

KUNTOUTUSRYHMÄN KOHERENSSIN ARVIOINTI

Kyselymenetelmän luotettavuus ja alustavia tuloksia validiteetista

Johdanto

Kuntoutusta toteutetaan nykyisin laajasti erilaisina ryhmämuotoisina toimintoina. Näitä ovat esimerkiksi monien sairauksien yhteydessä tarpeelliset neuvontaan ja tiedon jakoon painottuvat ryhmät, erilaiset liikuntaryhmät sekä toisaalta selvemmin psykoterapeuttiseen vuorovaikutukseen painottuvat keskusteluryhmät, joita sovelletaan usein sopeutumismennuksen yhteydessä.

Ryhmätyöskentelyyn perustuva kuntoutus on luonnollisesti taloudellisempaa kuin yksilökohtainen kuntoutus. Lisäksi ryhmätyöskentelyn kautta saatavan vertaistuen arvioidaan olevan merkittävä tuloksellisuutta parantava tekijä. Ikääntyneiden, yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien kuntoutuksen kehittämishankkeessa ryhmäkuntoutuksen perustuva interventio paransi kuntoutujien sairautteen liittyvää elämänlaatua merkitsevästi paremmin kuin yksilölliseen palautteeseen ja seurantaan perustuva ohjelma (Julkunen ym, 2012). Samoin erilaisissa terveyden edistämiseen tähtäävissä hankkeissa sovelletaan usein ryhmissä tapahtuvaa työskentelyä. Myös niissä on osoitettu ryhmän tarjoaman sosiaalisen tuen edistävän muun muassa elintapamuutoksia (Verheijden ym, 2005).

Tämän perusteella voidaan hyvin olettaa, että kuntoutusryhmän sisäisellä ilmapiirillä on yhteys toiminnan tuloksellisuuteen. Vastaavasti myös ryhmäpsykoterapian tutkijat ovat kiinnittäneet huomiota tähän seikkaan

ja tämän tradition piirissä puhutaan yleensä ryhmäkoheesiosta (Yalom, 1995; Pines, 1986). Koheesiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä ryhmän koossa pitävää voimaa, joka tukee ryhmäytymiseen liittyvää aktiivista prosessia ryhmän sisäisen harmonian ja koherenssin saavuttamiseksi. Toistaiseksi on kuitenkin käytettävissä varsin vähän luotettavia menetelmiä, joiden avulla voitaisiin arvioida kuntoutusryhmän sisäistä ilmapiiriä ja ryhmän toimivuutta.

Tässä artikkelissa esitellään Kuntoutussäätiössä tähän tarkoitukseen kehitetty kyselymenetelmä sekä tuloksia sen psykometrisistä ominaisuuksista ja validiteetista.

Teoreettinen lähtökohta

Menetelmän kehittämisen teoreettiseksi lähtökohdaksi otettiin Aaron Antonovskyn koherenssintunnetta (sense of coherence, SOC) käsittelevä malli. Antonovsky (1979) kehitti koherenssintunne-käsitteen salutogeenisen, terveyslähtöisen teoriansa pohjalta. Koherenssin tunteella tarkoitetaan yksilön kokonaisvaltaista ja suhteellisen pysyvää suhtautumistapaa, joka kuvaa, kuinka ymmärrettävinä, hallittavina ja merkityksellisinä hän kokee sisäiset ja ulkoiset ärsykkeet.

Antonovskyn mukaan vahvan koherenssintunteen omaavilla henkilöillä on taipumus tulkita sekä itseään että ympäristöään haasteellisissakin elämäntilanteissa tavalla, johon

liittyy ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja merkityksellisyyden kokemus. Tällainen tulokintatapa puolestaan on omiaan ylläpitämään toimintakykyä ja luomaan uskoa omaan psyytyvyyteen.

Koherenssin tunteen onkin useissa tutkimuksissa todettu olevan terveyttä edistävä resurssi. Myös jo sairastuneet henkilöt näyttävät selviytyvän paremmin sairautensa kanssa, mikäli heillä on vahva koherenssintunne (mm. Arvidsson ym, 2011; Eriksson & Lindström 2005; Eriksson & Lindström 2007; Surtees ym, 2006; Julkunen & Ahlström, 2006; Gustavsson-Lilius ym, 2010).

Antonovskyn (1987) mukaan koherenssi voisi olla myös ryhmän ominaisuus. Voidaan siis puhua ryhmäkoherenssista (group coherence, SOC-G), jota voitaisiin kuvata vastavilla ulottuvuuksilla kuin yksilön koherenssintunne-käsitettä. Kun halutaan mitata tämän kaltaista ryhmän ominaisuutta, on se tehtävä yksittäisiltä ryhmän jäseniltä saatavan tiedon pohjalta. Ryhmän jäsenet voivat siis arvioida näkemystään ryhmän yhtenäisyydestä ja ryhmän taipumuksesta pitää maailmaa ymmärrettävänä, hallittavana ja merkityksellisenä.

Antonovsky (1987) korostaa myös, että pyydetessä ryhmän jäsentä arvioimaan ryhmän koherenssia ja omaa koherenssiaan, hän voi nähdä ne erilaisina. Yksilö voi pitää omaa koherenssin tunnettaan alhaisena, mutta siitä huolimatta uskoa, että ryhmällä kollektiivisesti on vahva koherenssi. Antonovsky olettaa kuitenkin, että yksilön henkilökohtaisen koherenssintunteen ja koetun ryhmäkoherenssin välillä vallitsee positiivinen korrelaatio, mutta korrelaatio ei ole täydellinen. Antonovskyn (1987) mukaan ryhmän yhtenäisyys ja vahvuus, toisin sanoen ryhmäkoherenssi puolestaan voi kollektiivisissa stressitilanteissa olla jopa henkilökohtaista koherenssintunnetta tärkeämpi selviytymistä edistävä tekijä.

Ryhmäkoherenssiin liittyvä aikaisempi tutkimus

Ryhmäkoherenssiin liittyvää tutkimusta on toistaiseksi tehty varsin vähän, vaikka ryhmämuotoisen kuntoutuksen merkittävimmät

psykososiaaliset hyödyt näyttävät perustuvan suurelta osin ryhmän tarjoamaan vertaistukseen (Mikkonen, 2009).

Koherenssia ryhmätason ilmiönä ovat aikaisemmin tutkineet Antonovsky ja Sourani (1988) sekä Shifra ja Antonovsky (1992). Antonovsky ja Sourani (1988) tarkastelivat koherenssia perheen ominaisuutena (family sense of coherence) ja totesivat, että puolisoiden arvio perheen koherenssista on yhteydessä siihen, kuinka tyytyväisiä he ovat perhe-elämäänsä. Shifra ja Antonovskyn (1992) tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että perheen koherenssin tunne oli yhteydessä siihen, kuinka hyvin yksilö sopeutuu työelämästä eläkkeelle siirtymiseen.

Ryhmäpsykoterapian tutkijoiden kiinnostuksen kohteena on ollut mm. se, miten ryhmän koheesio tai koherenssi muuttuu psykoterapiaprosessin aikana (Ezquerro ym, 2010), mutta ryhmän koherenssista ryhmäterapien tuloksellisuuden indikaattorina ei ole tietävästi aikaisempaa julkaistua tutkimusta.

Kuntoutussäätiössä on kehitetty kyselyasteikko ryhmäkoherenssin arvioimiseksi. Menetelmä kuvaillaan tarkemmin sivulla XX (nro päivitetään taittoversioon). Asteikkoon liittyviä tuloksia on raportoitu aikaisemmin ainoastaan kahdessa Kuntoutussäätiössä kerättyyn aineistoon perustuvassa opinnäytetyössä (Peltola, 2002; Väänänen, 2012).

Psykologian pro gradu -työssään Peltola aluksi tarkasteli kyselyn ensimmäisen, 20 osiota käsittävän version erillisiä ulottuvuuksia sekä konfirmatorisen että eksploratiivisen faktorianalyysin avulla. Faktorianalyysin tarkastelun aineistona Peltola käytti Kuntoutussäätiössä kerättyä sydänpotilaiden kuntoutuksen yhteydessä kerättyä aineistoa (n=146; Julkunen ym, 2000).

