

LIVINGSKILLS ELÄMÄNLAATU-TYÖVÄLINE

LivingSkills Elämänlaatu - työvälineellä sotepalvelujen asiakas arvioi omaa elämänlaatuaan ja tavoitteitaan sen suhteen. Työkalu sisältää itsearviointin ja neljä tavoitteisiin ja keinoihin liittyvää kysymystä. LivingSkills Elämänlaatu – työväline on kehitetty hoitosuhteen työvälineeksi, ei validoiduksi mittariksi.

Elämänlaadulle ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää (Meeberg 1993, Felce ja Perry 1995). Keskeistä kaikissa elämänlaadun määritelmissä on inhimillisen, subjektiivisen kokemuksen kunnioittaminen (Meeberg 1993, Diener ja Suh 1997, Haas 1999). Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan ihmisen henkilökohtaista käsitystä omasta elämäntilanteestaan. Se on suhteessa jokaisen omaan kulttuuriin ja arvomaailmaan ja se kytkeytyy kunkin omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin (WHO 1997).

LIVINGSKILLS ELÄMÄNLAATU -TYÖVÄLINEEN SISÄLTÖ

LivingSkills Elämänlaatu -itsearviointityövälineellä kartoitetaan soteasiakkaan kokemusta elämän mielekkyydestä, tyytyväisyydestä ihmissuhteisiin ja omaan elämäntilanteeseen sekä pystyvyysuskoa. Itsearviointi on kehitetty erityisesti terveyteen liittyvän elämänlaatu - tutkimuksen pohjalta, LivingSkills elämänlaatu – itsearviointin kysymykset auttavat sekä soteasiakasta että häntä kohtaavaa ammattilaista tunnistamaan omat voimavarat ja tuen tarpeet. LivingSkills Elämänlaatu-kysely on itsearviointiosio, jonka asiakas täyttää joko itse tai työntekijän haastattelemana.

ELÄMÄN MIELEKKYYS PIDENTÄÄ ELINIKÄÄ

Yksi subjektiivinen hyvinvoinnin päätekijöistä on kokemus elämän mielekkyydestä ja siitä, että omilla tekemisillä ja toimilla on merkitystä itselle ja muille. Kokemus elämän mielekkyydestä ja merkityksellisyydestä on yhteydessä eloonjäämiseen. Elämänsä mielekkääksi kokevat iäkkäät elävät keskimäärin kaksi vuotta pitempään kuin ikätoverinsa. Tutkimuksen tulokset julkaistiin vuonna 2015 arvostetussa Lancet-lehdessä. Lähes kolmannes elämänsä vähiten merkitykselliseksi kokeneista ikäihmisistä kuoli 8,5 vuoden seurantajakson aikana, kun taas elämän mielekkäimmäksi kokeneesta ryhmässä kuolleisuus oli alle 10 %. Yhteydet olivat riippumattomia iästä, sukupuolesta, väestötason demografisista tekijöistä tai henkisestä ja fyysisestä perusterveydestä. (Steptoe ym. 2015, 640, 646-647). Suomalaisten nuorimmalle aikuisryhmälle eli 18–24-vuotiaille elämän merkityksellisyys on tärkein elämänlaatua kuvaava tekijä, samoin mielekäs elämä on tälle ikäryhmälle erityisen tärkeää (Luoma 2014).

KOETTU YKSINÄISYYS HEIKENTÄÄ TERVEYTTÄ

Toimivien ihmissuhteiden tukeminen edistää terveyteen liittyvää elämänlaatua (Saharinen 2013, WHOQOL GROUP 1995). Elämänlaadun ulottuvuuksista yksinäisyys vähentää eniten tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin. Koetun yksinäisyyden ja heikon elämänlaadun välillä on havaittu tilastollisesti merkitsevä yhteys. (Vaarama ym. 2014, 30-31).

