

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2011

Janina Vuorinen & Sari Vuorinen

SYÖPÄKUNTOUTUJAN TER- VEYDENTILA RAND-36- MITTARILLA ARVIOITUNA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TIIVISTELMÄ

OPINNÄYTETYÖ (AMK) / TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoitaja

Toukokuu 2010 / 46 sivua + 1 liitesivu

Janina Vuorinen & Sari Vuorinen

SYÖPÄKUNTOUTUJAN TERVEYDENTILA RAND-36-MITTARILLA ARVIOITUNA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa syöpäpotilaan terveydentilaa RAND-36-mittarin kahdeksalla eri ulottuvuudella arvioituna. RAND-36-mittarin tarkoituksena on tutkia toiminnallista terveydentilaa ja hyvinvointia sekä antaa kokonaiskuva sairauksien aiheuttamasta rasituksesta. Työn tavoitteena oli tarjota tutkittua tietoa kuntoutustoiminnan kehittämiseksi, jolloin kuntoutus vastaisi parhaiten syöpäkuntoutujien tarpeita. Opinnäytetyö on osana Turun ammattikorkeakoulun ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ”Syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden arviointi (2010–2011)”-yhteistyöprojektia. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseille vuonna 2010 osallistuneet syöpäkuntoutajat (n=186), jotka täyttivät RAND-36-kyselylomakkeen kuntoutuksen alkaessa. Aineisto analysoitiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla.

Tutkimustulosten mukaan syöpäkuntoutujilla oli vähiten häiriöitä kuntoutuksen alkaessa tavanomaisessa sosiaalisessa toiminnassa, kuten ystävien ja sukulaisten tapaamisessa ja syöpäkuntoutujien mieliala oli yleisesti ottaen hyvä. Syöpäkuntoutujilla oli eniten ongelmia ruumiillisen terveydentilan takia työssä tai muissa tavanomaisissa tehtävissä. Kokonaisuudessaan syöpäkuntoutujien psyykinen terveydentila oli fyysistä parempi. Neljännes syöpäkuntoutujista koki kipujensa olevan lieviä ja 19 % mainitsi, ettei heillä ole kipuja lainkaan. Erittäin voimakkaita kipuja omasi 3 % vastanneista. Melkein 40 % vastanneista totesi kipujen olevan hieman häiritseviä ja melkein neljännes (23 %) tunsi, etteivät kivut häirinneet heitä lainkaan. Kipu häiritsi erittäin paljon vain 3 % vastaajista. Syöpäkuntoutajat olivat siis melko kivuttomia kuntoutukseen tullessaan, eikä kipu juurikaan häirinnyt heidän tavanomaista työtään kotona tai kodin ulkopuolella. Tulos antaa positiivisen kuvan nykyaikaisesta syöpähoidosta sekä siihen mahdollisesti liittyvän kivun lievittämisestä.

Opinnäytetyöstä saatiin kuva syöpäkuntoutujien terveydentilasta kuntoutuksen alkaessa, jotta kuntoutusta voitaisiin kehittää vastaamaan kuntoutujien tarpeita. Kuntoutuksen on todettu olevan vaikuttavampaa, kun se suunnataan ajankohdallisesti ja kuntoutujan tarpeiden mukaisesti oikein. Tulosten mukaan syöpäkuntoutajat tarvitsevat enemmän fyysistä toimintakykyä painottavaa toimintaa kuntoutukseensa. Naiset osallistuvat miehiä aktiivisemmin sopeutumisvalmennuskursseille. Kuntoutuskursseja kehitettäessä tulisi ottaa huomioon entistä enemmän myös miesten tarpeet, jotta miehet motivoituisivat mukaan kuntoutustoimintaan. Jatkossa aineistoa tullaan käyttämään arvioitaessa syöpäkuntoutuksen vaikuttavuutta vertailemalla potilaiden terveydentilaa ennen ja jälkeen kuntoutusta.

ASIASANAT:

syöpä, kuntoutus, terveydentila, elämänlaatu, RAND-36

ABSTRACT

BACHELOR'S THESIS / ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing / Registered Nurse

May 2010 / 46 pages + 1 appendices

Janina Vuorinen & Sari Vuorinen

CANCER PATIENT'S HEALTH STATE MEASURED USING RAND-36

The purpose of this study was to describe cancer patient's health state measured using all eight dimensions of the RAND-36 questionnaire. The purpose of RAND-36 is to study the functional health state and well-being and to give a general view of the stress caused by illness. The aim of the thesis was to offer research information to develop rehabilitation effectiveness, so that rehabilitation would respond to the needs of the cancer patients. The bachelor thesis is a part of the co-operation project "The evaluation of the effectiveness of cancer rehabilitation (2010–2011)" between the University Of Applied Sciences Of Turku and Southwestern Finland's Cancer Association. The participants of the study were cancer rehabilitators (n=186) who had participated on Southwestern Finland's Cancer Association's rehabilitation and adaptation coaching courses during year 2010. All of them filled in the RAND-36 questionnaire at the beginning of the rehabilitation. Data were analyzed using PASW Statistics 18 program.

According to the research results the cancer rehabilitators had the least disorders in regular social activities, such as meeting friends and family, and the mental state of mind of the patients was generally good in the beginning of the rehabilitation. Due to their physical health state the cancer rehabilitators had the most difficulties at work or in other regular tasks. As a whole, the psychological health state was better than the physical. A quarter of the rehabilitators experienced that the pain they were feeling was mild and even 19 % mentioned, that they hadn't any pain. Only 3 % of the answerers had remarkably strong pain. Almost 40 % of the answerers mentioned that the pain they were feeling was a little disturbing and almost a quarter (23 %) experienced that the pain wasn't disturbing at all. Only 3 % of the answerers had remarkably disturbing pain. So the cancer rehabilitators were slightly painless and the pain didn't disturb their normal work at home or elsewhere in the beginning of their rehabilitation. The result gives a positive image of the present cancer treatments and also the possibly included pain relief.

The bachelor thesis gave a view of the cancer patient's health state in the beginning of the rehabilitation, so that the rehabilitation could be developed into corresponding the patient's needs. The rehabilitation has been noted to be more effectual when it's directed correctly in time and according to the needs of the rehabilitator. According to the results the cancer rehabilitators need more physical training in their rehabilitation program. Women participate to adaptation coaching courses more often than men. Advancing the rehabilitation courses should be noticed men's needs more so they would have the courage to participate on the rehabilitation program. In the future this data will be used in evaluation of cancer rehabilitation's effects by comparing the patient's health state before and after the rehabilitation.

KEYWORDS:

Cancer, Rehabilitation, Health State, Quality of Life, RAND-36

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SYÖPÄKUNTOUTUJAN TERVEYDENTILA	7
2.1 Syöpä	8
2.1.1 Syöpäriskiä lisäävät tekijät	9
2.1.2 Syövän ehkäisy	10
2.2 Syöpäkuntoutus	11
2.3 Terveydentila ja terveyteen liittyvä elämänlaatu	12
2.4 Terveydentilan mittaaminen RAND-36-mittarilla	13
2.5 Kuntoutuksen vaikuttavuus RAND-36-mittarilla mitattuna	15
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	18
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	18
4.1 Tutkimusmenetelmä	18
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	19
4.3 Aineiston analyysi	20
5 TULOKSET	22
5.1 Syöpäkuntoutujien taustatiedot	22
5.2 Koettu terveys ja terveydentilan muutos	24
5.3 Fyysinen toimintakyky	25
5.4 Fyysinen ja psyykkinen roolitoiminta	26
5.5 Psyykkinen hyvinvointi	27
5.6 Kivuttomuus	29
5.7 Sosiaalinen toimintakyky	29
5.8 Tarmokkuus	30
5.9 Tulokset summamuuttujittain	31
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
6.1 Tutkimuksen eettisyys	36
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	36
7 POHDINTA	38
7.1 Syöpäkuntoutujien terveydentila	38
7.2 Rintasyöpäkuntoutujien terveydentila	40
7.3 Taustamuuttujien yhteys terveydentilaan	41
7.4 Kehittämis- jatkotutkimusehdotukset	42
LÄHTEET	44

LIITTEET

Liite 1. Kysymysten jakautuminen ulottuvuuksittain

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhakuprosessi	8
Taulukko 2. Vastanneiden taustamuuttajat	22
Taulukko 3. Syöpämuotojen jakautuminen ikäluokittain	23
Taulukko 4. Syöpäkuntoutujien kokema terveydentila vastaushetkellä	25
Taulukko 5. Fyysinen toimintakyky	26
Taulukko 6. Fyysinen ja psyykinen roolitoiminta	27
Taulukko 7. Psyykinen hyvinvointi viimeisen neljän viikon aikana	28
Taulukko 8. Kivuttomuus	29
Taulukko 9. Sosiaalinen toimintakyky	30
Taulukko 10. Tarmokkuus viimeisen neljän viikon aikana	31
Taulukko 11. Syöpätyypin yhteys terveydentilaan ja ulottuvuuksien pistekeskisarvot	32
Taulukko 12. Iän yhteys terveydentilaan	33
Taulukko 13. Syöpätyypin yhteys fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan	34
Taulukko 14. Fyysisen ja psyykkisen terveydentilan summamuuttujien pistekeskisarvot ikäluokittain	35
Taulukko 15. Rintasyöpäkuntoutujien terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksien RAND-36 pistekeskisarvot ja -hajonnat ennen kuntoutusta	41

KUVIOT

Kuvio 1. Syöpäkuntoutujien koettu terveys vastaushetkellä	24
---	----

1 JOHDANTO

Vuonna 2007 syöpään sairastui Suomessa yhteensä 26 000 henkeä ja joka vuosi tapaukset ovat lisääntyneet sadoilla uusilla sairastuneilla. Tulevaisuudessa syöpään sairastuminen tulee vielä lisääntymään; vuodeksi 2010 ennustettiin 28 000 uutta tapausta. (Finnish Cancer Registry 2009, 89.) Syöpään voi sairastua kuka hyvänsä, vaikka selvät riskitekijät ovatkin olemassa. Koska syöpään sairastuminen on yleistymässä, on hoitomuotojakin kehitettävä. Ihmisen fyysiseen hyvinvointiin keskittyvän lääketieteellisen hoidon täydennykseksi on kehitettävä hoitomuotoja, jotka ottavat myös ihmisen psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden huomioon. Syöpäpotilaalla tulisi aina olla mahdollisuus osallistua kuntoutukseen ja kuntoutuspalveluiden olla helposti saatavilla. Kuitenkin syöpäpotilaan saamasta kuntoutuksen laadusta ja vaikuttavuudesta elämänlaatuun on löydettävissä niukasti tutkittua tietoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa syöpäpotilaan terveydentilaa kuntoutuksen alkaessa RAND-36-mittarilla arvioituna. Opinnäytetyö on osana Turun ammattikorkeakoulun ja Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ”Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku – Syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden arviointi (2010–2011)” –yhteistyöprojektia. Tässä projektissa tutkittavat ovat osallistuneet Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n järjestämälle kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssille (Nurminen 2010). Tutkimuksella saadaan tietoa siitä, millainen syöpäkuntoutujien toimintakyky on eri osa-alueilla ennen kuntoutusta. Tutkimuksen tekeminen on tärkeää, jotta syöpäkuntoutuskursseja voitaisiin kehittää vastaamaan syöpäkuntoutujien tarpeita (Rissanen & Aalto 2002, 23).

RAND-36-mittarin tarkoituksena on kartoittaa toiminnallista terveydentilaa ja hyvinvointia sekä antaa kokonaiskuva sairauksien aiheuttamasta rasituksesta (Aalto ym. 1999, johdanto; Kukka & Onatsu 2007, 6). Työssä käytettiin mittariin perehtymisen apuna Aallon, Aron ja Teperin vuonna 1999 julkaistua teosta ”RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot”.

2 SYÖPÄKUNTOUTUJAN TERVEYDENTILA

Syöpäkuntoutuksen vaikuttavuudesta löytyy hyvin niukasti tutkittua tietoa. RAND-36 on kuitenkin hyvin yleinen sekä testattu mittari ja sillä on tutkittu paljon erilaisia yhteyksiä eri terveydenhuollon aloilla. Tässä opinnäytetyössä hakusanoina tietokantahaussa käytettiin termejä tai niiden yhdistelmiä: cancer (syöpä), RAND-36, rehabilitation (kuntoutus), quality of life (elämänlaatu), health-related quality of life (terveyteen liittyvä elämänlaatu), health state (terveydentila) sekä perceived health (koettu terveys). Haku on rajattu siten, että tuloksena saadaan vain viimeisen 10 vuoden aikana julkaistut tutkimukset. Hakuja tehtiin CINAHL-, Medic-, Medline- ja PubMed-aineistoissa.

Hakusanalla ”syöpä” saatiin runsaasti tuloksia, joista kuitenkin huomattava osa karsiutui pois kun hakuun lisättiin sana ”potilas”. Myös hakusanalla ”elämänlaatu” saatiin kattavasti tuloksia, kun taas ”RAND-36” tuotti vähiten tuloksia tiedonhaussa. RAND-36:sta saatava vähäinen tieto yllätti mittarin maailmanlaajuiseen käyttöön nähden. Myös sanalla ”kuntoutus” löytyi yllättävän vähän tietoa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tiedonhakuprosessi

Hakusanat	CINAHL	Medline	PubMed	Medic
Cancer/Syöpä	93 596	1 553 890	2 486 042	1 954
Cancer+patient/Syöpä+potilas	20 864	478 642	843 079	70
Rehabilitation/kuntoutus	7 3904	331 322	294 360	2 730
Cancer+patient+rehabilitation/ Syöpä+potilas+kuntoutus	472	21 575	9 446	2
Quality of life/Elämänlaatu	43 759	350 425	138 162	501
RAND-36	130	1 344	397	10
Health-related Quality of life/ Terveysteen liittyvä elämänlaatu	4 383	52 846	14 876	26
Health state/Terveystentila	389	10 750	2 358	640
Perceived health/Koettu terveys	1 319	10 511	2 856	1 914
Valitut artikkelit	1		6	1
Yhteensä (+ manuaalinen haku 4) = 12				

Haut tehty 3.12.2010

2.1 Syöpä

Vuonna 2007 syöpään sairastui Suomessa yhteensä 26 000 henkeä ja joka vuosi tapaukset ovat lisääntyneet sadoilla uusilla sairastuneilla. Tulevaisuudessa syöpään sairastuminen tulee vielä lisääntymään; vuodeksi 2010 ennustettiin 28 000 uutta tapausta. (Finnish Cancer Registry 2009, 89.)

Yleisimmät syöpätaudit ovat naisilla rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä. Molempiin syöpätauteihin sairastuu Suomessa vuosittain noin 4 000 ihmistä. Näiden syöpäsairauksien ennuste on kuitenkin selvästi parantunut vuosien saatossa hoitomenetelmien, diagnostiikan ja seulontojen kehityttyä. (Julkunen ym. 2010, 4; Finnish Cancer Registry 2009, 74.)

Termiä syöpä käytetään yleisnimityksenä kaikille pahalaatuisille kasvaimille. Syöpäkasvain muodostuu yksittäisistä syöpäsoluista, jotka ovat kaikki alun perin yhdestä pahalaatuisesta solusta jakautuneita. Syöpäkudoksessa solujen erilaistuminen on usein puutteellista, solujen elinikä saattaa olla pidentynyt ja solujen kuoleminen ja poistuminen elinkudoksesta vähentynyt, jolloin syöpäkudoksella on edellytykset kasvaa. (Holmia ym. 2008, 93; Syöpäjärjestöt 2010a.) Syöpäkasvinkudoksella on ominaisuus tunkeutua sitä ympäröivään kudokseen. Syöpäsolut leviävät usein veri- ja imuteitä pitkin eripuolille elimistöä muodostaen etäpesäkkeitä. Kasvinkudos saattaa myös alkaa tuottaa muita aineita, kuten hormoneja, jotka aiheuttavat potilaalle erilaisia oireita. (Holmia ym. 2008, 93.)

Kansainvälinen syöpäunioni, UICC (Union Internationale Contre le Cancer), on laatinut pahalaatuisten kasvainten levinneisyyden luokitteluun TNM-luokittelumallin (T = tuumori, alkuperäiskasvain; N = nodus, alueelliset imusolmukkeet; M = metastaasi, alueellisten imusolmukkeiden ulkopuoliset etäpesäkkeet). TNM-mallissa syöpä luokitellaan kasvaimen koon ja levinneisyyden mukaan. TNM-luokittelun lisäksi syöpämuodot voidaan luokitella neljään luokkaan koon mukaan (I = alle 2cm kasvain, joka ei ole lähettänyt etäpesäkkeitä; II = sairaus on levinnyt alueellisiin imusolmukkeisiin; IV = syöpä on levinnyt laajalle elimistöön). Myös ennusteeseen suuresti vaikuttava kasvaimen erilaistumisaste

kyetään määrittelemään neliasteisesti; korkealle erikoistunut kudosis saav arvon G1, erilaistumaton G4. Kun syöpäluokittelu on yhdenmukaista kaikissa sairaaloissa, voidaan annettavaa hoitoa vertailla luotettavasti keskenään. (Holmia ym. 2008, 94–95; Syöpäjärjestöt 2010ab.)

2.1.1 Syöpäriskiä lisäävät tekijät

Ihmisen elintavoilla ja elinympäristöllä on suuri merkitys useimpien syöpien syntyyn. Syövän syntyyn tarvitaan yleensä myös ulkoisia tekijöitä, karsinogeneeneja, vaikka ihmisellä olisi myös perinnöllinen ominaisuus sairastua syöpään. On kuitenkin tärkeää muistaa, että syöpäsolut eivät periydy tai tartu ihmiseltä toiselle ja että kaikista syövistä ainoastaan 1–3 %:iin (paksusuolen-, rinta-, ja munasarjasyöpä) liittyy perinnöllinen alttius. (Holmia ym. 2008, 96, 99; Joensuu ym. 2007, 60.)

Tärkein syöpäriskiä lisäävä tekijä on tupakointi, sillä sen on arvioitu aiheuttavan noin kolmanneksen kaikista syöpätapauksista. Tupakointi aiheuttaa kiistatta keuhkosityöpää, mutta se aiheuttaa syöpää myös muissa elimissä, jotka ovat kosketuksissa tupakansavun kanssa (suu, nielu, ja kurkunpää). Lisäksi keuhkosityöpien nieleminen lisää ruokatorvisyövän riskiä. Tupakansavun sisältämien myrkyllisten karsinogeenien leviämisen avulla elimistön nestekierto on arveltu olevan yhteys munuais-, haima- ja virtsarakkosityöpiin. Myös alkoholinkäytöllä on vaikutusta muiden muassa rinta- ja maksasyövän syntyyn. Tupakoinnin ja alkoholin yhteiskäytöllä on todettu lisäävä vaikutus ruoansulatuselimistön syöpien syntyyn. (Holmia ym. 2008, 97 Joensuu ym. 2007, 46.)

Noin kolmasosa kaikista teollistuneiden maiden syöpään sairastumisista on yhteydessä ravintoon. Ravinnon katsotaan vaikuttavan ainakin ruokatorvi-, maha-, keuhko-, rinta-, kohdunrungon-, eturauhas-, virtsarakko-, paksu- ja peräsuolisyöpiin. Ylensyöinti, joka saattaa johtaa lihavuuteen, lisää riskiä sairastua useisiin eri syöpämuotoihin. Ravinnon monipuolisuus ja ravintoaineiden tasapainoiset, oikeat suhteet ehkäisevät parhaiten ravinnosta aiheutuvien syöpien syntyä. (Holmia ym. 2008, 98.)

Työ- ja asuinympäristöllä on todettu olevan jonkin verran vaikutusta syöpien syntyyn. Työympäristössä vaaratekijöinä saattavat olla esimerkiksi asbesti tai vaaralliset kemikaalit, kun taas asuinympäristöä tutkittaessa on kiinnitetty huomiota muun muassa juomaveden laatuun ja liikenteen päästöihin. Myös säteilylle altistuminen, kuten auringonvalo tai röntgen-säteet, on todettu olevan vaikutusta syövän syntyyn. Sukupuolikäyttäytyminen ja lisääntyminen ovat selvästi yhteydessä rintasyöpään ja naisten sukupuolielinten syöpiin. (Holmia ym. 2008, 98.) Syövän aiheuttajana voi olla myös virus; esimerkiksi papilloomavirusten on todettu lisäävän kohdunkaulansyövän ja hepatiittivirusten maksasyöpien riskiä (Syöpäjärjestöt 2010c).

2.1.2 Syövän ehkäisy

Suomessa kunnat ovat kansanterveyslain nojalla velvoitettuja järjestämään joukkoseulontoja rintasyövän ja kohdunkaulansyövän varhaiseen toteamiseen tai ennaltaehkäisyyn (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66). Lakisääteisten seulontojen lisäksi kunnat usein järjestävät myös joukkotarkastuksia suolistosyöpien toteamiseksi. Joukkotarkastuksissa on tarkoituksena seuloa järjestelmällisesti koko väestöä, jotta syöpätaudit voitaisiin havaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Seulontojen avulla löydetään myös varsinaisten syöpien lisäksi solumuutoksia, jotka saattavat kehittyä pahanlaatuisiksi sekä ehkäistään syöpätautien aiheuttamia kuolemia. (Syöpäjärjestöt 2010d; Suomen syöpärekisteri 2010.)

Tupakoimattomuus on ehdottomasti paras syövän ehkäisykeino. Tupakoinnin lopettaminen vähentää syöpäriskiä nopeasti ja saatu hyöty on sitä suurempi mitä kauemmin aikaa lopettamisesta on kulunut. (Syöpäjärjestöt 2010e; Joensuu ym. 2007, 45.) Ravinnon monipuolisuus ja ravintoaineiden tasapainoiset, oikeat suhteet ehkäisevät parhaiten ravinnosta aiheutuvien syöpien syntyä (Holmia ym. 2008, 98). Syöpää aiheuttavien ja myrkyllisten yhdisteiden tunnistaminen ja kehittynyt työturvallisuuspolitiikka on puolestaan vähentänyt työperäisiä syöpätapauksia. Ihmisten tietämys myös säteilyn, etenkin auringon UV-säteilyn, vaaroista on lisääntynyt, vaikkakin ihosyöpien määrä on runsaassa nousussa. (Syöpäjärjestöt 2010f.)

2.2 Syöpäkuntoutus

Syöpäkuntoutuja on syöpädiagnoosin saanut henkilö, jonka syöpähoidot ovat alkaneet tai ovat jo ohitse. Syöpäpotilaalla kuntoutuksen tulee liittyä saumattomasti hoitoon ja jatkaa myös hoidon jälkeen. (Holmia ym. 2008, 139.) Kuntoutuksen määritelmänä voitaisiin pitää ihmisen tai ihmisten sekä heidän ympäristönsä muutosprosessia, jonka tavoitteena on hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itseenäisen selviytymisen sekä työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa elämännhallintansa ylläpitämisessä ja elämäntavoitteidensa toteuttamisessa silloin, kun hänen sosiaalinen selviytymisensä on sairauden vuoksi uhattuna tai vaikeutunut. (Rissanen & Aalto 2002, 2).

Nykyisin suurin osa syöpäpotilaista pystytään parantamaan lääketieteellisin keinoin, mutta se edellyttää taudin varhaista toteamista ja välillä rankkojakin hoitomuotoja. Tällöin myös kuntoutuksen tarve lisääntyy ja syöpäkuntoutuksen kehittämisen tarve korostuu. (Rissanen ym. 2008, 123.) Sopeutumisvalmennuskurssit ovat osana kuntoutusta ja sen tarkoituksena on tukea sairastuneen ja hänen läheisensä selviytymistä sairauden aiheuttamista elämänmuutoksista (STM 2009). Kurssit ovat tarkoitettu uusille potilaille ja heidän läheisilleen tai henkilöille, joiden syöpä on uusiutunut viime kurssilla olon jälkeen (Holmia ym. 2008, 139).

Syöpäpotilaan kuntoutusprosessi alkaa kun hän on saanut tiedon sairautensa diagnoosista. Kuntoutuksen määritelmänä on usein käytetty, että se on lääketieteellisen hoidon jälkeistä toimintaa, jonka tarkoituksena on palauttaa potilaan työkyky ja omatoimisuus. Syöpää sairastavalle kuitenkin sopisi paremmin kuntoutuksen määritelmäksi pyrkimys tukea kaikkia yksilön voimavaroja ja edistää syöpäsairaana ja hänen ympäristönsä vuorovaikutusta. Syöpäpotilaiden kuntoutuksen päämääriä on kaksi; syöpäkuntoutujan työ- ja toimintakyvyn parantaminen sekä säilyttäminen, jotta hän selviäsi mahdollisimman hyvin jokapäiväisestä elämästään sairautensa kanssa. Toisena päämääränä on antaa riittävää tukea, jotta potilaan voimavarat tulisivat monipuolisesti käyttöön. (Holmia ym. 2008, 139.)

Sopeutumisvalmennuskurssit antavat osallistujille yleistietoa syövästä, syöpähoitojen vaikutuksista, sairauden ja hoitojen aiheuttamista muutoksista sekä selviytymisestä sairauden kanssa. Osa kursseista on tarkoitettu tiettyä syöpää sairastaville tai tietyille ikäryhmille, mutta on myös kursseja, jotka ovat tarkoitettu kaikille syöpäpotilaille. Syöpään sairastuneille tarkoitettujen kurssien lisäksi on myös kursseja pariskunnille, perheille sekä läheisensä menettäneille. (Syöpäjärjestöt 2010g.) Sopeutumisvalmennuksen keinoin autetaan syöpään sairastunutta ja hänen läheisiään elämään sairauden aiheuttamista muutoksista huolimatta täysipainoista elämää (Holmia ym. 2008, 139). Kurssien sisältöinä ovat asiantuntijaluennot, keskustelut, liikunta ja fysioterapia sekä yhteinen vapaa-ajan vietto. Kela sekä erilaiset yhdistykset tarjoavat sopeutumisvalmennuskursseja ilmaiseksi. Suurin osa kursseista, joita syöpäyhdistys tarjoaa, pidetään erillisissä kurssikeskuksissa. Kurssikeskuksia on Suomessa kuusi, joista yhtenä on Turun Meri-Karina. (Syöpäjärjestöt 2010g.)

