

**COPING WITH DEPRESSION -KURSSIN EVALUOINTI
MIELENTERVEYSPOTILAIDEN OMAISTEN JA
KUNTOUTUSASIAKKAIDEN RYHMISSÄ**

Tampereen yliopisto
Psykologian laitos
Pro gradu -tutkielma
Mirka Hynninen ja Liisa Lento
Joulukuu 2003

TAMPEREEN YLIOPISTO

Psykologian laitos

HYNNINEN, MIRKA JA LENTO, LIISA: Coping with Depression -kurssin evaluointi mielenterveyspotilaiden omaisten ja kuntoutusasiakkaiden ryhmissä

Pro gradu -tutkielma, 100 s., 58 liites.

Psykologia

Joulukuu 2003

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Coping with Depression (CWD) -kurssin tuloksellisuutta masennuksen hoidossa sekä sitä miten osallistujat olivat kurssin kokeneet. Tavoitteena oli myös tutkia oliko kurssi kohdistettu oikeille henkilöille, soveltuuko menetelmä mielenterveyspotilaiden omaisille sekä miten kurssia tulisi jatkossa kehittää. Lisäksi selvitettiin ohjaajien kokemuksia kurssista ja siihen liittyneestä koulutuksesta. CWD-kurssi on sekä rakenteeltaan että sisällöltään tarkoin strukturoitu psykoedukatiivinen masennuksen hoitomuoto, jossa ryhmässä opetellaan mielialan kohentamiseen tähtäviä tekniikoita.

Tutkimuksen toisena kohderyhmänä oli Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n kautta CWD-kursseille osallistuneet masentuneet tai suuressa masennusriskissä olevat mielenterveyspotilaiden omaiset (n=58) ja heidän kurssiensa ohjaajat (n=13). Toisena tutkimusryhmänä oli masentuneet avohoidon kuntoutusasiakkaat (n=55) ja heidän ohjaajansa (n=11). Omaisten ryhmiä oli yhteensä 12 ja kuntoutusasiakkaiden ryhmiä 13. Kuhunkin ryhmään osallistui neljästä yhdeksään kurssilaista. Kurssit järjestettiin keväällä 2003 ja ryhmäkertoja oli viikon välein kahdeksan. Tutkimus toteutettiin lomakekyselynä kurssin alussa ja lopussa. Kurssin tuloksellisuutta arvioitiin masennuksen (BDI, DEPS), ahdistuneisuuden, elämään tyytyväisyyden ja elämän hallinnan (Ojasen 0–100 -asteikot) mittareiden avulla. Alkulomakkeessa kysyttiin vastaajan taustasta, terveydentilasta ja masennuksesta. Lisäksi omaisilta kysyttiin psyykkisesti sairaasta läheisestä ja omaisena olemisen kuormittavuudesta sekä kuntoutusasiakkailta elämää kuormittavista tekijöistä. Kurssin lopussa vastaajaa pyydettiin arvioimaan kurssia. Ohjaajat arvioivat kurssin lopuksi sekä kurssin koulutusta että itse kurssia menetelmänä.

Omaisista 64 % ja kuntoutusasiakkaista 76 % oli masentuneita kurssin alussa DEPS-seulalla mitattuna. Kuntoutusasiakkaat voivat sekä fyysisen terveydentilan että psyykkisen hyvinvoinnin osalta omaisryhmäläisiä huonommin. CWD-kurssi osoittautui tulokselliseksi menetelmäksi masennuksen hoidossa kummassakin tutkimusryhmässä. Kuntoutusasiakkailla myös hyvinvointi lisääntyi kurssin aikana merkitsevästi. Sen sijaan kurssin vaikutus omaisten hyvinvointiin oli vähäistä. Kurssi oli kokemuksena pääosin positiivinen molemmissa kurssilaisten tutkimusryhmissä ja myös ohjaajat arvioivat sekä koulutusta että menetelmää myönteisesti. Vaikka opetetut taidot koettiin tärkeiksi, osoittautui vertaistuki kurssin merkittävimmäksi tekijäksi. Kahdeksan kurssikertaa koettiin jonkin verran liian lyhyeksi kurssilla käsiteltävien asioiden määrään nähden. Masennus-sanan käyttöä kurssilla on pohdittava tarkoin, sillä CWD-kurssin tarkoituksena on olla mahdollisimman vähän leimaava ja helposti lähestyttävä.

KIITOKSET

Olemme saaneet tutkia mielenkiintoista aihetta, joka sai alkunsa Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n Omaisen hyvinvointi -hankkeesta. Haluamme kiittää kaikkia niitä ihmisiä, jotka ovat edesauttaneet tutkimuksemme tekoa. Kiitämme tutkimukseen osallistuneiden CWD-kurssien ohjaajia yhteistyöstä aineiston keruussa ja posituksessa sekä tutkimukseen osallistuneita kurssilaisia siitä, että he tunnollisesti täyttivät pitkät kyselylomakkeet ja jakoivat kokemuksensa kanssamme.

Erityisesti haluamme kiittää Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n Omaisen hyvinvointi -hankkeen ohjausryhmän jäsentä, psykologian lisensiaatti Eija Stengårdia sekä CWD-kurssien ohjaajien kouluttajaa ja työnohjaajaa, psykoterapeutti Marja-Liisa Dunderia arvokkaasta avusta tutkimuksen eri vaiheissa. Lisäksi kiitämme professori Markku Ojasta tutkimuksemme ohjauksesta ja hyvistä neuvoista.

Tampereella joulukuussa 2003

Mirka Hynninen ja Liisa Lento

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	3
2 MASENNUS JA HYVINVOINTI.....	5
2.1 Masennus.....	5
2.2 Mielenterveyspotilaiden omaiset ja masennus.....	7
2.3 Hyvinvointi	10
3 COPING WITH DEPRESSION (CWD) -KURSSI MASENNUKSEN HOITOMUOTONA	14
3.1 Kognitiivisen ja kognitiivis-behavioraalisen terapian perustaa	14
3.2 CWD-kurssi – masennuksen ryhmämuotoinen ennaltaehkäisy ja hoito.....	16
3.2.1 Kotitehtävät CWD-kurssin osana	19
3.2.2 Pienryhmät ja vertaistuki	20
3.2.3 Ryhmän ohjaaminen	22
3.2.4 CWD-kurssin soveltaminen.....	25
3.2.5 CWD-kurssin vaikuttavuus.....	26
4 TUTKIMUSONGELMAT.....	30
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	31
5.1 Tutkimuksen kohdejoukot.....	31
5.2 Katotarkastelu	34
5.3 Ryhmien järjestäminen ja sisältö	35
5.4 Tutkimusmenetelmät.....	36
5.5 Mittarit	38
5.6 Aineiston käsittely.....	39
6 TULOKSET	41
6.1 Tutkimusryhmien tilanne kurssin alussa.....	41
6.1.1 Tutkimusryhmien fyysinen ja psyykinen terveydentila ja hyvinvointi	41
6.1.2 Masennuksen takana vaikuttavat tekijät	44
6.1.3 Vastaajien kurssille osallistumisen syyt ja tiedon saaminen kurssista	47
6.1.4 Tutkimusryhmien tilanne psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla	48
6.2 Kurssin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin	52
6.3 Osallistujien arvio kurssista	56
6.3.1 Kurssin toteutus	56
6.3.2 Vastaajien osallistuminen kurssilla.....	61
6.3.3 Kurssilla opettujen taitojen hyödyllisyys ja sovellettavuus	62
6.3.4 Kurssin muu anti osallistujille	66
6.4 Ohjaajien arvio kurssista.....	71
6.4.1 Ohjaajien arvio koulutuksesta.....	71
6.4.2 Ohjaajien arvio menetelmästä.....	75
6.4.3 Ohjaajien arvio kurssin soveltuvuudesta omaisille.....	82

7 TARKASTELU	84
7.1 Kurssilaisten psyykinen hyvinvointi	84
7.2 Kurssin vaikutus.....	86
7.3 Kurssilaisten kokemukset kurssista.....	89
7.4 Ohjaajien kokemukset koulutuksesta ja menetelmästä	91
7.5 Tutkimusmenetelmän toimivuus.....	92
7.6 Yhteenveto	93
LÄHTEET.....	95
LIITTEET	101
Liite 1. Omaisten alkulomake	101
Liite 2. Kuntoutusasiakkaiden alkulomakkeen kysymykset 27 – 50	110
Liite 3. Omaisten loppulomake	115
Liite 4. Kuntoutusasiakkaiden loppulomakkeen kysymykset 33 – 35	131
Liite 5. Ohjaajien lomake.....	132
Liite 6. Saatekirje vastaajille	140
Liite 7. Kurssille osallistuneiden pitkäaikaissairaudet	141
Liite 8. Mistä kurssilaisten vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa johtuvat ..	142
Liite 9. Kurssilaisten käyttämät keinot mielialan kohentamiseksi	143
Liite 10. Omaisvastaajien psyykkisesti sairasta läheistä koskevat tiedot	144
Liite 11. Kuntoutusasiakkaiden tukea tarvitsevat läheiset	148
Liite 12. Vastaajat, joilla masennuspisteet olivat alhaisia.....	149
Liite 13. Taustamuuttujien yhteys psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin.....	150
Liite 14. Muutos psyykkisen hyvinvoinnin pisteissä kurssin aikana	153
Liite 15. Alkumittauksen hyvinvointiarvojen yhteys muutokseen	155
Liite 16. Taitojen käsittely ryhmissä ohjaajien mukaan.....	158

1 JOHDANTO

Masennus on yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Maailman terveysjärjestön WHO:n laajassa, eri sairauksien painoarvoa maailmanlaajuisesta näkökulmasta kartoittavassa Global Burden of Disease -tutkimuksessa vakavat masennustilat on arvioitu neljänneksi merkittävimmäksi toimintakyvyttömyyden aiheuttajaksi. Vuodelle 2020 tehdyn ennusteen mukaan masennustilat olisivat toisella sijalla. (Tilastokeskuksen Hyvinvointikat-saus 2/1999.) Masennus aiheuttaa sekä huomattavaa inhimillistä kärsimystä että mer-kittäviä taloudellisia kuluja yhteiskunnalle. Tutkimuksen keinoin etsitään jatkuvasti uusia, kustannustehokkaita menetelmiä masennuksen hoitomuotojen tarjoamiseksi.

Tässä tutkimuksessa selvitetään yhden tällaisen menetelmän, Coping with Depression (CWD) -kurssin vaikuttavuutta kahdessa suomalaisessa ryhmässä. Menetelmän vaikut-tavuus on osoitettu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Cuijpers, 1998c; Dowrick, 2000; Lewinsohn, Hoberman & Clarke, 1989) ja se on laajasti käytössä eri maissa, varsinkin Alankomaissa (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Myös Suomessa kurssia on käytetty masennuksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn muutaman vuoden ajan eri kohderyhmille (Koffert & Kuusi, 2002).

Tämän tutkimuksen tarve lähti Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:stä, jossa CWD-kursseja järjestettiin ensimmäistä kertaa keväällä 2003. Omaiset muodosta-vat masennuksen osalta riskiryhmän, ja tuoreessa omaisten hyvinvointia kartoittavassa tutkimuksessa todettiin, että jopa 38 % omaisista on masentuneita (Nyman & Stengård, 2001, 69). Kurssit liittyvät Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n Omaisen hyvinvointi -projektiin, joka toteutetaan vuosina 2002 – 2004. Sen taustalla on keskus-liitossa vuosina 2000 – 2002 toteutettu Omaisen masennus -projekti, jonka tavoitteena oli sekä lisätä tietoa mielenterveysomaisten masennuksesta ja sen ehkäisystä että auttaa ja tukea omaisia. Vuonna 2002 Omaisen hyvinvointi -projektissa järjestettiin koulutusta omaisten masentuneisuudesta sekä omaisten hyvinvoinnin edistämisestä omaisille ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Tämän lisäksi tuotettiin koulutusmateriaalia. (Havén, 2003, 5-14.) Vuonna 2003 keskusliitto järjesti projektiin liittyvän koulutuksen CWD-kurssien ohjaamiseen Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n jäsenyhdistysten ryhmänohjaajille. Koulutukset järjestettiin Tampereella ja Joensuussa. Tämän jälkeen ohjaajat ohjasivat CWD-kurssin omassa jäsenjärjestössään Itä- ja Länsi-

Suomen läänissä. Kurssi oli suunnattu masentuneille tai suuressa masennusriskissä elävillä omaisilla.

Samaan aikaan Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksessa järjestettiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille CWD-kurssin ohjaajakoulutus. Tutkimuksen toinen kohdejoukko koostui niistä ryhmistä, joille täydennyskoulutukseen osallistuneet ohjasivat CWD-kurssin omilla työpaikoillaan Itä-Suomen läänissä, pääasiassa psykiatrisen avohoidon puolella. Nämä kurssilaiset eivät olleet ensisijaisesti mielenterveyspotilaiden omaisia vaan masentuneita avohuollon asiakkaita. He olivat masentuneempia kuin omaisryhmäläiset sekä fyysiseltä ja psyykkiseltä terveydentilaltaan huonommassa kunnossa. Ryhmä haluttiin ottaa mukaan siksi, että sen avulla voitiin tutkia menetelmän soveltuvuutta myös toisenlaiseen kohderyhmään. Kutsumme näihin ryhmiin osallistuneita kuntoutusasiakkaita.

Tutkimus liittyy näiden CWD-kurssien evaluointiin. Se suoritettiin lomakekyselynä kahdelle edellä mainitulle kohdejoukolle sekä heidän ohjaajilleen. CWD-kurssien vaikuttavuutta tai kokemuksellisuutta ei ole tiettävästi aiemmin tutkittu Suomessa eikä mielenterveyspotilaiden omaisilla. Menetelmä on kuitenkin jo melko laajasti käytössä maassamme, ja aika- ja kustannustehokkaana menetelmänä sen käyttö tulee todennäköisesti kasvamaan tulevaisuudessakin. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kurssin tuloksellisuutta masennuksen hoidossa edellä mainituissa ryhmissä. Lisäksi tutkitaan sitä, millainen kokemus kurssi on osallistujille ollut. Tutkimuksen kohteena ovat myös ohjaajien kokemukset sekä menetelmästä että koulutuksesta. Koska tutkimuksen tarve lähti omaisjärjestöstä, painottuu omaisryhmän analyysi jonkin verran tässä tutkimuksessa.

2 MASENNUS JA HYVINVOINTI

2.1 Masennus

Masennus on yleisimpiä psyykkisiä häiriöitä ahdistuneisuushäiriöiden ohella. Se on sairaus, joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ruumiin toimintoihin, mielialaan, ajatuksiin ja käyttäytymiseen. Tammisen (2001, 52) mukaan kuutisen prosenttia suomalaisista, eli yli 300 000 ihmistä, on tälläkin hetkellä masentuneita, mutta heistä ehkä vain joka kolmas on hoidon piirissä. Terveyskeskuspotilaista masentuneiden osuus on noin 10-15 % (Lehtinen, 1994, 13). Lehtinen (1995, 27) esittää elinikäisen riskin sairastua depression olevan miehillä 11,9-18,4 % ja naisilla 20,2-32,6 %. Miltei viidennes väestöstä sairastuu kliiniseen depression elämänsä aikana. Tamminen (2001, 52) arvioi, että lähes jokainen sairastaa elämänsä aikana lievän masennustilan, ja vakavan masennuksen sairastaa joka neljäs.

Masennuksesta puhuttaessa rajankäyntikysymykset ovat vaikeita. Termi depressio ei ole erityisen selvä lääketieteellisesti, joten sen yksiselitteinen määrittely onkin vaikeaa. Erilaiset depression määrittelyt antavat erilaisia esiintyvyyksilukuja. Depressio-käsitteen määrittely on sopimuksenvaraista, ja sitä käytetäänkin monessa eri merkityksessä. Depressiolla voidaan tarkoittaa normaalia, usein menetyksiin ja muutostilanteisiin liittyvää tunnereaktiota, oiretta, oireyhtymää tai vaikeaa monioireista, pahimmillaan jopa elämää uhkaavaa psyykkistä sairautta. (Lehtonen, 1995, 3.) Masennusta ja alentunutta mielialaa voidaan kuvata eräänlaisena jatkumona. Toisessa päässä on normaali tunnetila, jollaisen jokainen ihminen voi kokea tietyissä elämäntilanteissa. Toisessa ääripäässä on vakava mielenterveyden häiriö. (Lehtinen, 1994, 7.) Masennuksen tunne kuuluu siis normaaliin tunne-elämään, masennustila taas on sairaus.

Masennukseen liittyvät kulttuurimuutokset ovat olleet huomattavia viime vuosina. Masennuksesta puhutaan avoimemmin kuin aikaisemmin. Voidaan kysyä ovatko masennustilat yleistyneet vai puhutaanko niistä vain enemmän, hakevatko ihmiset useammin apua masennukseensa, ja tunnistetaanko masennusta herkemmin terveydenhuollossa. Voi myös olla mahdollista, että työelämän kuormittavuuden kasvaessa lievät masennusoireet lisääntyvät kun taas varsinaisten vakavien masennustilojen esiintyvyys pysyy ennallaan. Tällaisiin kysymyksiin ei ole yksiselitteistä vastausta. (Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus, 2/1999.)

Inhimillinen kärsimys on masennukseen liittyvä olennainen piirre, jota masennusta kokemattoman on vaikea käsittää. Masennus on kivun ohella yleisimpiä inhimillisen kärsimyksen aiheuttajia. Se on myös elinikä lyhentävä sairaus. Masennukseen liittyy korkea itsemurhakuolleisuus ja lisääntynyt sydän- ja verisuonitaudeista johtuva kuolleisuus. On esitetty arvio, että pelkästään masennuksesta kärsivien elinikä on noin 5 % lyhyempi kuin muun väestön. (Salokangas, 1996, 17.)

Depressioon liittyy yleensä vahva sairauden tunto ja subjektiivinen kärsimys. Tyypillisiä oireita depressiossa ovat alakuloinen elämänasenne, elinvoiman puute, väsymys ja unettomuus. Ennako-oireita ovat muun muassa ahdistuneisuus, tuskaisuus ja syyllisyyden tunteet. Tunne itsestä ja elämästä vieraantumisesta on tavallista. Depression kehitys voi olla nopea tai hidas. Usein se alkaa kiinnostuksen tunteen ja elämänilon menettämisenä. Itsetunnon aleneminen on myös keskeinen oire. Omanarvon tunne ja itsearvostus heikkenevät, ja tästä seuraa voimattomuutta, toivottomuutta ja tyhjyyden tunnetta. (Beck, 1967, 16-24; Tamminen, 2001, 13.)

Depressioon liittyy erittäin usein myös ahdistuneisuutta. Lisääntynyt ahdistuneisuus on tyypillinen oire monissa psyykkisissä sairauksissa, kuten esimerkiksi juuri masennuksessa (Laine, 2001, 99). Henrikssonin (1995, 138) mukaan yli 90 % masennuspotilaista kärsii ahdistuneisuudesta. Ero ahdistuneisuushäiriön ja depression välillä ei ole aina selvä. Joissakin tapauksissa on kyse sekamuotoisesta mielialahäiriöstä, jossa on samaan aikaan sekä depression että ahdistuneisuuden oireita. (Salokangas, 1995, 119.) Tässä tutkimuksessa ahdistuneisuutta on mitattu Ojasen 0 – 100 -asteikolla.

Masennuksella on negatiivinen vaikutus sosiaaliseen elämään, se heikentää työ- ja toimintakykyä sekä taloudellista toimeentuloa. Diagnosoidulla masennuksella ja heikentyneellä työkyvyllä on voimakas yhteys. Lehtinen ym. toteavat Raitasalon (1995, 41) mukaan, että masennusdiagnoosin saaneista puolella työkyky oli lievästi heikentynyt, 35 %:lla työkyky oli heikentynyt huomattavasti tai sitten he olivat työkyvyttömiä. Yhä useammat jäävät masennuksen vuoksi varhain työkyvyttömyyseläkkeelle. Masennus onkin suurin yksittäinen mielenterveydellinen eläkkeelle jäämisen syy. (Pylkkänen, Niskanen & Mikkonen 1995.) Vuoden 1996 alussa tehdyn sairausluokituksen muutoksen takia ei ole saatavissa tietoja mielialahäiriöiden eikä masennuksen perusteella eläkettä saavista. Mielialahäiriöiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä sen sijaan on tilas-

toja. Vuonna 2002 Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 27 131 henkilöä, joista 4739 eli 17.5 % siirtyi mielialahäiriöiden takia. (E. Ruhanen, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2003.)

Yhteiskunnalle aiheutuu suuria taloudellisia menetyksiä masennuksen takia. Erään arvon mukaan masennuksesta aiheutuvat vuosittaiset kustannukset olisivat Suomessa noin 0.7 miljardia euroa, josta suurin osa johtuu masennuksen aiheuttamasta työkyvyttömyydestä. Hoitamaton masennus on myös eräs merkittävimmistä terveydenhuoltopalveluiden suurkulutukseen johtavista tekijöistä. Kyse onkin siis kansantaloudellisesti ja kansanterveydellisesti merkittävästä sairaudesta. (Salokangas, 1996, 17.) Masennus ei vaikuta pelkästään masennukseen sairastuneeseen itseensä, vaan myös hänen lähiympäristöönsä, erityisesti perheeseen. Masennuksen vaikutuspiirissä onkin täten paljon suurempi joukko ihmisiä kuin itse masennusta sairastavat. (Helasti, 1999, 25.) Terveyspoliittisesti onkin tärkeää ennaltaehkäistä depressiota, tunnistaa eritasoisia depressio-oireita ajoissa ja hoitaa masennusta ennen kuin se kehittyy vaikeasti invalidisoivaksi, vakavaksi depressioksi (Nyman & Stengård, 2001, 14).

2.2 Mielenterveyspotilaiden omaiset ja masennus

Tämän tutkimuksen toisena kohderyhmänä on mielenterveyspotilaiden omaiset, joilla on lähipiirissään yksi tai useampi psyykkisesti sairastunut henkilö. Tutkimus liittyy Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n Omaisen hyvinvointi -projektiin, joka toteutetaan vuosina 2002 – 2004. Projektin taustalla on keskusliitossa vuosina 2000 – 2002 toteutettu Omaisen masennus -projekti, jonka tavoitteena oli sekä lisätä tietoa mielenterveysomaisten masennuksesta ja sen ehkäisystä että auttaa ja tukea omaisia tämän suhteen. Omaisen masennus -projektiin liittyen julkaistiin lokakuussa 2001 Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi -tutkimusraportti (Nyman & Stengård, 2001), jossa on ajankohtaista tutkimuksellista ja kokemuksellista tietoa mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvoinnista, masennuksesta ja selviytymisestä läheisen psyykkisen sairastumisen aiheuttamassa kuormitustilanteessa sekä niihin liittyvistä taustatekijöistä. Projektiin liittyen julkaistiin myös kirja ”Keulaportti murtuu”, joka on erään vakavan masennuksen sairastaneen omaisen kertomus masennuksesta ja siitä selviytymisestä. (Havén, 2003, 5-14.)

Omaisella tarkoitetaan yleensä oman perheen jäsentä tai lähisukulaista. Omaiskäsite kattaa oman perheen jäsenet: vanhemmat, lapset ja isovanhemmat, lasten puoliset, lastenlapset ja muut ihmiset jotka asuvat pysyvästi heidän kanssaan. Samoin käsitteen piiriin kuuluvat sukulaiset, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista sekä heidän puolisonsa. Myös hyvin läheiset ystävät voidaan katsoa kuuluvaksi laajan omaiskäsitteen piiriin. Perheen ja suvun muodostamat verkostot ovat yhä kattavia Suomessa. Vain noin 2 % suomalaisista jää tilastokeskuksen mukaan perhe- ja lähiomaisverkkojen ulkopuolelle. (Gothóni, 1991, 14.) Toisaalta tämä luku ei kerro siitä, miten tiiviit sukulaisten suhteet ovat.

Psyykinen sairastuminen vaikuttaa omaisiin monilla tasoilla. Läheisen sairastuminen herättää monenlaisia tunteita omaisessa, ja voi aiheuttaa stressioireita. Mielenterveysongelmista kärsivien omaiset jäävät usein yksin ongelmiansa kanssa, vaikka he usein tarvitsivat tukea jopa enemmän kuin somaattisesti sairaiden omaiset. Syyllisyyden tunne ja sosiaalisen leimautumisen pelko, josta on usein seurauksena sosiaalinen eristäytyminen, lisäävät tuen tarvetta. Lisäksi se, että mielenterveysongelmista kärsivä ei usein pysty itse huolehtimaan asioistaan lisää omaisen kuormittumista. Sairastuminen vaikuttaa paitsi potilaan ja omaisen väliseen suhteeseen myös perheeseen kokonaisuutena, muun muassa työnjakoon perheenjäsenten kesken. (Helasti, 1999, 25; Salokangas, Stengård & Perälä, 1991, 4.) Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. onkin tuonut julkisuuteen toiminnassaan sen tosiasian, että mielenterveyspotilaiden omaiset ovat inhimillisesti ja kansantaloudellisesti merkittävä ryhmä, jonka hyvinvointiin tulee kiinnittää huomiota. (Havén, 2003, 7.)

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on painotettu avohoitoa, mikä on aiheuttanut ongelmia. Moni entinen pitkäaikaispotilas palaa nykyään sairaalasta omaisten pariin entistä nopeammin. Vaikka tämä toisaalta on myönteistäkin, on tästä kehityskulusta aiheutunut myös ongelmia. Omaiset viettävät enemmän aikaa mielenterveyskuntoutujan kanssa, ja tällöin myös omaisten vastuu läheisensä hyvinvoinnista on kasvanut. Yksin asuminen asettaa usein paljon vaatimuksia potilaalle, ja samalla edellyttää tukea omaisten taholta. Kun avohoidon resurssit ovat riittämättömät, potilaiden omaisista on muodostunut tärkeä lisäresurssi hoitojärjestelmän kannalta. Usein omaisilta kuitenkin puuttuu tarvittavia taitoja, tietoja ja tukea. Tämä taas aiheuttaa kuormitusta omaisille. (Omaiset mielenterveystyön tukena Keskusliitto Ry, 1997, 152; Stengård, 1998, 5.) Omaisten osallistuminen huolenpitotehtäviin säästää yhteiskunnalta varoja, mutta siitä aiheutuu monenlaisia

kustannuksia omaisille. Taloudellisen kuormituksen ja ajan menetyksen lisäksi huolehtiminen vie myös muutoin omaisen voimavaroja ja voi johtaa liialliseen rasittumiseen ja uupumiseen. (Nyman & Stengård, 2001, 5) Omaisen saattaa helposti unohtaa oman hyvinvointinsa vaalimisen tukiessaan kuntoutujaa. Oma elämä saatetaan tavallaan ”laittaa hyllylle” odottamaan parempaa tai sopivampaa aikaa. (Aminoff, 2002.)

Mielenterveyden keskusliitto ja Omaiset mielenterveyden tukena keskusliitto järjestivät 1990-luvun puolivälissä kirjoituskilpailun aiheesta ”Miten elämä muuttui, kun läheiseni sairastui?”. Kirjoituksista koottiin kirja ”Katson rohkeasti takaisin. Psykkisesti sairaiden omaiset kirjoittavat” (Peltoniemi, 1996). Kirjoittajien vastauksia sävytti pelko, syyllisyyden tunto, huoli, tuska ja häpeä riippumatta siitä miten pitkä aika omista kokemuksista oli kulunut. Suomessa psyykkisesti sairas leimataan yhä vahvasti, ja mielen sairaudesta joutuvat kärsimään myös omaiset. Lefley toteaa Stengårdin (1998, 8) mukaan, että omaiset voivat kokea syyllisyyttä siitä, että he olisivat jotenkin saattaneet vaikuttaa läheisen sairastumiseen tai että he eivät havainneet oireita ajoissa. Syyllisyyttä voi esiintyä myös omista suuttumuksen ja vihan tunteista, kun omaiset eivät jaksa ymmärtää potilaan sietämätöntä käytöstä. Omaisen voi tuntea syyllisyyttä myös siitä, että hän rajaa huolenpitotehtäväänsä.

Mielenterveyspotilaan omaiset kärsivät psyykkisistä rasitusoireista valtaväestöä huomattavasti enemmän. Omaiset mielenterveyden tukena keskusliitto ry:n mukaan (1997, 152) perheenjäsenen sairastuessa jopa 75 % omaisista kärsii psyykkisistä oireista uupumuksen vuoksi niin paljon, että tilaa voisi määritellä termillä loppuun palaminen. Salokankaan, Stengårdin ja Perälän (1991, 30-31) tutkimuksessa tuli esiin, että noin 60 % omaisvastaajista koki psyykkistä kuormittuneisuutta.

Mielenterveyspotilaiden omaisten masennusta on tutkittu vielä vähän. On todettu, että omaisen riski sairastua masennukseen on kaksin- tai jopa kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna (Aminoff, 2002). Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointia koskeva tutkimus (Nyman & Stengård, 2001) tuo uutta tietoa aiheesta. Siinä havaittiin, että 38 % omaisista oli masentuneita. Tämä luku yllätti tutkimukseen liittyneet asiantuntijat suuruudellaan. Tutkimuksessa masennusoireita kartoitettiin kotimaisella DEPS-seulalla (Salokangas, Stengård & Poutanen, 1994), joten kyseessä ei ollut ainoastaan tiukasti diagnosoitu, vakava masennus. Lindeman ym. (2002) ovat sen sijaan tutkineet juuri vakavaa masennusta (major depressive episode) puolisoilla. Toisen puolison sairasta-

essa vakavaa masennusta voidaan ajatella, että toinen puoliso on hänen omaisensa. Tutkimuksessa ilmeni, että mikäli toisella puolisollla on vakava masennus, myös toisen riski sairastua masennukseen on suurempi. Tulokset korostavat perheympäristön ja -ilmapiirin (family environment) yhteyttä masennukseen.

Omaisten masennusta ja hyvinvointia tutkittaessa muun muassa seuraavien tekijöiden havaittiin lisäävän masennusriskiä: tyytymättömyys taloudelliseen toimeentuloon; sairastuneen kanssa asuminen, yksinhuoltajuus tai yksin asuminen; huolenpitovastuu useammasta sairastuneesta; läheisen toimintakyvyn puutteet ja vaikea sairaus; tyytymättömyys ammattilaisiin; vaikea huolenpitotilanne sekä huolenpitoon liittyvät kielteiset merkitykset. Puolisoiden ja vanhempien masennusriski oli suurempi kuin muilla omaisilla. Masennusriski oli muita alhaisempi pitkään sairastaneiden omaisilla sekä niillä, joilla oli useampia voimavaratekijöitä ja niillä, jotka olivat kokeneet vahvistumisen kokemuksia. (Nyman & Stengård, 2001.) Nyt kun omaisten masennuksesta on jo olemassa tarkempaa tietoa, voidaan pohtia paremmin erilaisten masennuksen hoidossa käytettävien menetelmien soveltuvuutta juuri mielenterveyspotilaiden omaisiin. CWD-kurssien järjestäminen masentuneille omaisille aloitettiin omaisjärjestössä keväällä 2003, ja nyt on vuorossa selvittää kurssin soveltuvuutta omaisten masennuksen hoidossa.

2.3 Hyvinvointi

Aiemmin, erityisesti toisen maailman sodan jälkeen, psykologia keskittyi enemmän yksilöllisen kärsimyksen arvioimiseen ja parantamiseen, ja tutki lähinnä ihmisen heikkouksia, vajavuuksia ja puutteita. Myöhemmin tutkijat ovat kiinnostuneet myös ihmiselämän positiivisista puolista ja siitä mikä on hyvää elämää ja miten sitä voidaan edistää. (Seligman, 2000) Tässä tutkimuksessa selvitetään paitsi CWD-kurssin vaikutusta kurssilaisten masennukseen, myös sen vaikutusta kurssilaisten hyvinvointiin. Tähän tarkoitukseen käytetyt mittarit ja kysymykset on esitetty tämän tutkimuksen luvuissa 5.4 ja 5.5 sekä liitteissä 1 – 4.

Käsitykset hyvästä elämästä ja hyvinvoinnista ovat vaihdelleet eri aikoina. Tähän ovat vaikuttaneet muun muassa kulloinkin vallitsevat arvot ja merkitykset. Tutkijat ovat määritelleet hyvinvointia ja siihen läheisesti liittyviä käsitteitä (hyvä elämä, onnellisuus, tyytyväisyys elämään, elämän laatu) eri tavoin. (Ojanen, Svennevig, Nyman & Halme,

2001, 39-42.) Ojanen ym. (2001, 42) korostavat, että hyvinvointia ei voida määritellä vain sairauden puuttumisen kautta ja että hyvinvointi sisältää sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen ulottuvuuden. He päätyvät määrittelemään käsitteet seuraavasti: hyvä elämä muodostuu objektiivisesti havaittavasta, elämän ulkoisia tekijöitä sisältävästä elämän laadusta sekä yksilön subjektiivisesta hyvinvoinnin kokemuksesta. Tarkemmin hän on määritellyt hyvää elämää seuraavien seitsemän perustekijän kautta. Näitä ovat 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.

Subjektiivisesta hyvinvoinnista on tullut länsimaiselle ihmiselle yhä arvokkaampi tavoite, ja se määrittää hyvää elämää yhä enemmän (Diener, 2000; Ojanen ym., 2001, 50). Diener (2000) määrittelee subjektiivisen hyvinvoinnin yksilön laajaksi kognitiivisen ja tunnetason arvioksi omasta elämäkokonaisuudestaan. Useat hyvinvoinnin tutkijat ovat määritelleet subjektiivisen hyvinvoinnin koostuvan toisaalta tyytyväisyydestä elämään ja toisaalta positiivisen ja negatiivisen tunnetilan (affectivity) tasapainosta (Diener, 2000; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002) Tyytyväisyys elämään on Ryffin (2002) mukaan yksilön pitkän aikavälin arvio omasta elämästään. Watson (2002, 107) taas esittää, että positiivinen ja negatiivinen tunnetila ovat toisistaan erillisiä ja riippumattomia. Niiden tehtävät ovat olleet erilaiset evoluutiossa: kielteinen tunnetila on liittynyt vetäytymiskäyttäytymiseen ja positiivinen tunnetila lähestymiskäyttäytymiseen. Tämän vuoksi niitä tulee analysoida erikseen. Yhdessä ne muodostavat tunteiden kokemisen perusulottuvuudet ja siksi niitä kumpaakin tulee käyttää hyvinvoinnin tutkimuksessa.

Eri tunneteoriat tunnustavat ainakin kolme yhteistä negatiivista tunnetilaa: pelko / ahdistus, suru / masennus ja viha / vihamielisyys. Sen sijaan positiivisen tunnetilan yhteydessä ei perusulottuvuuksista ole yksimielisyyttä. (Watson, 2002, 107.) Watson (2002, 108-111) määrittelee omassa mallissaan tällaisiksi iloisuuden (joviality), itsevarmuuden (self-assurance) ja valppauden (attentiveness). Hänen mukaansa positiivinen tunnetila on melko pysyvä eri tilanteissa ja eri aikoina. Hyvinvoinnin kannalta tärkeämpää on positiivisten tunteiden esiintyminen useasti kuin niiden voimakkuus (Diener, 2000). Erilaiset positiivista tunnetilaa kuvaavat käsitteet ovat läheisesti yhteydessä toisiinsa. Muun muassa onnellisuuden ja subjektiivisen hyvinvoinnin käsitteet korreloivat voimakkaasti positiivisen tunnetilan kanssa. Ne ovat myös yhteydessä negatiivisten tunne-

tilojen vähyteen. Positiivisella tunnetilalla on myös yhteys tyytyväisyyteen. Vaikka positiivinen ja negatiivinen tunnetila ovat erillisiä dimensioita, on positiivisten tunnetilojen vähydellä huomattava yhteys masennukseen. Tämä saattaa olla olennainen masennuksen haavoittavuustekijä, ja näillä kahdella on luultavasti yhteinen taustamekanismi. (Watson, 2002, 109-114.)

Erot yksilöiden välisissä tunnetiloissa selittyvät neurobiologisista eroista. Vaikka tunnetilat ovat näin ollen periytyviä, määrää perimä vain tunteiden kokemisen rajat, joiden sisällä ihminen voi kehittyä (Watson, 2002, 116). Watson (2002, 116) esittää kolme periaatetta positiivisen tunnetilan lisäämisessä. Ensimmäinen positiivinen tunnetila on enemmän yhteydessä toimintaan kuin ajatuksiin. Erityisesti sosiaalinen ja fyysinen aktiivisuus ovat omiaan nostamaan positiivista tunnetilaa. Toiseksi tavoitteiden eteen työskenteleminen, ei niinkään tavoitteiden saavuttaminen, on olennaista positiivisten tunnetilojen ja onnellisuuden saavuttamiselle. Kolmanneksi muutos positiivisten tunnetilojen lisäämiseksi tapahtuu varmimmin, kun ihminen tarkkailee tunnetilojaan ja näin oppii ymmärtämään mielialojensa vaihtelua. Nämä kolme periaatetta voi löytää myös CWD-kurssin sisällöstä.

Ryff (1989) on kritisoinut hyvinvoinnin jakamista positiiviseen ja negatiiviseen tunnetilaan sekä elämän tyytyväisyyteen. Hänen mukaansa tutkimuksissa, joihin nämä käsitteet perustuvat, ei ole ollut tarkoituksena määrittellä psykologisen hyvinvointikäsitteen peruselementtejä. Tämän vuoksi ne jättävät huomiotta tärkeitä hyvinvoinnin osa-alueita. Ryff & Keyes (1995) ovatkin esittäneet teoreettisen mallin, joka laajentaa hyvinvoinnin käsitettä. Malli sisältää kuusi erillistä osa-aluetta. Nämä ovat autonomia, ympäristön hallinta, persoonallinen kasvu, myönteiset ihmissuhteet, elämän tarkoitus ja itsensä hyväksyminen.

Mikä sitten vaikuttaa hyvinvoinnin kokemiseen? Keyesin ym. (2002) tutkiessa edellä mainittua laajaa hyvinvointikäsitettä ikä ja koulutus olivat yhteydessä hyvinvointiin. Yleisesti tunnustetuista persoonallisuuden piirteistä (Big five) ekstraversio ja tunnollisuus (conscientiousness) olivat positiivisessa yhteydessä ja neuroottisuus negatiivisessa yhteydessä hyvinvointiin. Myers (2000) esittää aikaisempia tutkimuksia kooten, että iän, sukupuolen ja tulotason yhteys hyvinvoinnin kokemiseen ei ole kovin vahva. Persoonallisuus, elämäkokemusten laatu, usko sekä läheiset ja tukea antavat ihmissuhteet ovat läheisemmin yhteydessä hyvinvointiin.

Snyder, Rand ja Sigmon (2002, 257-267) ovat tutkineet toiveikkuuden yhteyttä hyvinvointiin. Toiveikkuus tarkoittaa heidän mukaansa motivoitunutta ja tavoitteellista ajattelua ja käyttäytymistä sekä kykyä löytää joustavasti keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Toivo toimiikin puskurina erilaisia stressitekijöitä vastaan, sillä toiveikkaat ihmiset käyttävät rakentavampia selviytymiskeinoja. Toivo liittyy positiivisiin tunnetiloihin ja käänteisesti negatiivisiin tunnetiloihin. Toiveikkailla ihmisillä esiintyy myös vähemmän masennusta.

Subjektiiiviseen hyvinvointiin vaikuttavat sekä perintötekijät että ympäristötekijät. Yksilön ja yhteisön hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa. Ojaseen ym. (2001, 50) mukaan yhteisön hyvinvoinnille tärkeitä ovat rakkaus, vastuu ja tehokkuus. Diener (2000) puolestaan esittää, että ihmiset sopeutuvat suuressa määrin erilaisiin tilanteisiin, ja näin heidän hyvinvointinsa palautuu adaptaation kautta suunnilleen alkuperäiselle tasolle, mihin taas persoonallisuus suuresti vaikuttaa. Toisaalta elämä ei ole vain sopeutumista, vaan ihminen haluaa tuntea, että hän voi itse vaikuttaa asioihin. Tämä elämän hallinnan kokemus liittyy myös hyvinvoinnin kokemukseen. (Ojanen ym., 2001, 73.)

Ojanen ym. (2001, 85) esittävät, että kansainvälisesti verrattuna suomalaiset ovat hyvinvoivia ja tyytyväisiä elämäänsä. Ojaseen laatimien kuvailevien graafisten 0 – 100 -asteikoiden summamuuttujien jakaumat ovat tutkimuksissa painottuneet asteikon positiiviseen päähän. Toisaalta vaikka elämän ulkoiset puitteet ovat parantuneet, on yksilökeskeisyys ja kasvanut vastuu omasta elämästä lisännyt tyytymättömyyttä ja tuonut mukanaan muun muassa masennusta, uupumusta ja ahdistusta. Ojanen ym. toteavat, että tyytyväisyys elämään ja mielenterveyden ongelmat eivät ole täysin vastakkaisia asioita. Ihminen voi olla kohtalaisen tyytyväinen elämäänsä, vaikka ongelmia olisikin. Mitä enemmän ongelmat kasautuvat, sitä enemmän ne kuitenkin huonontavat tyytyväisyyttä elämään. Psykkiset ongelmat alentavat hyvinvointia laajemmin kuin fyysiset sairaudet. Silti hyvinvoinnin ulottuvuuksien keskiarvot pysyvät näissäkin 0 – 100 -asteikolla 50:n yläpuolella. (Ojanen ym., 2001, 59-94.)

3 COPING WITH DEPRESSION (CWD) -KURSSI MASENNUKSEN HOITOMUOTONA

3.1 Kognitiivisen ja kognitiivis-behavioraalisen terapian perustaa

Masennukseen on olemassa tehokkaita hoitokeinoja, ja useita masennuksesta kärsiviä voidaan auttaa nopeastikin. Vähintään 80 % vaikeistakin masennuksista paranee. Masennuksen hoitokeinot voidaan karkeasti jakaa psykoterapiaan, lääkehoitoon ja biologisiin hoitokeinoihin. Psykoterapeuttisia hoitomuotoja masennukseen on monenlaisia. Yhteistä eri menetelmille on pyrkimys auttaa masennuksesta kärsivää hahmottamaan paremmin tilannettaan, lievittää hänen oireitaan ja tukea sopeutumista muuttuneisiin elämäntilanteisiin ja ihmissuhteisiin. (Lehtinen 1994, 20.) Psykoterapeuttisia interventiota ovat muun muassa kognitiiviset ja behavioraaliset terapiamenetelmät. Ne on koettu tuloksellisiksi masennuksen hoidossa. Kognitiivinen terapia on osoittautunut olevan sunnilleen yhtä tehokas menetelmä kuin behavioraaliset terapiat, ja joissakin tutkimuksissa parempi kuin muut terapiat. (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; Wampold, Minami, Baskin & Tierney, 2002.) Tässä tutkimuksessa selvitetään CWD-kurssin vaikuttavuutta masennuksen hoitomuotona. Kurssin viitekehys on kognitiivis-behavioraalinen terapia eli kognitiivinen käyttäytymisterapia.

Kognitiiviset ja kognitiivis-behavioraaliset menetelmät voidaan määritellä lähestymistavoiksi, joiden avulla pyritään muovaamaan olemassa olevia tai odotettuja häiriöitä muuttamalla kognitioita tai kognitiivisia prosesseja (Hollon & Beck, 1986, 443). Beck on tutkinut depressiivisten potilaiden ajattelua ja asennoitumistyyliä, ja hän on luonut 1960- ja 1970-luvuilla teoriansa masennuksen synnystä ja hoidosta terapeuttisin keinoin (Helasti, 1999, 23). Beckin kognitiivinen terapia masennukseen on nimestään huolimatta kognitiivis-behavioraalinen interventio. Siinä ihmisiä opetetaan havainnoimaan käyttäytymisensä seurauksia, jotta he voisivat sitten itse arvioida uskomustensa paikansäilyvyyttä. (Hollon & Beck, 1986, 448.)

Beckin mukaan masennus on seurausta kognitiivisista vääristymistä eli yksilön häiriötä tuottavista tavoista hahmottaa itsensä, tulevaisuutensa ja ulkomaailma negatiivisesti (ns. depression negatiivinen kognitiivinen triadi). Depressio on häiriö, jossa siis keskeistä on ajatteluun liittyvä negatiivisuus, mikä näkyy ajatusten vääristyminä. Masentunut ihminen tuntee itsensä kyvyttömäksi, riittämättömäksi ja arvottomaksi, ja hän

suuntautuu tulevaisuuteenkin negatiivisesti odottaen hylkäämisiä ja epäonnistumisia. Masentunut myös tulkitsee usein automaattisesti kaikkien uusien kokemusten vahvistavan kielteisiä odotuksia. Tällaiset virhetulkinnat ylläpitävät ja voimistavat depressiivistä tilaa. (Beck, 1967, 17, 255; Helasti, 1999, 23; Kuusinen, 2001, 14-15.)

Yksilön informaation prosessointia ohjaa skeema, kognitiivinen rakenne, joka asettaa alttiiksi depressiiviseen merkityksenantoon erilaisissa tilanteissa. Masennuksen psykopatologian ytimenä ovat kognitiivisen teorian mukaan elämäkokemusten myötä syntyneet negatiivisella tavalla vääristyneet ja jäykät skeemat. Masentunut käsittelee ympäröivästä maailmasta saamaansa informaatiota systemaattisen virheellisesti, ja nämä virheet heijastavat kognitiivista skeemaa (Helasti, 1999, 23). Beckin peruslähtökohtana psykoterapiassa oli kognitioiden muuttaminen. Yksilön kokemat tunteet, käyttäytymiseen liittyvät ongelmat tai oireet muuttuvat, kun taustalla olevia kognitioita muutetaan. (Kuusinen, 2001, 15-16.)

