 35 tunnin viikoittaisella kontaktilla lähiomaiseen on havaittu myös olevan psykoosin uusiutumisen riskiä alentava vaikutus korkean EE-indeksin perheissä (Leff & Vaughn, 1985). Tulokset eivät kuitenkaan ole olleet ristiriidattomia (Kavanagh, 1992). EE-indeksiin liittyviin kulttuuritekijöihin on kiinnitetty liian vähän huomiota (Bellack & Mueser, 1993, 325).

1.4.9. Hoito- ja kuntoutuspalveluiden tarjonta ja käyttö

Suomessa psykiatriset sairaansijat alkoivat vähentyä vuoden 1972 jälkeen. Vähentäminen alkoi myöhemmin kuin monissa muissa maissa, eivätkä avohoitopalvelut kehittyneet toivotulla tavalla. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon osuus palveluiden tuottajana on vähentynyt, kun taas peruspalveluiden, järjestöjen ja yksityisten palvelutuottajien rooli on korostunut. Mielenterveyspalveluista tehtiin 1990-luvulla useita selvityksiä, joiden mukaan erityisesti monipuolisista avopalveluista oli puute ja että laitospalveluista vapautuneita resursseja ei vastaavasti korvattu avohoidossa saatavilla palveluilla (Tuori, Kiikkala & Lehtinen, 2000, 4533-4534). Kaltiala-Heinon, Laippalan ja Joukamaan (2001, 219) selvityksen mukaan aikaisemmin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa annettu laitoshoido on siirtynyt osin perusterveydenhuollon terveyskeskusten vuodeosastoille.

Onnistuneen sairaalasta kotiuttamisen edellytyksenä voidaan pitää selkeää ja tarkoituksenmukaista avohoidon hoito-ohjelmaa (Salokangas ym., 2000, 31). Tehokkaan avohoidon on todettu vähentävän uudelleen sairaalaan joutumisen todennäköisyyttä (Häfner & an der Heiden, 1989). Sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden selviytymistä tutkineen SKS-projektin loppuraportissa tuli esiin, että suurimmat puutteet potilaiden hoidossa näyttivät olevan erilaisissa toiminnallisissa terapioissa ja kuntoutuspalveluissa (Salokangas ym., 2000, 221).

Shaw ym. (2000) tutkivat mitkä tekijät olivat yhteydessä erilaisten psykososiaalisten palveluiden käyttöön keski-ikäisten ja vanhempien psykoottisista häiriöistä kärsivien potilaiden keskuudessa. Psykologisten palveluiden (esim. tukiryhmä, ohjaus ja neuvonta) suurkäyttäjät olivat nuorempia. Heillä oli myös vakavampia positiivisia oireita ja masennusoireita. Sosiaalisten palveluiden (esim. päivähoito, palvelukeskus) suurkäyttäjillä oli

korkeampi sosioekonominen status, he olivat useammin naisia, heillä oli pitempi psykoosihistoria, enemmän kognitiivisia puutteita sekä vakavampia negatiivisia psykoottisia ja depressiivisiä oireita. Potilaat, jotka käyttivät arkielämää helpottavia palveluita (esim. kuljetus-, kodinhoito- ja ateriapalvelu, fysioterapia) olivat vanhempia, heillä oli heikompi funktionaalinen terveydentila ja enemmän kognitiivisia puutteita. Heillä oli myös vakavia negatiivisia ja depressiivisiä oireita.

Thornicroft ym. (1993) selvittivät lisääntyntä palveluiden käyttöä ennustavia tekijöitä skitsofreniapotilaiden keskuudessa. Näitä olivat yksin asuminen, työttömyys ja naimattomuus. Brekken ja Longin (2000) tulosten mukaan sairaalan ulkopuolisten psykososiaalisten kuntoutuspalveluiden intensiteetti ja kesto liittyivät asiakkaan itsearvostuksen paranemiseen. Middelboe ym., (2001, 207-214) tutkivat skitsofreniapotilaiden subjektiivisia tarpeita ja saatua apua. Potilaat toivat yleensä esille sen, että palveluihin liittyvät tarpeet ylittivät selvästi saadun avun. Oireet ja heikentynyt toimintakyky olivat merkittäviä tarvetilan ennustajia.

Mielenterveyspalveluiden kehittämisessä on otettava huomioon monenlaisia kriteerejä. Näitä ovat mm. palveluiden käyttäjien tarpeet, palveluiden laatu, palveluiden tuottajien osaaminen ja palvelujärjestelmän kompetenssi sekä palveluiden perustuminen tieteelliseen näyttöön (Wohlford, Myers & Callan, 1995, 228-229).

1.5. PSYKOSOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN MENETELMÄT

Suurimmalle osalle skitsofreniapotilaista lääkehoito yhdistettynä psykososiaalisiin interventioihin tuottaa parhaan hoitotuloksen. Aivan samoin kuin lääkehoito räätälöidään tarkasti potilaan hoidollisia tarpeita vastaavaksi, pitää psykososiaaliset interventiotkin valita tarkasti potilaskohtaisesti (Lehman ym., 2003).

Bellackin ja Mueserin (1993) mukaan skitsofreniapotilaiden psykososiaalisessa hoidossa pitää painottaa neljää näkökohtaa: (1) potilaat tarvitsevat pitkän ja monipuolisen hoidon, johon sisältyy myös lääkehoito; (2) yksilölliset erot on otettava huomioon räätälöimällä yksilöllisiä hoito-ohjelmia; (3) on välttämätöntä ottaa potilaat ja heidän läheisensä aktiivisesti mukaan hoitoon; ja (4) on otettava huomioon mahdolliset potilaiden kykyihin liittyvät rajoitukset, mitkä johtuvat informaatioprosessoinnin häiriöistä.

1.5.1. Lääkehoito

Psykoosilääkkeitä käytetään vähentämään potilaan oireita ja parantamaan toimintakykyä. Näiden lääkkeiden tehokas käyttö vaatii tarkan diagnoosin, asianmukaisen annostuksen ja arvion terapian kestosta sekä sivuvaikutusten hallinnan (Drake ym., 2000, 394).

Ensimmäinen antipsykoottinen lääke, klooripromatsiini, kehitettiin 1950-luvulla. Tämän jälkeen kehitettiin monia klooripromatsiinin tapaan vaikuttavia ns. perinteisiä antipsykootteja eli neuroleptejä. 1980-luvulla kehitettiin ensimmäinen toisen polven antipsykootti eli klotsapiini, mikä on monelle skitsofreniapotilaalle tehokkain neurolepti. Klotsapiinin mahdollisten vakavien sivuvaikutusten vuoksi monet lääkevalmistajat kehittivät osin klotsapiinin tavoin vaikuttavia lääkkeitä, joita kutsutaan toisen polven antipsykooteiksi. Nämä ovat viime vuosina nousseet perinteisiä neuroleptejä yleisemmiksi. Markkinoille on tulossa kokonaan uusia antipsykootteja, joiden etuna on muihin antipsykootteihin verrattuna hyvin vähäiset sivuvaikutukset. Näitä uusia lääkkeitä on kutsuttu kolmannen polven antipsykooteiksi (Huttunen, 2004, 53-55).

Psykoosilääkkeisiin voi liittyä niiden käyttöä rajoittavia haittavaikutuksia. Tavanomaisten psykoosilääkkeiden haittavaikutuksia ovat mm. jäykkyys, akuutit dystoniat, tardiivi dyskinesia ja akatisia. Toisen polven psykoosilääkkeiden haittavaikutuksia ovat mm. painonnousu, neurologiset ja metaboliset haittavaikutukset, suun kuivuminen ja seksuaalisten toimintojen häiriöt. Klotsapiinilääkitykseen voi liittyä vakavia verenkuuvan muutoksia (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001, 2647).

Psykoosilääkkeiden käytöstä skitsofrenian hoidossa on olemassa erittäin paljon kontrolloituja tutkimuksia. Lääkkeiden teho positiivisten oireiden hoidossa ja uusien psykoosivaiheiden ehkäisyssä on osoitettu vakuuttavasti. Toisen polven psykoosilääkkeet ovat osoittautuneet tavanomaisten neuroleptien veroisiksi positiivisten oireiden hoidossa ja ne saattavat olla tehokkaampia negatiivisten ja affektiivisten sekä kognitiivisten oireiden hoidossa (Drake, 2000, 394; Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001, 2645-2646). Bentsodiatsepiinien vaikutuksesta skitsofrenian psykoottisiin oireisiin on saatu ristiriitaisia tuloksia. Ne voivat olla hyödyllisiä akuutin ahdistuneisuuden ja agitoituneisuuden hoidossa sekä katatonisten oireiden hallinnassa (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001, 2647). Skitsofreniaa sairastavista 20-40 % ei saa riittävää antipsykoottista vastetta perinteisillä psykoosilääkkeillä (Isohanni ym., 2001, 107-108) ja puutteellinen myöntövyys lääkkitykseen haittaa usein hoitojen toteutumista. Noin 30 % sairaalapotilaista ja 40-65 % avohoitopotilaista jättää ajoittain noudattamatta

lääkitystä koskevia ohjeita (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001, 2448). Tärkein yksittäinen syy sairausjakson äkilliseen uusiutumiseen on lääkkeen epäsäännöllinen käyttö tai sen käytön lopettaminen omalla päätöksellä (Huttunen, 2004, 52).

Lääkityksen kesto riippuu sairauden vaiheesta. Mikäli psykoottiset oireet ovat olleet remissiassa vuoden ajan, voidaan ensimmäisen skitsofreenisen psykoosin jälkeen harkita lääkityksen asteittaista lopettamista. Jos potilaalla on ollut toistuvia psykoosijaksoja, on tarpeen jatkaa lääkitystä pitkään, vähintään viisi vuotta (Isohanni ym., 2001, 93). Lääkityksen lopettaminen pitkän oireettoman kauden jälkeen tulisi tehdä hitaasti ja portaittain. Lääkitystä vähennettäessä potilaan tulee olla säännöllisessä seurannassa (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001, 2446).

Vaikka skitsofrenian hoidossa antipsykoottinen lääkitys on keskeisessä asemassa, se ei ole yksin riittävä. Lääkehoito tarvitsee rinnalleen psykoterapiaa tai kuntouttavia toimenpiteitä (Isohanni ym., 2001, 103).

1.5.2 Yksilöpsykoterapiat

Pitkään jatkuva, tukea antava hoito-ote on keskeinen skitsofreniapotilaan pitkäaikaishoidossa (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001, 2649). **Supportiivista eli tukea antavaa psykoterapiaa** on vaikea määritellä tarkasti. Määritelmät vaihtelevat maasta toiseen. Yksimielisiä ollaan yleensä siitä, että supportiivisen terapian avulla pyritään tehostamaan potilaan puolustusmekanismien käyttöä (Buckley & Petit, 2003, 1). Todellisuutta vääristäviä puolustuskeinoja yritetään lisäksi saada potilaalle tarkoituksenmukaisemmiksi (Achté, 1992, 15). Fentonin (2000, 50) mukaan supportiivisen psykoterapian keskeiset tavoitteet skitsofreniapotilaan hoidossa ovat: (1) välittömän kriisin lievittäminen, (2) oireiden lievittyminen premorbidivaiheen tasolle, (3) psyykkisen tasapainon palauttaminen puolustusmekanismeja vahvistamalla, (4) psykoottisilta kokemuksilta ja konflikteilta suojautuminen, (5) sopeutumiskyvyn edistäminen ja (6) potilaan terveiden puolien käyttöön saaminen ja säilyttäminen.

Supportiivisessa hoidossa on tärkeää, että terapeutin asenne potilasta kohtaan on rohkaiseva ja rauhoittava. Inhimillinen ja ymmärtävä suhtautuminen potilaan ongelmiin luo terapeutista vaikuttavan luottamussuhteen (Achté, 1992, 13). Luottamuksellisella hoitosuhteella voi olla positiivinen vaikutus potilaan lääkehoitomyönteisyyteen (Isohanni ym., 2001, 96). Valtaosalle skitsofreniapotilaita supportiivisten menetelmien

soveltaminen on lähes ainoa mahdollisuus auttaa potilaita psykoterapian keinoin (Honkonen, 1997, 2626).

Skitsofrenian **kognitiivinen terapia** rakentuu yhteistyösuhteen, potilaan tilanteen psykologisen ymmärtämisen sekä kognitiivisten ja behavioraalisten työskentelymenetelmien varaan. Kognitiivisen terapian taustalla on ajatus siitä, että ihmisen toiminta määräytyy suurelta osin sen perusteella, miten hän jäsentää maailman kognitiivisella tasolla (Anttonen, 2004, 194).

Kognitiivisessa terapiassa pyritään hahmottamaan sitä tapaa, jolla potilas antaa merkityksiä kokemuksilleen ja miten kognitiiviset vääristymät häiritsevät kokemusten tulkintaa (Rector & Beck, 2002a). Beck ja Rector (2004, 21-25) tuovat esiin sen, että kognitiivinen käyttäytymisterapia voi muovata vääristyneitä uskomuksia realistisemmiksi. Ongelmien ja oireiden käsitteellistämisen ja normaalistamisen, uskomusten työstämisen sekä selviytymisstrategioiden parantamisen avulla potilasta pyritään auttamaan terapiaprosessin aikana (Anttonen, 2004, 395-398).

Monet tutkimukset osoittavat, että kognitiivisesta terapiasta ja kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on enemmän apua skitsofreniapotilaille kuin tavallisesta hoidosta (Tarrier ym., 1998; Eells, 2000; Sensky ym., 2000; Bustillo ym., 2001; Gould ym., 2001; Mueser ym., 2002; Turkington, Kingdon & Turner, 2002; Tarrier ym., 2004; Tarrier, 2005). Kognitiivisella käyttäytymisterapialla on saatu hyviä tuloksia myös niiden skitsofreniapotilaiden hoidossa, joilla on päihteiden väärinkäyttöä (Haddock ym., 2003). Granholm ym. (2005, 527) toteavat kuitenkin, että kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa olleet potilaat voivat masentua, koska luottamus pitkään jatkuneisiin vääristyneisiin uskomuksiin vähenee ja he alkavat ymmärtää poikkeavien kokemustensa olevan osa kroonista sairautta.

Kognitiivisen terapian malleja on useita. Kivinen ja Røyks (2001, 248-250) tuovat esiin neljä hoitomallia:

- 1) Kingdonin ja Turkingtonin normalisoiva malli perustuu stressi-alttiusmalliin, jolloin terapiassa pyritään löytämään psykoottisten oireiden kytkennät laukaiseviin ja altistavin tekijöihin sekä keskeisiin elämäntapahtumiin. Selviytymiskeinojen etsiminen on tärkeä osa terapiaa.
- 2) Chadwickin ja Birchwoodin yksilömallissa yksilön haavoittuvuus ymmärretään joko kiintymystarpeiden tai autonomian tai molempien puuttumisena. Terapian ydin on oireiden yksilöllisten merkitysten tunnistamisen ja ymmärtämisen suhteessa kehityshistoriaan, vuorovaikutusmalleihin, traumaattisiin tapahtumiin ja sairauden esi- ja alkuvaiheeseen.

- 3) Fowlerin, Garetyn ja Kuipersin mallin näkemyksen mukaan psykoottiset häiriöt muodostavat heterogeenisen ryhmän ja monet biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat oireisiin ja ongelmien kehittymiseen ja pysymiseen. Terapiassa pyritään ymmärtämään potilaan subjektiivisia, psykoottisia kokemuksia ja miten potilas selittää ne. Potilaan omaa selitysmallia harhoistaan kunnioitetaan eikä sitä kyseenalaisteta. Psykoedukatiivinen ote on aluksi keskeinen vaikuttamiskeino. Kun terapiasuhde on rakentunut riittävän turvalliseksi, tietoa tarjotaan pikemminkin empaattisen vuorovaikutuksen kautta kuin opetuksellisesti.
- 4) Alfordin ja Beckin integratiivisessa mallissa perusteellisen alkututkimuksen ja yhteistyösuhteen rakentamisen myötä psykoottisia kokemuksia, kokemusten sisältöä ja kognitiivista prosessointia lähdetään tarkastelemaan kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin ja selvittämään suhteessa tärkeisiin henkilöihin ja potilaan emootioihin. Perhetapaamisia pidetään merkityksellisinä perheenjäsenten välittömien uskomusten ja ajatusten erojen ja samankaltaisuuksien löytämiseksi suhteessa potilaan uskomuksiin ja ajatuksiin.

Mielenkiintoinen kognitiivis-behavioraalinen interventio, jonka kohderyhmänä ovat vaikeasti häiriintyneet väkivaltaisen käyttäytymistautaan omaavat henkilöt, on Raymond Novacon Kalifornian yliopistossa kehittämä vihanhallintaohjelma. Ohjelma etenee kolmen vaiheen kautta: 1) tiedon jakaminen, 2) hallintakeinojen opettelu ja 3) taitojen soveltaminen. Ohjelman yleisenä päämääränä on antaa valmiuksia hallitsemattomien vihantunteiden säätelyyn ja auttaa ymmärtämään niiden tilannesidonnaisia yhteyksiä. Ohjelmassa kiinnitetään huomiota myös vihantunteen ja kliinisten häiriöiden, kuten psykoosien, keskinäisiin yhteyksiin. Vihan ja traumaattisten kokemusten yhteyttä on tutkittu myös pitkäaikaishoidossa olevien, traumaattisia tapahtumia kokeneiden laitospotilaiden keskuudessa (Novaco, 1976; Olatunji & Lohr, 2005; Novaco, 2006).

Vaikka kognitiivisen terapian tulokset skitsofrenian hoidossa ovat lupaavia, tarvitaan sen vaikuttavuudesta huomattavasti enemmän tutkimustuloksia (Cormac, Jones, Chambell & Silveira da Mota Neto, 2003). Erityisesti tulosten pysyvyyteen, relapsien esiintymiseen ja potilaiden elämänlaatuun liittyviä vaikutuksia pitäisi tutkia (Rector & Beck, 2001). Skitsofrenian hoidon tulosten paraneminen edellyttää myös huomion kiinnittämistä terapeuttien kouluttamiseen psykososiaalisten menetelmien käyttöön (Rector & Beck, 2002b).

Skitsofrenian yksilöpsykoterapia on perustunut pitkään psykoanalyttisen teorian soveltamiseen. Psykoanalyttistä tekniikkaa ei hoidossa yleensä ole

kuitenkaan käytetty, minkä vuoksi tätä terapiamuotoa yleensä kutsutaan **psykodynaamiseksi terapiaksi** (Alanen, 1993, 210). Psykodynaamisten terapioiden tuloksellisuuden osoittaminen on ollut pitkään kiistanalaista, koska suuria potilasaineistoja on ollut hankala koota analyttisen terapian pitkän keston ja yksilöllisen motivaation keskeisyyden vuoksi. Tapausselostuksiin perustuvia tutkimuksia on paljon, mutta kokeellisia empiirisiä tulostutkimuksia on vielä vähän (Lehtonen, 2001, 4285-4286).

Psykodynaamisen lähestymistavan myönteisistä vaikutuksista ei ole näyttöä. Myöskään mahdollisia haittoja ei ole tutkittu. On kannettu huolta siitä, että psykoanalyttisesti suuntautuneet terapiat edistävät potilaan regressiivisyyttä, jolloin ne voivat olla haitallisia (Lehman, 1999). Tutkimustieto ei anna perusteita sille, että sairaalahoidossa olevia skitsofreniapotilaita hoidetaan psykodynaamisella yksilöterapialla (Malmberg & Fenton, 2004).

Alasen (1993, 215) näkemyksen mukaan kontrolloituihin terapiatutkimuksiin liittyy merkittäviä rajoituksia. Näitä ovat skitsofrenian sairaudenkuvan heterogeenisyys, potilaan hoidon vaatima kokonaisvaltainen ote ja terapeutin persoonallisuuden suuri merkitys hoitotuloksen kannalta. Yksityiskohtaisten tapaustutkimusten merkitystä voidaan perustella sen vuoksi, että niiden avulla saadaan laaja-alaista tietoa mielen toiminnosta psykoottisissa tiloissa (Lucas, 2003, 4).

1.5.3. Perheterapia

Perheterapeuttiseen lähestymistapaan perustuvassa tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena on perheen sisäisistä suhteista koostuva järjestelmä, jonka yksi osa potilas on (Alanen, 1993, 155). Alanen (1993, 216-220) jakaa skitsofrenian hoidossa merkitykselliset perheterapeuttiset suuntaukset kolmeen teoreettiseen lähestymistapaan. Nämä ovat psykodynaaminen, systeemis-strateginen ja kasvattava eli psykoedukatiivinen perheterapia. Salminen erottaa psykoedukaation tästä kolmijaosta ja käyttää siitä nimitystä potilaskoulutus (Salminen, 2002, 115).

Psykodynaaminen perheterapia on ollut yleinen perheterapiamuoto. Sen vaikutuksista skitsofrenian hoidossa ei ole hyvin kontrolloitua tutkimustietoa (Dixon, Adams & Lucksted, 2000; Penn & Mueser, 1996). Niukan näytön perusteella psykodynaamisesta perheterapiasta voi olla hyötyä skitsofreniapotilaan alkuvaiheen hoidossa (Alanen, 1976; Levene, Newman & Jefferies, 1989; Alanen, Ugelsad & Armelius, 1994).

Yleisen systeemiteorian (von Bertalanffy, 1969) periaatteita alettiin soveltaa yhä enemmän 1950-luvulta lähtien haettaessa ymmärrystä psyykkisiin häiriöihin ja niiden syntyyn erityisesti perheterapian ja perhetutkimuksen piirissä. Keskeistä systeemiteoreettisessa ajattelussa on se, että yksittäisinä tarkastellen erilaiset ilmiöt voivat näyttää toisistaan riippumattomilta, mutta tarkastelemalla niiden välisiä suhteita, voidaan niiden havaita olevan osia laajemmasta kokonaisuudesta. Tämän pohjalta alettiin kiinnittää erityisesti huomiota siihen psykososiaaliseen kenttään, missä yksilön toimintakyky heikkenee tai missä hänen varhaiset konfliktinsa aktivoituvat. Tämä psykososiaalinen kenttä on tavallisimmin hänen perheensä. Voidaan olettaa, että yksilön selviytyminen kriisistään on osin riippuvaista tämän sosiaalisen kentän tilasta (Saari, 2002, 33-34). Muutos jossakin perhesysteemin osassa tuottaa muutoksia muissakin osissa, erityisesti käyttäytymisessä, ajattelussa, tuntemisessa ja havaitsemisessa (McFarlane, 1983, 234).

Systeemis-strategisen perheterapian tavoitteena on perheen psykologisen tasapainotilan muuttaminen potilaalle ja muille perheenjäsenille edullisella tavalla (Alanen, 1993, 217). Systeemis-strategisen perheterapian tuloksellisuudesta puuttuu kontrolloituihin tutkimuksiin perustuva näyttö (Dixon ym., 2000).

Skitsofrenian psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuutta tutkineet Huxley, Rendall ja Sederer (2000) pitivät perheterapiassa saatuja tuloksia hyvin lupaavina. Erilaisten perheterapiamuotojen vaikuttavuuteen liittyvien tutkimustulosten perusteella spesifisten johtopäätösten tekeminen on kuitenkin vaikeaa.

1.5.4. Psykoedukaatio

Sairauteen liittyvän koulutuksen ja neuvonnan eli psykoedukaation avulla skitsofreniapotilasta voidaan tukea aikaisempaa parempien selviytymiskeinojen kehittymisessä ja auttaa häntä sairauden kulkuun vaikuttavien stressitekijöiden ja psykoosijaksoja ennakoivien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa sekä yksilötasolla että ryhmissä, joihin perheenjäsenet osallistuvat (Skitsofrenian käypä hoito –suositus 2001). Psykoedukatiivisia lähestymistapoja skitsofreniapotilaiden perheiden auttamiseksi kehitettiin suurelta osin perheen tunneilmapiiriin liittyvien EE-indeksitutkimusten pohjalta (Shimodera ym., 2000, 142).

Psykoedukaation on todettu vähentävän skitsofrenian relapseja ja oireita sekä parantavan potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja myöntyvyyttä

lääkehoitoon (Pekkala & Merinder, 2000). Satunnaistettuun otantaan perustuneet kliiniset tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaan relapsien todennäköisyys psykoedukaatioperheissä vuoden aikana on 2-23 %, kun se vertailuryhmissä on 40-53 % edellyttäen, että molemmissa ryhmissä potilailla on ollut psyykenlääkitys (Lehman, 1999, 264). Erityisesti usean perheen ryhmissä tapahtuva psykoedukaatio on osoittautunut tehokkaaksi (McFarlane, Dushay & Dunne, 1995) ja sillä on todettu olevan vaikutusta omaisten ahdistuksen vähenemiseen (Hazel ym., 2004). On myös tuloksia, joiden mukaan ryhmäpsykoedukaation yhdistäminen muihin hoitomuotoihin ja psykoosin ennako-oireiden seurantaan parantaa hoitotuloksia (Buchkremer ym., 1997).

Tuloksellisille psykoedukaatiivisille interventioille ovat tyypillisiä seuraavat ominaisuudet (Dixon, Adams & Lucksted, 2000, 6):

- 1) ne pitävät skitsofreniaa sairautena;
- 2) ne ovat ammatillisesti luotuja ja johdettuja;
- 3) ne tarjotaan osana kokonaisvaltaista hoitoa, mikä sisältää myös lääkehoidon;
- 4) ne pitävät perheenjäseniä terapeuttisina vaikuttajina, ei "potilaina";
- 5) ne eivät sisällä perinteisen perheterapian ajattelumallia, missä oletetaan, että käyttäytymisellä ja kommunikaatiolla perheen sisällä on keskeinen etiologinen rooli skitsofrenian kehittymisessä.

Käytännössä psykososiaalisilla perheinterventioilla pyritään seuraaviin tavoitteisiin (Thornicroft & Susser, 2001, 3):

- 1) luomaan liittoutuma niiden omaisten kanssa, jotka huolehtivat skitsofreniaa sairastavasta henkilöstä;
- 2) vähentämään keskinäistä riippuvuutta perheen sisällä;
- 3) laajentamaan omaisten kapasiteettia lähestyä ja ratkaista ongelmia;
- 4) vähentämään vihan ja syyllisyyden ilmaisua perheessä;
- 5) säilyttämään potilaan suoriutumista koskevat odotukset realistisina;
- 6) rohkaisemaan omaisia asettamaan tarkoituksenmukaisia rajoja ja
- 7) saamaan aikaan toivottuja muutoksia omaisten käyttäytymisessä ja uskomusjärjestelmissä.

Tärkeää on, että psykoedukaatiivinen perheinterventio ajoitetaan oikein. Perheohjaus on tuloksellisinta silloin, kun perhettä ja läheisiä päästään tukemaan jo kotiutusvaiheessa sairaalasta (Berg & Johansson, 2003, 5). Myös intervention kesto on tulosten kannalta tärkeää. Perheelle suunnattujen psykososiaalisten interventioiden pitäisi jatkua vähintään yhdeksän kuukauden ajan (Lehman, Steinwachs ym., 1998; Dixon ym., 2000, 13). Perhetyön mallin kehitykseen vahvasti Britanniassa ja Uudessa Seelannissa vaikuttanut Ian Falloon korostaa sitä, että parhaita tuloksia saadaan

monipuolisilla menetelmillä, jotka integroivat omaiset terapeutin tiimin työskentelyyn antamalla tietoa ja kouluttamalla omaiset stressinhallintastrategioiden käyttöön. Tähän omaiset tarvitsevat ammatillista tukea ja opastusta ainakin kahden vuoden ajan (Falloon, 2003, 25).

Psykoedukaatiiviset lähestymistavat ovat osoittautuneet tehokkaiksi myös eri kulttuuriympäristöissä (Hahlweg & Widemann, 1999, IV/109).

1.5.5. Sosiaalisten taitojen harjoittelu

Sosiaalisten taitojen harjoittelu rohkaisee kuntoutujaa vuorovaikutukseen muiden kanssa ja vähentää sosiaalista ahdistusta (Brenner & Pfammatter, 2000, 75). Sosiaalisten taitojen harjoittelussa käytetään yleensä hyväksi oppimisteoreettisia periaatteita niin, että kuntoutujan päivittäisiin toimintoihin, työn tekemiseen, vapaa-ajan viettoon ja ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat lieventyvät. Lisäksi toivotaan, että parantuneet taidot yleistyvät niin, että kuntoutuja selviää sairaalan ulkopuolella paremmin sekä sitä, että uudelleen sairastuminen ja psykopatologia vähenee (Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001, 167). Henkilöt, jotka hallitsevat sosiaalisia taitoja ovat kyvykkäämpiä tekemään itsenäisiä päätöksiä, tyydyttävät ihmissuhdetarpeitaan ja tulevat paremmin toimeen päivittäisten stressitekijöiden kanssa (Corrigan, 1997, 53).

Bellackin ja Mueserin (1993) mukaan on olemassa kolmenlaisia sosiaalisten taitojen harjoittelun muotoja. Perusmallissa monimutkaiset sosiaaliset tilanteet konkretisoidaan yksinkertaisemmiksi, opittaviksi osiksi, joihin pyritään rooli- ja soveltuvien harjoitusten luonnollisissa ympäristöissä. Sosiaalinen ongelmanratkaisu –malli keskittyy tiedon prosessoinnin puutteiden parantamiseen. Keskeisiä muutostarpeita sisältäviä kohdealueita mallissa ovat lääkityksen ja oireiden hallinta, harrastukset, keskustelutaidot ja itsestä huolehtiminen. Kognitiivisessa korjaamismallissa kohteena ovat peruspuutteet kognitiivisissa prosesseissa, kuten huomiokyvyssä ja suunnittelussa. Mallissa oletetaan, että jos kyseessä olevaa kognitiivista puutosta voidaan parantaa, tämä oppimistulos voidaan siirtää tukemaan monimutkaisempien kognitiivisten prosessien korjaamista.

Bustillon ym. (2001, 167)) katsauksen perusteella sosiaalisten taitojen harjoittelun perusmallilla on osoitettu olevan parantavaa vaikutusta spesifisten sosiaalisten taitojen oppimiseen. On kuitenkin olemassa vain vähän todisteita siitä, että oppiminen näkyisi sosiaalisen kompetenssin parantumisena harjoitteluympäristön ulkopuolella. Sosiaalisen ongelmaratkaisu -mallilla on havaittu olevan myös vaikutusta taitojen lisääntymiseen. Kahdessa tutkimuksessa on tutkittu mallin pitkäaikaisvaikutuksia (Marder ym., 1996;

Lieberman ym., 1998). Ongelmaratkaisu –mallin tulokset olivat vain osin parempia kuin kontrolleina käytetyissä supportiivisessa ryhmäterapiassa tai intensiivisessä toimintaterapiassa. Kognitiivisen korjaamismallin avulla saavutetut tulokset ovat olleet vaihtelevia (Bustillo ym., 2001, 167). Spauldingin ym. (1999) saamat tulokset erittäin sairailta skitsofreniapotilailla ovat olleet mallin tuloksellisuuden kannalta kuitenkin rohkaisevia. Pitkäaikainen sosiaalisten taitojen harjoittelu on osoittautunut tiukasti aikaperiodiin sidottua harjoittelua tehokkaammaksi (Roder ym., 2002, 369) Selvää näyttöä siitä, että sosiaalisten taitojen harjoittelulla voidaan ehkäistä relapseja, ei ole saatu (Bustillo ym., 2001, 167-168; Drake ym., 2000, 394; Granholm ym., 2005, 520).

1.5.6. Kognitiivisten taitojen harjoittelu

Koska skitsofreniapotilaiden kognitiivisissa taidoissa on usein puutteita, on kognitiivisten taitojen harjoittelua suositeltu liitettäväksi osaksi kokonaiskuntoutusta (Salminen, 2002, 115). Skitsofreniapotilaan neuropsykologiset kuntoutusohjelmat sisältävät usein harjoituksia, joiden tavoitteina on kohentaa tarkkaavaisuutta, motorisia toimintoja ja ongelmanratkaisukykyä. Kuntoutus tähtää kognitiivisten perustoimintojen palauttamiseen, ja vasta sen jälkeen toimintojen soveltamiseen käytännön tilanteisiin (Tuulio-Henrikson ym., 2000).

Hayesin ja McGrathin (2001) katsauksen perusteella ei ole näyttöä siitä, että kognitiivisten taitojen harjoittelun avulla voitaisiin saada aikaan pysyviä muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa. Viimeaikaiset laboratoriotutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että skitsofreniaan liittyviä kognitiivisia puutoksia voidaan korjata (Wykes ym., 2003). Wykes ym. (1999) raportoivat kolme sellaista harjoitusmuotoa, joiden avulla voidaan saavuttaa pysyviä parannuksia. Nämä olivat toimintastrategian verbalisointi, mahdollisimman vähän virheitä tuottavien oppimistekniikoiden käyttö ja oppimisen tukeminen niin, että oppiminen etenee hyvin pienin askelin helpommasta vaikeampaan.

Krabbendamin ja Alemanin (2003) meta-analyysin tulokset osoittavat, että kognitiivinen kuntoutus voi parantaa skitsofreniapotilaiden suorituksia erilaisissa tehtävissä. Tulosten osittaista yleistymistäkin havaittiin. Lisäksi harjoituksilla oli vaikutusta oireiluun, itsearvostukseen ja sosiaalisiin taitoihin. Näiltä osin eri tutkimusten tulokset olivat kuitenkin ristiriitaisia. Vaikutusten keston suhteen tiedot ovat puutteellisia.

On todettu, että tietokoneen avulla tapahtuva kognitiivisten taitojen harjoittelu voi parantaa skitsofreniapotilaiden muistia, suunnittelutoimintoja ja

tunnetilojen tunnistamista (Bell ym., 2001). Samansuuntaisia tuloksia saivat myös van der Gaag, Kern, van den Bosch ja Liberman (2002). Kognitiivisten taitojen harjoittelua on liitetty hyvin tuloksin myös työterapiaan (Bell, Bryson & Wexler, 2003).

Wykes ym. (2002) havaitsivat aivojen magneettikuvauksen avulla, että kognitiivisia toimintoja harjoittaviin psykologisiin terapioihin liittyi aivojen aktivoinnin muutoksia työmuistin alueella.

1.5.7. Palveluohjaus

Kuntoutuksen palveluohjauksella (case tai care management) voidaan tarkoittaa prosessia tai tapahtumaketjua, jossa kuntoutusasiakasta ohjataan käyttämään hänen tarvitsemiaan julkisia tai yksityisiä palveluja ja pyritään samalla koordinoimaan eri palvelut tavoitteelliseksi kokonaisuudeksi (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 5). Mueser ym. (1998) ovat erotelleet kuntoutuksen palveluohjauksen mallien kolme pääryhmää. Nämä ovat palveluohjauksen perusmalli, intensiivinen yhteisömalli ja voimavarasuuntautunut malli. Perusmallin ensisijaisena tavoitteena on auttaa asiakasta niissä ongelmissa, joita palvelujärjestelmän monimutkaisuus hänelle tuottaa. Yhteisölliselle mallille on tyypillistä ohjauksen intensiivisyys, käytännöllisyys ja mahdollisuus ympärivuorokautiseen tukeen. Voimavarasuuntautuneelle mallille on tyypillistä asiakkaan toimintavoiman eli valtaistumisen (empowerment) tukeminen. Lähtökohtana on oletamus siitä, että ihminen kehittyy henkilökohtaisten kiinnostustensa, tavoitteidensa ja vahvuuksiensa pohjalta.

Zigurasin ja Stuartin (2000, 1415) meta-analyysin tulosten perusteella palveluohjausmalliin, kun sitä verrattiin tavalliseen hoitoon, liittyi oireiden suurempi lievittyminen ja sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen, vähemmän sairaalahoitopäiviä, enemmän kontakteja mielenterveyspalveluiden antajiin, pienempi määrä mielenterveyspalvelujen piiristä putoajia, suurempi asiakkaiden ja perheiden hoitotyytyväisyys, vähäisempi perheen rasittuneisuus ja pienemmät kokonaihoitokustannukset. Palveluohjausmalliin perustuvissa hoito-ohjelmissa asiakkaat kuitenkin ohjautuivat useammin sairaalahoitoon kuin tavallista hoitoa saaneet, mutta hoidot olivat lyhyempiä.

1.5.8. Ammatillinen kuntoutus

Arvioidaan, että vakavista mielenterveysongelmista kärsivistä ihmisistä työllistyy vapaille työmarkkinoille alle 20 %. Skitsofreniaa sairastavien

työllistyminen on tätäkin harvinaisempaa (Lehman, 1995). Työllistymisen paras ennustaja on aikaisempi työhistoria (Marwaha & Johnson, 2004, 337). Tällä hetkellä tuetun työllistämisen ohjelmat pyrkivät parantamaan tuloksia verrattuna siihen, mihin perinteisellä ammatillisella kuntoutuksella (esim. suojatyö) päästään. Bustillon ym. (2001, 168-169) katsauksen perusteella tuetun työllistämisen ohjelman avulla saavutetut tulokset ovat olleet parempia verrattuna kontrolli-interventioiden tuloksiin. Tutkijoiden mukaan ei ole kuitenkaan näyttöä siitä, että tuetun työllistämisen ohjelmista olisi suurempaa hyötyä pitkällä aikavälillä.

Skitsofreniapotilaiden ammatillisen kuntouttamisen muotoina on käytetty työharjoittelua, suojatyötä ja tukityöllistämistä. Myös klubitalotoimintaa on pidetty askeleena työelämää kohti. Työharjoittelu on edistänyt työllistymistä tavalliseen sairaalahoitoon verrattuna, mutta hyötyä normaaliin avohoitoon verrattuna ei ole saatu (Salminen, 2002, 112-113). Suoran työllistämisen osalta tulokset ovat olleet parempia kuin työharjoittelun osalta (Crowther, Marshall, Bond & Huxley, 2004; Marshall ym., 2001; Bellack & Brown, 2001; Lehman, 1999), mutta suoran työllistämisen vaikutukset toimintakykyyn, oireisiin, itsetuntoon tai kognitiivisiin toimintoihin ovat jääneet vaatimattomiksi (Drake ym., 1999; McGurk ym., 2003).

Klubitalotoiminnan vaikutukset skitsofreniapotilaiden työllistymiseen eivät eroa tavanomaisesta hoidosta, mutta klubitaloasiakkaat ovat joutuneet harvemmin sairaalaan kuin verrokki (Salminen, 2002, 113).

1.6. KUNTOUTUSMALLIT

1.6.1. Porrasteinen kuntoutusmalli

Skitsofreniapotilaiden kuntoutus Suomessa on rakentunut vahvasti hoitojärjestelmän porrasteisuuden varaan (Skitsofreniaprojekti 1981-1987, 113-117). Sopimusvuori ry:n kuntoutustoiminnan rakenteisiin perustuvassa porrasteisessa kuntoutusmallissa asuminen ja toiminta on erotettu toisistaan kuntoutuskotiportaasta jälkeen. Kuntoutuja voi edetä vähitellen asumisessa kohti itsenäisempää elämää niin, että hän ylimmällä portaalla asuu jo omistusasunnossa. Vastaavasti porrasteiset toimintavaihtoehdot johtavat kohti vaativampaa toiminnallista selviytymistä niin, että kuntoutuja parhaimmillaan voi selviytyä vapailla työmarkkinoilla (Anttinen, Jokinen & Ojanen, 1985; Ojanen ym., 1995, 84).

Porrasteinen kuntoutusjärjestelmä käsittää eriasteisesti tuettua asumista kuntoutuskodeissa, pienkodeissa tai tuetuissa asunnoissa sekä toimintaa

päivätoimintakeskuksissa, työsaleissa tai klubitalolla. Potilaat ovat järjestelmän piirissä usein vuosikausia ja siirtyvät sen puitteissa sellaiselle kuntoutuksen portaalle, joka on heidän vointinsa ja kuntoutustarpeidensa kannalta optimaalinen. Myönteisten käytännön kokemusten perusteella suositellaan, että kuntoutusyksiköiden toiminta järjestetään yhteisohoidon periaatteiden mukaisesti. On tärkeää varmistaa kuntoutuspalveluiden laatu ja sen valvonta niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla (Skitsofrenian käypähoito-suositus 2001).

Porrasteisesta kuntoutusmallista on saatu hyviä kokemuksia. Esim. Tampereen Sopimusvuoren aineistossa potilaiden itsetunto arvioitiin paremmaksi, itsemurhien määrä oli pienempi ja sairaalahoidon tarve vähäisempää kuin kontrolliaineistossa (Ojanen ym., 1995). Potilaiden liikkumista kuntoutuksen portailla on tutkittu vähän. Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin yhdeksän vuoden seurannassa (N=130) 65 % potilaista siirtyi kuntoutuksen portailla ylöspäin ja 18 % alaspäin. Loput 17 % olivat samalla tasolla kuin seurannan alkaessa (Ojanen ym., 1994). Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen kahden vuoden asiakasseurantatutkimuksessa (N=32) suurin osa (60%) oli samalla kuntoutusportaalla kuin seurannan alussakin. Edennyt oli 31 % ja alaspäin portaikossa oli liukunut 9 % asiakasta (Nordling & Ojanen, 1995).

Myös varsinaiset kuntoutusohjelmat toimivat parhaiten silloin, kun niihin liittyy yksiköiden porrasteisuutta (Sariola & Ojanen, 1997, 216). Kuitenkin suurimmat puutteet skitsofreniapotilaiden hoidossa ovat edelleen toiminnallisissa terapioissa ja kuntoutuspalveluissa. Niitä varten tarvitaan edelleen lisää avokuntoutuspaikkoja sekä nykyistä runsaampaa ja monipuolisempaa toiminnallista terapiaa ja kuntoutustoimintaa (Salokangas ym., 2000).

1.6.2. Kuntoutumista ohjaavan hoito- ja palvelujärjestelmän ideaalimalli

Kuntoutumisprosessin tuloksen voidaan ajatella muotoutuvan osin palveluketjun, hoitoketjun tai hoitopolun käsitteiden realisoitumisen tuloksena potilaan kuntoutuksessa. Palveluketjulla tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palveluprosessien kokonaisuutta. Hoitoketju on asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus (Stakes, 2004). Hoitopoluista on kirjallisuudessa käytetty rinnakkaisia nimikkeitä: kriittiset polut, hoitokartat, ennalta sovitut

toipumispolut, yhteiset hoitosuunnitelmat ja monitieteelliset toimintasuunnitelmat (Atwal & Caldwell, 2002, 361). Ignatavicius ja Hausman (1995) pitävät hoitopolkuja monitieteellisinä hoitosuunnitelmina, jotka jäsentävät potilaita varten olevien interventioiden optimaalisen järjestyksen ja ajoituksen potilaan diagnoosin, käytettävissä olevat menetelmät tai oireet huomioiden. Hoidon odotettavissa olevat tulokset asetetaan aikajanelle ja tavoitteena on varmistaa, että potilaat saavuttavat ennalta asetetut tulokset.

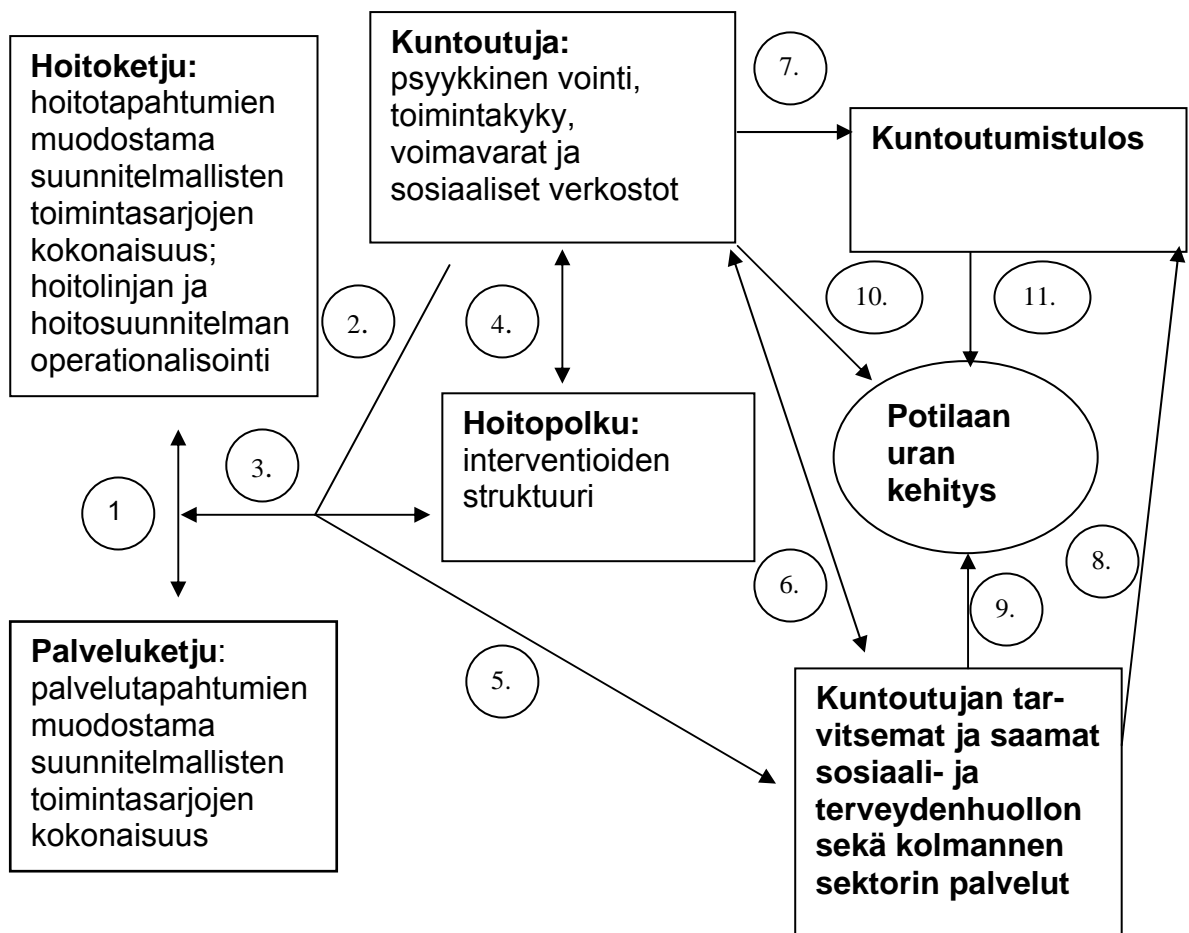
Hoitopolkujen tarjoamista mahdollisuuksista skitsofreniapotilaille tiedetään vähän. Vielä vähemmän tiedetään siitä, miten hoitopolun toteuttaminen vaikuttaa työympäristöön, potilaiden hoitoon ja henkilökunnan työmoraaliin (Jones, 2000, 215). On väitetty, ettei skitsofrenia-diagnoosi ominaisuuksiensa takia sovi helposti hoitopolun viitekehukseen (Jones, 2003, 671). Hoitopolusta voi kuitenkin olla hyötyä hoidon vaatimustason asettamisen ja hoidon antamiseen liittyvän paremman valvonnan takia (Jones, 2001; Jones, 2004). Se voi parantaa myös kliinisen informaation käyttöä ja lisätä hoidollista vastuuta (Jones, 1999, 333) sekä lisätä hoitohenkilökunnan kiinnostusta hoidollisiin interventioihin (Baker ym., 2002, 739). Hoidosta vastaavat henkilöt eivät välttämättä tiedä, miksi he toteuttavat tiettyjä interventioita (Jones, 2003, 676).

Kuntoutumisprosessin tulos liittyy myös mielisairaalapotilaan urakäsitteeseen, jota Ojanen (1975) väitöskirjassaan tutki. Hän jakaa potilaan uran kolmeen vaiheeseen, jotka kuvaavat (1) sairaalaan tuloa, (2) hoidon kestoa sekä (3) uudelleen sairaalaan joutumista ja työhön paluuta (Ojanen, 1975, 4-5). Potilasuran kolmannessa vaiheessa kiinnostus liittyy lähinnä sairaalaan paluuseen korreloiviin tekijöihin (Ojanen 1975, 172). Suotuisan kuntoutumistuloksen saavuttamiseksi näitä riskitekijöitä on pyrittävä tunnistamaan ja eliminoimaan.

Kuviossa 2 on kuvattu edellä esitettyjen käsitteiden välisiä yhteyksiä:

- Kuntoutujan hoito- ja palveluketjut laaditaan kuntoutujan, sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisien sekä tarvittaessa ns. kolmannen sektorin yhteistyönä (1).
- Laadinnassa on otettava huomioon kuntoutujan psyykinen vointi, toimintakyky, voimavarat ja sosiaaliset tukiverkostot (2).
- Hoito- ja palveluketjut konkretisoituvat hoitopolkuun sisällytettävien kuntoutusinterventioiden määrällisen, laadullisen ja ajallisen struktuurin kautta (3).
- Interventiot vaikuttavat kuntoutujan psyykkiseen vointiin, toimintakykyyn, voimavaroihin sekä sosiaaliseen verkostoon. Näillä tekijöillä vastavuoroisesti on vaikutusta siihen, miten tehokkaasti interventiot auttavat kuntoutujaa (4).

- Hoito- ja palveluketjujen toimivuus sekä hoitopolku vaikuttavat pitkän aikavälin kuluessa siihen, miten hyvin hoitojärjestelmä pystyy vastaamaan kuntoutujan tarpeisiin ja minkälaisia tukipalveluita kuntoutuja jatkossa saa (5).
- Kuntoutujan vointi, toimintakyky, voimavarat sekä sosiaaliset tekijät määrittävät vahvasti palvelutarvetta ja vastaavasti palveluiden saantiin liittyvät tekijät säätelevät kuntoutujan selviytymisen resursseja (6).
- Selviytymisresurssit ja saadut palvelut vaikuttavat kuntoutumistulokseen (7,8).
- Nämä tekijät vaikuttavat ratkaisevasti potilaan uran kehitykseen (9,10,11).



Kuvio 2. Potilaan uran kehitykseen liittyvien tekijöiden keskinäisten yhteyksien ideaalimalli, jossa nuolet kuvaavat pääasiallista vaikutussuuntaa.

1.7. HOITO-OHJELMAT

Anttinen & Ojanen (1984, 251) määrittelevät hoito-ohjelman tarkoittavan sellaista yhtenäistä ja systemaattista hoitotapaa tai –käytäntöä, joka perustuu johonkin teoreettiseen lähestymistapaan, ja joka käytäntöön sovellettuna edellyttää tietynlaista organisaatiota, hallintoa ja toimintamuotoa. Porrasteisessa kuntoutusjärjestelmässä yksikön hoito-ohjelman laatiminen pitää tapahtua yhteistyössä muiden kuntoutusjärjestelmään kuuluvien yksiköiden kanssa (Ojanen, 1987, 129).

1.7.1. Hoito-ohjelmien luokittelu

Hoito-ohjelmia voidaan luokitella monin perustein. Yhteisön toimintaperiaatteet voivat olla luokittelun perustana (Ojanen, 1980, 105). Ojanen (1980, 105-175) erottelee tällä perusteella hoito-ohjelmat utopiyhteisöihin, terapeutteihin yhteisöihin, toiminta- ja koulutusyhteisöihin, sosiaalisen oppimisen ohjelmiin sekä uudistaviin ja karismaattisiin yhteisöihin.

Utopiyhteisöille on ominaista, että niiden periaatteita on tuotu esille eri aikoina ihanneyhteiskunnan tai –yhteisön kuvauksissa. Tällaisia ovat mm. Mooren Utopia (vuonna 1516) ja Skinnerin Walden Two (vuonna 1948). Käytännössä Skinnerin ihanneyhteisön periaatteita yritettiin soveltaa Twin Oaksin yhteisössä, jossa tavoitteena oli demokratia, tasa-arvo, tavoitteellisuus ja konsensus. Näitä sovellettiin hallinnossa, työnteossa, kasvatuksessa ja perhe-elämässä (Ojanen, 1980, 108-109).

Terapeutin yhteisön periaatteet perustuvat Maxwell Jonesin (1953) ajatuksiin. Tyypillistä terapeutteille yhteisöille on keskusteluryhmien merkittävä osuus itsetiedostuksen lisäämisessä sekä oman toiminnan yhteyksien oivaltaminen suhteessa omaan itseen ja muihin ihmisiin (Talbot, 1981, 89). Terapeutteiden yhteisöjen toimintaperiaatteet ovat lähellä utopiyhteisöjen periaatteita korostaessaan vapaaehtoisuutta, sallivuutta ja päätöksenteon demokraattisuutta (Ojanen, 1980, 112). Terapeutteiden yhteisöjen toiminnan kuvauksia on paljon (esim. Almond, 1979; Murto, 1997). Suomessa terapeutin yhteisön periaattein toimivia hoito- ja kuntoutusyksiköitä on ollut sekä psykiatrisissa sairaaloissa että sosiaalipsykiatristen yhdistysten kuntoutuskodeissa (Isohanni, 1986; Isohanni, 1995; Anttinen & Ojanen, 1984; Haapoja, 1995; Rossi, 2003).

Toiminta- ja koulutusyhteisöjen periaatteet ja sovellukset ovat heterogeenisempiä kuin terapeutteiden yhteisöjen. Kantavana ideologisena teemana on toiminnallisuuden korostaminen ja Ellisin (1977)

rationaaliterapian periaatteet (Ojanen, 1980, 124). Tällaisia ohjelmia ovat olleet esim. Fairweatherin (1964) kuvaama sosiaalipsykologinen ohjelma ja työyhteisöllinen Community Lodge –ohjelma (Fairweather, 1969), osin vastuutasojärjestelmää soveltava sosiaalisen vuorovaikutuksen ohjelma (Sanders, Smith & Weiman, 1967) ja yhteiskunnallinen koulutuskeskus, missä psykiatrisille potilaille järjestettiin erilaisia elämäntaitojen kursseja (Spiegler & Agigian, 1977).

Suomessa kurssitoimintaa kuntoutujille on järjestetty mm. Sopimusvuori ry:n Kaarikadun kuntoutuskodissa ja työsalilla (Anttinen & Ojanen, 1984, 62-69). Fountain House klubitalotoiminta on laajentunut kansainväliseksi verkostoksi (Varanka, 1995, 14-16). Vuonna 2003 klubitaloja oli Suomessa jo 18 (Pöyhönen, 2003, 9). Fountain House toiminnan avulla tuetaan kuntoutujien elämän normalisoitumista ja rooliverkoston rakentumista mielekkään päivittäisen toiminnan ja kuntoutujan voimavarojen ja terveiden alueiden hyödyntämisen avulla (Vuorinen, Liskola & Varanka, 1995, 8-12). Suomessakin useita kurssimuotoisia ohjelmia on kehitetty viime vuosina mielenterveyskuntoutujien elämönhallinnan ja osin työllistymisenkin tueksi. Tällaisia ovat mm. Sopimusvuori ry:n Askel-kurssi (Kauppila, 2000, 45-51) ja Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen Reilu Meininki –projekti (Tiainen, 2004).

Sosiaalisen oppimisen ohjelmat perustuvat operanttiin oppimisteoriaan (Skinner, 1953) ja sosiaalisen oppimisen teoriaan (Bandura, 1969). Operantti oppiminen perustuu Thorndiken vaikutuksen lakiin, minkä mukaan käyttäytyminen voimistuu, kun sitä seuraa mielihyvän tunne ja heikkenee, kun sitä seuraa mielihäviön tunne. Skinner on painottanut, että käyttäytyminen on sen ympäristössä aikaansaaman seurauksen funktio. Skinnerin näkemykset eroavat traditionaalisesta behaviorismista, koska hän ei pidä ihmistä ympäristön passiivisena kohteena. Vahvistaa voidaan vain sellaisia reaktioita, joita toimija suorittaa. Tietoisuus siitä, että toiminnasta saa palkkion, ohjaa ratkaisuja ja toimintaa. Operantin oppimisteorian mukaan ihmisellä on kyky säädellä sisäisesti toimintaansa. Ratkaisuihin vaikuttavat myös sisäiset tilat, kuten vireystila ja tunteet (Vuorinen, 1990, 56; Dunderfelt ym., 1997, 87-88). Käytännössä ihminen voi myös muokata toimintaympäristöään sellaiseksi, että toiminnasta tulee entistä palkitsevampaa.

Bandura puolestaan on korostanut malleista oppimista sinänsä ilman ulkoista vahvistamista (Jeger & Slotnick, 1982, 45-46). Ihminen oppii muiden toimintaa havainnoimalla, jolloin sijaisvahvistamisella on vaikutusta oppimisen. Havainnoidun käyttäytymisen seuraukset ohjaavat havainnoijan käyttäytymisen muutosta. Banduran mukaan yksilö myös arvioi omaa toimintaansa ja nämä arviointiprosessit itsessään voivat toimia joko

palkitsevina tai rankaisevina. Yksilön oman toiminnan tuloksellisuudella on motivoivaa merkitystä. Mitä paremmin toiminta vastaa tavoitetasoa tai mitä paremmin sen avulla saavutetaan tärkeäksi koettu tavoite, sitä palkitsevampi se yksilön kannalta on (Vuorinen, 1990, 59).

Sosiaalisen oppimisen teoria eroaa monin tavoin radikaalin behaviorismin näkemyksistä:

- 1) sosiaalisen oppimisen teoria painottaa yksilön ja ympäristön vastavuoroisuutta, behaviorismissa ympäristö determinoi yksilöä;
- 2) sosiaalisessa oppimisessä sijaisvahvistamisella on keskeistä merkitystä, behaviorismissa vain yksilön omaa toimintaa voidaan vahvistaa;
- 3) sosiaalisessa oppimisessä itsevahvistamisella (esim. oma hyväksyntä tai moite) on toimintaa ohjaava vaikutusta, behaviorismissa ei;
- 4) sosiaalisen oppimisen teoria painottaa sitä, että ihminen luo kokemuksistaan sisäisiä malleja eli skeemoja; skeeman avulla voidaan tuottaa objektiin liittyviä mielikuvia, jotka auttavat sopeutumaan erilaisiin tilanteisiin ja ympäristöihin; skeemojen avulla voidaan myös tehostaa omaa toimintaa suhteessa ympäristöön ja muuttaa ympäristöä suhteessa omaan toimintaan; behaviorismissa skeemoilla ei ole merkitystä;
- 5) sosiaalisessa oppimisessä suggestiivisilla tekijöillä on toiminnan kannalta merkitystä; esim. yhdenmukaisuuden paineen ja sosiaalisen kontrollin avulla voidaan vaikuttaa yksilön eri tilanteissa tekemiin tulkintoihin siitä, mikä on hyväksyttävää tai paheksuttavaa toimintaa; behaviorismikin mahdollistaa ehdollistamisen kautta manipulaation, mutta ilman tulkinnan mahdollisuuksia.

Sosiaalisen oppimisen ohjelmia on mielenterveyssektorilla käytetty paljon. Yleisimpiä sosiaaliseseen oppimiseen perustuvia ohjelmia ovat rahaketalous (token economy) ja vastuutasojärjestelmät (privilege system).

Rahaketalousjärjestelmä on käyttäytymisterapian muoto, jossa käytetään vaihtoyksikköinä rahakkeita. Niitä jaetaan yksilölle erityisesti myönteisen asianmukaisen käyttäytymisen yhteydessä ja niitä voidaan vaihtaa etukäteen määrättyinä aikoina erilaisiin käyttäytymistä vahvistaviin palkkioihin. Ayllon ja Azrin (1968) kuvasivat ensimmäisenä rahaketalousjärjestelmän periaatteita ja käytännön toteutusta. Sen jälkeen rahaketalousjärjestelmät ovat osoittautuneet tehokkaiksi käyttäytymiseen vaikuttaviksi psykiatristen ja orgaanisten häiriöiden hoitomuodoiksi (Comaty, Stasio & Advokat, 2001, 233-234). Rahaketalousjärjestelmää on sovellettu paitsi psykiatriassa myös erityisopetuksessa, kehitysvammaisten hoidossa ja nuorten käyttäytymishäiriöiden hoidossa. Rahaketalousjärjestelmän kulta-aikana 1960

- ja 1970 –luvulla Yhdysvalloissa ja Länsi-Euroopassa toimi 110 ohjelmaa (Lieberman, 2000, 1398).

Kirjallisuudessa on esitetty useita hyviä konkreettisia kuvauksia rahaketalousjärjestelmien käytännön toteutuksista, säännöistä ja käytetyistä palkkioista (Ayllon & Azrin, 1968; Schaefer & Martin, 1969; Ulmer, 1976). Sen periaatteita voidaan kuvata tiivistetysti seuraavasti (Sariola & Ojanen, 1997, 213-214):

1. Tavoitteet määritellään mahdollisimman yksilöllisesti, konkreettisesti ja käyttäytymistä kuvaavalla tavalla.
2. Vaihtoehdot virikkeet tarjotaan kiinnostusta herättävällä tavalla.
3. Kuntoutujalta vaadittavat toiminnot rajataan ajallisesti mahdollisimman tarkasti.
4. Vastuut määritellään tarkasti sekä kuntoutujan että häntä ohjaavan työntekijän osalta.
5. Ohjaus ja palaute toiminnan tuloksista annetaan hyvin selkeästi.
6. Opitun yleistymistä edistetään niin, että kuntoutuja saa toimintakokemuksia sellaisista ympäristöistä, joihin hän on siirtymässä sekä pystyy suoriutumaan kokonaisvaltaisemmista tehtävistä.
7. Toiminnan tuloksia seurataan ja kirjataan jatkuvasti
8. Kuntoutujalle annetaan toiminnan ja käyttäytymisen perusteella konkreettisia rahakepalautteita, joita hän voi vaihtaa haluamiinsa hyödykkeisiin tai palveluihin sovitun hinnoittelun perusteella.
9. Järjestelmää arvioidaan niin, että tarvittaessa voidaan toimintaa tehostaa tekemällä muutoksia.

Rahaketalousjärjestelmään liittyviä tutkimustuloksia on aika paljon. Tulokset ovat tuoneet esille mm. uudelleen sairaalaan joutumisen vähenemisen (Claeson & Malm, 1976; Hofmeister ym., 1979; Rimmerman ym., 1991) sekä ohjelman soveltuvuuden kroonista skitsofreniaa sairastavien kuntoutumiseen (Last, Ginor, Lowenttal ja Klein, 1979; Butler, 1979) ja voimaantumiseen (Corrigan, 1997). Lisäksi ohjelmassa olleiden sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet, oireet vähentyneet ja itsehoitotaidot parantuneet (Ayllon & Azrin, 1968; Paul & Lentz, 1977; Siverstein ym., 1998). Rahaketalous tarjoaa turvallisen ja strukturoidun miljöön. Kaaoksen ja aggressiivisuuden määrä laskee selvästi, kun rahaketalousjärjestelmää aletaan soveltaa yksikössä (Dickerson, Ringell, Parente & Boronow, 1994). Kontrolloituja satunnaistettuja tutkimusasetelmia rahaketalousjärjestelmän osalta on vähän, joten selvästi näyttöön perustuvia tuloksia tarvitaan (McMonagle & Sultana, 2000).

Rahaketalousjärjestelmän käyttö psykiatrisessa kuntoutuksessa on vähentynyt viime vuosina (Comaty ym., 2001, 234). Rahaketalousjärjestelmä

on henkilökunnan kannalta vaativa ohjelma, missä johdonmukaisuuden ja potilaiden kanssa tapahtuvan myönteisen vuorovaikutuksen säilyttäminen vie voimia. Lisäksi on osoittautunut vaikeaksi suunnitella ohjelmia avoimiin ympäristöihin ja löytää luonnollisia vahvistajia, jotka voivat tarjota mahdollisuuksia, rohkaisua ja palkkioita niin, että rahakejärjestelmällä voidaan tukea myönteisiä käyttäytymismuutoksia (Lieberman, 2000, 1398). Voi myös olla, että modernissa hoito- ja kuntoutusajattelussa rahaketelousjärjestelmä mielletään liian mekaanisena ja manipulatiivisena vaikuttamismenetelmänä. Koska tutkimustulosten mukaan ohjelma on tehokas erityisesti kroonisten psykiatrisen potilaiden hoitomenetelmänä (Hofmeister, Scheckenbach & Clayton, 1979; Silverstein, Hitzel & Schenkel, 1998), voi ohjelman käytön väheneminen johtua myös kroonistuneiden pitkäaikaispotilaiden määrän vähenemisestä psykiatrissa sairaaloissa.

Uudistavien ja karismaattisten yhteisöjen jäseniä yhdistävät yhteinen ideologia tai karismaattinen johtaja. Usein molemmat ehdot toteutuvat yhtä aikaa (Ojanen, 1980, 164). Uudistaville yhteisölle on usein tyypillistä, että ne edustavat vastakulttuurista, millä pyritään kumoamaan vahingolliseksi koettua yleistä ajattelutapaa tai toimintamallia. Esimerkkinä tästä voidaan pitää antipsykiatrisen koulukunnan edustajien näkemyksiä, joista erityisesti Ronald Laingin Kingsley Hall -yhteisön toiminta perustui vahvasti sekä Laingin persoonan että hänen radikaalien näkemystensä varaan. Hänen mukaansa yhteiskunta on sairas eikä suinkaan skitsofreniaan sairastunut henkilö. Skitsofrenia on terve ja aito reaktio sairaassa yhteiskunnassa (Laing, 1960; 1971).

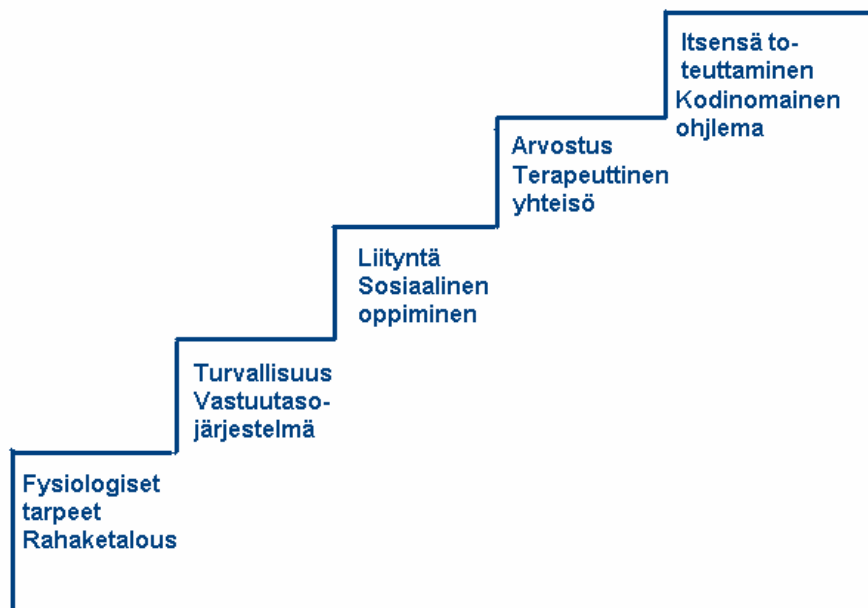
Samantyyppisiä näkemyksiä esitti Soteria House –yhteisön osalta Loren Mosher. Hän piti skitsofreniaa lähinnä muuttuneena tietoisuuden tilana elämän kriisitilanteessa. Akuutti psykoosi voi toimia oppimiskokemuksena, mikä mahdollistaa kasvun, persoonallisuuden kehittymisen ja paremman psykologisen toiminnan (Mosher, 1994, 257-265). Mosher perusti myöhemmin kroonisia sairaalapotilaita varten Soteria Housen toimintaperiaatteita mallittavan Crossing Place –yhteisön, missä pyrittiin erityisesti luomaan yhteisöön kuuluville sosiaalista verkostoa ja vuorovaikutussuhteita sekä McAuliffe House –yhteisön, mikä oli tarkoitettu pitkäaikaista hoitoa tarvitseville (Mosher, 1999). Uudistavia yhteisöjä on perustettu myös alkoholisteille ja huumeidenkäyttäjille. Näitä olivat mm. Synanon (Simon, 1979) ja Daytop (Bassin, 1968).

Toimintaperiaatteiden lisäksi hoito-ohjelmia voidaan luokitella niissä käytettyjen vaikuttamiskeinojen perusteella. Sariola ja Ojanen (1997, 287-320) liittävät vaikuttamiskeinot erityyppisiin ohjelmiin seuraavasti:

- 1) Uhkaus ja pakko liittyvät traditionaaliseen laitoshoitoon, jossa ulkoisella kontrollilla on vahva asema.
- 2) Tarjous liittyy sosiaalisen oppimisen ohjelmiin, joissa toiminnasta saaduilla palautteilla ja selkeällä vastuunjaolla on suuri merkitys. Palautteet pitää antaa niin, että vastaanottaja ymmärtää palautteiden sisältämän informaation ja on valmis hyväksymään annetun informaation. Vastuunjako liittyy työtehtävien konkretisointiin niin, että kuntoutuja tietää minkälaisia tehtäviä hänen vastuulleen ja hänen valittavakseen tarjotaan. Tällaisia ohjelmia ovat rahaketalous ja vastuutasojärjestelmä.
- 3) Ohjaukseen perustuvat yhteisöt ovat kouluttavia yhteisöjä. Niissä ohjauksen antamisen muodot ja mallit suhteessa vastaanottajan resursseihin ratkaisevat tuloksen. Myös näissä ohjelmissa palautteilla on tärkeä merkitys.
- 4) Vetoisuus on normatiivisten yhteisöjen pääasiallinen vaikuttamiskeino. Yhteisössä vedotaan jäsenen velvollisuudentunteeseen. Yhteisön normien sisäistymisen kautta jäsenet oppivat ottamaan vastuuta itsestään ja muista.
- 5) Arvostus voidaan yhdistää parhaiten terapeuttiin yhteisöihin. Tasa-arvoinen roolittomuus lisää tunnetta hyväksytyksi tulemisesta ja arvostuksesta.

Vaikka hoito-ohjelmia voidaan kategorisoida vaikuttamiskeinojen perusteella, on syytä korostaa, että käytännössä hoito- ja kuntoutustyössä käytetään useita keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi. Vastuutasojärjestelmissä käytetään tarjousten lisäksi ohjausta ja vetoisuuskeinoja. Terapeuttisissa yhteisöissä on oltava normeja ja ohjausta. Liiallinen sallivuus voi johtaa mielivaltaan ja toisten hyväksikäyttöön. Arvostuksella on tärkeä asema kaikissa hoito-ohjelmissa. Jos yhteisön jäsenellä on tunne siitä, ettei häntä arvosteta, ovat muutkin vaikuttamiskeinot todennäköisesti tehottomia.

Hoito-ohjelmien luokittelun yhdeksi perustaksi voidaan valita myös Maslowin (1954, 80-106) holistis-dynaaminen tarveoteoreettinen viitekehys. Maslowin tarveorian hierarkkiset tasot erottelevat hoito-ohjelmia sillä perusteella, mitä potilaiden tarpeita kukin hoito-ohjelma tyydyttää. Kuvio 3 havainnollista asiaa.



Kuvio 3. Hoito-ohjelmat Maslowin (1954) tarveteorian mukaisesti eriteltynä.

Kaikki hoito-ohjelmat ottavat huomioon yhteisön jäsenten fysiologisten perustarpeiden tyydyttymisen lukuun ottamatta seksuaalisuutta. Rahaketaloudessa potilaan saamat konkreettiset rahakepalautteet voi hän käyttää hyödykkeisiin tai palveluihin, jotka ylittävät perustarpeet. Samalla potilas voi säädellä välittömän mielihyvän periaatteen toteutumista säästämällä rahakkeita niihin hyödykkeisiin tai palveluihin, joita hän pitää tärkeinä. Vastuutasojärjestelmän järjestelmällisyys, ennustettavuus, selkeys ja käyttäytymisen rajat luovat potilaalle turvallisuudentunnetta ja tunnetta siitä, että hän pystyy vaikuttamaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Liitynnän tarpeet korostuvat sosiaalisen oppimisen ohjelmissa. Arvostuksen tarve tyydyttyä parhaiten terapeuttisissa yhteisöissä. Itsensä toteuttaminen vaatii autonomiaa, mihin lähinnä kodinomaiset yhteisöt, esimerkiksi kuntoutuskodit ja pienryhmäkodit, antavat mahdollisuuksia.

Maslowin (1954) teoriaan perustuvan hierarkkisen mallin voidaan olettaa toteutuvan ainakin osin hoito-ohjelmissa. Jos liitynnän tarpeita ja ryhmätoimintoja korostavassa hoito-ohjelmassa ei kiinnitetä riittävästi huomiota turvallisen ilmapiirin luomiseen, eivät potilaat ole valmiita sosiaaliseen vuorovaikutukseen, koska fyysisen tai henkisen väkivalan uhka on liian suuri. Tällöin potilaan kokema arvostus ja itsensä toteuttamisen mahdollisuus jäävät vähäisiksi. Hyvin tyydyttyvät sosiaaliset tarpeet lisäävät arvostuksen tunnetta ja tunne siitä, että saa arvostusta osakseen, voi antaa

voimavaroja ja rohkeutta itsensä toteuttamiseen. Vaikka erilaiset hoito-ohjelmat painottavat eri tarpeita, on kaikissa hoito-ohjelmissa otettava huomioon yksilön tarpeiden moninaisuus. Kaikkien hoito-ohjelmien tulee sisältää periaatteita ja käytäntöjä, mitkä edistävät turvallisuuden kokemista, sosiaalisuutta, arvostusta ja itsensä toteuttamisen mahdollisuutta.

Sariola ja Ojanen (1997, 202-216) ryhmittävät kuntoutuksessa käytettävät ohjelmat neljään vaihtoehtoon. Nämä ovat kokonaisvaltaiset ohjelmat, kouluttavat ohjelmat, vastuutasojärjestelmät ja rahaketalousjärjestelmät. Kokonaisvaltaisille eli tukea antaville ohjelmille tyypillistä on se, että niiden tarjoama tuki kuntoutujalle on hyvin intensiivistä. Esimerkiksi Steinin ja Testin (1978) Training in Community Living –ohjelmassa (TLC-ohjelma) pyritään poistamaan kuntoutujan ongelmia, mitkä liittyvät aineellisiin resursseihin, arkielämän selviytymistaitoihin, motivaatioon ja riippuvuussuhteisiin. Kuntoutujan tarvitsema tuki on aina saatavilla vuorokauden ajasta riippumatta. Kouluttavien yhteisöjen ja rahaketalousjärjestelmien ohjelmiin kuuluvia periaatteita on kuvattu jo edellä. Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin vastuutasojärjestelmää.

1.7.2. Vastuutasojärjestelmien teoreettiset perusteet

Hoito-ohjelmaintervention tuloksia selitettäessä vaaditaan paitsi konkreettista kuvausta hoito-ohjelman sisällöstä, myös teoriaa siitä, millä tavoin intervention voi olettaa tuottavan aiottuja vaikutuksia. Teoreettisen viitekehyksen tehtävänä on järjestää ja selittää sitä tietoa, mikä liittyy ohjelman toiminnan ja ohjelman vaikutusten suhteisiin (Lipsey & Cordray, 2000, 357-360).

Vastuutasojärjestelmä on hoito-ohjelma, jossa potilaan vapaudet ja oikeudet ovat yhteydessä siihen, miten ja missä määrin potilas on valmis ottamaan vastaan ja osoittamaan toiminnallista ja sosiaalista vastuuta sekä käyttäytymisessään että hoitoyhteisössä sovittujen tehtävien suorittamisessa. Oikeuksien ja vapauksien lisääminen edellyttää suurempaa vastuun saantia.

Käytännössä vastuutasojärjestelmässä potilaiden oikeudet ja velvollisuudet on jaoteltu eri tasoihin, joiden määrä riippuu käytetystä hoito-ohjelmasonnellutuksesta. Eri vastuutasojen kriteerit on tarkkaan määritelty ja ne koskevat yleensä kaikkia hoito-ohjelmassa olevia potilaita. Vastuutasojärjestelmän tavoitteena on mahdollisimman suuri oikeudenmukaisuus (Sariola & Ojanen, 1997, 210). Oikeudenmukaisuuden, tasa-arvon ja avoimuuden tulee toteutua hoitotilanteissa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Koska potilaiden aktiivisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvät

odotukset on tarkasti eritelty, niin he tietävät minkälainen toiminta ja käyttäytyminen johtaa vastuutasolta toiselle etenemiseen ja mitä seurauksia odotuksiin vastaaminen tai vastaamatta jättäminen heille tuottaa. Potilas pystyy omilla valinnoillaan vaikuttamaan siihen, miten hoito ja kuntoutus hänen kohdallaan etenee. Hoitohenkilökunnan velvollisuus on opastaa ja ohjata potilaita, mutta myös valvoa potilaskohtaisesti toimintaa ja käyttäytymistä. Hoitohenkilökunta kirjaa havaintonsa sovitun käytännön mukaisesti. Potilaalla on aina oikeus nähdä omaa itseä koskevat kirjaamiset, joiden perusteella siirtyminen vastuutasolta toiselle tapahtuu.

Vastuutasojärjestelmillä on monia rakenteellisia ja periaatteellisia yhtäläisyyksiä, vaikka käytettyjen menetelmien sekä kontrolli- ja palkitsemisjärjestelmien suhteen ne usein eroavat toisistaan (Ludwig, 1971; Paul & Lenz, 1977; Ojanen & Sariola, 1986; Sariola & Ojanen, 1997; Pulkkinen, 1988; Nordling, 2004):

1) Ohjelmat on vaatimustason, vastuiden ja oikeuksien suhteen järjestetty johdonmukaisesti progressiivisiin tasoihin. Tavallisesti näitä tasoja on 3-7 (Sariola & Ojanen, 1997, 210). Näitä tasoja voidaan nimittää myös vaiheiksi (Ludwig, 1971), portaiksi tai askeliksi (Nordling, 2004).

2) Ohjelmissa korostetaan toiminnallisuuden, taitojen opettamisen ja vuorovaikutustilanteiden tärkeyttä. Toiminnallisia vuorovaikutustilanteita pyritään luomaan paljon. Taitojen oppimisen kannalta yksilöllisen ohjauksen ja sosiaalisen oppimisen merkitys on suuri.

3) Potilaiden toiminnalla ja käyttäytymisellä on ratkaiseva merkitys hoidollisessa ja kuntoutuksellisessa päätöksenteossa ja tasoilla etenemisessä. Toiminnan ja käyttäytymisen motiivit eivät ole hoidollisen päätöksenteon perustana. Potilaiden selityksiä toiminnalleen ja käyttäytymiselleen voidaan kyllä kuunnella ja niitä voidaan ymmärtää. Myöskään lupaukset toiminnan ja käyttäytymisen tulevasta muutoksesta eivät vaikuta päätöksiin. Potilaita kylläkin tuetaan positiivisten muutosten aikaansaannissa.

4) Potilaiden aktiivisuus tai passiivisuus sekä käyttäytymisreaktiot nähdään valintatilanteina. Potilaat tietävät valintojensa seuraukset ja ovat siten vastuullisia valinnoistaan ja teoistaan. Jos potilaan valinta johtaa toimintaan, josta hän saa negatiivisen palautteen ja jonka seurauksena hänen oikeuksiaan joudutaan rajoittamaan, sitä pidetään potilaan tietoisena valintana. Vastuu toiminnallisesta aktiivisuudesta ja käyttäytymisen sosiaalisuudesta on potilaan, ei hoitohenkilökunnan. Potilasta kohdellaan vastuullisena henkilönä, joka tietää valintojensa seuraukset.

5) Ohjelmiin kuuluu systemaattinen ja jatkuva seuranta- ja palautejärjestelmä, minkä avulla potilas saa välitöntä palautetta toiminnan sujumisesta ja tuloksellisuudesta sekä käyttäytymisen vaikutuksista. Ohjelmissa käytetään seurantalomakkeita, mitkä mahdollistavat toiminnan ja käyttäytymisen arvioinnin vastuutasoihin sidottujen aikaperiodien puitteissa. Niiden avulla voidaan havainnollistaa myös ohjelman aikana tapahtunut muutos potilaan aktiivisuudessa ja käyttäytymisessä.

6) Kommunikaatiossa pyritään käyttämään selkeää, kuvailevaa ja konkreettista kieltä. Potilailla on oikeus nähdä omaa itseä koskevan seurantalomakkeen sisältö aina halutessaan. Palautteet toiminnasta annetaan julkisesti yhteisön sisällä. Samoin potilaita rohkaistaan kertomaan kuntoutustavoitteistaan muille yhteisön jäsenille. Tarvittaessa potilaat voivat keskustella luottamuksellisesti henkilökuntaan kuuluvien kanssa.

7) Hoito-ohjelman sääntöjen, sopimusten ja periaatteiden valvonta sekä potilaiden ohjaus koskee koko henkilökuntaa. Kaikkien henkilökuntaan kuuluvien odotetaan sitoutuvan yhteiseen toimintamalliin. Työntekijöiden sooloilu tai ”läpi sormien katselu” ei ole sallittua.

8) Hoito-ohjelmassa on selkeä päivä- ja viikko-ohjelma, johon potilaiden odotetaan sopimusten mukaan osallistuvan. Ohjelma toistuu muuttumattomana, kunnes toisin sovitaan. Koska myös odotukset toiminnan ja käyttäytymisen suhteen sekä seuraukset ovat potilaiden tiedossa, hoito-ohjelman ennustettavuus ja järjestelmällisyys on suurta. Ennustettavuuden, toistuvuuden ja järjestelmällisyyden odotetaan lisäävän potilaiden turvallisuuden tunnetta sekä vahvistavan elämänhallintaa. Samalla voidaan olettaa psyykkisen tilan kohentuvan.

1.7.2.1. Strukturi

Vastuutasojärjestelmässä hoidon ja kuntoutuksen strukturi on keskeinen skitsofreniapotilaan kuntoutumiseen vaikuttava tekijä. Strukturi muokkaa tehokkaasti hoitoyhteisön toimintakulttuuria.

Oppimisympäristön toimintakulttuuri on keskeinen oppimisen säätelijä. Kulttuurisesti säädelyä on esimerkiksi se, mistä ja miten saa puhua, keiden kanssa kommunikointi on suositeltavaa ja mitkä asiat ovat tärkeämpiä kuin toiset. Oppimisympäristön toimintakulttuurin ilmapiiri vaikuttaa olennaisesti siihen, mitä on mahdollista oppia. Riittävän turvallisessa oppimisympäristössä on mahdollista ottaa riskejä (Rauste-v.Wright, v.-Wright & Soini, 2003, 65).

Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin loppuraportissa ryhmitellään hoito-ohjelman struktuurin keinot seuraavasti (Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti 1988, 147-152):

1. Säännöllinen päivä- ja viikko-ohjelma
2. Osallistuminen yksikön arkisiin asioihin
3. Henkilökohtaiset kuntoutussuunnitelmat
4. Osallistuminen ryhmiin
5. Jäsentynyt kuntoutusfilosofia
6. Oma yksilöllinen tila
7. Johdonmukainen palaute
8. Yhteiset normit
9. Omien asioiden hoito
10. Tiedottaminen, valistaminen ja opettaminen.

Näistä voidaan koota laajempia struktuurin muotoja, joita ovat kodinomainen struktuuri, terapeutin struktuuri ja palautteisiin perustuva struktuuri.

Skitsofreniapotilailla on usein suuria vaikeuksia mukautua ympäristön sosiaaliseen rytmiin. Sen vuoksi toimintojen ajallinen strukturointi päiväohjelman muotoon on tärkeä psykososiaalisen hoidon osa (Haug, Wirz-Justice & Rossler, 2000). Vastuutasojärjestelmässä viikko-ohjelma on hyvin säännöllinen ja yleensä tiivis. Potilaiden odotetaan osallistuvan yhteisön toimintoihin, tehtävien hoitoon ja ryhmiin. Toimintoja ja ryhmiä on ohjelmassa paljon. Yksilöllisyyttä pyritään toteuttamaan henkilökohtaisten kuntoutussuunnitelmien avulla niin, että kuntoutuja on mukana suunnitelmaa työstävässä hoitotiimissä. Suunnitelmia ja tavoitteita käydään läpi myös omahoitajakeskusteluissa ja erilaisissa ryhmissä. Kuntoutusfilosofia on pitkälti jäsenelty kirjalliseen muotoon ja sen teoreettisista perusteluista järjestetään toistuvasti koulutuksia. Ohjelmassa havaituista puutteista keskustellaan säännöllisesti yhteisökokouksissa.

Vastuutasojärjestelmissä palautestruktuuri on keskeinen struktuurin muoto. Kuntoutujien saamat palautteet ovat välittömiä ja ne kirjataan. Mitä kohdennetumpi ja välittömämpi palaute on, sitä enemmän relevanttia informaatiota se sisältää ja sitä helpompaa on yleensä sen hyödyntäminen (Rauste-v.Wright ym., 2003, 57). Monissa vastuutasojärjestelmän sovelluksissa on käytössä palauteryhmä, jossa käydään läpi kulunutta viikkoa kuntoutujien ja henkilökunnan kesken.

Yhteisön normit koskevat kaikkia tasa-arvoisesti. Normit on kirjattu ja niistä selviää, mitä seuraa, jos toiminta ei ole normien mukaista. Jotta normeilla olisi yhteisössä strukturoiva vaikutus, niiden tulee olla

- yleisesti tunnettuja ja kirjattuja
- realistisia ja mahdollisia noudattaa sekä
- seuraamuksilla vahvistettuja. Seuraamusten tulee kuitenkin olla kohtuullisia ja erityisesti oikeudenmukaisia (Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti 1988, 150).

Normeista kiinni pitäminen ja palautteiden antaminen edellyttävät henkilökunnalta täydellistä sitoutumista. Jos yhdenmukaisia menettelytapoja ei niiden suhteen ole, menettää ohjelma tehonsa ja kuntoutujien mielikuvat hoitajista jakautuvat mustavalkoiseen näkemykseen hyvistä ja pahoista hoitajista.

Hoitoympäristön struktuurilla ja strukturoiduilla psykososiaalisilla hoito-ohjelmilla on havaittu olevan vaikutusta potilaiden kognitiiviseen toimintakykyyn. Struktuurin ollessa vahva kuntoutujien kognitiivisissa toiminnoissa on havaittu selvää edistymistä ilman erityisiä kognitiivisia kuntoutusinterventioita (Silverstein & Wilkniss, 2004, 681).

1.7.2.2. Palautteiden ohjaava vaikutus

Toiminnasta saatu palaute antaa tietoa, jonka perusteella voidaan arvioida toiminnan tarkoituksenmukaisuutta tavoitteiden kannalta. Positiivisen palautteen informaatioarvo on suurempi kuin negatiivisen, koska edellinen antaa tiedon siitä, miten tulee toimia tavoitteen saavuttamiseksi, mutta jälkimmäinen kertoo vain sen, ettei tietty toiminta johda tavoitteisiin (Nummenmaa, Takala & v.Wright, 1984, 144-146).

Jotta negatiivinen palaute voi toimia tehokkaasti oppimista ohjaavana, siihen on liitettävä informaatiota siitä, miten pitää toimia tai mitä pitää toiminnassa muuttua, että tavoitteeseen päästään. Itsearvostus säätelee ratkaisevasti sitä, missä määrin yksilö on valmis kokeilemaan uusia toimintamalleja ja -strategioita ja toimimaan omaa elämäänsä ohjaavana subjektina (Rauste-v.Wright ym., 2003, 47). Psykososiaalisen kuntoutustyön kannalta nämä näkökohdat pitää ottaa huomioon niin, että kuntoutuja voi harjoitella tavoiteltavia sosiaalisia taitoja monenlaisissa arkipäivän tilanteissa sairaalan ulkopuolella ja saa siitä monipuolista ohjaava palautetta. Koska itsetunnon vahvistamisen tai heikkenemisen prosesseissa on oleellista nimenomaan yksilön oma tulkinta saamastaan palautteesta (Rauste-v.Wright ym., 2003, 47), on tärkeää keskustella kuntoutujan kanssa siitä, miten hän on saamansa palautteen ymmärtänyt.

Decin (1975) mukaan palautteet vaikuttavat kahdella tavalla. Ne antavat informaatiota ja synnyttävät tulkinnan tilanteen kontrolloitavuudesta. Tällöin kontrolli tarkoittaa mahdollisuutta ennakoida tilannetta tai sen tulosta, tehdä valintoja ja hallita tilannetta (Ojanen, 1992, 150). Tämä on keskeistä vastuutasojärjestelmään olennaisesti liittyvän palautejärjestelmän vaikuttavuuden kannalta.

Vastuutasojärjestelmässä palautteet annetaan paitsi verbaalisesti usein myös symbolisesti. Positiivisen palautteen symbolina voidaan käyttää plus-merkintää ja negatiivisen palautteen symbolina miinus-merkintää potilaan toimintaa ja käyttäytymistä kuvaavissa strukturoiduissa dokumenteissa. Tämä mahdollistaa arvioinnin tiettyjen ajanjaksojen sisällä. Potilaan etenemisen kriteerit vastuutasojärjestelmän eri tasoilla on yleensä sidottu positiivisten ja negatiivisten palautteiden määrään tiettyinä ajanjaksona. Se millä vastuutasolla potilas kulloinkin on, vaikuttaa suoraan hänen vapauksiinsa ja velvollisuuksiinsa sekä yleensä myös häntä koskeviin hoidollisiin päätöksiin.

Vahvistamisen välittömyyden ja laadun lisäksi oppimista säätelee vahvistamisen määrä ja frekvenssi. Oppiminen on tietyissä rajoissa sitä nopeampaa, mitä enemmän toimintaa vahvistetaan. Oppimisen frekvenssi liittyy vahvistamisen tiheyteen suhteessa oikeisiin reaktioihin. Jos vahvistaminen tapahtuu aina oikean reaktion esiintyessä, on kyseessä jatkuva vahvistaminen. Jos vahvistamista tapahtuu harvemmin, on kyseessä osittainen tai jaksottainen vahvistaminen. Yleensä oppiminen on sitä hitaampaa, mitä harvemmin vahvistamista tapahtuu. Toisaalta mitä harvemmin ja epäsäännöllisemmin vahvistamista tapahtuu, sitä hitaammin opittu reaktio sammuu (Nummenmaa ym., 1984, 146-147). Vastuutasokuntoutuksen tulosten kannalta näillä lainalaisuuksilla on suuri käytännön merkitys. Koska ohjelmassa pyritään johdonmukaiseen jatkuvaan vahvistamiseen, on vaarana se, että saavutetut oppimistulokset sammuvat, kun vahvistaminen loppuu.

Oppimisen kannalta tehokkaita periaatteita ovat vähittäinen muovaaminen (shaping) sekä toimintojen ketjuttaminen (chaining). Muovaaminen perustuu siihen, että aluksi henkilö saa positiivista palautetta toiminnoista, jotka ovat tavoitekäyttäytymisen suuntaisia, mutta eivät vastaa sitä täydellisesti. Vähitellen vaatimustasoa nostetaan niin, että positiiviseen vahvistamiseen vaaditaan entistä enemmän tavoitekäyttäytymistä muistuttavia toimintoja. Lopulta vain tavoitteen mukainen käyttäytyminen tuottaa positiivisen vahvistamisen (Nay, 1976, 23). Ketjuttamisella tarkoitetaan tavoitekäyttäytymisen osien systemaattista vahvistamista alkaen joko toimintaketjun alku- tai loppupäästä. Kun yksi ketjun osa on opittu, siirrytään opettelemaan seuraavaa osaa. Vähitellen vahvistetaan yhä useampia ketjun

peräkkäisiä toimintoja niin, että lopulta tavoitekäyttäytyminen kokonaisuudessaan osataan (Karoly, 1975).

1.7.2.3. Sosiaalinen oppiminen

Sosiaalisessa oppimisessa eli mallioppimisessa mallin tarkkailua ja jäljittelyä eli sijaisoppimista käytetään hyväksi. Keskeisiä kysymyksiä ovat esim. minkälaiset mallit ovat tehokkaimpia ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten havaittua käyttäytymistä jäljitellään (Bandura, 1973, 1986).

Vastuutasojärjestelmässä kuntoutujat oppivat paitsi ohjaajan mallin avulla myös toisilta kuntoutujilta. Ei-toivottavan käyttäytymisen sanktioinnilla pyritään positiivisten mallien yleistymiseen. On todettu, että malleja jäljitellään helpoimmin jos

- mallia palkitaan
- mallista pidetään ja malli on huolehtiva
- mallilla on vaikutusvaltaa
- mallilla ja jäljittelijällä on jotakin yhteistä
- mallilla on korkeampi status
- jäljittelijä ei luota omiin kykyihinsä
- tilanne on uusi tai outo
- jäljiteltävä suoritus ei ole liian vaikea tai liian helppo
- samasta asiasta on palkittu aikaisemmin (Vilkko-Riihelä, 1999, 330).

Vaikka sosiaalisen oppimisen teoriassa vahvistamisella on tärkeä merkitys, se eroaa perinteisestä behaviorismista siinä, että siinä painottuvat myös kognitiiviset prosessit. Koska ihmiset voivat kuvata tilanteita mielikuvien avulla, he pystyvät myös ennakoimaan toimintojensa todennäköisiä seurauksia ja käyttäytymään niitä huomioon ottamalla (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson & Loftus, 2003, 415).

Banduran (1977, 22-29; 1997, 87-92) mukaan sosiaalinen oppiminen ohjautuu neljän osatekijän prosessin kautta:

1) Tarkkaavaisuuden prosessit määrittävät sen, mitä valikoidusti havainnoidaan ja mitä asioita havaitusta toiminnasta poimitaan. Vaikuttavia tekijöitä ovat malliärsykkeen erityspiirteet, tunnearvo, kompleksisuus, yleisyys ja funktionaalinen arvo. Samoin havaitsijan ominaisuuksilla, kuten kognitiivisilla ja sensorilla kyvyillä sekä havaitsijan mieltymyksillä, on merkitystä.

2) Muistiin painaminen ja muistissa säilyttäminen edellyttävät havaittujen tapahtumien aktiivisen siirtämisen ja rekonstruoinnin sääntöjen ja käsitteiden muotoon. Käyttäytymiseen liittyvät käsitteet ja muodostetut säännöt toimivat yleistyneinä ohjeina, kun toimintaa suunnitellaan ja siirretään vaihteleviin olosuhteisiin. Muistissa säilymistä helpottaa mallitetun informaation muuntaminen muistikodeiksi ja koodatun tiedon kognitiivinen toistuva harjoittelu. Mieleen palauttaminen käsittää pikemminkin sisältöjen muokkausta kuin rekisteröityjen tapahtumien yksinkertaista hakemista muistista.

3) Symbolisessa muodossa olevien kuvausten muuntaminen tarkoituksenmukaisiksi toiminnoiksi edellyttää reaktioiden tilaan ja aikaan liittyvän organisoimisen käytetyn mallin mukaisesti. Käyttäytymistä muovataan sen informaation perusteella mikä saadaan, kun verrataan toiminnan ja tavoitellun käsitteellisen mallin vastaavuutta. Käyttäytymisen säätely voidaan jakaa reaktioiden kognitiiviseen organisoimiseen, niiden alkuunpanoon, tarkkailuun ja parantamiseen tiedollisen palautteen avulla. Jos oppija hallitsee paljon yksittäisiä taidollisia elementtejä, on niiden pohjalta helpompi integroida uusia käyttäytymismuotoja kuin jos yksittäisissä osasissa on puutteita.

4) Sosiaalisen oppimisen teoriassa erotetaan omaksuminen ja suoritus, koska ihmiset eivät käytä kaikkea sitä, mitä ovat oppineet. He ottavat käyttöön mallinmukaista käyttäytymistä todennäköisemmin, jos sen tuloksena on jotakin sellaista, jota he arvostavat. Lisäksi niitä käyttäytymismuotoja, jotka näyttävät olevan tehokkaita muidenkin toiminnassa, suositaan verrattuna niihin, jotka tuottavat kielteisiä seurauksia. Ihmiset pyrkivät myös sellaiseen toimintaan, joka tyydyttää heitä itseään ja joka antaa heille arvostuksen tunnetta ja välttävät sellaista toimintaa, mitä he eivät itse hyväksy.

Vastuutasojärjestelmässä näitä prosesseja hyödynnetään monin tavoin:

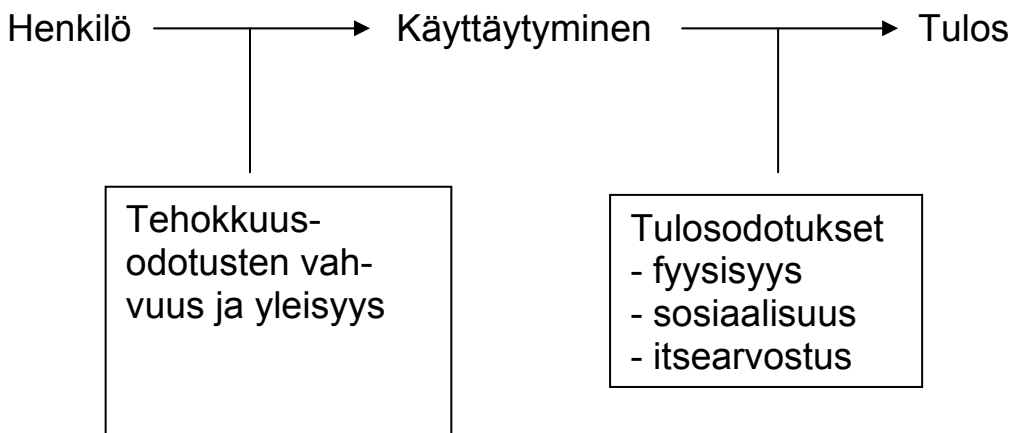
- Asioita opetellaan ja toimintaa harjoitellaan konkreettisen tekemisen avulla, ei teoreettisesti opiskellen. Konkreettisuus kompensoi kuntoutujien mahdollisia kognitiivisia puutteita. Banduran (1997, 34-35) näkemyksen mukaan silloin, kun opitun käyttäytymisen muodot muuttuvat rutiineiksi, ne eivät enää vaadi korkeampaa kognitiivista kontrollia.
- Sijais- ja vertaismalleilla on ryhmäytymisprosessin välityksellä tunnearvoa enemmän kuin persoonattomilla malleilla. Bandura (1997, 92-93) tuo esille sen, että todellisten ja symbolisten mallien

- näkeminen, missä tulee esille hyödyllisiä taitoja ja strategioita, vahvistaa havaitsijan uskomuksia omasta kapasiteetistaan.
- Kuntoutuksen eteneminen vaiheittain vaatimustasoa nostamalla antaa mahdollisuuksia onnistumiskokemusten saamiseen alusta alkaen ja lisääntyvät vapaudet lisäävät opittujen asioiden funktionaalista arvoa. Myöhemmin itse oppimisprosessi voi saada palkitsevaa ja motivoivaa funktionaalista arvoa itsearvostuksen ja minäpystyvyyden vahvistuessa. Banduran (1997, 116-117) mukaan ihmiset, joilla on korkea pystyvyyden tunne, rakentavat elämänsä tulevaisuussuuntautuneesti. Henkilökohtaisiin tavoiteasetteluihin vaikuttavat suorituskapasiteetin itsearviot. Mitä vahvempi on havaittu minäpystyvyys sitä korkeammat tavoitteet ihmiset itselleen asettavat ja sitä varmemmin he pyrkivät niihin. Ne, joilla on vahva näkemys omasta pystyvyydestään, näkevät eri tilanteet toteuttamiskelpoisina mahdollisuuksina.
 - Opeteltävien asioiden ja toimintojen toistaminen ohjelman struktuurin puitteissa senkin jälkeen, kun ne on opittu, vahvistaa niiden muistiin painumista ja niiden muuntamista toiminnallisiksi skeemoiksi ensin tutussa osastoympäristössä ja myöhemmin ympäristöissä, joihin toiminnan harjoittelua siirretään kuntoutujan kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Banduran (1997, 34) mukaan tietorakenteet, joihin sisältyvät tehokkaan toiminnan säännöt ja strategiat, tarjoavat kognitiivisia ohjeita käyttäytymisen monimutkaisia konstruktioita varten.
 - Jatkuva ohjaavan palautteen saaminen eri tilanteissa vahvistaa hyödyllisten skeemojen syntymistä. Palautteen tunnesävyllä on merkitystä oppimisen kannalta. Banduran (1997, 111) mukaan ihmiset oppivat asioita nopeammin ja he muistavat asioita positiivisessa ilmapiirissä. Negatiiviset mielentilat aktivoivat ajatuksia aikaisemmista epäonnistumisista ja positiiviset mielentilat ajatuksia aikaisemmista onnistumisista.
 - Kun kuntoutujalla on keskeinen vaikuttajan asema kuntoutumissuunnitelmaa moniammatillisesti laadittaessa, on myös suunnitelmaan kirjatulla tavoitteilla motivoivaa merkitystä sekä kuntoutustoiminnan käynnistymisen että siihen sitoutumisen kannalta.

1.7.2.4. Tehokkuus- ja tulosodotukset

Yksilöt eivät opi asioita pelkästään mekaanisen jäljittelyn avulla. Toiminnan tuloksellisuuteen, myös mallioppimisen tuloksellisuuteen, vaikuttavat tehokkuusodotukset eli se, miten hyvin yksilö uskoo suoriutuvansa tehtävästä,

sekä tulosodotukset, jotka kuvaavat yksilön käsityksiä siitä, minkälaisiin tuloksiin hän pystyy. Näillä on vaikutusta sekä käyttäytymiseen että affektiivisiin tiloihin. Kun tehokkuus- ja tulosodotukset ovat positiivisia, yksilö sitoutuu ja pyrkii vahvasti tavoitteeseen sekä kokee tyydytystä. Jos molemmat odotustyyppit ovat negatiivisia, on seurauksena luovuttaminen ja apatia (Bandura, 1997, 19-24). Bandura (1997, 22) on kuvannut tehokkuusodotusten, käyttäytymisen, tulosodotusten ja tuloksien yhteyksiä (kuvio 4).



Kuvio 4. Henkilön tehokkuusodotusten, käyttäytymisen, tulosodotusten ja tuloksen väliset yhteydet (Bandura, 1997, 22).

Tehokkuusodotus liittyy henkilön arvioon kyvystään organisoida ja toteuttaa haluttu suoritus, kun taas tulosodotus on arvio todennäköisestä seurauksesta, minkä suoritus saa aikaan. Suoritus on taitavuutta ja tulos on jotakin sellaista, joka seuraa siitä. Tulos on seuraus suorituksesta, ei suoritus sinänsä (Bandura, 1997, 22).

Jos henkilön tehokkuusodotukset suoriutumisensa suhteen ovat heikot, on todennäköistä, että hän luopuu kokonaan yrittämästä. Tämän vuoksi psykiatrisen potilaan kuntoutuksessa on potilasta tarpeen mukaan tuettava niin, että hän voi odottaa ohjauksen ja opastuksen avulla suoriutuvansa tehtävästä. Tehokkuusodotusten vahvistuessa voidaan ohjausta ja tukea vähentää. Vastuutasojärjestelmässä tämä periaate on yksi ohjelman keskeisiä linjauksia.

Tulosodotusten aktivoiva tai passivoiva vaikutus liittyy siihen, että henkilöt pyrkivät tekemään asioita, jotka lisäävät heidän tyytyväisyyttään, ylpeyttään ja oman arvon tunnettaan sekä välttämään käyttäytymistä, mikä lisää tyytymättömyyttä itseän, itsen aliarviointia ja itsesyytöksiä (Bandura, 1997, 21-22). Psykososiaalisessa kuntoutuksessa tulosodotuksiin voidaan vaikuttaa kuvaamalla toiminnan ja käyttäytymisen tavoitteet selkeästi ja konkreettisesti.

Kuntoutujan on tiedettävä, mikä on toiminnan hyväksyttävä tulos. Tämä tieto vaikuttaa siihen, miten hän toimii ja käyttäytyy suoritustilanteessa. Palautteen kehittävä merkitys liittyy toiminnan tuloksellisuuden parantamiseen niin, että palaute kohdistetaan ensisijassa suoritukseen ja toimintaan, ei itse tulokseen. Toimintaa harjoittelemalla, tehostamalla ja hiomalla tulokset paranevat itsestään. Toiminnan tulosten arviointi yhdessä kuntoutujan kanssa osaltaan konkretisoi tuloksissa tapahtuneen edistymisen ja muokkaa kuntoutujan tulosodotuksia realistisemmiksi. Onnistuminen ilmenee sosiaalisen arvostuksen tunteen ja itsearvostuksen lisääntymisenä (Spiegler & Guevremont, 1998, 189-190).

1.7.2.5. Kognitiiviset tekijät

Kognitiiviset tiedot ja taidot liittyvät itsereflektion hyödyntämiseen. Voidakseen reflektoida omaa ajatteluaan yksilön täytyy tulla tietoiseksi omista ajatteluprosesseistaan (Rauste-v.Wright ym., 66-68, 2003). Opitun avuttomuuden vähentämiseksi vastuutasojärjestelmässä kuntoutujalle on toistuvasti korostettava hänen valinnanmahdollisuuksiaan. Koska osallistumisvelvollisuudet ja käyttäytymisnormit sekä niiden noudattamisen tai laiminlyönnin seuraukset ovat kaikkien tiedossa, kuntoutuja tietää, mitä hänen valinnoistaan seuraa. Opitun avuttomuuden väheneminen edellyttää, että kuntoutuja voi itsenäisesti vaikuttaa hoitonsa etenemiseen ja kuntoutumiseensa hoito-ohjelman hoidollisten raamien ja struktuurin puitteissa. Tämä sama periaate auttaa ulkoisten kontrolliodotusten muuttumisessa sisäisiksi kontrolliodotuksiksi.

Vastuutasojärjestelmän struktuuri ja toiminnan ennustettavuus tukevat kuntoutujan koherenssin tunteen ymmärrettävyyttä ja hallittavuutta. Mielekkyyden osatekijään vaikuttaminen on ongelmallisempaa, koska kuntoutujien intressit ovat hyvin erilaiset. Sillä, mitä hoito-ohjelmassa harjoitellaan ja mihin kiinnitetään huomiota, ei välttämättä ole kuntoutujan subjektiivisen näkemyksen mukaan juurikaan merkitystä hänen omien tavoitteidensa kannalta. Tämän vuoksi kuntoutujan joskus epärealistisiltakin tuntuvat tavoitteet on hyväksyttävä ja rakennettava hoito-ohjelman sisällöistä välitavoitteita, joilla perustellusti voidaan osoittaa olevan yhteyttä kuntoutujan tulevaisuuden tavoitteisiin. Tässä tavoitteiden konkreettinen ja ajallinen struktuuri on välttämätön. Yksilöllisyys toteutuu vastuutasojärjestelmässä paitsi yksilöllisten hoitosuhteiden kautta, myös yksilölle merkityksellisten tavoitteiden hyväksynnän kautta.

Tulevaisuuden tapahtumat eivät voi olla nykyhetken motivaation ja toiminnan syinä, koska ne eivät ole vielä olemassa. Kuitenkin, koska tulevat tapahtumat

voidaan kuvata kognitiivisesti nykyhetkessä, ne kääntyvät nykyhetken motivoiviksi tekijöiksi ja käyttäytymisen säätelijöiksi. Tällaisen itseohjauksen kautta projisoidut päämäärät ja odotettavissa olevat tulokset motivoivat ja ohjaavat käyttäytymistä. Päämäärien ominaisuudet vaikuttavat sitoutumiseen. Tällaisia ominaisuuksia ovat spesifisyys, haasteellisuus ja ajallinen läheisyys. Yleiset tavoitteet ovat liian epämääräisiä ollakseen kannustavia. Haasteelliset tavoitteet saavat aikaan suuren mielenkiinnon ja syventymisen toimintaan. Tavoitteiden aikaansaaman itseohjautuvuuden tehokkuus riippuu siitä, kuinka kauas tulevaisuuteen ne siirretään. Lähitavoitteet ohjaavat sitä, mitä henkilö tekee tässä ja nyt. Etätavoitteet ohjaavat toimintaa yleisesti tavoitteiden suuntaan, mutta ne ovat ajallisesti liian kaukana tarjotakseen tehokkaita haasteita ja ohjausta toiminnalle. Tulevaisuuden arvostetut päämäärät saavutetaan parhaiten hierarkkisesti rakennetun tavoitejärjestelmän avulla (Bandura, 2001, 7-8).

Koska haastehakuisuus on lähellä koherenssin tunnetta, vastuutasojärjestelmän voi olettaa vaikuttavan samojen elementtien kautta molempien käsitteiden vahvistumiseen. Haastehakuisuuteen sisältyvä muutosten sieto liittyy osin stressin hallinnan kehittymiseen ja stressin hallinnan keinojen löytymiseen. Vastuutasojärjestelmän progressiivisen rakenteen, jossa vaatimustasoa vähitellen systemaattisesti nostetaan, voi odottaa parantavan vähitellen kuntoutujan stressinsietoa. Erilaiset oireenhallinnan tekniikat ovat keinoja hallita mahdollisen stressin seurauksena syntyviä oireita. Samoin sosiaalisten taitojen oppiminen voi auttaa kuntoutujaa arkipäivän ongelmatilanteissa niin, että selviytyminen sairaalan ulkopuolella ei enää tunnu niin pelottavalta ja ahdistavalta kuin aikaisemmin. Haastehakuisuuden vahvistuminen lieventää stressitilanteiden vaikutusta sairastumiseen (Bandura, 2001, 10).

Koska psykiatrisen kuntoutujan elämään on usein liittynyt epäonnistumiskokemuksia tai menetettyjä mahdollisuuksia, jotka mahdollisesti ovat muokanneet mielikuvaa itsestä negatiiviseksi ja heikentäneet itsetuntoa, on kuntoutusohjelman annettava mahdollisuus onnistumiskokemusten saantiin. Banduran mukaan osaamiskokemukset ovat välttämätön osa minäpystyvyyteen liittyvien uskomusten terapeuttisessa muutoksessa (Pervin, 2003, 297). Tämä edellyttää sitä, että kuntoutustyössä olevalla ammattihenkilöstöllä on realistinen käsitys kuntoutujan resursseista ja mahdollisuuksista. Realistinen käsitys kuntoutujan resursseista on avuksi paitsi tavoitteiden asettelussa myös tavoitetason vaativuuden määrittelyssä.

Psykiatrisen oirekeskeinen tulkintaperinne voi ohjata kuntoutujasta tehtyjä havaintoja voittopuolisesti sairausskeemaan sopiviin tulkintoihin, jolloin terveet osa-alueet ja mahdollisuudet jäävät huomaamatta. Laitosympäristön

potilaskulttuuri voi ohjata kuntoutujan toimintaa ja käyttäytymistä passiivisuuteen ja epäsosiaaliseen suuntaan. Realistisen käsityksen saaminen kuntoutujasta edellyttää hoito-ohjelmalta vuorovaikutuspainotteista sisältöä. Hoidollisia ja kuntouttavia vuorovaikutustilanteita on oltava riittävästi ja niissä on oltava sekä toimintaan että verbaaliseen kanssakäymiseen liittyviä mahdollisuuksia. Kuntoutustyössä vuorovaikutuksen intensiteettiin pitää kiinnittää huomiota, koska säilyttävässä sairaalahoidossa hoidollinen vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä voi jäädä muutamaan kymmeneen minuuttiin vuorokaudessa (Nordling, 2004) ja psykiatristen potilaiden valvotussa ryhmämuotoisessa asumisessakin sairaalan ulkopuolella runsaaseen tuntiin vuorokaudessa (Hellzén, Kristiansen & Nordbergh, 2004). Vastuutasojärjestelmän struktuuri antaa mahdollisuuksia monien vuorovaikutustilanteiden hyödyntämiselle.

1.7.2.6. Voimaantuminen

Englannin kielen empowerment-sana on suomennettu tieteellisissä raporteissa joko voimaantumisenä tai valtaistumisena. Käytännössä kyse on samasta asiasta. Siitonen (1999) on analysoinut voimaantumisprosessia ja sen osatekijöitä. Hän päätyi olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden pohjalta seuraavaan voimaantumisen määritelmään:

- 1) Voimaantumisen prosessiluonne: Voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi. Voimaa ei voi antaa toiselle. Se on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi, jota ei tuota tai aiheuta toinen ihminen. Jokainen ihminen voimaantuu itse. Ihminen ei voimaannu ulkoisella pakolla tai toisen ihmisen päätöksen seurauksena. Voimaantuminen on prosessi tai tapahtumasarja, jonka kannalta toimintaympäristön olosuhteet (valinnanvapaus, turvalliseksi koettu ilmapiiri) voivat olla merkityksellisiä, ja tämän vuoksi voimaantuminen voi olla jossain tietyssä ympäristössä todennäköisempää kuin toisessa.
- 2) Voimaantunut ihminen: Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Hän on itse itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Voimaantumisen ominaisuudet ilmenevät eri ihmisissä eri ominaisuuksina, käyttäytymisenä, taitoina ja uskomuksina, ja voimaantumisen ominaisuudet voivat myös vaihdella, myös voimakkuusasteeltaan, ympäristön ja ajankohdan mukaan.

Voimaantuminen voi näkyä esimerkiksi siten, että huolimatta sosiaalisesta leimautumisesta, voimaantuneella ihmisellä on myönteisiä asenteita itseä kohtaan (Corrigan, Faber, Rashid & Leary, 1999, 78).

Voimaantuminen on yhteydessä asiakas- tai potilaslähtöisyyteen (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa, 2002, 23-24). Asiakaslähtöisesti työskenneltäessä ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan tuetaan asiakkaan omia voimavaroja ja itsenäistä päätöksentekoa (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, 1999, 12). Mikäli asiakas ei voi toimia yhteistyössä henkilökunnan kanssa, vaan asioita sanellaan ilman valinnan mahdollisuuksia, voi asiakas tuntea olevansa hierarkian pohjalla voimattomana ja kyvyttömänä. (Wallace ym., 1999, 1150). Asiakkaan ja työntekijän yhteistyö voi johtaa myös siihen, että työntekijä tukee asiakasta hyvää tarkoittaen, mutta holhoavalla otteellaan heikentää asiakkaan voimaantumisen mahdollisuuksia. Esimerkiksi mielenterveyskuntoutajat ovat kokeneet, kuinka järjestelmän toimintatavat helposti korostavat asiakkaan riippuvuutta ja epäitsenäisyyttä. Asiantuntijan läsnäolo ei saisi heikentää, vaan sen tulisi vahvistaa asiakasta. Puheen tasolla saatetaan korostaa ihanteita tai tavoitteena voimaantumista; toiminnan tasolla saatetaan samanaikaisesti käyttää toisenlaista lähestymistapaa (Järvikoski & Härkäpää, 2000, 11-12).

Voimaantumiseen yksilötasolla kuuluvat koettu kompetenssi, hallinta, kriittinen tietoisuus, merkitykselliset suhteet, sosiaalinen tuki ja osallistuminen (Järvikoski ym., 1999, 116-117) sekä pystyvyys (self-efficacy) tai kontrolliodotukset (locus of control) (Zimmerman & Warschausky, 1998, 8). Kilian ym. (203, 1128) tuovat esiin aikaisempiin tutkimuksiin vedoten, että avuttomuuden tunnetta, hallitsemattomuutta, voimattomuutta ja heikkoa minäpystyvyyttä voidaan vähentää, jos aktiivista osallistumista päätöksentekoprosesseihin edistetään. Erityisesti mielenterveyspalveluiden asiakkaat ovat korostaneet, että psykiatrisessa hoidossa voimaantuminen merkitsee sitä, että yksilö hoitoprosessissa tuntee tulleen hyväksytyksi ihmisenä ja yksilönä pikemminkin kuin lääketieteellisen intervention kohteena (Chamberlin, 1997; Fisher, 1994).