2.3 Terveydentila ja terveyteen liittyvä elämänlaatu

Kaikista työikäisistä suomalaisista kaksi kolmannesta arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Suomalaisväestön koettu terveydentila on parantunut viimeisen kahden vuosikymmenen aikana; eniten parannusta ovat kokeneet keski-ikäiset, kun taas lasten ja nuorten koettu terveydentila on pysynyt ennallaan. Koettu terveydentila on selkeästi alhaisempi vanhoilla kuin nuorilla ihmisillä, mutta sukupuolella ei ole koettu olevan suurtakaan merkitystä. Sosiaalisekonomisesti parempiosaiset arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin huonompiosaiset, mutta Suomessa alueelliset erot ovat pieniä. Myös siviilisäädyllä on koettu olevan merkitystä, sillä eronneet kokevat terveydentilansa huonommaksi kuin parisuhteessa elävät. (Terveyskirjasto 2005.) Noin puolet suomalaisista ilmoittaa sairastavansa jotakin pitkäaikaissairautta ja kolmasosa kansasta raportoi sairastavansa jotakin jokapäiväistä elämää haittaavaa pitkäaikaissairautta. Väestön koettu terveyden tila on siis kohentunut viimevuosina, kun taas ristiriitaisesti pitkäaikaissairaudet ovat huomattavasti lisääntyneet. (Terveyskirjasto 2005; Manderbacka 2005, 13–16.)

Terveystieteissä käsitteitä terveys (health), koettu terveys (perceived health), terveydentila (health state) ja terveyteen liittyvä elämänlaatu (health-related quality of life) pidetään usein synonyymeinä, sillä ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä määritelmää (Kukka & Onatsu 2007, 6). WHO (World Health Organization) määrittää terveyden fyysiseksi, henkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnintilaksi (WHO Chronicle 1947). Terveyteen liittyvän elämänlaadun määritteenä voitaisiin pitää sitä, millainen on yksilön toimintakyky ja koettu terveydentila fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin elämänalueilla. Terveyteen liittyvä elämänlaatu pitää sisällään ihmisen perustoimintojen, kuten peseytyminen ja pukeutuminen, lisäksi myös työhön liittyvän toiminnan sekä sosiaalisen toimintakyvyn esimerkiksi ystävien ja sukulaisten kanssa. (Hays & Morales 2001, 350.) Terveyteen liittyvä elämänlaatu voi myös vaihdella terveyden eri osalualueilla ja sairauden eri vaiheissa (Aalto ym. 1999, 2; Pekkonen 2010, 29–30). Elämänlaadun arvioinnista on hyötyä tutkittaessa hoidon tuloksellisuutta potilaan näkökulmasta sekä terveysongelmien ja sairauden vaikuttavuutta terveyden eri ulottuvuuksilla (Aalto ym. 1999, 2–3).

2.4 Terveydentilan mittaaminen RAND-36-mittarilla

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit voidaan jakaa kattavuutensa mukaan neljään eri luokkaan; utiliteettimittareihin, globaaleihin mittareihin, yhden ulottuvuuden mittareihin sekä moniulotteisiin profiilimittareihin. Moniulotteiset profiilimittarit voidaan jakaa vielä yleisiin tai sairausspesifisiin. RAND-36 on moniulotteinen yleinen profiilimittari, jolla kyetään mittaamaan esimerkiksi väestön terveydentilaa tai vertailemaan eri sairauksien vaikutuksia. (Aalto ym. 1999, 3–4.)

RAND-36-mittariin on sisällytetty hyvinvoinnin kahdeksan eri ulottuvuutta, joita ovat sillä hetkellä koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, roolitoiminta/fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja roolitoiminta/psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat (Aalto ym. 1999, johdanto). RAND-36:ssa täydentäviä osa-alueita perinteiseen terveydentilan määrittämiseen ovat tarmokkuus, roolitoiminnat ja kivuttomuus (Hays & Morales 2001, 350). Kaikki kahdeksan ulottuvuutta voidaan jakaa myös kahteen perusulottuvuuteen; fyysiseen ja psyykkiseen terveydentili-

laan (Aalto ym. 1999, 44; Chang. ym. 2007, 70). Alla ulottuvuudet on esitelty yksityiskohtaisemmin ja itse mittari on esitelty tarkemmin kappaleessa 4.1 Tutkimusmenetelmä (s.18).

Koettu terveydentila on ihmisen oma, subjektiivinen näkemys sen hetkisestä terveydentilasta, hyvinvoinnista ja alttiudesta sairauksille. Näkemys voi vaihdella loistavasta hyvinvoinnin kokemuksesta aina heikkenevään ja huonoon terveydentilaan. Koettu terveydentila pitää sisällään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden kokemukset. (Aalto ym. 1999, 6.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysistä kuntoa ja kuinka hän selviää jokapäiväisistä fyysisistä ponnisteluista. Fyysinen toimintakyky on parhaimmillaan silloin, kun ihmisen fyysinen kunto sallii raskaammatkin ponnistukset, kuten urheilusuoritukset. Fyysisen toimintakyvyn katsotaan olevan huonoimmillaan silloin, kun ihminen on kykenemätön suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan itsenäisesti. **Fyysinen roolisuoriutuminen** taas mittaa sitä, kuinka fyysisen toimintakyvyn rajoitukset ovat vaikuttaneet tavanomaisten roolien, kuten peseytymisen, suorittamiseen viimeisten neljän viikon aikana. Parhaimmillaan ihmisen fyysinen toimintakyky on niin hyvä, ettei se aiheuta rajoituksia ja pahimmillaan hänen suorituksensa ovat olleet vähäisempiä aiempiin verrattuna ja hän on joutunut esimerkiksi vähentämään työmääräänsä selviytyäkseen. (Aalto ym. 1999, 2, 6.)

Psyykkisen hyvinvoinnin alue pitää sisällään ihmisen erilaiset mielialat, kuten positiivinen mieliala, ahdistuneisuus ja masentuneisuus, viimeisen neljän viikon aikana. Mieliala on parhaimmillaan positiivinen, rauhallinen ja onnellinen, heikoimmillaan jatkuvasti masentunut ja ahdistunut. **Psyykkinen roolisuoriutuminen** mittaa tunneperäisten ongelmien aiheuttamia rajoituksia tavanomaisista rooleista, kuten kotitöistä, suoriutumisessa viimeisten neljän viikon aikana. Parhaimmillaan rajoituksia ei ole, huonoimmillaan ihminen on joutunut esimerkiksi vähentämään työaikaansa ja suoriutuu aikaisempaa huonommin keskittymisestä vaatimissa tehtävissä. (Aalto ym. 1999, 6.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyvät fyysisen ja psyykkisen terveydentilan aiheuttamat rajoitukset jokapäiväiseen sosiaaliseen kanssakäymiseen muun muassa perheen, ystävien ja työtoverien kanssa. Parhaimmillaan rajoituksia ei ole lainkaan, huonoimmillaan rajoituksia on useita. Psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin vahvasti yhteydessä olevalla **tarmokkuudella** tarkoitetaan ihmisen viireys- ja energiatasoa. Parhaimmillaan ihminen on tuntenut itsensä hyvin elinvoimaiseksi ja energiseksi, heikoimmillaan tarmokkuudessa on ollut useita rajoituksia viimeisen neljän viikon aikana. Sekä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavan **kivuttomuuden** ulottuvuudella tarkoitetaan kivun voimakkuutta ja häiritsevyyttä. Parhaimmillaan ihmisellä ei ole lainkaan kipua, pahimmillaan kipu on hyvin voimakasta ja arkielämää rajoittavaa. (Aalto ym. 1999, 2, 6.)

2.5 Syöpäkuntoutuksen vaikuttavuus RAND-36-mittarilla mitattuna

Kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tavoitteiden toteutumista mitattaessa käytetään usein määrällisiä mittareita (Rissanen & Aalto 2002, 3). Kuntoutuksen tuloksellisuutta voidaan tutkia muun muassa kuntoutujan, kuntoutuksen toteuttajan ja tuottajan sekä kunnan tai valtion näkökulmasta. Tutkinnan kohteena voi olla tietyn toiminnan vaikuttavuus ja tehokkuus tai kuntoutujan tilanteen arviointi eri ajankohtana. Kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan tutkia myös suhteessa kuntoutuksen kustannuksiin. (Kallanranta, 2002, 28.) Kuntoutuksen tuloksellisuutta mitattaessa on otettava huomioon kuntoutujien keskinäiset erot, kuten yksilölliset kuntoutustarpeet ja -tavoitteet (Rissanen & Aalto 2002, 6).

Vaikuttavasta kuntoutuksesta on tutkimustuloksia ja monet käynnissä olevat tutkimusprojektit tuovat sitä koko ajan lisää (Rissanen & Aalto 2002, 22). Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on kuitenkin tutkittua tietoa hyvin vähän verrattuna kuntoutukseen käytettäviin voimavaroihin (Kivekäs 2005, 379). Lisätietoa tarvitaan muun muassa siitä, minkälainen kuntoutus soveltuu kullekin kuntoutujalle ja miten voitaisiin vaikuttaa vaikeimmin kuntoutettavien tilanteeseen. Kuntoutus on todistetusti sitä vaikuttavampaa, mitä paremmin se suunnataan ajankohdallisesti ja kuntoutujan tarpeiden mukaisesti oikein. Moniammatillisen tiimityöskentelyn (jonka toteuttavat esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, fysioterapia-

peutti ja sosiaalityöntekijä) on todettu olevan vaikuttavaa useissa kuntoutusprojekteissa. (Rissanen & Aalto 2002, 20, 22.)

RAND-36-mittaria on käytetty syöpäkuntoutuksen vaikuttavuuden mittamiseen useissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Laitoskuntoutuksen vaikuttavuutta tutkivassa väitöskirjassa todetaan, että kuntoutuksella on positiivisia vaikutuksia kaikilla kahdeksalla elämänlaadun osa-alueella. Kuntoutujista noin kolmannes koki terveydentilansa vuoden kuluttua paremmaksi. Noin puolet kuntoutujista kuitenkin koki terveydentilansa olevan ennallaan kuntoutuksesta huolimatta. (Pekkonen 2010; 70,100.) Kuntoutujat kokivat hyötyvänsä kuntoutuksesta ja se vaikutti positiivisesti heidän elämänlaatuunsa. Valtaosa (81,5 %) kuntoutujista suosittelisi saamaansa kuntoutusta myös muille. (van Weert ym. 2005a, 492.)

Suomalaisessa avokuntoutuksen kehittämissuoritusprojektissa rintasyöpäpotilailla fyysinen toimintakyky oli kuntoutuksen alussa muita ulottuvuuksia paremmalla tasolla (74,6 pistettä 100:sta), mutta he kokivat fyysisen roolisuoriutumisen huonoimmaksi (40,6 pistettä). Eturauhassyöpää sairastavat miehet kokivat kuntoutukseen tullessaan psyykkisen hyvinvointinsa ja elämänlaatunsa paremmaksi (60,5 / 76,7 pistettä) kuin rintasyöpäpotilaat (52,6 / 64,6 pistettä). Muutos parempaan oli havaittavissa kaikilla ulottuvuuksilla ja myönteiset muutokset olivat nähtävissä vielä kolmen kuukauden jälkeen kuntoutuksesta, joten kuntoutuksella saatiin pysyviä tuloksia elämänlaadun ja terveydentilan parantumisesta. Selvimmin parannusta ilmeni fyysisen roolisuoriutumisen (naisilla 58,8 ja miehillä 73,7 pistettä) ja työkyvyn alueilla (36,7 % / 59,5 %). Depressiiviset oireet ja ahdistuneisuus vähenivät myös huomattavasti. (Saarinen ym. 2010, 11–12.)

Kuntoutuksen läpikäytyään syöpäkuntoutujien fyysinen toimintakyky ja vireystila kohosi sekä tunneperäisten ongelmien aiheuttamat rajoitukset vähenivät. Eniten parannusta ilmeni fyysisen roolisuoriutumisen alueella. (van Weert ym. 2006b, 193–194.) Kuntoutujat kokivat itsetuntonsa kohonneen kuntoutuksen ansiosta ja he tunsivat itsensä vahvemmiksi ja itsetietoisemmiksi sekä sosiaalisesti avoimmiksi. Siitäkin huolimatta syöpäkuntoutujat kokivat syövän jatkuvaksi uhaksi elämässään. (Korstjens ym. 2008b, 293–294.) On otettava kuitenkin huomioon, että tutkimuksissa kuntoutukseen osallistui huomattavasti vähem-

män miehiä kuin naisia, joten miesten osalta tulokset ovat suuntaa antavia (Korstjens ym. 2008b, 295; Saarinen ym. 2010, 14).