Masennuksen kognitiivinen terapia perustuu kognitiiviseen teoriaan ja kognitiivisen mallin mukaiseen käsitteellistämiseen sekä toteutukseen. Kognitiivisen terapian myötä ihminen oppii taitoja, joiden avulla hän pystyy tunnistamaan mieleen tulevia välittömiä negatiivisia ajatuksiaan, uskomuksiaan ja olettamuksiaan ja kyseenalaistamaan niitä tosiasioiden valossa sekä muuttamaan niitä tilanteeseen paremmin sopiviksi. Tutkimusten mukaan tämän on todettu vähentävän masennusoireiden uusiutumista. Ihminen, joka kärsii kroonisesta masennuksesta, on hoidon alkaessa saatava huomaamaan, että omalla käytöksellä on seurauksia. (Jääskeläinen, Parviainen, Pölkki, Tackén & Yliselä, 1996, 26; Karila, 2001, 57; Kuusinen, 2000, 89.) Yksilön haitalliset ajattelumallit ovat siis muutoksen kohteina, ja sama pätee myös CWD-kurssin periaatteisiin. CWD-kurssin yksi osa-alue on kognitiivisiin taitoihin vaikuttaminen. Teemoina ovat muun muassa miten ajatukset ja oma toiminta vaikuttavat omaan mielialaan sekä miten voi oppia muuttamaan omia ajatuksiaan. (Koffert & Kuusi, 2002.)

Kognitiivisiin ryhmäterapioihin kuuluvat välitehtävät ja harjoitukset, joiden tarkoituksena on pitää yllä motivaatiota, edistää terapiaprosessia ja vahvistaa asetettujen tavoitteiden mukaista muutosta. Lyhytkestoisissa ryhmissä keskitytään lähinnä jäsenten sen hetkisiin ongelmiin ja ryhmäläisten ajankohtaiseen vuorovaikutukseen. Palautteella ja elämäntaitojen opettamisella on keskeinen merkitys. (Lestinen, Mönkkönen,

Pursiainen & Ruotsalainen, 2001, 324-325.) Myös CWD-kurssilla käytetään paljon erilaisia tehtäviä, harjoituksia ja kotitehtäviä. (Koffert & Kuusi, 2002).

Jumppainen (1993, 78-79) määrittelee behavioraalisen ryhmäterapien periaatteita. Nämä periaatteet pätevät paljolti myös CWD-kurssiin. Ryhmää käytetään sekä hoidon välineenä että kontekstina. Ryhmät ovat pieniä, kooltaan alle 10 henkeä, ja niillä on yhteisiä käyttäytymiseen liittyviä lainalaisuuksia. Tiedonkeruu on välttämätöntä hoidon jokaisessa vaiheessa tuloksellisuuden arvioimiseksi ja hoidon kohdentamiseksi. Jokainen ryhmäistunto arvioidaan. Interventiot kohdistuvat ryhmän jäsenten kognitioihin, tunteisiin ja käyttäytymiseen. Painopiste on niissä konkreettisissa tilanteissa, joissa ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen heräävät. Ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen yksityiskohdainen ja konkreettinen kuvaus on olennaista. Asiakkaat oppivat yksilöllisen ongelmansa kannalta tärkeitä taitoja erilaisten menetelmien (esim. ongelmanratkaisu, palautteharjoitukset, rooliharjoitukset, itsearviointi, mallioppiminen) avulla.

3.2 CWD-kurssi – masennuksen ryhmämuotoinen ennaltaehkäisy ja hoito

Kognitiivis-behavioraaliset interventiot ovat viime vuosikymmeninä osoittautuneet tehokkaiksi masennuksen hoidossa. Tutkimusten avulla on koetettu etsiä vaikuttavia ja kustannustehokkaita menetelmiä näiden hoitomuotojen tarjoamiseksi. Näistä yksi on Coping with Depression (CWD) -kurssi, jonka vaikuttavuutta tutkimme. CWD-kurssi on ryhmäinterventiona hyvin kustannustehokas yksilöhoitoon verrattuna. (Lewinsohn ym., 1989.) Yhden ohjaajan ryhmään voi osallistua keskimäärin kahdeksan kurssilaista. Myös ajallisesti se on melko lyhyt: sovelluksesta riippuen ryhmätapaamisia on yleensä viikon välein keskimäärin kahdeksasta kahteentoista. CWD-kurssin alkuperäinen versio on vuodelta 1984 ja sen kehittäjiä ovat amerikkalainen Lewinsohn ja hänen kollegansa Antonuccio, Steinmetz ja Teri. (Lewinsohn ym., 1989.) Tähän tutkimukseen osallistuneilla kursseilla, kuten myös yleisesti Suomessa pidettävillä CWD-kursseilla, on käytössä Kalifornian yliopistossa Lewinsohnin, Munozin ja Youngrenin vuonna 1986 julkaiseman ”Control Your Depression” -kurssin pohjalta muokattu versio. (Koffert & Kuusi, 2002) Kurssia on sittemmin kehitetty ja se on ajan myötä saanut nimen ”Coping with Depression”. Pim Cuijpers Trimbos Instituutista Hollannista on ollut CWD-kurssin keskeinen kehittäjä ja antanut myös Suomen kursseille asiantuntija-apua (Koffert & Kuusi, 2002).

CWD-kurssi on kehitetty yksisuuntaisen masennuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon sekä uudelleen sairastumisen ehkäisyyn. Kurssin hoidollisena tarkoituksena on lyhentää masennuksen kestoa ja vähentää sen syvyyttä. Näin ollen se soveltuu sekä masentuneille että kuormittavassa elämäntilanteessa oleville. CWD-kurssi on sekä rakenteeltaan että sisällöltään tarkoin strukturoitu ryhmämuotoinen interventio. Menetelmää kutsutaan kurssiksi, koska siinä masentuneille opetetaan tekniikoita, joiden avulla he voivat selviytyä niistä ongelmista, joiden ajatellaan liittyvän masennukseen (Lewinsohn ym., 1989).

Kurssin keskeinen lähtökohta on, että kyseessä ei ole terapia, vaan lähestymistapa on psykoedukatiivinen. (Cuijpers, 1998c.) Hatfield (1988) toteaa, että vaikka psychoeducation-käsitettä käytetään paljon ja eri yhteyksissä, on sitä yritetty jäsentää teoreettisesti vain vähän eikä käsitteellä ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, joka kuvaisi sen sisällön ja sen teoreettista perustaa. Coping- ja adaptaatio -käsitteisiin liittyvää teoriaa on käytetty teoreettisena kehyksenä psykoedukatiivisissa interventioissa. Yhteistä näille koulutuksellisille interventioille on muun muassa se, että interventiot ovat konkreettisia ja käytännöllisiä, ja niissä osallistujia autetaan kehittämään coping-keinoja. Koulutus ei yleensä leimaa ihmistä yhtä paljon kuin terapia, ja siksi siihen osallistuminen on usein helpompaa. Suomeksi psychoeducation on käännetty ”koulutuksellinen perhetyö”, joka ei tosin ole aivan yleisesti vakiintunut termi (Stengård, 1995). Sen rinnalla käytetään myös käsitettä psykoedukaatio. Tässä tutkimuksessa käytetään psykoedukaatio-käsitettä kuvaamaan CWD-kurssin koulutuksellista ja tukea tarjoavaa luonnetta. Kurssi ei siis ole terapiaa, vaan se keskittyy masentuneiden asiakkaiden coping-keinojen lisäämiseen ja toisaalta vertaistuen tarjoamiseen.

Teoreettisesti CWD-kurssi perustuu paitsi kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan myös sosiaalisen oppimisen teoriaan (ks. Bandura, 1977). Masennukseen liittyvät ongelmat nähdään opittuina käyttäytymistason ongelmina, joihin liittyy opittuja kognitiivisen tason tyylejä. (Cuijpers, 1998c.) Katsotaan, että ongelmana on usein riittämätön vahvistus (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Kurssin alussa esitetään malli siitä, kuinka ajatukset, toiminta ja tunteet vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa. Kun yksilö oppii omakohtaisesti, miten ajatukset ja toiminnot vaikuttavat tunteisiin, voi hän oppia hallitsemaan paremmin mielialojaan. Tämä edellyttää jatkuvaa itsehavainnointia, jonka pohjalta yksilö pyrkii muuttamaan sekä ajatusmallejaan että toimintaansa. (Koffert & Kuusi, 2002.)

CWD-kurssiin sisältyy osia aiemmista kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmistä. Kurssin sisältö koostuu neljästä osa-alueesta, joihin pyritään vaikuttamaan. Alueet ovat niitä, jotka ovat usein ongelmallisia masentuneille yksilöille. Ne ovat rentoutuminen, kognitiiviset taidot, sosiaaliset taidot ja miellyttävien asioiden tekeminen. (Lewinsohn ym., 1989.) On todettu, että jokainen näistä neljästä osa-alueesta on yksinään vaikuttava tekijä depression hoidossa (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Rentoutumista harjoitellaan, koska monilla masentuneilla on myös ahdistusoireita. Masennukseen liittyy voimakkaasti kielteisiä ja irrationaalisia ajatuksia, ja näihin pyritään vaikuttamaan opettelemalla tiettyjä kognitiivisia eli ajatuksiin ja tiedonkäsittelyyn liittyviä taitoja. Sosiaalisia taitoja ja sosiaalisen kanssakäymisen määrää sekä miellyttävien asioiden tekemistä pyritään lisäämään, sillä masennukseen liittyy miellyttävän yksilö-ympäristö -vuorovaikutuksen väheneminen ja toisaalta epämiellyttävän vuorovaikutuksen lisääntyminen. Edellisten lisäksi kurssilla opitaan myös itsehavainnointia, ongelmanratkaisua, tavoitteen asettamista sekä oman elämän suunnittelua. (Lewinsohn ym., 1989.)

Kurssin tavoitteena on lisätä osallistujan tietoisuutta omista mielialoistaan, tutustua omaan mielialaan vaikuttaviin tekijöihin ja opettaa hänelle taitoja, joilla mielialaan voi vaikuttaa. Kurssi perustuu työkalupakki-idealle. Tämä tarkoittaa, että masentuneet opettelevat kurssilla selviytymiskeinoja (coping-keinoja) eli sellaisia käyttäytymistaitoja ja uusia tapoja ajatella itsestä, joiden avulla voi paremmin käsitellä elämän stressitekijöitä. Näistä osallistuja voi sitten itse valita, mitä keinoja hän vastedes käyttää sen mukaan, mitkä taidoista tuntuvat hänelle itselleen sopivimmilta. Tavoitteena on antaa osallistujalle uusia keinoja selviytyä haasteellisista ja stressaavista tilanteista niin, ettei mieliala laske. Näin masennukselle tyypillistä avuttomuuden ja neuvottomuuden kokemusta voidaan helpottaa. Osallistujaa opetetaan kurssilla hoitamaan itseään niin, että hän voi käyttää uusia taitojaan kurssin jälkeen itsenäisesti elämänlaadun kohentamiseen ja ongelmatilanteista selviämiseen. Itsenäinen työskentely ja ryhmässä oppiminen ovat menetelmiä, joiden avulla kurssilla voi uudella tavalla tutustua omaan mielialaan vaikuttaviin tekijöihin. (Koffert & Kuusi, 2002; Dunder, 2000.)

CWD-kurssi on kehittynyt ja muuttunut ajan myötä tarpeiden mukaan. Tähän tutkimukseen osallistuneilla kursseilla käytössä ollut versio eroaa jonkin verran niistä versioista, joihin useat tässä viitatus tutkimukset perustuvat. Esimerkiksi kurssi on ollut useissa tutkimuksissa 12 kerran mittainen ja sen lisäksi siihen on liittynyt kaksi seurantatapaa-

mista yhden ja kuuden kuukauden kuluttua kurssin loppumisesta (Lewinsohn ym., 1989). Myös kurssin sisältö on voinut olla jonkin verran erilainen. Tästä huolimatta kurssin perusajatus ja suuri osa sisällöstä on sama kuin tähän tutkimukseen osallistuneilla kursseilla (ks. tarkemmin luku 5.3).

3.2.1 Kotitehtävät CWD-kurssin osana

Tutkimukset korostavat itsehoidollisten elementtien tärkeyttä sekä kognitiivisessa terapiassa että muissa terapiamuodoissa. Kognitiivisessa terapiassa kotitehtävät ovat luonnollinen osa terapiaprosessia. (Garland & Scott, 2002.) Myös CWD-kurssin sisältöön kuuluu olennaisena osana kotitehtävien tekeminen. Kotitehtävät löytyvät Depressio-koulu-työkirjasta (Koffert & Kuusi, 2002), joka on muokattu Suomen oloihin sopivaksi Lewinsohnin, Munozin ja Youngrenin ”Control Your Depression” -kurssin pohjalta. Kirjassa on esitetty kunkin ryhmäkerran sisältö, joten kurssilaiset voivat tutustua kurssin antiin myös itsekseen. Työkirja on suunniteltu siten, että sitä voi käyttää myös itsenäisen työskentelyn välineenä osallistumatta kurssille (Koffert & Kuusi, 2002).

Kotitehtävät käsittelevät läheisesti kurssikertojen teemoja, eli toimintojen, ajatusten, ongelmanratkaisutaitojen ja sosiaalisten suhteiden vaikutusta mielialaan. Ne sisältävät uusien ryhmässä opittujen taitojen kokeilua ja harjoittelua sekä oman itsen havainnointia. CWD-kurssilla osallistujalta edellytetään, että hän tekee ryhmätapaamisten välillä päivittäin edelliseen oppituntiin liittyviä kotitehtäviä. Säännöllisen ja tunnollisen itseopiskelun kautta kurssilaisen on mahdollista lisätä tietoisuuttaan omista mielialoistaan ja oppia uusia taitoja, joilla niihin voi vaikuttaa. On tärkeää, että kurssilainen sitoutuu kurssin alussa opiskeluun niin, että hän on motivoitunut myös itsenäiseen työskentelyyn. Yhtenä kurssin edellytyksenä onkin, että kurssilaisella on kotitehtävien tekoon riittävät kognitiiviset kyvyt. (Koffert & Kuusi, 2002.)

Garland ja Scott (2002) luettelevat useita hyötyjä, joita kotitehtävien tekeminen tuo kognitiiviseen terapiaan. Näistä seuraavia voi yleistää myös CWD-kurssin kotitehtävien eduiksi. Kotitehtävien kautta terapiassa opittu yleistyy luonnollisella tavalla asiakkaan arkielämään, sillä hän voi kokeilla uutta tietoa ja uusia taitoja omassa ympäristössään. Samalla tämä edistää taitojen itsenäistä käyttöä, joka on tarpeen hoidon päätyttyä. Taitojen käyttö ongelmatilanteissa edistää kokemuksellista oppimista, ja tällöin oppimista

tapahtuu paitsi kognitiivisella myös tunteiden tasolla. Tämä puolestaan auttaa ongelmallisen käyttäytymisen poisoppimisessa. Kotitehtävien kautta on myös mahdollista oppia tunnistamaan itsessään sellaisia ajatuksia ja tunteita, joiden tiedostaminen edistää hyvinvointia.

Cuijpers esittää, että kotitehtävien tekemisellä ei ole ollut yhteyttä CWD-kurssin vaikuttavuuteen (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Selvitettäessä kognitiivisen terapian vaikuttavuutta Burns ja Spangler (2000) osoittivat, että kotitehtävien tekeminen korreloi merkitsevästi masennuksen vähenemisen kanssa. Tutkimuksessa osoitettiin myös, että yhteys johtui kotitehtävien tekemisen vaikutuksesta masennukseen eikä toisin päin. Ne, jotka tekivät suurimman osan kotitehtävistä, hyötyivät terapiasta selvästi enemmän kuin ne, jotka tekivät vain vähän tai eivät tehneet lainkaan kotitehtäviä. Masennuksen voimakkuus ei näyttänyt vaikuttavan siihen, kuinka paljon kotitehtäviä kurssilainen teki. On tärkeää pohtia, miksi kotitehtävien tekeminen ei CWD-kurssilla ole yhteydessä kurssin vaikuttavuuteen. Kotitehtävät ovat tärkeä osa CWD-kurssin kokonaisuutta, ja ne liittyvät kurssin keskeisiin alueisiin.

3.2.2 Pienryhmät ja vertaistuki

Yksinkertaisen määritelmän mukaan ryhmä on olemassa, kun osallistujat määrittävät itsensä sen jäseneksi ja kun ryhmän olemassaolon tunnistaa vähintään joku toinen ihminen (Hartley, 1997, 21). Ryhmällä on yleensä yhteiset pyrkimykset ja tavoitteet ja sen jäsenet tuntevat kuuluvansa ryhmään, mikä koetaan palkitsevana. Ryhmän toiminnassa on vuorovaikutusta ja yhteiset normit (Ruponen, Nummenmaa & Koivuluhta, 2000, 163). Ihmissuhde- ja kasvuryhmien juuret ovat 1940-luvulla Kurt Lewinin työssä, mutta varsinaisesti ne kehittyivät USA:ssa humanistisen psykologian myötä 1960-luvulla. Ihmissuhderyhmät ja lyhytkurssit voivat auttaa elämänhallinnassa ja edistää psykoterapian lailla persoonallista kasvua. Niissä ei ole kuitenkaan samaa intensiteettiä kuin pitkäkestoisissa psykoterapiaryhmissä ja terapeutin työskentely tähtää usein vuorovaikutustaitojen kehittämiseen, kun taas psykoterapiassa tavoitteena on yksilön psyykinen eheytyminen. (Niemistö, 1999, 25-26.)

Ryhmään osallistuminen on CWD-kursseilla keskeistä. Kurssin pääsyvaatimukseen kuuluu, että osallistuja pystyy toimimaan ryhmässä muiden kanssa ahdistumatta ja ot-

tamaan muut huomioon. Osallistujan tulee myös sitoutua ryhmän sääntöihin. (Dunder, 2000.) Ryhmää koskevat säännöt on esitetty kurssin työkirjassa. Ne käsittelevät yhteisiin sopimuksiin sitoutumista ja ohjaavat asioiden rakentavaan ja tukea antavaan käsittelyyn. (Koffert & Kuusi, 2002.)

CWD-ryhmä luo osallistujalle mahdollisuuden harjoitella vuorovaikutustaitoja ja muita teema-alueisiin liittyviä taitoja. Ryhmässä voidaan mallintaa ja soveltaa taitoja useisiin samankaltaisiin, mutta yksilöllisiin ongelmiin. Tämä edistää sitä, että taidot yleistyvät ja että niitä voi jatkossa käyttää erilaisissa ongelmallisissa tilanteissa. (Lewinsohn ym., 1989.)

Toisaalta ryhmäläiset voivat CWD-kurssilla jakaa kokemuksia ja saada näin tukea ja palautetta muilta ryhmäläisiltä (Dunder, 2000). Tutkimukseen osallistuneiden kurssien ohjaajien kouluttajan mukaan vertaistuki on CWD-kursseilla hyvin tärkeä tekijä (M-L. Dunder, henkilökohtainen tiedonanto 1.10.2003). Tutkimustulokset vahvistavat vertaistuen merkitystä kuntoutuskursseilla, mutta tarvitaan lisää tietoa vertaisryhmän merkityksestä yleensä masentuneiden hoidossa (Savolainen & Sillanpää, 1999).

Oleennaista vertaisryhmille on sen säännöllinen kokoontuminen, jolloin jaetaan kokemuksia. Jo pelkkä yhdessä oleminen saattaa lisätä jaksamista ja vahvistaa identiteettiä. Annettava tuki on vastavuoroista. Usein vertaisryhmän jäsenet tuntevat saavansa toisiltaan jotain sellaista mitä muualta ei voi saada. Esimerkiksi ammattityöntekijä ei ole yleensä elänyt samassa elämäntilanteessa eikä näin ollen pysty kertomaan konkreettisia kokemuksiaan. (Malin, 2000, 11, 17-18.) Ihminen oppii uusia ratkaisumalleja ja toisenlaista käyttäytymistä parhaiten kuullessaan muiden ratkaisuja ja kokemuksia (Arhovaara & Rinne, 1989, 73). Kun muut ovat turvallisena vertaisryhmänä ryhmäläisten on mahdollista harjoitella uusia vuorovaikutustapoja. Monilla ei ole ollut mahdollisuutta tällaiseen, joten tilanne on ainutlaatuinen. (Jumppainen, 1993, 79.)

Vertaistuen varsinainen käyttövoima on omat kokemukset ja niihin perustuva elämäntoiminta. Vertaistuki poistaa rajan autettavan ja auttajan väliltä, sillä kaikki ovat aktiivisia osapuolia. Mahdollisuus jakaa ajatuksia ja kokemuksia vertaisryhmässä antaa voimia ja toivoa sekä auttaa irti sairaan roolista. Vertaisryhmä tukee, hyväksyy enemmän ja pidempään kuin ulkopuoliset. Nämä sallivat masentuneen olla vain rajallisen ajan avuton, heikko ja tarvitseva. Vertaisryhmässä auttavina tekijöinä painottuvat vastuun ottaminen

omasta elämästä, toivon lisääntyminen, ryhmäläisten kokemusten samankaltaisuus ja ryhmän kiinteys. (Savolainen & Sillanpää, 1999, 18; Vuorinen, 1997, 147.) Vertaisryhmiä on käytetty paljon mielenterveyspotilaiden omaisten tukemiseen. Parikan, Peltolan ja Røyksin (2000) mukaan toisten omaisten tuki on omaisille ensiarvoisen tärkeää. Omaisten kertomusten mukaan oman jaksamisen kannalta on tärkeää saada kuulla miten toiset ovat selvinneet vaikeista vaiheista. Kun itse saa tukea, oma taakka kevenee ja sairaan läheisen kannustamiseen riittää voimia.

Depressiivinen ihminen ei usein usko saavuttavansa ohjaajan tai terapeutin asettamia tavoitteita, mutta ryhmässä hän näkee miten samankaltaiset masentuneet ihmiset pääsevät etenemään tavoitteidensa suhteen. Näin masentuneen toiveikkaus kasvaa.

(Jumppainen, 1993, 83.) Suomala (1998, 2) on tutkinut masentuneen ihmisen autetuksi tulemisen kokemusta ilmiönä. Se että ihminen sai kokea itsensä arvokkaaksi oli olennaista autetuksi tulemisessa. Arvokkuuden kokeminen liittyi toisen ihmisen kohtaamiseen. Tällöin masentuneelle välittyi viesti siitä, että hän on arvokas jollekin ja että häntä oli ymmärretty. Tultuaan ymmärretyksi ihminen pystyi puhumaan vaikeistakin asioista jollekulle, sellaisista josta hän ei ollut puhunut koskaan aikaisemmin kenellekään. (Suomala, 1998, 44-49.)

3.2.3 Ryhmän ohjaaminen

Rajanveto psykoterapian ja ohjauksen välillä ei aina ole kovin selvä, kun ohjaus mielletään englannin kielen counselling-käsitteen pohjalta. Moni anglo-amerikkalainen counselling-oppikirja korostaa terapiatyön ja ohjauksen yhtäläisyyksiä. Suomessa ohjauksen rajankäynti psykoterapiaan tai muihin auttamistahoihin on ollut selkeämpää. Ohjauksen selkeä ero terapioihin on siinä, että ohjauksessa ei ole kysymys puutteen, vamman tai sairauden diagnosoinnista tai hoitamisesta. (Spangar, Pasanen & Onnismaa, 2000, 7.)

British Association of Counsellors kuvaa ohjaus- ja neuvontatyötä seuraavasti: ”Ohjaus- ja neuvontatyössä (counselling) toimitaan silloin kun henkilö, jolla on säännöllisesti tai tilapäisesti ohjaajan rooli, antaa tai sopii antavansa aikaa, huomiota tai kunnioitusta määräaikaisesti asiakkaan roolissa oleville henkilöille. Ohjauksen tehtävänä on antaa asiakkaalle tilaisuus tutkia, keksiä ja selkeyttää tapoja elää voimavaraistemmin ja hyvin-

voivemmin.” Ohjauksen lähtökohdaksi muodostuukin vuorovaikutustoimintojen ja -asetelmien aikaansaaminen niin, että ohjattava tulee kuulluksi, hyväksytyksi ja ymmärretyksi, sekä pääsee eteenpäin. Ohjausdialogilla ja -toiminnalla luodaan mahdollisuuksia nähdä ja tehdä asioita hieman toisella tavalla. (Spangar ym., 2000, 7.)

Yleisesti ohjaajan tehtävänä ryhmissä on helpottaa ryhmän kanssakäymistä ja selvittää kommunikaation esteitä, jotta työskentely ryhmässä etenee ja yhteistyö sujuu. Ryhmäohjauksessa ohjaaja ei anna yksilöohjausta vaan keskittyy ryhmään ja prosessiin sekä ryhmäläisiin yksilöinä. Ohjaaja auttaa ryhmäläisiä ymmärtämään toisiaan ja helpottaa myönteisen suhteen muodostumista sekä osallistujien kesken että itseensä. Samalla ohjaaja antaa ryhmäläisille mallia toimivasta viestinnästä. (Ruponen ym., 2000, 167.) Ohjaajan tehtävänä on antaa myös turvalliset puitteet ryhmän kasvulle. Hän määrittelee kokoontumisajan ja paikan sekä luo riittävän miellyttävät ja rauhalliset olosuhteet keskustelulle. Ohjaaja selventää muille, että hän on tasa-arvoinen muiden ryhmäläisten kanssa. Ohjaaja myös auttaa ryhmäläisiä pohtimaan asioita keskenään ja turvaa, että jokaisella on riittävästi tilaa omille kannanotoilleen. Ryhmän vuorovaikutus luonnollisesti vaikuttaa myös ohjaajaan. Ryhmäkeskustelut voivat olla rikastuttavia kokemuksia ohjaajalle. Ne voivat avartaa ja auttaa ymmärtämään elämän vaikeuksia. (Arhovaara & Rinne, 1989, 76.)

Jotta ryhmä saavuttaisi tavoitteensa, se tarvitsee erilaisia oppimistehtäviä, jotka sijoittuvat ryhmäprosessin eri vaiheisiin. Tällaiset yhteiset oppimistehtävät ovat kokemuksellisen oppimisen perustekijöitä strukturoidussa ryhmäohjauksessa. Ryhmän ohjelma muodostuu tarkoin mietittyjen oppimistehtävien ja -tilanteiden kokonaisuudesta. Jokaisen tehtävän pitää olla harkittu, ja sellainen mitä ryhmä tarvitsee saavuttaakseen päämääränsä työskentelyssään. Ohjaajan tehtävä on auttaa, kun hän ensin selkeyttää itselleen oppimisen tavoitteet sekä tehtävien kuvaukset, ohjeet ja toteuttamispuitteet. Ohjaaja voi hyödyntää monipuolisesti oppimista koskevaa tietämystään, koska tavoitteena on muutoksen käyntiin saaminen kokemuksellisen oppimisprosessin avulla. (Ruponen ym., 2000, 166.) Ohjaajilla on tärkeä rooli myös kotitehtävien antamisessa ja niiden tarkastamisessa. Garland ja Scott (2002) korostavat, että ohjaajien on hyvä olla tietoisia tästä, sillä heidän toimintansa vaikuttaa suuresti siihen, miten asiakkaat suhtautuvat kotitehtäviin.

CWD-kurssin psykoedukatiiviseen luonteeseen kuuluu osaltaan se, että kurssin ohjaajan ja osallistujien välillä ei ole perinteistä terapeutista suhdetta, joka perinteisissä psykoterapian muodoissa katsotaan terapian vaikuttavuuden kannalta tarpeelliseksi. Ohjaaja on määritelty pikemminkin opettajaksi ja osallistujat opiskelijoiksi. Vaikka ohjaajat eroavatkin luonteenpiirteiltään toisistaan, on osoitettu, että tällä ei ole merkitsevää yhteyttä kurssin vaikuttavuuteen, mikäli ohjaajat ovat käyneet asianmukaisen koulutuksen kurssiin. (Cuijpers, 1998c.)

Ryhmät toimivat yleisesti kahdella tasolla, formaalilla eli tehtävätasolla sekä sosiaalisemotionaalisella tasolla. CWD-kurssilla toimitaan pääasiassa tehtävätasolla. Ryhmän ohjaajan tehtäviin tehtävätasolla kuuluu kurssin organisointi, uuden asian opettaminen ja keskustelun ohjaaminen sekä masennuksen asiantuntijana toimiminen. Sosiaalisella ja emotionaalisella tasolla ryhmän ohjaaja tukee ryhmän koheesiota kiinnittämällä huomiota yhteisiin kokemuksiin, rohkaisemalla vertaistukea ja vähentämällä negatiivista ja kriittistä ilmaisua. Ohjaaja huomioi yksilöt antamalla kaikille yhtä paljon aikaa, rohkaisemalla hiljaisia ryhmäläisiä, antamalla positiivista palautetta ja osoittamalla empatiaa. (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001.)

Yleensä CWD-kurssien ohjaajilla on sosiaalityöllinen koulutus (esim. psykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja). Kognitiiviseen ja oppimisterapiaan perehtyneet terapeutit voivat ohjata kurssia myös ilman ohjaajakoulutusta. Jos ohjaajalla on vain vähän kokemusta ohjaamisesta, suositellaan että ryhmässä on kaksi ohjaajaa, joista toinen toimii enemmän tehtävätasolla ja toinen enemmän sosiaalisella sekä emotionaalisella tasolla. (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001.) On havaittu hyödylliseksi, että kurssin ohjaamiseen koulutautuvat ohjaajat käyvät koulutuksessaan kurssin läpi siten, että he istuvat sen kokonaisuudessaan kurssilaisen roolissa. On myös mahdollista, että he tämän jälkeen ohjaavat ensimmäisen ryhmänsä yhdessä kokeneen ohjaajan kanssa. (Lewinsohn ym., 1989.) Tutkimukseen osallistuneilla kursseilla pääosa ohjaajista siirtyi kuitenkin suoraan ohjaamaan kurssia yksin. Kahdessa ryhmässä ohjaajat ohjasivat kurssin parina.

3.2.4 CWD-kurssin soveltaminen

On havaittu, että suurin osa masentuneista ei hakeudu hoitoon (Helasti, 1999, 25; Lewinsohn ym., 1989). On mahdollista, että CWD-kurssin kautta voidaan paremmin tavoittaa nämä yksilöt. Kurssiin on alusta alkaen kuulunut osallistujien aktiivinen rekrytointi. Alankomaissa, jossa CWD-kurssia on käytetty paljon ja eri muodoissa, on myös havaittu aktiivisen rekrytoinnin merkitys ryhmillä, jotka muutoin hakeutuvat hoitoon erityisen huonosti. Tällainen ryhmä on esimerkiksi masentuneet vanhukset, joita on rekrytoitu kurssille lehti-ilmoitusten, radion, television ja esitteiden avulla sekä sosiaalityöntekijöiden ja terveydenhuollon työntekijöiden henkilökohtaisten kontaktien kautta. Cuijpersin tutkimuksen mukaan kurseilla, joissa masentuneita vanhuksia rekrytoitiin aktiivisesti, vaikutukset olivat suuret. (Cuijpers, 1998d.) Tässä tutkimuksemme kurseista tiedottaminen tapahtui pääasiassa seinäilmoituksin, lehti-ilmoituksin ja henkilökohtaisin kontaktein. Tärkeä kysymys on, voidaanko aktiivisella ilmoittelulla todella tavoittaa myös ne masentuneet, jotka eivät muutoin pääsisi tai hakeutuisi hoidon piiriin vai vastaavatko rekrytointiin vain ne, jotka muutoinkin saisivat apua (Cuijpers, 1998d).

Myönteistä kurssissa on myös se, että psykoedukatiivinen ryhmäinterventiomuoto ei juuri leimaa osallistujia. Kokemus on osoittanut, että useat henkilöt, jotka ovat vastahakoisia psykoterapiaan suhtautuvat myönteisemmin psykoedukatiivisiin hoitomuotoihin. Kurssin luonne vetoaa mahdollisesti sellaisiin masentuneisiin yksilöihin, jotka eivät katso olevansa mielenterveyspotilaita tai masentuneita. Kurssia voidaan käyttää myös perinteisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella, jolloin kynnys osallistua voi olla matalampi. (Lewinsohn ym., 1989.) Kurssista voivat siis hyötyä sellaiset masentuneet yksilöt, jotka eivät ole hyötäneet muista hoitomuodoista. Lewinsohn ym. (1989) ovatkin ehdottaneet, että sovellettuna kurssia voitaisiin järjestää kouluissa tai aikuisopetuksessa elämäntaitojen tai mielenterveyden kurseina laajemmalle kohderyhmälle. Alankomaissa kurssin tavoittavuuden parantamiseksi onkin kehitetty erilaisia menetelmiä, muun muassa televisiokurssit. (Cuijpers, 1998c; Cuijpers, 2001; Stengård, 2001.)

CWD-kurssi kehitettiin alun perin aikuisten käyttöön, mutta sitä voi helposti soveltaa erilaisille ryhmille ja erilaisiin tilanteisiin kohdejoukon tarpeen mukaan. Kurssi on saanut paljon sovelluksia eri puolilla maailmaa. Sitä on sovellettu muun muassa nuoriin, kroonisesti sairaisiin, vanhuksiin, vähemmistöryhmiin ja vanhusten omaishoitajiin. Tar-

kasti strukutroidusta psykoedukatiivisesta muodostaan johtuen se soveltuu hyvin myös itsenäisen työskentelyn välineeksi tai yksilötapaamisissa käytettäväksi. (Cuijpers, 1998a, 1998c.) Myös Suomessa ryhmien käytöstä on jo jonkin verran kokemusta. Mielen-terveystoimistojen asiakkaiden lisäksi ryhmiä on järjestetty myös muun muassa pitkäaikaistyöttömille, työssä uupuneille, kipupotilaille, ihotautipotilaille, syöpäpotilaille, päihdeasiakkaille, synnyttäneille äideille, lapsettomuudesta kärsiville, kuulo- ja näkövammaisille sekä lasten ja nuorten ongelmissa. (Dunder, 2000; Koffert & Kuusi, 2002.)

Käytännössä on todettu, että tällainen psykoedukatiivinen kurssi ei kuitenkaan sovellu kaikille masentuneille. Alkuhaastattelussa onkin tarkoituksena arvioida hyödyttääkö kurssi osallistujaa ja varmistaa, että henkilö täyttää kurssille osallistumisen kriteerit. Osallistujan tulee sitoutua ryhmään niin, että hänellä on riittävästi aikaa ja motivaatiota ryhmässä käyntiin ja kotitehtävien tekemiseen. Kurssin pedagogiseen filosofiaan kuuluu kuitenkin, että kurssilta poisjättämisen kriteerit eivät ole tiukat. Kurssille ei voida ottaa henkilöitä, joilla on hyvin vakava masennus, itsetuhoisuutta, bipolaarinen häiriö tai joilla on masennuksen ohella jokin muu psykiatrinen häiriö ensisijaisena ongelmana (kaksoisdiagnoosi). Osallistujalla tulee olla myös riittävästi kognitiivisia taitoja, jotta hän pystyy tekemään tehtäviä, kykyä reflektoida itseään sekä riittävästi sosiaalisia valmiuksia ryhmässä toimimiseen. (Cuijpers, 1998c; Cuijpers, 2001; Stengård, 2001.)

3.2.5 CWD-kurssin vaikuttavuus

CWD-kurssin vaikuttavuutta ei ole tiettävästi tutkittu aiemmin Suomessa. Toisaalta kansainvälisistä tutkimuksista ei löytynyt kurssin vaikuttavuuden tutkimuksia mielen-terveyspotilaiden omaisilla, jotka ovat tutkimuksemme toinen kohdejoukko. Muutoin CWD-kurssien vaikuttavuutta on tutkittu kansainvälisesti jo kahden vuosikymmenen ajan, ja paljon tutkimustietoa on ehtinyt karttua. Tutkimukset eroavat toisistaan muun muassa siinä, onko tutkimuksessa käytetty vertailtavaa kontrolliryhmää, onko masennusta seurattu kurssin jälkeen pitemmällä aikavälillä ja onko kurssia verrattu tutkimuksessa muuhun hoitomuotoon. Tutkimusten rajoitukset liittyvät osin edellisiin; esimerkiksi kontrolliryhmä on koostunut hoitoon pääsyä odottavista eli jo hoitoon hakeutuneista henkilöistä. Toisaalta otoskoko on joissakin tutkimuksissa kovin pieni. (Lewinsohn ym., 1989; Cuijpers, 1998c; Dowrick, 2000.)

Lewinsohn ym. (1989) viittaavat artikkelissaan neljään tutkimukseen, joissa CWD-kurssin vaikuttavuus on tieteellisesti osoitettu. Nämä tutkimukset ovat aivan CWD-kurssin varhaisvaiheilta, mutta osoittavat jo menetelmän vaikuttavuuden yksisuuntaisen masennuksen hoidossa. Esimerkiksi Brownin ja Lewinsohnin (1984) tutkimuksessa ryhmähoito osoittautui vaikutukseltaan yhtä tehokkaaksi kuin yksilöhoito ja masennuksen väheneminen näkyi vielä yhden ja kuuden kuukauden jälkeen seurantatutkimuksessa. Toisaalta Lewinsohn ym. (1989) toteavat, että vaikka suurin osa masentuneista hyötyy kurseista, on merkittävällä osalla (noin 20 %) kurssilaisista yhä masennusta kurssin päättyessä. Kirjoittajien mukaan tämä kustannustehokas kurssi on kuitenkin vartenotettava menetelmä sekä masennuksen hoitoon että erilaisten riskiryhmien masennuksen ennaltaehkäisyyn.

Cuijpersin (1998c) meta-analyysi CWD-kurssin vaikuttavuudesta sisältää 20 tutkimusta vuosilta 1984 – 1996. Aineistoa on analysoitu monipuolisesti ja erilaisia ryhmittely- ja analysointitapoja hyväksi käyttäen. Cuijpersin mukaan johtopäätöksiä on kuitenkin tehtävä varoen tutkimusten vähäisen määrän ja niissä olevien rajoitusten vuoksi. Aineistosta voitiin muun muassa muodostaa 14 kurssi- ja vertailuryhmäparia. Tällöin muutoksen vaikutuksen voimakkuus (effect size) oli $ES=0.65$. Kokonaisuudessaan tutkimuksen tulokset kertovat, että CWD-kurssi on vaikuttava hoitomuoto masennukseen. Cuijpers esittää, että CWD-kurssin vaikuttavuus on verrattavissa psykoterapian ja masennuslääkkeiden vaikuttavuuteen. Toisaalta hän toteaa, että koska suoria vertailuja CWD-kurssin ja muiden interventiomuotojen välillä ei ole saatavilla, ei kurssin vaikuttavuudesta suhteessa muihin hoitomuotoihin voida sanoa mitään varmaa. Cuijpers ehdottaakin, että jatkossa tulisi verrata CWD-kurssin vaikuttavuutta muihin hoitomuotoihin, käyttää kontrolliryhmissä muita kuin hoitoon pääsyä odottavia henkilöitä ja mitata masennuksen muutoksen ohella muutosta osallistujan toimintakyvyn eri alueilla. Olisi myös tärkeää tutkia, onko kurssin avulla mahdollista tavoittaa henkilöitä, jotka eivät muutoin hakeutuisi hoitoon.

Outcomes of Depression International Network -tutkimusprojektissa (ODIN) tutkittiin CWD-kurssin vaikuttavuutta yhdeksässä kaupunki- ja maaseutukunnassa viidessä eri Euroopan maassa (Espanja, Irlanti, Iso-Britannia, Norja ja Suomi). ODIN-projekti on laaja kansainvälinen kontrolloitu ja satunnaistettu tutkimus. Tutkimuksessa CWD-kurssin vaikuttavuutta verrattiin kontrolliryhmän lisäksi yksilöllisesti annettuun ongelmanratkaisumenetelmään. Tuloksena oli, että kontrolliryhmään verrattuna sekä CWD-kurs-

sin että ongelmanratkaisumenetelmän osanottajien masennuksen voimakkuus väheni ja masennuksen kesto lyheni. Myös henkinen ja sosiaalinen toimintakyky parantuivat. Tulokset olivat merkitseviä kurssin päätyttyä, ja vielä kuuden kuukauden kuluttua CWD-kurssin vaikuttavuus oli melkein merkitsevä. Kahdentoista kuukauden kuluttua näiden kolmen ryhmän välillä ei ollut enää eroa. (Dowrick, 2000.)

Kurssin vaikuttavuus on osoitettu myös muun muassa kroonisesti sairailta potilailla (Cuijpers, 1998b), masentuneilla nuorilla (Lewisohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990) ja masentuneilla vanhuksilla (Cuijpers, 1998d). Myös tulokset vakavan masennuksen ennalta ehkäisystä ovat olleet lupaavia (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Kurssin on siis osoitettu olevan tehokas erilaisten ryhmien hoidossa, ja sillä näyttää olevan sovellusarvoa laajentaa yhä uusiin populaatioihin käytettäväksi.

CWD-kurssien vaikuttavuutta tutkittaessa on löydetty tiettyjä taustatekijöitä, jotka ennustavat intervention tuloksellisuutta. Cuijpersin (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001) mukaan näitä ovat lievempi masennus, sosiaalisen tuen saaminen, korkeat odotukset sekä hallinnan tunne. Lewinsohn ym. (1989) lisäävät edellisiin nuoren iän, tyytyväisyyden elämään, sosiaalisen itseluottamuksen ja sopeutuvuuden, vähäisten stressaavien elämäntapahtumien määrän, itsenäisyyden, luottamuksen toisiin, hyvän fyysisen terveyden sekä sen, että henkilö kuvaa itseään enemmän maskuliinisin kuin feminiinisin termein. Myös se, ettei henkilö saa samanaikaisesti muuta hoitoa depression, vaikuttaa positiivisesti intervention tulokseen. Cuijpers (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001) esittää, että vaikuttavuuteen eivät ole yhteydessä älykkyys, irrationaaliset ajatukset, kotitehtävien tekeminen, alkoholin tai huumeiden käyttö eikä teoreettisen taustan hyväksyminen.

Kaiken kaikkiaan vaikuttavuustutkimukset osoittavat, että masennusta voidaan hoitaa tuloksellisesti CWD-kurssin avulla ja että tästä hoitomuodosta hyötyvät erityyppiset populaatiot. Vielä ei tiedetä tarkasti, miten ja mitkä tietyt osat CWD-kurssista saavat aikaan muutoksen masennuksessa (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Lewinsohnin ym. (1989) mukaan näyttöä on siitä, että tiettyjen hoitotekniikoiden ja intervention osa-alueiden soveltaminen asiakkaan ongelmien luonteesta riippuen voi olla tuloksellista. Toisaalta hän toteaa tutkimusten viittaavan myös siihen, että muutokset masennuksessa eivät riipu kriittisesti siitä mihin tiettyihin käyttäytymisen ja kognitioiden osa-alueisiin kyseisessä interventiossa on pyritty vaikuttamaan.

Tutkiessaan psykoterapian vaikuttavuutta Seligman (1995) on erottanut toisistaan vaikuttavuustutkimukset (efficacy) ja tuloksellisuustutkimukset (effectiveness). Vaikuttavuustutkimuksissa olosuhteet on kokeellisen tutkimuksen tavoin kontrolloitu ja terapian hyödyllisyyttä verrataan kontrolliryhmään. Sen sijaan tutkimuksissa, joissa terapian hyödyllisyyttä arvioidaan vähemmän kontrolloiduissa, luonnollisissa olosuhteissa, on kyse terapian tuloksellisuuden tutkimuksista. Seligmanin mukaan myös nämä ovat tarpeellisia ja arvokkaita. Edellä esitettyjen kansainvälisten tutkimusten voidaan ainakin pääosin katsoa kuuluvan vaikuttavuustutkimuksen alueelle. Sen sijaan tämä CWD-kursien hyödyllisyyttä arvioiva tutkimus on pikemminkin tuloksellisuustutkimusta eli tutkimukseen ei kuulu vertailtavaa kontrolliryhmää, ja tutkimus tapahtuu luonnollisissa olosuhteissa, vailla tarkoin kontrolloituja olosuhteita. Näin ollen tämän tutkimuksen kohdalla ei voida puhua varsinaisesti kurssin vaikuttavuudesta vaan pikemminkin kurssin hyödyllisyydestä, tuloksellisuudesta tai vaikutuksesta tutkittavien masennukseen ja hyvinvointiin.

4 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimus koskee menetelmän tuloksellisuutta sekä sitä miten kurssilaiset ja kurssien ohjaajat ovat kurssin kokeneet. Tavoitteena on myös tutkia onko kurssi kohdistettu oikeille henkilöille sekä miten kurssia tulee jatkossa kehittää. Tutkimuskysymyksiä on kolme:

1. Onko kurssi tuloksellinen eli väheneekö omaisten ja kuntoutusasiakkaiden masennus ja tapahtuuko omaisten ja kuntoutusasiakkaiden hyvinvoinnissa kohentumista?
2. Miten omaiset ja kuntoutusasiakkaat ovat kokeneet kurssin? Miten he arvioivat kurssin toteutusta ja antia?
3. Miten koulutetut ohjaajat arvioivat koulutusta ja menetelmää? Soveltuuko kurssi omaiskurssien ohjaajien mielestä omaisille?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Tutkimuksen kohdejoukot

Tutkimus suoritettiin lomakekyselynä kahdelle eri kohdejoukolle. Tutkimuksen tarve lähti Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:stä, jossa keväällä 2003 järjestettiin Omaisten hyvinvointi -projektiin liittyviä CWD-kursseja. Keskusliitto järjesti Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n jäsenyhdistysten ryhmänohjaajille alueellisia koulutuksia CWD-kurssien ohjaamiseen. Tämän jälkeen ohjaajat ohjasivat CWD-kurssin omassa jäsenyhdistyksessään. Tämän tutkimuksen toinen kohderyhmä koostui 12 omaisten CWD-ryhmästä (n=58). Ohjaajien koulutukset järjestettiin Tampereella ja Joensuussa ja heidän ohjaamansa CWD-kurssit eri puolilla Itä-Suomen ja Länsi-Suomen läänejä.