Corrigan (1997, 51) tuo esille psykososiaalisiin interventioiden liittyviä tekijöitä, jotka tukevat voimaantumista:

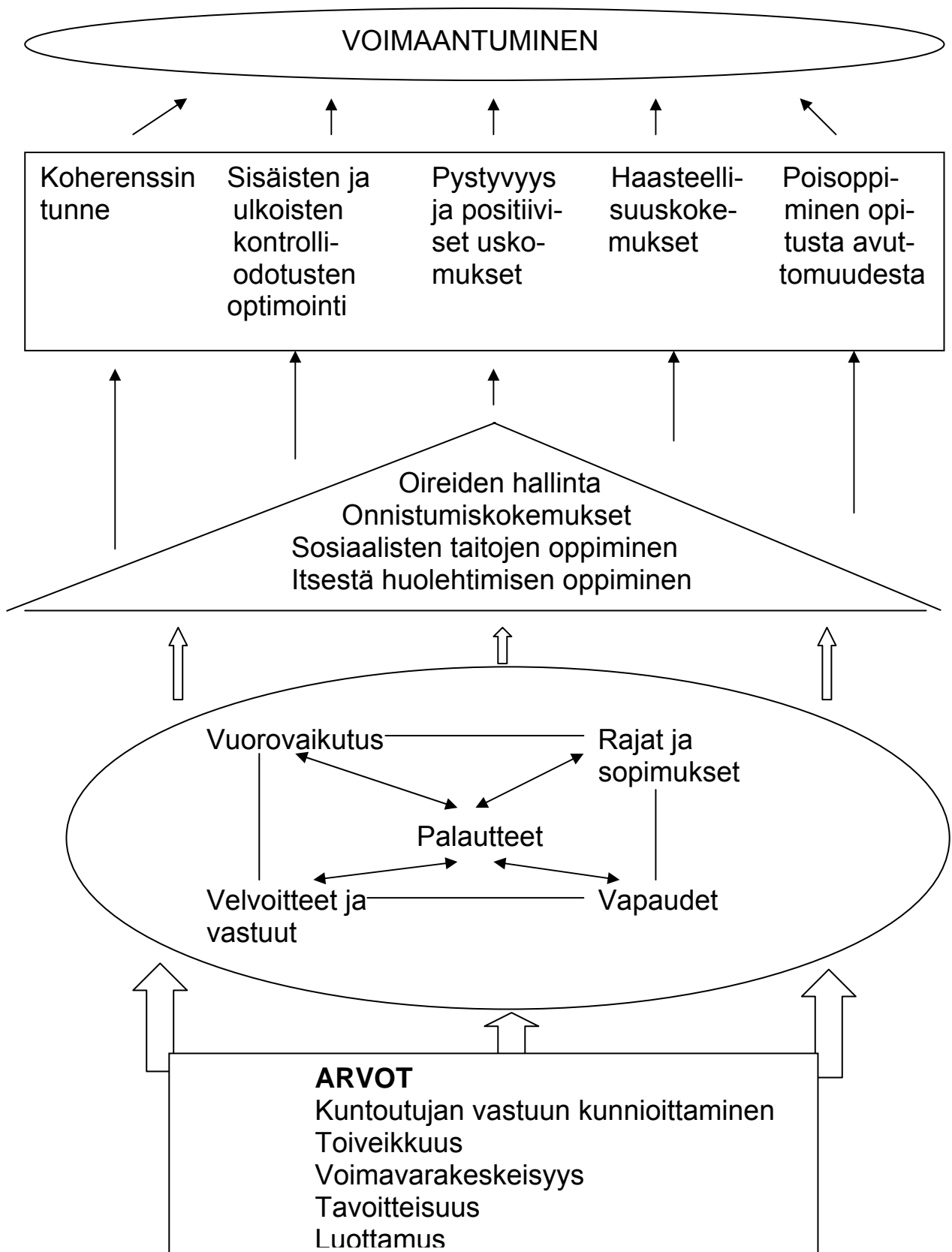
- (1) Interventiot tarjoavat turvallisen paikan päätöksenteolle. Jos henkilöt elävät kaoottisessa tai pelottavassa ympäristössä, heillä ei ole mahdollisuutta tehdä harkitusti päätöksiä.
- (2) Interventiot selkiyttävät valintoja. Psykkisistä sairauksista kärsivät henkilöt kykenevät paremmin ymmärtämään sosiaalista maailmaa, kun se kuvataan konkreettisin, käyttäytymiseen liittyvin käsittein.
- (3) Interventiot auttavat henkilöitä itsenäiseen elämään tarjoamalla resursseja ja sosiaalista tukea, joita tarvitaan itsenäiseen elämiseen.
- (4) Interventiot tarjoavat resursseja, jotka tukevat päätöksentekoa.

(5) Interventiot edistävät itsekontrollia. Psykososiaaliset interventiot edistävät voimaantumista, kun ne opettavat itsekontrollin strategioita.

Tiivistetysti voidaan sanoa, että interventiot ovat voimaantumisen kannalta tehokkaita silloin, kun ne mahdollistavat psyykkisistä häiriöistä kärsivien ihmisten mukaan pääsyn hoitoa koskevaan päätöksentekoprosessiin ja auttavat ihmisiä paremmin hallitsemaan ympäristöjään (Corrigan, 1997, 57). Voimaantumisen katsotaan usein merkitsevän nimenomaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistumista. Hallinnan tunteen vahvistamisen tulisi olla luonnollinen päämäärä vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Bengtsson-Tops, 2004, 298-299). Yksilön kokemus mahdollisuuksistaan vaikuttaa olosuhteisiin, saavuttaa päämääriään ja saada enemmän valtaa elämäänsä ovat voimaantumisen keskeisiä osatekijöitä. Tältä osin voimaantuminen lähestyy elämänhallinnan käsitettä. (Järvikoski ym., 1999, 110).

1.7.2.7. Vastuutasojärjestelmän teoreettinen viitekehys

Vastuutasojärjestelmän teoreettinen viitekehys on esitetty kuviossa 5. Hoidon ja kuntoutuksen arvoperustalla rakentuu strukturi, joka koskee vuorovaikutusta, rajoja ja sopimuksia, velvoitteita ja vastuita sekä vapauksia. Palautteet joko vahvistavat tai sammuttavat näihin osatekijöihin liittyviä kytkentöjä, reaktioita, toimintoja ja kokemuksia eli oppimistuloksia. Oppimisen tuloksena syntyy oireiden hallintaa, onnistumisia, sosiaalisten taitojen ja itsestä huolehtimisen taitojen parantumista. Kaikki tämä edistää omaa itseä koskevia kognitiivisia näkemyksiä ja emotionaalisia kokemuksia. Näiden kognitioiden ja emotioiden positiiviset muutokset lisäävät kuntoutujan voimavaroja ja siten auttavat kuntoutujan voimaantumista eli valtaistumista. Vastuutasojärjestelmä on nähty potilasta voimaannuttavana, koska se tarjoaa turvallisen ja ennustettavan ympäristön, lisääntyvässä määrin konkreettisia valintoja ja itsenäisessä elämisessä vaadittavien taitojen harjoittelua (Bellus ym., 1999, 35).



Kuvio 5. Vastuutasojärjestelmän teorettinen viitekehys.

1.7.3. Vastuutasojärjestelmiin liittyviä tutkimustuloksia psykiatristen potilaiden kuntoutuksessa

Libermanin (1997) mukaan sosiaalisen oppimisen ohjelmat (vastuutasojärjestelmät ja rahaketelousjärjestelmät) ovat parhaiten validoituja menetelmiä saada potilaat motivoitua mukaan psykososiaalisiin hoitoihin, joihin heitä ei tavanomaisin keinoin onnistuta saamaan.

1.7.3.1. Suomalaiset tutkimukset

Hesperian sairaalan vastuutaso-ohjelman sisältöä ja seurantatuloksia on raportoitu kahdessa teoksessa (Ojanen & Sariola, 1986, 195-255; Sariola & Ojanen, 1997, 327-337). Vastuutasokuntoutusta toteuttavana yksikkönä oli Hesperian sairaalan osasto 1-1, joka vuoden 1996 alun organisaatiouudistuksen yhteydessä muutti nimensä T-3:ksi. Ohjelma perustettiin Hesperian sairaalan kuntoutus- ja tutkimusprojektin yhteyteen. Projekti keskittyi kauan sairastaneisiin ja sosiaalisista ongelmista kärsiviin skitsofreniapotilaisiin. Ohjelman mallina oli Paulin ja Lentzin (1977) oppimisterapeuttinen vastuutasojärjestelmä. Palautteen ja kontrollin välineiksi valittiin sosiaalisen palautteen eri muodot sekä toiminnalla ja käyttäytymisellä ansaittavat oikeudet. Vastuutasoja oli neljä (Sariola & Ojanen, 1986, 199-219).

Hesperian tutkimusryhmään valittiin skitsofreniadiagnoosin saaneita potilaita, joiden sairauden alkamisesta oli kulunut vähintään viisi vuotta ja jotka olivat 18-44 –vuotiaita. Lisäksi valintakriteerinä oli selvästi todettavissa oleva sosiaalinen tasonlasku. Tutkimusryhmään kuuluvat kävivät läpi erityisesti heitä varten laaditun sosiaalisen kuntoutuksen ryhmäohjelman, mihin sisältyi neljä-viisi ryhmätapaamista viikossa ja missä käytännöllisillä harjoituksilla oli suuri rooli. Ensimmäiseen ryhmään valittiin yhdeksän potilasta, joista vain neljä pystyi viemään läpi yhdeksän kuukauden mittaisen harjoitusohjelman. Ryhmän läpikäyneille oli yhteistä asunnon tarve ja ohjelman päätteeksi heidän oli mahdollista muuttaa samaan huoneistoon. Tämä oli ryhmän koheesiota vahvistava tekijä. Ryhmän keskeyttäneistä kolme oli liian psykoottista pystyäkseen toimimaan yhteistyössä muiden kanssa. Kaksi muuta ryhmäläistä keskeytti asenteellisten ristiriitojen takia (Ojanen & Sariola, 1986, 220-231). Ensimmäisessä kuntoutusryhmässä menestyneille olivat ominaisia seuraavat asiat (Ojanen & Sariola, 1986, 231-232):

- potilas tuntee luottamusta hoitavia henkilöitä kohtaan
- potilaalla on motivaatiota tavoitteen saavuttamiseksi
- potilaalla on sairaudentunnetta

- potilas voi kuntoutusryhmään osallistumalla saavuttaa jotakin konkreettista etua.

Ensimmäisenä projektivuotena Hesperian vastuutasokuntoutuksen läpikäyneitä potilaita oli 13. Näistä 12 selviytyi ohjelman jälkeen avohoidossa yli vuoden (Ojanen & Sariola, 1986, 235).

Hoitoyhteisön ilmapiiriseurannan tulokset toivat esille sen, että sosiaalisen käyttäytymisen seuranta oli aikaisempaa huomattavasti enemmän siirtynyt henkilökunnalta potilasyhteisöön (Ojanen & Sariola, 1986, 245). Ensimmäisen kahden ja puolen vuoden aikana todettiin, että potilaat kokivat päätösvaltansa omissa asioissa lisääntyneen, rankaisevuuden lieventyneen, osaston toiminnan selkiytyneen, psykoottisten oireiden ja ahdistuneisuuden vähentyneen, tunneilmaisun niukentuneen ja henkilökunnan tuen lisääntyneen. Henkilökunnan omaa työyhteisöään koskevissa arvioissa toiminnan joustavuus, ongelmien käsittelyn avoimuus ja yhteistoiminnallisuus lisääntyivät. Työntekijöiden keskinäiset suhteet ja ryhmähenki sekä tiedonvaihto paranivat. Yhteisön identiteetti vahvistui, mutta työn itsenäisyys väheni (Sariola & Ojanen, 1997, 328). Kuuden vuoden seurannan aikana tulokset pysyivät pääosin myönteisinä. Työn itsenäisyyskin lisääntyi lähtötason yläpuolelle (Sariola & Ojanen, 1997, 329-331).

Vuosina 1992-1995 uloskirjoitettiin osastolta 358 potilasta, joista yli 90 % oli skitsofreniaa sairastavia. Toteutuneen tavoitetason suhteen eniten oli potilaita, jotka tarvitsivat täysimittaista osastokuntoutusta, pitkiä koelomia ja erityisiä tukitoimia. Aiemmin kuntoutetun potilaan ennalta sovittuja periodihoitoja oli toiseksi eniten. Sen jälkeen seurasivat lyhyet psykoosihoidot sekä psyykkisen tilan huononemisen ja käytännön asioiden sekaisin menon vuoksi tarvittavat vaihehoidot, joihin ei liittynyt erityistoimia (Sariola & Ojanen, 1997, 332-336).

Kellokosken sairaalan vastuutasojärjestelmää koskevassa vuoden seurantatutkimuksessa selvitettiin ohjelman tuloksia suljetulla osastolla ja avo-osastolla (Pulkkinen, 1988). Suljetun osaston kroonistuneesta 26 potilaasta 55 % eteni kuntoutusvaiheessa ja 31 % pysyi ensimmäisessä vaiheessa. Porrasteisessa kuntoutusjärjestelmässä eteni 23 %. Lievemmin kroonistuneista potilaista järjestelmässä eteni enemmän eli 46 %. Koko aineisto käsitti 65 potilasta ja näistä 34 % eteni kuntoutusportaikossa. Henkilökunnan arvioiden mukaan potilaiden psykoottinen oireilu vähentyi huomattavasti ja sosiaaliset taidot paranivat. Erityisesti hygieniasta ja vaatetuksesta huolehtimisessa tapahtui myönteistä muutosta. Potilaiden osallistumisessa osaston arkirutiinien hoitamiseen tapahtui selvää kehitystä. Potilaiden psyykkinen kunto parani ja aktiivisuus lisääntyi. Psyykkisen voinnin

paraneminen tuli esille myös potilaiden arvioissa. Vastuutasokuntoutuksesta näyttivät hyötyvän eniten potilaat, joiden tupakointitottumukset olivat siistit ja jotka pystyivät hyvään sosiaaliseen käyttäytymiseen osaston ulkopuolella. Miehet hyötyivät naisia enemmän. Potilaiden hoitoyhteisöarviot myötäilivät pitkälti Hesperian sairaalasta saatuja tuloksia.

Saatujen tulosten perusteella Pulkkinen (1988, 72) tekee seuraavia päätelmiä ja suosituksia:

- 1) Vastuutasojärjestelmällä voitiin kuntouttaa kroonisia skitsofreniapotilaita, jotka eivät olleet autettavissa perinteisen hoitoidelogian keinoilla.
- 2) Tulosten perusteella ei ole mahdollista vastata kysymykseen siitä, minkälaiset potilaat eniten hyötyvät vastuutasojärjestelmästä.
- 3) Niille potilaille, jotka eivät hyödy vastuutasokuntoutuksesta, tulisi kehittää muita kuntoutusmenetelmiä.
- 4) Kuntoutusportaikkoa tulisi kehittää avohoitopainotteisemmaksi.
- 5) Pitkään sairastaneille potilaille tulisi ennen kotiuttamista saada luotua toimiva sosiaalinen tukiverkosto. Tämä edellyttää sairaalan, avohoidon ja muiden organisaatioiden kiinteää yhteistyötä.

Pitkäniemen sairaalassa osastolla 14.1 vastuutasomalli oli käytössä vuoden 1990 alusta. Vastuutaso-ohjelman palautejärjestelmän täydennykseksi siinä toteutettiin potilaiden yksilöllisten edellytysten mukaisesti opetusta, kuntoutusta ja toiminallista viikko-ohjelmaa (Kuisma, 1997, 18-21). Osasto oli mukana vaikeahoitoisten psykiatristen pitkäaikaispotilaiden hoito- ja kuntoutusmallien kehittämissuunnitelmassa, mikä toteutettiin Pitkäniemen sairaalassa vuosina 1990-1995. Projektiin liittyi toimintatutkimus, minkä avulla selvitettiin kehittämistyön vaikutuksia ja kerättiin uutta tietoa vaikeahoitoisten pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen ongelmista. Saatua tietoa pyrittiin soveltamaan heti kehittämistyön prosessiin (Kuisma, 1997, 25).

Vastuutasojärjestelmän seurantalutulosten kannalta ongelmalliseksi muodostui osaston hoidon kohderyhmän muutos. Osasto muuttui sekaosastosta vuoden 1993 alussa pääasiassa miespuolisia kriminaalipotilaita hoitavaksi tutkimus- ja turvaosastoksi. Osaston pitkäaikaispotilaita siirrettiin muille pitkäaikaisosastoille. Samalla osaston henkilökuntaresursseja vahvistettiin (Kuisma, 1997, 20).

Projektin päättyessä keskeiset tulokset olivat seuraavat (Kuisma, 1997, 72-79):

- 1) Seurannan perusteella väkivaltaongelmat vähenivät selvästi.
- 2) Kaikki alle vuoden yhtäjaksoisessa hoidossa tutkimuksen alkaessa olleet potilaat olivat siirtyneet hoidon porrastuksessa eteenpäin. Pitkäaikaispotilaista 42 % oli edennyt ja kroonisiksi määritellyistä potilaista 20 % oli edennyt lähtötilanteeseen verrattuna.

- 3) Potilaiden ongelmakäyttäytyminen väheni jo alkuperäisessä potilasjoukossa vuosina 1991-1992 sekä erityisen selvästi vuonna 1993 tapahtuneen potilaiden vaihtumisen myötä.
- 4) Selvimmät potilaiden käyttäytymiskulttuurin kohennukset saavutettiin kehittämistyön erityisiksi kohteiksi valituissa asioissa, kuten potilaiden aggressiivisessa käyttäytymisessä ja osaston toiminnan ongelmatilanteissa.
- 5) Hoidon jatkokehittelyn aiheeksi nousivat potilaiden kuntoutusennusteen kannalta ongelmalliset negatiivis-oireiset käyttäytymispiirteet.

Kupittaa sairaalan osastolla 68 (nykyisin A8) vastuutasokuntoutuksessa olleiden potilaiden kuntoutumista tutkivat Tiuraniemi, Korpi-Anttila ja Leeste (2002). Kuntoutusohjelma aloitettiin vuonna 1986 ja vuoteen 1998 mennessä osastolla oli ollut 176 potilasta. Näistä 70 % sijoittui osastokuntoutuksen jälkeen kotiin tai kuntoutuskotiin. Varsinaiseen tutkimusryhmään valittiin 10 hyvin kuntoutunutta potilasta ja vertailuryhmänä käytettiin 15 muuta potilasta ja kahdeksaa osastolla tutkimusajankohtana ollutta potilasta. Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden käsityksiä kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja potilaiden arvioita psykososiaalisesta toimintatilanteestaan.

Tulosten mukaan potilaiden psyykinen kunto parantui osastojakson aikana selvästi: 82 % oli sitä mieltä, että osastokuntoutus oli vaikuttanut myönteisellä tavalla vointiin. Vaikuttaviksi tekijöiksi nimettiin lääkehoito, päivittäiset toimintaryhmät, toimintaterapia, itsehoitoryhmät, hoitohenkilökunnan antama opastus, hoitokokoukset ja osastolla käytössä ollut seurantalomake. Potilaat arvioivat pystyvänsä itsenäisempään toimintaan kuin aikaisemmin ja he olivat mielestään oppineet myös uusia elämäntaitoja ja ongelmanratkaisutaitoja. Erot tutkimusryhmän ja vertailuryhmien välillä olivat pienet. Sen sijaan eroja ryhmien välillä oli odotusten suhteen. Vertailuryhmästä lähes puolet arvioi tarvitsevänsä sairaalahoitoa jatkossakin, mutta tutkimusryhmässä ainoastaan yksi kuntoutuja oli samaa mieltä.

Hyvin kuntoutuneiden potilaiden koherenssin tunne oli selkeämpi kuin vertailuryhmän potilailla. Hallinnan ja mielekkyyden tuntemukset olivat tutkimusryhmässä vahvempia. Tutkijat päättelivät, että osaston toiminnan selkeydellä, ennustettavuudella ja johdonmukaisuudella oli yhteyksiä potilaiden kokonaisvaltaiseen varmuudentunteeseen siitä, että asiat sujuvat suhteellisen hyvin. Hyvin toteutuessaan osaston toiminnan periaatteet heijastuvat potilaiden sisäiseen kokemukseen asti.

Seinäjoen keskussairaalan osastolla T9 tehdyssä tutkimuksessa Saiho (2006) seurasi kuntoutujien koherenssin tunteessa ja coping-keinojen käytössä tapahtuneita muutoksia vastuutaso-ohjelman aikana. Tutkimukseen

osallistui 32 kuntoutujaa, joista 23 oli pidemmällä hoitajaksolla ja yhdeksän jatkohoidossa lyhyellä kuntoutusjaksolla. Tulosten mukaan pitkällä hoitajaksolla olleiden kuntoutujien koherenssin tunne kasvoi ja toimintakyky parani vastuutaso-ohjelman aikana. Vastaavaa muutosta ei tapahtunut lyhyen kuntoutusjakson aikana. Tulosten tulkinnassa on otettava huomioon se, että lyhyellä kuntoutusjaksolla olevat olivat jo aikaisemmin käyneet läpi osaston vastuutaso-ohjelman ja että heidän koherenssin tunteensa oli kuntoutusjaksolle tullessa vahvempi kuin varsinaiselle hoitajaksolle tulleiden potilaiden. Tutkimusryhmän coping-keinojen käytössä tapahtui myönteistä muutosta niin, että huonoa sopeutumista ennustavat tunnekeskeiset coping-keinot vähenivät ohjelman aikana. Coping-keinoja käytettiin stressitilanteissa monipuolisesti. Tutkija päätteli, että vastuutasojärjestelmässä on useita elementtejä, jotka saattavat vaikuttaa koherenssin tunteen vahvistumiseen ja huonoa sopeutumista ennustavien coping-keinojen vähenemiseen.

1.7.3.2. Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset

Ludwigin (1971) vastuutasojärjestelmää on kutsuttu privilegiojärjestelmäksi. Ohjelma sisälsi seitsemän tasoa, joihin kuuluvat etuudet ja oikeudet määräytyivät potilaiden toiminnallaan ansaitsemien pisteiden perusteella. Ludwigin kokemukset ohjelman toimivuudesta olivat hyvät. Ainoastaan ylin taso koettiin osin rankaisevana, koska potilas siinä ollessaan saattoi joutua muiden potilaiden ivan ja pilkan kohteeksi. Seurauksena oli usein vieraantuminen muista potilaista tai tason lasku. Kokemusten perusteella Ludwig tähdensi seuraavia asioita:

- palkkioiden tulee olla konkreettisia
- tasojen tulee erottua toisistaan selvästi, mutta välimatkat tasolta toiselle eivät saa olla pitkiä
- palautteen antamisessa on otettava huomioon potilaan sairauden kroonisuuden aste; krooniset potilaat tarvitsevat välittömän palautteen.

Paul ja Lentz kehittivät sosiaalisen oppimisen ohjelman, johon liittyi myös laaja ja perusteellinen seurantatutkimus (Paul & Lentz, 1977). Heidän ohjelmansa rakentui psykososiaaliseen lähestymistapaan, jonka mukaan poikkeava käyttäytyminen on pikemminkin osoitus puutteellisista sosiaalisista taidoista kuin sairaudesta (Paul & Lentz, 1977, 42). Ohjelman tavoitteena oli kuntoutujan uudelleen sosiaalistuminen, sairaalan ulkopuolisista toimintarooleista selviytyminen, poikkeavan tai omituisen käyttäytymisen vähentäminen ja sairaalan ulkopuoliseen elämään palaaminen (Paul & Lentz, 1977, 42-43). Näihin tavoitteisiin pyrittiin kahden vastuutasojärjestelmän avulla, joista toisen perustana oli rahaketajousjärjestelmä (sosiaalisen oppimisen ohjelma) ja toisen terapeutin yhteisön ohjelma. Vastuutasot,

joita oli neljä, olivat muuten samanlaisia kummassakin ohjelmassa, mutta terapeuttisessa yhteisössä ohjelmaa sovellettiin ilman, että käyttäytymisestä ja toiminnasta olisi ollut systemaattisia seurauksia. Tutkijat vertasivat näitä kahta ohjelmaa sekä keskenään että kontrollina käytettyyn perinteiseen hoitoon.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kroonistuneet skitsofreniapotilaat, joita kaikkiaan oli 84. Nämä jaettiin satunnaisesti kolmeen hoito-ohjelmaan. Potilaat olivat keskimäärin 45 -vuotiaita. Yli 55 -vuotiaita ei otettu kohderyhmään. Miehiä ja naisia oli yhtä paljon. Yli 80 % potilaista oli naimattomia. Sairaalahoidon kesto oli keskimäärin 14 vuotta (Paul & Lentz, 1977, 128-129). Henkilökunta perehdytettiin ja koulutettiin ohjelmiin hyvin. Kumpikin koeosasto käytti samaa henkilökuntaa vuorotteluperiaattein. Hoito-olosuhteista pyrittiin tekemään myös samanlaiset (Paul & Lentz, 1977, 102-118).

Ojanen (1980, 258) arvioi tämän tutkimuksen ainutlaatuisiksi seuraavien ominaisuuksien perusteella:

- potilaat olivat vaikeasti kroonisia
- tutkimukseen kuului satunnaistettu potilaiden sijoittaminen koeryhmiin ja kontrolliryhmään
- potilaiden käyttäytymistä analysoitiin jatkuvasti
- tutkimuksessa käytettiin toistuvia arviointeja
- koeohjelmia toteutti sama henkilökunta identtisissä olosuhteissa
- toiminta-aika oli 4,5 vuotta ja seuranta-aika 1,5 vuotta
- tulokset analysoitiin yksityiskohtaisesti tilastollisten menetelmien avulla
- henkilökunnan hoitoasenteita seurattiin jatkuvasti
- ohjelmat kuvattiin yksityiskohtaisesti
- henkilökunta koulutettiin työhönsä
- toiminnan kustannuksista tehtiin arvioita
- lääkkeiden vaikutuksista tehtiin kontrollitutkimuksia
- arvioitiin toiminnan ja vuorovaikutuksen kokonaismäärä
- ohjelma keskeytettiin tietyksi ajaksi (ns. baseline-vaihe)
- arvioitsijoina käytettiin riippumattomia henkilökuntaan kuulumattomia henkilöitä.

Tulosten perusteella vastuutasojärjestelmissä oli huomattavasti enemmän ohjelmoitua toimintaa sekä kuntoutettavien ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta kuin kontrolliosastolla. Sosiaalisen oppimisen ohjelman tulokset olivat alusta lähtien paremmat kuin muissa ohjelmissa. Puolen vuoden jälkeen tulokset heikkenivät, mutta sosiaalisen oppimisen ohjelman tulokset kääntyivät pian uudelleen myönteiseen suuntaan. Terapeuttisen yhteisön osalta tulokset jäivät tasolle, joka oli saavutettu jo pari kuukautta

ohjelman alkamisesta. Kahden ja puolen vuoden jälkeen tulokset heikkenivät. Sosiaalisen oppimisen ohjelman tuloksellisuuden lasku oli selvästi vähäisempää kuin terapeuttisessa yhteisössä, jossa tulokset laskivat jopa lähtötasoa heikommiksi. Terapeuttisessa yhteisössä erityisesti väkivaltainen käyttäytyminen oli suuri ongelma. Toiminta-ajan viimeisen puolen vuoden aikana ohjelmiin tehtiin joitakin muutoksia, jotka mahdollistivat tehokkaampien sanktioiden käytön väkivaltatilanteissa. Väkiältä väheni kummassakin ohjelmassa, mutta varsinkin sosiaalisen oppimisen ohjelmassa muutos oli suuri. Kokonaistuloksia arvioitaessa sosiaalisen oppimisen ohjelma oli ylivoimainen. Siinä 89 % potilaista hyötyi niin, että heidän osaltaan tapahtui myönteistä kehitystä. Taantuneita potilaita oli 11 %. Terapeuttisessa yhteisössä myönteisesti kehittyneitä potilaita oli 49 % ja 11 % taantui.

Toiminta-ajan jälkeinen 1,5 vuoden seuranta-aika toi myös esille sosiaalisen oppimisen ohjelman tehokkuuden. Siinä olleet potilaat pysyivät keskimäärin 591 vuorokautta sairaalan ulkopuolella, terapeuttisen yhteisön potilaat selvisivät sairaalan ulkopuolella keskimäärin 450 vuorokautta ja perinteisessä hoidossa olleet 271 vuorokautta.

Paul ja Letz (1977, 423-442) päättelivät tulosten perusteella, että sosiaalisen oppimisen ohjelma on terapeuttista yhteisöä ja perinteistä sairaalahoitoa tehokkaampi hoito-ohjelma, kun kohderyhmänä ovat kroonistuneet skitsofreniapotilaat. Terapeuttisen yhteisön periaatteista ei ole kroonistuneille potilaille hyötyä.

Yhdysvaltain Buffalossa käynnistettiin 1990-luvulla laaja pitkäaikaispsykiatristen potilaiden kuntoutusohjelma, Behavioral Rehabilitation and Interpersonal Treatment Environment (BRITE I), joka on saanut jatkoa 2000-luvulla (BRITE II). Ohjelmassa sovelletaan pitkälti Paulin ja Lenzin (1977) vastuutaso-ohjelmaa ja siihen liittyy paljon tutkimustoimintaa (Bellus ym., 1998; Bellus ym., 1999; Bellus, Kost, Vergo, 2000; Bellus ym., 2003). Seuraavassa kuvataan näiden tutkimusten keskeisimpiä tuloksia.

BRITE-ohjelman intensiivisessä vastuutasokuntoutuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että osa kuntoutujista oli niin laitostuneita, että heidän oli erittäin vaikeaa siirtyä pois sairaalasta (Bellus ym., 2000). Tämän vuoksi hoito-ohjelmassa pyrittiin luomaan osastolle ilmapiiri, jota voitiin kuvata onnistumisen ja henkilökohtaisen hallinnan ilmapiiriksi. Pienetkin onnistumiset huomioitiin. Hoito-ohjelmasta lähteneiden ja siinä olevien kuntoutujien välille pyrittiin luomaan ystävyysuhteita. Samoin erilaisiin kuntoutusohjelman jälkeisiin hoito- ja asumisvaihtoehtoihin käytiin hyvissä ajoin tutustumassa. Käytännön harjoituksilla oli suuri merkitys oppimisen kannalta. Harjoitukset pyrittiin tekemään luonnollisissa ympäristöissä ja ohjelman puolivälissä

kuntoutujat alkoivat viettää puolet päivästä osaston ulkopuolella erilaisissa oppimisympäristöissä. Kun kuntoutuja oli valmis lähtemään ohjelmasta, hänelle järjestettiin neljän viikon ns. pehmeä lasku. Kuntoutuja vietti osan päivästä uudessa asuin- tai kuntoutuspaikassaan ja osan päivästä osastolla. Vähitellen osastolla käyntiaikaa vähennettiin. Tutkijoiden mukaan ohjelman tulokset olivat hyviä, kun otetaan huomioon ohjelmaan tulleiden potilaiden hoitohistoria. Potilailla oli ollut keskimäärin 7,6 sisäänkirjoitusta sairaalaan ja he olivat viettäneet keskimäärin 12,4 vuotta elämästään sairaalassa. Lähes 20 % potilaista oli sellaisia, joilla oli yli 20 vuoden sairaalahoitokertymä.

BRITE-ohjelman aikana, mikä tutkimushetkellä oli kestänyt seitsemän vuotta, 51 henkilöä oli lähtenyt onnistuneesti ohjelmasta. Kuntoutujat olivat olleet sairaalan ulkopuolella keskimäärin 2,5 vuotta. Tulos oli huomattavasti parempi kuin ennen ohjelmaan tuloa, jolloin he olivat olleet sairaalan ulkopuolella keskimäärin alle 9 kuukautta. Yli neljäsosa ohjelmassa olleista oli pysynyt avohoidossa ohjelman päättymisen jälkeen yli 4 vuotta. Kaikkiaan 87 % kuntoutujista oli ollut aikaisempaa pidempään sairaalan ulkopuolella. Niistä potilaista, jotka olivat palanneet sairaalaan, 50 % oli uloskirjoitettu uudestaan.

Bellus ym. (2003) tutkivat vastuutaso-ohjelmassa uloskirjoitettujen (tutkimusryhmä) ja siinä jatkaneiden potilaiden (vertailuryhmä) yhtäläisyyksiä ja eroja. Kuntoutujat olivat kroonisia pitkäaikaispsykiatrisia potilaita ja heitä oli yhteensä 64. Tulosten mukaan sekä tutkimusryhmän että vertailuryhmän potilaat edistyivät merkittävästi aamutoimissaan, huoneensa siisteydestä huolehtimisessa ja osallistumisessa kuntoutusohjelmaan. Ryhmien välillä oli myös eroja. Vertailuryhmään kuuluvat kieltäytyivät useammin kuntoutusohjelmaan kuuluvista tehtävistä, käyttäytyivät useammin poikkeavasti ja käyttäytyivät yleisemmin tavalla, mikä oli vaaraksi muille.

Bellus ym. (1999) tutkivat Paulin ja Letzin malliin perustuvan kuntoutusohjelman vaikutuksia kognitiivisista häiriöistä kärsivien kroonisten psykiatristen sairaalapotilaiden aggressiiviseen ja itseävahingoittavaan käyttäytymiseen. Verrokkeina toimivat kolmen traditionaalisen pitkäaikaispsykiatrisen osaston potilaat. Molempien ryhmien potilaat olivat erittäin kroonisia skitsofrenia- tai skitsoaffektiivisiä potilaita. Kahden vuoden seurannassa vastuutasojärjestelmässä hoidettujen potilaiden aggressiivinen käyttäytyminen väheni selvästi ja itsetuhoinen käyttäytyminen loppui kokonaan. Erot kontrolliryhmään olivat tilastollisesti merkitseviä seurannan päättyessä, vaikka alkutilanteessa eroja ei ollut. Tulokset olivat pitkälti samansuuntaiset kuin Beckin ym. (1991) vastuutasoseurannassa raportoimat havainnot.

Tulosten perusteella psykiatriset pitkäaikaispotilaat, jotka vain harvoin käyttäytyvät aggressiivisesti, joiden itsestä huolehtimisen taidoissa tapahtuu merkittävää kohentumista ja jotka lisääntyvässä määrin sitoutuvat kuntoutusohjelmaan, onnistuvat muita useammin lähtemään sairaalasta. Itsestä huolehtimisen parantuminen ja lisääntynyt osallistuminen kuntoutusohjelmaan eivät kuitenkaan tuota tuloksia niiden potilaiden osalta, jotka jatkuvasti käyttäytyvät merkittävän poikkeavalla tai aggressiivisella tavalla.

Bellusin ym. (1998) tapaustutkimuksessa seurattiin 20-vuotiaana auto-onnettomuudessa aivovamman saaneen miehen kuntoutumista vastuutasohoidossa. Potilasta oli hoidettu 12 vuotta perinteisellä psykiatrisella sairaalaosastolla ennen vastuukuntoutukseen siirtymistä. Potilaan käyttäytyminen onnettomuuden jälkeen oli ollut hajanaista ja hänellä oli ollut suuria vaikeuksia itsestä huolehtimisessa ja aggressioiden hallinnassa. Potilasta kuvattiin hyvin vaikeahoitoiseksi. Psykologisissa kognitiivisen tason testauksissa ilmeni merkittävää tason laskua perinteisen hoidon aikana. Viisi vuotta kestäneen intensiivisen vastuutasokuntoutuksen aikana potilaan kognitiivisessa tasossa tapahtui huomattavaa parantumista, mikä näkyi sekä verbaalisella että suorituksellisella osa-alueella. Kuntoutusohjelmasta potilas hyväksyttiin 17 vuotta kestäneen sairaalahoidon jälkeen valvottuun asuntolahoito-ohjelmaan. Tutkijat päättelivät, että Paulin ja Lentzin sosiaalisen oppimisen vastuutaso-ohjelmasta voi olla hyötyä myös neurologisesti vammautuneiden potilaiden kuntoutuksessa.

1.7.4. Vastuutasojärjestelmän kritiikki

Käytännön kuntoutustyössä vastuutasojärjestelmää kohtaan esitetään aika-ajoin kritiikkiä. Teoreettisista lähtökohdista tuleva kritiikki on harvinaista. Kritiikki kohdistuu useimmiten ohjelman järjestelmällisyyteen ja yhteisöllisyyteen, jolloin sitä pidetään mekanistisena, yksilöä loukkaavana ja pikkutarkkana. Tällöin jätetään huomioimatta kaksi tekijää: ohjelmassa potilaita kohdellaan tasapuolisesti ja vastuullisina ja varsinkin skitsofreniapotilas hajanaisen psyykensä takia tarvitsee toimintaympäristön, jossa on ennustettavuutta ja selkeyttä.

Perustellusti kritiikkiä voidaan esittää seuraavista syistä:

1. Ohjelman vaatimustaso on täsmällisesti määritelty eikä sitä muuteta kuin yhteisen sopimuksen perusteella. Potilaiden toiminnalliset resurssit ovat hyvin erilaiset, jolloin osalle potilaista ohjelman vaatimustaso voi olla liian korkea. Nämä potilaat eivät etene ohjelmassa, vaan kokevat

toistuvasti epäonnistumisia. Silloin ohjelma vaikuttaa pikemminkin negatiivisesti kuin kannustavasti kuntoutujaan.

2. Vastuutasojärjestelmä vaatii henkilökunnalta sekä teoreettista että käytännön perehtymistä ohjelmaan. Ohjelman perusteiden oppiminen tapahtuu hitaasti. Tämän vuoksi henkilökunnassa tapahtuvat muutokset ovat ohjelman kannalta häiriötekijöitä.
3. Vastuutasojärjestelmä voi väärin sovellettuna olla mielivallan väline. Hoitaminen on vaikuttamista ja siihen liittyy kontrollia. Vaikuttaminen ja kontrollointi ovat vallan käyttöä. Tämän vuoksi potilaiden kanssa työskentelevien on tiedostettava ja ymmärrettävä se, miten he vaikuttavat ja kontrolloivat hoitoyhteisössä. Muuten he eivät käytä hoidossa valtaa, vaan mielivaltaa. Ohjelma vaatii henkilökunnalta vahvaa sitoutumista ja eettistä vastuuta.
4. Vastuutasojärjestelmä on kuntoutujakeskeinen, mutta se ei ole välttämättä voimavarakeskeinen. Potilaan vahvoja osa-alueita ei erityisesti hyödynnetä eikä sosiaalista verkostoa, esimerkiksi omaisia, ilman muuta aktivoida mukaan kuntoutumisprosessiin.
5. Vastuutasojärjestelmää sovelletaan yleensä laitososuhteissa, jolloin kuntoutumisen tulokset eivät automaattisesti siirry laitoksen ulkopuolelle. Tätä siirtovaikutusta haittaavat erityisesti skitsofreniapotilaiden kognitiiviset puutteet. Yhteiskunta ei myöskään ole oikeudenmukainen eikä tasa-arvo toteudu samalla tavalla kuin hyvässä kuntoutusohjelmassa. Potilas kohtaa kotiuttamisen jälkeen helposti ennakkoluuloja ja syrjintää, jolloin kuntoutusohjelmassa saavutetut myönteiset kognitiiviset muutokset ja selviytymiskeinot joutuvat kyseenalaisiksi.
6. Ohjelman vaikuttavuutta ei ole tutkittu tarpeeksi. Vaikuttavuuden selvittämiseksi tarvitaan lisää kontrolloituja tutkimusasetelmia.

1.8. SKITSOFRENIA POTILAIEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI

1.8.1. Hyvinvoinnin käsite

Hyvinvointiin liittyviä määrittelyjä ja luokituksia on tehty paljon. Hyvinvoinnin käsite on epämääräinen ja vaikeasti rajattavissa (Norman ym. 2000, 303). Elämänlaatua ei myöskään ole selkeästi käsitteellistetty eikä määritelty (Becker, 1998; Gourevitch, Abbadi & Guelfi, 2004; Lambert & Naber, 2004).

Yksilön elämänlaatuun vaikuttavat persoonallisuuden ominaisuudet, objektiiviset elämäntilanteet ja subjektiiviset kokemukset elämän olosuhteista (Hansson ym., 2003, 6). Elämänlaatu ja hyvä elämä sivuavat tai peittävät osin hyvinvoinnin käsitettä (Bowling, 2001, 2). Hyvinvointi, sopeutuminen ja

mielenterveys on usein liitetty onnellisuuteen ja onnellisuutta voidaan tarkastella elämäntyytyväisyyden osana (Veerhoven, 1991, 9-10).

Ryan ja Decci (2001, 142-151) toteavat, että empiirisen hyvinvointitutkimuksen paradigma tukeutuu kahteen filosofiseen näkökulmaan. Ensimmäistä he nimittävät hedonismiksi, mihin liittyy näkemys siitä, että hyvinvointi muodostuu mielihyvistä ja onnellisuudesta. Toisen näkemyksen mukaan hyvinvointi on muuta kuin onnellisuutta. Se on inhimillisten mahdollisuuksien todentumista. Tätä suuntausta kutsutaan eudaimonismiksi. Hedonistinen psykologia asettaa tutkimukselle ja interventioille selkeän päämäärän: ihmisen onnellisuuden maksimoinnin. Eudaimonismin teorioiden mukaan kaikki ihmisen toteutuneet toiveet eivät liity hyvinvointiin. Vaikka ne tuottaisivat mielihyvää, eivät ne välttämättä ole hyväksi ihmiselle eivätkä edistä terveyttä. Eudaimonistinen asenne, päinvastoin kuin hedonistinen, asettaa etusijalle yksilön toiminnan eikä pidä tärkeänä positiivisia tunteita sinänsä.

Arvioinnin näkökulmat vaihtelevat. On eri asia puhua hyvinvoinnin tai elämänlaadun subjektiivisesta tai objektiivisesta sisällöstä. Subjektiiviset ja objektiiviset arviot voivat tuottaa erilaisia, toisistaan riippumattomia (Warner ym., 1998; Fitzgerald ym., 2003; Atkinson, Zibin & Chuang, 1997; Rohland & Langbehn, 1997) tai ristiriitaisia tuloksia hyvinvointitutkimuksessa. Subjektiivisiin elämänlaadun arvioihin vaikuttavat voimakkaasti henkilön tunnetilat, ja ulkopuolisen havainnoijan arvioihin vaikuttavat lisäksi kliiniset muuttujat kuten negatiiviset oireet (Fitzgerald ym., 2003, 61). Bengtsson-Topsin ym. (2005, 222) mukaan haastattelijan arviot potilaan elämänlaadusta ovat usein vahvemmin sidoksissa potilaiden psyykkisiin oireisiin kuin potilaan omat arviot. Yksilön subjektiiviset tuntemukset elämänlaadun ja hyvinvoinnin tilasta ovat tulleet entistä tärkeämmiksi arviointiperusteiksi (Bowling, 2001, 11; Frisch, 1998, 20), joskin esimerkiksi monissa mielenterveyteen liittyvissä asteikoissa ohitetaan potilaan näkemykset kokonaan ja kerätään tietoa vain ammattihenkilöiltä tai omaisilta (Bowling, 2001, 14).

Hyvinvointi on käsitteenä abstrakti, jolloin sen operationalisointi tulee vaikeaksi. Operationalisoinnit voivat vaihdella tutkijoiden näkemyksistä riippuen (Bowling, 2001, 5). Eri tutkimuksista saatuja tuloksia on vaikea verrata keskenään.

Hyvinvointiteoriat voidaan jakaa karkeasti kuvaileviin teorioihin ja prosessiteorioihin. Näiden välimaastoon sijoittuu ehkä kuuluisin hyvinvointia koskeva teoria eli Maslowin (1954) tarveteoria. Sitä voidaan soveltaa sekä prosessinomaisesti tarpeiden tyydytyksen hierarkkisuutta korostaen että ainoastaan hyvinvointitarpeita kuvailevana. Teoriaa on esitelty jo aiemmin

tässä raportissa. Taulukossa 1 on esitetty hyvinvoinnin kuvauksia eri tutkijoiden näkemyksiin perustuen.

Taulukko 1. Yhteenveto hyvinvointikäsitteen sisällöllisistä ominaisuuksista eri tutkijoiden kuvausten mukaisesti

Tutkijat	Ominaisuudet
Allardt (1975)	omistaminen (having): terveys, koulutus, sosiaalinen turvallisuus, työ, asuminen, vapaa-aika, vapaudet ja oikeudet rakastaminen (loving): ihmissuhteet, sosiaalinen tuki oleminen (being): itsensä toteuttaminen
Headley & Wearing (1989)	tyytyväisyys, onnellisuus, myönteiset tunnetilat
Compton, Smith, Cornish & Qualls (1996)	subjektiivinen hyvinvointi: onnellisuus, tyytyväisyys, sisäinen eheys, optimismi, itseluottamus henkilökohtainen kasvu: avoimuus, kypsyyt, itsensä toteuttaminen, vahvuus, myönteisyys
Cummins (1996)	materiaalinen hyvinvointi, terveys, produktiivisuus, intimiteetti, turvallisuus, yhteisöllisyys, emotionaalinen hyvinvointi
Renwick & Brown (1996)	oleminen (being): terveys, tunteet, kognitiot, arviot itsestä, hengelliset kokemukset kuuluminen (belonging): sosiaaliset yhteydet tuleminen (becoming): vapaa-ajan mahdollisuudet, harrastukset, persoonallinen kasvu
Levin & Chatters (1998)	subjektiivinen hyvinvointi, objektiivinen hyvinvointi, onnellisuus, tyytyväisyys, itseluottamus, toiminnalliset kyvyt
Warr (1999)	aktiivisuus-passiivisuus, innostus-masennus, mieli-hyvä-mielipaha, miellyttävä olo-ahdistuneisuus
Bowling (2001)	oireet, tarpeet, toimintakyky, hallintakeinot, itsearvostus, stressi, tyytyväisyys, sosiaalinen tuki, yksinäisyys, lepo
Ojanen (2001)	terveys ja fyysinen hyvinvointi; vastuullisuus, moraalinormien noudattaminen, osallistuminen ja aktiivisuus; rakkaus, kiintymys ja yhteenkuuluvuus; oikeudenmukaisuus ja turvallisuus; tehokkuus, taitavuus, tuloksellisuus ja hallinta; hyvinvoinnin kokeminen, tarkoitus, sisäinen rauha ja tasapaino;

toiveikkuus, innostus, kiinnostus ja luovuus

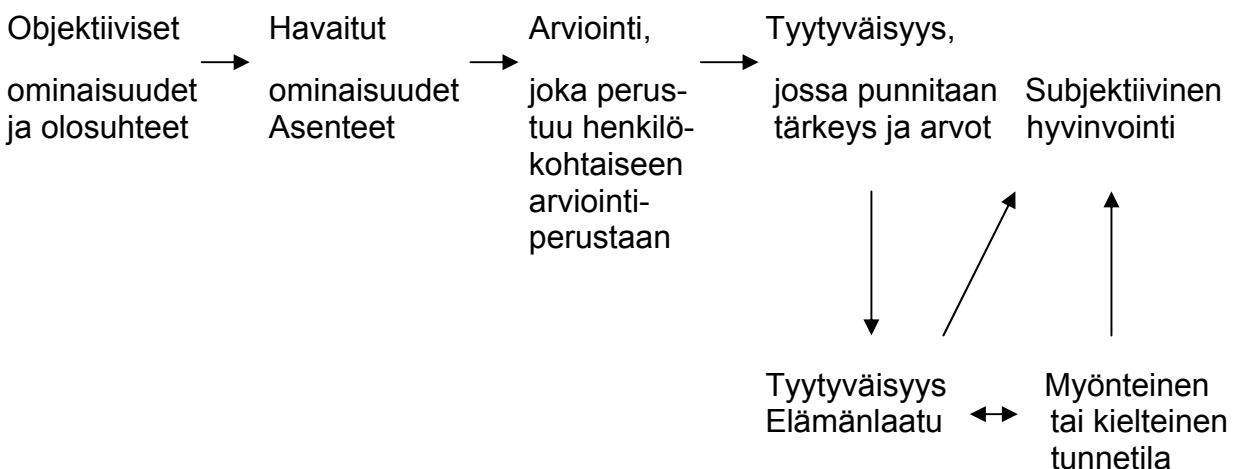
Ryff & Singer (2003)

elämän tarkoitus, itsensä hyväksyminen, persoonallinen kasvu, autonomia, myönteiset ihmissuhteet, ympäristön hallinta

Ojanen toteaa, että hyvinvoinnin tai hyvän elämän osatekijöitä on lähes mahdotonta rajoittaa johonkin yksiselitteiseen kehikkoon. Tutkijan tulisi aina ottaa huomioon emotionaalisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vaikutukset hyvinvointiin. Tärkeää on huomata myös ympäristön vaikutus hyvinvointiin (Ojanen, 2004, 20). Yleisemmällä tasolla Ojanen (Ojanen ym., 2001, 50) pitää elämänlaatua ja hyvinvoinnin kokemista hyvän elämän osatekijöinä.

Hyvinvointia ja elämänlaatua on kuvattu myös prosessimallien avulla. Dayn ja Jankeyn (1996) mallissa elämänlaatuun vaikuttavat prosessinomaisesti arvot, persoonallisuus, olosuhteet sekä tavoitteisiin ja ulkoisiin reaktioihin liittyvä arviointiprosessi.

Frischin (1998) mallissa yhdistyvät objektiiviset olosuhteet ja subjektiiviset kognitioihin ja emootioihin liittyvät arvioinnit (kuvio 6). Elämänlaatu synnyttää myönteisiä tai kielteisiä tunnetiloja. Vastaavasti tunnetilat vaikuttavat elämänlaadun kokemuksiin. Subjektiivinen hyvinvointi on mallin mukaan riippuvainen sekä elämänlaadun kokemuksista että tunnetiloista. Pelkästään siitä, että asiakas tai potilas ei voi pahoin, ei voida päätellä, että hän voi hyvin (Frisch, 1998, 21). Diener, Oishi ja Lucas (2003, 405) korostavat, että korkea subjektiivinen hyvinvointi on välttämätön, muttei riittävä hyvän elämän ominaisuus.



Kuvio 6. Frischin (1998, 25) prosessimalli elämänlaadun ja subjektiivisen hyvinvoinnin perusteista

Frisch (1998, 26) erottelee elämänlaadussa 16 osa-alueetta. Nämä ovat: (1) terveys, (2) itsearvostus, (3) päämäärät, arvot tai elämäkatsomus, (4) elintaso, (5) työ, (6) vapaa-aika, (7) oppiminen, (8) luovuus, (9) auttaminen tai sosiaalinen palvelu ja siviilitoiminta, (10) rakkaussuhde, (11) ystävyys, (12) suhteet lasten kanssa, (13) suhteet sukulaisten kanssa, (14) kotiasiat, (15) naapuruus, (16) yhteisö.

Näiden osa-alueiden subjektiivinen painoarvo vaihtelee, jolloin tärkeiksi koettujen osa-alueiden tyytyväisyyden asteella on suurempi vaikutus elämäntyytyväisyyteen kuin vähemmän tärkeillä. Muutokset osa-alueiden tärkeysarvoissa voivat suuressa määrin aiheuttaa muutoksia elämäntyytyväisyydessä (Frisch, 1998, 26).

Yhteenvedona edellä esitetyistä näkökulmista voidaan elämänlaatua, hyvinvointia ja hyvää elämää kuvaavat käsitteet määritellä Ojasen (Ojanen ym., 2001, 54) näkemyksiin perustuen seuraavasti:

- Elämänlaatu kuvaa sitä, missä määrin yksilön elämä vastaa erikseen määriteltäviä hyvän elämän standardeja tai periaatteita. Arviointi voi tapahtua sekä objektiivisesti että subjektiivisesti.
- Objektiivinen elämänlaatu tarkoittaa sitä, että jokin ryhmä tai yhteisö määrittää ne objektiiviset standardit, joiden perusteella elämän ulkoisia ehtoja arvioidaan.
- Subjektiivinen elämänlaatu / subjektiivinen hyvinvointi tarkoittaa sitä, että yksilö arvioi elämänlaatuaan tai hyvinvointiaan joillakin erikseen sovitulla menetelmällä. Arvioinnissa on keskeistä se, että arviot perustuvat arvioijan omiin standardeihin.
- Yhteisön hyvinvointi / ilmapiiri kuvaa sitä, millaisena johonkin ryhmään tai yhteisöön kuuluvat kokevat yhteisönsä luonteen. Arvioinnin kohteina ovat vuorovaikutus, muut yhteisön jäsenet tai ympäristö yleensä.
- Hyvä elämä toteutuu silloin, kun elämä on hyvää sekä objektiivisen elämänlaadun että subjektiivisen hyvinvoinnin kriteereillä.

1.8.2. Skitsofreniapotilaiden elämänlaatu ja hyvinvointi

Elämänlaatua on lisääntyvässä määrin arvioitu potilaan hoidon ja kliinisten tutkimusten osana (Fitzgerald ym., 2001, 387). Kiinnostusta potilaan elämänlaatua kohtaan on tunnettu monilla lääketieteen erikosisaloilla, myös vakavien psyykkisten häiriöiden hoidossa. Jotta käsitettä voidaan psyykkisten häiriöiden tutkimuksessa tarkoituksenmukaisella tavalla hyödyntää, on ratkaistava monia perusasioita ja metodologisia ongelmia: 1) miten elämänlaatu määritellään, 2) käytetäänkö subjektiivista vai objektiivista arviointimenetelmää, 3) mitkä ovat elämänlaadun merkitykselliset osat, 4)

miten elämänlaatua mitataan ja 5) mikä on elämänlaadun rooli terveydenhuollon hallinnon ja terveystaloustieteen näkökulmasta (Awad & Voruganti, 2000, 558)?

Kun skitsofreniapotilaiden elämänlaatua arvioidaan, seuraavia tekijöitä voidaan pitää tärkeinä (Awad, Voruganti & Heslegrave, 1997):

- elämänlaatu on moniulotteinen käsite, mikä pitää ottaa huomioon mittauksissa
- asteikon pitää olla tarkoituksenmukainen ja sen valinnassa pitää ottaa huomioon kohderyhmä
- mittauksiin pitää sisältyä potilaiden omia arvioita elämänlaadustaan
- vain sellaisia osioita on syytä sisällyttää mittareihin, jotka ovat relevantteja ja joiden voi odottaa olevan herkkiä muutoksille
- kokonaisvaltainen mittari on hyödyllinen vain silloin, kun siinä yhdistyy moniulotteisuus
- uusia asteikkoja kehitettäessä on psykometriset ominaisuudet selvitettävä ja asteikkoja on testattava käytännössä.

Skitsofreniapotilaiden subjektiivisesti arvioidun elämänlaadun ja objektiivisesti pisteytetyn elämänolosuhteisiin liittyvän elämänlaadun välinen riippuvuus on osoittautunut heikoksi (Skantze ym., 1992; Bow-Thomas ym., 1997; Fitzgerald ym., 2001), joskin toisenlaisiakin tuloksia on saatu (Whitty ym., 2004).

Jotkut tutkimukset ovat esittäneet, että skitsofreniapotilailla on taipumus aliarvioida psykososiaalinen toimintakykynsä, kun taas toiset tutkimukset ovat tuoneet esille sen, että potilaiden elämänlaadun arviot ovat olleet suhteettoman korkeita (Voruganti ym., 1998, 166). Korrelaatiot elämänlaadun objektiivisten ja subjektiivisten mittausten välillä ovat olleet skitsofreniapotilaiden ryhmässä vaatimattomia verrattuna syöpäpotilaiden keskuudessa saatuihin tuloksiin (Khatri ym., 2001, 535). Voruganti ym. (1998, 171) tuovat esiin kuitenkin sen, että hoitomyönteiset ja vakaat skitsofreniapotilaat osaavat arvioida elämänlaatunsa hyvin luotettavasti ja johdonmukaisen pätevästi. Awadin ja Vorugantin (2000, 559) tulokset osoittavat, että paljon oireilevien psykoosipotilaiden itsearviointit ovat yhtä luotettavia kuin vähemmän oireilevien. Atkinson, Zibin ja Chuang (1997) ovat tuoneet esiin sen, että potilaiden omat arviot hyvinvoinnistaan ovat usein positiivisempia kuin ulkopuolisten arviot, koska niihin liittyy adaptiivinen elämäntilanteen sietämistä helpottava funktio. Arvioiden luotettavuutta saattavat heikentää affektiiviset tilat, heikko itsearviointikyky ja äskettäiset elämäntapahtumat.

Skitsofreniaa sairastavien henkilöiden elämänlaatu on huomattavasti heikompina kuin väestön elämänlaatu yleensä (Browne ym., 1996; Heslegrave, Awad & Voruganti, 1997; Koivumaa-Honkanen ym., 1999).

Patterson ym. (1996) vertasivat funktionaalisia psykooseja sairastavien iäkkäiden potilaiden, joista suurin osa oli skitsofreniaa sairastavia tai skitsoaffektiivisistä häiriöistä kärsiviä potilaita, hyvinvoinnin laatua yli 45-vuotiaiden normaaliryhmän hyvinvoinnin laatuun. Potilaiden hyvinvoinnin laatu oli heikompina kuin normaaliryhmän. Jeste ym. (2003) saivat iäkkäiden sairaalan ulkopuolella elävien skitsofreniapotilaiden ja iäkkäiden terveiden vanhusten vertailussa samanlaisen tuloksen.

Toisenlaisiakin tuloksia on saatu. Meijerin, Schenen ja Koeterin (2002) mukaan useat tutkimukset ovat osoittaneet, että skitsofreniaa tai kroonisia psykoottisia häiriöitä sairastavien elämänlaatua kuvaavat arviot ovat yleensä parempina kuin väestöön kuuluvien matalatuloisten ryhmien arviot. Larsen ja Gerlach (1996) havaitsivat, että Yhdysvalloissa kroonista skitsofreniaa sairastavien henkilöiden arviot elämänlaadustaan olivat lähes yhtä korkeita kuin normaaliväestön arviot.

Mercier, Péladeau ja Tempier (1998) vertasivat iäkkäiden ja nuorten skitsofreniapotilaiden elämänlaadun arvioita. Iäkkäät skitsofreniaa sairastavat henkilöt arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi ja tyytyväisyytensä elämään suuremmaksi kuin nuoremmat. Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisia eroja elämänlaadun arvioissa, vaikka naiset toivat esille enemmän elämäntapahtumia, ilmaisivat enemmän huolia, halusivat useammin muutoksia ja tekivät useammin suunnitelmia kahden seuraavan vuoden varalle.

Kasckow ym. (2001) vertasivat kroonista skitsofreniaa sairastavien sairaalapotilaiden terveyteen liittyvän hyvinvoinnin laatua vastaavaan avohoitopotilaiden ryhmän hyvinvoinnin laatuun ja totesivat sairaalapotilaiden kokeman hyvinvoinnin heikommaksi. Molemmissa ryhmissä hyvinvoinnin laatu säilyi lähes muuttumattomana kuuden kuukauden seurannan aikana. Sairauden esiin tuleminen oli yhteydessä sairaalapotilaiden hyvinvointiin niin, että myöhemmällä iällä sairastuneet kokivat terveyteen liittyvän hyvinvoinnin laadun parempina kuin nuorempina sairastuneet.

Sairaalan ulkopuolella olevien skitsofreniaa sairastavien elämänlaadun parempi taso verrattuna sairaalassa pitkäaikaishoidossa olevien elämänlaatuun tuli esille myös Rosslerin ym. (1999) tutkimuksessa. Tulokset antoivat viitteitä sosiaalisen tuen ratkaisevasta merkityksestä elämänlaadun kokemisessa. Sosiaalisen tuen merkittävää yhteyttä subjektiivisen

elämänlaadun kokemiseen ovat tuoneet esille myös Skantze (1998) sekä Nilsson, Ivarsson ja Lögdberg (2002).

Kaiser ym. (1997) vertasivat sairaalahoidossa ja avohoidossa olevien skitsofreniapotilaiden subjektiivista hyvinvointia. Tulosten mukaan yli kaksi vuotta yhtämittaisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden tyytyväisyys elämäntilanteeseensa oli lähes samalla tasolla kuin avohoidossa olevien. Sen sijaan alle kaksi vuotta sairaalahoidossa olleet olivat tyytymättömämpiä, vaikka psykopatologiset häiriöt olivat samalla tasolla kaikissa potilasryhmissä (Kaiser ym., 1997, 165). Prieben, Roeder-Wannerin ja Kaiserin (2000) tulosten mukaan ensimmäistä kertaa sairaalahoitoon tulevien skitsofreniapotilaiden subjektiivinen hyvinvointi oli heikompi kuin pitkäaikaispotilaiden, vaikka monien objektiivisten hyvinvoinnin muuttujien kohdalla tilanne oli päinvastoin. Tulos oli tällainen, vaikka psykopatologiset tekijät ja ikä otettiin huomioon. Muutokset ryhmätasolla yhdeksän kuukauden seurannan aikana olivat vähäiset. Samansuuntaisia tuloksia saivat Franz ym. (2000) vertailututkimuksessaan. Sairaalassa hoidetut skitsofreniaa sairastavat pitkäaikaispotilaat olivat tyytyväisempiä elämänlaatuunsa kuin lyhytaikaisessa hoidossa olleet skitsofreniapotilaat.

Green ym. (2001) havaitsivat tutkimuksessaan, että hoidossa olleet marokkolaiset skitsofreniapotilaat ja skitsofreniaa sairastavat henkilöt, jotka olivat aina pysyneet hoidon ulkopuolella, eivät eronneet elämänlaadun eikä sen osatekijöiden arvioiden suhteen.

1.8.3. Skitsofreniapotilaiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin yhteydessä olevat tekijät

Olemassa olevat elämänlaatua ja subjektiivista hyvinvointia koskevat tutkimukset eroavat metodologisilta lähtökohdiltaan ja niitä on vaikea verrata, koska elämänlaadun tai subjektiivisen hyvinvoinnin käsitteen sisällöt vaihtelevat, arviointiasteikot eroavat tai otoskoot ovat pieniä (Lambert & Naber, 2004). Oirekuvan ja elämänlaadun yhteyksien epämääräisyys saattaa johtua käytettyjen menetelmien erilaisuudesta (Eklund, Bäckström & Hansson, 2003, 134).

Myönteisesti skitsofreniapotilaiden psykososiaaliseen hyvinvointiin yhteydessä olevia tekijöitä voidaan luokitella tutkimustulosten perusteella minäkuvan myönteisiin ominaisuuksiin, positiivisiin tunnekokemuksiin, sosiaalisiin suhteisiin, elin- ja asuinympäristöä koskeviin kokemuksiin sekä elämän mielekkyyteen (taulukko 2). Myönteiseen minäkuvaan ja

tunnekokemuksiin sisältyvät tekijät ovat paljolti niitä, joita vastuutasokuntoutuksen odotetaan vahvistavan.

Taulukko 2. Skitsofreniapotilaiden korkeaan subjektiiviseen psykososiaaliseen hyvinvointiin yhteydessä olevat muuttujat raportoitujen tutkimustulosten perusteella

Muuttujat	Lähteet
MYÖNTEINEN MINÄKUVA JA MYÖNTEISET TUNNE- KOKEMUKSET	
Itsearvostus Myönteinen minäkuva	Hansson ym., 2003; Ritsner, 2003 Bechdolf ym., 2003; Eklund ja Bäckström, 2005
Hallinnan tunteiden kokeminen Autonomia Minäpystyvyys Tyytyväisyys Turvallisuus Positiiviset kokemukset hoidon tuloksista	Katschnig, 2000; Hansson ym., 2003 Bechdolf ym., 2003 Bechdolf ym., 2003; Ritsner, 2003 Eklund ja Bäckström, 2005 Eklund ja Bäckström, 2005 Gee, Pearce ja Jackson, 2003
SOSIAALISET SUHTEET	
Hyvät suhteet naapureihin ja ympäristöön Perheen hyvät vuorovaikutussuhteet: Ystävyys Asianmukaiset sosiaaliset kontaktit Yksinäisyyden puute Sosiaalinen verkosto Sosiaalinen tuki	Borge ym., 1999 Sullivan, Wells & Leake, 1992 Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a Cohen, Talavera ja Hartung, 1997 Cohen, Talavera ja Hartung, 1997 Bechdolf ym., 2003 Bechdolf ym., 2003
ELIN- JA ASUINYMPÄRISTÖ	
Sairaalan ulkopuolella eläminen Itsenäinen asuminen Perheen kanssa asuminen	Lehman, Possidente & Hawker, 1986; Lehman, Slaughter & Myers, 1991; Barry & Crosby, 1995; Barry & Zissi, 1997 Browne ym., 1996 Browne ym., 1996
ELÄMÄN MIELEKKYYS	
Vähäiset elämänvaikeudet Päivätoiminnan piirissä oleminen Työssä käyminen	Cohen, Talavera ja Hartung, 1997 Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a Priebe ym. 1998; Hofer ym., 2004

Yhteiskunnan järjestämät laajat tukipalvelut
Vapaa-aikatoimintojen mielekkyys

Tempier, Mercier, Leouffre & Caron, 1997
Borge ym., 1999

MUUT TAUSTAMUUTTUJAT

Vähemmän koulutusta saaneet
Naispotilaat

Katschning, 2000
Katschning, 2000

Kielteisellä tavalla hyvinvointiin yhteydessä olevia tekijöitä on löydetty myönteisiä tekijöitä enemmän (taulukko 3). Erityisesti terveydentilan ongelmat ovat vahvasti yhteydessä hyvinvointikokemusten negatiivisuuteen. Depressiivinen tila vaikuttaa suoraan kielteisesti skitsofreniapotilaiden elämänlaadun kokemiseen. Monet kielteiset elämäkokemukset ja -tilanteet vaikuttavat depression kehittymiseen ja ovat välillisesti yhteydessä subjektiiviseen elämänlaatuun. Näin ollen depression ehkäisy on tehokas keino parantaa skitsofreniapotilaiden elämänlaatua (Bechdorf ym., 2003).

Taulukko 3. Skitsofreniapotilaiden heikkoon subjektiiviseen psykososiaaliseen hyvinvointiin yhteydessä olevat muuttujat raportoitujen tutkimustulosten perusteella

Muuttujat	Lähteet
TERVEYDENTILA	
Somaattista terveydentilaa koskevat huolet Ahdistuneisuus	Chan, Ungvar, Shek ja Leung, 2003 Huppert ym., 2001; Chan, Ungvar, Shek ja Leung, 2003; Fujii, Wylie & Nathan, 2004; Hofer ym., 2004
Positiiviset oireet	Patterson ym., 1996; Norman ym., 2000; Kasckow ym., 2001; Fujii, Wylie & Nathan, 2004
Negatiiviset oireet	Browne ym., 1996; Packer ym., 1997; Tollefson & Andersen, 1999; Bow- Thomas ym., 1999; Addington & Addington, 1999; Katschning, 2000; Fujii, Wylie & Nathan, 2004
Psykopatologiset oireet	Huppert, 2001; Ponizovsky ym., 2003; Hansson ym., 2003; Gee, Pearce ja Jackson, 2003
Masennusoireet	Carpiniello ym., 1997; Dickerson, Ringel & Parente, 1998; Koivumaa-Honkanen ym., 1999; ; Fitzgerald ym., 2001; Ponizovsky ym., 2003; Reine ym., 2003;

Hansson ym., 2003; Fujii, Wylie & Nathan, 2004; Hofer ym., 2004

KIELTEISET TUNNEKOKEMUKSET

Syällisyyden tunteet
Leimautuminen

Chan, Ungvar, Shek ja Leung, 2003
Katschning, 2000; Gee, Pearce ja Jackson, 2003

Kärsimys
Stressi
Psykologiset reaktiot skitsofreniaa kohtaan
Tulevaisuuden huolet

Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a
Ritsner ym. 2000; Bechdolf ym., 2003
Gee, Pearce ja Jackson, 2003
Gee, Pearce ja Jackson, 2003

ELÄMÄN VAIKEUDET

Negatiiviset elämäntapahtumat
Psykososiaaliset ongelmat

Chan, Ungvar, Shek ja Leung, 2003
Patterson ym. 1997; Ritsner ym., 2000
Fujii, Wylie & Nathan, 2004

Sosiaalinen sopeutumattomuus
Seksuaalisuuden ongelmat
Rahalliset rajoitukset toteuttaa toimintoja ja suunnitelmia
Käyttäytymisen ja toiminnan vähentynyt kontrolli

Patterson ym., 1997
Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a

Gee, Pearce ja Jackson, 2003
Gee, Pearce ja Jackson, 2003

HOITON LIITTYVÄT TEKIJÄT

Sairauden kesto

Browne ym., (1996); Ponizovsky ym., 2003

Sairaalahoitojen pituuden kertymä

Browne ym., (1996); Ponizovsky ym., (2003)

Terapiasuhteen ongelmat
Ekstrapyramidaali oireiden esiintyminen & lääkityksen sivuvaikutukset

Fujii, Wylie & Nathan, 2004

Katschning, 2000; Ponizovsky ym., 2003; Gee, Pearce ja Jackson, 2003; Fujii, Wylie & Nathan, 2004; Hofer ym., 2004
Gee, Pearce ja Jackson, 2003; Hofer ym., 2004

Kielteinen suhtautuminen lääkitykseen

SOSIAALISTEN SUHTEIDEN JA ROOLIEN ONGELMAT

Yksinäisyys
Esteet vuorovaikutussuhteille

Borge ym., 1999
Gee, Pearce ja Jackson, 2003

Yanos ja Moos (2007) ovat esittäneet integroidun mallin skitsofreniapotilaiden toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Mallissa esitetään viisi määräävää tekijää:

- 1) Pysyvät ympäristöolosuhteet: sosiaalinen ilmapiiri, resurssit ja stressitekijät;
- 2) Persoonallisuuden rakenne: kognitiiviset kyvyt, pysyvät piirteet ja psykiatriset tekijät;
- 3) Lyhytaikaiset ja tilapäiset kokemukset: kokemukset traumasta, mielenterveysinterventioista, stressaavista tapahtumista, sosiaalisen tukiverkoston muutoksista ja leimaavista vuorovaikutussuhteista;
- 4) Kognitiiviset arviot: tietoisuus, ymmärrys ja sairausmallit;
- 5) Selviytymiskeinot: selviytymisstrategiat, päihteiden käyttö selviytymiskeinona, avun hakeminen, lääkityksen noudattaminen, ennakoiva coping ja päämäärähakuisuus.

Toimintakykyyn ja hyvinvointiin Yanos ja Moos sisällyttävät kolme tekijää:

- 1) Yhteisöllinen integraatio: mukanaolo yhteisöllisissä toiminnoissa
- 2) Sosiaalinen toiminta: riippumattomuus, työ, henkilösuhteet ja vapaa-ajan toiminnot:
- 3) Tyytyväisyys elämään ja psykologinen kärsimys.

Mallissa kuvataan eri tekijöiden oletettuja kausaalisuhteita ja osin myös vuorovaikutuksellisia suhteita. Koska mallissa oletetaan, että osa resursseista ja olosuhteista jää todennäköisesti yksilön kontrollin ulkopuolelle, se asettaa henkilön arviointi- ja selviytymisreaktiot erityisen kriittiseen asemaan toimintakyvyn ja hyvinvoinnin suhteen. Tutkijat selvittävät tehtyjen empiiristen tutkimusten pohjalta mallin todenperäisyyttä. Suurin osa mallissa kuvatuista eri tekijöiden välisistä yhteyksistä sai joko vahvaa tai kohtalaisen vahvaa tukea empiirisistä havainnoista.

Useimmat skitsofreniapotilaiden hyvinvointitutkimukset on tehty kehittyneissä länsimaissa, joten tulosten yleismaailmallinen yleistettävyyks on kyseenalaista. Hyvinvointivertailuissa kulttuurien välillä onkin oltava hyvin varovaisia (Heinze ym., 1997).

Terapeuttinen suhde on osoittautunut merkitykselliseksi elementiksi pitkäaikaispotilaiden elämänlaadun osatekijänä (McCabe ym., 1999). Hyvältä terapeuttiselta suhteelta skitsofreniapotilaan kanssa työskenneltäessä edellytetään lämpimän, ystävällisen ja potilasta kunnioittavan suhtautumistavan lisäksi kiinnostusta potilaan oireisiin. Empatian kannalta keskeistä on pyrkiä ymmärtämään asioita potilaan näkökulmasta (Kivinen & Røyks, 2001, 250-251). Tämän huomioon ottaminen kliinisten ja sosiaalisten interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeitä (Hansson ym., 1999).

1.8.4. Persoonallisuuden ja kognitiivisten tekijöiden yhteys psykososiaaliseen hyvinvointiin

Persoonallisuuden tekijöiden vaikutusta skitsofreniaa tai skitsoaffektiviasta häiriötä sairastavien henkilöiden subjektiiviseen elämänlaadun kokemiseen ei ole paljon tutkittu (Hansson, Eklund & Bengtsson-Tops, 2001). On kuitenkin ilmeistä, että persoonallisuuteen liittyvät tekijät ovat merkittäviä subjektiiviseen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä (Eklund, Beckström & Hansson, 2003, 134). Myös skitsofreniapotilaiden temperamenttierojen on havaittu olevan yhteydessä subjektiivisen elämänlaadun eri osa-alueisiin (Ritsner, Farkas & Gibel, 2003).

Kentros ym. (1997) osoittivat skitsofreniapotilaiden persoonallisuuden piirteillä olevan yhteyksiä elämänlaatuun. Potilaat, joiden neuroottisuusasteet olivat korkeat, pitivät elämänlaatuaan heikompana kuin ekstrovertit ja mukautuvat potilaat.

Fujiin ym. (2004) tutkimuksen perusteella neurokognitiivisilla tekijöillä, erityisesti muistitoiminnoilla, on pitkäaikaista ennustevaliditeettia vakavista ja pysyvistä mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden elämänlaadun suhteen. Kognitiivisista vaurioista kärsivien skitsofreniapotilaiden elämänlaatu on heikempi kuin muiden skitsofreniapotilaiden (Gourevitch ym., 2004; Voruganti ym., 1998). Toisaalta Lysakerin ym. (2001) mukaan skitsofreniapotilaiden (N=49) heikko toiminnanohjaus, verbaalinen muisti ja suurempi valmius käyttää välttämistä hallintakeinona olivat yhteydessä suurempaan toivoon ja hyvinvoinnin tasoon. Tutkijat päättelivät, että skitsofreniapotilaiden neurokognitiivisten toimintojen matala taso ja välttäminen hallintakeinona saattavat toimia suojana kivuliaita subjektiivisia kokemuksia vastaan.

2. MENETELMÄT

2.1. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen yleisenä tavoitteena on selvittää Seinäjoen keskussairaalan osasto T9:n vastuutasojärjestelmässä hoidettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumista, hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttöä ja kuntoutumisreittejä sekä potilaiden elämäntilannetta, elämänmuutoksia ja psykososiaalista hyvinvointia. Tavoitteena on selvittää myös sitä, onko skitsofreniapotilaan kuntoutumisella vastuutasojärjestelmässä yhteyksiä siihen mitä hänen elämässään tapahtuu vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen. Vastuutasokuntoutuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan ensimmäistä hoitokertaa osasto T9:n vastuutasojärjestelmässä.

Tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten potilaat etenevät vastuutasojärjestelmässä ja voidaanko etenemistä ennakoida?
- 2) Muuttuuko hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttö vastuutasokuntoutuksen jälkeen verrattuna sitä edeltäneeseen aikaan?
- 3) Minkälaisia kuntoutumisreittejä skitsofreniapotilailla on vastuutasokuntoutuksen jälkeen ja mitkä tekijät ovat yhteydessä potilaiden ohjautumiseen eri kuntoutumisreiteille?
- 4) Millainen on skitsofreniapotilaiden elämäntilanne ja psykososiaalinen hyvinvointi heidän itsensä, hoitavien henkilöiden ja tutkijan arvioimana, kun vastuutasokuntoutuksen päättymisestä on kulunut vähintään viisi vuotta ja miten yhdenmukaisia eri tahojen tekemät arviot ovat?
- 5) Miten skitsofreniapotilaiden sosioekonomiseen taustaan, hoitohistoriaan, vastuutasokuntoutukseen, hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttöön, kuntoutumisreitteihin, elämäntilanteeseen ja –muutoksiin liittyvät tekijät ovat yhteydessä arvioituun psykososiaaliseen hyvinvointiin?
- 6) Mitä suosituksia tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä?

2.2. TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntainliitto syntyi erikoissairaanhoitolain voimaantullessa 1.1.1991. Käytännössä piirin muodostuminen merkitsi Etelä-

Pohjanmaan keskussairaalan ja mielisairaanhoidopiirin, Ähtärin aluesairaalan sekä Järviseudun, Koskenalan, Lehtiharjun ja Liuhtarin sairaaloiden kuntainliittojen yhdistymistä sairaanhoitopiiriksi. Samalla Etelä-Pohjanmaan keskussairaala, Törnävän sairaala ja Koskenalan sairaala fuusioitiin uudeksi Seinäjoen keskussairaalaksi. Sairaanhoitopiiriin kuului 27 kuntaa, joissa asukkaita oli yhteensä noin 202000. Vuoden 1999 lopulla sairaanhoitopiirin kuntien lukumäärä oli edelleen 27, mutta väestömäärä piirin alueella oli vähentynyt 197000:een. Seinäjoen sairaalan lisäksi erikoissairaanhoidon sairaalayksiköitä olivat Härmän ja Ähtärin yleissairaalat sekä Järviseudun psykiatrisen sairaala.

2.2.1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoitojärjestelmä

Vuoden 1985 alussa Törnävän sairaalan kuntainliittoon kuului yhteensä 79 kuntaa, joiden asukasluku yhteensä oli 611000. Kuntainliitto jakautui Seinäjoen mielisairaanhoidopiiriin (41 jäsenkuntaa) ja sen ulkopuolisiin kuntiin (38 jäsenkuntaa). Törnävän sairaalassa sairaansijoja oli 691. Näistä sairaansijoista oli Seinäjoen mielisairaanhoidopiirin omistuksessa 394 ja piirin ulkopuolisten kuntien omistuksessa 297 sairaansijaa. Lisäksi nykyisen sairaanhoitopiirin alueella oli viisi muuta mielisairaalakuntainliittoa: Koskenalan sairaala Seinäjoella, Liuhtari Lapualla, Lehtiharju Teuvalla, Kuivasjärvi Alavudella ja Järviseudun sairaala Vimpelissä. Näissä muissa mielisairaaloissa potilaspaikkoja oli yhteensä 901. Kun psykiatristen sairaansijojen määrää tarkastellaan nykyisen sairaanhoitopiirin kuntajaon perustalta, niin sairaanhoitopiiriin kuuluvilla kunnilla oli vuonna 1985 käytettävissä yhteensä 882 sairaalapaikkaa. Törnävän sairaalaa käyttäneet Keski-Suomen ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien kunnat erosivat 1.1.1989 sairaalakuntainliitosta ja ottivat vähitellen alueensa potilaat pois Törnävältä.

Kun Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri perustettiin vuonna 1991, niin Törnävän ja Koskenalan sairaalat liitettiin osaksi Seinäjoen keskussairaalaan. Muut sairaalat jatkoivat omina yksikköinä osana sairaanhoitopiiriä. Käytännössä Koskenalan sairaalassa sijainneet psykiatriset osastot lopettivat vuoden 1991 aikana toimintansa. Vähitellen psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaalatoiminta keskittyi Seinäjoelle. Vuoden 1994 lopussa Lehtiharjun sairaalan toiminta erikoissairaanhoidon yksikkönä loppui. 1.7.1996 Liuhtarin sairaala siirtyi pois erikoissairaanhoidosta ja 31.5.1998 Kuivasjärven sairaala lopetti toimintansa. Vuosituhannen vaihtuessa sairaanhoitopiirin alueella oli kaksi psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaalayksikköä: Seinäjoen keskussairaalan T-osastot ja Järviseudun sairaala Vimpelissä. Sairaansijoja oli 199.

Psykiatrisesta avohoidosta nykyisen sairaanhoitopiirin alueella vastasi vuonna 1985 viisi mielenterveystoimistoa. Sairaanhoitopiirin aloittaessa vuonna 1991 mielenterveystoimistoja oli kahdeksan ja vuonna 1999 niitä oli 12. 1980-luvulla monen mielenterveystoimiston alueella oli myös sivumielenterveystoimisto, mikä myöhemmin täydennettiin kokonaiseksi toimistotyöryhmäksi. Lisäksi lasten ja nuorten psykiatrasta hoitoa varten olivat olemassa omat avohoidon työryhmät.

Psykiatriset sairaansijat väestömäärään suhteutettuina vähenivät 77 % Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuosien 1985 ja 1999 välisenä aikana. Sairaalahoitopäivien osalta väheneminen oli yhtä selvää (78%). Psykiatrisen avohoidon väestöön suhteutetut käyntimäärät kasvoivat vastaavana aikana 213 %. Avohoitoa saaneiden henkilöiden määrä vaihteli vuosittain, mutta vuonna 1999 avohoitoa saaneita henkilöitä oli ainoastaan 10 % enemmän kuin vuonna 1985 (taulukko 4).

Taulukko 4. Psykiatristen sairaansijojen, sairaalahoitopäivien ja avohoitokäyntien sekä psykiatrasta avohoitoa saaneiden henkilöiden määrät väestömäärään suhteutettuina (tuhatta asukasta kohden) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuosina 1985-1999.

	sairaan- sijat	sairaala- hoitopäivät	avohoito- käynnit	avohoitoa saaneet
1985	4.40	1452	89.1	23.4
1986	4.09	1372	92.6	27.2
1987	4.02	1334	96.4	26.9
1988	3.72	1170	121.6	23.4
1989	4.03	1126	123.3	27.1
1990	3.58	1095	121.9	21.7
1991	3.29	1083	131.1	22.8
1992	2.76	877	166.7	20.3
1993	2.31	864	155.2	19.5
1994	1.71	534	175.1	21.8
1995	1.49	469	188.5	22.8
1996	1.27	445	197.7	23.8
1997	1.28	412	259.3	25.0
1998	1.06	371	257.8	25.0
1999	1.01	318	278.6	25.8

Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisen vastapainoksi puoliavoimet kuntoutumispaikat ovat sairaanhoitopiirin alueella lisääntyneet selvästi. Psykiatrisen erikoissairaanhoitojohtoisen asumis- ja päivätoiminnan lisäksi alueella on paljon kuntien ja yksityisen sektorin ylläpitämää puoliavoiminta

kuntoutustoimintaa. Erityisesti Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisella yhdistyksellä on ollut kasvava merkitys psykiatristen kuntoutujien kuntoutuskoti- ja pienkoti- sekä päivätoiminnan kehittäjänä sairaanhoitopiirin alueella. Kokonaiskuvan saamiseksi alueen puoliavoimien kuntoutuspaikkojen määrän vuosittaisista muutoksista on sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen paikkaluvut perusteltua esittää yhdessä sairaanhoitopiirin lukujen kanssa (taulukko 5).

Sairaanhoitopiirin ja Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen yhteenlaskettuja kuntoutus- ja pienkotipaikkoja oli enimmillään 1990-luvun vaihteessa, minkä jälkeen ne tasaisesti vähenivät. Vuosikymmenen lopussa oli asumispaikoissa jonkin verran kasvua, mikä johtui sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen lisääntyneestä panostuksesta asumispalveluihin. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kuntoutumis- ja pienkotipaikat vähenivät vuoden 1989 jälkeen selvästi. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen ylläpitämät päivätoimintapaikat lisääntyivät 1990-luvulla. Päivätoimintapaikkojen kokonaistarjonta lisääntyi vuosi vuodelta koko vuosikymmenen ajan.

Taulukko 5. Puoliavoimen kuntoutustoiminnan tunnuslukuja aikuispsykiatriassa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella 1985-1999.

	Kuntoutus- ja pienkotipaikat			Päivätoimintapaikat			Puoliavoimet yhteensä
	shp	sos.psyk. yhdist.	yht.	shp*	sos.psyk. yhdist.	yht.	
1985	75	0	75	0	0	0	75
1986	78	0	78	0	0	0	78
1987	92	20	112	0	0	0	112
1988	93	21	114	0	0	0	114
1989	101	27	128	0	14	14	142
1990	98	39	137	0	16	16	153
1991	56	47	103	8	30	38	141
1992	43	47	90	10	30	40	130
1993	34	47	81	32	30	62	143
1994	34	45	79	43	30	73	152
1995	34	38	72	42	50	92	164
1996	28	46	74	54	54	108	182
1997	20	57	77	59	54	113	190
1998	20	66	86	60	54	114	200
1999	15	73	88	61	54	115	203

* paikat laskettu 100 %:n kuormituksen mukaan (päivätoimintakäynnit vuodessa / 365)

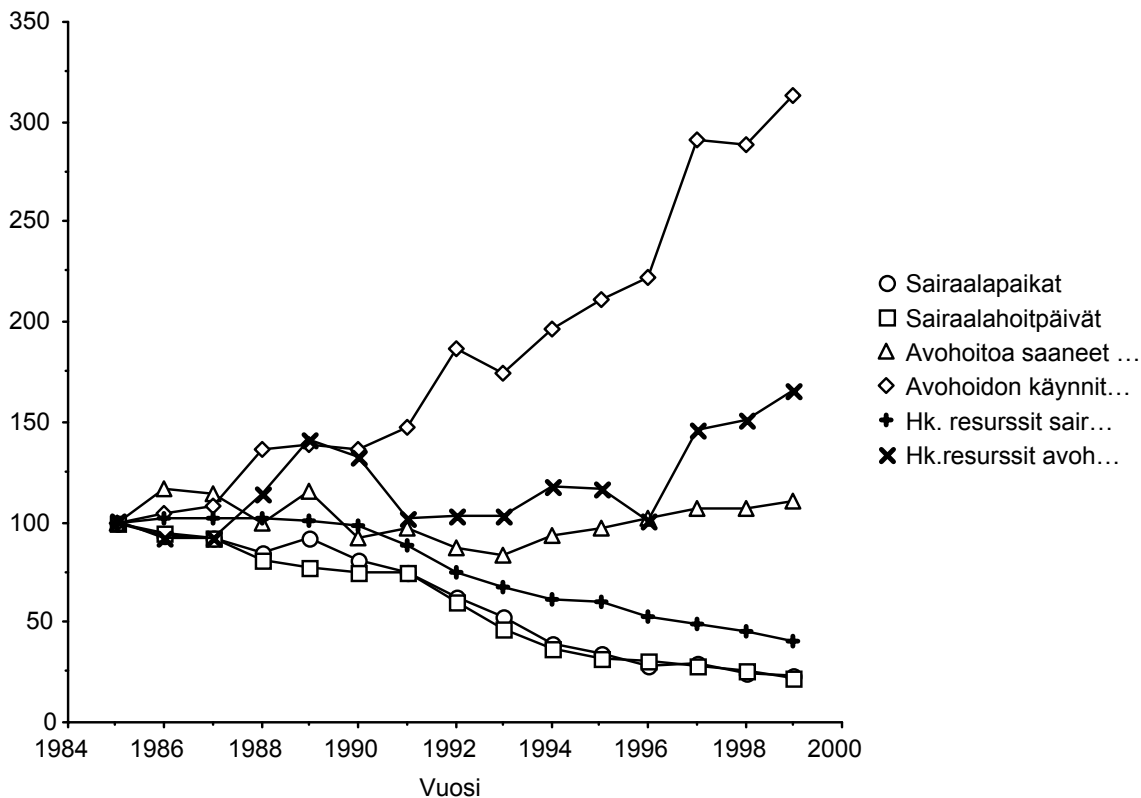
Yllä olevien lisäksi toimi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuonna 1999 kuntien tai yksityisten ylläpitämiä kuntoutus-, hoiva- ja pienkoteja yhteensä 18, joissa asukaspaikkoja oli noin 120 (Piironen 1999).

Psykiatriassa työskentelevä henkilöstöresurssi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella väheni vuosi vuodelta (taulukko 6). Vuonna 1999 aikuispsykiatriassa työskenteli 49 % vähemmän henkilökuntaa väestömäärään suhteutettuna kuin vuonna 1985. Henkilöstöresurssit ovat vähentyneet alueen psykiatrisissa sairaaloissa, joissa väestömäärään suhteutettu vähennys 15 vuoden aikavälillä on ollut 60 %. Avohoidon henkilöstöresursseihin sairaanhoitopiirissä panostettiin 1990-luvun viimeisinä vuosina niin voimakkaasti, että avohoidossa työskenteli vuonna 1999 71 % enemmän henkilökuntaa kuin vuonna 1985. Jos psykiatrisen hoidon painopistettä tarkastellaan henkilöstöresursseista käsin, niin hoito oli edelleenkin hyvin sairaalakeskeistä. Avohoidossa työskenteli vuonna 1999 61 % vähemmän henkilökuntaa kuin sairaalatyössä.

Taulukko 6. Sairaalassa ja avohoidossa työskentelevän henkilökunnan määrät aikuispsykiatrian tulosyksikössä väestömäärään suhteutettuina (tuhatta asukasta kohden) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella vuosina 1985-1999.

	Henkilökunta		
	sairaalassa	avohoidossa	yhteensä
1985	2.59	0.24	2.83
1986	2.63	0.22	2.85
1987	2.63	0.22	2.85
1988	2.63	0.28	2.91
1989	2.59	0.34	2.93
1990	2.54	0.32	2.86
1991	2.30	0.25	2.55
1992	1.95	0.25	2.20
1993	1.74	0.25	1.99
1994	1.58	0.29	1.87
1995	1.56	0.28	1.84
1996	1.38	0.25	1.63
1997	1.26	0.36	1.61
1998	1.18	0.37	1.55
1999	1.04	0.41	1.45

Edellä esitettyjen laskelmien pohjalta tehty vuosittainen seuranta voidaan esittää indeksilukujen kuvaajien avulla lähtötilanteen indeksiluvun ollessa 100 (kuvio 7). Profiilit antavat selkeän kuvan psykiatrisen sairaanhoidon kehitystrendeistä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.



Kuvio 7. Psykiatristen sairaalapaikkojen, sairaalahoitopäivien, avohoitoa saaneiden henkilöiden, avohoitokäyntien sekä aikuispsykiatrian tulosyksikön sairaalassa ja avohoidossa olevien virkojen määrän indeksilukujen kuvaajat vuosina 1985-1999, kun lähtötilanteen indeksiluku on 100.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa hoitojärjestelmässä tapahtuneita muutoksia voidaan kuvata pääosin samansuuntaisiksi kuin muuallakin Suomessa, vaikka alueelliset erot esim. henkilöstöresursseissa väestömääriin suhteutettuina ovat suuret (Tuori, Kiikkala & Lehtinen, 2000; Nenonen, Tuori, Pelanteri & Kautiainen, 2001). Kärkkäisen (2004) mukaan merkittäviä muutosta nopeuttavia ja mahdollistavia tekijöitä ovat olleet mm. (1) erikoissairaanhoitolaki, joka käynnisti psykiatrisen ja somaattisen hoitojärjestelmän laaja-alaisen yhdentymisen, (2) psykiatrian hoitokäytäntöjen tehostuminen, (3) taloudellinen lama ja niukkuus sekä valtionosuusuudistus sekä (4) psykiatrian heikko hallinnollinen asema ja vaikeus vaikuttaa päätöksenteossa.

2.2.2. Seinäjoen keskussairaalan osasto T9:n vastuutasojärjestelmä

Törnävän sairaalan vuoden 1985 toimintakertomuksessa kuvataan vastuutasojärjestelmän alkuvaiheita seuraavasti : ”Pitkäaikaispsykiatrian vastuualueen osastoilla on selvästi ollut havaittavissa valoisa ja toivorikas, potilaiden sosiaaliseen kuntoutukseen innostunut ilmapiiri. Selkeimpänä tämä näkyy osastolla 9, jossa on strukturoitu oppimisterapiaan perustuva ohjelma, joka tähtää porrasteiseen avohoitoon kuntouttamiseen. Tulokset näyttävät lupaavilta.”

Osasto T9 vastuutasojärjestelmän toimintaperiaatteet, vastuutasot, potilaiden toiminnan seurantalomake sekä viikko-ohjelma on esitetty liitteessä 1. Hoito-ohjelman runko on pysynyt pääosin muuttumattomana vuoteen 1999 asti. Toiminnan tunnusluvuissa on muutoksia ollut kuitenkin paljon. Keskimääräinen hoitoaika on lyhentynyt 81 % vuodesta 1985. Uloskirjoitukset ovat lisääntyneet 173 %. Kuormitusprosentti on vaihdellut vuosittain paljonkin. Perhe- ja verkostokokousten määrä on vuoden 1996 tapaamisia lukuun ottamatta pysynyt lähes vakiona. Lyhyille kuntoutusjaksoille tulevien potilaiden määrä on ollut kasvussa, mikä suurelta osin selittääkin keskimääräisessä hoitoajassa tapahtunutta muutosta (taulukko 7).

Taulukko 7. Osasto T9:n toimintalukuja vuosina 1985-1999.

	Potilas- paikat	Hoito- päivät	Keskimäär. hoitoaika (vrk)	Kuormi- tus-%	Uloskir- joitukset	Perhe- ja verkosto- palaverit	Kuntoutus- jaksolaisia
1985	24	8537	234	97.5	37	-	-
1986	24	8648	208	98.7	42	-	-
1987	24	8275	171	94.5	50	-	-
1988	24	8146	212	92.7	38	-	-
1989	22	7901	208	98.4	38	-	-
1990	22	7886	229	98.2	35	-	-
1991	22	6597	202	82.0	46	-	-
1992	22	5599	174	70.0	50	-	-
1993	22	5550	167	69.1	30	30	-
1994	18	5575	192	84.0	42	32	-
1995	18	5782	162	88.0	44	33	-
1996	18	5521	86	84.0	66	58	9
1997	18	4949	76	84.0	65	34	14
1998	18	6094	56	95.0	99	32	24
1999	18	4741	45	75.0	101	27	70

Osaston henkilökuntarakenteessa muutokset ovat olleet vähäiset. Vuonna 1985 osaston vahvuuteen kuului osastonlääkäri, neljä sairaanhoitajaa, kahdeksan mielisairaanhoitajaa, kaksi sairaala-apulaista ja osastonsihtööri. Lisäksi osasto sai psykologin, sosiaalityöntekijän ja toimintaterapeutin palveluita. Vuonna 1993 sairaala-apulaisten määrä väheni kahteen ja mielisairaanhoitajien lukumäärä lisääntyi yhdeksään. Tämä henkilöstöresurssi säilyi vuoteen 1999 asti.

Kuntoutuksen sisältöä on kehitetty vähitellen monipuolisemmaksi erityisesti ryhmätoimintoja kehittämällä. Vastuutasokuntoutuksen perusrhmien lisäksi osastolla toimi vuonna 1999 seuraavia erityisryhmiä: psykoedukaatioon perustuvat omaisryhmät, nuorisoryhmä, kodin kunnostustöihin erikoistunut toimintaryhmä, käsityöryhmä, oireenhallintaryhmä, laihdutus-, musiikki- ja rentoutusryhmät, ratkaisukeskeiseen terapiaan perustuva voimavararyhmä sekä äänihallusinaatiopotilaille tarkoitettu ääniä kuulevien ryhmä.

2.3. TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVAT

Tutkimuksen kohderyhmän muodostavat kaikki Seinäjoen keskussairaalan osasto T9:n kuntoutusohjelmaan ajalla 21.1.1985-31.12.1991 tulleet skitsofreniapotilaat, joiden kotipaikka oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Kohderyhmään tulivat kaikki ne potilaat, joiden diagnoosi sairauskertomuksessa kuntoutusohjelman päättyessä oli 295 –alkuinen DSM-III-R tautiluokituksen mukaisesti. Poiketen esimerkiksi SKS-projektin aineiston diagnostisista kriteereistä (Salokangas ym., 2000, 42-46) mukaan hyväksyttiin myös skitsoaffektiivisen psykoosi –diagnoosin saaneet potilaat. Näin tutkimuksen kohderyhmään tuli 126 potilasta. Seurannan aikana kohderyhmän potilaista kuoli 15 (12 %). Elossa olevista 111:sta potilaasta kolme kieltäytyi haastattelusta ja kahta potilasta ei toistuvista yrityksistä huolimatta tavoitettu. Yksi kohderyhmään kuuluvista oli kuuromykkä, joten hänen haastattelustaan luovuttiin. Seurantahaastattelu tehtiin siten 105 potilaalle, ja tästä joukosta käytetään jatkossa nimitystä tutkimusryhmä. Tutkimusryhmään kuuluu näin 95 % haastatteluhetkellä elossa olleista ja 83 % koko kohderyhmän potilaista.

2.3.1. Tutkimusryhmä

Tutkimusryhmässä on 60 miestä (57 %) ja 45 naista (43 %). Potilaat olivat kuntoutusohjelmaan tullessaan keskimäärin 33,3-vuotiaita. Nuorin potilaista oli 19-vuotias ja vanhin 58-vuotias. Kyseisenä ajankohtana tutkimusryhmään kuuluvista 90 % oli naimattomia, 7 % eronneita ja 3 % naimisissa. Lähes

kaikki olivat eläkkeellä (94 %). Yleisin peruskoulutus oli kansakoulu (41%). Keski- tai peruskoulun suorittaneita oli 31 % ja lukion loppuun käyneitä oli 9 %. Lukio oli jäänyt kesken 10 %:lla, keskikoulu 6 %:lla ja kansakoulu 3 %:lla. Ammatillista koulutusta oli 56 %:lla. Vähintään opistoasteisen ammatillisen koulutuksen oli saanut 7 %.

Skitsofrenia-diagnoosin alaryhmät jakautuivat tutkimusryhmässä seuraavasti: hebefrenia 33 %, erilaistumaton skitsofrenia 31 %, paranoidinen skitsofrenia 13 %, skitsoaffektiivinen psykoosi 10 %, residuaalinen skitsofrenia 9 % ja katatonistyyppinen skitsofrenia 4 %.

Potilaat olivat sairastuneet keskimäärin 19,9 –vuotiaina, tulleet psykiatriseen hoitoon keskimäärin 20,8 –vuotiaina ja joutuneet sairaalahoitoon keskimäärin 21,6 –vuotiaina. Potilaan tullessa ensimmäiselle kuntoutusjaksolle psykiatrisen hoidon alkamisesta oli kulunut keskimäärin 12,5 vuotta. Tästä ajasta potilaat olivat olleet keskimäärin 38 % psykiatrisessa sairaalahoidossa (vaihteluväli 3-100 %) ja psykiatrisen avohoidon asiakkaina 41 % (vaihteluväli 0-97 %). Potilaiden yhtäjaksoisen sairaalahoidon pituus ennen ensimmäistä kuntoutusjaksoa oli keskimäärin 708 vuorokautta (vaihteluväli 0-8987 vuorokautta). Miesten ja naisten välillä ei sairastumiseen tai hoitohistoriaan liittyvissä muuttujissa ollut tilastollisia eroja.

Ennen kuntoutusjaksolle tuloa 56 %:lla oli sairauskertomuksessa useita merkintöjä epäsosiaalisesta käyttäytymisestä, 39 %:lla oli merkintöjä väkivaltaisuudesta ja 18 %:lla merkintöjä alkoholin ongelmallisesta käytöstä. Nämä häiriökäyttäytymisen muodot liittyivät usein skitsofrenian oireiden pahenemiseen ja niitä esiintyi usein ennen potilaan ohjautumista psykiatriseen sairaalahoitoon. Vaikka miehillä häiriökäyttäytymisen muotoja esiintyi suhteellisesti enemmän kuin naisilla, eivät erot olleet tilastollisesti merkitseviä.

Psykologin tutkimuksia kognitiivisen tason selvittämiseksi oli tehty 76 %:lle. Näistä potilaista psykologin tutkimuksessa heikkoa keskitasoa, keskitasoa tai hyvää keskitasoa vastaavasti selviytyi 49 %. Alle tämän tason jäi 42 % ja keskitasoa älykkäämpiä oli 9 %.

Tutkimusryhmän potilaista 5 % oli kuntoutusosastolla ennen vastuutasojärjestelmään siirtymistä 21.1.1985, minkä jälkeen heidän hoitonsa jatkui vastuutasojärjestelmän periaatteiden ja käytäntöjen mukaisesti. Tutkimusryhmään kuuluvien potilaiden määrä kuntoutusjaksojen alkamisvuoden mukaan jaoteltuna vaihteli melko paljon (taulukko 8). Eniten oli potilaita, joiden kuntoutusjakso alkoi vuonna 1988 ja vähiten niitä potilaita, jotka aloittivat vastuutasojärjestelmässä vuonna 1990 tai 1991.

Suurin osa tutkimuspotilaista tuli vastuutasojärjestelmään akuuttipsykiatrian osastoilta (48 %) tai pitkäaikaispsykiatrisilta osastoilta (44 %). Loput potilaista tulivat Koskenalan entisestä B-mielisairaalaan tai avohoidosta mielenterveystoimiston työryhmän ohjaamina.

Taulukko 8. Vuosina 1985-1991 vastuutasokuntoutukseen tulleet potilaat lähettäneen vastuualueen mukaan

Lähettävä vastuualue	Vuodet							
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Yht.
Akuuttipsyk.	(n) 7	9	8	4	10	5	7	50
	(%) 39	69	57	20	63	42	58	47,6
Pitkäaikaispsyk.	(n) 10	4	5	13	5	5	4	46
	(%) 56	31	36	65	31	42	33	43,8
Avohoito	(n) 0	0	0	1	0	2	0	3
	(%) 0	0	0	5	0	17	0	2,9
Entinen B-sair.	(n) 1	0	1	2	1	0	1	6
	(%) 6	0	7	10	6	0	8	5,7
Yhteensä	(n) 18	13	14	20	16	12	12	105
	(%) 100	100	100	100	100	100	100	100

2.3.2. Tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneet

Potilaat jäivät tutkimusryhmän ulkopuolelle kuoleman, haastattelusta kieltäytymisen tai tavoitettavuusongelmien takia. Kuolinsyyt olivat sydän- ja verisuonisairaus (10 potilasta), itsemurha (4 potilasta) ja tapaturma (1 potilas).

Tutkimusryhmän ja tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneiden taustaan, hoitohistoriaan ja muihin asiakirjatietoihin liittyviä tilastollisia eroja oli vähän (taulukko 9). Tilastollisen testauksen perusteella ryhmät erosivat ainoastaan sairastumisikään ja hoitojärjestelmään tuloajan suhteen. Tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneet potilaat olivat sairastuneet myöhemmin ja sen vuoksi tulleet psykiatriseen hoitoon iäkkäämpinä. Koska monet p-arvot ovat lähellä 5 %:n riskitasoa ja katoryhmä on pieni, on syytä pitää mielessä hyväksymisvirheen mahdollisuus erityisesti sukupuolijakautumassa ja mielenterveystoimistohoitajien määrässä.

Taulukko 9. Tilastolliset erot tutkimusryhmän ja tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneiden välillä sosioekonomisissa ja hoitohistoriaan liittyvissä muuttujissa asiakirjatietojen pohjalta

	Tutkimus- ryhmä N=105	Ulkopuo- lelle jääneet N=21	p-arvo
Tausta			
Miehiä (%)	57,1	81,0	.072
Naimattomia (%)	90,5	85,7	.801
Lukion käyneitä (%)	8,6	23,8	.099
Ammatillinen koulutus (%)	56,2	57,1	.872
Sairastuminen ja hoitojen alkaminen			
Sairastumisikä (ka.vuosina)	19,9	23,4	.007
Ikä 1. psykiatrisen hoidon alkaessa (ka. vuosina)	20,8	24,3	.007
Ikä 1. psykiatrisen sairaalahoidon alkaessa (ka.)	21,6	25,1	.011
Ikä vastuutasojärjestelmään tullessa (ka.)	33,3	37,4	.058
Psykiatrisen hoidon alkamisesta kulunut aika potilaan tullessa vastuutasojärjestelmään (v) (ka.)	12,5	13,1	.751
Seuranta-aikaan ennen vastuutasojärjestelmään tuloa suhteutetut tunnusluvut*			
Psykiatrisen sairaalahoidon kertymä (ka.)	0,38	0,43	.515
Psykiatriset sairaalahoitokerrat (ka.)	0,06	0,06	.885
Mielenterveystoimistohoitojen kertymä (ka.)	0,41	0,28	.071
Mielenterveystoimistokäynnit (ka.)	0,37	0,18	.054

Muut asiakirjatiedot

Yhtämittaisen psykiatrisen sairaalahoitojakson pituus ennen vastuutasojärjestelmään

tuloa (ka. vuorokausina)	708	1247	.135
Ongelmia alkoholin käytössä (%)	18,1	19,1	.837
Väkivaltaista käyttäytymistä (%)	39,1	61,9	.091
Epäsosiaalista käyttäytymistä (%)	56,2	42,9	.379

Khin-neliö –testi, $df=1$; t-testi, $df=124$

* Tunnusluvut on laskettu aikaväliltä, jolloin kuntoutuja ensimmäisen kerran tuli psykiatriseen hoitoon siihen hetkeen, jolloin hän aloitti vastuutasokuntoutuksen. Sairaalahoidon ja mielenterveystoimistossa saadun hoidon pituuden kertymä ja hoitokertojen summat on jaettu kyseisen aikavälin pituudella.

2.4. AINEISTON KERÄÄMINEN

Tutkimuksen aineistonkeruu aloitettiin vuonna 1989. Tällöin aloitettiin siihen mennessä vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen potilaiden tausta- ja seurantatietojen kerääminen. Potilaskohtaisten tausta- ja seurantatietojen keräämistä jatkettiin koko aineiston osalta haastatteluhetkeen asti. Tiedot kerättiin potilaiden koko hoitohistorian ajalta psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon sairauskertomuksista sekä osastolla T9:llä käytössä olevista potilaiden osastohoidon seurantalomakkeista. Tutkija luki itse kaiken materiaalin ja kokosi tiedot potilaskohtaisille seurantalomakkeille. Aineistonkeruuta täydennettiin sairauskertomuksista vuoteen 2001 asti.

Tutkimusryhmän haastattelut aloitettiin 4.9.1997. Viimeinen haastattelu tehtiin 8.10.1999. Tutkija sopi haastattelusta yleensä suoraan kuntoutujan kanssa puhelimen välityksellä. Kuntoutujalle kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä, että osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Käytännön vaikeuksien vuoksi 12 potilaalle tutkimuksesta tiedotti sairaanhoitaja tai lääkäri, jolle potilas antoi suostumuksensa haastatteluun. Tutkimusryhmään kuului viisi kuntoutujaa, joita ei tavoitettu muuten kuin kirjeitse. He saivat ennakkoinformaation kirjallisena ja antoivat suostumuksensa haastatteluun heille sopivana ajankohtana mukana olleen palautuskuoren välityksellä. Haastattelun yhteydessä potilaalta kysyttiin myös lupa sairauskertomusten tietojen käyttöön tutkimuksessa. Tutkimuksen suorittamiseen oli sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan hyväksyntä. Kahden potilaan haastattelua varten tarvittiin sosiaalilautakunnan lupa.

Haastattelupaikkana oli yleisimmin päivätoimintakeskus (20 %). Muita haastattelupaikkoja olivat kuntoutus- tai pienkoti (17,1 %), psykiatrinen sairaala (16,2 %), hoiva- tai palvelukoti (11,4 %), potilaan oma tai vanhempien asunto (9,5 %), terveyskeskus (9,5 %), mielenterveystoimisto (8,6 %), tukiasunto (3,8 %) ja tutkijan työhuone (3,8 %). Haastattelu suoritettiin pääsääntöisesti kahdenkesken rauhallisessa huoneessa. Kolme haastateltavista halusi potilastoverin tuekseen haastatteluhuoneeseen. Kahdessa haastattelussa oli potilaan toivomuksesta mukana sairaanhoitaja ja kahdessa potilaan omainen. Haastattelulomakkeelle kirjattiin aina vain potilaan oma arvio. Haastattelut kestivät keskimäärin noin tunnin.

Mahdollisimman pian haastattelun päätyttyä tutkija arvioi potilasta niiden havaintojen perusteella, mitkä hän sai potilaasta haastattelutilanteesta. Tutkija toimitti potilaan terapeutille, omalle hoitajalle tai sille ammattihenkilölle, joka todennäköisesti tunsi potilaan parhaiten, vastaavanlaisen arviointilomakkeen, minkä itse oli täyttänyt. Arvioitsija palautti vastaamisen jälkeen arviointilomakkeen postitse tutkijalle. Potilasta arvioinut ammattihenkilö oli 35 (33 %) potilaan kohdalla omahoitaja. Muu hoitaja oli arvioijana 30 (29 %) potilaan kohdalla. Muina arvioitsijoina olivat potilaan terapeutti (n=19 / 18 %), kuntoutuskodin, päivätoimintakeskuksen tai työsalin ohjaajat (n=18 / 17 %) ja kodinhoitaja (n=2 / 2 %). Yksi potilaista oli ollut hoidon ulkopuolella niin pitkään, ettei ollut ammattihenkilöä, joka olisi luotettavasti pystynyt häntä arvioimaan. Arvioijan ammatillinen koulutus oli useimmiten sairaanhoitajan (n=42 / 40 %) tai mielenterveyshoitajan (n=38 / 36 %) koulutus. Tieto ammatillisesta taustasta puuttui 17 (16 %) arvioijalta. Arviointeja tehneiden henkilöiden joukossa oli myös kaksi sosiaalityöntekijää ja toimintaterapeutteja sekä yksi lääkäri, lähihoitaja ja kodinhoitaja.

Sairaanhoitopiiriä ja sen yksiköitä kuvaavat tunnusluvut kerättiin pääsääntöisesti haastattelujen jälkeen vuosina 2000-2003.

2.5. TUTKIMUSMENETELMÄT JA NIIDEN LUOTETTAVUUS

Seuraavassa esitellään tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja muuttujat sekä niiden luokittelut ja operationalisoinnit. Lisäksi tuodaan esille menetelmien luotettavuuteen liittyviä vahvuuksia ja heikkouksia.

2.5.1. Asiakirjatiedot

Potilaiden psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon sairauskertomuksista sekä osasto T9:n potilasseurantalomakkeista kirjattiin potilaiden

elämänhistoriaan, vastuutasojärjestelmässä kuntoutumiseen, hoitohistoriaan sekä vastuutasojärjestelmästä lähdön jälkeisen ajan psykiatristen hoitopalveluiden käyttöön ja potilaiden asumiseen liittyviä tunnuslukuja.

2.5.1.1. Potilaiden elämänhistoriaan liittyvät taustatiedot

Potilaan elämänhistoriasta kartoitettiin yleisimmät sosioekonomiset muuttujat. Näitä olivat sukupuoli, syntymäaika, koti- ja syntymäkunta, siviilisääty, viimeisin ammatti sekä perus- ja ammatillinen koulutus. Tämän lisäksi kartoitettiin potilaan käyttäytymiseen liittyviä alueita, joita olivat päihteiden käyttö, väkivaltaisuus ja muu epäsosiaalinen käyttäytyminen. Päihteiden käyttöä esiintyi silloin, kun potilaan sairauskertomuksessa oli maininta alkoholin liiallisesta käytöstä tai muiden huumaavien aineiden käytöstä. Väkivaltaisuudella tarkoitettiin potilaan käyttämää fyysistä väkivaltaa muita ihmisiä kohtaan. Muuhun epäsosiaaliseen käyttäytymiseen sisältyi esim. varastelu, siveetön seksuaalinen käyttäytyminen, karkailu ja itsemurhalla uhkaaminen tai itsemurhayritys. Käyttäytymiseen liittyvät tiedot kerättiin sekä ajalta ennen vastuutasojärjestelmään tuloa että siitä lähdön jälkeen.

Potilaan taustaan liittyvät perustiedot olivat hyvin saatavissa sairauskertomuksista. Käyttäytymiseen liittyvät tiedot olivat tulkinvaraisia ja usein epäsuorasti tai ristiriitaisesti kirjattuina. Potilaalla katsottiin olevan käyttäytymiseen liittyvä ongelma vain siinä tapauksessa, että sairauskertomuksessa oli selkeä kuvaus ongelmakäyttäytymisestä.

2.5.1.2. Vastuutasojärjestelmää koskevat potilastiedot

Vastuutasojärjestelmään liittyvät potilastiedot koottiin sairauskertomuksista ja potilaan osastoseurannan lomakkeilta. Näitä olivat potilaan hoito-ohjelmaan tuloon liittyvät tiedot, hoitoaika tutkimusyksikössä, eteneminen hoito-ohjelmassa, eri vastuutasoilla vietetty aika, negatiivisen ja positiivisen palautteen saaminen velvollisuuksien hoidosta ja käyttäytymisestä, kuntoutustavoitteet, potilaan toiminnallinen tila, diagnoosit ja mahdollinen fyysinen sairaus, psyykenlääkitys sekä jatkohoitoon ja kotiuttamispaikkaan liittyvät tiedot. Näitä tietoja voitiin osin käyttää analyyseissä sellaisinaan, mutta joitakin asiakokonaisuuksia piti luokitella ja joistakin asiakokonaisuuksista muodostettiin summamuuttujia.

Potilaiden hoitotavoitteet kirjattiin sairauskertomuksen hoitosuunnitelmalomakkeilta siltä ajalta, kun potilas oli ensimmäistä kertaa vastuutasojärjestelmässä. Hoitotavoitteet tutkija luokitteli 11 luokkaan

tavoitteiden sisällön perusteella. Luokitus oli seuraava: (1) asuminen, (2) hygienian hoito, (3) itsenäistyminen, (4) kuntoutuminen, (5) motivaatio (6) perhesuhteet, (7) psyykinen vointi, (8) päivärytmi, (9) sosiaaliset taidot, (10) yleinen terveydentila, (11) muut tavoitteet. Luokat eivät ole täysin toisiaan poissulkevia. Esimerkiksi hygienian hoito liittyy sekä kuntoutumiseen että terveydestä huolehtimiseen. Samoin asuminen ja itsenäistyminen voivat kuvata osin samaa ilmiötä. Kukin hoitotavoite luokiteltiin kuitenkin vain yhteen luokkaan tutkijan tulkinnan mukaan. Joillakin potilailla oli useita tavoitteita. Tutkimusryhmään kuului myös potilaita, joiden hoitosuunnitelmalomakkeelle ei ollut kirjattuna lainkaan hoidon tavoitteita. Näiden potilaiden hoitotavoitteita oli yleensä kuvattu sairauskertomuksen seurantalohdilla, mutta tavoitteet eivät välttämättä olleet syntyneet hoitotiimin työskentelyn pohjalta. Nämä tavoitteet jätettiin aineiston ulkopuolelle.

Potilaiden aktiivisuus ja velvollisuuksista huolehtiminen kirjattiin sen mukaan, kuinka potilaat osallistuivat osastotoiminnan seurantalomakkeen mukaisiin tehtäviin. Kokonaisaktiivisuutta varten laskettiin summamuuttuja, johon otettiin mukaan 16 päivittäistä tai viikoittaista tehtävää. Nämä olivat (1) siivousviikon tehtävät, (2) ruokasaliviikon tehtävät, (3) kurssiviikon tehtävät, (4) osallistuminen viikoittaiseen palauteryhmään, (5) osallistuminen pienryhmän kokoukseen, (6) osallistuminen osastokokoukseen, (7) aamupesujen suorittaminen, (8) pukeutuminen aamulla, (9) oman vuoteen sijaus, (10) tuleminen ajoissa aterialle, (11) astioista huolehtiminen ruoan jälkeen, (12) lääkkeiden nouto, (13) iltapesuista huolehtiminen, (14) pukeutuminen yöksi, (15) saunassa käynti, (16) oman kaapin viikoittainen siivous. Potilas sai summamuuttujaa varten pisteen kaikista niistä tehtävistä, joista hän poikkeuksetta huolehti kuukauden ajan. Aktiivisuuden summamuuttuja laskettiin sekä vastuutasojärjestelmän ensimmäisen kuukauden että viimeisen kuukauden ajalta ja se sai arvoja 0:sta 16:teen. Matala pistemäärä kuvasi passiivisuutta ja korkea pistemäärä aktiivisuutta. Jos potilas oli vastuutasojärjestelmässä alle puolitoista kuukautta, hänelle ei laskettu kuin ensimmäisen kuukauden aktiivisuuspistemäärä.

Potilaiden käyttäytyminen kirjattiin osastotoiminnan seurantalomakkeen mukaisen jaottelun pohjalta. Lisäksi muodostettiin summamuuttuja, johon otettiin mukaan kaikki em. lomakkeella esiintyvät käyttäytymishäiriöt. Nämä olivat (1) huomattavan poikkeava, omituinen käyttäytyminen tai kyvyttömyys järkevään puhekontaktiin toistuvista yrityksistä huolimatta, (2) väkivaltaisuus, (3) itsensä vahingoittaminen tai itsemurhayritys, (4) karkaaminen tai sen yritys, (5) tehtävistä kieltäytyminen, (6) väkivallalla uhkaaminen, (7) metelöinti ym. muu häirintä, (8) tavaroiden heittäminen, rikkomisen tai hävittäminen, (9) solvaaminen ja loukkaaminen, (10) jankutus tai jatkuva kerjääminen edun saamiseksi, (11) henkilökunnan häirintä kesken muun työsuorituksen, (12)

varastaminen, (13) valehtelu edun saamiseksi ja (14) sopimusten rikkominen. Summamuuuttajaa varten pisteet laskettiin seuraavasti: epäsosiaalista käyttäytymistä kuvaava merkintä seurantalehdellä antoi nolla pistettä ja epäsosiaalisen käyttäytymisen puuttuminen yhden pisteen. Näin potilaiden summapistemäärät saivat arvoja 0-14, jossa matala pistemäärä kuvasi laaja-alaista epäsosiaalista käyttäytymistä ja korkea pistemäärä myönteistä sosiaalista käyttäytymistä. Summapistemäärät laskettiin sekä ensimmäisen että viimeisen hoitokuukauden ajalta. Jos potilas oli vastuutasojärjestelmässä alle puolitoista kuukautta, hänelle ei laskettu kuin ensimmäisen kuukauden summapistemäärä.