Hollantilaisessa tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää; toinen sai pelkkää fyysistä kuntoutusta ja toisen ryhmän kuntoutukseen lisättiin fyysisen kuntoutuksen lisäksi sopeutumisvalmennusta. Tutkimuksessa todettiin, että fyysinen kuntoutus kohotti kuntoutujien elämänlaatua enemmän kuin lisätty sopeutumisvalmennus. Kuitenkin sopeutumisvalmennuksella saatiin lähtötasoon verrattuna merkittävä muutos parempaan elämänlaadussa RAND-36:lla mitattuna. (Korstjens ym. 2008a, 428.)

Suomalaisessa Ote elämään –kuntoutusprojektissa syöpäkuntoutujien kuntoutustarvetta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkittiin RAND-36- ja Illness Attitude Scale (IAS) –mittareilla sekä kuntoutujien omakohtaisia kokemuksia koskevalla avokysymyksellä. Kuntoutusprojektissa mukana olleista rintasyöpäkuntoutujista valtaosa (80 %) arvioi kuntoutusjaksonsa olleen erittäin hyödyllinen mielialan kohentamisen ja virkistäytymisen näkökulmasta. Erittäin hyödyllisenä kuntoutus nähtiin myös ihmissuhteiden, sosiaalisen tuen saannin ja fyysisen kuntoutumisen kannalta. Työelämän ongelmassa ja ammatinvalintakysymyksissä kuntoutuksesta koettiin olevan vähiten hyötyä. Vapaaehtoisessa, kuntoutuksen jälkeen kerätyssä kurssipalautteessa kuntoutujat totesivat kuntoutuksen auttaneen heitä omien tarpeidensa tunnistamisessa, pelkojen voittamisessa sekä mielialan ja fyysisen kunnon kohottamisessa. Kuntoutujat myös mainitsivat palautteessaan vertaistuen suuren merkityksen. (Aalto ym. 2005; 12, 16, 18–20.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa syöpäkuntoutujan terveydentilaa RAND-36-mittarilla arvioituna. Tavoitteena on kuntoutustoiminnan kehittäminen, siten että kuntoutus vastaisi parhaiten syöpäkuntoutujien tarpeita. Tutkimuksella saadaan tietoa siitä, millainen syöpäkuntoutujien terveydentila on eri osa-alueilla ennen kuntoutusta. Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiseksi vastanneet ovat arvioineet terveydentilansa kuntoutukseen tullessa kahdeksalla eri ulottuvuudella?
 - 1.1 Onko kuntoutujien fyysisessä ja psyykkisessä terveydentilassa eroavaisuuksia?
2. Onko taustamuuttujilla yhteyttä syöpäkuntoutujan terveydentilaan ja jos on, niin millaista?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen lähestymistapa on kvantitatiivinen ja aineistonkeruumenetelmänä on käytetty strukturoitua RAND-36-mittaria (Aalto ym. 1999, johdanto). RAND-36-mittari on kehitetty Yhdysvalloissa vuonna 1989 osana Medical Outcome Study (MOS) –tutkimushanketta. RAND-36 on uudistettu versio alkuperäisestä SF-36-mittarista, jotka molemmat on kehittänyt RAND-tutkimuslaitos. SF-36:n tekijäoikeudet ovat sittemmin siirtyneet toiselle organisaatiolle. Alkuperäiset englanninkieliset RAND-36 ja SF-36 –mittarit sisältävät samat kysymykset, mutta eroavat pisteytykseltään jonkin verran, joten kyselyistä saadaan samat tulokset kahdesta eri näkökulmasta. Pistearvoja ei voi keskenään verrata, mutta avattuna sanalliseen muotoon tulokset muistuttavat suurelta osin toisiaan. (Aalto ym. 1999, 5–7.)

Mittarin tarkoituksena on tutkia toiminnallista terveydentilaa ja hyvinvointia sekä antaa kokonaiskuva sairauksien aiheuttamasta rasituksesta (Aalto ym. 1999, johdanto; Kukka & Onatsu 2007, 6). Mittariin on sisällytetty hyvinvoinnin kahdeksan eri ulottuvuutta, joita ovat sillä hetkellä koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kiuttomuus, roolitoiminta/fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja roolitoiminta/psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat (Aalto ym. 1999, johdanto).

Terveyttä ja elämänlaatua mittaava RAND-36-kysely on laajasti käytössä Euroopassa ja siitä on julkaistu versioita useisiin maihin (Pekkonen 2010, 31–32; Hays & Morales 2001, 355). Mittari on suomennettu yhteistyössä terveydenhuollon tutkimusyksikön, Stakesin ja kansanterveyslaitoksen epidemiologian ja terveyden edistämisen osaston kanssa. (Aalto ym. 1999, 14). RAND-36:tta pystytään hyödyntämään tutkimuksissa, joissa halutaan selvittää kroonisten sairauksien vaikutusta ihmisen elämään. Kyselyä voidaan myös käyttää terveysinterventioiden, kuten kuntoutuksen työvälineenä, kun halutaan seurata niiden tuloksellisuutta etenkin ryhmätasolla. RAND-36 toimii myös väestötutkimuksissa, sillä mittari on riittävän herkkä tavoittamaan väestön terveydentilan muutoksia. (Aalto ym. 1999, 5; Kukka & Onatsu 2007, 8.) Mittaria voidaan käyttää myös yhdessä sairausspesifien mittarien kanssa (Pekkonen 2010, 31).

Mittarin vastausvaihtoehdot on kuvattu dikotomisista, 3–5-asteisiin ja 6-portaisiin Likertin asteikkoihin, joissa vaihtoehdot on kuvailtu sanallisesti ja vastaajan tulee ympyröidä mielipidettään vastaava luku (Pekkonen 2010, 45). RAND-36-kyselykaavakkeessa on 11 kysymysosiota, joiden sisältämien kysymysten määrä vaihtelee 1–10:een. Kysymysten asteikoilla yleisesti suuri pistearvo kuvastaa parempaa elämänlaatua, mutta osa osioiden asteikoista ovat käänteisiä, jolloin pisteytys menee toisin päin. (Aalto ym. 1999, liite 4.)

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseille vuosina 2009–2010 osallistuneet syöpäkuntoutujat, jotka ovat ennen kuntoutusjaksoaan täyttäneet RAND-36-

kyselylomakkeen. Lounais-Suomen Syöpäyhdistys vastasi aineistonkeruusta. Tutkimukseen osallistui 186 syöpäkuntoutujaa ja vastaukset tallennettiin tutkimusassistentin toimesta Excel-taulukkoon. Analysointiohjelmalla pystytään havaitsemaan muun muassa muuttujien välistä merkitsevyyttä ja mahdollista saattunaisuutta (SPSS Finland oy 2008).

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston työstäminen aloitettiin siirtämällä data Excel-taulukosta PASW-ohjelmaan ja määrittelemällä muuttujat. RAND-36-mittarin kysymysosoiden vastausvaihtoehdot pisteytettiin välille 0–100 siten, että matalin vastausvaihtoehto saa arvon nolla ja korkein arvon sata. Esimerkiksi kysymyksessä 12 ("Rajoittaako terveydentila kylpemistä tai pukeutumista?") alkuperäinen vastausvaihtoehto 1 = 0, 2 = 50 ja 3 = 100. (Aalto 1999, 75, 77.) Pisteytys 0–100:aan mahdollistaa asteikoiden samansuuntaisuuden ja tulosten välisen vertailun. Kuitenkin kysymyksissä 33–36 "en osaa sanoa" –vastausvaihtoehdosta saa 0–100-pisteytyksessä 50 pistettä, joka vaikuttaa ulottuvuuden saamaan pistekeskisarvoon. Fyysisen ja psyykkisen roolitoiminnan ulottuvuuksien kysymykset kuvailtiin dikotomisella asteikolla, jossa vaihtoehto "kyllä" sai arvon 100 ja vaihtoehto "ei" arvon 0. Jos vastausjakauma on hyvin tasainen, kumpikaan vastausvaihtoehto ei erityisesti korostu, jolloin ulottuvuuden pistekeskisarvo jää alhaiseksi.

Kysymykset luokiteltiin ulottuvuuksittain Aallon (1999) ohjeistuksen mukaisesti (Liite 1). Mittarissa kysymys 2 ei sisälly yhteenkään ulottuvuuteen, joten se analysoidaan erikseen. (Aalto ym. 1999, 78.) Joka ulottuvuudesta laskettiin Cronbachin alpha –kerroin, joka mittaa summattavien muuttujien sisäistä samankaltaisuutta. Alfa arvoa voidaan pitää riittävänä, jos se on 0,6 tai suurempi. (Ernvall ym. 2002, 158.) Kaikki 36 kysymystä jaettiin myös ominaisuuksiensa mukaan kahteen summamuuttujaan; fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan (Chang ym. 2007, 70). Kysymysten jakautuminen esitetty liitteessä 1. Jokaisesta summamuuttujasta laskettiin tunnusluvut ja kaikista 36:sta kysymyksestä ja 10:stä summamuuttujasta luotiin frekvenssitaulukot. Summamuuttujia muodostettaessa on otettu huomioon mittarin analysoinnin ohjeistus puuttuvista tiedoista (Aalto ym. 1999, liite 4).

Vastanneiden ikätiedoista muodostettiin kahdeksan ikäluokkaa. Edustettuina olleista syöpämuodoista luotiin frekvenssitaulukko. Rintasyöpäkuntoutujia oli huomattavasti enemmän kuin muita syöpäkuntoutujia, jonka vuoksi syöpämuodot luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan; rintasyöpä ja muut syövä. Rintasyövän yleisyys otoksessa herätti meissä erityistä mielenkiintoa ja tästä syystä työssä kuvaillaan erikseen myös rintasyöpäpotilaiden terveydentilaa. Rintasyöpäluokan avulla voidaan myös luotettavasti vertailla tutkimustuloksiamme aiempiin tutkimuksiin, sillä suurin osa niistä käsittelee nimenomaan rintasyöpäkuntoutujia. Tässä työssä ei verrata naisten ja miesten välisiä eroja, sillä miehiä on otoksessa huomattavasti vähemmän kuin naisia. Myöskään syövän uusiutumista ei huomioitu, sillä vain yhdeksällä syöpäkuntoutujalla syöpää oli uusiutunut. Taustamuuttujien vaikutusta terveydentilaan ei tarkasteltu tilastollisesti p-arvoja vertaillen, josta ilmeni tilastollinen merkitsevyys. Tuloksissa ulottuvuussien välisiä eroja tarkasteltiin vertailemalla pistekeskiarvoja.

5 TULOKSET

5.1 Syöpäkuntoutujien taustatiedot

Vastanneiden (n=186) ikä vaihteli 14–88-vuoden välillä. Melkein puolet oli 60–69-vuotiaita ja viidesosa 70–79-vuotiaita. Keski-ikäisiä (30–59 v.) oli 20 %, alle 30-vuotiaita 11 % ja yli 80-vuotiaita 1 %. Yhtäkään vastaajaa ei ollut edustettuna 30–39-vuotiaiden ikäluokasta. Vastanneista 85,5 % (n=159) oli naisia. Valtaosa syöpäkuntoutujista sairasti syöpää ensimmäistä kertaa. Noin puolet, (n=90) syöpäkuntoutujista sairastivat rintasyöpää. Toiseksi eniten syöpäkuntoutujat sairastivat lymfoomaa tai gynekologisia syöpiä. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vastanneiden taustamuuttajat

		f	f%
sukupuoli	nainen	159	85%
	mies	27	15%
ikäluokitus	10–19	12	6%
	20–29	9	5%
	30–39	0	0%
	40–49	5	3%
	50–59	32	17%
	60–69	88	47%
	70–79	38	20%
	80–89	2	1%
syöpä	rintasyöpä	90	48%
	leukemia	11	6%
	aivokasvaimet	6	3%
	vatsasyövät	12	6%
	muut verisyövät	13	7%
	lymfooma	25	13%
	ihosyövät	2	1%
	gynekologiset muut	24	13%
	suun alueen syövät	1	1%
	imusolmuke-syöpä	1	1%
	urologiset syövät	1	1%
uusiutumisen	ei uusiutunut	155	95%
	uusiutunut	9	5%

Suurimmat ikäluokat, 60–69-vuotiaat ja 70–79-vuotiaat, sairastivat suurimmaksi osaksi rintasyöpää. Myös keski-ikäisten yleisin syöpä oli rintasyöpä. Kaikki rintasyöpää sairastaneet (n=90) olivat 40–89-vuotiaita. Muita yleisiä syöpiä keski-ikäisillä olivat leukemia, gynekologiset syövät sekä vatsa- ja suolistosyövät. Nuorten yleisimmät syövät olivat aivokasvaimet, leukemia ja ihosyövät. Yli 80-vuotiaiden yleisimmät syövät olivat rintasyöpä ja lymfooma. (Taulukko 3.)