Samaan aikaan järjestettiin Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille CWD-kurssin ohjaajakoulutus. Toinen kohdejoukko koostui 13 ryhmästä (n=55), joille täydennyskoulutukseen osallistuneet ohjasivat CWD-kurssin omilla työpaikoillaan Itä-Suomen läänissä. Työpaikat olivat pääasiassa psykiatrisen avohoidon puolella. Tämä ryhmä haluttiin ottaa mukaan siksi, että sen avulla voitiin tutkia menetelmän soveltuvuutta myös toisenlaiseen kohderyhmään. Tämän kohderyhmän osallistujat olivat masentuneempia ja heillä oli huonompi fyysinen ja psyykkinen terveydentila. Kutsumme näihin ryhmiin osallistujia kuntoutusasiakkaiksi. Kuntoutusasiakkaat olivat melko heterogeeninen kohderyhmä eikä tutkijoiden käytössä ollut tarkemmin tietoa siitä, minkä organisaation kautta he kursseille osallistuivat.

Myös kurssien ohjaajilta kerättiin lomakekyselyllä kokemuksia heidän pitämistään CWD-kursseista. Kurssin koulutukseen osallistuvilla ohjaajilla tuli olla sosiaali- tai terveysalan koulutus. Koulutus kesti kahdeksan viikkoa. Suuri osa sen sisällöstä oli kokemuksellista oppimista, eli koulutettavat kävivät kurssin läpi ryhmäläisen roolissa. Sen lisäksi he saivat tietoa masennuksesta ja ryhmänohjauksesta. Tämän jälkeen he ohjasivat omaa ryhmäänsä kahdeksan viikkoa ja saivat tähän työnohjausta kahden viikon välein.

Taulukossa 1 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden kurssilaisten taustatietoja. Kurssilaiset olivat pääasiassa naisia. Omaisryhmissä oli vain neljä miespuolista osallistujaa

ja kuntoutusasiakkaiden ryhmissä miehiä oli kahdeksan. Omaisryhmiin osallistuneet olivat keskimäärin kuntoutusasiakkaita vanhempia. Myös työtilanteen suhteen ryhmät erosivat merkitsevästi toisistaan. Omaisryhmäläisistä lähes puolet kävi kurssin alkaessa työssä ja yli kolmannes oli siirtynyt tai juuri siirtymässä eläkkeelle. Kuntoutusasiakkaista vajaa kolmannes oli sairaslomalla ja työttömiä oli jonkin verran enemmän kuin omaisryhmissä.

Taulukko 1. Kurseille osallistuneiden taustatietoja (%) sekä merkitsevät erot (taulukko jatkuu seuraavalla sivulla)

	Omaisryhmä n=58	Kuntoutusasiakkaat n=55	Yhteensä N=113
Sukupuoli:			
Nainen	93.1	85.5	89.4
Mies	6.9	14.5	10.6
Ikä: (p=.000) ¹			
20 – 29 v.	1.7	10.9	6.2
30 – 39 v.	8.6	21.8	15.0
40 – 49 v.	31.0	32.7	31.9
50 – 59 v.	34.5	30.9	32.7
60 – 69 v.	17.2	1.8	9.7
70 – 79 v.	6.9	1.8	4.4
Keskiarvo (v):	52.1	44.4	48.4
Työtilanne: (p=.000) ²			
Työssä sillä hetkellä	46.6	27.2	37.1
Sairaslomalla	1.7	29.1	15.0
Eläkkeellä	37.9	14.5	26.5
Työtön	6.9	14.5	10.6
Siviilisääty:			
Naimaton	8.6	14.5	11.5
Naimisissa / Avoliitossa	69.0	69.1	69.0
Eronnut	17.2	12.7	15.0
Leski	5.2	3.6	4.4
Peruskoulutus:			
Kansakoulu	41.4	27.3	34.5
Peruskoulu tai keskikoulu	24.1	41.8	32.7
Lukio	34.5	30.9	32.7

Ammattikoulutus:			
Ei mitään	6.9	3.6	5.3
Kurssimaista opetusta	24.1	20.0	22.1
Ammattikoulu	20.7	38.2	29.2
Alempi opistotasoinen koulutus	25.9	16.4	21.2
Ylempi opistotasoinen koulutus	8.6	9.1	8.8
Korkeakoulututkinto	13.8	10.9	12.4
Asuminen:			
Yksin	19.0	21.8	20.4
Puolison kanssa	41.4	20.0	31.0
Puolison ja lasten kanssa	25.9	47.3	7.1
Lasten kanssa	8.6	5.5	36.3
Vanhempien kanssa	5.2	3.6	4.4
Tyytyväisyys toimeentuloon: (p=.000) ¹			
Erittäin tyytyväinen	13.8	3.6	8.8
Melko tyytyväinen	41.4	23.6	32.7
Sekä tyytyväinen että tyytymätön	24.1	27.3	25.7
Melko tyytymätön	19.0	23.6	21.2
Erittäin tyytymätön	1.7	20.0	10.6

¹Riippumattomien ryhmien t-testi

²Khi²-testi

Omaisten ryhmien ohjaajia tutkimukseen osallistui 13, ja heidän ikänsä vaihteli 29 – 60:n välillä ($\bar{x} = 47$ vuotta). Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista 11 osallistui tutkimukseen, ja he olivat iältään 31 – 53 -vuotiaita ($\bar{x} = 41$ vuotta). Kaikki ohjaajat olivat naisia. Omaiskurssien ohjaajista kymmenen oli työssä, yksi eläkkeellä, yksi tutkintoa täydentävässä koulutuksessa ja yksi vuorotteluvapaalla. Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista kahdeksan oli työssä ja yksi vuorotteluvapaalla. Kaksi ohjaajaa ei ollut ilmoittanut työtilannettaan lomakkeessa.

Omaisryhmien ohjaajista neljä työskenteli psykiatrisena sairaanhoitajana. Lisäksi kahdella muulla oli psykiatrisen sairaanhoitajan tai mielenterveyshoitajan koulutus. Sairaanhoitajana työskenteli kolme ohjaajaa. Kolme ohjaajaa toimi alue- tai järjestösihteerinä. Yksi ohjaaja oli ammatiltaan diakonissa, yksi oli seurakunnan lastenohjaaja ja yksi sekä terveydenhoitaja että kättilö. Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista neljä oli ammatiltaan psykiatrisia sairaanhoitajia. Ohjaajista yksi oli diakonissa, yksi sairaanhoitaja, yksi sosi-

aalityöntekijä, yksi terveydenhoitaja ja yksi musiikkiterapeutti. Ohjaajien aiempi kokemus ryhmän ohjaamisesta on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Ohjaajien aiempi kokemus ryhmän ohjaamisesta

	Omaisten ohjaajat n=13	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat n=11
Ei lainkaan	0	1
Jonkin verran	2	5
Melko paljon	8	3
Erittäin paljon	3	2

5.2 Katotarkastelu

Alun perin tutkimuksen kohdejoukoksi otettiin kaikkien niiden ohjaajien kurssilaiset, jotka osallistuivat Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n Tampereen ja Joensuun alueellisten koulutusten tai Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen kautta CWD-kurssin ohjaajakoulutukseen keväällä 2003. Omaisryhmien osallistujista tietoomme tuli neljä keskeyttäneitä. Lisäksi viisi ei ollut jostain syystä vastannut loppukyselyyn tai oli keskeyttänyt kurssin. Yhtä alku- ja loppulomakeparia ei voitu yhdistää saman vastaajan vastauksiksi taustatietojen erilaisuuden vuoksi. Yhden ryhmän (neljä osallistujaa) loppukyselyt jäivät palautumatta. Näin ollen omaisryhmistä palautui 72 alkulomaketta, mutta vain 58 osallistujan vastaukset voitiin ottaa mukaan tutkimukseen.

Niitä omaisia, joilta palautui vain alkulomake ja jotka sen vuoksi jouduttiin hylkäämään, verrattiin tutkimukseen mukaan otettujen omaisryhmäläisten vastauksiin. Tämä tehtiin sekä niin, että mukaan otettiin kaikki 13, jotka eivät olleet vastanneet loppulomakkeeseen että niin, että näistä jätettiin pois 4, joilla koko ryhmän loppulomakkeet jäivät palautumatta ja joilla lomakkeen palautumatta jääminen ei siis johtunut välttämättä vastaajasta. Mukaan otettujen ja hylättyjen vastaajien kesken ei ollut eroa psykisen hyvinvoinnin mittareilla eikä myöskään vastaajien iässä. Poisjääneiden vastaajien pieni määrä vaikeutti analyysien tekemistä, mikä on otettava tuloksessa huomioon.

Kaksi kuntoutusasiakkaiden ryhmää ei osallistunut tutkimukseen ryhmien sopimattomuuden vuoksi. Alkulomakkeen täyttäneistä 60 kurssilaisesta kolme ei vastannut lop-

pulomakkeeseen ja kahden vastaukset jouduttiin hylkäämään (toisen kopiointisystä, toisen vastausten epäloogisuuden vuoksi). Kuntoutusasiakkaista tutkimuksessa mukana oli täten 55 kurssilaista. Kuntoutusasiakkaille katoanalyysin tekeminen ei ollut mielekäästä, sillä vain viiden vastaajan vastaukset jouduttiin hylkäämään.

Ohjaajista tutkimukseen otettiin mukaan alun perin kaikki edellä mainittuihin ohjaajakoulutuksiin osallistuneet. Omaisryhmien ohjaajia oli alun perin 14 ja kuntoutusasiakkaiden ohjaajia 16. Omaisryhmien ohjaajista heille suunnatun kyselylomakkeen palautti 13 ja kuntoutusasiakkaiden ohjaajista 11, ja heidät kaikki otettiin mukaan tutkimukseen.

5.3 Ryhmien järjestäminen ja sisältö

Tutkimuksessa mukana olleet CWD-kurssit koostuivat kahdeksasta ryhmätapaamisesta, jotka pidettiin viikon välein. Yhdellä kuntoutusasiakkaiden ryhmällä tapaamisia oli yhteensä yhdeksän. Ohjaajien vastausten mukaan omaisjärjestön kursseille osallistui kullekin neljästä yhdeksään ryhmäläistä ja kuntoutusasiakkaiden kursseille kullekin neljästä kuuteen ryhmäläistä. Jokainen kurssikerta oli tarkoin strukturoitu, ja aika jakautui kotitehtävien purkamiseen, keskusteluun sekä uuden oppitunnin ja siihen liittyvien tehtävien esittelemiseen. Kokoontumiskerrat kestivät useimmiten kaksi tuntia. Kahvitauolla ryhmäläiset voivat keskustella vapaasti ja tutustua toisiinsa. Seurantatapaamisia pidettiin jonkin verran, mutta niiden järjestäminen ei kuulunut kurssin rakenteeseen.

Kurssien tarkoituksena oli ehkäistä masennusta, lyhentää masennuksen kestoa ja vähentää masennuksen syvyyttä. Lisäksi tarkoituksena oli työkyvyn ja työvireyden ylläpitäminen. Kurssin tavoitteena oli lisätä osallistujan tietoisuutta omista mielialoistaan, tutustua omaan mielialaan vaikuttaviin tekijöihin ja opettaa hänelle taitoja, joilla mielialaan voi vaikuttaa. Keinoina tässä käytettiin seuraavien teemojen ja taitojen käsittelyä ja harjoittelua:

- Masennuksen tunnusmerkit
- Päivittäinen mielialan arviointi (kotitehtävä)
- Toiminnan, ajatusten ja mielialan välisen kytkeytymisen tunnistaminen ja ymmärtäminen

- Mukavien asioiden tekemisen vaikutus mielialaan sekä mukavien tekemisten suunnittelu ja niiden lisääminen omaan elämään
- Kognitiivisten taitojen opettelu (miten voin oppia muuttamaan omia ajatuksiani)
- Ongelmien ratkaisu ja tavoitteiden saavuttaminen
- Sosiaalisten suhteiden tarkastelu ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu
- Rentoutumisen käyttäminen jännityksen poistajana
- Oman elämän suunnittelu (lyhyen ja pitkän ajan tavoitteet)

Tarkemmin kursseilla käsitellyt teemat ja taidot on esitetty Depressiokoulu-työkirjassa (Koffert & Kuusi 2002) sekä hieman yllä olevaa listaa tarkemmin tämän tutkimuksen liitteessä 3 (kysymys 18: Kurssilla opettujen taitojen hyödyllisyys).

Oppimisen välineinä käytettiin ryhmässä harjoittelua ja oppimista sekä itsenäistä työskentelyä. Kotitehtävien tekeminen liittyi kurssiin olennaisesti. Ne sisältyvät Depressiokoulu-työkirjaan, jossa on esitetty tehtävien lisäksi kunkin ryhmäkerran sisältö. Näin kurssilaiset voivat tutustua kurssin antiin myös itsekseen. Kotitehtävät liittyivät läheisesti teemoihin ja ne sisälsivät uusien ryhmässä opittujen taitojen kokeilua ja harjoittelua sekä oman itsen havainnointia. Koko kurssin ajan kotitehtävänä oli arvioida omaa mielialaa kolme kertaa päivässä. Tämä tapahtui valmiin lomakkeen asteikolla 1 – 9. Kurssilta kertyneestä arvioinnista muodostui noin kahden kuukauden ajalta mielialakäyrä, josta opeteltiin tunnistamaan, mitkä asiat laskevat ja mitkä nostavat mielialaa. Näin ollen kurssilainen itse pääsi seuraamaan ja todentamaan mielialansa muuttumista. Ajatuksena oli se, että opittuaan erilaisia taitoja ja keinoja vaikuttaa omaan mielialaansa kurssilainen voi alkaa käyttää niitä, jotka tuntuvat hänelle itselleen sopivimmilta (työkalupakki-idea).

5.4 Tutkimusmenetelmät

Kursseille osallistuville tehtiin alku- ja loppumittaus siten, että he vastasivat alkulomakkeeseen ensimmäisellä kurssikerralla ja loppulomakkeeseen viimeisen kurssikerran lopuksi. Alkulomakkeen masennus- ja hyvinvointimittareista neljään (BDI, Ahdistuneisuus, Tyytyväisyys elämään ja Elämän hallinta) osallistujat vastasivat jo haastatteluvaiheessa, sillä näiden perusteella arvioitiin osittain sitä, soveltuuko hakija kurssille. Alkulomake oli pituudeltaan 15 sivua omaisryhmän vastaajille ja 16 sivua kuntoutusasiak-

kaille. Loppulomake oli 16 sivun mittainen molemmissa kohderyhmissä. Vaikka lomakkeet olivat pitkiä, niihin oli vastattu huolellisesti ja kaikkia kysymyksiä voitiin käyttää aineiston analyysissä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja lomakkeisiin vastattiin nimettömänä. Lomakkeiden postitus ja koodaus oli suunniteltu siten, että tutkimuksen tekijät eivät saaneet tietää vastaajan henkilöllisyyttä. Vastaaja sulki lomakkeen heti sen täytettyään kirjekuoreen, jonka päälle kurssin ohjaaja kirjoitti koodin. Koodin avulla saman kurssilaisen alku- ja loppulomakkeet liitettiin yhteen. Muutoinkin aineiston keruussa ja käsittelyssä noudatettiin eettisiä ohjeita.

Masennuksen, ahdistuksen sekä hyvinvoinnin mittarit (BDI, DEPS sekä Ahdistuneisuus, Tyytyväisyys elämään ja Elämän hallinta) olivat osa sekä alku- että loppulomaketta. Alkukyselyssä (liitteet 1 ja 2) selvitettiin edellisten lisäksi vastaajan taustatietoja, vastaajan terveydentilaa ja toimintakykyä sekä psyykkisesti sairastuneen läheisen tilannetta ja omaisen suhdetta siihen. Kysymykset olivat osittain samoja kuin Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi -tutkimuksen alku- ja loppukyselyssä (Nyman & Stengård, 2001). Osa kysymyksistä oli tähän tutkimukseen erikseen laadittuja.

Loppukyselyssä (liitteet 3 ja 4) kurssilaisia pyydettiin arvioimaan kurssia. Pääosin kysymykset oli laadittu erikseen tähän tutkimukseen, mutta osa arvioinnista tapahtui Ojaselta muokattujen pienryhmien ja terapian arviointiin laadittujen 0 – 10 -asteikoiden avulla. Loppulomakkeessa vastaajaa pyydettiin arvioimaan myös onko vastaajan omassa ja omaisilla lisäksi psyykkisesti sairaan läheisen elämäntilanteessa tapahtunut muutoksia kurssin aikana.

Kuntoutusasiakkaiden kyselylomakkeet poikkesivat hieman omaisryhmien lomakkeista. Koska vastaajat eivät olleet ensisijaisesti mielenterveyspotilaiden omaisia, pyydettiin heitä valitsemaan tarkemman pohdinnan kohteeksi läheinen, jonka omaisena oleminen kuormittaa heitä eniten (ei siis välttämättä mielenterveyspotilas). Lisäksi vastaajilta kysyttiin yleisesti elämää kuormittavista tekijöistä.

Ohjaajien lomake (liite 5) oli kahdeksan sivun mittainen, ja se oli laadittu kokonaan tätä tutkimusta varten. Joensuun yliopiston täydennyskoulutuksen kautta ohjaajakoulutukseen tulleilta ohjaajilta ei kysytty kurssin soveltuvuudesta omaisryhmälle, mutta muutoin lomake oli samanlainen kuin omaisryhmän ohjaajilla. Ohjaajat vastasivat kyselyyn

noin viikon kuluessa kurssin loputtua ja lähettivät vastauksensa nimettöminä. Näin ollen myös ohjaajien henkilöllisyys säilyi salaisena.

5.5 Mittarit

Vastaajan masennuksen mittareina käytettiin Beckin depressiokyselyä Beck Depression Inventory I (BDI-I) sekä Suomessa kehitettyä DEPS-seulaa (Salokangas, Stengård & Poutanen, 1994). Nämä kummatkin mittaavat subjektiivisesti koettua ja ilmaistua masentuneisuuden astetta. Tutkimuksessa käytetty BDI:n ensimmäinen versio on esitelty Beckin, Wardin, Mendelsonin, Mockin ja Erbaughin alkuperäisartikkelissa vuodelta 1961. Se sisältää 21 masennuksen fyysisiä, toiminnallisia ja kognitiivisia oireita kartoittavaa kysymystä. Jokaiseen kysymykseen on annettu neljä vastausvaihtoehtoa, jotka saavat arvoja välillä 0 – 3 ja kuvaavat masennuksen eri vakavuusasteita. Kysymyksistä laskettua yhteispistemäärää käytetään masennuksen voimakkuuden osoittimena, ja se vaihtelee välillä 0 – 63. (Beck & Steer, 2000, 519-520.)

BDI kehitettiin alun perin mittaamaan masennuksen käyttäytymisessä näkyviä muotoja. Sen perusteella voidaan standardoidusti kuvata masennusta ja arvioida masennusoireiden vakavuutta. Käyttötarkoituksena oli seuloa väestöstä depressioon sairastuneita henkilöitä, jotta hoito voitaisiin kohdistaa oikein. (Beck & Steer, 2000, 519-522.) Näin meneteltiin myös tähän tutkimukseen osallistuneiden CWD-kurssien aluksi koostettaessa kurssiryhmiä. Toisaalta toistuvien mittausten kautta voidaan seurata muutosta niillä henkilöillä, joille on jo tehty masennusdiagnoosi (Beck & Steer, 2000, 519-522). Tässä tutkimuksessa osallistujat vastasivat Beckin depressiokyselyyn sekä kurssin alussa että lopussa, ja tätä muutosta käytettiin yhtenä kurssin tuloksellisuuden mittarina. BDI-depressiokyselyä on käytetty pitkään ja sen käyttö on yleistä kansainvälisesti. On osoitettu, että mittarilla on korkea sisäinen konsistenssi ja että rinnakkaisvaliditeetit muihin masennuksen voimakkuuden mittareihin ovat korkeita, joskaan eivät täydellisiä. (Beck & Steer, 2000, 520-521.)

Suomalainen depressioseula DEPS on kehitetty 1990-luvun alkupuolella oloihimme soveltuvaksi masennuksen seulontainstrumentiksi. Sen avulla on ollut tarkoitus parantaa yleislääkärin tekemien depressiohavaintojen osuvuutta. Toisaalta mittaria voidaan käyttää myös väestön depressiivisyyden seurantaan, sen muutosten arviointiin ja riski-

ryhmien etsintään. DEPS täyttää useita hyvältä masennuksen seulontainstrumentilta vaadittavia ehtoja. Se sisältää vain kymmenen osiota ja on siksi nopea täyttää. Toisaalta kysymykset ovat lyhyitä ja yksiselitteisiä, ja ne on laadittu suomalaiseen kulttuuriin sopiviksi. Tutkimukset ovat osoittaneet, että DEPS:n avulla terveyskeskuslääkärit ovat pystyneet aiempaa paremmin erottelemaan depressiiviset ja ei-depressiiviset asiakkaat toisistaan (sensitiivisyys 74% ja spesifisyys 85%). DEPS:stä yhteenlasketut pisteet vaihtelevat välillä 0 – 30. Alkuperäistutkimuksessa ja myös tässä tutkimuksessa katkaisukohtana on käytetty yhdeksää pistettä. Yhdeksän ja sitä korkeammat pistemäärät tarkoittavat, että henkilö on masentunut. (Salokangas ym., 1994.)

Vastaajan ahdistuneisuutta mitattiin Ojasen (2000) tähän tarkoitukseen kehitetyllä kuvailevalla graafisella analogia-asteikolla, jossa vastaaja voi valita arvon 0 ja 100 väliltä. Hyvinvoinnin mittareiksi valittiin Ojasen graafisista asteikoista ”Tyytyväisyys elämään” ja ”Elämän hallinta”. Asteikoissa 0 – 100 vastaaja saa kolme vihjettä, joiden mukaan hän vastaa. Pystyviivaa havainnollistavat numerot sekä ulottuvuuden kuvaus monisanaisesti ja tiiviimmin. Asteikoita onkin arvioitu selkeiksi, mielekkäiksi sekä helppo- ja nopeakäyttöisiksi. Vastauksen näkee suoraan ilman laskutoimituksia tai tulkintaa, ja näin ollen myös vastaaja itse ymmärtää mistä on kysymys. Tuloksia voidaan tulkita myös ilman vertailuryhmiä, sillä 0 – 100 -asteikko on länsimaiselle ihmiselle tuttu ja konkreettinen mitta. Asteikoista on olemassa myös standarditietoa, johon eri ryhmiä voi verrata. Graafisten asteikkojen reliabiliteetit ovat olleet hyviä, samoin rinnakkaisvaliditeetit muihin mittareihin.

5.6 Aineiston käsittely

Aineistoa käsiteltiin ja tilastolliset analyysit ajettiin SPSS 11.0 -tilasto-ohjelmalla. Tutkimukseen osallistuneet kohderyhmät olivat riittävän suuria, jotta haluttuja testisuureita voitiin laskea. Muuttujien yhteyttä tutkittiin korrelaation ja χ^2 -testin avulla. Muutosten analysoinnissa käytettiin riippuvien ryhmien t-testiä. Ryhmien väliseen vertailuun käytettiin riippumattomien ryhmien t-testiä. Analyyseja on kuvattu tulosten yhteydessä.

Summamuuttujia aineistosta muodostettiin seuraavalla tavalla. ”Omaisena olemisen kuormittavuus” -summamuuttuja muodostettiin omaisten alkulomakkeen kysymyksistä 37 – 42 ja 44, 45 painotettuna. Loppulomakkeessa seuraavista muuttujista muodostettiin

summamuuttujia: kysymys 18 ”taitolista”; kysymykset 22 – 27 ”tyytyväisyys kurssiin”; kysymykset 28 – 35 ”kurssin vaikutus vastaajan elämässä” sekä kysymys 36 ”ryhmän ilmapiirin arviointi”.

Avoimet kysymykset analysoitiin luokittelemalla vastaukset aineistosta esiin nouseviin luokkiin. Vastauksista tehtiin ensin alustava, karkeampi hahmotelma. Alustavan luokituksen jälkeen vastauksia käytiin läpi uudelleen, ja luokkia yhdisteltiin. Luokittelut muuttuivat jonkin verran analyysin edetessä.

6 TULOKSET

6.1 Tutkimusryhmien tilanne kurssin alussa

6.1.1 Tutkimusryhmien fyysinen ja psyykinen terveydentila ja hyvinvointi

Omaisryhmäläiset ja kuntoutusasiakkaat erosivat toisistaan fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja hyvinvointiin liittyvien muuttujien suhteen. Erot ryhmien välillä on esitetty taulukossa 3 ja ne olivat pääasiassa tilastollisesti merkitseviä. Kuntoutusasiakaiden sekä fyysinen että psyykinen terveydentila olivat näillä kysymyksillä mitattuna huonompia ja useampi heistä tunsi itsensä masentuneeksi kuin omaisryhmässä. Kuntoutusryhmäläiset olivat myös saaneet omaisryhmäläisiä useammin lääke- tai terapiahoitoa masennukseen. Sen sijaan omaisryhmäläiset olivat kuntoutusryhmäläisiä useammin osallistuneet ryhmäkeskusteluun, mikä onkin omaisyhdistyksissä paljon käytetty toimintamuoto. Ryhmien prosenttiosuuksia tarkasteltaessa on huomattava se, että masennusta koskeviin kysymyksiin on vastannut vain se osa vastaajista, joka on katsonut olevansa masentunut. Kysymykseen kuinka pitkään vastaaja on tuntenut olevansa masentunut, on omaisista vastannut vain 41.3 % ja kuntoutusasiakkaista 60.0 %.

Taulukko 3. Kurssilaisten tilanne kurssin alussa (%) sekä ryhmien väliset merkitsevät erot (p), (taulukko jatkuu seuraavalla sivulla)

	Omaisryh- mä n=58	Kuntoutusasi- akkaat n=55	Yhteensä N=113
Ruumiillinen terveydentila: (p=.019) ¹			
Erittäin hyvä	5.2	3.6	4.4
Melko hyvä	43.1	29.1	36.3
Kohtalainen	39.7	36.4	38.1
Melko huono	12.1	23.6	17.7
Erittäin huono	0	5.5	2.7
Psyykkinen terveydentila: (p=.000) ¹			
Erittäin hyvä	15.5	3.6	9.4
Melko hyvä	34.5	16.4	25.7
Kohtalainen	41.4	45.5	43.4
Melko huono	8.6	34.5	21.2
Erittäin huono	0	0	0
Fyysinen tai psyykkinen pitkäaikaissairaus: (p=.028) ²			
Ei ole	41.4	21.8	31.9
On yksi	24.1	34.5	29.2
On useampi	27.6	41.8	34.5
Terveydentilasta johtuvia vaikeuksia päivit- täisten asioiden hoitamisessa: (p=.005) ²			
Ei lainkaan	50.0	21.8	36.3
Jonkin verran	37.9	47.3	42.5
Melko paljon	12.1	25.5	18.6
Erittäin paljon	0	5.5	2.7
Tunteeko itsensä masentuneeksi: (p=.006) ²			
Kyllä	41.4	61.8	51.3
Ei	37.9	12.7	25.7
Ei osaa sanoa	17.2	25.5	21.2
Masennuksen kesto:			
0 - 6 kk	6.8	9.1	8.0
7 - 12 kk	5.2	7.3	6.2
13 - 24 kk	10.3	14.5	12.4
25 - 48 kk	5.2	10.9	8.0
49 - 72 kk	6.9	5.5	6.2
73 - 120 kk	5.2	9.1	7.1
Yli 120 kk	1.7	3.6	2.7
Keston keskiarvo (kk)	45.3	53.2	49.9
Keston mediaani (kk)	24.0	24.0	24.0

Masennuksen voimakkuus:			
Pysynyt pitkään samanlaisena	12.1	1.8	7.1
Lieventynyt	10.3	18.2	14.2
Pahentunut	8.6	16.4	12.4
Vaihtelevaa	22.4	40.0	31.0
Muun hoidon tai avun tarve masennukseen: ($p=.026$) ²			
Ei katso tarvitsevansa	13.8	7.3	10.6
Olisi jonkin verran hyötyä	31.0	30.9	31.0
Selvästi tarvetta	10.3	20.0	15.0
Hoito tai apu välttämätöntä	1.7	18.2	9.7
Koettu tuen saaminen läheisiltä:			
Ei lainkaan	5.2	3.6	4.4
Jonkin verran, mutta ei tarpeeksi	37.9	38.2	38.1
Melko paljon, mutta ei tarpeeksi	32.8	32.7	32.7
Tarpeeksi	24.1	25.5	24.8
Omien toiveiden toteuttaminen:			
Ei lainkaan	1.7	1.8	1.8
Hyvin harvoin	12.1	16.4	14.2
Jonkin verran	37.9	40.0	38.9
Melko usein	36.2	32.7	34.5
Lähes aina	12.1	9.1	10.6
Vastaaaja on :			
Osallistunut ryhmäkeskusteluun ($p=.028$) ²	32.8	16.4	24.8
Saanut terapiahoitoa ($p=.012$) ²	34.5	60.0	46.9
Saanut lääkehoitoa ($p=.000$) ²	32.8	70.9	51.3
Ollut psykiatrisessa hoidossa	6.9	14.5	10.6
Saa tällä hetkellä masennukseen lääkehoitoa ($p=.000$) ²	20.7	58.2	38.9

¹ Riippumattomien ryhmien t-testi

² χ^2 -testi

Liitteessä 7 on kuvattu tarkemmin kurssille osallistuneiden pitkäaikaissairaudet kummassakin ryhmässä. Liitteessä 8 esitetään kurssilaisten ilmoittamat syyt sille, mistä vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa johtuvat.

6.1.2 Masennuksen takana vaikuttavat tekijät

Kurssilaisilta kysyttiin kurssin alussa heidän käsitystään siitä, mistä oma masennus johtuu. Sekä omaisilla että kuntoutusasiakkailta oli useita selityksiä oman masennuksen mahdollisista taustatekijöistä. Kurssilaisten vastaukset on esitetty taulukossa 4. Vastedes taulukoissa on esitetty vastaajien määrä sulkeissa, mikäli kaikki eivät ole vastanneet kyseiseen kysymykseen.

Taulukko 4. Oman masennuksen syy kurssilaisten käsityksen mukaan

	Omais (n=31)	Kuntoutusasiakkaat (n=40)
Läheisen sairaus	17	5
Läheisen kuolema	3	5
Oma sairaus	2	7
Ihmissuhdeongelmat, esim. parisuhteessa	10	8
Väsymys, uupumus	2	8
Taloudelliset vaikeudet	1	7
Työttömyys	2	6
Työhön liittyvät ongelmat, esim. työuupumus, ristiriidat töissä	1	15
Kiire, stressi	1	5
Lapsuuden kokemukset	-	5
Omaan persoonaan liittyvät ongelmat, esim. liiallinen vaativuus	3	4
Yksinäisyys	1	4
Menneisyyden traumaattiset kokemukset	4	1
Paikkakunnan vaihdos, muutto	-	2
Oma masennus	2	1
Synnytys	-	2
Työpaikka- tai koulukiusaaminen	2	-
Puolison uskottomuus	2	-

Yksittäisen maininnan omaisryhmässä sai puhumattomuus. Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä yksittäisiä mainintoja saivat hormonihoitoiminnan vaihtelut, liiallinen murehtiminen, talvi, perintötekijät, toistuvat epäonnistumiset, pelot ja asumisongelmat.

Omaisista 15 (n=31) ilmoitti yhden syyn kysyttäessä mistä oman käsityksen mukaan oma masennus johtuu. Kaksi syytä ilmoitti yhdeksän omaista. Seitsemän omaista ilmoitti kolme syytä tai enemmän. Kuntoutusasiakkaista 10 (n=40) ilmoitti yhden syyn masennukselleen, 10 ilmoitti kaksi syytä ja 20 ilmoitti kolme syytä tai enemmän. Kun-

toutusasiakkaat olivat kaiken kaikkiaan huonommassa kunnossa kuin omaiset, ja tämä näkyy myös vastauksissa tähän kysymykseen.

Liitteessä 9 on esitetty niitä keinoja, joilla vastaajat ovat itse ennen kurssin alkua pyrkineet kohentamaan mielialaansa ja lievittämään masennusta. Keinovalikoima oli laaja ja siihen kuului niin toimimista, sosiaalista kanssakäymistä kuin ajatustyötäkin.

Omaisista 29.3 % ilmoitti, että oma masennus johtuu läheisen sairaudesta. Taulukossa 5 on esitetty kuuluuko vastaajan lähipiiriin psyykkisesti sairasta henkilöä. χ^2 -testi osoitti ryhmien eron merkitseväksi ($p=.000$) tässä suhteessa eli omaisryhmäläisten lähipiiriin kuului odotetusti enemmän psyykkisesti sairaita. Huomattava on, että myös kuntoutusryhmäläisistä suuri osa (41.8 %) ilmoitti, että lähipiiriin kuuluu vähintään yksi psyykkisesti sairas henkilö.

Taulukko 5. Kuuluuko vastaajan lähipiiriin psyykkisesti sairasta henkilöä (%)

	Omaiset	Kuntoutusasiakkaat
Ei ole koskaan kuulunut	3.4	36.4
Aikaisemmin kuului, parhaillaan ei	3.4	16.4
Kuuluu parhaillaan yksi	63.8	29.1
Kuuluu parhaillaan useampi	27.6	12.7

Liitteessä 10 on esitetty omaisryhmäläisten psyykkisesti sairasta läheistä koskevia taustatietoja sekä vastaajan suhdetta ja osallisuutta läheisen elämään. Omaisvastaajista noin puolet oli psyykkisesti sairaan läheisen vanhempia ja viidesosalla vastaajista läheinen oli oma puoliso. Vastaajista 46.6 % ilmoitti läheisen päädiagnoosiksi mielialasairaudesta ja 27.6 % skitsofrenian. Läheisen sairaus oli kestänyt keskimäärin yli viisi vuotta eli vastaajat olivat eläneet läheisen sairauden kanssa jo pitkään. Omaisryhmäläisistä 70.4 % ilmoitti huolehtivansa läheisensä asioista vähintään jonkin verran ja 38.0 % vähintään melko paljon. Neljä omaisryhmäläisistä ilmoitti, ettei läheisen asioista tarvitse huolehtia. Omaisista 36.2 % ilmoitti asuvansa yhdessä psyykkisesti sairaan läheisensä kanssa. Puolet omaisista koki läheisen auttamisen vähintään jonkin verran rasittavaksi.

Koska kuntoutusasiakkaiden ei oletettu olevan pääasiassa psyykkisesti sairaiden henkilöiden omaisia, kysyttiin heiltä yleisemmällä tasolla heidän elämäänsä kuormittavista

tekijöistä. Vastaajista 87.0 % ilmoitti, että heidän elämässään on vastaushetkellä kuormittavia tekijöitä. Kuormittuneisuuden kokemus käy tarkemmin ilmi seuraavista taulukoista. Taulukossa 6 on esitetty prosentteina kuinka kuormittuneita kuntoutusasiakkaat kokivat olevansa. Taulukossa 7 on esitetty kuinka monta mainintaa eri kuormitusta aiheuttavat tekijät saivat. Useimmat vastaajista olivat maininneet useamman kuin yhden tekijän kuormittavan heitä. Kuormittavat tekijät olivat pääosin samoja kuin ne tekijät, joiden kuntoutusasiakkaat katsoivat olevan syynä omaan masennukseen.

Taulukko 6. Kuinka kuormittuneeksi kuntoutusasiakkaat kokivat itsensä kurssin alussa

	%
Erittäin paljon	9.1
Melko paljon	56.4
Jonkin verran	29.1
Vain vähän	3.6
Ei lainkaan	1.8

Taulukko 7. Kuntoutusasiakkaiden mainitsevat kuormitusta aiheuttavat tekijät

	(n=50)
Taloudelliset huolet	20
Omaan terveyteen liittyvät huolet	20
Työhön liittyvät tekijät	19
- Huoli työssä jaksamisesta (11)	
- Työttömyys tai pelko työn menettämisestä (7)	
Huoli läheisistä tai läheisiin liittyvät huolet	13
Parisuhdeongelmat	8

Kahdesta neljään mainintaa saivat myös seuraavat tekijät: muut ihmissuhteisiin liittyvät ristiriidat, yksinäisyys ja rakkauden puute, ajan puute, asioiden hoitaminen, menneisyyden tapahtumien tai traumojen käsittely ja muutokset elämässä.

Kuntoutusasiakkailta kysyttiin yleisemmällä tasolla kuuluuko heidän lähipiiriinsä henkilöitä (ei siis välttämättä psyykkisesti sairaita), jotka tarvitsevat pitkäaikaisesti ja huomattavissa määrin heidän tukeaan tai apuaan. Liitteessä 11 on esitetty tietoja kuntoutusasiakkaiden mainitsemista, tukea tarvitsevista läheisistä.

6.1.3 Vastaaajien kurssille osallistumisen syyt ja tiedon saaminen kurssista

Kurssin alussa osallistujilta tiedusteltiin syitä kurssille osallistumiselle. Taulukossa 8 on eriteltynä kurssilaisten vastaukset kysymykseen ”Miksi halusitte osallistua tälle kurssille?”

Taulukko 8. Syyt miksi kurssille haluttiin osallistua

	Omaiset (n=55)	Kuntoutusasiakkaat (n=52)
Oma jaksaminen, itsestä huolehtiminen, omat voimavarat	16	6
Kokemusten jakaminen, tuen saaminen, vertaistuki	12	18
Uusien toimintamallien ja ajatusten saaminen, uudet ongelmanratkaisumallit	10	3
Mielialan koheneminen, ilon ja positiivisuuden löytäminen	8	7
Tiedon saaminen	8	5
Läheisen ihmisen auttaminen	8	-
Masennuksen hallinta, halu parantua masennuksesta	5	5
Mielenkiinto aiheeseen	4	-
Muilta oppiminen	3	-
Keskustelukumppanin, ystävän löytäminen	2	4
Läheisen / ammatti-ihmisen suositus	3	-
Itsetuntemuksen paraneminen	3	2
Vaikeasta perhetilanteesta selviäminen	2	-
Parisuhteen paraneminen	2	-
Uteliaisuus	1	2
Pyydettiin mukaan	-	3
Jotain tekemistä, ajankulu	-	2

Yksittäisiä mainintoja saivat omaisryhmässä elämän saaminen vähemmän työpainotteiseksi, lääkkeitä eroon pääseminen, virkistys, yksinäisyys, omien voimien loppuminen, kurssin kuuluminen työhön ja usko psykoedukatiivisiin menetelmiin. Kuntoutusasiakailta yksittäisiä mainintoja saivat muihin äiteihin tutustuminen, varmuuden hakeminen itselle, toive ”palautua ennalleen”, katkeruudesta yli pääseminen, alusta aloittaminen, elämänhallinta, mielialan tarkastelu, nykyisen tilanteen selvittäminen ja rentoutuminen.

Tiedon kurssista osallistujat olivat saaneet taulukossa 9 esitetyn mukaisesti.

Taulukko 9. Mistä kurssilaiset olivat saaneet tiedon kurssista

	Omaiset (n=54)	Kuntoutusasi- akkaat (n=51)
Mielenterveyspotilaiden omaisten ryhmän kautta	15	-
Ammatti-ihmiseltä (esim. lääkäri, sosiaalityön- tekijä, omaishoitaja, omahoitaja, terapian kautta)	8	27
Tiedotteesta, jäsentiedotteesta, jäsenkirjeestä	9	1
Lehti-ilmoituksesta	4	5
Kurssin ohjaajalta	6	3
Seurakunnan työntekijältä	2	4
Ystävältä, tutulta, sukulaiselta	2	3
Työtoverilta; työn kautta	2	5

Yksittäisiä mainintoja saivat omaisryhmässä tiedon saaminen puhelimitse, kokous, masennuskurssi, omaisyhdistyksen kalenteri, syömishäiriöpotilaiden tuki ry:n tilaisuus, järjestösihteeri, ilmoitus sairaalan seinällä ja kriisikeskus. Kuntoutusasiakkailta yksittäisiä mainintoja saivat baby blues- työntekijä, ensikotiyhdistys, kurssin kuuluminen vapaaehtoisena työaikaan ja tiedotustilaisuus.

6.1.4 Tutkimusryhmien tilanne psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla

Omaisten ja kuntoutusasiakkaiden masennusta, ahdistuneisuutta, tyytyväisyyttä elämään ja elämän hallintaa mitattiin viiden mittarin avulla, jotka on esitelty tarkemmin luvussa 5.5. Masennuksen mittareina käytettiin Beckin depressioseulaa (BDI-I) ja DEPS -mittaria. Ahdistuneisuutta, tyytyväisyyttä elämään ja elämän hallintaa mitattiin Ojasen 0 – 100 -asteikoiden avulla. Tästä eteenpäin edellä mainituista mittareista käytetään yhteisnimitystä ”psyykkisen hyvinvoinnin mittarit”, sillä ne kaikki mittaavat joko hyvinvoinnin positiivista tai negatiivista ulottuvuutta. Taulukossa 10 on esitetty korrelaatioarvoina mittareiden suhteet toisiinsa kurssin alkumittauksessa siten, että taulukon oikeassa ylä-laidassa on kuntoutusasiakkaiden ja vasemmassa alalaidassa omaisten korrelaatioarvot. Kuntoutusasiakkailta masennusmittareiden yhteys hyvinvoinnin mittareihin oli jonkin verran voimakkaampaa kuin omaisilla eli heillä masennus oli omaisia enemmän yhteydessä alhaiseen hyvinvointiin. Taulukossa 11 on esitetty ryhmien tilanne näillä mitta-

reilla mitattuna kurssin alussa sekä ryhmien eron merkitsevyys riippumattomien ryhmien t-testillä mitattuna. Pylväsdiagrammit kuvaavat kurssilaisten jakautumista psykisen hyvinvoinnin mittareilla kurssin alussa kuvioissa 1 – 10.

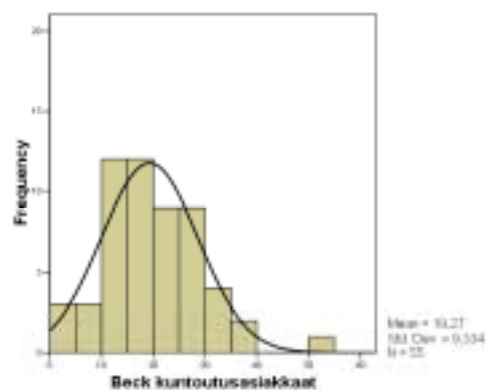
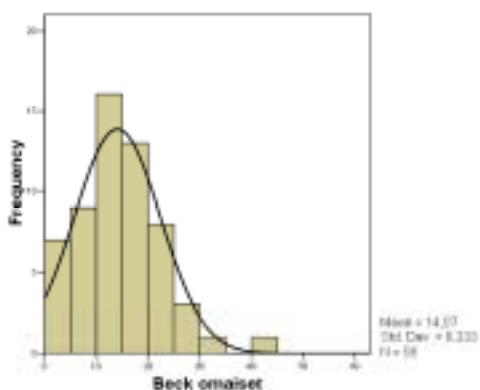
Taulukko 10. Psykkisen hyvinvoinnin mittareiden keskinäiset suhteet korrelaation avulla ilmaistuna omaisilla ja kuntoutusasiakkailla

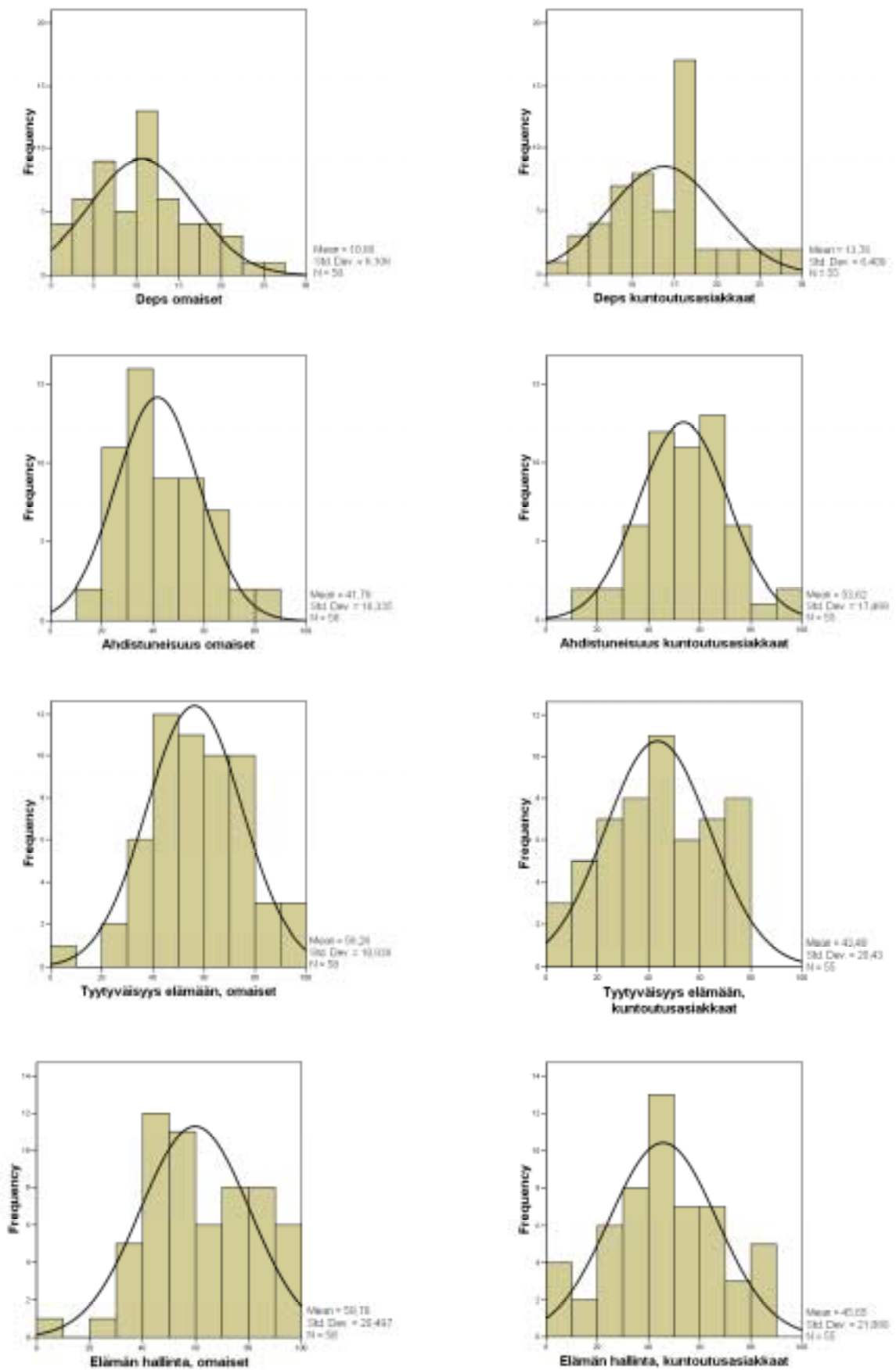
	Kuntoutusasiakkaat				
	BDI	DEPS	Ahdistuneisuus	Tyytyväisyys elämään	Elämän hallinta
BDI	1	.64	.48	-.76	-.72
DEPS	.78	1	.60	-.62	-.61
Ahdistuneisuus	.42	.39	1	-.56	-.60
Tyytyväisyys elämään	-.52	-.53	-.49	1	.74
Elämän hallinta	-.35	-.39	-.50	.47	1

Omaiset

Taulukko 11. Omaisten ja kuntoutusasiakkaiden pisteet psykisen hyvinvoinnin mittareilla kurssin alussa sekä niiden eron merkitsevyys (p).

	<u>Omaiset</u>		<u>Kuntoutusasiakkaat</u>		t-arvo	p-arvo
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
BDI	14.1	8.3	19.3	9.3	-3.13	.002
DEPS	10.7	6.1	13.8	6.4	-2.61	.010
Ahdistuneisuus	41.8	16.3	53.6	17.5	-3.72	.000
Tyytyväisyys elämään	56.3	18.6	43.5	20.4	3.47	.001
Elämän hallinta	59.8	20.5	45.7	21.1	3.61	.000





Kuviot 1-10. Kurssilaisten jakautuminen psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla kurssin alussa

Kuntoutusasiakkaat olivat masentuneempia, ahdistuneempia, vähemmän tyytyväisiä elämään ja kokivat vähemmän elämän hallinnan tunnetta kuin omaisryhmäläiset. Erot ryhmien välillä olivat merkitseviä kullakin näistä psyykkisen hyvinvoinnin mittareista riippumattomien ryhmien t-testillä mitattuna.

Tarkasteltaessa kuinka moni kurssilaisista oli masentunut kurssin alussa välineenä käytettiin aiemmissa tutkimuksissa validoituja katkaisupisteteitä, jotka ovat BDI:ssä ≥ 10 pistettä ja DEPS:ssä ≥ 9 pistettä. Taulukosta 12 käy ilmi, että suurin osa omaisryhmäläisistä ja kuntoutusasiakkaista oli masentuneita kurssin alussa.

Taulukko 12. Kuinka monta prosenttia vastaajista ylitti masennusrajan

	Omaiset	Kuntoutusasiakkaat
BDI ≥ 10 p.	72.4	89.1
DEPS ≥ 9 p.	63.8	76.4

Sekä omaisryhmissä että kuntoutusasiakkaiden ryhmissä oli mukana osallistujia, joilla masennuspisteet jäivät BDI:llä ja DEPS:llä mitattuina alhaisiksi kurssin alussa. BDI:ssä 0 – 9 pistettä ja DEPS:ssä 0 – 8 pistettä tulkitaan, että vastaajalla ei ole masennusta tai että hän on vain lievästi masentunut. BDI:n mukaan omaisryhmäläisistä 16:lla ja kuntoutusasiakkaista kuudella oli vain vähän tai ei lainkaan masennusta. DEPS:llä mitattuna masennuspisteet jäivät alhaisiksi omaisista 19:llä ja kuntoutusasiakkaista 13:lla. Tarkemmin alhaisten masennuspisteiden osuus kurssilaisilla sekä alhaisten masennuspisteiden yhteys taustamuuttujiin on kuvattu liitteessä 12.

Ojasen asteikoissa (Ahdistuneisuus, Tyytyväisyys elämään ja Elämän hallinta) taulukossa 13 käytetyt katkaisupisteet ovat väestön keskiarvoja (M. Ojanen, henkilökohtainen tiedonanto, 27.10.2003). Taulukko kertoo siitä, kuinka monella prosentilla vastaajista ahdistuneisuus oli korkeampi kuin väestöllä keskimäärin sekä kuinka monella prosentilla tyytyväisyys elämään ja elämän hallinnan kokemus olivat alhaisempia kuin väestöllä keskimäärin. Taulukoiden 11 ja 14 arvoja vastaajien ahdistuneisuudessa, elämään tyytyväisyydessä ja elämän hallinnassa voidaan verrata seuraaviin ryhmiin. Sepelvaltimotautia sairastavilla ahdistuneisuus on aiempien tutkimusten mukaan ollut keskimäärin 42, elämään tyytyväisyys 64 ja elämän hallinta

66. Mielenterveyspotilailla ahdistuneisuus on ollut keskimäärin 50, elämään tyytyväisyys 57 ja elämän hallinta 54. Lyhytterapia-asiakkailla ahdistuneisuus on ollut keskimäärin 53, elämään tyytyväisyys 55 ja elämän hallinta 67. (Ojanen ym., 2001, 88.)

Taulukko 13. Kuinka monta prosenttia vastaajista oli ahdistuneempia, vähemmän tyytyväisiä elämään ja koki alhaisempaa elämän hallintaa kuin väestö keskimäärin.

	Omaiset	Kuntoutusasiakkaat
Ahdistuneisuus \geq 33 p.	60.3	89.1
Tyytyväisyys elämään \leq 73 p.	82.8	94.5
Elämän hallinta \leq 74 p.	69.0	89.1

Liitteessä 13 on esitetty taustamuuttujien yhteydet psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin. Kuntoutusasiakkailla yhteyksiä löytyi enemmän kuin omaisryhmäläisillä. Masennuksen osalta löytyi muun muassa seuraavia yhteyksiä. Kummassakin ryhmässä vähäisempi tyytyväisyys toimeentuloon oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen. Omaisryhmässä se, ettei vastaaja ollut juuri voinut toteuttaa omia toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan viimeisen neljän viikon aikana, samoin kuin se, ettei vastaaja kokenut saavansa tukea läheisiltä ihmisiltä olivat yhteydessä suurempaan masennukseen. Kuntoutusasiakkaista työttömät, eläkeläiset tai sairauslomalla olevat olivat enemmän masentuneita kuin työssä käyvät. Myös huonompi fyysinen ja psyykkinen terveydentila olivat yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen kuntoutusasiakkailla.

6.2 Kurssin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin

Kurssin vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin tarkasteltiin vertaamalla kurssilaisten pisteiden keskiarvoja psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla kurssin alussa ja kurssin lopussa riippuvien ryhmien t-testiä käyttäen. Ryhmien pisteet psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla kurssin alussa ja kurssin lopussa sekä näiden eron merkitsevyys on esitetty taulukossa 14. Omaisilla muutos masennuksessa oli merkitsevä ja suunta oli oikea eli masennus väheni. Sen sijaan ahdistuneisuus, tyytyväisyys elämään ja elämän hallinta eivät kohentuneet merkitsevästi. Suunta oli kuitenkin oikea eli ahdistuneisuus väheni ja tyytyväisyys elämään sekä elämän hallinnan tunne kasvoivat keskimäärin. Kurssi vaikutti omaisilla siis enemmän negatiiviseen kuin positiiviseen tunnetilaan. Kuntoutusasiakkailla muutos oli merkitsevä kaikilla psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla mi-

tattuna ja muutoksen suunta oli oikea. Lisäksi muutos masennuksessa oli heillä hieman suurempaa kuin omaisilla. Näin ollen kuntoutusasiakkaiden ryhmä hyötyi kurssista omaisryhmää enemmän näillä mittareilla mitattuna. Muutos masennuksessa, ahdistuneisuudessa, tyytyväisyydessä elämään ja elämän hallinnassa on esitetty hajontakuvioiden liitteessä 14.

Taulukko 14. Omaisten ja kuntoutusasiakkaiden psyykinen hyvinvointi kurssin alussa ja lopussa sekä kurssin aikana tapahtuneen muutoksen merkitsevyys (p).

	Omaiset				Kuntoutusasiakkaat			
	Alku \bar{x}	Loppu \bar{x}	t-arvo	p-arvo	Alku \bar{x}	Loppu \bar{x}	t-arvo	p-arvo
Masennus								
BDI	14.1	9.4	4.16	.000	19.3	14.0	5.67	.000
DEPS	10.7	8.1	3.07	.003	13.8	11.2	3.68	.001
Ahdistuneisuus	41.8	37.2	1.77	.082	53.6	48.0	2.78	.007
Tyytyväisyys elämään	56.3	60.8	-1.79	.079	43.5	53.1	-4.97	.000
Elämän hallinta	59.8	61.9	-0.51	.612	45.7	56.0	-4.91	.000

Taulukossa 15 on esitetty muutosten vaikutuksen voimakkuuden arviot (Effect size), jotka jäivät kohtalaisiksi. Vaikutuksen voimakkuus kuvaa ryhmän sisällä tapahtunutta muutosta suhteessa alkumittauksen keskihajontaan.

Taulukko 15. Muutoksen voimakkuus (ES)

	Omaiset	Kuntoutusasiakkaat
Muutos BDI:ssä	0.56	0.57
Muutos DEPS:ssä	0.42	0.40
Muutos ahdistuneisuudessa	0.28	0.32
Muutos tyytyväisyydessä elämään	-0.25	-0.47
Muutos elämän hallinnassa	-0.10	-0.49

Taulukossa 16 on esitetty kuinka monta prosenttia vastaajista ylitti riskirajan psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla kurssin alussa ja lopussa. Masennuksen kohdalla on käytetty taulukossa 12 esitettyjä masennuksen katkaisupisteitä. Ojaisen asteikoiden eli ahdistuneisuuden, elämään tyytyväisyyden ja elämän hallinnan kohdalla vastaava raja on määritetty siten, että taulukossa 13 mainituista väestön keskiarvoista on vähennetty yksi hajonnan mitta.

Taulukko 16. Kuinka monta prosenttia vastaajista oli kurssin alussa ja lopussa masentuneita, ahdistuneita, elämäänsä tyytymättömiä ja koki vain vähän elämän hallinnan tunnetta.

	<u>Omaiset</u>		<u>Kuntoutusasiakkaat</u>	
	Kurssin alussa	Kurssin lopussa	Kurssin alussa	Kurssin lopussa
BDI \geq 10 p.	72.4	37.9	89.1	61.8
DEPS \geq 9 p.	63.8	43.1	76.4	58.2
Ahdistuneisuus \geq 49 p.	37.9	22.4	60.0	49.1
Tyytyväisyys elämään \leq 55 p.	48.3	36.2	70.9	52.7
Elämän hallinta \leq 54 p.	51.7	36.2	70.9	47.3

Taulukossa 17 on esitetty kurssilaisten psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneet muutokset jaoteltuna kolmeen luokkaan. Ei muutosta -luokka koostuu niistä kurssilaisista, joilla pisteet alkumittauksesta loppumittaukseen ovat muuttuneet korkeintaan puoli keskihajontaa jompaankumpaan suuntaan. Taulukosta näkyy, että vaikka muutos tapahtui kummassakin ryhmässä kaikilla psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla mitattuna keskimäärin positiiviseen suuntaan, oli joukossa myös niitä, joiden hyvinvointi huononi kurssin aikana. Erityisesti omaisryhmäläisillä hyvinvoinnin positiivisella ulottuvuudella tapahtui verrattain paljon muutosta huonompaan, kun taas kuntoutusasiakkailla juuri tällä alueella tapahtui eniten muutosta parempaan yksilötasolla tarkasteltuna.

Taulukko 17. Kurssilaisten psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneet muutokset kurssin aikana (%)

	<u>Omaiset</u>			<u>Kuntoutusasiakkaat</u>		
	Muutos parempaan	Ei muutosta	Muutos huonompaan	Muutos parempaan	Ei muutosta	Muutos huonompaan
Masennus						
BDI	43.1	41.4	10.3	49.1	43.6	7.3
DEPS	34.5	53.4	8.6	38.2	52.7	7.3
Ahdistuneisuus	36.2	39.7	19.0	47.3	36.4	16.4
Tyytyväisyys elämään	41.4	34.5	22.4	52.7	40.0	7.3
Elämän hallinta	41.4	29.3	27.6	58.2	32.7	9.1

Muutosta tarkasteltiin myös erikseen niillä ryhmillä, jotka saivat psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla korkeampia ja matalampia arvoja alkumittauksessa. Aineisto jaettiin kahteen ryhmään mediaanista. Kummallakin ryhmällä muutoksen merkitsevyys testattiin erikseen riippuvien ryhmien t-testiä käyttäen. Tulokset on esitetty taulukoina liitteessä 15. Tarkastelussa osoittautui, että omaisryhmissä enemmän ja vähemmän masentuneet, ahdistuneet ja hyvinvoivat erosivat toisistaan muutoksen suuruudessa. Muutosta tapahtui enemmän niillä, jotka olivat masentuneempia, ahdistuneempia ja jotka olivat vähemmän tyytyväisiä elämäänsä ja kokivat vähemmän hallinnan tunnetta. Kuntoutusasiakkailta enemmän ja vähemmän masentuneilla, ahdistuneilla ja hyvinvoivilla ei ollut juurikaan eroa. Tulos on selitettävissä sillä, että omaisryhmissä oli mukana myös niitä, joilla masennuksen, ahdistuneisuuden ja hyvinvoinnin lähtötaso oli melko hyvä ja näin ollen näillä vastaajilla ei voinut tapahtua suurta muutosta. Kuntoutusasiakkaiden tilanne psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla mitattuna oli huonompi ja niinpä muutos oli merkitsevä kummallakin ryhmällä.

Taustamuuttujien sekä kurssiin liittyvien muuttujien yhteyttä muutokseen tarkasteltiin χ^2 -testin avulla. Merkitsevyydellä .05 yhteydet olivat hyvin vähäisiä lukuun ottamatta psyykkisen hyvinvoinnin alkupisteiden yhteyttä muutokseen. Edellä on mainittu tämä yhteys riippuvien ryhmien t-testillä mitattuna. χ^2 -testi antoi omaisryhmällä saman tuloksen kuin riippuvien ryhmien t-testi, eli niillä omaisryhmäläisillä, jotka olivat masentuneempia, ahdistuneempia ja vähemmän hyvinvoivia, muutosta tapahtui merkitsevästi enemmän kuin niillä, jotka voivat paremmin. Sen sijaan kuntoutusasiakkailta χ^2 -testi antoi riippuvien ryhmien t-testiin verrattuna erilaista tietoa. Masentuneemmat (BDI), ahdistuneemmat ja ne, jotka olivat elämäänsä vähemmän tyytyväisiä, hyötyivät kurssista merkitsevästi enemmän kuin ne, jotka voivat näillä mittareilla mitattuna paremmin. Psyykkisen hyvinvoinnin alkupisteet olivat siis pääosin yhteydessä muutokseen.

Yksittäisiä merkitseviä yhteyksiä löytyi myös seuraavasti:

- Se, että vastaaja oli tyytyväinen kurssiin oli omaisryhmäläisillä merkitsevässä yhteydessä masennuksen vähenemiseen DEPS:llä mitattuna ($p=.031$)
- Se, että vastaaja arvioi kurssia mediaania myönteisemmin kysymyksissä 22 – 27 (summamuuttuja) oli omaisryhmäläisillä merkitsevässä yhteydessä masennuksen vähenemiseen DEPS:llä mitattuna ($p=.013$), kuntoutusasiakkailta taas ahdistuneisuuden vähenemiseen ($p=.007$).

- Se, että vastaaja arvioi ryhmän ilmapiirin (summamuuttuja: kysymys 36) mediaania myönteisemmin oli omaisilla yhteydessä masennuksen vähenemiseen BDI:llä mitattuna ($p=.015$)

Tärkeää on huomata että muun muassa seuraavilla tekijöillä ei ollut yhteyttä muutoksen suuruuteen:

- Vastaajan kokemus siitä, kuinka paljon kurssi oli vaikuttanut hänellä eri elämäntilanteille (summamuuttuja: omaiset kysymykset 28 – 35, kuntoutusasiakkaat kysymykset 28 – 33)
- Kuinka hyödylliseksi vastaaja koki kurssilla opetetut taidot (summamuuttuja: kysymys 18) sekä miten vastaaja koki, että kurssilla opetetut taidot tai asiat ovat sovellettavissa omaan elämään
- Kuinka monella kurssikerralla vastaaja oli paikalla
- Kuinka monelle kurssikerralle vastaaja oli tehnyt kotitehtävät ja kuinka hyödyllisiä kotitehtävät olivat vastaajan mielestä
- Kuinka kauan vastaaja on ollut masentunut
- Omaiset: onko omaisen tai hänen psyykkisesti sairaan läheisen elämäntilanteessa tapahtunut muutosta kurssin aikana
- Kuntoutusasiakkaat: onko omassa elämäntilanteessa tapahtunut muutosta kurssin aikana

6.3 Osallistujien arvio kurssista

6.3.1 Kurssin toteutus

Omaisista 47 (81.0 %) koki saaneensa tarpeeksi tietoa kurssin sisällöstä etukäteen. Yksitoista (19.0 %) omaista ei mielestään saanut tarpeeksi tietoa kurssin sisällöstä ennakoon. Vastaajien oli myös mahdollista kertoa, mistä he olisivat halunneet saada enemmän tietoa etukäteen. Eräs vastaaja totesi, että ”*Tietoa olisin varmaan saanut, jos olisin osannut kysyä -- olisin voinut paremmin puntaroida kurssin sopivuutta tämänhetkiseen tilanteeseen*”. Eräs vastaaja mainitsi, että ”*-- kirjatkin saimme vasta neljännellä tapauksikerralla, neidän olisi pitänyt olla jo ennen kurssin alkua että olisi voinut tutustua etukäteen*”. Viidessä vastauksessa tuli esiin epävarmuus siitä, kenelle kurssi on erityi-

sesti tarkoitettu, mitä se pitää sisällään, mikä sen tarkoitus on. Osalle omaiskurssille osallistujista ei siis ollut täysin selvää millaiselle kurssille he olivat tulleet. Kuntoutusasiakkaista vain yksi (1.8 %) ei ollut omasta mielestään saanut tarpeeksi tietoa kurssin sisällöstä etukäteen.

Omaisista 49 (84.5 %) oli sitä mieltä, että kurssi ajoittui sopivaan vaiheeseen elämässä. Seitsemän (12.1 %) omaisen mielestä ajoitus ei ollut hyvä elämäntilanteen kannalta. Niistä omaisista joiden mielestä kurssi ei ajoittunut sopivaan elämänvaiheeseen kahdella läheisen psyykkinen sairaus oli helpottunut eikä tuen tarve enää ollut kovin suuri. Eräällä vastaajalla läheisen sairaus oli kestänyt jo niin pitkään, että sopeutumista oli tapahtunut ja selviytymiskeinoja oli keksitty omin voimin. Kolme vastaajaa ilmoitti tarpeen kurssille olevan suurempi syksyllä tai talvella, kun masennusta on enemmän. Monella läheisen sairaus oli sellaisessa vaiheessa tai vasta todettu, että tuki tuli tarpeeseen ja kurssin ajoitus oli täten hyvä. Omassa elämäntilanteessa tai terveydentilassa oli tapahtunut usealla vastaajalla jotain sellaista, minkä vuoksi kurssi ajoittui hyvään vaiheeseen. Eräs vastaaja kertoi päässeensä pahimman vaiheen ohi, ja tässä tilanteessa kriisin käsittely vertaisryhmässä oli mahdollista ja ajankohtaista.

Kuntoutusasiakkaista 48 (87.3 %) piti kurssin ajoitusta hyvänä oman elämäntilanteen kannalta. Seitsemän (12.7 %) kuntoutusasiakasta oli sitä mieltä, että kurssi ei ajoittunut sopivaan vaiheeseen elämässä. Eräällä kuntoutusasiakkaiden ryhmäläisellä oli elämässään voimakas kriisiaika, joten tehtäviin paneutumiseen ei ollut voimia. Toisella vastaajalla olivat voimavarat vähissä kurssin käymistä ajatellen. Kaksi vastaajaa kirjoitti keskittymiskykynsä puuttuneen. Yksi vastaajista ilmoitti, ettei hän ollut masentunut, joten siksi kurssin ajoitus ei ollut sopiva.

Kurssilaisia pyydettiin kertomaan miten helppoa henkisesti oli tulla ryhmään. Vastaukset jakautuivat taulukossa 18 esitetyn mukaisesti.

Taulukko 18. Ryhmään tulon helppous henkisesti

	Omaiset	Kuntoutusasiakkaat
Erittäin helppoa	34 (58.6 %)	22 (40.0 %)
Melko helppoa	17 (29.3 %)	21 (38.2 %)
Ei erityisen helppoa eikä vaikeaa	5 (8.6 %)	6 (10.9 %)
Melko vaikeaa	2 (3.4 %)	5 (9.1 %)
Erittäin vaikeaa	-	1 (1.8 %)

Omaisista 88 % piti ryhmään tuloa henkisesti erittäin tai melko helppona. Vastauksista kysymykseen ”Mistä helppous / vaikeus johtui?” nousi esiin muutama muita merkittävämpi kurssille tuloa helpottava tekijä. Eniten mainintoja sai yhteinen kokemustausta. Eräs vastaaja kuvasi tätä sanoilla ”*olemme kaikki samassa veneessä*”. Samat asiat yhdistivät ryhmäläisiä, ihmisillä oli ”*samanlaisia huolia ja murheita*”. Taulukossa 19 on esitettyä omaisten vastauksissa esiin tulleet syyt ryhmään tulon helppoudelle.

Taulukko 19. Ryhmään tulon helppouden syyt omaisten ryhmässä

	Omaiset (n=38)
Yhteinen kokemustausta, kokemusten jakaminen	14
Hyvä vetäjä	5
Avun tai neuvojen tarve	5
Luottavainen ja turvallinen tunnelma	5
Tutut ihmiset	4
Avoin ilmapiiri	4
Pieni ryhmäkoko	3
Tuttu vetäjä	3
Kiinnostus kurssiin	3
Omat luonteenpiirteet, oma sosiaalisuus	3
Vertaistuki	2
Aiempi ryhmäkokemus	2

Yksittäisiä mainintoja tuli yhteensä viisi kappaletta. Mainintoja saivat kuulluksi tulemisen tarve, oma yksinäisyys, halu auttaa ja tulla autetuksi sekä käsiteltävien asioiden kanssa sinut oleminen.

Myös kuntoutusasiakkaista suurin osa piti ryhmään tulemistä henkisesti erittäin tai melko helppona (78.0 %). Vain kuuden vastaajan mielestä ryhmään tulo oli melko vai-

keaa tai erittäin vaikeaa. Yksi kurssilainen ei halunnut kuulla tai lukea masennukseen liittyvistä asioista, ja tämä vaikeutti ryhmään tulemista. Toisten paha olo ahdisti. Kolme vastaajaa mainitsi jännityksen ryhmään tuloa vaikeuttavana asiana. Yhden vastaajan mielestä ahdistus oli haittaava tekijä. Eräs kurssilainen kertoi lähtemisen olleen erityisen vaikeaa, toinen vastaajaa taas mainitsi vieraille ihmisille puhumisen vaikeaksi.

Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä merkittävin ryhmään tuloa helpoksi tekevä asia oli tuttu ryhmä. Monilla oli tuttuja ryhmässä ja tämä helpotti ryhmään tulemista. Eräs vastaaja kuvasi tätä kertomalla olonsa olevan turvallinen tämän takia. Vastauksissa painotui myös vertaistuen merkitys. Oli tärkeää tietää, että kaikilla ryhmäläisillä oli ollut vaikeaa ja että muilla ihmisillä oli vastaavia ongelmia. Taulukossa 20 on esitettyä kuntoutusasiakkaiden vastaukset kysymykseen ryhmään tulon helppouden syistä.

Taulukko 20. Ryhmään tulon helppouden syyt kuntoutusasiakkaiden ryhmässä

Kuntoutusasiakkaat (n=41)	
Tuttu ryhmä, tuttuja ryhmässä	10
Ryhmän pieni koko	4
Tuttu vetäjä	4
Omat luonteenpiirteet	4
Vertaistuki	4
Hyvä ilmapiiri, me-henki	3
Ryhmän vetäjä	3
Halu ja tarve saada apua	3
Luottamus	2
Ei jännitystä	2
Oma motivaatio	2

Yksittäisiä mainintoja tuli kuusi kappaletta. Mainintoja saivat mielenkiintoiset asiat, oma elämäkokemus, halu saada jotain uutta elämään, puhumisen tarve, se että oli tekemisissä erilaisten ihmisten kanssa omassa työssään sekä se että asioista sai tarpeeksi tietoa etukäteen.

Kurssilaisia pyydettiin kertomaan mielipiteensä kokoontumiskertojen määrästä, ryhmäkertojen pituudesta, keskustelulle varatusta ajasta ja ryhmän koosta. Taulukossa 21 on esitetty vastaukset näihin kysymyksiin.

Taulukko 21. Kurssille osallistuneiden mielipiteet kokoontumiskertojen määrästä, ryhmäkertojen pituudesta, keskustelulle varatusta ajasta ja ryhmän koosta.

	Omaisiet	Kuntoutusasiakkaat
Kokoontumiskertoja		
Sopiva määrä	47 (81.0 %)	33 (60.0 %)
Liikaa	-	-
Liian vähän	11 (19.0 %)	22 (40.0 %)
Ryhmäkertojen pituus		
Sopiva	51 (87.9 %)	46 (83.6 %)
Liian pitkiä	-	-
Liian lyhyitä	7 (12.1 %)	9 (16.4 %)
Aikaa varattu keskustelulle		
Tarpeeksi	50 (86.2 %)	43 (78.2 %)
Liikaa	2 (3.4 %)	-
Liian vähän	6 (10.3 %)	12 (21.8 %)
Ryhmän koko		
Sopiva	55 (94.8 %)	52 (94.5 %)
Liikaa osallistujia	-	-
Liian vähän osallistujia	2 (3.4 %)	3 (5.5 %)

Kurssille osallistuneet arvioivat ryhmän ilmapiiriä 0 – 10 -asteikolla, jossa nolla oli negatiivinen ääripää (esim. kylmä ilmapiiri) ja 10 positiivinen ääripää (esim. lämmin ilmapiiri). Taulukossa 22 on kunkin ilmapiirin osa-alueen saamat keskiarvot.

Taulukko 22. Kurssin ilmapiirin arviointia

	Omaisiet \bar{x}	Kuntoutusasiakkaat \bar{x}
Lämmin / kylmä	9.28	9.08
Rauhoittava / ahdistava	8.86	8.91
Sopuisa / riitaisa	9.45	9.53
Kannustava / lannistava	9.33	8.85
Toisista välittävä / välinpitämätön	9.34	8.96
Edellisten \bar{x}	9.25	9.07

Kokonaisuutena osallistujat arvioivat kurssin ilmapiiriä hyvin positiivisesti. Kaikki muut ilmapiirin osa-alueet saivat omaisilla arvoja väliltä 7 – 10, mutta rauhoittavuus / ahdistavuus sai arvoja väliltä 5 – 10. Ilmapiiriä pidettiin siis positiivisesti painottuneena, omaisista kukaan ei arvioinut ilmapiirin eri osa-alueita kielteisesti (arvot 0 – 4). Kuntoutusasiakkailta ilmapiirin osa-alueet saivat arvoja väliltä 5 – 10 eli myös tässä ryhmässä arviot painoutuivat positiiviseen puoleen. Kannustava / lannistava ja toisista välittävä / välinpitämätön ilmapiiri saivat kumpikin yhden nolla-arvon, mikä oli poikkeama yleisestä positiivisesta arvioinnista. Kurssin ilmapiirissä ei siis kokonaisuutena arvioitu olevan mitään isompia puutteita.

6.3.2 Vastaaajien osallistuminen kurssilla

Kurssikertoja oli kokonaisuudessaan kahdeksan. Kaikki osallistujat eivät olleet läsnä kaikilla kurssikerroilla. Taulukossa 23 on esitettyä kuinka monella ryhmäkerralla kurssilaiset olivat paikalla.

Taulukko 23. Kuinka monella ryhmäkerralla kurssilainen oli paikalla

	Omaiset	Kuntoutusasiakkaat
Yhdeksän	-	2 (3.6 %)
Kahdeksan	29 (50.0 %)	28 (50.9 %)
Seitsemän	18 (31.0 %)	19 (34.5 %)
Kuusi	8 (13.8 %)	5 (9.1 %)
Viisi	2 (3.4 %)	-
Neljä	1 (1.7 %)	1 (1.8 %)

Kurssilaiset täyttivät mielialan arviointiasteikon taulukon 24 mukaisesti. Mielialan arviointiasteikko täytettiin jokaista kurssikertaa varten ja se oli tarkoitettu kurssilaisten omaan käyttöön. Mielialan arviointiasteikot eivät olleet käytettävissä tässä tutkimuksessa. Muita kotitehtäviä kurssilaiset tekivät taulukossa 25 esitetyn mukaisesti.

Taulukko 24. Kuinka monelle kerralle kurssilainen oli täyttänyt mielialan arviointias-
teikon

	Omaiset		Kuntoutusasiakkaat	
Ei kertaakaan	-		1	(1.8 %)
1 – 3 kertaa	9	(15.5 %)	10	(18.2 %)
4 – 6 kertaa	18	(31.0 %)	12	(21.8 %)
7 – 8 kertaa	31	(53.4 %)	32	(58.2 %)

Taulukko 25. Kuinka monelle kerralle kurssilainen oli tehnyt muut kotitehtävät

	Omaiset		Kuntoutusasiakkaat	
Ei kertaakaan	2	(3.4 %)	3	(5.5 %)
1 – 3 kertaa	11	(19.0 %)	16	(29.1 %)
4 – 6 kertaa	27	(46.6 %)	18	(32.7 %)
7 – 8 kertaa	17	(29.3 %)	18	(32.7 %)

6.3.3 Kurssilla opettettujen taitojen hyödyllisyys ja sovellettavuus

Vastaajaa pyydettiin arvioimaan, miten hyödyllisiä kurssilla opetetut taidot ovat hänelle hänen oman hyvinvointinsa kannalta. Arviointi tapahtui asteikolla 0 – 4, jossa 0 = en ole käyttänyt / en muista käyttäneeni, 1 = käyttäminen heikensi hyvinvointiani, 2 = käyttäminen ei vaikuttanut hyvinvointiini, 3 = käyttäminen kohensi hyvinvointiani vähän ja 4 = käyttäminen kohensi hyvinvointiani paljon. Taulukossa 26 on kuvattu jokaisen taidon kohdalla vastaajien keskiarvo, siten että vain vastausvaihtoehdot 1 – 4 on otettu huomioon. Kirjaimella A on merkitty ne viisi taitoa, jotka saivat vaihtoehdossa ”käyttäminen kohensi hyvinvointiani paljon” eniten mainintoja (omaisilla n = 15 – 19 ja kuntoutusasiakkailla n = 10 – 16). Kirjaimella B on merkitty ne viisi taitoa, jotka saivat vaihtoehdossa ”en ole käyttänyt / en muista käyttäneeni” eniten mainintoja (omaisilla n = 14 – 23, kuntoutusasiakkailla n = 22 – 27).

Taulukko 26. Kurssilla opettujen taitojen hyödyllisyys

	Omaisiet		Kuntoutusasiakkaat	
	\bar{x}	Tunnus- piirteet	\bar{x}	Tunnus- piirteet
Mielialojen päivittäinen muistiin kirjaaminen	2.83		2.80	
Helpot hetket ja niiden havaitseminen	3.06		2.93	
Mukavat tekemiset ja niiden suunnittelu	3.21	A	3.22	A
Lista omista hyvistä puolista ja asioista, jotka ovat elämässä riittävän hyvin	2.95		2.86	A
Itsensä palkitseminen	3.10	A	2.98	A
Ajatusten keskeyttäminen (seis-tekniikka)	3.05	A	2.80	
”Murehtimishetki”	3.03	B	2.34	B
Ongelman vaikutuksen pienentäminen ”räjäyttämällä”	3.03	B	2.41	B
”Pahin, mitä voi tapahtua” -tekniikka	2.84	B	2.37	B
Siirtyminen ajassa eteenpäin	2.85	B	2.72	B
Sisäisen puheen käyttäminen, ”kannustava valmentaja”	3.17		3.11	A
Aikalisän antaminen huolille	3.04		2.85	
ABCD-menetelmän käyttäminen	3.07	B	2.66	B
Ongelmanratkaisumenetelmä	2.95		2.79	
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu	3.10	A	2.82	
Oman sosiaalisen verkoston piirtäminen ja tarkastelu	2.86	B	2.71	
Rentoutumisen käyttäminen jännityksen poistajana	3.16	A	3.16	A
Oman elämän suunnittelu	2.96		2.87	
Edellisten \bar{x}	3.01		2.80	

* A = Paljon ”käyttäminen kohensi hyvinvointiani paljon” -mainintoja
 B = Paljon ”en ole käyttänyt / en muista käyttäneeni” -mainintoja

Taulukon alaosassa on esitetty taitojen hyödyllisyyden yhteinen keskiarvo, joka kertoo siitä, miten ryhmissä on keskimäärin koettu kurssilla opettujen taitojen hyödyllisyys. Sen mukaan omaisryhmäläiset kokivat taidot keskimäärin hieman kuntoutusryhmäläisiä hyödyllisemmiksi. Kummassakin ryhmässä mukavat tekemiset ja niiden suunnittelu on koettu keskimäärin hyödyllisimmäksi eikä kukaan ollut vastannut, että tämän taidon käyttäminen heikensi hyvinvointia. Omaisista vain kaksi ja kuntoutusasiakkaista neljä

oli vastannut, ettei ollut käyttänyt tai ettei muistanut käyttäneensä tuota taitoa. Kuntoutusasiakkailla ongelman vaikutuksen pienentäminen ”räjäyttämällä” ja siirtyminen ajassa eteenpäin eivät saaneet lainkaan ”käyttäminen kohensi hyvinvointiani paljon” - mainintoja. Vaihtoehtoa ”käyttäminen heikensi hyvinvointiani” oli käytetty kummassakin ryhmässä hyvin vähän, mutta kuntoutusasiakkaista viisi oli vastannut, että murehtimishetken käyttäminen heikensi hyvinvointia.

Taulukossa 27 on esitettyä kurssilaisten mielipide kurssilla opettujen taitojen ja asioiden sovellettavuudesta omaan elämään.

Taulukko 27. Kurssilla opettujen taitojen ja asioiden sovellettavuus omaan elämään

	Omaisat		Kuntoutusasiakkaat	
Ei lainkaan sovellettavissa	-		-	
Jonkin verran sovellettavissa	16	(27.6 %)	24	(43.6 %)
Melko hyvin sovellettavissa	29	(50.0 %)	24	(43.6 %)
Erittäin hyvin sovellettavissa	13	(22.4 %)	7	(12.7 %)

Taitoja opeteltiin ja käytiin läpi kurssilla paljon kotitehtävien kautta. Kurssilaisten arviot kotitehtävien hyödyllisyydestä on esitettyä taulukossa 28.

Taulukko 28. Kuinka hyödyllisiä kotitehtävät olivat vastaajan mielestä

	Omaisat		Kuntoutusasiakkaat	
Ei lainkaan hyödyllisiä	-		2	(3.6 %)
Jonkin verran hyödyllisiä	16	(27.6 %)	14	(25.5 %)
Melko hyödyllisiä	17	(29.3 %)	21	(38.2 %)
Erittäin hyödyllisiä	25	(43.1 %)	18	(32.7 %)

Kotitehtävien hyödyllisyyden osalta omaisten vastauksista nousi esiin selvästi yksi muita tärkeämpi asia. Noin joka viides vastaaja (12) korosti kotitehtävien hyödyllisyyttä arvioitaessa sitä, että niiden kautta joutui paneutumaan ja pohtimaan enemmän, ja tätä kautta oppimaan enemmän. Kolmen vastaajan mielestä kotitehtävät opettivat huomaamaan mitkä tekemiset tai tekemättä jättämiset vaikuttivat mielialaan. Samoin kolme vastaajaa korosti sitä, miten kotitehtävät auttoivat asioiden kypsymistä ja sisäistämistä.

Kaksi vastaajaa mainitsi sen, miten kotitehtävien avulla näki konkreettisesti miten asiat vaikuttivat elämään. Samoin kaksi vastaajaa kertoi kotitehtävistä olleen apua mielialan vaihteluiden hallintaan. Kahden vastaajan mielestä kotitehtävät vahvistivat jo opittua, samoin niiden avulla pystyi näkemään elämän hyviäkin puolia, ja oppimaan uusia asioita. Yksittäisiä mainintoja saivat teorian sisäistämisen auttaminen, oikeus itse valita tehtävät, uusien näkökulmien saaminen, kokoontumisen puheenaiheen vahvistaminen, depression torjuminen, omien tunteiden tunnistamisessa auttaminen, omien tarpeiden tunnistamisessa auttaminen, oppiminen suhtautumaan asioihin eri tavalla, omaan käyttäytymiseen huomion kiinnittäminen ja oman itsen pohtiminen.

Kuntoutusasiakkaiden vastauksissa tärkeimmäksi tekijäksi kotitehtävien osalta nousi niiden vaikutus ajatteluun ja paneutumiseen. Miltei joka neljäs kurssilainen (13) oli maininnut tähän aihepiiriin liittyviä asioita. Kotitehtävät saivat ajattelemaan, niitä tehdessä joutui miettimään asioita ja omia oloiloja, ja tätä kautta aukeni usein uusia näkökulmia. Asioihin joutui paneutumaan tarkemmin. Kolme kurssilaista piti hyödyllisenä asiana sitä, että kotitehtävien myötä sai seurata ja tunnistaa omia mielialoja. Kolme vastaajaa mainitsi sen, että kotitehtävien myötä oppi tuntemaan ja käsittelemään paremmin omia ajattelutapoja ja käyttäytymistä eri tilanteissa. Neljä vastaajaa mainitsi itsetutkiskelun ja tutustumisen itsen. Yksittäisiä mainintoja saivat tiedon ja keskustelunaiheiden saaminen, mielenkiintoisuus, tilaisuus pohdiskella omaa terveydentilaa, se että ongelmien ratkaisutaitojen sisäistäminen vaatii harjoittelua, monipuolisuus, rauhassa asiaan syventyminen, tehtävien tekohetken toimiminen tarpeellisenä ”omana tuokiona”, asioiden todelliseksi tekeminen, teorian aukaiseminen, opiskelun tukeminen ja negatiivisten tunteiden muuttaminen positiivisiksi.

6.3.4 Kurssin muu anti osallistujille

Kysymykseen ”Onko kurssilla ollut jotain muuta sellaista, joka on auttanut teitä?” tuli paljon keskenään samantyyppisiä vastauksia. Esiin nousi vahvasti vertaistuen merkitys.

Taulukko 29. Muut asiat, jotka auttoivat kurssilla omaisia

	Omaiset (n=41)
Kunnioitus, kannustus, tuki	14
Keskustelut, puhuminen, kuunteleminen	10
Asioiden jakaminen	5
Avoin, luottamuksellinen ilmapiiri	5
Uudet ihmissuhteet	3
Tunne siitä ettei ole yksin, yhdessä pohtiminen	2
Oman ajan havaitseminen ja ottaminen	2

Yksittäisiä mainintoja tuli 12. Näitä olivat miellyttävä yhdessäolo, vetäjän kannustus, vaikeiden tunteiden ilmaisu, positiivisen palautteen saaminen muilta, jämäkkyuden oppiminen, itsetunnon paraneminen, muiden psyykkisesti sairaiden läheisten tapaaminen, positiivisuuden lisääntyminen, itsetuntemuksen lisääntyminen, ”ajan ottaminen” ongelmille ettei niitä pohdi koko ajan, tiedon saaminen jota voi käyttää omassa työssään sekä rentotutumisen oppiminen.

Myös kuntoutusasiakkaiden ryhmässä nousi vertaistuki tärkeimmäksi auttavaksi tekijäksi. Ihmiset huomasivat, etteivät he olleet yksin omien huoliensa tai sairautensa kanssa.

Taulukko 30. Muut asiat, jotka auttoivat kurssilla kuntoutusasiakkaita

	Kuntoutusasiakkaat (n=41)
Tuki, vertaistuki	15
Muiden kokemusten ja murheiden kuuntelu	11
Avoimet keskustelut ryhmässä	8
Muut ryhmäläiset, samankaltaiset ihmiset	5
Positiivinen, kannustava ilmapiiri	4
Hyvä, asiantunteva vetäjä	3
Hyvä yhteishenki	2

Yksittäisiä mainintoja tuli 13. Mainintoja saivat tieto eri asioista, sen huomaaminen että kaikki kurssilaiset olivat tavallisia ihmisiä ja että vakavan masennuksen kanssa voi elää, se että pystyy paremmin lukemaan ja kuuntelemaan masennukseen liittyvistä asioista, sopivan kokoinen ryhmä, pois mielestä -ajattelu, kahvitauot toisten kanssa, huumori, mukava oleminen ja kotoa lähteminen, aiemmin käytössä olleiden ”työkalujen” mieleen muistuminen ja käyttöön tuleminen, avoimuus, itsetunnon kohoaminen, hyväksytyksi tuleminen ja mielialaan vaikuttaminen.

Osallistujat olivat kokeneet joitakin kurssiin liittyviä seikkoja myös negatiivisesti. Tätä tiedusteltiin kysymyksellä ”Onko kurssilla ollut jotain muuta sellaista, joka on tehnyt olonne huonommaksi?”. Omaisilla yhdessä vastauksessa mainittiin tunne siitä, ettei kuulu ryhmään muiden ryhmäläisten korkeamman iän takia. Eräs vastaaja tunsi itsensä eriarvoiseksi, kun itse kävi töissä ja muiden ryhmäläisten elämäntilanne oli erilainen. Yksi vastaaja olisi kaivannut ratkaisua jaksamiseen, ja kurssi ei tätä tarjonnut. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin ensimmäisen kokoontumiskerran ahdistavuus. Tällöin oli keskitytty liikaa kunkin ryhmäläisen ongelmaan. Sitoutuminen viikko- ja tuntiohjelmaan oli ahdistavaa erään vastaajan mielestä, samoin mielialan tarkkailu ja sen kirjaaminen. Oma jännittäminen varsinkin ryhmäkokoontumisten alkuvaiheessa koettiin oloa huonontavaksi. Erään vastaajan mieliala oli laskenut, kun hän oli tuntenut, ettei voi auttaa lähimmäistä. Surulliset kohtalot saivat mielialan laskemaan. Yksi omainen tunsi olonsa huonontuneen kun hän joutui puhumaan negatiivisesti läheisistään auttaakseen itseään.

Kuntoutusasiakkaista kolme mainitsi olonsa huonontuneen siitä, että varsinkin alussa kuunteli toisia. Se ahdisti itseä lisää, teki surullisemmaksi. Eräs vastaaja ilmoitti, että asioihin paneutuminen ja keskittyminen sai aikaan ahdistusta. Yksi vastaaja piti omaa ikäänsä (nuorempi kuin muut) haittaavana tekijänä kurssin alussa. Erästä kurssilaista oli ahdistanut keskustella kipeistä asioista. Jotkut asiat jäivät mietityttämään ja ahdistamaan.

Osaan kurssin arviointiin ja kurssin vaikutukseen vastaajan eri elämän osa-alueilla liittyviin kysymyksiin vastattiin 0 – 10 -asteikolla. Vastaajat valitsivat nollan ja kymmenen väliltä janalta kohdan, joka parhaiten kuvasi omaa käsitystä kustakin asiasta. Ääripää 0 vastasi negatiivisinta käsitystä, 10 positiivisinta, esimerkiksi 0 = erittäin tyytymätön, 10 = erittäin tyytyväinen. Taulukoissa 31 ja 32 on keskiarvot sekä keskihajonnat kurssilaisten vastauksista. Sekä omaiset että kuntoutusasiakkaat olivat jokseenkin tyytyväisiä

kurssiin. Kurssilaisten arviot kurssin vaikutuksesta eri elämänalueille olivat myös kohdallisen positiivisia. Huomattavaa on, että matalimman keskiarvon on saanut kurssin vaikutus suhteeseen psyykkisesti sairaan läheisen kanssa.