Potilaan psyykenlääkityksellä tarkoitetaan sitä lääkitystä, mikä hänellä oli vastuutasojärjestelmästä lähdön yhteydessä. Vaikka lääkitys kirjattiin tarkasti, niin sitä kuvaamaan käytettiin vain lääkityksen laatua kuvaavia dikotomisia muuttujia. Potilaalla oli tai ei ollut (1) neurolepti-, (2) anksiolyytti-, (3) depressio- (4) uni- tai nukahtamis- ja (5) litiumlääkitys. Neurolepteistä erotettiin omaksi ryhmäkseen klotsapiini (Leponex).

Potilaiden skitsofrenia-diagnoosit kirjattiin sairauskertomuksen loppulausunnon mukaisina vastuutasokuntoutuksen päättyessä ja luokittelussa käytettiin seuraavaa jaottelua: hebefrenia (295,1) katatonistyyppinen skitsofrenia (295,2), paranoidinen skitsofrenia (295,3), residuaalinen skitsofrenia (295,6), skitsoaffektiivinen psykoosi (295,7) ja erilaistumaton skitsofrenia (295,9). Potilaan mahdolliset sivudiagnoosit ja somaattiset diagnoosit kirjattiin myös. Potilaan fyysinen sairaus todettiin mahdollisen somaattisen diagnoosin perusteella.

Potilaan psyykinen toimintakyky kirjattiin sairauskertomuksesta GAS-asteikon (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) avulla. Asteikossa psyykkistä toimintakykyä arvioidaan asteikolla 0-9, missä matalat arvot vastaavat heikkoa toimintakykyä ja korkeat arvot hyvää toimintakykyä. GAS-arviot kirjattiin potilaiden sairauskertomuksista vastuutasojärjestelmän alkaessa ja päättyessä.

Potilaan menestyminen vastuutasojärjestelmässä luokiteltiin sen perusteella, miten nopeasti hän eteni hoito-ohjelman ylimmälle tasolle (4-vaihe) ja miten monta kertaa hän aloitti vastuutasojärjestelmän uudestaan alimmalta tasolta (1-vaihe). Luokittelun perustana olivat seuraavat kriteerit:

- a) erinomainen menestyminen – potilas eteni lyhimmässä mahdollisessa ajassa 4-vaiheeseen ja pysyi siellä koko vastuutasokuntoutuksen ajan;
- b) hyvä menestyminen – potilas eteni 4-vaiheeseen, muttei lyhimmässä mahdollisessa ajassa tai putosi 4-vaiheesta ainakin kerran alemmalle tasolle, mutta korkeintaan yhden kerran 1-vaiheeseen;

- c) välttävä menestyminen – potilas eteni 4-vaiheeseen, mutta putosi vähintään kaksi kertaa 1-vaiheeseen;
- d) heikko menestyminen – potilas ei edennyt 4-vaiheeseen.

Vastuutasojärjestelmän jälkeisen välittömän jatkohoidon ja asumismuodon luokitteluissa käytettiin soveltuvin osin SKS-projektin (Salokangas, Saarinen & Ojanen, 1992) luokitteluja.

2.5.1.3. Tiedot potilaiden käyttämistä hoito- ja kuntoutuspalveluista

Tutkimuksessa kerättiin tiedot potilaan hoitohistoriasta ennen vastuutasojärjestelmään tuloa sekä tiedot hoito- ja kuntoutuspalveluiden käytöstä vastuutasojärjestelmäkuntoutuksen jälkeen. Nämä tiedot kerättiin potilaiden psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon sairauskertomuksista.

Hoitohistoriaan liittyvät muuttujat olivat potilaan (1) sairastumisikä, (2) ikä psykiatrisen hoidon alkaessa, (3) ikä ensimmäisen psykiatrisen sairaalahoidon alkaessa, (4) ikä hänen tullessaan vastuutasojärjestelmään, (5) psykiatristen sairaalahoitojen pituuden kertymä, (6) psykiatristen sairaalahoitojen lukumäärä, (7) psykiatristen päiväsairaalahoitojen kertymä, (8) kuntoutuskotihoitojen kertymä, (9) päivätoimintahoitojen kertymä, (10) pienkotihoitojen kertymä, (11) tuetun asumisen kertymä, (12) suojatyöajan kertymä, (13) mielenterveystoimiston hoitojen pituuden kertymä, (14) mielenterveystoimistokäyntien lukumäärän kertymä, (15) psykiatrian poliklinikan käyntien kertymä, (16) jälkipoliklinisten käyntien kertymä, (17) palvelu- ja hoivakotihoitojen kertymä sekä (18) mahdolliset muut hoidot.

Hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttö vastuutasokuntoutuksen jälkeen kirjattiin myös tarkasti. Hoito- ja kuntoutuspalveluiden luokitus oli tällöin sama kuin edellä.

2.5.1.4. Kuntoutumisreittien luokittelu

Potilasuran kolmas vaihe (Ojanen, 1975) ja kuntoutumisreitit kuvaavat osin samaa asiaa eli potilaan tietyn sairaalahoitajakson jälkeistä selviytymistä. Kuntoutumisreitit kuvaavat potilaan sairaalakäytön lisäksi hänen etenemistään kuntoutuksen portailla.

Kuntoutumisreittien luokittelu aloitettiin reitin tason määrittelyllä, millä kuvattiin potilaan itsenäisen selviytymisen astetta asumismuodon suhteen. Aineiston perusteella saatiin neljä tasoa, jotka olivat (1) laitosasumisen, (2)

kotisidonnaisen asumisen, (3) kuntouttavan asumisen ja (4) itsenäisen asumisen tasot. Laitosasumisella tarkoitetaan sitä, että potilas oli laitoshoidossa. Kotisidonnaisella asumisella tarkoitetaan potilaan asumista vanhempiensa tai sukulaistensa luona. Kuntouttava asuminen sisältää kuntoutus- tai pienkoti-, palvelu- tai hoivakoti-, asuntolatyypin sekä tukiasunnossa asumisen. Itsenäisellä asumisella tarkoitetaan yksin tai avio- tai avopuolison kanssa asumista.

Potilaan kuntoutumisreitin taso määräytyi tutkijan hierarkkisesti priorisoimien kriteerien kautta. Jos ensimmäinen kriteeri ei toteutunut, otettiin käyttöön toinen kriteeri. Jos senkään perusteella reitin tasoa ei voitu määrittellä, siirryttiin kolmannen kriteerin käyttöön. Tasokriteerit olivat seuraavia:

- 1) potilas oli ollut haastattelua edeltäneen vuoden aikana koko ajan sillä tasolla, millä hän oli haastatteluhetkellä
- 2) potilas oli ollut haastattelua edeltäneen kolmen vuoden aikana yli 50 % jollakin tasolla
- 3) potilaan kuntoutumisreitin taso määräytyi sen perusteella, millä tasolla hän oli ollut jälkiseuranta-aikana eniten.

Tutkimusryhmän potilaat jakautuivat seuraavasti eri reittitasoille:

laitosasumisen tasolla oli 22 potilasta (21 %), kotisidonnaisen asumisen tasolla 13 potilasta (12,4 %), kuntouttavan asumisen tasolla 38 potilasta (36,2 %) ja itsenäisen elämisen tasolla oli 32 potilasta (30,5 %).

Reitin tasomäärittelyn jälkeen suoritettiin reittityypin määrittely. Reittityyppi määriteltiin sen mukaan, miten potilaan asuminen jälkiseuranta-aikana oli muuttunut tai miten pitkään hän oli jälkiseuranta-aikaan suhteutettuna ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkijan aineiston pohjalta määrittelemät reittityyppien kriteerit olivat seuraavat:

- 1) vakaa reitti – vähintään viiden vuoden yhtämittainen asuminen sillä tasolla, millä potilas oli haastatteluhetkellä tai asuminen jollakin tasolla vähintään 90 %:sesti jälkiseuranta-ajasta;
- 2) progressiivinen reitti – vakaan reitin kriteerit eivät toteudu; potilaan asumisen taso haastatteluhetkellä korkeampi kuin välittömästi vastuutasojärjestelmästä lähdön jälkeen ja asumisen taso muuttuu porrasteisesti itsenäisempään suuntaan; toistuvia psykiatrisia sairaalahoitoja korkeintaan yksi jälkiseuranta-aikana;
- 3) ajoittaisen sairaalahoidon reitti: vakaan tai progressiivisen reitin kriteerit eivät toteudu; potilaan psykiatrisessa sairaalassa viettämä aika kokonaisuudessaan alle 20 % jälkiseuranta-ajasta;
- 4) intensiivisen sairaalahoidon reitti: vakaan, progressiivisen tai ajoittaisen

sairaalahoidon reittien kriteerit eivät toteudu; potilaan psykiatrisessa sairaalassa viettämä aika kokonaisuudessaan 20 % tai enemmän jälkiseuranta-ajasta.

Reittityypeistä vakaa reitti oli yleisin. Siihen voitiin luokitella 46 potilasta (43,8 %). Intensiivisen sairaalahoidon reittityyppiin saatiin 28 potilasta (26,7 %) ja ajoittaisen sairaalahoidon luokkaan 20 potilasta (19,1 %). Progressiivinen reitti oli harvinaisin. Siihen lukeutui 11 potilasta (10,5 %).

Kun kuntoutumisreitin tason ja tyyppin kriteereitä käytettiin yhdessä tutkimusryhmään kuuluvien potilaiden asumistietojen luokittelussa, saatiin kuusi kuntoutumisreittiä, joihin potilaat voitiin luokitella. Kuntoutumisreittien luokat olivat toisensa poissulkevia niin, että potilas voitiin luokitella vain yhteen luokkaan. Samoin luokat olivat kattavia niin, että kaikki potilaat voitiin luokitella. Kuntoutumisreitit olivat vakaa laitosreitti, intensiivisen sairaalahoidon reitti, ajoittaisen sairaalahoidon reitti, vakaa sosiaalisen tuen reitti, progressiivinen reitti ja vakaa itsenäisen elämisen reitti.

Näitä reittejä voidaan kuvata seuraavasti:

1. Vakaa laitosreitti – potilaat olivat asuneet vähintään viisi vuotta yhtäjaksoisesti laitoksessa ennen haastatteluhetkeä tai he olivat asuneet laitoksessa vähintään 90 % jälkiseuranta-ajasta. Nämä potilaat olivat usein pysyvästi laitoshoidossa ja heitä oli tutkimusryhmässä 13 (12,4 %).
2. Intensiivisen sairaalahoidon reitti – potilaat olivat olleet psykiatrisessa sairaalassa kokonaisuudessaan 20 % tai enemmän jälkiseuranta-ajasta, mutta vakaan laitosisreitin kriteerit eivät toteutuneet; nämä potilaat olivat usein ns. pyöro-ovipotilaita, joilla oli lukuisia lyhyitä sairaalahoitoja. Näitä potilaita oli 28 (26,7 %).
3. Ajoittaisen sairaalahoidon reitti – potilaat olivat olleet psykiatrisessa sairaalassa kokonaisuudessaan alle 20 % jälkiseuranta-ajasta; nämä potilaat asuivat usein itsenäisesti tai kuntouttavan asumisen eri muodoissa ja kävivät harvoin psykiatrisessa sairaalahoidossa; näitä potilaita oli 20 (19,0 %).
4. Vakaa sosiaalisen tuen reitti – potilaat olivat asuneet vähintään viisi vuotta yhtäjaksoisesti tai 90 %:a jälkiseuranta-ajasta joko vanhempiensa tai sukulaistensa luona tai vastaavasti kuntouttavassa asumismuodossa ennen haastatteluajankohtaa. Näiden potilaiden tilanne oli vakiintunut niin, että he sosiaalisen tuen turvin tulivat toimeen likimain ilman psykiatrista sairaalahoitoa; näitä potilaita oli 22 (21,0 %).
5. Progressiivinen reitti – potilaat olivat edenneet asumisessa itsenäisempään suuntaan verrattuna siihen tilanteeseen, mikä vallitsi

heidän lähtiessään vastuutasojärjestelmästä; toistuvia psykiatrisia sairaalahoitoja oli korkeintaan yksi seuranta-aikana; yksikään näistä potilaista ei ollut haastatteluajankohtana laitoshoidossa ja he olivat vähitellen edenneet joko kuntouttavaan asumiseen tai täysin itsenäiseen asumiseen; näitä potilaita oli 11 (10,5 %).

6. Vakaan itsenäisen elämisen reitti - potilaat olivat asuneet vähintään viisi vuotta yhtäjaksoisesti tai 90 % seuranta-ajasta joko yksin tai avio- tai avopuolison kanssa ennen haastatteluajankohtaa. Näiden potilaiden tilanne oli vakiintunut niin, että he tulivat toimeen itsenäisesti ilman psykiatrista sairaalahoitoa; näitä potilaita oli tutkimusryhmässä 11 (10,5 %).

2.5.2. Potilaiden haastatteluissa ja arvioinneissa käytetyt menetelmät

Potilaat arvioivat haastattelussa psykososiaalista hyvinvointiaan Ojasen kehittämien graafisten asteikkojen avulla. He vastasivat myös Beckin (1974) 21-osioiseen masentuneisuuden astetta kuvaavaan mittariin sekä Sarasonin, Johnsonin ja Siegelin (1978) elämänmuutoksia kartoittavan mittarin kysymyksiin. Haastattelussa potilailta kysyttiin myös elämäntilanteeseen ja vastuutasokuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyviä kysymyksiä.

2.5.2.1. Graafiset asteikot

Haastatteluissa käytettyjä potilaan psykososiaalista hyvinvointia kuvaavia asteikkoja oli 27 (liite 2). Nämä asteikot oli nimetty seuraavasti:

- (1) Arvostuksen saaminen
- (2) Itsearvostus
- (3) Itseluottamus
- (4) Elämänasenne
- (5) Mieliala
- (6) Vastuuntunto
- (7) Toiminnallisuus
- (8) Päätösvalta
- (9) Itsehillintä
- (10) Stressin sieto
- (11) Elämänhallinta
- (12) Tavoitteiden toteutuminen
- (13) Sosiaalinen rohkeus
- (14) Sosiaaliset suhteet
- (15) Kodinhoito

- (16) Harrasteet
- (17) Asiointi
- (18) Työkyky
- (19) Fyysinen (ruumiillinen) kunto
- (20) Somaattiset oireet
- (21) Vointi (terveys)
- (22) Ahdistuneisuus
- (23) Masennus
- (24) Turvallisuus
- (25) Joustavuus
- (26) Elämän tarkoituksen kokeminen
- (27) Tyytyväisyys elämään.

Asteikot olivat Ojaseen vuosien 1985-1997 aikana kehittämiä ja käyttämiä (esim. Sariola & Ojaneen, 1997; Ojaneen ym., 1995; Ojaneen ym., 1998; Ojaneen, 1994). Useimmiten asteikkojen rakenne on sellainen, missä arvioitava ominaisuus vaihtelee nolasta sataan niin, että nolla-arvo merkitsee mahdollisimman negatiivista tilannetta ja maksimiarvo taas parasta mahdollista tilannetta. Jotkut asteikoista ovat kuitenkin käännettyssä muodossa niin, että matalat arvot vastaavat positiivista ja korkeat arvot negatiivista ominaisuuden tilaa. Tässä tutkimuksessa tällaisia käännettyjä asteikkoja ovat stressin sieto, somaattiset oireet, ahdistuneisuus ja masennus.

Asteikkoja voidaan ryhmitellä psykososiaalisen hyvinvoinnin eri osa-alueille riippuen siitä, miten psykososiaalisen hyvinvoinnin käsite määritellään. Tässä tutkimuksessa asteikot ryhmitellään osin muuttujien keskinäisten korrelaatioiden perusteella, osin sisällöllisin perustein neljään summamuuttuun. Nämä ovat:

1. Terveydentila

- vointi
- masennus
- ahdistuneisuus
- mieliala
- somaattiset oireet
- fyysinen kunto
- stressin sieto
- itsehillintä

2. Sosiaalinen kompetenssi

- sosiaaliset suhteet

- sosiaalinen rohkeus
- joustavuus
- itseluottamus
- arvostuksen saanti
- itsearvostus

3. Toimintakyky

- toiminnallisuus
- kodinhoito
- asiointi
- harrastukset
- työkyky
- vastuuntunto

4. Elämän mielekkyys

- elämänhallinta
- päätösvalta
- elämänasenne
- tavoitteiden toteutuminen
- turvallisuus
- elämän tarkoituksen kokeminen

Tyytyväisyys elämään ei sisälly summamuuttujiin, koska se on subjektiiviseen hyvinvointiin laaja-alaisesti liittyvä muuttuja. Sen vuoksi sitä analyyseissä tarkastellaan itsenäisenä hyvinvointia kuvaavana variaabelina. Stressin sieto liitettiin terveydentilaan, koska stressi-haavoittuvuusmallin perusteella stressikertymä on yhteydessä psyykkiseen oireiluun. Skitsofreniassa itsehillinnän vaikeus liittyy usein impulssikontrollin pettämiseen ja psyykkisen voinnin heikkenemiseen.

Summamuuttujia muodostettaessa käänteiset asteikot muunnettiin muiden muuttujien kanssa samansuuntaisiksi. Jokaisesta summamuuttujasta laskettiin sen jälkeen havaintoyksikkökohtaiset keskiarvot.

Mittarin sisäistä konsistenssia kuvaava reliabiliteettikerroin, Cronbachin alfa (Metsämuuronen 2003, 44-48), saa kaikkien graafisten asteikkojen analyysissä arvon .81. Summamuuttujien osalta alfan arvot jäävät matalammiksi:

- terveydentila .61
- sosiaalinen kompetenssi .69
- toimintakyky .55
- elämän mielekkyys .62

Käytännössä potilaat arvioivat psykososiaalista hyvinvointiaan haastattelun avulla seuraavalla tavalla:

- (1) Tutkija kertoi potilaalle mistä haastattelussa on kysymys, miten arviointi tapahtuu ja miten vastauksia käsitellään korostaen haastattelun luottamuksellisuutta, vapaaehtoisuutta ja haastatteluun osallistuvan henkilöllisyyden pysymistä salassa.
- (2) Potilaan nykyistä elämäntilannetta kartoittavien kysymysten jälkeen tutkija luki ensimmäisen graafisen asteikon (Arvostuksen saaminen) ääripään kuvaukset (asteikon 0-kohtan ja 100-kohtan kuvaukset). Tämän jälkeen potilas arvioi kumpi kuvaus oli lähempänä hänen sen hetkistä tilannettaan.
- (3) Tämän jälkeen tutkija luki potilaalle asteikon keskikohdan (asteikon 50-kohta) kuvauksen ja potilas vertasi sitä aikaisemmin suorittamaansa valintaan ja arvioi kumpi vaihtoehdoista nyt oli lähempänä hänen nykyistä tilannettaan.
- (4) Tämän jälkeen tutkija luki valittua vaihtoehtoa lähimpänä olevan kuvauksen, mikä riippui potilaan aikaisemmista valinnoista (10-kohta, 40-kohta, 60-kohta tai 90-kohta) ja taas potilas valitsi sen vaihtoehdon, mikä paremmin sopi hänen tilanteeseensa.
- (5) Näin edettiin, kunnes potilas arvioi asteikon kuvauksen sopivan häneen joko täysin tai lähes täysin. Jos kaksi kuvausta oli lähes yhtä osuvia, potilasta pyydettiin antamaan mahdollisimman hyvin hänen tilannettaan kuvaava asteikon lukuarvo näiden kahden kuvauksen välillä.
- (6) Potilaalla oli mahdollisuus myös nähdä arvioinnin kohteena oleva asteikko, jos hän sitä halusi. Tällöin hän näki kaikki asteikon kuvaukset ja saattoi sen perusteella valita omaa tilannettaan parhaiten kuvaavan lukuarvon.
- (7) Tutkija kirjasi potilaan antaman lukuarvon asteikolle. Tämän jälkeen siirryttiin seuraavaan graafiseen asteikkoon, kunnes kaikki arviot oli tehty.

2.5.2.2. Beck-asteikko (BDI)

Potilaiden masennuksen arvioinnissa käytettiin Beckin asteikon 21-osioista Irma Karilan vuonna 1986 suomentamaa versiota (Beck & Beamesderfer, 1974). Tässä asteikossa (liite 3a) potilas arvioi juuri sen hetkisiä tuntemuksiaan seuraavien ominaisuuksien suhteen: (1) mieliala, (2) pessimismi, (3) epäonnistumisen tunne, (4) tyytyväisyyden puute, (5) syyllisyyden tunne, (6) rangaistuksi tulemisen tunne, (7) itseinho, (8) itsesyytökset, (9) itsemurhatoiveet, (10) itkunpuuskat (11) ärtyneisyys, (12)

sosiaalinen vetäytyminen, (13) päättämättömyys, (14) ruumiinkuvan vääristyneisyys, (15) työn estyminen, (16) unihäiriöt, (17) väsymys, (18) ruokahalun menetys, (19) painon menetys, (20) somaattinen asennoituminen ja (21) seksuaalisen kiinnostuksen puute. Potilas arvioi kunkin osion kohdalla mikä tai mitkä osioiden vaihtoehdoista, joita on aina neljä, sopivat kuvaamaan hänen tuntemuksiaan. Tutkija kirjasi potilaan vastaukset haastattelulomakkeelle.

Asteikon reliabiliteettia ja validiteettia on selvitetty monissa tutkimuksissa (Beck & Beamesderfer 1974; Beck, Steer & Garbin 1988). Meta-analyysissä mittarin sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava alfa-kerroin sai keskimäärin arvon 0.86 psykiatristen potilaiden aineistoissa. Tässä tutkimuksessa Beck-asteikon alfa jäi matalammaksi ja sai arvon 0.61. Validiteettia kuvaavat korrelaatiokertoimet kliinisiin arvioihin ja Hamiltonin depressioskaalaan ovat olleet psykiatrisissa potilasaineistoissa keskimäärin 0.72 ja 0.73 (Beck ym. 1988).

2.5.2.3. Elämänmuutosten kartoitus

Potilaiden elämänmuutosten kartoituksessa käytettiin Sarasonin, Johnsonin ja Siegelin (1978) menetelmää. Potilaille esitettiin 47 nimetyn elämäntapahtuman lista (liite 3b), josta he valitsivat ne tapahtumat, joita olivat kohdanneet edeltäneen vuoden aikana. Potilailla oli mahdollisuus täydentää listaa, jos siitä puuttui jokin merkittäväksi koettu tapahtuma.

2.5.2.4. Muut kysymykset

Haastattelussa potilaille esitettiin myös kysymyksiä, jotka koskivat asumista, sosiaalista tukea, taloudellista toimeentuloa, ja elämiseen liittyviä parhaita asioita. Haastattelun lopuksi potilailta kysyttiin vastuutasokuntoutukseen ja ohjelman vaikuttavuuteen liittyviä kokemuksia sekä sitä, miten kuntoutusohjelmaa tulisi kehittää (liite 2).

2.5.3. Hoitajien, terapeuttien ja tutkijan käyttämät arviointimenetelmät

Potilaita hoitavat tai hoitaneet ammattihenkilöt sekä tutkija arvioivat potilaita lomakkeella, joka sisälsi lääkitykseen, hoidon ongelmallisuuteen, kuntoutustarpeisiin sekä kuntoutuksen kehittämiseen liittyviä näkökohtia, 18 Ojaseen kehittämää psykososiaalisen hyvinvoinnin graafista asteikkoa, 22 oireasteikkoa sekä toimintakykyyn liittyvän asteikon.

2.5.3.1. Graafiset asteikot

Psykososiaalista hyvinvointia arvioitiin osin samansisältöisillä asteikoilla, joita potilaat käyttivät itsearvioinneissaan. Näitä olivat:

- 1) mieliala
- 2) ahdistuneisuus
- 3) kodinhoito
- 4) harrastukset
- 5) asiointi
- 6) työkyky
- 7) toiminnallisuus
- 8) sosiaaliset suhteet
- 9) sosiaalinen rohkeus
- 10) vastuuntunto
- 11) joustavuus
- 12) itsehillintä ja
- 13) itseluottamus.

Lisäksi potilaita arvioitiin muilla Ojasen kehittämällä asteikoilla, joissa minimiarvo oli nolla ja maksimiarvo sata. Näitä olivat:

- 14) psykoottiset oireet
- 15) sekundaariset oireet
- 16) poikkeava käyttäytyminen
- 17) aggressiivinen käyttäytyminen ja
- 18) hygienia ja siisteys.

Suurin osa asteikoista on samansuuntaisia kuin potilaiden suorittamissa arvioissa eli matalat arvot merkitsevät negatiivista tilannetta ja korkeat arvot positiivista tilannetta. Käännettyjä asteikkoja ovat sekundaariset oireet, poikkeava käyttäytyminen, aggressiivinen käyttäytyminen ja ahdistuneisuus. Asteikot on esitetty liitteessä 4.

Graafisista asteikoista muodostettiin kolme summamuuttujaa korrelatiivisten ja sisällöllisten yhteyksien perusteella. Nämä ovat:

- 1) Psykkinen vointi ja oireilu
 - mieliala
 - psykoottiset oireet
 - itsehillintä
 - ahdistuneisuus
 - sekundaariset oireet

- poikkeava käyttäytyminen
- aggressiivinen käyttäytyminen

2) Sosiaalinen kompetenssi

- sosiaaliset suhteet
- sosiaalinen rohkeus
- joustavuus
- itseluottamus

3) Toimintakyky

- toiminnallisuus
- kodinhoito
- hygienian hoito
- asiointi
- harrastukset
- työkyky
- vastuuntunto
- GAS

Summamuuttujien muodostamiseksi käänteiset asteikot muutettiin samansuuntaisiksi muiden kanssa. GAS-asteikko otettiin mukaan toimintakykysummaan paitsi sisältönsä myös asteikon rakenteen sopivuuden takia. GAS-asteikon ominaisuudet kuvataan raportin osassa 2.5.3.3.

Kaikkien graafisten asteikkojen Cronbachin alfa sai hoitajien ja terapeuttien arvioissa arvon .81 ja tutkijan arvioissa .85. Hyvinvoinnin osa-alueita kuvaavien summamuuttujien alfa-arvot olivat seuraavat:

- Psykykinen vointi ja oireilu: .71 (hoitajat ja terapeutit) ja .73 (tutkija)
- Sosiaalinen kompetenssi: .67 (hoitajat ja terapeutit) ja .78 (tutkija)
- Toimintakyky: .76 (hoitajat ja terapeutit) ja .74 (tutkija).

2.5.3.2. Psykiatriset oirearviot

Potilaiden psykiatrisia oireita arvioitiin samalla menetelmällä, jota Salokangas ym. (2000) käyttivät SKS-projektin potilaskohorttien vertailussa. Menetelmä rakentuu kahden kansainvälisessä käytössä olleen mittarin varaan. Overallin ja Gorhamin (1962) kehittämä Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ja Kayn ym. (1986;1987) luoma Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) yhdistyivät menetelmässä niin, että siihen sisältyi yhdeksän yleistä oiretta, seitsemän positiivista oiretta sekä kuusi negatiivista oiretta. Mittarin osiot oiretyypeittäin luokiteltuina olivat:

Yleiset oireet

- fyysisen terveyden tarkkailu
- ahdistuneisuus
- syyllisyydentunteet
- jännitystila
- omituiset tavat ja liikkeet
- masentuneisuus
- liikkeiden taantuminen
- haluttomuus yhteistoimintaan
- epätavalliset ajatukset

Positiiviset oireet

- ajattelun jäsentymättömyys
- suuruusharhat
- vihamielisyys
- epäluuloisuus
- hallusinaatiot
- kiihtyneisyys
- harhaluulot

Negatiiviset oireet

- tunneilmaisun niukkuus
- tunneilmaisun köyhtyminen
- heikot läheiset suhteet
- sosiaalinen vetäytyminen
- spontaanisuuden ja keskustelun jatkuvuuden puuttuminen
- stereotyyppinen ajattelu.

Jokainen osio sisältää seitsemänportaisen oireen voimakkuutta kuvaavan asteikon, jossa arvo 1 merkitsee ”ei oiretta” ja arvo 7 merkitsee ”erittäin voimakkaat oireet”. Mittari on esitetty liitteessä 7.

Oireasteikon Cronbachin alfa oli hoitajien ja terapeuttien arvioissa .90 ja tutkijan arvioissa .84. Oireiden laatueroja kuvaavien summamuuttujien alfakertoimet olivat:

- Yleiset oireet .73 (hoitajat ja terapeutit) ja .44 (tutkija)
- Positiiviset oireet .86 (hoitajat ja terapeutit) ja .81 (tutkija)
- Negatiiviset oireet .89 (hoitajat ja terapeutit) ja .84 (tutkija).

2.5.3.3. GAS-asteikko

Potilaiden toimintakykyä haastatteluhetkellä arvioitiin GAS-asteikon (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) uudemmallalla versiolla. Asteikolla potilaan toimintakykyä arvioidaan jatkumolla, missä matalin arvo 1 kuvaa äärimmäisen heikkoa toimintakykyä ja korkein arvo 100 parasta mahdollista toimintakykyä (liite 8). GAS-asteikon arvio on reliaabeli ja validi menetelmä skitsofreniapotilaan toimintakyvyn arvioissa edellyttäen, ettei potilasta arvioida hänen psykoottisen sairaudenvaiheensa aikana (Startup, Jackson & Bendix, 2002; Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995). Lisäksi GAS-asteikkoa käytetään yleisesti potilaiden toimintakyvyn arvioissa diagnoosista riippumatta, kun kliinisessä työssä tehdään hoitosuunnitelmia tai seurataan potilaan psyykkisen tilan muutosta (Naber & Vita, 2004).

2.5.3.4. Muut arvioinnit

Hoitohenkilökunta kirjasi tutkimuslomakkeelle (liite 4) potilaan haastatteluajankohdan lääkityksen sekä arvioi sitä, miten oma-aloitteisesti potilas huolehti lääkityksestään. Potilasta arvioiva ammattihenkilö otti kantaa myös siihen, tunsiko hän potilaan hoidon ongelmalliseksi tai vaikeaksi. Nämä kysymykset perustuivat SKS-projektin (Salokangas ym., 1992) tutkimuslomakkeen sisältöön. Hoitavat henkilöt arvioivat lisäksi sitä, miten paljon potilas oli hyötynyt vastuutasokuntoutuksesta ja oliko potilaalla jatkokuntoutuksen tarvetta. Heiltä kysyttiin myös kehittämissuhteita vastuutasokuntoutuksen tehostamiseksi paremmin vastaamaan kuntoutuspotilaiden tarpeita. Lopuksi vastaajilla oli mahdollisuus vapaamuotoisesti tuoda esille muita potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä asioita.

Tutkija arvioi omalta osaltaan potilaan vastuutasokuntoutuksesta saamaa hyötyä ja jatkokuntoutuksen tarvetta.

2.6. YHTEENVETO TUTKIMUSASETELMASTA

Tutkimusasetelma on esitetty kuviossa 8. Nuolet kuvaavat tarkasteltavien osatekijöiden keskinäisiä yhteyksiä ja nuolten suunta mahdollisia vaikutusyhteyksiä.

hoitohistoriaa kuvaaviin muuttujiin tarkasteltiin parittoman t-testin (dikotomiset muuttujat) tai yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla. Metsämuurosen (2003, 644) mukaan yksisuuntaista varianssianalyysiä käytetään silloin, kun verrataan yhden ryhmiteltävän muuttujan ryhmien välisiä keskiarvoja, jos vertailtavia ryhmiä on enemmän kuin kaksi. Jos vertailtavia ryhmiä on kaksi, käytetään t-testiä.

3. Tutkimukseen osallistuneiden ja tutkimuksen ulkopuolelle jääneiden ryhmien taustojen ja hoitohistorian eroja analysoitiin luokiteltujen muuttujien osalta Khin neliö -testillä ja jatkuvien muuttujien osalta parittomalla t-testillä.
4. Vastuutasokuntoutusta kuvaavista muuttujista laskettiin luokiteltujen muuttujien osalta absoluuttiset ja suhteelliset frekvenssit sekä jatkuvista muuttujista ja summamuuttujista laskettiin keskiarvot. Luokiteltujen muuttujien keskinäistä tilastollista riippuvuutta tarkasteltiin Khin-neliön avulla ja luokiteltujen muuttujien yhteyksiä jatkuviin muuttujiin analysoitiin joko parittomalla t-testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Potilaskohtaista muutosta vastuutasokuntoutuksen aikana summamuuttujien ja GAS-pistemäärän osalta tarkasteltiin parillisella t-testillä. Potilaiden elämänhistoriaan ja hoitohistoriaan liittyvien muuttujien tilastollisia yhteyksiä vastuutasokuntoutusta kuvaaviin muuttujiin analysoitiin myös edellä kuvattuja menetelmiä ja periaatteita käyttäen.
5. Kuntoutumisreittien välisiä tilastollisia eroja taustamuuttujien, hoitohistorian ja vastuutasokuntoutukseen liittyvien muuttujien suhteen analysoitiin luokiteltujen muuttujien osalta Khin neliö -testillä ja jatkuvien muuttujien osalta joko parittomalla t-testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA).
6. Potilaiden käyttämien hoitopalveluiden lukumääriä ja ajallisia kertymiä vastuutasokuntoutuksen jälkeen analysoitiin laskemalla muuttujien absoluuttiset ja jälkiseuranta-aikaan suhteutetut keskiarvot. Näiden tilastollisia yhteyksiä potilaiden taustaa, elämänhistoriaa ja vastuutasokuntoutusta kuvaaviin luokiteltuihin muuttujiin analysoitiin parittomalla t-testillä ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) ja yhteyksiä jatkuviin muuttujiin tarkasteltiin korrelaatioanalyysillä. Hoitopalveluiden käyttöä ennen ja jälkeen vastuutasokuntoutusta verrattiin parillisella t-testillä.
7. Potilaiden hoito- ja asumispaikkaan liittyviä muutoksia vastuutasokuntoutuksen jälkeen analysoitiin laskemalla eri hoito- ja asumispaikoissa olevien potilaiden lukumäärien suhteelliset frekvenssit vuoden välein jälkiseuranta-aikana.
8. Potilaiden elämäntilanteeseen haastatteluhetkellä liittyneistä luokitelluista muuttujista laskettiin absoluuttiset ja suhteelliset

frekvenssit ja jatkuvista muuttujista keskiarvot. Elämäntilanteeseen liittyvien muuttujien keskinäisiä yhteyksiä analysoitiin luokiteltujen muuttujien osalta Khin neliö –testillä. Luokiteltujen muuttujien yhteyksiä jatkuviin muuttujiin analysoitiin parittomalla t-testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Samoja analyysimenetelmiä käytettiin, kun selvitettiin potilaiden taustaan, hoitohistoriaan, vastuutasokuntoutukseen ja kuntoutumisreitteihin liittyvien muuttujien yhteyksiä elämäntilanteeseen. Potilaiden haastattelujankohtaa edeltäneiden muutosten määrää ja laatua analysoitiin samoja menetelmiä ja periaatteita käyttäen kuin elämäntilanteeseen liittyvien muuttujien osalta.

9. Potilaiden subjektiivista hyvinvointia kuvaavien graafisten asteikkojen ja niistä muodostettujen summamuuttujien tuloksia analysoitiin laskemalla asteikkojen keskiarvot ja –hajonnat ja keskinäiset korrelaatiot. Hyvinvointieroja dikotomisten taustamuuttujien suhteen analysoitiin parittomalla t-testillä ja moniluokkaisten taustamuuttujien suhteen yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Jatkuvien muuttujien yhteyksiä hyvinvointiarvioihin analysoitiin korrelaatioanalyysin avulla. Tämän viimeisen analyysivaiheen riippumattomat ja riippuvat muuttujat esitetään liitteessä 5.

ANOVAN yhteydessä suoritettiin jatkotestaukset (post hoc –testit) Fisherin PLSD:llä. Jatkotestauksen avulla selvitettiin, mitkä ryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi.

3. TULOKSET

Tulososassa kuvataan aluksi tutkimusryhmän kuntoutukseen ja kuntoutumiseen vastuutasojärjestelmässä liittyviä tuloksia. Sen jälkeen esitetään tutkimusryhmän osalta kuntoutumisreitit sekä hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttöön, haastatteluhetkiseen elämäntilanteeseen, elämänmuutoksiin sekä psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyvät tulokset. Tulososan lopuksi esitetään tutkimusryhmän arviot vastuutasojärjestelmästä sekä hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arviot tutkimusryhmään kuuluvien jatkokuntoutuksen tarpeesta.

3.1. POTILAAT VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSSÄ

Potilaat olivat vastuutasojärjestelmään perustuvassa kuntoutusohjelmassa keskimäärin 241 vuorokautta. Lyhin hoito kesti 11 vuorokautta ja pisin hoito 1246 vuorokautta. Tutkimusryhmän potilaista hoito-ohjelman korkeimpaan vaiheeseen eli 4-tasolle eteni 81,9 %. Minimiajassa eli kuukauden aikana 4-tason saavutti 40 % potilaista. Alle kahdessa kuukaudessa 4-tasolle pääsi 65,7 % potilaista. Eteneminen korkeimmalle vastuutasolle kesti keskimäärin 57 vuorokautta. Potilaat olivat hoitoajastaan keskimäärin 1-tasolla 22 %, 2-tasolla 19 %, 3-tasolla 20 % ja 4-tasolla 39 %. Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisia eroja.

Seuraavassa esitetään ensin tutkimusryhmään kuuluvien hoitotavoitteisiin, toimintaan ja toimintakykyyn, hoito-ohjelmassa menestymiseen, lääkitykseen ja hoito-ohjelman päättymiseen liittyvät tulokset. Tämän jälkeen kuvataan niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä vastuutasojärjestelmässä menestymiseen.

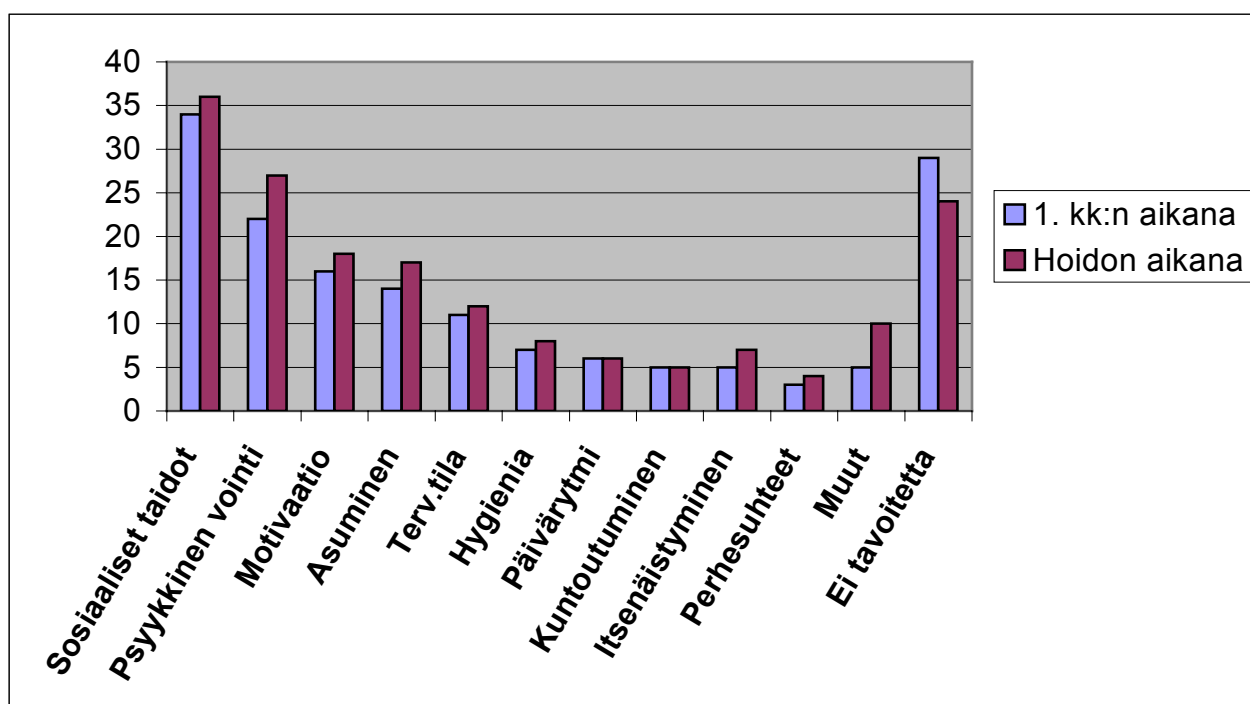
3.1.1. Hoitotavoitteet

Kuntoutusjaksojen aikana kirjattiin 179 hoitotavoitetta, joista 82 % kirjattiin jo kuntoutusjakson 1. kuukauden aikana. Tavoitteiden määrä vaihteli potilaskohtaisesti niin, että 23 %:lla potilaista oli yksi, 22 %:lla kaksi ja 24 %:lla kolme tavoitteen kirjausta. Yli kolme hoitotavoitetta oli 7 %:lla. Ilman kirjattua hoitotavoitetta oli 24 % potilaista.

Tavoitteiden sisältö vaihteli luonnollisesti potilaasta riippuen. Yleisimmin (36 %) hoitotavoitteet liittyivät potilaan sosiaalisiin taitoihin (kuvio 9). Näitä taitoja olivat mm. kodin arkiaskareiden hoitaminen, asiointi kodin ulkopuolella ja vuorovaikutustaidot. Yli neljäsosalla (27 %) hoitotavoitteet liittyivät psyykkiseen vointiin. Keskeisiä tavoitteita olivat myös hoito- ja

kuntoutusmotivaatioon (18 %), jatkoasumiseen (17 %) ja fyysiseen terveydentilaan (12 %) liittyvät tavoitteet. Kuntoutusjakson aikana yleistyivät erityisesti psyykkiseen vointiin, asumiseen ja itsenäistymiseen liittyvät tavoitteet. Myös luokkaan ”muut hoitotavoitteet” kuuluvat heterogeeniset sisällöt lisääntyivät.

Ilman hoitotavoitteita olleet potilaat eivät taustamuuttujien suhteen eronneet muista potilaista. Sen sijaan heidän keskimääräinen hoitoaikansa 1. kuntoutusjaksolla (116 vrk) oli selvästi lyhyempi ($p=.002$) kuin muiden potilaiden (280 vrk).



Kuvio 9. Hoidon alussa ja hoidon aikana kirjattujen hoitotavoitteiden sisältöluokkien yleisyys tutkimusryhmässä (%).

3.1.2. Aktiivisuus ja velvoitteista huolehtiminen

Potilaiden osallistuminen osaston päivittäisiin ja viikoittaisiin tehtäviin sekä huolehtiminen omaa itseä koskevista velvoitteista oli pääosin hyvää tasoa sekä kuntoutusjakson alussa että lopussa (taulukko 10). Selvästi ongelmallisia alueita olivat lääkkeiden noutaminen ajallaan sekä aamu- ja iltapesun suorittaminen. Ruokasaliviikon tehtävissä oli kolmasosalla vaikeuksia kuntoutusjakson alussa. Kaikilla ongelma-alueilla tapahtui kuntoutusjakson aikana myönteistä kehitystä. Lääkityksestä huolehtiminen säilyi kuitenkin ongelmallisimpana asiana kuntoutusjakson loppuun asti. Yli kolmasosa potilaista sai negatiivista palautetta lääkityksen laiminlyömisestä vielä kuntoutusjakson viimeisenkin kuukauden aikana.

Potilaat olivat aktiivisempia kuntoutusjakson viimeisen kuukauden aikana kuin ensimmäisen kuukauden aikana ($p=.006$). Aktiivisuus lisääntyi 50 %:lla, laski 26 %:lla ja pysyi ennallaan 24 %:lla potilaista. Taustamuuttujilla ei ollut yhteyttä aktiivisuuden muutokseen.

Taulukko 10. Potilaiden osaston tehtävistä sekä omaa itseä koskevista velvoitteista saama positiivisen palautteen yleisyys kuntoutusjakson 1. ja viimeisen kuukauden aikana (%).

	1. kk n=105	viimeinen kk n=101
Kurssiviikon tehtävät	92	94
Siivousviikon tehtävät	82	87
Ruokasaliviikon tehtävät	68	77
Palauteryhmä	93	91
Pienryhmä	90	91
Osastokokous	94	95
Aamupesu	56	75
Pukeutuminen aamulla	92	93
Vuoteen sijaus	83	82
Asianmukainen ulkoasu	88	86
Ajoissa aterialle	74	81
Aterioinnin maltillisuus	85	91
Aterioinnin kohtuullisuus	98	97
Aterioinnin siisteys	98	95
Pöydän siistiminen	96	93
Lääkkeiden nouto	49	62
Iltapesu	57	75
Pukeutuminen yöksi	84	84
Saunassa käynti	95	97
Kaapin siivous	95	94

3.1.3. Käyttäytyminen

Epäsosiaalinen käyttäytyminen kuntoutusjakson aikana liittyi useimmiten sopimusten rikkomiseen tai kieltäytymiseen (taulukko 11). Yli puolet potilaista rikkoi tehtyjä sopimuksia ja lähes puolet kieltäytyi tehtävien tekemisestä kuntoutusjakson aikana. Solvaamista ja metelöintiä esiintyi myös melko yleisesti. Vakavia epäsosiaalisen käyttäytymisen muotoja, esim. väkivaltaisuutta tai itsemurhalla uhkailua, esiintyi noin kymmenesosalla potilaista. Kuntoutusjakson aikana täysin sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla käyttäytyi 29 % potilaista.

Kuntoutusjakson ensimmäisen kuukauden aikana epäsosiaalisen käyttäytymisen esiintyminen oli harvinaista (taulukko 11). Viimeisen kuntoutuskuukauden aikana epäsosiaalisuus oli myös harvinaista, mutta esimerkiksi sopimusten rikkominen oli yleisempää kuin välittömästi kuntoutusohjelmaan tulon jälkeen.

Taulukko 11. Potilaiden epäsosiaalisten käyttäytymismuotojen yleisyys kuntoutusjakson aikana (%).

	1. kk:n aikana n=105	viim. kk:n aikana n=101	koko kunt.jakson aikana n=105
Sopimusten rikkominen	16	22	54
Kieltäytyminen	16	19	46
Solvaaminen	8	5	25
Metelöinti	2	6	24
Väkivallalla uhkaaminen	1	3	17
Tavaroiden heittäminen	4	3	16
Valehtelu edun saamiseksi	2	1	14
Karkaaminen tai sen yritys	3	6	13
Väkivaltaisuus	1	3	12
Huomattavan poikkeava käyttäytyminen	2	4	12
Varastaminen	1	3	10
Itsemurhalla uhkaaminen	0	2	10
Jankutus tai jatkuva kerjääminen edun saamiseksi	1	0	5
Henkilökunnan häirintä kesken työsuorituksen	0	0	5

3.1.4. Lääkitys

Kaikilla potilailla oli kuntoutusohjelman päätyttyä neuroleptilääkitys. Pelkästään klotsapiini (Leponex) lääkitys oli 9 %:lla. Klotsapiini ja muu neuroleptilääke yhdessä oli 3 %:lla ja pelkästään jokin muu neurolepti kuin klotsapiini oli 91 %:lla.

Pelkästään neuroleptilääkitys oli 57 %:lla. Neuroleptihoitoon oli yleisimmin liitetty anksiolyyttilääkitys (19 %). Uni- tai nukahtamislääke oli 11 %:lla, Litiumlääkitys 10 %:lla ja depressiolääkitys 9 %:lla. Kolmen lääketypin yhdistelmiä oli 7 %:lla.

Peruslääkityksen lisänä käytettyjä lääkevalmisteita (ns. tarvittavia lääkkeitä) sai kuntoutusjakson aikana 57 %.

3.1.5. Toimintakyky

Potilaiden toimintakyvyssä GAS-asteikolla arvioituna tapahtui kuntoutusjakson aikana paranemista. GAS-asteikon keskiarvo nousi 3,44:stä 3,75:een ($p=.001$). Suurimmalla osalla (64 %) toimintakyvyn arvio pysyi kuitenkin muuttumattomana. Myönteinen muutos tuli esille 29 %:lla ja huonompaan suuntaan toimintakyky muuttui 7 %:lla.

Kun verrataan toimintakyvyssään edistyneiden potilaiden ryhmää muihin potilaisiin, niin toimintakyvyn paraneminen oli yhteydessä käyttäytymisessä tapahtuneeseen myönteiseen muutokseen kuntoutusjakson aikana ($p=.006$), aamupesujen ($p=.043$) ja lääkkeiden noudon ($p=.033$) sujumiseen kuntoutusjakson alussa sekä vähäiseen tehtävistä kieltäytymiseen kuntoutusjakson lopussa ($p=.021$). Toimintakyvyssä edistyneiden ryhmän lähtötaso GAS-asteikolla oli matalampi kuin niiden potilaiden, joiden toimintakyky pysyi entisellään tai heikkeni (ka. 3,13 versus 3,56; $p=.011$). Edistyneiden ryhmässä oli esiintynyt toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä ennen kuntoutusjaksolle tuloa harvemmin kuin muiden potilaiden ryhmässä (20 % versus 46 %; $p=.021$). Edellisen ryhmän potilaista 97 % eteni hoito-ohjelmassa ylimpään kuntoutusvaiheeseen, kun vastaavasti jälkimmäisessä ryhmässä 76 % pystyi samaan ($p=.042$).

3.1.6. Menestyminen

Potilaiden menestyminen hoito-ohjelmassa jakautui niin, että erinomaisesti menestyneitä oli 17 %, hyvin menestyneitä 34 %, tyydyttävästi menestyneitä 31 % ja huonosti menestyneitä 18 %.

Vaikka eri tavoin hoito-ohjelmassa menestyneiden potilaiden tausta- ja hoitohistoriaan liittyvissä muuttujissa oli eroavaisuuksia, tilastollinen merkitsevyys tuli esille vain toistuvan väkivaltaisen käyttäytymisen osalta (liitetaulukko 6A). Yli puolella huonosti hoito-ohjelmassa menestyneistä potilaista oli menneisyydessään toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä. Erinomaisesti menestyneistä vain alle viidesosalla oli esiintynyt toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä.

Hoito-ohjelmassa menestyminen oli merkitsevästi yhteydessä potilaan aktiivisuuteen, käyttäytymiseen ja toimintakykyyn hoidon aikana (taulukko 12). Ryhmien välillä oli eroja aktiivisuudessa ja käyttäytymisessä jo hoidon alussa. Sekä erinomaisesti että hyvin hoito-ohjelmassa menestyneiden toimintakyky parani ja muiden toimintakyvyn arviot pysyivät alkutilanteen tasolla.

Eri tavoin menestyneiden ryhmien välillä oli aktiivisuuseroja alusta alkaen palauteryhmään osallistumisessa ($p=.043$), aamupesulla käynnissä ($p=.003$), vuoteen sijauksessa ($p=.031$), asianmukaisessa ulkoasussa ($p=.001$), ajoissa aterialle saapumisessa ($p=.001$) ja yöksi pukeutumisessa ($p=.03$). Hoidon lopussa eroja oli lähes kaikissa aktiivisuuteen ja velvollisuuksista huolehtimiseen liittyvissä asioissa.

Ryhmät erosivat kolmen epäsosiaalisen käyttäytymismuodon esiintymisen osalta jo hoidon alussa. Tällaisia olivat kieltäytyminen ($p=.019$), solvaaminen ($p=.003$) ja sopimusten rikkominen ($p=.022$). Huonosti ja tyydyttävästi menestyneillä potilailla oli näitä epäsosiaalisen käyttäytymisen muotoja selvästi enemmän kuin muilla hoidon aikana.

Hoito-ohjelmassa menestyminen oli yhteydessä myös hoitoaikaan (taulukko 12). Erinomaisesti ja huonosti menestyneiden ryhmissä hoitoajat olivat muihin ryhmiin verrattuna selvästi lyhyemmät. Tyydyttävästi menestyneiden hoitoaika oli selvästi pisin ja yli nelinkertainen verrattuna erinomaisesti menestyneiden ryhmän hoitoaikaan.

Taulukko 12. Hoito-ohjelmassa menestymisen yhteys potilaan hoitoon ja hoito-ohjelman aikana tapahtuneeseen kuntoutumiseen: erot ryhmien välillä Kheineliö –testin tai yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan tarkasteltuna (N=105)

	Erinomaisesti menestyneet n=18	Hyvin menestyneet n=36	Tyydyttävästi menestyneet n=32	Huonosti menestyneet n=19	p-arvo
Hoitoaika hoito-ohjelmassa (vrk) (ka.)	96,5	209,6	434,7	111,6	.001
Hoito-ohjelmaan tulo akuuttipsykiatrian yksiköistä (%)	72	50	41	47	.193
Kirjattu kuntoutustavoite (%)	67	81	88	58	.071
Aktiivisuus hoito-ohjelman**					
- alussa (ka.)	14,3	13,8	12,4	11,3	.001
- lopussa (ka.)	15,7	14,8	12,8	10,9*	.001
- aktiivisuuden muutos (ka.)	1,39	1,03	0,31	0,13*	.367
Käyttäytyminen hoito-ohjelman***					
- alussa (ka.)	14,0	13,7	13,3	12,6	.001
- lopussa (ka.)	14,0	13,8	12,9	11,9*	.001
- käyttäytymismuutos (ka.)	0,00	0,08	-0,34	-0,67*	.082
Käyttäytyminen koko hoito-ohjelman aikana (ka.)	14,0	12,8	9,4	9,3	.001
GAS-arvio hoito-ohjelman					
- alussa (ka.)	3,67	3,42	3,44	3,26	.480
- lopussa (ka.)	4,22	4,08	3,41	3,26	.001
GAS-arvion muutos (ka.)	0,55	0,66	-0,03	0,00	.004
Lääkitys hoito-ohjelman lopussa (%)					
Leponex	6	17	16	11	.668
Muu neuroleptilääke	94	89	91	95	.850
Depressiolääke	11	8	3	16	.453
Anksiolyyttilääke	22	11	31	11	.134
Uni-/nukahtamislääke	11	8	13	16	.332
Litium-lääke	22	8	9	5	.332
Ns. tarvittavia lääkkeitä saaneet hoito-ohjelman aikana (%)	61	53	72	37	.359

Khin –neliö, df= 3; ANOVA, df=101

* n=15

** Aktiivisuuden summamuuttuja: 0-16, jossa 0=erittäin passiivinen ja 16=erittäin aktiivinen

*** Sosiaalisen käyttäytymisen summamuuttuja: 0-14, jossa 0=erittäin epäsosiaalinen ja 14=erittäin sosiaalinen

Tummennetut luvut: tilastollinen ero tyydyttävästi menestyneiden ryhmään $p < .05$

Alleviivatut luvut: tilastollinen ero huonosti menestyneiden ryhmään $p < .05$.

3.1.7. Vastuutaso-ohjelman jälkeinen välitön hoito

Yli puolet potilaista (55 %) siirtyi hoito-ohjelmasta mielenterveystoimiston jatkohoitoon. Psykiatrasta sairaalahoitoa jatkoi jollakin toisella hoito-osastolla tai toisessa sairaalassa vajaa kolmasosa (31 %). Muita jatkohoitopaikkoja olivat päivätoiminta (8 %), jälkipoliklinikkäkäynnit osastolla T9 (5%) ja terveyskeskus (1 %)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa jatkaneet erosivat avohoitoon siirtyneistä monissa asioissa (liitetaulukko 6B). Sairaalahoitoa jatkaneet potilaat olivat useammin ammattitaidottomia ja he olivat avohoitopotilaita yleisemmin käyttäytyneet väkivaltaisesti tai epäsosiaalisesti. Heidän hoitohistoriaansa kuului enemmän psykiatrasta sairaalahoitoa ja heidän kuntoutuksensa oli alkanut myöhemmin kuin avohoitopotilaiden. Heidän yhtämittäinen hoitonsa ennen vastuutasokuntoutukseen tuloa oli selvästi pidempi kuin avohoitopotilailla, minkä vuoksi he yleensä tulivat pitkäaikaispsykiatrian hoitoyksiköistä. Avohoitoon siirtyneistä potilaista lähes kaksikolmasosa tuli akuuttipsykiatrian yksiköistä.

Sairaalapotilaiden menestyminen hoito-ohjelmassa oli odotetusti huomattavasti heikompaa kuin avohoitoon siirtyneiden. He olivat myös passiivisempia, heillä oli enemmän epäsosiaalista käyttäytymistä sekä heidän toimintakykynsä hoito-ohjelman lopussa oli heikompaa kuin avohoitopotilaiden.

3.1.8. Vastuutaso-ohjelman jälkeinen välitön asuminen

Potilaiden jatkoasumispaikka hoito-ohjelman päättymisen jälkeen oli yleisimmin psykiatrinen sairaalaosasto (31 %). Lähes yhtä usein potilas lähti kuntoutuskotiin (28 %) tai omaisten luokse (23 %). Joka kymmenes (10 %) potilas siirtyi asumaan itsenäisesti. Loput potilaista (8 %) siirtyivät pienkotiin, palvelukotiin tai tuettuun asumiseen.

Edellä olevassa kappaleessa esitettiin eroja avohoitoon tai laitoshoitoon ohjattujen potilaiden tunnuslukujen välillä. Myös potilaiden psykiatrisen sairaalan ulkopuolisen jatkoasumisen muodoilla oli yhteyttä joihinkin

taustatekijöihin sekä hoitohistoriaan ja hoito-ohjelmaan liittyviin tunnuslukuihin (liitetaulukko 6C).

Omaan asuntoon siirtyneistä puolella oli ollut ongelmallista alkoholinkäyttöä. He olivat psyykkisen sairauden oireiden alkamisen jälkeen hakeutuneet hoitoon selvästi myöhemmin kuin muut. Omaisten luokse asumaan lähteneet olivat olleet muita vähemmän psykiatrisessa sairaalahoidossa ja heidän sairaalahoitajaksonsa ennen hoito-ohjelmaan tuloa oli keskimäärin myös lyhyempi kuin muiden. Kuntouttavaan asumiseen siirtyneiden potilaiden hoitohistoriassa oli selvästi muita enemmän psykiatrista sairaalahoidoa. Kuntouttavalla asumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä kuntoutuskoti-, pienkoti- ja palvelukotiasumista sekä tuetun asumisen muotoja. Hoito-ohjelmaan tuloa edeltäneen sairaalahoitajakson keskimääräinen pituus oli yli nelinkertainen muihin verrattuna. Potilaiden kuntoutus hoito-ohjelmassa kesti keskimäärin muita pidempään.

3.2. KUNTOUTUMISREITIT SEKÄ HOITO- JA KUNTOUTUS-PALVELUIDEN KÄYTTÖ VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSTÄ LÄHDÖN JÄLKEEN

Seuraavassa tarkastellaan potilaiden kuntoutumisreittien yleisyyttä sekä sitä, miten potilaiden sosioekonominen tausta, hoitohistoria sekä kuntoutusohjelmassa selviytyminen ovat yhteydessä kuntoutumisreitteihin. Kuntoutumisreittien luokittelukriteerit on esitetty raportin aikaisemmassa osassa.

Tarkastelun kohteena ovat myös potilaiden käyttämät hoito- ja kuntoutuspalvelut kuntoutusohjelman päättymisen jälkeen sekä niiden käytössä tapahtuneet muutokset verrattuna kuntoutusohjelmaa edeltäneeseen aikaan.

3.2.1. Kuntoutumisreitit ja niiden yhteys potilaiden hoitohistoriaan ja kuntoutumiseen vastuutasojärjestelmässä

Potilaiden yleisin kuntoutumisreitti oli intensiivisen sairaalahoidon reitti (27 %). Seuraavina olivat vakaa sosiaalisen tuen reitti (21 %) ja ajoittaisen sairaalahoidon reitti (19 %). Harvinaisempia olivat vakaa laitosreitti (12 %), progressiivinen reitti (10 %) ja vakaa itsenäisen elämisen reitti (10 %). Eri kuntoutumisreiteille ohjautuneet potilaat erosivat taustoiltaan ja hoitohistoriaan liittyvien muuttujien osalta melko vähän toisistaan (liitetaulukko 6D). Tilastollisia eroja saatiin vain toistuvan väkivaltaisen ja epäsosiaalisen käyttäytymisen osalta. Vakaan laitosisreitin potilailla väkivaltaisuus ja

epäsosiaalisuus olivat ennen vastuutasojärjestelmään tuloa selvästi muita yleisempiä. Vakaan itsenäisen elämisen reitin potilailla oli muita vähemmän esiintynyt väkivaltaisuutta ja epäsosiaalisuutta.

Eri kuntoutumisreiteille ohjautuneiden potilaiden välillä oli osin suuria eroja, kun tarkastellaan heidän selviytymistään vastuutasojärjestelmässä (taulukko 13). Tulosten mukaan parhaiten vastuutasojärjestelmässä menestyivät ajoittaisen sairaalahoidon reitin kuntoutujat. Lähes yhtä hyvin onnistuivat vakaan itsenäisen elämisen reitin kuntoutujat. Näiden ryhmien potilaista lähes kaikki etenivät vastuutasojärjestelmän korkeimmalle tasolle ja pysyivät siellä muita kauemmin. Melko hyvin menestyivät myös vakaan sosiaalisen tuen ja intensiivisen sairaalahoidon reittien kuntoutujat. Progressiivisen reitin kuntoutujista vain runsas puolet eteni korkeimmalle vastuutasolle. Vakaan laitosreitin kuntoutujista alle kymmenen prosenttia menestyi hyvin tai erinomaisesti.

Eri reittien kuntoutujien toimintakyvyssä GAS-pisteillä arvioituna oli eroja jo vastuutasojärjestelmän alussa. Lopussa erot olivat vielä selvemmat. Paras toimintakyky oli vakaan itsenäisen elämisen reitin kuntoutujilla ja heikoin toimintakyky oli vakaan laitosreitin kuntoutujilla. Toimintakyky parani eniten vakaan sosiaalisen tuen reitin kuntoutujilla.

Kaikki ajoittaisen sairaalahoidon reitin kuntoutujat ja lähes kaikki vakaan itsenäisen elämisen reitin kuntoutujista siirtyivät avohoitoon. Vakaan laitosreitin kuntoutujista lähes kaikki siirtyivät jatkohoitoon toiselle psykiatriselle osastolle tai toiseen psykiatriseen sairaalaan.

Taulukko 13. Potilaiden hoito-ohjelman aikana tapahtunut kuntoutuminen kuntoutumisreitin mukaan: erot ryhmien välillä Khi-neliö –testin tai yksisuuntaisen varianssanalyysin mukaan tarkasteltuna (N=105)

	Valr* n=13	Inshr* n=28	Ajshr* n=20	Vastr* n=22	Progr* n=11	Vaier* n=11	p-arvo
Hoitopäivien lukumäärä							
vastuutasojärjestelmässä (ka.)	326	258	215	284	116	186	.256
4-vaiheeseen edenneiden osuus (%)	76,9	71,4	95,0	86,4	63,6	100,0	.081
4-vaiheessa olemisen %-osuus hoitoajasta (ka.)	20,5	35,6	54,8	43,7	26,5	43,7	.007
Putoaminen 1-vaiheeseen (ka.)	6,2	2,1	0,9	2,1	1,5	1,5	.001
Erinomaisesti tai hyvin vastuutasojärjestelmässä menestyneet (%)	7,7	39,3	80,0	59,1	45,5	72,7	.001
GAS-pisteet alussa (ka.)	3,08	3,71	3,45	3,14	3,36	3,82	.028
GAS-pisteet lopussa (ka.)	3,00	3,79	4,00	3,86	3,36	4,27	.008
Muutos GAS-pisteissä (ka.)	-0,08	0,08	0,55	0,72	0,00	0,45	.042
Aktiivisuus alussa (ka.)**	12,1	13,2	13,3	12,8	12,2	14,5	.278
lopussa (ka.)**	11,3	13,7	15,0	13,8	13,0	15,1	.018
Aktiivisuuden muutos (ka.)**	-0,77	0,56	1,74	1,00	0,80	0,64	.189
Käyttäytyminen alussa (ka.)**	13,2	13,4	13,6	13,4	13,5	13,5	.879
lopussa (ka.)**	12,1	13,2	13,7	13,4	13,3	13,8	.001
Käyttäytymisen muutos (ka.)**	-1,15	-0,26	0,11	0,00	-0,20	0,36	.005
Lähettävänä vastuualueena akuuttipsykiatria (%)	7,7	53,6	55,0	59,1	72,7	45,5	.026
Jatkohoito avohoidossa (%)	15,4	60,7	100,0	77,3	54,5	90,1	.001

* lyhenteiden selitykset: Valr=vakaa laitosreitti; Inshr=intensiivisen sairaalahoidon reitti; Ajshr=ajoittaisen sairaalahoidon reitti; Vastr=vakaa sosiaalisen tuen reitti; Progr=progressiivinen reitti; Vaier=vakaa itsenäisen elämisen reitti.

** Intensiivinen sairaalahoidon reitti: n=27

Ajoittaisen sairaalahoidon reitti: n=19

Vakaa sosiaalisen tuen reitti: n=21

Progressiivinen reitti: n=10

Tummennetut luvut: tilastollinen ero vakaan sosiaalisen tuen reittiin $p > .05$

Khin –neliö, $df=5$; ANOVA, $df=99$

3.2.2. Psykiatriset sairaalahoidot ja mielenterveystoimistossa saadut hoidot jälkiseurannan aikana

Raportin osassa 4.1.7. esitetään kuntoutujien välittömät hoitopaikat vastuutasokuntoutuksen päättyessä ja edellisessä osassa raportoidaan kuntoutumisreitteihin liittyviä tuloksia. Tarkemman kuvan saamiseksi kuntoutujien hoitomuodoista ja hoitoajoista jälkiseurannan aikana sekä niissä tapahtuneista muutoksista verrattuna alkuseuranta-aikaan on syytä jatkaa tulosten esittelyä yksilöidymmin.

Monet potilaan taustaan, hoitohistoriaan ja vastuutasokuntoutukseen liittyvät luokitellut muuttajat olivat yhteydessä psykiatrisen sairaalahoidon määrään jälkiseuranta-aikana (liitetaulukko 6E). Kuntoutujilla, jotka olivat ehtineet hankkia itselleen ammatin tai olivat opiskelemassa ennen hoito-ohjelmaan tuloa, oli vähemmän psykiatrista sairaalahoitoa kuin ammattitaidottomilla henkilöillä. Väkivaltaisen tai epäsosiaalisen käyttäytymisen puuttuminen ennen hoito-ohjelmaan tuloa oli myös yhteydessä vähäiseen sairaalahoitoon. Myönteisiä ennusmerkkejä olivat myös akuuttipsykiatrinen hoito ennen hoito-ohjelmaan tuloa, nopea eteneminen ja erinomainen tai hyvä menestyminen vastuutasojärjestelmässä, välitön jatkohoito avohoidossa sekä siirtyminen hoito-ohjelman päätyttyä asumaan itsenäisesti, omaisten luokse tai kuntouttavaan asumismuotoon.

Potilaiden taustaan ja hoitohistoriaan liittyvistä muuttujista korreloi psykiatrisen sairaalahoidon määrään ainoastaan psykiatrisen sairaalahoidon määrä ennen vastuutasojärjestelmään tuloa ($r=.27$; $p<.01$). Vastuutaso-ohjelmaan liittyvistä muuttujista potilaan aktiivisuus ($r=-.46$; $p<.001$), käyttäytymisen sosiaalisuus ($r=-.55$; $p<.001$) sekä toimintakyky ($r=-.30$; $p<.01$) vastuutasokuntoutuksen päättyessä korreloivat negatiivisesti psykiatrisen sairaalahoidon määrään.

Potilaan taustaan, hoitohistoriaan ja vastuutasokuntoutukseen liittyvillä luokitelluilla muuttujilla oli tilastollisia yhteyksiä mielenterveystoimistohoitojen pituuden jälkiseuranta-aikaiseen kertymään. Yhteyksiä oli samoihin muuttujiin kuin psykiatrisen sairaalahoidon kertymän osalta, mutta yhteydet olivat pääosin käänteisiä edellisiin verrattuna (liitetaulukko 6F).

Potilaan taustaan ja vastuutasokuntoutusta edeltävään hoitohistoriaan liittyvistä muuttujista positiivisesti korreloivat jälkiseuranta-aikaiseen mielenterveystoimistohoitojen pituuden kertymään mielenterveystoimistokäyntien lukumäärän ($r=.33$; $p<.001$) ja mielenterveystoimistohoitojen pituuden kertymät ($r=.30$; $p<.01$) ja negatiivisesti psykiatristen sairaalahoitojen pituuden kertymä ($r=-.35$; $p<.001$). Mielenterveystoimistokäyntien määrä ennen vastuutasokuntoutusta korreloi

positiivisesti myös mielenterveystoimistokäyntien määrään jälkiseuranta-aikana ($r=.35$; $p<.001$).

Potilaan vastuutasokuntoutukseen liittyvistä muuttujista mielenterveystoimistohoitojen pituuden kertymään korreloivat vahvasti aktiivisuus ($r=.32$; $p<.01$) ja sosiaalinen käyttäytyminen kuntoutusohjelman päättyessä ($r=.42$; $p<.001$).

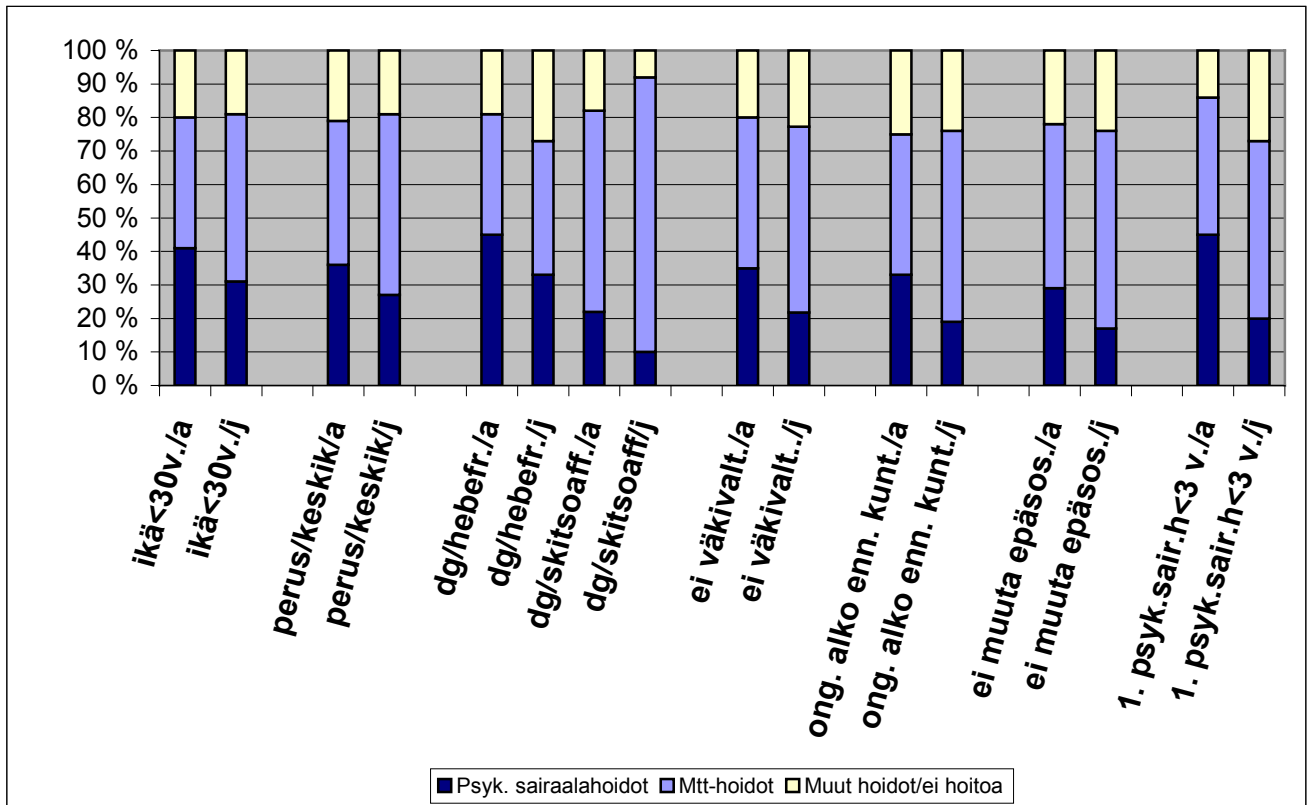
3.2.3. Psykiatrisissa sairaalahoidoissa ja mielenterveystoimistoissa saaduissa hoidoissa tapahtunut muutos

Ennen vastuutasojärjestelmään tuloa potilaat olivat olleet ensimmäisestä psykiatrisesta hoitokontaktista lähtien psykiatrisessa sairaalahoidossa keskimäärin 38 % seuranta-ajasta. Vastuutasokuntoutuksen jälkeen potilaat olivat seuranta-aikana psykiatrisessa sairaalahoidossa keskimäärin 32 %. Muutos ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p=.121$). Psykiatrinen sairaalahoido väheni 63 potilaan osalta (60 %) ja lisääntyi 42 potilaan kohdalla (40 %).

Alkuseurannan aikana kaikki potilaat olivat olleet psykiatrisessa sairaalahoidossa. Jälkiseurannan aikana 15 (14,3 %) kuntoutujaa pysyi psykiatrisen sairaalan ulkopuolella. Näistä yhdeksän (60 %) oli naisia ja kuusi (40 %) oli miehiä. Psykiatrisia sairaalahoitokertoja kuntoutujilla oli jälkiseurannan aikana keskimäärin 4,7 kertaa vaihteluvälin ollessa 0-45. Psykiatriset sairaalahoitokerrat seuranta-aikaan suhteutettuina eivät keskimäärin vähentyneet.

Potilaat olivat olleet mielenterveystoimiston hoitosuhteessa ennen vastuutasojärjestelmään tuloa keskimäärin 41 % alkuseuranta-ajasta. Vastuutasojärjestelmästä lähdön jälkeen mielenterveystoimistohoitojen suhteellinen osuus jälkiseuranta-ajasta oli keskimäärin 44 %. Muutos ei ole tilastollisesti merkitsevä. Hoitosuhteiden keston kertymä lisääntyi 57 potilaalla (54,3 %) ja väheni 39 potilaalla (37,1 %). Tutkimusryhmään kuului yhdeksän potilasta (8,6 %), joilla ei ollut lainkaan mielenterveystoimistohoitoja alkuseurannan eikä jälkiseurannan aikana. Seuranta-aikoihin suhteutetut mielenterveystoimistokäyntien määrät lisääntyivät keskimäärin vähän, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Käynnit lisääntyivät 50 potilaan (47,6 %) ja vähenivät 46 potilaan (43,8 %) osalta. Potilaiden taustaan, hoitohistoriaan ja vastuutasokuntoutukseen liittyvien muuttujien yhteydet psykiatristen sairaalahoitokertojen ja mielenterveystoimistohoitojen seuranta-aikoihin suhteutettuihin kertymiin on esitetty liitteissä (liitetaulukot 6G, 6H, 6I ja 6J).

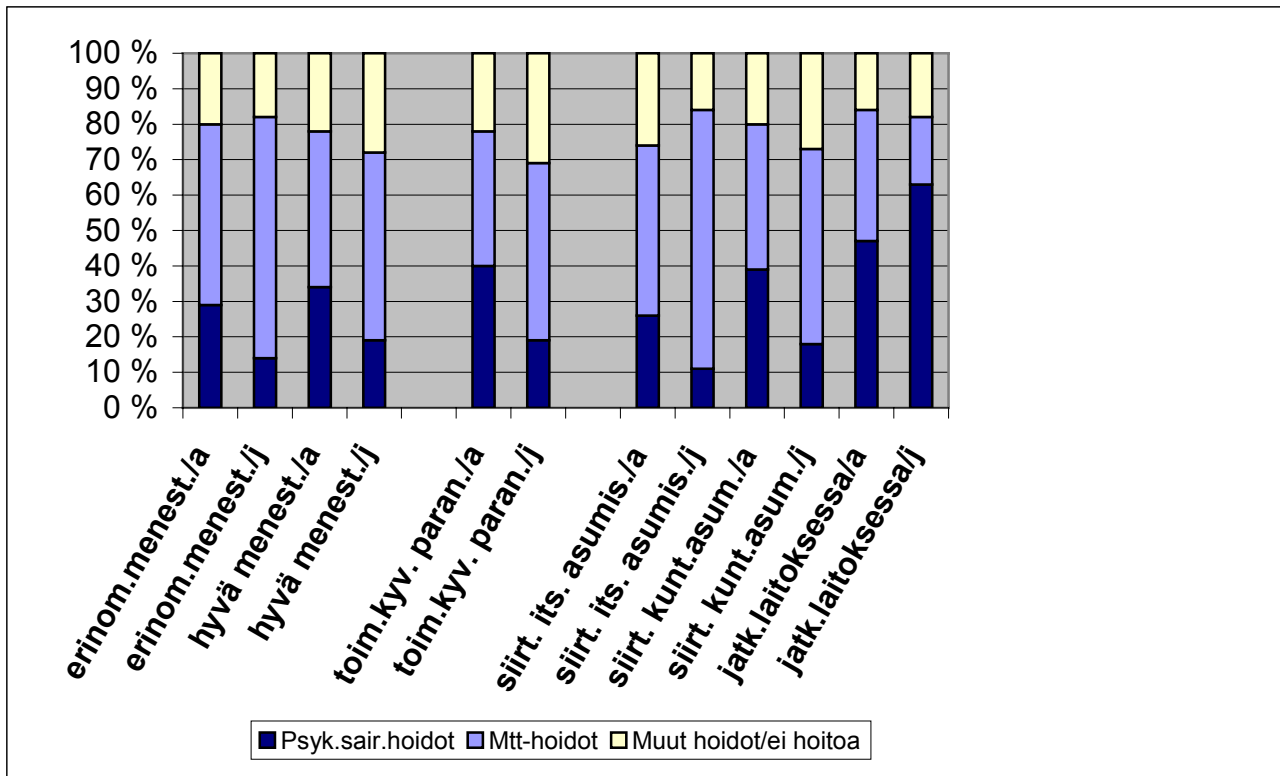
Kuviossa 10 on esitetty suurimmat hoitokertymissä tapahtuneet muutokset taustamuuttujien ja hoitohistoriaan liittyvien muuttujien osalta ryhmiteltynä. Psykiatrisen sairaalahoidon väheni erityisesti niillä potilailla, joilla oli skitsoaffektiivinen skitsofrenia tai hebefrenia-diagnosi tai joiden ensimmäisestä sairaalahoidosta vastuutaso-ohjelmaan tuloon oli kulunut korkeintaan kolme vuotta. Toistuvan väkivaltaisen ja epäsosiaalisen käyttäytymisen puuttuminen ja ongelmallinen alkoholin käyttö hoitohistorian aikana olivat myös yhteydessä sairaalahoidon vähenemiseen. Psykiatrisen sairaalahoidon vähenemiseen liittyi yleensä mielenterveystoimistossa saadun hoidon lisääntyminen.



Kuvio 10. Hoitojen suhteellisissa osuuksissa tapahtuneet suurimmat muutokset potilaiden tausta- ja hoitohistoriaan liittyvien muuttujien osalta (a=alkuseuranta; j=jälkiseuranta)

Kuviossa 11 esitetään suurimmat hoitokertymissä tapahtuneet muutokset vastuutasokuntoutukseen liittyvien muuttujien osalta ryhmiteltynä. Potilaan erinomainen tai hyvä menestyminen hoito-ohjelmassa oli yhteydessä sairaalahoidon vähenemiseen. Samoin aktiivisuuden lisääntyminen ja toimintakyvyn paraneminen olivat yhteydessä vähentyneeseen sairaalahoitoon. Siirtyminen itsenäiseen tai kuntouttavaan asumiseen hoito-ohjelman päättymisen jälkeen sekä jatkohoidon järjestäminen avohoidon palveluiden varaan johtivat myös suotuisaan tulokseen. Laitossijoitus vastaavassa tilanteessa lisäsi psykiatrisen sairaalahoidon suhteellista määrää alkuseurantaan nähden. Mielenterveystoimistohoitosten osuus oli suurempi

jälkiseurannassa verrattuna alkuseurantaan niillä potilailla, jotka vastuutasokuntoutuksen jälkeen siirtyivät itsenäiseen asumiseen tai joiden jatkohoito järjestyi avohoitoon tai polikliinisesti. Laitossijoitus vähensi merkittävästi mielenterveystoimistossa saadun hoidon määrää.



Kuvio 11. Hoitojen suhteellisissa osuuksissa tapahtuneet suurimmat muutokset potilaiden vastuutasokuntoutukseen liittyvien muuttujien osalta (a=alkuseuranta; j=jälkiseuranta).

3.2.4. Tuettu asumishoito

Tuettuun asumishoitoon sisältyvät potilaan kuntoutus- ja pienkotihoidot, palvelu- ja hoivakotihoidot sekä asuntolatyypinen hoito. Nämä hoito- ja asumismuodot yleistyivät selvästi jälkiseurannan aikana verrattuna alkuseuranta-aikaan. Alkuseurannan aikana neljällä potilaalla (3,8 %) oli tuettua asumista. Jälkiseurannan aikana 68 potilasta (64,8 %) oli tai oli ollut jossakin tuetun asumisen muodossa. Kun tuetun asumishoidon osuus alkuseurannassa oli keskimäärin 0,9 % seuranta-ajasta, oli se 25,6 % jälkiseurannassa.

Potilaan elämänselityksensä, hoitohistoriansa ja vastuutasokuntoutukseen liittyvistä muuttujista ainoastaan yhtämittaisen hoidon pituus ennen vastuutasokuntoutusta ($r=.23$; $p<.05$) ja asumismuoto välittömästi vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen olivat tilastollisesti yhteydessä

tuettun asumishoidon jälkiseurannan aikaiseen kertymään. Jos potilas vastuutasokuntoutuksen jälkeen välittömästi siirtyi kuntouttavaan asumiseen sairaalan ulkopuolelle, niin hänelle kertyi jälkiseurannan aikana huomattavasti enemmän tuettua asumista kuin muilla potilailla (44 % versus 15 %; $p=.001$).

3.2.5. Päivätoimintakuntoutus

Ennen vastuutasokuntoutukseen tuloa yksikään potilas ei ollut käynyt päivätoimintakuntoutuksessa. Jälkiseurannan aikana 41 potilasta (39 %) kävi tai oli käynyt psykiatrisessa päivätoiminnassa. Tutkimusryhmään kuuluvat olivat keskimäärin 9,2 % jälkiseuranta-ajasta päivätoimintakeskuksessa tai kuntoutuskodissa järjestetyssä päivätoiminnassa.

Potilaan elämän- ja hoitohistoriaan liittyvillä muuttujilla ei ollut yhteyttä päivätoimintakuntoutuksen määrään. Potilaan menestymisellä vastuutasokuntoutuksessa oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=.013$) päivätoimintakuntoutuksen jälkiseuranta-aikaan suhteutettuun määrään siten, että erinomaisesti tai hyvin menestyneillä oli selvästi enemmän päivätoimintahoitoa kuin välttävästi tai huonosti menestyneillä (14,7 % versus 3,4 %). Potilailla, jotka siirtyivät vastuutasokuntoutuksen jälkeen avohoitoon oli selvästi enemmän päivätoimintahoitoa jälkiseurannan aikana kuin laitoshoidon ohjattujen ryhmässä (12,7 % versus 1,6 %; $p=.004$).

3.2.6. Polikliiniset hoidot

Polikliinisiin hoitoihin sisältyivät käynnit Seinäjoen sairaalan psykiatrian poliklinikalla ja jälkipolikliiniset käynnit psykiatrisella hoito-osastolla. Näiden hoitokäyntien määrässä ei tapahtunut jälkiseurannan aikana muutosta verrattuna alkuseurannan aikaisiin käyntilukuihin. Myös polikliinistä hoitoa saaneiden potilaiden määrä pysyi samana (19 %).

3.2.7. Muut hoidot

Potilaiden muita hoitomuotoja olivat päiväsairaalahoido, suojatyö ja käynnit yksityisellä terapeutilla. Näiden osuus kokonaishoidosta jäi määrällisesti vähäiseksi. Päiväsairaalahoidossa oli alkuseurannan aikana kymmenen potilasta (9,5 %) ja jälkiseurannan aikana yhdeksän potilasta (8,6 %). Seuranta-aikoihin suhteutetuissa hoitoaikojen kertymissä ei tapahtunut muutosta (0,7 % versus 0,2 %). Suojatyössä käynti oli vieläkin harvinaisempaa. Suojatyössä oli alkuseurannan aikana yksi potilas (1 %) ja jälkiseurannan aikana viisi potilasta (4,8 %). Yksityisen psykiatrin tai

psykologin terapiassa oli alkuseurannan aikana ollut neljä potilasta (3,8 %) ja jälkiseurannan aikana yksi potilas (1 %).

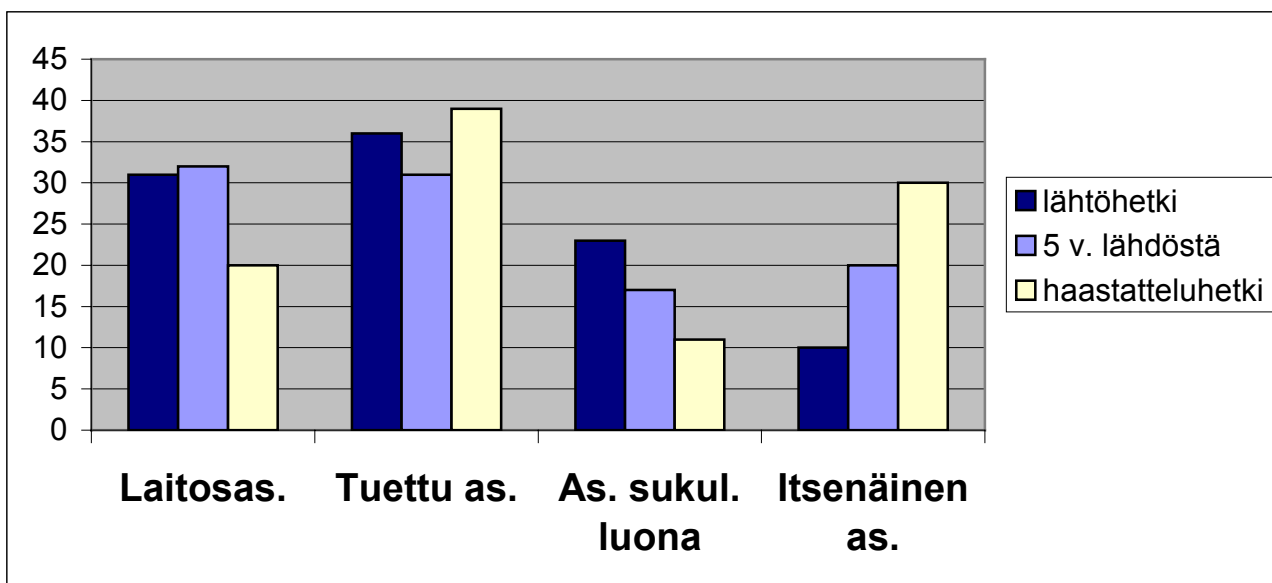
3.2.8. Potilaiden asumismuodot jälkiseurannan aikana

Potilaiden asumista seurattiin vastuutasokuntoutuksesta lähdön jälkeen vuosittain pisimmillään 13 vuotta. Kaikkien tutkimusryhmään kuuluvien asumismuotoa voitiin seurata viiden vuoden ajan, minkä jälkeen ryhmään kuuluvien seurannat vähitellen päättyivät. Kuviossa 12 on esitetty potilaiden asumistilanne kolmena ajankohtana: välittömästi potilaan lähtiessä vastuutaso-ohjelmasta, viisi vuotta sen jälkeen ja haastatteluhetkellä eli keskimäärin 9,6 vuotta vastuutasokuntoutuksesta.

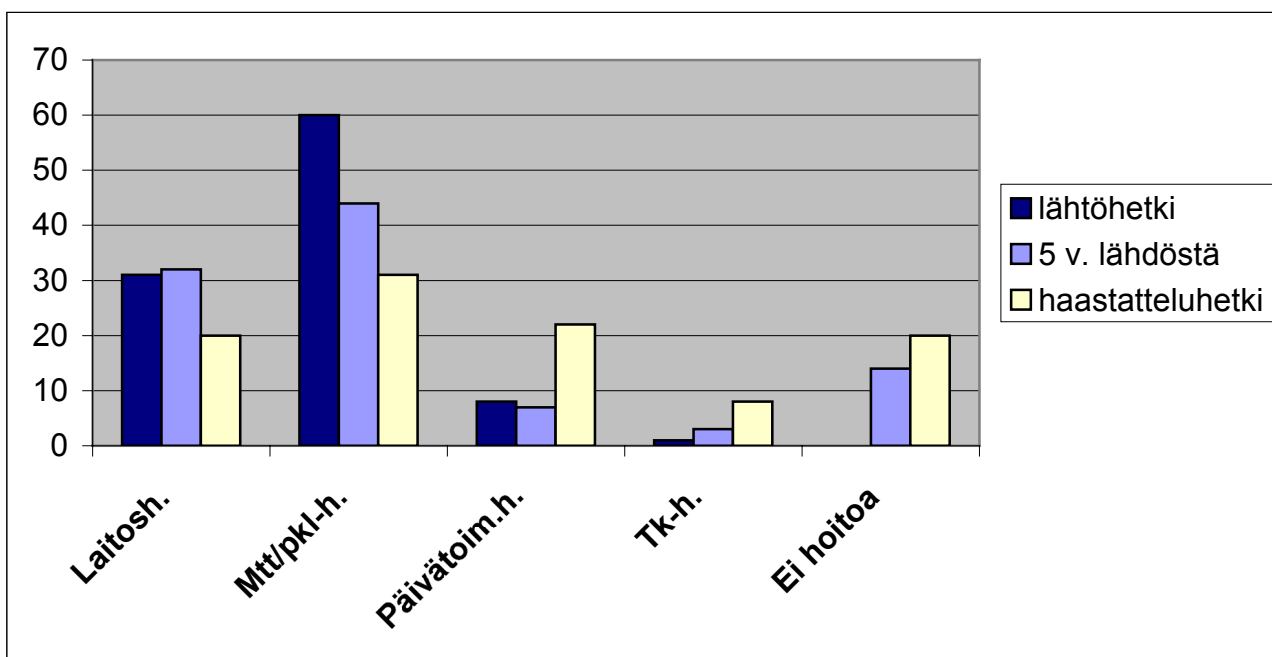
Tulosten perusteella itsenäinen asuminen lisääntyi ja sukulaisten luona asuminen väheni selvästi seurannan aikana. Tuetun asumisen osuus pysyi lähes ennallaan ja laitosasumisessa tapahtui selvää laskua viiden seurantavuoden jälkeen.

3.2.9. Potilaiden hoitopaikat jälkiseurannan aikana

Potilaiden pääasiallista hoitopaikkaa seurattiin samalla tavalla kuin asumismuotoakin. Potilaiden hoitopaikkatilanteet eri ajankohtina on esitetty kuviossa 13. Mielenterveystoimisto- ja poliklinikkahoidot vähenivät ja päivätoimintahoidot lisääntyivät vuosien mittaan. Avohoidossa olevilla potilailla saattoi olla mielenterveystoimistohoidon lisäksi säännöllisiä käyntejä päivätoimintakeskuksessa. Tällöin hoitopaikaksi kirjattiin vain päivätoimintakeskus. Näin mielenterveystoimistohoitojen osuudet olivat kuvattuja suurempia. Hoidon ulkopuolella olevien osuus kasvoi huomattavasti. Terveyskeskuksessa annettava hoito oli harvinaista.



Kuvio 12. Potilaiden asumistilanne välittömästi vastuutaso-ohjelmasta lähdön jälkeen, viisi vuotta myöhemmin ja haastatteluhetkellä (%).



Kuvio 13. Potilaiden hoitotilanne välittömästi vastuutaso-ohjelmasta lähdön jälkeen, viisi vuotta myöhemmin ja haastatteluhetkellä (%).

3.3. POTILAIEN ELÄMÄNTILANNE HAASTATELUHETKELLÄ JA ELÄMÄNMUUTOKSET HAASTATELUA EDELTÄNEEN VUODEN AIKANA

Tässä tulososassa tarkastellaan potilaiden asumista, hoitotilannetta sosiaalisen tuen määrää ja taloudellista toimeentuloa sekä elämään liittyviä positiivisia tekijöitä haastatteluhetkellä. Sen jälkeen tarkastellaan potilaan elämässä tapahtuneita muutoksia haastatteluhetkeä edeltäneen vuoden aikana. Potilaiden vastuutasokuntoutuksen päättymisestä haastatteluhetkeen kulunut aika oli keskimäärin 9,6 vuotta, jolloin he olivat keskimäärin 43,6-vuotiaita. Lyhin jälkiseuranta-aika oli 5,1 vuotta ja pisin 14,8 vuotta. Haastatteluhetkellä nuorin potilas oli 25-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Psykiatrisen hoidon alkamisesta oli kulunut keskimäärin 22,8 vuotta. Lyhimmillään psykiatrisen hoidon alkamisesta oli kulunut 6,2 vuotta ja pisimmillään 42,2 vuotta.

3.3.1. Asuminen

Potilaiden asumistilannetta on kuvattu jo aikaisemmin kuviossa 12. Itsenäisesti asuvista 23 asui yksin. Kaksi tutkimusryhmän potilaista oli keskenään naimisissa, kaksi keskenään kihloissa ja 4 potilasta asui avoliitossa. Asumista voidaan tarkastella porrasteisena niin, että laitosasuminen on alin porras, tuettu asuminen ja sukulaisten luona asuminen yhdistetään keskimmäiseksi portaaksi ja itsenäinen asuminen on ylin asumistaso.

Yksitoista potilasta (10,5 %) oli haastatteluhetkellä alemmalla asumisportaalla, 52 (49,5 %) samalla tasolla ja 42 (40 %) oli ylemmällä asumisportaalla kuin vastuutaso-ohjelmasta lähtiessä (taulukko 14).

Laitokseen vastuutasokuntoutuksen jälkeen sijoittuneista potilaista 2/3 oli siirtynyt asumisessa eteenpäin. Tuettuun asumiseen siirtyneistä yli puolet oli edelleen tuetun asumisen muodoissa ja lähes kolmasosa oli siirtynyt itsenäiseen asumiseen. Sukulaisten luokse siirtyneistä kolmasosa asui haastatteluhetkellä itsenäisesti, mutta lähes saman verran oli laitoksessa.

Taulukko 14: Tutkimusryhmään kuuluvien asumistilanteessa tapahtuneet siirtymät vastuutasokuntoutuksen päättymistilanteeseen verrattuna

Haastatte- luhetki Läh- töti- lanne	Laitos- as.	Tuettu as.	Sukul. luona as.	Itsenäi- nen as.	Yhteen- sä
Laitos- as.	11 (33,3 %)	17 (51,5 %)	3 (9,1 %)	2 (6,1 %)	33 (100 %)
Tuettu as.	3 (7,9 %)	20 (52,6 %)	3 (7,9%)	12 (31,6 %)	38 (100 %)
Sukul. luona as.	7 (29,2 %)	4 (16,7 %)	5 (20,8 %)	8 (33,3 %)	24 (100 %)
Itsenäi- nen as.			1 (10,0 %)	9 (90,0 %)	10 (100 %)
Yhteensä	21 (20,0 %)	41 (39,0 %)	12 (11,4 %)	31 (29,5 %)	105 (100 %)

3.3.2. Hoitotilanne

Kuten kuviosta 13 ilmenee, suurella osalla potilaista oli hoitosuhde mielenterveystoimistossa. Pelkästään mielenterveystoimistossa kävi 28 (26,7 %) potilasta. Päivätoiminnassa kävi 23 (21,9 %) potilasta. Koska 15

päivätoiminnassa käyvällä potilaalla oli hoitosuhde myös mielenterveystoimistossa, oli mielenterveystoimistossa jatkohoidossa olevien osuus 41 % koko tutkimusryhmästä. Potilaiden hoitopaikoissa tapahtuneet siirtymät vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen on esitetty taulukossa 15.

Taulukko 15. Tutkimusryhmään kuuluvien hoitopaikoissa tapahtuneet siirtymät vastuutasokuntoutuksen päättymistilanteeseen verrattuna.

Haastat- telu- hetki Läh- töti- lanne	Laitos- hoito	Mtt/ Päivä- toiminta	Terv.k./ jälkipkl.	Ei hoito- suhdetta	Yhteensä
Laitos- hoito	11 (33,3 %)	10 (30,3 %)	2 (6,1 %)	10 (30,3%)	33 (100 %)
Mtt/ Päivä- toiminta	9 (13,6 %)	40 (60,6 %)	8 (12,1 %)	9 (13,6 %)	66 (100 %)
Terv.k./ jälkipkl.	1 (16,6 %)	1 (16,6 %)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)	6 (100 %)
Yhteen- sä	21 (20,0 %)	51 (48,6 %)	12 (11,4 %)	21 (20,0 %)	105 (100 %)

Yli puolet potilaista oli lähtötilanteeseen verrattuna samantyyppisessä hoitopaikassa. Jos ilman hoitosuhdetta olemista tulkitaan kuntoutumisessa edistymiseksi, niin eteenpäin päässeitä oli lähes kolmasosa. Noin kymmenesosa potilaista oli hoidollisesti taantuneita.

Lähes kaikilla potilailla oli lääkehoito. Ainoastaan neljä (3,8 %) potilasta oli ilman lääkitystä. Klotsapiinilääkitys oli 30,4 %:lla ja muu neuroleptihoito 76,2 %:lla. Yksitoista (10,5 %) potilasta sai sekä klotsapiini- että muuta neuroleptihoitoa. Yleisimmin neurolepteihin yhdistettiin anksiolyyttilääkitys

(37,1 %). Nukahtamis- tai unilääke oli 23,8 %:lla. Lithium –lääkitys neuroleptin lisäksi oli 12,4 %:lla ja masennuslääkitys 10,5 %:lla.

3.3.3. Sosiaalinen tuki

Potilaat ilmoittivat yleensä saavansa ymmärrystä ja tukea lähimmiltään. Täysin riittävästi tukea sai 63 (60 %) ja lähes riittävästi 28 (26,7 %) potilasta. Tuen riittämättömyyden ilmoitti ainoastaan 12 (11,4 %) ja ilman läheistä oli 2 (1,9 %) potilasta.

Kun potilailta kysyttiin niiden henkilöiden määrää, joilta tukea sai, he ilmoittivat keskimäärin 4,3 henkilöä tuen antajiksi. Yksitoista (10,5 %) potilasta ilmoitti, ettei heillä ollut yhtään tuen antajaa. Enimmillään potilas sai tukea ja apua 20 henkilöltä.

Miehet ja naiset kokivat saavansa yhtä paljon sosiaalista tukea ja ymmärrystä. Sen sijaan tukea antavien määrässä oli eroa. Naiset ilmoittivat, että heillä oli keskimäärin 5,4 tukea antavaa henkilöä, kun taas miehillä näiden lukumäärä oli keskimäärin 3,5 ($p=.024$).

Haastatteluajankohtaan liittyvällä asumismuodolla oli yhteys sekä koetun tuen riittävyteen ($p=.024$) että tukea antavien henkilöiden määrään ($p=.047$). Tuetun asumisen piirissä ja omaistensa luona asuvat ilmoittivat yleisimmin, että saatu tuki oli täysin riittävää (72,5 % ja 71,4 %). Laitoksessa ja itsenäisesti asuvat kokivat selvästi harvemmin saavansa täysin riittävästi tukea (52,4 % ja 43,3 %). Laitoksessa asuvilla oli keskimäärin 2,1, itsenäisesti asuvilla 4,2, tuetun asumisen piirissä olevilla 5,2 ja omaisten luona asuvilla 5,4 tukea antavaa henkilöä.

Potilaan haastatteluhetkeen liittyvällä hoitopaikalla oli yhteyttä tukea antavien henkilöiden määrään ($p=.005$), mutta ei koetun tuen riittävyteen. Laitoksessa hoidossa olevilla oli tukea antavia läheisiä henkilöitä keskimäärin vähiten (2,1). Tämän jälkeen seurasivat ne potilaat, joilla oli jälkipoliklinisia käyntejä (2,2), päivätoiminnassa kävijät (3,8), mielenterveystoimiston asiakkaat (4,4), terveyskeskuksen hoidossa olevat (5,0) ja hoidon ulkopuolella olevat (7,1).

3.3.4. Taloudellinen tilanne

Potilaat arvioivat yleensä taloudellisen tilanteensa hyväksi (40,0 %) tai melko hyväksi (35,2 %). Melko huonona piti taloudellista tilannettaan 14,3 % ja huonona 10,5 %. Miesten ja naisten arvioissa oli eroa niin, että naiset pitivät

taloudellista tilannettaan hyvänä tai kohtuullisena yleisemmin kuin miehet (86,7 % versus 66,7 %; $p=.034$).

Mitä suuremmaksi potilaat arvioivat läheisten lukumäärän sitä parempana he pitivät myös taloudellista tilannettaan. Niistä potilaista, jotka ilmoittivat, ettei heillä ollut yhtään läheistä, piti taloudellista tilannettaan melko huonona tai huonona 44,4 %. Jos läheisiä oli yksi, oli taloudellista huolia 35,3 %:lla. Jos läheisten lukumääräksi ilmoitettiin kahdesta viiteen, oli taloudellisessa toimeentulossa huolia 25,5 %:lla ja jos läheisiä oli yli viisi, niin taloudellisesti melko huonosti tai huonosti tuli toimeen 8,3 %. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=.145$).

3.3.5. Parhaiksi koetut asiat elämässä

Potilaat pitivät selvästi yleisimmin harrastuksiin ja ajanvietteeseen liittyviä asioita elämänsä parhaina hetkinä. Lähes joka viides haastatelluista mainitsi urheilun ja ulkoilun, lukemisen, television ja radion seuraamisen, kalastamisen, valokuvauksen, musiikin kuuntelun tai tansseissa käynnin mieliharrastuksenaan. Suuri osa piti itsenäisyyttä elämänsä suolana. Yhtä usein jonkin tulevan tapahtuman odottaminen mainittiin elämän parhaana asiana. Muita useasti esiin tuotuja asioita olivat terveyteen, tarpeiden tyydytykseen, perhesuhteisiin, ystävyyteen, onnistumiskokemuksiin, uskonnolliseen maailmankatsomukseen ja päivittäiseen toimintaan liittyvät asiat. Lisäksi mainittiin lukuisia yksittäisiä asioita, joilla oli yksilöllisiä elämää rikastuttavia merkityksiä.

3.3.6. Elämänmuutokset

Suurimmalla osalla potilaista oli haastattelua edeltäneen vuoden aikana ollut jokin elämänmuutos. Muutoksia toi esille 75 (71,4 %) potilasta. Kolmekymmentäviisi (33,3 %) potilasta oli muuttanut toiseen asuntoon. Sukulaisen tai läheisen ihmisen kuoleman mainitsi 29 (27,6 %) potilasta. Avioliiton tai kihlauksen oli solminut 6 (5,7 %) potilasta ja avioliitto tai seurustelusuhde oli päätynyt 4 (3,8 %) potilaalla. Neljä (3,8 %) potilasta toi esille ilonsa siitä, että läheiselle sukulaiselle oli sattunut jokin myönteinen elämänmuutos. Kaikkiaan erilaisia konkreettisia elämänmuutoksia nimettiin 48, joista suurin osa oli koettu positiivisiksi.

Keskimäärin potilailla oli ollut 1,1 muutosta vuoden aikana. Vain yksi muutos oli 44 (41,9 %) potilaalla, kaksi muutosta 23 (21,9 %) potilaalla, kolme muutosta 6 (5,7 %) potilaalla ja neljä muutosta 2 (1,9 %) potilaalla.

Negatiiviseksi koettuja elämänmuutoksia oli tapahtunut 36 (34,3 %) potilaalle. Nämä liittyivät lähes poikkeuksetta läheisen kuolemaan. Enemmän kuin yksi kielteinen elämänmuutos oli kahdeksalla (7,6 %) potilaalla, ja enimmillään kielteisiä muutoksia oli kertynyt neljä.

Positiiviseksi koettuja elämänmuutoksia oli 57 (54,3 %) potilaalla. Useimmiten myönteiset elämänmuutokset liittyivät asunnon vaihtoon tai ihmissuhteisiin. Kahdellatoista (11,4 %) potilaalla oli ollut enemmän kuin yksi myönteiseksi koettu muutos haastattelua edeltäneen vuoden aikana, mutta yhdelläkään potilaalla myönteisiä tapahtumia ei ollut enemmän kuin kolme.

Kahdeksallatoista (17,1 %) potilaalla oli ollut sekä positiivisia että negatiivisia elämänmuutoksia haastattelua edeltäneen vuoden aikana. Pelkästään positiivisia muutoksia oli 39 (37,1 %) potilaalla ja pelkästään negatiivisia muutoksia 18 (17,1 %) potilaalla. Ilman esiin tuotua elämänmuutosta oli 30 (28,6 %) potilasta.

3.4. VASTUUTASOJÄRJESTELMÄN KOETTU VAIKUTTAVUUS JA POTILAIEN TYYTYVÄISYYS VASTUUTASOJÄRJESTELMÄÄN

Tutkimusryhmän potilaat arvioivat vastuutasokuntoutuksen vaikuttavuutta elämäänsä ja vointiinsa haastatteluhetkellä sekä tyytyväisyyttä osastolla T9 saamaansa kuntoutukseen.

Yli puolet potilaista ilmoitti vastuutasokuntoutuksen vaikuttaneen vointiinsa ainakin jonkin verran: 24 % oli sitä mieltä, että ohjelma oli vaikuttanut paljon, 37 % arvioi, että vaikuttavuutta oli jonkin verran ja 14 % piti ohjelman vaikutusta hyvin vähäisenä. Neljäsosa potilaista ei nähnyt hoito-ohjelmalla olleen vaikuttavuutta vointiinsa.

Potilaiden sosioekonomisilla taustamuuttujilla, hoitohistorialla, vastuutasokuntoutuksen jälkeisellä hoito- ja kuntoutuspalveluiden käytöllä, elämänmuutoksilla tai elämäntilannetta kuvaavilla muuttujilla ei ollut yhteyttä koettuun vaikuttavuuteen.

Hoito-ohjelmassa menestymisellä oli odotetusti tilastollista yhteyttä koettuun vaikuttavuuteen ($p=.016$): erinomaisesti menestyneistä 83 %, hyvin menestyneistä 69 %, tyydyttävästi menestyneistä 53 % ja heikosti menestyneistä 37 % arvioi ohjelman vaikuttaneen haastatteluhetkiseen vointiinsa joko paljon tai jonkin verran.

Kuntoutumisreitillä oli myös yhteyksiä koettuun vaikuttavuuteen ($p=.023$). Niiden potilaiden suhteelliset osuudet, jotka kokivat, että vastuutasokuntoutuksella oli paljon tai jonkin verran vaikutusta sen hetkiseen vointiinsa, erosivat kuntoutumisreiteittäin selvästi. Suhteellisesti eniten näitä potilaita oli ajoittaisen sairaalahoidon reitillä (90 %) ja vähiten vakaan laitoshoidon reitillä (38 %). Vakaan sosiaalisen tuen reitillä näitä potilaita oli 68 %, progressiivisella reitillä 64 %, vakaan itsenäisen elämisen reitillä 55 % ja intensiivisen sairaalahoidon reitillä 46 %.

Potilaiden esiin tuomissa vaikuttavuusteemoissa oli kaksi hallitsevaa teemaa. Nämä olivat oppiminen ja muutos voinnissa. Monet potilaat kertoivat oppineensa sosiaalisia taitoja, erityisesti kodinhoitotaitoja sekä täsmällisyyttä. Muutos voinnissa kuvattiin pääosin myönteiseksi. Useat potilaat näkivät vastuutasokuntoutuksen ansiona sen, että kuntoutuivat pois sairaalasta. Joissakin vastauksissa tuotiin esiin sosiaalisuuden lisääntyminen sekä tunne siitä, että sai osakseen sosiaalista arvostusta. Eräs potilaista ilmaisi tämän asian sanomalla: *"Rupesin olemaan niin kuin muutkin. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Sain ihmisarvon. Sain ruveta terveiden kirjoissa kulkemaan."* Toinen potilas ilmaisi asian hieman eri tavoin: *"Oli tunne siitä, että hyväksyttiin ihmisenä. Hoitajat olivat potilaiden kanssa yhtäpoikaa, söivät samassa pöydässä, olivat saunomassa. Tämä kaikki oli potilaan kannalta hyvin tarpeellista."* Muutamat potilaat pitivät vastuutasokuntoutusta uuden alkuna, kuten yksi potilaista asian ilmaisi: *"Se oli ponnahtuslauta elämään. Uuden elämän alku."* Toinen potilas kuvasi asian toteamalla: *"Sain sieltä positiivisen elämäkatsomuksen. Joukkoon mahtui myös humoristisia kommentteja, kuten erään miespotilaan ilmaisu: "Se vaikutti omaantuntoon ja elämäntyyliin. Viinaakin juodessa tulee pestyä hampaat."* Yksittäisiä teemoja olivat itseluottamuksen lisääntyminen, lääkityksen kuntoon saaminen, fyysisen kunnan paraneminen ja raittiina oleminen.

Potilaat olivat yleensä tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä vastuutasokuntoutukseen. Molempien ryhmien osuus oli 40 %. Melko tyytymättömiä oli 7 % ja tyytymättömiä oli 13 %. Naisista suurempi osa oli tyytyväisiä kuin miehistä (53 % versus 30 %; $p=.047$). Myös peruskoulutus oli yhteydessä tyytyväisyyden asteeseen. Potilaat, joiden peruskoulutus oli korkeintaan kansakoulutaso, olivat useammin tyytymättömiä vastuutasokuntoutukseen kuin korkeamman peruskoulutuksen saaneet (33 % versus 10 %; $p=.017$). Potilaan jälkiseuranta-aikaan suhteutettu tuetun asumishoidon määrä oli myös yhteydessä tyytyväisyyteen. Mitä suurempi tuetun asumishoidon osuus oli, sitä tyytyväisempiä potilaat olivat samaansa kuntoutukseen ($p=.01$).

Tyytyväisyys ja hoito-ohjelman koettu vaikuttavuus olivat vahvasti yhteydessä toisiinsa ($p=.001$). Tyytyväisistä 81 % koki vastuutasokuntoutuksen

vaikuttaneen sen hetkiseen vointiinsa vähintään jonkin verran. Melko tyytyväisten ryhmässä vastaava osuus oli 55 % ja tyytymättömyytensä esiin tuoneiden ryhmässä 33 %.

3.5. POTILAIEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI HAASTATTELUHETKELLÄ

Tässä raportin osassa esitetään potilaiden psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyvät tulokset. Ensin esitellään potilaiden omat arviot ja sen jälkeen hoitajien tai terapeuttien näkemykset sekä tutkijan arviot potilaan psykososiaalisesta hyvinvoinnista.

3.5.1. Potilaiden arviot psykososiaalisesta hyvinvoinnistaan ja vertailu muihin ryhmiin

Potilaat arvioivat psykososiaalista hyvinvointiaan Markku Ojasen graafisten asteikkojen avulla. Vertailumahdollisuuksia eri ryhmien suorittamiin arviointeihin on paljon, koska asteikkoja on käytetty monissa tutkimuksissa. Näiden tutkimusten tuloksia on esitelty useissa raporteissa (esim. Ojanen, 1994; Ojanen ym., 1995; Sariola & Ojanen, 1997; Ojanen ym., 1998; Ojanen, 2000; Ojanen ym., 2001; Ojanen ym., 2004).

Taulukkoon 16 on koottu eri kliinisten ryhmien ja normaaliväestön psykososiaalisen hyvinvoinnin tuloksia vertailun pohjaksi. Tutkimusryhmän lisäksi mukana ovat Sopimusvuori ry:n asiakkaat (Ojanen ym. 1995), Seinäjoen mielenterveyskeskuksen potilaat (Ojanen ym. 1998), NLP-terapiaan osallistuneet asiakkaat (Ojanen ym. 2004), vangit (Miia Niemisen tulokset Ojasen raportoimana; Ojanen 2000), sepelvaltimopotilaat (Aaltonen 2000) ja normaaliväestö (koottu edellä olevista lähteistä).

Potilaat arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa osatekijät yleisesti samalle tasolle kuin muut kliiniset ryhmät. Poikkeuksena olivat harrastuksia ja työkykyä koskevat arviot, jotka jäivät muiden ryhmien arvioihin verrattuna selvästi heikommiksi. Sitä vastoin tutkimusryhmään kuuluvien ahdistus oli selvästi vähäisempää ja koettu elämän tyytyväisyys suurempaa kuin muihin potilasryhmiin kuuluvilla. Vankeihin verrattuna eroja oli enemmän kielteiseen suuntaan, mutta esimerkiksi päätösvaltansa kuntoutujat arvioivat suuremmaksi. Samoin tyytyväisyydessä oli huomattavan suuri ero vankien arviointeihin. Tyytyväisyydessä ja ahdistuneisuudessa arviot olivat normaaliväestön tasoa eli ne olivat yllättävän positiivisia. Aika lähellä

normaaliväestön arviointeja tulivat myös turvallisuus ja elämän tarkoituksen kokeminen.

Taulukko 16. Tutkimusryhmän ja muiden ryhmien psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot

	Tutk.- ryhmä N=105	Sopimus- vuori N=142	S:joen mtk N=76	NLP- asiakk. N=62	Vangit N=35	Sepel- valt.pot. N=59	Norm. väestö N=117-1500
Arvostuksen saaminen	60	68			71		78*
Itsearvostus	68						
Itseluottamus	63		57	59	72	67	74
Elämänasenne	62			61	59		69
Mieliala	64		60	56	69	61	75
Vastuuntunto	69		69				
Toiminnallisuus	53		54				
Päätösvalta	58	63		72	44		74
Itsehillintä	65		63				
Stressin sieto ¹	63						
Elämännhallinta	63		56	67	70	66	75
Tavoitteiden toteutuminen	62						
Sosiaalinen rohkeus	56						
Sosiaaliset suhteet	57	58	68	76	69		82
Kodinhoito	68		67				
Harrasteet	28	40	44	53	53		63
Asiointi	62		69				
Työkyky	26	45	54	72	79		86
Fyysinen kunto	52		48	64	72		66
Somaattiset oireet ¹	22				26		
Vointi	62	70	64		76	61	82
Ahdistuneisuus ¹	32		48	53	37	42	31
Masennus ¹	31						
Turvallisuus	74	74		83	74	81	80
Joustavuus	63		60				
Elämän tarkoituksen kokeminen	72	75			64		79*
Tyytyväisyys elämään	73	66		55	52	64	73

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x* = vain miehiä

Ojanen ym.(1995, 175) ovat luonnehtineet taitoja kuvaavien asteikkojen karkeita kriteeriarvoja seuraavasti:

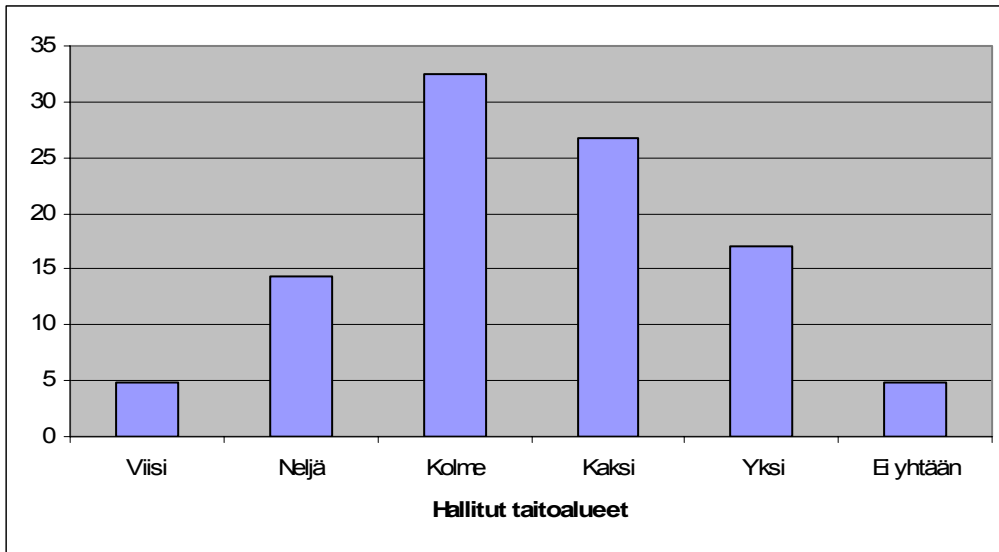
	Tyydyttävän selviytymisen taso	Hyvän selviytymisen taso
1. Harrastukset	40	70
2. Sosiaaliset suhteet	50	80
3. Kodinhoito	50	80
4. Työkyky	50	80
5. Asiointi	60	90.

Kun tarkastellaan näiden kriteerien saavuttaneiden potilaiden suhteellisia määriä tutkimusryhmässä, saadaan seuraavia %-lukuja:

	Tyydyttävän selviytymisen taso	Hyvän selviytymisen taso
1. Harrastukset	20,0 %	6,7 %
2. Sosiaaliset suhteet	62,9 %	32,4 %
3. Kodinhoito	82,9 %	46,7 %
4. Työkyky	18,1 %	6,7 %
5. Asiointi	64,8 %	33,3 %.

Tulokset olivat erittäin hyviä kodinhoito- ja asiointitaidoissa sekä sosiaalisissa suhteissa. Sitä vastoin kuntoutujilla oli suuria puutteita työkyvyssä ja harrastuksissa.

Kun kuntoutujat jaotellaan ryhmiin sen perusteella, kuinka monella alueella he saavuttavat vähintään tyydyttävän selviytymisen tason, saadaan hyvä kuva taitojen hallinnan yleisestä tasosta (kuvio 14). Saatu jakautuma on muodoltaan lähes identtinen Ojasen ym. (1995, 175) Sopimusvuoren asiakastutkimuksen tuloksen kanssa.



Kuvio 14. Niiden kuntoutujien suhteelliset määrät, jotka yltyvät vähintään tyydyttävälle tasolle eri taitoalueiden asteikoilla (%).

Psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskinäiset korrelaatiokertoimet olivat alimmillaan lähellä nollaa. Suurin osa muuttujien välisistä yhteyksistä oli kuitenkin tilastollisesti melkein merkitseviä ja kaikki muuttujat korreloivat tilastollisesti merkitsevästi ainakin johonkin muuttujista. Korkeimmat muuttujien väliset korrelaatiot olivat (yhteydet tilastollisesti erittäin merkitseviä):

- asiointi / kodinhoito	.634
- joustavuus / sosiaaliset suhteet	.506
- masennus / elämänasenne	-.498
- tavoitteiden toteutuminen / elämänhallinta	.482
- elämänasenne / itsearvostus	.462
- joustavuus / itseluottamus	.462
- kodinhoito / vastuuntunne	.460
- tyytyväisyys elämään / tavoitteiden toteutuminen	.443
- masennus / mieliala	-.439
- itseluottamus / itsearvostus	.428
- masennus / ahdistuneisuus	.427
- joustavuus / masennus	-.426
- vointi / mieliala	.424
- asiointi / vastuuntunne	.418
- elämänhallinta / vastuuntunne	.415
- tyytyväisyys elämään / vointi	.412
- masennus / itseluottamus	-.411
- elämänasenne / itseluottamus	.406

Suurin korrelaatio saatiin kahden taitoihin liittyvän muuttujan välille. Masennus korreloi negatiivisesti elämänasenteisiin, mielialaan, joustavuuteen ja itseluottamukseen. Itseluottamus, joustavuus, elämänasenne ja vastuuntunne korreloivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi moniin muuttujiin.

3.5.2. Potilaiden subjektiiviseen psykososiaaliseen hyvinvointiin yhteydessä olevat tekijät

Psykososiaalisen hyvinvoinnin asteikoista muodostettiin neljä summamuuttujaa raportin osassa 3.5.2.1. esitetyllä tavalla. Summamuuttujien jakautumat on esitetty liitekuvioissa 7A-7F. Summamuuttujat korreloivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta keskenään kohtalaisesti (taulukko 17). Suurin osa summamuuttujien välisistä riippuvuussuhteista oli tilastollisesti erittäin merkitseviä.

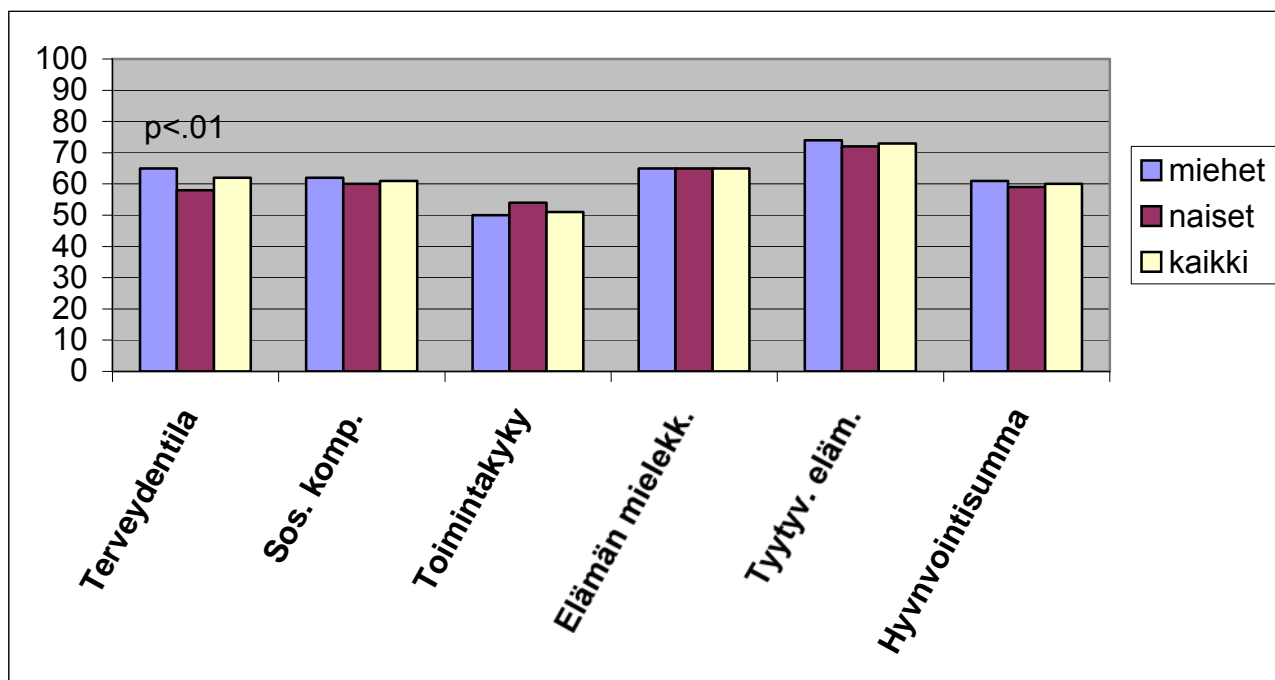
Taulukko 17. Psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden väliset korrelaatiot potilaiden arvioissa.

	Terveys- tila	Sosiaalinen kompetenssi	Toiminta- kyky	Elämän mielekkyys	Tyytyväisyys
Terveystila		.54	.25	.39	.39
Sosiaalinen kompetenssi			.34	.55	.42
Toimintakyky				.42	.16
Elämän mielekkyys					.39

Tutkimusryhmään kuuluvien Beck-pistemäärät jäivät keskimäärin erittäin mataliksi, mikä kuvaa masennuksen osalta suotuisaa tilannetta. Naisten kokema masennus oli suurempi kuin miesten (liitetaulukko 6K). Beck-pistemäärä korreloi hyvinvoinnin osatekijöihin pääosin melko vahvasti. Korrelaatiot Beck-asteikon pistemäärään ovat suunnaltaan negatiivisia ja toimintakykyä lukuun ottamatta tilastollisesti merkitseviä :

Terveystila	-.52 (p<.001)
Sosiaalinen kompetenssi	-.40 (p<.001)
Toimintakyky	-.03
Elämän mielekkyys	-.24 (p<.05)
Tyytyväisyys elämään	-.30 (p<.01)
Psykososiaalisen hyvinvoinnin kokonaispistemäärä	-.41 (p<.001).

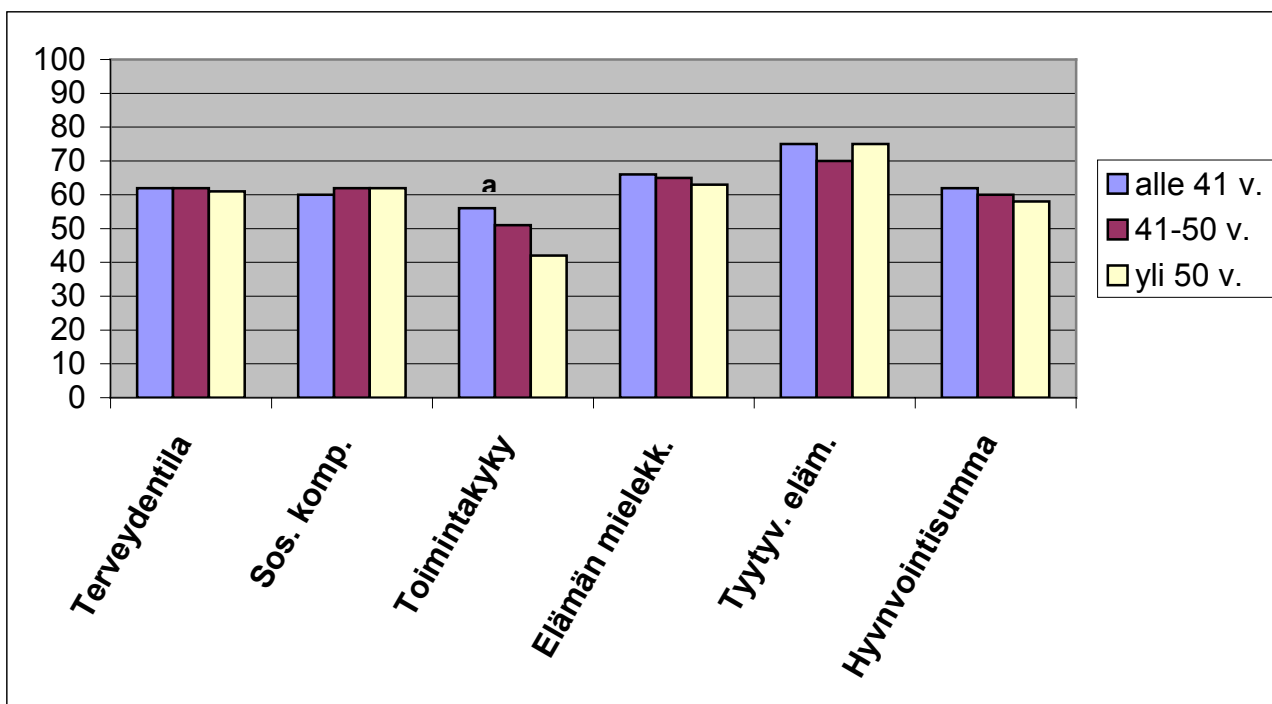
Miesten ja naisten psykososiaalisen hyvinvoinnin erot olivat pienet (liitetaulukko 6K). Summamuuttujissa miesten arvioima terveydentila oli parempi kuin naisten (kuvio 15).



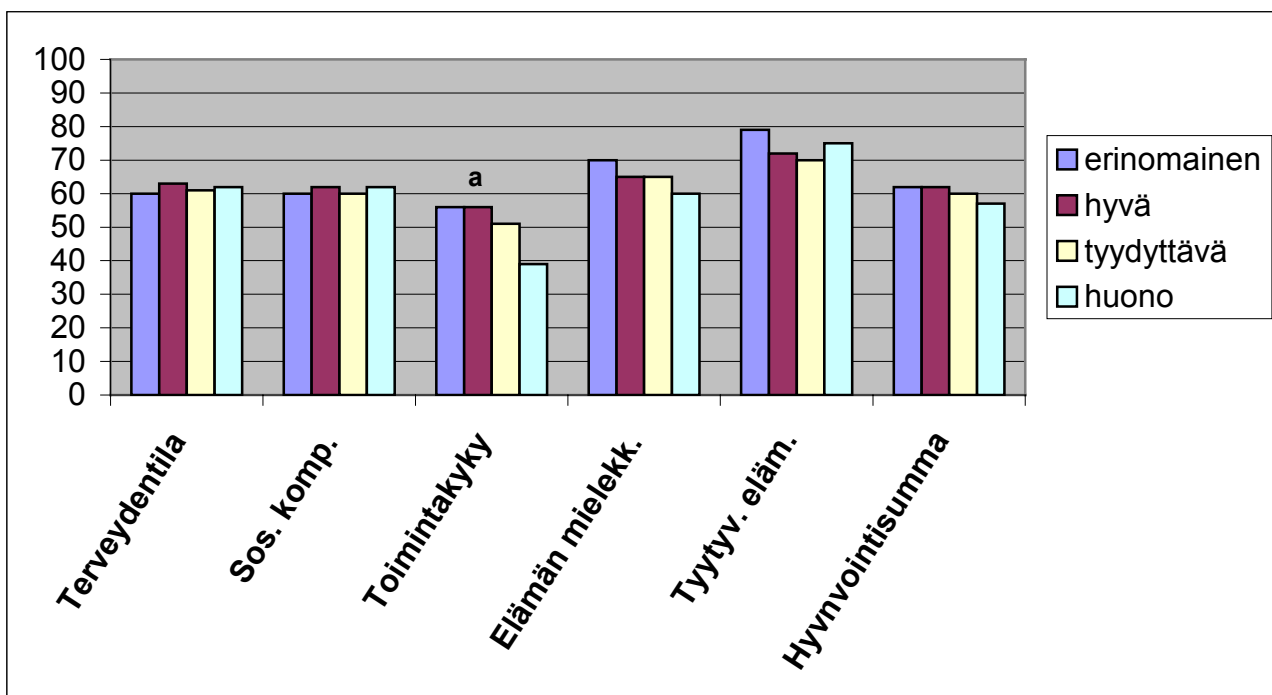
Kuvio 15. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot koko aineistossa ja sukupuolen mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (t-testi, $df.=103$).

Nuorimman kuntoutujaryhmän arviot toimintakyvystään olivat selvästi myönteisempiä kuin vanhimman ryhmän (kuvio 16). Muut taustamuuttujat eivät olleet yhteydessä psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointien eroihin.

Vastuutasokuntoutuksessa menestyminen oli osin yhteydessä potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin yksittäisiin asteikkoihin (liitetaulukko 6L). Summamuuttujien keskiarvoja tarkasteltaessa (kuvio 17) havaitaan huonosti menestyneiden toimintakyky selvästi muita heikommaksi.



Kuvio 16. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot ikäryhmien mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (ANOVA, df.=102).
^aero alle 41-vuotiaiden ja yli 50-vuotiaiden toimintakyvyn välillä tilastollisesti merkitsevä (p<.01).

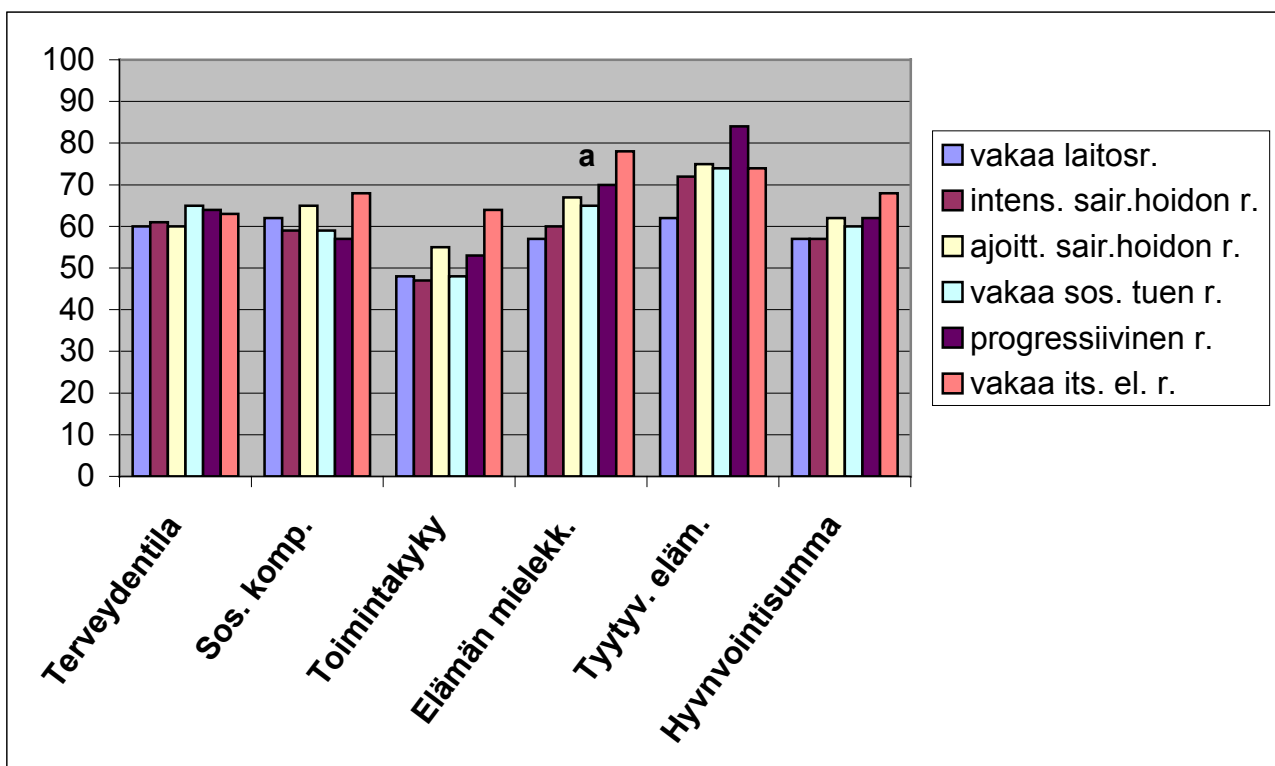


Kuvio 17. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot vastuutaso-ohjelmassa menestymisen mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (ANOVA; df.=101).

^aerinomaisesti ja hyvin menestyneiden toimintakyvyn ero huonosti menestyneiden ryhmään tilastollisesti merkitsevä (p<.01) ja tyydyttävästi menestyneiden toimintakyvyn ero huonosti menestyneiden ryhmään melkein merkitsevä (p<.05).

Eri kuntoutumisreittien potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin arvioissa oli osin eroja (liitetaulukko 6M). Selvimmät erot saatiin elämänhallinnassa, tavoitteiden toteutumisessa, somaattisessa oireilussa ja turvallisuuden kokemisessa. Vakaan itsenäisen elämisen reitin potilaat arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa yleensä positiivisimmin.

Summamuuttujien vertailussa (kuvio 18) vakaan itsenäisen reitin kuntoutujat arvioivat elämän mielekkyytensä muita paitsi progressiivisen reitin kuntoutujia positiivisemmin. Progressiivisen reitin kuntoutujat pitivät elämän mielekkyyttä parempana kuin vakaan laitosreitin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin kuntoutujat. Muilta osin eri reittien vertailuissa tulokset olivat melko lähellä toisiaan.



Kuvio 18. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot kuntoutumisreittien mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (ANOVA, df.=99).

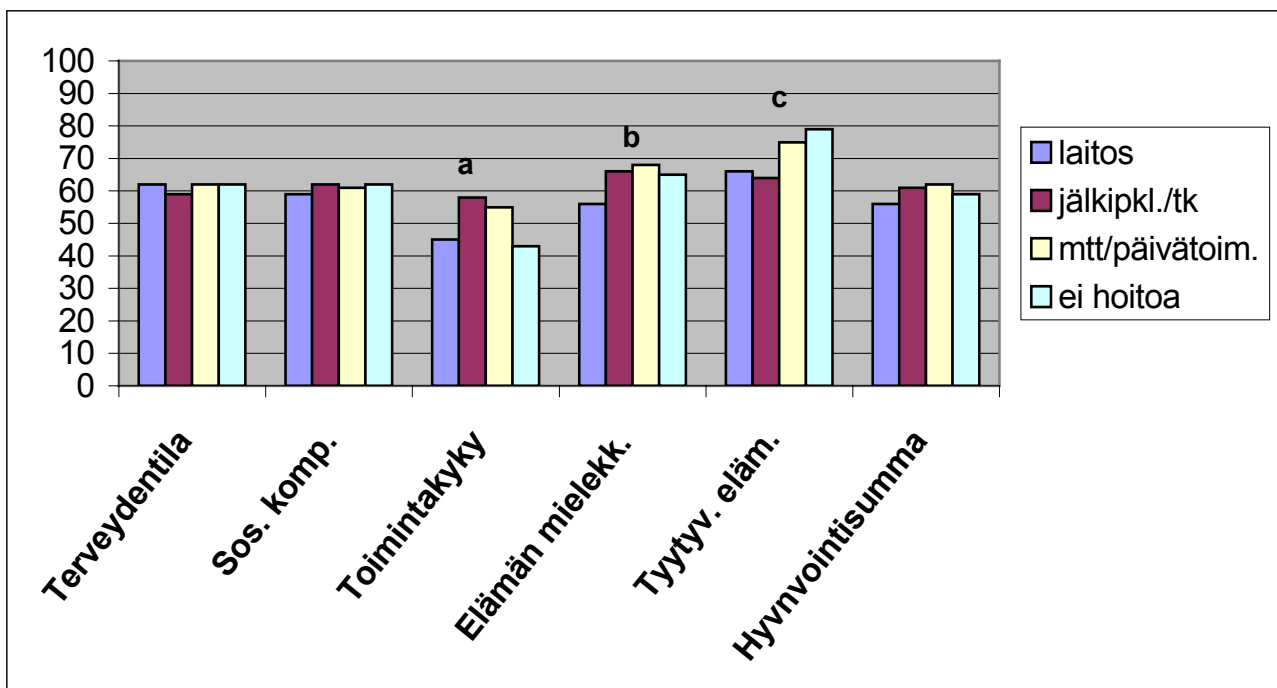
^avakaan itsenäisen elämisen reitin potilasryhmän elämän mielekkyyden ero vakaan laitosreitin, intensiivisen sairaalahoidon reitin, ajoittaisen sairaalahoidon reitin ja vakaan sosiaalisen tuen reitin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$); progressiivisen reitin potilasryhmän elämän mielekkyyden ero vakaan laitosreitin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

Ensimmäisestä hoitokontaktista kuntoutusohjelmaan tuloon kulunut aika korreloi negatiivisesti toimintakykyyn ($r = -.28$; $p < .01$). Tuloksen perusteella lyhyt aikaväli oli yhteydessä parempaan toimintakykyyn. Potilaiden mielenterveystoimistokäyntien jälkiseuranta-aikaan suhteutetuilla kertymillä oli myös korrelatiivisia yhteyksiä toimintakykyyn ($r = .29$; $p < .01$) eli hyvään

toimintakykyyn liittyi paljon mielenterveystoimistokäyntejä jälkiseuranta-aikana.

Potilaiden asumispaikka haastatteluhetkellä oli yhteydessä moniin psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujiin (liitetaulukko 6N). Erityisesti itsenäisesti asuvat arvioivat monia hyvinvointiin liittyviä tekijöitä selvästi myönteisemmin kuin laitoksessa olevat. Eroja näiden kahden ryhmän välillä oli vastuuntunnossa, päätösvallassa, elämänhallinnassa, kodinhoitotaidoissa, asiointitaidoissa, somaattisessa oireilussa sekä turvallisuuden ja elämän tarkoituksen kokemisessa. Omaisten luona asuvat arvioivat vastuuntunteen selvästi muita heikommaksi.

Tutkimusryhmään kuuluvien psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujissa oli eroa hoitopaikasta riippuen (liitetaulukko 6O). Yllättävää oli se, että hoidon ulkopuolella olevat pitivät toimintakykyään muita heikompana (kuvio 19). Elämän mielekkyyden ja tyytyväisyyden suhteen laitoshoidossa olevat eivät päässeet mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnassa hoidossa olevien tai kokonaan hoidon ulkopuolella olevien tasolle.



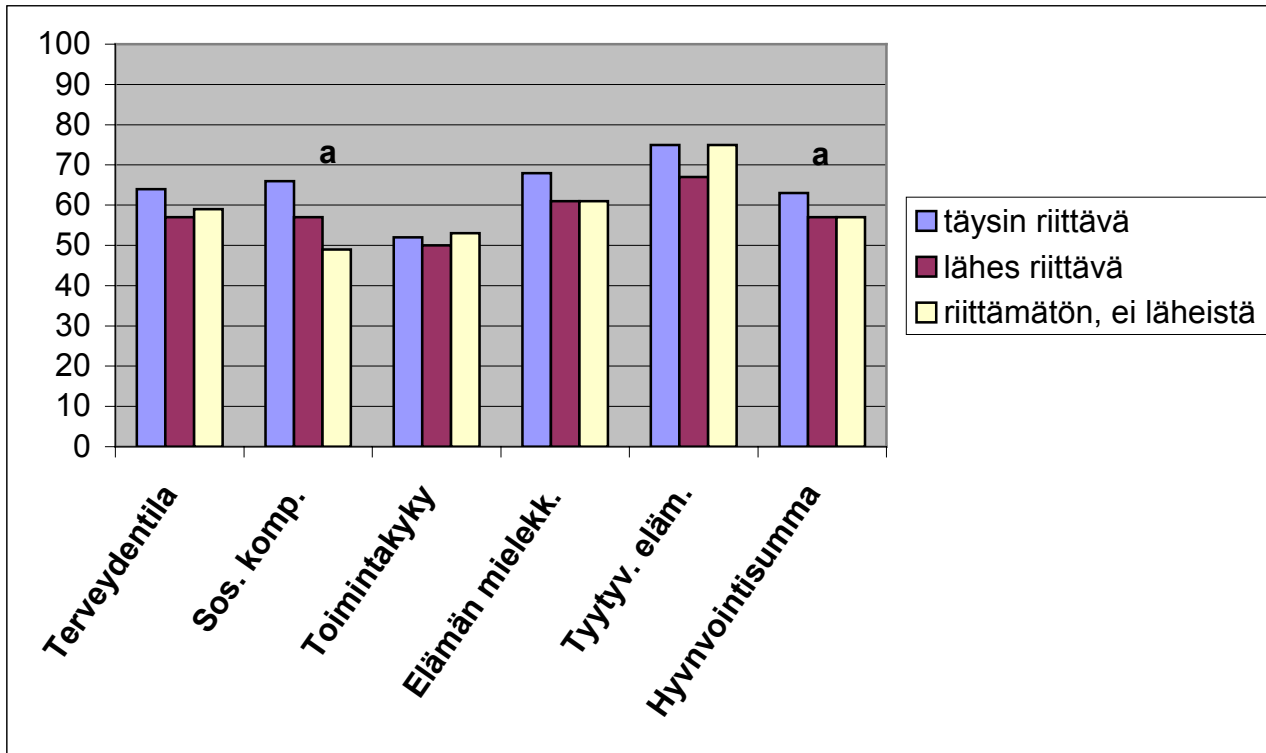
Kuvio 19. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitopaikan mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (ANOVA, df.=101).

^ajälkipolikliinisessä, terveyskeskuksessa, mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnassa hoidossa olevien potilaiden toimintakyvyn ero muihin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$)

^bmielenterveystoimistossa/päivätoiminnassa hoidossa olevien tai ilman hoitopaikkaa olevien elämän mielekkyyden ero laitoshoidossa oleviin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

^cmielenterveystoimistossa/päivätoiminnassa hoidossa olevien tai ilman hoitopaikkaa olevien elämän tyytyväisyyden ero muihin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$).

Koettu sosiaalinen tuki oli vahvasti yhteydessä psykososiaaliseen hyvinvointiin (liitetaulukko 6P). Potilaat, jotka pitivät saamaansa sosiaalista tukea täysin riittävänä, arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa selvästi myönteisemmäksi kuin muut ryhmät. Erityisen selvä ero oli sosiaalisen kompetenssin arvioissa (kuvio 20).

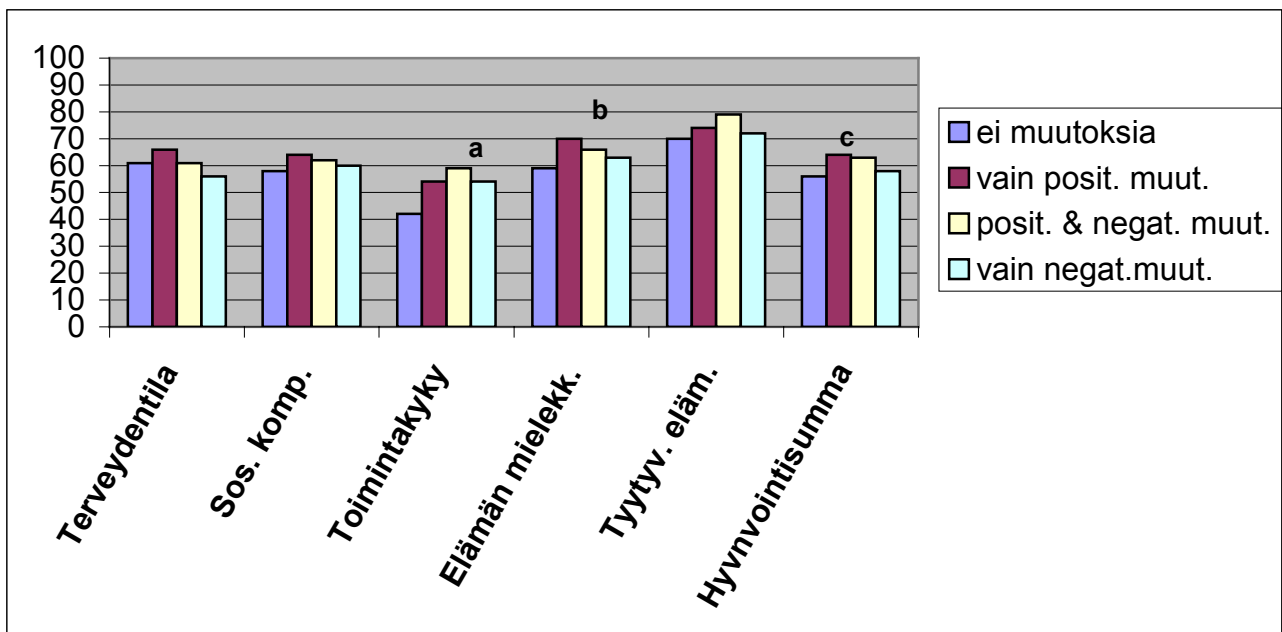


Kuvio 20. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot saadun ymmärryksen ja tuen mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (ANOVA, df.=102).

^atäysin riittävää sosiaalista tukea saavien potilaiden sosiaalisen kompetenssin ja hyvinvointisumman ero muihin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

Kuntoutujat, joilla edeltäneen vuoden aikana oli ollut vähintään yksi positiivinen elämänmuutos arvioivat oman psykososiaalisen hyvinvointinsa paremmaksi kuin muut (liitetaulukko 6Q). Positiivisten muutosten myönteinen merkitys tulee esille erityisesti elämän mielekkyyden ja kokonaishyvinvoinnin kokemuksissa (kuvio 21). Tulosten mukaan staattinen elämäntilanne, jossa muutoksia ei ole lainkaan, on yhteydessä heikoimpaan toimintakykyyn.

Vastuutasokuntoutukseen tyytyväiset kuntoutujat pitivät kokonaisuudessaan psykososiaalista hyvinvointiaan parempana kuin melko tyytyväiset tai tyytymättömät (kuvio 22). Hyvinvoinnin osatekijöiden keskiarvot laskivat tyytyväisyyden vähenemisen myötä.

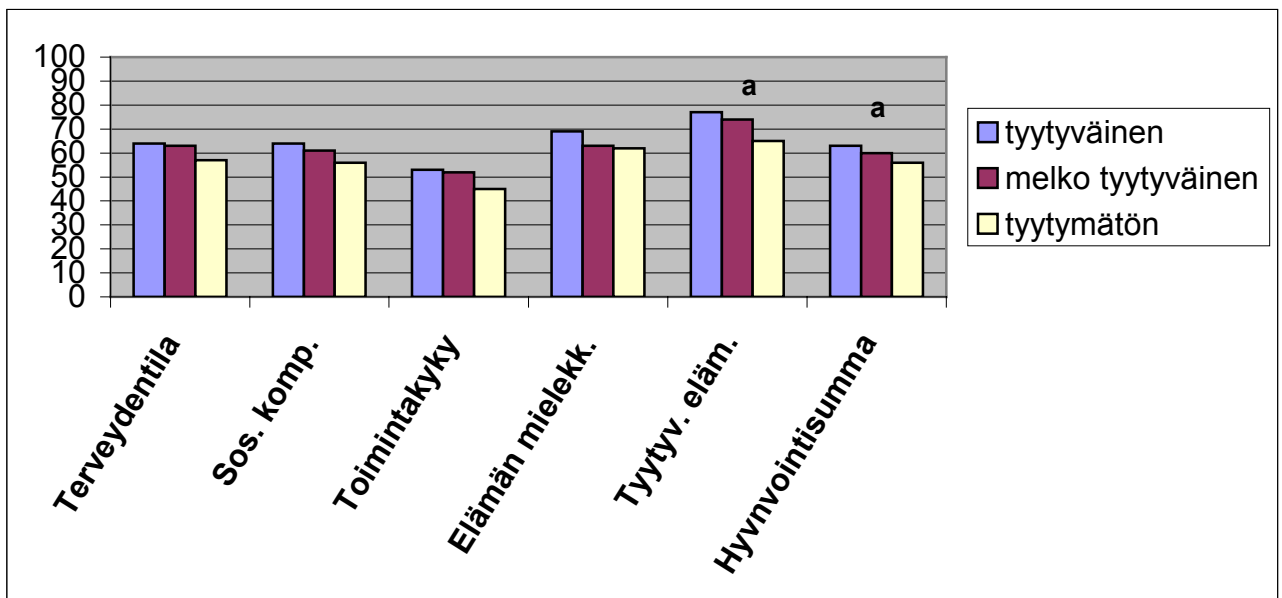


Kuvio 21. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot kuluneen vuoden aikana tapahtuneiden muutosten laadun mukaan jaoteltuna asteikolla 0-100 (ANOVA, df.=101).

^a muutoksia kokeneiden potilaiden toimintakyvyn ero ei muutoksia kokeneiden potilasryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$)

^b vain positiivisia muutoksia kokeneiden potilaiden elämän mielekkyyden ero ei muutoksia kokeneiden ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

^c vain positiivisia muutoksia tai sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia kokeneiden potilaiden hyvinvointisumman ero ei muutoksia kokeneiden ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$).



Kuvio 22. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot vastuutasokuntoutukseen kohdistetun tyytyväisyyden mukaan jaoteltuna (ANOVA, df.=102).

^a vastuutasokuntoutukseen tyytyväisten potilaiden elämän tyytyväisyyden ja hyvinvointisumman ero tyytymättömien ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

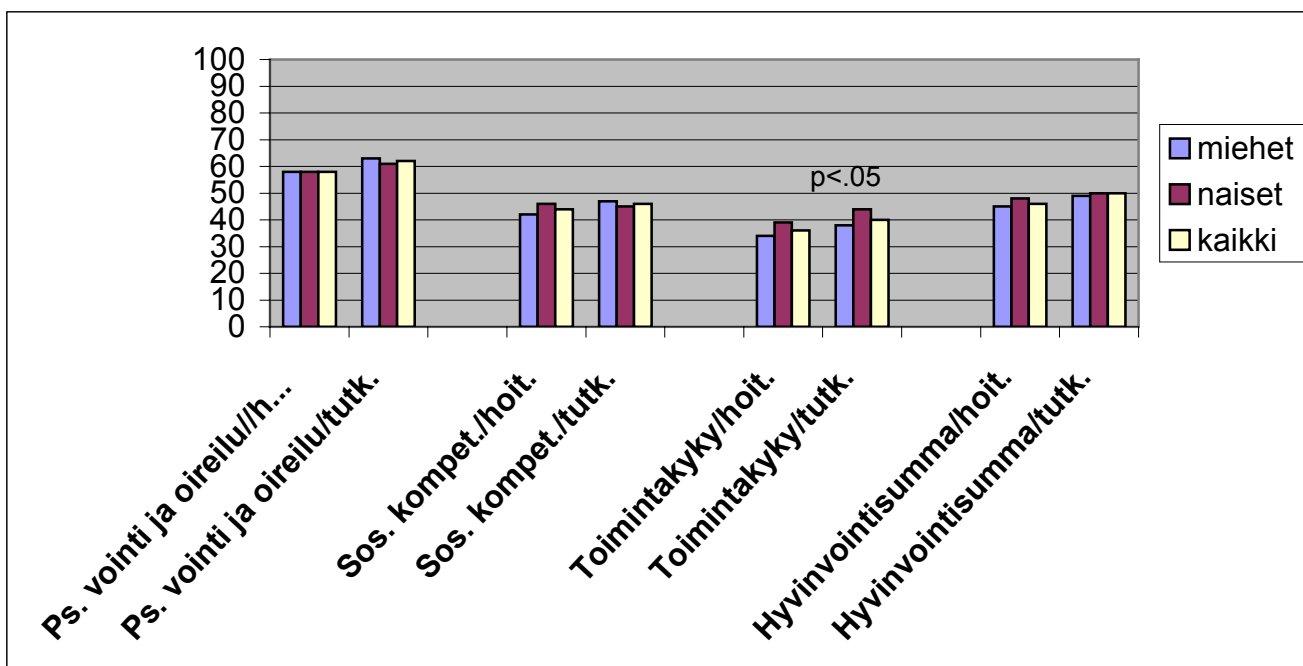
3.5.3. Hoitajien ja terapeuttien sekä tutkijan arviot potilaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista

Hoitajien ja terapeuttien arvioiden mukaan potilaiden psykososiaalinen hyvinvointi oli keskimäärin korkeintaan tyydyttävällä tasolla (liitetaulukko 6R). Oireet arvioitiin lieviksi tai kohtalaisiksi. Potilaiden käyttäytymisessä oli poikkeavuutta ja aggressiivisuutta melko vähän. Potilaat arvioitiin melko passiivisiksi ja heidän arkipäivän taidoissaan nähtiin selviä puutteita. Sosiaalisessa selviytymisessä ja itseluottamuksessa oli arvioiden mukaan myös selviä puutteita. Miesten hyvinvointi oli osin heikompaa kuin naisten. Naiset selvisivät kodinhoidosta paremmin. He olivat myös miehiä aktiivisempia ja hoitivat sosiaalisia suhteitaan paremmin. Yksittäisten oireiden vaikeusasteen osalta miesten ja naisten välillä ei ollut eroa.

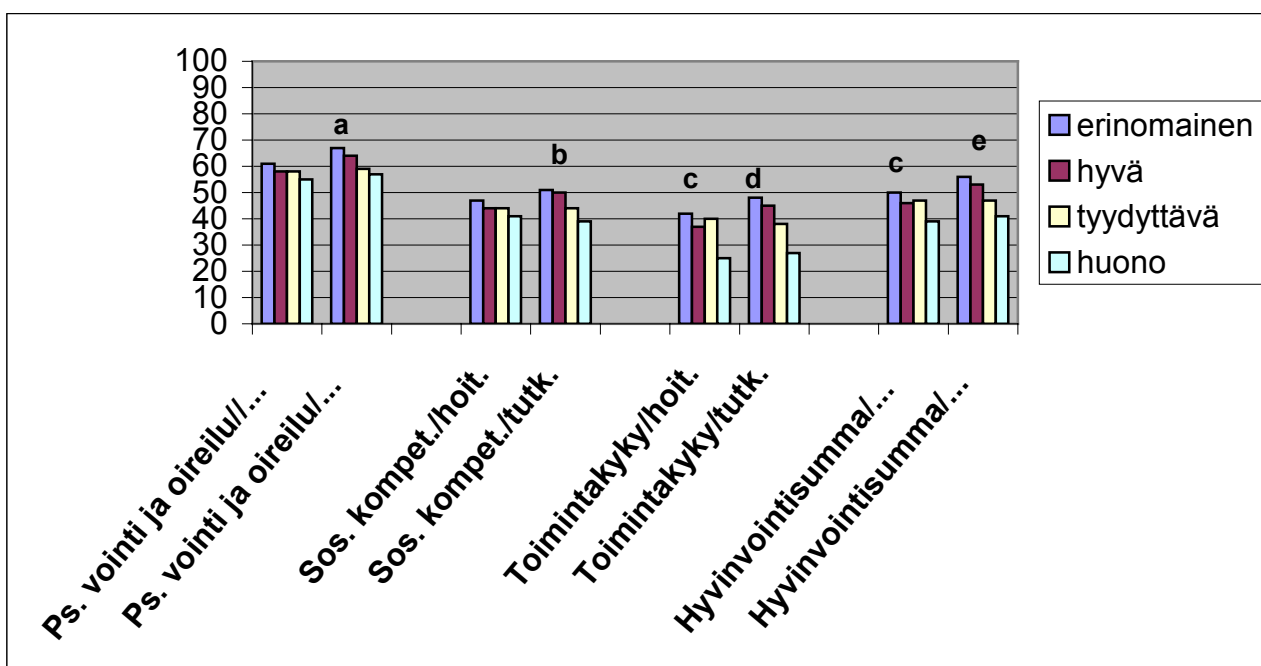
Tutkijan arvioiden mukaan potilaiden psykososiaalisessa hyvinvoinnissa oli keskimäärin puutteita (liitetaulukko 6S). Tutkija näki potilaiden arkielämän taidoissa selvästi puutteita ja arvioi potilaat passiivisiksi. Myös potilaiden itseluottamus oli tutkijan arvioiden perusteella melko heikko tai kohtalainen. Potilaiden psyykkiset oireet olivat melko lieviä. Miesten ja naisten välillä oli eroja erityisesti kodinhoitotaidoissa, joita naiset osasivat selvästi paremmin. Naiset huolehtivat myös hygieniastaan ja siisteydestään paremmin kuin miehet. Naisten ahdistuneisuus oli vaikeampaa kuin miesten.

Kuntoutujien hyvinvointia koskevien summamuuttujien frekvenssijakautumat hoitavien henkilöiden tai terapeuttien sekä tutkijan arvioista on esitetty liitteissä 7G-7J. Hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvoissa ei naisten ja miesten välillä ole eroja muuta kuin tutkijan tekemissä toimintakyvyn arvioissa (kuvio 23). Tutkijan arvioiden perusteella naiskuntoutujien toimintakyky oli parempi kuin miesten. Tutkijan arviot kaiken kaikkiaan olivat hieman myönteisemmät kuin hoitajien ja terapeuttien.

Potilaiden menestymisellä vastuutasokuntoutuksessa oli monia yhteyksiä hoitavien henkilöiden ja tutkijan suorittamiin potilasarvioihin tutkimushetkellä (liitetaulukot 6T ja 6U). Summamuuttujia tarkasteltaessa erot eri tavoin menestyneiden ryhmien välillä olivat osin erittäin selvät (kuvio 24). Erinomaisesti menestyneet saivat kautta linjan parhaat ja huonosti menestyneet heikoimmat arviot sekä hoitavilta henkilöiltä että tutkijalta. Tutkijan arvioissa ryhmien välillä oli tilastollisia eroja kaikissa summamuuttujissa. Hoitavien henkilöiden suorittamien arviointien perusteella huonosti vastuutasojärjestelmässä menestyneiden toimintakyky ja kokonaisyhyvinvointi oli heikempi kuin muilla.



Kuvio 23. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella potilaan sukupuolen mukaan (t-testi, $df=102$).



Kuvio 24. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella potilaan vastuutaso-ohjelmassa menestymisen mukaan jaoteltuna (ANOVA, $df=100$).

^aerinomaisesti menestyneiden psyykkisen voinnin ja oireilun ero tyydyttävästi ja huonosti menestyneiden ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

^berinomaisesti ja hyvin menestyneiden sosiaalisen kompetenssin ero huonosti menestyneiden ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

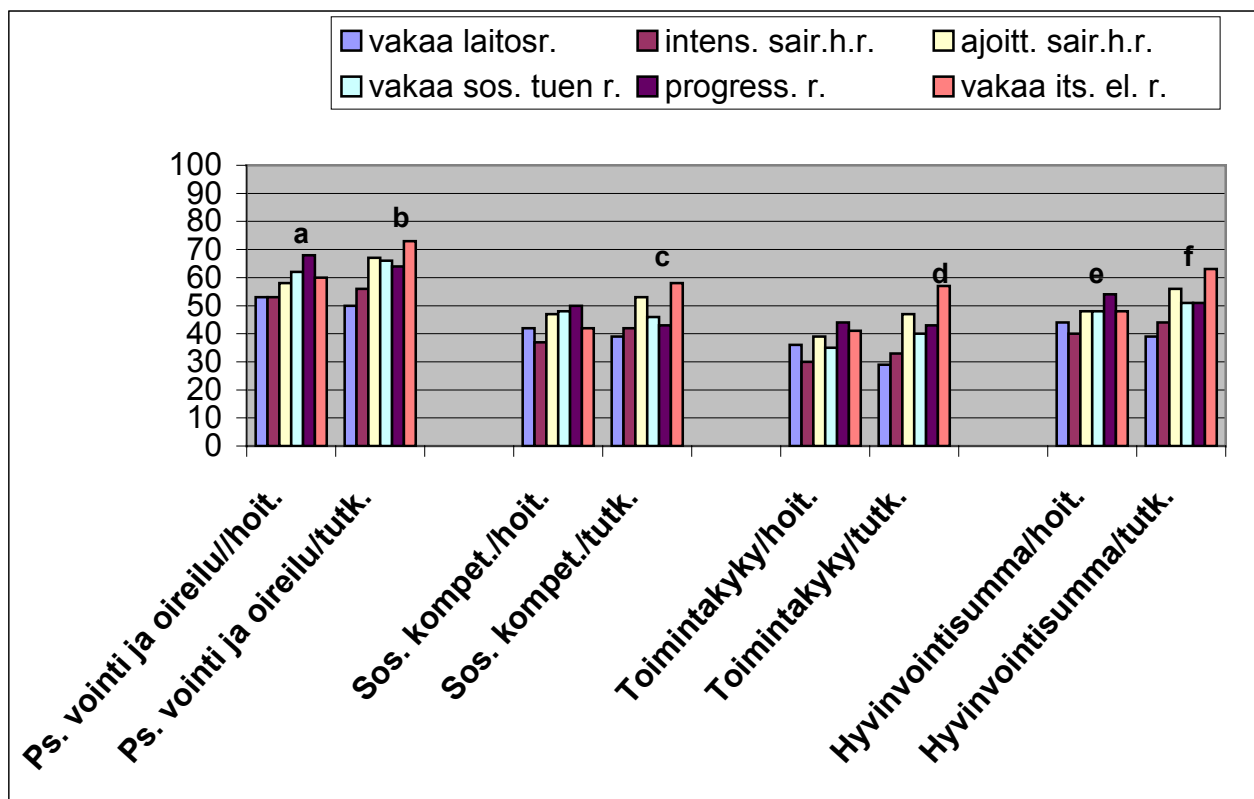
^cmuiden ryhmien toimintakyvyn/hyvinvointisumman ero huonosti menestyneiden ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$).

^derinomaisesti ja hyvin menestyneiden toimintakyvyn ero muihin ryhmiin ja tyydyttävästi menestyneiden toimintakyvyn ero huonosti menestyneiden ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

^eerinomaisesti ja hyvin menestyneiden hyvinvointisumman ero muihin ryhmiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .001$).

Kun arvioita tarkasteltiin kuntoutumisreittien suhteen jaoteltuna, saatiin muuttujakohtaisesti esiin selviä eroja (liitetaulukot 6V ja 6X). Summamuuttujien avulla saadaan jäsenyntyneempi kuva yhteyksistä (kuvio 25). Tutkijan arvioiden perusteella eri kuntoutumisreiteillä olevien potilaiden kaikissa hyvinvoinnin osatekijöissä oli suuria eroja. Vakaan itsenäisen elämisen reitin kuntoutujat olivat yliveraisia muihin nähden. Myös ajoittaisen sairaalahoidon reitin kuntoutujat saivat myönteisiä arvioita. Vakaan laitospöittin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin tulokset jäivät selvästi muita huonommiksi. Muiden reittien osalta tutkijan arviot jäivät välimaastoon.

Hoitajien ja terapeuttien arvioiden perusteella eri reittien kuntoutujat erosivat psyykkisessä voinnissa ja oireilussa sekä kokonaisyhyvinvoinnissa. Hoitavien henkilöiden arviot erosivat tutkijan näkemyksistä niin, että he arvioivat progressiivisen reitin kuntoutujien hyvinvoinnin muita paremmaksi. Intensiivisen sairaalahoidon reitin kuntoutujien hyvinvointi arvioitiin heikoimmaksi.



Kuvio 25. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella kuntoutumisreittien mukaan jaoteltuna (ANOVA, $df=98$).

^aprogressiivisen reitin potilaiden ero intensiivisen sairaalahoidon reitin ja vakaan laitosreitin ryhmiin sekä vakaan sosiaalisen tuen reitin potilaiden ero intensiivisen sairaalahoidon reitin ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p<.05$)

^bmuiden ryhmien ero vakaan laitosreitin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p<.01$)

^cvakaan itsenäisen elämisen reitin potilaiden ero muihin ryhmiin ja ajoittaisen sairaalahoidon reitin potilaiden ero vakaan laitosreitin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä ($p<.01$)

^dvakaan itsenäisen elämisen reitin potilaiden ero muihin ryhmiin, progressiivisen reitin ja ajoittaisen sairaalahoidon reitin potilaiden ero vakaan laitosreitin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin ryhmiin sekä vakaan sosiaalisen tuen reitin potilaiden ero vakaan laitosreitin ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p<.01$)

^eprogressiivisen reitin potilaiden ero intensiivisen sairaalahoidon reitin ja vakaan laitosreitin ryhmiin sekä ajoittaisen sairaalahoidon ja vakaan sosiaalisen tuen reitin potilaiden ero vakaan laitosreitin ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p<.05$).

^fvakaan itsenäisen elämisen reitin potilaiden ero muihin ryhmiin, ajoittaisen sairaalahoidon ja vakaan sosiaalisen tuen reitin potilaiden ero vakaan laitosreitin ja intensiivisen sairaalahoidon reitin ryhmiin sekä progressiivisen reitin potilaiden ero vakaan laitosreitin ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p<.01$).

Potilaiden käyttämällä hoitopalveluiden jälkiseuranta-aikaan suhteutetuilla kertymillä oli korrelatiivisia yhteyksiä moniin psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujiin (taulukko 18). Kaikki tutkijan tekemät arviot korreloivat tilastollisesti merkitsevästi tai erittäin merkitsevästi psykiatrisen sairaalahoidon

pituuden kertymään ja mielenterveystoimistohoitajien tunnuslukuihin. Hoitavien henkilöiden arvioiden yhteydet hoitojen määriin olivat vähäisemmät.

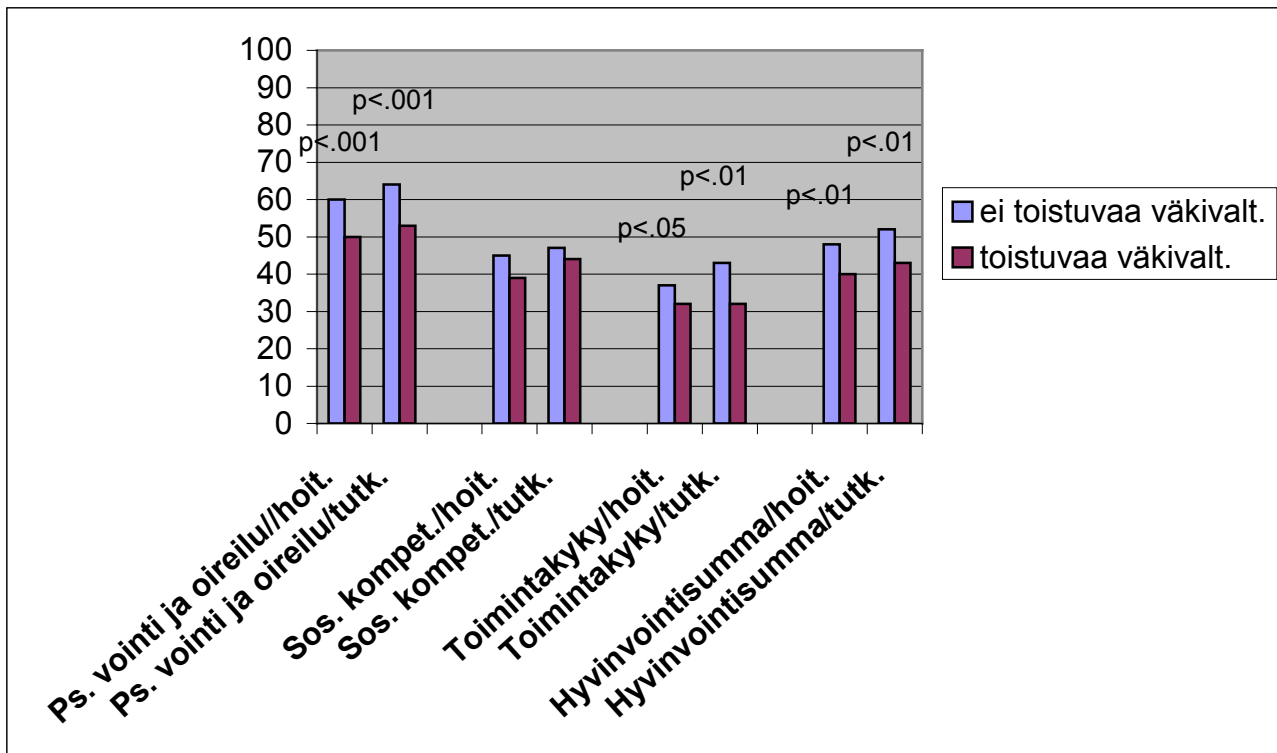
Tulosten suunta oli selvä. Psykiatrisen sairaalahoidon vähäinen suhteellinen osuus ja suuri mielenterveystoimistohoitajien osuus jälkiseuranta-ajasta olivat yhteydessä parempaan psykososiaaliseen hyvinvointiin.

Taulukko 18. Yleisimpien hoitojen jälkiseuranta-aikaan suhteutetun käytön Pearsonin korrelaatiokertoimet psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujiin hoitavien henkilöiden tai terapeuttien sekä tutkijan arviointien perusteella tilastollisen päättelyn eri riskitasoilla (N=104)

	Hoitajien/ terapeuttien arviot	Tutkijan arviot
Psykiatrisen sairaalahoidon pituuden kertymä:		
Psyykkinen vointi ja oireilu	-.17	-.50***
Sosiaalinen kompetenssi	-.11	-.28**
Toimintakyky	-.18	-.46***
Hyvinvointisumma	-.20*	-.49***
Mielenterveystoimistohoitajien pituuden kertymä:		
Psyykkinen vointi ja oireilu	.25*	.49***
Sosiaalinen kompetenssi	.05	.27**
Toimintakyky	.27**	.46***
Hyvinvointisumma	.28**	.48***
Mielenterveystoimistokäytön kertymä:		
Psyykkinen vointi ja oireilu	.25*	.45***
Sosiaalinen kompetenssi	.07	.26**
Toimintakyky	.30**	.50***
Hyvinvointisumma	.28**	.48***

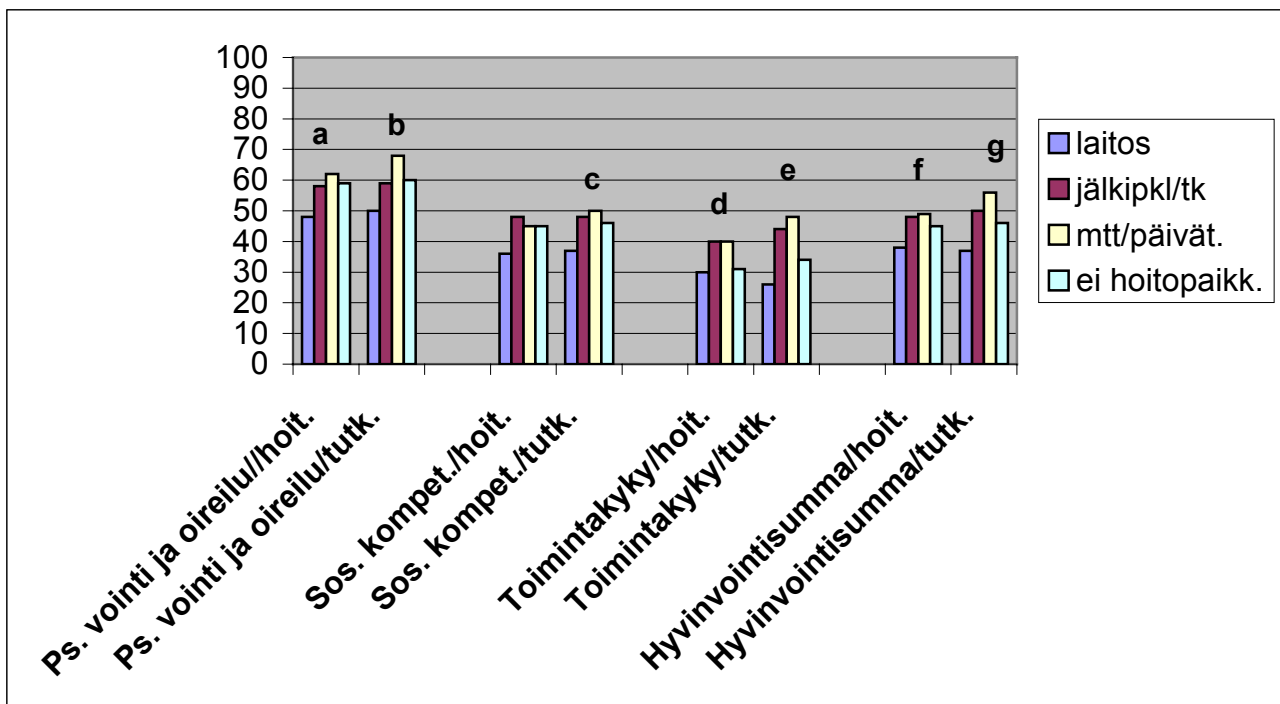
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Jälkiseuranta-aikaisen väkivaltaisen käyttäytymisen yhteys psykososiaaliseen hyvinvointiin oli erittäin selvä (kuviot 26). Riippumatta arvioitsijasta kaikissa summamuuttujissa erot olivat samansuuntaiset eli väkivaltaisuuden puuttuminen merkitsi korkeampaa hyvinvointia. Tilastollisia eroja väkivaltaisten ja ei-väkivaltaisten potilaiden välille tuli kaikissa muissa osaluokissa paitsi sosiaalisessa kompetenssissa.



Kuvio 26. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella potilaan jälkiseuranta-aikana esiintyneen väkivaltaisen käyttäytymisen mukaan jaoteltuna (t-testi, df=102)

Mielenterveystoimiston hoidossa olevien tai päivätoiminnassa käyvien potilaiden psykososiaalinen hyvinvointi oli tutkijan arvioiden perusteella parempi kuin muualla hoidossa olevien (kuvio 27). Erot olivat suuret erityisesti laitoshoidossa olevien ryhmään. Hoitavien henkilöiden arvioissa tulos oli samansuuntainen, mutta erot eivät olleet niin suuria. Jälkipoliklinisessä tai terveyskeskuksessa hoidossa käyvien psykososiaalinen hyvinvointi kokonaisuudessaan oli parempi kuin hoidon ulkopuolella olevien, jotka saivat toimintakyvyn osalta hoitavilta henkilöiltä samantasoisia arvioita kuin laitospotilaat. Tutkijan arvioissa tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välille saatiin kaikissa hyvinvoinnin osatekijöissä. Hoitajien ja terapeuttien arvioissa tilastollisia eroja ryhmien välillä oli muissa osatekijöissä paitsi sosiaalisessa kompetenssissa.



Kuvio 27. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella potilaan hoitopaikan mukaan (ANOVA, df=100)

^a muiden ryhmien ero laitoksessa olevien ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$)

^b mielenterveystoimistossa hoidossa tai päivätoiminnassa olevien potilaiden ero muihin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) ja jälkipoliklinisessa tai terveyskeskuksessa hoidossa olevien tai ilman hoitoa olevien ryhmän ero laitoshoidossa olevien ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$)

^c mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnassa hoidossa olevien tai ilman hoitoa olevien ero laitoshoidossa olevien ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

^d mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnassa hoidossa olevien ero laitoshoidossa tai ilman hoitoa olevien ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

^e mielenterveystoimistossa, päivätoiminnassa, jälkipoliklinisessa tai terveyskeskuksessa hoidossa olevien ero laitoshoidossa tai ilman hoitoa olevien ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) sekä ilman hoitopaikkaa olevien ero laitoshoidossa oleviin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

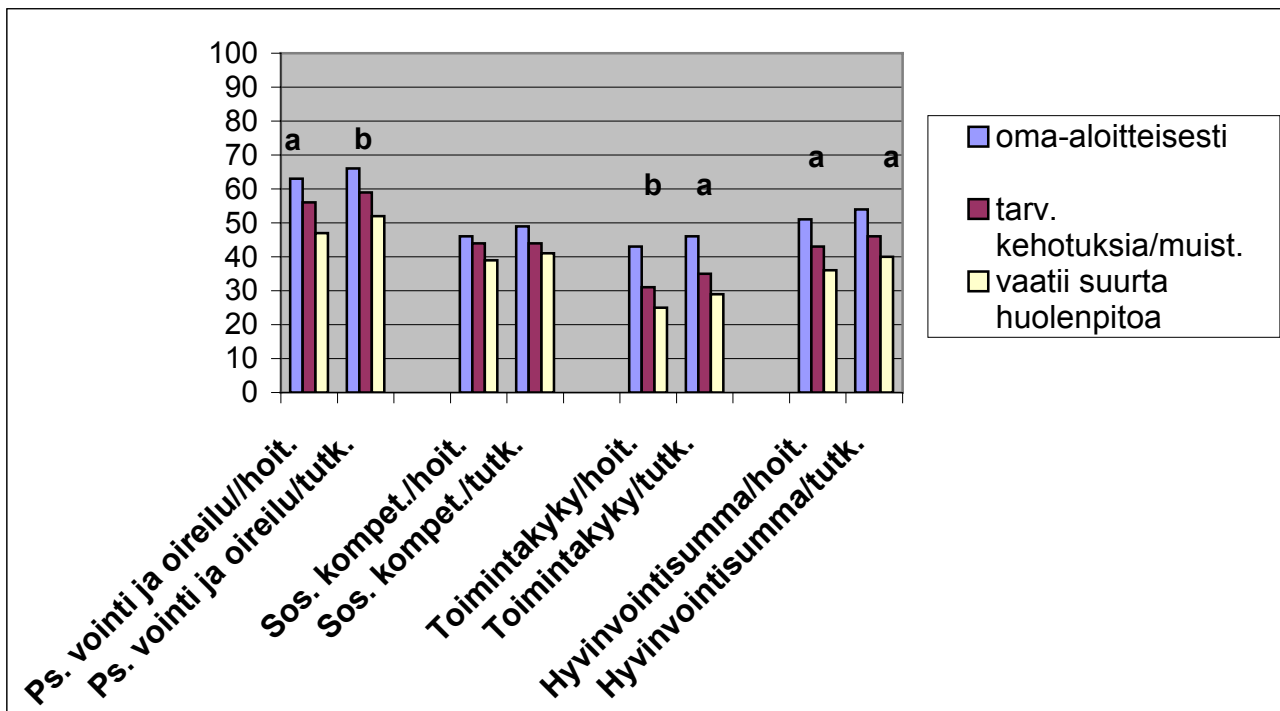
^f mielenterveystoimistossa, päivätoiminnassa, jälkipoliklinisessa tai terveyskeskuksessa hoidossa olevien ero laitoshoidossa oleviin tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$)

^g mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnassa hoidossa olevien ero laitoshoidossa tai ilman hoitoa olevien ryhmään tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) sekä jälkipoliklinisessa tai terveyskeskuksessa hoidossa olevien tai ilman hoitoa olevien ero laitoshoidossa oleviin tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$)

Hoitavia henkilöitä ja terapeutteja pyydettiin myös ottamaan kantaa sen suhteen kuinka itsenäisesti potilaat pystyivät huolehtimaan lääkityksestään tai kuinka paljon tukea ja valvontaa he tarvitsivat. Noin puolet (51.4 %) potilaista huolehti itsenäisesti lääkityksensä. Kehotuksia ja muistuttamista tarvitsi runsas neljäsosa (26.7 %). Aika paljon tai paljon huolenpitoa tarvitsi vajaa viidesosa (18.1 %). Neljällä (3.8 %) potilaalla ei ollut psyykenlääkitystä.

Potilaan omaehtoinen lääkityksestä huolehtiminen oli positiivisessa yhteydessä psykososiaaliseen hyvinvointiin (kuvio 28). Tilastollisia eroja omaehtoisesti lääkityksestään huolehtivien ja ulkopuolista valvontaa tarvitsevien välillä saatiin muissa osatekijöissä paitsi sosiaalisessa kompetenssissa. Potilaat, jotka tarvitsivat kehotuksia lääkityksestä huolehtimisen suhteen saivat arvioita, jotka jäivät kahden ääriryhmän välille.

Kun tarkastellaan tutkijan suorittamia hyvinvointiarvioita sen perusteella, miten hoitajat tai terapeutit arvioivat potilaan kyvyn huolehtia lääkityksestään, havaitaan, että oma-aloitteisesti lääkityksestään huolehtivat saavat myönteisimpiä arvioita kaikissa osatekijöissä (kuvio 28). Tilastollisia eroja ryhmien välillä ei ollut sosiaalisessa kompetenssissa. Mitä enemmän potilaan lääkityksestä huolehtiminen vaati huolenpitoa sitä heikommaksi tutkija arvioi hänen psykososiaalisen hyvinvointinsa eli tulos oli täsmälleen samansuuntainen hoitajien ja terapeuttien näkemysten kanssa.



Kuvio 28. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella potilaan lääkityksestä huolehtimiskyvyn mukaan (ANOVA, $df=101$).

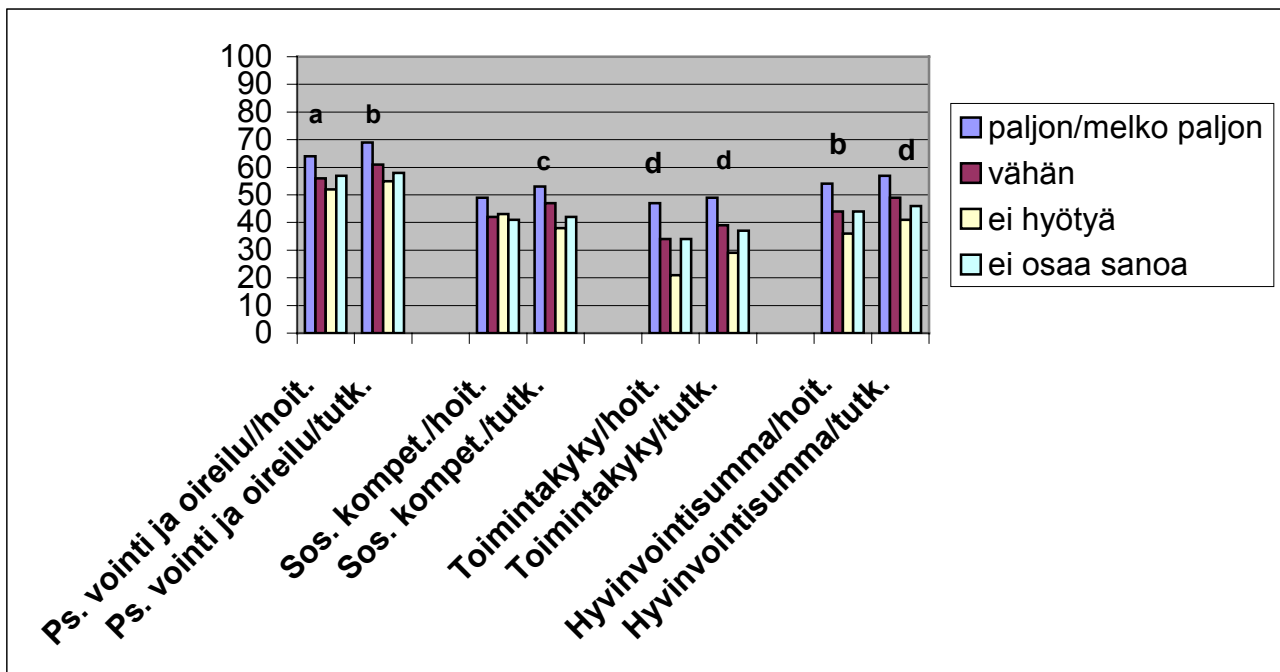
^a oma-aloitteisesti lääkityksestä huolehtivien ero muihin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä ($p<.01$) ja kehotuksia tai muistutuksia lääkityksen suhteen tarvitsevien ero suurta huolenpitoa tarvitsevien ryhmään tilastollisesti melkein merkitsevä ($p<.05$)

^b oma-aloitteisesti lääkityksestä huolehtivien ero muihin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä ($p<.01$).

Hoitavat henkilöt ja terapeutit arvioivat potilaiden hoidon ongelmallisuutta. Ongelmalliseksi hoidon arvioi 51 % ja ongelmattomaksi 49 % vastaajista. Potilaat, joiden hoito arvioitiin ongelmattomaksi, huolehtivat yleisemmin itsenäisesti lääkityksestään (69 % versus 42 %; $p=.001$) kuin hoito-ongelmaiset potilaat. Hoidon ongelmallisuus on erittäin selvästi yhteydessä arvioituun psykososiaaliseen hyvinvointiin (liitetaulukko 6Y). Ongelmattomuus hoidossa näkyi lähes jokaisen muuttujan kohdalla parempana psykososiaalisena hyvinvointina.

Hoitajat ja terapeutit arvioivat potilaan saamaa hyötyä vastuutasokuntoutuksesta. Arviointi oli vaikeaa, koska lähes kolmasosa (32 %) ilmoitti, ettei osaa sanoa, onko potilas hyötynyt kuntoutusohjelmasta. Vain 8 % vastaajista piti hyötyä suurena. Viidesosa (22 %) piti potilaan saamaa hyötyä melko suurena ja neljäsosa (26 %) vähäisenä. Loput vastaajista (13 %) oli sitä mieltä, ettei potilas ollut hyötynyt vastuutasokuntoutuksesta. Paljon tai melko paljon hyötynneiden ryhmä erosi hyötymättömien ryhmästä jälkiseuranta-aikaan suhteutetun kuntoutuskotiasumisen kertymän ($p=.025$) sekä mielenterveystoimistohoidon pituuden ($p=.028$) ja käyntikertojen kertymän ($p=.046$) suhteen. Edellisessä ryhmässä nämä kertymät olivat suuremmat kuin jälkimmäisessä.

Arvioiden mukaan paljon tai melko paljon hyötynneiden psykososiaalinen hyvinvointi oli monin osin parempi kuin muiden (kuvio 29). Vähän hyötynneiden tulokset olivat puolestaan myönteisemmät kuin niiden, jotka eivät olleet hyötynneet kuntoutusohjelmasta lainkaan. Kun verrataan tutkijan arvioita hoitajien ja terapeuttien arvioihin, havaitaan tulosten olevan hyvin samansuuntaiset.



Kuvio 29. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioiden perusteella potilaan vastuutasokuntoutuksesta saadun hyödyn mukaan (ANOVA, df=100)

^a paljon hyötynneiden ero vähän tai ei hyötynneiden ryhmään tilastollisesti melkein merkittävä (p<.05)

^b paljon hyötynneiden ero muihin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä (p<.01)

^c paljon hyötynneiden ero ei hyötynneiden ryhmään tilastollisesti merkitsevä (p<.01)

^d paljon hyötynneiden ero muihin ryhmiin tilastollisesti merkitsevä (p<.01) ja vähän hyötynneiden ero ei hyötynneiden ryhmään tilastollisesti merkitsevä (p<.01)

3.5.4. Psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden keskinäiset yhteydet ja yhteydet eri arvioitsijaryhmien välillä

Psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien korrelaatiot hoitavien henkilöiden ja terapeuttien arvioista laskettuna olivat korkeita. Suurin osa muuttujien välisistä korrelaatioista oli tilastollisesti merkitseviä. Samoin tutkijan arvioissa korrelaatiot olivat yleensä korkeita ja tilastollisesti merkitseviä.

Hoitajien ja terapeuttien arvioiden korrelaatiot summamuuttujien välillä ovat korkeita. Psykkinen vointi ja oireilu korreloi sosiaaliseen kompetenssiin .50 ja toimintakykyyn .49. Sosiaalisen kompetenssin ja toimintakyvyn välinen korrelaatio saa arvon .49.

Tutkijan arvioissa summamuuttujien väliset korrelaatiot olivat vieläkin korkeampia kuin hoitavien henkilöiden arvioissa. Psykkinen vointi ja oireilu

korreloi sosiaaliseen kompetenssiin .65 ja toimintakykyyn .72. Jälkimmäisten summien keskinäinen korrelaatio on .63.

Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien korrelaatiot eri tahojen tekemien arviointien välillä olivat pääosin tilastollisesti merkitseviä tai erittäin merkitseviä (liitetaulukko 6Z). Heikoimmin korreloivat potilaiden ja hoitavien henkilöiden väliset näkemykset. Potilaiden ja tutkijan näkemykset korreloivat erittäin merkitsevästi kaikkien muuttujien kohdalla. Korrelaatiot olivat merkitseviä myös hoitavien henkilöiden ja tutkijan arvioiden välillä lukuun ottamatta potilaan joustavuutta koskevia näkemyksiä.

Kun tarkastellaan summamuuttujien korrelaatioita eri ryhmien välillä, näkyvät yhteydet vieläkin selvemmin (taulukko 19).

Taulukko 19. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden korrelaatiot eri arvioitsijaryhmien välillä

	Hoitajat ja tera- peutit/ Tutkija	Hoitajat ja tera- peutit/ Potilaat	Tutkija/ Potilaat
Psykykinen vointi ja oireilu	.53***	.50***	.76***
Sosiaalinen kompetenssi	.35***	.29**	.61***
Toimintakyky	.65***	.58***	.77***
Kokonaishyvinvointi	.57***	.36***	.68***

p<.01; *p<.001

3.5.5. Potilaiden psyykkiset oireet hoitajien ja terapeuttien sekä tutkijan arvioimana sekä niiden yhteydet potilaiden psykososiaaliseen hyvinvointiin

Hoitajat ja terapeutit arvioivat potilaiden oireet selvästi vaikeammiksi kuin tutkija. Korrelaatiot arviointien välillä olivat kuitenkin kohtalaisen korkeita ja tilastollisesti erittäin merkitseviä (taulukko 20). Sekä hoitavien henkilöiden että tutkijan potilaiden oireita koskevissa arvioissa negatiiviset oireet arvioitiin vaikeammiksi kuin positiiviset tai yleiset oireet.

Taulukko 20. Potilaiden oirearvioiden keskiarvot, keskihajonnat (suluissa) ja korrelaatiot hoitajien ja terapeuttien sekä tutkijan arvioiden välillä

	Keskiarvot ja –hajonnat		Korrelaatiot
	Hoitajat ja terapeutit	Tutkija	
	N=104	N=105	N=104
Yleiset oireet ¹	3,2 (0,94)	2,6 (0,52)	.43
Positiiviset oireet ¹	3.1 (1,33)	2.6 (0,98)	.54
Negatiiviset oireet ¹	3.8 (1,39)	3.1 (1,02)	.45
Oireiden summa ²	72.9 (21,5)	59.2 (14,1)	.51

x¹= asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7= erittäin vaikeita oireita

x²= asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita

Hoito-ohjelmassa menestymisellä ei ollut yhteyksiä hoitavien henkilöiden tekemiin oirearvioihin (liitetaulukko 6T). Tutkijan arvioihin yhteyksiä oli. Mitä parempi oli hoito-ohjelmassa menestyminen sitä lievempiä olivat potilaiden negatiiviset oireet haastatteluhetkellä. Sama tulos saatiin oireiden kokonaissumman osalta (liitetaulukko 6U).

Kuntoutumisreittien osalta tulos on erittäin selkeä (liitetaulukot 6W ja 6X). Sekä hoitavat henkilöt että tutkija arvioivat vakaan laitoshoidon ja intensiivisen sairaalahoidon reittien potilaiden oireet selvästi vaikeammiksi kuin muiden reittien potilaiden.

Kun korreloitiin oiremuuttujia hyvinvoinnin osatekijöihin, saatiin korkeita, osin erittäin korkeita negatiivisia korrelaatioita (taulukko 21). Kertoimet olivat tutkijan arvioissa hieman korkeampia kuin hoitavien henkilöiden ja terapeuttien arvioissa. Tulosten perusteella näyttää siltä, että ulkopuolisten arvioitsijoiden näkemykset potilaiden hyvinvoinnista ovat vahvasti yhteydessä potilaiden oireilun tasoon. Mitä vaikeampia oireet ovat sitä enemmän arvioitiin puutteita hyvinvoinnissa.

Taulukko 21. Potilaiden oiremuuttujien ja hoitavien henkilöiden sekä tutkijan arvioimien potilaiden psykososiaalista hyvinvointia koskevien summamuuttujien väliset korrelaatiot

	Yleiset oireet	Positiiviset oireet	Negatiiviset oireet	Oiresumma
Psykykinen vointi ja oireilu/hoit.	-.65***	-.71***	-.52***	-.77***
Psykykinen vointi ja oireilu/tutk.	-.71***	-.70***	-.58***	-.83***
Sosiaalinen kompetenssi/hoit.	-.30**	-.21*	-.51***	-.41***
Sosiaalinen kompetenssi/tutk.	-.52***	-.33***	-.70***	-.63***
Toimintakyky/hoit.	-.40***	-.43***	-.50***	-.54***
Toimintakyky/tutk.	-.56***	-.54***	-.76***	-.77***
Hyvinvointisumma/hoit.	-.57***	-.59***	-.62***	-.72***
Hyvinvointisumma/tutk.	-.67***	-.61***	-.77***	-.86***

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Hoitajien ja terapeuttien tekemät oirearviot olivat osin yhteydessä potilaiden itseään koskeviin hyvinvointiarvioihin (taulukko 22). Yllättävää oli, ettei muilla kuin yleisillä oireilla ollut yhteyttä potilaan arvioimaan terveydentilaan. Positiiviset oireet eivät myöskään korreloineet kokonaishyvinvointiin. Muut oireet korreloivat negatiivisesti potilaiden kokemaan kokonaishyvinvointiin, mutta eivät vahvasti.

Tutkijan arviot oireista ja potilaiden hyvinvointikokemukset olivat erittäin selvästi riippuvaisia toisistaan. Merkitseviä korrelaatioita saatiin lähes kautta linjan. Tuloksen perusteella potilaiden kokema psykososiaalinen hyvinvointi riippuu vahvasti psyykkisen oireilun vaikeudesta. Mitä vaikeammat oireet potilaalla on sitä heikommaksi hän kokee hyvinvointinsa. Yhteys oli selvästi paremmin havaittavissa tutkijan arvioissa kuin hoitavien henkilöiden ja terapeuttien arvioissa.

Taulukko 22. Hoitajien ja terapeuttien (N=104) sekä tutkijan (N=105) tekemien potilaiden oirearviointien ja potilaiden omaa psykososiaalista hyvinvointiaan koskevien summamuuttujien väliset korrelaatiot

	Yleiset oireet		Positiiviset oireet		Negatiiviset oireet		Oiresumma	
	Hoit.	Tutk.	Hoit.	Tutk.	Hoit.	Tutk.	Hoit.	Tutk.
Terveystila	-.22*	-.52***	-.09	-.27**	-.02	-.10	-.13	-.35***
Sosiaal. kompetenssi	-.13	-.37***	+.02	-.25*	-.06	-.37***	-.06	-.41***
Toimintakyky	-.32**	-.46***	-.17	-.34***	-.30**	-.63***	-.32**	-.59***
Elämän mielekkyys	-.35***	-.52***	-.28**	-.49***	-.24*	-.39***	-.35***	-.58***
Tyytyväis. elämään	-.23*	-.29**	-.17	-.34***	-.22*	-.28**	-.25*	-.15
Psykososiaalinen kokonaishyvinvointi	-.35***	-.63***	-.18	-.46***	-.22*	-.50***	-.30**	-.65***

***p<.001; **p<.01; *p<.05

Potilaiden Beck-asteikon masennuspistemäärä korreloi hoitavien henkilöiden arvioimiin yleisiin oireisiin ($r=.21$; $p<.05$) ja tutkijan arvioimiin yleisiin oireisiin ($r=.32$; $p<.01$), mutta ei muihin oirealueisiin.

3.6. JATKOKUNTOUTUKSEN TARVE

Hoitavat henkilöt ja terapeutit arvioivat kuntoutujan tarvetta jatkokuntoutukseen. Jatkokuntoutuksen tarve tuotiin esille 60 (60,6 %) kuntoutujan kohdalla.

Kuntoutujien asumismuoto kuntoutusohjelman päätyttyä oli yhteydessä arvioituun jatkokuntoutustarpeeseen ($p=.03$). Potilaat, joilla jatkokuntoutustarve oli olemassa, olivat useammin siirtyneet asumaan omaistensa luokse kuin ne potilaat, joilla kuntoutustarvetta ei ollut (32 % versus 7 %). Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvat olivat vastaavasti siirtyneet useammin johonkin kuntouttavaan asumismuotoon (46 % versus 30 %).

Kuntoutustarve oli yhteydessä myös potilaan asumismuotoon tutkimushetkellä ($p=.023$). Potilaat, joilla kuntoutustarve oli olemassa, olivat

useammin laitoksessa (27 % versus 10 %) ja harvemmin tuetussa asumismuodossa (29 % versus 56 %) kuin muut potilaat. Heidän hoitonsa arvioitiin useammin myös ongelmalliseksi (62 % versus 34 %; $p=.01$).

Hoitavat henkilöt ja terapeutit arvioivat potilaiden tarvitsevan jatkokuntoutusta useimmiten erilaisissa arkielämän taidoissa ja itsestä huolehtimisen taidoissa. Ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja pidettiin myös keskeisinä. Monet pitivät tavoitteena potilaan kuntoutuksen jatkuvuuteen sekä psyykkisen voinnin suotuisan kehityksen turvaamiseen liittyvien tarpeiden huomioimista.

Tutkija arvioi myös potilaiden jatkokuntoutuksen tarvetta. Näiden arvioiden perusteella 89 potilasta (84,8 %) oli tutkimushetkellä jatkokuntoutuksen tarpeessa.

Jatkokuntoutuksen tarpeessa olevien psykiatrisen sairaalahoidon kertymä kuntoutusjakson jälkeen jälkiseuranta-aikaan suhteutettuna oli selvästi suurempi kuin muiden ($p=.001$). Psykiatrisen sairaalahoidon käyttö oli ilman jatkohoidon tarvetta olevien ryhmässä vähentynyt selvästi enemmän alkuseuranta-aikaan verrattuna kuin jatkohoidon tarpeessa olevilla ($p=.038$). Mielenterveystoimistossa annetun hoidon pituuden ja käyntikertojen suhteen tulokset olivat muuttuneet päinvastaiseen suuntaan.

Jatkokuntoutustarpeessa olevilla oli kuntoutusjakson jälkeen esiintynyt enemmän epäsosiaalista käyttäytymistä kuin potilailla, joilla kuntoutustarvetta ei tutkijan arvioiden mukaan ollut (39 % versus 6 %; $p=.023$). He olivat myös muita useammin ohjautuneet joko vakaan sairaalahoidon tai intensiivisen sairaalahoidon reiteille (45 % versus 6 %; $p=.008$).

Tutkijan arviot jatkokuntoutuksen tarpeesta olivat yhteydessä myös hoitavien henkilöiden ja terapeuttien näkemykseen siitä, miten hyvin potilas selviytyi lääkityksensä huolehtimisesta ($p=.003$). Jatkokuntoutuksen tarpeessa olevista 48 % pystyi itsenäisesti huolehtimaan lääkityksestään, ja jatkokuntoutustarvetta vailla olevista potilaista lääkityksen itsenäisesti huolehti 93 %.

Tutkija arvioi potilaiden jatkokuntoutuksen tarpeen liittyvän yleisimmin potilaan aktivointiin tai laajasti moniin elämän osa-alueisiin. Potilaiden ihmissuhdetaidoissa ja arkielämän käytännön taidoissa tutkija näki usein sellaisia puutteita, joiden korjaamiseen kuntoutuksessa oli tarvetta keskittyä. Samoin itsestä huolehtimisessa sekä psyykkisen että fyysisen terveyden alueella oli tutkijan näkemyksen mukaan usein kuntoutuksen tarvetta.

3.7. AJATUKSIA VASTUUTASOJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISEKSI

Potilaiden ehdotukset vastuutasokuntoutuksen kehittämiseksi liittyivät monenlaisiin asioihin. Suurimman ryhmän muodostivat potilaat, jotka eivät nähneet ohjelmassa mitään muutettavaa. Osa potilaista toi esiin kurin ja pikkutarkkuuden vähentämisen sekä vaatimustason madaltamisen. Osa toivoi vähemmän toimintaa. Jotkut toivoivat enemmän ulospäin suuntautuvaa toimintaa, valinnan vapautta, yksilöllisyyttä, erilaisia terapioiden ja positiivista ilmapiiriä. Muutama potilas piti tärkeänä ruoan laadun parantamista ja vapaan tupakoinnin sallimista.

Suurin osa hoitavista henkilöistä ja terapeuteista totesi, ettei vastaajalla ollut tarpeeksi tietoa vastuutasojärjestelmästä voidakseen arvioida kehittämistarvetta. Joitakin kehittämisajatuksia kuitenkin tuotiin esille. Nämä kehittämisajatukset liittyivät useimmiten hoidollisen vuorovaikutuksen tehostamiseen ja hoidon sisällön täydentämiseen. Yhteistyökysymyksiä osaston ja avohoidon yksiköiden välillä tuli myös esille. Jotkut vastaajista pitivät tärkeänä sitä, että kuntoutussuunnitelman tavoitteita strukturoidaan, konkretisoidaan ja muotoillaan positiiviseen muotoon. Muutamat vastaajista korostivat potilaan jälkiseurannan merkitystä, potilaiden tehokkaampaa valintaa ohjelmaan sekä toimintaresurssien lisäämistä.

4. TULOSTEN TARKASTELU

4.1. POTILAIEN KUNTOUTUMINEN VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSSÄ

Tutkimusryhmään kuuluvat olivat sairastaneet kauan. Potilaan tullessa vastuutasokuntoutukseen psykiatrisen hoidon alkamisesta oli kulunut keskimäärin 12,5 vuotta. Yhtäjaksoisen sairaalahoidon kesto ennen vastuutasokuntoutukseen tuloa oli keskimäärin lähes kaksi vuotta eli suuri osa potilaista oli todennäköisesti ehtinyt laitostua. Ludwigin (1971) kuvaus kroonisuuden koodista sopii osalle heistä ilmeisen hyvin. Potilaat olivat sairastuneet keskimäärin noin 20 –vuotiaina. Hoitokontaktiin he olivat hakeutuneet noin vuotta myöhemmin ja ensimmäiseen psykiatriseen sairaalahoitoon heidät oli ohjattu vajaa kaksi vuotta myöhemmin. Kokonaisuutena tarkastellen potilaiden oireet olivat puhjenneet skitsofreniapotilaille tyypillisessä iässä. Miesten ja naisten sairastumisiässä ei ollut eroa, mikä poikkeaa normaalista sairauden kulusta (vrt. Räsänen ym. 2000, 41). Tulos viittaa siihen mahdollisuuteen, että tutkimusryhmän naiset olivat sairastuneet skitsofreniaan normaalia aikaisemmin. Tosin Salokankaan (1993) tulosten mukaan DSM-III diagnostiikan mukaisen skitsofrenian puhkeamisen suhteen ei ollut eroja miesten ja naisten välillä. Ennen kuntoutumisohjelmaan tuloa potilaat olivat olleet lähes yhtä paljon psykiatrisessa sairaalahoidossa kuin avohoidon asiakkaina. Kuntoutujien peruskoulutuksen taso oli matala, mikä ilmeisesti johtui varhaisesta sairastumisesta.

Tutkimusryhmään kuuluvat olivat vastuutasojärjestelmässä keskimäärin kahdeksan kuukautta. Tämä oli yli viisi kertaa niin pitkä hoitoaika kuin mitä osastolla vuonna 1999 hoidettujen potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli. Hoitoajat ovat siis merkittävästi lyhentyneet 1980-luvun lopun ja 1990-luvun alun hoitoajoista. Tutkimusryhmään kuuluvien hoitoajoissa oli erittäin suurta vaihtelua. Lyhimmät hoitoajat jäivät pariin viikkoon ja pisimmät olivat yli kolme vuotta.

Kuntoutujat etenivät vastuutasojärjestelmässä yleensä hyvin. Korkeimmalle vastuutasolle eteni yli 80 % ja lyhimmissä mahdollisissa ajassa sinne eteni 40 %. Tämän hyvän tuloksen saavuttivat sekä miehet että naiset yhtä usein. Hieman alle 20 % ei edennyt ylimpään kuntoutusvaiheeseen eli heidän osaltaan ohjelma oli liian vaativa. Tämä ei välttämättä tarkoita sitä, etteivät he olisi hyötynneet ohjelmasta. Tämä oli kuitenkin se ryhmä, joka luokiteltiin huonosti menestyneiksi. Tulos oli selvästi parempi kuin Pulkkisen tutkimuksessa (1988), jossa lähes kolmasosa ei edennyt vastuutasoilla.

Kuntoutujien toiminnallisuus ja velvoitteista huolehtiminen oli hoito-ohjelman aikana yleensä hyvällä tasolla. Joitakin ongelma-alueita kuitenkin tuli esille. Lääkityksestä ja hygieniasta huolehtiminen tuottivat joka toiselle vaikeuksia hoito-ohjelmaan tullessa. Hoito-ohjelman loppuun mennessä nämä ongelmat vähenivät, mutta eivät poistuneet. Yli kolmasosalle potilaista lääkityksestä huolehtiminen tuotti kuntoutusohjelman loppuun asti vaikeuksia. Tulos vastaa lääkehoidon laiminlyönnin yleisyydestä tehtyjä tutkimuksia (vrt. Skitsofrenian käypä hoito-suositus 2001, 2448). Puolet tutkimusryhmään kuuluvista aktivoitui vastuutasokuntoutuksen aikana. Tämän tuloksen merkittävyyttä lisää se, että hoito-ohjelman vaatimustaso kasvaa asteittain niin, että 4-tasolla oma-aloitteisuutta ja itseohjautuvuutta vaaditaan huomattavasti enemmän kuin hoito-ohjelman alussa. Suurin osa kuntoutujista oli 4-tasolla hoito-ohjelmasta lähtiessään.

Noin kaksikolmasosa tutkimusryhmään kuuluvista käyttäytyi vastuutasokuntoutuksen aikana epäsosiaalisesti. Sopimusten rikkominen ja kieltäytyminen olivat selvästi yleisimmät esiin tulleet epäsosiaalisen käyttäytymisen muodot. Epäsosialisuus oli melko harvinaista sekä kuntoutusohjelman alussa että lopussa. Monilla hoito-ohjelman alussa sosiaalisesti toimivilla potilailla oli hankaluuksia säilyttää tasonsa myöhemmin hoito-ohjelmassa olonsa aikana. Tämä näkyi siinä, että potilaiden edetessä kuntoutusohjelmassa sekä vaatimustason ja vastuullisuusvaateiden kasvaessa sopimuksista kiinni pitäminen oli joillekin vaikeaa ja tehtävistä kieltäytymisiä esiintyi.

Sosiaalisuuden lisääntyminen oli yhteydessä myös toimintakyvyssä ja aktiivisuudessa tapahtuneisiin muutoksiin. Sosiaalisuuden lisääntyessä myös toimintakyky ja aktiivisuus muuttuivat myönteiseen suuntaan. Aikaisemmin on havaittu sosiaalisesti hyväksytyyn käyttäytymiseen ja arkielämässä vaadittavien taitojen hyvän tason olevan yhteydessä potilaiden kotiuttamisvalmiuteen (Bellus ym., 2003, 32).

Kuntoutujien toimintakyvyssä tapahtunut paraneminen GAS-pisteiden perusteella oli keskimäärin pieni, mutta kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä. Yli puolella kuntoutujista toimintakyky pysyi tulotilanteen tasolla. Koska toimintakykyä mitattiin hoitosuunnitelmalomakkeen kirjattujen GAS-arvojen avulla, herää kysymys siitä, miten rutiininomaisesti arviot oli tehty. Tarkempaan harkintaan perustuvat arviot olisivat voineet tuoda esille suuremman muutoksen.

Potilaiden menestyminen vastuutaso-ohjelmassa vaihteli erinomaisesta huonoon menestymiseen. Erinomaisesti tai hyvin menestyneitä oli noin puolet kuntoutujista. Tyydyttävästi menestyneitä oli suunnilleen kolmasosa ja

huonosti menestyneitä alle viidesosa. Erinomaisesti menestyneitä eli ”puhtain paperein” hoito-ohjelman läpikäyneitä oli lähes yhtä paljon kuin huonosti menestyneitä. Menestymistä erotteli potilaan elämänhistoriaan liittyvä toistuva väkivaltainen käyttäytyminen. Yhteys oli johdonmukainen: mitä huonommin potilas menestyi hoito-ohjelmassa sitä yleisemmin taustalta löytyi toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä. Toistuvan väkivaltaisen käyttäytymisen yhteys huonoon menestymiseen kuvanee kuntoutujan vaikeuksia ottaa vastaan kriittistä tai ohjaavaa palautetta. Tulos voi liittyä myös opittuun tapaan reagoida stressi- ja frustraatiotilanteissa tai matalaan frustraatiotoleranssiin. Myös muistitoimintojen heikkenemisen on havaittu olevan yhteydessä väkivaltaiseen käyttäytymiseen sairaalaolosuhteissa (Serper ym., 2005).

Potilaan aktiivisuus ja sosiaalinen käyttäytyminen erotteli eri tavoin menestyneitä. Tulos oli erittäin selkeä: mitä suurempi oli kuntoutujan aktiivisuus ja mitä parempi oli hänen sosiaalinen käyttäytymisensä jo ensimmäisen kuukauden aikana sitä parempi oli menestyminen hoito-ohjelmassa. GAS-pistemäärät hoito-ohjelman alussa eivät ennustaneet menestymistä. Sitä vastoin hoito-ohjelman lopussa eri tavoin menestyneiden toimintakyvyssä oli odotetunlaisia eroja. Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastuutaso-ohjelmassa menestymisen todennäköisyys kasvaa, jos potilas jo ohjelman alussa on valmis yrittämään ja käyttäytyy sosiaalisesti riippumatta siitä, mikä on hänen yleinen toimintakykynsä. Motivaatiotekijät ja yhteistyöhalu sekä kyky ottaa vastaan palautetta vaikuttivat ilmeisesti vahvasti menestymiseen. Ohjauksen vastaanottoon vaikuttavat olennaisesti ohjausta antavan henkilön vuorovaikutustaidot ja ammatillinen osaaminen. Myös potilaiden sosiaalis-kognitiiviset taidot ovat yhteydessä osastolla toimimiseen (Penn ym., 1997, 119). Tulos osoittaa, että kuntoutujan motivaation ja yhteistyöhalukkuuden tukemiseen kannattaa panostaa jo ohjelmaan tullessa.

Hoitotavoitteiden kirjaaminen hoitosuunnitelmalomakkeelle oli puutteellista. Lähes neljäsosa kuntoutujista oli sellaisia, joilta puuttuivat hoitosuunnitelmalomakkeelle kirjatut tavoitteet. Tätä voidaan pitää yllättävänä, koska vastuutaso-ohjelmassa korostuvat hoidon struktuuri ja tavoitteisuus. Koska hoitotavoitteita koskevia tietoja koottiin ainoastaan hoitosuunnitelmalomakkeelta, ei saatu tulos vastaa todellista tilannetta. Osa potilaiden hoidollisista tavoitteista oli kirjattu myös sairauskertomuksen lehdille. Osa puutteista selittyy lyhyen hoitoajan perusteella, koska ilman hoitotavoitteita olevien potilaiden hoitoaika oli huomattavasti lyhyempi kuin muiden. Se, ettei hoitotavoitteita kirjattu, ei välttämättä tarkoita sitä, ettei niistä keskusteltu. Tavoitteiden sisällöt liittyivät yleisimmin sosiaalisiin taitoihin ja psyykkiseen vointiin. Tätä voidaan pitää odotettuna, koska kyseessä oli psykososiaalisen kuntoutuksen hoito-ohjelma. Hoitotavoitteiden kirjaamiskäytännössä oli tulosten perusteella kuitenkin selvästi puutteita.

Vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen lähes kolmasosa potilaista siirtyi toiseen sairaalaan tai toiselle hoito-osastolle. Tämä oli mahdollista, koska Etelä-Pohjanmaalla toimi useita entisiä B-mielisairaaloita 90-luvun puoliväliin asti. Törnävän sairaalassa oli sekä avo- että suljettuja hoito-osastovaihtoehtoja. Huono menestyminen vastuutaso-ohjelmassa johti usein hoidon jatkumiseen toisella hoito-osastolla tai toisessa sairaalassa. Tyypillistä sairaalahoitoa jatkaneille potilaille oli se, että he menestyivät yleensä heikosti vastuutasojärjestelmässä, heidän historiastaan löytyi paljon aggressiivista ja epäsosiaalista käyttäytymistä sekä heidän sairaalahoitohistoriansa oli huomattavasti pidempi kuin avohoitoon siirtyneiden potilaiden. Voidaan olettaa, että heidän psyykkinen tilansa oli myös vaikeampi ja kroonistuneempi kuin muiden. Pitkälle edennyt kroonistuminen ja herkkyyys väkivaltaiseen käyttäytymiseen ovat tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutumisen esteitä vastuutasojärjestelmässä.

Runsas kolmasosa tutkimusryhmään kuuluvista siirtyi kuntouttavaan asumiseen. Tilannetta helpotti se, että kuntoutuskotipaikkoja 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa oli sairaanhoitopiirin alueella melko paljon. Tyypillistä kuntouttavaan asumiseen siirtyneille oli se, että he olivat vastuutasokuntoutuksessa muita pidempään. Omaisten luokse tai omaan asuntoon siirtyneitä oli yhteensä kolmasosa kuntoutujista. Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastuutasokuntoutuksen jälkeen kuntoutettavat siirtyivät lähes yhtä yleisesti kuntouttavaan asumiseen, asumaan itsenäisesti tai sukulaistensa, lähinnä vanhempiensa luokse tai jatkoivat hoitoa sairaalassa.

Hoito-ohjelmassa menestyminen tuotti onnistumisen kokemuksia. Kuntoutusohjelmasta selviytyminen edellytti usein sosiaalisten taitojen ja itsestä huolehtimisen oppimista sekä vastuuseen kasvamista. Näillä oppimiskokemuksilla oli todennäköisesti merkittäviä psykologisia vaikutuksia: oletettavasti ne lisäsivät koherenssin tunnetta (vrt. Saiho, 2006), tasapainottivat sisäisiä ja ulkoisia kontrolliodotuksia, vahvistivat pystyvyysodotuksia sekä vähensivät haasteiden kohtaamiseen liittyvää epävarmuutta ja opittua avuttomuutta. Näitä mahdollisia muutoksia ei tutkimuksessa selvitetty, mutta jos voimaantumista tapahtui, niin voidaan olettaa sen konkretisoituvan kuntoutusohjelman jälkeen aikaisempaa parempana avohoidossa selviytymisenä ja itsestä huolehtimisena. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset osoittavat, että näin myös osin tapahtui.

4.2. VASTUUTASO-OHJELMAN JÄLKEISET KUNTOUTUMISREITIT, HOIDOT JA ASUMINEN

Tutkimusaineiston analyysissä tyypiteltiin kuusi kuntoutumisreittiä. Luokituskriteerit laadittiin havaintoaineiston tunnuslukuihin perustuen niin, että reitit olivat toisiaan poissulkevat ja aineiston suhteen peittävät. Kuntoutuja voitiin sijoittaa vain yhteen reittiin ja kaikki kuntoutujat voitiin sijoittaa johonkin reittityyppiin. Reittityyppejä ei aikaisemmin ole luokiteltu vastaavasti, joten vertailutietoa ei ole.

Reitit kuvaavat kuntoutujan asumisprofiileja pitkän seuranta-ajan puitteissa. Reittityyppien empiirinen kuvaaminen on tärkeää paitsi hoito- ja asumispalveluiden kehittämisen kannalta myös psykiatrisessa hoitojärjestelmässä tapahtuneiden muutosten seurausten todentamisessa.

Eri reiteille ohjautuminen riippui hyvin monista tekijöistä. Toistuva väkivaltainen tai muu epäsosiaalinen käyttäytyminen, lukuun ottamatta alkoholin ongelmallista käyttöä potilaan menneisyydessä, oli erottelava tekijä. Nämä käyttäytymismuodot olivat yleisimpiä vakaalle laitosreitille ohjautuneilla ja harvinaisimpia vakaan itsenäisen elämisen reitille ohjautuneilla. Tulos on samansuuntainen Bellusin ym. (2003) tuloksen kanssa, minkä mukaan erittäin poikkeava ja aggressiivinen käyttäytyminen on este sairaalasta lähtemiselle, vaikka potilaan itsestä huolehtimisen taidot olisivatkin hyvät.

Vastuutaso-ohjelmassa menestyminen ja menestymiseen läheisesti liittyvät toimintakykyä, aktiivisuutta ja käyttäytymistä kuvaavat tunnusluvut erottelivat eri reittien kuntoutujia merkitsevästi. Erinomaisesti tai hyvin menestyneiden osuudet olivat erittäin suuret ajoittaisen sairaalahoidon ja vakaan itsenäisen elämisen reiteillä ja erittäin pienet laitoskeskeisillä reiteillä. Vakaan laitosreitit potilaiden hyvä menestyminen oli harvinaista. Vakaalle laitosreitille ohjautuneiden kuntoutujien käyttäytymisen muutos vastuutasokuntoutuksen aikana erosi muiden ryhmien käyttäytymismuutoksesta negatiiviseen suuntaan. He tulivat vastuutasokuntoutukseen selvästi muita yleisemmin pitkäaikaispsykiatrian osastoilta. Heille oli kertynyt erittäin paljon psykiatrista sairaalahoitoa, mikä tuli esiin myös siinä, että välittömän sairaalahoidon pituus ennen vastuutasokuntoutusta oli keskimäärin yli kolme vuotta. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että nämä kuntoutujat olivat kroonistuneet ja laitostuneet enemmän kuin muut tutkimusryhmään kuuluvat.

Intensiivisen sairaalahoidon reitin kuntoutujille oli ominaista ns. pyöro-ovi – syndrooman olemassaolo jo ennen vastuutasokuntoutusta. Se, miksi muutosta ei heidän kohdallaan hoidon profiilissa tapahtunut, voi johtua hyvin monista tekijöistä: sairauden laadusta, potilaan hoitoon hakeutumisen

tottumuksista, heikoista avohoidon hoitosuhteista tai tukimuodoista, hoitojärjestelmän pinttyneistä rutiineista ja matalasta hoitoon toimittamisen kynnyksestä (vrt. Lyons ym., 1997, 340) sekä avohoidon määrän ja laadun alueellisista ominaisuuksista.

Erot ajoittaisen sairaalahoidon, vakaan sosiaalisen tuen, progressiivisen ja vakaan itsenäisen elämisen reittien kuntoutujien välillä olivat pienet. Näille reiteille ohjautuminen riippuu todennäköisesti asumisvaihtoehtojen olemassa olosta, kuntoutujan omista mieltymyksistä asumisen suhteen, sosiaalisten verkostojen sisällöistä, psyykkisen tilan laadusta ja vakaudesta sekä sosiaalisten taitojen tasosta. Vakaan sosiaalisen tuen reitin kuntoutujien toimintakyvyn muutos GAS-pisteillä mitattuna vastuutasokuntoutuksen aikana oli parempi kuin vakaan laitospisteen, intensiivisen sairaalahoidon reitin ja progressiivisen reitin kuntoutujien. Tämä voi kuvastaa tämän ryhmän hyvää kuntoutumispotentiaalia.

Monet omaisten luona asuvat ja suurelta osin vanhempien tuen varassa elävät kuntoutujat olivat vakaan sosiaalisen tuen reitillä. Näiden kuntoutujien kannalta ongelmallinen asia on tuen jatkuvuus omaisten ikääntyessä. Erityisen vaikeaksi kuntoutujan tulevaisuuden tekee se, jos häneltä puuttuvat sosiaaliset taidot tai hän on vahvasti riippuvainen vanhemmistaan. Osa näistä kuntoutujista löytää paikkansa myöhemmin erilaisista tuetun asumisen yksiköistä, mutta osa on jatkossa pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeessa. Kuntoutujan harjoittelujaksot mahdollisessa tulevassa asumisyhteisössä voivat auttaa kuntoutujaa ja omaista hyväksymään edessä olevan muutoksen ja helpottaa kuntoutujan sopeutumista uuteen sosiaaliseen tilanteeseen (vrt. Farhall ym., 2003).

Tutkimusryhmän psykiatrisen sairaalahoidon määrä seuranta-aikaan suhteutettuna väheni jälkiseurannan aikana verrattuna alkuseurantaan. Muutos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Tulosten suunta oli kuitenkin selvä: enemmistö kuntoutujista oli sellaisia, joilla psykiatrisen sairaalahoidon määrä väheni. Haastatteluhetkellä eli keskimäärin 9,6 vuotta vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen, oli laitoshoidossa selvästi vähemmän potilaita kuin lähtöhetkellä ja viiden seurantavuoden jälkeen. Huomattavaa tuloksissa oli se, että joka seitsemäs kuntoutusohjelmassa ollut potilas pysyi sairaalahoidon ulkopuolella jälkiseurannan aikana, vaikka alkuseurannan aikana kaikilla oli ollut psykiatrista sairaalahoidoa. Ilman sairaalahoidoa selviytyneiden ryhmässä naiskuntoutujat olivat yliedustettuina, mikä viittaa naisten parempaan selviytymiseen tai kuntoutuksesta saamaan hyötyyn.

Hyvä ammatillinen tausta, toistuvan aggressiivisen tai epäsosiaalisen käyttäytymisen puuttuminen, kuntoutukseen tuleminen akuuttipsykiatrian vastuualueelta, nopea eteneminen ja erinomainen tai hyvä menestyminen vastuutasokuntoutuksessa sekä avohoitoon siirtyminen kuntoutusohjelman päättymisen jälkeen olivat yhteydessä vähäiseen jälkiseuranta-aikaan suhteutettuun sairaalahoidon määrän. Tyydyttävä menestyminen hoito-ohjelmassa ei tuonut muutosta ja huono menestyminen suorastaan lisäsi sairaalahoidon suhteellista osuutta. Koska psykiatrinen sairaalahoido väheni nimenomaan erittäin hyvin ja hyvin menestyneiden ryhmissä, voidaan päätellä, että psykiatrisen sairaalahoidon vähentyneitä paikkaresursseja käytettiin oikein. Sairalahoido painottui niiden potilaiden hoitoon, joiden edellytykset avohoidossa selviytymiseen olivat vastuutaso-ohjelman tulosten perusteella heikoimmat. Myös psykiatrisen sairaalahoidon määrä ennen vastuutasokuntoutukseen tuloa korreloi positiivisesti jälkiseuranta-aikaiseen sairaalahoidon kertymään. Postradon ja Lehmanin (1995) ja Roickin ym. (2004) mukaan parhaita uudelleen sairaalahoido joutumisen ennustajia ovat aikaisemmat sairaalahoidot, vakavat psyykkiset oireet ja tyytymättömyys perhesuhteisiin.

Sairalahoidon vähenemistä tapahtui monissa osaryhmissä. Sairalahoido väheni

- 1) skitsoaffektiivisen diagnoosin saaneilla,
- 2) ilman väkivaltaista tai epäsosiaalista taustaa olevilla,
- 3) potilailla, joilla oli esiintynyt alkoholin ongelmallista käyttöä ennen vastuutasokuntoutukseen tuloa
- 4) vähän aikaa sairastaneilla,
- 5) erinomaisesti tai hyvin hoito-ohjelmassa menestyneillä,
- 6) itsenäiseen tai kuntouttavaan asumiseen siirtyneillä sekä
- 7) avohoitoon siirtyneillä kuntoutujilla.

Skitsoaffektiivisen diagnoosin saaneiden potilaiden premorbidivaiheen toimintakyky on havaittu varsinaisia skitsofreniapotilaita paremmaksi (Marneros, 2003, 203) ja siten myös ennuste on todettu paremmaksi (Walker ym., 2004, 405). Yllättävää oli, että ongelmallinen alkoholin käyttö ennen vastuutasokuntoutusta oli yhteydessä sairaalahoidon vähenemiseen. Viimeksi mainittu tulos voi selittyä monella eri tavalla. Voi olla, että runsas alkoholin käyttö on yleisempää skitsoaffektiivisen diagnoosin potilailla. Strukturoitu hoito-ohjelma voi vahvistaa potilaan elämänhallinnan kokemuksia ja vähentää ahdistusta, jolloin alkoholin käyttö ahdistusta tilapäisesti vähentävänä coping-keinona menettää merkitystään (vrt. Soyka, 2000, 1614). Tulos voi olla yhteydessä myös alkoholiongelmaisten hoidon uudelleen organisointiin, jolloin alkoholiongelmaisten kuntoutujien hoito siirtyy pois erikoissairaanhoidosta. Alkoholiongelmaisten skitsofreniapotilaiden premorbidisen toiminnan tason on

yllättäen todettu olleen myös paremman kuin muilla skitsofreniapotilailla (Soyka, 2000, 1615). Hyvä premorbidinen toimintakyky puolestaan on yhteydessä suotuisampaan sairauden kulkuun (Haas & Sweeney, 1992; Renschmidt ym., 1994). Ikääntymisen yhteyttä sairaalahoidon vähenemiseen (Auslander & Jeste, 2002, 399) ei tässä tutkimuksessa tullut esiin.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä psykiatriset sairaalapaikat ja sairaalahoitopäivät vähenivät vuosina 1985-1999 lähes 80 %. Tämän vuoksi on hyvin vaikeaa arvioida sitä, aiheutuiko em. kuntoutujaryhmissä tapahtunut sairaalahoidon suhteellisen määrän väheneminen kuntoutumisesta vastuutasojärjestelmässä vai hoitojärjestelmän tasolla tapahtuneista rakenteellisista muutoksista. Tulokset selittynevät näiden tekijöiden yhteisvaikutuksen avulla.

Avohoidon käynnit lisääntyivät Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä tutkimuksen aikana moninkertaisiksi. Mielen terveystoimistohoitojen pituuden ja käyntien seuranta-aikoihin suhteutetuissa kertymissä ei tapahtunut tutkimusryhmässä keskimäärin muutosta. Osaryhmittäinkin tarkasteltuna muutoksia oli vähän. Mielen terveystoimistohoitojen pituuden kertymä lisääntyi niillä potilailla, joiden koulutusta oli korkeampi kuin kansakoulu, joilla oli skitsoaffektiivinen diagnoosi, joilla ei ollut esiintynyt toistuvaa väkivaltaisuutta ja jotka siirtyivät vastuutasokuntoutuksen jälkeen itsenäiseen tai kuntouttavaan asumiseen. Laitossijoitus luonnollisesti vähensi mielen terveystoimistohoitoja. Vastuutasokuntoutuksessa menestyminen ei näkynyt mielen terveystoimistoissa annettujen hoitojen muutoksina. Mielen terveystoimistoissa hoidettavien potilaiden määrä väheni seuranta-aikana, vaikka otettaisiin huomioon sekin, että päivätoiminnassa kävijöistä 65 %:lla oli hoitosuhde myös mielen terveystoimistossa. Näin laskettuna mielen terveystoimiston hoidossa haastatteluhetkellä oli 41 % tutkimusryhmästä, kun osuus vastuutasokuntoutuksen päättyessä oli 60 %. Tulosten perusteella voidaan epäillä, että mielen terveystoimistohoitojen kasvanut volyymi hyödytti muita asiakasryhmiä kuin pitkään sairastaneita skitsofreniapotilaita.

Hoidon ja kuntoutuksen palvelurakenteen muutokset 80- ja 90- luvulla näkyivät päivätoimintakuntoutukseen ja tuettuun asumishoitoon liittyvissä tunnusluvuissa. Sekä tuetun asumishoidon että päivätoimintakuntoutuksen seuranta-aikoihin suhteutetut osuudet kasvoivat merkittävästi. Myös näitä palveluita saavien potilaiden määrä tutkimusryhmässä kasvoi huomattavasti. Erinomainen tai hyvä menestyminen hoito-ohjelmassa edelsi päivätoimintojen aktiivista käyttöä. Tulos oli odotettu, koska heikommin hoito-ohjelmassa menestyneet olivat sairaalahoidossa pidempään ja siten tarve avohoitopalveluiden käyttöön oli vähäisempi.

Muiden hoitopalveluiden käyttö oli vähäistä. Viidesosa potilaista kävi seuranta-aikana sairaalan psykiatrian poliklinikalla tai jälkipoliklinikkäkäynneillä hoito-osastoilla. Käyntien ja potilaiden määrissä ei tapahtunut muutoksia alkuseuranta-aikaan verrattuna.

Psykoterapiapalveluita tutkimusryhmän potilaat eivät juurikaan käyttäneet, mikä ainakin osaksi johtui siitä, ettei terapeutteja ollut Etelä-Pohjanmaalla. Tuloksissa tuli esille myös terapeuttisen suojatyön hyödyntämisen vaikeus, mikä myös johtui siitä, ettei työmahdollisuuksia ollut.

Yhteenvetona hoitopalveluiden käyttöön liittyvistä tuloksista voidaan todeta se, että kuntoutujien aktiivisuuden ja toimintakyvyn muutokset sekä menestyminen vastuutasokuntoutuksessa näkyvät selvemmin psykiatrisen sairaalahoidon muutoksina kuin mielenterveystoimistossa annettujen hoitojen muutoksina. Saatu tulos voi kertoa mielenterveystoimistojen asiakasrakenteen muutoksista, jolloin siellä keskitytään entistä vahvemmin kriisitilanteiden hoitoon eikä kuntoutusasiakkaiden jatkohoitoon. Tulokset viittaavat myös siihen, että perinteisiä mielenterveystoimistokäyntejä korvaavat nyt päivätoimintakäynnit.

Ilman hoitosuhdetta olevien osuus haastatteluhetkellä oli huomattavasti suurempi kuin vastuutasokuntoutuksen päättyessä. Hoidon ulkopuolella olevien osuudet kasvoivat niin, että haastatteluhetkellä jo joka viides tutkimusryhmään kuuluvista oli ilman hoitosuhdetta.

Kuntoutujista 40 % oli edennyt ylemmälle asumisportaalle ja 10,5 % oli alemmalla portaalla kuin kuntoutusohjelmasta lähtiessään. Lähes puolet kuntoutujista oli haastatteluhetkellä samalla asumisportaalla kuin vastuutasokuntoutukselta lähtiessään. Sukulaisten luona asuvien määrä oli puolittunut ja itsenäisen asumisen osuus kolminkertaistunut. Haastatteluhetkellä jo lähes kolmannes tutkimusryhmään kuuluvista asui täysin itsenäisesti. Pysyvää sairaalahoitoa tarvitsevien määrä oli vakaan laitoshoidon reitin potilasmäärän perusteella varsin pieni eli noin 10 % tutkimusryhmään kuuluvista. Myönteiseen tulokseen saattaa vaikuttaa erilaisten tuettujen asumismuotojen lisäys Etelä-Pohjanmaalla. Tämä vaikutus lienee pääosin myönteinen, mutta toisaalta siihen sisältyy kuntoutuksen kannalta riskitekijöitä. Tuettujen asumispalvelujen sisältö ja laatu vaihtelee, jolloin on mahdollista, että pahimmassa tapauksessa kuntoutuja jää vaille niitä virikkeitä, jotka mahdollistavat kuntoutusprosessin jatkumisen. Asumisen laadussa tapahtuneiden muutosten on havaittu korreloivan positiivisesti yleisen toimintakyvyn muutosten kanssa (Browne & Courtney 2004, 38).

Psykykenlääkityksen tarve säilyi pitkään. Vaikka kuntoutujien psykoterapeuttinen tai omahoitajasuhteeseen perustuva hoito olikin osalla loppunut, oli 96 %:lla tutkimusryhmään kuuluvista edelleenkin psykykenlääkitys.

Yhteenvedona tuloksista voi päätellä, että vuosien mittaan tutkimusryhmässä oli tapahtunut itsenäistymistä ja hoitopalveluista irrottautumista. Suurin osa kuntoutujista oli kuitenkin sellaisia, jotka tarvitsivat sekä hoidollista että sosiaalista tukea selviytyäkseen sairaalan ulkopuolella.