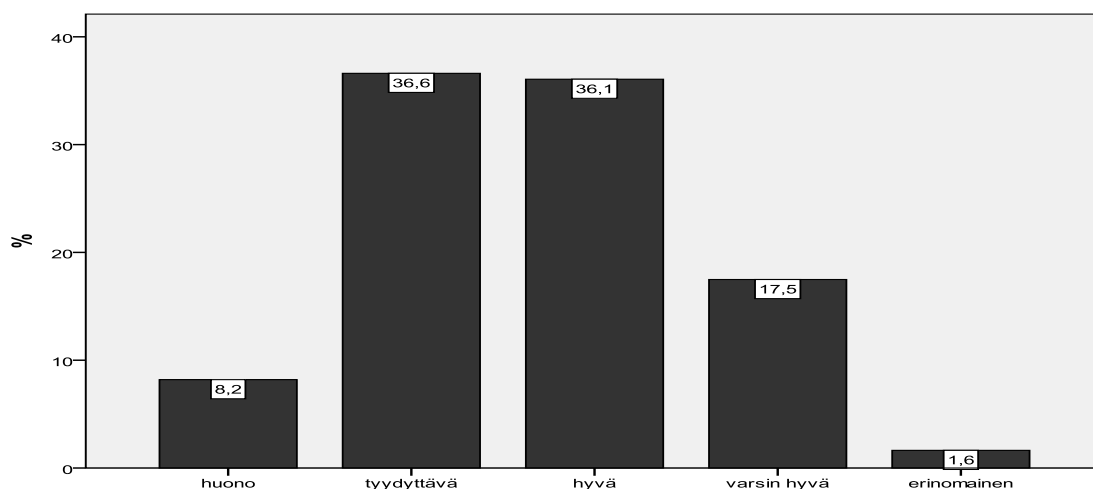
Taulukko 3. Syöpämuotojen jakautuminen ikäluokittain

Syöpä	Ikäluokitus (v.)							Yht.
	10–19	20–29	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	
rintasyöpä	-	-	3	17	52	17	1	90
			60,0%	53,1%	59,1%	44,7%	50,0%	48,4%
leukemia	2	1	2	-	3	3	-	11
	16,7%	11,1%	40,0%		3,4%	7,9%		5,9%
aivokasvaimet	4	2	-	-	-	-	-	6
	33,3%	22,2%						3,2%
vatsasyövät (ruuan- sulatuselimistö)	-	-	-	4	6	2	-	12
				12,5%	6,8%	5,3%		6,5%
muut verisyövät	-	-	-	2	6	5	-	13
				6,3%	6,8%	13,2%		7,0%
lymfooma	1	4	-	3	11	5	1	25
	8,3%	44,4%		9,4%	12,5%	13,2%	50,0%	13,4%
ihosyövät	2	-	-	-	-	-	-	2
	16,7%							1,1%
gynekologiset muut	1	1	-	6	10	6	-	24
	8,3%	11,1%		18,8%	11,4%	15,8%		12,9%
suun alueen syövät	-	1	-	-	-	-	-	1
		11,1%						,5%
imusolmukesyöpä	1	-	-	-	-	-	-	1
	8,3%							,5%
urologiset syövät	1	-	-	-	-	-	-	1
	8,3%							,5%
Yhteensä	12	9	5	32	88	38	2	186

Naisten yleisin syöpä otoksessa oli rintasyöpä (56,6 %) ja miesten ruoansulatuselimistön syövät sekä lymfooma (molemmissa 29,6 %).

5.2 Koettu terveys ja terveydentilan muutos

Vastanneista 36,6 % koki terveytensä yleisesti ottaen tyydyttäväksi ja 36,1 % hyväksi. Erinomaiseksi terveytensä koki 1,6 % ja huonoksi 8,2 %. (Kuvio 1.) Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että he eivät sairastu helpommin kuin muut ihmiset, 24 % kokivat sairastuvansa helpommin kuin muut ja neljännes ei osannut sanoa. Vastanneista 37 % koki olevansa vähintään yhtä terveitä kuin muutkin tuntevansa ihmiset, 36 % koki olevansa tuntemiaan ihmisiä sairaampi ja 27 % ei osannut sanoa. Lähes puolet ei osannut sanoa tuleeko heidän terveytensä heikkenemään, kolmanneksen mielestä heidän terveytensä ei tule heikkeneään ja viidennes uskoi terveytensä heikkenevän tulevaisuudessa. Vastanneista 40 % olivat sitä mieltä, että heidän terveytensä ei ole erinomainen, 37 % piti terveyttään erinomaisena ja 24 % ei osannut sanoa.



Kuvio 1. Syöpäkuntoutujien koettu terveys vastaushetkellä

Melkein puolet vastanneista piti terveyttään parempana ja kolmannes huonompana kuin vuosi sitten. Noin viidennes koki terveytensä suunnilleen samanlaiseksi ja 8,1 % koki terveytensä huonommaksi kuin vuosi sitten. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Syöpäkuntoutujien kokema terveydentila vastaushetkellä

	f	f%
paljon huonompi kuin vuosi sitten	15	8,1
jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten	46	24,7
suunnilleen samanlainen	39	21,0
jonkin verran parempi kuin vuosi sitten	42	22,6
paljon parempi kuin vuosi sitten	42	22,6
Puuttuvat	2	1,0
Yhteensä	186	100,0

5.3 Fyysinen toimintakyky

Valtaosa vastanneista koki terveydentilansa rajoittavan suoriutumista huomattavia ponnistuksia vaativissa toiminnoissa, kuten rasittavassa urheilussa ja raskaiden tavaroiden nostelussa. Kuntoutujista 10 % koki, ettei heidän terveydentilansa rajoita kyseisiä toimintoja. Vastanneista 70 % koki terveydentilansa rajoittavan kohtuullisia ponnistuksia vaativissa toiminnoissa, kuten imurointi. Vastanneista 62 % koki terveydentilansa rajoittavan ruokakassien nostamista tai kantamista.

Vastanneista 68 %:lla ei ollut rajoituksia portaiden nousemisessa yhden kerroksen verran, mutta 71 %:lla oli rajoituksia useiden kerroksien portaiden nousussa. Kuntoutujista 67 % koki rajoituksia vartalon taivuttamisessa, polvistumisessa tai kumartumisessa. Puolet kuntoutujista koki terveydentilan rajoittavan kahden kilometrin matkan kävelyä. Vastanneista 68 %:lla ei ollut rajoituksia puolen kilometrin matkan kävelyssä, ja 85 %:lla ei ollut rajoituksia 100 metrin matkan kävelyssä. Vastanneista viidennes koki terveydentilansa rajoittavan kylpemistä tai pukeutumista. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Fyysinen toimintakyky

Kysymykset	Rajoittaa paljon		Rajoittaa hiukan		Ei rajoita yhtään	
	f	%	f	%	f	%
huomattava ponnistus	106	58%	60	32%	18	10%
kohtalainen ponnistus	30	16%	98	54%	54	30%
nosto/kantaminen	33	18%	78	44%	69	38%
usean kerroksen nousu	47	26%	83	45%	54	29%
yhden kerroksen nousu	9	5%	49	27%	126	68%
vartalon taivuttaminen	32	18%	89	49%	60	33%
2km kävely	35	19%	57	31%	90	50%
puolen km kävely	11	6%	46	26%	123	68%
100 m kävely	5	3%	23	13%	153	84%
kylpeminen/vaatetus	5	3%	32	17%	147	80%

5.4 Fyysinen ja psyykinen roolitoiminta

Fyysisen roolitoiminnan kysymykset kuvaavat rajoituksia ruumiillisessa terveydentilassa viimeisen neljän viikon aikana. Vastanneista 42 % on vähentänyt työhön tai muihin tehtäviin käyttämäänsä aikaa ja 56 % on saanut vähemmän aikaiseksi kuin halusi. 59 %:lla terveydentila asetti rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä. Noin puolella oli vaikeuksia työstä selviytymisessä.

Psyykkisen roolitoiminnan kysymykset kuvaavat tunne-elämän rajoituksia viimeisen neljän viikon aikana. Vastanneista 34 % vähensi töihin tai muihin tehtäviin käyttämäänsä aikaa tunne-elämään liittyvistä syistä. Puolet vastanneista sai aikaiseksi vähemmän kuin halusivat ja puolella ei ollut vastaavaa ongelmaa. Syöpäkuntoutujista 65 % suoritti työnsä ja muut tehtävänsä yhtä huolellisesti kuin tavallisesti. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Fyysinen ja psyykkinen roolitoiminta

	kyllä		ei	
	f	f %	f	f %
(fr) työajan vähentäminen	76	42%	104	58%
(fr) fyysisen terveydentilan rajoitukset aikaan saamiseen	102	56%	80	44%
(fr) terveydentilan asettamat rajoitukset	108	59%	74	41%
(fr) suoriutuminen työstä/tehtävistä	90	49%	92	51%
(pr) työajan vähentäminen	62	34%	119	66%
(pr) tunne-elämän rajoitukset aikaan saamiseen	90	50%	90	50%
<u>(pr) huolellisuus työssä/tehtävissä</u>	63	35%	117	65%

fr= fyysinen roolitoiminta, pr= psyykkinen roolitoiminta

5.5 Psyykkinen hyvinvointi

Psyykkisen hyvinvoinnin kysymykset kuvaavat tuntemuksia viimeisen neljän viikon aikana. Vähän yli puolet vastanneista on ollut hyvin hermostunut jonkin tai vähän aikaa. Vastanneista 10 % tunsi olevansa hyvin hermostunut huomattavan tai suurimman osan aikaa ja 1 % tunsi olevansa koko ajan hyvin hermostunut. Vastanneista 39 % tunsi mielialansa niin matalaksi, ettei mikään ole voinut heitä piristää jonkin tai vähän aikaa. Vähän vajaa puolet koki, ettei heidän mielialansa ole ollut lainkaan niin matala. Suurimman tai huomattavan osan aikaa mielialansa niin matalaksi tunsi 10 % ja koko ajan näin koki 3 %.

Yli puolet vastanneista on tuntenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi huomattavan ja suurimman osan aikaa ja koko ajan itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi tuntevia oli 8 %. Vastanneista 60 % tunsi itsensä alakuloiseksi ja apeaksi jonkin tai vähän aikaa ja ei lainkaan 29 %. Koko ajan itsensä apeaksi ja alakuloiseksi tunsi 2 %. Vastanneista 61 % on ollut onnellinen huomattavan tai suurimman osan aikaa ja koko ajan 7 %. Ei lainkaan itsensä onnelliseksi kokeneita oli 6 %. (Taulukko 7.)

Taulukko7. Psyykinen hyvinvointi viimeisen neljän viikon aikana

		f	f%
Hermostuneisuus	koko ajan	1	1%
	suurimman osan	2	1%
	huomattavan osan	16	9%
	jonkin aikaa	36	20%
	vähän aikaa	65	35%
	en lainkaan	63	34%
Mielialaltaan matala	koko ajan	5	3%
	suurimman osan	4	2%
	huomattavan osan	15	8%
	jonkin aikaa	17	9%
	vähän aikaa	55	30%
	en lainkaan	87	48%
Tyyni / Rauhallinen	en lainkaan	12	7%
	vähän aikaa	15	8%
	jonkin aikaa	30	16%
	huomattavan osan	45	25%
	suurimman osan	65	36%
	koko ajan	15	8%
Alakuloinen / Apea	koko ajan	4	2%
	suurimman osan	5	3%
	huomattavan osan	10	6%
	jonkin aikaa	44	24%
	vähän aikaa	66	36%
	en lainkaan	52	29%
Onnellinen	en lainkaan	11	6%
	vähän aikaa	20	11%
	jonkin aikaa	28	15%
	huomattavan osan	56	31%
	suurimman osan	55	30%
	koko ajan	13	7%

5.6 Kivuttomuus

Melkein puolet vastanneista koki lieviä tai hyvin lieviä ruumiillisia kipuja ja viidenneksellä oli kohtalaisen voimakkaita kipuja viimeisen neljän viikon aikana. Kuntoutujista 19 %:lla ei ollut lainkaan kipuja ja 12 %:lla oli voimakkaita tai erittäin voimakkaita ruumiillisia kipuja viimeisen neljän viikon aikana.