Yksinäisyys on yksi psykososiaalisen hyvinvoinnin indikaattori. Yksinäisyyden tunne on subjektiivinen kokemus, joten sitä on tarkasteltava suhteessa kunkin omaan ajattelutapaan, ei ihmissuhteiden määrään. Mikäli mittareissa tehdään oletuksia yksinäisyyden sisällöstä, sille annetuista merkityksistä sekä yksinäisyyden ja sosiaalisten suhteiden välisestä yhteydestä, on vaarana, että ihmisen omat ja ehkä

toisenlaiset yksinäisyydelle annetut merkitykset jäävät mittareita käytettäessä ulkopuolelle. (Saharinen, 2013, 66)

Yksinäisyyden kokemusta ei pidä sekoittaa yksinoloon, joka voidaan kokea myös myönteisenä. ATH-tutkimuksen perusteella noin kymmenesosa Suomen aikuisväestöstä tuntee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. Yksinäisyyteen vaikuttavat useat ulkoiset tekijät, kuten puutteet sosiaalisissa suhteissa sekä oma toimintakyky. Vastaavasti yksinäisyys voi heikentää terveydentilaa ja olla riskitekijänä syrjäytymiselle. Aikuisväestön kokemaa yksinäisyyttä näyttää esimerkiksi olevan vahvasti yhteydessä masennukseen: yksinäiseksi itsensä kokevista aikuisista peräti 70 prosenttia on kärsinyt vuoden sisällä masennuksesta (väestötasolla 25,8 %). Myös itsemurha-ajatukset vaivaavat yksinäisiä: joka neljännellä heistä on ollut itsemurha-ajatuksia viimeisen vuoden aikana (väestötasolla 5,5 %). Noin puolet yksinäiseksi itsensä kokevista arvioi työkykynsä heikentyneen (väestötasolla 27,1 %). (Toikka ym. 2015). Kroonisesti yksinäisten elinajanodote on muita vertailuryhmiä heikompi ja alttius erityisesti infektioille, sydänsairauksille ja masennukselle muita vahvempi. Sosiaalinen eristäytyneisyys altistaa ihmisen monille vakaville sairauksille. Sen terveysriskit ovat samassa suuruusluokassa kuin tupakoiminen - ja kolme kertaa suuremmat kuin ylipainon. Yksinäiset käyttävätkin sosiaali- ja terveystalvaeluita huomattavasti enemmän kuin muut ikäisensä. (THL 2017)

ONNELLISUUS JA TYYTYVÄISYYS ELÄMÄNTILANTEeseen PARANTAA ELÄMÄNLAATUA

Eräs subjektiivisen hyvinvoinnin päätekijöistä on koettu tyytyväisyys omaan elämään. Kansainvälisessä tutkimuksessa on selvitetty mikä vaikutus elämänlaatuun on evaluoidulla hyvinvoinnilla eli koetulla tyytyväisyydellä omaan elämään. Tällä tarkoitetaan onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämäntilanteeseen ja elämänlaatuun kokonaisuutena (evaluative wellbeing). Elämänsä tyytymättömillä on tilastollisesti merkitsevästi huonompi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin elämänsä tyytyväisillä. Pitkäaikainen tyytymättömyys elämään on huonon terveyteen liittyvän elämänlaadun riskitekijä. (Saharinen 2014, 45).

Tyytymättömyys elämään ja huono terveyteen liittyvä elämänlaatu ovat olleet yhteydessä väestötutkimuksissa (O'Dea ym. 1999; SF-36, Strine ym. 2008). Maailmanlaajuinen, yli 160 maassa jatkuvana toteuttava, tutkimuskirjallisuuteen pohjautuva kysely osoittaa, että evaluoidulla hyvinvoinnilla ja iällä on U-muotoinen yhteys korkean tulotason englanninkielisissä maissa, joissa hyvinvointi on korkein nuorimmissa ja vanhemmissa ikäluolissa ja alhaisin 45-54-vuotiailla. Tämä malli ei kuitenkaan ole universaali. U-muotoinen kuvio ei toteudu kolmella muulla alueella (entisen Neuvostoliiton ja Itä - Euroopan maat, Saharan eteläpuolinen Afrikka ja Latinalaisessa Amerikassa ja Karibialla). Entisen Neuvostoliiton ja Itä-Euroopan vastaajien hyvinvointi väheni asteittain ikääntyessä, samoin kuin Latinalaisessa Amerikassa. Toisaalta taas ikään liittyvät muutokset hyvinvoinnissa ovat vähäisiä Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. Entisessä Neuvostoliitossa ja Itä-Euroopan maissa vanhuksat ovat erityisesti heikommassa asemassa suhteessa nuoriin: heidän elämänlaatusa ja kokemus onnellisuudesta on alhaisempi. (Steptoe ym. 2015, 641-643)