4.3. SOSIAALINEN TUKI JA TALOUDELLINEN TILANNE

Lähes 90 % kuntoutujista ilmoitti saavansa joko täysin riittävästi tai lähes riittävästi tukea ja ymmärrystä osakseen. Tulos oli selvästi myönteisempi kuin Leissen ja Kallertin (2000) tutkimuksessa. Tuen antajia oli keskimäärin yli neljä. Noin kymmenesosa oli vailla tuen antajaa. Tulos on tärkeä ja merkinnee sitä, että kuntoutujat eivät ole yleisesti heitteillä sosiaalisen tuen suhteen Etelä-Pohjanmaalla. Lohdullinen tulos voi liittyä moneen ilmiöön.

Maaseutukulttuurissa yksilöä ei jätetä niin helposti yksin vaikeina aikoina kuin suuressa kaupungissa. Etelä-Pohjanmaalla sukulaissuhteet ovat kiinteitä ja yhteisöllisyys suurta. Pohjalaiseen perinteeseen usein liitetyt näyttämisen halu ja ylpeys voivat näkyä pikemminkin niin, että avun antaminen voi olla helpompaa kuin sen vastaanottaminen. Eteläpohjalaiseen aatemaailmaan vahvasti kuuluvat uskonnollisuus ja körttiläisperinne voivat olla sosiaalisesti suojaavia tekijöitä. Turvalliset kiintymyssuhteet edistävät hyvinvointia (Ryan & Deci, 2001, 155).

Koska kuntoutujia ei pyydetty nimeämään sosiaalisen tuen lähteitä tai muotoja, ei tuloksista selviä, mistä tukea saatiin ja mitä se sisälsi. Asumismuodon yhteys tuen riittävyteen ja tukea antavien henkilöiden määrään oli selvä. Omaisten luona asuvat ja tuetun asumisen piirissä olevat arvioivat useimmin saamansa tuen täysin riittäväksi. Näillä kuntoutujilla oli myös keskimäärin eniten tukea antavia henkilöitä. Omaisten antaman tuen lisäksi kuntoutuja saattoi saada tukea asuin- tai hoitopaikastaan, esimerkiksi kuntoutuskodin hoitajilta tai vertaistukea muilta asukkailta. Laitoksessa olevat ja itsenäisesti asuvat olivat heikommassa asemassa. Sosiaalisesta deprivatiosta ei heidän kohdallaan voida puhua, koska tukea oli yleensä saatavilla. Hoidon ulkopuolella olevilla oli tukea antavia henkilöitä keskimäärin enemmän kuin muilla. Tämä voi johtua siitä, että hoidon ulkopuolella oleminen oli yhteydessä vanhempien luona asumiseen. Tällöin vanhempien ja omaisten antama tuki saattoi osin korvata hoidon tarvetta (vrt. Stengård, 2005, 33 ja 101-106). Koska tukea antavien henkilöiden lukumäärä korreloi

positiivisesti hyväksi arvioituun taloudelliseen tilanteeseen, on ilmeistä, että suuri sosiaalinen verkosto tuki potilasta taloudellisesti enemmän ja kompensoi taloudellista ahdinkoa. Esimerkiksi omaisten antama tuki on usein sekä henkistä että materiaalista.

Naiset saivat keskimäärin useammalta henkilöltä tukea kuin miehet. Tämä viittaa siihen, että naisten sosiaalinen verkosto oli suurempi kuin miesten, mutta koetussa tuen laadussa ei ollut eroa. Salonkankaan (1996) mukaan erityisesti yksin asuvilla miehillä on suuri riski menettää sosiaaliset kontaktinsa ja jäädä ilman tukea. Räsänen ym. (2000, 43) korostavat sitä, että miehiä pitäisi tietoisesti aktivoida vahvemmin osallistumaan hoitoonsa ja varhaiseen kuntoutukseen, jolloin myös sosiaalisen vetäytymisen ja syrjäytymisen riski vähenee.

Noin 75 % kuntoutujista piti taloudellista tilannettaan vähintään melko hyvänä. Tulos on yllättävä, koska kaikki tutkimusryhmään kuuluvat olivat haastatteluhetkellä eläkkeellä. Bengtsson-Topsin ja Hanssonin (1999b) elämänlaatu -tutkimuksessa sairaalan ulkopuolella elävät skitsofreniapotilaat olivat tyytymättömimpiä juuri raha-asioihinsa. Heikkilän ym. (2001) tutkimuksessa selvitettiin turkulaisten skitsofreniaa sairastavien henkilöiden näkemyksiä taloudellisesta tilanteestaan. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin nyt saadut. Potilaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa ja 37,5 % heistä ilmoitti, etteivät he tarvitse lisää rahaa (Heikkilä ym., 2001, 3925).

Taloudellisen tilanteen koettua kohtalaisen hyvää tasoa Etelä-Pohjanmaalla tukee Salokankaan ym. (2000, 103-104) SKS-projektissa saama tulos, minkä mukaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin skitsofreniapotilaat pitivät taloudellista tilannettaan harvemmin heikkona kuin muiden alueiden potilaat. Ainoastaan 13,5 % SKS-projektin eteläpohjalaisista skitsofreniapotilaista arvioi taloudellisen tilanteensa heikoksi. Tulos voi johtua kuntoutujien adaptoitumisesta tilanteeseen, jolloin hyväksi arvioidun taloudellisen tilanteen kriteerit ovat selvästi alempana kuin työssä käyvän väestön. Toinen adaptoitumista tukeva tulkinta voi olla se, että skitsofreniakuntoutujien kulutustarpeet ovat erilaiset kuin muiden. Tulot riittävät kaikkein välttämättömimpään eikä muita kulutusodotuksia ole.

Miehet ja erityisesti ennen vastuutasokuntoutusta ongelmallisesta alkoholinkäytöstä kärsineet henkilöt pitivät taloudellista tilannettaan yleisimmin heikkona. Miesten naisia kriittisempi taloudellista tilannetta koskeva arvio voi johtua nimenomaan erilaisista kulutustarpeista. On todennäköistä, että miehet käyttävät tupakointiin ja alkoholiin enemmän rahaa

kuin naiset. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty kuntoutujien tupakointitottumuksia eikä haastatteluhetkistä alkoholin käyttöä.

4.4. PARHAAT ASIAT ELÄMÄSSÄ JA ELÄMÄNMUUTOKSET

Parhaaksi koettuja asioita elämässä löytyi monia. Useimmiten kuntoutujat arvostivat arkipäivän toimintaan ja harrastuksiin liittyviä asioita, joita saattoi toteuttaa kohtuullisen helposti. Autonomian ja onnistumisen kokemukset olivat myös tärkeitä. Lisäksi mainittiin ihmissuhteisiin, maailmankatsomukseen, tulevaisuuteen, terveyteen ja tarpeiden tyydytykseen liittyviä asioita. Nämä ovat todennäköisesti kuntoutujien hyvinvoinnin kannalta keskeisiä asioita. Kaiken kaikkiaan kuntoutujien elämän parhaat asiat olivat arkipäiväiseen elämäntapaan sisältyviä harrastuksia ja ajanviettotapoja. Suuria odotuksia ei ollut. Kuntoutujat olivat oppineet nauttimaan pienistä asioista. Maailmankatsomukselliset ja elämän arvoihin liittyvät asiat olivat niitä, jotka antoivat omalle elämälle merkityksen. Tulos poikkeaa Mercierin, Péladeaun ja Tempierin (1998, 496) tutkimuksen tuloksista, missä psyykkisesti vakavasti sairaat arvioivat edellisen viikon aikana tapahtuneita positiivisia asioita. Tutkimuksessa 47 % myönteisistä tapahtumista liittyi materiaaliin mukavuuksiin.

Kuntoutujien elämänmuutokset painottuivat määrällisesti myönteiseen suuntaan, koska positiivisia elämänmuutoksia oli enemmän kuin negatiivisia. Edeltäneen vuoden aikana tapahtuneista elämänmuutoksista kaksi kategoriaa oli selvästi yleisintä: muutto toiseen asuntoon ja läheisen ihmisen kuolema. Ensin mainittua asiaa pidettiin yleensä myönteisenä, mutta jälkimmäinen oli kiistatta kielteinen elämänmuutos. Holmesin ja Rahen (1967) sosiaalisen sopeutumisen asteikon perusteella läheisten menetyksiin liittyvät muutokset ovat selvästi merkityksellisempiä sairastumisen riskitekijöinä kuin asunnon vaihtoon liittyvät tekijät. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan laskettu Holmesin ja Rahen skaalan mukaisia kokonaisstressipisteitä, koska elämänmuutosten kirjo tutkimusryhmässä ei vastannut asteikon muuttujaluokitusta. Stressihaavoittuvuus –mallin (Falloon & Fadden, 1993) mukaan kuormittavat elämäntapahtumat ja haavoittuvuusraja ovat hyvin yksilöllisiä ja tilannesidonnaisia, mitä eivät vakioidut elämäntapahtuma-asteikot ota huomioon.

Kielteiseksi koettuja elämänmuutoksia oli runsaalla kolmasosalla. Kielteisten elämänmuutosten ja iän välinen negatiivinen korrelaatio selittynee osaksi sillä, että tutkimusryhmän nuorempaan osaryhmään kuului kuntoutujia, jotka olivat tulleet keski-ikään eli ikään, jolloin omat vanhemmat ja edellinen sukupolvi oli ehtinyt vanhuusikään. Tällöin menetysten mahdollisuus kasvaa. Useita

kielteisiä muutoksia oli suhteellisen vähän, ainoastaan alle 10 %:lla, mitä voidaan pitää hyvänä asiana. Ojasen (2000, 146-147) tulosten mukaan kielteisten elämänmuutosten lisääntyessä koettu tyytyväisyys elämään selvästi vähenee. Yhteys on lähes lineaarinen. Myös tässä tutkimuksessa saatu tulos oli samansuuntainen. Koska skitsofreniapotilaiden elämäntilanteeseen usein kasautuu paljon epäonnistumisen kokemuksia, menetettyjä mahdollisuuksia ja pettymyksiä (Glynn, 2001, 401), on positiivinen asia, että tutkimusryhmässä myönteisiä muutoksia oli enemmän kuin kielteisiä. Jokin myönteinen elämänmuutos oli tapahtunut 54 %:lla ja yli 10 %:lla myönteisiä elämänmuutoksia oli enemmän kuin yksi kuluneen vuoden aikana.

Keskimäärin muutosten määrä oli pieni, vain yksi muutos kuntoutujaa kohden. Lähes 30 % potilaista oli ilman mainittua elämänmuutosta. Tämä tulos vahvistaa sitä käsitystä, että skitsofreniakuntoutujien elämä on varsin staattista ja tapahtuvien muutosten kirjo on kapea. Stressi-
haavoittuvuusmallin mukaan tämä on psyykkisen oireilun lisääntymisen ja relapsien syntymisen kannalta ehkäisevä tekijä.

4.5. VASTUUTASOJÄRJESTELMÄÄ KOSKEVAT ARVIOT

Yli puolet kuntoutujista arvioi vastuutasokuntoutuksen vaikuttaneen ainakin jonkin verran vointiinsa tutkimushetkellä. Näin tuntevien osuutta voidaan pitää suurena, kun otetaan huomioon, että vastuutasokuntoutuksen päättymisestä oli kulunut keskimäärin lähes kymmenen vuotta. Objektivisten kriteerien mukaan arvioidulla menestymisellä hoito-ohjelmassa oli myös selvä yhteys koettuun vaikuttavuuteen. Mitä paremmin kuntoutuja oli ohjelmassa menestynyt sitä todennäköisemmin hän koki ohjelman vaikuttaneen vointiinsa myös tutkimushetkellä. Kuntoutusohjelman vaikutukseen liitettiin yleisimmin uusien asioiden oppiminen ja pysyvämpi muutos psyykkisessä tilassa. Monet kuntoutujista pitivät vastuutasokuntoutusta alkuna uuteen laadukkaampaan elämään.

Koettu vaikuttavuus ja tyytyväisyys hoito-ohjelmaan liittyivät toisiinsa. Kahdeksankymmentä prosenttia kuntoutujista oli joko tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä ohjelmaan. Tulos vastaa yleensä hoitotyytyväisyystutkimuksissa saatuja lukuja (Merinder ym., 1999, 300). Naiset, korkeamman peruskoulutustaustan omaavat ja tuetun asumisen piirissä paljon olleet kokivat muita suurempaa tyytyväisyyttä ohjelmaan. Hoitavat henkilöt kokivat vaikeana arvioida kuntoutujan vastuutasokuntoutuksesta saatua hyötyä. Jos potilaalla oli jälkiseuranta-aikana paljon kuntoutuskotiasumista tai mielenterveystoimistossa saatua hoitoa, nähtiin hänen kuntoutusohjelmasta saamansa hyöty suurempana.

Kuntoutujan kiinnittymisellä avohoitoon ja hoidon jatkuvuudella oli siten merkitystä kuntoutuksesta saadun hyödyn arviointiin. Kuntoutujan vastuutaso-ohjelmasta saama hyöty oli yhteydessä hoitavien henkilöiden näkemyksiin kuntoutujan psykososiaalisen hyvinvoinnin tilasta. Suurempi hyöty liittyi parempaan psykososiaaliseen hyvinvointiin.

Vaikeus arvioida kuntoutusohjelmasta saatua hyötyä merkinnee sitä, että hoitavilla henkilöillä on liian vähän tietoa vastuutasokuntoutuksen sisällöistä tai kuntoutujan elämässä ja psyykkisessä tilassa tapahtuneista muutoksista ohjelman jälkeen verrattuna siihen tilanteeseen, mikä vallitsi ennen vastuutasokuntoutusta.

Hoitavien henkilöiden näkemykset kuntoutusohjelman hyödyllisyydestä ja kuntoutujan näkemykset ohjelman vaikuttavuudesta eivät liittyneet toisiinsa. Tulosten perusteella hoito-ohjelman tuloksellisuuden arviointikriteerit ovat hoitavilla henkilöillä ja kuntoutujilla suurelta osin erilaisia.

Vastuutasojärjestelmään liittyviä kehittämisajatuksia tuli esille aika vähän. Kuntoutujat toivoivat usein vaatimustason madaltamista ja vapauksien lisäämistä. Ohjelmaa pidettiin joskus vaativana. Hoitavat henkilöt ja terapeutit vetosivat siihen, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa ohjelmasta. Ehkä tämän vuoksi kehittämis ehdotukset jäivät melko yleiselle tasolle ja olivat sellaisia, että ne sopivat yleisemminkin hoidon ja hoitoyhteisöjen kehittämiseen.

4.6. PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI POTILAIDEN ARVIOIMANA

Skitsofreniakuntoutujien arviot hyvinvoinnistaan olivat suhteellisen myönteisiä. Tulos vastaa aikaisempia skitsofreniapotilaiden subjektiivisesta elämänlaadusta saatuja tuloksia (vrt. Borge ym., 1999; Schmidt, Staupendahl & Vollmoeller, 2004;). Kuntoutujien psykososiaalisen hyvinvoinnin arviot olivat likimain samalla tasolla kuin muista terveysongelmista kärsivien ryhmien arviot. Kun kyseessä oli erittäin vaikeasta mielenterveysongelmasta kärsivä ryhmä, joka oli sairastanut skitsofreniaa jo hyvin pitkän ajan, voidaan tulosta pitää yllättävän positiivisena. Puutteet työkyvyssä ja harrastuksissa selittynevät osin heikkojen mahdollisuuksien perusteella. Sopivaa työtä ja harrastusmahdollisuuksia skitsofreniakuntoutujille on vähän tarjolla varsinkin maaseutuyhteisöissä.

Kuntoutujien ahdistuksen määrä ja tyytyväisyys elämään olivat normaaliväestön arvioiden tasolla ja paremmat kuin muilla ryhmillä. Samoin turvallisuus ja elämän tarkoituksen kokeminen olivat lähellä normaalitasoa. Kun otetaan lisäksi huomioon se, että monet itsenäisen elämisen kannalta

tärkeät taidot olivat suurella osalla kuntoutujista ainakin tyydyttävällä tasolla, tutkimusryhmän psykososiaalisen hyvinvoinnin yleistaso voidaan pitää hyvänä.

Sukupuolierot arvioissa olivat vähäiset. Naiset olivat ylivertaisia kodinhoitotaidoissa. Miesten arvioissa painottuivat parempi tunnekontrolli, vähäisemmät somaattiset oireet ja matalammat masennuspisteet Beck-asteikolla mitattuna. Graafisen masennus -asteikon arvioissa ei miesten ja naisten välillä ollut tilastollista eroa. Tulosten ero voi johtua siitä, että Beck –asteikolla osin arvioidaan masennukseen liittyviä fyysisiä tekijöitä, jolloin naisten somaattisten oireiden vaikeudet näkyivät myös Beck-asteikolla. Beck-asteikon ja graafisen masennusasteikon korrelaatio oli .37 eli yhteisvaihtelua näiden välillä oli vain 13,7 %. Masennusarvioiden melko positiiviset tulokset tukevat subjektiivisen hyvinvoinnin osalta saatuja myönteisiä tuloksia. Monissa tutkimuksissa on havaittu masennuksen olevan yhteydessä subjektiiviseen hyvinvointiin tai elämänlaatuun (vrt. Fitzgerald ym., 2001; Reine ym., 2003). Tässäkin tutkimuksessa Beck-asteikon pisteet korreloivat negatiivisesti hyvinvoinnin summamuuttujiin eli lisääntynyt masennus oli yhteydessä heikentyneeseen psykososiaaliseen hyvinvointiin. Koska tutkimusryhmään kuului pääasiassa pitkään sairastaneita skitsofreniapotilaita, masennuksen vähäinen määrä voi johtua mukautumisesta elämäntilanteeseen, jolloin vaatimukset itseä kohtaan ovat muuttuneet suopeiksi, ympäristön tukijärjestelmät ovat vakiintuneet ennustettaviksi ja tulevaisuuden tavoitteet ovat realisoituneet. Elämäntilanteen ja itsen hyväksyminen olisivat näin murtaneet negatiivisen kognitiivisen triadin (vrt. Beck, 1967).

Tulosten perusteella voidaan todeta, että vastuutasokuntoutuksessa olleiden miesten subjektiivinen psykososiaalinen hyvinvointi oli yhtä hyvä kuin naiskuntoutujien. Vastuutasokuntoutus mahdollisesti nostaa miesten toiminnallista selviytymistä niin, että heidän selviytymisensä on yhtä hyvä kuin naiskuntoutujien, kun selviytymiskriteerinä pidetään myöhemmin arvioitua psykososiaalista hyvinvointia. Tuloksinassa on kuitenkin tärkeää huomata se, että vastuutaso-ohjelman naiskuntoutujat saattoivat olla vakavammin sairaita kuin yleensä naispuolisten skitsofreniapotilaiden populaatioon kuuluvat. Tähän viittaa varhainen sairastumisikä ja pitkä hoitohistoria. Silloin naispotilaille tyypillinen miehiä parempi sosiaalinen taitavuus oli mahdollisesti heikompi tutkimusryhmään kuuluvilla naisilla (vrt. Mueser ym., 1990). Nyt saatu tulos on rohkaiseva ajatellen miespuolisten skitsofreniapotilaiden selviytymistä.

Vastuutasokuntoutuksessa menestyminen näkyi tuloksissa siten, että huonosti menestyneet arvioivat toimintakykynsä muita heikommiksi. Tämä johtui todennäköisesti siitä, että nämä potilaat olivat viettäneet paljon aikaa

psykiatrisessa sairaalassa ja heidän kuntoutumisensa oli muita heikompaa. Muilta osin ryhmien väliset erot olivat yllättävän pieniä. Mitä paremmin kuntoutujat olivat ohjelmassa menestyneet sitä enemmän sillä nähtiin olleen vaikutusta elämään. Tämä on tärkeä yhteys. Onnistumiskokemukset edelsivät kokemuksia siitä, että jotakin elämässä oli muuttunut myönteiseen suuntaan. Usein muutosta pidettiin pysyvänä ja uuden alkuna. Siihen saattoi liittyä vahva tunne siitä, että suhde sosiaaliseen ympäristöön määrittyi uudella positiivisella tavalla, kuten hyvin pitkään skitsofreniaa sairastunut naiskuntoutuja asian ilmaisi: ”Ruvettiin pitämään ihmisenä.”

Lähes kaikki huonosti menestyneet siirtyivät jatkohoitoon muille psykiatrisen sairaalan osastoille. Paremmin menestyneet siirtyivät useimmiten avohoitoon. Tämä ero näkyi karkeasti eroteltuna ohjautumisena laitoseskeisille reiteille tai reiteille, joissa sosiaalisella tuella ja itsestä huolehtimisella oli enemmän painoarvoa. Keskeistä kuntoutujan kannalta on se, minkälaisia mahdollisuuksia ja rajoituksia sekä objektiivisesti arvioidun että subjektiivisesti koetun hyvinvoinnin osalta eri reitteihin sisältyy. Minkälaiset reitit tuottavat hyvinvointia? Eri kuntoutumisreittien kuntoutujien arvioissa suurimmat erot ryhmien välille saatiin elämän mielekkyyden kokemisessa. Vakaan itsenäisen elämisen reitin kuntoutujat arvioivat mielekkyyden myönteisimmin. Myös progressiivisen reitin kuntoutujat pitivät elämänsä mielekkäämpänä kuin intensiivisen sairaalahoidon ja vakaan laitoshoidon reitin kuntoutujat. Muille reiteille ohjautuneet kuntoutujat olivat välimaastossa. Koska itsenäisen elämisen ja progressiivisen reitin kuntoutujat olivat asumismuotojen suhteen päässeet eteenpäin ja saaneet siltä osin onnistumisen kokemuksia, voi olla, että nämä kokemukset olivat tavoitteiden toteutuessa vahvistaneet tuntemuksia elämän mielekkyydestä ja omista vaikuttamismahdollisuuksista.

Kuntoutujien käyttämistä vastuutaso-ohjelman jälkeisistä hoitopalveluista vahvimmin koettuun hyvinvointiin oli sidoksissa mielenterveystoimistokäyntien kertymä. Käyntien lukumäärä korreloi toimintakykyyn. Haastatteluhetkellä mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnassa hoidossa olevat arvioivat monia hyvinvoinnin faktoreita myönteisemmin kuin laitoshoidossa olevat. Hoidon ulkopuolella olevat arvioivat toimintakykynsä heikoimmiksi, mutta olivat tyytyväisimpiä elämänsä. Koska monet hoidon ulkopuolella olevat asuivat omaisten luona, voi tulos liittyä juuri asumiseen, jolloin läheisten apu korvaa toimintakyvyn puutteita ja huolenpito lisää tyytyväisyyttä. Tätä tulkintaa tukee saatu tulos, minkä mukaan sukulaisten luona asuvat arvioivat vastuuntunteen heikommaksi kuin muut.

Tulos on haasteellinen perheiden kanssa työskentelyn kannalta, koska tulevaisuudessa vanhenevien omaisten luona asuminen väistämättä tulee mahdottomaksi. Puolesta tekeminen on todennäköisesti yleisempää omaisten

luona kuin muissa olosuhteissa. Puolesta tekeminen, holhoaminen, itsenäistymisen estyminen ja sairaan roolissa eläminen lisäävät avuttomuutta, pessimistisiä omaa itseä koskevia uskomuksia ja muutosten pelkoa. Omaisten kokeman rasituksen lisääntyessä on vaarana kriittisyyden ja vihamielisyyden lisääntyminen, mikä sulkeutuneessa perhesysteemissä saa aikaan tunneilmapiirin muuttumista korkean EE-indeksin suuntaan. Tällöin psykoosin uusiutumisen ja sairaalahoitoon joutumisen riski kasvaa. Kuntoutuksen viitekehyksestä käsin tarkasteltuna vastuullisuuteen oppiminen ja siihen kasvaminen on keskeinen tavoite. Vastuullisuuteen oppiminen helpottaa myös omaisten kokemaa rasitusta.

Kuntoutujan haastatteluajankohdan asumismuoto oli yhteydessä koettuun psykososiaaliseen hyvinvointiin. Tulos on samansuuntainen Brownen ym. (1996) tulosten kanssa. Itsenäisesti asuvat tai sukulaisten luona asuvat arvioivat monet hyvinvoinnin muuttajat muita myönteisemmin.

Tuloksista käy ilmi sosiaalisen tuen saannin tärkeys. Kokemuksellinen riittävä sosiaalinen tuki oli vahvasti yhteydessä koettuun psykososiaaliseen hyvinvointiin. Tulos on saman suuntainen Salokankaan (1997) tuloksen kanssa, minkä mukaan sosiaalisella tuella on merkittävä rooli skitsofreniapotilaiden elämänlaadun kannalta. Mielenkiintoinen poikkeus löytyy asiointi- ja kodinhoitotaitojen kohdalla, vaikka tulokset eivät olekaan tilastollisesti merkitseviä. Kuntoutujat, jotka arvioivat sosiaalisen tuen riittämättömäksi tai jotka elivät ilman läheiskontaktia, arvioivat asiointi- ja kodinhoitotaitonsa paremmiksi kuin muut. Sosiaalisen tuen puuttuminen valmentaa kuntoutujaa huolehtimaan asioistaan, vaikka muilta osin koettu hyvinvointi jää heikommaksi kuin tukea saavilla.

Haastattelua edeltäneen vuoden aikana tapahtuneilla elämänmuutoksilla oli myös yhteyksiä psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujiin. Kuntoutujat, jotka olivat kokeneet yhden tai useamman myönteisen muutoksen tai sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia pitivät hyvinvointiaan parempana kuin muut. Yllättävää oli, että pelkästään yhden tai useamman kielteisen muutoksen kokeneet arvioivat hyvinvointinsa monin osin paremmaksi kuin ne kuntoutujat, joilla ei vuoden aikana ollut muutoksia elämässään lainkaan. Tulos tuntuu ristiriitaiselta stressi-haavoittuvuus –mallin kanssa. Ristiriitaa voi selittää se, että malli liittyy elämäntapahtumien kasautumisen ja psyykkisen oireilun suhteeseen. Kasautuvat elämäntapahtumat lisäävät psyykkisen oireilun määrää tai vaikuttavat sen laatuun, mutta eivät välttämättä vaikuta muihin hyvinvoinnin kannalta tärkeisiin asioihin. Nyt saatujen tulosten perusteella kuntoutujat, joilla on ollut yksi tai useampi negatiivinen elämänmuutos, mutta ei positiivista elämänmuutosta, arvioivat juuri psyykkiseen vointinsa heikommaksi kuin muut. Nämä kuntoutujat ovat muita

ahdistuneempia, masentuneempia, somaattisesti enemmän oireilevia ja stressin siedoltaan heikompia. Vaikka erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä, ne ovat johdonmukaisesti samansuuntaisia. Saatujen tulosten perusteella voi todeta, että positiiviset muutokset voivat parantaa skitsofreniakuntoutujan koettua psykososiaalista hyvinvointia ja negatiiviset muutokset voivat heikentää psyykkistä vointia. Koetun psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta kohtuullinen määrä muutoksia elämässä on kuitenkin parempi kuin elämä ilman muutoksia.

Subjektiiivista psykososiaalista hyvinvointia kuvaavat yksittäiset muuttujat korreloivat keskenään melko voimakkaasti. Samoin korrelaatiot summamuuttujien välillä olivat melko korkeita. Tämä kuvastaa sitä, että hyvinvoinnin osatekijät olivat toisistaan riippuvaisia. Hyvinvointi on vaikeasti kuvattavissa riippumattomien dimensioiden kautta ja käsitteenä vaikeasti strukturoitavissa. Tämä tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Korkeat korrelaatiot muuttujien välillä kuvaavat myös sitä, että psykososiaalinen hyvinvointi on kasautuva kokonaisuus.

4.7. POTILAIEN PSYKOSOSIAALINEN HYVINVOINTI JA PSYKKISET OIREET HOITAJIEN JA TERAPEUTTIIEN SEKÄ TUTKIJAN ARVIOIMANA

Hoitavat henkilöt ja tutkija arvioivat kuntoutujien hyvinvoinnin heikommaksi kuin kuntoutujat itse. Hoitavat henkilöt arvioivat hyvinvoinnin kielteisimmän. Tulos vastaa aikaisempia tuloksia, joiden mukaan palveluiden antajat arvioivat yleensä potilaiden elämänlaadun heikommaksi kuin potilaat itse (Lobana ym., 2001, 51). Skitsofreniapotilaiden myönteisemmät arviot hyvinvoinnistaan voivat johtua siitä, että he olivat oppineet tulemaan toimeen vastoinkäymisiin liittyvien elämäkokemustensa kanssa, jolloin he arvioivat elämäntilanteensa vähemmän epätyytyttävänä (vrt. Fitzgerald ym., 2001, 388) tai siitä, että he olivat sopeuttaneet odotuksensa vastaamaan sairauden aikana tapahtuneita tarpeiden ja päämäärien muutoksia (vrt. Leisse & Kallert, 2000, 458).

Vaikka näkemyksissä olikin tasoeroja, korreloivat arvioitsijoiden näkemykset monen hyvinvointia kuvaavan asteikon osalta tilastollisesti merkitsevästi tai erittäin merkitsevästi. Korrelaatiot olivat korkeita kuntoutujien ja tutkijan arvioiden välillä sekä tutkijan ja hoitavien henkilöiden näkemysten välillä. Kuntoutujien ja hoitavien henkilöiden arvioissa oli vähemmän keskinäistä riippuvuutta, mutta erityisesti toimintaan liittyvien konkreettisten asioiden arvioinneissa oli yhteisvaihtelua. Tuloksista voi päätellä sen, että kuntoutujien, hoitavien henkilöiden ja tutkijan suorittamien hyvinvointiarviointien

keskiarvoprofiilit vaihtelevat suurelta osin samansuuntaisesti, mutta sijoittuvat asteikoilla eri tasoille. Arviointien skaalat olivat siten erilaiset.

Hoitajat ja terapeutit sekä tutkija pitivät kuntoutujien psykososiaalista hyvinvointia keskimäärin melko puutteellisena. Monet arvioista jäivät alle asteikon keskitason. Suurimmat puutteet olivat yleisessä toiminnallisuudessa ja toimintakyvyssä, harrastusaktiivisuudessa ja työkyvyssä. Psykkisten oireiden suhteen arviot jäivät kohtalaisen oireilun tasolle. Hoitavat henkilöt arvioivat oireet vakavammiksi kuin tutkija.

Miesten ja naisten väliset erot hyvinvointimuuttujien ja oiremuuttujien osalta olivat hyvin pienet. Kuntoutujien sukupuoli ei erotellut näkemyksiä selvästi muuta kuin toimintakyvyn osalta. Psykkisen oireilun osalta eroa ei ollut. Tulos eroaa Salokankaan ym. (2002b) saamista arvioista, joiden mukaan skitsofreniaa sairastavilla miehillä oli naisia enemmän negatiivisia oireita. Tulosten perusteella naisten ja miesten hyvinvointi oli kokonaisuudessaan samalla tasolla. Tulos vastaa kuntoutujien omia arvioita.

Kuntoutujien menestyminen vastuutaso-ohjelmassa näkyi arvioissa. Tutkijan arvioiden perusteella vastuutasokuntoutuksessa erinomaisesti tai hyvin menestyneet olivat sosiaalisesti taitavampia ja toimintakykyisempiä kuin heikommin menestyneet. Samoin heidän kokonaishyvinvointinsa oli korkeammalla tasolla. Hoitavien henkilöiden ja terapeuttien arvioissa tyydyttävästi vastuutaso-ohjelmassa menestyneet saivat yhtä korkeita hyvinvointiarvioita kuin erinomaisesti tai hyvin menestyneet. Näiden ryhmien toimintakyky ja kokonaishyvinvointi arvioitiin paremmaksi kuin huonosti menestyneiden. Tulos on huomion arvoinen sen vuoksi, ettei hoitavilla henkilöillä ollut tietoa kuntoutujan vastuutasoselviytymisestä. Tuloksista ei kuitenkaan pidä vetää sellaista johtopäätöstä, että vastuutaso-ohjelmassa menestyminen olisi vaikuttanut suoraan kuntoutujan hyvinvointiin.

Eri kuntoutumisreittien potilaiden hyvinvoinnissa oli eroja tutkijan arvioiden perusteella. Vakaan itsenäisen elämisen reitin kuntoutujat saivat selvästi parhaat ja vakaan laitospotilaiden kuntoutujat heikoimmat arviot. Intensiivisen sairaalahoidon reitin kuntoutujien hyvinvoinnin tutkija arvioi lähelle vakaan laitospotilaiden tasoa. Muiden reittien kuntoutujat sijoittuivat arvioiden perusteella lähemmäksi vakaan itsenäisen elämisen reitin tuloksia kuin paljon sairaalassa olleiden tuloksia. Hoitajien ja terapeuttien arvioissa progressiivisen reitin kuntoutujien psykososiaalinen hyvinvointi oli korkein. Heikoimmaksi arvioitiin intensiivisen laitoshoidon reitin kuntoutujien hyvinvointi. Vakaan laitospotilaiden kuntoutujat saivat hoitajilta ja terapeuteilta parempia arvioita. Tulosten perusteella kuntoutuminen itsenäisempään asumiseen on skitsofreniapotilaiden hyvinvoinnin kannalta suotuisinta.

Tutkijan arvioiden perusteella mielenterveystoimistohoitojen kertymä suhteutettuna jälkiseuranta-aikaan oli positiivisessa yhteydessä suhteellisen korkeaan hyvinvointiin. Hoitosuhde mielenterveystoimistossa tai päivätoiminnoissa käyminen haastatteluajankohtana tuottivat samanlaisen tuloksen. Tutkijan arviot ilman hoitopaikkaa olevien, jälkipoliklinikapotilaiden ja terveystoimistojen hoidossa olevien hyvinvoinnista olivat suhteellisesti heikkommat, mutta ne olivat kuitenkin selvästi myönteisemmät kuin laitoshoidossa olevien osalta. Hoitajien ja terapeuttien arvioiden osalta yhteydet eivät olleet yhtä vahvoja, mutta samansuuntaisia. Vastuutasokuntoutuksen jälkeisten hoitopalveluiden käytön ja tehtyjen hyvinvointiarvioiden yhteyksistä voidaan päätellä, että mielenterveystoimistossa annettu hoito liittyy suhteellisen korkeaan psykososiaaliseen hyvinvointiin ja suuri psykiatrisen sairaalahoidon kertymä hyvinvoinnin puutteisiin.

Psykiatrisen sairaalahoidon kielteinen yhteys potilaiden hyvinvointiin ei tarkoita sitä, että psykiatrisen sairaala aiheuttaisi pahoinvoinnin lisääntymistä. Potilaat ovat sairaalassa juuri psyykkisen pahoinvoinnin ja oireilun vuoksi. Se, että potilaat kokevat sairaalahoidossa ollessaan esimerkiksi suurempaa turvattomuutta kuin avohoitoapotilaat, liittyy usein psyykkisen voimien heikkenemiseen, mikä puolestaan on syy sairaalaan toimittamiseen. Tässä tutkimuksessa hoitavien henkilöiden ja tutkijan suorittamat oirearviot korreloivat monin osin hyvinvointiarvioihin. Sairaalapotilaiden oireet arvioitiin lähes kautta linjan vaikeammiksi kuin muiden tutkimusryhmään kuuluvien, joten heikompi psykososiaalinen hyvinvointi oli yhteydessä vaikeisiin oireisiin (vrt. Bengtsson-Tops & Hansson, 1999b, 262).

Tutkijan arviot itsenäisesti asuvien kuntoutujien psykososiaalisen hyvinvoinnin hyvästä tasosta olivat yhteneväisiä kuntoutujien omien arvioiden kanssa. Tulokset tukevat aikaisemmin saatuja tuloksia (Browne & Courtney, 2004, 38). Hoitavat henkilöt arvioivat myönteisimmin tuetussa asumismuodossa elävien hyvinvoinnin, mutta lähes samalle tasolle he arvioivat itsenäisesti asuvien psykososiaaliset hyvinvointitekijät. Tulokset kuvaavat sitä, että itsenäinen asuminen kuntoutujien asumistavoitteena ja kuntoutuksen ylimpänä portaana on perusteltu. On huomattava, että itsenäiseen asumiseen ei tässä tutkimuksessa liittynyt yleisesti hoidon ulkopuolella oleminen, vaan useimmat itsenäisesti asuvat olivat tiiviisti avohoidon palveluiden asiakkaina. Tulos vastaa Berghoferin ym. (2002) saamia tuloksia.

Käyttäytymisongelmien puuttuminen jälkiseuranta-aikana näkyi arvioissa niin, että aggressiivinen tai poikkeava käyttäytyminen arvioitiin myös graafisilla asteikoilla vähäisemmäksi kuin niillä kuntoutujilla, joilla oli esiintynyt

käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Tämä on arvioiden reliabiliteetin ja validiteetin kannalta tärkeä yhteys. Toistuvan väkivaltaisen käyttäytymisen esiintyminen oli erittäin selvästi yhteydessä hyvinvointiarvioihin. Väkivaltaisten kuntoutujien hyvinvointi oli summamuuttujilla tarkasteltuna selvästi heikompi kuin muilla. Tulos tuli esiin sekä hoitavien henkilöiden että tutkijan arvioissa.

Yksi vahvimmin kuntoutujia psykososiaalisen hyvinvoinnin osalta erottelevia muuttujia oli lääkityksestä huolehtiminen. Kuntoutajat, jotka pystyivät itsenäisesti huolehtimaan lääkityksestään, saivat lähes kaikilla asteikoilla myönteisimpiä tuloksia. Kuntoutujan kyky huolehtia omaehtoisesti lääkityksestään oli vahvasti yhteydessä hyvinvointiarvioiden suhteellisen korkeaan tasoon ja oiremuuttujien suhteellisen matalaan tasoon. Tulos oli yhtä selvä sekä hoitavien henkilöiden että tutkijan arvioissa.

Yhtä vahvasti erotteleva muuttuja oli hoitajien ja terapeuttien kokema kuntoutujan hoidon ongelmallisuus. Kuntoutajat, joiden hoitoon ei liittynyt ongelmia, saivat lähes kaikilla asteikoilla myönteisempiä arvioita kuin hoidon suhteen ongelmalliseksi koetut kuntoutajat. Tulosten perusteella hyvä hoitosuhde, johon liittyi myös kuntoutujan vastuunotto lääkityksestä, oli selvästi yhteydessä kuntoutujan hyvinvointiin (vrt. Kampman, 2003). On syytä kuitenkin todeta se, että lääkityksestä huolehtiminen ja hoidon ongelmattomuus voivat olla sidoksissa toisiinsa niin, että hoidon ongelmattomuutta ja ongelmallisuutta kuvataan juuri sen perusteella kuinka potilas huolehtii lääkityksestään (vrt. Marland & Cash, 2001). Heikon motivaation lääkityksestä huolehtimiseen on todettu olevan yhteydessä sairaudentunteen puuttumiseen (Flyckt ym., 1999, 381). Tällöin on todennäköistä, että hoitosuhdekin vaikeutuu.

Koska hoitavien henkilöiden ja tutkijan arvioissa hoidon ongelmattomuus ja potilaan omaehtoinen huolehtiminen lääkityksestä liittyivät parempaan hyvinvointiin, voidaan ajatella, että asianmukaisen avohoidon, hyvän hoitosuhteen, lääkitykseen sitoutumisen ja mielekkään toiminnan merkitys on erittäin suuri kuntoutujan hyvinvoinnin kannalta. Kuntoutujan kokemus tuen saamisesta ja ymmärretyksi tulemisesta voi olla yhteydessä juuri hoitojärjestelmän tarjoamiin hoitokontakteihin ja toimintavaihtoehtoihin. Struktuurin luominen avohoito-olosuhteisiin parantaa kuntoutuksen jatkuvuutta (vrt. Okin ym., 1995).

4.8. JATKOKUNTOUTUKSEN TARVE

Hoitavat henkilöt arvioivat, että yli puolella kuntoutujista oli jatkokuntoutuksen tarve olemassa tutkimushetkellä. Tutkija arvioi jatkokuntoutuksen tarpeen vielä yleisemmäksi.

Hoitavien henkilöiden arvioima jatkokuntoutustarve oli yleisempää laitoksessa olevilla ja potilailla, joiden hoitoon liittyi ongelmallisia ominaisuuksia. Näillä potilailla oli muita enemmän yleisiä ja negatiivisia skitsofrenian oireita, mutta ei välttämättä positiivisia oireita.

Tutkijan arvioima jatkokuntoutuksen tarve oli yhteydessä useampiin tekijöihin. Näitä olivat mm. psykiatrisen sairaalahoidon jälkiseuranta-aikaan suhteutettu suuri ja mielenterveystoimistohoitojen suhteellisen pieni kertymä, sairaalahoidon määrän suhteellisen vähäinen muutos verrattuna alkuseuranta-aikaan, epäsosiaalisen käyttäytymisen esiintyminen jälkiseurannan aikana sekä kuntoutujan ohjautuminen joko vakaalle laitosreitille tai intensiivisen sairaalahoidon reitille. Tutkija arvioi myös jatkokuntoutuksen tarpeessa olevien psykososiaalisen hyvinvoinnin tutkimushetkellä selvästi muita heikommaksi.

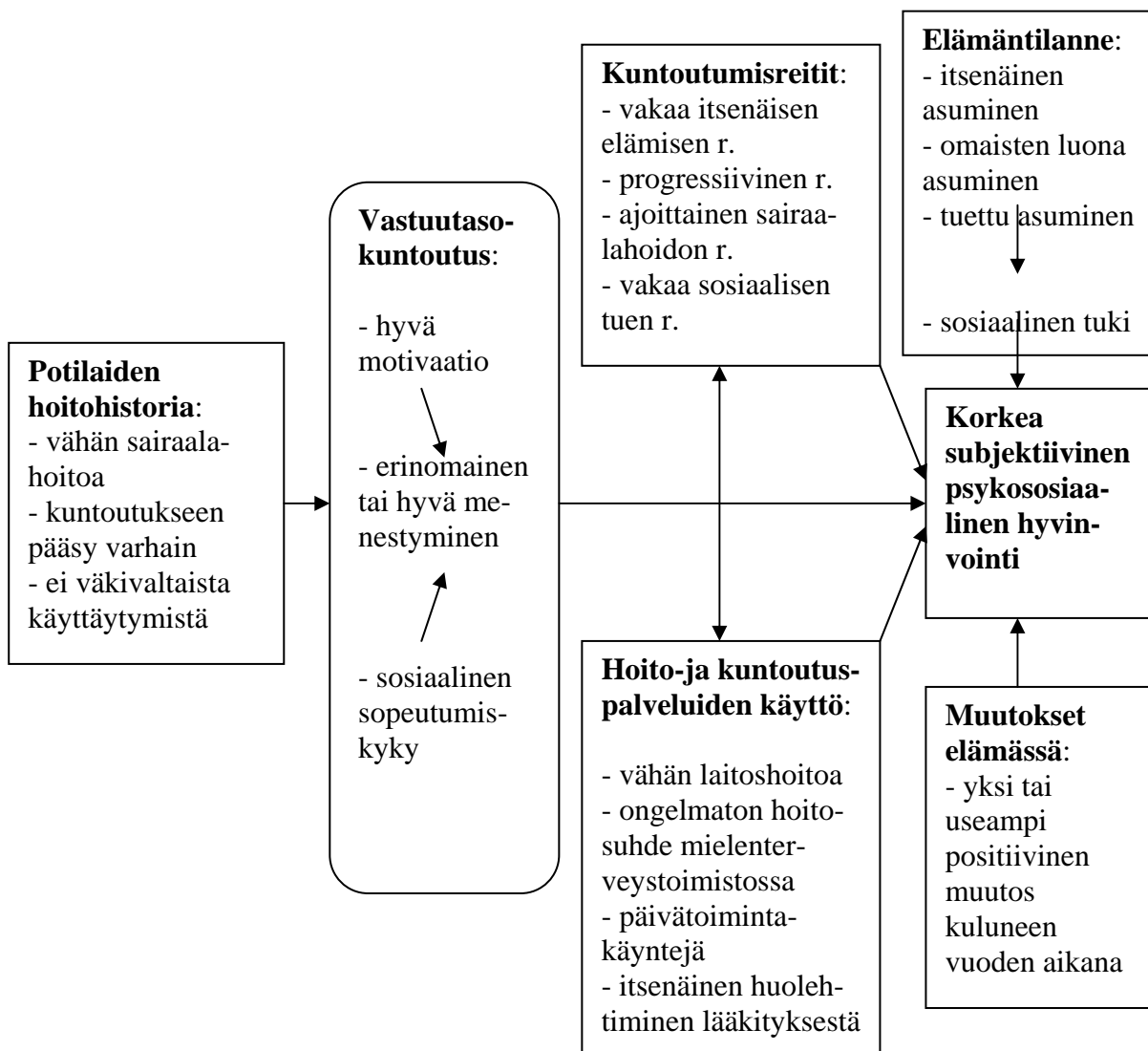
Hoitavien henkilöiden suorittamiin jatkokuntoutustarpeiden arviointeihin liittyi mielenkiintoinen yhteys potilaan kuntoutusohjelman päättymisen jälkeiseen asumismuotoon. Niiden potilaiden, jotka siirtyivät vastuutaso-ohjelman jälkeen asumaan omaistensa luokse, jatkokuntoutustarve oli tutkimushetkellä muita yleisempi. Näin ollen vastuutasokuntoutuksesta omaisten luokse asumaan siirtyneet olivat hoitavien henkilöiden arvioiden perusteella tutkimushetkellä edelleen jatkokuntoutuksen tarpeessa samoin kuin laitoshoidossa olevat. Tuloksen mukaan kuntoutusohjelman jälkeen kuntoutuksen tarve säilyy tai palautuu, jos kuntoutuksella ei ole riittävää jatkuvuutta.

Jatkokuntoutuksen kohdealueina nähtiin erilaiset arkielämässä tarvittavat ja itsestä huolehtimisen taidot, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja ihmissuhteisiin liittyvät taidot sekä omaan terveydenhoitoon liittyvistä tarpeista huolehtiminen. Varsinkin kuntoutujan kyvyttömyys huolehtia lääkityksestään oli yhteydessä jatkokuntoutustarpeeseen.

4.9. HYVÄN KUNTOUTUMISEN MALLI

Edellä esitettyjen tulosten perusteella voidaan muodostaa hyvän kuntoutumisen malli, jossa kuvataan korkeaan subjektiiviseen psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyvien tekijöiden yhteydet (kuvio 30).

Hoitohistoriaan sisältyvät positiiviset tekijät lisäävät kuntoutusohjelmassa menestymisen mahdollisuutta. Erinomainen tai hyvä menestyminen auttaa kuntoutujaa hyvää kuntoutumistulosta ylläpitävälle tai vahvistavalle kuntoutumisreitille. Tätä tukevat hoito- ja kuntoutuspalveluiden riittävä käyttö ja vastuullinen huolehtiminen lääkityksestä. Itsenäinen tai riittävää sosiaalista tukea sisältävä asumismuoto ja positiiviset elämänmuutokset lisäävät koettua hyvinvointia.



Kuvio 30. Hyvän kuntoutumisen malli

5. TULOSTEN LUOTETTAVUUS JA YLEISTETTÄVYYS

Tutkimuksen kohderyhmään valittiin kaikki 21.1.1985-31.12.1991 Seinäjoen keskussairaalan osastolle T9 tulleet skitsofreniapotilaat, joiden kotipaikka oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Näitä potilaita oli 126. Potilaat valittiin kohderyhmään sen diagnoosin perusteella, mikä potilaalla oli osastolle tullessa. Diagnoosi selvitettiin sairauskertomuksesta diagnoosinumeron perusteella. Näin DSM-III-R tautiluokituksen mukaiset 295-alkuisen diagnoosin saaneet potilaat valittiin kohderyhmään. Osaston lääkäri ei tarkistanut diagnoosin pätevyyttä. Tämä todennäköisesti merkitsi sitä, että joitakin potilaita, joiden diagnoosi ei ollut ajan tasalla, jäi kohderyhmän ulkopuolelle. Myös ne potilaat, joiden psyykinen sairaus myöhemmin todentui skitsofreniaksi, jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Chenin, Swannin ja Burtin (1996) seitsemän vuoden seurantatutkimuksen mukaan noin kolmasosa toistuvissa sairaalahoidoissa olleista skitsofreniapotilaista oli sellaisia, joiden diagnoosi alun alkaen oli ollut muu kuin skitsofrenia. Tässä tutkimuksessa näiden potilaiden määrän selvittäminen olisi ollut myöhemmin mahdollista, mutta siitä luovuttiin, koska tutkimuksen kohderyhmä muodostui suureksi. Ei myöskään voida olettaa, että puutteellisen tai väärän diagnoosin saaneiden määrä olisi ollut suuri, koska suurin osa potilaista oli vastuutaso-ohjelmaan tullessaan sairastanut jo pitkään.

Kohderyhmään kuuluvista varsinaiseen tutkimusryhmään tuli 105 potilasta (83 %). Ulkopuolelle jääneistä 21 potilaasta 15 kuoli seuranta-aikana. Näistä potilaista ainoastaan yhden kuolinsyy oli muu kuin sydän- tai verisuonisairaus tai itsemurha, mitkä muissakin tutkimuksissa on todettu yleisimmiksi syiksi (vrt. Bülow, Svensson & Hansson, 2002, 16). Tutkimushaastattelusta kieltäytyi ainoastaan kolme potilasta, kahden potilaan tavoittaminen ei monista yrityksistä huolimatta onnistunut ja yhden potilaan aistivammat estivät haastatteluun osallistumisen. Tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneet olivat sairastuneet myöhemmin ja tulleet psykiatriseen hoitoon vanhempina kuin tutkimusryhmään kuuluvat. Muilta osin ei tilastollisia eroja ryhmien välillä ollut. Kaikkiaan elossa olevista kohderyhmään kuuluvista osallistui haastatteluun 95 % eli tältä osin saatuja tuloksia voidaan pitää erittäin hyvin koko kohderyhmää kuvaavina.

Potilaita koskevia tietoja kerättiin sekä sairaalan että avohoidon sairauskertomuksista. Vastuutasokuntoutukseen liittyvät potilaskohtaiset tiedot saatiin osastolla käytössä olleista potilasseurantalomakkeista. Potilaiden sairauskertomusten tiedot olivat yleensä selkeästi kirjattu, joskin jonkin verran esiintyi ristiriitaisuuksia. Ristiriitaisuudet eivät yleensä koskeneet hoitoon liittyviä asioita, vaan kotitaustaa, koulunkäyntiä tai työhistoriaa. Tutkija pyrki selvittämään ristiriitaisuudet haastattelun yhteydessä potilaalta itseltään,

potilaan terapeutilta tai muutamassa tapauksessa myös hänen omaisiltaan. Tietoja voidaan tältä osin pitää kohtalaisen luotettavina. Vastuutasokuntoutukseen liittyvät tiedot olivat erittäin luotettavia osastolla käytössä olevan kirjaamis- ja seurantajärjestelmän ansiosta.

Haastatteluissa käytetyt Ojasen kehittämät graafiset asteikot osoittautuivat hyvin käyttökelpoisiksi. Asteikkoja on aikaisemminkin käytetty mielenterveysongelmaisten arvioissa. Graafisten asteikkojen toimivuudesta on olemassa paljon kokemusperäistä tietoa (Ojanen, 2001). Ojanen (2001, 221-222) esittelee asteikkojen ominaisuuksia tiivistetysti:

- 1) Asiakaslähtöisyys, helppokäyttöisyys ja nopeus
- 2) Käytön joustavuus
- 3) Reliabiliteetti
 - asteikkojen reliabiliteetit ovat kohtuullisia, jopa hyviä
 - ulospäin näkyvien piirteiden osalta omat arviot ja ulkopuolisen arvioijan näkemykset korreloivat melko vahvasti, mutta sisäisten ominaisuuksien osalta korrelaatiot ovat matalia
- 4) Validiteetti
 - rinnakkaisvaliditeetit muihin mittareihin ovat olleet hyviä
 - eri arvioitsijoiden tekemät toimintakyvyn arviot korreloivat kohtuullisen hyvin
 - asteikoilla voidaan osoittaa elämänlaadun ja hyvinvoinnin eroja vertailuryhmien ja erilaisten sairausryhmien välillä.

Tässä tutkimuksessa Ojasen esittelemistä ominaisuuksista kaksi ensimmäistä realisoitui vahvasti. Asteikkojen käytön nopeus ja sujuvuus helpottivat haastattelun toteuttamista. Asteikkojen visuaalinen rakenne teki haastatteluista sujuvia ja kuntoutujien oli ilmeisen ongelmattonta tehdä arviointeja. Haastattelut saatiin yleensä vietyä läpi nopeasti sen jälkeen, kun haastateltava ymmärsi haastattelussa sovelletun käytännön. Sujuvuus oli tärkeää sen vuoksi, että haastateltavien keskittyminen ja motivaatio säilyivät hyvinä. Tällä oli tulosten luotettavuuden kannalta suuri merkitys.

Kaikkien graafisten asteikkojen reliabiliteetit potilaiden, hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan suorittamissa arvioissa olivat korkeita (yli .80). Potilaiden arvioista laskettujen summamuuttujien reliabiliteetit jäivät selvästi matalammiksi, mutta olivat kuitenkin hyväksyttävyyden rajoissa (vrt. Metsämuuronen, 2003, 47). Hoitajien tai terapeuttien sekä tutkijan arvioissa summamuuttujien reliabiliteetit olivat kohtalaisen korkeita.

Validiteetin selvittämisen mahdollistavia rinnakkaismittauksia saman ryhmän sisällä ei ollut mahdollisuus tehdä. Eri arvioijien keskinäiset näkemykset korreloivat tilastollisesti merkitsevästi. Samoin yksittäiset asteikot ja summa-

asteikot erottelivat eri ryhmiä tilastollisesti merkitsevästi eli erottelukykä graafisilla asteikoilla oli.

Hoitajat ja terapeutit sekä tutkija käyttivät arvioissaan myös graafisia asteikkoja. Ammattihenkilölle arviointi ei tuota vaikeuksia. Ongelmia syntyy yleensä vasta silloin, jos arvioijalla ei ole tarpeeksi tietoa arvioinnin kohteesta. Tätä ei tutkimuksessa kontrolloitu, mutta lomakkeen täyttöohjeena oli se, että arvioinnin suorittaisi kuntoutujan parhaiten tuntema ammattihenkilö, esim. omahoitaja tai terapeutti. Tutkijan tekemiä arviointeja hankaloitti se, että hän joutui tekemään päätelmänsä pitkälti haastattelutilanteen perusteella eli sen perusteella mitä ja miten haastateltava kertoi ja miten haastateltava tilanteessa käyttäytyi. Koska haastattelutilanteet kestivät alkuinformaation ja loppujutustelun sekä varsinaisen haastatteluosuuden kanssa yleensä yli tunnin, jäi havainnointiin aikaa. Tutkija kirjasi arvionsa haastattelun jälkeen heti, kun siihen oli mahdollisuus.

Tutkijan kokemuksen mukaan ongelmallisinta haastattelussa oli Beckin masennusasteikon käyttö. Osa kuntoutujista piti kysymyksiä outoina tai liian arkaluontoisina. Nämä kokemukset saattoivat vaikuttaa myös vastauksiin.

Aineistonkeruun luotettavuuden kannalta huomioitava seikka oli se, että kuntoutujat ja tutkija lähes poikkeuksetta tunsivat toisensa entuudestaan ajalta, jolloin kuntoutuja oli ollut sairaalahoidossa. Tällä asialla oli todennäköisesti vaikutusta siihen, että haastattelusta kieltäytymisiä oli erittäin vähän. Tulosten kannalta ongelmallista saattoi olla se, miten haastateltavat mielsivät tutkijan roolin. Pidettiinkö tutkijaa hoitojärjestelmän lähettämänä kontrollina, jonka tehtävä oli selvittää potilaan hoidon tarve vai nähtiinkö hänet kuntoutujasta kiinnostuneena tuttuna psykologina. Jos edellinen tulkinta oli vallitseva, on todennäköistä, että potilaat kertoivat tutkijalle asioistaan liioitellun myönteisesti tai siten kuin arvelivat tutkijan niitä haluavan kuulla. Jos jälkimmäinen vaihtoehto oli lähempänä totuutta, niin tutkijalle saatettiin kertoa sellaisiakin intiimiluonteisia asioita, joita ei tuntemattomalle kerrottaisi. Käytännössä nämä tulkinnat varmasti vaihtelivat, mutta tutkijan haastatteluilmapiiriin liittyvien kokemusten perusteella jälkimmäisiä vuorovaikutustilanteita oli selvästi enemmän. Kaiserin ja Priebein (1999) tulosten mukaan haastattelijan roolilla saattaa olla vaikutusta skitsofreniaa sairastavan haastateltavan vastauksiin, mutta tulosten suunta ei ole johdonmukainen, yksisuuntainen tai yhdenmukainen elämänlaadun eri alueilla. Kuntoutujan psyykinen vointi saattoi vaikuttaa keskittymiseen, mutta yksikään haastateltavista ei keskeyttänyt haastattelua.

Tulosten yleistettävyyden suhteen aikatekijä on keskeinen vaikuttaja. Tutkimusryhmään kuului henkilöitä, joiden kuntoutus oli aloitettu 1985 ja

kaikkien tutkimusryhmään kuuluvien kuntoutukseen tulemisesta oli tutkimuksen raportointiajankohtana kulunut yli kymmenen vuotta. Seurannan aikana hoitojärjestelmässä tapahtui suuria muutoksia. Psykiatriset sairaalapaikat vähenivät erittäin voimakkaasti. Avohoidossa päivätoimintamahdollisuudet lisääntyivät. Kuntoutuskotipaikkojen määrä vakiintui ja erilaisia muita tuetun asumisen muotoja syntyi monia. Psykiatrisen kuntoutustyö psykiatrisen sairaalan ulkopuolella on entistä selvemmin siirtynyt julkiselta sektorilta yksityisille yrittäjille tai yhdistyksille. Palvelutarjonnan lisääntyessä on todennäköistä ja toivottavaa, että skitsofreniakuntoutujienkin kuntoutusmahdollisuudet paranevat.

Näiden muutosten yhteydessä 90-luvun alkupuolella taloudellinen lama koetteli Suomea. Eri yhteyksissä on epäilty sen vaikuttaneen kielteisesti psykiatristen potilaiden selviytymiseen. Tämän tutkimuksen perusteella Etelä-Pohjanmaalla näin ei kuitenkaan käynyt. Psykiatristen potilaiden subjektiivinen psykososiaalinen hyvinvointi oli vähintään tyydyttävällä tasolla. Potilaat eivät olleet oman onnensa varassa tai heitteillä. Tämä tulos kuvaa tilannetta Etelä-Pohjanmaalla, mutta ei välttämättä muualla Suomessa.

Tutkimuksen kohderyhmään kuului ensisijassa hyvin pitkään sairastaneita skitsofreniapotilaita, joiden sairaalahoidon kertymä oli ajallisesti mittava. Vastuutasojärjestelmän alkuvaiheessa näitä kuntoutujia oli paljon. Kuntoutettavien ryhmä on ajan myötä muuttunut. Nyt vastuutasojärjestelmään ohjautuu etupäässä potilaita, joiden hoito muilla osastoilla on pitkittynyt. Potilaat ovat usein suhteellisen nuoria, useat ilman ammatillista koulutusta ja työhistoriaa sekä vailla tavoitteita. Yhä useammin potilaat ovat alkoholiongelmaisia tai huumeiden käyttäjiä. Skitsofrenia-diagnoosin saaneiden osuus vähenee ja persoonallisuushäiriöiden ja masennuspotilaiden suhteellinen osuus kasvaa.

Hoitoajat osastolla T9 ovat lyhentyneet huomattavasti osin kuntoutettavien heterogeenisyydestä johtuen, hoidollisen ajattelutavan muuttumisen myötä, mutta myös lainsäädännöllisten muutosten kautta. Kuntoutuksessa olevat ovat lähes poikkeuksetta vapaaehtoisessa hoidossa, minkä vuoksi hoitojen keskeytymisiä tapahtuu useammin kuin ennen. Toisaalta ne kuntoutujat, jotka ovat motivoituneita hoitoonsa, saavat vastuutaso-ohjelmasta entistä paremmat lähtökohdat itsenäistymiselle ja kuntoutumiselle. Vastuutaso-ohjelman perusrungon lisäksi ohjelmaan on sisällytetty paljon uusia yksilö- ja ryhmämuotoisen kuntoutuksen muotoja, mitkä vastaavat tämän hetkisen kuntoutujaryhmän tarpeita. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää hyvin skitsofreniapotilaiden kohdalla, vaikka kuntoutujien sairaushistoria on lyhyempi. Tämä on nyt saatujen tulosten valossa pikemminkin myönteinen kuin kielteinen asia, koska tulosten mukaan niiden skitsofreniapotilaiden,

joiden sairastumisesta kuntoutusohjelmaan tuloon oli kulunut lyhyt aika, ennuste psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta oli muita parempi. Tulosten perusteella juuri suhteellisen akuutissa sairaudenkulun vaiheessa olevat skitsofreniapotilaat hyötyvät vastuutasokuntoutuksesta, jos kuntoutuksella on jatkuvuutta ohjelman päättymisen jälkeen. Uudet neuroleptit vahvistanevat osaltaan kuntoutuksesta saatavaa hyötyä (vrt. Lehman, 1999, 261-263; Fujii, ym. 2004).

Päätelmiä tehdessä pitää ottaa huomioon tutkimusasetelmaan liittyvät rajoitukset. Psykososiaalisen hyvinvoinnin tulokset saatiin poikkileikkauksena, ei seurannan avulla. Tällöin ei voida selvittää yksilöllistä aikaan liittyvää vaihtelua. Hyvinvointi ei ole staattinen, vaan muuttuva kokemus. Pitkittäistutkimuksella on mahdollista selvittää hyvinvoinnissa tapahtuvaa yksilöllistä vaihtelua ja löytää vaihtelua aiheuttavia tekijöitä. Hyvinvoinnin heikkenemiseen liittyvien riskitekijöiden tunnistaminen ja auttavien interventioiden löytäminen ovat tärkeitä tutkimuksellisia haasteita jatkossa.

Tutkimuksen keskeinen puute on se, että kuntoutujan fyysisiä sairauksia ei kirjattu riittävällä tarkkuudella. Skitsofreniaa sairastavien elinaika voi olla huomattavasti lyhyempi kuin yleisväestön elinikä keskimäärin. Itsemurhakuolleisuuden lisäksi monet fyysiset sairaudet lyhentävät elinikää. Skitsofreniaa sairastavat altistuvat erityisesti diabetekseen sekä sydän- ja verisuonisairauksiin (Dixon ym., 2000; Osborn, 2001; Toalson, Ahmed, Hardy & Kabinoff, 2004; Chafetz, White, Collins-Bride & Nickens, 2005; Hintikka & Niskanen, 2005; Thakore, 2005). Hintikka ja Niskanen (2005, 706-707) korostavat ehkäisevien toimien ensisijaisuutta. He pitävät potilaiden painoindeksin, vyötärön ympäryksen, verenglukoosin, verenpaineen ja lipidien säännöllistä seurantaa ja tulosten mukaisia toimenpiteitä tärkeinä. Vaikka skitsofreniapotilaiden elämäntapaohjauksessa on ongelmansa, eivät ne oikeuta ohjauksen laiminlyöntiin. Ohjauksen toteuttaminen edellyttää yhteistyötä somaattisen terveydenhuollon kanssa.

Toinen keskeinen puute tutkimuksessa on se, että vaikka kuntoutujan lääkityksestä kerättiin täsmätietoja, lääkityksen määrää ei käytetty analyyseissä muuttujana. Lääkityksen määrän adekvaattisuutta tai sivuvaikutuksia ei arvioitu. Näillä tekijöillä on suuri vaikutus hoitomyöntyvyyteen, mikä taas on yhteydessä potilaan hyvinvointiin. Ongelmat lääkityksen määrän adekvaattisuudessa tai mahdollisista sivuvaikutuksista johtuvat kokemukset voivat vaikuttaa subjektiivisen psykososiaalisen hyvinvoinnin arvioihin.

Kuntoutujien hyvinvointia koskevat tulokset ja sosiaaliseen tukeen liittyvät tulokset ovat yleistettävissä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella.

Hyvinvointiin liittyvät yhteydet, kuntoutumisreitit ja vastuutaso-ohjelmaan liittyvät tulokset kuvannevat skitsofreniapotilaiden hoitoa ja kuntoutusta laajemminkin.

6. SUOSITUKSET SKITSOFRENIAPOTILAIDEN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISEKSI

Tutkimuksessa saatujen tulosten pohjalta seuraavassa esitetään suosituksia, joilla tutkijan näkemyksen mukaan voidaan skitsofreniapotilaiden hoitoa ja kuntoutusta tehostaa. Suositukset koskevat hoitojärjestelmää, potilasta ja hänen omaisiaan sekä hoito-ohjelmaa.

1) Hoitoa ja kuntoutusta ei pidä erottaa tiukasti toisistaan. Kuntouttavia elementtejä on liitettävä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoprosessiin. Jokaisen psykiatriseen hoitojärjestelmään tulevan potilaan kohdalla on arvioitava kuntoutumisen tarvetta ja järjestettävä hoito sen mukaisesti. Erilaisia vaihtoehtoja pitää olla tarpeeksi. Näin ehkäistään kroonistumista ja tuetaan elämänotteen säilymistä.

2. Psykiatrasta hoitotyötä tekevien koulutukseen on lisättävä kuntoutukseen liittyvien ammatillisten valmiuksien opettamista. Työssä olevalle hoitohenkilöstölle on järjestettävä ammatillisena jatkokoulutuksena kuntoutusmenetelmien kurseja.

3) Kuntoutustyön painopisteen siirtäminen avohoitoon on potilaan kuntoutuksen jatkumisen kannalta tärkeää. Avohoidossa tarvitaan kuntoutusohjausta, kotikuntoutusta, ryhmämuotoisia kuntoutusinterventioita sekä supportiivisia yksilöterapiasuhteita, joiden teoreettiset viitekehykset painottuvat kognitiivisen psykoterapian suuntaan. Myös erilaiset menetelmäkeskeiset terapiat, kuten ratkaisukeskeinen terapia ja NLP-terapia, ovat suositeltavia. Monipuolisten toiminnallisten mahdollisuuksien kehittäminen avohoitoon on tarpeen. Kuntoutujat tarvitsevat päivätoiminnan lisäksi mielekästä työtä.

4) Kuntoutus- ja asumispalvelut vaativat jatkuvaa kehittämistä ja seuranta. Tämän vuoksi näiden palveluiden kehittämiseen on luotava alueelliset puitteet niin, että yksityisten palvelutuottajien ja julkisen sektorin palvelut täydentävät toisiaan. Asumispalveluiden laadun takaamiseksi on kehitettävä laatukriteerit niin, että asumisen taso, kuntoutushenkilöstön määrä ja osaamisen taso ja yhteisöasumisen toiminnan määrä ja laatu ovat riittävän korkeita.

5) Ns. pyöro-ovi -potilaiden hoitoa ja kuntoutusta varten on perustettava erillisiä kokeiluprojekteja, joissa haetaan heille apua tuovia toimintamalleja. Samoin sairaalahoitojen sopiminen ennakoidusti lyhyiden kuntoutusjaksojen avulla luo turvallisuutta ja tunnetta huolenpidosta. Pitkän aikavälin kuluessa tästä on myös vähäisten resurssien mielekkään käytön suhteen hyötyä.

- 6) Potilaiden psyykenlääkityksen laiminlyönnin ehkäisyyn on kiinnitettävä erityishuomiota. Potilaiden valistamista lääkityksen merkityksestä psyykkisen voinnin ja hyvinvoinnin kannalta on lisättävä. Potilaille on annettava tietoa lääkityksen terapeuttisista vaikutuksista, mutta myös sivuvaikutuksista. Tarpeen mukaan kuntoutujille on järjestettävä lääkitykseen liittyvää koulutusta. Kuntoutujien omia kokemuksia lääkityksestään on otettava huomioon, kun vaikutuksia kontrolloidaan ja niistä keskustellaan.
- 7) Kuntoutujia on tuettava ja integroitava normaaliharrastusten piiriin. Tällaisia ovat esimerkiksi liikunnalliset ryhmät, taide- ja musiikkiryhmät ja erilaiset opiskeluryhmät. Kansalais- ja työnväenopistot ovat keskeisiä yhteistyökumppaneita.
- 8) Potilaiden omaisille annettavaa ammatillista ja henkistä tukea on lisättävä huomattavasti. Kotikäynnit, psykoedukatiiviset omaisryhmät, omaisten päivät ja yhteistyö omaisyhdistysten kanssa ovat tärkeitä kehittämiskohteita.
- 9) Kuntoutujan tullessa vastuutasojärjestelmään tai muuhun kuntouttavaan ohjelmaan on kiinnitettävä erityistä huomiota tulovaiheeseen. Alkuvaiheessa on tärkeää luoda motivoiva ilmapiiri niin, että kuntoutuja uskaltaa osallistua ja että hän voi saada onnistumiskokemuksia. Tämä edellyttää joidenkin kohdalla enemmän ja pitempään jatkuvaa tukea kuin toisten kohdalla. Hoito-ohjelman alkuvaiheen vaatimustasoa on joustavasti muokattava kuntoutujan resurssien mukaan.
- 10) Potilaiden hoito- ja kuntoutustavoitteiden kirjaamiskäytännöt vaativat tehostamista. Sitoutumisen kannalta on keskeistä, että potilas itse määrittelee tavoitteitaan yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan kanssa tehtävä hoitosuunnitelma on saatava sellaiseksi, että tavoitteiden saavuttaminen sen avulla on mahdollista. Tarvittaessa tavoitteiden toteutumisen kannalta keskeiset henkilöt on kutsuttava mukaan hoidon suunnitteluun.
- 11) Jokaisen uuden kuntoutusohjelmaan tulevan potilaan kognitiivisten taitojen ja kykyjen profiili on selvitettävä. Tämä edellyttää myös neuropsykologisten tutkimusten tekemistä.
- 12) Niille potilaille, joille vastuutasojärjestelmä on liian vaativa ohjelma, on luotava vaatimustasoltaan helpompia ohjelmia. Pysyvää laitossijoitusta ei pidä hyväksyä yhdenkään potilaan tavoitteeksi.
- 13) Potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisemiseksi on tarpeen kehittää aggressiivisuuden hallintaohjelmia. Näitä ohjelmia tarvitaan sekä avohoidossa että sairaalahoidossa.

14) Skitsofreniapotilaiden hyvinvointiin liittyvien vaihteluiden ja muutosten selvittämiseksi on perustettava tutkimushanke, missä pitkittäistutkimuksen avulla seurataan yksilötasolla tapahtuvia hyvinvointimuutoksia ja selvitetään muutokseen vaikuttavia tekijöitä.

7. YHTEENVETO

7.1. Tutkimuksen tausta ja tavoitteet

Törnävän sairaalan osastolla 9 (nykyisin T9) aloitettiin vastuutasojärjestelmän toteuttaminen vuoden 1985 tammikuussa. Vastuutasojärjestelmä perustuu vahvaan struktuuriin ja palautejärjestelmään. Teoriataustana ovat operantti vahvistamisteoria, sosiaalisen oppimisen teoria, monet kognitiivisen psykologian teoriat ja Maslowin tarveteoria.

Kehittämistoimintaan liitettiin ilmapiirimittauksia ja potilasseurantaa. Potilasseurantatutkimukseen otettiin mukaan vuosina 1985-1991 vastuutasojärjestelmässä olleet eteläpohjalaiset skitsofreniapotilaat. Näin kohderyhmään tuli 126 kuntoutujaa. Tässä tutkimusraportissa kuvataan näiden henkilöiden kuntoutumista vastuutasojärjestelmässä, kuntoutumisreittejä ja hoitopalveluiden käyttöä kuntoutusohjelmasta lähdön jälkeen sekä psykososiaalista hyvinvointia ja elämäntilannetta vähintään viiden vuoden kuluttua siitä, kun he siirtyivät pois osasto 9:n vastuutasojärjestelmästä.

7.2. Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen kohderyhmän 126 potilaasta kuoli seurannan aikana 15 (12 %). Elossa olleista 111:sta potilaasta seurantahaastattelu voitiin tehdä 105 potilaalle. Tutkimusryhmään kuuluu näin 95 % haastatteluhetkellä elossa olleista ja 83 % koko kohderyhmän potilaista.

Tutkimusryhmässä on 60 miestä (57 %) ja 45 naista (43 %). Potilaat olivat tulleet psykiatriseen hoitoon keskimäärin 20,8 –vuotiaina ja he olivat kuntoutusohjelmaan tullessaan keskimäärin 33,3–vuotiaita. Ennen kuntoutusohjelmaan tuloa he olivat olleet keskimäärin 38 % psykiatrisessa sairaalahoidossa ja psykiatrisen avohoidon asiakkaina 41 % siitä ajasta, mikä oli kulunut ensimmäisestä hoitokontaktista kuntoutusohjelmassa aloittamiseen.

Suurin osa tutkimuspotilaista tuli vastuutasojärjestelmään akuuttipsykiatrian osastoita (48 %) tai pitkäaikaispsykiatrisilta osastoita (44 %). Loput potilaista tulivat entisestä B-mielisairaalarasta tai avohoidosta mielenterveystoimiston työryhmän ohjaamina. Tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneet potilaat olivat sairastuneet myöhemmin ja sen vuoksi tulleet psykiatriseen hoitoon iäkkäämpinä.

Tutkimuksen aineistonkeruu aloitettiin vuonna 1989 ja sitä jatkettiin vuoteen 2003 asti. Aineisto koottiin asiakirjoista, haastattelemalla potilaat ja hoitohenkilöstölle suunnatun kyselyn avulla. Potilaiden psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon sairauskertomuksista sekä osasto T9:n potilasseurantalomakkeista kirjattiin potilaiden elämänhistoriaan, vastuutasojärjestelmässä kuntoutumiseen, hoitohistoriaan sekä vastuutasojärjestelmästä lähdön jälkeisen ajan psykiatristen hoitopalveluiden käyttöön ja potilaiden asumiseen liittyviä tunnuslukuja. Tutkimusryhmän haastattelut tehtiin 4.9.1997 - 8.10.1999. Haastelussa potilaat arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa tilaa. Mahdollisimman pian haastattelun päätyttyä tutkija arvioi potilaan psykososiaalista hyvinvointia niiden havaintojen perusteella, mitkä hän sai potilaasta haastattelutilanteessa. Tutkija toimitti potilaan terapeutille, omahoitajalle tai sille ammattihenkilölle, joka todennäköisesti tunsi potilaan parhaiten, vastaavanlaisen arviointilomakkeen, minkä itse oli täyttänyt. Sairaanhoidopiiriä ja sen yksiköitä kuvaavat tunnusluvut kerättiin pääsääntöisesti haastattelujen jälkeen vuosina 2000-2003.

Tutkimusryhmään kuuluvien potilaiden asumistietojen luokittelussa saatiin kuusi kuntoutumisreittiä, joihin potilaat voitiin luokitella. Kuntoutumisreittien luokat olivat toisensa poissulkevia niin, että potilas voitiin luokitella vain yhteen luokkaan. Samoin luokat olivat kattavia niin, että kaikki potilaat voitiin luokitella. Kuntoutumisreitit olivat vakaa laitosreitti, intensiivisen sairaalahoidon reitti, ajoittaisen sairaalahoidon reitti, vakaa sosiaalisen tuen reitti, progressiivinen reitti ja vakaa itsenäisen elämisen reitti.

Potilaat arvioivat haastattelussa psykososiaalista hyvinvointiaan Markku Ojasen kehittämien graafisten asteikkojen avulla. Haastatteluissa käytettyjä potilaan psykososiaalista hyvinvointia kuvaavia asteikkoja oli 27. Asteikot ryhmiteltiin osin muuttujien keskinäisten korrelaatioiden perusteella, osin sisällöllisin perustein neljään summamuuttujaan. Nämä olivat terveydentila, sosiaalinen kompetenssi, toimintakyky ja elämän mielekkyys. Summamuuttujien analyysiin otettiin mukaan tyytyväisyys elämään – muuttuja ja kaikista graafisista asteikoista laskettu hyvinvointisumma. Kuntoutujat vastasivat myös Beckin (1974) 21-osioiseen masentuneisuuden astetta kuvaavaan mittariin sekä Sarasonin, Johnsonin ja Siegelin (1978) elämänmuutoksia kartoittavan mittarin kysymyksiin. Haastattelussa potilailta kysyttiin myös elämäntilanteeseen ja vastuutasokuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyviä kysymyksiä.

Potilaita hoitavat tai hoitaneet ammattihenkilöt sekä tutkija arvioivat potilaita lomakkeella, joka sisälsi lääkitykseen, hoidon ongelmallisuuteen, kuntoutustarpeisiin sekä kuntoutuksen kehittämiseen liittyviä näkökohtia, 18

Ojasen kehittämää psykososiaalisen hyvinvoinnin graafista asteikkoa, 22 oireasteikkoa (BPRS & PANSS) sekä toimintakykyyn liittyvän asteikon (GAS). Graafisista asteikoista muodostettiin kolme summamuuttujaa korrelatiivisten ja sisällöllisten yhteyksien perusteella. Nämä ovat psyykkinen vointi ja oireilu, sosiaalinen kompetenssi sekä toimintakyky. Lisäksi laskettiin kaikista graafisista asteikoista hyvinvointisumma.

7.3. Keskeiset tulokset

Puolet tutkimusryhmään kuuluvista aktivoitui vastuutasokuntoutuksen aikana. Erinomaisesti tai hyvin menestyneitä oli noin puolet kuntoutujista. Mitä huonommin potilas menestyi hoito-ohjelmassa sitä yleisemmin taustalta löytyi toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä. Vastuutaso-ohjelmassa menestymisen todennäköisyys kasvoi, jos potilas jo ohjelman alussa oli valmis yrittämään ja käyttäytyi sosiaalisesti riippumatta siitä, mikä oli hänen yleinen toimintakykynsä.

Pitkälle edennyt kroonistuminen ja herkkyys väkivaltaiseen käyttäytymiseen olivat tulosten perusteella kuntoutumisen esteitä. Näillä potilailla oli suuria vaikeuksia ohjautua muille kuin vakaan laitoshoidon kuntoutumisreitille.

Kuntoutujien aktiivisuuden ja toimintakyvyn muutokset sekä menestyminen vastuutasokuntoutuksessa näkyivät psykiatrisen sairaalahoidon muutoksina, mutta eivät mielenterveystoimistossa annettujen hoitomäärien muutoksina. Sekä tuetun asumishoidon että päivätoimintakuntoutuksen seuranta-aikoihin suhteutetut määrät kasvoivat merkittävästi.

Vuosien mittaan tutkimusryhmässä tapahtui itsenäistymistä ja hoitopalveluista irrottautumista. Suurin osa kuntoutujista oli kuitenkin sellaisia, jotka tarvitsivat sekä hoidollista että sosiaalista tukea selviytyäkseen sairaalan ulkopuolella. Tulosten perusteella voitiin todeta, etteivät kuntoutujat ole yleisesti heitteillä sosiaalisen tuen suhteen Etelä-Pohjanmaalla. Vanhempien ja omaisten antama tuki saattoi osin korvata hoidon tarvetta.

Noin 75 % kuntoutujista piti taloudellista tilannettaan vähintään melko hyvänä. Kuntoutujien elämän parhaat asiat olivat arkipäiväiseen elämäntapaan sisältyviä harrastuksia ja ajanviettotapoja. Skitsofreniakuntoutujien elämä oli kuitenkin staattista ja tapahtuvien muutosten kirjo oli kapea.

Tutkimusryhmän psykososiaalisen hyvinvoinnin yleistaso voidaan pitää hyvänä. Miesten ja naisten hyvinvointi oli samalla tasolla. Huonosti vastuutasokuntoutuksessa menestyneet arvioivat toimintakykynsä muita

heikommaksi. Itsenäisen elämisen ja progressiivisen reitin kuntoutujien onnistumisen kokemukset olivat vahvistaneet tuntemusta omista vaikuttamismahdollisuuksista. Itsenäisesti asuvat tai sukulaisten luona asuvat arvioivat monet hyvinvoinnin muuttajat muita myönteisemmin. Kokemuksellinen riittävä sosiaalinen tuki oli vahvasti yhteydessä koettuun psykososiaaliseen hyvinvointiin. Positiiviset muutokset voivat parantaa skitsofreniakuntoutujan koettua psykososiaalista hyvinvointia ja negatiiviset muutokset voivat heikentää psyykkistä vointia. Kuntoutuksen viivästyminen oli kielteisesti yhteydessä skitsofreniapotilaiden hyvinvointiin.

Mielenterveystoimistossa annettu hoito liittyy suhteellisen korkeaan psykososiaaliseen hyvinvointiin ja suuri psykiatrisen sairaalahoidon kertymä hyvinvoinnin puutteisiin. Hyvä hoitosuhde, johon liittyi myös kuntoutujan vastuunotto lääkityksestä, oli selvästi yhteydessä kuntoutujan hyvinvointiin. Kuntoutusohjelman jälkeen kuntoutuksen tarve säilyy tai palautuu, jos kuntoutuksella ei ole riittävää jatkuvuutta.

7.4. Tulosten luotettavuus ja yleistettävyys

Kohderyhmään kuuluvista varsinaiseen tutkimusryhmään tuli 105 potilasta (83 %). Tutkimusryhmän ulkopuolelle jääneet olivat sairastuneet myöhemmin ja tulleet psykiatriseen hoitoon vanhempina kuin tutkimusryhmään kuuluvat. Muilta osin ei tilastollisia eroja ryhmien välillä ollut. Kaikkiaan elossa olevista kohderyhmään kuuluvista osallistui haastatteluun 95 % eli tältä osin saatuja tuloksia voidaan pitää erittäin hyvin koko kohderyhmää kuvaavina.

Potilaita koskevia tietoja kerättiin sekä sairaalan että avohoidon sairauskertomuksista. Vastuutasokuntoutukseen liittyvät potilaskohtaiset tiedot saatiin osastolla käytössä olleista potilasseurantalomakkeista. Tietoja voidaan pitää luotettavina. Vastuutasokuntoutukseen liittyvät tiedot olivat erittäin luotettavia osastolla käytössä olevan kirjaamis- ja seurantajärjestelmän ansiosta.

Haastatteluissa käytetyt Ojasen kehittämät graafiset asteikot osoittautuivat hyvin käyttökelpoisiksi. Asteikkojen visuaalinen rakenne teki haastatteluista sujuvia ja kuntoutujien oli ilmeisen ongelmattonta tehdä arviointeja. Tutkijan kokemuksen mukaan ongelmallisinta haastattelussa oli Beckin masennusasteikon käyttö. Hoitajat ja terapeutit sekä tutkija käyttivät arvioissaan myös graafisia asteikkoja.

Aineistonkeruun luotettavuuden kannalta huomioitava seikka oli se, että kuntoutajat ja tutkija lähes poikkeuksetta tunsivat toisensa. Tällä asialla oli

mahdollisesti sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Kuntoutujan psyykinen vointi saattoi vaikuttaa keskittymiseen, mutta yksikään haastateltavista ei keskeyttänyt haastattelua.

Tulosten yleistettävyyden suhteen aikatekijä on keskeinen vaikuttaja. Seurannan aikana hoitojärjestelmässä tapahtui suuria muutoksia. Psykiatriset sairaalapaikat vähenivät erittäin voimakkaasti. Avohoidossa päivätoimintamahdollisuudet lisääntyivät. Kuntoutuskotipaikkojen määrä vakiintui ja syntyi erilaisia muita tuetun asumisen muotoja. Psykiatrinen kuntoutustyö psykiatrisen sairaala ulkopuolella on entistä selvemmin siirtynyt julkiselta sektorilta yksityisille yrittäjille tai yhdistyksille. Näiden muutosten yhteydessä 90-luvun alkupuolella taloudellinen lama koetteli Suomea. Eri yhteyksissä on epäilty sen vaikuttaneen kielteisesti psykiatristen potilaiden selviytymiseen. Tämän tutkimuksen perusteella Etelä-Pohjanmaalla näin ei kuitenkaan käynyt. Tämä tulos kuvaa tilannetta Etelä-Pohjanmaalla, mutta ei välttämättä muualla Suomessa.

Kuntoutettavien ryhmä on ajan myötä muuttunut. Tutkimusryhmään kuului pitkään sairastaneita skitsofreniapotilaita. Nykyisin potilaat ovat usein suhteellisen nuoria, useat ilman ammatillista koulutusta ja työhistoriaa sekä vailla tavoitteita. Jotkut potilaista ovat alkoholi-ongelmaisia tai huumeiden käyttäjiä. Skitsofrenia-diagnoosin saaneiden osuus vähenee ja persoonallisuushäiriöiden ja masennuspotilaiden suhteellinen osuus kasvaa.

Tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää skitsofreniapotilaiden kohdalla, vaikka kuntoutujien sairaushistoria on nykyisin lyhyempi. Tulosten perusteella juuri suhteellisen akuutissa sairaudenkulun vaiheessa olevat skitsofreniapotilaat hyötyvät vastuutasokuntoutuksesta, jos kuntoutuksella on jatkuvuutta ohjelman päättymisen jälkeen.

Kuntoutujien hyvinvointia koskevat tulokset ja sosiaaliseen tukeen liittyvät tulokset ovat yleistettävissä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Sen sijaan hyvinvointiin liittyvät yhteydet, kuntoutumisreitit ja vastuutaso-ohjelmaan liittyvät tulokset kuvannevat skitsofreniapotilaiden hoitoa ja kuntoutusta laajemminkin.

7.5.Suosituks

Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella voidaan esittää suosituksia, jotka koskevat hoitojärjestelmää, potilasta ja hänen omaisiaan sekä hoito-ohjelmaa.

- 1) Hoitoa ja kuntoutusta ei pidä erottaa tiukasti toisistaan.
- 2) Psykiatrissa hoitotyötä tekevien koulutukseen on lisättävä kuntoutukseen liittyvien ammatillisten valmiuksien opettamista.
- 3) Kuntoutustyön painopisteen siirtäminen avohoitoon on potilaan kuntoutuksen jatkumisen kannalta tärkeää.
- 4) Kuntoutus- ja asumispalvelut vaativat jatkuvaa kehittämistä ja seuranta.
- 5) Ns. pyöro-ovi -potilaiden hoitoa ja kuntoutusta varten on kokeiltava erillisiä toimintamalleja.
- 6) Potilaiden psyykenlääkityksen laiminlyönnin ehkäisyyn on kiinnitettävä erityishuomiota.
- 7) Kuntoutujia on tuettava normaaliharrastusten piiriin.
- 8) Potilaiden omaisille annettavaa ammatillista ja henkistä tukea on lisättävä huomattavasti.
- 9) Kuntoutujan tullessa vastuutasojärjestelmään tai muuhun kuntouttavaan ohjelmaan on kiinnitettävä erityistä huomiota tulovaiheeseen niin, että motivoiva ilmapiiri kannustaa osallistumaan kuntouttaviin toimiin.
- 10) Potilaiden hoito- ja kuntoutustavoitteiden kirjaamiskäytännöt vaativat tehostamista.
- 11) Jokaisen uuden hoito-ohjelmaan tulevan potilaan kognitiivisten taitojen ja kykyjen profiili on selvitettävä.
- 12) Hoito-ohjelmavaihtoehtoja pitää olla riittävästi ja niiden vaatimustaso ja sisältö pitää suhteuttaa potilaan tarpeita ja voimavaroja vastaaviksi.
- 13) Potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen ehkäisemiseksi on tarpeen kehittää aggressiivisuuden hallintaohjelmia.
- 14) Skitsofreniapotilaiden hyvinvoinnissa tapahtuvia muutoksia on selvitettävä pitkittäistutkimuksen avulla.

LÄHDELUETTELO

- Aaltonen, A. (2000). Sepelvaltimopotilaan elämänlaatu. Elämänlaadun muutos sopeutumisvalmennuskurssin jälkeen. Psykologian pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Achté, K.A. (1967). Skitsofrenian prognoosi ja kuntouttaminen. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja sarja A:2. Helsinki.
- Achté, K.A. (1992). Tukea antava psykoterapia. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Achté, K., Alanen, Y.O. & Tienari, P. (1973). Psykiatria. Porvoo: WSOY.
- Addington, J & Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 173-182.
- Ahlqvist, K. (1996). Työ, työttömyys ja valinnanvapaudet. Teoksessa K. Ahlqvist & A. Ahola (Toim.) *Elämän riskit ja valinnat. Hyvinvointia lama-Suomessa?* Helsinki: Tilastokeskus.
- Alanen, Y.O. (1976). On the background factors and goals in the family therapy of young schizophrenic patients. Teoksessa Jørstad, J. & Ugelstad, E. (Toim.) *Schizophrenia 1975*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alanen, Y.O. (1993). Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY.
- Alanen Y.O. (1995). Skitsofreniaprojekti eilen ja tänään. *Suomen Lääkärilehti*, 50, 1877-1881.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Räcköläinen, V. & Aaltonen J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients. Experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Alanen, Y.O., Räcköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Järvi, R. (1983). Psychotherapy of schizophrenia in community psychiatry: 2-year follow-up findings and the influence of selective processes on psychotherapeutic treatments. Teoksessa H. Stierlin, L.C. Wynne & M. Wirshing (Toim.) *Psychosocial intervention in schizophrenia*. Heidelberg Berlin: Springer.
- Alanen, Y.O., Räcköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen A. (1986). Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Berlin Heidelberg: Springer.
- Alanen, Y.O., Ugelstad E. & Armelius, B-Å. (Toim.) (1994). Early treatment for schizophrenia patients. *Scandinavian psychotherapeutic approaches*. Oslo: Scandinavian University Press.

- Albrecht, G., Walker, V.G. & Levy, J.A. (1982). Social distance from the stigmatized: A test of two theories. *Social Science and Medicine*, 16, 1319-1327.
- Aleman, A., Hijman, R., deHaan, E.H.F. & Kahn R.S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366.
- Aleman, A., Kahn, R.S. & Selten, J-P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia. Evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60, 565-571.
- Allardt, E. (1975). Att ha att älska att vara. Om välfärd i Norden. Lund: Argos.
- Almond, R. (1979). *The Healing Community*. New York: Jason Aronson.
- Alptekin, K., Akvardar, Y., Akdede, B.B.K., Dumlu, K., İşık, D., Pirinçci, F., Yahssin, S. & Kitiş, A. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29, 239-244.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: The Association.
- Andreasen, N.C. & Flaum, M. (1991). Schizophrenia: The characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 27-49.
- Andreasen, N.C., Nopoulos, P., Schultz S., Miller D., Gupta, S., Swayze, V. & Flaum, M. (1994). Positive and negative symptoms of schizophrenia: Past, present, and future. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 51-59.
- Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A. & Brenner, H.D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 149-154.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1049-1061.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Anttinen, E.E. (1994). Ikäntyvän skitsofreniapotilaan hoito perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti*, 49, 2429-2433.

- Anttinen, E.E., Eloranta, K.T. & Stenij, P. (1967). Psykiatristen sairaalapotilaiden arvioitu työkyky Pohjois-Hämeen mielisairaanhoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 1, 11-25.
- Anttinen, E.E., Eloranta, K.T. & Stenij, P. (1971). Kotisairaanhoidon mahdollisuudet skitsofreniaa sairastavien jälkihoidossa ja kuntoutuksessa. Vertailu tavanomaiseen jälkihoitoon. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja sarja A:8. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Anttinen, E.E., Jokinen, R. & Ojanen, M. (1985). Progressive integrated system of rehabilitation of long-term schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 319, 51-59.
- Anttinen, E.E. & Ojanen, M. (1984). Sopimusvuoren terapeuttiset yhteisöt. Tampere: Lege Artis.
- Anttonen, S. (2004). Skitsofrenian kognitiivisen psykoterapian periaatteet. *Duodecim*, 120, 393-401.
- Arndt, S., Alliger, R.J. & Andreasen, N.C. (1991). The distinction of positive and negative symptoms: The failure of a two-dimensional model. *British Journal of Psychiatry*, 158, 317-322.
- Arns, P.G. & Linney, J.A. (1995). Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatric Services*, 46, 260-265.
- Atkinson, M., Zibin, S. & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 360-367.
- Auslander, L.A. & Jeste, D.V. (2002). Perceptions of problems and needs for service among middle-aged and elderly outpatients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 38, 391-402.
- Auslander, L.A. & Jeste, D.V. (2004). Sustained remission of schizophrenia among community-dwelling older outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1490-1493.
- Awad, A.G. & Voruganti, L.N. (2000). Intervention research in psychosis: Issues related to assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 557-564.
- Awad, A.G., Voruganti, L.N. & Heslegrave, R.J. (1997). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 11, 32-47.
- Ayllon, T. & Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton.

- Baker, J.A., O'Higgins, H., Parkinson J. & Tracey, N. (2002). The construction and implementation of a psychosocial interventions care pathway within a low secure environment: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 737-739.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001) *Social cognitive theory: An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barrowclough, C., TARRIER, N., Andrews, B., Humphreys, L., Ward, J. & Gregg, L. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 92-99.
- Barry, M.M. & Crosby, C. (1995). *Assessing the impact of community placement on quality of life*. Teoksessa C. Crosby & M.M. Barry (Toim.) *Community care: Evaluation of the provision of mental health services*. Aldershot, Hants, UK: Avebury.
- Barry, M.M. & Zissi, A. (1997). Quality of life as outcome in evaluating mental health services: A review of empirical evidence. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 32, 38-47.
- Bartels S.J. & Drake R.E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: Comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 467-483.
- Bassin, A. (1968). Daytop Village. *Psychology Today*, 2, 48-52.
- Bearden, C.E., Rosso, I.M., Hollister, J.M., Sanchez, L.E., Hadley, T. & Cannon, T.D. (2000). A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 395-410.
- Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S. & Pukrop, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 228-235.
- Beck, A.T. (1967). *Depression, clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

- Beck, A.T. & Beamesderfer A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. Teoksessa P. Pichot (Toim.) Modern problems in pharmacopsychiatry. Basel, Switzerland: Karger.
- Beck, A.T. & Rector, N.S. (2004). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 21.1-21.30. <http://clinpsy.annualreviews.org>.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garpin, M.G. (1988). Psychometric properties of The Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, N.C., Menditto, A.A., Baldwin, L. et al. (1991). Reduced frequency of aggressive behaviour in forensic patients in a social learning program. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 750-752.
- Becker, M. (1998). A US experience: consumer responsive quality of life measurement. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 3 Supply, 41-52, 45-58.
- Bell, M., Bryson, G., Greig, T., Corcoran, C. & Wexler, B.E. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: Effects on neuropsychological test performance. *Archives of General Psychiatry*, 58, 763-768.
- Bell, M., Bryson, G. & Weller, B.E. (2003). Cognitive remediation of working memory deficits: Durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 101-109.
- Bellack, A.S. & Brown, S.A. (2001). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 3, 407-412.
- Bellack, A.S. & Mueser K.T. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
- Bellack, A.S, Mueser, K.T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). Social skills training for schizophrenia. A step-by-step guide. New York: The Guilford Press.
- Bellus, S.B., Donovan, S.M., Kost, P.P., Vergo, J.G., Gramse, R.A., Bross, A. & Tervit, S.L. (2003). Behavior change and achieving hospital discharge in persons with severe, chronic psychiatric disabilities. *Psychiatric Quarterly*, 74, 31-42.
- Bellus, S.B., Kost, P.P. & Vergo, J.G. (2000). Preparing long-term inpatients for community re-entry. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 359-364.
- Bellus, S.B., Kost, P.P., Vergo, J.G. & Dinezza, G.J. (1998). Improvements in cognitive functioning following intensive behavioural rehabilitation. *Brain Injury*, 12, 139-145.
- Bellus, S.B., Vergo, J.G., Kost, P.P., Stewart, D. & Barkstrom, S.R. (1999). Behavioral rehabilitation and the reduction of aggressive and self-injurious behaviors with cognitively impaired, chronic psychiatric patients. *Psychiatric Quarterly*, 70, 27-37.

- Bengtsson-Tops, A. (2004). Mastery in patients with schizophrenia living in the community: Relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 298-304.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999a). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999b). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14, 256-263.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001a). The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 432-438.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001b). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.
- Bengtsson-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, L., Nilsson, L., Sørgaard, K.W., Vinding, H.R. & Middelboe, T. (2005). Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multicentre study. *Quality of Life Research*, 14, 221-229.
- Berg, L. & Johansson, M. (2003). Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. Lievestuore: ER-Paino.
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E. & Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 276-282.
- Von Bertalanffy, L. (1969). General systems theory and psychiatry – an overview. Teoksessa W. Gray, F.J. Duhl & N.D. Rizzo (Toim.) *General systems theory and psychiatry*. Boston: Little, Brown and Company.
- Birchwood, M. & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, 21, 1211-1226.
- Borge, L., Martinsen, E.W., Ruud, T., Watne, Ø. & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 50, 81-84.
- Bottlender, R., Sato, T., Jäger, M., Wegener, U., Wittmann, J., Strauss, A. & Möller, H.-J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 37-44.

- Bowling, A. (2001). *Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Bow-Thomas, C.C., Velligan, D.I., Miller, A.L. & Olsen, J. (1999). Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research*, 86, 131-142.
- Brekke, J.S. & Long, J.D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 667-680.
- Brekke, J.S., Raine, A., Ansel, M., Lencz, T. & Bird, L. (1997). Neuropsychological and psychophysiological correlates of psychosocial functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 19-28.
- Brenner, H.D. & Pfammatter, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 407, 74-77.
- Brown, G.W. (1974). *Meaning, measurement and stress of life-events*. Teoksessa B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Toim.) *Stressful life-events: Their nature and effects*. New York: Wiley.
- Brown G.W., Birley, J.L.T. & Wing J.K. (1972). Influence of the family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, G.W., Bone, M., Dalison, B. & Wing, J.D. (1966). *Schizophrenia and social care*. London: Oxford University Press.
- Browne, G. & Courtney, M. (2004). Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*, 6, 37-44.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C. & Ocallaghan, E. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Brugha, T.S., Wing, J.K., Brewin, C.R., MacCarthy, B. & Lesage, A. (1993). The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 218-224.
- Buchanan J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 68-76.
- Buchkremer, G., Klingberg, S., Holle, R., Schulze Mönking, H. & Hornung, W.P. (1997). Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: Results of a 2-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 483-491.

- Buckley, L.A. & Petit, T. (2003). Supportive therapy for schizophrenia. (Protocol) The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. CD004716.
- Burman B, Mednick S.A., Machon R.A., Parnas J. & Schulsinger F. (1987). Children at high risk for schizophrenia: Parent and offspring perceptions of family relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 364–366.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P. & Keith, S.J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163-175.
- Butler, R.J. (1979). An analysis of individual treatment on a token economy for chronic schizophrenic patients. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 235-243.
- Bülow, P., Svensson, T. & Hansson, J.-H. (2002). Long-term consequences of the reformation of psychiatric care: A 15-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 15-21.
- Bäckman, G. (1992). Psykososiaalinen ympäristö ja terveys. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (Toim.) *Terveys sosiologia*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Caldwell, C.B. & Gottesman I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.
- Cameron, N. (1963). *Personality development and psychopathology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cannon, M., Jones, P.B. & Murray, R.M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1080-1092.
- Canon, T.D., Mednick, S.A. & Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive schizophrenia in a high risk population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 622-632.
- Carpiniello, B., Lai, G., Pariente, C.M., Carta, M.G. & Rudas, N. (1997). Symptoms, standards of living and subjective quality of life: A comparative study of schizophrenic and depressed out patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 235-241.
- Chafetz, L., White, M.C., Collins-Bride, G. & Nickens, J. (2005). The poor general health of the severely mentally ill: Impact of schizophrenic diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 41, 169-183.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46.
- Chan, G.W.L., Ungvari, G.S., Shek, D.T.L. & Leung, J.J.P. (2003). Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong Kong. Quality of life and its correlates. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 38, 196-203.

- Chen, Y.R., Swann, A.C. & Burt, D.B. (1996). Stability of diagnosis in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 682-686.
- Chong, S.A., Lee, C., Bird, L. & Verma, S. (2004). A risk reduction approach for schizophrenia: The Early Psychosis Intervention Programme. *Annals Academy of Medicine of Singapore*, 33, 630-635.
- Christensen, A.J., Dorning, B.S., Ehlers, M.A. & Schultz, M.D. (1999). Social environment and longevity in schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*, 61, 141-145.
- Claeson, L. & Malm, U. (1976). Social training in chronic schizophrenia: A comparative study of treatment with and without a token economy system. *European Journal of Behavioral Analysis and Modification*, 3, 169-175.
- Clinton M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, D., Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 955-966.
- Cohen, C.I., Talavera, N. & Hartung, R. (1997). Predictors of subjective well-being among older, community-dwelling persons with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 145-155.
- Cohen, S. & Syme, L.S. (1985). *Social support and health*. USA: Academic Press.
- Comaty, E.C., Stasio, M. & Advokat, C. (2001). Analysis of outcome variables of a token economy system in a state psychiatric hospital: A program evaluation. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 233-253.
- Compton, W.C., Smith, M.L., Cornish, K.A. & Qualls, D.L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406-413.
- Cormac I., Jones, C., Cambell, C. & Silveira da Mota Neto, J. (2003). *Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review)*. Teoksessa The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software.
- Corrigan, P.W. (1997). Behavior therapy empowers persons with severe mental illness. *Behavior Modification*, 21, 45-61.
- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L. & Penn, D.L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219-225.
- Corrigan, P.W., Faber, D., Rashid, F. & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38, 77-84.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crow, T.J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137, 383-386.

- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G. & Huxley, P. (2004). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.
- Davalos, D.B., Green, M. & Rial, D. (2002). Enhancement of executive functioning skills: An additional tier in the treatment of schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38, 403-412.
- Day, H. & Jankey, S.G. (1996). Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life. Teoksessa R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Toim.) *Quality of life in health promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- De Lisi, L.E. (1992). The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 209-215.
- DeNiro, D.A. (1995). Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 185-200.
- Dickerson, F.B., Ringel, N.B. & Parente, F. (1998). Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: Clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 124-127.
- Dickerson, F., Ringel, N., Parente, F. & Boronow, J. (1994). Seclusion and restraint, assaultiveness, and patient performance in token economy. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 168-170.
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B. & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143-155.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluation of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Dixon, L., Adams, C. & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Dixon, L., Weiden, P., Delahanty, J., Goldberg, R., Postrado, L., Lucksted, A. & Lehman, A. (2000). Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 903-912.
- Donnelly, M., McGilloway, S., Mays, N. Perry, S. & Lavery, C. (1997). A 3- to 6-year follow-up former long-stay psychiatric patients in Northern Ireland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 451-458.

- Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R. & Quimby, E. (1999). A randomized controlled trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 56, 627-633.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Torrey, W.C., Miller, A.L., Lehman, A.F., Bond, G.R., Goldman, H.H. & Leff, H.S. (2000). Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2, 393-397.
- Dunderfelt, T., Laakso, J., Peltola, R., Vidjeskog, J., Niemi, P. (1997). *Psykologia 5. Yksilöllinen ihminen*. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.
- Eccles, J.S. & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Reviews of Psychology*, 53, 109-132.
- Eells, T.D. (2000). Psychotherapy of schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 250-254.
- Eklund, M. & Bäckström M. (2005). A model of subjective quality of life for outpatient with schizophrenia and other psychoses. *Quality of Life Research*, 14, 1157-1168.
- Eklund, M., Bäckström, M. & Hansson, L. (2003). Personality and self-variables: Important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 134-143.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. Teoksessa A. Ellis & R. Grieger (Toim.) *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Elosuo, R. (1966). *Skitsofreniaa sairastavien kuntouttamisesta. Yliopistollinen väitöskirja*. Helsinki.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 13, 766-771.
- Erickson, D.H., Beiser, M. & Iacono, W.G. (1998). Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 681-685.
- Fairweather, G.W. (1964). *Social psychology in treating mental illness: Experimental approach*. New York: Wiley.
- Fairweather, G.W., Sanders, D.H., Cressler, D.L. & Maynard, H. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine.
- Falloon, I.R.H. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
- Falloon, I.R.H. & Fadden, G. (1993). *Integrated mental health care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge: University Press.

- Farhall, J., Trauer, T., Newton, R. & Cheung, P. (2003). Minimizing adverse effects on patients of involuntary relocation from long-stay wards to community residences. *Psychiatric Services*, 54, 1022-1027.
- Fenton, W.S. (2000). Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 47-72.
- Fenton, W.S. & McGlashan, T.H. (1991a). Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 469-477.
- Fenton, W.S. & McGlashan, T.H. (1991b). Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of General Psychiatry*, 48, 978-986.
- Feldman Jr., D.S., Gagnon, J., Hofman, R. & Simpson, J. (1990). *StatView II. StatView SE+Graphics. The solutions for data analysis and presentation graphics*. Berkeley: Abacus Concepts.
- Fisher, D.B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 913-915.
- Fisher, W.H., Barreira, P.J., Geller, J.L., White, A.W., Lincoln, A.K. & Sudders, M. (2001). Long-stay patients in state psychiatric hospitals at the end of the 20th century. *Psychiatric Services*, 52, 1051-1056.
- Fitzgerald, P.B., de Castella, A.R.A., Filia, K., Collins, J., Brewer, K., Williams, C.L., Davey, P. & Kulkarni, J. (2003). A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119, 55-62.
- Fitzgerald, P.B., Williams, C.L., Corteling, N., Filia, S.L., Brewer, K., Adams, A., de Castella, R.A., Rolfe, T., Davey, P. & Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 387-392.
- Flannery & Flannery (1990) Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 415-420.
- Flyckt, L., Taube, A., Edman, G., Jedenius, E. & Bjerkenstedt, L. (1999). Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 377-382.
- Franz, M., Meyer, T., Reber, T. & Gallhofer, B. (2000). The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 9, 481-489.
- Freeman, H.E. & Simmons, O.G. (1963). *The mental patient comes home*. New York: Wiley.
- Frisch, M. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 10-40.

- Fujii, D.E. & Wylie, A.M. (2002). Neurocognition and community outcome in schizophrenia: Long-term predictive validity. *Schizophrenia Research*, 59, 219-223.
- Fujii, D.E., Wylie, A.M. & Nathan, J.H. (2004). Neurocognition and long-term prediction of quality of life in outpatients with severe and persistent mental illness. *Schizophrenia Research*, 69, 67-73.
- Fuller, R., Nopoulos, P., Arndt, S., O'Leary, D., Ho, B-C. & Andreasen. N.C. (2002). Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with schizophrenia through examination of standardized scholastic test performance. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1183-1189.
- van der Gaag, M., Kern, R.S., van den Bosch, R.J. & Liberman R.P. (2002). A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 167-176.
- Gathercole, C. & Carr, J. (1980). The use of tokens with individuals and groups. Teoksessa W. Yule & J. Carr (Toim.) *Behaviour modification for the mentally handicapped*. London: Croom Helm Ltd.
- Gee, L., Pearce, E. & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: A grounded theory approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:31. <http://www.hqlo.com/content/1/1/31>.
- Glynn, S.M. (2001). The challenge of psychiatric rehabilitation in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 3, 401-406.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gold, J.M., Carpenter, C. Randolph, C. ym. (1997). Auditory working memory and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 54, 159-165.
- Goldman-Rakic, P.S. (1991). Prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia: The relevance of working memory. Teoksessa B.J. Carroll & J.E. Barrett (Toim.) *Psychopathology and the brain*. New York: Raven Press.
- Goldstein, K. (1944). Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. Teoksessa J.S. Kasanin (Toim.) *Language and thought in schizophrenia*. Berkeley: Univ. California Press.
- Gottesman I.I. (1991). *Schizophrenia genesis. The origins of madness*. New York: Freeman.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V. & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Gourevitch, R., Abbadi, S. & Guelfi, J.D. (2004). Quality of life in schizophrenics with and without the deficit syndrome. *European Psychiatry*, 19, 172-174.

- Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T. & Jeste, D.V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 520-529.
- Green, C.A., Fenn, D.S., Moussaoui, D., Kadri, N. & Hoffman, W.F. (2001). Quality of life in treated and never-treated schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 131-142.
- Green M.F. (1996). What are the functional outcomes of the neurocognitive deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- Green, M.F., Kern, R.S. & Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41-51.
- Haapoja, T. (1995). Pienryhmäkotoiminnan käynnistyminen. Teoksessa T. Haapoja, E. Nordling & V. Somppi (Toim.) *Eväitä elämään. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja*. Vaasa: Ykkös-Offset.
- Haas, G.L. & Sweeney, J.A. (1992). Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 373-386.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien R., Schofield, N., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J. & Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.
- Hahlweg, K. & Wiedemann, G. (1999). Principles and results of family therapy in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, Suppl.4 IV/108-IV/115.
- Hamilton, N.G., Ponzoha, C.A., Cutler, D.L. & Weigel, R.M. (1989). Social networks and negative versus positive symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 625-633.
- Hansson, L., Eklund, M. & Bengtsson-Tops, A. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10, 133-139.
- Hansson, L., Middelboe, T., Merinder, L., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Nilsson, L., Sandlund, M., Sourander, A., Sorgaard, K.W. & Vinding, H. (1999). Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multi-center study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 45, 247-258.
- Hansson, L., Sandlund, M., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Karlsson, H., Mackeprang, T., Merinder, L., Sørgaard, K., Vinding, H. &

- Middelboe, T. (2003). The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 5-11.
- Harkavy-Friedman J.M., Restifo, K., Malaspina, D., Kaufmann, C.A., Amador X.F., Yale, S.A. & Gorman, J.M. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1276-1278.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K.C., Ganey, K., Giel, R., An der Heiden, W., Holmberg, S.K., Janca, A., Lee, P.W.H., Leon C.A., Malhotra, S., Marsella, A.J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S.J., Varma, V.K., Walsh, D. & Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- Haug, H.J., Wirz-Justice, A. & Rossler, W. (2000). Actigraphy to measure day structure as a therapeutic variable in the treatment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 407, 91-95.
- Hazel, N.A., McDonell, M.G., Short, R.A., Berry, C.M., Voss, W.D., Rodgers, M.L. & Dyck, D.G. (2004). Impact of multiple family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*, 55, 35-41.
- Hayes, R.L. & McGrath, J.J. (2001). Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford; Update Software.
- Headley, B. & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness. A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire.
- Heaton, R., Paulson, J.S., McAdams, L.A. ym. (1994). Neuropsychological deficits in schizophrenics: Relationship to age, chronicity, and dementia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 93-99.
- Heikkilä, J., Korkeila, J., Aalto, S., Sourander, A. & Karlsson, H. (2001). Avohoidon skitsofreniapotilaiden elämänlaatu ja hoitotilanne. *Suomen Lääkärilehti*, 56, 3923-3926.
- Heilä, H. (1999). Suicide in schizophrenia – a review. *Psychiatria Fennica*, 30, 59-79.
- Heilä, H., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T, Henriksson M.M., Marttunen, M.M. & Lönnqvist, J.K. (1999). Life events and completed suicide in schizophrenia: A comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 519-531.

- Heilä, H., Isometsä E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J. & Lönnqvist J.K. (1997). Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1235-1242.
- Heinze, M., Taylor, R.E., Priebe, S. & Thornicroft G. (1997). The quality of life in patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 32, 292-297.
- Helasti, K. (1999). Depressiopotilaan omaisen kuormittuminen. KELA, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 51. Helsinki: Kelan omatarvepaino.
- Hellzén, O., Kristiansen, L. & Nordbergh, K.G. (2004). Living in a group dwelling: how do residents spend their time in a psychiatric group dwelling? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 651-659.
- Helne, T. & Karisto, A. (1992). Syrjäytymisen ongelma. Teoksessa O. Riihinen (Toim.) *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. Helsinki: WSOY.
- Herbener, E.S. & Harrow, M. (2002). The course of anhedonia during 10 years of schizophrenic illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 237-248.
- Herbener, E.S. & Harrow, M. (2004). Are negative symptoms associated with functioning deficits in both schizophrenia and nonschizophrenia patients? A 10-year longitudinal analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 813-826.
- Heslegrave, R.J., Awad, A.G. & Voruganti, L.N. (1997). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience*, 22, 235-243.
- Hintikka, J. & Niskanen, L. (2005). Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. *Duodecim*, 121, 705-707.
- Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M. & Fleischhacker, W.W. (2004). Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 932-939.
- Hoffmann, H., Kupper, Z. & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia – an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 42, 147-158.
- Hofmeister, J.F., Scheckenbach, A.F. & Clayton, S.H. (1979). A behavioral program for the treatment of chronic patients. *American Journal of Psychiatry*, 136, 396-400.
- Holmberg, S.K. & Kane, C. (1999). Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 827-829.

- Holmes, E.P., Corrigan, P.W., Williams, P., Canar, J. & Kubiak, M (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 447-456.
- Holmes, T.M. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holmes-Eber, P. & Riger, S. (1990). Hospitalization and the composition of mental patients' social networks. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 157-164.
- Honkonen, T. (1995). Need for care and support in schizophrenia. *Acta Universitatis Tamperensis A* 437.
- Honkonen, T. (1997). Psykoterapeuttisten menetelmien asema skitsofrenian hoidossa. *Duodecim*, 113, 2625-2630.
- Honkonen, T., Henriksson, M., Koivisto, A.-M., Stengård, E. & Salokangas, R.K.R. (2004). Violent victimization in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 606-612.
- Honkonen, T., Karsson, H., Koivisto, A.-M., Stengård, E. & Salokangas, R. K.R. (2003). Schizophrenic patients in different treatment settings during the era of deinstitutionalization: three-year follow-up of three discharge cohorts in Finland. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 160-168.
- Honkonen, T., Saarinen, S. & Salokangas R.K.R. (1999). Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: Discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 543-551.
- Huber, G., Gross, G. & Schutter, R. (1975). A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52, 49-57.
- Hultman, C.M., Wieselgren I.M. & Ohman, A. (1997). Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 3-13.
- Huppert, J.D., Weiss, K.A., Lim, R., Pratt, S. & Smith, T.E. (2001). Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 51, 171-180.
- Huttunen, M.O. (2004) *Psykoosit. Teoksessa M. Javanainen (toim.) Lääkkeet mielen hoidossa*. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Huxley, N.A., Rendall, M. & Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 187-201.
- Hyypä, M.T. (1997). *Tunteet ja oireet - uusin psykosomatiikka*. Tampere: Kirjayhtymä.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (1989). The evaluation of mental health care systems. *British Journal of Psychiatry*, 155, 12-17.

- Häfner, H., an der Heiden, W., Behrens, S. ym. (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 99-113.
- Ignatavicius, D.G. & Hausman, K.A. (1995). *Clinical pathways for collaborative Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Inskip, H.M., Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- Isohanni, I., Järvelin, M.-R., Nieminen, P., Jones, P.B., Rantakallio, P., Jokelainen, J., Isohanni, M (1998). School performance as a predictor of psychiatric hospitalisation in adult life. A 28-year follow-up in the Finnish 1966 Birth Cohort. *Psychological Medicine*, 28, 967-974.
- Isohanni, M. (1986). *Työ- ja hoitoyhteisö*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Isohanni, M. (1995). *Terapeuttisen yhteisön sisältö ja tulevaisuuden näkymät Suomessa*. Teoksessa T. Haapoja., E. Nordling & V. Somppi (Toim.) *Eväitä elämään*. Etelä-Pohjanmaan sosiaali-psykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja. Vaasa: Ykkös-Offset.
- Isohanni, M., Hartikainen A-L., Moring J., Partanen U., Rantakallio, P., Sipilä, P., Syvälahti, E. & Tienari, P. (1995). Mitä tiedetään skitsofrenian syistä ja taustasta? *Duodecim*, 111, 1745-1752.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. (2001). *Skitsofrenia*. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (Toim.) *Psykiatria*. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Isohanni, M., Isohanni, I., Nieminen P., Jokelainen, J. & Järvelin, M.-R. (2000). School predictors of schizophrenia. Letter to the editor. *Archives of General Psychiatry*, 57, 813.
- Isohanni, M., Jones, P., Moilanen, K., Veijola, J., Oja, H., Koiranen, M., Jokelainen, J., Croudace, T. & Järvelin, M.-R. (2001). Early developmental milestones in adult schizophrenia and other psychoses. A 31-year follow-up of the North Finland 1966 birth cohort. *Schizophrenia Research*, 52, 1-19.
- Isohanni, M., Murray, G.K., Jokelainen, J., Croudace, T. & Jones, P.B. (2004). The persistence of developmental markers in childhood and adolescence and risk for schizophrenic psychoses in adult life. A 34-year follow-up of the Northern Finland 1966 birth cohort. *Schizophrenia Research*, 71, 213-225.
- Isometsä, E. (2005). *Depressio*. Lääkäriin käsikirja.
- Jeger, A.M. & Slotnick, R.S. (1982). *Streams of behavioral-ecology*. A knowledge base for community mental health practice. Teoksessa A.M. Jeger & R.S. Slotnick (Toim.) *Community mental health and behavioral-ecology*. A handbook of theory, research, and practice. New York: Plenum Press.