Vastaajista 62 %:lla kipu on häirinnyt tavanomaista työtä kotona tai kodin ulkopuolella viimeisen neljän viikon aikana hieman tai kohtalaisesti. Vajaalla viidenneksellä kipu ei ole häirinnyt lainkaan ja 14 %:lla kipu on häirinnyt melko tai erittäin paljon tavanomaista työtä viimeisen neljän viikon aikana. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Kivuttomuus

		f	f%
Kipujen voimakkuus	erittäin voimakkaita	6	3%
	voimakkaita	16	9%
	kohtalaisia	43	24%
	lieviä	46	25%
	hyvin lieviä	37	20%
	ei lainkaan	34	19%
Kipujen häiritsevyys	erittäin paljon	6	3%
	melko paljon	20	11%
	kohtalaisesti	43	23%
	hieman	71	38%
	ei lainkaan	43	23%

5.7 Sosiaalinen toimintakyky

Noin puolet vastanneista koki ruumiillisen terveydentilan tai tunne-elämän vaikeuksien häirinneen tavanomaista sosiaalista toimintaansa ihmisten parissa hieman tai kohtalaisesti. Vastanneista 38 %:lla ei ollut sosiaalisessa toiminnassa lainkaan häiriöitä ja erittäin tai melko paljon häiriöitä sosiaalisessa toiminnassaan koki 11 %. Vastanneista 10 % koki ruumiillisen terveydentilan tai tunne-elämän vaikeuksien häirinneen tavanomaista sosiaalista toimintaansa, kuten ihmisten tapaamista, suurimman osan aikaa tai koko ajan. Vajaa puolet koki

vaikeuksien häirinneen sosiaalista toimintaansa jonkin tai vähän aikaa. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Sosiaalinen toimintakyky

Terveystila häirinnyt sosiaalista kanssakäymistä neljän viikon aikana...		
	f	f %
erittäin paljon	4	2%
melko paljon	17	9%
kohtalaisesti	20	11%
hieman	73	40%
ei lainkaan	69	38%
koko ajan	5	2%
suurimman osan aikaa	13	7%
jonkin aikaa	38	23%
vähän aikaa	45	25%
ei lainkaan	76	43%

5.8 Tarmokkuus

Tarmokkuuden kysymykset kuvaavat tuntemuksia viimeisen neljän viikon aikana. Puolet vastanneista tunsivat olevansa täynnä elinvoimaa huomattavan tai suurimman osan aikaa. Kolmannes tunsivat olevansa täynnä elinvoimaa jonkin tai vähän aikaa ja ei lainkaan elinvoimaiseksi itsensä tunsivat 10 %. Koko ajan täynnä elinvoimaa tunsivat olevansa 7 % vastanneista. Vajaa puolet vastanneista tunsivat olevansa täynnä tarmoa huomattavan tai suurimman osan aikaa. Vastanneista 39 % on ollut täynnä tarmoa jonkin tai vähän aikaa ja ei lainkaan tarmokkaaksi itsensä tunsivat 11 %. Koko ajan täynnä tarmoa tunsivat olevansa 3 %.

Vastanneista 43 % ei tuntenut itseään lainkaan ”loppuunkuluneeksi” ja 41 % vastanneista tunsivat itsensä ”loppuunkuluneeksi” jonkin tai vähän aikaa. Vastanneista 13 % tunsivat itsensä ”loppuunkuluneeksi” huomattavan tai suurimman osan aikaa ja 3 % koko ajan. Yli puolet tunsivat itsensä väsyneeksi jonkin tai vähän aikaa ja ei lainkaan väsyneeksi itsensä tunsivat 5 %. Suurimman tai huomattavan osan aikaa itsensä väsyneeksi tunsivat vajaa kolmannes ja koko ajan itsensä väsyneeksi tunsivat 6 %. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Tarmokkuus viimeisen 4 viikon aikana

		f	f%
Elinvoimaisuus	en lainkaan	19	10%
	vähän aikaa	21	12%
	jonkin aikaa	38	21%
	huomattavan osan	49	27%
	suurimman osan	42	23%
	koko ajan	12	7%
Tarmokkuus	en lainkaan	20	11%
	vähän aikaa	29	16%
	jonkin aikaa	42	23%
	huomattavan osan	53	29%
	suurimman osan	34	18%
	koko ajan	5	3%
Loppuunkulu- neisuus	koko ajan	5	3%
	suurimman osan	6	3%
	huomattavan osan	19	10%
	jonkin aikaa	31	17%
	vähän aikaa	43	24%
	en lainkaan	78	43%
Väsyneisyys	koko ajan	11	6%
	suurimman osan	13	7%
	huomattavan osan	43	24%
	jonkin aikaa	60	33%
	vähän aikaa	46	25%
	en lainkaan	10	5%

5.9 Tulokset summamuuttujittain ja vastaajien taustatietojen vaikutus terveyden-tilaan

Ulottuvuudet saivat Cronbachin alfan arvoksi korkeimmillaan 0,905 ja alimmillaan 0,724, joten summamuuttujat voitiin muodostaa kaikista kahdeksasta ulottuvuudesta. Kahdeksasta ulottuvuudesta muodostetuista summamuuttujista suurimman pistekeskiarvon sai sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuus (75,6). Pienimmän pistekeskiarvon sai fyysisen roolitoiminnan ulottuvuus (48,0). Muiden ulottuvuuksien keskiarvot vaihtelivat välillä 50,4–70,5. (Taulukko 11.)

Syöpätyypin vaikutusta terveydentilaan vertailtiin rintasyövän ja otoksen muiden syöpätyyppien välillä, sillä rintasyöpää sairastaneita oli selvästi eniten (48 %). Molemmissa luokissa fyysinen roolitoiminta sai alhaisimman pistekeskisarvon (50,0 / 46,2) ja korkeimman pistekeskisarvon sai molemmissa luokissa sosiaalinen toimintakyky (74,9 / 76,2). Eniten toisistaan poikkesivat psyykkisen roolitoiminnan pistekeskisarvot. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Syöpätyypin yhteys terveydentilaan ja ulottuvuuksien pistekeskisarvot

		Syöpäluokitus		Yht.
		Rintasyöpä	Muut syöpätyypit	
Koettu terveys	n	86	92	178
	ka	50,22	50,64	50,44
	keskihajonta	18,762	20,119	19,421
Fyysinen toimintakyky	n	89	95	184
	ka	64,79	67,02	65,94
	keskihajonta	21,949	24,879	23,470
Fyysinen roolitoiminta	n	88	95	183
	ka	50,00	46,23	48,04
	keskihajonta	43,384	42,470	42,836
Psyykinen roolitoiminta	n	87	93	180
	ka	56,90	63,44	60,28
	keskihajonta	41,883	41,431	41,663
Sosiaalinen toimintakyky	n	84	91	175
	ka	74,85	76,24	75,57
	keskihajonta	24,505	23,574	23,966
Kivuttomuus	n	87	95	182
	ka	62,73	65,76	64,31
	keskihajonta	23,652	26,553	25,185
Tarmokkuus	n	88	95	183
	ka	56,33	59,68	58,07
	keskihajonta	21,710	21,938	21,834
Psyykinen hyvinvointi	n	88	95	183
	ka	68,55	72,21	70,45
	keskihajonta	17,661	18,610	18,203

Ikäryhmien vertailussa tulee ottaa huomioon, että useissa ikäryhmissä vastaajia oli hyvin vähän, esimerkiksi 80–89-vuotiaita oli vain kaksi. Tämän takia tuloksia tarkastellaan vain niiden ikäluokkien osalta joissa on vähintään 30 vastaajaa, eli huomioon otettiin 50–79-vuotiaiden syöpäkuntoutujien vastaukset. Kivuttomampia olivat 50–59-vuotiaat (66,1). Parhaimman fyysisen toimintakyvyn omasivat 50–59-vuotiaat (70,3) ja huonoin fyysinen toimintakyky oli 70-79-vuotiailla (55,8). Kaikilla ikäluokilla sosiaalinen toimintakyky oli ulottuvuuksista parhaimmalla tasolla (73,0–77,2). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Iän yhteys terveydentilaan

Ikäluokitus (v.)		Koettu terveys	Fyysinen toimintakyky	Fyysinen roolitoiminta	Psyykinen roolitoiminta	Sosiaalinen toimintakyky	Kivuttomuus	Tarmokkuus	Psyykinen hyvinvointi
10–19	n	12	12	12	12	12	12	12	12
	ka	50,42	72,08	66,67	75,00	76,04	70,63	56,25	67,67
	keskihajonta	26,064	19,938	38,925	45,227	26,360	35,486	26,209	21,129
20–29	n	9	9	9	9	8	9	9	9
	ka	54,17	86,67	69,44	77,78	82,81	84,44	66,67	78,67
	keskihajonta	22,500	16,771	32,543	33,333	18,824	14,565	21,360	14,967
40–49	n	5	5	5	5	5	5	5	5
	ka	45,00	71,00	75,00	60,00	67,50	56,00	51,00	70,40
	keskihajonta	17,678	29,665	43,301	43,461	32,596	33,755	26,077	19,920
50–59	n	32	32	32	31	31	32	32	32
	ka	46,25	70,28	42,97	49,46	72,98	66,09	51,56	67,38
	keskihajonta	18,880	17,784	37,693	45,437	24,173	22,468	23,501	16,790
60–69	n	83	87	86	85	81	84	85	85
	ka	52,82	65,91	48,45	62,35	77,16	63,63	59,84	71,28
	keskihajonta	19,157	23,323	46,027	41,718	23,700	24,896	21,267	18,849
70–79	n	35	37	37	36	36	38	38	38
	ka	48,57	55,82	37,84	55,09	73,26	57,63	58,03	69,29
	keskihajonta	18,213	25,072	40,234	38,999	24,486	23,256	19,643	17,585
80–89	n	2	2	2	2	2	2	2	2
	ka	48,13	42,50	25,00	66,67	81,25	83,75	77,50	86,00
	keskihajonta	11,490	38,891	35,355	,000	26,517	22,981	10,607	19,799
Yht.	n	178	184	183	180	175	182	183	183
	ka	50,44	65,94	48,04	60,28	75,57	64,31	58,07	70,45
	keskihajonta	19,421	23,470	42,836	41,663	23,966	25,185	21,834	18,203

Summamuuttujat, jotka muodostettiin ulottuvuuksien mukaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (Liite 1) saivat alphan arvot 0,926 ja 0,905. Nämä perusulottuvuudet saivat arvot 57,7 ja 61,5 pistettä. Muita syöpätyyppejä kuin rintasyöpää sairastavat syöpäkuntoutujat omasivat paremman fyysisen ja psyykkisen terveydentilan. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Syöpätyypin yhteys fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan

Syöpäluokitus		Fyysinen terveydentila	Psyykinen terveydentila
Rintasyöpä	n	90	89
	ka	56,8514	59,9474
	Keskihajonta	19,64853	18,27275
Muut syöpätyypit	n	96	96
	ka	58,4009	62,9699
	Keskihajonta	22,53482	18,97651
Yht.	n	186	185
	ka	57,6511	61,5158
	Keskihajonta	21,14481	18,65225

Fyysinen terveydentila oli paras kolmesta suurimasta ikäluokasta 50–69-vuotiailla ja heikoin 70–79-vuotiailla. Parhaimman psyykkisen terveydentilan omasivat 60–69-vuotiaat ja heikoimman 50–59-vuotiaat. (Taulukko 14.)

Taulukko14. Fyysisen ja psyykkisen terveydentilan summamuuttujien piste-keskiarvot ikäluokittain

Ikäluokitus		Fyysinen terveydentila	Psyykinen terveydentila
10–19	n	12	12
	ka	64,5965	62,7632
	keskihajonta	23,07524	22,36026
20–29	n	9	9
	ka	74,1919	70,1933
	keskihajonta	16,89213	15,75789
40–49	n	5	5
	ka	62,0435	57,6842
	keskihajonta	27,58583	24,74062
50–59	n	32	32
	ka	57,8177	56,1997
	keskihajonta	16,73900	17,90799
60–69	n	88	87
	ka	57,8815	63,1548
	keskihajonta	22,11436	19,11268
70–79	n	38	38
	ka	50,8608	59,7985
	keskihajonta	19,94122	16,82859
80–89	n	2	2
	ka	46,7787	70,9503
	keskihajonta	21,26910	6,84364
Yht.	n	186	185
	Ka	57,6511	61,5158
	keskihajonta	21,14481	18,65225

Kaikkia taustamuuttujia ei ollut perusteltua verrata syöpäkuntoutujien terveydentilaan, koska tiettyihin luokkiin tuli vain muutama vastaaja. Naisten ja miesten terveydentilan välistä vertailua ei kyetty tekemään, sillä miehiä oli otoksessa huomattavasti naisia vähemmän (15 % / 85 %). Syövän uusiutumisen vaikutusta terveydentilaan ei myöskään tarkasteltu, sillä vain 5 % syöpäkuntoutujien syöivistä oli uusiutunut.