Taulukko 31. Kurssin arviointia

	<u>Omaiset</u>		<u>Kuntoutusasiakkaat</u>	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Tyytyväisyys kurssiin	8.45	1.46	8.18	1.57
Kurssin vastaaminen odotuksiin	8.26	1.49	8.15	1.74
Kuinka tärkeä ryhmä oli ollut	8.62	1.31	8.04	1.76
Kurssin oppien tärkeys omalle hyvinvoinnille	8.33	1.33	7.47	2.02
Tuen ja kannustuksen saaminen	8.74	1.22	8.45	1.50
Kokemuksien jakaminen	8.93	1.34	8.75	1.48
Edellisten \bar{x}	8.60		8.17	

Taulukko 32. Kurssin vaikutus osallistujien elämäntilanteeseen

	<u>Omaiset</u>		<u>Kuntoutusasiakkaat</u>	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Tavoitteiden toteutuminen	7.82	1.28	7.38	1.59
Kurssin vaikutus toimintakykyyn	7.66	1.57	7.07	1.61
Kurssin vaikutus ihmissuhteisiin	7.68	1.71	6.80	1.35
Kurssin vaikutus itseluottamukseen	7.68	1.76	7.13	1.32
Kurssin vaikutus stressin sietoon	7.45	1.66	7.05	1.42
Kurssin vaikutus suhteeseen psyykkisesti sairaan läheisen kanssa	7.43	1.86	6.63 ⁽¹⁾	1.41
Kurssin vaikutus jaksamiseen psyykkisesti sairaan läheisen tukijana	7.77	1.39	6.79 ⁽²⁾	1.56
Kurssin vaikutus elämäntilanteeseen kokonaisuutena	7.66	1.48	7.02	1.39
Edellisten \bar{x}	7.59		6.98 ⁽³⁾	

⁽¹⁾ Kohta kuntoutusasiakkailla kuului ”suhde tukea tarvitsevaan läheiseen”. Vastanneita ainoastaan 24/55.

⁽²⁾ Kohta kuntoutusasiakkailla kuului ”jaksaminen tukea tarvitsevan läheiseen tukijana”. Vastanneita ainoastaan 24/55.

⁽³⁾ Keskiarvo mukaan luettuna tukea tarvitsevaan läheiseen liittyvät kohdat (kohdat ⁽¹⁾ ja ⁽²⁾). Ilman näitä keskiarvo kuntoutusasiakkailla on 7.08.

Omaisten vastauksissa kysymykseen ”Mikä kurssissa oli mielestänne parasta?” painotui myös vertaistuki. Oli tärkeää saada kuulla muiden, usein eri-ikäisten ratkaisumalleja ongelmiin. Taulukossa 33 on esitettyä omaisten vastaukset kysymykseen kurssin parhaasta annista.

Taulukko 33. Mikä kurssissa oli omaisten mielestä parasta

	(n=43)
Avoim ryhmähenki, ryhmän ilmapiiri	13
Kokemusten jako, samassa tilanteessa oleminen	12
Keskustelut	12
Selviytymistarinoiden kuuleminen, kuuntelu	7
Ryhmän jäsenten tuki, vertaistuki	6
Luottamuksellisuus	6
Kannustus	6
Hyvä vetäjä	5
Mukava yhdessäolo	3
Sai olla oma itsensä	3
Ymmärretyksi tuleminen	3
Kokonaisuus, asioiden monipuolinen käsittely	3
Päivittäinen mielialan seuranta	2
Uudet asiat, sai riittävästi tietoa	2
Rentous	2

Yksittäisiä mainintoja tuli 11. Mainintoja saivat omien ajatustottumusten havaitseminen, muutosmahdollisuuden toteaminen, hyvät selviytymistaktiikat, ryhmän koko, itseilmaisuus, aarrekartan teko, ryhmätehtävät, vapaaehtoisuus avautumisessa, yhteenkuuluvaisuuden tunne, rentoutumisharjoitukset ja avautuminen.

Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä kurssin parhaaksi anniksi koettiin omaisryhmän tavoin vertaistuki. Useamman vastaajan mukaan parasta kurssissa oli toisten tapaaminen, yhdessäolo ja vertaistuki sekä ajatusten ja kokemusten jakaminen ja keskustelut. Taulukossa 34 on eriteltyä kuntoutusasiakkaiden vastaukset kysymykseen kurssin parhaasta annista.

Taulukko 34. Mikä kurssissa oli kuntoutusasiakkaiden mielestä parasta

	(n=46)
Toisten tapaaminen, yhdessäolo, vertaistuki	15
Ajatusten ja kokemusten jakaminen, keskustelut	13
Avoin ja kannustava ilmapiiri	6
Hyvä vetäjä	4
Viikon kohokohta	3
Muiden mielipiteiden kuuntelu	3
Erilaiset tekniikat masennuksen käsittelyyn	3
Tiedon saaminen erilaisista asioista	2
Tutustuminen erilaisiin ihmisiin	2
Oppikirja	2
Eri näkökulmien saaminen	2
Hyvä yhteishenki	2
Kotitehtävät	2

Yksittäisiä mainintoja tuli 7. Näitä saivat parisuhteen ja vanhemmuuden roolimallit, itsestä huolehtimisen opettelu, se että sai olla oma itsensä, se että kaikilla oli puheenvuoro, vanhan kertaaminen uudestaan eri näkökulmasta, rentoutuminen ja yhteenkuuluvuus ryhmän kanssa.

Kysymys ”Mikä kurssissa ei mielestänne toiminut tai mitä kurssissa tulisi mielestänne muuttaa?” herätti monen tasoisia reaktioita omaisissa. Osassa vastauksista kritisoitiin kurssia ja sen puutteita, osassa taas ilmaistiin tarvetta apuun tai neuvoihin, joita tällä kurssilla ei voitu kurssin rakenteen vuoksi antaa. Kolmen kurssilaisen vastauksissa ilmaistiin tarve ajan jaksottamiselle tasapuolisesti osallistujien kesken. Joissakin istunnoissa joku osallistuja oli saanut liian suuren puheosuuden tai joku eksyi asiasta. Kaksi vastaajaa olisi toivonut kurssin olevan hieman pidempi, esimerkiksi 10 kertaa. Kaksi vastaajaa olisi kaivannut jatkokurssia tai seurantajaksoa. Enemmän aikaa oli kahden vastaajan toiveena, samoin enemmän rentoutusta. Keskustelu vei yhden kurssilaisen mielestä liikaa aikaa muun muassa seuraavan viikon ”läksyyn” perehtymiseltä. Eräs vastaaja toivoi enemmän painotusta oman mielialan kohotukseen liittyviin taitoihin ja tekniikoihin. Toinen vastaaja taas oli sitä mieltä, että mielialan arviointiin keskityttiin liikaa. Tehtävät käytiin läpi erään kurssilaisen mielestä liian nopeasti ja ylimalkaisesti. Yksi vastaaja kaipasi yhtä vakavaa suhtautumista jokaisen murheeseen. Samalle kurssilla samantyyppisiä henkilöitä oli erään omaisen toiveena. Eräs omainen oli sitä mieltä, että oppikirjat olisi pitänyt saada omaksi. Ohjaajan korostuneempi rooli oli yhden omai-

sen toiveena. Yksittäinen toive esitettiin siitä, että pitäisi saada enemmän tietoa jotta voisi auttaa sairasta omaista, ja samoin enemmän ammattiauttajien luentoja asioista jotka liittyvät mielenterveyteen ja yleensäkin kurssiin liittyvään aihepiiriin. Eräs kurssilainen ei pitänyt oletuksesta että ”omaishoitaja on masentunut”.

Kuntoutusasiakkaiden vastauksissa kysymykseen ”Mikä kurssissa ei mielestänne toiminut tai mitä kurssissa tulisi mielestänne muuttaa?” korostui erityisesti kurssikertojen määrä. Niitä olisi toivottu enemmän (9 vastaajaa). Neljä kurssilaista olisi halunnut enemmän aikaa kokoontumiskerralla. Yksi vastaaja olisi toivonut kahta kokoontumiskertaa viikossa. Kolmessa vastauksessa ilmaistiin tarve kurssivihkon selkeyttämiselle ja kirjoitus- tai muistiinpanotilan lisäämiselle. Kolme kurssilaista olisi kaivannut kurssin mukauttamista osallistujien mukaan. Ryhmäläisten valinta olisi saanut erään vastaajan mielestä olla selkeämpi. Ryhmäläisten toimintakyky ja kunto eli voimavarat vaihtelivat, ja kaikki eivät välttämättä jaksaneet panostaa kurssiin tarvittavaa määrää. Yksittäisiä toivomuksia saivat suurempi osanottajamäärä (enemmän kuin neljä osallistujaa), kahdenkeskiset keskustelut ohjaajan kanssa, jatkokurssi samalle ryhmälle (esim. puolen vuoden tai vuoden päästä) ja kokoontumiset eri paikoissa (esim. lähellä luontoa).

6.4 Ohjaajien arvio kurssista

6.4.1 Ohjaajien arvio koulutuksesta

Ennen kurssien alkamista ohjaajille järjestettiin koulutus ryhmien ohjaamisesta. Omaisryhmän ohjaajista osallistui kaikkiin koulutuskertoihin kaksi ohjaajaa (n=13). Yksitoista ohjaajaa ei ollut läsnä kaikilla kerroilla. Heistä seitsemän oli poissa yhdeltä koulutuskerroilta ja neljä kahdelta kerralta. Kuntoutusasiakkaiden ryhmän ohjaajista seitsemän (n=11) osallistui kaikkiin koulutuskertoihin. Neljä ei ollut paikalla kaikilla koulutuskerroilla. Heistä kolme oli poissa yhdeltä kerralta, ja yksi kahdelta kerralta.

Omaisryhmien ohjaajista kaikilla oli vähintään jonkin verran aiempaa kokemusta ryhmien ohjaamisesta, osalla hyvinkin pitkiltä ajanjaksoilta. Kuntoutusasiakkaiden ryhmien ohjaajista vain yhdellä ei ollut aiempaa kokemusta ryhmien ohjaamisesta. Ohjaajista on enemmän taustatietoja luvussa 5.1.

Taulukossa 35. on esitetty, miten ohjaajat kokivat tämän kurssin koulutuksen lisänneen omaa osaamista ja tietoja.

Taulukko 35. Kuinka paljon koulutus lisäsi ohjaajan omaa osaamista ja tietoja

	Omaisten ohjaajat	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat
Ei lainkaan	-	-
Jonkin verran	3	3
Melko paljon	8	5
Erittäin paljon	2	3

Koulutusta ennen oman ryhmän alkamista piti riittävänä ja tarpeeksi valmiuksia ryhmän ohjaamiseen antavana yksitoista omaisryhmänohjaajaa. Kahden ohjaajan mielestä koulutus ei ollut riittävä. Koulutusta olisi toisen ohjaajan mielestä voinut olla vielä muutama kerran lisää. Toisen ohjaajan mielestä koulutus oli suunniteltu liian tiiviiksi, kerralla käytiin kaksi tai kolme ryhmäistuntoa. Näin ryhmästä ei saanut hyvää ja kattavaa kokonaiskuva.

Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä koulutusta piti riittävänä yhdeksän ohjaajaa. Kahden mielestä koulutusta ei ollut riittävästi. Ryhmä käytiin yhden ohjaajan mielestä liian tiiviissä paketissa läpi koulutuspäivän päätteeksi. Tällöin oma keskittymiskyky ei ollut aina parhaimmillaan. Toisen ohjaajan mielestä jokainen ryhmäistunto olisi pitänyt istua eli käydä kokemuksellisesti läpi. Hänen mielestään tunteja tavallaan oikaistiin.

Omaisten ohjaajat kokivat yhtä lukuun ottamatta saaneensa työnohjauksessa riittävästi tukea oman ryhmänsä ohjaukseen. Yksi ohjaaja olisi kaivannut yksilöllisempää työnohjausta ja enemmän aikaa, jotta olisi voinut syvällisemmin paneutua juuri tietyn hetkiin tilanteisiin. Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista kymmenen koki saaneensa riittävästi tukea työnohjauksessa. Yksi vastaaja ei ollut mielestään saanut riittävästi tukea työnohjauksessa. Hänen mielestään olisi pitänyt olla enemmän aikaa käsitellä omia ryhmätilanteita ja ryhmäläisiä

Ohjaajia pyydettiin vastaamaan kysymykseen ”Mikä koulutuksessa oli mielestänne hyvää?”. Kouluttajan persoonallisuus, asiantuntemus ja työkokemus oli useamman

omaisten ohjaajan mielestä erityisen hyvää antia koulutuksessa. Rentous ja hyvä ilma-
piiri uuden oppimisen kannalta oli tärkeää. Se, että koulutuksessa oli mukana Omaisyh-
distysten työntekijöitä ja toimijoita sai aikaan sen, että ihmiset puhuivat ”samaa kieltä”.
Kokemusten vaihto oli mahdollista. Eräs ohjaaja painotti sitä, että sai jakaa kokemuksia
ryhmänohjaamiseen liittyvistä asioista toisten kanssa. Ohjaajien oma ymmärrys ver-
taistuen merkityksestä vahvistui koulutuksen ja oman ryhmän myötä. Se, että ohjaaja-
koulutuksessa itse kokeiltiin depressiokoulun toimivuutta käytännössä, oli positiivinen
seikka, vaikka itse ohjaajat eivät olleetkaan masentuneita. Työnohjauskerrat ryhmissä
olivat palkitsevia. Tällöin sai kuulla muun muassa muiden ohjaajien kokemuksia, ja sai
tietoa ryhmän työskentelyyn, esimerkiksi ryhmän dynamiikasta. Ryhmä, sen tuki ja
keskustelut muiden kurssilaisten kanssa olivat tärkeitä ohjaajille.

Myös käytettyä materiaalia ja työkirjaa pidettiin toimivina omaisten ohjaajien ryhmässä.
Asioiden esittäminen selvästi esimerkkien avulla oli positiivista. Erään omaisohjaajan
mielestä se, että uutta menetelmää voi soveltaa itselle ja ryhmälle sopivaksi, oli hyvä
asia. Menetelmä antoi uudenlaisia välineitä ryhmien ohjaamiseen, muutakin kuin kes-
kustelua. Koulutuksessa sai paljon käytännön neuvoja ja ohjeita, joita pystyi toteutta-
maan ryhmässä. Monisteet olivat hyviä ja selkeitä. Yksi ohjaaja kirjoitti, että etenemi-
nen oli selkeää, ja kurssikirja tuki ja antoi selkeän rungon omille ryhmille. Se helpotti
oman ryhmän ohjaamista. Eräs ohjaaja piti koulutuksen aihetta mielenkiintoisena, siitä
oli käytännön hyötyä omaan työhön ja myös itselle. Uuden menetelmän opettelu ja uu-
sien taitojen hahmottuminen oli hyvää koulutuksessa. Eräs ohjaaja toi esiin oman mieli-
alan kartoituksen ja siitä lähtevän havainnoinnin ja hyvän mielen lisääntymisen. Oman
itsen arvostaminen lisääntyi. Yhdessä vastauksessa korostettiin tuntikehyksen merki-
tystä joka kokoontumiskerralla. Tuntikehyksen ansiosta ohjaaja tiesi, mitkä asiat tulee
käydä läpi kullakin kerralla. Eräs omaisten ohjaaja piti koulutuksen parhaana antina
tiiviyttä ja sopivaa ryhmän kokoa (9 jäsentä).

Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat arvostivat koulutuksessa käytännöllisyyttä ja konkreetti-
suutta. Valmis runko ja materiaali joiden mukaan edettiin oli erityisen hyvä asia koulu-
tuksessa. Ohjaus ja kannustus ryhmän ohjaamisessa oli positiivista. Tehtävien tekemi-
nen toi omaa kokemusta ja tunnetta osallistuvuudesta. Koulutuksessa sai vahvistusta jo
olemassa oleville tiedoille ja taidoille, löysi itsestään uudenlaista osaamista ja luovuutta.
Teoriatietoa pidettiin myös hyvänä. Muiden kokemusten kuuleminen oli myös opetta-
vaista. Kouluttajaa pidettiin asiantuntevana. Työnohjaus ryhmän ohjaamisen ohella tuli

esiin erään ohjaajan vastauksessa. Konsultaatiomahdollisuus kouluttajan kanssa oli tärkeä. Yksi ohjaaja korosti sitä, miten koulutuksessa oli kiinnitetty huomiota ilmapiirin luomiseen.

Koulutuksesta tiedusteltiin myös asioita, jotka eivät olleet toimineet. Kysymyksenä oli ”Mikä koulutuksessa ei mielestänne toiminut tai mitä siinä tulisi mielestänne muuttaa?”. Eräs omaisten ohjaaja olisi toivonut, että ensin oltaisi käyty kurssi läpi ryhmäläisen roolissa, eikä niin että ryhmä liittyi muuhun koulutukseen. Toiveena oli myös saada perustietopaketti masennuksesta mukaan koulutukseen. Kolme ohjaajaa koki matkat koulutukseen pitkinä. Yksi heistä esitti ehdotuksen, että koulutuksen kesto olisi vähintään 4 – 5 tuntia kerrallaan. Oli rasittavaa matkustaa satoja kilometrejä koulutuspaikakunnalle muutaman tunnin takia. Toisaalta eräs ohjaaja kirjoitti, että tämä ei välttämättä istuisi kokonaisuuteen, kun kotitehtäviä jäisi liian isoihin paketteihin. Eräs ohjaaja esitti, että toiveita siitä mitä ohjaajat kaipaavat voisi kysellä enemmänkin. Rentoutusmenetelmien harjoittelua olisi voinut olla enemmän, samoin ryhmädynamiikkaan olisi erään ohjaajan mukaan voinut paneutua syvällisemmin. Kaksi ohjaajaa koki, että asioita käytiin liian nopeassa tahdissa läpi. Tällöin ei jäänyt tarpeeksi aikaa omaksumiseen. Ryhmätyöskentelyn teoriaa olisi saanut yhden vastaajan mukaan olla enemmän.

Kuntoutusasiakkaiden ohjaajien vastauksissa kysymykseen ” Mikä koulutuksessa ei mielestänne toiminut tai mitä siinä tulisi mielestänne muuttaa?” painottui liian nopea tahti ja kiire. Kaksi vastaajaa valitti sitä, että ryhmässä edettiin ajoittain liian nopeasti. Välissä olisi pitänyt olla sulattelua, kokemus siitä miltä ryhmässä olo tuntuu jäi hieman vajaaksi. Yhdessä vastauksessa kirjoitettiin, että asioita oli liikaa liian vähässä ajassa. Erään ohjaajan mukaan koulutusta olisi ehkä voinut tiivistää, esimerkiksi vähentämällä koulutuspäivien lukumäärää. Yksi ohjaaja ehdotti että ryhmäistunnot pitäisi saada sisältymään koulutuspäivien sisään kello 8 – 16. Erään ohjaajan mukaan joitakin asioita oli päällekkäin. Yksi ohjaaja ehdotti, että koulutukseen voisi lisätä myös vihanpurkumenetelmiä.

6.4.2 Ohjaajien arvio menetelmästä

Omaisten kurssien ohjaajista seitsemän (n=13) oli sitä mieltä, että kurssi ajoittui oman elämäntilanteen kannalta sopivaan vaiheeseen. Kuuden omaisten ohjaajan mielestä kurssi ei ajoittunut sopivaan vaiheeseen, mutta se ei haitannut kurssin ohjaamista olennaisesti. Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista kahdeksan (n=11) piti kurssin ajoitusta oman elämäntilanteen kannalta sopivana. Kolmen kuntoutusasiakkaiden ryhmän ohjaajan mielestä kurssi ei ajoittunut sopivaan vaiheeseen, mutta se ei haitannut kurssin ohjaamista olennaisesti. Kukaan ohjaajista ei pitänyt kurssin ajoitusta niin epäsopivana, että se olisi haitannut kurssin ohjaamista huomattavasti. Taulukossa 36 on esitetty miten ohjaajat kokivat aikansa ja voimavarojensa riittäneen ryhmän ohjaamiseen paneutumiseen.

Taulukko 36. Ohjaajan ajan ja voimavarojen riittävyys ryhmän ohjaamiseen paneutumiseen

Aikaa ja voimavaroja oli	Omaisten ohjaajat	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat
Tarpeeksi	7	4
Liian vähän, mutta pystyin melko hyvin paneutumaan ohjaamiseen	6	7
Liian vähän ja se haittasi huomattavasti ohjaamista	-	-

Ryhmien koko vaihteli neljän ja yhdeksän osallistujan välillä. Taulukossa 37 on esitettyä kuinka monen hengen ryhmiä ohjaajat ohjasivat.

Taulukko 37. Ryhmien koko

Kurssilaisia ryhmässä	Omaisten ohjaajat	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat
Neljä	3	8
Viisi	4	-
Kuusi	4	3
Seitsemän	1	-
Yhdeksän	1	-

Taulukossa 38 esitetään ohjaajien mielipiteet ryhmän koosta, kokoontumiskertojen määrästä, ryhmäkertojen kestosta sekä keskustelulle varatun ajan riittävydestä.

Taulukko 38. Ryhmän koon, kokoontumiskertojen määrän, ryhmäkertojen keston ja keskustelulle varatun ajan riittävyys ohjaajien mielestä

	Omaisten ohjaajat	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat
Ryhmän koko		
Sopiva	11	10
Liikaa osallistujia	-	-
Liian vähän osallistujia	2	1
Kokoontumiskertojen määrä		
Sopiva	11	7
Liikaa	-	-
Liian vähän	2	4
Ryhmäkertojen kesto		
Sopivan mittaisia	10	10
Liian pitkiä	-	-
Liian lyhyitä	3	1
Keskustelulle varattu aikaa		
Tarpeeksi	9	6
Liikaa	-	-
Ei riittävästi	4	5

Omaisten ryhmien ohjaajista 12 ja kuntoutusasiakkaiden ohjaajista 10 ilmoitti noudattaneensa kurssin rakennetta melko tarkasti. Yksi omaisten ohjaaja ja yksi kuntoutusasiakkaiden ohjaaja ei ollut ilmoituksensa mukaan noudattanut kurssin rakennetta kovinkaan tarkasti. Kukaan ohjaajista ei ollut noudattanut kurssin rakennetta erittäin tarkasti tai ei lainkaan.

Ohjaajia pyydettiin kertomaan, mitä kurssin rakenteeseen kuuluvia taitoja he olivat käsitelleet kurssilla. Ohjaajilta kysyttiin myös, miksi he eivät olleet käsitelleet muita taitoja. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta syynä oli ollut aikapula. Kurssilla käsitellyt ja aikapulan vuoksi käsittelemättä jääneet taidot on esitetty liitteessä 16.

Ohjaajille tehtiin myös kysymys ”Jos käsitelitte tai teitte kurssilla joitain muita asioita, niin mitä?”. Omaisten ohjaajista kaksi oli käsitellyt anteeksi antamista ja syyllisyyksistä vapautumista. Samat ohjaajat olivat käsitelleet naiseutta ja äitiyttä. Yhdessä ryhmässä

tehtiin oma erillinen harjoitus tavoitteista. Tämä poikkesi hieman siitä mitä oli kirjassa. Samassa ryhmässä tehtiin draamaesitys jämäkästä keskustelusta. Kahdessa ryhmässä käytettiin ”aarrekarttatekniikkaa”, jolla käytiin läpi omat tavoitteet tulevaisuuden suhteen. Yhdessä ryhmässä tehtiin paljon rentoutusharjoituksia ja käytettiin paljon aikaa omien murheiden ja kokemusten kertomiseen. Vertaistuki toimi hyvin ohjaajan mukaan. Eräessä toisessakin ryhmässä oli käytetty paljon aikaa keskusteluun ja vertaistukeen. Yhdessä ryhmässä kurssilaiset olivat tuoneet jonkin verran esille sairaan omaisen tilanetta. Tätä tosin pyrittiin rajoittamaan mahdollisimman vähään, jotta aikaa riitti sovituihin teemoihin. Itsearvostus ja itseluottamus olivat erään ryhmän käsittelyn kohteena.

Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista eräs oli käyttänyt elämäntieteitä, sosiaalista verkostokarttaa, arvoja käsittelevää tehtävää, valokuvia, parisuhde- ja vanhemmuuden roolikarttaa sekä pohdintaa itsestä äitinä ja omaa äitisuhdetta. Yhdessä ryhmässä pohdittiin työttömyyden positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia elämään. Toisessa ryhmässä käsiteltiin useamman kerran työyhteisöön liittyviä ongelmia ja samankaltaisia kokemuksia. Eräs ryhmä oli käsitellyt vihaa piirtämällä ja äännelemällä. Yhdessä ryhmässä keskusteltiin kuntoutuskursseista. Toisessa taas kurssilaiset olivat tuoneet lehtikirjoituksia masennuksesta ja sen hoitokeinoista. Eräs ohjaaja oli käyttänyt verryttelyharjoituksia, joita eräs kurssilainen oli tuonut. Ryhmässä keskusteltiin tunnetiloista ja käytettiin positiivista ajattelua. Jos aikaa olisi ollut enemmän, ohjaaja olisi käsitellyt enemmän tulevaisuuden suunnittelua, samoin harjoituksia olisi käyty enemmän läpi.

Kurssilla oli hyvin selkeä rakenne, johon kuului tiettyjen asioiden käsittely Depressiokoulu-kirjassa esitetyn etenemisjärjestyksen mukaisesti. Taulukossa 39 on esitettyä miten ohjaajat kokivat ehtineensä käydä läpi kurssilla haluamansa asiat.

Taulukko 39. Miten ohjaajat ehtivät käydä läpi haluamansa asiat kurssilla

	Omaisten ohjaajat	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat
Ehti käydä kaiken haluamansa läpi	1	3
Ei ehtinyt käydä kaikkea haluamaansa läpi, mutta se ei haitannut	12	7
Ei ehtinyt käydä kaikkea haluamaansa läpi, ja se harmitti	-	1

Ohjaajat vastasivat kahdeksaan ryhmän ohjaamiseen liittyvään kysymykseen 1 – 10 -asteikolla. Mitä lähempänä kymmentä keskiarvo on, sitä positiivisempi on käsitys kyseisestä asiasta. Taulukossa 40 on esitetty keskiarvot ja vaihteluvälit ohjaajien kurssiin liittyvistä arvioista.

Taulukko 40. Ohjaajien arvio kurssiin liittyvistä asioista

	Omaisten ohjaajat		Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat	
	\bar{x}	Vaihteluväli	\bar{x}	Vaihteluväli
Ryhmän ohjaamisen onnistuminen	7.85	7 – 9	7.82	6 – 9
Kurssin tavoitteiden toteuttaminen	7.92	7 – 9	7.73	4 – 9
Ryhmän ohjaamisen vaikeus/helppous	7.46	1 – 10	7.27	4 – 9
Ryhmän ilmapiirin vaikutus kurssin ohjaamiseen	9.15	8 – 10	8.27	6 – 9
Ryhmäläisten aktiivisuus asian käsittelyssä	9.15	8 – 10	8.45	6 – 10
Ryhmän ilmapiirin tukeminen masennuksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä	8.31	7 – 10	7.64	6 – 9
Depressiokoulun sopivuus omaan työtapaan	8.31	6 – 10	8.09	6 – 10
Edellisten \bar{x}	8.31		7.90	

Lisäksi arvioitiin 0 – 10 -asteikolla ohjaamisen painottumista asioiden tai tunteiden käsittelyyn. Ääripää 0 merkitsi keskittymistä asioiden käsittelyyn, 10 tunteiden käsittelyyn. Omaisten ohjaajilla keskiarvo oli 5.69 (vaihteluväli 4 – 8), kuntoutusasiakkaiden ohjaajilla 6.18 (vaihteluväli 5 – 8). Molemmissa ryhmissä siis ohjaamisen koettiin sisältäneen hieman enemmän tunteiden kuin asioiden käsittelyä.

Omaisryhmien ohjaajien vastauksista kysymykseen ”Mikä kurssissa oli mielestänne parasta?” nousi esiin ryhmän ilmapiiri. Yhteistyö toimi ja ihmiset kannustivat ja tukivat toinen toisiaan. Erään ohjaajan mukaan henkisen yhteenkuuluvuuden tunne kokemusten tasolla lisääntyi. Myös välittömyys ja luottamus oli hyvää. Samalla myös kyseisen ohjaajan mukaan omat voimavarat olivat lisääntyneet. Toinen ohjaaja kertoi kyenneensä mielestensä ohjaajana kehittymään. Tähän liittyi rakentavien ja voimavaroja lisäävien havaintojen esiin nostaminen ja vahvistaminen. Ohjaaja oli havainnut samaa ryhmä-

läisissään. Vertaistuki tuotiin vahvasti esiin tämänkin kysymyksen kohdalla. Voimakas ymmärtämyksen ja hyväksynnän ilmapiiri koettiin kurssin parhaaksi anniksi. Yksi ohjaaja kirjoitti tiiviiden tapaamisten, ryhmän aktiivisen osallistumisen ja työskentelyn olleen kurssin parasta antia. Hänen mielestään strukturoitu, ennalta sovittu sisältö tuntui hyvältä verrattuna hänen aiemmin ohjaamiinsa omaisten tukiryhmiin, joissa ennalta valmisteltu teema ei yleensä toteutunut, vaan ryhmissä oltiin käsitelty esiin nousseita asioita. Kolme ohjaajaa mainitsi kurssin hyvän rungon ja selkeän rakenteen parhaaksi tekijäksi. Runkoa tai rakennetta pystyi soveltamaan hyvin erilaisiin tilanteisiin. Erään ohjaajan mukaan asia oli helppo opettaa, kun kirja ja tuntikehys olivat selkeitä. Yksi ohjaaja oli sitä mieltä, että oppitunnit 1 – 5 olivat erityisen hyviä. Asioista oli helppo keskustella, ja jokainen kurssilainen oli oppinut paljon. Yhdessä vastauksessa mainittiin mielialakartta kurssin parhaaksi asiaksi.

Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat mainitsivat myös ryhmän ilmapiirin vastatessaan kysymykseen kurssin parhaasta annista. Kurssin osallistujat olivat tukeneet toinen toisiaan. Vertaistuen merkitystä korostettiin jälleen. Ihmiset pystyivät työskentelemään yhdessä vertaisryhmäläisten kanssa. Eräs ohjaaja mainitsi, että ryhmän koko oli sopiva, joten ilmapiiri muodostui lämpimäksi. Yhden ohjaajan mielestä parasta oli ryhmän tarpeellisuuden oivaltaminen ja kurssilaisten hyvä ryhmäytyminen. Ryhmäläiset olivat aktiivisia ja avoimia. Eräälle ohjaajalle kurssi antoi uusia näkökulmia masennuspotilaan elämästä. Lisäksi hänen mielestään palaute ja kiitollisuus ryhmäläisiltä oli palkitsevaa. Jäsentyneisyys, kirja, selkeät menetelmät ja rentoutus olivat yhden ohjaajan mukaan parasta mitä kurssi antoi. Erään ohjaajan mukaan ryhmäläiset tekivät mielellään annetut kotitehtävät. Etenemisrunko oli selkeä, joten ryhmään oli helppo valmistautua. Yhdelle ohjaajalle oli parasta positiivisuuden ja omien voimavarojen etsiminen.

Kurssiin liittyen kysyttiin myös ”Mikä kurssissa ei mielestänne toiminut tai mitä siinä tulisi mielestänne muuttaa?”. Eräs omaisten ohjaajista koki, ettei hänen ryhmässään ollut kovinkaan masentuneita ihmisiä, joten joskus ryhmää valmistellessaan tuntui että kirja oli tarkoitettu enemmän masentuneille. Kahden ohjaajan mielestä tapaamiskertoja oli liian vähän. Toisen heistä mielestä asioita oli kirjassa tapaamiskertojen määrään nähden liian paljon. Toisen mukaan ohjaajan kannalta kahdeksan viikkoa oli hieman liian tiivis. Kymmenestä kahteentoista viikkoa olisi hänen mielestään parempi vaihtoehto, jolloin tapaamisia ei olisi ihan joka viikko ja aikaa olisi enemmän esimerkiksi viikkojen 4 – 6 tehtävien kohdalla. Yksi ohjaaja oli sitä mieltä, että oman ryhmän alku-

perehdytykseen ja tiedonjakoon ennen kurssia jäi liian vähän aikaa. Saman ohjaajan mielestä ryhmän koostumusta voisi seuraavalla kerralla miettiä myös tarkemmin. Kaikki halukkaat eivät mahtuneet kurssille. Kaksi ohjaajaa mainitsi aikataulun pitämisen ongelmalliseksi. Toinen heistä kirjoitti, että olisi pitänyt olla tarkempi aikataulun suhteen, mutta keskustelun katkaiseminen ei tuntunut hyvältä. Tästä syystä jotkin osiot jäivät melko vähälle. Mielialan seuranta aiheutti paljon keskustelua ja herätti ajatuksia, joten sille annettiin tilaa. Yksi ohjaaja painotti jämäköittämisen merkitystä. Ryhmän olisi hänen mielestään pitänyt toimia tavoitetietoisemmin ja jättää sairaan omaisen tilanne vähemmälle huomiolle. Tämän hän näki ohjaajan tehtävänä. Saman ohjaajan mielestä rentouttamiselle ei tahtonut riittää aikaa. Kotitehtävien tekemättömyyteen puuttumien oli myös vaikeaa. Eräs ohjaaja ilmoitti, että kurssilaisten ymmärtämisen tasossa oli eroja, mikä häiritsi.

Kuntoutusasiakkaiden ryhmien ohjaajista neljä mainitsi aikapulan kurssin negatiivisena puolena. Materiaalia oli paljon ja tehtävät olivat aikaa vieviä, ja niitä oli tarpeen käydä yhdessä läpi. Erään ohjaajan mielestä oppitunneille oli varattu kirjassa liikaa asioita. Yhden ohjaajan mielestä kirjassa oli liikaa kysymyksiä. Useampaa kokoontumiskertaa toivottiin, esimerkiksi 10 – 12 kertaa. Eräs ohjaaja mainitsi, että hänen ryhmässään kurssilaiset olivat olleet aluksi melko arkoja ja hiljaisia, mutta loppua kohden keskustelua tuli enemmän. ABCD-menetelmä ja ongelmanratkaisut olivat olleet vaikeita asioita yhdessä ryhmässä.

Omaisten ohjaajien vastauksissa kysymykseen ”Mikä ohjaajan tehtävässä oli mielestänne vaativinta?” painottui aikataulussa ja asiassa pysyminen. Kahdeksan omaisten ohjaajaa mainitsi vaikeuden huolehtia siitä, että pysyttiin asiassa ja aikataulussa. Neljä ohjaajaa piti vaativimpana huolehtimista siitä, että kaikki kurssilaiset saivat tasapuolisesti aikaa ja tulivat kuulluksi. Samoin neljän ohjaajan mielestä oli vaativaa suhteuttaa ajankäyttö oikein eri asioiden suhteen. Kolmen ohjaajan mielestä oppituntien valmistelu etukäteen oli vaativinta. Eräessä ryhmässä ohjaaja koki kolmen eri sukupolven tarpeiden huomioinnin samanaikaisesti tuovan lisää vaativuutta ohjaamiseen. Yhden ohjaajan mielestä intensiivinen keskittyminen kuulemaan mitä ryhmäläinen sanoo oli vaativinta. Eräessä vastauksessa mainittiin jämäkkyys ja tavoitteiden selkiyttäminen ohjaajan vaativimmaksi tehtäväksi.

Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä viisi mainintaa kysymykseen ”Mikä ohjaajan tehtävässä oli mielestänne vaativinta?” sai tasapuolinen ajan jakaminen. Oli vaativaa jakaa aika niin, että hiljaisimpia kannustettiin ja äänekkäimpiä rajattiin. Kolme ohjaajaa mainitsi aikataulussa pysymisen hankalaksi. Kahdella ohjaajista oma aikapula ja kiire vaikeuttivat ohjaamistehtävään keskittymistä. Yksi ohjaaja piti vaativana luottamista ryhmän omaan voimaan. Eräällä ohjaajalla oli ollut vaativa ryhmä jolla oli akuutteja ongelmia. Sitoutumisen aikaansaaminen ei ollut helppoa. Erään ohjaajan mukaan asian ymmärrettäväksi tekeminen oli vaativaa. Toinen ohjaaja piti ryhmäläisten mielenkiinnon säilyttämistä ja ryhmään sitoutumista vaativimpana tehtävänä. Yksi ohjaaja mainitsi ”hereillä olon”, toinen jämäkkänä olemisen.

Omaisten ohjaajista kahdeksan mainitsi kurssilaisten innostuksen ja tyytyväisyyden kysyttäessä ”Mikä ohjaajan tehtävässä oli mielestänne palkitsevinta?”. Ihmisten tyytyväisyys, aktiivisuus ja vaivannäkö kurssikerroille pääsemisessä oli ollut ohjaajille tärkeä asia. Kolme ohjaajaa mainitsi palkitsevaksi sen näkemisen, miten ryhmä toimi hyvin ja ihmiset etenivät prosesseissaan. Samoin kolme ohjaajaa kertoi, että oli palkitsevaa nähdä miten opetettavat asiat jäivät elämään ihmisten elämässä. Kolmessa vastauksessa mainittiin myönteisen palautteen merkitys. Kaksi ohjaajaa piti tärkeimpänä vertaistuen toimimisen seuraamista.

Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä neljä ohjaajaa mainitsi ryhmäläisten piristymisen ja masennusoireiden lievittymisen näkemisen palkitsevimmaksi tekijäksi. Kolmelle ohjaajalle merkittävintä oli ollut ryhmäläisten avoimuus, asioiden jakaminen ja kiinnostus kurssiin. Yksi ohjaaja mainitsi, että oli palkitsevaa nähdä ryhmäläisten saavan jonkin uuden oivalluksen elämäänsä. Kurssilaisten kiitollisuus ja positiivinen palaute oli kahden ohjaajan mielestä palkitsevinta. Samoin kaksi ohjaajaa kertoi ryhmäytymisen näkemisen ja kokemisen olleen palkitsevaa.

Ohjaaminen oli ollut yleensä positiivinen kokemus sekä omaisten että kuntoutusasiakkaiden ryhmien ohjaajille. Kysymykseen aikomuksesta toimia tulevaisuudessa vastaavien masennuksen hoidon kurssien ohjaajana tämän kurssin omaisohjaajista yhtä lukuun ottamatta kaikki vastasivat myöntävästi. Vain yksi omaisten ohjaaja vastasi, ettei osannut sanoa. Samoin kuntoutusasiakkaiden ohjaajista yhtä lukuun ottamatta kaikki aikoiivat tulevaisuudessa toimia vastaavanlaisen kurssin ohjaajana. Yksi kuntoutusasiakkaiden ohjaaja ei osannut sanoa tulevaisuuden aikeistaan.

6.4.3 Ohjaajien arvio kurssin soveltuvuudesta omaisille

Omaisryhmän ohjaajia pyydettiin arvioimaan asteikolla 1 – 10 Depressiokoulun sopivuuksia masentuneille omaisille. Vastaukset vaihtelivat välillä 7 – 10 ja niiden keskiarvo oli 8.46 eli tämän mukaan ohjaajat pitivät kurssia melko sopivana omaisille. Ohjaajilta kysyttiin lisäksi ”Mikä tässä menetelmässä oli mielestänne erityisen sopivaa juuri omaisten tarpeiden kannalta?” Vastauksissa korostui jälleen vertaistuen merkitys. Vertaistuki, keskustelu toisten kanssa ja kokemusten vaihto olivat tärkeimpiä asioita menetelmässä.

Tekniikat, joita voi opetella ja joiden kautta voi huomata miten pienikin muutos omassa ajattelussa ja tekemisissä voi vaikuttaa omaa oloa kohottavasti, olivat omaisryhmälle sopivia ohjaajien mielestä. Erilaisten ajatusten tunnistamisen ja muuttamisen opettelu oli tarpeellista, samoin tilan antaminen omalle itselle ja sen mahdollisuuden näkeminen, että voi itse voida hyvin kaikesta huolimatta.

Ohjaajien mukaan omaisille oli myös tärkeää, että keskityttiin heidän hyvinvointiinsa, omaan jaksamiseen ja jaksamista tukeviin asioihin eikä läheisen sairauteen. Omaisetsivat pienen hengähdystauon itselleen, tapasivat toisia omaisia ja saivat vertaistukea. Oli tärkeää nostaa esiin omaisten jaksamisen tärkeys ja se, että on mahdollista tietoisesti edistää omaa jaksamista. Kurssi antoi selkeitä keinoja miten lisätä omaa jaksamista. Omien tarpeiden tunnistaminen oli tärkeää. Oli tärkeää, että kurssi oli suunniteltu juuri omaisille, eikä se ollut liian tieteellinen. Tehtävien teko ei ollut liian vaikeaa, jokainen sai tehdä ne omien kykyjensä ja tarpeidensa pohjalta. Eräs ohjaaja kirjoitti, että omaisilla esiintyy paljon piilomasennusta, josta he itse eivät ole täysin selvillä. Kaksi ohjaajaa mainitsi mielialan seurannan ja kartoituksen, jonka avulla oppi seuraamaan omaa mielialaansa. Eräs ohjaaja mainitsi ohjeistuksen ja sen myötä tulleen johdonmukaisuuden asioiden käsittelyssä. Yhden ohjaajan mukaan kurssilaiset jaksoivat ja kykenivät suuntaamaan tulevaan ja etsimään, huomaamaan ja erittelemään eri vaihtoehtoja ja toimintatapoja. Eräs ohjaaja painotti erilaisia ongelmanratkaisumenetelmiä, oman itsen kuuntelemista ja hoitamista. Menetelmän systemaattisuus oli hyvä asia.

Kysyttäessä ”Mikä tässä menetelmässä ei mielestänne soveltunut omaisryhmälle?” kolme ohjaajaa oli sitä mieltä, että kaikki kurssin materiaali oli hyvin sovellettavissa omaisille. Kaksi ohjaajaa vastasi että työkirjan nimi ”Depressiokoulu” koettiin vie-

raaksi. Se ei ollut nimensä perusteella sopiva omaisille ja eräissä ryhmässä nimi oli koettu hoidolliseksi. Ryhmässä koettiin, että kurssilla tulisi olla erityisen masentunut. Ohjaajan mukaan voisi painottaa enemmän mielialaa kohottavia asioita ja mielialan tukemista ja jaksamista. Yhden ohjaajan mukaan kuudennessa oppitunnissa esimerkit ja ohjeet olivat hieman lapsellisia. Hänen mukaansa ”-- *omaiset ovat käyneet sellaisessa myllyssä että kyllä varmasti tiedetään ja kokeillaan kaikenlaista kun perheessä joku on sairastunut*”. Eräs ohjaaja kertoi viidennen oppitunnin olleen vaikea. Myös ABCD-menetelmä oli hankala, ongelmien ratkominen tuntui vaikealta. Yhdessä ryhmässä kurssilaiset eivät olleet sosiaalisesti syrjäänvetäytyviä, joten tähän aihepiiriin liittyvät asiat jätettiin vähemmälle. Jotkin menetelmät eivät olleet tuntuneet eräissä ryhmässä sopivilta (sopimuksen tekeminen miellyttävien asioiden toteuttamisesta). Ohjaaja oli tosin korostanut, että vapaavalintaisesti voi tehdä asioita, jotka tuntuvat itselle sopivilta. Pelkkä työkirja ja sen tieto oli liian vähäistä erään ohjaajan mukaan, ja siksi hän oli jakanut lisämateriaalia ryhmäläisten tarpeiden pohjalta.

7 TARKASTELU

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Coping with Depression (CWD) -kurssin tuloksellisuutta masennuksen hoitomuotona mielenterveyspotilaiden omaisilla ja avohoidon masentuneilla kuntoutusasiakkailta. Lisäksi tutkittiin kurssilaisten kokemuksia kurssista. Tutkimustehtävänä oli myös selvittää ohjaajien kokemuksia kurssin ohjaamiseen pätevästä koulutuksesta sekä kurssista menetelmänä. Tutkimukseen osallistui 12 omaisten ja 13 kuntoutusasiakkaiden ryhmää. Saatuja tuloksia voidaan käyttää sekä kurssin kehittämiseen Suomessa yleensä ja erityisesti mielenterveyspotilaiden omaisilla.

7.1 Kurssilaisten psyykinen hyvinvointi

Omaisjärjestöissä kurssi oli suunnattu masentuneille ja suuressa masennusriskissä oleville mielenterveyspotilaiden omaisille. Tämän tutkimuksen CWD-kursseille osallistuneista omaisista 41 % vastasi kurssin alussa tuntevansa itsensä masentuneeksi. DEPS-seulalla mitattuna 64 % omaisista oli masentuneita. ”Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi” -tutkimukseen osallistuneista omaisista 38 % (n=1562) oli masentuneita samalla mittarilla mitattuna (Nyman & Stengård, 2001, 69). Selvästikin CWD-kursseille osallistui keskimääräistä masentuneempia mielenterveyspotilaiden omaisia. Sen sijaan omaisten hyvinvointi -tutkimuksessa vastaajien tyytyväisyys elämään (keskiarvo 58) ja ahdistuneisuus (keskiarvo 42) olivat lähes saman suuruiset kuin tässä tutkimuksessa (Nyman & Stengård, 2001, 82). Verrattuna tutkimuksen toiseen kohderyhmään, masentuneisiin kuntoutusasiakkaisiin, omaiset voivat paremmin fyysisen ja psyykkisen terveydentilan osalta sekä psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla mitattuna. Kursseille osallistuneiden omaisten masennus ja ahdistuneisuus oli kuitenkin korkeampaa ja hyvinvointi vähäisempää kuin väestöllä keskimäärin.

Omaiset olivat tulkinneet oman masennuksensa liittyvän pääasiassa läheisen sairauten tai ongelmiin ihmissuhteissa. Omaisten hyvinvointi -tutkimuksessa tyytymättömyys toimeentuloon havaittiin yhdeksi masennukselle altistavaksi riskitekijäksi (Nyman & Stengård, 2001, 71). Tämä yhteys tuli esiin myös tässä tutkimuksessa, joskaan omaiset eivät itse olleet avoimissa vastauksissa juurikaan liittäneet taloudellisia asioita omaan masennukseensa. Sen sijaan yllättävää oli, että psyykkisesti sairaaseen läheiseen liittyvillä muuttujilla ei ollut yhteyttä psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin, ei myöskään

”omaisena olemisen kuormittavuus” -summamuuttujalla. Kuitenkin 29 % omaisista vastasi läheisen sairauden olevan syynä omaan masennukseen.

Kursseille osallistuneiden omaisten taustatietoja ja hyvinvointia voidaan verrata aiempiin mielenterveyspotilaiden omaisille suoritettuihin tutkimuksiin, muun muassa ”Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi” -tutkimukseen (Nyman & Stengård, 2001), jossa on käytetty osittain samoja kysymyksiä ja mittareita. Kummassakin tutkimuksessa noin 90 %:lla vastaajista oli yksi tai useampi psyykkisesti sairas läheinen. Taustamuuttujissa oli myös muita yhtäläisyyksiä, muun muassa läheisen sukupuolen suhteellisessa osuudessa, keski-iässä, siviilisäädystä sekä fyysisessä ja psyykkisessä terveydentilassa. Myös eroavuuksia löytyi. Läheisen diagnoosien suhteelliset osuudet erosivat selvästi toisistaan. Skitsofreniaa sairastavien läheisten omaisia oli tässä tutkimuksessa noin neljäsosa ja mielialasairaus oli diagnoosina noin puolella läheisistä. Omaisen hyvinvointi -tutkimuksessa diagnoosien osuudet olivat päinvastaisia. Läheisten sairastamisaika oli tässä tutkimuksessa selvästi lyhyempi kuin hyvinvointitutkimuksessa. Kerätty tutkimustieto rajautuu sekä tässä että omaisten hyvinvointi -tutkimuksessa koskemaan omaisyhdistysten asiakkaita.

Tarkasteltaessa taustamuuttujien yhteyttä omaisten psyykkiseen hyvinvointiin nousi esiin sekä henkisen että myös hyvin konkreettisen tuen merkitys omaisten hyvinvoinnin tukemisessa. Se, että vastaaja ei kokenut saavansa tukea läheisiltään oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen ja vähäisempään elämän hallinnan tunteeseen. Toisaalta se, että omaisen oli saanut toteuttaa omia toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan liittyi alhaisempaan masentuneisuuteen. Hyvinvoinnin positiivisella ulottuvuudella tyytyväisyys toimeentuloon oli yhteydessä korkeampaan elämään tyytyväisyyteen. Tämä ilmeni myös Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi -tutkimuksessa (Nyman & Stengård, 2001, 88).

Kuntoutusasiakkaat voivat sekä fyysiseltä terveydentilaltaan että psyykkiseltä hyvinvoinniltaan omaisryhmäläisiä huonommin. Kuntoutusasiakkaista 76 % vastasi, että heillä on yksi tai useampi pitkäaikaissairaus. DEPS:llä mitattuna kuntoutusasiakkaista 76 % oli masentuneita kurssin alussa ja 60 %:lla oli ahdistuneisuutta. Myös tyytyväisyys elämään ja elämän hallinta olivat heillä selvästi alentuneita. Kuntoutusasiakkaat olivat kovin heterogeeninen joukko eikä käytössä ollut tietoa siitä, minkä organisaation

kautta he kurseille osallistuivat. Tämän vuoksi kuntoutusasiakkaiden tietoja ei ole verrattu tässä aiempiin tutkimuksiin.

Masennuksen syyt olivat kuntoutusasiakkailla selvästi erilaisia kuin omaisryhmäläisillä. Kuntoutusasiakkaat kokivat työhön liittyvät huolet ja ongelmat hyvin kuormittaviksi ja ne oli myös mainittu usein oman masennuksen syyksi. Myös taloudelliset sekä omaan terveyteen ja jaksamiseen liittyvät huolet nousivat voimakkaasti esiin masennuksen taustalta. Onkin huomattava, että kuntoutusasiakkaat olivat merkitsevästi tyytymättömämpiä toimeentuloonsa kuin omaiset. Kuntoutusasiakkaista joka toisella oli lähipiirissä yksi tai useampi tukea tarvitseva läheinen ja lisäksi huomattava osa (42 %) ilmoitti, että lähipiiriin kuuluu vähintään yksi psyykkisesti sairas henkilö. Näin ollen myös heistä moni kantaa tavallista enemmän huolta toisista ihmisistä.

Kuntoutusasiakkaiden taustamuuttujista löytyi useita yhteyksiä psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin. Heillä huonompi fyysinen ja psyykinen terveydentila oli selvässä yhteydessä suurempaan masennukseen, samoin kuin se, ettei vastaaja käynyt työssä. Sen sijaan parempi fyysinen ja psyykinen terveydentila, avo- tai avioliitossa eläminen sekä tuen saamisen kokemus olivat yhteydessä hyvinvoinnin positiiviseen ulottuvuuteen.

7.2 Kurssin vaikutus

CWD-kurssin vaikuttavuus masennuksen hoidossa on todettu useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Cuijpers, 1998c; Dowrick, 2000; Lewinsohn, 1989). Kurssin tuloksellisuutta mielenterveyspotilaiden omaisten masennuksen hoitomuotona tai suomalaisilla osallistujilla ei ole kuitenkaan tiettävästi tutkittu aiemmin. Suomessa käytettävä CWD-kurssin versio (Koffert & Kuusi, 2002) on hieman erilainen kuin kansainvälisissä tutkimuksissa käytetyt versiot, ja osoittautui, että kurssi on myös tällaisena versiona vaikuttava masennuksen hoitomuoto.

Kurssi vaikutti kummassakin tutkimusryhmässä osallistujien masennukseen merkitsevästi. Kun tarkastellaan muutosta yksilötasolla, BDI:llä mitattuna omaisista 43 %:lla ja DEPS:llä mitattuna 35 %:lla masennusoireet vähenivät. Noin 10 %:lla oireet lisääntyivät kurssin aikana. Kuntoutusasiakkailla masennusoireet vähenivät BDI:llä mitattuna 49 %:lla ja DEPS:llä mitattuna 38 %:lla. Masennusoireet lisääntyivät kuntoutusasiakkaista

7 %:lla. Kummassakaan ryhmässä noin puolella vastaajista ei tapahtunut kurssin aikana muutosta masennuksessa. Toisaalta on myös hyvä huomata, että vaikka kummassakin ryhmässä masennus väheni merkitsevästi, niin DEPS:llä mitattuna huomattava osa kurssilaisista oli masentuneita vielä kurssin lopussa, omaisista 43 % ja kuntoutusasiakkaista 58 %.

Kurssin vaikutus omaisten hyvinvointiin ja ahdistuneisuuteen oli vähäistä. Yksilötasolla tarkasteltuna noin 40 %:lla omaisista tyytyväisyys elämään ja elämän hallinta lisääntyivät, mutta muutos ei ollut kuitenkaan suurta. Lisäksi muutosta huonompaan hyvinvoinnissa tapahtui yli 20 %:lla omaisista. Aiemminkin on tullut esiin, että psykoedukatiiviset koulutusmuodot eivät lisää omaisten hyvinvointia toivotusti. Tämä huomattiin esimerkiksi tutkittaessa koulutusryhmien vaikuttavuutta skitsofreniapotilaiden omaisten tukimuotona (Stengård, 1998), jossa vain kolmasosalla kurssilaisista hyvinvointi lisääntyi. Omaisilla tyytyväisyys elämään ja elämän hallinta olivat kurssin alussa keskimäärin noin yhden keskihajonnan verran normaaliväestöä alhaisempia, eli vielä kohtalaisella tasolla ja näin ollen hyvinvoinnissa ei ollut varaa tapahtua suurta muutosta. Toisaalta omaisten masennus ja läheisen sairaus olivat kummatkin kestäneet jo kohtalaisen pitkään ja siten vakiintuneita. Omaisten hyvinvointi oli siis ehtinyt vakiintua tietylle tasolle, jota ei kahdeksan viikon kurssilla vielä pystytty muuttamaan. Omaisryhmällä psyykkisen hyvinvoinnin väheneminen tai sen lisääntyminen ei ollut yhteydessä omaisen tai läheisen elämäntilanteissa tapahtuneisiin muutoksiin.

Kuntoutusasiakkailla kurssi vaikutti sekä negatiiviseen että positiiviseen tunnetilaan eli heillä myös ahdistuneisuus, tyytyväisyys elämään ja elämän hallinnan kokemus parani-
vat merkitsevästi. Näin ollen kuntoutusasiakkaat hyötyivät kurssista omaisryhmäläisiä enemmän psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla mitattuna. Tässä on kuitenkin tärkeää ottaa huomioon hyvinvoinnin lähtötaso, joka oli kuntoutusasiakkailla selvästi huonompi masennuksen, ahdistuneisuuden ja hyvinvoinnin osalta. Voidaan ajatella, että kuntoutusasiakkaiden hyvinvoinnin suurempi lisääntyminen oli mahdollista kurssin aikana myös sen tähden, että kysymys oli enemmän heidän omasta kuin sairaan läheisen tilanteesta.

Tässä tutkimuksessa muutoksen vaikutuksen voimakkuudet (ES) jäivät kohtalaisiksi. Verrattuna Cuijpersin (1998c) meta-analyysiin, jossa $ES=0.65$, muutoksen vaikutuksen voimakkuudet olivat sekä masennuksen että hyvinvoinnin osalta matalampia (ks.

taulukko 15). Myös verrattuna terapatuloksiin vaikutus jäi alhaisemmaksi. Taulukossa 41 omaisia ja kuntoutusasiakkaita on verrattu NLP-perustaisen psykoterapian asiakkaisiin Ojasen 0 – 100 -asteikolla ahdistuneisuudessa, elämään tyytyväisyydessä ja elämän hallinnassa. Kyseiseen psykoterapian vaikuttavuustutkimukseen (Ojanen ym., julkaisematon aineisto) osallistui 62 avohoitoasiakasta, joilla oli myös masennusta. Terapia-asiakkailta muutosta tapahtui näillä mittareilla mitattuna jonkin verran enemmän kuin CWD-kursseille osallistuneilla omaisilla ja kuntoutusasiakkailta.

Taulukko 41. Muutos ahdistuneisuudessa, elämään tyytyväisyydessä ja elämän hallinnassa CWD-kurssilaisilla ja terapia-asiakkailta

	Alkumittaus (%)			Loppumittaus (%)		
	Omais (n=58)	Kuntoutus (n=55)	NLP (n=62)	Omais	Kuntoutus	NLP
Ahdistuneisuus	41.8	53.6	53.0	37.2	48.0	38.3
Tyytyväisyys elämään	56.3	43.5	55.0	60.8	53.1	73.2
Elämän hallinta	59.8	45.7	66.7	61.9	56.0	77.4

Taustamuuttujista tai kurssiin liittyvistä tekijöistä löytyi hyvin vähän yhteyksiä psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneeseen muutokseen. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että lievempi masennus (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001), tyytyväisyys elämään ja hallinnan tunne (Lewinsohn ym., 1989) ovat yhteydessä kurssin vaikuttavuuteen. Tässä tutkimuksessa kuitenkin omaisilla muutosta tapahtui päinvastoin enemmän niillä, jotka olivat masentuneempia, ahdistuneempia ja vähemmän tyytyväisiä elämäänsä ja kokivat vähemmän hallinnan tunnetta. Kuntoutusasiakkailta hyvinvoinnin lähtötaso oli omaisryhmäläisiä selvästi huonompi ja siksi enemmän ja vähemmän hyvinvoivilla ei ollut muutoksessa suurta eroa.

Tilastollisia yhteyksiä tarkasteltaessa avoimeksi jäi se, mikä kurssilla loppujen lopuksi vaikutti masennuksen vähenemiseen. Sillä miten kurssin koettiin vaikuttaneen omaan elämään tai kuinka hyödylliseksi ja omaan elämään soveltuviksi kurssilla opetetut taidot koettiin, ei ollut yhteyttä muutokseen kummallakaan ryhmällä. Myöskään vastaajan kurssille osallistumisen määrällä tai kotitehtäviin liittyvillä tekijöillä ei ollut yhteyttä muutokseen. CWD-kurssin vaikutusprosessia ei ole toistaiseksi pystytty selvittämään myöskään kansainvälisissä tutkimuksissa (Cuijpers, 2001; Stengård, 2001). Kurssin

kokemuksiin liittyvien avointen kysymysten laadullinen analyysi toi kuitenkin arvokasta tietoa siitä, mitkä tekijät kurssilla oli koettu vaikuttaviksi ja omaa oloa kohentaviksi.

7.3 Kurssilaisten kokemukset kurssista

Kurssi oli kokemuksena pääosin positiivinen sekä omaisten että kuntoutusasiakkaiden ryhmässä. Kummassakin tutkimusryhmässä kurssiin oltiin kohtalaisen tyytyväisiä ja se vastasi osallistujien odotuksia melko hyvin. Vastaukset 0 – 10 -asteikoihin painottuivat voimakkaasti asteikoiden positiiviseen päähän, ja hajonta vastauksissa oli melko pientä. Avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset kuitenkin monipuolistivat kurssin kokemuksellisuuden tulkintaa. Kynnys osallistua ryhmiin oli kohtalaisen matala, ja kurssille tulo koettiin pääosin helpoksi. Omaisryhmäläisillä merkittävin osallistumista helpottava tekijä oli osallistujien yhteinen kokemustausta. Samassa tilanteessa oleminen loi yhteenkuuluvuuden tunnetta. Kuntoutusasiakkailla taas se, että ryhmän ohjaaja ja muut ryhmäläiset olivat ennalta tuttuja, helpotti ryhmään tuloa. Kurssin ulkoiset puitteet koettiin myös pääosin myönteisesti. Osa kurssilaisista (omaisista 19 %, kuntoutusasiakkaista 40 %) olisi tosin toivonut, että kurssikertoja olisi ollut enemmän. Kahdeksan kokoontumiskertaa ei välttämättä ole riittävä määrä kurssilla läpikäytävien teemojen käsittelyyn. Joissakin omaisryhmissä ryhmäläiset kokivat, että ajan jaksottaminen tasapuolisesti kaikkien osallistujien kesken ei ollut täysin onnistunut.

Kurssin ilmapiiriä arvioitiin hyvin positiivisesti sekä omaisten että kuntoutusasiakkaiden ryhmässä. Kurssilaisten arviot kurssin vaikutuksesta omaan elämäntilanteeseen olivat keskimäärin positiivisia. Toisaalta omaisilla tuli esiin, että kurssin vaikutus ei ulottunut omaisen ja psyykkisesti sairaan läheisen suhteeseen yhtä hyvin kuin vastaajan muille elämänalueille. Tämä on hyvä ottaa huomioon järjestettäessä CWD-kursseja osana omaisyhdistysten toimintaa. CWD-kurssin joustavan luonteen vuoksi siihen on mahdollista sisällyttää uusia elementtejä, ja omaisryhmissä kurssin kehittämistä voitaisiin mieltää vielä enemmän omaisen ja psyykkisesti sairaan läheisen suhteen kannalta.

Sekä omaiset että kuntoutusasiakkaat osallistuivat kurssikerroille aktiivisesti, mikä kertoo kurssin tärkeydestä osallistujille. Kurssi oli monelle viikon kohokohta, hetki jolloin sai ottaa aikaa itselleen. Kotitehtävistä mielialan arviointiasteikkoa oli täytetty melko ahkerasti eli yli puolet kummastakin ryhmästä oli täyttänyt sen kaikille kerroille. Mui-

den kotitehtävien kohdalla aktiivisuus oli hieman alhaisempaa. Sekä omaiskurssilaisista että kuntoutusasiakkaista yli 70 % arvioi kotitehtävät erittäin tai melko hyödyllisiksi. Molemmissa ryhmissä tärkeimpänä tekijänä pidettiin sitä, että ne auttoivat asioihin paneutumisessa. Vaikka tehtäviä ei aina ollutkaan tehty, niiden arvo kuitenkin tunnustettiin. Opetettujen taitojen hyödyllisyysarvioinnin pohjalta voidaan päätellä, että miellyttäviin asioihin tai taitoihin (esim. mukavien tekemisten ajattelu ja suunnittelu sekä oman itsen kannustaminen) keskittyminen kohensi vastaajien hyvinvointia keskimäärin enemmän kuin negatiivisiin asioihin (esim. ”Pahin mitä voi tapahtua” -tekniikka) keskittyminen. Kurssilla voisikin mahdollisesti lisätä painotusta positiivisten taitojen opetteluun.

Vertaistuki oli merkittävin kurssilla auttanut tekijä kummassakin tutkimusryhmässä. Vaikka opetetut taidot ovat keskeisiä CWD-kurssilla, yhdessä keskusteleminen ja toinen toistensa tukeminen on kuitenkin osallistujille tärkein seikka. Suuri osa sekä omaisista että kuntoutusasiakkaista vastasi osallistuneensa CWD-kurssille juuri kokemusten jakamisen ja tuen saamisen vuoksi. Toisilta saatu kannustus ja tuki sekä avoimet keskustelut ryhmässä merkitsivät kurssilaisille paljon. Muiden kokemusten kuuleminen auttoi heitä ymmärtämään, etteivät he olleet yksin ongelmiensa kanssa. CWD-kurssin lähdemateriaalista ei kuitenkaan löytynyt mainintoja vertaistuen merkityksestä, mikä ihmetyttää tämän tutkimuksen tulosten valossa. Kenties vertaistukea pidetään itsestään selvänä ryhmäinterventioon kuuluvana tekijänä, mutta tässä tutkimuksessa sen merkitys korostui erityisesti. Omaisyhdistyksissä vertaistuki on jo paljon käytetty muoto, mutta sen käyttöä voisi lisätä myös muille kuormittavassa elämäntilanteessa oleville.

Vertaistuen merkitys on noussut esiin myös muissa masentuneille suunnattuja kuntoutuskursseja koskevissa tutkimuksissa, joissa kurssit ovat kuitenkin olleet luonteeltaan erilaisia kuin CWD-kurssi. Savolaisen ja Sillanpään (1999) tutkimuksessa on selvitetty masentuneille ihmisille tarkoitettulle, viikon kestäneelle kuntoutuskurssille osallistuneiden kokemuksia masennuksesta, kuntoutumisesta ja kuntoutuskurssin merkityksestä. Tutkimuksen mukaan haastateltavat kokivat, että vertaistuki oli tärkein auttava tekijä kuntoutuskurssilla. Ahosen (1998) tutkimuksessa selvitettiin viikon pituisen masentuneiden kuntoutuskurssin merkitystä kuntoutujille. Mahdollisuus jakaa kokemuksia ja ajatuksia muiden kuntoutujien kanssa luottamuksellisessa ilmapiirissä oli tutkimuksen mukaan kuntoutuskurssin tärkein auttava tekijä.

Kokemusten jakaminen, ymmärrys ja tukeminen eivät välttämättä toteudu ryhmässä mikäli kurssilaiset kokevat olevansa kovin erilaisessa elämäntilanteessa. Tämä tuli esiin sekä kurssilaisten että ohjaajien vastauksista. Muutamasta vastauksesta kävi ilmi, että osa kurssilaisista oli tuntenut itsensä jollakin tavalla erilaiseksi (esim. iän tai työtilanteen osalta) kuin muut ryhmän jäsenet, ja tämä oli koettu negatiivisesti. Ohjaajillekin on erityisen vaativaa järjestää kurssikerrat esimerkiksi kolmen eri sukupolven tarpeet huomioiden. Ryhmien olisi hyvä olla myös masennuksen voimakkuuden osalta mahdollisimman homogeenisia, jotta kaikilla ryhmäläisillä olisi suunnilleen yhtä paljon voimavaroja panostaa kurssiin.

Mikäli kurssia suunnataan jollekin erityisryhmälle, siitä tiedottamisen tulisi olla yhdenmukaista itse kurssin sisällön ja tarkoituksen kanssa. Omaisille kurssia mainostettiin muun muassa nimellä ”Elämäniloa etsimässä”, ja kävi ilmi, että kaikille omaisille kurssin tarkoitus ei ollut selvä. Tämä saattoi vaikuttaa laajemminkin kokemukseen kurssista. Kroonisesti sairaiden osalta Cuijpers (2001) toteaa, että sana depressio on poistettu kaikesta kurssimateriaalista, ja mainostettaessakin sen tilalla käytetään termiä mielialan parannus (mood improvement). Ehkä samansuuntaista lähestymistapaa voisi hyödyntää muidenkin ryhmien, kuten juuri psyykkisesti sairaiden omaisten kohdalla. Työkirjan nimi Depressiokoulu koettiin tässä tutkimuksessa ohjaajien mukaan joissakin omaisten ryhmässä vieraaksi, ja eräs kurssilainen kirjoittikin, ettei hän pitänyt oletuksesta että ”omaishoitaja on masentunut”.

7.4 Ohjaajien kokemukset koulutuksesta ja menetelmästä

Ohjaajia pyydettiin arvioimaan sekä koulutusta että menetelmää. Kaikki omaisten ja kuntoutusasiakkaiden ohjaajat arvioivat koulutuksen lisänneen heidän omaa osaamistaan ja tietojaan. Koulutusta ennen oman ryhmän alkamista pidettiin yleisesti riittävänä ja sen katsottiin antaneen tarpeeksi valmiuksia ryhmän ohjaamiseen. Ohjaajien mielestä erityisen hyvää oli kouluttajan asiantuntemus ja persoonallisuus sekä käytetty materiaali. Käytännöllisyys ja konkreettisuus koettiin positiivisena tekijänä. Myös työnohjaus sai kiitosta sekä omaisten että kuntoutusasiakkaiden ohjaajilta. Negatiivista palautetta sai nopea etenemistahti ja kiire. Omaisten ohjaajien vastauksissa toivottiin lisäksi jonkinlaista perustietopakettia masennuksesta mukaan koulutukseen.

Ohjaajat arvioivat kurssiin liittyviä asioita hyvin positiivisesti. Kurssin ajoitus sekä omien voimavarojen riittävyys kurssin ohjaamiseen arvioitiin yleisesti hyväksi. Sekä omaisten että kuntoutusasiakkaiden ohjaajat pitivät kurssin parhaana osatekijänä ryhmän ilmapiiriä. Ihmiset kannustivat ja tukivat toinen toisiaan. Ohjaajien vastauksissa vertaistuen merkitystä korostettiin voimakkaasti. Ryhmän toimivuuden havaitseminen oli tärkeä asia ohjaajille. Palkitsevimpana ohjaajana toimimisessa pidettiin kurssilaisten tyytyväisyyden ja piristymisen näkemistä.

Ryhmän koostumukseen olisi jatkossa hyvä kiinnittää huomiota. Kuten jo kurssilaisten arvioissa tuli esille, liika heterogeenisyys voi aiheuttaa ongelmia ryhmän toiminnassa. Myös kurssin kestoa arvosteltiin. Kahdeksaa kokoontumiskertaa ei pidetty täysin riittävänä. Kuntoutusasiakkaiden ohjaajista moni nosti vastauksissaan esiin aikapulan. Materiaalia oli paljon, ja tehtävät olivat aikaa vieviä. Ohjaajat olivatkin noudattaneet kurssin rakennetta jokseenkin tarkasti ja näin ollen suurin osa kummankaan kohderyhmän ohjaajista ei ehtinyt käydä kurssilla läpi kaikkea haluamaansa. Vaativimpana ohjaajan tehtävissä pidettiin molemmissa ryhmissä puheenvuorojen jakamisen tasapuolisuutta sekä aikatauluissa pysymistä.

Ohjaajat pitivät Depressiokoulua pääosin sopivana menetelmänä masentuneille omaisille. Erityisen sopivana juuri omaisten tarpeiden kannalta pidettiin vertaistukea. Omaisille oli lisäksi tärkeää, että keskityttiin juuri heidän hyvinvointiinsa ja jaksamiseensa, eikä läheisen sairauteen. Pelkkä työkirja ja sen tieto oli erään ohjaajan mukaan riittämätön, mutta ohjaaja oli jakanut lisämateriaalia ryhmäläisten tarpeiden pohjalta. Itse työkirjaan oltiin yleisesti hyvin tyytyväisiä, joten mahdollisen lisämateriaalin jako on järkevintä hoitaa yksilöllisesti kussakin ryhmässä ohjaajan parhaaksi katsomalla tavalla.

7.5 Tutkimusmenetelmän toimivuus

Aineiston keruu onnistui hyvin ja aineistosta saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Lomakkeisiin valitut mittarit ja kysymykset toimivat tarkoituksenmukaisesti eli menetelmän voidaan todeta olleen mielekäs ja toimiva. Tutkimus toi uutta tietoa erityisesti siitä, miten kurssilaiset ja ohjaajat olivat kurssin kokeneet. CWD-kurssin kokemisesta ei löytynyt aiempaa tutkimustietoa. Lisäksi tutkimus toi tietoa kurssin tulok-

sellisuudesta suomalaisten avohoidon asiakkaiden sekä mielenterveyspotilaiden omaisten masennuksen hoitomuotona.

Tulosten rajoituksena on se, että kummallekaan tutkimusryhmälle ei ollut varsinaista kontrolliryhmää. Tuloksiin saattoi vaikuttaa jonkin verran se, että kurssien olosuhteet eivät olleet kontrolloituja, ja siksi kurssien sisältö ja olosuhteet saattoivat poiketa jonkin verran toisistaan. Toisaalta, koska sama kouluttaja oli kouluttanut kaikki tutkimukseen osallistuneiden kurssien ohjaajat ja koska kaikilla kursseilla oli käytössä sama työkirja, on todennäköistä, etteivät kurssit poikenneet toisistaan huomattavasti.

Kurssin tuloksellisuus osallistujien masennuksen hoitomuotona todettiin kurssin viimeisellä kerralla tehdyn lomakekyselyn perusteella. Näin ollen tämä tutkimus ei anna tietoa kurssin pitempiaikaisista vaikutuksista masennukseen. Sitä olisikin tärkeää tutkia jatkossa. Toisaalta on todettu, että suurin osa masentuneista ei hakeudu hoitoon (Helasti, 1999, 25; Lewinsohn ym., 1989). CWD-kurssi on luonteeltaan helposti lähestyttävä psykoedukatiivinen hoitomuoto, johon kuuluu aktiivinen osallistujien rekrytointi. Vastedes olisi hyvä selvittää, voidaanko CWD-kurssin avulla tavoittaa nykyistä paremmin niitä masentuneita, jotka eivät muutoin hakisi apua masennukseensa.

7.6 Yhteenveto

Edellisen perusteella näyttää siltä, että CWD-kurssi sopii hyvin avohoidon masentuneille asiakkaille masennuksen hoitomuodoksi. Lisäksi sen avulla voidaan vähentää heidän ahdistuneisuuttaan ja lisätä heidän psyykkistä hyvinvointiaan laajemminkin. Näin ollen kurssin käyttöä masentuneiden avohoitopotilaiden hoitomuotona voidaan suositella jatkossakin. Tulosten perusteella CWD-kurssi on tulokellinen hoitomuoto myös mielenterveyspotilaiden omaisten masennuksen hoidossa. Sen sijaan sen avulla ei voida kovinkaan tuloksellisesti vaikuttaa omaisten ahdistuneisuuteen, elämään tyytyväisyyteen ja elämän hallintaan, ja näihin onkin mietittävä muita menetelmiä. Omaisten hyvinvointi -tutkimuksesta (Nyman & Stengård, 2001, 90-93) kävi ilmi, että erityisesti kolme seuraavaa tekijää vaikuttavat omaisten hyvinvointiin: taloudelliseen tilanteeseen liittyvät tekijät, sairastuneen läheisen hoitotilanteeseen liittyvät tekijät ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät tekijät. Tutkimuksen perusteella tehdyt suositukset omaisten hyvinvoinnin edistämiseksi liittyvät edellisiin. Ehkä omaisten hyvinvointiin

voidaan vaikuttaa paremmin juuri näitä tekijöitä tukemalla eli sosiaali- ja terveystieteisiin ratkaisuihin. CWD-kursseja voidaan käyttää omaisilla kohdennetusti juuri masennuksen hoitoon jatkossakin ja niihin voidaan mieltää lisättäväksi juuri omaisille sopivia elementtejä.

Kurssi oli pääosin suunnattu oikealle kohderyhmälle sekä omaisilla että kuntoutusasiakkailla. Suurin osa kurssilaisista oli masentuneita, mutta kursseilla oli myös niitä, joilla masennuspisteet jäivät alhaisiksi. Kurssin arvioinneissa tuli esiin, että kaikki eivät kokeneet itseään masentuneiksi ja sen tähden masennuksesta puhuminen tuntui vieraalta. Ryhmän nimeä, tarkoitusta ja koostumusta mietittäessä on pohdittava tarkoin sitä, puhutaanko kurssilla masennuksesta vai yleisemmin mielialan kohentamisesta ja elämän stressitilanteiden hallinnasta. Mikäli osallistuja ei tunne itseään masentuneeksi, voi hän kokea ettei kurssi ole tarkoitettu hänelle. Masennus-käsite voidaan kokea myös leimavana. Tämä ei ole toivottua, sillä CWD-kurssin kaltaisten psykoedukatiivisten menetelmien etuna on juuri se, että niiden kautta on mahdollista tavoittaa sellaisia masentuneita, jotka eivät koe varsinaisesti olevansa masentuneita. Kurssin Depressiokoulu-työkirjan nimi ei ole tässä mielessä paras mahdollinen.

Kurssia kehitettäessä jatkossa on hyvä ottaa huomioon edellisen lisäksi seuraavat kolme asiaa. Olisi hyvä, että kurssilaiset eivät eroa toisistaan kovin paljon masennuksen voimakkuuden, iän ja elämäntilanteen osalta. Toiseksi Depressiokoulu-työkirjassa on materiaalia enemmän kuin kahdeksan kerran kurssilla ehditään käsittelemään ilman kiireen tunnetta. Tämän vuoksi joko kurssikertojen määrää suositellaan lisäämään tai teemojen käsittelyä rajaamaan. Kolmanneksi vertaistuen merkitys CWD-kurssin vaikuttavana tekijänä on tärkeä, mikä tulee ottaa huomioon kurssin rakennetta ja sisältöä suunniteltaessa.

LÄHTEET

- Ahonen, J. (1998) *Kuntoutuskurssi masentuneen apuna*. Pro gradu -tutkielma 35/1998. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.
- Aminoff, K. (2002) Omainen kaipaa vertaistukea ja välimatkaa. *Mielenterveys*, 2, 38-39.
- Arhovaara, S., & Rinne, R. (1989) *Omaisien ääni*. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (1967) *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division. New York: Harper & Row Publishers.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (2000) Beck Depression Inventory (BDI). Teoksessa *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington (D.C.): American Psychiatric Association, 519-523.
- Brown, R., & Lewinsohn, P. M. (1984) A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783.
- Burns, D., & Spangler, D. L. (2000) Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1), 46-56.
- Cuijpers, P. (1998a). Minimizing interventions in the treatment and prevention of depression. Taking the consequences of the "Dodo Bird Verdict". *Journal of Mental Health*, 7 (4), 355-365.
- Cuijpers, P. (1998b). Prevention of depression in chronic general medical disorders: a pilot study. *Psychological Reports*, 82, 735-738.
- Cuijpers, P. (1998c). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with depression" course. *Behaviour Therapy*, 29, 521-533.
- Cuijpers, P. (1998d). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 41-48.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dowrick, C. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321 (7274), 450-456.

- Garland, A. & Scott, J. (2002) Using homework in therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (5), 489-498.
- Gloaguen, V., Cottraux J., Cucherat, M. & Blackburn, I. (1998) A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Gothóni, R. (1991) *Omaiset – loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara*. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991: 4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Hartley, P. (1997) *Group communication*. London: Routledge.
- Hatfield, A. B. (1988) Issues in psychoeducation for families of the mentally ill. *International Journal of Mental Health*, 17, 48-64.
- Havén, A. (2003) *Omaisen masennus-projekti vuosina 2000-2002, loppuraportti*. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.
- Helasti, K. (1999) *Depressiopotilaan omaisen kuormittuminen*. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 51. Helsinki: Kela.
- Henriksson, M. (1995) Depression tunnistaminen muiden sairauksien ja häiriöiden yhteydessä. Teoksessa *Depressio – tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 132-146.
- Hollon, S. & Beck, A. (1986) Cognitive and cognitive-behavioral therapies. Teoksessa S. L. Garfield & A. E. Bergin (toim.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition. New York: John Wiley & sons, 443-482.
- Jumppainen, E. (1993) Ryhmäterapia: kognitiivis-behavioraalinen näkökulma. Teoksessa A. Toskala (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 13. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus, 77-87.
- Jääskeläinen, M., Parviainen, M., Pölkki, P., Tacké, I. & Yliselä, T. (1996) Kognitiivisen psykoterapian tuottaman muutoksen arviointi. Teoksessa A. Toskala (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia. Uudet kehityslinjat ja sovellukset*. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen tutkimuksia ja selvityksiä 25. Jyväskylän yliopiston täydennyskoulutuskeskus, 14-42.
- Karila, I. (2001) Masennushäiriöt. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 57-79.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002) Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Koffert, T. & Kuusi, K. (2002). *Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja*. Työkirja. Helsinki: Mielenterveyden koulutuskeskus / Suomen mielenterveysseura.

- Kuusinen, K. (2000) Kognitiivinen psykoterapia ohjauksen viitekehyksenä. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus*. Jyväskylä: PS-kustannus, 83-105.
- Kuusinen, K. (2001) Yleiskatsaus kognitiivisiin terapiaihin. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 12-24.
- Laine, T. (2001) Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 99-110.
- Lehtinen, V. (toim.) (1994) *Depression hoito terveyskeskuksessa. Tunnistamis- ja hoitomalli*. STAKES oppaita 22. Jyväskylä: STAKES Mielenterveysyksikkö.
- Lehtinen, V. (1995) Depression epidemiologia. Teoksessa *Depressio – tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 23-59.
- Lehtonen, J. (1995) Mitä depressio on? Teoksessa *Depressio - tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 14-22.
- Lestinen, J., Mönkkönen, J., Pursiainen, O. & Ruotsalainen, S. (2001) Ryhmämuotoinen kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa S. Kähkönen, I. Karila & N. Holmberg (toim.) *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 324-336.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. & Clarke, G. N. (1989). The coping with depression course: Review and future directions. *Canadian Journal Behavioral Science*, 21, 470-493.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lindeman, S., Kaprio, J., Isometsä, E., Poikolainen, K., Heikkinen, M., Hämäläinen, J., Haarasilta, L., Laukkala, T. & Aro, H. (2002) Spousal resemblance for history of major depressive episode in the previous year. *Psychological Medicine*, 32 (2), 363-367.
- Malin, M. (toim.) (2000) *Verkostot ja vertaiset*. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Niemistö, R. (1999) *Ryhmän luovuus ja kehitysehdot*. Tampere: Tammer-Paino.
- Nyman, M. & Stengård, E. (2001) *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

- Ojanen, M. (2000) Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittaauksessa. Teoksessa S. Talo (toim.) *Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen*. Seminaariraportti. KELA. Turku: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, 209-224.
- Ojanen, M., Svennevig, H., Nyman, M. & Halme, J. (2001). *Liiku oikein – voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille*. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 153. Helsinki.
- Omaisetsien mielensterveystyön tukena Keskusliitto Ry (1997) Teoksessa T. Munnukka, S. Halme, A. Kankainen, I. Kiikkala, P. Lehto & R. Rokkanen (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 1998. Mielensterveys*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 152-154.
- Parikka, P., Peltola, E. & Røyks, R. (2000) Psykoedukatiivinen omaistyö. *Perheterapia*, 4, 31-33.
- Peltoniemi, P. (toim.) (1996) *Katson rohkeasti takaisin. Psykkisesti sairaiden omaiset kirjoittavat*. Juva: Mielensterveyden keskusliitto ry.
- Pylkkänen, L., Niskanen, P. & Mikkonen, T. (1995) Masennus ja työkyvyttömyys. *Suomen lääkirilehti*, 7, 761-165.
- Raitasalo, R. (1995) Depression vaikutukset työ- ja toimintakykyyn. Teoksessa *Depressio - tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Suomalainen Lääkiriseura Duodecim, 36-46.
- Ruponen, R., Nummenmaa, A. R. & Koivuluhta, M. (2000) Ryhmäohjaus muutoksen mahdollisuuden maisemana. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Spangar (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus*. Jyväskylä: PS-kustannus, 162-188.
- Ryff, C. D. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Salokangas, R. K. R. (1995) Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa *Depressio - tunnistaminen ja hoito*. Suomen Akatemian julkaisuja 1/95. Helsinki: Suomalainen Lääkiriseura Duodecim, 116-131.
- Salokangas R. K. R. (1996) *Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan?* Porvoo: Werner Söderström Oy.
- Salokangas, R. K. R., Stengård, E. & Perälä, K. (1991) *Omaisetsien arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaisista ja heidän kokemuksistaan*. Mielensterveystutkimusyksikkö, Kansanterveystieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Salokangas, R. K. R., Stengård, E. & Poutanen, O. (1994) DEPS – uusi väline depression seulontaan. *Duodecim*, 110, 1141-1148.

- Savolainen, H. & Sillanpää, H. (1999) *Masentuneiden ihmisten kuvaus masennuksesta ja kuntoutumisesta*. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Helsinki: Stakes.
- Seligman, M. (1995) The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study. American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2002) Hope theory –a member of the positive psychology family. Teoksessa C. R. Snyder & S. J. Lopez (toim.) *Handbook of Positive psychology*. New York: Oxford University Press, 257-276.
- Spangar, T., Pasanen, H. & Onnismä, J.(toim) (2000) Alkusanat. *Teoksessa Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus*. Jyväskylä: PS-kustannus, 5-11.
- Stengård, E. (1995) Omaisten merkitys pitkäaikaipotilaan kuntoutuksessa. Teoksessa T. Haapoja, E. Nordling, V. Somppi (toim.) *Eväitä elämään*. Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen 10-vuotisjuhlakirja. Vaasa: Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistys, 88-98.
- Stengård, E. (1998) *Koulutusryhmä skitsofreniapotilaiden omaisten tukimuotona*. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.
- Suomala, M. (1998) *Masentuneen ihmisen kokemus autetuksi tulemisesta*. Pro gradu - tutkielma 34/1998. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Tamminen, T. (2001) *Mielet maasta. Depression tietokirja*. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 2/1999. <http://www.stat.fi/tk/el/hyv992.html>.
- Vuorinen, M. (1997) Vertaistuen mahdollisuudet mielenterveystyössä. Teoksessa T. Munnukka, S. Halme, A. Kankainen, I. Kiikkala, P. Lehto & R. Rokkanen (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 1998. Mielenterveys*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 147-151.
- Wampold, B., Minami, T., Baskin, T. & Tierney, S. (2002) A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Watson, D. (2002) Positive affectivity -the disposition to experience pleasurable emotional states. Teoksessa C. R. Snyder & S. J. Lopez (toim.) *Handbook of Positive psychology*. New York: Oxford University Press, 106-119.

JULKAISEMAT TOMAT LÄHTEET:

- Cuijpers, P. (2001) The “Coping with Depression” course: State of the art. Paper presented at the seminar “Group method in the prevention and treatment of depression” 2-3.2.2001. Turku.

Dunder, M-L. (2000) Kurssiesite ”CWD (Coping with Depression) – masennuksen ryhmämuotoinen ennaltaehkäisy ja hoito”.

Ojanen, M., Kotakorpi, S., Kumpula, S., Tenkku, M., Vadén, T., Vikeväinen-Tervonen, L., Kiviaho, M., & Hiltunen, S. NLP-perustaisen psykoterapian tuloksellisuustutkimus Tampereella. Psykologian laitos, Tampereen yliopisto. Julkaisematon käsikirjoitus.

Ruhanen, E. (2003) Tilasto: Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet 2000-2003. Tiedonanto Kelan tilastoryhmän pääsuunnittelijalta sähköpostitse 17.11.2003.

Stengård, E. (2001) Luentotiivistelmä P. Cuijpersin pitämästä koulutuksesta ”Masennuksen ryhmämuotoinen ennaltaehkäisy ja hoito” 2.-3.2.2001.

LIITTEET

Liite 1. Omaisten alkulomake

[Alkulomakkeen sivut 1 – 6 (BDI sekä Ojasen asteikot Tyytyväisyys elämään, Elämän hallinta ja Ahdistuneisuus) puuttuvat tästä. Ne ovat samat kuin liitteessä 2, s. 116-121.]

Vastausohje

Olkaa hyvä ja vastatkaa tähän lomakkeeseen nimettömänä. Lomake käsitellään luottamuksellisesti siten, että yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa.

Kysymyksiin vastataan ympyröimällä sen vastausvaihtoehdon numero, joka vastaa parhaiten teidän tilannettanne. Ympyröikää vain yksi vaihtoehto ellei toisin pyydetä.

Esimerkiksi

Sukupuoli 1. Nainen
 2. Mies

Joissakin kysymyksissä kirjoitetaan vastaus sille varattuun tilaan. Esimerkiksi

Mikä on nykyinen ammattinne?

**Olkaa hyvä ja tarkistakaa lopuksi että olette vastannut jokaiseen kysymykseen.
Huomioikaa myös kunkin sivun kääntöpuolella olevat kysymykset. KIITÄMME
ARVOKKAASTA AVUSTANNE!**

Vastauspäivämäärä: _____

TAUSTATIETOJA

1. Sukupuoli 1. Nainen
 2. Mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Mikä on siviilisäätyenne?

1. Naimaton
2. Naimisissa / Avoliitossa
3. Eronnut
4. Leski

4. Mikä on peruskoulutuksenne?

1. Vajaa kansakoulu / vajaa peruskoulu
2. Kansakoulu
3. Peruskoulu tai keskikoulu
4. Lukio

5. Minkälainen on ammattikoulutuksenne?

1. Ei mitään
2. Enintään kurssimaista tai työpaikalla saatua opetusta
3. Ammattikoulu, kauppakoulu tai vastaava
4. Alempi opistotasoinen koulutus (esim. merkonomi, tekniikko, sairaanhoitaja)
5. Ylempi opistotasoinen koulutus tai ammattikorkeakoulu (esim. insinööri, erikoissairaanhoitaja)
6. Korkeakoulu- tai yliopistotutkinto

6. Mikä on työtilanteenne? (Jos olette sairaslomalla, ympyröikää myös se vaihtoehto, joka vastasi tilannetta ennen sairasloman alkua.)

1. Käyn säännöllisessä ansiotyössä
2. Olen osapäivätyössä
3. Toimin yrittäjänä
4. Teen kotityötä (kotiäiti / koti-isä)
5. Opiskelen päätoimisesti
6. Olen työtön. Olen ollut työttömänä ____ v. ____ kk.
7. Olen eläkkeellä tai siirtymässä eläkkeelle
8. Olen sairaslomalla. Olen ollut sairaslomalla ____ v. ____ kk.
9. Muu, mikä? _____

7. Kenen kanssa asutte? (Tarvittaessa voitte ympyröidä myös useamman vaihtoehdon.)

1. Asun yksin
2. Asun puolisoni / avopuolisoni kanssa
3. Asun lapseni / lasteni kanssa (ei puolisoa)
4. Asun puolison / avopuolison ja lasten kanssa
5. Asun vanhempieni / vanhempani kanssa
6. Muu asuinkumppani, kuka? _____

8. Miten tyytyväinen olette toimeentuloonne?

1. Erittäin tyytyväinen
2. Melko tyytyväinen
3. Sekä tyytyväinen että tyytymätön
4. Melko tyytymätön
5. Erittäin tyytymätön

VASTAAJAN TERVEYDENTILA JA TOIMINTAKYKY

9. Minkälainen on ruumiillinen terveydentilanne?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

10. Onko teillä jokin fyysinen tai psyykkinen pitkäaikaissairaus?

1. Ei ole
2. On, yksi
3. On, useampi

11. Jos on, mikä / mitkä?

12. Minkälainen on mielenterveytenne / psyykkinen terveydentilanne?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

13. Onko teillä terveydentilastanne johtuvia vaikeuksia päivittäisten asioiden (esim. siivous, ruuan laittaminen, pyykinpesu, tiskaus, kaupassa käynti, pankkiasiat) hoitamisessa?

1. Ei lainkaan
2. Jonkin verran
3. Melko paljon
4. Erittäin paljon

14. Jos teillä on vaikeuksia päivittäisten asioiden hoitamisessa, niin mistä vaikeudet johtuvat?

15. Tunnetteko itsenne masentuneeksi?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

Jos ette tunne olevanne masentunut, siirtykää kysymykseen 20.

16. Kuinkaan pitkään olette tuntenut olevanne masentunut? ____v. ____kk.

17. Kun mietitte viimeistä puolta vuotta, onko masentuneisuutenne:

1. pysynyt pitkään voimakkuudeltaan samanlaisena
2. lieventynyt
3. pahentunut
4. vaihtelevaa

18. Mistä oman käsityksenne mukaan masennuksenne johtuu?

19. Katsotteko tarvitsevanne tämän kurssin lisäksi hoitoa tai muuta apua (esim. lääkärin, psykiatrin tai psykologin antamaa) masennuksen vuoksi?

1. En katso tarvitsevani
2. Koen että siitä on / olisi jonkin verran hyötyä
3. Koen selvästi tarvetta hoitoon tai apuun
4. Pidän hoitoa tai apua aivan välttämättömänä

20. Millä keinoilla olette pyrkinyt kohentamaan mielialaanne tai lievittämään masennustanne? (esim. ajatustyö, toimiminen, työ, puhuminen, lääkkeet, nautintoaineet, päihteet, lepo, liikunta) Kuvatkaa omin sanoin.

21. Oletteko saanut aiemmin tai saatteko tällä hetkellä hoitoa masennuksen takia? Ympyröikää kummankin ajankohdan osalta yksi vaihtoehto jokaisesta viidestä kohdasta.

	<u>Tällä hetkellä</u>		<u>Aiemmin</u>	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Lääkehoito	1	0	1	0
Terapiahoito	1	0	1	0
Psykiatrinen sairaalahoito	1	0	1	0
Ryhmäkeskustelu, vertaisryhmä tms.	1	0	1	0
Muu, mikä _____	1	0	1	0

22. Alla olevassa luettelossa esitetään teitä itseänne koskevia väitteitä. Ympyröikää jokaisen väitteen jäljessä olevista numeroista se vaihtoehto, joka parhaiten vastasi mielialaanne viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi	0	1	2	3
Tulevaisuus tuntui toivottomalta	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä	0	1	2	3
Minusta tuntui ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystävien avulla	0	1	2	3

23. Kuinka usein olette viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana voineet toteuttaa omia toiveitanne ja kiinnostuksen kohteitanne (esim. koulu, työ, harrastukset, liikunta, vierailut ystävien tai sukulaisten luo)?

1. En lainkaan
2. Hyvin harvoin
3. Jonkin verran
4. Melko usein
5. Lähes aina

24. Missä määrin koette saavanne tukea, konkreettista tai henkistä, läheisiltä ihmisiltä (perhe, ystävät, sukulaiset)?

1. En lainkaan
2. Jonkin verran, mutta en tarpeeksi
3. Melko paljon, mutta en tarpeeksi
4. Koen saavani tarpeeksi tukea

25. Miksi halusitte osallistua tälle kurssille?

26. Miten saitte tiedon tästä kurssista?

PSYKKISESTI SAIRASTUNUT LÄHEINEN

27. Kuuluuko lähipiiriinne (perhe, ystävät, sukulaiset) tällä hetkellä tai onko aikaisemmin kuullut psyykkisesti sairasta henkilöä?

1. Lähipiirissäni ei koskaan ole ollut psyykkisesti sairasta henkilöä
2. Aikaisemmin oli, mutta tällä hetkellä lähipiiriini ei kuulu psyykkisesti sairasta henkilöä
3. Lähipiiriini kuuluu parhaillaan yksi psyykkisesti sairas henkilö
4. Lähipiiriini kuuluu parhaillaan useampi psyykkisesti sairas henkilö, montako ____?

Jos teillä on useita sairaita tai erityistä tukea tarvitsevia läheisiä, niin valitkaa heistä yksi, mielellään psyykkisistä ongelmista kärsivä läheinen, jonka omaisena oleminen kuormittaa teitä eniten.

Mikä on psyykkisesti sairaan läheisenne:

28. Sukupuoli
1. Nainen
 2. Mies

29. Ikä _____ vuotta

30. Siviilisääty

1. Naimaton
2. Naimisissa / avoliitossa
3. Eronnut
4. Leski

31. Mikä on teidän suhteenne häneen? Olen hänen:

1. Äitinsä / isänsä (koskee myös isä- tai äitipuolta tai kasvatusvanhempia)
 2. Tyttärensä / poikansa
 3. Siskonsa / veljensä
 4. Vaimonsa / miehensä
 5. Ystävänsä
 6. Muu, mikä? _____
-

32. Mikä on läheisenne päädiagnoosi (ympyröikää yksi vaihtoehto)?

1. Skitsofrenia
2. Mielialasairaus (esim. masennus, mania, kaksisuuntainen mielialahäiriö)
3. Joku muu, mikä? _____
4. En tiedä

33. Kuinka kauan läheisellänne on ollut tämä sairaus tai ongelma? _____ v. _____ kk

34. Saako läheisenne jotain hoitoa tai muuta apua sairautensa tai ongelmansa takia?

1. Kyllä
2. Ei

35. Jos saa, mitä?

36. Minkälainen on psyykkisesti sairaan läheisenne ruumiillinen terveydentila ollut viimeisen kuukauden aikana?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

37. Minkälainen on psyykkisesti sairaan läheisenne mielenterveys / psyykinen terveydentila ollut viimeisen kuukauden aikana?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

38. Miten psyykkisesti sairas läheisenne hoitaa tällä hetkellä seuraavat päivittäiset toimintonsa tai osallistuu niiden hoitamiseen? Jos kyseinen toiminto ei läheisenne iän, elämäntilanteen tms. perusteella muutenkaan kuuluisi hänen päivittäisiin tehtäviinsä, ympyröikää vaihtoehto ”ei kuulu”. Ympyröikää yksi vaihtoehto jokaisesta kohdasta.

Toiminto	Hyvin	Kohtalaisesti	Huonosti	Ei lainkaan	Ei kuulu
Kodinhoito tai siinä auttaminen	4	3	2	1	0
Ruokailu	4	3	2	1	0
Rahankäyttö	4	3	2	1	0
Oma siisteys	4	3	2	1	0
Hoidosta/lääkkeistä huolehtiminen	4	3	2	1	0
Nukkumaanmeno/ylösnousu	4	3	2	1	0
Ostoksilla käynti	4	3	2	1	0
Sosiaaliset suhteet	4	3	2	1	0
Työnteko/opiskelu	4	3	2	1	0

39. Missä määrin joudutte huolehtimaan sairaan läheisenne asioista?

1. En lainkaan
2. Hyvin vähän
3. Jonkin verran
4. Melko paljon
5. Hyvin paljon

40. Kuinka monta henkilöä (te mukaan luettuna) osallistuu sairastuneen läheisenne asioista huolehtimiseen?

1. Läheisen asioista ei tarvitse huolehtia
2. Vain minä osallistun
3. Minä ja joku toinen osallistumme
4. Minä ja useita muita osallistumme
5. Minä en osallistu, mutta yksi tai useita muita osallistuu

41. Jos joudutte auttamaan sairasta läheistänne jokapäiväisissä käytännön asioissa, koetteko sen rasittavaksi?

1. En
2. Vain vähän
3. Jonkin verran
4. Paljon

42. Kuinka usein tapaatte psyykkisesti sairasta läheistänne?

1. Asumme yhdessä
2. Tapaamme päivittäin
3. Tapaamme viikoittain
4. Tapaamme vähintään kerran kuukaudessa
5. Tapaamme harvemmin kuin kerran kuukaudessa

43. Kuinka monta tuntia viikossa olette keskimäärin tekemisissä (myös puhelinkeskustelut) sairaan läheisenne kanssa?

1. Alle 1 tunti
2. 1-4 tuntia
3. 5-8 tuntia
4. 9-16 tuntia
5. 17-32 tuntia
6. yli 32 tuntia

44. Ovatko ihmissuhteenne muuttuneet läheisenne sairauden myötä?

1. Ihmissuhteeni ovat lisääntyneet
2. Ei ole tapahtunut muutosta aikaisempaan verrattuna
3. Ihmissuhteeni ovat vähentyneet jonkin verran
4. Ihmissuhteeni ovat vähentyneet huomattavasti

45. Ovatko harrastuksenne tai vapaa-ajan viettonne muuttuneet läheisen sairauden vuoksi? (esim. osallistuminen järjestötoimintaan, liikuntaharrastuksiin, opiskeluun tms.)

1. Harrastukseni ovat lisääntyneet
2. Ei ole tapahtunut muutosta aiempaan verrattuna
3. Harrastukseni ovat vähentyneet jonkin verran
4. Harrastukseni ovat vähentyneet huomattavasti

46. Kuuluuko lähipiiriinne muita henkilöitä, jotka tarvitsevat huomattavissa määrin teidän tukeanne tai apuanne? (psykkinen tai fyysinen sairaus tai jokin muu avun tarve, esim. oppimisvaikeudet, vanhuus, vaikeat allergiat)

1. Kyllä
2. Ei

47. Jos kuuluu, kuka/keitä läheiset ovat? Minkä takia hän/he tarvitsevat tukea tai apua?

OLKAA HYVÄ JA TARKISTAKAA VIELÄ LOPUKSI, ETTÄ OLETTE VASTANNUT JOKAISEEN KYSYMYKSEEN.

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Liite 2. Kuntoutusasiakkaiden alkulomakkeen kysymykset 27 – 50

(Kysymykset 1 – 26 ovat samat kuin omaisten alkulomakkeessa)

ELÄMÄÄNNE KUORMITTAVAT TEKIJÄT

27. Onko elämässänne tällä hetkellä jokin / joitakin tekijöitä, jotka aiheuttavat teille erityistä kuormitusta?

1. Kyllä
2. Ei

28. Kuinka kuormittuneeksi koette itsenne tällä hetkellä?

1. Erittäin paljon
2. Melko paljon
3. Jonkin verran
4. Vain vähän
5. En lainkaan

29. Jos koette itsenne kuormittuneeksi, mikä / mitkä tekijät teitä erityisesti kuormittavat?

30. Kuuluuko lähipiiriinne (perhe, ystävät, sukulaiset) henkilöitä, jotka tarvitsevat pitkäaikaisesti ja huomattavissa määrin teidän tukeanne tai apuunne? (psykykinen tai fyysinen sairaus tai jokin muu avun tarve, esim. oppimisvaikeudet, vanhuus, vaikeat allergiat)

3. Kyllä
4. Ei

31. Jos kuuluu, kuka / keitä läheiset ovat? Minkä takia hän / he tarvitsevat tukea tai apua?

32. Kuuluuko lähipiiriinne (perhe, ystävät, sukulaiset) tällä hetkellä tai onko aikaisemmin kuulunut psyykkisesti sairasta henkilöä?

5. Lähipiirissäni ei koskaan ole ollut psyykkisesti sairasta
6. Aikaisemmin oli, mutta tällä hetkellä lähipiiriini ei kuulu psyykkisesti sairasta henkilöä
7. Lähipiiriini kuuluu parhaillaan yksi psyykkisesti sairas henkilö
8. Lähipiiriini kuuluu parhaillaan useampi psyykkisesti sairas henkilö, montako ____?

Jos teillä on useita sairaita tai erityistä tukea tarvitsevia läheisiä, niin valitkaa heistä se läheinen jonka omaisena oleminen kuormittaa teitä eniten. Jos teillä ei ole tällaista tukea tarvitsevaa läheistä, niin voitte lopettaa lomakkeen täytön.

33. Onko valitsemallanne läheisellä (vastatkaa tarpeen mukaan yhteen tai useampaan):

a. Psyykkinen sairaus / ongelma, mikä?

b. Fyysinen sairaus / ongelma, mikä?

c. Muu avun tai tuen tarve, mikä?

34. Kuinka kauan läheisellänne on ollut tämä sairaus tai ongelma? _____ v. _____ kk

Mikä on läheisenne:

35. Sukupuoli 1. Nainen
 2. Mies

36. Ikä _____ vuotta

37. Siviilisääty

5. Naimaton
6. Naimisissa / avoliitossa
7. Eronnut
8. Leski

38. Mikä on teidän suhteenne häneen? Olen hänen:

7. Äitinsä / isänsä (koskee myös isä- tai äitipuolta tai kasvatusvanhempia)
8. Tyttärensä / poikansa
9. Siskonsa / veljensä
10. Vaimonsa / miehensä
11. Ystävänsä
12. Muu, mikä? _____

39. Minkälainen on läheisenne ruumiillinen terveydentila ollut viimeisen kuukauden aikana?

6. Erittäin hyvä
7. Melko hyvä
8. Kohtalainen
9. Melko huono
10. Erittäin huono

40. Minkälainen on läheisenne mielenterveys / psyykinen terveydentila ollut viimeisen kuukauden aikana?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

41. Saako läheisenne jotain hoitoa tai muuta apua sairautensa tai ongelmansa takia?

3. Kyllä
4. Ei

42. Jos saa, mitä?

43. Miten läheisenne hoitaa tällä hetkellä seuraavat päivittäiset toimintonsa tai osallistuu niiden hoitamiseen? Jos kyseinen toiminto ei läheisenne iän, elämäntilanteen tms. perusteella muutenkaan kuuluisi hänen päivittäisiin tehtäviinsä, ympyröikää vaihtoehto ”ei kuulu”. Ympyröikää yksi vaihtoehto jokaisesta kohdasta.

Toiminto	Hyvin	Kohtalaisesti	Huonosti	Ei lainkaan	Ei kuulu
Kodinhoito tai siinä auttaminen	4	3	2	1	0
Ruokailu	4	3	2	1	0
Rahankäyttö	4	3	2	1	0
Oma siisteys	4	3	2	1	0
Hoidosta/lääkkeistä huolehtiminen	4	3	2	1	0
Nukkumaanmeno/ylös nousu	4	3	2	1	0
Ostoksilla käynti	4	3	2	1	0
Sosiaaliset suhteet	4	3	2	1	0
Työnteko/opiskelu	4	3	2	1	0

44. Missä määrin joudutte huolehtimaan läheisenne asioista?

1. En lainkaan
2. Hyvin vähän
3. Jonkin verran
4. Melko paljon
5. Hyvin paljon

45. Kuinka monta henkilöä (te mukaan luettuna) osallistuu läheisenne asioista huolehtimiseen?

6. Läheisen asioista ei tarvitse huolehtia
7. Vain minä osallistun
8. Minä ja joku toinen osallistumme
9. Minä ja useita muita osallistumme
10. Minä en osallistu, mutta yksi tai useita muita osallistuu

46. Jos joudutte auttamaan läheistänne jokapäiväisissä käytännön asioissa, koetteko sen rasittavaksi?

5. En
6. Vain vähän
7. Jonkin verran
8. Paljon

47. Kuinka usein tapaatte läheistänne?

6. Asumme yhdessä
7. Tapaamme päivittäin
8. Tapaamme viikoittain
9. Tapaamme vähintään kerran kuukaudessa
10. Tapaamme harvemmin kuin kerran kuukaudessa

48. Kuinka monta tuntia viikossa olette keskimäärin tekemisissä (myös puhelinkeskustelut) läheisenne kanssa?

7. Alle 1 tunti
8. 1-4 tuntia
9. 5-8 tuntia
10. 9-16 tuntia
11. 17-32 tuntia
12. yli 32 tuntia

49. Ovatko ihmissuhteenne muuttuneet läheisenne sairauden myötä?

5. Ihmissuhteeni ovat lisääntyneet
6. Ei ole tapahtunut muutosta aikaisempaan verrattuna
7. Ihmissuhteeni ovat vähentyneet jonkin verran
8. Ihmissuhteeni ovat vähentyneet huomattavasti

50. Ovatko harrastuksenne tai vapaa-ajan viettönnne muuttuneet läheisen sairauden vuoksi? (esim. osallistuminen järjestötoimintaan, liikuntaharrastuksiin, opiskeluun tms.)

5. Harrastukseni ovat lisääntyneet
6. Ei ole tapahtunut muutosta aiempaan verrattuna
7. Harrastukseni ovat vähentyneet jonkin verran
8. Harrastukseni ovat vähentyneet huomattavasti

OLKAA HYVÄ JA TARKISTAKAA VIELÄ LOPUKSI, ETTÄ OLETTE VASTANNUT JOKAISEEN KYSYMYKSEEN.

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Liite 3. Omaisten loppulomake

Vastausohje

Olkaa hyvä ja vastatkaa tähän lomakkeeseen nimettömänä. Lomake käsitellään luottamuksellisesti siten, että yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa.

Kysymyksiin vastataan ympyröimällä sen vastausvaihtoehdon numero, joka vastaa parhaiten teidän tilannettanne. Ympyröikää vain yksi vaihtoehto ellei toisin pyydetä. Joissakin kysymyksissä kirjoitetaan vastaus sille varattuun tilaan. Esittäkää vastauksissa oma henkilökohtainen kokemuksenne, käsityksenne tai mielipiteenne asiasta.

Olkaa hyvä ja tarkistakaa lopuksi että olette vastannut jokaiseen kysymykseen. Huomioikaa myös kunkin sivun kääntöpuolella olevat kysymykset. KIITÄMME ARVOKKAASTA AVUSTANNE!

Päivämäärä: _____

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1. Sukupuoli | 1. Nainen |
| | 2. Mies |
| 2. Ikä _____ vuotta | |

MIELIALANNE

Seuraavassa on 21 ryhmää erilaisia väittämiä. Lukekaa jokainen ryhmä huolellisesti. Sen jälkeen valitkaa väittäjä, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne VIIMEISEN VIIKON aikana (mukaan lukien tämä päivä). Rengastakaa valitsemanne väittämän numero. Mikäli useampi ryhmän väittämistä sopii yhtä hyvin, niin rengastakaa jokainen. Lukekaa kaikki ryhmän väittämät ennen valintaanne.

0. En ole surullinen.
 1. Olen alakuloinen ja surullinen.
 2. Olen aina alakuloinen ja surullinen, enkä pääse tästä mielialasta eroon.
 3. Olen niin onneton, että en enää kestä.
-
0. Tulevaisuus ei erityisesti masenna tai pelota minua.
 1. Tulevaisuus pelottaa minua.
 2. Tunnen, että tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavana.
 3. Tunnen, että tulevaisuus on toivoton enkä usko asioiden tästä paranevan.
-
0. En tunne epäonnistuneeni.
 1. Koen epäonnistuneeni useammin kuin ihmiset keskimäärin.
 2. Menneisyydessä näen vain sarjan epäonnistumisia.
 3. Tunnen olevani täysin epäonnistunut ihmisenä.
-
0. Asiat tuottavat minulle tyydytystä kuten ennenkin.
 1. En osaa nauttia asioista samalla tavalla kuin ennen.
 2. En saa todellista tyydytystä enää juuri mistään.
 3. Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.
-
0. Minulla ei ole erityisiä syyllisyyden tunteita.
 1. Minulla on usein syyllinen olo.
 2. Tunnen melkoista syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
 3. Tunnen itseni jatkuvasti syylliseksi.
-
0. En koe, että minua rangaistaan.
 1. Tunnen, että minua voidaan rangaista.
 2. Odotan, että minua rangaistaan.
 3. Tunnen, että minua rangaistaan.
-
0. En ole pettynyt itseäni.
 1. Olen pettynyt itseäni.
 2. Inhoan itseäni.
 3. Vihaan itseäni.
-
0. Tunnen olevani yhtä hyvä kuin kuka tahansa muu.
 1. Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
 2. Moitin itseäni jatkuvasti virheitäni.
 3. Syytän itseäni kaikesta mikä menee pieleen.

- 0. En ole ajatellut vahingoittaa itseäni.
 - 1. Olen ajatellut itsemurhaa, mutten kuitenkaan tee sitä.
 - 2. Haluaisin tehdä itsemurhan.
 - 3. Tekisin itsemurhan, jos siihen olisi tilaisuus.
- 0. En itke tavallista enempää.
 - 1. Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
 - 2. Itken nykyisin aina.
 - 3. Kykenin ennen itkemään, mutta nyt en enää pysty, vaikka haluaisin.
- 0. En ole sen ärtyneempi kuin yleensäkin.
 - 1. Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
 - 2. Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
 - 3. Asiat, jotka ennen raivostuttivat minua, eivät liikuta enää lainkaan.
- 0. Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
 - 1. Muut ihmiset kiinnostavat minua nykyään vähemmän kuin aikaisemmin.
 - 2. Kiinnostukseni muita ihmisiä kohtaan on miltei kadonnut.
 - 3. Olen menettänyt kaiken kiinnostukseni ihmisiin, en lainkaan välitä heistä.
- 0. Pystyn tekemään päätöksiä kuten aina ennenkin.
 - 1. Yritän lykätä päätösten tekoa.
 - 2. Minun on hyvin vaikea tehdä päätöksiä.
 - 3. En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä.
- 0. Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
 - 1. Pelkään, että näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
 - 2. Tunnen, että ulkonäössäni on tapahtunut pysyviä muutoksia ja että niiden takia näytän epämiellyttävältä.
 - 3. Uskon olevani ruma ja vastenmielisen näköinen.
- 0. Työkykyäni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
 - 1. Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia.
 - 2. Voidakseni tehdä jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen.
 - 3. En kykene enää lainkaan tekemään työtä.
- 0. Nukun yhtä hyvin kuin ennenkin.
 - 1. Nukun huonommin kuin tavallisesti.
 - 2. Herään nykyisin 1-2 tuntia liian aikaisin, ja minun on vaikea saada uudelleen unta.
 - 3. Herään nykyisin useita tunteja liian aikaisin enkä saa enää uudelleen unta.
- 0. En väsy sen nopeammin kun tavallisesti.
 - 1. Väsyn nopeammin kuin tavallisesti.
 - 2. Väsyn lähes tyhjästä.
 - 3. Olen liian väsynyt tehdäkseen mitään.
- 0. Ruokahaluni on ennallaan.
 - 1. Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
 - 2. Ruokahaluni on nyt paljon huonompi.
 - 3. Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.

0. Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan.
1. Olen laihtunut yli 2,5 kiloa.
2. Olen laihtunut yli 5 kiloa.
3. Olen laihtunut yli 7 kiloa.

Yritän tarkoituksella pudottaa painoani syömällä vähemmän.

Kyllä ___ Ei ___

0. En ole huolissani terveydestäni enempää kuin tavallisestikaan.
1. Olen huolissani ruumiini vaivoista: säryistä, kivuista, vatsavaivoista tai ummetuksesta.
2. Olen hyvin huolissani ruumiini vaivoista ja minun on vaikea ajatella muita asioita.
3. Olen niin huolissani ruumiini vaivoista, etten pysty ajattelemaan mitään muuta.

0. Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
1. Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
2. Kiinnostukseni seksiin on huomattavasti vähäisempää kuin ennen.
3. Olen kokonaan menettänyt kiinnostukseni seksiin.

Alla olevassa luettelossa esitetään teitä itseänne koskevia väitteitä. Ympyröikää jokaisen väitteen jäljessä olevista numeroista se vaihtoehto, joka parhaiten vastasi mielialaanne viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi	0	1	2	3
Tulevaisuus tuntui toivottomalta	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä	0	1	2	3
Minusta tuntui ettei alaku-loisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystävien avulla	0	1	2	3

Lukekaa oheiset kuvaukset kokonaisuudessaan ja valitkaa sellainen kuvaus, joka vastaa teidän tilannettanne parhaiten. Vetäkää lyhyt poikkiviiva joko sille kohdalle, joka tuntuu kuvaavan teitä erityisen hyvin tai vetäkää poikkiviiva niiden kahden kuvauksen väliin, jotka kuvaavat teitä lähes yhtä hyvin. Vetäkää poikkiviiva lähemmäs sitä kuvausta, joka noista kahdesta on osuvampi.

Kuvatkaa itseänne sellaisena, millainen yleensä olette.

TYTYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN

Miten tyytyväinen elämäänne olette ollut viime aikoina? Ovatko asiat niin hyvin, ettei parantamisen varaa ole vai onko elämäänne päinvastoin sellaista, että tunnette itsenne erittäin tyytymättömäksi.

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. Nämä asiat eivät kuitenkaan ole elämäni kannalta kovin tärkeitä asioita.
	70	Olen elämääni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kielteisiä asioita. Elämässäni on myönteisiä asioita selvästi enemmän kuin kielteisiä.
MELKO TYY- TYVÄINEN	60	Sekä myönteisiä että kielteisiä asioita on elämässäni lähes yhtä paljon, mutta myönteisiä on kuitenkin enemmän. Olen pikemminkin tyytyväinen kuin tyytymätön elämääni.
KOHTALAI- SEN TYTYTY- VÄINEN	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämässäni ja ovat omalla tavallaan tasapainossa. Joihinkin asioihin olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvasti tyytymättömyyttä.
	40	Sekä myönteisiä että kielteisiä asioita on elämässäni lähes yhtä paljon, mutta kielteisiä on kuitenkin enemmän. Olen pikemminkin tyytymätön kuin tyytyväinen elämääni.
MELKO TYTYTYMÄTÖN	30	Olen melko tyytymätön elämääni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydytystä tuottavia asioita. Kielteisiä asioita on elämässäni selvästi enemmän kuin myönteisiä.
TYTYTYMÄTÖN	20	Olen tyytymätön elämääni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Nuo asiat eivät vaikuta paljontaan siihen, miltä elämäni tuntuu.
HYVIN TYTYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämäni. Minun on vaikea keksiä asioita, joihin olisin tyytyväinen. Jos löydän yhden tyytyväisyyden lähteen, sen kumoaa heti monta kielteistä asiaa.
ERITTÄIN TYTYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.

ELÄMÄN HALLINTA

Miten suurina koette mahdollisuutenne vaikuttaa elämäänne, päättää asioistanne, hallita omaa elämäänne? Miten arvioitte mahdollisuuksianne hallita elämäänne?

ERITTÄIN SUURI VAIKUTUS	100	Uskon vahvasti, että pystyn vaikuttamaan omaan elämäni, siihen, mitä minulle tapahtuu. Jos vain lujasti yritän, saan mitä haluan. Torjun jyrkästi käsityksen, jonka mukaan ihminen on sattuman tai olosuhteiden armoilla, eikä voi hallita omaa elämänsä.
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, usko kykyyni hallita omaa elämäni on melko vahva. Ihminen pystyy paljossa vaikuttamaan kohtaloonsa.
	60	Suhtaudun pikemminkin luottavaisesti kuin varautuneesti vaikutusmahdollisuuksiini. Vaikuttamisen ja hallinnan rajat ovat merkittäviä ja todellisia, mutta en silti koe olevani niiden armoilla.
KOHTALAINEN VAIKUTUS	50	Uskon, että mahdollisuuteni vaikuttaa asioihin ovat rajallisia. Toisaalta hallitsen elämäni, toisaalta olen ympäristön ja olosuhteiden armoilla. Omat ja ympäristön vaikutukset ovat ikään kuin tasapainossa. Kummankin vaikutus on suunnilleen yhtä suuri.
	40	Kun arvioin mahdollisuuksiani vaikuttaa elämäni, niin kallistun siihen, että nämä mahdollisuudet ovat pikemminkin huonoja kuin hyviä. Voin kyllä vaikuttaa moniinkin asioihin, mutta ympäristön ja olosuhteiden vaikutus on suurempi.
MELKO VÄHÄINEN VAIKUTUS	30	Arvioin melko varauksellisesti mahdollisuuksiani hallita omaa elämäni ja kykyäni vaikuttaa siihen, mitä minulle tapahtuu. On asioita, joissa vaikuttaminen on mahdollista, mutta enimmäkseen tunnen olevani muiden ihmisten tai olosuhteiden armoilla.
VÄHÄINEN VAIKUTUS	20	Mahdollisuuteni ja kykyäni vaikuttaa omaan elämäni 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.

AHDISTUNEISUUS

Ahdistuneisuudella tarkoitetaan seuraavassa mm. hermostuneisuutta, kireyttä ja jännittyneisyyttä. Ylhäältä alaspäin siirryttäessä voimakas ahdistuneisuus vähitellen alenee niin, että lopulta päädytään kuvaukseen, jossa ahdistuneisuutta ei lainkaan tunneta.

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. On kuin minua revittäisiin joka suuntaan.
AHDISTUNUT	80	Minun on vaikea päästä ahdistuksista, peloista ja jännitystiloihin eroon. Vaikka yritän rentoutua, siitä ei tahdo tulla mitään. Ahdistus hellittää joskus, mutta ei pitkäksi aikaa.
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 kuitenkin 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.
	40	Vaikka minulla onkin ahdistusta, niin se ei ole jatkuvaa. Aikoja, jolloin ahdistusta ei ole, on sentään jonkin verran enemmän kuin aikoja, jolloin tunnen itseni ahdistuneeksi.
MELKO VÄHÄN AHDISTUSTA	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.

KURSSIN ARVIOINTI

Esittäkää vastauksissa oma henkilökohtainen kokemuksenne, käsityksenne tai mielipiteenne asiasta.

3. Saitteko tarpeeksi tietoa kurssin sisällöstä etukäteen?

1. Kyllä
2. En

4. Jos ette, niin mistä olisitte halunnut saada enemmän tietoa etukäteen?

5. Ajoittuiko tämä kurssi teidän elämäntilanteenne kannalta sopivaan vaiheeseen?

1. Kyllä
2. Ei

6. Jos ajoittui, miksi? Jos ei ajoittunut, miksei?

7. Miten helppoa henkisesti oli tulla tähän ryhmään?

1. Erittäin helppoa
2. Melko helppoa
3. Ei erityisen helppoa eikä vaikeaa
4. Melko vaikeaa
5. Erittäin vaikeaa

8. Mistä tämä helppous / vaikeus johtui?

9. Oliko kokoontumiskertoja mielestänne sopiva määrä?

1. Niitä oli sopiva määrä
2. Niitä oli liikaa
3. Niitä oli liian vähän

10. Olivatko ryhmäkerrat sopivan mittaisia?

1. Ne olivat sopivan mittaisia
2. Ne olivat liian pitkiä
3. Ne olivat liian lyhyitä

11. Oliko keskustelulle varattu tarpeeksi aikaa?

1. Aikaa oli varattu tarpeeksi
2. Aikaa oli varattu liikaa
3. Aikaa ei oltu varattu riittävästi

12. Oliko ryhmän koko sopiva?

1. Ryhmän koko oli sopiva
2. Ryhmässä oli liikaa osallistujia
3. Ryhmässä oli liian vähän osallistujia

13. Kuinka monella kurssikerralla olitte paikalla? (kertoja oli yhteensä kahdeksan)

14. Kuinka monelle kurssikerralle täytitte mielialan arviointiasteikon (kotitehtävä)?

1. En kertaakaan
2. 1-3 kertaa
3. 4-6 kertaa
4. 7-8 kertaa

15. Kuinka monelle kurssikerralle teitte suurimman osan muista kotitehtävistä?

1. En kertaakaan
2. 1-3 kertaa
3. 4-6 kertaa
4. 7-8 kertaa

16. Kuinka hyödyllisiä kotitehtävät mielestänne olivat?

1. Ei lainkaan hyödyllisiä
2. Jonkin verran hyödyllisiä
3. Melko hyödyllisiä
4. Erittäin hyödyllisiä

17. Miksi kotitehtävät olivat / eivät olleet mielestänne hyödyllisiä?

18. KURSSILLA OPETETTUJEN TAITOJEN HYÖDYLLISYYS

Arvioikaa, miten hyödyllisiä kurssilla opetetut taidot ovat olleet teille oman hyvinvointinne kannalta. Ympyröikää jokaisen taidon jäljessä olevista numeroista se vaihtoehto, joka vastaa omaa kokemustanne kyseisen taidon hyödyllisyydestä. Mikäli ette muista käyttäneenne kyseistä taitoa, ympyröikää numero 0.

	0.	1.	2.	3.	4.
	0. En ole käyttänyt / en muista käyttäneeni				
	1. Käyttäminen heikensi hyvinvointiani				
	2. Käyttäminen ei vaikuttanut hyvinvointiini				
	3. Käyttäminen kohensi hyvinvointiani vähän				
	4. Käyttäminen kohensi hyvinvointiani paljon				
Mielialojen päivittäinen muistiin kirjaaminen	0	1	2	3	4
Helpot hetket ja niiden havaitseminen	0	1	2	3	4
Mukavat tekemiset ja niiden suunnittelu	0	1	2	3	4
Lista omista hyvistä puolista ja asioista, jotka ovat elämässä riittävän hyvin	0	1	2	3	4
Itsensä palkitseminen	0	1	2	3	4
Ajatusten keskeyttäminen (seis-tekniikka)	0	1	2	3	4
”Murehtimishetki”	0	1	2	3	4
Ongelman vaikutuksen pienentäminen ”räjäyttämällä”	0	1	2	3	4
”Pahin, mitä voi tapahtua”-tekniikka	0	1	2	3	4
Siirtyminen ajassa eteenpäin	0	1	2	3	4
Sisäisen puheen käyttäminen, ”kannustava valmentaja”	0	1	2	3	4
Aikalisän antaminen huolille	0	1	2	3	4
ABCD-menetelmän käyttäminen	0	1	2	3	4
Ongelmanratkaisumenetelmä	0	1	2	3	4
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu esim. mielipiteen ilmaiseminen jämäkästi	0	1	2	3	4
Oman sosiaalisen verkoston piirtäminen ja tarkastelu	0	1	2	3	4
Rentoutumisen käyttäminen jännityksen poistajana	0	1	2	3	4
Oman elämän suunnittelu (lyhyen ajan tavoitteet ja pitkän ajan tavoitteet)	0	1	2	3	4

19. Kuinka hyvin kurssilla opetetut taidot tai asiat ovat sovellettavissa omaan elämäänne?

1. Ei lainkaan sovellettavissa
2. Jonkin verran sovellettavissa
3. Melko hyvin sovellettavissa
4. Erittäin hyvin sovellettavissa

20. Onko kurssilla ollut jotain muuta sellaista, joka on auttanut teitä? Jos on, mitä?

21. Onko kurssilla ollut jotain muuta sellaista, joka on tehnyt olonne huonommaksi? Jos on, mitä?

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin seuraavasti. Jokaisessa kysymyksessä on kuvattu kahta ääripäätä lyhyesti. Näiden vastakkaisten kuvausten välillä on jana, josta voitte valita sen kohdan, joka parhaiten kuvaa omaa käsitystänne. Mitä lähemmäs jompaakumpaa ääripäätä merkitsette RASTIN (X), sitä paremmin juuri se kuvaa käsitystänne. Jos merkitsette rastin keskelle (luku 5), se tarkoittaa, että kumpikin vaihtoehto kuvaa tilannettanne yhtä hyvin tai yhtä huonosti.

22. Miten tyytyväinen olette tähän kurssiin?

Erittäin tyytymätön. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin tyytyväinen.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Vastasiko kurssi odotuksianne?

Ei vastannut lainkaan. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Vastasi täysin.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Kuinka tärkeä juuri tämä ryhmä on ollut teille henkilökohtaisesti?

Ryhmä ei ole ollut /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Ryhmä on ollut
minulle lainkaan tärkeä. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 minulle erittäin tärkeä.

25. Miten tärkeäksi koitte kurssilla opetetut taidot ja asiat oman hyvinvointinne kannalta?

En lainkaan tärkeiksi. /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin tärkeiksi.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Missä määrin olette kokenut saavanne tukea tai kannustusta ryhmässä?

Koen, että en ole saanut /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Olen kokenut saavani
lainkaan tukea tai kan- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 erittäin paljon tukea tai
nustusta ryhmässä. kannustusta ryhmässä.

27. Missä määrin ryhmässä on ollut mahdollista jakaa kokemuksia toisten ryhmäläisten kanssa?

Kokemusten jakami- /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Ryhmä on antanut erittäin
seen ei ole ollut lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 hyvät mahdollisuudet
mahdollisuuksia. kokemusten jakamiseen.

Miten paljon tämä kurssi vaikutti seuraavissa asioissa oman käsityksenne mukaan? Kun vertaatte nykyistä tilannettanne siihen mikä tilanteenne oli kurssia aloitettaessa, niin minkälaisia muutoksia on mielestänne tapahtunut? Jos merkitsette RASTIN keskelle (luku5), se tarkoittaa, ettei kurssi vaikuttanut tähän asiaan lainkaan.

28. Niiden tavoitteidenne toteutuminen, joiden takia halusitte osallistua tälle kurssille

Eivät toteutuneet lainkaan /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Toteutuivat täysin
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Toimintakyky

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Ihmissuhteet

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31. Itseluottamus

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32. Stressin sieto

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33. Suhde psyykkisesti sairaaseen läheiseen

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. Jaksaminen psyykkisesti sairaan läheisenne tukijana

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Elämäntilanteenne kokonaisuutena

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

36. Arvioikaa seuraavassa ryhmän ilmapiiriä. Merkitkää RASTI siihen kohtaan janaa, joka parhaiten vastaa kokemuksianne juuri kokoontuneesta ryhmästä.

Kylmä	/ / / / / / / / / / / / / / / / / 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Lämmin
Ahdistava	/ / / / / / / / / / / / / / / / / 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Rauhoittava
Riitaisa	/ / / / / / / / / / / / / / / / / 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sopuisa
Lannistava	/ / / / / / / / / / / / / / / / / 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Kannustava
Välinpitämätön	/ / / / / / / / / / / / / / / / / 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Toisista välittävä

37. Mikä kurssissa oli mielestänne parasta?

38. Mikä kurssissa ei mielestänne toiminut tai mitä kurssissa tulisi mielestänne muuttaa?

ELÄMÄNTILANNE

39. Onko elämäntilanteessanne tapahtunut viimeisen kahdeksan viikon aikana jotain muutosta, mikä ei liity tähän kurssiin? (esim. ihmissuhteissa, terveydentilassa, työhön tai opiskeluun liittyen, talouteen liittyen)

1. Kyllä
2. Ei

40. Jos on, mitä?

41. Minkälainen on mielenterveytenne / psyykinen terveydentilanne tällä hetkellä?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

42. Onko psyykkisesti sairaan läheisenne terveydentilassa tai elämäntilanteessa tapahtunut jotain muutosta viimeisen kahdeksan viikon aikana?

1. Kyllä
2. Ei

43. Jos on, mitä?

44. Minkälainen on psyykkisesti sairaan läheisenne mielenterveys / psyykinen terveydentila tällä hetkellä?

1. Erittäin hyvä
2. Melko hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

45. Katsotteko tarvitsevanne tämän kurssin lisäksi jotain apua tai tukea siinä asiassa minkä vuoksi alun perin tulitte kurssille?

1. Kyllä
2. En

46. Jos kaipaatte tukea tai apua, mitä?

OLKAA HYVÄ JA TARKISTAKAA VIELÄ LOPUKSI, ETTÄ OLETTE VASTANNUT JOKAISEEN KYSYMYKSEEN.

KIITOS VASTAUKSISTANNE! MAHDOLLISIMMAN HYVÄÄ JA TOIVEIKASTA JATKOA TEILLE!

Jos haluatte vielä sanoa jotain kurssiin liittyen, voitte kirjoittaa alla olevaan tilaan.



Liite 4. Kuntoutusasiakkaiden loppulomakeen kysymykset 33 – 35

(Muut kysymykset kuntoutusasiakkaiden lomakkeessa ovat samoja kuin omaisilla)

33. Elämäntilanteenne kokonaisuutena

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mikäli lähipiiriinne (perhe, ystävät, sukulaiset) kuuluu henkilö, joka tarvitsee pitkäaikaisesti ja huomattavissa määrin teidän tukeanne ja apuanne, vastatkaa kysymyksiin 34 ja 35. Mikäli ei kuulu, siirrykää seuraavalle sivulle.

34. Suhde tukea tarvitsevaan läheiseenne

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

35. Jaksaminen tukea tarvitsevan läheisenne tukijana

Erittäin paljon huonompi /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Erittäin paljon parempi
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Liite 5. Ohjaajien lomake

(Kuntoutusasiakkaiden ohjaajien lomake ei sisällä kysymyksiä 32, 34 ja 35)

Vastausohje

Olkaa hyvä ja vastatkaa tähän lomakkeeseen **nimettömänä ja vasta viimeisen kurssikerran jälkeen, noin viikon kuluessa**. Lomake käsitellään luottamuksellisesti siten, että yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa.

Kysymyksiin vastataan ympyröimällä sen vastausvaihtoehdon numero, joka vastaa parhaiten teidän tilannettanne. Ympyröikää vain yksi vaihtoehto ellei toisin pyydetä. Joissakin kysymyksissä kirjoitetaan vastaus sille varattuun tilaan. Esittäkää vastauksissa oma henkilökohtainen kokemuksenne, käsityksenne tai mielipiteenne asiasta.

Olkaa hyvä ja tarkistakaa lopuksi että olette vastannut jokaiseen kysymykseen. Huomioikaa myös kunkin sivun kääntöpuolella olevat kysymykset. KIITÄMME ARVOKKAASTA AVUSTANNE!

Vastauspäivämäärä: _____

TAUSTATIETOJA

1. Sukupuoli
- | |
|-----------|
| 1. Nainen |
| 2. Mies |

2. Ikä _____ vuotta

3. Mikä on nykyinen ammattinne ja työtilanteenne?

4. Onko teillä aiempaa kokemusta ryhmän ohjaamisesta?

1. Ei lainkaan
2. Jonkin verran
3. Melko paljon
4. Erittäin paljon

5. Jos teillä on kokemusta, niin minkälaisia ryhmiä olette ohjannut (esim. ryhmän koko, kesto, sisältö, kuinka kauan tästä on aikaa)?

KURSSIIN LIITTYVÄ KOULUTUS

6. Kuinka moneen koulutuskertaan osallistuitte (mukaan luettuna työnohjaukset)?

1. Osallistuin kaikkiin koulutuskertoihin
2. Olin poissa _____ kertaa

7. Kuinka paljon tämä koulutus (mukaan luettuna työnohjaukset) lisäsi omaa osaamistanne ja tietojanne?

1. Ei lisännyt lainkaan
2. Lisäsi jonkin verran
3. Lisäsi melko paljon
4. Lisäsi erittäin paljon

8. Tuntuiko teistä että koulutus ennen oman ryhmänne alkamista oli riittävä ja antoi tarpeeksi valmiuksia ryhmän ohjaamiseen?

1. Koulutus oli riittävä
2. Koulutus ei ollut riittävä

9. Jos koulutus ei mielestänne ollut riittävä, mitä olisitte kaivannut lisää?

10. Tuntuiko teistä että saitte työnohjauksessa riittävästi tukea oman ryhmänne ohjaamiseen?

1. Sain riittävästi tukea
2. En saanut riittävästi tukea
3. En kokenut tarvitsevani tukea

11. Jos ette mielestänne saanut riittävästi tukea työnohjauksessa, mitä olisitte kaivannut lisää?

12. Mikä koulutuksessa oli mielestänne erityisen hyvää?

13. Mikä koulutuksessa ei mielestänne toiminut tai mitä siinä tulisi mielestänne muuttaa?

KURSSIN OHJAAMINEN

14. Ajoittuiko tämä kurssi teidän elämäntilanteenne kannalta sopivaan vaiheeseen?

1. Ajoittui
2. Ei ajoittunut, mutta se ei haitannut kurssin ohjaamista olennaisesti
3. Ei ajoittunut, ja se haittasi kurssin ohjaamista huomattavasti

15. Koitteko että teillä oli muiden tehtävienne ohella tarpeeksi aikaa ja voimavaroja paneutua tämän ryhmän ohjaamiseen?

1. Aikaa ja voimavaroja oli tarpeeksi
2. Aikaa ja voimavaroja oli liian vähän, mutta pystyin kuitenkin melko hyvin paneutumaan ryhmän ohjaamiseen
3. Aikaa ja voimavaroja oli liian vähän ja se haittasi huomattavasti ryhmän ohjaamista

16. Kuinka monta kurssilaista ryhmäänne osallistui? _____

17. Oliko ryhmän koko mielestänne sopiva?

1. Ryhmän koko oli sopiva
2. Ryhmässä oli liikaa osallistujia
3. Ryhmässä oli liian vähän osallistujia

18. Oliko kokoontumiskertoja mielestänne sopiva määrä?

1. Niitä oli sopiva määrä
2. Niitä oli liikaa
3. Niitä oli liian vähän

19. Olivatko ryhmäkerrat mielestänne sopivan mittaisia?

1. Ne olivat sopivan mittaisia
2. Ne olivat liian pitkiä
3. Ne olivat liian lyhyitä

20. Onko tässä menetelmässä mielestänne varattu keskustelulle tarpeeksi aikaa?

1. Aikaa on varattu tarpeeksi
2. Aikaa on varattu liikaa
3. Aikaa ei ole varattu riittävästi

21. Kuinka tarkasti ja johdonmukaisesti noudatitte kurssin rakennetta?

1. Erittäin tarkasti
2. Melko tarkasti
3. En kovinkaan tarkasti
4. En lainkaan

22. Seuraavassa pyydämme teitä ympyröimään vaihtoehdon 1 tai 2 sen mukaan, mitä asioita kävitte läpi kurssillanne. Jos ette käyneet läpi jotain asiaa, kirjoittakaa viivalle kirjainkoodi alla olevan ohjeen mukaan.

Käytiinkö läpi?
 1 = käytiin läpi
 2 = ei käyty läpi

Jos ei käyty, miksei?
 A = aikapulan vuoksi
 E = ei sopinut tälle ryhmälle
 M = jokin muu syy, mikä?
 (voitte kirjoittaa syyn lyhyesti kirjainkoodin perään)

<u>Läpikäytävä asia</u>	<u>Käytiinkö läpi?</u>		<u>Jos ei käyty, miksei?</u>
Masennuksen tunnusmerkit	1	2	_____
Päivittäinen mielialan arviointi ja helpot hetket	1	2	_____
Toiminnan, ajatusten ja mielialan välisen kytkeytymisen tunnistaminen ja ymmärtäminen	1	2	_____
Mukavien tekemisten vaikutus mielialaan ja miellyttävien asioiden suunnittelu	1	2	_____
Kielteisesti vaikuttavien ajatusten muuttaminen eri tekniikoilla (sisäisen puheen muuttaminen)	1	2	_____
Hyvinvointia estävät uskomukset ja niiden muuttaminen	1	2	_____
ABCD-menetelmä	1	2	_____
Ongelmanratkaisumenetelmä	1	2	_____
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (mm. jäämäkkyys)	1	2	_____
Huolenpito omasta sosiaalisesta verkostosta	1	2	_____
Rentoutumisen käyttäminen jännityksen poistajana	1	2	_____
Oman elämän suunnittelu (lyhyen ajan tavoitteet ja pitkän ajan tavoitteet)	1	2	_____

23. Jos käsitteitte tai teitte kurssilla joitakin muita asioita, niin mitä?

24. Ehdittekö käydä kurssilla läpi ne asiat jotka halusitte?

1. Ehdin käydä läpi aivan kaiken minkä halusinkin
2. En ehtinyt käydä ihan kaikkea haluamaani läpi, mutta jälkeenpäin ajatellen se ei haitannut
3. En ehtinyt käydä haluamiani asioita läpi ja se harmittaa minua

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin seuraavasti. Jokaisessa kysymyksessä on kuvattu kahta ääripäätä lyhyesti. Näiden vastakkaisten kuvausten välillä on jana, josta voitte valita sen kohdan, joka parhaiten kuvaa omaa käsitystänne. Mitä lähemmäs jompaakumpaa ääripäätä merkitsette RASTIN (X), sitä paremmin juuri se kuvaa käsitystänne. Jos merkitsette rastin keskelle (luku 5), se tarkoittaa, että kumpikin vaihtoehto kuvaa tilannettanne yhtä hyvin tai yhtä huonosti.

25. Miten ryhmän ohjaaminen onnistui omasta mielestänne?

Erittäin huonosti Erittäin hyvin
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Miten hyvin pystyitte toteuttamaan kurssin tavoitteita?

Erittäin huonosti Erittäin hyvin
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Kuinka helpolta tai vaikealta ryhmän ohjaaminen tuntui?

Erittäin vaikealta Erittäin helpolta
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Miten ryhmän ilmapiiri vaikutti kurssin ohjaamiseen?

Vaikeutti huomattavasti Edisti merkittävästi
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Kuinka aktiivisesti ryhmäläiset osallistuivat kurssikerroilla asian käsittelyyn?

Ei lainkaan Erittäin aktiivisesti
aktiivisesti

30. Oliko ryhmän ohjaaminen painottunut enemmän asioiden vai tunteiden käsittelyyn?

Ohjaaminen sisälsi vain Ohjaaminen sisälsi
vain asioiden käsittelyä 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tunteiden käsittelyä

38. Mikä ohjaajan tehtävässä oli mielestänne vaativinta?

39. Mikä ohjaajan tehtävässä oli mielestänne palkitsevinta?

40. Aiotteko tulevaisuudessa toimia ryhmän ohjaajana omaisten masennuksen hoidon kursseilla?

1. Kyllä
2. En
3. En osaa sanoa

41. Jos ette aio tulevaisuudessa toimia ryhmän ohjaajana, miksi ette?

OLKAA HYVÄ JA TARKISTAKAA VIELÄ LOPUKSI, ETTÄ OLETTE VASTANNUT JOKAISEEN KYSYMYKSEEN.

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Jos haluatte vielä sanoa jotain kurssiin liittyen, voitte kirjoittaa alla olevaan tilaan tai muuhun tyhjään kohtaan tässä lomakkeessa.



Tampereella, 31.1.2003

Hyvä vastaaja,

Tämä tutkimus on osa Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n Omaisen hyvinvointi-projektia. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä kokemuksia tästä kurssista ja sen soveltuvuudesta (omaisten saatekirjeessä) mielenterveyspotilaiden omaisten tukimuodoksi / (kuntoutusasiakkaiden saatekirjeessä) masentuneiden tai uupumisvaarassa olevien tukimuodoksi. Tästä syystä kommenttinne ovatkin erityisen arvokkaita. Tutkimuksen tuloksia käytetään kurssitoiminnan edelleen kehittämiseen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Lomakkeisiin vastataan nimettömänä ja tulokset käsitellään luottamuksellisesti siten, että yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa. Ryhmäläisten henkilötiedot jäävät ryhmän ohjaajan tietoon eikä niitä luovuteta tutkimuksen tekijöille.

Olemme psykologian loppuvaiheen opiskelijoita Tampereen yliopistosta. Tämä tutkimus on pro gradu – tutkielmamme, jonka ohjaa professori Markku Ojanen.

Kiitämme arvokkaasta avustanne!

Ystävällisin terveisin,

Mirka Hynninen

Liisa Lento

Tampereen yliopisto, Psykologian laitos

Liite 7. Kurssille osallistuneiden pitkäaikaissairaudet

	Omaiset (n=30)	Kuntoutusasiakkaat (n=41)
Masennus	8	20
Astma	10	4
Verenpainetauti	7	4
Nivelrikko, kulumat	5	4
Fibromyalgia	3	4
Kilpirauhasen vajaatoiminta	2	4
Selkäsairaus	3	4
Sydänvaivat, rytmihäiriöt	3	2
Reuma	2	2
Allergia	3	-
Paniikkihäiriö	-	3
Migreeni	-	2
2-suuntainen mielialahäiriö	-	2
Diabetes	2	2
Syöpä	-	2

Omaisten ryhmässä yksittäisiä mainintoja saivat luutuberkuloosi, alkoholismi, palleatyrä, fibrotisoiva alveoliitti, LED, lihasperäinen korvasärky, Menierin tauti, polypoositauti, kaihi, psoriasis, atooppinen ihottuma ja eturauhasen laajentuma. Kuntoutusasiakkaiden ryhmässä yksittäisiä mainintoja saivat ahdistuneisuus, dos-oireyhtymä, kaularangan välilevyrappeutuma, estynyt persoonallisuus, harhaluuloisuushäiriö, munuaissairaus, näkövamma, kohonnut kolesteroli, tenniskyynärpää, paksusuolen tulehdus, keliakia, krooninen silmätulehdus, mahahaava ja alkoholin aiheuttama muistitoimintojen häiriö.

Monella vastaajalla oli useampi kuin yksi pitkäaikaissairaus. Kaikkiaan omaiset ilmoittivat 23 pitkäaikaissairautta. Kuntoutusasiakkaat ilmoittivat 28 pitkäaikaissairautta. Omaisten ilmoittamista pitkäaikaissairauksista vain yksi, masennus, oli psyykinen. Kuntoutusasiakkaiden ilmoittamien pitkäaikaissairauksien joukossa oli kuusi psyykkistä sairautta. Omaiset olivat mahdollisesti ymmärtäneet terveydentilan enemmän fyysisesti korostuneena kuin kuntoutusasiakkaat.

Kuntoutusasiakkailla oli kokonaisuudessaan enemmän pitkäaikaissairauksia kuin omaisilla. Kuntoutusasiakkaista 20 ilmoitti masennuksen yhdeksi pitkäaikaissairaudekseen, kun omaisista vain kahdeksan ilmoitti masennuksesta pitkäaikaissairauksia koskevan kysymyksen kohdalla.

Liite 8. Mistä kurssilaisten vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa johtuvat

	Omaiset (n=30)	Kuntoutusasiakkaat (n=41)
Väsymys, voimattomuus	8	18
Masennus	5	5
Aloitekyvyttömyys, saamattomuus	3	13
Kiinnostuksen puute, haluttomuus	2	5
Kivut, säryt	5	4
Keskittymiskyvyttömyys	3	3
Sairaudet; lääkitys	2	1
Muistamattomuus, unohtelu	1	3
Jännittäminen, arkuus	-	3
Pelot	-	2
Unihäiriöt	-	2
Ajan puute, kiire	2	-

Yksittäisiä mainintoja saivat omaisilta lisäksi ahdistuneisuus ja lukihäiriö, ja kuntoutusasiakkailta ympäristön asettamat paineet, jäykkyys, ylipaino ja häpeä.

Liite 9. Kurssilaisten käyttämät keinot mielialan kohentamiseksi

	Omaiset (n=53)	Kuntoutusasiakkaat (n=51)
Liikunta, ulkoilu	40	40
Puhuminen, keskustelut	17	14
Mieluisat harrastukset	22	9
Lepo	11	18
Ystävät	13	13
Lääkitys	10	24
Lukeminen	9	6
Kirjoittaminen	4	4
Työ	7	6
Toimiminen	4	5
Seurakunta, hengellisyys, uskonto	9	-
Ryhmät, vertaistuki	5	3
Ammatti-ihmisen kanssa keskustelut; terapia	5	7
Ajatustyö	4	3
Rentoutuminen, sauna, hieroja	3	3
Opiskelu	2	2
Musiikin kuuntelu	2	3
Tv, elokuvat, lehdet	2	3
Osallistuminen järjestötoimintaan, tilaisuuksiin	2	-
Kulttuuri ja virkistys	3	1
Matkat, lomailu	3	-
Nautintoaineet, päihteet	5	4
Perhe, lapset, lastenlapset	2	2
Luonto	1	4
Kotiaskareet, arkipuuhat	3	3
Syöminen, herkuttelu	1	2

Yksittäisiä mainintoja saivat omaisilta läheisen asioiden ajaminen, autoilu, myönteinen ajattelu, laihduttaminen sekä etsintä ja uskontojen vertailu. Kuntoutusasiakkaiden yksittäisiä mainintoja olivat sairasloma, ostoksilla käyminen ja helokkiöljykapselit.

Liite 10. Omaisvastaajien psyykkisesti sairasta läheistä koskevat tiedot

	n=58 (%)
Psyykkisesti sairaan läheisen sukupuoli:	
Nainen	36.2
Mies	56.9
Ikä:	
10 – 19 v.	5.2
20 – 29 v.	20.7
30 – 39 v.	24.1
40 – 49 v.	19.0
50 – 59 v.	12.1
60 – 69 v.	6.9
70 – 79 v.	1.7
80 – 89 v.	1.7
Keskiarvo (v)	39.6
Siviilisääty:	
Naimaton	53.4
Naimisissa / Avoliitossa	25.9
Eronnut	13.8
Vastaaja on läheisen:	
Äiti / Isä	48.3
Tytär / Poika	5.2
Sisko / Veli	5.2
Vaimo / Mies	20.7
Ystävä	10.3
Läheisen päädiagnoosi:	
Skitsofrenia	27.6
Mielialasairaus	46.6
Läheisen sairauden kesto:	
Alle 6 kk	3.4
7 – 12 kk	3.4
13 – 24 kk	6.9
25 – 48 kk	13.8
49 – 72 kk	19.0
73 – 120 kk	19.0
121 – 240 kk	10.3
Yli 240 kk	6.9
Kesto keskimäärin (kk)	99.8
Mediaani (kk)	63.0

Saako läheinen muuta apua:	
Kyllä	81.0
Ei	12.1
Läheisen ruumiillinen terveydentila:	
Erittäin hyvä	12.1
Melko hyvä	17.2
Kohtalainen	39.7
Melko huono	20.7
Erittäin huono	1.7
Läheisen psyykinen terveydentila:	
Erittäin hyvä	1.7
Melko hyvä	23.9
Kohtalainen	43.1
Melko huono	13.8
Erittäin huono	8.6
Läheisen toimintakyky:	
Huono	24.1
Kohtalainen	44.8
Hyvä	17.2
Missä määrin vastaaja huolehtii läheisen asioista:	
Ei lainkaan	13.8
Hyvin vähän	13.8
Jonkin verran	27.6
Melko paljon	25.9
Hyvin paljon	12.1
Kuka huolehtii läheisen asioista:	
Ei tarvitse huolehtia	6.9
Vain vastaaja	29.3
Vastaaja ja joku toinen	36.2
Vastaaja ja useita muita	6.9
Vastaaja ei, mutta joku muu huolehtii	10.3
Kokeeko vastaaja auttamisen rasittavaksi:	
Ei	15.5
Vain vähän	12.1
Jonkin verran	36.2
Paljon	13.8
Kuinka usein tapaavat:	
Asuvat yhdessä	36.2
Tapaavat päivittäin	6.9
Tapaavat viikoittain	20.7
Tapaavat vähintään kerran kuukaudessa	13.8
Tapaavat harvemmin kuin kerran kuukaudessa	15.5

Kuinka monta tuntia tapaavat:	
Alle 1 tunti	19.0
1 – 4 tuntia	17.2
5 – 8 tuntia	3.4
9 – 16 tuntia	10.3
17 – 32 tuntia	5.2
Yli 32 tuntia	31.0
Vastaaja ihmissuhteiden muutos läheisen sairauden myötä:	
Lisääntyneet	10.3
Ei muutosta	55.2
Vähentyneet jonkin verran	19.0
Vähentyneet huomattavasti	8.6
Vastaajan harrastusten tai vapaa-ajan vieton muutos läheisen sairauden myötä:	
Lisääntyneet	19.0
Ei muutosta	39.7
Vähentyneet jonkin verran	25.9
Vähentyneet huomattavasti	6.9
Kuuluuko vastaajan lähipiiriin muita henkilöitä, jotka tarvitsevat paljon hänen tukeaan tai apuaan:	
Kyllä	46.6
Ei	48.3

Suurin osa psyykkisesti sairaista läheisistä sairasti skitsofreniaa tai mielialasairautta. Yksittäisiä mainintoja saivat anoreksia, dementia, paranoia, työuupuminen, paniikkihäiriö ja psykoosi. Läheisen toimintakyvystä (liite 1, kysymys 38) muodostettiin summamuuttuja siten, että vastausvaihtoehtoa ”ei kuulu” jätettiin analyysin ulkopuolelle ja yhteenlasketut pisteet jaettiin vastattujen kohtien lukumäärällä. Näin saadun toimintakyvyn vaihteluväli oli 1.78 – 4.00, keskiarvo oli 2.93 ja keskihajonta 0.61.

Omaisvastaajien psyykkisesti sairaiden läheisten saama muu hoito tai apu

	(n = 47)
Lääkitys	18
Terapia, psykologi	14
Sairaalahoido, päiväsairaala	10
Lääkäri, psykiatri	8
Kuntoutus (kuntoutuskeskus, työ kuntoutus, kuntoutuskoti)	7
Mielenterveystoimisto	6
Omahoitajan keskustelut	3
Avohoito	2
Fysioterapia	2

Omaiskurssilaisilta kysyttiin myös onko heillä psyykkisesti sairaan läheisen lisäksi muita huomattavissa määrin apua tai tukea tarvitsevia läheisiä, keitä nämä läheiset ovat ja minkä vuoksi he tarvitsevat tukea ja apua.

Muut henkilöt jotka tarvitsevat huomattavissa määrin omaisvastaajan tukea tai apua

(n=33)	
Vanhemmat (1)	11
- äiti (8)	
- isä (2)	
Puoliso (2)	9
- mies (7)	
- vaimo -	
Lapsi (4)	8
- tytär (2)	
- poika (2)	
Sisarus (1)	6
- sisko (3)	
- veli (2)	
Ystävä	4
Sukulainen	3
Lapsenlapsi	2
Lapsen perhe	2
Naapuri	1

Syyt miksi muut läheiset tarvitsevat tukea tai apua omaiselta

(n=30)	
Fyysinen sairaus tai rajoite	17
Psyykkiset ongelmat	9
Korkea ikä	5
Keskusteluavun tarve	4
Asioiden hoitaminen	3
Heikkolahjaisuus, kehitysvamma	4
Keskittymishäiriö, oppimisvaikeudet	3
Nuori ikä	1
Taloudelliset ongelmat	1

Liite 11. Kuntoutusasiakkaiden tukea tarvitsevat läheiset

Kuntoutusasiakkailta kysyttiin yleisemmällä tasolla kuuluuko heidän lähipiiriinsä henkilöitä (ei siis välttämättä psyykkisesti sairaita), jotka tarvitsevat pitkäaikaisesti ja huomattavissa määrin heidän tukeaan tai apuaan. Kuntoutusasiakkaista 50.1 % oli maininnut vähintään yhden lähipiirin henkilön, joka tarvitsee pitkäaikaisesti ja huomattavissa määrin hänen tukeaan tai apuaan. Heistä 23.6 % oli maininnut, että kaksi tai useampi läheistä tarvitsee tällaista apua. Vastaajia pyydettiin valitsemaan lähempään tarkasteluun tukea tarvitsevista läheisistä se, jonka omaisena oleminen kuormittaa häntä eniten. Tähän oli vastannut 38.2 % kuntoutusasiakkaista. Kolme heistä vastasi kuitenkin, etteivät he joudu lainkaan huolehtimaan läheisen asioista. Alla olevassa taulukossa on esitetty niiden läheisten ongelmien laatu, jotka kuntoutusasiakkaat olivat valinneet lähempään tarkasteluun. Kahdella vastaajista läheisen ongelman laatu ei käynyt lomakkeesta ilmi.

Kuntoutusasiakkaiden sairaiden tai erityistä tukea tarvitsevien läheisten ongelmien laatu

	(n=21)
Psyykkinen sairaus tai ongelma	11
Fyysinen sairaus tai haitta	5
Lapsen kehitykseen liittyvä ongelma	2
Vaikea kehitysvamma	1

Kahdeksalla vastaajalla läheinen oli oma vanhempi, kuudella oma lapsi, kolmella puoliso, kahdella sisarus, yhdellä muu sukulainen ja yhdellä ystävä.

Liite 12. Vastaajat, joilla masennuspisteet olivat alhaisia

	Omaisiet (n)	Kuntoutusasiakkaat (n)
BDI 0 – 9 p.	16	6
0 – 5 p.	7	4
0 – 1 p.	4	0
DEPS 0 – 8 p.	19	13
0 – 5 p.	7	4
0 – 1 p.	4	1

Alhaisten masennuspisteiden yhteyttä taustamuuttujiin tarkasteltiin siten, että katkaisupisteinä käytettiin $BDI \leq 9$ ja $DEPS \leq 8$ pistettä. Testaus suoritettiin muuttujan edellytysten mukaisesti χ^2 -testiä ja / tai riippumattomien ryhmien t-testiä käyttäen. Tuloksissa on huomioitava se, että ristiintaulukoissa frekvenssit jäivät ajoittain pieniksi, koska alhaisten masennuspisteiden ryhmät olivat verrattain pieniä. Seuraavat taustamuuttujat olivat merkitsevässä ($p \leq .05$) yhteydessä alhaisiin masennuspisteisiin. Mikäli toisin ei mainita, muuttuja oli yhteydessä sekä BDI:iin että DEPS:iin.

Omaisiet:

- Vastaaja on erittäin tai melko tyytyväinen toimeentuloonsa (yhteys vain DEPS:iin)
- Vastaaja on voinut toteuttaa omia toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan lähes aina tai melko usein kurssia edeltävänä neljän viikon aikana
- Vastaaja kokee saavansa tukea läheisiltä ihmisiltä tarpeeksi tai melko paljon

Kuntoutusasiakkaat:

- Vastaaja käy säännöllisessä ansiotyössä
- Vastaaja on erittäin tai melko tyytyväinen toimeentuloonsa
- Vastaajalla on erittäin tai melko hyvä fyysinen terveydentila (yhteys vain DEPS:iin)
- Vastaajalla ei ole mitään fyysistä tai psyykkistä pitkäaikaissairautta
- Vastaajalla ei ole lainkaan terveydentilasta johtuvia vaikeuksia päivittäisten asioiden hoitamisessa

Ryhmät eroavat alhaisten masennuspisteiden taustatekijöiden suhteen selkeästi toisistaan. Yhteistä ryhmillä on vain se, että suurempi tyytyväisyys toimeentuloon on molemmilla yhteydessä alhaisiin masennuspisteisiin. Omaisilla nousee esiin se, kuinka tärkeää on, että omainen pystyy toteuttamaan omia toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan. Toisten tuki ja turvattu toimeentulo mahdollistavat tämän osittain. Yllättävää oli, että psyykkisesti sairaaseen läheiseen ja omaisena olemisen kuormittavuuteen liittyvillä tekijöillä ei ollut yhteyttä alhaisiin masennuspisteisiin. Kuntoutusasiakkailla alhainen masennus liittyi hyvään fyysiseen terveydentilaan ja työssä käymiseen. Sillä, kuuluuko vastaajan lähipiiriin huomattavan tuen tai avun tarvitsijaa tai onko vastaajalla lähipiirissään psyykkisesti sairasta henkilöä ei ollut yhteyttä alhaisiin masennuspisteisiin. Myöskään sillä, kuinka kuormittuneeksi vastaaja tunsi itsensä ei ollut yhteyttä alhaisiin masennuspisteisiin.

Liite 13. Taustamuuttujien yhteys psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin

Taustamuuttujien yhteys psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin, omaiset

	BDI	DEPS	Ahdistuneisuus	Tyytyväisyys elämään	Elämän hallinta
Ikä					
Siviilisääty					
Peruskoulutus			.002		
Ammattikoulutus			.004		
Työtilanne					
Tyytyväisyys toimeentuloon	.008	.031		.002	
Fyysinen terveydentila					
Pitkäaikaissairaus					
Psyykkinen terveydentila			.009		.032
Vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa			.032		
Tunteeko itsensä masentuneeksi	.001	.000	.027	.002	.005
Masennuksen kesto					
Toiveiden ja kiinnostuksen kohteiden toteuttaminen	.002	.001			
Tuen saamisen kokemus	.016	.008			.007
Saa tällä hetkellä lääkehoitoa masennukseen			.002		

Khi² -testi, p-arvoja

Psyykkisesti sairaaseen läheiseen liittyvillä muuttujilla ei ollut yhteyttä psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin.

Yhteyden suunta omaisilla:

Korkeampi koulutus (sekä perus- että ammattikoulutus) oli yhteydessä suurempaan ahdistuneisuuteen. Vähäisempi tyytyväisyys toimeentuloon oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen ja toisaalta vähäisempään elämän tyytyväisyyteen. Huonompi psyykkinen terveydentila oli yhteydessä suurempaan ahdistukseen ja vähäisemmän elämän hallinnan kokemiseen. Vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa olivat yhteydessä suurempaan ahdistuneisuuteen. Mikäli kurssilainen vastasi tuntevansa itsensä masentuneeksi, oli hän myös masentuneempi, ahdistuneempi, vähemmän tyytyväinen elämäänsä ja koki vähemmän elämän hallinnan tunnetta. Se, että vastaaja oli voinut toteuttaa omia toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan viimeisen neljän viikon aikana korkeintaan jonkin verran oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen. Se, että vastaaja koki saavansa tukea läheisiltä ihmisiltä korkeintaan jonkin verran, oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen ja vähäisemmän elämän hallinnan kokemiseen. Se, että vastaaja sai vastaushetkellä lääkehoitoa masennukseen, oli yhteydessä suurempaan ahdistuneisuuteen.

Taustamuuttujien yhteys psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin, kuntoutusasiakkaat

	BDI	DEPS	Ahdistuneisuus	Tyytyväisyys elämään	Elämän hallinta
Ikä					.015
Siviilisääty				.039	
Peruskoulutus					.009
Ammattikoulutus					
Työtilanne	.030	.010			
Tyytyväisyys toimeentuloon	.030	.015	.033		
Ruumiillinen terveydentila	.020	.010		.046	.020
Pitkäaikaissairaus	.008	.019		.021	.001
Psyykinen terveydentila	.002	.040		.006	.002
Vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa	.010	.002			.001
Tunteeko itsensä masentuneeksi	.016	.004	.002	.007	.012
Masennuksen kesto				.026	
Toiveiden toteuttaminen		.029			.014
Tuen saamisen kokemus				.031	.029
Kuinka kuormittuneeksi kokee itsensä tällä hetkellä					.002
Saanut lääkettä masennukseen	.006	.000			.006
Saa tällä hetkellä lääkettä masennukseen		.000			.005
Saanut masennukseen terapiaa		.024			

Khi² -testi, p-arvoja

Sillä, kuuluuko lähipiiriin huomattavan avun tarvitsijoita tai kuuluuko lähipiiriin psyykkisesti sairasta henkilöä, ei ollut yhteyttä psyykkisen hyvinvoinnin mittareihin.

Yhteyden suunta kuntoutusasiakkailla:

Korkeampi ikä oli yhteydessä vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen. Naimattomat, eronneet ja lesket olivat vähemmän tyytyväisiä elämäänsä kuin naimisissa tai avoliitossa elävät. Peruskoulutuksen osalta korkeintaan perus- tai keskikoulun käyneet kokivat vähemmän elämän hallintaa kuin lukion käyneet. Työttömät, eläkeläiset tai sairaslomalla olevat olivat enemmän masentuneita kuin työssä käyvät. Ne, jotka olivat vähemmän tyytyväisiä toimeentuloonsa, olivat masentuneempia ja ahdistuneempia.

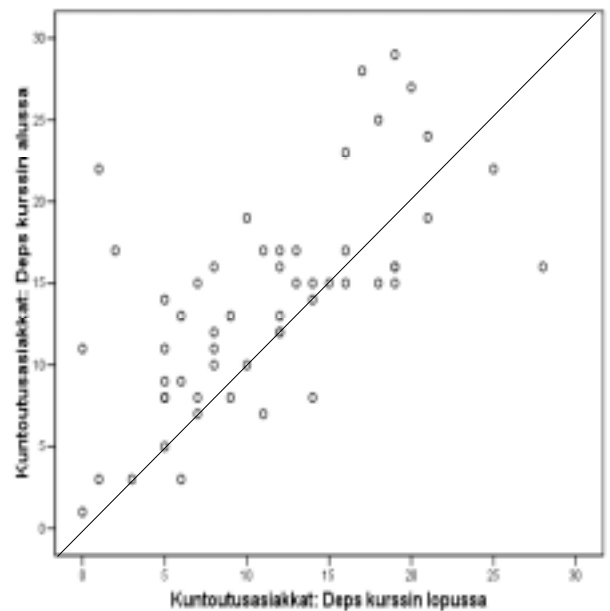
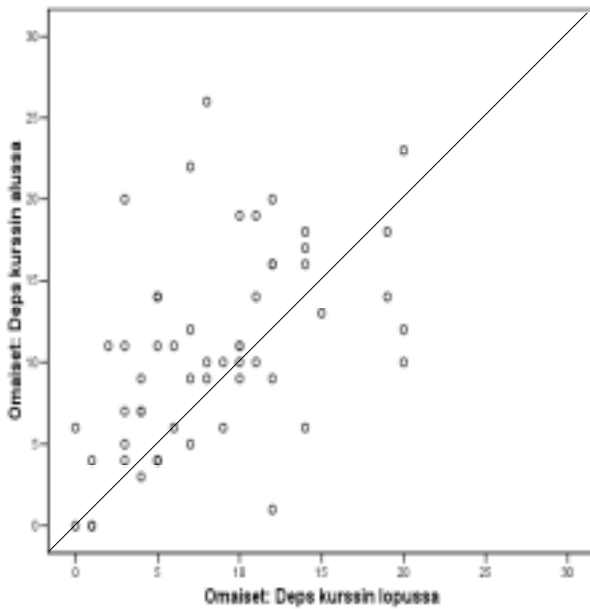
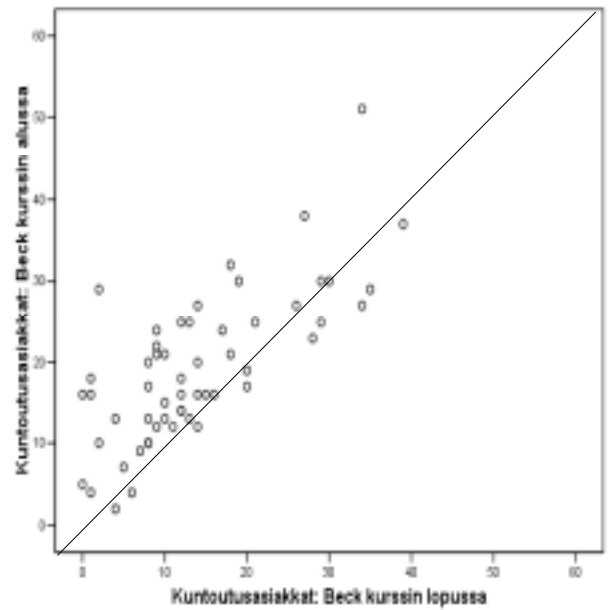
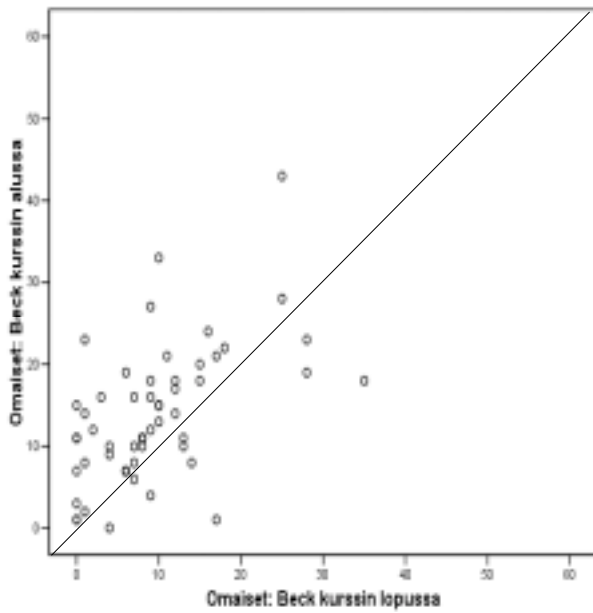
Huonompi ruumiillinen terveydentila oli yhteydessä suurempaan masennukseen, vähäisempään elämän tyytyväisyyteen sekä vähäisemmän elämän hallinnan kokemiseen. Ne, joilla oli jokin pitkäaikaissairaus tai useampia pitkäaikaissairauksia, olivat masentuneempia, vähemmän tyytyväisiä elämäänsä ja kokivat vähemmän elämän hallintaa. Huonompi psyykinen terveydentila oli yhteydessä suurempaan masentuneisuuteen, vähäisempään elämän tyytyväisyyteen ja vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen. Vaikeudet päivittäisten asioiden hoitamisessa olivat yhteydessä suurempaan masennukseen ja vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen.

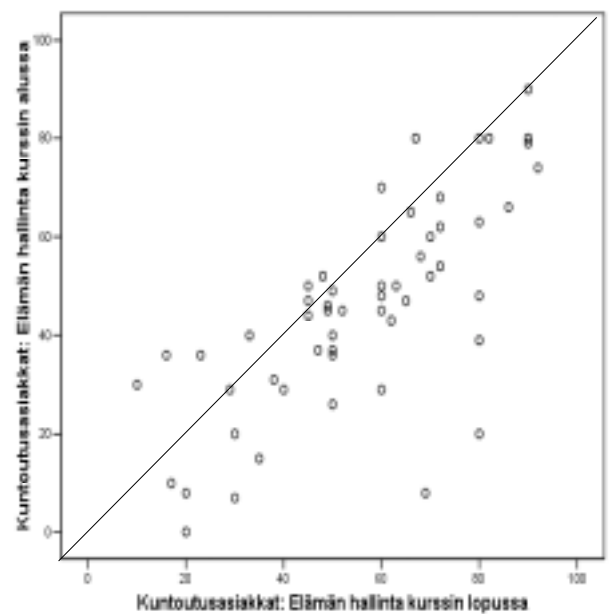
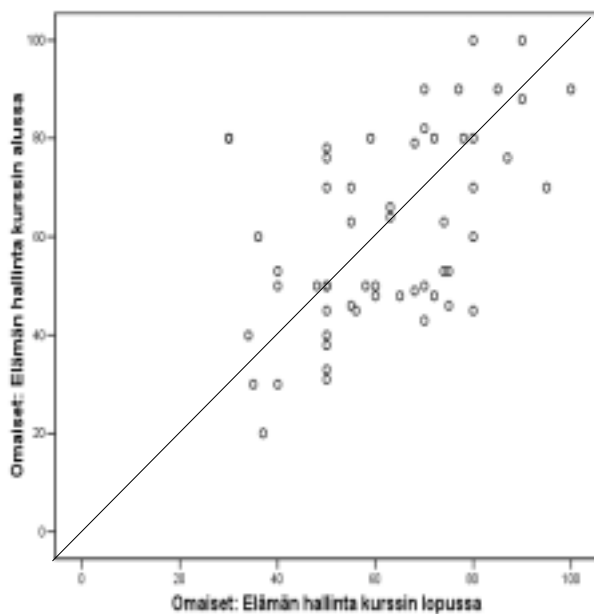
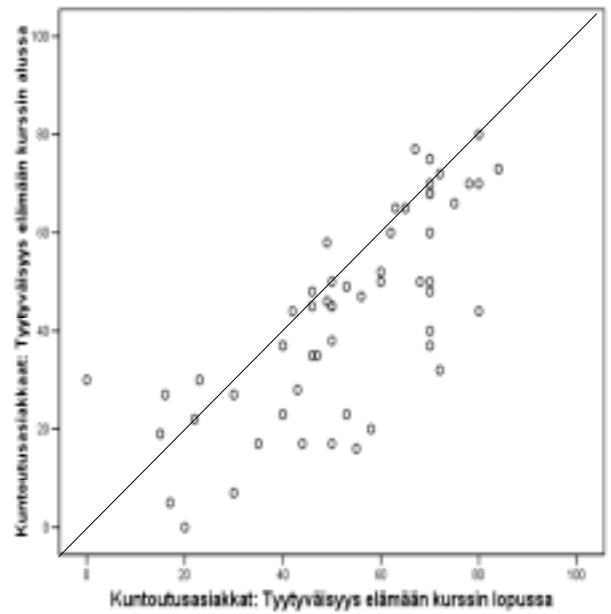
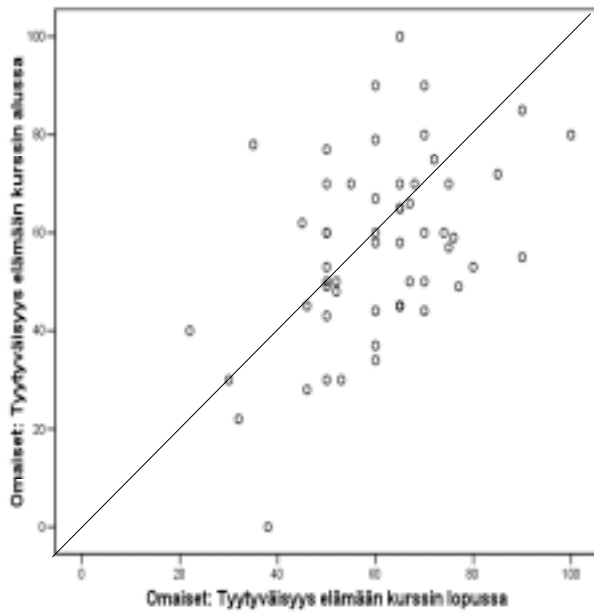
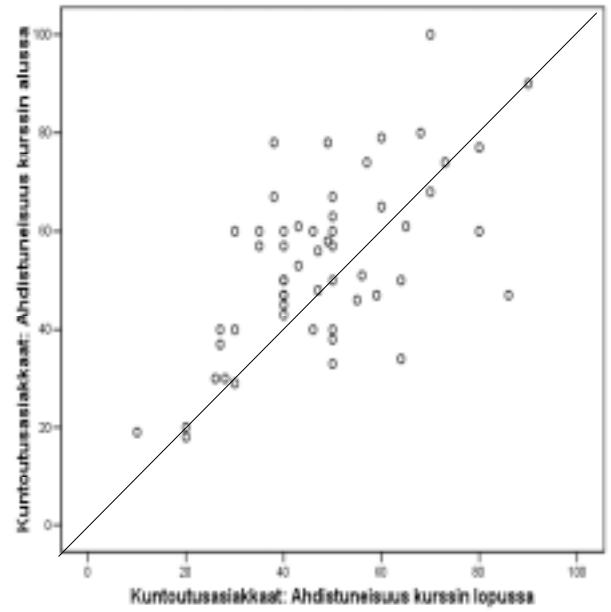
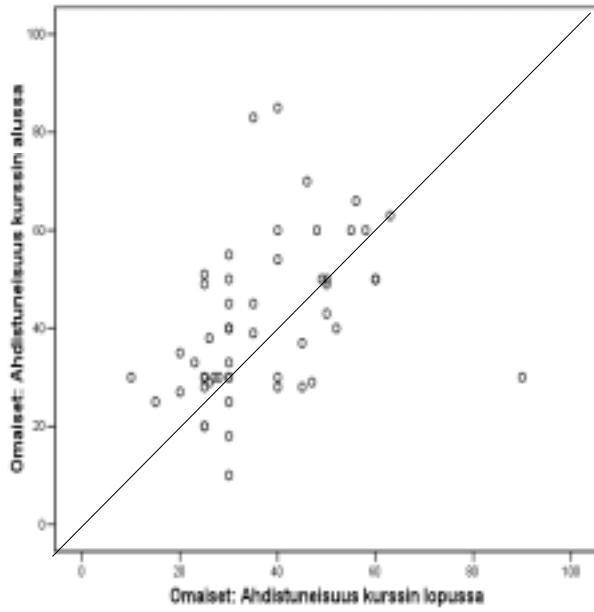
Mikäli vastaaja tunsi itsensä masentuneeksi, oli hän myös psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla mitattuna masentuneempi, ahdistuneempi, vähemmän tyytyväinen elämäänsä ja koki vähemmän elämän hallintaa. Masennuksen pitempi kesto oli yhteydessä vähäisempään elämän tyytyväisyyteen. Se, että vastaaja oli voinut toteuttaa omia toiveitaan ja kiinnostuksen kohteitaan viimeisen neljän viikon aikana korkeintaan jonkin verran oli yhteydessä korkeampaan masentuneisuuteen (DEPS) ja vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen. Se, että vastaaja koki saavansa tukea läheisiltä ihmisiltä korkeintaan jonkin verran, oli yhteydessä vähäisempään elämän tyytyväisyyteen ja vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen. Se, että vastaaja koki itsensä melko paljon tai erittäin paljon kuormittuneeksi oli yhteydessä vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen.

Se, että vastaaja oli saanut masennukseen lääkehoitoa, oli yhteydessä suurempaan masennukseen ja vähäisempään elämän hallinnan kokemiseen. Jos vastaaja sai tällä hetkellä lääkehoitoa, oli hän masentuneempi (DEPS) ja hän koki pienempää elämän hallinnan tunnetta. Mikäli vastaaja oli saanut terapiahoitoa masennukseen, oli hän masentuneempi (DEPS).

Liite 14. Muutos psyykkisen hyvinvoinnin pisteissä kurssin aikana

Seuraavissa hajontakuvioiden on kuvattu kurssin aikana tapahtunut muutos kullakin psyykkisen hyvinvoinnin mittarilla. Kuvion lävistäjä erottaa toisistaan muutoksen parempaan ja muutoksen huonompaan. Kuvioissa, joissa on esitetty BDI:n (Beck), DEPS:n ja ahdistuneisuuden pistemäärien muutos, lävistäjän yläpuolella ovat ne vastaajat, joilla muutos on tapahtunut positiiviseen suuntaan. Kuvioissa, joissa on esitetty muutos tyytyväisyys elämään ja elämän hallinta -mittareilla, lävistäjän alapuolella ovat ne vastaajat, joilla muutos on tapahtunut positiiviseen suuntaan.





Liite 15. Alkumittauksen hyvinvointiarvojen yhteys muutokseen

Muutosta tarkasteltiin erikseen niillä ryhmillä, jotka saivat masennuksen, ahdistuneisuuden ja hyvinvoinnin mittareilla korkeampia ja matalampia arvoja alkumittauksessa. Aineisto jaettiin kahteen ryhmään mediaanista. Kummallakin ryhmällä muutoksen merkitsevyys testattiin erikseen riippuvien ryhmien t-testiä käyttäen.

Omaiset, alkumittauksen masennuksen yhteys muutokseen

	Enemmän masennusta		Vähemmän masennusta	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
BDI:n mukaan				
Muutos BDI:ssä	4.17	.000	1.70	.100
Muutos DEPS:ssä	2.98	.006	1.17	.253
Muutos ahdistuneisuudessa	1.82	.081	0.74	.468
Muutos tyytyväisyydessä	-2.00	.056	-0.76	.453
Muutos elämän hallinnassa	-0.32	.751	-0.41	.684
DEPS:n mukaan				
Muutos BDI:ssä	4.72	.000	1.30	.204
Muutos DEPS:ssä	4.64	.000	-0.57	.574
Muutos ahdistuneisuudessa	3.03	.006	-0.06	.374
Muutos tyytyväisyydessä	-2.06	.050	-0.90	.429
Muutos elämän hallinnassa	-1.85	.076	0.80	.956

Kuntoutusasiakkaat, alkumittauksen masennuksen yhteys muutokseen

	Enemmän masennusta		Vähemmän masennusta	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
BDI:n mukaan				
Muutos BDI:ssä	4.57	.000	3.81	.001
Muutos DEPS:ssä	2.45	.021	2.83	.009
Muutos ahdistuneisuudessa	1.30	.204	3.24	.003
Muutos tyytyväisyydessä	-3.87	.001	-3.27	.003
Muutos elämän hallinnassa	-2.95	.006	-4.52	.000
DEPS:n mukaan				
Muutos BDI:ssä	3.34	.003	4.88	.000
Muutos DEPS:ssä	2.78	.010	2.62	.015
Muutos ahdistuneisuudessa	1.56	.131	3.00	.006
Muutos tyytyväisyydessä	-2.52	.018	-4.85	.000
Muutos elämän hallinnassa	-2.33	.028	-4.95	.000

Omaiset, alkumittauksen ahdistuneisuuden yhteys muutokseen

	Enemmän ahdistuneisuutta		Vähemmän ahdistuneisuutta	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
Muutos BDI:ssä	2.92	.007	2.92	.007
Muutos DEPS:ssä	2.41	.023	1.91	.067
Muutos ahdistuneisuudessa	3.53	.002	-0.87	.394
Muutos tyytyväisyydessä	-2.86	.008	-0.07	.947
Muutos elämän hallinnassa	-0.86	.399	0.27	.787

Kuntoutusasiakkaat, alkumittauksen ahdistuneisuuden yhteys muutokseen

	Enemmän ahdistuneisuutta		Vähemmän ahdistuneisuutta	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
Muutos BDI:ssä	3.96	.000	4.01	.000
Muutos DEPS:ssä	3.43	.002	1.72	.098
Muutos ahdistuneisuudessa	5.46	.000	-1.01	.320
Muutos tyytyväisyydessä	-3.58	.001	-3.51	.002
Muutos elämän hallinnassa	-4.45	.000	-2.50	.019

Omaiset, alkumittauksen elämään tyytyväisyyden yhteys muutokseen

	Vähemmän tyytyväinen elämään		Enemmän tyytyväinen elämään	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
Muutos BDI:ssä	4.10	.000	1.79	.086
Muutos DEPS:ssä	3.95	.000	0.63	.536
Muutos ahdistuneisuudessa	2.15	.041	0.66	.513
Muutos tyytyväisyydessä	-6.19	.000	2.12	.043
Muutos elämän hallinnassa	-0.65	.522	-0.02	.982

Kuntoutusasiakkaat, alkumittauksen elämään tyytyväisyyden yhteys muutokseen

	Vähemmän tyytyväinen elämään		Enemmän tyytyväinen elämään	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
Muutos BDI:ssä	3.72	.001	4.64	.000
Muutos DEPS:ssä	2.68	.013	2.52	.018
Muutos ahdistuneisuudessa	1.91	.068	2.02	.053
Muutos tyytyväisyydessä	-4.39	.000	-3.19	.004
Muutos elämän hallinnassa	-3.39	.002	-3.50	.002

Omaisat, alkumittauksen hallinnan tunteen yhteys muutokseen

	Vähemmän hallinnan tunnetta		Enemmän hallinnan tunnetta	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
Muutos BDI:ssä	6.10	.000	2.38	.199
Muutos DEPS:ssä	3.03	.002	1.58	.234
Muutos ahdistuneisuudessa	8.04	.010	-0.33	.919
Muutos tyytyväisyydessä	-7.93	.021	-0.36	.915
Muutos elämän hallinnassa	-11.31	.000	9.21	.011

Kuntoutusasiakkaat, alkumittauksen hallinnan tunteen yhteys muutokseen

	Vähemmän hallinnan tunnetta		Enemmän hallinnan tunnetta	
	t-arvo	p-arvo	t-arvo	p-arvo
Muutos BDI:ssä	5.86	.001	4.78	.000
Muutos DEPS:ssä	2.93	.021	2.54	.008
Muutos ahdistuneisuudessa	5.71	.088	5.48	.033
Muutos tyytyväisyydessä	-11.00	.003	-8.19	.000
Muutos elämän hallinnassa	-12.96	.001	-7.52	.001

Liite 16. Taitojen käsittely ryhmissä ohjaajien mukaan

Niiden ryhmien lukumäärä, joissa ohjaaja ehti käydä läpi kyseisen asian.

	Omaisten ohjaajat n=13	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat n=11
Masennuksen tunnusmerkit	13	11
Päivittäinen mielialan arviointi ja helpot hetket	13	11
Toiminnan, ajatusten ja mielialan välisen kytkeytymisen tunnistaminen ja ymmärtäminen	13	11
Mukavien tekemisten vaikutus mielialaan ja miellyttävien asioiden suunnittelu	13	11
Kielteisesti vaikuttavien ajatusten muuttaminen eri tekniikoilla (sisäisen puheen muuttaminen)	12	9
Hyvinvointia estävät uskomukset ja niiden muuttaminen	12	9
ABCD-menetelmä	11	10
Ongelmanratkaisumenetelmä	12	11
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (mm. jäämäkkyys)	9	8
Huolenpito omasta sosiaalisesta verkostosta	10	10
Rentoutumisen käyttäminen jännityksen poistajana	11	10
Oman elämän suunnittelu (lyhyen ja pitkän ajan tavoitteet)	10	10

Syynä sille ettei jotain taitoa käyty läpi oli yhtä poikkeusta lukuun ottamatta aikapula. Eräessä ryhmässä ei käyty läpi ”huolenpito omasta sosiaalisesta verkostosta” -taitoa, koska sille ei ollut ryhmässä tarvetta.

Taidot, joita ei aikapulan vuoksi käyty ryhmissä läpi

	Omaisten ohjaajat n=13	Kuntoutusasiakkaiden ohjaajat n=11
Kielteisesti vaikuttavien ajatusten muuttaminen eri tekniikoilla	-	2
Hyvinvointia estävät uskomukset ja niiden muuttaminen	1	2
ABCD-menetelmä	2	1
Ongelmanratkaisumenetelmä	1	-
Vuorovaikutustaitojen harjoittelu (mm. jäämäkkyys)	5	3
Huolenpito omasta sosiaalisesta verkostosta	2	1
Rentoutumisen käyttäminen jännityksen poistajana	2	1
Oman elämän suunnittelu (lyhyen ja pitkän ajan tavoitteet)	2	1