- Jeste, D.V., Twamley, E.W., Eyler Zorilla, L.T., Golshan, S., Patterson, T.L. & Palmer, B.W. (2003). Aging and outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 336-343.
- Jones, A. (1999). A modernized mental health service: the role of care pathways. *Journal of Nursing Management*, 7, 331-338.
- Jones, A. (2000). Implementation of hospital care pathways for patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Management*, 8, 215-225.
- Jones, A. (2001). Hospital care pathways for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 58-69.
- Jones, A. (2003). Perceptions on the development of a care pathway for people diagnosed with schizophrenia on acute psychiatric units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 669-677.
- Jones, A. (2004). Perceptions on the standardization of psychiatric work: development of a care pathway. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 705-713.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community*. New York: Basic Books.
- Jones, P., Rodgers, B., Murray, R. & Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 344, 1398-1402.
- Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M. & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Jonsson, H. & Nyman, A.K. (1990). Predicting long-term outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 342-346.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (1995). Mitä kuntoutus on? Teoksessa A. Suikkanen, K. Härkäpää, A. Järvikoski, T. Kallanranta, K. Piirainen, M. Repo & J. Wikström (Toim.) *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2000). Mielenterveyskuntoutujien palveluohjaus. *Kuntoutus*, 23, 3-12.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Pättikangas, M. (1999). Vammaisen henkilön valtaistuminen - palvelujärjestelmän avulla vai ilman sitä? Teoksessa S. Nouko-Juvonen (Toim.) *Pyörätuolitango – näkökulmia vammaisuuteen*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Jääskeläinen, J. & Viinamäki, H. (1991). Skitsofreniapotilaiden psykososiaalinen selviytyvyys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 28, 144-151.
- Kaiser, W. & Priebe, S. (1999). The impact of the interviewer-interviewee relationship on subjective quality of life ratings in schizophrenia patients.

- The International Journal of Social Psychiatry, 45, 292-301.
- Kaiser, W., Priebe, S., Barr, W., Hoffman, K., Isermann, M., Röder-Wanner, U-U. & Huxley, P. (1997). Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and out-patient samples. *Psychiatry Research*, 66, 153-166.
- Kaltiala-Heino, R., Laippala, P. & Joukamaa, M. (2001). Has the attempt to reduce psychiatric inpatient treatment been successful in Finland? *European Psychiatry*, 16, 215-221.
- Kampman, O. (2001). Skitsofrenian diagnoosi ja varhaistunnistaminen. *Suomen Lääkärilehti*, 56, 1377-1382.
- Kampman, O. (2003). Compliance in psychotic disorders. *Acta Universitatis Tamperensis* 941. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Karisto, A. (1985). Elinolojen muuttosuunnat Suomessa. Selvitys sosiaalihuollon suunnittelun taustaksi. *Sosiaalihuollon julkaisuja* 3/1985. Helsinki.
- Karoly, P. (1975). Operant methods. Teoksessa F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Toim.) *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Kasckow, J.W., Twamley, E., Mulchahey, J.J., Carroll, B., Sabai, M., Strakowski, S.M., Patterson, T. & Jeste, D.V. (2001). Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. *Psychiatry Research*, 103, 69-78.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 102, 33-37.
- Kaupilla, I. (2000). Nuorillekin jotakin. Teoksessa J. Haataja, P. Karjalainen, I. Kaupilla, A. Kulju & K. Laakso (Toim.) *Sopimusvuoren rinteillä. Kokemuksia terapeuttisista yhteisöistämme*. Ylöjärvi: Painohäme Oy.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kay, S.R., Opler, L.A. & Fiszbein, A. (1986). *Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). Rating manual*. Bronx. Bronx Psychiatric Center.
- Kay, S.R. & Sevy, S. (1990). Pyramidical model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 537-545.
- Kelly, D.L., Shim, J-C., Feldman, S.M., Yu, Y. & Conley, R.R. (2004). Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 531-536.

- Kentros, M.K., Terkelsen, K., Hull, J., Smith, T.E. & Goodman, M. (1997). The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Quality of Life Research*, 6, 118-122.
- Keshavan, M.S. & Schooler, N.R. (1992). First-episode studies in schizophrenia: Criteria and characterization. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 491-513.
- Khatri, N., Romney, D.M. & Pelletier, G. (2001). Validity of self-reports about quality of life among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52, 534-535.
- Kilian, R., Lindenbach, I., Löbig, U., Uhle, M., Petscheleit, A. & Angermeyer, M.C. (2003). Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Social Science and Medicine*, 57, 1127-1142.
- Kimhy, D., Harkavy-Friedman, J.M. & Nelson, E.A. (2004). Identifying life stressors of patients with schizophrenia at hospital discharge. *Psychiatric Services*, 55, 1444-1445.
- King, S. & Dixon, M.J. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 377-386.
- Kivinen, P. & Røyks, R. (2001). Skitsofrenia. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (Toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Klapow, J.C., Evans, J., Patterson, T.L., Heaton, R.K., Koch, W.L. & Jeste, D.V. (1997). Direct assessment of functional status in older patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1022-1024.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kohler, C.G. & Lallart, E.A. (2002). Postpsychotic depression in schizophrenia patients. *Current Psychiatry Reports*, 4, 273-278.
- Koivumaa-Honkanen, H.T., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J. & Viinamäki, H. (1999). Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 377-384.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. (2002). Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto & Stakes. Helsinki: Kuntatalon paino.

- Konu, M-L., Leinonen, E., Klemettilä, J-P. & Niskanen, P. (1999). Skitsofreniapotilaan masennus. *Suomen Lääkärilehti*, 54, 1245-1249.
- Korkeila, J. (2002). Psykoosin varhaisvaiheen tunnistaminen ja hoito – eettisten näkökohtien tarkastelu. *Suomen Lääkärilehti*, 57, 2071-2074.
- Krabbendam, L. & Aleman A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 169, 376-382.
- Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (1993). Schizophrenia with onset in adolescence: An 11-year follow-up. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 831-841.
- Kua, J., Wong, K.E., Kua, E.H. & Tsoi, W.F. (2003). A 20-year follow-up study on schizophrenia in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 118-125.
- Kuisma, J. (1997). Vaikeahoitoiset psykiatriset pitkäaikaispotilaat 1990-1995. Pitkäniemen sairaalan osastojen 14.1 ja 14.2 hoito- ja kuntoutusmallien kehittämisprojektin loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/97.
- Kumpusalo, E. (1991). Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kurki, M. (1999). Kuntoutuskurssit pystyvyysodotusten vahvistajana. Lisensiaattitutkimus. Turun yliopisto, psykologian laitos, psykoterapian koulutusohjelma. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:15. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Kurtz, M.M. (2003). Neurocognitive rehabilitation for schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 5, 303-310.
- Kärkkäinen, J. (2004). Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. *Stakes, Tutkimuksia* 138. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laing, R.D. (1960). *The divided self: A study of sanity and madness*. Chicago: Quadrangle.
- Laing, R.D. (1971). *Kokemisen politiikka ja paratiisin lintu*. Helsinki: Otava.
- Lamb, H.R. (1984). Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 899-907.
- Lamb, H.R. (1992). Is it time for a moratorium on deinstitutionalization? *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 669
- Lamb, H.R. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *British Journal of Psychiatry*, 162, 587-592.

- Lamb, H.R. (1998). Deinstitutionalization at the beginning of the new millennium. *Harvard Review of Psychiatry (StLouis Mo)*, 6 (1), 1-10.
- Lamb, H.R. & Bachrach, L.L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039-1045.
- Lamb, H.R. & Shaner, R. (1993). When there are almost no state hospital beds left. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 973-976.
- Lambert, M. & Naber, D. (2004). Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs* 18 Suppl, 2, 5-17.
- Lamy, R.E. (1966). Social consequences of mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 30, 450-455.
- Langer, E.J. (1983). *The psychology of control*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Larsen, E.B. & Gerlach, J. (1996). Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 381-388.
- Larsen T.K., Johannessen, J.O. & Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 suppl 33, 45-52.
- Larsen T.K., McGlashan, T.H. & Moe L.C. (1996). First-episode schizophrenia: I. Early parameters. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 241-256.
- Last, U., Ginor, M., Lowental, U. & Klein H. (1979). A token economy in the framework of a hospital therapeutic community – practice and psychosocial implications. *Mental Health and Society*, 5, 200-214.
- Lau, B.W. (1988). An appraisal of lay and medical concepts of illness. *Journal of the Royal Society of Health*, 108, 185-187.
- Lauerma H. (1997). Skitsofrenian neuropsykologiaa. *Duodecim*, 113, 2599-2606.
- Laurila, J. & Saarijärvi, S. (1997). Sukupuolierot skitsofreniassa. *Duodecim*, 113, 478-482.
- Leclerc, C., Lesage, A.D., Ricard, N., Lecomte, T. & Cyr, M. (2000). Assesment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 380-388.
- Leff, J. & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 217-223.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families. Its significance for the mental illness*. New York: Guilford press.

- Lehman, A. (1983). The well-being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 469-473.
- Lehman, A.F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 645-656.
- Lehman, A.F. (1999). Improving treatment for persons with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 70, 259-272.
- Lehman, A.F., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., Dixon, I.B., Goldberg, R., Green-Baden, L. & Kreyenbuhl, J. (2003). Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric clinics of North America*, 26, 939-954.
- Lehman, A.F., Possidente, S. & Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic patients in state hospital and in community residences. *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 901-907.
- Lehman, A.F., Slaughter, J.G. & Myers, C.P. (1991). The quality of life of chronically mentally ill persons in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly*, 62, 35-49.
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. & PORT coinvestigators (1998). At issue: Translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1-10.
- Lehti, J., Kampman O. & Lehtinen K. (1999). Negatiivisten oireiden, depression ja lääkityksen aiheuttaman ekstrapyramidialioireiston erotusdiagnostiikka skitsofreniassa. *Suomen Lääkärilehti*, 54, 643-646.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: A five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96-101.
- Lehtonen, J. (2001). Psykoanalyysi 2000-luvulle. *Suomen Lääkärilehti*, 56, 4285-4288.
- Leibman, M & Salzinger, K. (1998). A theory-based treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: treatment successes and obstacles to implementation. *The Journal of Genetic Psychology*, 159, 404-420.
- Leisse, M. & Kallert, T.W. (2000). Social integration and the quality of life of schizophrenic patients in different types of complementary care. *European Psychiatry*, 15, 450-460.
- Levene, J.E., Newman, F. & Jefferies (1989). Focal family therapy outcome study I. Patient and family functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 641-647.
- Levin, J. & Chatters, L. (1998). Religion, health, and psychological well-being in older adults: Findings from three national surveys. *Journal of Aging & Health*, 10, 504-532.
- Liberman, R.P. (1997). Schizophrenia Practice Guideline. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1792-1793.

- Lieberman, R.P. (2000). The token economy. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1398.
- Lieberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V. & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1087-1091.
- Link, B.G. (1982). Mental patient status, work and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*, 47, 202-215.
- Link, B.G. & Cullen, F.T. (1983). Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: Levels of attitudinal response. *American Journal of Community Psychology*, 11, 261-273.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J. & Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of the former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 363-385.
- Lipsey, M.W. & Cordray, D.S. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology*, 51, 345-375.
- Lipton, F.R., Sabatini, A. & Katz, S.E. (1983). Down and out the city: The homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 817-821.
- Lobana, A., Mattoo, S.K., Basu, D. & Gupta, N. (2001). Quality of life in schizophrenia in India: Comparison of three approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 51-55.
- Loebel, A.D., Lieberman, J.A., Alvir J.M.J. ym. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- Lucas, R. (2003). Psychoanalytic controversies. The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 3-15.
- Ludwig, A.M. (1971). Treating the treatment failures. The challenge of chronic schizophrenia. New York: Grune & Stratton.
- Lukoff, D., Snyder, K. Ventura, J. & Nuechterlein, K.H. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
- Lyons, J.S., O'Mahoney, M.T., Miller, S.I., Neme, J., Kabat, J. & Miller, F. (1997). Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154, 337-340.

- Lysaker, P.H., Clements, C.A., Wright, D.E., Evans, J. & Marks, K.A. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well being in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 457-462
- Lähteenlahti, Y. (2001). *Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa I. Kallanranta, P. Rissanen & I. Vilkkumaa (Toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.*
- Macdonald, E.M., Jackson, H.J., Hayes, R.L., Baglioni A.J. Jr., Madden, C. (1998). Social skill as determinant of social network and perceived social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 29, 275-286.
- Malmberg, L. & Fenton, M. (2004). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). *Teoksessa The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.*
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmerman, K. & Liberman, R.P. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- Marland, G.R. & Cash, K. (2001). Long-term illness and patterns of medicine taking: Are people with schizophrenia a unique group? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 197-204.
- Marneros, A. (2003) Schizoaffective disorder: Clinical aspects, differential diagnosis, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 5, 202-205.
- Marsella, A. & Snyder, K. (1981). Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bong, G.R., Huxley, P. & Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5 (Executive summary).
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- Maslow, A.H. (1954) *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- McCabe, R., Roder-Wanner, U.U., Hoffmann, K. & Priebe, S. (1999). Therapeutic relationships and quality of life: Association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 45, 276-283.

- McCay, E.A. & Seeman, M.V. (1998). A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 41-49.
- McFarlane, W.R. (1983). *Systemic family therapy in schizophrenia*. Teoksessa W.R. McFarlane (Toim.) *Family therapy in schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- McFarlane, W.R., Dushay, R.P. & Dunne, E.J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.
- McGlashan, T. (1998) Early detection and intervention of schizophrenia: Rationale and research. *British Journal of Psychiatry*, 172 suppl 33, 3-6.
- McGlashan, T. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Harvey, P.D., LaPuglia, R. & Marder, J. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatric Services*, 54, 1129-1135.
- McMonagle, T. & Sultana, A. (2000). Token economy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD001473.
- Mednick S.A., Huttunen M. & Machon R.A. (1994). Prenatal influenza infections and adult schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 263–267.
- Mednick, S.A., Parnas, J. & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 485-495.
- Meeks, S. & Murrell, S.A. (1994). Service providers in the social networks of clients with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 399-406.
- Meijer, C.J., Schene, A.H. & Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in schizophrenia measured by the MOS SF-36 and the Lancashire Quality of Life Profile: A comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 293-300.
- Meltzer, H.Y. (2002). Suicidality in schizophrenia: A review of the evidence for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports*, 4, 279-283.
- Mercier, C., Péladeau, N. & Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34, 487-500.
- Merinder, L-B., Laugesen, H.D., Viuff, A-G., Espensen, B., Misfelt, S. & Clemmensen, K. (1999). Satisfaction with services in patients with schizophrenia and their relatives at two community mental health centres. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 297-303.

- Metsämuuronen, J. (2003). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Metteri, A. & Haukka-Wacklin, T. (2004). Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa V. Karjalainen & I. Vilkkumaa (Toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Middelboe, T., Mackeprang, T., Hansson, L., Werdelin G., Karlsson, H., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Dybbro, J., Nilsson L.L., Sandlund, M. & Sorgaard K.W. (2001). The nordic study on schizophrenic patients living in community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 16, 207-214.
- Milev, P., Ho, B-C., Arndt, S. & Andreasen, N.C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: A longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 162, 495-506.
- Mjøllem, M. & Kringlen, E. (2001). Schizophrenia: A review, with emphasis on the neurodevelopmental hypothesis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 301-309.
- Mosher, L.R. (1994). Evaluation of psychosocial treatments. Teoksessa J.G. Gunderson & L.R. Mosher (Toim.) Issues and controversies in psychotherapy of schizophrenia. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Mosher, L.R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalisation: A personal and professional review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 142-149.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L. & Wade, J.H. (1990). Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 138-147.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Frake, R.E. & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarriner, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Murto, K. (1997). Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Muurinaho, J. (2001). Mielenterveyskuntoutujien oma-apuryhmät – ryhmätoiminnan vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. *Kuntoutus* 2/2001, 8-17.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J.E., Stone, A.A. & Delespaul, P.A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1137-1144.

- Möller, P. & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 217-232.
- Naber, D. & Vita, A. (2004). Tools for measuring clinical effectiveness. *European Neuropsychopharmacology*, 14, Supplement 4, 435-444.
- Nay, W.R. (1976). Behavioral intervention. Contemporary strategies. New York: Gardner Press, Inc.
- Neeleman, J. & Power, M.J. (1994). Social support and depression in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 46-51.
- Nenonen, M., Tuori, T., Pelanteri, S. & Kautiainen, H. (2001). Psykiatrian erikoisalan kolme vuosikymmentä 1970-1999. Rakennemuutos laitoshoidon hoitoilmoitustietojen valossa. *Suomen Lääkärilehti*, 56, 3227-3233.
- Niemi, L.T., Suvisaari, J.M., Tuulio-Henriksson, A. Lönnqvist, J.K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: Evidence from high-risk studies. *Schizophrenia Research*, 60, 239-258.
- Nilsson, L-L., Ivarson, B. & Lögdberg, B. (2002) Symptoms profile and quality of life in rural and urban patients with chronic psychoses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 419-423.
- Nojonen, K. (1990). Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 283*. Tampere.
- Nordentoft, M., Knudsen, H.C., & Schulsinger, F. (1992). Housing conditions and residential needs of psychiatric patients in Copenhagen. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 385-389.
- Nordling, E. (2004). Potilaiden päivittäinen toiminta suljetulla kuntouttavan psykiatrian osastolla. Julkaisematon aineisto.
- Nordling, E., Kontiola, R., Niemi, E., Nordling, M., Piironen, P-L., Salo, U. & Salonen, K. (1997). Psykiatristen kuntoutuspotilaiden sosiaalisten taitojen laatukäsikirja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Etelä-Pohjanmaa –malli, Julkaisu 28.
- Nordling, E. & Ojanen M. (1995). Eteläpohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen asiakasseurantatutkimus vuosina 1993-1995. Teoksessa T. Haapoja, E. Nordling & V. Somppi (Toim.) *Eväitä elämään*. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja. Vaasa: Ykkös-Offset OY.
- Norman, R.M.G., Malla, A.K., McLean, T., Voruganti, L.P.N., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S. & Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 303-309.

- Novaco, R.W. (1976). The functions and regulation of arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1124-1128.
- Novaco, R.W. (2006). Summary and research interests. <http://www.seweb.uci.edu/faculty/novaco/>
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.J., Snyder, K.S., Yee, C.M. & Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: Longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 387-425.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K.L., Snyder, K.S., Mintz, J. & Bartzokis, G. (1994). The vulnerability /stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 382, 58-64.
- Nummenmaa, T., Takala, M. & von Wright, J. (1984). Yleinen psykologia kokeellisen tutkimuksen näkökulmasta. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Nupponen, R. (1994). Terveyspsykologian perusteet. Tukea koulutukseen ja terveystalouteen. Stakes, Oppaita 21. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ojanen, M. (1975). Mielisairaalapotilaan ura. Sairaalaan tulon syyt, hoitoaikaan vaikuttavat tekijät ja yhteiskuntaan paluu. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 95. Tampere: Tampereen yliopiston keskusmonistamo.
- Ojanen, M. (1980). Yhteisöllisen hoidon lähestymistavat, teoriat ja menetelmät. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 115. Tampere: Tampereen yliopiston keskusmonistamo.
- Ojanen, M. (1987). Porrasteinen kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Skitsofrenian hoito. Konsensuskokous 26.-28.10.1987. Suomen Akatemian julkaisu 6/1987. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Ojanen, M. (1988a). Työ- ja hoitoilmapiiri pitkäaikaispotilaiden hoitoyksiköissä. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Julkaisu Nro 8. *Psychiatria Fennica* julkaisusarja, rep. no 83. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Ojanen, M. (1988b). Skitsofreenisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen: PSP-projektin seurantaloket. *Psychiatria Fennica* julkaisusarja, rep. no 82. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Ojanen, M. (1992). Psykososiaalinen kuntoutus. *Psykologia*, 27, 142-155.
- Ojanen, M. (1994). Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Liikuntatieteellisen seuran moniste Nro 19. Helsinki: Hakapaino.
- Ojanen, M. (2000). Hyvään elämään. Terapia ja sielunhoito II. Hämeenlinna: Karisto Oy.

- Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittaauksessa. Teoksessa S. Talo (Toim.) Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti Turku 4.5.-5.5.2000. KELA: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ojanen, M., Anttinen, E.E., Jokinen, R., Kulju, A., Leppänen, L., Salmijärvi L. & Valmari P. (1995). Sopimusvuoren kaksi vuosikymmentä. Tampere: Kirjatoimi.
- Ojanen, M., Helin, P., Leppänen, L., Koistinen, P. & Vuorinen M. (1998). Seinäjoen seudun mielenterveyskeskuksen tutkimustoiminta 1992-1996. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Ojanen, M., Kotakorpi, S., Kumpula, S., Tenkku, M., Vadén, T., Vikeväinen Tervonen, L., Kiviaho, M. & Hiltunen, S. (2004). Terapiastako ratkaisu. Tutkimus NLP-perustaisen psykoterapian tuloksellisuudesta. Helsinki: Hakapaino.
- Ojanen, M., Nordling, E. & Laurén, H. (1994). Skitsofreniapotilaiden kuntoutusprojekti. Duodecim, 110, 1452-1457.
- Ojanen, M. & Sariola, E. (1986). Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Helsinki: Otava.
- Ojanen, M., Svennewig, H., Nyman, M. & Halme, J. (2001). Mitä on hyvä elämä? Liiku oikein ja voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Helsinki: Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 153.
- Okin, R.L., Borus, J.F., Baer, L. & Jones, A.L. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, 73-78.
- Olatunji, B.O. & Lohr, J.M. (2005). Nonspecific factors and the efficacy of psychosocial treatments for anger. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, Winter 2004-05 Volume 3, <http://www.srmph.org/0302/anger.html>
- Olin, S.S. & Mednick, S.A. (1996). Risk factors of psychosis: Identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 223-240.
- Oltmanns, T.F. & Emery, R.E. (2001). *Abnormal psychology*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice–Hall, Inc.
- Osborn, D.P.J. (2001). The poor physical health of people with mental illness. *Western Journal of Medicine*, 175, 329-332.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S. & Tomlinson, G (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 22, 231-234.
- Pallanti, S., Quercioli, L. & Pazzagli, A. (1997). Relapse in young paranoid schizophrenic patients: A prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. *American Journal of Psychiatry*, 154, 792-798.

- Park, S. & Holzman, P.S. (1992). Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Archives of General Psychiatry* 49, 975-982.
- Patterson, T.L., Goldman, S., McKibbin, C.L., Hughs, T. & Jeste, D.V. (2001). UCSD performance-based skills assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 235-245.
- Patterson, T.L., Kaplan R.M., Grant, I., Semple, S.J., Moscona, S., Koch, W.L., Harris, M.J. & Jeste, D.V. (1996). Quality of well-being in late life psychosis. *Psychiatry Research*, 63, 169-181.
- Patterson, T.L., Klapow, J.C., Eastham, J.H., Heaton, R.K., Evans, J.D., Koch, W.L. & Jeste, D.V. (1998). Correlates of functional status in older patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 80, 41-52.
- Patterson, T.L., Moscona, S., McKibbin, C.L., Davidson, K. & Jeste, D.V. (2001). Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 351-360.
- Patterson, T.L., Shaw, W., Semple, S.J., Moscona, S., Harris, M.J., Kaplan, R.M., Grant, I. & Jeste, D.V. (1997). Health-related quality of life in older patients with schizophrenia and other psychoses: Relationships among psychosocial and psychiatric factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 452-461.
- Paul, G.L. & Lentz, R.J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Payne, R.W. (1973). *Cognitive Abnormalities*. Teoksessa H.J. Eysenck, (Toim.) *Handbook of Abnormal Psychology*. London: Sir Isaac Pitman and Sons Ltd.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2001). *Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Issue 3,. Oxford: Update software.
- Penn, D.L., Corrigan, P.W., Bentall, R.P., Racenstein, J.M. & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121, 114-132.
- Penn, D.L., Guyan, K., Daily, T., Spaulding, W.D., Garpin, C.P. & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567-578.
- Penn, D.L., Kohlmaier, J.R. & Corrigan, P.W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: Social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45, 37-45.
- Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M. & Link, B.G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 437-446.

- Penn, D.T. & Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Peralta, V., DeLeon J. & Cuesta, M.J. (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia. A critique of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 161, 335-343.
- Perkins, D.O. (2004). Evaluating and treating the prodromal stage of schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 6, 289-295.
- Pervin, L.A. (2003). *The science of personality*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Phelan, J.C., Bromet, E.J. & Link, B.G. (1998). Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.
- Pierce, G., Sarason, I. G. & Sarason, B.R. (1996). Coping and social support. Teoksessa M. Zeidner & N.S. Endler (Toim.) *Handbook of coping theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Piironen, P. (1999). Psykiatristien potilaiden asumispalvelut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. *Moniste*.
- Pikkarainen, A. & Kolehmainen, A. (1999). Toimintaterapia: Merkityksellistä vai merkillistä toimintaa? *Kuntoutus*, 22, 42-50.
- Ponizovsky, A.M., Grinshpoon, A., Levav, I. & Ritsner, M.S. (2003). Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 442-447.
- Postrado, L.T. & Lehman, A.F. (1995). Quality of life and predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 1161-1165.
- Priebe, S., Roeder-Wanner, U.U. & Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: A follow-up study. *Psychological Medicine*, 30, 225-230.
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T. & Eckle, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469-477.
- Pulkkinen, E. (1988). Skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden kuntoutuksen kehittämisohjelman loppuraportti. Uudenmaan mielisairaanhoitopiirin kuntainliitto. Skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelma, julkaisu 5.
- Pöyhönen, E. (2003). *Johdatus kirjaan*. Teoksessa E. Pöyhönen (Toim.) *Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää*. Helsinki: Art-Print Oy.

- Ram, R., Bromet, E.J., Eaton, W.W., Pato, C. & Schwarz, J.E. (1992) The natural course of schizophrenia: A review of first admission studies. *Schizophrenia Bulletin* 18, 185-207.
- Raps, C.S., Peterson, C., Jonas, M. & Seligman, M.E.P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance, or both? *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1036-1041.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. (2003) *Oppiminen ja koulutus*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Rector, N.A. & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.
- Rector, N.A. & Beck, A.T. (2002a). A clinical review of cognitive therapy for schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 4, 284-292.
- Rector, N.A. & Beck, A.T. (2002b). Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 39-48.
- Reine, G., Lancon, C., Di Tucci, S., Sapin, C. & Auquier, P. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 297-303.
- Renschmidt, H.E., Schulz, E., Martin, M., Warnke, A. & Trott, G-E. (1994) Childhood-onset schizophrenia: History of the concept and recent studies. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 727-745.
- Renwick, R. & Brown, I (1996). The centre for health promotion`s conceptual approach to quality of life: Being, belonging, and becoming. Teoksessa R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Toim.) *Quality of life in health promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Rimmerman, A., Finn, H., Schnee, J. & Klein, I. (1991). Token reinforcement in the psychosocial rehabilitation of individuals with chronic mental illness: Is it effective over time? *International Journal of Rehabilitation Research*, 14, 123-130.
- Ritsner, M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 287-294.
- Ritsner, M., Farkas, H. & Gibel, A. (2003). Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 668-674.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E. & Ratner, Y. (2003). Predictors of quality of life in major psychoses: A naturalistic follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 308-315.
- Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P., Goldin, V. & Ponizovsky, A. (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric

- patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 880-889.
- Roder, V., Brenner, H., Müller, D., Lächler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bösch, J., Bridler, R., Christen C., Jaspen, E., Schmidl, F & Schwemmer, V. (2002). Development of specific social skills training for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-371.
- Rohland, B.M. & Langbehn, D.R. (1997). Self-reported life satisfactions. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1478-1479.
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M. & Angermeyer, M.C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 744-751.
- Rossi, S. (2003). Parantava yhteisö. Veikkolan parantola 1929-1995. Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy. Lohja: Visuviestintä Oy.
- Rosler, W., Salize, H.J., Cucchiaro, G., Reinhard, I. & Kernig, C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 142-148.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 8.
- Russell, A.T. (1994). The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 631-646.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. & Singer, B. (2003). Ironies of the human condition: Well being and the health on the way to morality. Teoksessa L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Toim.) *A psychology of human strengths. Fundamental questions and the future directions for positive psychology.* Washington: APA.
- Räsänen, P., Hakko, H., Järvelin M.-R., Isohanni, M. & Tiihonen, J. (1999). Schizophrenia and seasonality of admissions: The Northern Finland 1966 birth cohort study. *Schizophrenia Research*, 35, 183-185.
- Räsänen, S., Pakaslahti, A., Syvälahti, E., Jones, P.B. & Isohanni, M. (2000). Sex differences in schizophrenia: A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 37-45.
- Saari, M. (2002). Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Saarinen, P. (2001). Itsetuhoisuus skitsofreniassa. *Suomen Lääkäri-lehti*, 56, 1009-1013.

- Saiho, S. (2006). Kuntoutujien koherenssin tunne ja coping-keinot vastuutasojärjestelmään perustuvan kuntoutuksen aikana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopiston psykologian laitos.
- Salminen, J.K. (2002). Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa A-M. Aalto, H. Hurri, A. Järvikoski, J. Järvisalo, V. Karjalainen, H. Paatero, T. Pohjolainen & P. Rissanen (Toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakesin raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salo, O & Tuunainen, K. (1996). Da Capo – alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Salo-Chydenius, S. (1992). Toimintaterapia mielenterveystyössä. Helsinki: Valtionpainatuskeskus
- Salokangas, R.K.R. (1977). Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja AL:7. Turku.
- Salokangas, R.K.R. (1985). Skitsofrenian hoito ja ennuste. Jälkitutkimus psykoterapeuttista yhteisöhoitoa saaneiden skitsofreniapotilaiden psykososiaalisesta ennusteesta. Kansanterveystieteen julkaisuja M89/85. Tampere.
- Salokangas, R.K.R. (1993). First contact rate for schizophrenia in community psychiatric care. Consideration of the oestrogen hypothesis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 337-346.
- Salokangas, R.K.R. (1996). Living situation and social network in schizophrenia. A prospective 5-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 35-42.
- Salokangas, R.K.R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 459-468.
- Salokangas, R.K.R. (1998). Skitsofrenian psykopatologia – häiriö aivojen kuorikerroksen neuroniyhteyksissä. *Duodecim*, 114, 1393-1403.
- Salokangas, R.K.R., Honkonen, T. & Saarinen, S. (1997b). Psykiatristen sairaansijojen väheneminen ja skitsofreniapotilaiden selviytyminen II. Kotiutettujen skitsofreniapotilaiden psykososiaalinen selviytyminen. *Suomen Lääkärilehti*, 52, 2811-2818.
- Salokangas, R.K.R., Honkonen, T., Stengård, E. & Koivisto, A-M. (2002a). Mortality on chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland. *Schizophrenia Research*, 54, 265-275.
- Salokangas, R.K.R., Honkonen, T., Stengård, E. & Koivisto, A-M. (2002b). Symptom dimensions and their association with outcome and treatment setting in long-term schizophrenia. Results of the DSP project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 319-327.

- Salokangas, R.K.R., Rökköläinen, V. & Alanen Y. (1989). Maintenance of grip on life and goals of life; a valuable criterion for evaluating outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 187-193.
- Salokangas, R.K.R., Saarinen, S. & Honkonen, T. (1997a). Psykiatristen sairaansijojen väheneminen ja skitsofreniapotilaiden selviytyminen I. *Suomen Lääkärilehti*, 52, 2659-2666.
- Salokangas, R. K.R., Saarinen, S. & Ojanen, M. (1992). Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) I: Vuonna 1986 kotiutettujen potilaiden kliininen ja toiminnallinen tila, hoito- ja tukipalveluiden käyttö sekä niiden arvioitu tarve. *Psychiatria Fennican julkaisusarja n:o 97*. Helsinki.
- Salokangas, R. K.R., Saarinen, S. & Stengård, E. (1996). Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) II. Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986 ja 1990 kotiutettujen potilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista. *Foundation for Psychiatric Research Publication Series Rep III*. Helsinki.
- Salokangas, R.K.R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A-M. & Saarinen, S. (2000). Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. *Stakes, Raportteja 248*. Saarijärvi: Gummerrus.
- Salokangas, R.K.R. & Suomela, T. (2004). Psykoosin varhaistunnistaminen ja ensi vaiheen hoito. *Suomen Lääkärilehti*, 59, 3989-3993.
- Salzinger, K. & Serper, M. (2004). Schizophrenia: The immediacy mechanism. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 397-409.
- Sanders, R., Smith, R.S. & Weiman, B.S. (1967). *Chronic psychosis and recovery*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
- Sarason, B., Pierce, G. & Sarason, I. (1990). Social support. The sense of acceptance and the role of relationships. Teoksessa B. Sarason, I. Sarason, & G. Pierce (Toim.) *Social support. An interactional view*. New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I., Johnson, J. & Siegel, J. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 932-946.
- Sariola, E. & Ojanen, M. (1997). *Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta*. Helsinki: Otava.
- Schaefer, H.H. & Martin, P.L. (1969). *Behavioral therapy*. New York: McGraw-Hill.

- Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aklina de Gruyter.
- Schiffman, J, Ekstrom, M., LaBrie, J., Schulsinger, F., Sorensen, H. & Mednick, S. (2002). Minor physical anomalies and schizophrenia spectrum disorders: A prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, 159, 238-243.
- Schiffman, J., Walker, E., Ekstrom, M., Schulsinger, F., Sorensen, H. & Mednick, S. (2004). Childhood videotaped social and neuromotor precursors of schizophrenia: A prospective investigation. *American Journal on Psychiatry*, 161, 2021–2027.
- Schmidt, K., Staupendahl, A. & Vollmoeller, W. (2004). Quality of life of schizophrenic psychiatric outpatients as a criterion for treatment planning in psychiatric institutions. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50, 262-273.
- Schuldberg, D., Quinlan, D.M., Morgenstren, H. & Glazer, W. (1990). Positive and negative symptoms in chronic psychiatric outpatients: Reliability, stability, and factor structure. *Psychological Assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 262-268.
- Schulze, B. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 80. Jyväskylä.
- Seikkula, J. (1994). *Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Semkovska, M., Bedard, M.A., Godbout, L., Limoge, F. & Stip, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 289-300.
- Semple, S.J., Patterson, T.L., Shaw, W.S., Grant, I., Moscona, S., Koch, W. & Jeste D. (1997). The social networks of older schizophrenia patients. *Clinical Research Center on Late Life Psychosis Research Group. International Psychogeriatrics*, 9, 81-94.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M. & Barnes, T.R.E. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Serper, M.R., Goldberg, B.R., Herman, K.G., Richarme, D., Chou, J., Dill, C.A. & Cancro, R. (2005). Predictors of aggression on psychiatric inpatient service. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 121-127.

- Shaw, W.S., Patterson, T.L., Semple, S.J., Halpain, M.C., Koch, W.L., Harris, M.J., Grant, I. Jeste, D.V. (2000). Use of community support services by middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 51, 506-512.
- Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., Fekadu, D., Medhin, G. & Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 299-303.
- Shimodera, S., Inoue, S., Mino, Y., Tanaka, S., Kii, M. & Motoki, Y. (2000). Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: A randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Research*, 96, 141-148.
- Siitonen, J. (1999). Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.
<http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/>
- Silverstein, S.M., Hitzel, H. & Schenkel, L. (1998). Rehab rounds: Identifying and addressing cognitive barriers to rehabilitation readiness. *Psychiatric Services*, 49, 34-36.
- Silverstein, S.M., Schenkel, L.S., Valone, C. & Nuernberger, S.W. (1998). Cognitive deficits and psychiatric rehabilitation outcomes in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 69, 169-191.
- Silverstein, S.M. & Wilkniss, S.M. (2004). At issue: The future of cognitive rehabilitation of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 679-692.
- Simon, S. (1978). Synanon: Toward building a humanistic organization. *Journal of Humanistic Psychology*, 18, 3-19.
- Sinclair, J.M.A., Mullee, M.A., King, E.A. & Baldwin D.S. (2004). Suicide in schizophrenia: A retrospective case-control study of 51 suicides. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 803-811.
- Siris, S.G. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 75-98.
- Skantze, K. (1998). Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of outpatient with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 390-399.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S.J., May, P.R. & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skitsofrenian ehkäisyn, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kokonaisvaltainen kehittäminen Pohjois-Savossa. (1986). Skokeo-raportti. 1.12.1986. Moniste.

- Skitsofrenian hoidon valtakunnallinen kehittäminen – Väliraportti. (1985). Lääkintöhallituksen julkaisuja, nro 69. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Skitsofrenian käypähoito –suositus (2001). Duodecim, 117, 2640-2657.
- Skitsofreniaprojekti 1981-1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti. (1988). Lääkintöhallituksen opassarja No 4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B.L. & Loftus, G.R. (2003). Atkinson & Hildegards's introduction to psychology. Belmont, CA: Wadsworth.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999). Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes & Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Soyka, M. (2000). Alcoholism and schizophrenia. *Addiction*, 95, 1613-1618.
- Speijer, N. (1960). Some views on sheltered workshops for the mentally handicapped. *Occupational therapy*, 23, 27-30.
- Spiegler, M.D. & Guevremont, D.C. (1998). *Contemporary behavior therapy*. Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole Publishing Company.
- Spiegler, M.P. & Agigian, H. (1977). The community training center. An educational-behavioral-social systems model for rehabilitating psychiatric patients. New York: Brunner & Mazel.
- Stakes (2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten.
<http://www.stakes.fi/oske/terminologia/kaaviot/>
- Starkey, D. & Flannery, Jr., R.B. (1997). Schizophrenia, psychiatric rehabilitation, and healthy development: A theoretical framework. *Psychiatric Quarterly*, 68, 155-166.
- Startup, M., Jackson, M.C. & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment Functioning. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417-422.
- Stein, L.I. & Test, M.A. (1978). *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.
- Stengård, E. (2005). Journey of hope and despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorder. *Acta Universitatis Tamperensis* 1066. Tampere: Tampere University Press.
- Stengård, E., Saarinen, S. & Salokangas, R.K.R. (1993). Skitsofreniapotilaan selviytyminen omaisen näkökulmasta. SKS- ja USP-projektin tuloksia. *Psychiatria Fennican julkaisusarja n:o 101*. Helsinki.

- Strauss, J.S. (1992). The person – Key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry, III. *British Journal of Psychiatry*, 161(Suppl. 18), 19-26.
- Sullivan E.V., Shear, P.K., Zipursky, R.B. ym. (1997). Pattern of content, contextual, and working memory impairments in schizophrenia and nonamnesic alcoholism. *Neuropsychology*, 11, 195-206.
- Sullivan, G., Wells, K. & Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital & Community Psychiatry*, 43, 794-798.
- Suomela, T., Heinimaa, M. & Salokangas K.R. (2001). Psykoottisen häiriön ennako-oireet. *Suomen Lääkärilehti*, 56, 2267-2270.
- Suvisaari, J. (2003). Voiko skitsofreniaan sairastumista ennustaa? *Duodecim*, 119, 1424-1430.
- Suvisaari, J. (2004). Skitsofrenian riskitekijät. *Suomen Lääkärilehti*, 59, 3865-3869.
- Syvälähti, E. & Hietala J. (1996). Skitsofrenia aivojen sairautena. *Suomen Lääkärilehti*, 51, 1047-1052.
- Sörngaard, K.W., Hansson, L., Heikkilä, J., Vinding, H.R., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Merinder, L., Nilsson, L-L., Sandlund, M & Middelboe, T. (2001). Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multicentre study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 13-19.
- Talbott, J.A. (1981). *The chronic mentally ill. Treatment, programs, systems.* New York: Human Sciences Press, Inc.
- Tarrier, N. (2005). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia – a review of development, evidence and implementation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 136-144.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S. & Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. & Morris, J. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Tautiluokitus 1969 (1979). Lääkintöhallitus. Helsinki.
- Tautiluokitus 1987 (1986). Osa 3: Mielenterveyden häiriöt. Lääkintöhallitus ja Sairaaliitto. Helsinki.
- Tautiluokitus ICD-10 (1995). STAKES. Ohjeita ja luokituksia 1995.

- Tempier, R., Mercier, C., Leouffre, P. & Caron, J. (1997). Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: A longitudinal study. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience*, 22, 249-255.
- Thakore, J.H. (2005). Metabolic syndrome and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 186, 455-456.
- Thoits, P.A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. Teoksessa I. Sarason & B. Sarason (Toim.) *Social support: Theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- Thornicroft, G., Bisoffi, O., DeSalvia, D., et al (1993). Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: A case register study in northern Italy. *Psychological Medicine*, 23, 487-496.
- Thornicroft, G. & Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178, 2-4.
- Tiainen, R. (2006). Työvalmentajan interventio. Pro gradu -tutkielman käsikirjoitus.
- Tienari, P. (1992). Interaction between genetic vulnerability and rearing environment. Teoksessa A. Werbart & J. Cullberg (Toim.) *Psychotherapy of schizophrenia: Facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Tiuraniemi, J., Korpi-Anttila, K. & Leeste, T. (2002). Vaikeasti häiriintyneiden potilaiden osastokuntoutuksen vaikutuksia. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n:o 2:2002. Turku.
- Toalson, P., Ahmed, S., Hardy, T. & Kabinoff, G. (2004). The metabolic syndrome in patients with severe mental illnesses. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 6, 152-158.
- Tollefson, G.D. & Andersen S.W. (1999). Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (5 Suppl), 23-29.
- Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. & Stefanis, C. (2000). The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: A 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 487-493.
- Tringo, J.L. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. *Journal of Special Education*, 4, 295-306.
- Tuori, T. (1994). Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarvioinnista. *Stakes, Raportteja 143*. Jyväskylä: Gummerrus.

- Tuori, T., Kiikkala, I. & Lehtinen, V. (2000). Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti*, 55, 4533-4538.
- Turkington, D., Kingdon, D. & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Tuulio-Henrikson, A., Ilonen, T., Pirkola, T. & Lönnqvist J. (2000). Neuropsykologia skitsofrenian tutkimuksessa ja hoidossa. *Duodecim*, 116, 1453-1458.
- Ulmer; R.A. (1976). On the development of a token economy mental hospital treatment program. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Uutela, A. & Härkäpää, K. (1993). Terveyskäyttäytymisen kognitiiviset teorit ja mallit. Teoksessa K-L. Kuusinen (toim.) *Terveyspsykologia*. Porvoo: WSOY.
- Vahtera, J. & Uutela, A. (1994). Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. *Duodecim*, 110, 1054 –1060.
- Varanka, M. (1995). Klubitalojen kehittämisen kansainvälinen keskus. Teoksessa Fountain House. *Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Vajaakuntoisten työllistämisen edistämissäitiö*. SP-paino Ky.
- Vartiainen, A., Vartiainen, H., Kalliokoski, M-L. & Riikonen, T. (1994). Akuutin psykoosipotilaan avohoito mielenterveyskeskuksessa. *Suomen Lääkärilehti*, 49, 560-564.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research, and intervention*. Greenwood Press, Inc.
- Veenhoven; R. (1991). Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots. Teoksessa F. Strack, M. Argyle & N. Schwartz (Toim.) *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.
- Vilkko-Riihelä, A. (1999). *Psykye. Psykologian käsikirja*. Porvoo: WSOY-Kirjapainoyksikkö.
- Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A.G. & Seeman, M.V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: Reconciling quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine*, 28, 165-172.
- Vuorinen, M., Liskola, P. & Varanka, M. (1995). Fountain House – psykososiaalisen kuntoutuksen malli. Teoksessa Fountain House. *Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Vajaakuntoisten työllistämisen edistämissäitiö*. SP-paino Ky.
- Vuorinen, R. (1990). *Persoonallisuus ja minuus*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

- Vuorio, K.A., Rökköläinen, V. Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen J., Katajamäki, J. & Lehtinen V. (1993a). Akuutin psykoosin integroitu hoito I: Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989-92. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 466-477.
- Vuorio, K.A., Rökköläinen, V. Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen J., Katajamäki, J. & Lehtinen V. (1993b). Akuutin psykoosin integroitu hoito II: Uusien skitsofreniaryhmän psykoositapausten ennuste ja hoitoa ohjaavat kliiniset tekijät. *Suomen Lääkärilehti*, 48, 582-588.
- Vähätalo, K. (1987). Suomalaisesta syrjäytymiskeskustelusta 1980-luvulla. *Sosiaalinen aikakauskirja*, 4, 4-9.
- Väänänen, J-M. & Lehtinen K. (1997). Vakavien mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen ja ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti*, 52, 4175-4181.
- Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., Hochman, K.M. (2004). Schizophrenia: Etiology and course. *Annual Review of Psychology*, 55, 401-430.
- Walker, E.F. & Lewine, R.J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1052-1056.
- Wallace, T., Robertson, E., Millar, C. & Frisch, S. (1999). Perceptions of care and services by clients and families: A personal experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1144-1153.
- Warner, R., de Girolamo, G., Beelli, G., Bologna, C., Fioritti, A. & Rosini, G. (1998). The quality of life of people with schizophrenia in Boulder, Colodaro, and Bologna, Italy. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 559-568.
- Warr, P. (1999). Well-being and the workplace. Teoksessa D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Toim.) *Foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.
- Watt, N.F. (1978). Patterns of childhood social development in adult schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 160-165.
- Weinberger, D.R. & Lipska, B.K. (1995). Cortical maldevelopment, anti-psychotic drugs, and schizophrenia: A search for common group. *Schizophrenia Research*, 16, 87-110.
- Weintraub, S. (1987). Risk factors in schizophrenia: The Stony Brook High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 439-450.
- Weisman, A.G., Nuechterlein, K.H., Goldstein, M.J. & Snyder, K.S. (1998). Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 355-359.

- Whitty, P., Browne, S., Clarke, M., McTigue, O., Waddington, J., Kinsella, T., Larkin, C. & O'Callaghan, E. (2004). Systematic comparison of subjective and objective measures of quality of life at 4-year follow-up subsequent to a first episode of psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 805-809.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Slooff, C.J. & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow-up of a dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.
- Williams, C.C. & Collins, A.A. (2002). The social construction of disability in schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 12, 297-309.
- Wing, J.K. (1959). Industrial rehabilitation of male chronic schizophrenics. *Lancet*, 2, 505.
- Wing, J.K. (1960). A pilot experiment on the rehabilitation of long-hospitalized male schizophrenic patients. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 14, 173.
- Wing, J.K. (1963). Rehabilitation of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 109, 635.
- Wohlford, P., Myers, H.F. & Callan, J.E. (1995). Current progress and future directions. Teoksessa P. Wohlford, H.F. Myers & J.E. Callan, (Toim.) *Serving the seriously mentally ill: Public-academic linkages in services, research, and training*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Wolf, A.C. & Ratner, P. A. (1999). Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 182-197.
- Wykes, T., Brammer, M., Mellers, J., Bray, P., Reeder, C., Williams C. & Corner J. (2002). Effects on the brain of a psychological treatment: Cognitive remediation therapy. *Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia*. *British Journal of Psychiatry*, 181, 144-152.
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C. & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 291-308.
- Wykes, T., Reeder, C., Williams, C., Corner, J., Rice, C. & Everitt, B. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61, 163-174.
- Yanos, P.T. & Moos, R.H. (2007). Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: An integrated model. *Clinical Psychology Review*, 27, 58-77.
- Yerxa, E. (1994). Dreams, dilemmas and decisions for occupational therapy practice in a new millennium: An American perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 586-589.

- Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The Prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.
- Ziguras, S.J. & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51, 1410-1421.
- Zimmerman; M.A. & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43, 3-16.

Muut lähteet

- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vuosikertomukset vuosilta 1991-1999.
- Järviseudun sairaalan kuntainliiton kuntainliittokertomukset vuosilta 1985-1990.
- Koskenalan sairaalan kuntainliiton kuntainliittokertomukset vuosilta 1985-1990.
- Kuivasjärven sairaalan kuntainliiton kuntainliittokertomukset vuosilta 1985-1990.
- Lehtiharjun sairaalan kuntainliittokertomukset vuosilta 1985-1990.
- Liuhtarin sairaalan kuntainliiton kuntainliittokertomukset vuosilta 1985-1990.
- Törnävän sairaalan kuntainliiton toimintakertomukset vuosilta 1985-1990.

Liite 1. OSASTO T9:N HOITO-OHJELMA (VASTUUTASOJÄRJESTELMÄ)

Osastolla toteutetaan sosiaalisen kuntoutuksen ohjelmaa, jonka tavoitteena on auttaa potilasta oppimaan erilaiset yhteiskunnassa vaadittavat sosiaaliset taidot ja menettelytavat. Tällaisia taitoja ovat esim. huolehtiminen henkilökohtaisesta hygieniasta, vaatteista, ruoanlaitosta, kodista ja muusta elinympäristöstä. Samoin vuorovaikutustaitoja, harkittua rahankäyttöä, omasta terveydestä ja lääkityksestä huolehtimista sekä yhteiskunnan laitosten ja palvelujen asianmukaista hyödyntämistä pidetään tärkeänä. Kuntoutusohjelman tavoitteena on auttaa jokaista palaamaan mahdollisimman pian takaisin yhteiskuntaan ja tulemaan siellä toimeen.

Kuntoutusohjelma rakentuu selkeän päivä- ja viikko-ohjelman varaan. Oppimisterapeuttinen viitekehys sekä yhteisesti sovitut säännöt ja normisto täydentävät hoito-ohjelman vahvaa yhteisöllistä struktuuria. Toiminnan selkeys ja ennustettavuus luovat eheyttä myös potilaan psyykkiseen vointiin ja lisäävät mahdollisuutta elämänhallintaan.

Yhteisöllisessä hoidossa on painopiste ryhmämuotoisissa toiminnoissa, jotka tarjoavat paljon vuorovaikutustilanteista sekä potilaiden kesken että potilaiden ja henkilökunnan välillä. Osastolla potilaat ja henkilökunta ovat jakaantuneet kolmeksi toiminnalliseksi ryhmäksi. Vuoroviikoin ryhmät huolehtivat osaston siisteyteen liittyvistä tehtävistä (siivousviikko), keittiötehtävistä (keittiöviikko) sekä oman puhtauden hoitoon, ruoanlaittoon ja asiointiin liittyvistä tehtävistä (elämäntaitoviikko). Ryhmät kokoontuvat säännöllisesti käsittelemään ajankohtaisia asioita ja keskustelemaan kuntoutumiseen liittyvistä tavoitteista ja keinoista. Viikoittain pidetään myös yhteisökokouksia.

Vuorovaikutustilanteista tehdyt havainnot ja palautteet sekä määräajoin tehtävä sosiaalisten taitojen arviointi antavat realistisen kuvan potilaan osaamisen vahvoista ja heikoista puolista. Potilaan resurssien todenmukainen arviointi mahdollistaa yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisen. Tavoitteiden realismi suojaaa potilasta toistuvilta pettymyksiltä ja samalla potilaan oman toiminnan ansioksi luettavien onnistumiskokemusten todennäköisyys kasvaa. Näillä seikoilla on yhteys myös potilaan hoitomotivaatioon ja elämänasenteisiin.

Kuntoutusohjelma jakautuu viiteen vastuutasoon (askeleeseen), joiden kautta kaikki etenevät. Potilaan velvollisuudet ja oikeudet kasvavat tasaisesti askeleelta toiseen siirryttäessä. Vastuutasot ovat pääpiirteittäin seuraavat:

ASKELASIOITA:

I-ASKEL:

- ei ulkoiluplupaa yksin, ulkoilua ryhmässä (tarvittaessa hoitomääräyksenä)
- hoidollisiin tapahtumiin saa mennä yksin (labra, psykologi, sos.tt., sovitut terapia-käynnit)
- kirjastoon, kanttiinin, kaupungille ei I-askeleella oleva voi mennä saattaenkaan.
- raha-asiat , ostokset tulee huolehtia hoitohenkilökunnan kanssa;
 - jos rahat osaston lukkokaapissa, hoitaja tekee ostokset
 - pankkiasiointi yhdessä hoitajan kanssa ja ostokset samassa yhteydessä kaupasta hoitajan seurassa
- tupakat jaossa: 5 tupakkaa / jako, jakokertoja 2/pvä (kts. TUPAKAT- kohta).

II-ASKEL:

- Ulkoiluplupaoikeus 1 tunti 3 x / pvä, tuntia ei voi pätkiä (7-12, 12-16 ja 16-20.30 välillä)
Ulkoiluplupkoon (oven suussa) merkintä kellonaikoinen lähtiessä ja palatessa. Henkilökunnan tehtävälisiin nimetään päivittäin vihon tarkastaja, tarkistetaan pistokokein.
Ulkoiluplupunnit voi perustellusta syystä yhdistää jos esim. asioiden hoito niin vaatii. Asiasta on sovittava erikseen henkilökunnan kanssa.
Ulkoiluplujan ylitys -15 min. asti.. seuraamus H ja yli 15 min. - (miinus) sopim. rikkom.

-Tupakat: Tupakat itsellä tai potilaan niin halutessa voidaan ottaa kaappiin säännöstelyyn; max. 1 aski / pvä (kts. kohta Tupakointi)

-Rahat: rahannosto-oikeus lasketaan henk.kohtaisen käyttörahan mukaan viikoksi (viikon tarpeelliset hankinnat)

- Päivittäiset toiminnot huolehdittava itse, tehtävistä ja ryhmistä muistutetaan. Tehtävistä ja ryhmistä muistutetaan kerran, mikäli yksi kehotus ei riitä = kieltäytyminen.

- Lomaoikeus: viikonloppuna yhden yön yli. Lomatoivomus merkittävä lomalistaan pe klo 9.00 mennessä. Loma oltava sovittuna omaisten kanssa. Lomalle lähtö perjantaina aikaisintaan klo 14.00. Lauantaina lomalle voi lähteä aamupalan jälkeen. Lomaa ei voi anoa etukäteen, lomaoikeus on oltava "ansaittuna" perjantaihin mennessä (= perjantain askeltilanteen mukaisesti).

III-ASKEL:

-päivittäiset toiminnot, tehtävät ja ryhmät huolehdittava ja muistettava itse
-ulkoiluplupaoikeus koko päivän klo 20.30 saakka, kuitenkin huolehdittava itselle kuuluvista tehtävistä ja ryhmistä ajallaan. Jos lähtee kaupungille, on asiasta ilmoitettava henkilökunnalle.

- Rahankäyttöoikeus kuten II-vaiheessa, itse huolehdittava rahan riittävyys tarpeellisiin ostoksiin ja esim. puheluihin ja lomaan. Viikon käyttöraha säilytettävä itsellä, ei kansliassa.

-Lomaoikeus: viikonloppuna kahden yön yli. Loman anominen ja lähtö lomalle kuten II-askeleella

- Tupakat: kuten II-askeleella.

IV-ASKEL: - Rahankäyttöoikeus: kuten ed. vaiheessa

- Ulkoilupäivä: " " "

Jos haluaa mennä vaikkapa kyläreissulle esim. klo 12-20, pitää se anoa edellisenä päivänä lääkäriltä päivälomaksi (lääkärintuokko)

- Lomat: " " "

Lomille annetaan enemmän pieniä **kotitehtäviä** (oman huoneen siivous, ulkoilu, ruoanlaitto jne..)

- Asumisvalmennukseen perehtymistä (harjoittelut)

- Tutustumiskäyntejä suunniteltuihin jatkohoitopaikkoihin, kuntoutuskoteihin jne...

- Tupakat kuten ed. askeleella

- Ellei IV-askeleella oleva kohtuullisella ohjauksella selviä tehtävistään, tulee H-merkintä tehtäväsarakeeseen. Mietitään, mikä on ko. askeleen edellyttämä taso ja vaaditaan sen mukaista tehtävien suorittamista.

V-ASKEL: (HUIPPU)

- asumisvalmennusyksikkö on 4-paikkainen + harjoittelijan paikka

- sinne voi siirtyä IV-askeleelta

- kuuluu pääsääntöisesti kaikille IV-askeleeseen edenneille ennen uloskirjoitusta ellei kuntoutussuunnitelmassa toisin todeta

- aluksi harjoitteluja päiväkäynnein

- Huipulla on hoitaja 5 p:nä viikossa, hänen ohjauksessaan suoritetaan asumisvalmennukseen liittyvät tehtävät

- aamupala valmistetaan joka aamu itse

- lounas valmistetaan ma-pe, tarpeen mukaan myös viikonloppuisin

- viikonloppuisin ruoka tulee yleensä keittiöltä tai käydään syömässä osastolla

- asumisvalmennuksen viikko-ohjelmaan osallistuttava sovitusti

- raha-asiat hoidetaan osastolla perjantaisin.

- lääkkeet dosetissa itsellä, huolehdittava itse myös sen täyttämisestä osastolla (henk.kunnan ohjauksessa)

- ulospäin suuntautumista, mahdollisuus pitempiin lomiin, tutustumisia jatkohoitopaikkoihin

- harjoittelujaksoja suunniteltuihin jatkohoitopaikkoihin

- kannustetaan harrastusten pariin (elokuvat, teatteri, uimahalli, kansalaisopisto...)

VIIKKO-OHJELMA

(PÄIV. 05/05)

MAANANTAI

* Herätys	7.15
* Aamupesut (valvotaan)	7.00 - 7.45
* Aamupala + aamuryhmät	8.00
* Tehtävienjakoryhmät (A;B;C)	9.00
* Siivoustehtävät (ohjataan)	9.00 alkaen

* "Nassarointi-piiri" elämäntaitoviikkolaisilla	13.30 - 15.00
* Terveysryhmä siivousviikkolaisilla	13.30 - 15.00
* Tavoiteryhmä keittiövuorolaisilla	14.00 - 14.45
* Pyykkihuolto elämäntaitoviikkolaisilla	
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

TIISTAI

* Herätys	7.15
* Aamupesut (valvotaan)	7.00 - 7.45
* Aamupala + aamuryhmät	8.00
* Siivoustehtävät (ohjataan)	9.00 alkaen
* Tiimi	9.00
* Kognitiivinen ryhmä	12.30 - 13.00
* "Näppäret näpit"- ryhmä (elämäntaitoviikkolaisilla)	13.15 - 15.15
* Painonhallinta ja terveet elämäntavat - ryhmä	15.00 -16.00
* Sauna; naiset	17.30 -
Liikunta + sauna; miehet	
* Pyykkihuolto elämäntaitoviikkolaisilla	
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

KESKIVIIKKO

* Herätys	7.15
* Aamupesut (valvotaan)	7.00 - 7.45
* Aamupala + aamuryhmä	8.00
* Siivoustehtävät (ohjataan)	9.00 alkaen
* Ruoansuunnitteluryhmä + kaupassa käynti elämäntaitoviikkolaisilla	9.00 - 11.45
* Ääniä kuulevien ryhmä joka toinen viikko (Sorina-ryhmä)	9.30 - 11.00
* Kognitiivinen ryhmä	12.30 - 13.00
* Henkilökunnan YT- kokous 3.vkon välein	13.30 - 15.00
* Osastohartaus noin 1x/kk	17.00 - 17.30
* Pyykkihuolto elämäntaitoviikkolaisilla	
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

TORSTAI

* Herätys	7.15
* Aamupesut (valvotaan)	7.00 - 7.45
* Aamupala + aamuryhmät	8.00
* Opetuskeittiö (elämäntaitoviikkolaisilla)	9.00 - 13.00
* Siivoustehtävät (ohjataan)	9.00 alkaen
* Kognitiivinen ryhmä	12.30 - 13.00
* Sarastus-ryhmä (depressiokoulu, määräaikainen)	13.00

* Liikuntaryhmä	13.30 - 14.30
* Leivonta (keittiövuorolaiset)	14.00 - 20.00 väl.
* Musiikkikerho	16.30 - 18.00
* Pyykkihuolto elämäntaitoviikkolaisilla	
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

PERJANTAI

* Herätys	7.15
Puhtaaksipetaus, peiton tuuletus joka 2.vko (ohjataan)	
* Aamupesut (valvotaan)	7.00 - 7.45
* Aamupala + aamuryhmät	8.00
* Yhteisökokous	9.00
* Siivoustehtävät (ohjataan)	9.30 alkaen
* Raha-asioiden hoito	9.30 alkaen
* Kaappitarkastus	11.30
* Kognitiivinen ryhmä	12.30 - 13.00
* Lauluryhmä + yhteiskahvi	13.00
* Sauna ; miehet	17.30
Liikunta + sauna ; naiset	
* Pyykkihuolto elämäntaitoviikkolaisilla	
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

LAUANTAI

* Herätys	8.00
* Aamupesut	9.00 mennessä
* Aamupalatarjoilu	8.15 - 9.00
* Kävelylenkki ja kaupassa käynti	10.00
* Pyykkihuolto ja pihatyöt elämäntaitoviikkolaiset	
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

SUNNUNTAI

* Herätys	8.00
* Aamupesut	9.00 mennessä
* Aamupalatarjoilu	8.15 - 9.00
* Rentoutusryhmä	15.00
* Iltapala + iltaryhmä	19.30
* Iltapesut	20.30 mennessä

SIIVOUS:

Henkilökunta ohjaa siivoukset.

Päivittäiset tehtävät nähtävillä **tehtävienjakolistoilla ilmoitustaululla.**

Lauantaisin ja sunnuntaisin ei tarvitse imuroida, pyyhkiä pölyjä eikä pestä kylpyhuonetta.

Oman huoneen siivous siivousvuorolistan mukaan (ma -pe). Siivousvuorolista on jokaisen huoneen ilmoitustaululla.

Oman huoneen siivous tulee jokaiselle vähintään 1 x / vko, mikäli tarvitsee siinä harjoitusta niin useamminkin. Oman kaapin ja yöpöydän siivous huoneen siivouksen yhteydessä 1x / vko.

Noudatetaan huoneissa olevia kirjallisia siivousohjeita.

Kaappitarkastus perjantaisin klo 11.30. Tarkistetaan kaapit ja yöpöytä.

Vaatteiden ja tavaroiden tulee olla siististi kaapissa ja roskat pois. Ei likapyykkiä puhtaiden vaatteiden seassa.

I-askeleella muistutetaan, muissa vaiheissa epäjärjestyksestä H.

Ohjataan kaapin siivouksessa ja **valvotaan**, että tulee tehtyä.

OSALLISTUMISVELVOITE

Kaikkiin kuntoutusohjelmaan kuuluviin ryhmiin ja tehtäviin veloitetaan osallistumaan. (Elämäntaito- , keittiö- ja siivousviikon tehtäviin ja ryhmiin , yhteisökokoukseen, lauluryhmään + yhteiskahvitilaisuuteen, liikuntaryhmään, saunaliikuntaan ja saunaan, lauantain "kauppalenkkiin" sekä aamu- ja iltaryhmiin on osallistuttava ajallaan. Iltaryhmään on osallistuttava, mikäli ei ole sovittua menoa, esim. kansalaisopisto.)

Mikäli kieltäytyy, seurauksena on siirtyminen edeltävään askeleeseen.

Tehtävistä muistutetaan I - ja II- askeleissa olevia. III- askeleesta alkaen kuntoutujan tulee itse muistaa tehtävänsä ja ryhmänsä.

SEURAAMUKSISTA:

PÄIVITTÄISET TOIMET, TEHTÄVÄT JA RYHMÄT:

Päivittäisiä toimia (pesut, pukeutuminen, petaus, ympäristön siisteys, vaatetus, ruokailu ajallaan ja asiallisesti, lääkkeiden otto, yöasun käyttö yöllä, kaappien siisteys) ohjataan jatkuvasti potilaan tultua kuntoutumisosastolle. I - askeleella ja sitä ylemmillä askeleilla oleville tulee lisäksi seurantalehdelle H-merkintä ao. kohtaan + palaute + kirjaaminen sairauskertomuslehdelle.

I -, II-, ja tutustumisaskeleella ryhmistä ja tehtävistä muistutetaan. III- ja IV-askelilla näistä tulee itse huolehtia. Jos III -tai IV- askeleella olevaa pitää muistuttaa tehtävistä tai ryhmistä, on siitä seurauksena H kyseisen ryhmän tai toiminnan kohdalle.

Jos on mukana ryhmässä, mutta ei osallistu sen toimintaan: H-merkintä seurantalehdelle ryhmä-kohtaan III- ja IV- askeleella olevalle + palaute potilaalle ja kirjaaminen sairauskertomuslehdelle.

Kieltäytyminen pudottaa aina askelissa ; joko edeltävälle askeleelle tai I-askeleella sen alkuun.

Toimintaterapian ohjaajien ja liikunnanohjaajan pitämiin ryhmiin lähtee osastolta hoitaja mukaan, mielellään ko. ryhmään kuuluva. (Poikkeuksena "Näppärät näpit"-ryhmä silloin, kun toimintaterapiasta on mukana kaksi ohjaajaa).

MITEN SEURANTALEHDEN "H":T VAIKUTTAVAT ASKELTILANTEeseen ? :

Jos päivittäisten tehtävien kohdalle **samaan ruudukkoon** tulee yhtenä päivänä monta H-merkintää, lasketaan se vain yhdeksi.

Jos päivittäisten tehtävien ruudukkoihin tulee samana päivänä eri toiminnoista **3 H:ta**, pudottaa se askelissa edeltävälle askeleelle.

Jos askeleen **minimikeston** aikana tulee **10 H-merkintää**, pudottaa se aina edeltävälle askeleelle. (Minimikestot: Tustustumisjakso 1 vko, I-askel 1 vko, II-askel 10 vrk, III-askel 2 vko, IV-askel 2 vkoa, V-askel sopimuksen mukaan).

Kuntoutusaskeleen viimeisen 7 päivän aikana saa olla vain 2 H-merkintää, jotta pääsee siirtymään seuraavaan. Mikäli H-merkintöjä on enemmän, askelissa nousu siirtyy kunnes seurantalehdeltä löytyy **korkeintaan 2 H:ta 7:n viimeisen päivän aikana**.

Toiminnalliset H-merkinnät seurantalehden 1. sivulla (päivittäiset tehtävät, toiminta) voi työntekijä arvioida itsenäisesti, mutta **epäsosiaalisen käytöksen seuraukset** neuvottelee työssä oleva **työryhmä aina yhdessä**.

PALAUTE:

Kuntoutusohjelmassa keskeistä on välittömän palautteen antaminen kuntoutujalle niin toivotusta kuin ei-toivotusta käyttäytymisestä / toimintatavasta.

Tärkeää on, että kuntoutujan saama palaute on pääosin myönteistä ja näin ollen huomiota kiinnitetään myös hänen vahvuuksiinsa, ei pelkästään huonosti sujuviin asioihin. Palautteeseen tulee aina sisältyä tieto ja ohjaus siitä, miten olisi ollut hyvä toimia (ohjaava palaute).

Palautteen tulee olla rehellistä, realistista ja selkeästi ilmaistua.

Palaute potilaalle on annettava aina **heti** tilanteen / tapahtuman jälkeen (jos tilanne sen suinkin sallii. Kuitenkin ainakin saman työvuoron aikana). Pelkkä asian kirjaaminen seurantalehdellä ja sairauskertomukseen eivät riitä, vaan keskustelu asiasta potilaan kanssa on välttämätöntä.

Epäsosiaalisen käytöksen palautteen antoon ja seuraamuksista tiedottamiseen osallistuu paikalla oleva työryhmä ja kaikki kuntoutujat, jotka ovat olleet asiassa osallisina ja tilanteessa mukana.

Elämänhallintaryhmässä palaute annetaan toiminnallisten ryhmien päätteeksi.

EPÄSOSIAALINEN TOIMINTA:

Epäsosiaalinen käytös (kts. seurantalehti sivu 2) pudottaa **aina** askelissa , toiminnan laadusta / vakavuudesta riippuen joko edeltävälle tai I-askeleelle. I-askeleella aina sen alkuun. **Koskee kaikkia**, myös V-askeleella olevia (Huippu) ja tutustumisjaksolla olevia.

Jos useampia erillisiä tapahtumia samana päivänä, voi pudota useampiakin askeleita.

PÄIVITTÄISET TOIMET JA TEHTÄVÄT:

Yleistä:

- Huoneentaulun sääntöjä on noudatettava.
- Siivouksen ajaksi huonetovereiden on poistuttava huoneesta
- Kengät jalassa makailu kielletty, H-merkintä kohtaan asiallinen pukeutuminen.

- Vuoteessa lepäily kielletty **ma-la klo 9.00 - 11.00** välisenä aikana, sunnuntaina sallittu.
- Jos päivittäisissä asioissa tulee hankaluuksia, pyritään niistä tekemään henkilökohtaisia erillissopimuksia tiimillä.

Aamutoimet ja iltatoimet

Osastolla on **hiljaisuus klo 6.00**:een asti.
Herätys arkisin klo 7.15

Yksi herätyskerta aamulla riittää. Huolehdittava siitä, että kaikki ovat hereillä ja vastaavat puhutteluun.
Herätyksen yhteydessä muistutetaan aamun ensimmäisistä tehtävistä (kattaus, vellinhaku, kahvinkeitto) askeltilanteesta riippumatta.

Hoitajat ohjaavat aamupesut pesuhuoneissa ja pesut **tarkistetaan klo 7.45** (la ja su klo 9.00). (Käsien, kasvojen ja hampaiden pesu sekä hiusten kampaus).
Haetaan pesulle ne, jotka eivät ole 7.45 mennessä aamupesuja suorittaneet.
Ohjataan ja valvotaan, että pesut tulevat suoritetuiksi.
Iltapesut tarkistetaan klo 20.30. Ohjataan ja valvotaan, että pesut tulevat suoritetuiksi.
Seuraamukset askeltilanteen mukaisesti (II - askeleesta alkaen H- merkintä).
Jos laittaa pesurastin vaikka ei ole peseytynyt, niin siitä seuraa siirtyminen edeltävään askeleeseen (sopimuksen rikkominen / valehtelu).

Vuoteen sijaus valvotaan ja tarkistetaan (siivousviikon ohjaaja kiertää huoneet ja tarkistaa petaukset , tarvittaessa opettaa ja ohjaa). Seuraamukset askeltilanteen mukaan:
I-askeleella muistutetaan ja suoritetaan yhdessä henkilökunnan ohjauksessa.
II-, III-, ja IV-askelilla H-merkintä ja ohjaus, ellei ole hoidettuna **klo 9.00 mennessä**.

Haetaan pesulle ne, jotka eivät ole 20.30 mennessä iltapesuja suorittaneet. Ohjataan ja valvotaan, että pesut tulevat suoritetuiksi. Seuraamukset askeltilanteen mukaisesti.

Yöasuun pukeudutaan **klo 22.00** mennessä, näin saadaan yörauha huoneisiin.
Iltaisin ja aamuisin yleisissä tiloissa liikuttaessa edellytetään aamutakin käyttöä (H-merkintä, jos pelkkä yöasu päällä).
Yöasuun pukeutumisen tarkistaa yövalvoja, H-merkintä ellei käytä.
Kuitenkin on huomioitava , onko osastolla tarjolla sopivan kokoisia yövaatteita.
Lämpimällä säällä voi käyttää myös "yö-T-paitaa".
Pyjaman alla ei saa käyttää päällysvaatteita eikä alusvaatteita.
Yöasu vaihdetaan joka viikko saunapäivänä.

Hiljaisuus osastolla klo 22.00 alkaen. Valveilla voi olla pidempäänkin, kunhan ei häiritse toisia ja jaksaa aamulla herätä ajoissa.

Öisin nukutaan peittojen alla (ei päiväpeitteen alla), muuten petauksesta H-merkintä.

Keittiön kaapit pidetään auki (ei lukita).Keittiötä ei lukita yöksi (pääsääntöisesti).
Yöhoitaja voi harkintansa mukaisesti sulkea keittiön oven, jos tilanne sen vaatii.

Lääkkeet:

Lääkkeet ovat tarjolla ruokailuhuoneessa (kts. oheinen aikataulu)
I-askeleella olevia muistutetaan. II-, III- ja IV-askeleella olevien on itse muistettava hakea lääkkeensä.

Jos II-, III- tai IV-asteleella olevaa on **muistutettava** tai hän **ottaa väärän** päivän tai väärän ajan kohdalta, seurauksena on H-merkintä (seurantalehti 1. sivu)
Lääkkeistä **kieltäytyminen** pudottaa aina askeleen taaksepäin (seurantalehti 2. sivu).

Henkilökohtaisten hoitojen / rasvausten / jalkahoitojen yms. tulee olla suoritettuna aamulla klo 8.30 mennessä ja illalla klo 20.30 mennessä. Myös merkintä näistä hoidoista pitää suorittaa hoitomääräyslistaan ajallaan itse .

Lääkkeiden otto:

Aamulääkkeet	8.00 - 8.30	la-su 9.00 mennessä
Päivälääkkeet	13.00 - 13.15	to 14.30 - 14.50
Illalääkkeet	19.30 - 20.00	

Ruokailut , pöydän kattaus:

Lauantaisin ja sunnuntaisin henkilökunta huolehtii aamupalan tarjolle laittamisen (kattaus, puuroastian haku ja kahvinkeitto).

		Kattauksen aloitus	Kutsutaan	Lääkkeet (noudettava viimeistään)
Aamupala	ma-pe la-su	7.30	8.00 8.15	8.30 9.00
Lounas		10.30	11.15	
Päiväkahvi	torstai	12.45	13.00 liikunnan jälkeen	13.15 14.50
Päivällinen		15.30	16.00	
Kahvinkeitto			17.30 - 18.30	
Illtapala		18.45	19.30	
Illtalääkkeet			illtalan jälkeen	20.00

Ruokailuun kutsutaan kellon soitolla (pöydänkattaja) ja ruokapöydässä tulee olla 3 minuutin kuluessa soitosta. Ellei ehdi ajoissa, ajoissa aterialle kohtaan tulee H-merkintä II-asteleelta alkaen.

I-asteleella olevat haetaan ruokailuun, elleivät määräajassa ilmesty paikalle.

Myöhästyneenäkin ruokailuun voi tulla niin kauan, kun oma ryhmä ruokailee pöydässä. Muiden ryhmäläisten ei tarvitse odottaa myöhästynyttä, vaan he voivat nousta pöydästä yhtä aikaa ruokailun loputtua. Myöhässä tullut tyhjä pöytä.

Ruokailutilanteessa veloitetaan haarukan ja veitsen käyttöä. Perunat on kuorittava.

Ruokailusta voi poissakin olla ilman seuraamuksia, jos siitä on ennakkoon ilmoittanut. Aamupalalle pitää aina osallistua.

Edellytetään maltillista, siistiä ja kohtuullista ruokailua. Henkilökunta valvoo ja tarvittaessa opastaa (elämäntaitoviikon ohjaaja malliruokailijana ja keittiöviikon ohjaaja valvoo muuten ruokailutilannetta).
H-merkintöjä saa, jos toimii vastoin hyviä ruokailutapoja.

Jokainen vie omat ruokailuvälineensä ruokakärryyn ja siistii oman kohtansa ruokapöydässä. Ryhmä tyhjä oman pöytänsä yhteisvastuullisesti. Myöhässä tullutta ruokailijaa ei tarvitse odottaa, hän tyhjä pöydän ruokailtuaan.

Tiskit:

Tiskivuorolainen huolehtii käsitiskin ja täyttää sekä tyhjentää astianpesukoneen oheisen ohjeen mukaan (myös keittiössä) - sekä pyyhkii tarjoilukärryt:

	Tehtävä:	Tiskikoneen tyhjäys:
Aamupala	Esitiski ja käsitiski	klo 10.00 mennessä
Lounas	Esitiski ja käsitiski	klo 13.00 mennessä
Päiväkahvi	Konetiski	klo 14.30 mennessä
Päivällinen	Konetiski	klo 17.30 mennessä

Iltapalan laittaja huolehtii iltapalatiskin ja tiskikoneen tyhjäyksen klo 20.45 mennessä.

Potilaat saavat käyttää osaston maitoa ja sokeria kahvinkeittoaikana 17.30-18.30.

RAHA-ASIAT:

- Tarkat merkinnät käteisvarat -kaavakkeelle potilaan rahoista.
- I-askeleella olevien raha- ja kauppa-asiat huolehtii hoitohenkilökunta. Jos kyseessä on raha-asioiden hoito pankissa, hoitaja lähtee mukaan.
Jos I-askeleella olevalla on rahaa kanslian kaapissa, hoitaja hakee ostokset kanttiinista.
- Kirjeessä saatavat ylimääräiset rahat saa pitää itsellä muilla askelilla paitsi I-askeleella.

- Syntymä- ja nimipäivälahjoiksi saaduilla rahoilla käydään I-askeleella olevalle ostamassa tavaraa, mikäli hän haluaa.
- Mikäli I-askeleella oleva laittaa toisen potilaan asioille kauppaan, on siitä seuraamuksia molemmille (= sopimuksen rikkominen ja siirtyminen edeltävälle askeleelle, I-askeleella sen alkuun).

- TUPAKAT:**
- Tupakointi sallittu vain ulkona tupakkakatoksessa.
 - I-askeleella olevien tupakat säilytetään osastolla tupakkakaapissa, josta ne jaetaan ohjeen mukaan.
 - II - V -askeleilla olevien tupakat ovat itsellä.
Jos tupakointiasioissa ilmenee ongelmia, tupakat otetaan jakoon erillisen suunnitelman mukaan.
 - I-askeleella oleville annetaan 5 savuketta aamulla ja 5 savuketta päivällä.
Muilla askelilla oleville max. 1 aski / päivä.
 - Hoitajan tulee olla 5 min. tupakanjakopaikalla jakoaikana.
Jakoajat: aamulla **klo 7.00- 7.05 tai**
klo 7.45 - 7.50 tai
klo 8.30 - 8.35 aamuryhmän jälkeen (la ja su myös 9.00)
ja päiväkahvin jälkeen n. **klo 13.30- 13.35. (torstaina klo 14.45-14.50)**

- **Sätkät** käärityään päivittäin **klo 12-13** välisenä aikana osaston vaatehuoltohuoneessa, ei omassa huoneessa. Jokaisen on itse siivottava jälkensä. I-askeleella oleville kessuja annetaan 5 tupakan verran / jako.

Ulkona voi käydä tupakalla aamulla klo 6.00 alkaen, mikäli itsellä on tupakoita (ei tupakanjakoa aamulla klo 6.00).

Klo 22.00:n jälkeen ei voi käydä enää tupakalla, osaston ovi lukitaan klo 22.00.

POIKKEUSPÄÄTÖKSET LOMAOIKEUKSISSA:

- **Pääsiäisenä, pyhäinpäivänä, jouluna ja juhannuksena** on kaikilla lomaoikeus askeltilanteesta riippumatta, kuitenkin korkeintaan kahden yön yli. Poikkeuksena osaston sulkeminen juhlapyhien ajaksi, jolloin loma voi olla em. pidempi. Ko. lomat eivät ole itsestäänselvyksiä, vaan hoidolliset näkökohdat otetaan huomioon näitä lomiamyönnettäessä.

-Ellei askeltilanne oikeuta lomaan, ei sitä myöskään lasketa kuntoutusaskeleen keston.

ELÄMÄNTAITOVIKKO

TARKOITUS

- * Tarjota käytännön tietoa ja harjoituksia, joilla selvitetään kuntoutujan selviytymistä arkielämässä..
 - hygieniaan liittyvistä asioissa
 - kaupassakäynnin harjoittelussa
 - ruuanlaitossa, pankkiasioinnissa
 - pyykinpesussa ja vaatehuollossa
 - pienissä kiinteistöhuoltoon liittyvissä töissä, polkupyörän huollossa, pihansiivouksessa, lumitöissä
 - kartoittaa kuntoutujan suunnitelmallisuutta, hahmotuskykyä, keskittymiskykyä, järjestelmällisyyttä, työhön ryhtymistä ja loppuun saattamista.
- * Käden taitojen kartoitusta.
- * Kanssaihmisten huomioon ottamista.

KUNTOUTUJAA OHJATAAN, KANNUSTETAAN JA TUETAAN SUORIUTUMAAN ANNETUISTA TEHTÄVISTÄ MAHDOLLISIMMAN OMATOIMISESTI, EI PUOLESTA TEHDEN.

KUNTOUTUJA→

- * Toimintakyvyn paraneminen (keskittymiskyky, hahmottaminen, järjestelmällisyys, työhön ryhtyminen ja loppuunsaattaminen)
- * Oppii käyttämään erilaisia *kodinomaisia* keittiötyövälineitä.
- * Oppii pesemään pyykkiä ja omien vaatteidensa sekä kenkien huoltoa.
- * Oppii ja saa tietoa omiin hygieniaan liittyvistä asioista (hampaidenhoito, hiustenhoito, parranhoito, jalkojenhoito).
- * Oppii asioimaan mm. kaupassa, pankissa yms.

Nassarointiryhmä

Käsityöryhmä

Ruusu suunnitteluryhmä

Toimintaryhmä + kaupassakäynti

Opetuskeittiöryhmä

Palauteryhmän sihteerin tehtävät

Pyykinpesu

Kaupassakäynti lauantaisin

Lumityöt

KEITTIÖVIKKO

TARKOITUS:

- * Tarjota ympäristö, missä voi kartoittaa kuntoutujan keittiötaitoja, missä hänen vahvuutensa ja heikkoutensa ovat.
- * Kartoittaa kuntoutujan hahmotuskykyä, järjestelmällisyyttä, keskittymiskykyä, työhön ryhtymistä ja sen loppuun saattamista.
- * Kartoittaa kuntoutujan käsien motoriikkaa.
- *Tavoitteena on saada kuntoutuja selviytymään erilaisista kodin-omaisia keittiötehtäviä itsenäisesti tai ohjauksen turvin avohoidossa.

KUNTOUTUJA→

- * Toimintakyvyn paraneminen (keskittymiskyky, hahmottaminen, järjestelmällisyys, työhön ryhtyminen ja loppuunsaattaminen)
- * Saa kokonaisvaltaisen näkemyksen keittiötehtävistä (kattaus, ruoan tarjolle laitto, ruokailun jälkeen ruokien asianmukainen säilytykseen laitto-> maidot jääkaappiin , leivät muovipussiin ym., tiskaus)
- * Harjaantuu käyttämään erilaisia keittiötyövälineitä.
- * Osaa valita oikeita pesuaineita.
- * Oppii ottamaan kanssaihmiset huomioon.

KUNTOUTUJAA OHJATAAN, KANNUSTETAAN JA TUETAAN SUORIUTUMAAN ANNETUISTA TEHTÄVISTÄ MAHDOLLISIMMAN OMATOIMISESTI, EI PUOLESTA TEHDEN.

Aamukahvi
Vellipöntön haku
Maitojen haku
Pöydän kattaus
Tarjoiluastioiden esipesu ruokailujen jälkeen
Tiski ja tiskikoneen täyttö ja tyhjäys
Iltapalan valmistaminen

SIIVOUSVIIKKO

TARKOITUS

- * Kartoittaa kuntoutujan hahmotuskykyä, järjestelmällisyyttä, keskittymiskykyä, työhön ryhtymistä sekä loppuunsaattamista
- * Kartoittaa käsien motoriikkaa sekä vahvuuksia ja heikkouksia siivoustaidoissa
- * Opastamista kodinomaisten siivousvälineiden hankinnassa.
- * Sosiaalista kanssaihminen huomioonottamista
- * Tavoitteena kuntoutujan selviytyminen siivoukseen liittyvissä asioissa itsenäisesti tai ohjauksen turvin avohoidossa (riippuen jatkohoitopaikasta).

KUNTOUTUJA→

- * Toimintakyvyn paraneminen (keskittymiskyky, hahmottaminen, järjestelmällisyys, työhön ryhtyminen ja loppuunsaattaminen)
- * Oppii pitämään ympäristönsä siistinä, tavarat paikoillaan
- * Oppii käyttämään erilaisia kodinomaisia siivoustyövälineitä sekä oikeita pesuaineita
- * Oppii oikean siivoustekniikan
- * Saa kokonaisvaltaista näkemystä siivouksesta.
- * Oppii siivoustyövälineiden oikean huollon(esim. imurin pölypussin vaihto)

KUNTOUTUJAA OHJATAAN, KANNUSTETAAN JA TUETAAN SUORIUTUMAAN ANNETUISTA TEHTÄVISTÄ MAHDOLLISIMMAN OMATOIMISESTI, EI PUOLESTA TEHDEN.

Keittiö:

- * ruokapöytäjen haku ja vienti
- * pöytien pyyhkiminen aterioinnin jälkeen
- * lattian lakaisu aterioinnin jälkeen

Yleiset tilat = olohuone, sointu, käytävän matot

- * pölyjen pyyhkiminen
- * imurointi

Kylpyhuoneen ja WC:n pesu

Tupakkakatoksen siisteys

Oma huone

Terveysryhmä = maanantaisin

POTILAAN OSASTOTOIMINNAN SEURANTA
NIMI _____

vuosi _____ **kuukausi** _____

Tämä sivu: Seuranta tapahtuu + (= osaa) ja H (= harjoitusta / huomiota lisää) merkinnöin. Jos samaan ruutuun tulee yhtenä päivänä useampia H-merkintöjä, lasketaan se vain yhdeksi H:ksi. Kolme H:ta eri ruudussa päivän aikana pudottaa yhden askeleen alaspäin. Jos vaiheen minimikeston aikana tulee 10 H:ta, pudottaa se aina edeltävään askeleeseen. Askeleen viimeisen 7 päivän aikana saa olla vain 2 H-merkintää, jotta pääsee siirtymään seuraavaan askeleeseen.

päivänmäärä	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
päivittäiset toimet:	Seuranta 2- askeleesta alkaen.																				
pesut																					
pukeutuminen aamulla																					
vuoteen sijaus + ympäristön siisteys																					
vuoteessa makailu																					
asianmukainen vaatetus																					
ajoissa aterialle																					
aterioinnin asiällisuus																					
lääkkeiden nouto																					
pukeutuminen yöksi																					
yöpöydän ja kaapin siisteys																					
ryhmät ja osastotehtävät:	Seuranta 3 - askeleesta alkaen.																				
keittiöviikko																					
siivousviikko																					
elämäntaitoviikko																					
pyykinpesu																					
muut ryhmät																					

EPÄSOSIAALINEN TOIMINTA
Seuranta 1-askeleelta alkaen

Tällä sivulla: Seuranta on kaikilla osaston potilailla askeltilanteesta riippumatta miinusmerkinnällä, jos ko. asioita tapahtuu, muuten ei merkintää.

päivänmäärä	M	Ti	K	T	P	L	S	M	T	K	T	P	L	S	M	T	K	T	P	L	S
	a		e	o	e	a	u	a	i	e	o	e	a	u	a	i	e	o	e	a	u

Paluun edeltävään askeleeseen aiheuttavat:

kieltäytyminen	
väkivallalla uhkaaminen	
metelöinti ym. häirintä	
tavaroiden heittäminen, rikkominen ja hävittäminen	
solvaaminen ja loukkaaminen	
jankutus tai jatkuva kerjääminen edun saamiseksi	
henkilökunnan häirintä kesken muun työsuorituksen	
varastaminen	
valehtelu edun saamiseksi	
sopimusten rikkominen	

Paluun 1. askeleeseen aiheuttavat:

huomattavan poikkeava, omituinen käyttäytyminen tai kyvyttömyys järkevään puhekontaktiin toistuvista yrityksistä huolimatta	
väkivaltaisuus	
itsensä vahingoittaminen itsemurhayritys	
karkaaminen tai sen yritys	

KUNTOUTUSPOTILAAN HAASTATTELULOMAKE

ELÄMÄNTILANNE

1. Kenen kanssa asut tällä hetkellä?

- 01. yksin
- 02. avio-/avopuoliso
- 03. lapsi/lapsia (ei puolisoa)
- 04. vanhemmat tai toinen vanhemmista
- 05. puoliso ja vanhemmat
- 06. puoliso ja puolison vanhemmat
- 07. joku sisaruksista
- 08. joku muu henkilö
- 09. kuntoutuskoti tai pienkoti
- 10. asuntola
- 11. palvelukoti
- 12. laitos
- 13. jokin muu asumismuoto

2. Saatko mielestäsi riittävästi ymmärrystä ja tukea lähimmiltä ihmisiltä?

- 1. täysin riittävästi
- 2. lähes riittävästi
- 3. riittämättömästi
- 4. ei ole ketään läheistä

3. Kuinka monta läheistä ihmistä Sinulla on, joilta saat tarvittaessa apua ja tukea?

4. Minkälainen on taloudellinen toimeentulosi tällä hetkellä?

- 1. hyvä
- 2. kohtuullinen
- 3. melko huono
- 4. huono

5. Mikä on parasta elämässäsi tällä hetkellä?

POTILAAN KOKEMUKSET SEINÄJOEN SAIRAALAN OSASTO T9:N KUNTOUTUSOHJELMASTA

1. Miten T9:n kuntoutusohjelma on vaikuttanut elämääsi?

2. Miten T9:n kuntoutusohjelma on vaikuttanut tämän hetkiseen vointiisi?
 1. vaikuttanut paljon
 2. vaikuttanut jonkin verran
 3. vaikuttanut tuskin lainkaan
 4. ei vaikutusta

3. Miten tyytyväinen olet T9:llä saamaasi kuntoutukseen?
 1. tyytyväinen
 2. melko tyytyväinen
 3. melko tyytymätön
 4. tyytymätön

4. Missä asioissa kuntoutusohjelmaa tulisi kehittää paremmin potilaan tarpeita vastaavaksi?

MIELIALA

Millainen mielialasi on? Oletko iloinen ja hyväntuulinen vai onko sinulla taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen? Arvioi oheisen janan avulla mielialaasi. Älä arvioi mielialaasi juuri tällä hetkellä, vaan anna yleiskuva siitä, millainen mielialasi yleensä on. Vedä poikkiviiva siihen kohtaan, joka kuvaa mielialaasi parhaiten. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pystysuoralla janalla.

ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA	100	Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katsoen koskaan huonolla tuulella.
OIKEIN HYVÄ MIELIALA	90	Olen useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olisin mieli maassa. Jos huonotuulisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
HYVÄ MIELIALA	80	Mielialani on yleensä valoisa ja myönteinen. Vaikka tiedän, mitä synkkyys tai huonotuulisuus on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei sillä juuri ole merkitystä elämässäni.
MELKO HYVÄ MIELIALA	70	Enimmäkseen mielialani on myönteinen. Vaikka minulla on hiukan taipumusta synkkyyteen se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
	60	Vaikka huonotuulisuutta joskus esiintyy, on parempia hetkiä sittenkin enemmän. Synkkyys ei ole niin voimakasta, että se häiritseisi elämääni merkittävästi. Mielialani on pikemminkin hyvä kuin huono.
KOHTALAINEN MIELIALA	50	Tunnen itseni välillä huonotuuliseksi mutta sitten taas on aikoja, jolloin olen hyvällä tuulella. Mielialani ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
MELKO HUONO MIELIALA	40	Vaikka olen taipuvainen synkkyyteen, tulen jotenkin sen kanssa toimeen. Työhöni huonotuulisuudella ja synkkyydellä ei ole suurta vaikutusta.
	30	Työni ja asiani hoidan kohtuullisesti, mutta synkistä ajatuksistani en tahdo päästä eroon. Hyviäkin hetkiä on aika ajoin, mutta viime aikoina minulla on ollut taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen.
HUONO MIELIALA	20	Synkkä mieliala ei tahdo hellittää. Aivan hetkittäin tuntuu kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstäni ja arkisista asioista selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvasti huono.
OIKEIN HUONO MIELIALA	10	Olen hyvin vahvasti synkkyyteen taipuva. En ole aivan maassa, mutta paljoa ei puutu. Kaikki näyttää synkältä ja toivottomalta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain vaivoin.
ERITTÄIN HUONO MIELIALA	0	Mielialani on erittäin synkkä ja raskas. Oloni on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.

C/Markku Ojanen 1996

ARVOSTUKSEN SAAMINEN

Alla oleva jana kuvaa arvostuksen saamista lähelläsi olevilta ihmisiltä. Missä määrin sinua arvostetaan ihmisenä? Tunnetko, että sinuun suhtaudutaan hyväksyen ja kunnioittaen? Koeta muodostaa kokonaiskuva niistä kokemuksista, joita sinulla on. Ajattele erityisesti niitä ympäristöjä joissa vietät suurimman osan ajastasi. Janan yläpäässä olevat kuvaukset kuvaavat suurta arvostusta ja alapäässä olevat arvostuksen puuttumista. Keskikohdassa on "siltä väliltä" -kuvauksia. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa käsitystäsi. Vedä janan yli lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on osuvin. Poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuu lähes yhtä hyviltä.

ERITTÄIN ARVOSTETTU	100	Minua arvostetaan sellaisena kuin olen. Tunnen, että minut hyväksytään ihmisenä ja että minun ei tarvitse koko ajan huolehtia siitä, mitä minusta ajatellaan ja mitä minulta odotetaan.
HYVIN ARVOSTETTU	90	Tunnen, että minua arvostetaan, vaikka joskus jonkin vastoinkäymisen jälkeen sitä voin epäilläkin. Kokemus arvostettuna ja hyväksyttynä ihmisenä olemisesta on vahva.
ARVOSTETTU	80	Uskon, että minua arvostetaan. Joskus olen asiasta epävarma, mutta tällaiset kokemukset ovat sittenkin harvinaisia. Yleensä minulla on tunne, että olen hyväksytty.
MELKO ARVOSTETTU	70	Useimmiten minulla on tunne, että minua arvostetaan ihmisenä, mutta aina välillä tulee sellaisiakin kokemuksia, että minua ei pidetä arvossa.
	60	Vaikka minulla on paljon sellaisia kokemuksia, että minua ei hyväksytä, sittenkin enemmän minulla on kokemuksia, että olen arvostettu ja hyväksytty ihminen.
SEKÄ ARVOSTETTU ETTÄ VÄHEKSYTTY	50	Joskus saan arvostusta, joskus en. Arvostuksen määrä vaihtelee tilanteiden ja ihmisten mukaan. Kokonaisuutena arvioiden Arvostuksen ja väheksynnän vaaka on tasapainossa.
MELKO VÄHEKSYTTY	40	Vaikka saan aika lailla arvostusta osakseni, minulla on tunne, että minuun kohdistuvaa väheksyntää on hiukan enemmän. Vaaka kallistuu kielteiseen suuntaan.
	30	Minuun kohdistuvaa väheksymistä on enemmän kuin arvostusta. Joskus tuntuu kuin olisin muiden mielestä arvokas, mutta enimmäkseen tunnen, että minua väheksytään.
VÄHEKSYTTY	20	Kohtaan paljon väheksymistä. Minua ei arvosteta riittävästi. Tunnen muutamia ihmisiä tai paikkoja, joissa saan jonkin verran arvostusta, mutta arvostuksen määrä jää vähäiseksi.
	10	Minua ei arvosteta ihmisenä. Minulla on lähes jatkuvasti tunne, että minua vähätellään ja väheksytään. Saan etsimällä etsiä sellaisia ihmisiä tai tilanteita, joissa voisin tuntea itseni arvostetuksi.
ERITTÄIN VÄHEKSYTTY	0	Tuntuu, että kukaan ei arvosta minua. Ympärilläni olevat ihmiset väheksyvät ja vähättelevät minua.

PÄÄTÖSVALTA

Miten suurina koet mahdollisuutesi vaikuttaa omiin arkisiin asioihisi? Missä määrin voit valita oman ohjelmasi, aikataulusi, ystäväsi, harrastuksesi, vaatteesi ym. asiat? Tunnetko, että sinulla on valtaa omissa asioissasi? Seuraavassa on sarja vaihtoehtoja, jotka kuvaavat niitä erilaisia kokemuksia, joita ihmisillä tästä asiasta on. Lue vaihtoehdot läpi ja vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka parhaiten vastaa omaa käsitystäsi päätösvallastasi. Viivan voi vetää kuvausten (kymmenlukujen) väliinkin, jos tulkintasi sijoittuu kahden kuvauksen välille.

ERITTÄIN SUURI PÄÄTÖSVALTA	100	Pystyn arkielämässäni vaikuttamaan kaikkiin niihin pieniin ja suuriin asioihin, jotka ovat minulle tärkeitä. Tunnen, että saan päättää omista asioistani kenenkään niihin puuttumatta.
HYVIN SUURI PÄÄTÖSVALTA	90	Voin vaikuttaa lähes kaikkiin arkisiin asioihin, joita pidän tärkeinä. Joskus minun on otettava huomioon jonkin toisen ihmisen mieltä, mutta sillä ei ole suurta merkitystä.
SUURI PÄÄTÖSVALTA	80	Vaikka minuun kohdistuu joitakin paineita tai rajoituksia, voin paljonkin vaikuttaa siihen, miten järjestän elämäni ja asiani. Pystyn tekemään itsenäisiä valintoja ja ratkaisuja.
MELKO SUURI PÄÄTÖSVALTA	70	Vaikka elämässäni on sellaisiakin asioita, joissa minun on otettava muut ihmiset huomioon ja kuunneltava heidän mielipidettään, suurin osa arkisista asioista on sellaisia, joissa voin itse tehdä päätöksen.
	60	Elämässäni on sekä sellaisia asioita, joihin voin vaikuttaa että sellaisia, joihin en voi vaikuttaa. Niitä, joihin voin vaikuttaa on kuitenkin hiukan enemmän kuin niitä, joihin en voi vaikuttaa.
KOHTALAINEN PÄÄTÖSVALTA	50	Mahdollisuuteni vaikuttaa arkisiin asioihini ovat rajallisia. Toisaalta voin päättää asioistani, toisaalta olen ympäristöni ja muiden ihmisten armoilla. Oma ja lähiympäristön vaikutus on ikään kuin tasapainossa. Kummallakin on yhtä suuri merkitys.
MELKO VÄHÄINEN PÄÄTÖSVALTA	40	Vaikka voin vaikuttaa moniin arkisiin asioihini, jään kuitenkin niukasti toiseksi, kun on kysymys päätösvallasta. Muitten ihmisten ja olosuhteiden vaikutus on hiukan suurempi kuin oma päätösvaltani.
	30	Joudun useimmissa arkielämään kuuluissa asioissa alistumaan muiden tahtoon. On asioita, joissa vaikuttaminen on mahdollista, mutta enimmäkseen tunnen olevani muiden ihmisten tai olosuhteiden armoilla.
VÄHÄINEN PÄÄTÖSVALTA	20	Mahdollisuuteni vaikuttaa omaan arkielämään ovat rajalliset. En voi paljoakaan vaikuttaa asioihini. Ne asiat, joissa vaikuttaminen on mahdollista, ovat useimmiten aika vähäisiä.
HYVIN VÄHÄINEN PÄÄTÖSVALTA	10	Tunnen itseni avuttomaksi. En voi päättää paljon mistään. Minun mielipidettäni kysytään kovin harvoin. Valintani ja päätökseni tuntuvat kovin vähäpätöisiltä.
ERITTÄIN VÄHÄINEN PÄÄTÖSVALTA	0	Olen kuin lastu laineilla. Joudun alistumaan kaikessa. Valintani ja päätökseni ovat näennäisiä. Kaikki, mitä minulle tapahtuu riippuu muitten ihmisten tahdosta. En lainkaan pysty vaikuttamaan omiin arkisiin asioihini.

TURVALLISUUS

Missä määrin ympäristö, jossa elät, tuntuu sinusta turvalliselta? Tunnetko, että olosi on hyvin turvallista, eikä sinun tarvitse pelätä mitään vai koetko olosi turvattomaksi ja epävarmaksi? Turvallisudessa on kaksi puolta: henkinen ja fyysinen. Fyysinen turvallisuus tarkoittaa, ettei tarvitse pelätä lyömistä tai pahoinpitelyä ja henkinen sitä, ettei kukaan uhkaile tai pelottele. Myös seksuaalinen ahdistelu arvioidaan tässä yhteydessä. Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN SUURI TURVALLISUUS	100	Minun ei tarvitse pelätä nykyisessä ympäristössäni mitään. Tunnen olevani kaikin puolin turvassa. Kukaan tai mikään ei uhkaa minua.
HYVIN SUURI TURVALLISUUS	90	Elinympäristöni on hyvin turvallinen. Jos jotakin joskus pelkään, se liittyy pikemminkin siihen, että joudun lähtemään tästä ympäristöstä.
SUURI TURVALLISUUS	80	Ympäristö, jossa elän on turvallinen. Mitään fyysistä uhkaa (väkivaltaa) ei ole odotettavissa ja kielelliset uhkauksetkin ovat harvinaisia. Jos joku sellaisia esittää, hän yleensä katu puheitaan.
MELKO SUURI TURVALLISUUS	70	Kokonaisuutena elinympäristöni on turvallinen. Vaikka joitakin puutteita onkin, ne eivät ole kovin merkittäviä. Joku lähipiiriini kuuluva saattaa tosin joskus harrastaa uhkailua tai pelottelua.
	60	Ympäristössäni on sekä myönteistä että kielteistä. Myönteistä on se, että ruumiin puolesta ei tarvitse pelätä, mutta kielteistä se, että erilaista uhkailua ja pelottelua esiintyy aika paljon. Ilmapiiri ei ole niin turvallinen kuin se voisi olla.
KOHTALAINEN TURVALLISUUS	50	Elinympäristössäni sekä myönteistä että kielteistä. Molempia tuntuu olevan yhtä paljon. Ikävät ja haavoittavat puheet ovat kielteisinä asia. Fyysistä väkivaltaa ei sentään ole esiintynyt.
	40	Ympäristössäni on turvallisuuteen liittyviä ongelmia. Yleensä ne näkyvät uhkailuna ja pelotteluna ja joskus, tosin harvoin, joku turvautuu lievään fyysiseenkin väkivaltaan (esim. tönimiseen).
MELKO HEIKKO TURVALLISUUS	30	Turvallisudessa on selviä puutteita. Ruumiin puolesta on yleensä turvassa, jos heti vetäytyy kiistoista, mutta kaikenlaista uhkailua ja pelottelua on aivan liian paljon.
HEIKKO TURVALLISUUS	20	Turvallisuus ei ole kovinkaan hyvä. Täällä saa pelätä myös ruumiinsa puolesta. Voi saada nyrkistä jos ei anna periksi. Varovaisuus on tässä ympäristössä hyve, ettei käy huonosti.
HYVIN HEIKKO TURVALLISUUS	10	Tässä ympäristössä tuntee olonsa turvattomaksi. Esiintyy kaikenlaista uhkailua ja pelottelua, joka on pakko ottaa vakavasti, jos aikoo pärjätä. Myös ruumiinsa puolesta täytyy pelätä.
ERITTÄIN HEIKKO TURVALLISUUS	0	Ympäristö, jossa elän, on kovin turvaton. Saa jatkuvasti pelätä, että joku ajaa tahtonsa perille vaikka lyömällä, jos ei muu auta. Koskaan ei tiedä, mitä päivä tuo tullessaan. Aina saa olla varuillaan.

ELÄMÄNASENNE

Ihmiset ovat luonteeltaan optimisteja tai pessimistejä - tai jotakin siltä väliltä. Kumpaan ryhmään sinä kuulut? Oletko optimistinen ihminen, joka kaikessa näkee jotakin myönteistä, ainakin alkuna johonkin parempaan vai oletko päinvastoin pessimistinen ihminen, joka näkee kaiken tummien silmälasien läpi? Alla olevassa asteikossa on esitetty useita vaihtoehtoja täydellisestä optimismista täydelliseen pessimismiin. Valitse niistä se, joka kuvaa sinua parhaiten. Valitse se kohta alla olevasta asteikosta, joka parhaiten vastaa oma elämänasennettasi. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on mielestäsi osuvin. Viivan voi vetää myös kymmenlukujen väliin, jos kumpikaan lähekkäisistä kymmenlukuista ei tunnu osuvalta.

ERITTÄIN MYÖNTEINEN ASENNE	100	Olen optimisti isolla O:lla. Näen kaikessa jotakin myönteistä ja uskon asioiden aina kääntyvän parempaan suuntaan. Ei ole niin huonoa asiaa, etteikö siihen kätkeytyisi jotakin myönteistä.
	90	Optimismini on niin vahva, että vain hyvin harvoin optimismini pettää ja mieleeni tulee pessimistisiä ajatuksia. Tällainen vaihe ei kestä kauan, koska olen luonnostani optimisti.
MYÖNTEINEN ASENNE	80	Asenteeni elämään on optimistinen. Joskus mielessäni liikkuu kielteisiä asioita, mutta sellainen on minulle kaikkea muuta kuin tyyppillistä.
	70	Olen enimmäkseen optimistinen ja odotan ikävienkin asioiden kääntyvän parhain päin. Kun joskus olen pessimistinen, se ei kestä kovin kauan.
MELKO MYÖNTEINEN ASENNE	60	Minussa on hiukan enemmän optimistia kuin pessimistiä. Ajoittain pessimismi valtaa mieleni, mutta sitten ajatukset kääntyvät taas optimismin puolelle.
"SEKÄ - ETTÄ -ASENNE	50	Olen yhtä paljon optimisti kuin pessimisti. Välillä uskon, että asiat kääntyvät parhain päin, välillä taas tuntuu siltä, että kaikki menee huonosti.
	40	Jos joudun valitsemaan, kumpi on minulle tunnusomaisempaa, kallistun pessimismin puolelle. En sanan varsinaisessa merkityksessä ole pessimisti, mutta luonteeni kallistuu siihen suuntaan.
MELKO KIELTEINEN ASENNE	30	Minussa on selvästi enemmän pessimistiä kuin optimistia. Minun on helppo löytää asioista kielteisiä puolia ja ajatella, että asiat eivät muutu ainakaan parempaan suuntaan.
KIELTEINEN ASENNE	20	Olen aikamoinen pessimisti. Joskus muiden optimismi voi tarttua minuunkin ja oikein odotan, että jotakin myönteistä tapahtuisi. Pian kuitenkin palaan pessimistisiin ajatuksiini.
	10	En ehkä ole laivan kaikkein pahin pessimisti, mutta paljon siitä ei puutu. Olen aina varustautunut pahimman varalle. En oikein jaksa uskoa siihen, että minulle voisi jotakin hyvää tapahtua.
ERITTÄINEN KIELTEINEN ASENNE	0	Olen pessimisti. Tiedän ja tunnen, että kaikki menee huonosti juuri minun kohdallani. Jos jokin näyttää hyvältä, on se vain merkki siitä, että jotakin huonoa on tulossa.

SOMAATTISET OIREET

Miten voimakkaita somaattisia (kehoon liittyviä) oireita sinulla on ollut viime aikoina (noin puolen vuoden aikana)? Nämä oireet voivat liittyä sydämen, keuhkojen, lihasten, ruuansulatuksen, ihon tai virtsaamisen ja ulostamisen alueille. Tällaisia somaattisia oireita voivat olla esimerkiksi sydämen lyöntien tihentyminen, hengityksen salpaantuminen tai tihentyminen, lihasten jännittyminen, päänsärky, pahan olon tai heikkouden tunne, vatsavaivat, vapina, hikoilu tai virtsaamisen ja ulostamisen vaikeus. Tehtäväsi on arvioida, miten voimakkaina tai kiusallisina nämä oireet sinulla ilmenevät. Kysymys on näiden oireiden yleisestä kiusallisuudesta tai haitta-asteesta, siitä, missä määrin ne haittaavat ja vaikeuttavat elämistäsi ja olemistasi. Valitse se kohta alla olevasta asteikosta, joka parhaiten vastaa oma tilannettasi viime aikoina. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on mielestäsi osuvin. Viivan voi vetää myös kymmenlukujen väliin, jos kumpikaan lähemmästä kymmenluvusta ei tunnu osuvalta.

ERITTÄIN VAIKEAT OIREET	100	Somaattiset oireeni ovat erittäin vaikeita. Minulla on monia erilaisia oireita ja ne ovat hyvin kiusallisia. Oireet vievät kaiken huomioni ja tekevät keskittymisen työhön tai harrastuksiin mahdottomaksi.
	90	Monet somaattiset oireeni tekevät oloni tuskalliseksi ja rasittavaksi. En oikein tiedä, miten selviän tästäkin päivästä. Työnteosta ei tahdo tulla mitään ja muutenkin oireet tahtovat viedä kaiken huomion.
VAIKEAT OIREET	80	Minulla on vaikeita somaattisia oireita, jotka tekevät elämäni hankalaksi. Vain hetkittäin vaivat voivat hellittää ja pystyn tekemään jotakin ilman, että ne ovat aina mielessäni. Esimerkiksi työnteko on vaikeaa.
	70	Oireeni ovat melko vaikeita ja niiden kanssa on tekemistä. Välillä minulla on parempiakin hetkiä, mutta enimmäkseen saan kamppailla oireitteni kanssa. Oireet rajoittavat työntekoa ja harrastamista.
MELKO VAIKEAT OIREET	60	Minulla on yksi tai useampia sellaisia oireita, jotka vaikeuttavat merkittävästi elämääni. Välillä tuntuu, että pääsen voiton puolelle, mutta sitten taas oireet alkavat vaivata. Huonoja aikoja tai vaiheita tuntuu olevan hiukan enemmän kuin hyviä.
KOHTALAISET OIREET	50	Elämä oireitten kanssa on jonkinlaista tasapainoilua. Välillä ne vaivaavat kovastikin, välillä olo on siedettävää tai kohtuullista. Välillä tuntuu, että oireet ovat häviämässä, mutta sitten ne taas alkavat vaivata.
	40	Vaikka minulla on kiusallisia oireita, ovat ne jotenkin hallinnassa. Myönteisiä aikoja tai vaiheita on sittenkin hiukan enemmän kuin kielteisiä. Työn tekeminen ja harrastaminenkin ovat mahdollisia.
MELKO LIEVÄT OIREET	30	Minulla on jokin tai joitakin oireita, jotka ovat kyllä ajoittain kiusallisia, mutta enimmäkseen tulen niiden kanssa juttuun. Ne eivät kovin paljon haittaa esim. työntekoa ja harrastamista.
LIEVÄT OIREET	20	Minulla on silloin tällöin joitakin oireita, joiden olemassaolon kyllä huomaa, mutta ne eivät ole kovin vaikeita tai kiusallisia. Kyseessä on lähinnä väsymys, kolotus tai lievä särky.
	10	Minulla ei ole sellaisia oireita, jotka olisivat kestäneet kauemmin. Korkeintaan työhön tai arkiseen elämään liittyvät paineet saattavat joskus synnyttää jotakin lievää oiretta (esim. päänsärkyä, lihasjännitystä tai vatsavaivoja).
EI OIREITA	0	Minulla ei viime aikoina ole ollut mitään mainitsemisen arvoisia somaattisia oireita.

VOINTI (TERVEYS)

Millainen on vointisi tai terveytesi tällä hetkellä? Arvioi oheisen janan avulla tämänhetkistä vointiasi. Vedä poikkiviiva siihen kohtaan, joka kuvaa tilannettasi parhaiten tällä hetkellä. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pystysuoralla janalla. Voit siis vetää viivan myös kuvausten väliin. Jos esim. vointisi on jossakin "hyvän" ja "melko hyvän" välillä, mutta lähempänä "hyvää", vedä poikkiviiva lähemmäs "hyvää".

ERITTÄIN HYVÄ	100	Tällä hetkellä minulla ei ole mitään oireita tai vaivoja. Tunnen itseni hyvinvoivaksi ja terveeksi.
OIKEIN HYVÄ	90	Oireet tai vaivat ovat siinä määrin vähäisiä, että niistä ei juuri kannata puhua. Voin tällä hetkellä oikein hyvin.
HYVÄ	80	Minulla on muutamia lieviä oireita tai vaivoja, mutta ne eivät merkittävästi haittaa elämääni.
MELKO HYVÄ	70	Vaikka terveyteni on pikemminkin hyvä kuin huono, minulla on joitakin vaivoja tai oireita, jotka jonkin verran verran haittaavat elämääni.
HYVÄNLAINEN	60	Minulla on kiusallisia vaivoja tai oireita, jotka haittaavat ja vaikeuttavat elämääni. Jos joudun valitsemaan "hyvän" ja "huonon" välillä, niin arvioni painottuu kuitenkin "niukasti hyvän"puolelle.
KOHTALAINEN	50	Minun on vaikea sanoa, onko vointini hyvä vai huono. Sanonnat"siltä väliltä" tai "vähän kumpaakin" tuntuvat osuivilta.
HUONONLAINEN	40	Arvioni voinnistani kallistuu huonoon suuntaan, koska minulla on sen verran vaikeita oireita tai vaivoja, että ne häiritsevät jokapäiväistä elämääni.
MELKO HUONO	30	Vointini on melko huono, minulla on oireita ja vaivoja melko paljon ja ne ovat kiusallisia.
HUONO	20	Vointini on tällä hetkellä huono; oireet ja vaivat haittaavat merkittävästi elämistä.
OIKEIN HUONO	10	Oireet ja vaivat ovat niin kiusallisia ja vaikeita, että vain joten kuten, päivä kerrallaan, niiden kanssa selviytyy.
ERITTÄIN HUONO	0	Vointini on tällä hetkellä niin huono, että en tiedä, miten tästä selviydyin eteenpäin.

TYTYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN

Miten tyytyväinen olet elämääsi tällä hetkellä? Tehtäväsi on arvioida tyytyväisyyttäsi elämään alla olevalla asteikolla. Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN TYTYTYVÄINEN	100	Olen erittäin tyytyväinen elämääni. Asiani eivät voisi olla paremmin. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.
HYVIN TYTYTYVÄINEN	90	Olen hyvin tyytyväinen elämääni. Minun on vaikea keksiä, mitä vielä toivoisin tai haluaisin.
TYTYTY- VÄINEN	80	Olen tyytyväinen elämääni. On vain muutamia asioita, joihin en ole tyytyväinen. Niistä ei ole minulle paljon harmia.
	70	Olen elämääni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kielteisiä asioita.
MELKO TYY- TYVÄINEN	60	Eräistä kielteisistä asioista huolimatta arvioni elämäntilanteestani painottuu myönteiseksi.
KOHTALAI- SEN TYTYTY- VÄINEN	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämässäni ja ovat omalla tavallaan tasapainossa. Joihinkin asioihin olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvasti tyytymättömyyttä.
	40	Eräistä myönteisistä asioista huolimatta arvioni elämäntilanteestani painottuu kielteiseksi.
MELKO TYTYTYMÄTÖN	30	Olen melko tyytymätön elämääni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydytystä tuottavia asioita.
TYTYTYMÄTÖN	20	Olen tyytymätön elämääni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät kovin paljon minua lämmitä.
HYVIN TYTYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämäni. Minun on vaikea keksiä asioita, joihin olisin tyytyväinen.
ERITTÄIN TYTYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.

SOSIAALISET SUHTEET

Seuraava portaikko kuvaa sosiaalisten suhteitten laatua ja tyydyttävyyttä. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jolla on erittäin suuria vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa. Alimpana taas on vaihtoehto 100 joka kuvaa henkilöä, jonka sosiaaliset suhteet ovat erinomaisen hyvällä mallilla. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat sosiaalisten suhteiden laadun ja määrän eri asteita. Millainen sinä olet? Mikä kuvauksista sopii sinuun parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivan sinuun. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta.

ERITTÄIN YKSINÄINEN	0	Olen hyvin yksinäinen. Minulla ei ole läheisiä ihmisiä.
	10	Sosiaalisista suhteistani ei juuri kannata puhua. Tapaan ohimennen muutamia ihmisiä, joista ei minulle ole paljoakaan iloa. Enimmäkseen olen yksikseni. Omaisten kanssa en juuri ole tekemisissä.
YKSINÄINEN	20	En tahdo saada yhteyttä muihin ihmisiin tai sitten ihmiset jotenkin vierastavat minua. Suhteeni muihin ihmisiin, myös omaisiin, ovat pinnallisia ja jos yritän saada läheisempiä suhteita aikaan, niihin alkaa tulla ongelmia.
	30	Sosiaaliset suhteeni ovat niukkoja ja etäisiä. Tällä hetkellä minulla ei ole läheisiä suhteita kehenkään. Tunnen muutamia henkilöitä, joitten kanssa voin jutella, mutta asiat joista puhutaan, ovat pinnallisia.
MELKO YKSINÄINEN	40	Sosiaaliset suhteeni ovat aika pinnallisia tai sitten joudun helposti kiistoihin ihmisten kanssa. Sosiaalinen tilanteeni sävytyy pikeminkin kielteiseksi kuin myönteiseksi. Olen jonkin verran tekemisissä omaisten kanssa, mutta suhteet ovat aika etäisiä.
KOHTALISET SOSIAALISET SUHTEET	50	Sosiaaliset suhteeni eivät ole erityisen hyvällä mallilla, vaikka mitään suuria ongelmia ei olekaan: minulla on yhteyksiä joihinkin ihmisiin tai omaisiin, mutta nämä yhteydet eivät ole kovin syvällisiä. Kaipaen läheisempiä yhteyksiä.
	60	Sosiaalisissa suhteissani on silttenkin enemmän myönteistä kuin kielteistä, vaikka asiat eivät ole niin hyvin kuin toivoisin. Minulla on muutamia ihmisiä, jotka ovat minulle tärkeitä. Tapaan heitä kuitenkin liian harvoin ja tunnen itseni aika ajoin yksinäiseksi.
SOSIAALISET SUHTEET	70	Sosiaaliset suhteeni ovat melko hyvät. Tapaan jatkuvasti sellaisia ihmisiä, joiden kanssa voi vaihtaa ajatuksia. Kuitenkin jotakin puuttuu. Aivan kaikista asioista ei voi puhua tai sitten noilla ihmisillä ei ole minulle riittävästi aikaa.
HYVÄT SOSIAALISET SUHTEET	80	Kokonaisuutena arvioiden sosiaaliset suhteeni ovat aika hyvällä mallilla. Minulla on muutamia läheisiä ihmisiä, joita tapaan säännöllisesti tai joiden kanssa olen jatkuvasti tekemisissä. Tosin joskus koen itseni yksinäiseksi ja kaipaan ihmistä, jolle voisin puhua.
	90	Sosiaaliset suhteeni ovat kunnossa. Mitään erityistä valittamista minulla ei ole. Minulla on riittävästi ystäviä ja omaisia, joitten kanssa voin olla yhteydessä. Näissä asioissa kaikilla on joskus pikku murheita, niin minullakin.
ERITTÄIN HYVÄT SOSIAALISET SUHTEET	100	Tulen erittäin hyvin toimeen ihmisten kanssa. Minulla on paljon ystäviä, joiden kanssa voin olla niin usein kuin haluan. Suhteet omaisiin ovat hyvät. Minulla on läheisiä ihmisiä, joille voin tarvittaessa uskoutua ja joiden kanssa voin puhua luottamuksellisesti.

KODINHOITO

Seuraava portaikko kuvaa selviytymistä kodinhoidosta (Ruoanlaitto, siivous, vaatteiden hoito, ym.). Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jonka ongelmat kodinhoidossa ovat erittäin suuria. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa henkilöä, joka selviytyy erittäin hyvin kodinhoidosta. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat kodinhoitoon liittyvien taitojen ja valmiuksien eri asteita. Millainen sinä olet? Mikä kuvauksista sopii sinuun parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivan sinuun. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Rengasta parhaalta tuntuva vaihtoehto. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta.

SELVIYDYN ERITTÄIN HUONOSTI	0	En selviydy ilman apua kotiaskareista. Olen aivan avuton näissä asioissa. Mistään ei tule mitään. Asuntoni/huoneeni on kuin sikolätti, elleivät toiset sitä siivoa. Ruokaa en osaa lainkaan laittaa. Vaatteet jäävät hoitamatta.
	10	Kodinhoitoon liittyvät asiat ovat minulle vieraita ja hankalia. Muut ovat ne aina hoitaneet puolestani. Kun saan oikein tarkat ohjeet ja paljon tukea, voin saada jotakin tehdyksi, vaikkapa huoneeni siivotuksi. Ruokaa en osaa laittaa, ellei joku ole neuvomassa ja vaatteet jäävät huoltamatta.
SELVIYDYN HUONOSTI	20	Kaikki arkiset, kodinhoitoon liittyvät asiat ovat minulle hankalia. Huoneeni/kotini siisteydessä on usein toivomisen varaa. Hyvä jos saan perunat tai puuron keitetyksi.
	30	En ole tottunut pitämään huolta kotiin liittyvistä asioista. Kunhan enimpiä roskea korjailen pois. Ruokaa en viitsi laittaa, vaikka vähän osaisinkin. Käyn mieluummin syömässä muualla tai odotan että minulle laitetaan ruokaa.
SELVIYDYN MELKO HUONOSTI	40	Kodinhoito ei suju kovinkaan hyvin, vaikka jotakin ruokaa osaan laittaakin. Siisteydenkin kanssa on välillä vähän niin ja näin, vaikka joskus innostunkin siivoamaan.
SELVIYDYN	50	Selviydyn kodinhoitoon liittyvistä asioista kohtalaisesti, vaikka KOHTALAISESTI mitään kehumista ei olekaan. Osaan laittaa yksinkertaista ruokaa ja siivoilenkin silloin tällöin.
	60	Kodinhoitoon liittyvät asiat eivät ole minulle helppoja, vaikka tärkeimmät asiat tulevatkin hoidetuksi. Ulkopuolisen mielestä selviydyn näistä asioista kohtuullisesti, vaikka puutteita onkin.
SELVIYDYN MELKO HYVIN	70	Arkisten, kodinhoitoon liittyvien asioiden hoito ei ole vahvimpia puoliani, mutta selviydyn näistä asioista aika mukavasti. Osaan laittaa ruokaa ja siivoilenkin tarvittaessa. Vaatteiden huoltaminen tahtoo jäädä heikommalle.
SELVIYDYN HYVIN	80	Selviydyn kodinhoitoon liittyvistä asioista aika hyvin, vaikka joskus väsähdänkin. Mitään erityisiä vaikeuksia ei minulla silti ole näissä asioissa ollut.
	90	Pidän huoneeni/kotini siistinä ja ruokaakin saan aikaan tarvittaessa. Voin tarjota vaikka vieraillekin. Jos joskus vähän hellitän, niin se ei kauan kestä. Sitten panen paikat kuntoon. Vaatteeni huollan hyvin.
SELVIYDYN ERIT- TÄIN HYVIN	100	Selviydyn hyvin päivittäisistä askareista. Voisin vaikka ruveta jotakin taloutta hoitamaan. Kaikkien mielestä kotini/huoneeni on hyvin hoidettu ja laittamaani ruokaa kelpaa syödä. Olen saanut paljon tunnustusta tavasta, jolla hoidan näitä asioita.

HARRASTEET

Seuraava portaikko kuvaa harrasteiden määrää. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jolla on erittäin vähän harrastuksia. Hän ei tee juuri mitään muuta kuin oleilee. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa erittäin toimeliasta henkilöä. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat harrasteiden määrän eri asteita. Millainen sinä olet? Mikä kuvauksista sopii sinuun parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivan sinuun. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta. Harrastukseksi ei lueta valikoimatonta TV:n katsomista ja radion tai nauhurin kuuntelua tai viikkolehtien selailua. Harrastuksiin luetaan esim. liikunta, askartelu, taiteiden harrastaminen, yhdistystoiminta, käsitöiden tekeminen, yms.

ERITTÄIN VÄHÄN HARRASTUKSIA	0	Minulla ei ole mitään mainitsemisen arvoisia harrastuksia.
HYVIN VÄHÄN HARRASTUKSIA	10	Harrastuksistani ei juuri kannata puhua. Ajoittain voin innostua jotakin, mutta se ei yleensä kestä kauan. Harrastamiseen ei jää aikaa tai ei ole halua.
VÄHÄN HARRASTUKSIA	20	Harrastamiseni jää vähäiseksi. Jotakin pientä puuhaa minulla on (esim. kävelyretket, lukeminen), mutta valtaosa vapaa-ajastani menee oleilun merkeissä.
MELKO VÄHÄN HARRASTUKSIA	30	En ole kovinkaan innokas harrastaja. Joskus teen käsitöitä tai puuhaan jotakin muuta. Käyn myös joskus erilaisissa tilaisuuksissa. Pääasiassa aikani kuluu oleilun ja valikoimattoman TV:n katselun tai radion kuuntelun merkeissä.
JONKIN VERRAN HARRASTUKSIA	40	Vaikka minulla on joitakin harrastuksia, niin suurempi osa vapaa-ajasta kuluu oleilun, TV:n ja lehtien parissa.
KOHTALAISESTI HARRASTUKSIA	50	Käytän suunnilleen yhtä paljon ajastani harrastuksiin kuin pelkkään oleiluun ja valikoimattomaan TV:n katseluun ja radion kuunteluun.
AIKA LAILLA HARRASTUKSIA	60	Minulla on sen verran harrastuksia, että niissä kuluu enemmän aikaa kuin pelkässä oleilussa.
MELKO PALJON HARRASTUKSIA	70	Minulla on muutamia harrastuksia joitten parissa kulutan melko paljon aikaa. Toimettomaan oleilemiseen kuluu selvästi vähemmän aikaa kuin oleiluun.
PALJON HARRASTUKSIA	80	Minulla on aika paljon harrastuksia, joista yksi vie runsaastikin aikaa. Aikaa oleiluun ei kovin paljon jää.
HYVIN PALJON HARRASTUKSIA	90	Minulla on runsaasti harrastuksia. En juuri ole toimettomana. Harrastuksia on sekä kodin ulkopuolella että kodissa.
ERITTÄIN PALJON HARRASTUKSIA	100	Minulla on erittäin paljon harrastuksia. Olen aina menossa tai tekemässä jotakin. "Tyhjää" aikaa ei jää ollenkaan.

ASIOINTI

Seuraava portaikko kuvaa asioinnin, arkisten asioiden (raha-asiat, hankinnat, viralliset asiat, ym) hoitamisen sujumista. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jolle omien asioiden hoitaminen tuottaa suuria vaikeuksia. Hän ei pysty hoitamaan asioitaan. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa erittäin hyvin asiansa hoitavaa henkilöä. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat asioiden hoitamisen eri asteita. Millainen sinä olet? Mikä kuvauksista sopii sinuun parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivan sinuun. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta.

SELVIÄN ERITTÄIN HUONOSTI	0	Tällä hetkellä muut hoitavat kaikki asiani. Minun ei lainkaan tarvitse niihin puuttua.
	10	Asioiden hoito on minulle hyvin tuskallista ja vaikeaa. En ole tottunut asioitani hoitamaan. Joskus toimittelen joitakin pieniä asioita, mutta yleensä muut (omaiset, hollhooja, hoitaja, viranomainen) pitävät asioistani huolta.
SELVIÄN HUONOSTI	20	Aivan lähellä olevia asioita olen hoitanut, mutta mihinkään kauemmas en mene. Muut saavat hoitaa kaikki vähänkin hankalimmat asiat.
	30	Muut hoitavat pääosan asioistani. Yksinkertaisia, lähellä olevia asioita olen valmis hoitamaan. Pelkään asioiden hoitamista.
SELVIÄN MELKO HUONOSTI	40	Muut hoitavat asioistani vähän suuremman osan kuin minä itse. On asioita joita en kerta kaikkiaan pysty hoitamaan.
	50	Hoidan suunnilleen puolet henkilökohtaisista asioistani. Muut hoitavat toisen puolen.
	60	Hoidan pääosan asioistani itse, mutta on muutamia asioita, joita en osaa hoitaa. Ne annan muiden tehtäväksi.
SELVIÄN MELKO HYVIN	70	Yleensä hoidan asiani itse, mutta mielelläni otan apua tai annan muiden niitä hoitaa, jos he vain siihen suostuvat. Asioiden hoitaminen ei ole minulle aivan helppoa.
	80	Hoidan käytännöllisesti katsoen kaikki asiani itse. Vain verotuksessa tai kirjelmien laatimisessa saatan tarvita apua.
SELVIÄN HYVIN	90	Hoidan itse kaikki henkilökohtaiset asiani. Joskus tarvitsen neuvoja, mutta muuten selviän hyvin.
	100	Hoidan itse kaikki asiani. Autan muitakin erilaisissa virallisissa asioissa.
SELVIÄN ERITTÄIN HYVIN		

TYÖKYKY

Seuraava portaikko kuvaa työkyvyn astetta. Alin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jonka työkyky on erittäin huono. Ylimpänä taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa erittäin työkykyistä henkilöä. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat työkyvyn eri asteita. Millainen sinä olet? Mikä kuvauksista sopii sinuun parhaiten? Aloita alimmasta vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivan sinuun. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta. Tee arviosi nykyisen työsi kannalta tai jos et nyt ole työssä, sen työn perusteella, jossa viimeksi olet ollut.

ERITTÄIN HYVÄ TYÖKYKY	100	Työkyvyssäni ei ole mitään ongelmia tällä hetkellä. Jaksan erittäin hyvin työssäni ja nautin siitä.
	90	Pystyn tekemään normaalin työpäivän ilman mitään suurempia ongelmia tai vaikeuksia. Työssä väsyminen on tilapäistä ja aiheutuu yleensä siitä, että olen kipeänä.
HYVÄ TYÖKYKY	80	Minulla on ajoittain vaikeuksia työssäni joko sen raskauden tai hankalien ihmissuhteitten takia. Selviydyn kuitenkin työssä kohtalaisesti. Pystyn olemaan työssä kahdeksan tuntia päivässä ympäri vuoden.
	70	Jatkuva työssäolo tuottaa minulle melkoisia vaikeuksia, mutta selviydyn päivän kerrallaan. Vaikeuksia voi aiheuttaa esimerkiksi työn raskaus tai oma huono kuntoni
MELKO HYVÄ TYÖKYKY	60	Selviydyn jotenkin normaalista työpäivästä, mutta se vaatii minulta ponnisteluja. Olen jatkuvasti väsynyt ja rasittunut.
	50	Normaali kahdeksan tunnin työpäivä vaatii kovia ponnistuksia. Voimani eivät tahdo riittää näin pitkään työpäivään. Olen aivan lopussa päivän päättyessä, enkä jaksa illalla enää mitään.
MELKO HUONO TYÖKYKY	40	En selviydy kunnolla normaalista työpäivästä, vaan minun on tehtävä lyhempiä työpäiviä tai oltava ajoittain pois työstä. Joudun ottamaan sairauslomia jaksakseni nykyisessä työssäni.
	30	Nykyisessä kunnossani selviydyn jotenkin puolipäivätyöstä. Se on kuitenkin voimieni ylärajoilla.
HUONO TYÖKYKY	20	Pystyn tekemään puoli päivää työtä, jos työ on kevyttä, esim. suojatyötä ja jos ihmiset suhtautuvat minuun kannustavasti ja ymmärtäväisesti.
	10	Pystyn tekemään kevyttä työtä (suojatyötä) tunnin, pari päivässä, mutta sekin tuntuu ajoittain raskaalta.
ERITTÄIN HUONO TYÖKYKY	0	En kykene tekemään juuri minkäänlaista työtä nykyisessä kunnossani. Jaksan vain viisi, korkeintaan kymmenen minuuttia kerrallaan.

FYYSINEN (RUUMIILLINEN) KUNTO

Arvioi seuraavalla asteikolla omaa kuntoasi. Älä ota huomioon psyykkistä tai henkistä puolta, vaan arvioi vain fyysinen (ruumiin, kehon) kunto? Huomioi erityisesti se, miten selviydyt fyysistä räsitystä vaativissa tilanteissa. Vedä poikkiviiva pystysuoran janan siihen kohtaan, joka parhaiten vastaa nykyistä kuntoasi. Ajattele janaa jatkuvana. Poikkiviivan voi vetää kuvausten väliinkin.

ERITTÄIN HYVÄ	100	Olen erinomaisessa kunnossa. Pystyn juoksemaan lähes hengästyttä viidenteen kerrokseen. Jaksan pelata esim. koripallo-ottelun tai juosta kymmeniä kilometrejä. Ponnistusten jälkeen sydämenlyönnit palautuvat nopeasti ennalleen.
OIKEIN HYVÄ	90	Kuntoni on hyvä. Esim. tennis ja muut vauhdikkaat pallopelit sujuvat vaikeuksitta, samoin juoksu ja hiihtäminen. Portaissa juokseminen ei aiheuta mainittavaa hengästymistä. Palaudun hyvin ponnistusten jälkeen.
HYVÄ	80	Olen hyväkuntoinen. Voin juosta portaita, vaikka vähän hengästynkin. Kuntoni ei juuri aseta esteitä erilaisille liikunnoille. Vain hyvää kestävyyttä vaativat lajit ovat minulle vähän liikaa.
MELKO HYVÄ	70	Kunnossani ei ole valittamista. Pallopelitkin sopivat, jos ei peli ole kovin kiivasta. Lujavauhtista juoksua en jaksa kovin kauan; välillä täytyy hiukan kävellä. Portaata voin kävellä reippaasti ylös ja vaikka juostakin, jolloin palautuminen kestää jonkin aikaa.
HYVÄNLAINEN	60	Kuntoni ei ole erityisen hyvä, mutta ei huonokaan. Kun kävelen reippaasti portaata ylös viidenteen kerrokseen, hengästyn jonkin verran. Pallopelejä pystyn pelaamaan aika hyvin, jos minulta ei vaadita liikoa. Jaksan juosta puolen kilometrin verran yhtäjaksoisesti. Kävellä jaksan pitkiäkin matkoja.
KOHTALAINEN	50	Kuntoni on kohtalainen. Portaita en jaksa juosta, koska silloin hengästyn. Pallopelejäkin harrastan jonkin verran, mutta pitkät ja vauhdikkaat pelit ottavat voimille. Jaksan juosta noin 200-300 metriä. Kävely sopii hyvin, siinä en hengästy, vaikka kävelisin pitkiäkin matkoja.
HUONONLAINEN	40	Kunnossani on selviä puutteita. Hengästyn, jos nousen portaita liian lujaa. Juosta en jaksa kuin korkeintaan sata metriä. Pallopeleissä olen enemmänkin joukon jatkona. Esim. sulkapalloa voin pelata pihalla lasten kanssa. Kävellä jaksan hyvin aika pitkiäkin matkoja.
MELKO HUONO	30	Kuntoni ei ole erityisen hyvä. Viides kerros portaissa ottaa jo voimille. Pallopelit ovat minulle yleensä liian rajuja. Jokin kevyt pallottelu kyllä käy, mutta ei mikään varsinainen peli. Jaksan juosta vain muutamia kymmeniä metrejä.
HUONO	20	Jaksan juosta vain muutamia metrejä ja hengästyn kovasti. Portaissa selviän viidenteen kerrokseen, jos kävelen hyvin rauhallisesti. Kävely ja muu rauhallisempi liikkuminen sujuu hyvin.
OIKEIN HUONO	10	Pystyn ottamaan muutamia juoksuaskeleita, mutta sitten voimat alkavat loppua. Kävellä jaksan kilometrin, pari kerrallaan. Portaissa selviydyn hitaasti kiipeämällä jonnekin kolmanteen tai neljanteen kerrokseen.
ERITTÄIN HUONO	0	Liikunnassa minun on pakko rajoittua lyhyisiin kävelyihin. Portaisiin ei ole asiaa juuri ollenkaan. Jos lähden niitä kapuamaan, niin hengästyn kovasti. Hyvä kun selviydyn ensimmäiseen kerrokseen.

AHDISTUNEISUUS

Alla oleva pystysuora jana kuvaa ahdistuneisuuden eri asteita. Ahdistuneisuudella tarkoitetaan mm. hermostuneisuutta, kireyttä ja jännittyneisyyttä. Ylhäältä alaspäin kuljettaessa ahdistuneisuuden aste vähitellen alenee. Tehtäväsi on valita annetuista vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa sinua Vedä lyhyt poikkiviiva janan siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa tuntemuksiasi. Huomaa, että jana on jatkuva. Voit vetää viivan myös kuvausten väliin, jos kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta kumpikaan ei ole aivan osuva.

ERITTÄIN AHDISTUNUT	100	Tunnen itseni jatkuvasti erittäin ahdistuneeksi ja jännittyneeksi. Olen kuin kireälle jännitetty viulunkieli.
HYVIN AHDISTUNUT	90	Hermostuneisuus ja jännittäminen ovat minulle tunnusomaisia. Vain hyvin harvoin tunnen itseni rentoutuneeksi. Hermoni ovat kireällä ja on kuin minua revittäisiin joka suuntaan.
AHDISTUNUT	80	En tahdo päästä ahdistuksista, peloista ja jännitystiloihin eroon. Rentoutuminen on minulle vaikeata, mutta ei sentään mahdotonta.
MELKO AHDISTUNUT	70	Minulla on taipumusta ahdistustiloihin, joita esiintyy melko usein. Vaikka ahdistus ei ole jatkuvaa, se kuitenkin sävyttää elämäni.
	60	Ahdistuneisuus ja jännittyneisyys ovat minulle tuttuja asioita, vaikka minulla on myös aikoja, jolloin ahdistus ei vaivaa. Taipumus ahdistuneisuuteen on minulle tunnusomaisempaa kuin sen puuttuminen.
JONKIN VERRAN AHDISTUSTA	50	Ahdistuksen vaihtelu, eräänlainen tasapainoilu, kuuluu elämäni. Toisinaan olen ahdistunut, toisinaan taas voitan ahdistuksen. Kumpikin olotila on osa minua.
MELKO VÄHÄN AHDISTUSTA	40	Vaikka minulla on joskus ahdistuksia, niin ne menevät ohitse. Ahdistuksen ajat ovat sittenkin harvinaisempia kuin ahdistuksen ajat.
	30	Ahdistuksen kokeminen ei ole minulle tyypillistä, vaikka joskus jännitän tai tunnen ahdistusta. Ei kestä kauan, kun ahdistus menee ohi.
HYVIN VÄHÄN AHDISTUSTA	20	En hevillä ahdistu mistään. Sen verran minulla on tästä asiasta kokemuksia, että tiedän, mitä ahdistus on, mutta yleensä en jännitä tai tunne itseäni ahdistuneeksi.
	10	Minun on vaikea muistaa, koska olisin ollut ahdistunut tai jännittynyt. En juuri koskaan tunne itseäni ahdistuneeksi.
EI LAINKAAN AHDISTUSTA	0	Ahdistus on oikeastaan vain sanana tuttu, sillä minulla on siitä kovin vähän kokemuksia. Voin vain kuvitella, mitä ahdistus voisi olla.

ITSELUOTTAMUS

Alla oleva jana kuvaa itseluottamuksen vaihtelua. Itseluottamuksella tarkoitetaan uskoa omiin mahdollisuuksiin ja varmuutta siitä, että selviytyy vaativistakin tehtävistä. Janan yläpäässä olevat kuvaukset kuvaavat vahvaa itseluottamusta ja alapäässä olevat huonoa itseluottamusta. Keskipöydässä on "siltä väliä" -kuvauksia. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa itseluottamustasi. Lue kaikki vaihtoehdot ja valitse niistä se, joka parhaiten vastaa omaa käsitystäsi. Vedä janan yli lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on osuvin. Poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat lähes yhtä hyviltä.

ERITTÄIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	100	En koskaan epäile mahdollisuuksiani ja edellytyksiäni, vaan luotan aina itseeni. Mihän todella paneudun ja kokoan voimani, siinä tunnen onnistuvani. Vaikka epäonnistuisinkin jossakin asiassa, se ei vaikuta itseluottamukseeni.
HYVIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	90	Itseluottamukseni voi joskus hetken horjua, mutta epävarmuus ei koskaan kestä kauan, vaan voin taas kohta rohkeasti kohdata elämän tuomia haasteita.
VAHVA ITSELUOTTAMUS	80	Suhtaudun mahdollisuuksiini ja kykyihini luottavasti. En toki pysty mihän tahansa, mutta yleensä onnistun siinä, minkä koen mielekkääksi ja itselleni tärkeäksi. Epäonnistuminen voi olla kiusallista, mutta voin silti luottaa itseeni.
MELKO VAHVA ITSELUOTTAMUS	70	Itseluottamukseni on yleensä melko vahva. Voin luottaa siihen, että selviydyn aika hyvin niistä asioista ja tehtävistä, joista joudun vastaamaan. Aika ajoitin tunnen itseni epävarmaksi, mutta se on sittenkin ohimenevää.
	60	Itseluottamukseni ei ole vahva, mutta siinä on kuitenkin enemmän lujuttua kuin heikkoutta. Epävarmuus vaivaa minua aika ajoitin, mutta sitten otan härkää sarvista ja käyn luottavaisesti asioihin kiinni.
KOHTALAINEN ITSELUOTTAMUS	50	Itseluottamukseni horjahtelee ylös ja alas. Joskus luotan itseeni, joskus taas en. Tuntuu kuin olisin keinulaudalla, joka välistä nousee ja välistä laskee.
	40	Itseluottamukseni ei tahdo kestää, vaan se tuntuu painottuvan hiukan "pakkasen puolelle". En oikein jaksa uskoa itseeni, vaikka tiedänkin, että yhtä jos toista olen saanut aikaan.
MELKO HEIKKO ITSELUOTTAMUS	30	En oikein luota itseeni, vaan suhtaudun epäillen mahdollisuuksiini. Haluan olla varovainen, koska epäonnistumisen vaara on olemassa.
HEIKKO ITSELUOTTAMUS	20	Itseluottamuksen puute on minulle tavallista. En ota haasteita vastaan, vaan kiertelen ja kaartelen ja vasta pitkän jatkailun jälkeen uskallan ryhtyä johonkin.
HYVIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	10	Itseluottamuksestani ovat vain rippeet jäljellä. Ehkä en kuulu kaikkein "toivottomimpiin tunareihin", mutta paljon ei puutu.
ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	0	Minulla on tunne, etten pysty juuri mihinkään. Epäonnistun kuitenkin kaikessa mihän ryhdyn.

ELÄMÄNHALLINTA

Miten suurina koet mahdollisuutesi vaikuttaa elämääsi, hallita sitä? Seuraavassa on sarja vaihtoehtoja, jotka kuvaavat niitä erilaisia kokemuksia, joita ihmisillä voi tästä asiasta olla. Miten sinä arvioit vaikutusmahdollisuuksiasi?

ERITTÄIN SUURI VAIKUTUS	100	Uskon vahvasti, että pystyn vaikuttamaan omaan elämäni, siihen, mitä minulle tapahtuu. Jos vain lujasti yritän, niin saan sen, mitä haluankin. Torjun jyrkästi käsityksen, jonka mukaan ihminen on sattuman tai olosuhteiden armoilla, eikä voi hallita omaa elämäänsä.
HYVIN SUURI VAIKUTUS	90	Voin monin tavoin vaikuttaa siihen, mitä minulle elämässä tapahtuu. En tunne itseäni avuttomaksi ja voimattomaksi, vaan tiedän, että voin voittaa vaikeitakin esteitä, kun teen parhaani.
SUURI VAIKUTUS	80	Tunnen rajani ja rajoitukseni, mutta silti uskon, että voin paljonkin vaikuttaa siihen, miten minun käy ja mitä minulle tapahtuu. En tunne itseäni avuttomaksi "lastuksi laineilla", vaan tiedän että pystyn tekemään itsenäisiä valintoja ja ratkaisuja.
MELKO SUURI VAIKUTUS	70	Vaikka tiedän, että on asioita, joissa ihminen on olosuhteiden tai ihmisten armoilla, niin uskoni kykyyni hallita omaa elämääni on melko vahva. Ihminen pystyy paljossa vaikuttamaan kohtaloihinsa.
KOHTALAINEN VAIKUTUS	60	Suhtaudun pikemminkin luottavaisesti kuin varautuneesti vaikutusmahdollisuuksiini. Vaikuttamisen ja hallinnan rajat ovat merkittäviä ja todellisia, mutta en silti koe olevani niiden armoilla.
MELKO VÄHÄINEN VAIKUTUS	40	Kun arvioin mahdollisuuksiani vaikuttaa elämääni, niin kallistun siihen, että nämä mahdollisuudet ovat pikemminkin huonoja kuin hyviä. Voin kyllä vaikuttaa moniinkin asioihin, mutta ympäristön ja olosuhteiden vaikutus on suurempi.
VÄHÄINEN VAIKUTUS	20	Mahdollisuuteni ja kykyyni vaikuttaa omaan elämääni ovat rajalliset. Tunnen, että en paljoakaan voi vaikuttaa asioihini. Ne asiat, joissa vaikuttaminen on mahdollista, ovat useimmiten aika vähäisiä.
HYVIN VÄHÄINEN VAIKUTUS	10	Tunnen itseni avuttomaksi tapahtumien keskellä. Asiat ja olosuhteet vievät mukanaan. En pysty paljoakaan vaikuttamaan siihen, miten minun käy. Valintani ja päätökseni tuntuvat kovin vähäpätöisiltä.
ERITTÄIN VÄHÄINEN VAIKUTUS	0	Minulla on vahva tunne, että olen kuin lastu laineilla. Valintani ja päätökseni ovat näennäisiä. Kaikki mitä minulle tapahtuu riippuu olosuhteista tai ympäristötekijöistä. En pysty vaikuttamaan omaan elämäni, enkä tunne sitä hallitsevani.

ELÄMÄN TARKOITUKSEN KOKEMINEN

Miten arvoit elämän tarkoituksellisuutta ja mielekkyyttä? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ELÄMÄ ON ERITTÄIN MIELEKÄSTÄ	100	Katson tulevaisuuteen luottavaisena. Elämäni on mielenkiintoista ja haastavaa ja uskon, että se on sitä myös tulevaisuudessa. Asennettani kuvaa lause "tulevaisuus on toivoa täynnä". Tunnen, että elämälläni on oma tarkoituksensa.
ELÄMÄ ON HYVIN MIELEKÄSTÄ	90	En juuri koskaan epäile elämäni tarkoitusta. Suhtaudun luottavasti elämään ja uskon sen antavan minulle paljon sellaista, mistä voi iloitaa ja oppia ja josta voi antaa muillekin.
ELÄMÄ ON MIELEKÄSTÄ	80	Vaikka aika ajoin olen kysellyt elämän tarkoitusta, olen hetken kyselyäni päässyt tasapainoon itseni kanssa. Uskon, että minunkin elämälläni on jokin tarkoitus.
ELÄMÄSSÄ ON PALJON MIELEKÄSTÄ	70	Vaikka perusasenteeni elämään on myönteinen, tulee hetkiä, jolloin kaikki tuntuu turhalta. Nämä tunteet eivät yleensä kestä kauan, vaan pääsen aina tarkoituksettomuuden tunteen yli. Epäilyjenkin hetkellä tiedän, että elämälläni on oma tarkoituksensa.
ELÄMÄ ON OSAKSI MIELEKÄSTÄ, OSAKSI MIELETÖNTÄ	60	Minulla on usein vakavia kysymyksiä ja epäilyjä elämän tarkoituksesta ja ihmisen kohtalosta, mutta jotenkin pääsen niiden yli. Kaikesta mielettömyydestä ja turhuudesta näyttää sittenkin nousevan jotakin arvokasta ja mielekäästä.
ELÄMÄ ON PALJON MIELETÖNTÄ	50	Tunnen, että elämä on yhtä aikaa mielekäästä ja mieletöntä. Se, kumpi näistä kahdesta on päällimmäisenä, vaihtelee elämässäni. Elämä näyttää tarjoavan sekä myönteisiä että kielteisiä näköaloja.
ELÄMÄ ON PALJON MIELETÖNTÄ	40	Käsitykseni elämän mielekkyydestä painottuu kielteiseksi ja epäilysten sävyttämäksi, vaikka ajoittain tunnenkin, että minunkin elämälläni on oma merkityksensä ja tarkoituksensa.
ELÄMÄSSÄ EI OLE PALJOAKAAN MIELTÄ	30	Perusasenteeni elämään tuntuu sävyttyvän kyselyjen ja epäilysten suuntaan. Ehkä elämällä on tarkoitus, mutta se jää kovin helposti hämärän peittoon.
ELÄMÄ ON MIELETÖNTÄ	20	Elämän tarkoitus tuntuu pakenevan, kun rupean sitä miettimään. Jos elämällä on jokin mieli tai merkitys, se on kuin jonkin usvan takana. Näen joskus valon pilkahduksia, mutta ne eivät paljoakaan muuta hämärää yleiskuvaa.
ELÄMÄ ON MIELETÖNTÄ	10	Elämä on minulle suuri kysymysmerkki. Vain hyvin hämärästi voin nähdä elämässä jotakin mielekkyyttä. Kun joskus tunnen näkeväni kaiken epäselvyyden keskellä jotakin, häviää se pian kuin savuna tuuleen.
ELÄMÄ ON TÄYSIN MIELETÖNTÄ	0	Elämälläni ei ole mitään tarkoitusta. Kaikki näyttää mielettömältä ja turhalta. En todellakaan tiedä, mihin kannattaisi uskoa ja mikä voisi antaa elämälle mielekkyyttä.

MASENNUS

Millaiseksi koet mielialasi tällä hetkellä? Onko sinulla taipumusta masentuneisuuteen? Arvioi oheisen janan avulla missä määrin sinulla on taipumusta masentuneisuuteen. Mikä on mielialasi ollut keskimäärin viime vuosina? (Älä siis painota arviossasi tätä päivää tai viime viikkoa). Vedä poikkiviiva siihen kohtaan, joka kuvaa mielialaasi parhaiten. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pystysuoralla janalla. Voit siis vetää viivan myös kuvausten väliin. Jos mielialasi esim. on jossakin 50:n ja 60:n välillä, mutta lähempänä 60:tä, vedä poikkiviiva lähemmäs tätä vaihtoehtoa.

ERITTÄIN VOIMAKAS MASENNUS	100	Tunnen jatkuvasti itseni erittäin masentuneeksi. Oloni on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.
HYVIN VOIMAKAS MASENNUS	90	Olen ollut hyvin masentunut. En ole ollut aivan maassa, mutta paljoo ei puutu. Kaikki on näyttänyt synkältä ja toivottomalta. Arkisten asioiden hoitaminen on onnistunut vain vaivoin.
VOIMAKAS MASENNUS	80	Masennus ei ole tahtonut hellittää. Aivan hetkittäin tuntuu kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstäni ja arkisista asioista selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvasti huono.
MELKO VOIMAKAS MASENNUS	70	Työni ja asiani olen hoitanut kohtuullisesti, mutta synkistä ajatuksistani en tahdo päästä eroon. Hyviäkin hetkiä on aika ajoin, mutta minulla on selvästi ollut taipumusta masennukseen.
	60	Vaikka olen taipuvainen masennukseen, tulen jotenkin sen kanssa juttuun. Työhöni masentuneisuudellani ei ole ollut suurta vaikutusta.
KOHTALAINEN MASENNUS	50	Tunnen itseni välillä masentuneeksi mutta sitten taas on parempia aikoja. Mielialani ei ole ollut niin hyvä, jos ei huonokaan.
MELKO VÄHÄINEN MASENNUS	40	Vaikka masennusta joskus esiintyy, on parempia hetkiä sittenkin enemmän. Masennus ei ole ollut niin voimakasta, että se häiritsevästi elämäni merkittävästi. Mielialani on ollut pikemminkin hyvä kuin huono.
	30	Enimmäkseen mielialani on ollut myönteinen. Vaikka minulla minulla on hiukan taipumusta masennukseen, se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
VÄHÄINEN MASENNUS	20	Mielialani on yleensä valoisa ja myönteinen. Vaikka tiedän, mitä masennus on, se on kuitenkin niin vähäistä tai harvinaista, ettei sillä juuri ole merkitystä elämässäni.
ERITTÄIN VÄHÄINEN MASENNUS	10	Olen useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olisin masentunut. Jos sitä esiintyy, se on hyvin lievää.
EI LAINKAAN MASENNUSTA	0	Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katsoen koskaan masentunut.

STRESSIN SIETO

Ihmiset kokevat elämäntilanteensa eri tavoin. Jotkut ovat kestäviä, jotkut herkempiä ja haavoittuvampia. Millainen sinä olet? Vedä poikkiviiva pystysuoran janan siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Asteikko on jatkuva. Poikkiviivan voi vetää kuvausten välillekin.

ERITTÄIN HERKKÄ	100	Olen hyvin herkkä ja haavoittuva ihminen. Otan kaikenlaiset vähänkin kielteiset asiat kovin raskaasti. Suhtaudun asioihin hyvin tunteenomaisesti.
	90	Otan asiat raskaasti. Minun vaikea hallita itseäni, kun asiat eivät suju hyvin. Pienetkin asiat pyrkivät vaivaamaan mieltäni. Tasapainon saavuttaminen on työlästä.
HERKKÄ	80	En tahdo kestä stressaavia asioita. Joudun tekemään kovasti töitä, jotta pääsen niiden yli. Haavoittuvuus on minulle tunnusomaista.
	70	Otan asiat melko raskaasti. En ole tässä suhteessa kaikkein pahimpia, mutta suhtautumiseni on silti liian herkkää silloin, kun jotakin kielteistä tapahtuu.
MELKO HERKKÄ	60	Erilaisissa stressitilanteissa olen sekä herkkä että kestävä, mutta suhtautumistapani painottuu kuitenkin herkkyyden puolelle, mikä ajoittain aiheuttaa minulle ongelmia.
KOHTALAISEN HERKKÄ	50	Minussa on sekä herkkyyttä että kestävyttä vaikeuksien kohdatessa. Välistä otan raskaasti, välistä selviän aika hyvin.
	40	Suhtaudun vaikeuksiin pikemminkin kestävästi kuin herkästi, vaikka aika ajoin otankin asiat raskaasti.
MELKO KESTÄVÄ	30	Olen melko vahva ja kestävä, kun kohtaan vaikeuksia. Selviydyn vaikeuksista kohtuullisen hyvin. Minussa on kyllä herkkyyttäkin, mutta ei harmiksi asti.
KESTÄVÄ	20	Kokemistapani painottuu selvästi kestävyden tai vahvuuden puolelle, olipa sitten kysymys pienistä tai suurista vaikeuksista elämässä.
	10	Olen vahva ja kestävä, kun joudun vaikeuksiin. On harvinaista, että masennun tai haavoitun silloin, kun jotakin kielteistä tapahtuu.
ERITTÄIN KESTÄVÄ	0	Olen erittäin vahva ja kestävä. Kestän kaikenlaiset vaikeudet hyvin. Juuri mikään ei saa minua pois tolaltani.

C Markku Ojanen

VASTUUNTUNTO

Miten vastuullinen ja tunnollinen olet? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN VASTUUN- TUNTOINEN	100	Olen luonteeltani erittäin tunnollinen ja vastuuntuntoinen. Tunnen vastuuta siitä, että muutkin tekevät tehtävänsä sopimusten, sääntöjen ja hyvien tapojen mukaan. Otan vastuuta silloinkin, kun kukaan muu ei ole siihen valmis.
HYVIN VASTUUN- TUNTOINEN	90	Olen tunnollinen kaikessa siinä, mitä teen. Kannan vastuuta sekä omista että yhteisistä asioista. Minun puoleeni on tapana kääntyä kun tarvitaan vastuunkantajaa.
VASTUUN- TUNTOINEN	80	Olen yleensä vastuuntuntoinen ja pidän huolta siitä, että asiat sujuvat sääntöjen ja sopimusten mukaan.
	70	Olen tavallisesti vastuuntuntoinen ja pidän huolta niin omista kuin muidenkin asioista. Joskus kuitenkin väsyn ja annan periksi. Tällainen on kuitenkin minulle harvinaista.
MELKO VASTUUNTUNTOINEN	60	Aina en jaksa asioista huolehtia niin kuin minun ehkä pitäisi. Kuitenkin koen olevani pikemminkin vastuuntuntoinen kuin vastuun ottamista kaihtava ihminen.
KOHTALAISEN VASTUUN- TUNTOINEN	50	Välillä olen hyvinkin vastuuntuntoinen, joskus taas väistän vastuuta. Vastuun kantaminen ja vastuun väistäminen ovat elämässäni kutakuinkin tasapainossa.
	40	Annan aika helposti periksi silloinkin kun pitäisi hoitaa asioita ja ottaa vastuuta. Vaikka hoidan omat ja yhteiset asiat kohtuullisesti, niin vastuun väistäminen on minulle tunnusomaisempaa kuin vastuun ottaminen.
MELKO VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	30	Perusasenteeltani olen aika huoleton ja vastuun ottamista kaihtava, vaikka tiukan paikan tullen vastuuta otankin. Minulla on tunne, että asiat tulevat hoidetuksi, vaikka otankin asiat rauhallisesti.
VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	20	Maailma on täynnä ihmisiä, jotka tekevät asioita muittenkin puolesta. Minun panostani ei tarvita. Annan mieluusti muille vastuuta. Olen niin huoleton asioissani, että minua moititaan vastuuttomaksi. Hoidan vain sen, mikä on välttämätöntä.
HYVIN VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	10	En halua olla vastuussa kenestäkään. En ole tunnollinen siinä mitä teen. Ajattelen, että asiat tulevat hoidetuksi ilman minun panostani. Vastuun ottajia on aivan riittävästi muutenkin.
ERITTÄIN VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	0	Olen "hällä väliä" -tyyppi. En kannan vastuuta muitten asioista, enkä juuri omistanikaan. Kyllä asiat järjestyvät, vaikka otankin asiat rauhallisesti. En välitä, vaikka minua pidetään vastuuta karttavana. ihmisenä.

JOUSTAVUUS

Miten joustava, sopeutuva, muutoksiin mukautuva olet? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN JOUSTAVA	100	Minun on hyvin helppo mukautua muutoksiin. Yllättävätkään muutokset eivät minua häiritse tai hätkähdytä. Minulla ei yleensä ole sellaisia suunnitelmia tai toimintatapoja, joista minun pitäisi ehdottomasti pitää kiinni.
HYVIN JOUSTAVA	90	Pyrin suhtautumaan joustavasti asioihin. En ärsyynny muutoksista, joihin eri tilanteissa joudun. Jos en voi jotakin asiaa tehdä yhdellä tavalla, teen sen toisella tavalla.
JOUSTAVA	80	En pidä tärkeänä sitä, miten ja missä järjestyksessä asiat etenevät. Kunhan tulevat hoidetuiksi. Muutokset suunnitelmissa ja toiminnan ja tekemisen muodoissa eivät minua juuri kiusaa, kunhan pysyvät kohtuuden rajoissa.
MELKO JOUSTAVA	70	Suhtaudun enimmäkseen rauhallisesti niihin muutoksiin, joita elämässä tulee vastaan. Minulla on kuitenkin joitakin asioita, joissa minun on vaikea olla joustava.
	60	Olen pikemminkin joustava kuin joustamaton. Vaikka usein pidän kiinni valitsemistani menetelmistä, toimintatavoista ja suunnitelmista, minussa on silti tarvittaessa myös joustavuutta.
KOHTALAISEN JOUSTAVA	50	En ole sen paremmin joustava kuin joustamatonkaan. Tilanteesta ja mielialasta riippuu, kumpi pääsee voitolle. Minussa on kumpaakin suunnilleen yhtä paljon.
MELKO JOUSTAMATON	40	Olen pikemminkin joustamaton kuin joustava silloin, kun jokin tilanne tai asia vaatii sopeutumista muutokseen. Saatan kyllä tarvittaessa joustaa, mutta ainakin aluksi asetun vastahankaan.
	30	Pidän itseäni melko joustamattomana, mitä tulee kykyyn mukautua tilanteiden vaatimusten mukaan. En anna helposti periksi, kun muutoksia vaaditaan, vaan pyrin pitämään kiinni siitä, minkä olen hyväksi tai oikeaksi katsonut.
JOUSTAMATON	20	En ole joustava, vaan pikemminkin minulla on taipumusta pitää sitkeästi kiinni valituista toimintatavoista tai -linjoista tai suunnitelmista. Haluan tietää hyvissä ajoin, mitä on tulossa, enkä pidä varsinkaan äkillisistä muutoksista.
HYVIN JOUSTAMATON	10	Pidän hyvin tiukasti kiinni kaikista sellaisista kaavoista ja suunnitelmista, jotka varmistavat sen, että muutoksia ei tapahdu. Minun on vaikea hallita muutoksia, vaikka ne olisivat pieniäkin.
ERITTÄIN JOUSTAMATON	0	Olen kuin juna, joka on ohjelmoitu kulkemaan tiettyjen aikataulujen ja reittien mukaan. Koen erittäin kiusallisena sen, jos joudun muuttamaan aikataulujani tai reittejäni. Minulla ei ole kykyä joustaa ja ottaa muutoksia huomioon.

ITSEHILLINTÄ

Miten hyvin hallitset itsesi hankalissa ja haastavissa tilanteissa? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN HYVÄ ITSEHILLINTÄ	100	Tapahtuipa lähes mitä tahansa, niin säilytän malttini. Suhtaudun tyynen rauhallisesti silloinkin, kun asiat menevät huonosti.
OIKEIN HYVÄ ITSEHILLINTÄ	90	Säilytän hyvin itsehillintäni. Melkoisia asioita saa tapahtua ennen kuin menetän malttini. Tyyneys ja itsehillintä ovat minulle tunnusomaisia piirteitä.
HYVÄ ITSE- HILLINTÄ	80	Joissakin harvoissa tapauksissa saatan näyttää voimakkaita tunteita. Silloinkin olen ollut lähinnä harmistunut tai pahoillani, enkä ole menettänyt otettani tilanteeseen. Yleensä hillitsen itseni hyvin.
MELKO HYVÄ ITSEHILLINTÄ	70	Säilytän malttini melko hyvin hankalissakin tilanteissa. Vain todella vaikeissa tilanteissa voi itsehillintäni olla koetuksella ja purkauksiakin voi sattua.
	60	Olen pikemminkin hillitty kuin tunteita näyttävä ihminen. Hankalissa tilanteissa säilytän aika hyvin malttini.
KOHTALAINEN ITSEHILLINTÄ	50	En ole sen paremmin hillitty kuin tunteita näyttäväkään. Säilytän kohtuullisen hyvin malttini, mutta yllätettynä voin "polttaa päreeni" tai ahdistua ja näyttää tunteitani.
MELKO HUONO ITSEHILLINTÄ	40	Itsehillinnän puute on minulle tunnusomaisempaa kuin hillintä. Tunteeni pääsevät esiin, jos tilanne on minulle outo tai hankala.
	30	Itsehillintä on minulle vaikeata. Menetän helposti malttini tai ahdistun, kun joudun hankalaan tilanteeseen tai kun muuten vain "ottaa päähän".
HUONO ITSEHILLINTÄ	20	Minulla on vahva taipumus voimakkaisiin tunneilmaisuihin. Toimin silloin kiiwaasti, jopa hyökkäävästi tai sitten masennun ja pahoitan mieleni.
OIKEIN HUONO ITSEHILLINTÄ	10	Itsehillintäni pettää herkästi. Annan samalla mitalla takaisin tai annan kokonaan periksi, koska en pysty hallitsemaan itseäni.
ERITTÄIN HUONO ITSEHILLINTÄ	0	Menetän helposti malttini ja näytän herkästi tunteeni. Pienikin vastoinkäyminen tai ärsytys saa tunteeni pinnalle. Minusta tulee silloin kiiwas tai hyökkäävä tai sitten saatan ruveta itkemään.

TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN

Missä määrin se hoito tai terapia, jota olet saanut, on ollut asetettujen tavoitteiden mukaista? Alla oleva jana kuvaa prosentteina tavoitteiden toteutumista. Jos kaikki tavoitteet toteutuivat täydellisesti, vedä lyhyt poikkiviiva 100 %:n kohdalle. Jos vain puolet tavoitteista toteutuivat, merkitse viiva 50 %:n kohdalle. Jos mikään tavoite ei toteutunut, merkitse viiva 0 %:n kohdalle. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on osuvin. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin. Esimerkki: Henkilö haluaa lopettaa tupakoinnin hypnoosihoidon avulla. Hän polttaa neljä askia päivässä. Hoidon tavoitteena on lopettaa tupakointi kokonaan. Hoidon jälkeen hän polttaa askin päivässä. Hän voisi arvioida hoidon tuloksellisuuden 25 %:n kohdalle.

KAIKKI TAVOITTEET TOTEUTUIVAT	100	Kaikki asetetut tavoitteet toteutuivat täydellisesti.
LÄHES KAIKKI TAVOITTEET TOTEUTUIVAT	90	Tavoitteet toteutuivat lähes täydellisesti. Jotakin jäi kuitenkin saavuttamatta. Sillä ei kuitenkaan ole suurta käytännöllistä merkitystä.
SUURIN OSA TAVOITTEISTA TOTEUTUI	80	Valtaosa tavoitteista toteutui. Toteutumatta jäänyt osa ei ollut kokonaisuuden kannalta kovin merkittävä.
	70	Selvä enemmistö tavoitteista toteutui. Kokonaistulos jäi kuitenkin siinä mielessä vajaaksi, että osa tavoitteista jäi toteutumatta tai toteutui puolinaisesti.
	60	Hiukan suurempi osa tavoitteista toteutui kuin jäi toteutumatta.
PUOLET TAVOITTEISTA TOTEUTUI	50	Puolet tavoitteista toteutui tai jos kyseessä oli yksi tavoite, siinä edettiin puoleenväliin.
	40	Hiukan alle puolet tavoitteista toteutui. Suurempi osa tavoitteista jäi toteutumatta.
NOIN KOLMANNES TAVOITTEISTA TOTEUTUI	30	Tavoitteista toteutui noin kolmannes ja kaksi kolmasosaa jäi toteutumatta.
PIENI OSA TAVOITTEISTA TOTEUTUI	20	Tavoitteista toteutui vai pieni osa, noin viidesosa tai yhdessä tavoitteessa edettiin viidenneksen verran.
	10	Tavoitteissa edettiin tuskin huomattavasti. Joitakin hyvin pieniä edistysaskeleita saavutettiin.
TAVOITTEET EIVÄT LAINKAAN TOTEUTUNEET	0	Tavoitteissa ei lainkaan päästy eteenpäin. Mitään asetetuista tavoitteista ei saavutettu.

SOSIAALINEN ROHKEUS

Miten rohkeasti ja arkailematta esität mielipiteesi? Vai kartatko kansasi esiin tuomista? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN ROHKEA	100	Olen luonteeltani vapaa ja arkailematon. En pelkää esiintymistä suuressakaan joukossa, vaan nautin siitä. Mielipiteeni asioista esitän arvelematta kenelle tahansa.
HYVIN ROHKEA	90	Esitän yleensä vapaasti mielipiteeni asioista. Ryhmissäkin esiinnyn avoimesti. Vaativammissa esiintymistilanteissa koen hiukan jännitystä, mutta hallitsen itseni hyvin ja kun pääsen vauhtiin, jännitys katoaa.
ROHKEA	80	Kun saan huolellisesti valmistautua, selviydyn esiintymis- ja ryhmätilanteista hyvin. Saatan kyllä jännittää, mutta se ei pahemmin haittaa esiintymistäni tai osallistumistani. Kun tarve vaatii, esitän rohkeasti mielipiteeni.
MELKO ROHKEA	70	Pienhköissä ryhmissä asioiden esittäminen on minulle helppoa. Vaativimmat esiintymistilanteet tuottavat minulle jonkin verran ahdistusta, enkä voi sanoa nauttivani näistä tilanteista. Mielipiteitäni en tyrkytä, mutta tuon ne tarvittaessa esiin.
ROHKEA	60	Vähänkin suuremmissa ryhmissä tunnen itseni varautuneeksi, vaikka saankin tärkeimmät asiani sanotuksi. Pysyttelen mieluummin takalalla ja esitän sieltä kantani lyhyesti. Virastoissa asiointi ei tuota minulle vaikeuksia ja uskallan tarvittaessa olla virkailijan kanssa eri mieltä.
KOHTALAISEN ROHKEA	50	Suuremmassa ryhmässä esiintyjäksi minusta ei ole, vaikka saankin muutaman sanan sanotuksi. Alan ahdistua, kun minuun kohdistetaan huomiota. Pienissä ryhmissä kyllä keskustelen vaikka joukossa olisi joku vieraampikin. Omat asiani saan kyllä virastoissa hoidettua, vaikka se onkin joskus vaikeaa.
MELKO ARKA	40	Mielipiteeni esittäminen on minulle vaikeata. Varsinkin ryhmässä kieleni käy kankeaksi. Välistä oikein pakottaudun sanomaan jotakin, mutta silloin sydämeni alkaa jyskyttää. En kehtaa valittaa, jos saan huonon palvelun tai joudun odottamaan. Tutussa joukossa joskus vapaudun ja unohdan itseni.
ARKA	30	Arkuuteni tekee usein elämäni hankalaksi. Saan kyllä asiani hoidettua, mutta puoliani en pysty pitämään, jos toinen osapuoli käy vähänkin hyökkääväksi. Ryhmässä saan muutaman sanan sanottua, jos siinä on tuttuja.
ARKA	20	En mielelläni lähde asioille, koska se ei ole minulle helppoa. Menen helposti hämilleni enkä osaa pitää puoliani. Ryhmiä yleensä kartan ja vapaudun vain aivan pienessä tutussa porukassa.
HYVIN ARKA	10	Jos joudun johonkin ryhmään, niin alan heti ahdistua, koska pelkään, että minulta kysytään jotakin. Aivan tuttujen kanssa pienessä ryhmässä pärjään jotenkin, mutta vieraat saavat minut tuppisuuksi. Kaupoissakin asiointi on minulle joskus vaikeaa.
ERITTÄIN ARKA	0	Koen ihmisten läheisyyden hyvin ahdistavana enkä pysty esittämään asioitani kuin kahden kesken. Lähden usein pakoon, kun useita ihmisiä tulee paikalle. Kaupoissa en mielelläni käy, koska sotkeudun puheissani ja pelkään muiden nauravan minulle.

Itsearvostus

Alla oleva jana kuvaa itsearvostuksen vaihtelua. Itsearvostuksella tarkoitetaan oman perusarvokkuuden tiedostamista ja hyväksymistä omista suorituksista riippumatta. Miten arvokkaaksi koet itsesi ihmisenä? Janan yläpäässä olevat kuvaukset kuvaavat suurta itsearvostusta ja alapäässä olevat itsearvostuksen puuttumista. Keskikohdassa on ”siltä väliltä” –kuvauksia. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa omaa käsitystäsi. Vedä janan yli lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on osuvin. Poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat lähes yhtä hyviltä.

ERITTÄIN ARVOKAS	100	Olen arvokas ihminen sellaisena kuin olen. En vertaile itseäni muihin, koska tiedän, että ihmisen arvo ei riipu ulkoisista asioista, kuten rahasta tai ulkonäöstä. Arvostan itseäni sekä hyvine että huonoine puolineni.
HYVIN ARVOKAS	90	Tunnen itseni arvokkaaksi ihmiseksi, vaikka joskus jonkin vastoinkäymisen jälkeen sitä voin epäilläkin. Kokemus omasta arvokkuudesta ei hevin horju.
ARVOKAS	80	Uskon olevani arvokas ihminen. Joskus olen asiasta epävarma, mutta tällaiset tuntemukset eivät ole minulle tunnusomaisia.
MELKO ARVOKAS	70	Minulla on aika usein tunne, että en ole arvokas ihmisenä, mutta voitan yleensä tuon tunteen ja uskon siihen, että minäkin olen arvokas.
	60	Minulla on usein arvottomuuden tuntemuksia, mutta päällimmäiseksi nousee sittenkin tunne, että minullakin on oma arvoni tässä maailmassa.
SEKÄ ARVOKAS ETTÄ ARVOTON	50	Joskus tunnen itseni arvokkaaksi, joskus arvottomaksi. Itsearvostukseni vaihtelee tilanteiden ja mielialojen mukaan. En tunne itseäni sen paremmin arvokkaaksi kuin arvottomaksikaan.
MELKO ARVOTON	40	Varsinkin vaikeina aikoina väheksymisen tunne saa minussa ylivallan, enkä jaksa arvostaa itseäni. Välillä on kuitenkin valoisampia vaiheita, jolloin arvottomuuden tunne häviää.
	30	Väheksymisen tunne tuntuu pääsevän voitolle, vaikka joskus – varsinkin silloin, kun minulla menee hyvin – pystyn arvostamaan itseäni. Enimmäkseen saan kamppailla väheksymisen tunnetta vastaan.
ARVOTON	20	Epäilykset omasta arvostani vaivaavat minua. Tuntuu siltä, että elämälläni ei näytä olevan paljonkaan merkitystä. Kun löydän arvostamisen aihetta, ne tuntuvat kovin vähäisiltä.
	10	En jaksa arvostaa itseäni. Minulla on jatkuvasti tunne, että arvoni ihmisenä on kovin vähäinen. Vain hetkittäin tunnen, että minullakin on jotakin arvoa.
TÄYSIN ARVOTON	0	Tunnen itseni arvottomaksi ja kelvottomaksi. En todellakaan tiedä, mikä tai mitä minussa voisi olla arvokasta

TOIMINNALLISUUS

Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on sinun kohdallasi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN TOIMINNALLINEN (AKTIIVINEN)	100	Olen erittäin toiminnallinen, tehokas ja tarmokas ihminen. Minulla on aina "monta rautaa tulessa". Minulla on lukuisia harrastuksia, jäsenyyksiä ja muita puuhia.
HYVIN TOIMINNALLINEN	90	Elämäni on täynnä työtä ja tekemistä. On harvinaista, että olisin tekemättä mitään. Tavallisesti puuhaan kaikenlaista.
TOIMINNALLINEN	80	Olen yleensä hyvin aktiivinen ja toimielias. Vain harvoin, esim. jos olen väsynyt tai sairas, hellitän hetkeksi. Tällainen vaihe ei kestä kauan.
MELKO TOIMINNALLINEN	70	En ole mikään "tehopakkaus", mutta minulla riittää kyllä tekemistä. Joskus on pakko hellittää, mutta enimmäkseen olen jotakin tekemässä tai puuhaamassa.
	60	Vaikka joskus olen mielelläni tekemättä mitään. olen sittenkin enemmän toiminnan ihminen.
KOHTALAISEN TOIMINNALLINEN	50	En ole sen paremmin toiminnan ihminen kuin toimettona viihtyväkään. Minussa on yhtä paljon kumpaakin. Välillä panen tuulemaan, välillä otan asiat rauhallisesti.
MELKO VÄHÄN TOIMINNALLINEN	40	Vaikka olen tarvittaessa toiminnallinen ja tehokas, olen silti pikemminkin kiirettä ja jatkuvaa puuhaamista kaihtava ihminen.
	30	En ole erityisen toiminnallinen ja tehokas ihminen, vaan olen mielelläni tekemättä mitään tärkeätä tai tähdellistä ja osallistumatta mihinkään. Tarvittaessa minulta löytyy kyllä tarmoa ja tehoakin, mutta mieluummin kartan kaikenlaista tekemistä ja puuhaamista.
VÄHÄN TOIMINNALLINEN	20	En yleensä osallistu mihinkään, mikä ei ole välttämätöntä. Touhuaminen ja puuhaaminen harrastusten ja järjestötoiminnan parissa on minulle vierasta. Toimittelen kaikessa rauhassa omia askareitani.
HYVIN VÄHÄN TOIMINNALLINEN	10	Minulla on hyvin vähän harrastuksia. En myöskään osallistu järjestötoimintaan. Kulutan suurimman osan vapaa-ajastani oleilemalla. Jos jokin asia täytyy hoitaa tehokkaasti ja tarmokkaasti, niin minusta ei ole sellaiseen.
ERITTÄIN VÄHÄN TOIMINNALLINEN (PASSIIVINEN)	0	En ole sen paremmin tarmokas kuin tehokaskaan. Teen vain ne asiat, jotka minua kiinnostavat ja jotka ovat minulle tärkeitä. Saan kyllä aikani kulumaan muutenkin.

Liite 3a: BDI

- 0 En ole surullinen
 1 Olen alakuloinen ja surullinen
 2a Olen jatkuvasti alakuloinen ja surullinen enkä pääse tästä mielialasta eroon
 2b Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen
 3 Olen niin onneton etten enää kestä
- 0 Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua
 2 Tulevaisuus pelottaa minua
 2a Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavana minulle juuri mitään
 2b Minusta tuntuu, etten pääse koskaan eroon huolistani
 3 Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin
- 0 En tunne epäonnistuneeni
 1 Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset
 2a Minusta tuntuu, että olen saanut aikaan hyvin vähän mainitsemisen arvoista
 2b Kun katson elämäni taaksepäin, se on pelkkää epäonnistumista
 3 Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä
- 0 En ole erityisen haluton
 1a Minua tympäisee
 1b En osaa nauttia asioista niin kuin ennen
 2 Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään
 3 Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen
- 0 En tunne erityisemmin syyllisyyttä
 1 Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton
 2a Tunnen melkoista syyllisyyttä
 2b Tunnen olevani huono ja kelvoton melkein aina
 3 Tunnen, että olen erittäin huono ja arvoton
- 0 En koe, että minua rangaistaan
 1 Tunnen, että jotakin pahaa voi sattua minulle
 2 Uskon, että kohtalo rankaisee minua
 3a Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista
 3b Olen ansainnut saamani kohtaloniskut
- 0 En ole pettynyt itseäni
 1a Olen pettynyt itseäni
 1b En pidä itsestäni
 2 Inhoan itseäni
 3 Vihaan itseäni
- 0 Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin
 1 Kritisoin itseäni heikkouksista
 2 Moitin itseäni virheistä
 3 Moitin itseäni kaikesta, mikä ”menee pieleen”
- 0 En ole ajatellut tehdä pahaa itselleni
 1 Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin
 2a Minusta olisi parempi olla kuollut
 2b Perheelläni menisi paremmin, jos minua ei olisi
 2c Mielelläni on selvät itsemurhasuunnitelmat
 3 Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus
- 0 En itke tavallista enempään
 1 Itken nykyään aiempaa enemmän
 2 Itken nykyään jatkuvasti
 3 En kykene itkemään, vaikka haluaisin
- 0 En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään
 1 Ärsynnyn aiempaa herkemmin
 2 Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan
 3 Minua eivät liikuta lainkaan asiat, joista aiemmin raivostuin
- 0 Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä
 1 Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän
 2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet
 3 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, en välitä heistä lainkaan
- 0 Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin
 1 Yritän lykätä päätöksentekoa
 2 Minusta on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä
 3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
- 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut
 1 Pelkään, että näytän vähemmän viehättävältä
 2 Ulkonäkössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia, minkä vuoksi näytän rumemmalta
 3 Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen
- 0 Työkykyäni on pysynyt ennallaan
 1a Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
 1b En enää pysty työskentelemään yhtä hyvin kuin ennen
 2 Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen
 3 En kykene lainkaan tekemään työtä
- 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennen
 1 Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen
 2 Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen
 3 Herään aikaisin joka aamu. Yöuneni jää n. 5 tuntiin
- 0 En väsy sen nopeammin kuin ennen
 1 Väsyn nopeammin kuin ennen
 2 Väsyn lähes tyhjästä
 3 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään
- 0 Ruokahaluni on ennallaan
 1 Ruokahaluni on aiempaa huonompi
 2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi
 3 Minulla ei ole lainkaan ruokahalua
- 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan
 1 Olen laihtunut yli 2,5 kg
 2 Olen laihtunut yli 5 kg
 3 Olen laihtunut yli 7,5 kg
- 0 En ajattele terveyttäni tavallista enempää
 1 Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen
 2 Tarkkailen ruumiintunteuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa
 3 Terveyteni ja tunteisteni ajattelu on kokonaan vallannut mieleni
- 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan
 1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt
 2 Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin
 3 En ole lainkaan kiinnostunut seksistä

Beck, A. (1986) Beck Depression Inventory, suom. I. Karila

Liite 3b: Elämäntapahtumat edeltäneen vuoden aikana

Alla on esitetty joitakin tapahtumia, jotka joskus tuovat mukanaan muutoksia ihmisten elämään ja jotka vaativat sopeutumista uuteen tilanteeseen. Ole hyvä ja valitse ensiksi listasta ne tapahtumat, jotka olet viimeksi kuluneen vuoden aikana kokenut ja merkitse rasti tapahtuman kohdelle.

Toiseksi merkitse jokaisen valitsemasi tapahtuman kohdalle, kuinka voimakkaasti mielestäsi tapahtuma vaikutti myönteisesti tai kielteisesti elämääsi silloin kun se tapahtui. Asteikko -3:sta ... +3:een osoittaa vaikutuksen suunnan (kielteinen vai myönteinen) ja vaikutuksen voimakkuuden. Merkintä -3 tarkoittaa erittäin kielteisestä vaikutusta. Merkintä 0 tarkoittaa, ettei vaikutus ollut myönteistä eikä kielteistä. Merkintä +3 tarkoittaa erittäin myönteistä vaikutusta. Merkintä -2 tarkoittaa kohtalaisen kielteisistä ja merkintä -1 jonkin verran kielteisistä vaikutusta. Vastaavasti merkintä +2 tarkoittaa kohtalaisen myönteistä ja merkintä +1 lievästi myönteistä vaikutusta.

1. Avioliiton solmiminen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. Pidätys tai vankeustuomio__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Puolison kuolema__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Suuri muutos nukkumis- tottumuksissa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Lähiomaisen kuolema:							
a. äiti__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
b. isä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
c. veli__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
d. sisar__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
e. isoäiti__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
f. isoisä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
g. muu__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. Suuri muutos syömis- tottumuksissa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. Lainan vakuuden menetys maksu- häiriön seurauksena__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. Läheisen ystävän kuolema__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Merkittävä henkilökohtainen saavutus__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. Vähäinen lainrikkomus__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Miehet: Vaimon/seurustelu- kumppanin raskaus__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. Naiset: Raskaus__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Muuttunut työtilanne__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

14. Uusi työpaikka__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Lähiomaisen vakava sairaus tai vammautuminen							
a. isä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
b. äiti__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
c. sisar__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
d. veli__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
e. isoäiti__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
f. isoisä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
g. puoliso__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
h. muu__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. Seksuaaliset vaikeudet__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Vaikeudet työnantajan kanssa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. Vaikeudet puolison sukulaisten kanssa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19. Suuri muutos taloudellisessa tilanteessa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
20. Suuri muutos perheenjäsenten välisessä läheisyydessä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
21. Uusi perheenjäsen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
22. Muutto__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
23. Asumusero__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
24. Suuri muutos seurakuntaelämään osallistumisessa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
25. Sovinnonteko aviopuolison kanssa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
26. Suuri muutos puolisoitten välisten riitojen määrässä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
27. Naimisissa olevat miehet: muutos vaimon työssäkäynnissä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
28. Naimisissa olevat naiset: muutos miehen työssä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
29. Suuri muutos tavanomaisessa virkistystoiminnassa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
30. Yli 100000 markan suuruisen lainan otto__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
31. Alle 100000 markan suuruisen lainan otto__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
32. Irtisanominen työstä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
33. Miehet: Vaimon/seurustelukumppanin abortti__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
34. Naiset: Abortti__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

35. Vakava oma sairaus tai vammautuminen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
36. Suuri muutos sosiaalisessa toiminnassa, esim. kylässä käymisessä__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
37. Suuri muutos perheen asumisessa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
38. Avioero__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
39. Läheisen ystävän vakava sairaus tai vammautuminen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
40. Eläkkeelle jääminen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
41. Pojan tai tyttären muutto kotoa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
42. Koulunkäynnin tai opiskelun päättäminen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
43. Muutto erilleen puolisoista__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
44. Kihlaus__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
45. Seurustelusuhteen lopettaminen__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
46. Muutto vanhempien kodista__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
47. Sovinnonteko seurustelukumppanin kanssa__	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Muut viimeksi kuluneen vuoden aikana sattuneet kokemukset tai tapahtumat, jotka ovat vaikuttaneet elämääsi. Mainitse tapahtuma ja sen vaikutus.

48. _____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
49. _____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
50. _____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

KUNTOUTUSPOTILAAN ARVIOINTILOMAKE / hoitajan tai terapeutin arviot potilaasta

1. Arvioijan nimi ja virka-asema:

2. Arvioijan työpaikka:

3. Potilaan lääkitys arviointihetkellä (preparaatti, antotapa ja vuorokausiannos):

4. Miten potilas huolehtii lääkityksensä (ympyröi tilannetta parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kirjain)

a. Potilas huolehtii oma-aloitteisesti; ei tarvitse kehotuksia tai ulkopuolisen huolehtimista; selviytyy vähintään tyydyttävällä tavalla

b. Tarvitsee kehotuksia, muuten voi unohtaa joskus lääkkeiden ottamisen; ei kuitenkaan aktiivisesti välttä lääkkeiden ottamista

c. Vaatii aika paljon huolenpitoa; yrittää itsekin huolehtia lääkityksestään, mutta suhteellisen usein esiintyy ongelmia

d. Vaatii jatkuvasti huolenpitoa ja kehotuksia; välttää aktiivisesti ja toistuvasti lääkkeen ottamista

5. Tunnetko potilaan hoidon ongelmalliseksi tai vaikeaksi

a) kyllä

b) ei

Jos kyllä, niin miksi hoito on ongelmallista tai vaikeaa:

6. Arvioinnin kohteena oleva potilas on ollut Seinäjoen sairaalan osasto T9:n kuntoutusohjelmassa (vastuutasojärjestelmä, "Sariolan malli") .
Miten paljon potilas on näkemyksesi mukaan hyötynyt ko. kuntoutusohjelmasta?

1. hyötynyt paljon
2. hyötynyt melko paljon
3. hyötynyt vähän
4. ei hyötyä
5. en osaa sanoa.

7. Onko potilaalla tällä hetkellä jatkokuntoutuksen tarvetta?

1. ei
2. kyllä

Jos kyllä, niin missä asioissa?

8. Mitä kehittämissuhteita Sinulla on Seinäjoen sairaalan osasto T9:n kuntoutusohjelman kehittämiseksi vastaamaan paremmin psykiatristen kuntoutuspotilaiden tarpeita?

AHDISTUNEISUUS/ARVIOIJA

Alla oleva pystysuora jana kuvaa ahdistuneisuuden eri asteita. Ahdistuneisuudella tarkoitetaan mm. hermostuneisuutta, kireyttä ja jännittyneisyyttä. Ylhäältä alaspäin kuljettaessa ahdistuneisuuden aste vähitellen alenee. Tehtäväsi on valita annetuista vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa arvioitavaa henkilöä. Vedä lyhyt poikkiviiva janan siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa käsitystäsi hänestä. Huomaa, että jana on jatkuva. Voit vetää viivan myös kuvausten väliin, jos kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta kumpikaan ei ole aivan osuva.

ERITTÄIN AHDISTUNUT	100	On jatkuvasti erittäin ahdistunut, hermostunut ja jännittynyt. On kuin kireälle jännitetty viulunkieli.
HYVIN AHDISTUNUT	90	Hermostuneisuus ja jännitystilat näkyvät hänessä selvästi omaisia. On hyvin harvoin rentoutuneen oloinen. On kuin häntä revittäisiin joka suuntaan. "Hermost" ovat kireällä.
AHDISTUNUT	80	Ahdistuneisuus, hermostuneisuus, pelot ja jännitystilat ovat hänelle ominaisia. Hänen on vaikea rentoutua.
MELKO AHDISTUNUT	70	Hänellä on taipumusta ahdistustiloihin, joita esiintyy melko usein. Vaikka ahdistus ei ole jatkuvaa, se kuitenkin sävyttää hänen koko olemustaan.
	60	Ahdistuneisuus ja jännittyneisyys ovat hänelle ominaisia, vaikka hänellä on myös aikoja, jolloin ahdistus ei näy. Taipumus ahdistuneisuuteen on hänelle tunnusomaisempaa kuin sen puuttuminen.
JONKIN VERRAN AHDISTUSTA	50	Ahdistuksen vaihtelu, eräänlainen tasapainoilu, on hänelle ominaista. Toisinaan on ahdistunut, toisinaan taas voittaa ahdistuksen. Kumpikin olotila on osa häntä.
MELKO VÄHÄN AHDISTUSTA	40	Vaikka hänellä on joskus ahdistuksia, niin ne menevät ohitse. Sellaisia aikoja, jolloin ei ole ahdistunut, on siltäkin enemmän kuin ahdistuksen aikoja.
	30	Ei ole mikään jännittäjätyyppi, vaikka joskus jännittää tai tuntee ahdistusta. Ei kestä kauan, kun ahdistus menee ohi.
HYVIN VÄHÄN AHDISTUSTA	20	Ei hevillä ahdistu mistään. Sen verran ahdistusta on joskus tullut esiin, että siitä hänenkin kohdallaan voidaan puhua, mutta yleensä ei jännitä tai näytä ahdistuneelta.
	10	En voi muistaa, koska olisin nähnyt hänen olleen ahdistunut tai jännittynyt. Ei juuri koskaan näytä ahdistuneelta.
EI LAINKAAN AHDISTUSTA	0	Ahdistuksesta ei oikeastaan hänen kohdallaan voi lainkaan puhua, koska mitään sen kaltaista ei koskaan ole tullut ilmi. Syntyy vaikutelma, että hän ei edes tiedä, mitä ahdistus on.

C/Markku Ojanen 1996

VASTUUNTUNTO

Miten vastuullinen ja tunnollinen arvioitava on? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa arvioitavaa. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on osuvin. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN VASTUUN- TUNTOINEN	100	On luonteeltaan erittäin tunnollinen ja vastuuntuntoinen. Tuntee vastuuta siitä, että muutkin tekevät tehtävänsä sopimusten, sääntöjen ja hyvien tapojen mukaan. Ottaa vastuuta silloinkin, kun kukaan muu ei ole siihen valmis.
HYVIN VASTUUN- TUNTOINEN	90	On tunnollinen kaikessa siinä, mitä tekee. Kantaa vastuuta sekä omista että yhteisistä asioista. Hänen puoleensa kääntään, kun tarvitaan vastuunkantajaa.
VASTUUN- TUNTOINEN	80	On yleensä vastuuntuntoinen ja pitää huolta siitä, että asiat sujuvat sääntöjen ja sopimusten mukaan.
	70	On tavallisesti vastuuntuntoinen ja pitää huolta niin omista kuin muidenkin asioista. Joskus kuitenkin väsyä ja antaa periksi. Tällainen on kuitenkin hänelle harvinaista.
MELKO VASTUUNTUNTOINEN	60	Aina ei jaksaa asioista huolehtia niin kuin ehkä pitäisi. Kuitenkin on pikemminkin vastuuntuntoinen kuin vastuun ottamista kaihtava ihminen.
KOHTALAISEN VASTUUN- TUNTOINEN	50	Välillä on hyvinkin vastuuntuntoinen, joskus taas väistää vastuuta. Vastuun kantaminen ja vastuun väistäminen ovat kutakuinkin tasapainossa; yhtä osuvia häntä kuvaamaan.
	40	Antaa aika helposti periksi silloinkin kun pitäisi hoitaa asioita ja ottaa vastuuta. Vaikka hoitaa omat ja yhteiset asiat kohtuullisesti, on vastuun väistäminen hänelle tunnusomaisempaa kuin vastuun ottaminen.
MELKO VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	30	Perusasenteeltaan on aika huoleton ja vastuun ottamista kaihtava, vaikka tiukan paikan tullen vastuuta ottaakin. Hän ajattelee, että asiat tulevat hoidetuksi, vaikka ottaakin asiat rauhallisesti.
VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	20	"Maailma on täynnä ihmisiä, jotka tekevät asioita muittenkin puolesta", kuvaa hänen suhtautumistaan. Hänen panostaan ei tarvita. Antaa mieluusti muille vastuuta. On niin huoleton asioissaan, että häntä moititaan vastuuttomaksi. Hoitaa vain sen, mikä on välttämätöntä.
HYVIN VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	10	Ei halua olla vastuussa kenestäkään. Ei ole tunnollinen siinä mitä tekee. Ajattelee, että asiat tulevat hoidetuksi ilman hänen panostaan. Vastuun ottajia on hänen mielestään aivan riittävästi muutenkin.
ERITTÄIN VÄHÄN VASTUUTA OTTAVA	0	On "hällä väliä" -tyyppi. Ei kanna vastuuta muitten asioista, eikä juuri omistaankaan. "Kyllä asiat järjestyvät" -tyylillä ottaa asiat rauhallisesti. Ei välitä, vaikka häntä pidetään vastuuta karttavana. ihmisenä.

KODINHOITO (ARVIOIJA)

Seuraava portaikko kuvaa selviytymistä kodinhoidosta (Ruoanlaitto, siivous, vaatteiden hoito, ym.). Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jonka ongelmat kodinhoidossa ovat erittäin suuria. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa henkilöä, joka selviytyy erittäin hyvin kodinhoidosta. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat kodinhoitoon liittyvien taitojen ja valmiuksien eri asteita. Millainen arvioitava henkilö on? Mikä kuvauksista sopii häneen parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivan sinuun. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Rengasta parhaalta tuntuva vaihtoehto. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta.

SELVIYTYY ERITTÄIN HUONOSTI	0	Ei selviydy ilman apua kotiaskareista. On aivan avuton näissä asioissa. Mistään ei tule mitään. Asunto/huone on kuin sikolätti, elleivät toiset sitä siivoa. Ruokaa ei osaa lainkaan laittaa. Vaatteet jäävät hoitamatta.
	10	Kodinhoitoon liittyvät asiat ovat hänelle vieraita ja hankalia. Muut ovat ne aina hoitaneet. Kun saa oikein tarkat ohjeet ja paljon tukea, voi saada jotakin tehdyksi, vaikkapa huoneensa siivotuksi. Ruokaa ei osaa laittaa ja vaatteet jäävät huoltamatta, ellei joku neuvo.
SELVIYTYY HUONOSTI	20	Kaikki arkiset, kodinhoitoon liittyvät asiat ovat hänelle hankalia. Huoneen/kodin siisteydessä on usein toivomisen varaa. Hyvä jos saa perunat tai puuron keitettyksi.
	30	Ei ole tottunut pitämään huolta kotiin liittyvistä asioista. Kunhan enimpää roskaa korjailee pois. Ruokaa ei viitsi laittaa, vaikka vähän osaisinkin. Käy mieluummin syömässä muualla tai odottaa että hänelle laitetaan ruokaa.
SELVIYTYY MELKO HUONOSTI	40	Kodinhoito ei suju kovinkaan hyvin, vaikka jotakin ruokaa osaa laittaakin. Siisteydenkin kanssa on välillä vähän niin ja näin, vaikka joskus innostuukin siivoamaan.
SELVIYTYY	50	Selviytyy kodinhoitoon liittyvistä asioista kohtalaisesti, vaikka KOHTALAISESTI mitään kehumista ei olekaan. Osaa laittaa yksinkertaista ruokaa ja siivoileekin silloin tällöin.
	60	Kodinhoitoon liittyvät asiat eivät ole hänelle helppoja, vaikka tärkeimmät asiat tulevatkin hoidetuksi. Ulkopuolisen mielestä selviytyy näistä asioista kohtuullisesti, vaikka puutteita onkin.
SELVIYTYY MELKO HYVIN	70	Arkisten, kodinhoitoon liittyvien asioiden hoito ei ole vahvimpia puolia, mutta selviytyy näistä asioista aika mukavasti. Osaa laittaa ruokaa ja siivoileekin tarvittaessa. Vaatteiden huoltaminen tahtoo jäädä heikommalle.
SELVIYTYY HYVIN	80	Selviytyy kodinhoitoon liittyvistä asioista aika hyvin, vaikka joskus väsähtääkin. Mitään erityisiä vaikeuksia ei silti ole näissä asioissa ollut.
	90	Pitää huoneensa/kotinsa siistinä ja ruokaakin saa aikaan tarvittaessa. Voi tarjota vaikka vieraillekin. Jos joskus vähän hellittää, se ei kauan kestä. Sitten panee paikat kuntoon. Vaatteensa huoltaa hyvin.
SELVIYTYY ERIT- TÄIN HYVIN	100	Selviytyy hyvin päivittäisistä askareista. Voisi vaikka ruveta jotakin taloutta hoitamaan. Kaikkien mielestä koti/huone on hyvin hoidettu ja hänen laittamaansa ruokaa kelpaa syödä. On saanut paljon tunnustusta tavasta, jolla hoitaa näitä asioita.

ASIOINTI/ARVIOIJA

Seuraava portaikko kuvaa asiointin, arkisten asioiden (raha-asiat, hankinnat, viralliset asiat, ym) hoitamisen sujumista. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jolle omien asioiden hoitaminen tuottaa suuria vaikeuksia. Hän ei pysty hoitamaan asioitaan. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa erittäin hyvin asiansa hoitavaa henkilöä. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat asioiden hoitamisen eri asteita. Millainen arvioitava henkilö on? Mikä kuvauksista sopii häneen parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaiten sopivalta. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka tuntuu parhaalta. Viivan joi vetää kuvausten väliinkin, jos kumpikaan kahdesta vierekkäisestä kuvauksesta ei tunnu osuvalta.

SELVIÄÄ ERITTÄIN HUONOSTI	0	Tällä hetkellä muut hoitavat kaikki hänen asiansa. Hänen ei lainkaan tarvitse niihin puuttua.
	10	Asioiden hoito on hänelle hyvin tuskallista ja vaikeaa. Ei ole tottunut asioitani hoitamaan. Joskus toimittelee joitakin pieniä asioita, mutta yleensä muut (omaiset, hollhooja, hoitaja, viranomainen) pitävät asioista huolta.
SELVIÄÄ HUONOSTI	20	Aivan lähellä olevia asioita on hoitanut, mutta mihinkään kauemmas ei mene. Muut saavat hoitaa kaikki vähänkin hankalimmat asiat.
	30	Muut hoitavat pääosan asioista. Yksinkertaisia, lähellä olevia asioita on valmis hoitamaan. Pelkää asioiden hoitamista.
SELVIÄÄ MELKO HUONOSTI	40	Muut hoitavat asioista vähän suuremman osan kuin hän itse. On asioita joita ei kerta kaikkiaan pysty hoitamaan.
	50	Hoitaa suunnilleen puolet henkilökohtaisista asioistaan. Muut hoitavat toisen puolen.
	60	Hoitaa pääosan asioistaan itse, mutta on muutamia asioita, joita ei osaa hoitaa. Ne antaa muiden tehtäväksi.
SELVIÄÄ MELKO HYVIN	70	Yleensä hoitaa asiansa itse, mutta mielellään ottaa apua tai antaa muiden hoitaa asioitaan, jos he vain siihen suostuvat. Asioiden hoitaminen ei ole hänelle aivan helppoa.
	80	Hoitaa käytännöllisesti katsoen kaikki asiansa itse. Vain verotuksessa tai kirjelmien laatimisessa saattaa tarvita apua.
SELVIÄÄ HYVIN	90	Hoitaa itse kaikki henkilökohtaiset asiansa. Joskus tarvitsee neuvoja, mutta muuten selviää hyvin.
SELVIÄÄ ERITTÄIN HYVIN	100	Hoitaa itse kaikki asiansa. Auttaa muitakin erilaisissa virallisissa asioissa.

C/Markku Ojanen 1996

HARRASTEET/ARVIOIJA

Seuraava portaikko kuvaa harrasteiden määrää. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jolla on erittäin vähän harrastuksia. Hän ei tee juuri mitään muuta kuin oleilee. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa erittäin toimeliasta henkilöä. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat harrasteiden määrän eri asteita. Mikä kuvauksista sopii arvioitavaan henkilöön parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaalta. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva janan yli siihen kohtaan, joka mielestäsi on paras vaihtoehto. Poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin. Harrastukseksi ei lueta valikoimatonta TV:n katsomista ja radion tai nauhurin kuuntelua tai viikkolehden selailua.

ERITTÄIN VÄHÄN HARRASTUKSIA	0	Arvioitavalla ei ole mitään mainitsemisen arvoisia harrastuksia.
HYVIN VÄHÄN HARRASTUKSIA	10	Harrastuksista ei juuri kannata puhua. Ajoittain voi innostua jotakin, mutta se ei yleensä kestä kauan.
VÄHÄN HARRASTUKSIA	20	Harrastaminen jää vähäiseksi. Jotakin pientä puuhaa hänellä on, mutta valtaosa menee oleilun merkeissä.
MELKO VÄHÄN HARRASTUKSIA	30	Ei ole kovinkaan innokas harrastaja. Joskus tekee käsitöitä tai puuhaa jotakin muuta. Käy myös joskus erilaisissa tilaisuuksissa. Muuten aika kuluu oleillessa tai valikoimattomassa TV:n katselussa ja radion kuuntelussa.
JONKIN VERRAN HARRASTUKSIA	40	Vaikka hänellä on joitakin harrastuksia, niin suurempi osa ajasta menee oleilemiseen.
KOHTALAISESTI HARRASTUKSIA	50	Käyttää suunnilleen yhtä paljon ajastaan harrastuksiin kuin pelkkään oleiluun ja valikoimattomaan TV:n katseluun ja radion kuunteluun.
AIKA LAILLA HARRASTUKSIA	60	Hänellä on sen verran harrastuksia, että niissä kuluu enemmän aikaa kuin pelkässä oleilussa.
MELKO PALJON HARRASTUKSIA	70	Mutamia harrastuksia joitten parissa kuluttaa melko paljon aikaa. Toimettomaan oleilemiseen kuluu aikaa on selvästi vähemmän.
PALJON HARRASTUKSIA	80	Hänellä on aika paljon harrastuksia, joista yksi vie runsaastikin aikaa. Aikaa oleiluun ei kovin paljon jää.
HYVIN PALJON HARRASTUKSIA	90	Hänellä on runsaasti harrastuksia. Ei juuri ole toimettomana. Harrastuksia on sekä kodin/ hoitoyksikön ulkopuolella että yksikössä/kodissa.
ERITTÄIN PALJON HARRASTUKSIA	100	Erittäin paljon harrastuksia. On aina menossa tai tekemässä jotakin. "Tyhjää" aikaa ei jää ollenkaan.

SOSIAALINEN ROHKEUS

Miten rohkeasti ja arkailematta arvioitava esittää mielipiteensä? Vai karttaako kantansa esiin tuomista? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoraan janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa häntä. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN ROHKEA	100	On luonteeltaan vapaa ja arkailematon. Ei pelkää esiintymistä suuressakaan joukossa, vaan nauttii siitä. Mielipiteensä asioista esittää arvailematta kenelle tahansa.
HYVIN ROHKEA	90	Esittää yleensä vapaasti mielipiteensä asioista. Ryhmissäkin esiintyy avoimesti. Vaativammissa esiintymistilanteissa kokee hiukan jännitystä, mutta hallitsee itsensä hyvin ja kun pääsee vauhtiin, jännitys katoaa.
ROHKEA	80	Kun saa huolellisesti valmistautua, selviytyy esiintymis- ja ryhmätilanteista hyvin. Saattaa kyllä jännittää, mutta se ei pahemmin haittaa esiintymistä tai osallistumista. Kun tarve vaatii, esittää rohkeasti mielipiteensä.
MELKO ROHKEA	70	Pienuhkoissa ryhmissä asioiden esittäminen on hänelle helppoa. Vaativammat esiintymistilanteet tuottavat hänelle jonkin verran ahdistusta, eikä hänen voi sanoa nauttivan näistä tilanteista. Mielipiteitään ei tyrkytä, mutta tuo ne tarvittaessa esiin.
	60	Vähänkin suuremmissa ryhmissä tuntee itsensä varautuneeksi, vaikka saakin tärkeimmät asiansa sanotuksi. Pysyttelee mieluummin taka-alalla ja esittää sieltä kantansa lyhyesti. Virastoissa asiointi ei tuota hänelle vaikeuksia ja uskaltaa tarvittaessa olla virkailijan kanssa eri mieltä.
KOHTALAISEN ROHKEA	50	Suuremmassa ryhmässä esiintyjäksi hänestä ei ole, vaikka saakin muutaman sanan sanotuksi. Alkaa ahdistua, kun häneen kohdistetaan huomiota. Pienissä ryhmissä kyllä keskustelee vaikka joukossa olisi joku vieraampikin. Omat asiansa saa kyllä virastoissa hoidettua, vaikka se onkin joskus vaikeaa.
MELKO ARKA	40	Mielipiteen esittäminen on hänelle vaikeata. Varsinkin ryhmässä kieli käy kankeaksi. Välistä pakottautuu sanomaan jotakin, mutta silloin alkaa selvästi jännittää. Ei kehtaa valittaa, jos saa huonon palvelun tai joutuu odottamaan. Tutussa joukossa joskus vapautuu ja unohtaa itsensä.
	30	Arkuus tekee usein hänen elämänsä hankalaksi. Hoitaa omat asiansa, mutta puoliansa ei pysty pitämään, jos toinen osapuoli käy vähänkin hyökkääväksi. Saa muutaman sanan sanottua ryhmässä, jos siinä on tuttuja.
ARKA	20	Ei mielellään lähde asioille, koska se ei ole hänelle helppoa. Menee helposti hämilleen eikä osaa pitää puoliaan. Ryhmiä yleensä karttaa ja vapautuu vain aivan pienessä tutussa porukassa.
HYVIN ARKA	10	Jos joutuu johonkin ryhmään, alkaa heti ahdistua, koska pelkää, että häneltä kysytään jotakin. Aivan tuttujen kanssa pienessä ryhmässä pärjää jotenkin, mutta vieraat saavat hänet tuppisuuksi. Kaupoissakin asiointi on hänelle joskus vaikeaa.
ERITTÄIN ARKA	0	Kokee ihmisten läheisyyden hyvin ahdistavana eikä pysty esittämään asioitaan kuin kahden kesken. Lähtee usein pakoon, kun useita ihmisiä tulee paikalle. Kaupoissa ei mielellään käy, koska sotkeutuu puheissaan ja pelkää muiden nauravan hänelle.

MIELIALA

Millainen on arvioitavan mieliala? Onko hän iloinen ja hyväntuulinen vai onko hänellä taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen? Arvioi oheisen janan avulla arvioitavan mielialaa. Arvioi mielialaa siltä ajalta kokonaisuutena, kun arvioitavan tunnet. Vedä poikkiviiva siihen kohtaan, joka kuvaa arvioitavan mielialaa parhaiten. Arviointi on tarkoitettu jatkuvaksi siten, että voit valita minkä tahansa kohdan pystysuoralla janalla. Voit siis vetää viivan myös kuvausten väliin. Jos mieliala esim. on jossakin 50:n ja 60:n välillä, mutta lähempänä 60:tä, vedä poikkiviiva lähemmäs tätä jälkimmäistä vaihtoehtoa.

ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA	100	On lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. Ei ole käytännöllisesti katsoen koskaan huonolla tuulella.
OIKEIN HYVÄ MIELIALA	90	On useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olisi mieli maassa. Jos huonotuulisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
HYVÄ MIELIALA	80	Mieliala on yleensä valoisa ja myönteinen. Vaikka tietää mitä synkkyys tai huonotuulisuus on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei sillä juuri ole merkitystä hänen elämässään.
MELKO HYVÄ MIELIALA	70	Enimmäkseen mieliala on myönteinen. Vaikka hänellä on hiukan taipumusta synkkyyteen se ei ole kovin häiritsevää. Tulee sen kanssa aika hyvin toimeen.
	60	Vaikka huonotuulisuutta joskus esiintyy, on parempia hetkiä sittenkin enemmän. Synkkyys ei ole niin voimakasta, että se haittaisi hänen elämäänsä merkittävästi. Mieliala on pikemminkin hyvä kuin huono.
KOHTALAINEN MIELIALA	50	Tuntee itsensä välillä huonotuuliseksi mutta sitten taas on aikoja, jolloin on hyvällä tuulella. Mieliala ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
	40	Vaikka on taipuvainen synkkyyteen, tulee jotenkin sen kanssa toimeen. Työhön huonotuulisuudella ja synkkyydellä ei ole suurta vaikutusta.
MELKO HUONO MIELIALA	30	Työnsä ja asiansa hoitaa kohtuullisesti, mutta synkistä ajatuksistaan ei tahdo päästä eroon. Hyviäkin hetkiä on aika ajoin, mutta viime aikoina hänellä on ollut taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen.
HUONO MIELIALA	20	Synkkä mieliala ei tahdo hellittää. Aivan hetkittäin tuntuu kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstään ja arkisista asioistaan selviää, kun pakottaa itsensä työhön ja tekemiseen. Mieliala on jatkuvasti huono.
OIKEIN HUONO MIELIALA	10	On hyvin vahvasti synkkyyteen taipuva. Ei ole aivan maassa, mutta paljoa ei puutu. Kaikki näyttää hänestä synkältä ja toivottomalta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain vaivoin.
ERITTÄIN HUONO MIELIALA	0	Mieliala on erittäin synkkä ja raskas. Olo on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin hän olisi putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta häntä. Ei pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitaan.

PSYKOOTTISET OIREET

Arvioi oheisella "prosenttiasteikolla" potilaan tai asiakkaan psykoottisten oireitten vaikeutta sekä näitten oireitten haitta-astetta. Psykoottisilla oireilla tarkoitetaan paranoidisia piirteitä, hallusinaatioita, sekavuustiloja ja outoja puheita ja eleitä. Älä kuitenkaan ota arvioissasi huomioon potilaan tai asiakkaan aktiivisuutta tai taantumisoireita, koska se arvioidaan erikseen. Vedä poikkiviiva siihen kohtaan janaa, joka mielestäsi kuvaa oireitten vaikeutta ja haitta-astetta. Arvioi erityisesti sitä, missä määrin oireet saavat potilaan irtoamaan realiteeteista.

HYVIN VÄHÄISET OIREET	100	Ei näkyviä oireita, psykoottisia oireita ei esiinny.
	90	Lieviä oireita etenkin stressaavissa tilanteissa. Ajattelussa saattaa olla lievää paranoidisuutta tai käyttäytymisessä joitakin erikoisia eleitä tai ilmeitä.
HÄHÄISET OIREET	80	Psykoottisia oireita esiintyy, mutta ne eivät ole häiritseviä tai muuten kovin silmiinpistäviä. Saattaa joskus puhua itsekseen tai jäädä hetkeksi omituiseen asentoon.
	70	Lievähköjä oireita, kuten puheen sekavuutta tai rönsyilyä esiintyy jatkuvasti. Oireet eivät kuitenkaan ole kovin häiritseviä, eivätkä merkittävästi haittaa potilaan kontakteja.
MELKO VÄHÄISET OIREET	60	Oireita on ajoittain runsaastikin, mutta potilas pystyy ne hallitsemaan kohtuullisen hyvin. Potilas voi esim. puhua tai nauraa itsekseen. Nämä piirteet ovat joskus häiritseviä.
KOHTALAISET OIREET	50	Jatkuvia oireita, jotka herättävät jonkin verran huomiota. Potilaalla voi esim. olla epäluuloisuutta, joka tietyissä tilanteissa nousee esiin ja vaikeuttaa kontaktin ottamista.
	40	Oireet ovat melko vaikeita ja haittaavat tai rajoittavat potilaan toimintaa ja kontakteja. Esim. paranoidisuutta tai ajattelun häiriöitä esiintyy runsaasti.
MELKO VAIKEAT OIREET	30	Psykoottiset oireet ovat usein niin voimakkaita, että ne vaikeuttavat merkittävästi potilaan kontakteja. Potilas on ajoittain omassa maailmassaan, irti realiteeteista.
VAIKEAT OIREET	20	Vaikeita oireita, esim. hallusinaatioita, paranoidisuutta tai sekavuutta. Oireet ovat siinä määrin vaikeita, että potilas ei näytä välittävän, miten muut häneen suhtautuvat.
	10	Vaikeita oireita, jotka edellyttävät lähes jatkuvaa huolenpitoa. Potilas puhuu sekavia ja menettää kontaktin ympäristöönsä.
ERITTÄIN VAIKEAT OIREET	0	Erittäin vaikea psykoosi. Potilas on lähes irti realiteeteista. Tila edellyttää jatkuvaa huolenpitoa ja valvontaa. Potilaan käyttäytymistä on hyvin vaikea hallita.

SEKUNDAARISET OIREET

Missä määrin potilaalla tai asiakkaalla on oireita, jotka aiheutuvat pitkästä psyykkisen häiriön kestosta ja/tai pitkää hoitoyksikössä (laitoksessa, sairaalassa tai muussa kuntoutuspaikassa) olosta? Sekundaarisiin oireisiin lasketaan passiivinen vetäytyminen, puhumattomuus, kuljeskeleminen, välinpitämättömyys hoidosta, omasta itsestä tai muista ihmisistä. Potilas suhtautuu hyvin kielteisesti tulevaisuuteensa ja mahdollisuuksiinsa. Tällä kohdin ei arvioida muita ongelmia ja oireita, vaan nimenomaan passiivisuutta, vetäytymistä, välinpitämättömyyttä ja avuttomuutta.

ERITTÄIN TAANTUNUT	100	Potilas on erittäin vaikeasti taantunut ja elää paljolti omissa oloissaan. Hän ei juuri puhu ja on välinpitämätön itsestään ja ympäristöstään. Yleisvaikutelma hidastunut ja apaattinen.
	90	Potilas on vetäytyvä ja puhumaton; saattaa sanoa jonkin sanan kysyttäessä. Ei juuri puutu muiden asioihin, eikä paljoa välitä omistakaan asioista.
TAANTUNUT	80	Potilas yleensä passiivinen, eikä juuri osallistu mihinkään. Kuuntelee kyllä kun puhutaan, mutta ei juuri itse osallistu keskusteluun. On välinpitämätön itsestään, eikä juuri esitä tulevaisuuteen liittyviä toiveita.
MELKO TAANTUNUT	70	Potilaalla on taipumusta passiivisuuteen ja eristäytymiseen. Kannustettuna saattaa tulla mukaan keskusteluihin ja toimintaan. Virkistyy joskus puhumaan toiveistaan, mutta ei ole erityisen kiinnostunut kuntoutuksesta.
	60	Potilaalla on melkoisesti sekundaarisia oireita, mutta myös jonkin verran aloitteellisuutta ja halukkuutta osallistua toimintaan.
JONKINVERRAN TAANTUNUT	50	Potilaassa on sekä passiivisuutta ja välinpitämättömyyttä että aktiivisuutta ja kiinnostusta omiin ja yksikön asioihin. Hyvät ja huonot kaudet tai jopa päivät vaihtelevat.
MELKO VÄHÄN TAANTUNUT	40	Potilas on pikemminkin aktiivinen kuin vetäytyvä ja passiivinen. Vaikka aloitteettomuutta ja passiivisuuttakin esiintyy, on yleiskuva potilaasta sittenkin pikemminkin aktiivisuuden puolelle kallistuva kuin passiivinen.
	30	Vaikka potilaassa on joitakin taantumisoireita, esim. kuljeskelua on hänen tilansa suhteessa melko hyvä. Potilas on enimmäkseen mukana toiminnassa ja puhuu kohtuullisesti omista asioistaan.
VAIN VÄHÄN TAANTUNUT	20	Potilas on pääosin aktiivinen ja kiinnostunut muista ihmisistä. Hän huolehtii yleensä itsestään ja ulkonäöstään. Potilas saattaa suhtautua varauksin tulevaisuuteensa tai sitten hänellä on joitakin muita lievähköjä sekundaarisia oireita.
	10	Potilaassa ei juuri huomaa taantumista. Vasta potilaan tarkemmin tunteva huomaa, että joitakin tällaisiakin ongelmia on, mutta ne ovat yleensä piilossa.
EI LAINKAAN TAANTUNUT	0	Potilaassa ei lainkaan tule esiin sekundaarisia oireita.

POIKKEAVA KÄYTTÄYTYMINEN

Missä määrin potilaalla tai asiakkaalla esiintyy sosiaalisten normien vastaista, poikkeavana pidettävää käyttäytymistä? Tähän ryhmään kuuluvat mm. hygienian laiminlyönti, ruokailutapojen puuttuminen, luvaton tavaroiden ottaminen, muiden hyväksi käyttäminen, sovittujen tehtävien laiminlyönti, häiritsevä tai poikkeava kontaktinotto sekä kaikki sellaiset tavat tai tottumukset, joita yleisesti pidetään paheksuttavina tai poikkeavina (itsensä paljastaminen, omituisissa vaatteissa kulkeminen yms.) Vaikka rajanveto psykoottisiin oireisiin ei ole helppoa, tässä pyritään arvioimaan nimenomaan sellaiset asiat, jotka eivät välttämättä ole psykoosin oireita. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa potilaan käyttäytymistä. Asteikko on jatkuva; viivan voi vetää kuvausten väliinkin.

ERITTÄIN POIKKEAVA	100	Potilas käyttäytyy erittäin poikkeavasti. Hän ei näytä lainkaan välittävän sosiaalisista normeista ja tavoista, vaan laiminlyö hygieniansa ja kulkee oudosti vaatetettuna. Hänen normeillaan ei näytä olevan mitään yhteyttä yleisesti vallitseviin normeihin.
HYVIN POIKKEAVA	90	Potilaan sidonnaisuus sosiaalisiin normeihin on hyvin heikkoa. Suuria ongelmia on esim. pukeutumisessa, hygieniassa ja kontaktin ottamisessa.
POIKEAVA	80	Potilaan toimintatavat ovat hyvin poikkeavia ja muita häiritseviä. Merkittäviä ongelmia on mm. ruokailussa, sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja hygieniassa.
MELKO POIKKEAVA	70	Potilaan käyttäytymisessä on paljon poikkeavia piirteitä. Hän saattaa esim. estoitta kosketella muita ihmisiä tai kulkea alastomana muista ihmisistä välittämättä.
	60	Potilaalla on monia piirteitä, jotka antavat hänestä poikkeavan vaikutelman. Tällaisia voivat olla esim. puutteelliset ruokailutavat tai häiritsevä kontaktin ottaminen.
JONKIN VERRAN POIKKEAVA	50	Vaikka potilas noudattaa monia yleisesti hyväksytyjä käyttäytymisen normeja, on hänellä kuitenkin eräitä piirteitä, jotka ovat muiden mielestä kiusallisia ja häiritseviä. Esim. pukeutuminen saattaa olla erikoista.
MELKO VÄHÄN POIKKEAVA	40	Yleiskuva potilaan käyttäytymisestä muodostuu kohtalaisen asialliseksi, mutta eräitä selviä poikkeuksia (esim. välinpitämättömyys sopimuksista) esiintyy.
	30	Potilaan käyttäytyminen on pääosin asiallista, mutta hänellä on jokin alue, jolla hänen toimintansa poikkeaa selvästi siitä, mitä pidetään yleisesti hyväksyttynä (esim. pukeutuminen).
	20	Potilasta ei voi sanoa oikeastaan millään elämänalueella poikkeavasti käyttäytyväksi, vaikka hänellä onkin joitakin erikoisia ja lievästi häiritseviä piirteitä. (esim. vaihtaa jatkuvasti asentoa istuessaan).
VAIN HIUKAN POIKKEAVA	10	Potilaalla on jokin erikoinen tapa jollakin alueella, joka voi herättää huomiota, mutta ei varsinaisesti ole muita häiritsevä.
EI LAINKAAN POIKKEAVA	0	Potilaalla ei ole sellaisia poikkeavia piirteitä, jotka poikkeaisivat siitä, mitä ihmisillä yleensä on.

AGGRESSIIVINEN KÄYTTÄYTYMINEN

Missä määrin potilaalla esiintyy väkivaltaisuutta, uhkailua, vastustamista, törkeää kielenkäyttöä ja uhmakasta huutamista (huutaminen voi olla myös psykoottinen oire, jota tässä ei oteta huomioon). Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka kuvaa potilasta parhaiten. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kuvausten väliinkin.

ERITTÄIN AGRESSIIVINEN	100	Potilas on erittäin väkivaltainen. Hän on arvaamaton ja saattaa lyödä tai muuten vahingoittaa toista potilasta tai työntekijää lähes milloin tahansa.
	90	Potilas on ajoittain hyvin väkivaltainen ja vaikeasti hallittava. Hänellä esiintyy myös uhkailua, kiroilua ja vastustamista.
AGRESSIIVINEN	80	Potilaan aggressiivisuus ilmenee etupäässä uhkailuna ja uhmaamisena, mutta ajoittain esiintyy myös fyysistä väkivaltaa.
	70	Potilaalla on taipumusta aggressiivisuuteen, joka ilmenee lähinnä vastustamisena, kiroiluna ja uhmaamisena. Fyysistä väkivaltaa esiintyy joskus, lähinnä huitomista tai tönimistä.
MELKO AGRESSIIVINEN	60	Potilaalla esiintyy ajoittain aggressiivisuutta, lähinnä vastustamista, kiroilua, huutamista ja joskus uhkailuakin. Varsinaista fyysistä väkivaltaa esiintyy aivan poikkeustapauksissa, eikä se ole kovin vakavaa.
EI ERITYISEN AGRESSIIVINEN	50	Potilaan aggressiivisuus näkyy kiroiluna ja vastustamisena. Fyysistä väkivaltaa tai uhkailua ei ole ilmennyt.
	40	Aggressiivisuus ilmenee lähinnä kiroiluna ja huutamisena. Vastustamista, saati väkivaltaisuutta ei esiinny.
MELKO VÄHÄN AGRESSIIVINEN	30	Aggressiivisuus ilmenee varsin lievissä muodoissa, kuten kiroiluna ja kiukutteluna. Mitään vakavampaa ei ole ilmennyt.
	20	Ulospäin suuntautuvaa aggressiivisuutta esiintyy vähän. Kyseessä ovat normaalina pidettävät suuttumuksen ilmaukset, jotka ilmenevät esim. sadatteluna.
HYVIN VÄHÄN AGRESSIIVINEN	10	Potilas ei yleensä reagoi hankalissakaan tilanteissa aggressioilla. Vain äänen korottaminen tai inttäminen ovat merkkejä siitä, että potilaalla on kielteisiä tunteita.
EI LAINKAAN AGRESSIIVINEN	0	Aggressiivisuutta ei tule lainkaan esiin. Potilas tuntuu sietävän kaiken eikä reagoi mihinkään aggressiivisesti.

HYGIENIA JA SIISTEYS

Miten hyvin potilas tai asiakas osaa hoitaa oman hygieniansa (mm. pesut, hampaiden harjaukset) ja siisteytensä? Siisteyteen luetaan mukaan myös vaatetuksen siisteys ja asiallisuus. Arvioinnissa on mukana myös ulkonäöstä huolehtiminen (hiukset, kynnet, meikkauksen asiallisuus). Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaalta. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vaihtoehto valitaan vetämällä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan janaa, joka parhaiten vastaa arvioitavan henkilön työkykyä. Viiva on syytä vetää kuvausten väliin, jos oikea arvio tuntuu sijoittuvan kahden kuvauksen väliin.

ERITTÄIN SIISTI	100	Potilas on moitteettoman siisti ja pitää huolta hygieniastaan. Hän huolehtii hyvin myös vaatteistaan ja ulkonäöstään. Potilas herättää myönteistä huomiota huolitellulla ulkonäöllään ja esiintymisellään.
HYVIN SIISTI	90	Potilas on siisti ja huolehtii muutenkin ulkonäöstään ja vaatteistaan. Henkilökohtaisen puhtauden hoitamisessa ei ole ongelmia.
SIISTI	80	Potilas on yleensä siisti ja hoitaa puhtautensa. Joitakin pieniä unohduksia voi sattua, mutta yleiskuva siisteydestä ja hygieniasta on hyvä.
MELKO SIISTI	70	Potilas hoitaa ulkonäkönsä ja puhtautensa pääosin hyvin, vaikka joitakin puutteita voi esiintyä (esim. vaatteiden vaihtaminen liian harvoin tai liian pitkät peseytymisvälit).
	60	Yleiskuva siisteydestä ja puhtaudesta on varauksellisesti myönteinen. Siisteydessä ja puhtaudessa on puutteita, mutta yleiskuva on tyydyttävä.
KOHTALAISEN SIISTI	50	Siisteyden ja hygienian hoitamisessa on suunnilleen yhtä paljon myönteistä kuin kielteistäkin. Esim. hygienian hoitaminen voi olla melko hyvää, mutta vaatteiden ja ulkonäön hoitaminen on vastaavasti melko huonoa.
MELKO EPÄSIISTI	40	Yleiskuva siisteydestä ja puhtaudesta painottuu kielteiseksi. Myönteisiäkin asioita on, mutta puutteita on niin paljon, että yleiskuva muodostuu välttäväksi.
	30	Puhtauden ja siisteyden tasossa ei ole kehumista, vaikka näissä asioissa on jotakin myönteistäkin. Monista puutteista huolimatta potilas saattaa esim. käydä kohtuullisen usein saunassa ja/ tai suihkussa.
EPÄSIISTI	20	Puhtauden ja siisteyden taso on kokonaisuutena vaatimaton. Puutteita on sekä ulkonäön että hygienian hoitamisessa. Monien kehottelujen jälkeen potilas saattaa viedä vaatteensa pesuun tai käydä suihkussa.
HYVIN EPÄSIISTI	10	Puhtauden ja siisteyden taso on huono. Puutteita on lähes kaikessa, mikä liittyy hygieniaan, ulkonäköön ja vaatetukseen. Vasta lukuisat kehotukset saavat potilaan korjaamaan pahimpia puutteitaan.
ERITTÄIN EPÄSIISTI	0	Hygienian ja siisteyden taso on lähes toivoton. Potilas ei suostu tekemään mitään näiden asioiden hyväksi.

TYÖKYKY/ARVIOIJA

Seuraava portaikko kuvaa työkyvyn astetta. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jonka työkyky on erittäin huono. Alimpana taas on vaihtoehto 100, joka kuvaa erittäin työkykyistä henkilöä. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat työkyvyn eri asteita. Mikä kuvauksista sopii arvioitavaan henkilöön parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaalta. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vaihtoehto valitaan vetämällä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan janaa, joka parhaiten vastaa arvioitavan henkilön työkykyä. Viiva voidaan vetää kuvausten väliinkin, jos oikea arvio tuntuu sijoittuvan kahden kuvauksen väliin.

ERITTÄIN HUONO TYÖKYKY	0	Ei kykene tekemään juuri minkäänlaista työtä nykyisessä kunnossaan. Jaksaa vain viisi, korkeintaan kymmenen minuuttia kerrallaan.
	10	Pystyy tekemään kevyttä työtä (suojatyötä) tunnin, pari päivässä, mutta sekin tuntuu ajoittain raskaalta.
HUONO TYÖKYKY	20	Pystyy tekemään puoli päivää työtä, jos työ on kevyttä, esim. suojatyötä ja jos ihmiset suhtautuvat häneen kannustavasti ja ymmärtäväisesti.
	30	Nykyisessä kunnossaan selviytyy jotenkin puolipäivätyöstä. Se on kuitenkin hänen voimiensa ylärajoilla.
MELKO HUONO TYÖKYKY	40	Ei selviydy normaalista työpäivästä, vaan hänen on tehtävä lyhempiä työpäiviä tai oltava ajoittain pois työstä.
PUUTTEELLINEN TYÖKYKY	50	Normaali kahdeksan tunnin työpäivä vaatii kovia ponnistuksia. Voimat eivät tahdo riittää näin pitkään työpäivään. On aivan lopussa päivän päättyessä, eikä jaksakaan illalla enää mitään.
	60	Selviytyy jotenkin normaalista työpäivästä, mutta se edellyttää ponnistelua. On jatkuvasti väsynyt ja rasittunut.
MELKO HYVÄ TYÖKYKY	70	Jatkuva työssäolo tuottaa melkoisia vaikeuksia, mutta selviytyy päivän kerrallaan.
HYVÄ TYÖKYKY	80	Hänellä on ajoittain vaikeuksia työssään joko sen raskauden tai hankalien ihmissuhteiden takia. Selviytyy kuitenkin työssä kohtalaisesti. Pystyy olemaan työssä kahdeksan tuntia päivässä ympäri vuoden.
	90	Pystyy tekemään normaalin työpäivän ilman mitään suurempia ongelmia tai vaikeuksia.
ERITTÄIN HYVÄ TYÖKYKY	100	Työkyvyssä ei ole mitään ongelmia tällä hetkellä.

SOSIAALISET SUHTEET/ARVIOIJA

Seuraava portaikko kuvaa sosiaalisten suhteitten laatua ja tyydyttävyyttä. Ylin vaihtoehto 0 kuvaa sellaista henkilöä, jolla on erittäin suuria vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa. Alin vaihtoehto 100, kuvaa henkilöä, jonka sosiaaliset suhteet ovat erinomaisen hyvällä mallilla. Näiden välissä on lukuisia muita kuvauksia, jotka kuvaavat sosiaalisten suhteiden laadun ja määrän eri asteita. Mikä kuvauksista luonnehtii arvioitavaa parhaiten? Aloita ylimmästä vaihtoehdosta ja pysähdy siihen, joka tuntuu parhaimmalta. Lue vielä seuraavatkin vaihtoehdot varmuuden vuoksi ennen kuin päätät, minkä vaihtoehdon valitset. Vedä lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan pystysuoraa janaa, joka tuntuu parhaalta. Jana ajatellaan jatkuvaksi; poikkiviivan voi vetää kuvausten väliinkin.

ERITTÄIN NIUKAT JA/TAI HUONOT SOSIAALISET SUHTEET	0	Arvioitava on hyvin yksinäinen. Hänellä ei ole läheisiä ihmisiä.
	10	Sosiaalisista suhteista ei juuri kannata puhua. Arvioitava tapaa ohimennen muutamia ihmisiä, joista ei hänelle ole paljoakaan iloa. Enimmäkseen on yksinään. Omaisten kanssa ei juuri ole tekemisissä.
YKSINÄINEN, HUONOT SOSIAA- LISET SUHTEET	20	Ei tahdo saada yhteyttä muihin ihmisiin tai sitten ihmiset jotenkin vierastavat häntä. Suhteet muihin ihmisiin, myös omaisiin, ovat pinnallisia. Jos yrittää saada läheisempiä suhteita aikaan, tulee helposti ongelmia.
	30	Sosiaaliset suhteet ovat niukkoja ja etäisiä. Tällä hetkellä hänellä ei ole läheisiä suhteita kehenkään. Tuntee muutamia henkilöitä, joitten kanssa voi jutella, mutta asiat joista puhutaan ovat pinnallisia.
MELKO YKSINÄINEN	40	Sosiaaliset suhteet ovat aika pinnallisia tai sitten joutuu helposti kiistoihin ihmisten kanssa. Tuntuu siltä, että sosiaaliset suhteet sävyttyvät pikemminkin kielteisiksi kuin myönteisiksi. On jonkin verran tekemisissä omaisten kanssa, mutta suhteet ovat aika etäisiä
KOHTALAISET SOSIAALISET SUHTEET	50	Sosiaaliset suhteet eivät ole erityisen hyvällä mallilla, vaikka mitään suuria ongelmia ei olekaan; hänellä on yhteyksiä eräisiin henkilöihin tai omaisiin, mutta nämä yhteydet eivät ole kovin syvällisiä. Kaipaa läheisempiä yhteyksiä.
	60	Sosiaalisissa suhteissa on siltäkin enemmän myönteistä kuin kielteistä, vaikka jotakin selvästi puuttuukin. Hänellä on muutamia henkilöitä, jotka ovat tärkeitä. Tapaa näitä ihmisiä kuitenkin liian harvoin ja tuntee itsensä aika ajoin yksinäiseksi.
MELKO HYVÄT SOSIAALISET SUHTEET	70	Sosiaaliset suhteet ovat melko hyvät. Tapaa jatkuvasti sellaisia ihmisiä, joiden kanssa voi vaihtaa ajatuksia. Kuitenkin jotakin puuttuu. Aivan kaikista asioista ei voida puhua tai sitten noilla ihmisillä ei ole hänelle riittävästi aikaa.
HYVÄT SOSIAA- LISET SUHTEET	80	Kokonaisuutena arvioiden sosiaaliset suhteet ovat aika hyvällä mallilla. Hänellä on muutamia läheisiä ihmisiä, joita tapaa säännöllisesti tai joiden kanssa on jatkuvasti tekemisissä. Tosin joskus kokee itsensä yksinäiseksi ja kaipaa ihmistä, jolle voisi puhua.
HYVIN ARKA	90	Sosiaaliset suhteet ovat kunnossa. Mitään erityistä valittamista hänellä ei ole. Hänellä on riittävästi ystäviä ja omaisia, joitten kanssa voi olla yhteydessä. Näissä asioissa kaikilla on joskus pikku murheita, niin hänelläkin.
ERITTÄIN HYVÄT SOSIAALISET SUHTEET	100	Tulee erittäin hyvin toimeen ihmisten kanssa. Hänellä on paljon ystäviä, joiden kanssa voi olla niin usein kuin haluaa. Suhteet omaisiin ovat hyvät. Hänellä on läheisiä ihmisiä, joille voi tarvittaessa uskoutua ja joiden kanssa voi puhua luottamuksellisesti.