6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on toteutettu Tutkimustieteellisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Eriksson ym. 2006, 30). Tekijöillä on lupa käyttää Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n nimeä työssä. Tutkimukseen osallistuneet ovat vastanneet vapaaehtoisesti kyselylomakkeeseen. Data on analysoitu ja raportoitu objektiivisesti ja huolellisesti. Aineistoa on käsitelty ja säilytetty tutkittavien anonymiteettiä kunnioittaen. Tutkimukseen liittyviä tietoja ei luovutettu ulkopuolisten käyttöön ja tiedot hävitettiin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.) Tietoja on säilytetty huolella tietokoneella salasanalla suojattuina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Aineiston analysoijat eivät ole saaneet missään vaiheessa tietoonsa tutkittavien henkilötietoja. Tutkimuksen tekemiseen liittyvät lupa-asiat on hoidettu asianmukaisesti ja eettisiä esteitä tutkimuksen toteuttamiselle ei ole ilmennyt missään vaiheessa. Tutkimuksen tekemisessä ei ole loukattu hyvän tieteellisen toiminnan periaatetta eikä alennuttu tieteellisen toiminnan vilppiin, kuten sepittäilyyn, vääristelyyn, luvattomaan lainaamiseen tai anastamiseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004). Työn tekijät ovat tietoisia hyvän tieteellisen käytännön loukkauksen seuraamuksista.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

RAND-36-mittarin kehittäjä, RAND-tutkimuslaitos on julkaissut myös monia muita yleisiä profiilimittareita, mm. SF-20:n ja Nottingham Health Profilen, joista on julkaistu suomenkieliset versiot (Aalto ym. 1999, 4). RAND-36-mittaria voidaan pitää luotettavana, sillä se on yksi käytetyimmistä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareista koko maailmassa (Hays & Morales 2001, 350). Se on laajasti käytössä Suomessa ja muualla Euroopassa ja siitä on julkaistu versioita useisiin maihin (Pekkonen 2010, 31–32; Hays & Morales 2001, 355). RAND-36:n suomenkielistä versiota on testattu vuodesta 1995 lähtien osana validointihanketta, jonka tulokset on julkaistu teoksessa ”RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset viitearvot” (Aalto & Aro

1995). Suomalaisen validointitutkimuksen lisäksi myös muiden eri kieliversioiden luotettavuutta on tutkittu laajasti. RAND-36:en on todettu olevan muutosherkkä mittari ja sen on todettu soveltuvan mittaamaan muutoksia pitkäaikaistutkimuksissa. Mittaria on myös käytetty muiden mittarien validointitutkimuksissa. (Pekkonen 2010, 31–32.)

Mielestämme RAND-36 soveltuu hyvin syöpäkuntoutujan terveydentilan kartoittamiseen, sillä mittari antaa moniulotteisen käsityksen ihmisen sen hetkisestä terveydentilasta. Mittari ei ole sairausspesifi, mutta se soveltuu mielestämme myös tietyn sairausryhmän tutkimiseen herkkyytensä ansiosta. Osa mittarin ulottuvuuksista, etenkin kivuttomuus ja sosiaalinen toimintakyky, ovat melko suppeasti edustettuina, joten RAND-36:en lisänä voisi käyttää muitakin mittareita tukemaan tuloksia.

Suurin osa käytetyistä lähteistä on julkaistu 2000-luvulla, jolloin niitä voidaan pitää tarpeeksi tuoreina ja luotettavina. Vanhemmat julkaisut käsittelevät vuonna 1989 kehitettyä RAND-36-mittaria, joka on pysynyt muuttumattomana. Tästä syystä tuoreita, itse mittaria käsitteleviä lähteitä on mahdotonta löytää.

Vastausprosenttia ei tässä työssä voida luotettavasti laskea, koska emme ole saaneet varmaa tietoa vastaajien kokonaismäärästä. Emme myöskään itse ole vaikuttaneet otoskokoontaan ja vastaustilanteeseen, joten emme voi tarkastella luotettavuutta tältä kannalta. Aineistoa on tarkasteltu ja tallennuksessa mahdollisesti tapahtuneet virheet pyrittiin minimoimaan. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat mielestämme melko hyvin yleistettävissä Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen kuntoutustoimintaan osallistuneiden syöpäkuntoutujien terveydentilaan, sillä tuloksemme ovat samansuuntaisia eikä merkittäviä eroavaisuuksia ole aiempiin tutkimuksiin nähden. (Taulukko 15.)

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa syöpäkuntoutujan terveydentilaa RAND-36-mittarilla arvioituna. Tavoitteena oli tarjota tutkittua tietoa kuntoutustoiminnan kehittämiseksi, jolloin kuntoutus vastaisi parhaiten syöpäkuntoutujien tarpeita. Tutkimuksella saatiin käsitys siitä, millainen syöpäkuntoutujien terveydentila oli eri osa-alueilla ennen kuntoutusta.

7.1 Syöpäkuntoutujien terveydentila

Syöpäkuntoutujien sosiaalinen toimintakyky oli paras keskiarvoltaan, joten syöpäkuntoutujilla oli vähiten häiriöitä kuntoutuksen alkaessa tavanomaisessa sosiaalisessa toiminnassa, kuten ystävien ja sukulaisten tapaamisessa. Myös aiemmissa tutkimuksissa on päädytty samaan tulokseen (Pekkonen, 2010, 52). Toiseksi parhaimman keskiarvon sai psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuus, jolloin syöpäkuntoutujien mieliala oli yleisesti ottaen hyvä. Syöpäkuntoutujat olivat siis yleisesti ottaen onnellisia ja kokivat itsensä tynniksi ja rauhallisiksi.

Huonoimman keskiarvon sai fyysinen roolitoiminta, jolloin syöpäkuntoutujilla oli eniten ongelmia ruumiillisen terveydentilan takia työssä tai muissa tavanomaisissa tehtävissä. Aiemmat tutkimustulokset tukevat saamaamme tulosta (Saari-
nen ym. 2010, 11). Fyysisen roolitoiminnan ulottuvuuden heikohko pistekeskiarvo saattaa kuitenkin olla selitettävissä, sillä että ulottuvuutta kuvailtiin dikotomisella asteikolla, jossa vaihtoehto ”kyllä” sai arvon 100 ja vaihtoehto ”ei” arvon 0. Vastausjakauma oli hyvin tasainen ja tästä syystä kumpikaan vastausvaihtoehto ei erityisesti korostu. Kuntoutujat ovat myös luonnollisesti joutuneet vähentämään työ- ja arjen askareisiin käyttämäänsä aikaa syöpähoidoista ja kuntoutuksesta johtuen. Kuitenkin psyykkinen roolitoiminta sai melko hyvän pistekeskiarvon, jonka perusteella kuntoutujien arjen toimintoihin ja työelämään ei ole aina-
kaan suuresti vaikuttaneet psyykkiset ongelmat, kuten masentuneisuus ja ahdistuneisuus.

Koetun terveyden ulottuvuus sai toiseksi huonoimman keskiarvon kaikista kahdeksasta ulottuvuudesta. Myös aiemmassa tutkimuksessa, jossa vertailtiin kah-
ta aineistoa, on päädytty samansuuntaisiin tuloksiin (Pekkonen 2010, 52). Koe-

tun terveyden alhaiseen pistemäärään vaikuttanee kuitenkin se, että koettua terveyttä kuvaavissa kysymyksissä 33–36 yhtenä vastausvaihtoehtona oli ”en osaa sanoa”, jonka vastausprosentti vaihteli 24–47 % välillä. Kuitenkin ”en osaa sanoa” –vastausvaihtoehdosta saa 0–100-pisteytyksessä 50 pistettä, joka vaikuttaa huomattavasti ulottuvuuden saamaan pistekeskiarvoon, joten koetun terveyden ulottuvuuden tulosta voidaan pitää vain suuntaa antavana. Kysymyksessä 1, joka kuvaa vastaushetkellä koettua terveydentilaa yleisesti ottaen, vastaajista suurin osa oli kuitenkin sitä mieltä, että heidän terveytensä on tyydyttävä tai hyvä. Kysymyksessä 2, joka käsitteli terveydentilan muutosta, suuri osa kuntoutujista koki terveydentilan parantuneen. Tulos antaa positiivisen kuvan syöpäkuntoutujien terveydentilasta ja kertoo heidän positiivisesta asenteestaan kuntoutukseen tullessa. Toisaalta tulos herättää ajatuksen, onko kuntoutus kohdistettu ajallisesti oikein ja vastaako se kuntoutujien tarpeita.

Syöpäkuntoutajat olivat melko kivuttomia kuntoutukseen tullessaan, eikä kipu juurikaan häirinyt heidän tavanomaista työtään kotona tai kodin ulkopuolella. Tulos antaa positiivisen kuvan nykyaikaisesta syöpähoidosta sekä siihen mahdollisesti liittyvän kivun lievittämisestä. Muista tutkimuksista on kuitenkin saatu heikompia tuloksia kivuttomuudesta (Pekkonen 2010, 52). On otettava huomioon, että kivun arviointi on haastavaa ja kipu on aina yksilöllinen kokemus. Kivun taustalla voi olla myös muita tekijöitä kuin syöpä, esimerkiksi iäkkäiden vastaajien nivelrikot ja -kulumat.

Tarkasteltaessa syöpäkuntoutujien terveydentilaa ulottuvuuksittain, voidaan todeta, että psyykkinen terveydentila oli fyysistä parempi. Tulos voisi selittyä kuntoutujien ikäjakaumasta, jolloin luonnolliset fyysiset rajoitukset olisivat yhtenä tekijänä. Psyykkisen terveyden saamaa parempaa tulosta voisi myös selittää ikä, jolloin vanhempana on jo hyväksynyt muutokset elämässä ja terveydessä. Tuloksista voidaan todeta, että otoksen syöpäpotilailla ei ilmeisesti ollut vakavia psyykkisiä häiriöitä ja he voivat psyykkisesti tilanteeseensa verraten hyvin. Voidaan myös päätellä, että kuntoutajat omasivat hyvän sosiaalisen verkoston kuntoutukseen osallistuessaan, joka osaltaan tukee psyykkisen hyvinvoinnin saamaa hyvää tulosta.

7.2 Rintasyöpäkuntoutujien terveydentila

Saatuja tuloksia verrataan rintasyöpäkuntoutujien osalta Saarisen ym. vuonna 2010 julkaistuun artikkeliin ”Rinta- ja eturauhassyöpäpotilaiden avokuntoutuksen kehittäminen”, jossa rintasyöpäkuntoutujien terveydentilan pistekeskiarvot on raportoitu erikseen. Julkaisu on tuore tutkimus aiheesta ja tutkimuksen otoskoko vastaa meidän otoskokoamme. Tutkimuksessa on tehty myös alkumittaus syöpäkuntoutujien terveydentilasta RAND-36-mittarilla. Tarkasteltaessa omia tuloksiamme kyseisen tutkimuksen tuloksiin voidaan todeta, että sekä pistekeskiarvot että keskihajonnat ovat lähes yhdensuuntaiset.

Työssämme rintasyöpäkuntoutujilla parhaimmat keskiarvot saivat sosiaalisen toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet. Saarisen ja hänen tutkimusryhmänsä vuonna 2010 tekemässä tutkimuksessa parhaimmaksi ulottuvuudeksi nousi fyysinen toimintakyky, kun taas tutkimuksessamme rintasyöpäkuntoutujien fyysinen toimintakyky sai kolmanneksi parhaan ulottuvuuksien keskiarvon. Tämä ero saattaa kuitenkin olla selitettävissä näiden kahden otoksen ikäjakauman eroilla. Saarisen tutkimuksessa rintasyöpäkuntoutujat olivat keskimäärin 50–60-vuotiaita ja yli 69-vuotiaita kuntoutujia oli vain kolme. Tässä tutkimuksessa rintasyöpäkuntoutujat ovat keski-ikältään 60–70-vuotiaita ja yli 70-vuotiaita kuntoutujia on 18, joten vanhemmilla syöpäkuntoutujilla fyysinen toimintakyky on luonnollisesti alentunut. Rintasyöpäkuntoutujilla huonoimman ulottuvuuden keskiarvon sai sekä Saarisen tutkimuksessa että tässä työssä fyysisen roolisuoriutumisen ulottuvuus. On kuitenkin positiivista huomata, että vaikka otoksen syöpäkuntoutujat ovat iäkkäitä, omaavat he selvästi hyvän sosiaalisen verkoston ja he voivat psyykkisesti hyvin. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Rintasyöpäkuntoutujien terveyteen liittyvän elämänlaadun ulottuvuuksien RAND-36 pistekeskisarvot ja -hajonnat ennen kuntoutusta

Ulottuvuudet	Tämä opinnäytetyö		Saarinen ym. 2010	
	Keskisarvot	Keskihajonta	Keskisarvot	Keskihajonta
Koettu terveys	50,2 (n=86)	18,8	52,6 (n=84)	17,2
Fyysinen toimintakyky	64,7 (n=89)	21,9	74,6 (n=79)	20,0
Psyykinen hyvinvointi	68,6 (n=88)	17,7	64,6 (n= 80)	21,2
Sosiaalinen toimintakyky	74,9 (n=84)	24,5	62,5 (n=85)	29,3
Tarmokkuus	56,3 (n=88)	21,7	48,1 (n=85)	25,4
Kivuttomuus	62,7 (n=87)	23,7	61,5 (n=84)	23,5
Roolisuoriutuminen/fyys.	50,0 (n=87)	43,4	40,6 (n=77)	38,9
Roolisuoriutuminen/psyyk.	56,9 (n=87)	41,9	50,2 (n=77)	41,8

Lähde: Mukailten Saarinen ym. 2010, 11

7.3 Taustamuuttujien yhteys terveydentilaan

Vertailtaessa rintasyöpäkuntoutujien ja muiden syöpäkuntoutujien terveydentilaa ulottuvuuksittain, ei ole huomattavissa eroavaisuuksia ulottuvuuksien painotumisessa. Tästä voidaan päätellä, että tutkimuksessamme syöpätyypillä ei ollut vaikutusta terveydentilaan. Kuitenkin rintasyöpäpotilaiden sekä fyysinen että psyykinen terveydentila oli hieman muiden syöpäkuntoutujien terveydentilaa huonompi.

Fyysinen terveydentila aleni mitä vanhemmista syöpäkuntoutujista oli kyse. Tulos oli odotettavissa, sillä fyysinen toimintakyky luonnollisesti alenee iän myötä. Fyysinen terveydentila oli psyykkistä terveydentilaa parempi vain 50–59-

vuotiailla. Psykkinen terveydentila kuntoutujilla oli mielestämme heidän tilanteeseensa nähden hyvä.

7.4 Kehittämisen- jatkotutkimusehdotukset

Tuloksista voidaan todeta, että syöpäkuntoutajat tarvitsevat enemmän fyysistä toimintakykyä painottavaa toimintaa kuntoutukseensa. Sopeutumisvalmennuksella on todettu olevan positiivista vaikutusta elämänlaatuun (Saarinen ym. 2010,16), mutta kuitenkin suurimman hyödyn syöpäkuntoutajat kokivat saavansa kuntokursseista, vaikka heillä olisikin taustalla fyysisten ongelmien lisäksi mielenterveysongelmia (Korstjens ym. 2008a, 423).

Vaikkakin tutkimuksessamme ei syöpätyypillä todettu olevan yhteyttä terveydentilaan, olisi jatkotutkimuksissa mielenkiintoista selvittää yhteyttä suuremmalla otoksella. On myös huomioimisen arvoista, että naiset osallistuvat miehiä aktiivisemmin sopeutumisvalmennuskursseille. Kursseille osallistuvat miehet saattavatkin olla luonteeltaan ulospäin suuntautuvia ja hyvät sosiaaliset taidot omaavia. Kuntoutuskursseja kehitettäessä tulisikin ottaa huomioon entistä enemmän myös miesten tarpeet, jotta miehet uskaltaisivat mukaan kuntoutustoimintaan. Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa miesosallistujia oli hyvin vähän tai ei juuri lainkaan, jolloin miehiä koskevia tuloksia voidaan pitää vain suuntaantavina (Saarinen ym. 2010, 14). Osittain tämä johtuu siitä, että suuressa osassa tutkimuksia tutkimuskohteena olivat eritoten rintasyöpäpotilaat (Julkunen ym. 2007). Tästä syystä olisi mielenkiintoista, jos tulevaisuudessa kartoitettaisiin nimenomaan miessyöpäkuntoutujien terveydentilaa. Hyvän mahdollisuuden tähän antaisi esimerkiksi eturauhassyöpäkurssien kuntoutajat.

Syöpäkuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu kansainvälisesti jonkin verran ja syöpäkuntoutuksen vaikutusta elämänlaatuun on lähiaikoina alettu tutkia enemmän myös Suomessa (Aalto ym. 2005; Julkunen ym. 2007; Pekkonen 2010; Saarinen ym. 2010). Opinnäytetyömme on siis tärkeä osa avokuntoutuksen kehittämisprosessia. Jatkossa aineistoa tullaan käyttämään arvioitaessa syöpäkuntoutuksen vaikuttavuutta vertailemalla potilaiden terveydentilaa ennen ja jälkeen kuntoutusta Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry:n ja Turun ammatti-

korkeakoulun ”Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku” –yhteistyöprojektissa. Yhteistyötä tullaan jatkamaan vuoteen 2015 ja opinnäytetyömme on osana monivuotista projektia.

LÄHTEET

Aalto, A-M. & Aro, A. 1995. Elämänlaadun mittari (RAND SF-36) tutkimuskäyttöön. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja: Kansanterveys-lehti 3/1995.

Aalto, A-M.; Aro, A.; Hietanen, P. & Hamström, K. 2005. Ote elämään – Rintasyöpöpotilaiden sopeutumisvalmennuksen vaikuttavuus ja koetut hyödyt. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:23. Miinasillanpään Säätiö. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Aalto, A-M.; Aro, A. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Chang, C-H; Wright, B.; Cella, D. & Hays, R. 2005. The SF-36 psysical and mental health factors were confirmed in cancer and HIV/AIDS patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 60/2007, 68–72.

Eriksson, K.; Isola, A.; Kyngäs, H.; Leino-Kilpi H.; Lindström, U.; Paavilainen, E.; Pietilä, A-M.; Salanterä, S.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2006. *Hoitotiede*. 1. Painos 2007. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ernvall, R.; Ernvall, S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. 1. Painos. Juva: WSOY.

Finnish Cancer Registry. 2009. *Cancer in Finland 2006 and 2007*. Helsinki: Cancer Society of Finland Publication No. 76.

Hays, R. & Morales, L. 2001. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine* 33/2001, 350–357.

Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. *Sisätautien ja kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö*. 4.–6. painos. Helsinki: WSOY.

Joensuu, H.; Roberts, P.; Lyly, T. & Hentunen, M. (toim.) 2007. *Syöpätaudit*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Julkunen, J.; Saarinen, T.; Nilson-Niemi, E. & Turunen, H. 2007. Rintasyöpöpotilaiden avokuntoutuksen kehittäminen. *Kuntoutussäätiö: Kuntoutus* 1/2007, 4–15.

Kallanranta, T. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus: ”Näyttöön perustuvaa” tietoa ja onnistuneita kuntoutustapauksia. Teoksessa Järvikoski, A.; Härkäpää, K, & Nouko-Juvonen, S. (toim.) 2002. *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin*. Helsinki: Kuntoutussäätiö: Tutkimuksia 69/2001.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kivekäs, J. 2005. *Kuntoutuspalvelut*. Teoksessa Aromaa A.; Huttunen J.; Koskinen S. & Teperi J. (toim.). *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Korstjens, I.; May, A.; van Weert, E.; Mesters, I.; Tan, F.; Ros, W.; Hoekstra-Weebers, J., van der Schans, C. & van den Borne, B. 2008a. Quality of Life After Self-Management Cancer Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial Comparing Physical and Cognitive-Behavioral Training Versus Physical Training. *Psychosomatic Medicine* 70/2008, 422–429.

Korstjens, I.; Mesters, I.; Gijzen, B. & van den Borne, B. 2008b. Cancer patients' view on rehabilitation and quality of life: a programme audit. *European Journal of Cancer Care* 17/2008, 290–297.

Kukka, A. & Onatsu, T. 2007. Tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja fyysisen aktiivisuuden yhteys elämänlaatuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto: Fysioterapian pro-gradu, Terveystieteiden tiedekunta.

Manderbacka K. 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Teoksessa Aromaa A; Huttunen J; Koskinen S & Teperi J. (toim.). Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim,

Nurminen, R. 2010. Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku – Syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden arviointi (2010–2011). Tutkimussuunnitelma. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Nurminen, R. 2010. Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku – Syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan tuloksellisuuden arviointi 2010–2011 – tutkimus- ja kehittämishanke. Kuka hyötyy ja miten kuntoutuksesta? Lounais-Suomen Syövän torjuntasanomat 8/2010, 8.

Pekkonen, M. 2010. Terveystieteiden liittyvä elämänlaatu laitospotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa – RAND-36 –mittarin soveltuvuus työikäisten laitospotilaiden kuntoutuksen ongelmaprofiilin määrittämiseen ja kuntoutuksen vaikutusten arvioimiseen. Helsinki: Helsingin yliopisto: Akateeminen väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta.

Rissanen, P. & Aalto, A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Konttinen, T.; Eriksson, E.; Karjalainen, J.; Liikamaa, P.; Noro, A.; Nylander, O.; Rautavaara, A.; Tigerstedt, C. & Tuori, T. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rissanen, P.; Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarinen, T.; Julkunen, J.; Nilson-Niemi, E. & Turunen, H. 2010. Rinta- ja eturauhassyöpäpotilaiden avokuntoutuksen kehittäminen. Kuntoutussäätiö: Kuntoutus 1/2010, 4–20.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Vammaispalvelut ja tukitoimet. Viitattu 2.10.2010
<http://www.stm.fi/vammaispalvelut/sopeutumisolunvalmennus>

SPSS Finland Oy 2008. Viitattu 29.11.2010
<http://www.spss.fi/products/base/index.shtm>

Syöpäjärjestöt 2010a. Tietoa syövästä: vaiheet. Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/vaiheet/>

Syöpäjärjestöt 2010b. Tietoa syövästä: erilaistuminen. Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/erilaistuminen/>

Syöpäjärjestöt 2010c. Syövän ehkäisy: papillomavirus. Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/viruksetjabakteerit/papillomavirus/>

Syöpäjärjestöt 2010d. Syövän ehkäisy: joukkotarkastukset. Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/joukkotarkastukset/>

Syöpäjärjestöt 2010e. Syövän ehkäisy: Tupakka ja nuuska. Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/tupakka/>

Syöpäjärjestöt 2010f. Syövän ehkäisy: aurinko ja iho. Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/aurinko/>

Syöpäjärjestöt 2010g. Potilaat ja läheiset: kurssit potilaille ja läheisille. Viitattu 2.10.2010
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/kurssit/>

Syöpörekisteri 2010. Joukkotarkastukset: Mitä joukkotarkastus tarkoittaa? Viitattu 31.1.2011
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/joukkotarkastusrekisteri/yleisolle/taustaa/>

Terveyskirjasto 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastuvuus. Viitattu 27.1.2011
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00022

The constitution of the World Health Organization. 1947. WHO Chronicle 29.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelemineen. Viitattu 3.2.2010
<http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>

van Weert, E.; Hoekstra-Weebers, J.; Grol, B., Otter, R.; Arendzen, H.; Postema, K.; Sanderman, R. & van der Schans, C. 2005a. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research* 58/2005, 485-496.

van Weert, E.; Hoekstra-Weebers, J.; Otter, R., Postema, K.; Sanderman, R. & van der Schans, C. 2006b. Cancer-related fatigue: Predictors and effects of rehabilitation. *The Oncologist* 11/2006, 184-196.

KYSYMYSTEN JAKAUTUMINEN ULOTTUVUUKSITTAIN

Kysymys	Selite	Ulottuvuus	
1	terveys yleisesti ottaen	kt	F/P
3	huomattava ponnistus (esim. juoksu)	ft	F
4	kohtuullinen ponnistus (esim. imurointi)	ft	F
5	ruokakassien nosto/kantaminen	ft	F
6	nouseminen portaita useita kerroksia	ft	F
7	nouseminen portaita yhden kerroksen	ft	F
8	vartalon taivuttaminen, polvistuminen	ft	F
9	2 km matkan kävely	ft	F
10	puolen km matkan kävely	ft	F
11	100 m matkan kävely	ft	F
12	kylpeminen/ pukeutuminen	ft	F
13	työajan vähentäminen	fr	F
14	fyysisen terveydentilan rajoitukset aikaan saamiseen	fr	F
15	terveydentilan asettamat rajoitukset	fr	F
16	suoriutuminen työstä/tehtävistä	fr	F
17	työajan vähentäminen	pr	P
18	tunne-elämän rajoitukset aikaan saamiseen	pr	P
19	huolellisuus työssä/tehtävissä	pr	P
20	sosiaaliset tapaamiset	st	P
21	kiputilanne	k	F
22	kivun häiritsevyys	k	F
23	elinvoimaiseksi tunteminen	t	P/F
24	hermostuneisuus	ph	P
25	matala mieliala, mikään ei piristä	ph	P
26	tyyneys ja rauhallisuus	ph	P
27	tarmokkuuden tunne	t	P/F
28	alakuloisuus/apeus	ph	P
29	loppunkuluneeksi tunteminen	t	P
30	onnelliseksi tunteminen	ph	P
31	väsyneeksi tunteminen	t	P
32	sosiaalinen ajankäyttö	st	P
33	sairastuminen helpommin	kt	F/P
34	yhtä terveeksi kokeminen	kt	F/P
35	usko terveyden heikkenemiseen	kt	F/P
36	terveys erinomainen	kt	F/P

Lähde: mukailten Chang. ym. 2007,70/ Aalto ym.1999,78

kt = koettu terveys, ft = fyysinen toimintakyky, fr = roolitoiminta/fyysinen, pr = roolitoiminta/psykkinen st = sosiaalinen toimintakyky, k = kivuttomuus, t = tarmokkuus, ph = psykkinen hyvinvointi, F = fyysinen terveydentila, P = psykkinen terveydentila, F/P = osana molempia