MIELIALALLA ON VAIKUTUS SUBJEKTIIVISEEN HYVINVOINTIIN

Jokapäiväisillä tunteilla ja mielialalla on vaikutus subjektiiviseen hyvinvointiin. Tätä niin kutsuttua hedonista hyvinvointia ei voida mitata yksiulotteisesti, vaan se kostuu käänteisistä positiivista ja negatiivisista mielialaa kuvaavista adjektiiveista. (Steptoe ym. 2015, 641). Elämänlaadulle merkitykselliset asiat vaihtelevat eri ikäryhmien välillä, mutta myönteinen elämänasenne ja elämästä nauttiminen on kaikille tärkeää (Luoma 2014).

Mielialan mataluus voi olla oire masennuksesta tai muusta mielenterveyden tai somaattisen terveyden häiriöstä. Vakavasta masennuksesta kärsivien ihmisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on erityisen huono (Saharinen 2013, 44). Väestön sairaustaakasta merkittävä osa johtuu mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja heikentävät elämänlaatua enemmän kuin useimmat ruumiilliset

sairaudet. Mielenterveyshäiriöt heikentävät toimintakykyä ja ovat suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. Mielenterveyshäiriöt lisäävät myös riskiä sairastua muihin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja masennukseen, samoin tutkimusten mukaan monet sairaudet, kuten diabetes, sepelvaltimotauti, aivohalvaus, jotkut syöväet ja krooniset munuaissairaudet lisäävät masennusoireita. Hoidot, jossa keskitytään molempiin: sekä mielenterveyteen että fyysiseen sairauteen ovat osoittautuneet tutkimusten mukaan hyödyllisiksi ja vaikututtaviksi. (THL 2017; Steptoe ym. 2015, 645).

PYSTYVYYSUSKO ON TUNNE SIITÄ, ETTÄ HALLITSEE OMAA ELÄMÄÄNSÄ

Tutkijat toteavat, että yhteys subjektiivisen hyvinvoinnin ja eliniän välillä on ilmeinen. Tutkimuksen tulokset julkaistiin vuonna 2015 arvostetussa Lancet-lehdessä, ja niiden perusteella elämän mielekkyyden lisäksi tärkeää on tunne siitä, että hallitsee omaa elämäänsä. THL:n aikuisten hyvinvointitutkimuksen mukaan erityisesti nuorille on tärkeää se, että voi luottaa elämään ja uskoa tulevaisuuteen (Luoma 2014).

Kompetenssin tunne, johon liittyy osallisuus, valtaistuminen sekä kyky ja mahdollisuus löytää ja käyttää voimavarojaan ehkäisee syrjäytymistä ja on merkityksellistä elämänlaadun kannalta (Vaarama 2017). Syrjäytymiseen liittyy myös voimattomuus vaikuttaa omaan tilanteeseen ja muuttaa sitä (Burchardt ym. 2002, 135). Iäkkäiden elämänlaadun ja pystyvyyden tukeminen on syrjäytymisen ehkäisyä, ja edellyttää moniulotteista ja monitasoista tarkastelua ja toimintaa (Vaarama 2017). Toivottomuuden ja toiveikkouden on todettu olevan yhteydessä elämänlaadun kokemiseen vakavasti sairastuneilla ja sairaudesta selvinneillä (Gustavsson-Lilius ym. 2007, Cantrell & Lupinacci 2008, Mystakidou ym. 2008).

AVOKYSYMYKSET SUUNTAAVAT HUOMION ONGELMISTA RATKAISUIHIN

Itsearvioinnin jälkeen vastataan neljään tavoitteisiin ja keinoihin liittyvään ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneeseen kysymykseen. Avokysymykset pohjautuvat ratkaisukeskeiseen ajatteluun. Niiden tarkoitus on suunnata potilaan huomio ongelmista ratkaisuihin, lisätä toiveikkautta ja vahvistaa potilaan luottamusta omiin mahdollisuuksiinsa vaikuttaa tulevaisuuteen.