Tulokset eivät tukeneet teoreettisin perustein oletettua faktorirakennetta, vaan osioiden yhteisvaihtelu oli parhaiten selitettävissä yhdellä ulottuvuudella. Tässä aineistossa ryhmäkoherenssia kuvaavan, kaikkien osioiden painottamattoman summamuuttujan reliabilitteetti oli erinomainen (Cronbachin alfa=0.92).

Tutkielmassaan Peltola (2002) tutki edelleen työuupuneiden ryhmähoidon vaikutta-

vuotta. Tutkimuksen aineisto koostui neljästä ryhmäanalyttisestä ja neljästä toiminnallisesta työuupuneiden ryhmästä, jotka kokoontuivat 16 kertaa. Jokaisen hoitokerran jälkeen ryhmiin osallistuvat täyttivät ryhmäkoherenssia koskevan kyselylomakkeen. Tutkimuksessa havaittiin, että ryhmäkoherenssi vahvistui hoidon aikana molemmissa ryhmissä.

Väänänen (2012) lisensiaatin tutkimuksessa puolestaan tarkasteltiin rintasyöpöpotilaiden henkilökohtaisen koherenssintunteen ja ryhmäkoherenssin yhteyttä kuntoutusintervention aikana tapahtuneeseen elämänlaadun muutokseen. Tutkimuksessa selvitettiin myös ryhmäkoherenssin yhteyttä henkilökohtaisen koherenssintunteen muutokseen. Kuntoutusinterventio toteutettiin ryhmämuotoisena avokuntoutuksena Kuntoutussäätiön kuntoutuspalvelukeskuksen sekä tutkimus- ja kehittämiskeskuksen yhteistyönä vuosina 2004–2008 (Saarinen ym, 2010). Tutkimuksessa havaittiin, että ryhmäkoherenssi ennusti elämänlaadun paranemista kuntoutuksen aikana paremmin kuin henkilökohtainen koherenssin tunne. Korkea ryhmäkoherenssi myös ennusti henkilökohtaisen koherenssin tunteen kohenemistä (Väänänen, 2012). Yhdessä edellä esitellyt tulokset antoivat tukea oletukselle kehitetyn ryhmäkoherenssin arviointi-asteikon luotettavuudesta ja validiteetista.

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata Kuntoutussäätiössä ryhmäkoherenssin arvioimiseen kehitetty kyselymenetelmä ja sen lyhennetty versio sekä raportoida niiden psykometrisiä ominaisuuksia. Lisäksi raportoidaan alustavia tuloksia asteikon validiteetista Kuntoutussäätiössä toteutettujen syöpöpotilaiden ja sydänterveyteen liittyvien kuntoutusinterventioiden pohjalta.

Menetelmät

Tässä artikkelissa on käytetty aineistoina neljää Kuntoutussäätiössä toteutettua kuntoutushanketta.

SYKE-projekti

Menetelmän ensimmäinen, 20-osioinen versio, (SOC-G-20) ryhmäkoherenssin arvioimiseksi kehitettiin alun perin Sydänkuntoutuksen tuoksellisuus (SYKE) -projektissa. Hankkeessa tutkittiin sydänkuntoutuksen vaikuttavuutta vertailemalla satunnaistetun asetelman avulla kolmea eri kuntoutusmallia (Julkunen ym, 2000). Osallistujat (n=302) olivat alle 60-vuotiaita, sydäninfarktin sairastaneita miehiä ja naisia. Kahta, noin kuuden kuukauden kestoista interventiota toteutettiin ryhmämuotoisena kuntoutuksena: laituskuntoutus (n=104) tai avokuntoutus (n=99). Ryhmäkoherenssin arviointi suoritettiin kuntoutusintervention lopussa (noin 9 kuukautta sairastumisen jälkeen) ja toistettiin vuosiseurannan yhteydessä.

Interventiot toteutettiin moniammatillisen tiimin toimesta pääasiassa 8 hengen ryhmässä. Laituskuntoutuksessa hyödynnettiin intensiivisen laitospotilaan tuomia mahdollisuuksia erityisesti valvotun fyysisen kunnon harjoittamisen sekä ryhmässä tapahtuvan vuorovaikutuksen avulla. Avokuntoutusohjelma jakautui laituskuntoutukseen verrattuna tasaisemmin koko seuranta-ajalle, mutta oli kevyemmin resursoitu. Ryhmät kokoontuivat kaikkiaan 13 kertaa, aluksi kerran viikossa, ohjelman jälkipuoliskolla joka toinen viikko. Kukin tapaaminen kesti 23 tuntia sisällöstä riippuen.

Kuntoutusohjelmien ryhmämuotoinen toiminta koostui pääasiassa liikunnallisesta harjoittelusta, rentoutusharjoituksista, terveyskasvatuksesta ja ryhmäkeskusteluista. Ryhmän yhteishengen tukemiseen ja yhteisten tavoitteiden jäsentämiseen kiinnitettiin huomiota. Toiminta pyrittiin toteuttamaan siten, että ryhmistä muodostuisi kiinteitä ja aktiivisia, jotta se tukisi jokaisen ryhmään osallistuvan henkilön sairauteen sopeutumista. Kuntoutusinterventiot ja muut menetelmät on tarkemmin kuvattu projektin muissa raporteissa (Julkunen ym, 2000; Valkonen ym, 2000).

Rintasyöpöpotilaat

Syöpökuntoutusryhmän aineistona käytettiin tietoja 90 rintasyöpöpotilaasta, jotka osallistuivat Kuntoutussäätiössä toteutettuun Rin-

ta- ja eturauhassyöpöpotilaiden avokuntoutuksen kehittäminen -hankkeeseen. Koska eturauhassyöpöpotilaiden ryhmän koko jäi varsin pieneksi, sen tuloksia ei tässä raportoida. Rintasyöpökuntoutujat osallistuivat 10 hengen avokuntoutusryhmiin, jotka kokoontuivat viikoittain 10 kertaa. Interventio toteutettiin ohjattuna ryhmäprosessina ja erityisesti kuntoutujien tunneprosessille pyrittiin antamaan tilaa. Kurssin aikana käsiteltiin syöpäsairautta, hoitomuotoja sekä sairautteen sopeutumista. Lisäksi kuntoutujat kokeilivat erilaisia liikuntamuotoja.

Ryhmäkoherenssikysely (SOC-G-20) täytettiin viimeisellä kurssikerralla. Kuntoutuskurssilaisten ikä vaihteli 30–84 vuoden välillä (keskiarvo 53,7 vuotta, keskihajonta 8,2). Aineiston ja kuntoutusinterventio tarkempi kuvaus ja tulokset on julkaistu aiemmin (Saarinen ym, 2010).

Naisen sydän -ryhmät

Naisten sydänterveyden edistäminen terveysneuvonnan ja varhaiskuntoutuksen keinoin (Naisen sydän) -hankkeessa (2005–2009) käytettiin ryhmäkoherenssin arviointimenetelmän lyhennettyä 10 osion versiota (SOC-G-10). Hankkeen kohderyhmänä oli Helsingin kaupungin palveluksessa olevat naiset, jotka osallistuivat työterveyshuollosiin tarjoamiin 40-, 45-, 50- ja 55-vuotiaiden ikäryhmätarkastuksiin. Ikäryhmätarkastuksen yhteydessä osallistujille (N=755) tehtiin sydän- ja verisuonitautien riskikartoitus (Ketola, 2001; Ketola & Klockars, 1999). Riskipistesumma koostui painoindeksistä, tupakoinnista, liikunnan harrastamisesta, systolisesta ja diastolisesta verenpaineesta sekä kokonaiskolesterolista.

Korkeariskisiksi todetut (29 %) ohjattiin edelleen henkilökohtaiseen terveysneuvontaan ja sydänterveyttä edistävälle kurssille Kuntoutussäätiöön. Ryhmään osallistuneiden ikä vaihteli 39–56 välillä (keskiarvo 48,8 vuotta, keskihajonta 5,2). Naisen Sydän -ryhmät kokoontuivat kerran viikossa yhteensä 10 kertaa noin kaksi tuntia kerrallaan työpäivän jälkeen. Yhdessä ryhmässä oli 8–12 osallistujaa. Ryhmän toteutuksesta vastasi moniammatillinen

työryhmä, johon kuului kuntoutuslääkäri, erikoissairaanhoidtaja, fysioterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Ryhmänohjaajan koulutuksen saanut sosiaalityöntekijä oli paikalla jokaisella kurssikerralla toimien kurssiemäntänä. Ryhmien tapaamisiin sisältyi muun muassa liikuntaa ja rentoutusharjoituksia. Lisäksi käytiin läpi sydän- ja verisuonitautien keskeisiä vaaratekijöitä ja niihin vaikuttamista elämäntapojen muutosten keinoin. Tärkeimpiä teemoja olivat painonhallinta ja ravitseminen, yksilöllisesti sopivan liikunnan lisääminen, tupakoinnin lopettamisen keinot, rentoutuminen sekä työperäisen stressin hallinta.

Ryhmäkoherenssikyselyn lyhennetty versio täytettiin viimeisellä kurssikerralla ja sen täytti 109 kuntoutusinterventioon osallistunutta. Kuntoutusinterventiot ja hankkeessa käytetyt menetelmät on kuvattu tarkemmin hankkeen raporteissa (Rantanen ym, 2009 A ja B).

Sydän 60+

Yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien avokuntoutuksen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi (Sydän 60+) -hankkeessa käytettiin myös ryhmäkoherenssikyselyn lyhennettyä versiota (SOC-G-10). Hanke toteutettiin vuosina 2008–2012, ja siihen osallistui sepelvaltimotautia sairastavavia yli 60-vuotiaita henkilöitä (naisia 45,8 %), jotka asuivat Helsingin ja Vantaan seudulla. Hankkeeseen osallistui 312 henkilöä, jotka satunnaistettiin kuntoutusryhmään (n=192) ja vertailuryhmään (n=120). Kuntoutusryhmään satunnaistetuille tarjottiin mahdollisuus osallistua iäkkäille sepelvaltimotautipotilaille räätälöidylle avokuntoutuskurssille. Kuntoutusryhmiä toteutettiin yhteensä 16.

Kuntoutusryhmät kokoontuivat kerran viikossa yhdeksän kertaa, lisäksi järjestettiin yksi seurantatapaaminen kolmen kuukauden kuluessa kurssin loppumisesta. Yhteen ryhmään valittiin 10–12 kuntoutujaa ja ryhmät kokoontuivat päiväaikaan noin 5–6 tuntia kerrallaan. Kuntoutusohjelman toteutti työryhmä, johon kuuluivat sisätautilääkäri, kuntoutuslääkäri, erikoissairaanhoidtaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Ohjelma piti sisällään

ohjattua liikuntaa ja rentoutusta sekä neuvontaa sydänystävällisestä ravinnosta, painonhallinnasta, sosiaaliturvasta ja elintapojen vaikutuksesta sepelvaltimotautiin. Intervention aikana tuettiin osallistujien fyysisen suorituskyvyn kohentumista, kognitiivista vireyttä, sosiaalisuutta ja psyykkistä hyvinvointia. Ryhmäkoherenssikysely täytettiin kuntoutusintervention päättyessä ja siihen vastasi 166 kuntoutujaa, joiden ikä vaihteli 60–83 vuoden välillä (iän keskiarvo 69,1 vuotta, keskihajonta 5,6). Hankeen osallistujat sekä menetelmät on kuvattu tarkemmin projektin pääraportissa (Julkunen ym, 2012).

Kolmessa aineistossa (SYKE, rintasyöpäpotilaat ja Sydän 60+) oli kyse vakavaan fyysiseen sairauteen liittyvästä kuntoutuksesta. Yksi aineistoista (Naisen sydän) oli terveyden edistämisen hanke. Tämän hankkeen osallistujilla ei ollut todettua sydänsairautta, ainoastaan kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauteen. Ryhmätyöskentelyssä ei muista hankkeista poiketen käsitelty sairautteen sopeutumista, vaan painopisteenä oli osallistujien informointi ja kannustaminen kohti sydänterveellisiä elintapoja. Kaikki interventiot perustuivat kuitenkin moniammatillisen tiimin vetämään, ohjattuun ryhmämuotoiseen työskentelyyn.

Arviointimenetelmät

Ryhmäkoherenssin arvioinnissa käytettiin kahdessa ensin mainitussa projektissa (SYKE ja Rintasyöpäpotilaat) 20-osioista (SOC G-20) kyselyä ja kahdessa seuraavassa (Naisen sydän ja Sydän 60+) kyselyn lyhennettyä, 10-osioista (SOC-G-10) versiota. Ryhmäkoherenssiasteikko kehitettiin Kuntoutussäätiössä alun perin sydäninfarktipotilaiden kuntoutustutkimusta varten yksilön koherenssintunnetta mittaavan kyselylomakkeen (Orientation to Life Questionnaire, Antonovsky, 1987) pohjalta.

Ryhmäkoherenssia mittaava 20-osioinen asteikko koostuu ryhmän toimivuutta ja ilmapiiriä kuvaavista väittämistä (taulukko 1). Kysymysten avulla arvioidaan ryhmän toimintaa kokonaisuutena, ei niinkään yksittäisen henkilön viihtyvyyttä ryhmässä. Kyselylomakkeen

osioiden arviointiasteikko on viisiportainen (1=ei lainkaan pidä paikkaansa, 5=pitää täysin paikkansa).

Ryhmäkoherenssin tasoa kuvaava muuttuja muodostetaan laskemalla 20-osion painotetun summa. Asteikko sisältää kahdeksan käännettävää osiota (katso taulukko 1). Kokonaissumman lisäksi voidaan muodostaa neljä alasummaa, joista alasummat 1–3 vastaavat yksilön koherenssintunnetta mittaavan kyselyn ala-asteikkoja:

1. ryhmän toiminnan selkeys ja ymmärrettävyys (osiot 7, 10, 12, 18)
2. ryhmän toiminnan mielekkyys ja merkitys (osiot 5, 13, 16, 19)
3. ryhmän kyky hallita toimintaansa ja ongelmia (osiot 3, 4, 9, 14, 15, 20)

Neljäs alasumma (osiot 1, 2, 6, 8, 11, 17) kuvaa ryhmän yleistä ilmapiiriä sekä ryhmän jäsenilleen antamaa tukea.

Aiemmin mainitussa Peltolan (2002) tutkimuksessa konfirmatorisen faktorianalyysin tulokset eivät kuitenkaan tukeneet teoreettisiin perustein oletettua faktorirakennetta. Sen sijaan Peltola totesi eksploraatiivisessa faktorianalyysissä osioiden latautuvan pääsääntöisesti yhdelle faktorille, joka selitti 41,4 prosenttia osioiden yhteisvaihtelusta loppujen kolmen faktorin selitysosuuksien ollessa 7, 6 ja 5,2 prosenttia.

Ryhmäkoherenssia kuvataan näin ollen tässä raportissa yhden painottamattoman summamuuttujan avulla.

Menetelmästä on myöhemmin laadittu 10 osiota käsittävä lyhennysversio (taulukko 2), jota on käytetty kahdessa tässä raportoitavassa tutkimuksessa (Naisten sydänterveyden edistäminen ja Sydän 60+ -projektit). Osiot lyhennysversioon valittiin edellä mainitulle ensimmäiselle faktorille voimakkaimmin latautuvista osioista niin, että kuitenkin kaikki oletetut perusolot tulivat edustetuiksi.

Ryhmäkoherenssin 20-osioisen version validiteettia selvitettiin alustavasti SYKE-projektin aineistossa. Oletuksena oli, että vahva ryhmä koherenssi olisi yhteydessä kuntoutuksen vaikuttavuuteen, jota arvioitiin seuraavien menetelmin. Vaikuttavuutta kuvaaviksi vas-temuuttujiksi valittiin koetut rintakivut sekä

Taulukko 1. Ryhmäkoherenssikysely (SOC-G-20)

Kun ajattelet omaa kuntoutusryhmääsi, miten arvioit sen toimineen kokonaisuutena ja millainen tunnelma ryhmässä yleensä vallitsi? Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.					
	ei lainkaan pidä paikkaansa	ei juuri pidä paikkaansa	en osaa sanoa	pitää melkolailla paikkansa	pitää täysin paikkansa
1. Ryhmässä jokainen saattoi puhua ongelmistaan	1	2	3	4	5
2. Ryhmään muodostui hyvä yhteishenki	1	2	3	4	5
3.* Ryhmässä oli yleensä vallalla luopumisen tunnelma	1	2	3	4	5
4.* Arvelen, että moni oli pettynyt ryhmän toimintaan	1	2	3	4	5
5. Uskon, että ryhmän tarkoitus oli kaikille selvä	1	2	3	4	5
6. Tuntui yleensä mukavalta kun ryhmä kokoontui tauon jälkeen	1	2	3	4	5
7.* Ryhmän toiminta tuntui usein aika sekavalta	1	2	3	4	5
8.* Ryhmän tunnelma oli enimmäkseen varsin kireä	1	2	3	4	5
9. Ryhmässä löytyi aina jokin ratkaisu vaikeisiinkin pulmiin	1	2	3	4	5
10. Uskon että ryhmässä opittiin ymmärtämään paremmin yhteistä sairautta	1	2	3	4	5
11. Ryhmässä oli turvallinen ilmapiiri	1	2	3	4	5
12.* Tuntui, että ryhmäläiset jäivät vieraiksi toisilleen	1	2	3	4	5
13.* Joillekin ryhmään osallistuminen tuntui olevan aika merkityksetöntä	1	2	3	4	5
14.* Ryhmä näki edessä olevat vaikeudet ylivoimaisina	1	2	3	4	5
15. Yhteistyö ryhmässä sujui erinomaisesti	1	2	3	4	5
16.* Joskus näytti siltä, että kukaan ei välittänyt mitä ryhmässä tapahtui	1	2	3	4	5
17. Ryhmä antoi tukea kaikille jäsenilleen	1	2	3	4	5
18. Ryhmässä oli sellainen tunne, että ihmiset ymmärsivät toisiaan	1	2	3	4	5
19. Arvelen, että ryhmään osallistuminen tuntui kaikista olevan mielekästä	1	2	3	4	5
20. Ryhmässä syntyi tunne, että sairauden kanssa pärjätään	1	2	3	4	5

* käännettävät osiot

Taulukko 2. Lyhennetty ryhmäkoherenssikysely (SOC-G-10)

Kun ajattelet omaa kuntoutusryhmääsi, miten arvioit sen toimineen kokonaisuutena ja millainen tunnelma ryhmässä yleensä vallitsi? Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.
1. Ryhmään muodostui hyvä yhteishenki
2.* Ryhmän toiminta tuntui usein aika sekavalta
3. Uskon, että ryhmän tarkoitus oli kaikille selvä
4. Ryhmässä oli turvallinen ilmapiiri
5.* Tuntui, että ryhmäläiset jäivät vierailleen
6. Ryhmä antoi tukea kaikille jäsenilleen
7.* Arvelen, että moni oli pettynyt ryhmän toimintaan
8.* Ryhmän tunnelma oli enimmäkseen varsin kireä
9. Yhteistyö ryhmässä sujui erinomaisesti
10. Arvelen, että ryhmään osallistuminen tuntui kaikista olevan mielekästä

*käännettävät osiot: 2, 5, 7 ja 8.

Vastausvaihtoehdot:

- 1=ei lainkaan pidä paikkaansa
- 2=ei juuri pidä paikkaansa
- 3=en osaa sanoa
- 4=pitää melko lailla paikkansa
- 5=pitää täysin paikkansa

psykkistä kuntoutumista kuvaavia muuttujia.

Koettuja rintakipuja kartoitettiin Kuntoutussäätiössä kehitetyllä (Julkunen ym, 2000) 24-osioisella kyselyllä. Kyselyssä on esitety asioita ja tilanteita, jotka toisinaan aiheuttavat rintakipuja tai hengenahdistusta sepelvaltimotautiin sairastuneissa henkilöissä. Vastaaja arvioi asian tai tilanteen aiheuttavan oireita asteikolla 1=ei lainkaan, 5=hyvin paljon. Rintakipu-asteikko on todettu validiksi ja reliaabeliksi aikaisemmissa tutkimuksissa (Julkunen ym, 2012; Rantanen ym, 2009; Julkunen ym, 2000).

Depressio-oireita mitattiin SYKE-aineistossa Beckin depressioasteikon (BDI) 14-osi-

on lyhennetyllä versiolla (Beck ym, 1988). Alkuperäinen 21-osion asteikko on yleisimmin käytetty depressiota kartoittava kyselymenetelmä ja se on todettu psykometrisiltä ominaisuuksiltaan luotettavaksi ja validiksi (Beck ym, 1988). Suomessa asteikon lyhytversiota on käytetty laajasti mm. sepelvaltimotauti- ja sydäninfarktipotilaita sekä syöpäpotilaita koskevissa tutkimuksissa (Julkunen ym, 2012; Gustavsson-Lilius ym, 2007; Julkunen ym, 2000).

Ahdistuneisuutta arvioitiin SYKE-aineistossa Endlerin työryhmineen (Endler ym, 1991) kehittämän EMAS-mittariston (The Endler Multidimensional Anxiety Scales) tilanneahdistuneisuus-asteikolla. Asteikon kokonaissumma koostuu 20 väittämästä, joista voidaan erottaa kaksi 10 osiota sisältävää ala-asteikkoa. Kokonaisasteikon summamuuttujan pistemäärän vaihteluväli on 20–100, ala-asteikkojen 10–50. Mittari on osoittanut sydänpotilaita koskeneissa tutkimuksissa käyttökelpoiseksi ja luotettavaksi menetelmäksi (esim. Gustavsson-Lilius ym, 2007; Julkunen, 1996).

Ei-adaptiivista selviytymiskeinoa, **depressiivistä luopumista** arvioitiin SYKE-aineistossa Julkunen (1996) kehittämän Coping with Illness (CILL) -asteikon avulla, joka on suunniteltu nimenomaan suomalaisia sepelvaltimotautipotilaita varten. Julkunen (1996) on jaotellut selviytymiskeinot kahdella akselilla, joiden ulottuvuudet ovat toisaalta luopuminen vs. optimismi sekä toisaalta välttäminen vs. lähestyminen. Depressiivinen luopuminen kuvaa pessimististä suhtautumista tulevaisuuteen, jolloin huoli painaa jatkuvasti, oireita ei voi unohtaa ja yksilö tuntee itsensä avuttomaksi ja epätoivoiseksi. Asteikon sisäinen yhtäpitävyys on aiemmissa tutkimuksissa todettu hyväksi (Cronbachin alfa=0.81) ja sen on raportoitu tilastollisesti merkitsevästi ennustavan sydäninfarktipotilaiden työkyvyttömyyttä sekä huonoa koettua terveyttä vuoden seurannassa (Julkunen ja Saarinen, 1994).

Ryhmäkoherenssi-asteikon lyhyen version validiteettia selvitettiin alustavasti Naisten sydänterveyden edistäminen -projektissa. Vastemuuttujana käytettiin hankkeessa sovellettua

Taulukko 3. SOC-G-20 ja SOC-G-10 -asteikkojen keskiarvot (keskihajonnat), vaihteluvälit ja Cronbachin α -kertoimet neljässä eri aineistossa

	n	ka (kh)	vaihteluväli	vinous	huipukkuus	Cronbach α
Aineisto SOC-G20						
SYKE (alle 60-v. sydäntuntoutujat)	146	87.7 (9.4)	55–100	-1.04	1.04	.92
Rintasyöpäkuntoutujat	84	90.9 (8.9)	61–100	-1.40	1.78	.94
Aineisto SOC-G10						
Naisten sydänterveyden edistäminen	109	42.3 (4.6)	30–50	-0.44	-0.63	.85
Sydän 60+ (yli 60-v. sydäntuntoutujat)	166	44.8 (4.2)	30–50	-0.91	0.71	.75

sydäntautien vaaraa kuvaavaa riski-indeksiä, jossa otettiin huomioon seerumin kokonaiskolesteroli, systolinen ja diastolinen verenpaine, tupakointi ja liikunta-aktiiviteetti sekä painoindeksi (BMI). Kahta viimeksi mainittua tarkasteltiin lisäksi erillisinä muuttujina. Liikunta-aktiiviteettiä arvioitiin yhdellä 5-portaisella kysymyksellä. Menetelmät on tarkemmin kuvattu hankkeen raporteissa (Rantanen ym, 2009A; 2009B).

Tässä käytetyt vastemuuttajat eivät muodosta systemaattista tai edustavaa otosta kyseisissä hankkeissa sovelletuista menetelmistä, vaan ne otettiin kuntoutuksen vaikuttavuutta kuvaavina esimerkkeinä tähän alustavaan validiteetin tarkasteluun.

Tulokset

Ryhmäkoherenssikyselyn kahden eri version (20- ja 10-osion) keskeiset kuvailevat tunnusluvut neljässä eri aineistossa on esitetty taulukossa 3.

SYKE-aineiston laitos- ja avokuntoutusryhmissä arvioitiin sekä henkilökohtaista koherenssin tunnetta (SOC) että ryhmäkoherenssia (SOC-G-20) intervention lopussa. Asteikkojen välinen positiivinen korrelaatio oli tilastollisesti merkitsevä ($r=0.24$, $p=0.004$), mutta yhteisen varianssin määrä oli kuitenkin suhteellisen pieni. Avo- ja laituskuntoutusryhmien

välillä oli noin kahden pisteen suuruinen ero laitosryhmien hyväksi. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0.146$). Taustatekijöihin (ikä, sukupuoli, koulutustaso) ryhmäkoherenssiasteikon summapistemäärällä ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä.

SYKE-aineiston osalta voitiin tehdä ryhmäkoherenssin toistomittaus vuosiseurannan yhteydessä ($n=120$). Mittausten väli kurssin päättymisestä vuosiseurantaan oli noin kolme kuukautta. Toistomittausreliabiliteetti osoittautui varsin hyväksi: $r=0.79$ ($p < 0.001$; eikä summapistemäärän keskiarvossa tapahtunut mainittavaa muutosta ($t(119)=0.400$, $p=0.690$).

Asteikon sisäinen konsistenssi oli 20-osion versiolle erinomainen ja lyhennysversionkin osalta vähintään tyydyttävä. Summamuuttujan jakauman vinousluvut osoittivat lyhyen version osalta suotuisampaa, lähempänä normaalia olevaa jakaumaa. Myöskään lyhyen version summapistemäärällä ei voitu todeta merkitseviä yhteyksiä taustamuuttujiin (ikä, sukupuoli, peruskoulutus).

Ryhmäkoherenssi kuntoutuksen tuloksellisuuden muokkaajana

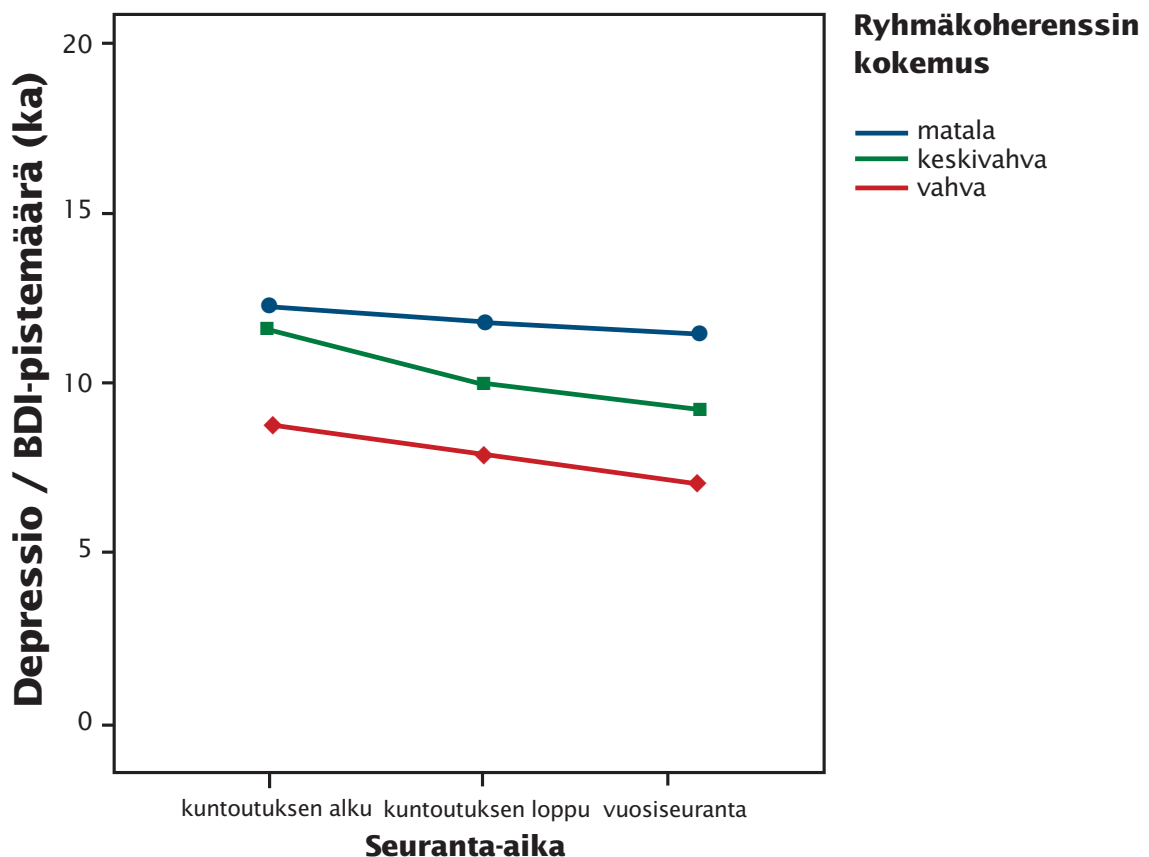
Tässä tutkimuksessa selvitettiin alustavasti ryhmäkoherenssin mahdollisia muokkaavia vaikutuksia sovellettujen interventioiden tuloksellisuutta kuvaavien vasteiden muutok-

siin. SYKE-aineistossa käytettiin vastemuuttujina depression, ahdistuneisuuden sekä luopumiseen painottuvan selviytymistyylin (resignaation) muutoksia kuntoutuksen ja seurannan aikana (kuntoutuksen alussa, lopussa ja vuosiseurannassa). Lisäksi Naisen sydän -hankkeen aineistossa selvitettiin asteikon lyhyen version avulla arvioidun ryhmäkoherenssin yhteyksiä sydän- ja verisuonitautien riskipisteindeksiin ja erikseen painoindeksiin muutoksiin. Tilastollisena menetelmänä oli toistomittausten varianssianalyysi, jossa ryhmittelijänä käytettiin SOC-G-10 summan kolmanneksia.

Depression osalta tulokset osoittivat, että ryhmien välillä oli odotusten suuntainen, tilastollisesti merkitsevä tasoero. Vahvimman koherenssin kolmannekseen kuuluvissa ryhmissä kuntoutujien depressiota kuvaavat BDI-arvot olivat matalimmat ($F(2, 131)=4.6, p=0.012$). Koko aineistossa depressio-oireet vähenivät

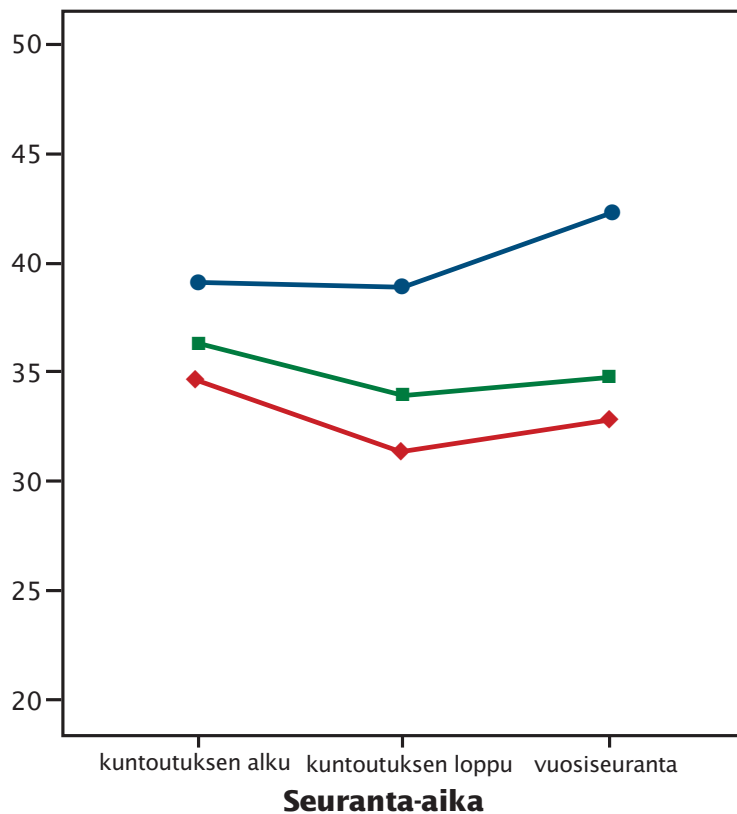
merkitsevästi ($F(2, 131)=6.5, p=0.002$), mutta muutos tapahtui kaikissa kolmessa ryhmässä samansuuntaisesti interaktioiden jäädessä tilastollisesti ei-merkitseviksi.

Ryhmien väliset taso-erot olivat vastaavanlaiset kun tarkasteltiin EMAS-asteikolla arvioituja ahdistuneisuuden keskiarvoja ($F(2, 131)=3.2, p=0.046$). Muutoksia tarkasteltaessa sen sijaan voitiin todeta koko aineistossa kuntoutuksen aikana tilastollisesti merkitsevä ahdistuneisuuden väheneminen $F(1, 131)=5.3, p=0.022$), joka 12 kuukauden seurantajakson aikana muuttui oireiden lisääntymiseksi ($F(1, 131)=5.6, p=0.019$). Masentuneisuus- ja ahdistuneisuusoireisiin liittyvät tulokset on esitetty kuvissa 1 ja 2. Kuvassa 2 havainnollistettu ryhmien ahdistuneisuus-arvojen muutostrendi näyttäisi viittaavan matalimman koherenssin ryhmän muita huonompaan kehitykseen, mutta muutos x ryhmä -interaktio jäi ei-merkitseväksi ($p=0.185$).



Kuva 1. Depressio-oireiden muutos SYKE-aineistossa kuntoutuksen aikana ja 12 kuukauden seurannassa ryhmäkoherenssin matalana (n=44), keskivahvana (n=41) ja vahvana (n=49) kokeneiden kuntoutujien ryhmissä

Ahdistuneisuus / EMAS-pistemäärä (ka)



Ryhmäkoherenssin kokemus

- matala
- keskivahva
- vahva

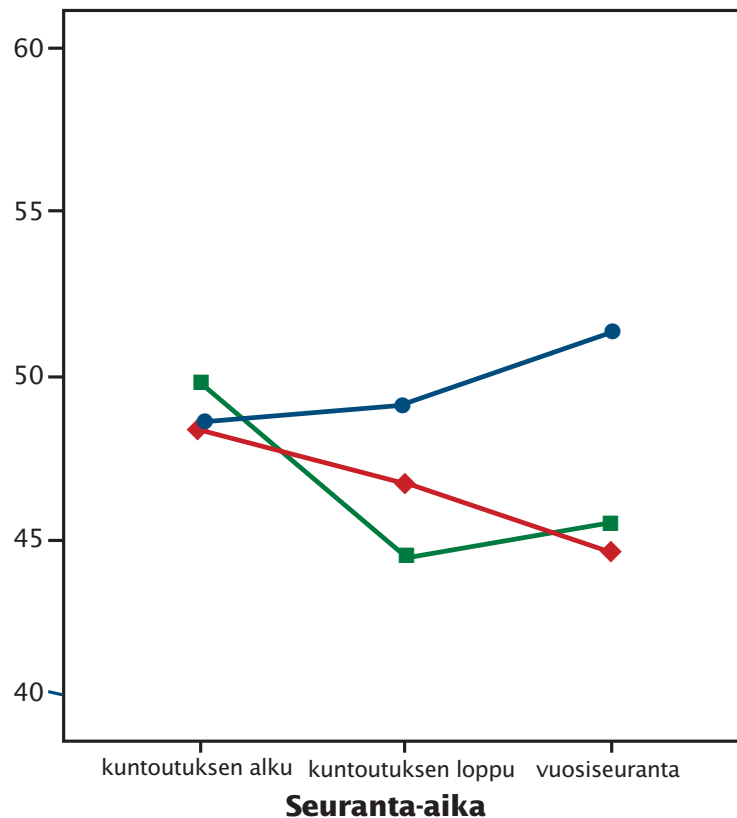
Kuva 2. Ahdistuneisuusoireiden muutos SYKE-aineistossa kuntoutuksen aikana ja 12 kuukauden seurannassa ryhmäkoherenssin matalana (n=45), keskivahvana (n=41) ja vahvana (n=49) kokoneiden kuntoutujien ryhmissä

Kun vastemuuttujaksi otettiin koettujen rintakipujen määrän muutokset, voitiin sen sijaan todeta, että ryhmäkoherenssin muutosta muokkaava vaikutus oli tilastollisesti lähes merkitsevä ($F(4,128)=2.7, p=0.039$). Matalim-

man ryhmäkoherenssin kolmanneksessa rintakivut lisääntyivät vuosiseurantaan mennessä ja korkeimmassa kolmanneksessa ne vähenivät lineaarisesti selvimmin (kuva 3).

Kun tarkasteltiin CILL-asteikolla arvioidun

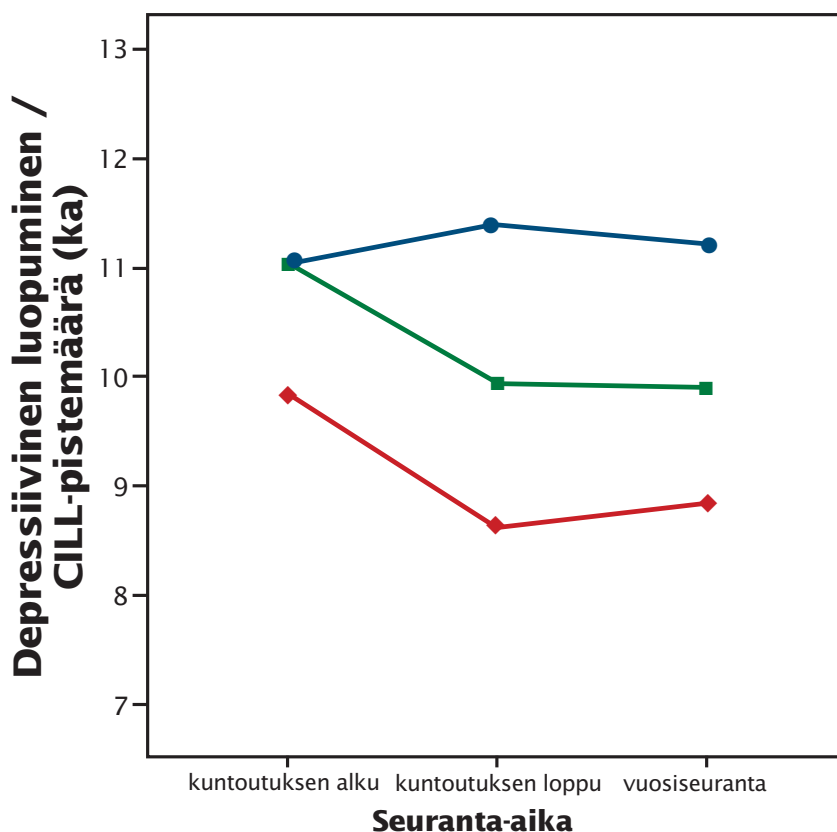
Rintakipuoireet / RIKI-pistemäärä (ka)



Ryhmäkoherenssin kokemus

- matala
- keskivahva
- vahva

Kuva 3. Rintakipuoireiden muutos SYKE-aineistossa kuntoutuksen aikana ja 12 kuukauden seurannassa ryhmäkoherenssin matalana (n=44), keskivahvana (n=41) ja vahvana (n=46) kokoneiden kuntoutujien ryhmissä



Ryhmäkoherenssin kokemus

- matala
- keskivahva
- vahva

Kuva 4. Depressiivisen luopumisen muutos SYKE-aineistossa kuntoutuksen aikana ja 12 kuukauden seurannassa ryhmäkoherenssin matalana (n=45), keskivahvana (n=41) ja vahvana (n=49) kokoneiden kuntoutujien ryhmissä

ei-adaptiivisen sopeutumistyylin (resignaatio, depressiivinen luopuminen) muutoksia kuntoutuksen alusta 12 kuukauden seurantaan voitiin puolestaan todeta, että kuntoutuksen aikana matalimman ryhmäkoherenssin kolmanneksessa depressiivinen luopuminen vain vahvistui kun taas kahdessa muussa ryhmässä se väheni: muutos x ryhmä -interaktio oli tilastollisesti merkitsevä, $F(2,131)=4,3$, $p=0.015$. Kuntoutuksen päättymisestä vuosiseurantaan ryhmien väliset erot säilyivät samoina ja matalimman koherenssin ryhmien depressiivisen luopumisen keskiarvo jäi selvästi muita korkeammalle tasolle (ks. kuva 4).

Naisten sydänterveiden edistäminen -hankkeessa tarkasteltiin ryhmäkoherenssin mahdollisia muokkaavia vaikutuksia hankkeessa käytetyn sydän- ja verisuonitautien riskipisteindeksin muutoksiin. Esille ei tullut viitteitä merkitsevää interaktiota. Myöskään hankkeessa todettu liikunta-aktiivisuuden lisääntyminen ei ollut yhteydessä raportoituun kuntoutusryhmän koherenssiin. Sen sijaan kun tarkasteltiin painoindeksin (BMI) muutoksia, voitiin todeta suuntaa antavasti, että korkean ryhmäkoherenssin ryhmässä BMI-arvot alenivat enemmän kuin muissa ryhmässä (interaktion merkitsevyys $p=0.028$).

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa on arvioitu kuntoutusryhmän koherenssin arvioimiseen kehitettyä kyselymenetelmää Kuntoutussäätiössä toteutettujen sydän- ja syöpäkuntoutusinterventtioiden tulosten pohjalta.

Neljän eri aineiston tarkastelun perusteella voidaan todeta, että kuntoutusryhmän koherenssin arvioimiseen tarkoitettua kyselymenetelmän psykometriset ominaisuudet ovat varsin hyvät. Asteikon sisäinen yhtäpitävyys on alkuperäisen, 20-osioisen version osalta erinomainen. Kymmenen osiota käsittävän lyhennysversion (SOC-G-10) reliabiliteetti oli alkuperäistä versiota jonkin verran alhaisempi, mutta kuitenkin hyväksyttävällä tasolla.

Yhteen osa-aineistoon (SYKE, n=120) perustuvan pysyvyyden tarkastelun antama kolmen kuukauden toistomittauksen tulos viittasi asteikon summan varsin hyvään pysyvyyteen.

Tässä tarkasteltujen aineistojen ryhmäkoherenssin summamuuttujan frekvenssijakauma oli varsin voimakkaasti positiivisesti vino. Asteikon vinous on mahdollisesti ymmärrettävissä positiivisen vertaistuen kautta. Tutkimusten aineistoista kolme muodostui se-

pelvaltimotautiin tai rintasyöpään sairastuneiden kuntoutusryhmistä ja on syytä olettaa, että kuntoutujat olivat kaikki hyvin motivoituneita ja kokivat jo yhteisen sairauden vuoksi yhteenkuuluvuutta ja kohtalotoveruutta. Mahdollisesti toisentyyppisissä ryhmissä ryhmäkoherenssin hajonta saattaisi olla suurempi ja sen ennustarvoa intervention tuloksellisuuden kannalta voisi olla helpompi arvioida. Tätä olettamusta tukee myös se tulos, että terveiden naisten aineistossa (Naisten sydänterveyden edistäminen -projekti, Rantanen ym, 2009B) vinousluku oli pienin sekä osiokohtainen keskiarvo matalin.

Siitä huolimatta, että asteikon jakauma on positiivisesti vino, näyttää asteikko erottelvan hyvin erityisesti heikon ryhmäkoherenssin raportoivat henkilöt. Asteikon avulla on täten mahdollista tunnistaa oman ryhmänsä koherenssin heikoksi kokevat henkilöt tai kokonaiset huonosti toimivat ryhmät ja tarjota näille erityistä tukea.

Kansainvälisesti ryhmän koherenssia on tietääksemme aikaisemmin tarkasteltu vain perheen kontekstissa (Antonovsky & Sourani, 1988; Shifra & Antonovsky, 1992). Näyttää ryhmäkoherenssista kuntoutuksen tuloksellisuuden ennustajana on ollut toistaiseksi vain kahdesta aikaisemmasta kotimaisesta tutkimuksesta. Väänänen (2012) tutkimuksessa ryhmäkoherenssi ennusti elämänlaadun muutosta kuntoutuksen aikana. Korkeaksi arvioitu ryhmäkoherenssi oli yhteydessä avokuntoutukseen osallistuvien rintasyöpäpotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun kokemukseen kuuden kuukauden seurannassa. Lisäksi ryhmäkoherenssin korkeaksi kokeneiden kuntoutujien henkilökohtainen koherenssintunne koheni, kun taas ryhmäkoherenssin alhaiseksi arvioineiden henkilökohtainen koherenssintunne näytti lievästi heikkenevän, vaikkakaan muutos ei ollut heidän osaltaan tilastollisesti merkitsevä (Väänänen, 2012).

Johtopäätöksissään Väänänen toteaaakin, että erityistä huomiota ryhmän toimivuuteen tulisi kiinnittää niiden yksin elävien kuntoutujien kohdalla, joiden henkilökohtainen koherenssintunne kuntoutuksen alussa on heikko. Heidän kohdallaan alhaiseksi koettu ryh-

mäkoherenssi on vaarassa heikentää merkittävästi jo entuudestaan heikkoa henkilökohtaista koherenssintunnetta ja mahdollisesti välillisesti myös koettua elämänlaatua (Väänänen, 2012).

Peltola (2002) on puolestaan tutkinut ryhmäkoherenssin käsitteen soveltuvuutta työuupuneiden ryhmähoidon vaikuttavuuden arviointiin. Hänen mukaansa ryhmäkoherenssin taso näytti nousevan lineaarisesti, minkä katsottiin heijastavan ryhmien toimivuuden paranemista hoidon aikana. Tutkimuksen perusteella todettiin, että ryhmäkoherenssin muutokset hoidon aikana sopivat kuvaamaan työuupumushoidon toimivuutta, erityisesti ryhmämuodoltaan analyytisesti painottuneessa ryhmässä. Peltola totesi myös, että ryhmäläisten arvioon ryhmän toimivuudesta saattoi vaikuttaa heidän oma toipumisprosessinsa, joka on hyvä huomioda jos ryhmäkoherenssin käsitteellä pyritään arvioimaan hoitoryhmää kokonaisuutena.

Validiteettia koskevat alustavat tulokset tässä tutkimuksessa tukevat ainakin osittain oletusta siitä, että hyvä ryhmäkoherenssi on yhteydessä myönteisiin muutoksiin kuntoutumista kuvaavissa vastemuuttujissa. Tulokset itse asiassa viittaavat siihen, että ryhmäkoherenssiasteikon summamuuttujan alin kolmannes erottelee ne, jotka näyttävät hyötävän vähiten kuntoutuksesta. Toisaalta naisten sydänterveyttä edistävässä hankkeessa voitiin todeta viitteitä siitä, että erityisesti korkea ryhmäkoherenssi oli yhteydessä onnistuneeseen painonhallintaan. Tiedossamme ei ole muita vastaavia tuloksia ja näyttöä menetelmän muokkaavasta vaikutuksesta kuntoutuksen vaikuttavuuteen on kuitenkin tässä vaiheessa pidettävä vain lupaavasti suuntaa antavana. Tässä esitettyjä alustavia tuloksia on täsmennettävä kyseisten aineistojen vastemuuttujien tarkemmalla ja systemaattisella analysoinnilla sekä tarkasteltava menetelmän käyttökelpoisuutta myös muiden kuntoutusryhmien, kuten mielenterveys- ja ammatillisen kuntoutuksen osalta.

Johtopäätökset ja suositukset

Kuntoutusryhmän sisäiseen ilmapiiriin ja yhteistyön sujuvuuteen ja sen luotettavaan arviointiin on tämän tutkimuksen perusteella syytä kiinnittää huomiota. Sen kautta voidaan tarvittaessa vahvistaa hyvän ryhmäkoherenssin muodostumista ja tukea kuntoutuksen tuloksellisuutta. Kliinisenä sovelluksena ryhmäkoherenssin mittaaminen voisi olla suositeltavaa myös jo intervention alkuvaiheessa, jolloin on mahdollista identifioida mahdolliset ryhmäytymisen haasteet ja tarjota siihen erityistä tukea.

Tässä esitelty kyselyasteikko ryhmän koherenssin ja toimivuuden arvioimiseksi on osoittautunut psykometrisilta ominaisuuksiltaan luotettavaksi ja validiteetiltaan lupaavaksi arviointimenetelmäksi. Tulosten perusteella myöskään sosioekonomiset taustamuutokset eivät näytä vaikuttavan ryhmäkoherenssin tasoon, eikä osallistujien sukupuolella havaittu yhteyttä ryhmäkoherenssiin. Kysely on helppo ja nopea täyttää ja alkuperäisen asteikon pohjalta kehitetty 10-osion lyhennysversio on erityisen käyttäjäystävällinen. Myös se on psykometrisilta ominaisuuksiltaan luotettava asteikko ja soveltuu hyvin ryhmän koherenssin arvioimiseen.

Tiivistelmä

Artikkelissa kuvataan kuntoutusryhmän sisäisen ilmapiirin ja toimivuuden, ryhmäkoherenssin, arvioimiseksi kehitetty kyselymenetelmä sekä raportoidaan asteikon psykometrisiä ominaisuuksia. Lisäksi esitellään alustavia tuloksia asteikon validiteetista sydän- ja syöpäpotilaiden kuntoutusinterventioiden pohjalta.

Asteikon molempien versioiden (20 ja 10 osiota) sisäinen konsistenssi oli neljässä aineistossa hyvä tai erinomainen. Myös korkea toistomittausreliabiliteetti tuki käsitystä mittarin luotettavuudesta.

Validiteettia koskevat alustavat tulokset viittasivat siihen, että vahva ryhmäkoherenssi olisi yhteydessä kuntoutusintervention tuloksellisuuteen. Näyttöä ryh-

mäkoherenssin tuloksellisuutta muokkavasta vaikutuksesta on kuitenkin pidettävä vain suuntaa antavana ja vaatii lisätutkimuksia.

Menetelmä soveltuu hyvin kuntoutusryhmän sisäiseen ilmapiiriin ja yhteistyön sujuvuuden arviointiin. Sen avulla voidaan seurata ryhmäkoherenssin muodostumista ja tarvittaessa tukea sen vahvistumista ja sitä kautta kuntoutuksen tuloksellisuutta.

Abstract

In this article a new questionnaire for evaluating group sense of coherence (SOC-G) is introduced. Psychometric properties of the scale were analyzed using data collected from four rehabilitation interventions. The inner consistency of the 20-item original and the 10-item short version was good or excellent. The reliability of the scale was also supported by a high test - re-test correlation.

Preliminary results concerning validity indicated that strong group sense of coherence associated with beneficial changes in different out-come measures. However, these results should be taken as preliminary and validation of the scale needs further research.

The results indicate that SOC-G is a promising method to evaluate inner coherence and cooperation of an intervention group. It helps to identify possibly poorly functioning groups which may need special support to work effectively.

**FT Juhani Julkunen, erikoistutkija, Kuntoutussäätiö
terveyspsykologian professori (emeritus),
Helsingin yliopisto**

PsM Piia Pietilä, tutkija, Kuntoutussäätiö

**PsT Mila Gustavsson-Lilius, erikoistutkija,
Kuntoutussäätiö**

Lähteet

- Antonovsky A (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A (1987) *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A & Sourani T (1988) Family Sense of Coherence and Family Adaption. *Journal of Marriage and the Family* 50, 79–92.
- Arvidsson S, Arvidsson B, Fridlund B & Bergman S (2011) Factors promoting health-related quality of life in people with rheumatic diseases: a 12 month longitudinal study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 12, 102.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
- Endler NS, Parker JDA, Bagby RM, Cox BJ (1991) Multidimensionality of state and trait anxiety: Factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 60, 919–926.
- Eriksson M, Lindstrom B (2005) Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(6), 460–466.
- Eriksson M, Lindström B (2007) Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61, 938–944.
- Ezquerro A (2010) Cohesion and Coherency in Group Analysis. *Group Analysis* 43, 496–504.
- Gustavsson-Lilius M (2010) Psychological Consequences of Cancer from the Salutogenic and Dyadic Perspective. University of Helsinki, Institute of Behavioural Sciences. *Studies in Psychology* 73, 2010.
- Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Keskivaara P, Hietaanen P (2007) Sense of Coherence and Distress in Cancer Patients and Their Partners. *Psycho-Oncology* 16, 1100–1110.
- Julkunen J (1996) Risk and prognosis of coronary heart disease. *Studies of psychological risk factors in samples of healthy subjects and post-infarction patients*. Rehabilitation Foundation, Helsinki. *Research Reports* 53/1996. Helsinki.
- Julkunen J, Ahlstrom R (2006) Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research* 61(1), 33–39.
- Julkunen J, Pietilä P, Gustavsson-Lilius M, Sala R, Sauliala T, Notkola V (2012) Yli 60-vuotiaiden sepelvaltimotautia sairastavien avokuntoutuksen kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi (Sydän 60+). *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 85/2012. Helsinki.
- Julkunen J, Saarinen T (1994) Psychosocial predictors of recovery after myocardial infarction: Development of a comprehensive assessment method. *Irish Journal of Psychology* 15, 67–83.
- Julkunen J, Saarinen T, Idänpään-Heikkilä U, Sala R (2000) Sydänkuntoutuksen tuloksellisuus. *Kontrolloitu seurantatutkimus*. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 63/2000. Helsinki.
- Ketola E (2001) Cardiovascular disease risk factors challenging primary care. The quality of risk factor recording and early prevention in primary care. Academic dissertation, University of Helsinki, Hakapaino Oy.
- Ketola E, Klockars M (1999) Computer-assisted telephone interview (CATI) in primary care. *Family Practise* 16, 179–83.
- Mikkonen I (2009) *Sairastuneen vertaistuki*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 173. Kuopio.
- Peltola SK (2002) Ryhmäkoherenssi työuupumuksen ryhmähoidon toimivuuden indikaattorina. *Psykologian pro-gradu tutkielma*. Helsingin yliopisto.
- Pines M (1986) Coherency and its disruption in the development of the self. *British Journal of Psychotherapy* 2, 3, 180–185.
- Rantanen P, Julkunen J, Vanhanen H (2009A) Promoting women's heart health by screening for vascular risk factors among middle-aged women: Methods and baseline results from a preventive trial. *Vascular disease prevention* 6, 17–24.
- Rantanen P, Julkunen J, Vanhanen H (2009B) Naisten sydänterveyden edistäminen terveystieteiden ja varhaiskuntoutuksen keinoin. *Satunnaistettu vaikuttavuustutkimus*. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 82/2009. Helsinki.
- Saarinen T (1992) Sepelvaltimotautipotilaiden sairautteen sopeutuminen ja työhönpaluu. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 35/1992. Helsinki.
- Saarinen T, Julkunen J, Nilson-Niemi E, Turunen H (2010) Rinta- ja eturauhassyöpöpotilaiden avokuntoutuksen kehittäminen. *Kuntoutus* 1, 4–20.
- Shifra S, Antonovsky A (1992) The family sense of coherence and the retirement transition. *Journal of Marriage and the Family* 54, 983–993.
- Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT (2006) Resilience, misfortune, and mortality: Evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of Psychosomatic Research* 61, 2, 221–227.
- Valkonen J, Julkunen J, Saarinen T (2000) *Sykettä*

ryhmässä. Polikliininen sydäntuntoutus Kuntoutussäätiössä. Kuntoutus 1/2000, 31–39.

Verheijden MW, Bakx JC, van Weel C, Koelen MA, van Staveren WA (2005) Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. *European Journal of Clinical Nutrition* 59, 179–186.

Väänänen T (2012) Henkilökohtaisen koherenssin ja kuntoutusryhmän koherenssin yhteys elämäntilanteen muutokseen rintasyöpäpotilaiden avokuntoutuksessa. Terveyspsykologian lisensiaattitutkimus. Käyttäytymistieteiden laitos. Helsingin yliopisto

Yalom ID (1995) *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.



kuntoutusportti.fi

Seuraa uutisia, tutkimuksia, näkökulmia ja tapahtumia.
Löydät tietokannasta hankkeet, julkaisut ja artikkelit. Tee haku!

Tilaa uudistunut uutiskirje (anni.reuter@kuntoutussaatio.fi)