JOUSTAVUUS

Miten joustava, sopeutuva, muutoksiin mukautuva arvioitava henkilö on? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa arvioitavaa. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka mielestäsi on paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN JOUSTAVA	100	Hänen on hyvin helppo mukautua muutoksiin. Yllättävätkään muutokset eivät häiritse tai hätkähdytä. Hänellä ei yleensä ole sellaisia suunnitelmia tai toimintatapoja, joista hänen pitäisi ehdottomasti pitää kiinni.
HYVIN JOUSTAVA	90	Hän pyrkii suhtautumaan joustavasti asioihin. Ei ärsyynny muutoksista, joihin eri tilanteissa joutuu. Jos ei voi jotakin asiaa tehdä yhdellä tavalla, tekee sen toisella tavalla.
JOUSTAVA	80	Ei pidä tärkeänä sitä, miten ja missä järjestyksessä asiat etenevät, kunhan tulevat hoidetuiksi. Muutokset suunnitelmissa ja toiminnan ja tekemisen muodoissa eivät häntä juuri kiusaa, kunhan pysyvät kohtuuden rajoissa.
MELKO JOUSTAVA	70	Suhtautuu enimmäkseen rauhallisesti niihin muutoksiin, joita elämässä tulee vastaan. Hänellä on kuitenkin joitakin asioita, joissa hänen on vaikea olla joustava.
	60	On pikemminkin joustava kuin joustamaton. Vaikka usein pitää kiinni valitsemistaan menetelmistä, toimintatavoista ja suunnitelmista, hänessä on silti tarvittaessa myös joustavuutta.
KOHTALAISEN JOUSTAVA	50	Ei ole sen paremmin joustava kuin joustamatonkaan. Tilanteesta ja mielialasta riippuu, kumpi pääsee voitolle. Hänessä on kumpaakin suunnilleen yhtä paljon.
	40	On pikemminkin joustamaton kuin joustava silloin, kun jokin tilanne tai asia vaatii sopeutumista muutokseen. Saattaa kyllä tarvittaessa jousaakin, mutta ainakin aluksi asettuu vastahankaan.
MELKO JOUSTAMATON	30	Arvioitava on melko joustamaton mitä tulee kykyyn mukautua tilanteiden vaatimusten mukaan. Ei aivan hevillä anna periksi muutosta vaativissa tilanteissa, vaan pyrkii pitämään kiinni siitä, minkä on hyväksi tai oikeaksi katsonut.
JOUSTAMATON	20	Ei ole joustava, vaan pikemminkin hänellä on taipumusta pitää sitkeästi kiinni valituista toimintatavoista tai -linjoista tai suunnitelmista. Haluaa tietää hyvissä ajoin, mitä on tulossa, eikä pidä äkillisistä muutoksista.
HYVIN JOUSTAMATON	10	Pitää hyvin tiukasti kiinni kaikista sellaisista kaavoista ja suunnitelmista, jotka varmistavat sen, että muutoksia ei tapahdu. Hänen on vaikea hallita muutoksia, vaikka ne olisivat pieniäkin.
ERITTÄIN JOUSTAMATON	0	On kuin juna, joka on ohjelmoitu kulkemaan tiettyjen aikataulujen ja reittien mukaan. Kokee erittäin kiusallisena sen, jos joutuu muuttamaan aikataulujaan tai reittejään. Hänellä ei ole kykyä joustaa ja ottaa muutoksia huomioon.

ITSELUOTTAMUS

Alla oleva jana kuvaa itseluottamuksen vaihtelua. Itseluottamuksella tarkoitetaan uskoa omiin mahdollisuuksiin ja varmuutta siitä, että selviytyy vaativistakin tehtävistä. Janan yläpäässä olevat kuvaukset kuvaavat vahvaa itseluottamusta ja alapäässä olevat huonoa itseluottamusta. Keskikohdassa on "siltä väliltä" -kuvauksia. Valitse näistä kuvauksista se, joka parhaiten vastaa arvioitavan henkilön itseluottamusta. Lue kaikki vaihtoehdot ja valitse niistä se, joka parhaiten vastaa käsitystäsi. Vedä janan yli lyhyt poikkiviiva siihen kohtaan, joka on osuvin. Poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin, jos nuo kaksi kuvausta tuntuvat lähes yhtä hyviltä.

ERITTÄIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	100	Ei koskaan epäile mahdollisuuksiaan ja edellytyksiään, vaan luottaa aina itseensä. Mihin todella paneutuu ja kokoaa voimansa, siinä tuntee onnistuvansa. Vaikka epäonnistuu jossain asiassa, se ei vaikuta itseluottamukseen.
HYVIN VAHVA ITSELUOTTAMUS	90	Itseluottamus voi joskus hetken horjua, mutta epävarmuus ei koskaan kestä kauan, vaan pian hän taas rohkeasti kohtaa elämän tuomia haasteita.
VAHVA ITSELUOTTAMUS	80	Suhtautuu mahdollisuuksiinsa ja kykyihinsä luottavasti. Ei kuvittele itsestään liikoja, mutta yleensä onnistuu siinä, minkä kokee mielekkääksi ja itselleen tärkeäksi. Voi kokea epäonnistumisen kiusallisena, mutta voi silti luottaa itseensä.
MELKO VAHVA ITSELUOTTAMUS	70	Itseluottamus on yleensä melko vahva. Hän luottaa siihen, että selviytyy aika hyvin niistä asioista ja tehtävistä joista joutuu vastaamaan. Aika ajoin tuntee itsensä epävarmaksi, mutta se on sittenkin ohimenevää.
KOHTALAINEN ITSELUOTTAMUS	60	Itseluottamus ei ole vahva, mutta siinä on kuitenkin enemmän lujuttua kuin heikkoutta. Epävarmuus vaivaa häntä aika ajoin, mutta sitten ottaa härkää sarvista ja käy luottavaisesti asioihin kiinni.
MELKO HEIKKO ITSELUOTTAMUS	50	Itseluottamus horjahtelee ylös ja alas. Joskus luottaa itseensä, joskus taas ei. Hänen itseluottamuksensa on kuin keinulauta, joka välistä nousee ja välistä laskee.
HEIKKO ITSELUOTTAMUS	40	Itseluottamus ei tahdo kestää, vaan se tuntuu painottuvan hiukan "pakkasen puolelle". Ei oikein jaksa uskoa itseensä, vaikka tietääkin, että on yhtä jos toista saanut aikaan.
HEIKKO ITSELUOTTAMUS	30	Ei oikein luota itseensä, vaan suhtautuu epäillen mahdollisuuksiinsa. Haluaa olla varovainen, koska epäonnistumisen vaara on olemassa.
HYVIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	20	Itseluottamuksen puute on hänelle tavallista. Ei ota haasteita vastaan, vaan kiertelee ja kaartelee ja vasta pitkän jähkailun jälkeen uskaltaa ryhtyä johonkin.
ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	10	Itseluottamuksesta ovat vain rippeet jäljellä. Ehkä ei kuulu kaikkein "toivottomimpiin tunareihin", mutta paljon ei puutu.
ERITTÄIN HEIKKO ITSELUOTTAMUS	0	Hänellä on tunne, ettei pysty juuri mihinkään. Kokee epäonnistuvansa kaikessa mihin ryhtyy.

TOIMINNALLISUUS

Miten toiminnallinen, tarmokas ja tehokas arvioitava henkilö on? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa arvioitavaa. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse sopivin vaihtoehto. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin.

ERITTÄIN TOIMINNALLINEN	100	On erittäin toiminnallinen, tehokas ja tarmokas ihminen. Hänellä on aina ”monta rautaa tulessa”. Hänellä on lukuisia harrastuksia, jäsenyyksiä ja muita puuhia.
HYVIN TOIMINNALLINEN	90	Hänen elämänsä on täynnä työtä ja tekemistä. On harvinaista, että hän olisi tekemättä mitään. Tavallisesti hän puuhaa kaikenlaista.
TOIMINNALLINEN	80	On yleensä hyvin aktiivinen ja toimelias. Vain harvoin, esim. jos on väsynyt tai sairas, hellittää hetkeksi. Tällainen vaihe ei kestä kauan.
MELKO TOIMINNALLINEN	70	Ei ole mikään ”tehopakkaus”, mutta hänellä riittää kyllä tekemistä. Joskus hänen on pakko hellittää, mutta enimmäkseen on jotakin tekemässä tai puuhaamassa.
	60	Vaikka joskus on tekemättä mitään, on sittenkin enemmän toiminnan ihminen. Osallistuminen ja toiminnallisuus ovat kohtuullisen aktiivisia.
KOHTALAISEN TOIMINNALLINEN	50	Ei ole sen paremmin toiminnan ihminen kuin toimeettomana viihtyväkään. Hänessä on yhtä paljon kumpaakin. Välillä panee tuulemaan, välillä ottaa asiat rauhallisesti.
MELKO VÄHÄN TOIMINNALLINEN	40	On pikemminkin kiirettä ja jatkuvaa puuhaamista kaihtava ihminen kuin tehokas ja toiminnallinen. Pelkkä oleilu ei silti kiinnosta, vaan tekee jotakin aikansa kuluksi.
	30	Ei ole erityisen toiminnallinen ja tehokas ihminen, vaan on mielellään tekemättä mitään ja osallistumatta mihinkään. Tarvittaessa häneltä löytyy kyllä tarmoa ja tehoakin, mutta mieluummin karttaa kaikenlaista tekemistä ja puuhaamista.
VÄHÄN TOIMINNALLINEN	20	Ei yleensä osallistu mihinkään, mikä ei ole välttämätöntä. Touhuaminen ja puuhaaminen harrastusten ja järjestötoiminnan parissa on hänelle vierasta. Toimittelee kaikessa rauhassa omia askareitaan.
HYVIN VÄHÄN TOIMINNALLINEN	10	Hänellä on hyvin vähän harrastuksia. Ei myöskään osallistu järjestötoimintaan. Kuluttaa suurimman osan vapaa-ajastaan oleilemalla. Jos jokin asia täytyy hoitaa tehokkaasti ja tarmokkaasti, niin hänestä ei ole sellaiseen.
ERITTÄIN VÄHÄN TOIMINNALLINEN	0	Ei ole sen paremmin tarmokas kuin tehokaskaan. Tekee vain ne asiat, jotka ovat aivan välttämättömiä. Hänellä ei ole mitään harrasteita ja jäsenyyksiä yhdistyksissä.

ITSEHILLINTÄ

Miten hyvin arvioitava hallitsee itsensä hankalissa ja haastavissa tilanteissa? Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa arvioitavaa. Lue kaikki vaihtoehdot läpi ja valitse se vaihtoehto, joka on mielestäsi paras. Asteikko on jatkuva; poikkiviivan voi vetää kahden kuvauksen väliinkin

ERITTÄIN HYVÄ ITSEHILLINTÄ	100	Tapahtuipa lähes mitä tahansa, niin arvioitava säilyttää malttinsa. Hän suhtautuu tyynen rauhallisesti silloinkin, kun asiat menevät huonosti.
OIKEIN HYVÄ ITSEHILLINTÄ	90	Säilyttää hyvin itsehillintänsä. Melkoisia asioita saa tapahtua ennen kuin menettää malttinsa. Tyyneys ja itsehillintä ovat hänelle tunnusomaisia piirteitä.
HYVÄ ITSEHILLINTÄ	80	Joissakin harvoissa tapauksissa saattaa näyttää voimakkaita tunteita. Silloinkin on ollut lähinnä harmistunut tai pahoillaan, eikä ole menettänyt otettaan tilanteeseen. Yleensä hillitsee itsensä hyvin.
MELKO HYVÄ ITSEHILLINTÄ	70	Säilyttää malttinsa melko hyvin hankalissakin tilanteissa. Vain todella vaikeissa tilanteissa voi itsehillintä olla koetuksella ja purkauksiakin voi sattua.
	60	On pikemminkin hillitty kuin tunteita näyttävä ihminen. Hankalissa tilanteissa säilyttää aika hyvin malttinsa.
KOHTALAINEN ITSEHILLINTÄ	50	Ei ole sen paremmin hillitty kuin tunteita näyttäväkään. Säilyttää kohtuullisen hyvin malttinsa, mutta yllätettynä voi ”polttaa pärensä” tai ahdistua ja näyttää tunteitaan.
	40	Itsehillinnän puute on hänelle tunnusomaisempaa kuin hillintä. Tunteet pääsevät esiin, jos tilanne on hänelle outo tai hankala.
MELKO HUONO ITSEHILLINTÄ	30	Itsehillintä on hänelle vaikeata. Menettää helposti malttinsa ja ahdistuu, kun joutuu hankalaan tilanteeseen tai kun vain muuten ”ottaa päähän”.
HUONO ITSEHILLINTÄ	20	Hänellä on vahva taipumus voimakkaisiin tunneilmaisuihin. Toimii silloin kiivaasti, jopa hyökkäävästi tai sitten masentuu ja pahoittaa mielensä.
OIKEIN HUONO ITSEHILLINTÄ	10	Itsehillintä pettää herkästi. Antaa samalla mitalla takaisin tai antaa kokonaan periksi, koska ei pysty hallitsemaan itseään.
ERITTÄIN HUONO ITSEHILLINTÄ	0	Menettää helposti malttinsa ja näyttää herkästi tunteensa. Pienikin vastoinkäyminen tai ärsytys saa tunteet pinnalle. Hänestä tulee silloin kiivas tai hyökkäävä tai sitten saattaa ruveta itkemään.

Liite 5.

Analyyseissä käytetyt muuttujat jaoteltuna riippumattomiin ja riippuviin muuttujiin viimeisen analyysivaiheen mukaan

Riippumattomat muuttujat

Sosioekonomiset taustamuuttujat:

- sukupuoli
- ikä
- siviilisääty
- peruskoulutus
- ammatillinen koulutus
- ammatti
- päihteiden käyttö
- väkivaltaisuus
- muu epäsosiaalinen käyttäytyminen

Hoitohistoria ennen vastuutaso-kuntoutusta:

- sairastumisikä
- ikä psykiatrisen hoidon alkaessa
- ikä ensimmäisen psykiatrisen sairaalahoidon alkaessa
- ikä vastuutaso-ohjelmaan tullessa
- psykiatristen sairaalahoidojen pituuden kertymä
- psykiatristen sairaalahoidojen lukumäärä
- psykiatristen päiväsairalahoidojen kertymä
- kuntoutuskotihoitojen kertymä
- päivätoimintahoitojen kertymä
- pienkotihoitojen kertymä
- tuetun asumisen kertymä
- suojatyöajan kertymä
- mielenterveystoimistohoidojen pituuden kertymä
- mielenterveystoimistokäyntien lukumäärän kertymä
- psykiatrian poliklinikan käyntien kertymä

- jälkipoliklinisten käyntien kertymä
- palvelu- ja hoivakotihoidojen kertymä
- muut mahdolliset hoidot
- psykiatrian vastuualue, josta potilas tuli ohjelmaan

Muuttujat, jotka kuvaavat potilaan kuntoutumista vastuutaso-ohjelmassa:

- hoitoaika vastuutaso-ohjelmassa
- 4-vaiheeseen etenemiseen kulu-
nut aika
- hoitoaika eri vastuutasoilla
- aktiivisuus vastuutaso-ohjelmassa
- käyttäytyminen vastuutaso-ohjel-
massa
- lääkityksen tyyppi vastuutaso-
ohjelman päättyessä
- toimintakyky (GAS-asteikko)
vastuutaso-ohjelmassa
- menestyminen hoito-ohjelmassa
- vastuutaso-ohjelman jälkeinen
välitön hoitopaikka
- vastuutaso-ohjelman jälkeinen
välitön asumispaikka

Muuttujat, jotka kuvaavat vastuutaso-ohjelman jälkeistä asumista ja hoitoja:

- kuntoutusreittien tyyppi
- psykiatristen sairaalahoitojen
pituuden kertymä
- psykiatristen sairaalahoitojen
lukumäärä
- psykiatristen päiväsairalahoitojen
kertymä
- kuntoutuskotihoidojen kertymä
- päivätoimintahoidojen kertymä
- pienkotihoidojen kertymä
- tuetun asumisen kertymä
- suojatyöajan kertymä
- mielenterveystoimistohoidojen
pituuden kertymä
- mielenterveystoimistokäyntien
lukumäärän kertymä

- psykiatrian poliklinikan käyntien kertymä
- jälkipoliklinisten käyntien kertymä
- palvelu- ja hoivakotihoitojen kertymä
- muut mahdolliset hoidot

Muuttujat, jotka kuvaavat haastatteluhetken tilannetta:

- potilaiden ikä haastatteluhetkellä
- aika, joka oli kulunut vastuutaso-ohjelman päättymisestä haastatteluhetkeen
- psykiatrisen hoidon alkamisesta haastatteluhetkeen kulunut aika
- päihteiden käyttö
- väkivaltaisuus
- muu epäsosiaalinen käyttäytyminen
- potilaan asumistilanne
- potilaan hoitotilanne
- potilaan lääkityksen tyyppi
- koettu ymmärrys ja tuki
- tuen antajien lukumäärä
- läheisten lukumäärä
- taloudellinen tilanne
- vastuutaso-ohjelman vaikuttavuus
- tyytyväisyys vastuutasokuntoutukseen
- hoitavan henkilön tai terapeutin arvio potilaan lääkityksestä huolehtimisesta
- hoitavan henkilön tai terapeutin arvio hoidon ongelmallisuudesta
- hoitavan henkilön tai terapeutin arvio potilaan saamasta hyödystä vastuutasokuntoutuksessa
- jatkokuntoutuksen tarve hoitavan henkilön tai terapeutin ja tutkijan arvioimana

Potilaan elämänmuutokset haastattelua edeltäneen vuoden aikana:

- elämänmuutosten lukumäärä

- negatiivisten elämänmuutosten lukumäärä
- positiivisten elämänmuutosten lukumäärä

Riippuvat muuttajat

Potilaan omaa psykososiaalista hyvinvointiaan kuvaavat muuttajat:

Terveydentila

- vointi
- masennus
- ahdistuneisuus
- mieliala
- somaattiset oireet
- fyysinen kunto
- stressin sieto
- itsehillintä

Sosiaalinen kompetenssi

- sosiaaliset suhteet
- sosiaalinen rohkeus
- joustavuus
- itseluottamus
- arvostuksen saanti
- itsearvostus

Toimintakyky

- toiminnallisuus
- kodinhoito
- asiointi
- harrastukset
- työkyky
- vastuuntunto

Elämän mielekkyys

- elämänhallinta
- päätösvalta
- elämänsenne
- tavoitteiden toteutuminen
- turvallisuus
- elämän tarkoituksen kokeminen

Beck-asteikko (BDI)

- 21 osiota

Hoitavien henkilöiden tai terapeuttien ja tutkijan arviot potilaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista ja oireista:

Psyykinen vointi ja oireilu

- mieliala
- psykoottiset oireet
- itsehillintä
- ahdistuneisuus
- sekundaariset oireet
- poikkeava käyttäytyminen
- aggressiivinen käyttäytyminen

Sosiaalinen kompetenssi

- sosiaaliset suhteet
- sosiaalinen rohkeus
- joustavuus
- itseluottamus

Toimintakyky

- toiminnallisuus
- kodinhoito
- hygienian hoito
- asiointi
- harrastukset
- työkyky
- vastuuntunto
- GAS

Yleiset oireet

Positiiviset oireet

Negatiiviset oireet

Liite 6: Liitetaulukot

Liitetaulukko 6A. Hoito-ohjelmassa menestymisen yhteys potilaan taustaan ja hoitohistoriaan (N=105)

	Erinomaisesti menestyneet n=18	Hyvin menestyneet n=36	Tyydyttävästi menestyneet n=32	Huonosti menestyneet n=19	p-arvo
Miehiä (%)	44	53	69	58	.358
Ikä (v) hoito-ohjelmaan tullessa (ka.)	30,4	34,6	34,0	32,9	.450
Peruskoulutusta enemmän kuin kansakoulu (%)	72	56	50	53	.479
Ammattitaitoisia (%)	78	61	44	47	.095
Ikä (v) 1. psykiatrisen hoidon alkaessa (ka.)	20,9	21,0	20,9	2,3	.965
Ikä (v) 1. psykiatrisen sairaalahoitjakson alkaessa (ka.)	21,4	22,6	21,2	20,5	.569
Ennen hoito-ohjelman alkua					
- välittömän sairaalahoitjakson pituus (vrk.ka.)	565	498	963	817	.505
- psykiatrisen sairaalahoidon kertymä (kk) (ka.)	37,0	48,0	72,6	62,3	.271
- psykiatriset sairaalahoitokerrat (ka.)	4,9	7,3	6,7	8,4	.164
- mielesterveystoimistohoitojen kertymä (kk) (ka.)	49,0	76,1	54,8	47,3	.287
- mielenterveystoimistokäynnit (ka.)	47,3	49,8	35,6	25,3	.130
- toistuvaa ongelmallista alkoholikäyttöä (%)	28	22	16	5	.285
- toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä (%)	17	33	47	58	.047
- muuta epäsosiaalista käyttäytymistä (%)	44	53	53	79	.151
- psykologiset tutkimukset tehty (%)	89	83	69	63	.147

Khin –neliö, df=3; ANOVA, df=101

Liitetaulukko 6B. Potilaiden taustan, hoitohistorian ja hoito-ohjelmaan liittyvien tunnuslukujen tilastolliset erot psykiatriseen sairaalahoitoon tai avohoitoon vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen ohjattujen ryhmien välillä

	Sairaala- hoito n=33	Avo- hoito n=72	p-arvo
Ammattitaitoisia (%)	39	64	.033
Ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
- väkivaltaista käyttäytymistä (%)	70	25	.001
- epäsosiaalista käyttäytymistä (%)	75	47	.012
Psykiatrisen sairaalahoidon kertymä ennen hoito-ohjelmaan tuloa (kk) (ka.)	83,4	43,7	.005
Psykiatriset sairaalahoitokerrat ennen hoito-ohjelman tuloa (ka.)	8,7	6,2	.025
1. psykiatrisesta sairaalahoidosta kulunut aika ennen hoito-ohjelmaan tuloa (v.) (ka.)	14,5	10,5	.020
Sairastumisesta kulunut aika ennen hoito-ohjelmaan tuloa (v.) (ka.)	15,8	12,3	.047
Sairalahoitajakson pituus ennen hoito-ohjelmaa (vrk.) (ka.)	1151	506	.021
Ikä hoito-ohjelmaan tullessa (v.) (ka.)	35,9	32,1	.049
Hoito-ohjelmaan tulo akuuttipsykiatrian yksiköstä (%)	27	61	.003
Kerrat hoito-ohjelman 1-tasolla (ka.)	4,3	1,3	.001
Ei edennyt hoito-ohjelmassa 4-tasolle (%)	45	6	.001
Erinomainen tai hyvä menestyminen hoito-ohjelmassa (%)	6	73	.001
Aktiivisuus hoito-ohjelman			
- alussa (ka.)	11,6	13,7	.001
- lopussa (ka.)	10,9	15,0	.001
Aktiivisuuden muutos (ka.)***	-0,68*	1,36**	.001
Käyttäytyminen			
- alussa (ka.)	13,0	13,6	.001
- lopussa (ka.)	12,0	13,8	.001
Käyttäytymismuutos (ka.)***	-1,00*	0,19**	.001

Käyttäytyminen koko hoito-ohjelman aikana (ka.)	9,1	12,4	.001
GAS-arvio lopussa (ka.)	3,15	4,03	.001
Muutos GAS-arviossa (ka.)	-0,21	0,56	.001

* n=33 **n=68

Khin –neliö, df=1; t-testi, df=103; ***t-testi, df=99

Liitetaulukko 6C. Potilaiden taustan, hoitohistorian ja hoito-ohjelmaan liittyvien tunnuslukujen tilastolliset erot omaan asuntoon, omaisten luokse tai kuntouttavaan asumiseen hoito-ohjelman päättymisen jälkeen siirtyneiden ryhmien välillä.

	Omaan asuntoon siirtyneet n=10	Omaisten luokse siirtyneet n=24	Kuntouttavaan asumiseen siirtyneet n=38	p-arvo
Ammattitaitoisia (%)	90	75	50	.025
Ongelmallista alkoholinkäyttöä ennen hoito-ohjelmaan tuloa (%)	50	13	18	.043
1.hoitokontakti sairastumisesta (kk.) (ka.)	31,2	8,0	6,0	.007
Psykiatrisen sairaalahoidon kertymä ennen hoito-ohjelman alkua (kk.) (ka.)	21,9	17,8	65,8	.003
Psykiatrisen sairaalahoitjakson pituus ennen hoito-ohjelman alkua (vrk) (ka.)	177,7	139,4	824,0	.031
Hoito-ohjelmaan tulo akuuttipsykiatrian yksiköstä (%)	30	83	55	.008
Hoitopäivien lukumäärä hoito-ohjelmassa (vrk) (ka.)	110,7	193,2	301,5	.048
Käyttäytymisen muutos hoito-ohjelman aikana (ka.)	-0,40	0,36	0,24	.021
Kirjattu kuntoutustavoite hoito-ohjelman aikana (%)	50	79	87	.039

Khin –neliö, df=2; ANOVA, df=69

Tummennetut luvut: ero muihin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05).

Liitetaulukko 6D. Potilaiden taustat ja hoitohistoria kuntoutumisreitin mukaan tarkasteluna (N=105)

	Valr* n=13	Inshr* n=28	Ajshr* n=20	Vastr* n=22	Progr* n=11	Vaier* n=11	p-arvo
Miehiä (%)	69,2	60,7	60,0	54,6	45,5	45,5	.810
Ikä (v) hoito-ohjelmaan tullessa (ka.)	36,7	33,0	33,5	33,0	32,6	31,9	.840
Koulutusta enemmän kuin kansakoulu (%)	30,8	64,3	65,0	54,6	63,6	45,5	.350
Ammattitaitoisia (%)	38,5	57,1	70,0	40,9	63,6	72,7	.238
Sairastumisikä (v) (ka.)	21,2	19,0	20,9	20,0	19,5	19,2	.718
1. psykiatrisesta sairaalahoidosta kulunut aika (v) (ka.)	15,2	12,0	10,4	12,0	11,0	10,0	.650
Välittömän sairaalahoitjakson pituus (vrk) ennen hoito-ohjelman tuloa	1180	682	703	856	420	226	.585
Psykiatrisen sairaalahoidon kertymä (kk) ennen hoito-ohjelmaan tuloa (ka.)	103,4	47,1	48,6	63,9	49,6	28,6	.010
Psykiatristen sairaalahoitajien lukumäärä ennen hoito-ohjelmaan tuloa (ka.)	7,5	8,9	7,3	5,1	6,3	5,4	.180
Psykiatrisessa sairaalahoidon osuus alkuseuranta-ajasta (%)	58	37	33	37	31	35	.174
Mtt-hoidon kertymä (kk) ennen hoito-ohjelmaan tuloa (ka.)	42,8	74,8	67,8	44,8	61,4	55,5	.551
Mtt-käynnit ennen hoito-ohjelmaan tuloa (ka.)	25,3	48,3	42,2	30,3	52,4	45,2	.365
Mtt-hoidon osuus alkuseuranta ajasta (%)	23	47	46	35	52	38	.124
Toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä ennen hoito-ohjelmaan tuloa (%)	76,9	42,9	20,0	40,9	36,4	18,2	.022
Toistuvaa ongelmallista alkoholinkäyttöä ennen hoito-ohjelmaan tuloa (%)	0,0	21,4	20,0	27,3	9,1	18,2	.418
Toistuvaa muuta epäsoosiaalista käyttäytymistä ennen hoito-ohjelmaan tuloa (%)	92,3	60,7	40,0	63,6	45,5	27,3	.016

* Lyhenteiden selitykset: Valr=vakaa laitosreitti; Inshr=intensiivisen sairaalahoidon reitti; Ajshr=ajoittaisen sairaalahoidon reitti; Vastr=vakaa sosiaalisen tuen reitti;

Progr=progressiivinen reitti; Vaier=vakaa itsenäisen elämisen reitti.

Khin –neliö, df=5; ANOVA, df=99

Tummennettu luku: ero muihin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05).

Liitetaulukko 6E . Potilaiden taustaan, hoitohistoriaan ja hoito-ohjelmaan liittyvien luokiteltujen muuttujien yhteydet psykiatrisen sairaalahoidon prosentuaaliseen määrään jälkiseuranta-aikana: keskiarvojen tilastolliset erot (N=105)

	Psykiatrista sairaalahoidoa keskimäärin (% jälkiseuranta-ajasta)	p-arvo
Sukupuoli*		.238
mies (n=60)	35	
nainen (n=45)	28	
Peruskoulutus*		.055
korkeintaan kansakoulu (n=46)	39	
enemmän kuin kansakoulu (n=59)	27	
Ammatillinen tausta*		.013
ammattitaitoinen/opiskelija (n=59)	25	
ammattitaidoton (n=46)	41	
Toistuva väkivaltainen käyttäytyminen ennen hoito-ohjelmaan tuloa*		.001
ei (n=64)	22	
kyllä (n=41)	48	
Toistuva ongelmallinen alkoholin käyttö ennen hoito-ohjelmaan tuloa*		.054
ei (n=86)	35	
kyllä (n=19)	19	
Toistuva epäsosiaalinen käyttäytyminen ennen hoito-ohjelmaan tuloa*		.001
ei (n=46)	17	
kyllä (n=59)	44	
Vastuutasojärjestelmään ohjaava vastuualue*		.005
pitkäaikaispsykiatria (n=52)	41	
akuuttipsykiatria (n=53)	23	
Potilaan eteneminen 4-vaiheeseen vastuutasojärjestelmässä**		.001
minimianajassa (n=42)	23	
1-2 kk (n=27)	25	
yli 2 kk (n=17)	38	

ei edennyt (n=19)	57	
Menestyminen**		.001
erinomainen (n=18)	14	
hyvä (n=36)	19	
välttävä (n=32)	<u>43</u>	
huono (n=19)	<u>57</u>	
Jatkohoitopaikka hoito-ohjelman päättyessä*		.001
laitos (n=33)	63	
avohoito/poliklinikka (n=72)	18	
Jatkoasuminen hoito-ohjelman päättyessä**		.001
oma asunto (n=10)	11	
omaisten luona (n=24)	21	
kuntouttava asuminen (n=38)	18	
laitosasuminen (n=33)	63	

*t-testi df=103; **ANOVA, df=101

Tummennetut luvut: ero muihin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05)

alleiviivatut luvut: ero erinomaisesti tai hyvin menestyneisiin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05)

Liitetaulukko 6F. Potilaiden taustaan, hoitohistoriaan ja hoito-ohjelmaan liittyvien luokiteltujen muuttujien yhteydet mielenterveystoimistohoitojen pituuden kertymän prosentuaaliseen määrään jälkiseuranta-aikana: keskiarvojen tilastolliset erot (N=105)

	Mielenterveystoimistoissa annetun hoidon pituuden kertymä keskimäärin (% jälkiseuranta-ajasta)	p-arvo
Sukupuoli*		.551
mies (n=60)	42	
nainen (n=45)	47	
Peruskoulutus*		.002
korkeintaan kansakoulu (n=46)	32	
enemmän kuin kansakoulu (n=59)	54	
Ammatillinen tausta*		.009
ammattitaitoinen/opiskelija (n=59)	52	
ammattitaidoton (n=46)	34	
Toistuva väkivaltainen käyttäytyminen ennen hoito-ohjelmaan tuloa*		.001

ei (n=64)	56	
kyllä (n=41)	25	
Toistuva ongelmallinen alkoholin käyttö ennen hoito-ohjelmaan tuloa*		.090
ei (n=86)	41	
kyllä (n=19)	57	
Toistuva epäsosiaalinen käyttäytyminen ennen hoito-ohjelmaan tuloa*		.001
ei (n=46)	59	
kyllä (n=59)	32	
Vastuutasojärjestelmään ohjaava vastuualue*		.001
pitkäaikaispsykiatria (n=52)	33	
akuuttipsykiatria (n=53)	55	
Potilaan eteneminen 4-vaiheeseen vastuutasojärjestelmässä**		.005
minimijaksassa (n=42)	56	
1-2 kk (n=27)	46	
yli 2 kk (n=17)	<u>35</u>	
ei edennyt (n=19)	<u>24</u>	
Menestyminen**		.001
erinomainen (n=18)	68	
hyvä (n=36)	53	
välttävä (n=32)	<u>33</u>	
huono (n=19)	<u>24</u>	
Jatkohoitopaikka hoito-ohjelman päättyessä*		.001
laitos (n=33)	19	
avohoito/poliklinikka (n=72)	56	
Jatkoasuminen hoito-ohjelman päättyessä**		.001
oma asunto (n=10)	73	
omaisten luona (n=24)	50	
kuntouttava asuminen (n=38)	55	
laitosasuminen (n=33)	19	

*t-testi, df=103; **ANOVA, df=101

Tummennettu luku: Ero muihin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05)

Alleviivatut luvut: Ero nopeimmin vastuutasojärjestelmässä edenneisiin ryhmiin ja hyvin tai erinomaisesti menestyneisiin ryhmiin tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05).

Liitetaulukko 6G. Potilaan taustaan ja hoitohistoriaan liittyvien muuttujien yhteydet potilaan psykiatrisen sairaalahoidon prosentuaaliseen määrään alku- ja jälkiseurannan aikana: keskiarvojen tilastolliset erot (N=105)

	Alku- seuranta	Jälki- seuranta	p-arvo
Sukupuoli			
mies (n=60)	42	35	.190
nainen (n=45)	33	28	.405
Ikä hoito-ohjelmaan tullessa			
alle 30 v. (n=42)	41	31	.077
30-40 v. (n=39)	31	32	.916
yli 40 v. (n=24)	43	35	.256
Peruskoulutus			
korkeintaan kansakoulu (n=46)	41	39	.731
kansakoulua enemmän (n=59)	36	27	.084
Ammatillinen tausta*			
ammattitaitoinen (n=59)	31	25	.166
ammattitaidoton (n=46)	47	41	.400
Skitsofrenian tyyppi			
hebefrenia (n=35)	45	33	.053
katatoninen (n=4)	31	50	.255
paranoidinen (n=14)	24	39	.109
residuaalinen (n=9)	48	56	.516
skitso-affektiivinen (n=10)	22	10	.024
erilaistumaton (n=33)	39	27	.106
Toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä ennen hoito-ohjelmaan tuloa*			
ei (n=64)	35	22	.002
kyllä (n=41)	42	48	.315
Ongelmallista alkoholin käyttöä ennen hoito-ohjelmaan tuloa*			
ei (n=86)	39	35	.365
kyllä (n=19)	33	19	.037
Toistuvaa epäsosiaalista käyttäytymistä ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
ei (n=46)	29	17	.011
kyllä (n=59)	45	44	.947
Yhtämittaisen hoidon pituus ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
alle kuukausi (n=10)	16	22	.571

1-3 kk. (n=34)	29	20	.126
4-12 kk. (n=31)	36	36	.976
yli vuosi (n=30)	58	46	.123
Ensimmäisestä psykiatrisesta sairaalahoitosta kulunut aika potilaan tullessa hoito-ohjelmaan			
0-3 v. (n=18)	45	20	.012
4-10 v. (n=39)	34	31	.577
yli 10 v. (n=48)	38	38	.911

t-testi, df=n-2

Liitetaulukko 6H . Hoito-ohjelmaan liittyvien muuttujien yhteydet potilaan psykiatrisen sairaalahoiton prosentuaaliseen määrään alku- ja jälkiseurannan aikana: keskiarvojen tilastolliset erot (N=105)

	Alku- seuranta	Jälki- seuranta	p-arvo
Lähetävä vastuualue			
pitkäaikaispsykiatria (n=52)	45	41	.529
akuuttipsykiatria (n=53)	31	23	.113
Eteneminen 4-vaiheeseen			
minimijassassa (n=42)	31	23	.093
1-2 kk. (n=27)	39	25	.128
yli 2 kk. (n=17)	44	38	.546
ei edennyt (n=19)	46	57	.151
Menestyminen hoito-ohjelmassa			
erinomainen (n=18)	29	14	.018
hyvä (n=36)	34	19	.018
välttävä (n=32)	42	43	.951
huono (n=19)	46	57	.151
Aktiivisuuden muutos hoito-ohjelman aikana*			
negatiivinen (n=26)	44	42	.829
ei muutosta (n=24)	38	38	.626
positiivinen (n=51)	36	23	.022
Käyttäytymisen muutos hoito-ohjelman aikana*			
negatiivinen (n=27)	44	52	.340
ei muutosta (n=55)	35	24	.017
positiivinen (n=19)	38	27	.270

Toimintakyvyn (GAS) muutos			
hoito-ohjelman aikana			
negatiivinen (n=8)	34	51	.272
ei muutosta (n=67)	37	36	.718
positiivinen (n=30)	40	19	.005
Jatkoasuminen			
itsenäisesti (n=10)	26	11	.031
sukulaisten luona (n=24)	28	21	.322
kuntouttava asuminen (n=38)	39	18	.002
laitosasuminen (n=33)	47	63	.009
Jatkohoitopaikka			
laitos (n=33)	47	63	.009
avohoito/poliklinikka (n=72)	34	18	.001

* N=101

t-testi, df=n-2

Liitetaulukko 6l. Potilaan taustaan ja hoitohistoriaan liittyvien muuttujien yhteydet potilaan mielenterveystoimistohoitojen prosentuaaliseen määrään alku- ja jälkiseurannan aikana: keskiarvojen tilastolliset erot (N=105)

	Alku- seuranta	Jälki- seuranta	p-arvo
Sukupuoli			
mies (n=60)	38	42	.387
nainen (n=45)	45	47	.786
Ikä hoito-ohjelmaan tullessa			
alle 30 v. (n=42)	39	50	.087
30-40 v. (n=39)	47	42	.421
yli 40 v. (n=24)	35	38	.601
Peruskoulutus			
korkeintaan kansakoulu (n=46)	39	32	.254
kansakoulua enemmän (n=59)	43	54	.049
Ammatillinen tausta			
ammattitaitoinen (n=59)	47	52	.327
ammattitaidoton (n=46)	34	34	.950
Skitsofrenian tyyppi			
hebefrenia (n=35)	36	40	.545
katatoninen (n=4)	51	40	.605
paranoidinen (n=14)	44	42	.814
residuaalinen (n=9)	42	33	.447

skitso-affektiivinen (n=10)	60	82	.031
erilaistumaton (n=33)	38	42	.604
Toistuvaa väkivaltaista käyttäytymistä ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
ei (n=64)	45	56	.012
kyllä (n=41)	35	25	.128
Ongelmallista alkoholin käyttöä ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
ei (n=86)	41	41	.871
kyllä (n=19)	42	57	.164
Toistuvaa epäsosiaalista käyttäytymistä ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
ei (n=46)	49	59	.057
kyllä (n=59)	35	32	.705
Yhtämittaisen hoidon pituus ennen hoito-ohjelmaan tuloa			
alle kuukausi (n=10)	61	65	.768
1-3 kk. (n=34)	51	61	.162
4-12 kk. (n=31)	43	38	.470
yli vuosi (n=30)	21	25	.462
Ensimmäisestä psykiatrisesta sairaalahoidosta kulunut aika potilaan tullessa hoito-ohjelmaan			
0-3 v. (n=18)	.41	.53	.130
4-10 v. (n=39)	45	50	.429
yli 10 v. (n=48)	38	36	.742
<hr/>			
t-testi, df=n-2			
<hr/>			

Liitetaulukko 6J. Hoito-ohjelmaan liittyvien muuttujien yhteydet potilaan mielenterveystoimistohoitujen pituuden kertymän prosentuaaliseen määrään alku- ja jälkiseurannan aikana: keskiarvojen tilastolliset erot (N=105)

	Alku- seuranta	Jälki- seuranta	p-arvo
Lähettävä vastuualue			
pitkäaikaispsykiatria (n=52)	30	33	.535
akuuttipsykiatria (n=53)	52	55	.590
Eteneminen 4-vaiheeseen			
minimijassassa (n=42)	45	56	.064
1-2 kk. (n=27)	44	46	.837
yli 2 kk. (n=17)	39	35	.699
ei edennyt (n=19)	31	24	.369
Menestyminen hoito-ohjelmassa			
erinomainen (n=18)	51	68	.108
hyvä (n=36)	44	53	.196
välttävä (n=32)	38	33	.380
huono (n=19)	31	24	.369
Aktiivisuuden muutos hoito-ohjelman aikana*			
negatiivinen (n=26)	36	33	.650
ei muutosta (n=24)	44	44	.952
positiivinen (n=51)	42	50	.220
Käyttäytymisen muutos hoito-ohjelman aikana*			
negatiivinen (n=27)	38	31	.308
ei muutosta (n=55)	44	50	.270
positiivinen (n=19)	36	47	.246
Toimintakyvyn (GAS) muutos hoito-ohjelman aikana			
negatiivinen (n=8)	56	39	.260
ei muutosta (n=67)	41	42	.708
positiivinen (n=30)	38	50	.096
Jatkoasuminen			
itsenäisesti (n=10)	48	73	.008
sukulaisten luona (n=24)	43	50	.405
kuntouttava asuminen (n=38)	41	55	.051
laitosasuminen (n=33)	37	19	.001
Jatkohoitopaikka			
laitos (n=33)	37	19	.001
avohoito/poliklinikka (n=72)	43	56	.006

* N=101; t-testi, df=n-2

Liitetaulukko 6K. Mies- ja naispotilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden keskiarvot ja –hajonnat (suluissa) 0-100 -asteikoilla itse arvioituina.

	Miehet n=60	Naiset n=45	Kaikki N=105
Arvostuksen saaminen	60 (22,9)	59 (26,2)	60 (24,2)
Itsearvostus	69 (19,9)	67 (19,8)	68 (19,8)
Itseluottamus	63 (21,4)	62 (19,3)	63 (20,4)
Elämänasenne	61 (18,2)	62 (19,6)	62 (18,7)
Mieliala	65 (18,5)	61 (19,2)	64 (18,8)
Vastuuntunto	68 (22,7)	70 (23,4)	69 (22,9)
Toiminnallisuus	50 (25,4)	57 (25,2)	53 (25,4)
Päätösvalta	56 (27,8)	60 (25,5)	58 (26,8)
Itsehillintä	70 (20,5)	59 (25,4)*	65 (23,2)
Stressin sieto ¹	53 (27,5)	76 (22,5)***	63 (27,7)
Elämänhallinta	65 (23,9)	60 (25,4)	63 (24,6)
Tavoitteiden toteutuminen	62 (24,6)	63 (27,2)	62 (25,7)
Sosiaalinen rohkeus	54 (24,3)	59 (24,1)	56 (24,2)
Sosiaaliset suhteet	60 (26,0)	54 (26,7)	57 (26,4)
Kodinhoito	64 (23,3)	74 (24,7)*	68 (24,3)
Harrasteet	27 (17,0)	31 (19,9)	28 (18,3)
Asiointi	59 (32,6)	67 (30,8)	62 (31,9)
Työkyky	28 (28,4)	24 (24,3)	26 (26,7)
Fyysinen kunto	54 (18,1)	50 (21,1)	52 (19,4)
Somaattiset oireet ¹	18 (19,3)	29 (24,1)**	22 (22,1)
Vointi	62 (19,1)	61 (18,3)	62 (18,7)
Ahdistuneisuus ¹	31 (28,6)	33 (28,3)	32 (28,3)
Masennus ¹	29 (24,0)	33 (26,8)	31 (25,2)
Turvallisuus	72 (27,6)	76 (23,7)	74 (25,9)
Joustavuus	66 (21,0)	58 (25,1)	63 (23,1)
Elämän tarkoituksen kokeminen	75 (20,6)	69 (23,1)	72 (23,1)
Tyytyväisyys elämään	74 (15,0)	72 (20,2)	73 (17,4)
Beck-summa ²	3,07 (2,87)	5,36 (3,99)***	4,05 (3,56)

t-testi, df= 103, *p<.05; **p<.01; ***p<.001

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x1 = käännetty asteikko

x2= asteikko 0-63, jossa 0= ei lainkaan masennusta, 63= erittäin vaikea masennus.

Liitetaulukko 6L. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat eri tavoin vastuutasokuntoutuksessa menestyneiden ryhmässä

	Erinomainen menesty- minen n=18	Hyvä menesty- minen n=36	Tyydyttävä menesty- minen n=32	Huono menesty- minen n=19	p-arvo
Arvostuksen saaminen	60 (25,9)	59 (24,8)	61 (23,7)	60 (24,4)	.996
Itsearvostus	65 (22,1)	68 (18,8)	67 (21,9)	74 (15,6)	.542
Itseluottamus	63 (19,5)	67 (21,5)	60 (21,9)	60 (16,2)	.453
Elämänasenne	63 (18,6)	64 (19,3)	60 (17,5)	57 (20,2)	.517
Mieliala	60 (17,7)	64 (19,2)	61 (21,3)	71 (12,8)	.201
Vastuuntunto	70 (25,5)	74 (17,9)	70 (24,0)	59 (25,7)	.163
Toiminnallisuus	59 (22,2)	58 (22,4)	51 (26,6)	41 (28,5)	.072
Päätösvalta	66 (21,3)	56 (26,5)	60 (27,1)	49 (30,4)	.238
Itsehillintä	62 (23,7)	67 (22,8)	64 (22,9)	66 (25,5)	.862
Stressin sieto ¹	66 (27,8)	65 (27,9)	59 (29,9)	62 (25,0)	.786
Elämänhallinta	72 (18,4)	62 (24,9)	63 (26,4)	56 (25,4)	.274
Tavoitteiden toteutuminen	66 (23,6)	63 (23,3)	61 (29,1)	58 (27,0)	.829
Sosiaalinen rohkeus	56 (20,7)	60 (24,8)	51 (26,7)	56 (22,0)	.500
Sosiaaliset suhteet	55 (22,7)	56 (22,9)	59 (30,5)	59 (29,8)	.934
Kodinhoito	71 (19,8)	77 (16,1)	68 (26,2)	50 (29,2)	.001
Harrasteet	33 (14,0)	31 (15,9)	27 (21,6)	23 (19,8)	.310
Asiointi	73 (26,9)	68 (29,1)	63 (31,2)	41 (34,2)	.005
Työkyky	30 (27,4)	28 (24,4)	26 (28,8)	21 (27,5)	.715
Fyysinen kunto	48 (21,3)	53 (20,4)	52 (18,8)	53 (17,7)	.793
Somaattiset oireet ¹	24 (21,1)	18 (18,1)	22 (24,9)	30 (24,4)	.284
Vointi	61 (14,1)	62 (21,6)	62 (18,8)	62 (17,9)	.999
Ahdistuneisuus ¹	28 (24,8)	35 (32,1)	30 (25,8)	33 (28,3)	.808
Masennus ¹	33 (24,2)	26 (23,2)	37 (26,8)	27 (26,5)	.265
Turvallisuus	72 (21,7)	73 (25,9)	78 (22,0)	67 (34,8)	.485
Joustavuus	58 (20,6)	65 (24,6)	62 (25,3)	64 (18,8)	.801
Elämän tarkoituksen kokeminen	81 (19,2)	71 (19,4)	70 (23,6)	70 (24,3)	.296
Tyytyväisyys elämään	79 (13,1)	72 (19,1)	70 (18,8)	75 (14,5)	.338
Beck-pisteet ²	4,7 (3,61)	4,3 (3,78)	4,0 (3,69)	2,9 (2,81)	.418

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä (p<.05) huonosti menestyneiden ryhmään.

asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x²= asteikko 0-63, jossa 0= ei lainkaan masennusta, 63= erittäin vaikea masennus.

ANOVA, df=101

Liitetaulukko 6M. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin keskiarvot kuntoutumisreittien mukaan (N=105).

	Valr* n=13	Inshr* n=28	Ajshr* n=20	Vastr* n=22	Progr* n=11	Vaier* n=11	p-arvo
Arvostuksen saaminen	61	55	69	56	61	61	.453
Itsearvostus	72	69	63	62	74	76	.245
Itseluottamus	65	55	67	65	56	72	.124
Elämänasenne	59	57	62	65	62	67	.661
Mieliala	61	63	62	65	64	70	.882
Vastuuntunto	63	63	74	66	72	87	.051
Toiminnallisuus	52	46	57	52	52	68	.267
Päätösvalta	54	50	59	61	53	77	.112
Itsehillintä	59	65	61	72	71	62	.511
Stressin sieto ¹	49	62	72	63	53	72	.167
Elämänhallinta	56	56	63	62	70	84	.026
Tavoitteiden toteutuminen	52	53	65	66	73	76	.037
Sosiaalinen rohkeus	56	55	63	52	44	65	.253
Sosiaaliset suhteet	62	58	57	54	52	60	.915
Kodinhoito	62	65	72	67	65	82	.358
Harrasteet	29	24	32	25	33	36	.337
Asiointi	52	58	72	54	65	84	.066
Työkyky	29	25	23	27	32	27	.965
Fyysinen kunto	51	58	47	46	58	53	.217
Somaattiset oireet ¹	35	29	16	14	17	26	.026
Vointi	61	60	60	64	57	70	.594
Ahdistuneisuus ¹	36	35	32	26	33	30	.906
Masennus ¹	33	35	32	24	33	25	.652
Turvallisuus	56	71	75	73	85	88	.032
Joustavuus	54	59	69	67	55	70	.220
Elämän tarkoituksen kokeminen	66	74	76	67	77	76	.539
Tyytyväisyys elämään	62	72	75	74	84	74	.084
Beck-pisteet ²	2.8	4.7	4.7	3.8	4.4	3.0	.503

* lyhenteiden selitykset: Valr=vakaa laitosreitti; Inshr=intensiivisen sairaalahoidon reitti; Ajshr=ajoittaisen sairaalahoidon reitti; Vastr=vakaa sosiaalisen tuen reitti; Progr=progressiivinen reitti; Vaier=vakaa itsenäisen elämisen reitti.

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x²= asteikko 0-63, jossa 0= ei lainkaan masennusta, 63= erittäin vaikea masennus.

ANOVA, df=99

Tummennetut luvut: Tilastollinen ero vakaan laitosreitin keskiarvoon p<.05

Alleviivatut luvut: Tilastollinen ero intensiivisen laitoshoidon reitin keskiarvoon p<.05

Kursivoidut luvut: Tilastollinen ero vakaan itsenäisen elämisen reitin keskiarvoon p<.05

Liitetaulukko 6N. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat haastatteluajankohtaan liittyvän asumispaikan mukaan.

	Laitos- asuminen n=21	Tuettu asuminen n=41	Sukulaisten luona asu- minen n=12	Itsenäinen asuminen n=31	p-arvo
Arvostuksen saaminen	57 (23,0)	59 (25,4)	69 (26,0)	59 (23,2)	.603
Itsearvostus	68 (21,2)	65 (21,3)	76 (17,2)	69 (17,6)	.430
Itseluottamus	60 (23,5)	60 (18,5)	67 (21,9)	67 (20,1)	.373
Elämänasenne	61 (22,0)	58 (16,7)	64 (19,9)	66 (18,4)	.341
Mieliala	64 (23,1)	64 (16,9)	64 (21,1)	63 (18,0)	.987
Vastuuntunto	61 (23,7)	72 (20,0)	54 (30,0)	78 (18,9)	.004
Toiminnallisuus	47 (29,1)	53 (24,1)	53 (25,0)	57 (25,0)	.583
Päätösvalta	50 (29,3)	56 (29,4)	55 (24,9)	66 (20,5)	.161
Itsehillintä	65 (26,9)	67 (21,5)	73 (20,9)	59 (23,3)	.290
Stressin sieto ¹	54 (31,8)	64 (24,5)	56 (24,3)	69 (29,3)	.208
Elämänhallinta	50 (26,5)	62 (25,4)	64 (25,2)	73 (18,0)	.011
Tavoitteiden toteutuminen	55 (26,8)	62 (25,6)	63 (22,8)	67 (26,9)	.449
Sosiaalinen rohkeus	53 (23,5)	54 (24,1)	48 (27,1)	64 (23,0)	.200
Sosiaaliset suhteet	56 (27,8)	57 (29,7)	58 (26,6)	58 (21,3)	.987
Kodinhoito	59 (30,3)	70 (22,4)	67 (26,5)	73 (20,3)	.218
Harrasteet	28 (24,8)	24 (16,4)	35 (20,8)	32 (13,6)	.192
Asiointi	50 (32,0)	60 (33,7)	60 (32,1)	75 (25,7)	.033
Työkyky	25 (31,7)	24 (23,9)	30 (30,8)	29 (25,7)	.815
Fyysinen kunto	56 (21,4)	51 (19,2)	57 (17,4)	49 (19,3)	.519
Somaattiset oireet ¹	30 (26,0)	22 (21,7)	24 (24,3)	17 (18,2)	.231
Vointi	62 (19,8)	62 (19,2)	63 (13,4)	59 (19,6)	.903
Ahdistuneisuus ¹	37 (32,9)	30 (29,7)	29 (24,5)	33 (25,2)	.760
Masennus ¹	33 (31,4)	35 (25,3)	24 (25,2)	27 (20,0)	.409
Turvallisuus	58 (33,6)	76 (20,9)	80 (24,3)	78 (24,0)	.027
Joustavuus	57 (24,6)	60 (24,1)	67 (19,1)	69 (21,2)	.201
Elämän tarkoituksen kokeminen	62 (24,0)	73 (21,3)	70 (19,6)	80 (19,2)	.027
Tyytyväisyys elämään	66 (19,8)	74 (16,4)	80 (14,1)	73 (17,4)	.146
Beck-pisteet ²	3,8 (3,14)	4,1 (3,95)	3,8 (4,02)	4,2 (3,27)	.978

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < .05$) laitosasumisen ryhmään;

asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x² = asteikko 0-63, jossa 0 = ei lainkaan masennusta, 63 = erittäin vaikea masennus.

ANOVA, df=101

Liitetaulukko 6O. Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat haastatteluajankohtaan liittyvän hoitopaikan mukaan.

	Laitos- asuminen n=21	Jälkipkl./ Tk n=12	Mtt/ Päivät. n=51	Ei hoito- paikkaa n=21	p-arvo
Arvostuksen saaminen	57 (23,0)	55 (31,1)	60 (22,0)	64 (27,3)	.749
Itsearvostus	68 (21,2)	71 (18,6)	67 (18,9)	70 (22,3)	.914
Itseluottamus	60 (23,5)	65 (20,7)	63 (20,4)	63 (18,2)	.923
Elämänasenne	61 (22,0)	62 (20,1)	62 (17,4)	60 (18,8)	.975
Mieliala	64 (23,1)	60 (19,3)	64 (18,5)	64 (15,4)	.929
Vastuuntunto	61 (23,7)	67 (22,7)	76 (17,4)	62 (29,9)	.024
Toiminnallisuus	47 (29,1)	74 (15,1)	52 (24,8)	50 (23,0)	.019
Päätösvalta	50 (29,3)	64 (27,5)	61 (24,7)	55 (28,5)	.346
Itsehillintä	65 (26,9)	59 (24,2)	68 (20,8)	63 (25,3)	.676
Stressin sieto ¹	54 (31,8)	60 (31,2)	65 (27,3)	66 (22,1)	.424
Elämänhallinta	50 (26,5)	61 (25,4)	69 (20,9)	62 (26,9)	.025
Tavoitteiden toteutuminen	55 (26,8)	52 (30,8)	67 (22,6)	63 (26,7)	.124
Sosiaalinen rohkeus	53 (23,5)	63 (30,0)	56 (22,3)	57 (27,0)	.733
Sosiaaliset suhteet	56 (27,8)	56 (27,3)	57 (25,5)	59 (28,1)	.978
Kodinhoito	59 (30,3)	69 (17,1)	75 (18,6)	60 (28,7)	.017
Harrasteet	28 (24,8)	35 (16,1)	28 (16,4)	25 (16,5)	.505
Asiointi	50 (32,0)	68 (31,1)	74 (25,5)	44 (34,6)	.001
Työkyky	25 (31,7)	34 (24,9)	29 (26,8)	18 (20,4)	.287
Fyysinen kunto	56 (21,4)	49 (21,5)	51 (18,3)	52 (19,9)	.766
Somaattiset oireet ¹	30 (26,0)	19 (24,5)	18 (18,0)	29 (23,7)	.070
Vointi	62 (19,8)	58 (28,7)	60 (15,8)	67 (17,5)	.449
Ahdistuneisuus ¹	37 (32,9)	41 (29,3)	30 (26,3)	25 (27,8)	.383
Masennus ¹	33 (31,4)	35 (27,0)	28 (21,8)	33 (26,4)	.756
Turvallisuus	58 (33,6)	83 (24,1)	77 (21,9)	74 (22,8)	.019
Joustavuus	57 (24,6)	64 (29,8)	66 (20,6)	58 (22,7)	.340
Elämän tarkoituksen kokeminen	62 (24,0)	76 (25,4)	75 (20,7)	75 (17,5)	.103
Tyytyväisyys elämään	66 (19,8)	64 (25,0)	76 (14,3)	79 (13,3)	.019
Beck-pisteet ²	3,8 (3,14)	5,8 (4,18)	4,0 (3,59)	3,3 (3,47)	.302

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < ,05$) laitoshoidon ryhmään; asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x^1 = käännetty asteikko

x^2 = asteikko 0-63, jossa 0 = ei lainkaan masennusta, 63 = erittäin vaikea masennus,

ANOVA, $df=101$

Liitetaulukko 6P, Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat koetun sosiaalisen tuen mukaan.

	Täysin riittävä n=63	Lähes riittävä n=28	Riittämätön/ ei läheistä n=14	p-arvo
Arvostuksen saaminen	67 (24,2)	52 (23,3)	44 (12,6)	.001
Itsearvostus	71 (18,4)	64 (21,2)	62 (21,7)	.124
Itseluottamus	65 (19,1)	62 (21,7)	53 (22,5)	.159
Elämänasenne	65 (18,9)	55 (16,7)	59 (18,8)	.033
Mieliala	68 (18,2)	55 (18,4)	62 (17,7)	.011
Vastuuntunto	70 (23,4)	67 (22,1)	68 (24,1)	.842
Toiminnallisuus	56 (24,7)	51 (25,9)	41 (25,2)	.109
Päätösvalta	62 (25,5)	54 (25,4)	46 (32,4)	.098
Itsehillintä	70 (23,6)	53 (19,0)	66 (22,0)	.006
Stressin sieto ¹	60 (28,9)	69 (24,4)	63 (28,8)	.390
Elämänhallinta	65 (26,1)	60 (22,0)	62 (23,6)	.645
Tavoitteiden toteutuminen	64 (26,7)	59 (25,4)	62 (22,0)	.654
Sosiaalinen rohkeus	56 (24,6)	57 (23,7)	54 (25,1)	.910
Sosiaaliset suhteet	66 (26,7)	48 (18,7)	37 (20,3)	.001
Kodinhoito	66 (26,4)	68 (21,0)	79 (17,9)	.208
Harrasteet	30 (18,8)	26 (11,8)	28 (26,0)	.592
Asiointi	61 (31,7)	63 (32,4)	70 (33,0)	.629
Työkyky	27 (29,4)	25 (20,8)	28 (25,5)	.936
Fyysinen kunto	52 (20,2)	52 (17,6)	50 (20,6)	.949
Somaattiset oireet ¹	22 (22,7)	24 (20,0)	22 (24,6)	.943
Vointi	66 (18,2)	54 (18,9)	59 (16,6)	.023
Ahdistuneisuus ¹	30 (30,2)	32 (25,9)	39 (25,0)	.628
Masennus ¹	29 (26,2)	31 (22,7)	39 (25,6)	.399
Turvallisuus	76 (25,9)	71 (27,1)	67 (23,5)	.389
Joustavuus	69 (22,2)	58 (22,6)	46 (17,8)	.001
Elämän tarkoituksen kokeminen	74 (22,3)	69 (20,2)	72 (22,9)	.667
Tyytyväisyys elämään	75 (16,7)	67 (18,6)	75 (15,5)	.071
Beck-pisteet ²	3,5 (3,69)	5,0 (3,26)	4,6 (3,35)	.154

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < .05$) lähes riittävän sosiaalisen tuen ryhmään;

alleiviivatut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < .05$) riittämättömän sosiaalisen tuen tai ilman läheistä olevien ryhmään.

asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x^1 = käännetty asteikko

x^2 = asteikko 0-63, jossa 0 = ei lainkaan masennusta, 63 = erittäin vaikea masennus.

ANOVA, $df=102$

Liitetaulukko 6Q, Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat haastattelua edeltäneen vuoden aikana erilaisia elämänmuutoksia kokeneiden potilaiden ryhmissä.

	Ei muutoksia n=30	Vain positiivisia muutoksia n=39	Sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia n=18	Vain negatiivisia muutoksia n=18	p-arvo
Arvostuksen saaminen	59 (24,9)	62 (24,2)	60 (24,7)	55 (24,0)	.767
Itsearvostus	66 (23,1)	68 (18,4)	69 (15,8)	70 (21,6)	.907
Itseluottamus	63 (21,2)	65 (18,8)	60 (22,4)	59 (21,3)	.668
Elämänasenne	59 (20,2)	63 (18,6)	64 (17,6)	60 (18,4)	.666
Mieliala	62 (21,0)	65 (16,6)	64 (21,8)	63 (17,9)	.943
Vastuuntunto	62 (26,6)	72 (22,0)	75 (15,1)	69 (23,8)	.226
Toiminnallisuus	48 (25,0)	53 (25,3)	62 (24,1)	54 (27,0)	.327
Päätösvalta	52 (25,6)	64 (26,9)	52 (28,3)	58 (25,7)	.202
Itsehillintä	60 (24,5)	72 (21,4)	64 (23,1)	60 (23,7)	.165
Stressin sieto ¹	65 (25,3)	57 (29,2)	63 (31,5)	72 (23,1)	.248
Elämänhallinta	55 (28,1)	72 (21,5)	64 (25,4)	57 (18,3)	.020
Tavoitteiden toteutuminen	53 (24,9)	71 (24,2)	62 (25,9)	59 (25,3)	.029
Sosiaalinen rohkeus	54 (23,7)	53 (25,5)	61 (25,6)	61 (21,2)	.546
Sosiaaliset suhteet	49 (26,9)	64 (24,3)	57 (26,7)	57 (27,4)	.135
Kodinhoito	60 (27,9)	70 (23,6)	71 (24,2)	76 (15,2)	.109
Harrasteet	21 (15,0)	29 (13,5)	36 (24,0)	32 (22,5)	.028
Asiointi	47 (33,2)	64 (32,4)	74 (21,8)	72 (29,2)	.010
Työkyky	16 (16,3)	34 (29,7)	36 (32,2)	19 (19,9)	.007
Fyysinen kunto	52 (16,1)	52 (20,6)	51 (21,6)	53 (21,2)	.974
Somaattiset oireet ¹	24 (25,6)	17 (19,1)	24 (17,9)	30 (24,7)	.222
Vointi	61 (19,7)	63 (16,8)	65 (19,1)	57 (20,8)	.548
Ahdistuneisuus ¹	28 (30,0)	29 (27,6)	34 (28,5)	45 (25,1)	.190
Masennus ¹	32 (27,2)	25 (22,1)	33 (26,9)	39 (25,4)	.199
Turvallisuus	67 (30,7)	78 (23,6)	77 (21,2)	71 (26,0)	.319
Joustavuus	56 (24,4)	71 (19,6)	63 (19,7)	56 (26,7)	.028
Elämän tarkoituksen kokeminen	67 (20,8)	72 (23,3)	79 (19,9)	74 (21,3)	.322
Tyytyväisyys elämään	69 (20,3)	74 (16,8)	79 (11,2)	72 (18,2)	.333
Beck-pisteet ²	3,5 (3,57)	3,7 (3,95)	4,6 (3,13)	5,1 (3,04)	.415

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä (p<,05) ryhmään, jossa ei elämänmuutosta;

alleviivatut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä (p<,05) ryhmään, jossa vain yksi kielteinen elämänmuutos tai useampia kielteisiä elämänmuutoksia,

asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x² = asteikko 0-63, jossa 0= ei lainkaan masennusta, 63= erittäin vaikea masennus,

ANOVA, df=101

Liitetaulukko 6R, Mies- ja naispotilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden keskiarvot ja –hajonnat (suluissa) 0-100 -asteikoilla hoitajan tai terapeutin arvioimana.

	Miehet n=60	Naiset n=44	Kaikki N=104
Mieliala	57 (20,3)	57 (20,5)	57 (20,3)
Psykoottiset oireet	63 (23,4)	64 (25,9)	63 (24,3)
Sekundaariset oireet ¹	52 (19,1)	50 (19,3)	51 (19,1)
Poikkeava käyttäytyminen ¹	39 (20,5)	41 (22,7)	40 (21,4)
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	26 (22,4)	26 (19,4)	26 (21,1)
Ahdistuneisuus ¹	48 (21,1)	44 (21,6)	46 (21,3)
Hygienia ja siisteys	58 (23,4)	56 (26,2)	57 (24,5)
Kodinhoito	39 (24,8)	50 (29,4)*	44 (27,2)
Harrasteet	20 (16,3)	32 (22,8)**	25 (20,1)
Asiointi	41 (25,9)	42 (28,3)	41 (26,8)
Työkyky	14 (13,1)	16 (14,2)	15 (13,6)
Toiminnallisuus	18 (18,8)	29 (24,3)*	23 (21,9)
Sosiaaliset suhteet	39 (16,8)	47 (20,3)*	42 (18,6)
Sosiaalinen rohkeus	45 (24,6)	49 (25,4)	47 (24,9)
Vastuuntunto	38 (23,9)	43 (27,2)	40 (25,3)
Joustavuus	42 (21,7)	42 (19,3)	42 (20,6)
Itsehillintä	53 (23,8)	45 (20,4)	50 (22,7)
Itseluottamus	42 (22,3)	46 (21,5)	44 (21,9)
GAF	46 (16,1)	46 (15,2)	46 (15,7)
Yleiset oireet ²	3,2 (1,02)	3,1 (0,83)	3,2 (0,94)
Positiiviset oireet ²	3,2 (1,34)	3,0 (1,31)	3,1 (1,33)
Negatiiviset oireet ²	3,9 (1,27)	3,6 (1,55)	3,8 (1,39)
Oireiden summa ³	75,0 (21,7)	70,0 (21,1)	72,9 (21,5)

*p<,05; **p<,01

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen
100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x² = asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7= erittäin vaikeita oireita

x³ = asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita; t-testi, df=102

Taulukko 6S, Mies- ja naispotilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden keskiarvot ja –hajonnat (suluissa) 0-100 -asteikoilla tutkijan arvioimana.

	Miehet n=60	Naiset n=45	Kaikki N=105
Mieliala	59 (17,5)	55 (17,2)	57 (17,4)
Psykoottiset oireet	64 (21,2)	67 (21,0)	65 (21,1)
Sekundaariset oireet ¹	50 (22,4)	44 (23,5)	48 (22,9)
Poikkeava käyttäytyminen ¹	36 (21,4)	36 (19,3)	36 (20,4)
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	22 (17,6)	23 (16,4)	23 (17,0)
Ahdistuneisuus ¹	38 (14,6)	47 (17,9)**	42 (16,7)
Hygienia ja siisteys	61 (19,0)	70 (17,1)*	65 (18,7)
Kodinhoito	46 (22,5)	62 (25,1)***	53 (24,9)
Harrasteet	22 (16,0)	27 (16,2)	24 (16,3)
Asiointi	43 (27,5)	51 (26,4)	46 (27,2)
Työkyky	11 (12,7)	12 (15,3)	12 (13,8)
Toiminnallisuus	28 (20,6)	31 (19,2)	29 (20,0)
Sosiaaliset suhteet	46 (18,3)	47 (17,9)	47 (18,1)
Sosiaalinen rohkeus	47 (17,0)	47 (21,4)	47 (18,1)
Vastuuntunto	49 (23,2)	52 (25,2)	50 (24,0)
Joustavuus	47 (22,0)	45 (19,3)	46 (20,8)
Itsehillintä	62 (19,2)	56 (20,9)	59 (20,1)
Itseluottamus	49 (21,9)	43 (20,7)	46 (21,6)
GAF	43 (10,6)	45 (12,1)	44 (11,3)
Yleiset oireet ²	2,5 (0,50)	2,7 (0,54)	2,6 (0,52)
Positiiviset oireet ²	2,5 (0,99)	2,6 (0,97)	2,6 (0,98)
Negatiiviset oireet ²	3,2 (1,02)	2,9 (0,99)	3,1 (1,02)
Oireiden summa ³	59,2 (14,1)	59,3 (14,3)	59,2 (14,1)

*p<,05; **p<,01

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x²= asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7= erittäin vaikeita oireita

x³= asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita

t- testi, df=103

Liitetaulukko 6T, Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat hoitajan tai terapeutin arvioissa eri tavoin vastuutasokuntoutuksessa menestyneiden ryhmissä.

	Erinomainen menesty- minen n=18	Hyvä menesty- minen n=35	Tyydyttävä menesty- minen n=32	Huono menesty- minen n=19	p-arvo
Mieliala	55 (17,4)	58 (17,1)	57 (24,3)	55 (22,2)	.919
Psykoottiset oireet	68 (23,1)	66 (22,6)	63 (24,7)	57 (28,5)	.569
Sekundaariset oireet ¹	50 (13,7)	52 (19,2)	48 (20,7)	56 (20,6)	.446
Poikkeava käyttäytyminen ¹	32 (19,5)	39 (20,0)	38 (22,5)	52 (20,0)	.031
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	21 (16,8)	25 (20,7)	29 (24,0)	28 (20,6)	.530
Ahdistuneisuus ¹	48 (16,5)	48 (19,1)	47 (21,6)	40 (28,0)	.572
Hygienia ja siisteys	57 (22,3)	57 (19,6)	67 (24,1)	40 (27,9)	.002
Kodinhoito	52 (24,8)	45 (25,4)	50 (27,4)	23 (23,4)	.002
Harrasteet	29 (19,5)	27 (20,3)	28 (22,6)	12 (09,7)	.025
Asiointi	58 (26,0)	40 (25,5)	43 (26,9)	27 (22,6)	.005
Työkyky	19 (13,5)	15 (13,2)	15 (15,0)	8 (10,1)	.094
Toiminnallisuus	24 (15,8)	24 (23,3)	25 (23,3)	15 (21,9)	.439
Sosiaaliset suhteet	45 (17,5)	45 (19,9)	39 (16,3)	39 (20,8)	.409
Sosiaalinen rohkeus	51 (18,4)	47 (27,1)	46 (25,0)	45 (27,0)	.872
Vastuuntunto	46 (22,7)	44 (26,5)	40 (24,8)	28 (24,2)	.113
Joustavuus	40 (20,7)	40 (19,9)	47 (21,2)	39 (21,4)	.520
Itsehillintä	54 (16,2)	47 (21,9)	50 (25,2)	48 (25,7)	.781
Itseluottamus	52 (19,1)	42 (21,5)	44 (22,8)	41 (23,6)	.417
GAF	49 (11,1)	45 (14,3)	47 (17,6)	42 (18,5)	.637
Oireiden summa ²	66,2 (17,3)	71,4 (19,2)	72,3 (22,1)	83,1 (25,9)	.101
Yleiset oireet ³	3,1 (0,86)	3,1 (0,84)	3,1 (1,03)	3,4 (1,05)	.604
Positiiviset oireet ³	2,8 (1,14)	2,9 (1,29)	3,1 (1,28)	3,7 (1,53)	.126
Negatiiviset oireet ³	3,1 (0,87)	3,8 (1,41)	3,8 (1,25)	4,4 (1,80)	.055

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < .05$) huonosti menestyneiden ryhmään;

asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x² = asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita

x³ = asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7 = erittäin vaikeita oireita

ANOVA, df=100

Liitetaulukko 6U, Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin muuttujien keskiarvot ja -hajonnat tutkijan arvioissa eri tavoin vastuutasokuntoutuksessa menestyneiden ryhmissä.

	Erinomainen menesty- minen n=18	Hyvä menesty- minen n=36	Tyydyttävä menesty- minen n=32	Huono menesty- minen n=19	p-arvo
Mieliala	54 (13,8)	59 (15,9)	56 (20,6)	58 (18,0)	.813
Psykoottiset oireet	75 (20,6)	68 (19,4)	62 (18,7)	55 (23,9)	.015
Sekundaariset oireet ¹	36 (22,4)	42 (20,6)	51 (21,8)	62 (21,9)	.001
Poikkeava käyttäytyminen ¹	25 (16,2)	31 (15,8)	40 (21,6)	50 (21,9)	.001
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	19 (16,0)	21 (15,8)	26 (19,8)	23 (15,3)	.546
Ahdistuneisuus ¹	42 (15,2)	42 (18,0)	45 (16,6)	37 (15,6)	.449
Hygienia ja siisteys	71 (15,8)	69 (16,1)	64 (17,0)	50 (21,6)	.001
Kodinhoito	62 (24,3)	64 (17,1)	49 (25,9)	31(20,5)	.001
Harrasteet	32 (20,4)	25 (12,4)	23 (17,2)	15 (13,5)	.021
Asiointi	63 (20,5)	55 (23,4)	40 (26,8)	23 (22,7)	.001
Työkyky	21 (20,6)	12 (11,5)	10 (11,1)	05 (09,3)	.004
Toiminnallisuus	32 (19,9)	32 (16,5)	29 (19,9)	22 (25,5)	.369
Sosiaaliset suhteet	51 (19,6)	50 (15,0)	44 (18,6)	40 (19,9)	.167
Sosiaalinen rohkeus	<u>52 (19,8)</u>	<u>51 (19,2)</u>	41 (16,9)	42 (18,2)	.043
Vastuuntunto	55 (22,9)	58 (20,0)	47 (25,4)	34 (22,1)	.002
Joustavuus	51 (17,6)	49 (22,7)	42 (21,5)	42 (18,4)	.352
Itsehillintä	63 (19,4)	59 (19,8)	59 (19,7)	58 (22,9)	.881
Itseluottamus	50 (19,9)	52 (19,8)	46 (24,5)	32 (15,4)	.010
GAF	50 (10,6)	47 (11,0)	41 (09,5)	36 (10,0)	.001
Oireiden summa ²	53,0 (13,4)	56,9 (13,0)	61,2 (13,7)	66,3 (14,8)	.018
Yleiset oireet ³	2,3 (0,51)	2,5 (0,47)	2,6 (0,54)	2,7 (0,54)	.072
Positiiviset oireet ³	2,3 (1,07)	2,5 (1,00)	2,6 (0,86)	2,9 (1,02)	.322
Negatiiviset oireet ³	2,7 (0,83)	2,8 (0,89)	3,2 (1,08)	3,6 (1,06)	.012

tummennetut luvut = tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < ,05$) huonosti menestyneiden ryhmään, **alleviivatut luvut**: tilastollinen ero vähintään melkein merkitsevä ($p < ,05$) tyydyttävästi menestyneiden ryhmään,

asteikko 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x^1 = käännetty asteikko

x^2 = asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita

x^3 = asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7 = erittäin vaikeita oireita

ANOVA, $df=101$

Liitetaulukko 6V, Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin keskiarvot kuntoutumisreittien mukaan hoitajien ja terapeuttien arvioimana (N=104),

	Valr* n=13	Inshr* n=28	Ajshr* n=20	Vastr* n=22	Progr* n=11	Vaier* n=10	p-arvo
Mieliala	57	54	51	59	63	63	.503
Psykoottiset oireet	52	52	<u>70</u>	<u>69</u>	<u>75</u>	<u>74</u>	.005
Sekundaariset oireet ¹	49	50	<u>57</u>	49	51	52	.835
Poikkeava käyttäytyminen ¹	42	48	33	39	32	40	.184
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	38	32	<u>24</u>	<u>21</u>	<u>12</u>	27	.020
Ahdistuneisuus ¹	44	51	55	41	37	41	.116
Hygienia ja siisteys	66	55	62	56	46	54	.382
Kodinhoito	46	33	53	40	52	51	.095
Harrasteet	31	16	22	29	34	28	.062
Asiointi	35	32	<u>47</u>	34	<u>60</u>	<u>60</u>	.003
Työkyky	13	12	14	16	18	18	.679
Toiminnallisuus	23	16	24	21	37	24	.193
Sosiaaliset suhteet	38	37	49	46	42	41	.247
Sosiaalinen rohkeus	51	40	54	45	54	43	.398
Vastuuntunto	38	38	43	37	44	46	.903
Joustavuus	40	31	<u>43</u>	<u>55</u>	<u>51</u>	36	.001
Itsehillintä	38	46	50	<u>54</u>	<u>67</u>	43	.026
Itseluottamus	40	40	41	47	53	49	.558
GAF	38	39	47	<u>49</u>	<u>56</u>	<u>52</u>	.006
Oireiden summa	79,3	82,8	73,7	<u>66,4</u>	<u>57,2</u>	<u>67,2</u>	.006
Yleiset oireet	3,3	3,5	3,4	<u>2,9</u>	<u>2,5</u>	3,0	.017
Positiiviset oireet	3,6	3,7	<u>2,9</u>	<u>2,7</u>	<u>2,4</u>	3,0	.016
Negatiiviset oireet	4,1	4,2	3,9	3,6	3,0	3,2	.114

* lyhenteiden selitykset: Valr=vakaa laitosreitti; Inshr=intensiivisen sairaalahoidon reitti; Ajshr=ajoittaisen sairaalahoidon reitti; Vastr=vakaa sosiaalisen tuen reitti; Progr=progressiivinen reitti; Vaier=vakaa itsenäisen elämisen reitti, Alleviivatut luvut= tilastollinen ero vakaan laitospöittin keskiarvoon vähintään melkein merkitsevä (p<,05),

Tummennetut luvut= tilastollinen ero intensiivisen sairaalahoidon reitin keskiarvoon vähintään melkein merkitsevä (p<,05),

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x²= asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita,

x³ = asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7 = erittäin vaikeita oireita,

ANOVA, df=98.

Liitetaulukko 6X, Potilaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin keskiarvot kuntoutumisreittien mukaan tutkijan arvioimana (N=105),

	Valr* n=13	Inshr* n=28	Ajshr* n=20	Vastr* n=22	Progr* n=11	Vaier* n=11	p-arvo
Mieliala	59	53	57	60	53	63	.488
Psykoottiset oireet	45	55	<u>72</u>	<u>72</u>	<u>70</u>	<u>82</u>	.001
Sekundaariset oireet ¹	57	60	<u>37</u>	<u>48</u>	48	<u>23</u>	.001
Poikkeava käyttäytyminen ¹	59	<u>41</u>	<u>29</u>	<u>32</u>	<u>35</u>	<u>20</u>	.001
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	40	<u>25</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	.001
Ahdistuneisuus ¹	44	45	39	40	45	37	.654
Hygienia ja siisteys	49	58	<u>70</u>	<u>69</u>	<u>70</u>	<u>74</u>	.002
Kodinhoito	35	46	<u>66</u>	47	<u>59</u>	<u>75</u>	.001
Harrasteet	21	18	<u>29</u>	24	21	<u>35</u>	.045
Asiointi	28	37	<u>61</u>	40	47	<u>76</u>	.001
Työkyky	9	7	12	12	18	19	.134
Toiminnallisuus	25	22	<u>34</u>	28	26	<u>49</u>	.005
Sosiaaliset suhteet	40	40	<u>53</u>	49	44	<u>56</u>	.027
Sosiaalinen rohkeus	45	44	<u>54</u>	44	39	<u>55</u>	.146
Vastuuntunto	29	38	<u>60</u>	<u>53</u>	<u>58</u>	<u>70</u>	.001
Joustavuus	34	40	<u>54</u>	47	49	<u>58</u>	.019
Itsehillintä	47	54	<u>62</u>	<u>67</u>	<u>65</u>	<u>62</u>	.029
Itseluottamus	38	44	52	43	42	63	.053
GAF	32	<u>39</u>	<u>47</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>56</u>	.001
Oireiden summa	72,8	66,2	<u>53,3</u>	<u>55,5</u>	<u>55,9</u>	<u>47,1</u>	.001
Yleiset oireet	2,9	2,7	<u>2,5</u>	<u>2,5</u>	<u>2,4</u>	<u>2,2</u>	.002
Positiiviset oireet	3,6	3,1	<u>2,2</u>	<u>2,1</u>	<u>2,3</u>	<u>2,0</u>	.001
Negatiiviset oireet	3,6	3,4	<u>2,7</u>	3,1	3,1	<u>2,2</u>	.004

* Lyhenteiden selitykset: Valr=vakaa laitosreitti; Inshr=intensiivisen sairaalahoidon reitti; Ajshr=ajoittaisen sairaalahoidon reitti; Vastr=vakaa sosiaalisen tuen reitti; Progr=progressiivinen reitti; Vaier=vakaa itsenäisen elämisen reitti, Alleiviivatut luvut= tilastollinen ero vakaan laitosreitin keskiarvoon vähintään melkein merkitsevä (p<.05),

Tummennetut luvut= tilastollinen ero intensiivisen sairaalahoidon reitin keskiarvoon vähintään melkein merkitsevä (p<.05),

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen

100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x² = asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin vaikeita

x³ = asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7 = erittäin vaikeita oireita,

ANOVA, df=99.

Liitetaulukko 6Y, Psykososiaalisen hyvinvoinnin osatekijöiden keskiarvot ja –
hajonnat (suluissa) 0-100 -asteikoilla hoitajan tai terapeutin arvioimana hoidon
ongelmallisuuden suhteen luokiteltuna (N=104)

	Hoitoon liittyviä ongelmia n=53	Ei hoitoon liittyviä ongelmia n=51	p-arvo
Mieliala	48 (20,3)	66 (15,8)	.001
Psykoottiset oireet	57 (26,5)	70 (20,2)	.010
Sekundaariset oireet ¹	57 (17,7)	45 (18,9)	.001
Poikkeava käyttäytyminen ¹	46 (22,0)	34 (19,2)	.005
Aggressiivinen käyttäytyminen ¹	30 (20,8)	22 (20,8)	.037
Ahdistuneisuus ¹	53 (22,2)	39 (18,0)	.001
Hygienia ja siisteys	54 (27,3)	60 (21,1)	.221
Kodinhoito	38 (26,3)	49 (27,1)	.029
Harrasteet	23 (21,4)	26 (18,9)	.434
Asiointi	36 (23,7)	47 (28,7)	.023
Työkyky	10 (08,9)	19 (16,0)	.001
Toiminnallisuus	18 (20,6)	27 (22,4)	.028
Sosiaaliset suhteet	40 (17,8)	45 (19,3)	.211
Sosiaalinen rohkeus	46 (27,3)	48 (22,2)	.696
Vastuuntunto	32 (22,3)	49 (25,5)	.001
Joustavuus	38 (21,0)	46 (19,7)	.068
Itsehillintä	43 (22,4)	56 (21,1)	.003
Itseluottamus	41 (24,2)	47 (19,1)	.232
GAF	41 (12,8)	51 (16,9)	.001
Oireiden summa ³	81,4 (21,9)	64,0 (17,2)	.001
Yleiset oireet ²	3,5 (0,98)	2,8 (0,77)	.001
Positiiviset oireet ²	3,5 (1,41)	2,7 (1,12)	.003
Negatiiviset oireet ²	4,2 (1,34)	3,3 (1,29)	.001

asteikolla 0-100: 0 = erittäin kielteinen, huonoin mahdollinen
100 = erittäin myönteinen, paras mahdollinen

x¹ = käännetty asteikko

x² = asteikko 1-7, jossa 1= ei lainkaan oireita, 7= erittäin vaikeita oireita

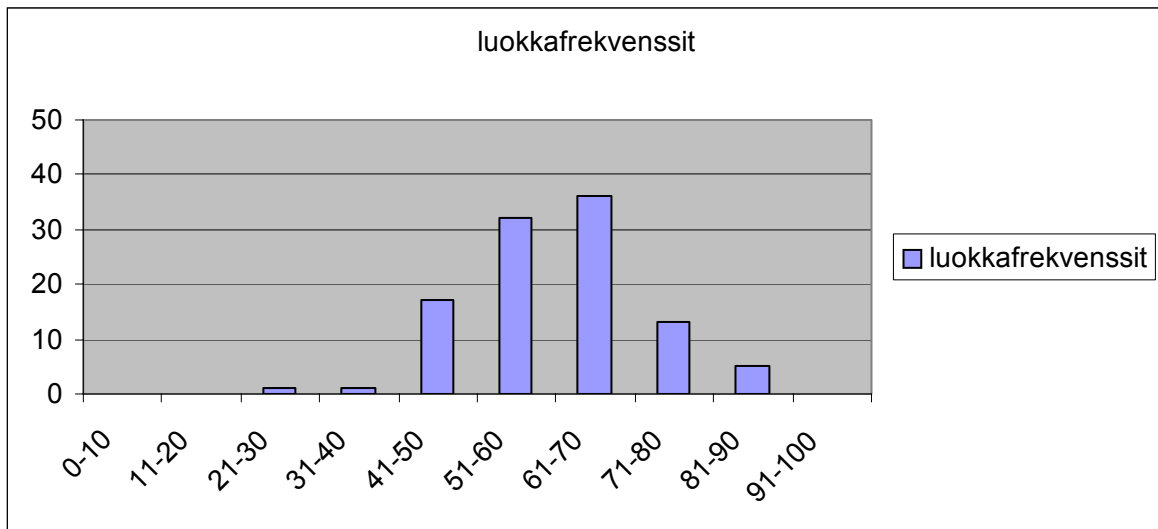
x³ = asteikko 22-154, jossa 22= ei lainkaan oireita, 154=kaikki oireet erittäin
vaikeita

Liitetaulukko 6Z, Potilaiden psykososiaalista hyvinvointia kuvaavien muuttujien korrelaatiot potilaan, hoitajien tai terapeuttien ja tutkijan arvioiden välillä

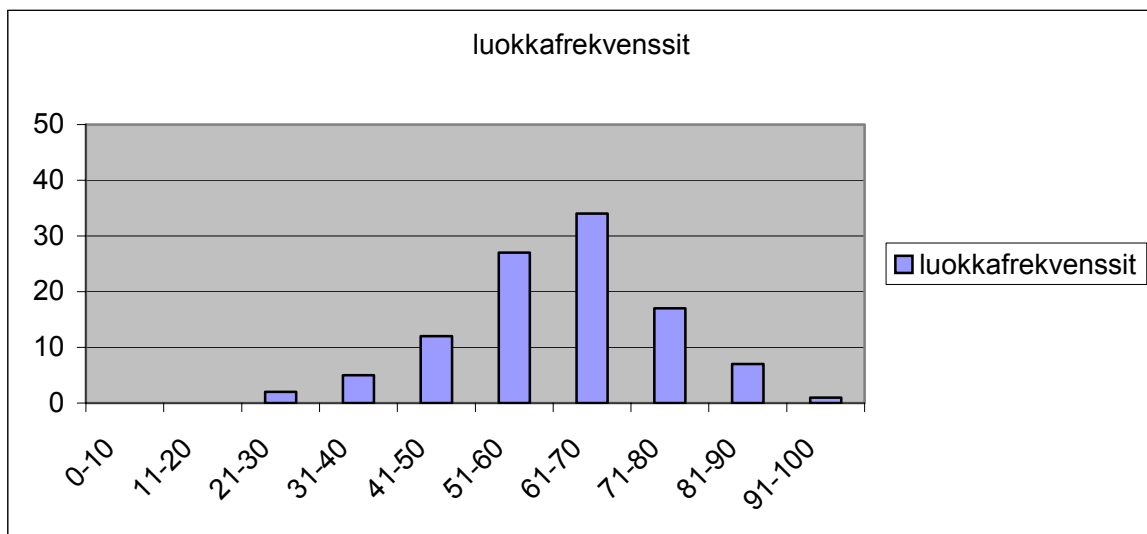
	potilas/ hoitaja tai terapeutti N=104	potilas/ tutkija N=105	hoitaja tai terapeutti/ tutkija N=104
Mieliala	.09	.54***	.41***
Psykoottiset oireet		.59***	
Sekundaariset oireet			.26**
Poikkeava käyttäytyminen			.33***
Aggressiivinen käyttäytyminen			.54***
Ahdistuneisuus	.21*	.56***	.26**
Hygienia ja siisteys			.32**
Kodinhoito	.40***	.67***	.57***
Harrasteet	.44***	.72***	.54***
Asiointi	.48***	.75***	.60***
Työkyky	.44***	.60***	.56***
Toiminnallisuus	.27**	.49***	.28**
Sosiaaliset suhteet	.18	.41***	.40***
Sosiaalinen rohkeus	.19	.49***	.29**
Vastuuntunto	.32**	.64***	.52***
Joustavuus	.01	.38***	.03
Itsehillintä	.18	.60***	.49***
Itseluottamus	.25*	.49***	.38***
GAF			.49***
Oireiden summa			.51***
Yleiset oireet			.43***
Positiiviset oireet			.54***
Negatiiviset oireet			.45***

p<,05; ** p<,01; *** p<,001,

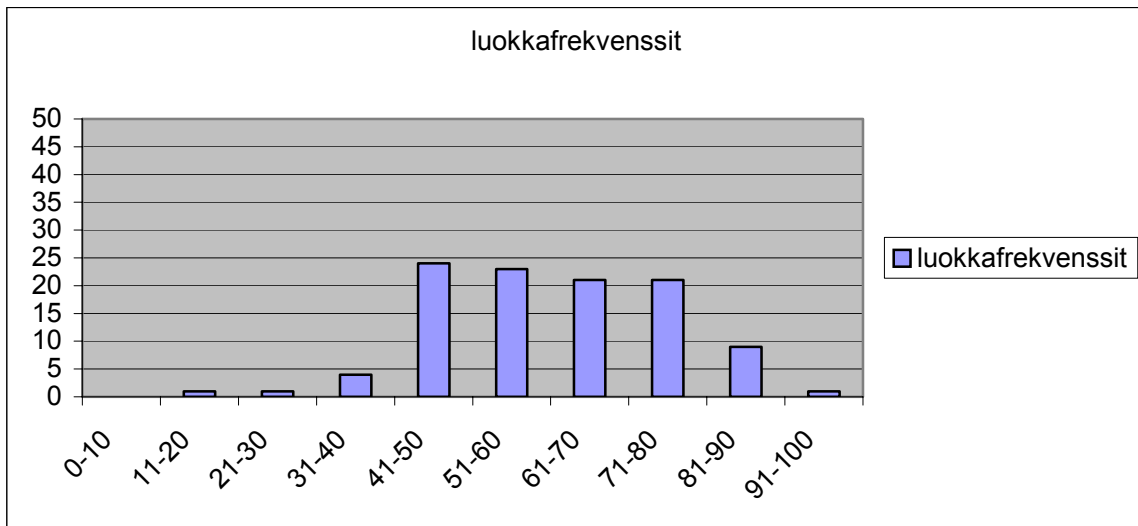
Liite 7: Liitekuviot



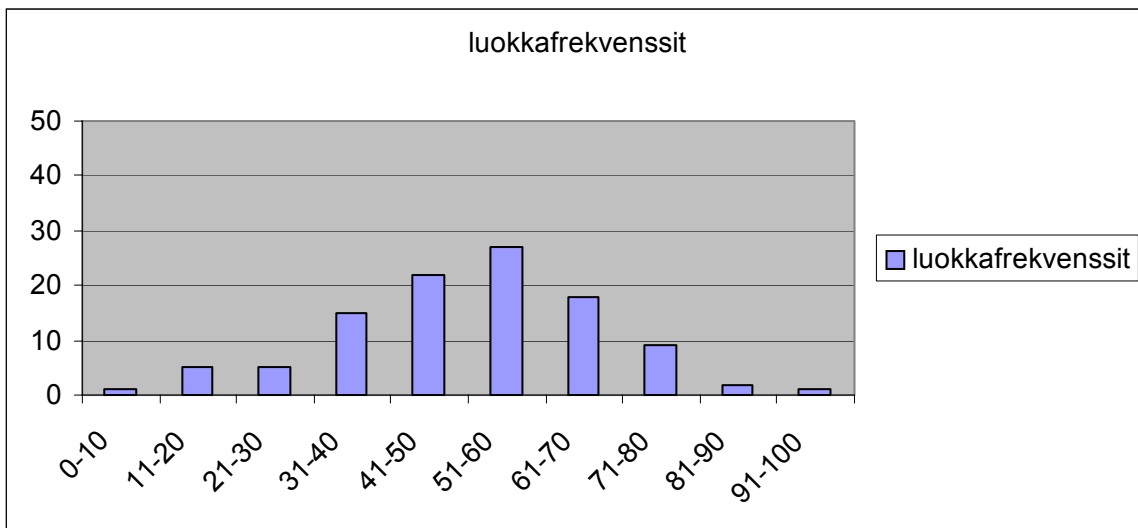
Liitekuvio 7A. Kuntoutujien psykososiaalista hyvinvointiaan koskevien arvioiden kokonaispistemäärän luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=105)



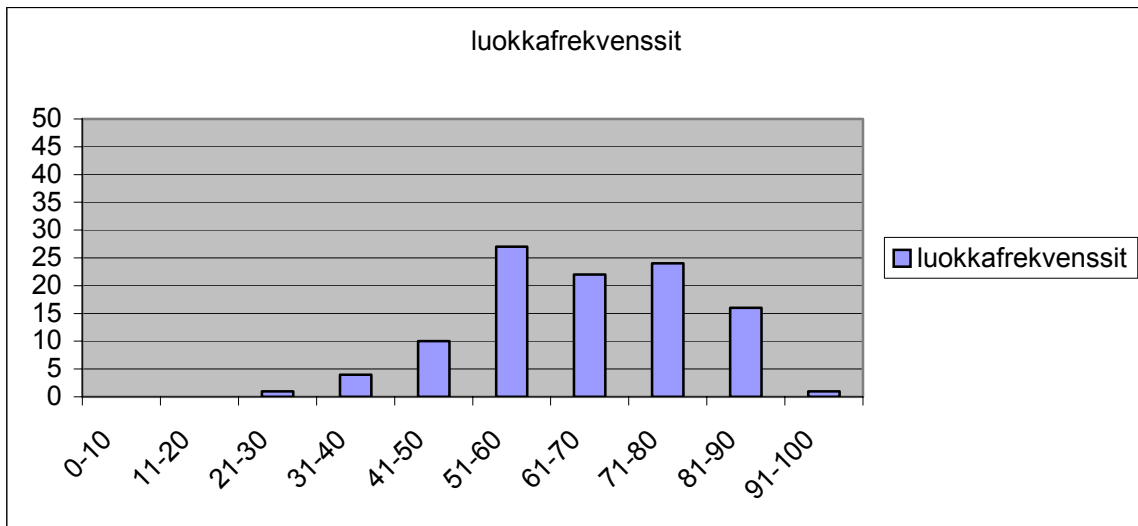
Liitekuvio 7B. Kuntoutujien terveydentilaansa koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=105)



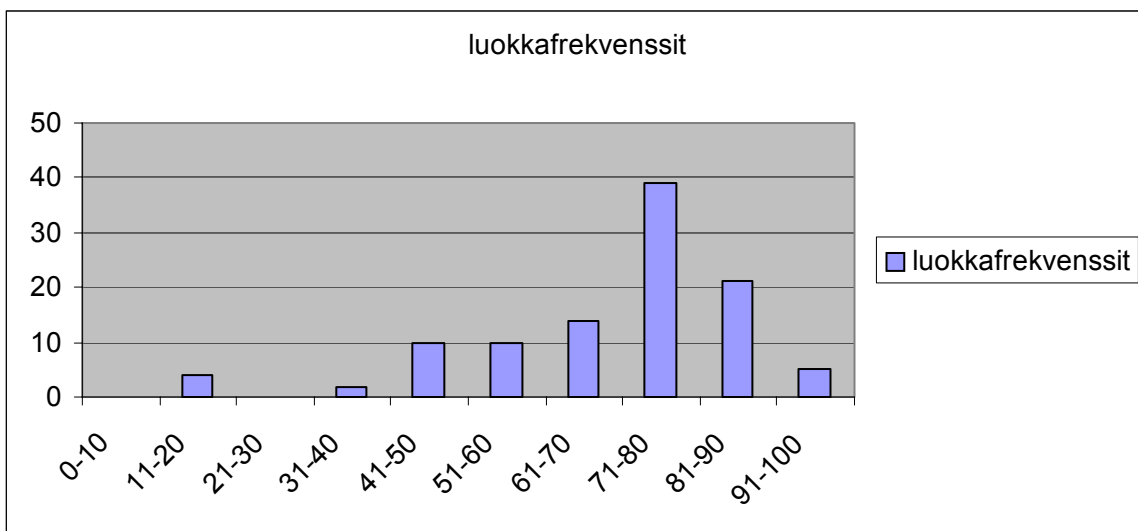
Liitekuvio 7C. Kuntoutujien sosiaalista kompetenssia koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=105)



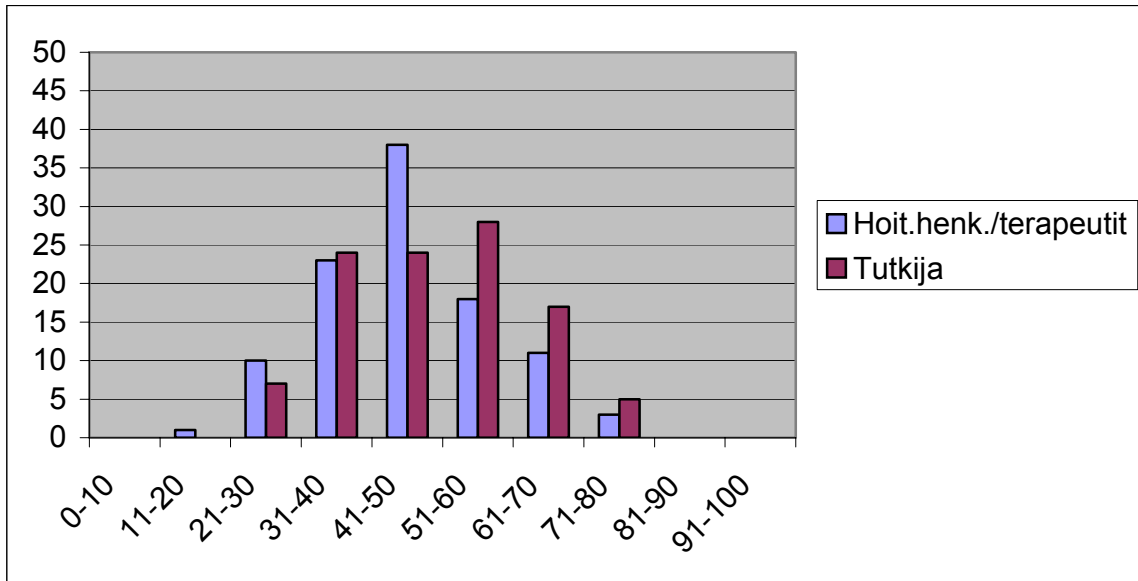
Liitekuvio 7D. Kuntoutujien toimintakykyään koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=105)



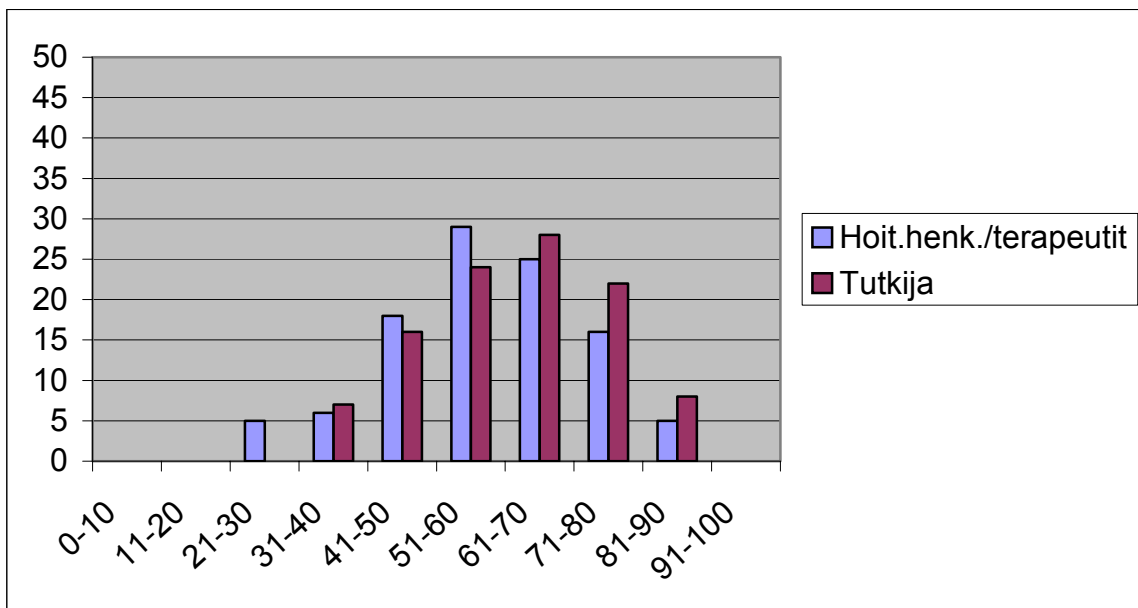
Liitekuvio 7E. Kuntoutujien elämän mielekkyyttä koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=105)



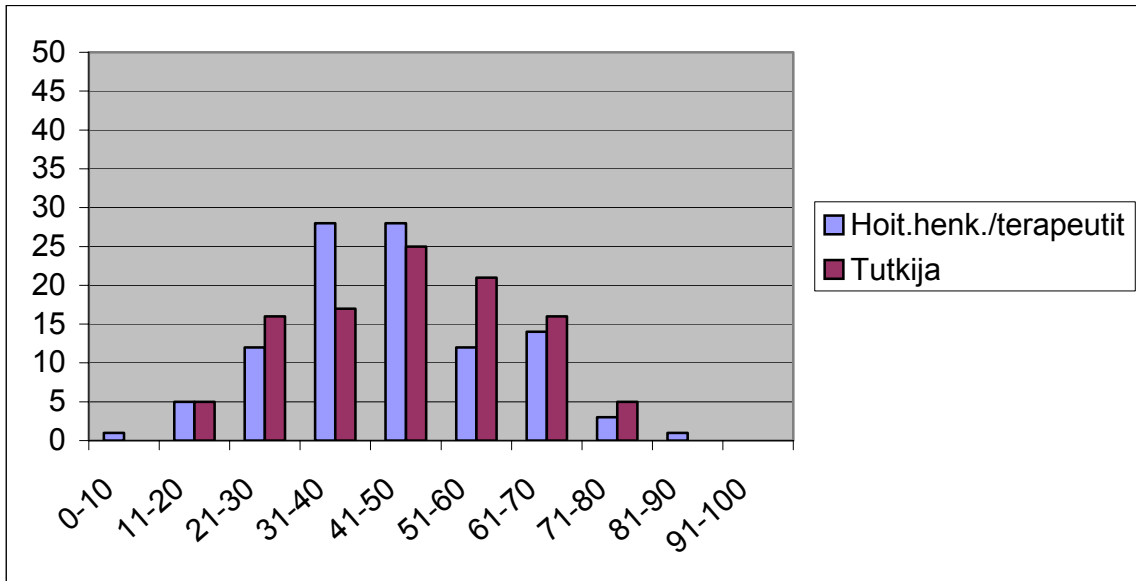
Liitekuvio 7F. Kuntoutujien tyytyväisyyttä elämäänsä koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=105)



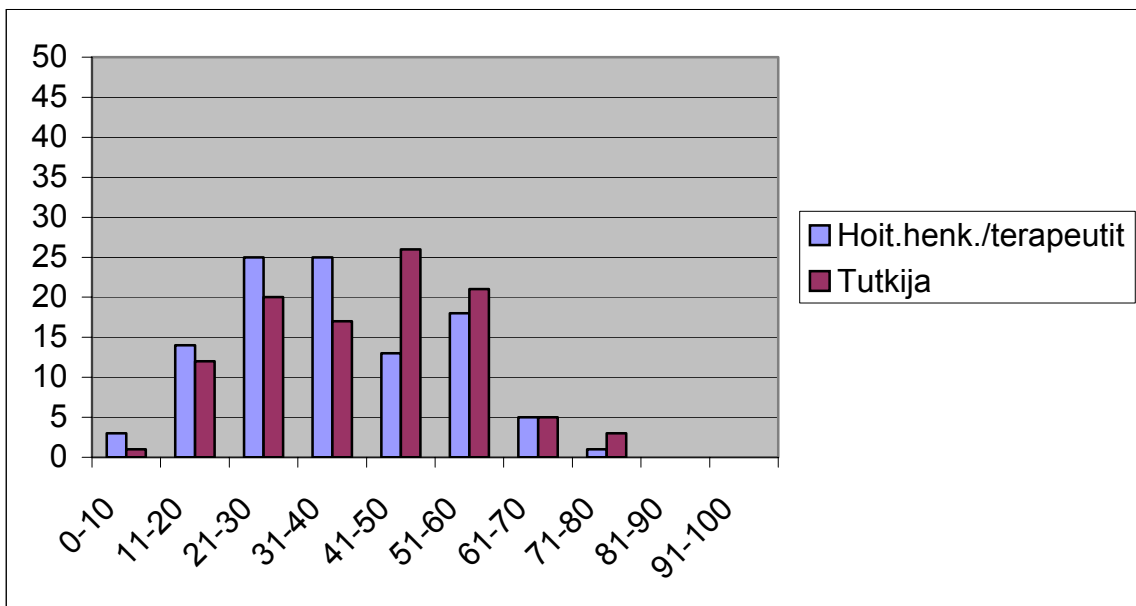
Liitekuvio 7G. Hoitavien henkilöiden tai terapeuttien ja tutkijan kuntoutujien kokonaishyvintia koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=104/105)



Liitekuvio 7H. Hoitavien henkilöiden tai terapeuttien ja tutkijan kuntoutujien vointia ja oireilua koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=104/105)



Liitekuvio 7I. Hoitavien henkilöiden tai terapeuttien ja tutkijan kuntoutujien sosiaalista kompetenssia koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=104/105)



Liitekuvio 7J. Hoitavien henkilöiden tai terapeuttien ja tutkijan kuntoutujien toimintakykyä koskevien arvioiden luokkafrekvenssijakautuma asteikolla 0-100 (N=104/105)

Liite 8: Potilaan oireet

Kuinka paljon potilaalla on esiintynyt seuraavia oireita viimeksi kuluneen kuukauden aikana?
Ympyröi yksi vaihtoehto jokaisesta kohdasta.

1= oireetta ei esiinny lainkaan 5= melko vaikea, oiretta on melko paljon
2= hyvin lievä, oiretta on hyvin vähän 6= vaikea, oiretta on paljon
3= lievä, oiretta on vähän 7= erittäin vaikea, oiretta on erittäin paljon
4= kohtalainen, oiretta on jonkin verran

1. Fyysisen terveyden tarkkailu – Missä määrin potilas tarkkailee fyysistä terveyttään? Arvioi, missä määrin potilas kokee fyysisen terveytensä ongelmakseen, oli ongelmilla perustetta tai ei.

1 2 3 4 5 6 7

2. Ahdistuneisuus – Huoli, pelko tai ylenmääräinen huolenpito nykytilanteesta tai tulevaisuudesta. Arvioi yksinomaan sen perusteella, mitä potilas itse kertoo. Älä päättele ahdistuneisuutta fyysisistä oireista tai neuroottisista puolustusmekanismeista.

1 2 3 4 5 6 7

3. Tunneilmaisun niukkuus – Suhtautumisessa haastattelijaan ja haastattelutilanteeseen puutteita ja vaikeuksia. Arvioi haastattelun perusteella missä määrin potilas antaa vaikutelman, että hän ei kykene ilmaisemaan tunteita vuorovaikutustilanteessa.

1 2 3 4 5 6 7

4. Ajattelun jäsentymättömyys – Ajattelun sekavuus, hajanaisuus ja jäsentymättömyys. Arvioi potilaan kielellisen ilmaisun eheyden ja selkeyden, eikä potilaan omien käsitysten perusteella.

1 2 3 4 5 6 7

5. Syyllisyydentunteet – Ylenmääräinen huoli ja katumus aikaisemmasta käyttäytymisestä. Arvioi potilaan oman kuvauksen perusteella, ts. sen perusteella, miten potilas ilmaisee ja kokee oman syyllisyytensä. Älä päättele syyllisyydentunteita masentuneisuudesta, ahdistuneisuudesta tai neuroottisista puolustusmekanismeista.

1 2 3 4 5 6 7

6. Jännitystila – Fyysisissä toiminnoissa ja liikkeissä nähtävissä jännittyneisyyttä, ”hermostuneisuutta” ja vireystilan (aktivaation) kohoamista. Jännitystilaa arvioidaan pelkästään fyysisien toimintojen ja liikkeiden perusteella eikä potilaan oman kuvauksen perusteella.

1 2 3 4 5 6 7

7. Omituiset tavat ja liikkeet – Epätavallinen tai epäluonnollinen liikehdintä; liikehdintä ja eleet ovat juuri sellaisia, jotka saavat potilaan erottumaan esim. jossakin normaalien ihmisten joukossa. Arvio vain liikkeiden epänormaalius, äläkä ota huomioon vireystilan kohoamista.

1 2 3 4 5 6 7

8. Suuruusharhat – Voimakkaasti korostunut itsetunto, luulotellut kyvyt tai voimat. Arvioi sen perusteella, mitä potilas kertoo itsestään ja suhteestaan muihin, eikä sen perusteella, miten potilas käyttäytyy haastattelutilanteessa.

1 2 3 4 5 6 7

9. Masentuneisuus – Alakuloisuus ja surumielisyys. Arvioi vain masentuneisuuden aste, äläkä perusta arviotasi päätelmiin potilaan yleisestä taantumisesta ja valitukseen fyysisistä oireista.

1 2 3 4 5 6 7

10. Vihamielisyys – Vihamielisyys, halveksunta, uhmakkuus, ylenkatse muita ihmisiä kohtaan. Arvioi pelkästään sen perusteella, mitä potilas kertoo tunteistaan ja teoistaan muita kohtaan; älä päättele vihamielisyyttä neuroottisista puolustusmekanismeista, ahdistuneisuudesta tai fyysisistä valituksista (Arvioi asenne haastattelijaa kohtaan ”haluttomuudessa yhteistoimintaan”).

1 2 3 4 5 6 7

11. Stereotyyppinen ajattelu – Vähentynyt sujuvuus, spontaanisuus ja joustavuus ajattelussa. Tämä näkyy jäykkänä, toistavana tai kaavamaisena ajatusten sisältönä. Arvio haastattelutilanteen perusteella. 1 2 3 4 5 6 7
12. Hallusinaatiot – Havainnot, jotka eivät perustu ulkoisiin ärsykkeisiin. Arvioi vain ne kokemukset, joita on raportoitu tapahtuneen viimeksi kuluneen viikon aikana ja ota huomioon vain sellaiset kokemukset, jotka ovat selvästi erilaisia kuin normaalien ihmisten ajattelu ja mielikuvitus. 1 2 3 4 5 6 7
13. Liikkeiden taantuminen – Energiatason laskeminen ilmenee hidastuneena liikehdintänä ja puheena, alentuneena lihasjännityksenä, liikkeiden määrän vähenemisenä. Arvioi pelkästään havainnoimalla potilasta; äläkä arvioi potilaan omien käsitysten perusteella. 1 2 3 4 5 6 7
14. Haluttomuus yhteistoimintaan – Ilmenee vastustusta, epäystävällisyyttä, katkeruutta ja yhteistoiminnan puutetta haastattelijaa kohtaan. Arvioi vain sen perusteella, miten potilas asennoituu ja käyttäytyy haastattelijaa ja haastattelutilannetta kohtaan, mutta älä ota huomioon kuvauksia potilaan katkeruudesta tai haluttomuudesta haastattelutilanteen ulkopuolella. 1 2 3 4 5 6 7
15. Epätavalliset ajatukset – Epätavallisia, outoja, omituisia tai kummallisia ajatuksia. Arvioi vain epätavallisuuden aste, äläkä ota huomioon ajattelun jäsentymättömyyttä. 1 2 3 4 5 6 7
16. Tunneilmaisun köyhtyminen – Alentunut tunneilmaisuus, normaali tunneilmaisuus ja kiinnostus puuttuu. 1 2 3 4 5 6 7
17. Kiihtyneisyys – Kohonnut tunnetila, levottomuus, lisääntynyt reaktioherkkyys. 1 2 3 4 5 6 7
18. Harhaluulot – Uskomuksia, jotka ovat perusteettomia, epärealistisia ja omituisia. Arvioi sen perusteella, mikä on haastattelussa esitettyjen ajatusten sisältö ja miten ne vaikuttavat sosiaalisiin suhteisiin ja käyttäytymiseen. 1 2 3 4 5 6 7
19. Heikot läheiset suhteet – Empatian ja avoimuuden puuttuminen keskustelussa, vähäinen kiinnostus haastattelijaa kohtaan. Tämä näkyy etäisyyden ottamisena sekä vähentyneenä verbaalisena ja nonverbaalisena kommunikaationa. Arvioi haastattelutilanteen vuorovaikutuksen perusteella. 1 2 3 4 5 6 7
20. Sosiaalinen vetäytyminen – Passiivisuudesta tai apatiasta johtuva vähentynyt kiinnostus tai aloitekyky sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Vetäytyminen johtaa sosiaalisten suhteiden vähentymiseen ja jokapäiväisten toimintojen laiminlyömiseen. Arvioi haastattelutilanteen perusteella. 1 2 3 4 5 6 7
21. Spontaanisuuden ja keskustelun jatkuvuuden puuttuminen – Keskustelun jatkuvuuden puuttuminen, joka on yhteydessä apatiaan, defenssiivisyyteen tai kognitiivisiin puutteisiin. Tämä näkyy hitautena ja katkonaisuutena. Arvioi haastattelutilanteen perusteella. 1 2 3 4 5 6 7
22. Stereotyyppinen ajattelu – Vähentynyt sujuvuus, spontaanisuus ja joustavuus ajattelussa. Tämä näkyy jäykkänä, toistavana tai kaavamaisena ajatusten sisältönä. Arvio haastattelutilanteen perusteella. 1 2 3 4 5 6 7

Liite 9. GAS: PSYYKKISEN TILAN ARVIOINTI

Arvioi tutkittavan alin toiminnan taso edeltäneellä viikolla valitsemalla alin väli, joka kuvaa hänen toimintaansa kuvitellulla jatkumolla mielenterveydestä sairauteen. Esimerkiksi tutkittavalle, jonka ”käyttäytymiseen vaikuttavat merkittävästi harhaluulot” (väli 21-30) tulisi antaa lukema siitä välistä, vaikka hänellä onkin ”huomattavaa huonontumista useilla alueilla” (väli 31-40). Käytä välin sisäisiä lukemia siten kuin tuntuu sopivalta (esim. 35, 58, 63). Arvioi todellista toiminnan tasoa siitä riippumatta, saako tutkittava lääkitystä tai muuta hoitoa ja parantaako tämä hänen toimintaansa. (Robert L. Spitzer, MD, Miriam Gibbon, MSW, Jean Endicott, PhD)

- 100-91 Ei oireita, hyvä toimintakyky monilla elämän alueilla, elämän ongelmat eivät koskaan näytä saavan yliotetta, toiset turvautuvat tutkittavaan hänen lämpönsä ja vahvuutensa takia.
- 90-81 Ohimeneviä oireita voi esiintyä, mutta toiminta on hyvää kaikilla elämän alueilla, mielenkiinto ja osallistuminen on laaja-alaista, tutkittava menestyy sosiaalisesti, on yleisesti tyytyväinen elämään, hänellä esiintyy arkipäivän huolia, mutta vain joskus ne tuntuvat hallitsemattomilta.
- 80-71 Vähäisiä oireita voi esiintyä, mutta toimintakyky on enintään lievästi huonontunut, arkipäivän huolia ja ongelmia esiintyy vaihtelevasti ja joskus ne ovat hallitsemattomia.
- 70-61 Esiintyy joitakin lieviä oireita (esim. masentuneisuutta ja lievää unettomuutta) TAI joitakin vaikeuksia useilla elämän alueilla, mutta toimintakyky on yleisesti ottaen hyvää eivätkä useimmat kouluttamattomat henkilöt pitäisi tutkittavaa ”sairaana”.
- 60-51 Kohtalaisia oireita TAI yleisesti joitakin vaikeuksia (esim. vähän ystäviä, tunneköyhyyttä, masentuneisuutta, sairaalloista epäröintiä, ylipirteää mielialaa ja pakonomaista puhumisen tarvetta, kohtalaisen vakavaa antisosiaalista käyttäytymistä).
- 50-41 Vakavia oireita tai toiminnan tason huonontumista, jonka useimmat kliinikot arvioisivat tarvitsevan hoitoa tai huomiota (esim. itsemurha-ajatukset tai eleet, vakavat pakkotoiminnot, usein esiintyvät ahdistuneisuuskohtaukset, vakava antisosiaalinen käytös, pakonomainen juopottelu).
- 40-31 Huomattavaa toiminnan tason huonontumista useilla elämän alueilla, kuten työelämässä, perhesuhteissa, arvostelukyvyyssä, ajattelussa tai mielialassa (esim. masentunut nainen välttelee ystäviä, lyö laimin perheensä, ei pysty kotitöihin) TAI jonkinasteista todellisuuden tajun tai kommunikaation huonontumista (esim. puhe ajoittain epämääräistä, epäjohdonmukaista tai epäoleellista) TAI tutkittavalla on yksi vakava itsemurhayritys.
- 30-21 Toimintakyvytön lähes kaikilla elämän alueilla (esim. pysyttelee vuoteessa koko päivän) TAI käyttäytymiseen vaikuttavat huomattavasti joko harhaluulot tai harha-aistimukset TAI kommunikointi on vaikeasti huonontunutta (esim. joskus asiaankuulumatonta tai tutkittava ei vastaa puhutteluun) tai arvostelukyky pettää (esim. käyttäytyy karkean sopimattomasti).
- 20-11 Tarvitsee valvontaa, jotta ei vahingoittaisi itseään tai muita tai huolehtiakseen vähimmästäkään henkilökohtaisesta hygieniastaan (esim. toistuvia itsemurhayrityksiä, usein väkivaltainen, maanista kiihtyneisyyttä, tuhrii ulosteella) TAI kommunikaation vaikeaa huonontumista (esim. usein hajanainen tai puhumaton).
- 10-01 Tarvitsee jatkuvaa valvontaa useita päiviä, jotta ei vahingoittaisi itseään tai muita tai ei yritä huolehtia vähäisestäkään henkilökohtaisesta hygieniastaan.