Ratkaisu- ja voimavarasuuntautunut työote on asiakas- ja tavoitelähtöistä, tulevaisuuteen suuntautunutta, edistysaskelia huomioivaa ja yhteistyötä ja kannustusta korostavaa (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1989, 22). Sisäinen motivaatio syntyy siitä, että tavoitteet ovat omia ja täsmällisesti määritelty tavoite ohjaa käyttäytymistä tavoitteen suuntaan. Konkreettiset, itse määritellyt keinot ja esteiden tunnistaminen samoin kuin saatu tukia auttavat pääsemään itselle tärkeisiin päämääriin.

LÄHTEET:

- Burchardt, T., Le Grand, J. & Piachaud, D. (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. Teoksessa Hills J, Le Grand J & Piachaud D, Understanding Social Exclusion, 30–44. Oxford: Oxford University Press.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. Res Dev Disabil 1995; 16:51-74.
- Cantrell, MA. & Lupinacci, P. (2008). Investigating the determinants of health-related quality of life among childhood cancer survivors. Journal of Advanced Nursing 64, 73-83.
- Diener, E., Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. Soc Indic Res 1997; 40:189–216.
- Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J. & Hietanen P. (2007). Quality of life in cancer patients: the role of optimism, hopelessness, and partner support. Quality of Life Research 16, 75-87
- Haas, B. (1993). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. West J Nurs Res 1999; 21:728-742.
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concepts analysis. J Adv Nurs 1993; 18:32-38.

- O'Dea I, Hunter MS. & Anjos S. 1999. Life satisfaction and health-related quality of life (SF- 36) of middle- aged men and women. *Climacteric* 2, 131-140.
- O'Hanlon, B. & Weiner-Davis, M (1989) *In Search of Solutions: A New Direction in Psychotherapy*. WW Norton & CO. New York.
- Luoma, M-L, PsT, Tutkimuspäällikkö, THL. (2014). Suomalaisten elämänlaatu ja sen tukeminen Pohjois-Suomen Hyvinvointi- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, 23.09.2014 Oulu
- Saharinen, T. (2013). Mielenterveydeltään pitkäaikaisesti oireilevien ja oireettomien 25–64-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 193. 2013.
- THL: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) 2017. Saatavana internetissä: http://www.terveytemme.fi/ath/tampere-raiso/notes/ath_mentalht_lonely_cr.htm
- Stephens, A., Deaton, A. & Stone, AA. (2014). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet* 2015; 385: 640–48 Published Online November 6, 2014 Saatavana internetissä: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Strine, TW., Chapman, DP., Balluz, LS., Moriarty, DG. & Mokdad, AH. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviours among U.S. community- dwelling adults. *Journal of Community Health* 33, 40-50.
- Toikka, S., Vuorjoki, O., Koskela, T., Pentala, O. (2015) Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoimintaan osallistuminen Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa Jukka Murto, Oona Pentala, Satu Helakorpi, Risto Kaikkonen (toim.) *Yksinäisyys ja osallistuminen. ATH-tutkimuksen tuloksia- Järjestötoiminnan tutkimusohjelma*. Työpaperi 25/2015. THL. Saatavana internetissä: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127100/URN_ISBN_978-952-302-547-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vaarama, M. (2017) professori, Itä-Suomen yliopisto. Ikäihmisten elämänlaatu, syrjäytyminen ja palvelut. Syrjäytymisen ehkäisemisen mestarikurssi, Kansaneläkelaitos. 18.4.2017. <https://www.promeq.fi/loader.aspx?id=b49d0d64-7749-4262-bf90-0d9977c46f0f>
- Vaarama, M., Munkkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. (2014). Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Marja Vaarama, Sakari Karvonen, Laura Kestilä, Pasi Moisio ja Anu Muuri (toim). THL. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Tampere, 2014 Saatavana internetissä: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41, 1403-1409.
- World Health Organization (WHO). (1997). WHOQOL measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse; 1997. Saatavana internetissä: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf