



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Kati Berglund

# Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun

Systemoitu kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla

Opinnäytetyö

20.5.2019

Tekijä(t) Otsikko	Kati Berglund Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun -Systemoitu kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	69 sivua + 6 liitettä (46 sivua) 20.5.2019
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntijuus
Ohjaaja(t)	Ly Kalam-Salminen, TtT, lehtori
<p>Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia virikeryhmiä mielenterveysasiakkaille on tarjolla, ja miten nämä ryhmät ovat yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun. Tarkoituksena on myös kuvata, millaisia suosituksia tutkimusartikkeleissa on luotu niiden tulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan. Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää pienryhmätoimintaa mielenterveysasiakkaille.</p> <p>Tutkimusaineiston alkuperäisartikkelit (n=31) valittiin Cinahl, PubMed, OvidMedline ja Medic -tietokannoista monivaiheisen valinnan kautta. Jokaisessa tietokannassa haut rajattiin siten, että artikkelin tuli olla julkaistu vuosina 2007-2018, sen tuli olla englanninkielinen ja mahdollisuuksien mukaan alkuperäisartikkelin tutkimukseen osallistujat olivat iäkkäitä (65+). Aineiston valinnan jälkeen tutkimusten laatu arvioitiin JBI-kriteeristöä käyttäen. Tähän tutkimukseen valitut artikkelit analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatua on tutkittu paljon, sekä laadullisesti että määrällisesti, niin asiakkaiden kuin hoitohenkilöstön näkökulmasta. Mielenterveysasiakkaille ei juuri ole ryhmätoimintaa tarjolla, ryhmäterapia pois lukien, joten tutkimuksia löytyi vähän. Ryhmätoimintaan osallistuminen oli vahvasti yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun. Elämänlaatuun vaikuttivat korottavasti muun muassa ryhmän tuomat roolit ja vastuut, rutiinit, ryhmään kuulumisen tunne sekä vertaistuki. Mielenterveyshäiriödiagnoosina vaikutti välillisesti lisääntyneiden tarpeiden kautta elämänlaatuun negatiivisesti. Asiakkaaseen liittyvät tekijät, kuten kyvyt ja taidot, itsetunto sekä onnellisuus ennakoivat parempaa elämänlaatua sekä ehkäisivät sairaalaan joutumista. Sosiaaliset tekijät, kuten perhesuhteet, osallistuminen ja tukiverkosto paransivat mielenterveysasiakkaiden elämänlaatua. Elämänlaatua heikensivät sosiaalinen vetäytyminen, yksinäisyys, mielekkään tekemisen puute, asuinolosuhteet sekä matala taloudellinen tilanne.</p> <p>Tutkimusten tulosten pohjalta nousi suosituksia mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan. Näistä keskeisimpinä olivat tapaamiskeskuksien sekä interventiodien lisääminen, riittävän moniammatillisen henkilökunnan resursoiminen, sekä henkilökunnan lisäkoulutus huomioimaan mielenterveysasiakkaiden sosiaalisen kanssakäymisen tarpeita. Ryhmätoiminnan sisällön tulisi myös olla monipuolista.</p> <p>Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan kehittämisessä. Mielenterveysasiakkaiden elämänlaadun parantamiseksi tulisi heille järjestää säännöllistä virikkeellistä ryhmätoimintaa osana julkista terveydenhuoltoa. Sosiaalista osallistumista tulisi kannustaa ja lisätä mahdollisuuksia toteuttaa ryhmiä. Lisää tutkittua tietoa tarvitaan ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta, jotta ymmärrys ja tieto aiheesta lisääntyisi, ja toiminnan kehittäminen mahdollistuisi.</p>	
Avainsanat	mielenterveys, ryhmätoiminta, elämänlaatu, virkistystoiminta, psykososiaalinen

Author(s) Title	Kati Berglund Recreational Group Activities and their Connection to the Quality of Life in Mental Health Clients -Systematic literature review
Number of Pages Date	69 pages + 6 appendices (46 pages) 20 May 2019
Degree	Master of Health Care
Degree Program	Master's Degree Program in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expert
Instructor(s)	Ly Kalam-Salminen, PhD, Lecturer
<p>The purpose of this systematic literature review was to describe different recreational activities available to mental health clients and how these are in conjunction with the quality of life. Another purpose of the study was to describe what recommendations arose from the results of the original research articles. The aim of the study was to produce research knowledge that can be utilized in further development of recreational groups for mental health clients.</p> <p>The articles included in the research data (n=31) were selected from the Cinahl, PubMed, OvidMedline and Medic databases through a multiphase selection process. In all the databases the literature search was limited to scientific original research published in English between 2007 and 2018. In addition, where possible, the subjects of the study were limited to the elderly, aged 65 and over. After selecting the data, the quality of the studies was evaluated based on JBI criteria. In analyzing the data, inductive content analysis was used.</p> <p>Quality of life in mental health clients has been studied vastly, both qualitatively and quantitatively, and from the perspective of the client and of the nursing staff. Besides group therapy, there isn't much recreational groups available, hence the amount of research on the topic was scarce. Participating in group activities correlated strongly with the quality of life in mental health clients. New roles and responsibilities in groups affected positively on quality of life, like did also daily routines, feeling of belonging and peer support. Mental health diagnoses had a negative effect on quality of life indirectly through the increase in needs. Client related factors such as skills and abilities, self-esteem and happiness predicted higher quality of life and prevented hospitalizations. Social factors such as familial relationships, participation in group activities and support network increased quality of life in mental health clients. Factors decreasing quality of life were social withdrawal, loneliness, lack of meaningful daily actions, housing circumstances and low financial situation.</p> <p>Recommendations for mental health groups arose from the original research articles. The most pivotal recommendations were the increase in numbers of meeting centers and interventions, the resourcing of enough multidisciplinary staff, and the training of staff to acknowledge the needs of social interaction in mental health clients. The content in the groups should also be diverse, with a broad range of activities.</p> <p>The results of this study can be utilized in developing recreational groups for mental health clients. To increase the quality of life in mental health clients there should be regular recreational groups as part of public healthcare. Social participation should be encouraged and there should be more possibilities of organizing these groups. There is a demand for more research knowledge on the effectiveness of recreational activities to increase the understanding and knowledge of the subject and to enable development of the operations.</p>	
Keywords	mental health, recreational activities, quality of life, psychosocial, group

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Kotihoito	2
2.1.1	Kotihoidon tilanne ja laatusuosituksen valtakunnallisesti	2
2.1.2	Kotihoito Helsingissä	3
2.1.3	Tutkijan oma lähtökohta	4
2.2	Mielenterveyshäiriöt ikääntyneillä	5
2.3	Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatu	6
2.4	Elämänlaadun mittaaminen	7
2.5	Ikääntyneiden ryhmätoiminta	10
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	11
4	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	12
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	12
4.2	Alkuperäistutkimuksen haku ja valinta	13
4.3	Tutkimusaineiston laadunarviointi	22
4.4	Tutkimusaineiston analysointi	26
5	Tulokset	28
5.1	Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta	28
5.1.1	Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä	30
5.1.2	Tapaamispaikkoihin liittyviä tekijöitä	30
5.1.3	Ryhmän sisältöön liittyviä tekijöitä	31
5.1.4	Ryhmien tavoitteisiin liittyviä tekijöitä	31
5.2	Suosituksia mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan	32
5.2.1	Palveluihin liittyviä tekijöitä	33
5.2.2	Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä	34
5.2.3	Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä	35
5.2.4	Ympäristöön liittyviä tekijöitä	35
5.3	Ryhmätoiminnan yhteys mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun	36
5.3.1	Mielenterveysasiakkaiden elämänlaadun vertaus muuhun väestöön	39
5.3.2	Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä	39
5.3.3	Tarpeisiin liittyviä tekijöitä	40
5.3.4	Psykosomaattisia tekijöitä	41
5.3.5	Ryhmään liittyviä tekijöitä	42

5.3.6	Sosiaalisia tekijöitä	44
5.3.7	Sosiodemografisia tekijöitä	47
5.3.8	Vaikutusten pysyvyys	49
5.4	Yhteenveto tuloksista	49
5.4.1	Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta	49
5.4.2	Suosituksia mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan	50
5.4.3	Ryhmätoiminnan yhteys mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun	51
6	Pohdinta ja johtopäätökset	55
6.1	Tulosten tarkastelu	55
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	56
6.3	Eettiset kysymykset	58
6.4	Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimushaasteet	59
	Lähteet	62

#### Taulukot

Taulukko 1. Yleisimpiä elämänlaadun ja mielenterveyden mittareita

Taulukko 2. Hakulauseet tietokannoittain

Taulukko 3. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun -kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten alkuperämaat

#### Kuviot

Kuvio 1. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun -aihetta koskevien tutkimusten valintaprosessi.

Kuvio 2. Sisällön analyysi -esimerkki

Kuvio 3. Esimerkki: Samassa alkuperäisilmaisussa useampi pelkistetty ilmaus

Kuvio 4. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta: Ala- ja yläkategoriat

Kuvio 5. Ryhmätoiminnan suositukset: Ala- ja yläkategoriat

Kuvio 6. Ryhmätoiminnan yhteys elämänlaatuun: Ala- ja yläkategoriat

#### Liitteet

Liite 1. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun. (n=31)

Liite 2. Tutkimusaineiston laadunarviointi

- Liite 3. Alkuperäisartikkelien sisältö tutkimuskysymyksittäin
- Liite 4. Sisällön analyysi -Tutkimuskysymys 1: Millaista ryhmätoimintaa mielenterveysasiakkaille on tarjolla?
- Liite 5. Sisällön analyysi -Tutkimuskysymys 2: Millaisia suosituksia tutkimusartikkeleissa on luotu niiden tulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan?
- Liite 6. Sisällön analyysi -Tutkimuskysymys 3: Miten ryhmätoiminta on yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun?

## 1 Johdanto

Kotona asuvista kotihoidon asiakkaista suurin osa on muistisairaita, tai heidän toimintakykynsä on heikentynyt niin paljon, että he tarvitsevat säännöllistä apua arjessa pärjäämisessä. Mielenterveysasiakkaita on koko ajan lisääntyvin määrin, etenkin pääkaupunkiseudulla. Helsingissä mielenterveysongelmat ja päihteidenkäyttö ovat myös lisääntyneet ikäihmisillä viimeisten vuosien aikana. Asiakkaat alkavat olla monisairaita, mikä tulisi ottaa huomioon myös heitä hoidettaessa. Kotihoidon asiakkaille on tarjolla päivätoimintaa ja erilaisia ryhmiä, joihin hakeutua viikoittain. Ryhmiä on muistisairaille, heikentyneen toimintakyvyn omaaville asiakkaille sekä alkoholi- ja päihdeongelmaisille. Selkeästi mielenterveysasiakkaille ei omaa ryhmää ole tarjolla Helsingissä.

Keväällä 2015 pääministeri Juha Sipilä julkaisi hallitusohjelman, minkä kymmenvuotistavoitteena on kaikkien suomalaisten voivan paremmin ja kokevan pärjäävänsä erilaisissa elämäntilanteissa. Jokaisen ihmisen tulisi kokea voivansa vaikuttaa, tehdä valintoja ja ottaa vastuuta omasta terveydenhuollostaan. Kuluvan hallituskauden kärkihankkeina on muun muassa saada terveydenhuollon palvelut asiakaslähtöisiksi, edistää terveyttä ja hyvinvointia, vähentää eriarvoisuutta sekä kehittää ikäihmisten kotihoitoa. (Hallitusohjelma 2015: 20-21.) Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008-2011) mukaan terveyseroja pyritään kaventamaan siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila nousee lähemmäksi heitä, jotka ovat saavuttaneet paremman terveyden tason. Yhteiskunnallisesti heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Toimintaohjelman tavoitteina on vähentää eroja sosioekonomisten ryhmien välillä työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa sekä kuolleisuudessa. (Palosuo H – Koskinen S – Lahelma E – Prättälä R – Martelin T – Ostamo A – Keskimäki I – Sihto M – Talala K – Hyvönen E – Linnanmäki E. 2007: 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 17.)

Kirjoittaessani tätä opinnäytetyötä toukokuussa 2019, on Sipilän hallitus kaatunut, ja Antti Rinne (SDP) on aloittanut hallitustunnustelut. Keväällä 2018 valtioneuvosto raportoi kärkihankkeen saavutuksista ikäihmisten kotihoidon kehittämisen suhteen. Tuon raportin mukaan muun muassa uudenlaista toimivan kotihoidon mallia on kolme maakuntaa aloittanut kokeilla, ja kolmessa kunnassa kehitettyä asumisen ja palveluiden yhdistämisen mallia aletaan levittää myös muualle Suomeen. Muutosagenttien avulla on myös

saatu iäkästä väestöä osallistumaan suunnitteluun. Eriarvoisuuden vähentämisestä raportissa mainitaan saavutuksena terveitä elintapoja, mielenterveyttä ja osallisuutta lisäävien sekä yksinäisyyttä torjuvien hyvien käytäntöjen levittämisen edenneen pääosin hyvin kaikissa vuonna 2017 käynnistetyissä hankkeissa kautta maan. Hallituksen loppukaudelle päätoimena kuitenkin esitetään, että näiden levittäminen ja juurruttaminen valmistuu osana maakunta- ja sote -muutoksen toteutusta. (Valtioneuvosto 2018: 29-31.) Maakunta- ja sote -muutokset olivat yhtenä juurisyytä hallituksen hajoamiseen.

Opinnäytetyössäni halusin kartoittaa, millaista ryhmätoimintaa on tarjolla maailmalla mielenterveysasiakkaille, ja miten ne ovat olleet yhteydessä asiakkaiden elämänlaatuun. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää perustamaan myös Suomeen mielenterveysasiakkaille pienryhmätoimintaa. Opinnäytetyöni on systemoitu kirjallisuuskatsaus aiheeseen. Hakuprosessi sekä aineiston rajaukset ovat systemaattiset, aineiston laadunarviointi on systemoitu, koska tein työtä yksin.

## **2 Teoreettinen viitekehys**

### **2.1 Kotihoito**

#### **2.1.1 Kotihoidon tilanne ja laatusuositukset valtakunnallisesti**

Kotihoidon palveluja voivat saada ikäihmiset, sairaat tai vammaiset, tai henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut jonkin muun syyn vuoksi. Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät ja -rakenne ovat muuttuneet viime vuosien aikana. Vuoden 2016 marraskuussa säännöllisen kotihoidon asiakkaita Suomessa oli 73 500, joista 77% oli yli 75-vuotiaita. Osuus oli 0,5 prosenttiyksikköä vähemmän kuin edellisenä vuonna. Alle 65-vuotiaita säännöllisiä kotihoidon asiakkaita oli 9%. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista vajaalle kolmannekselle (31,2%) tehtiin kuukaudessa vähintään 60 käyntiä, kun vuonna 2010 osuus oli 8 prosenttiyksikköä vähemmän. (THL 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriön 2017 julkaisema laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi tukee hallituksen kärkihanketta kehittää ikäihmisten kotihoitoa. Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi laatusuositus on nostanut viisi teema-aluetta:

1. Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä
2. Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön
3. Laadulla on tekijänsä
4. Ikäystävällinen palvelujen rakenne
5. Teknologiasta kaikki irti

(Sosiaali- terveysministeriö 2017: 12.)

Kuntia suositellaan vahvistamaan ikääntyvien asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä muun muassa vahvistamalla terveyttä edistävää ja osallisuutta lisäävää ryhmämuotoista toimintaa. Kuntien tulisi myös ennakoida toimintakykyä alentavia riskitekijöitä, kuten mielenterveyshäiriöitä, mielialan laskua ja asiakkaiden kokemaa yksinäisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 16.)

### 2.1.2 Kotihoito Helsingissä

Kotihoito koostuu Helsingissä sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) perustuvasta kotipalvelusta sekä terveydenhuoltolakiin (1326/2010) perustuvasta kotisairaanhoidosta. Lääkärien palvelut ovat yhden johdon alaisuudessa, kuten muissakin pääkaupunkiseudun kunnissa. Alueellisesti Helsinki on kuitenkin organisoitunut neljään eri johdon alaiseen palvelualueeseen. Tavoitteet ja toiminnan seuranta on yhteistä kaikille palvelualueille. Pääkaupunkiseutu poikkeaa muista maakunnista pääsääntöisesti väestömäärän sekä palveluverkon tiheyden suhteen. Vuoden 2015 lopussa Helsingissä oli n. 44000 yli 75-vuotiaasta, heistä 91,9% asui kotonaan, ja 16,62% 75 vuotta täyttäneistä oli säännöllisen kotihoidon piirissä. (Socca 2016: 8-11.) Helsingissä kotihoidon asiakkaista suurin osa on muistisairaita, kaikista säännöllisen kotihoidon asiakkaista arviolta vajaa kolmannes on mielenterveys- tai päihdeasiakkaita.

Helsingissä vanhuspalveluiden tavoitteeksi on asetettu palvelurakenteen keventäminen. Palvelurakenteen keventäminen tapahtuu muun muassa vahvistamalla ja monipuolisesti kehittämällä kotona asumista tukevia palveluja. Myös ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä tukevaa toimintaa edistetään Helsingissä aktiivisesti. (Socca 2016: 8.) Helsinki on ollut mukana kehittämässä omaa toimintaansa hallitusohjelman mukaisesti aloittamalla 1.12.2017 keskitetyn asiakas- ja palveluohjausyksikön Seniori-infon niin sanotulla yhden luukun periaatteella (Helsinki 2018) sekä pilotoimalla esimerkiksi geronomin tutkimuksen hyödyntämistä vahvistamaan voimavarakeskeistä asiakastyötä ja parantamaan asiakkaiden elämänlaatua (Itäinen kotihoitoyksikkö 2019).

Helsingin ja muun pääkaupunkiseudun ikääntyneen väestön hyvinvointi ja terveys on keskimäärin parempi kuin muualla Suomessa, mutta mielenterveyden ongelmia esiintyy enemmän. Depressiolääkkeiden käyttäjiä on suhteessa enemmän kuin muualla Suomessa. Helsingissä iäkkäiden yksin asuvien osuus on suuri, mikä saattaa lisätä turvattomuuden ja masennuksen tunteita. Lisäksi alkoholia käytetään pääkaupunkiseudulla muuta maata enemmän. Vuonna 2013 humalahakuisen alkoholin kulutuksen osuus 63 vuotta täyttäneistä oli Helsingissä 18% ja koko maassa 14%. Iäkkäiden tarpeet eivät välttämättä tule kohdatuksi päihde- ja mielenterveyspalveluissa, ja kotihoidon työntekijät tarvitsevat enemmän tukea asiakkaiden kohtaamiseen. (Socca 2016: 11.)

### 2.1.3 Tutkijan oma lähtökohta

Tämän opinnäytetyön taustalla on vahvasti vaikuttamassa tutkijan omat lähtökohdat. Olen ollut töissä sairaanhoitajana Helsingin kaupungilla ensin neljä vuotta pitkäaikaispsykiatrisilla osastoilla Hesperian ja Auroran sairaaloissa, minkä jälkeen kuusi vuotta kotihoidossa, Itäisessä kotihoitoyksikössä. Vahvan psykiatrisen taustani vuoksi, kotihoidon asiakkaista mielenterveysasiakkaat olivat minun vastuuhoidettavia. Vuosien varrella mielenterveysasiakkaiden suhteellisen määrän nousu oli selvää. Ensin kotihoidon asiakkaat olivat pääsääntöisesti muistisairaita, mielenterveysasiakkaiden ollessa vain joitain nimiä listassa. Tätä opinnäytetyötäni aloittaessani oli mielenterveysdiagnosi jo yli kolmanneksella koko lähipalvelualueen kaikista asiakkaista. Asiakkailla oli diagnooseinaan yleisimmin skitsofreniaa, ahdistuneisuushäiriöitä, harhaluuloisuushäiriöitä sekä vakavaa masennusta. Lievää masennusta ja yksinäisyyttä esiintyi paljon kaikkien yksin asuvien ikäihmisten arjessa. Kotihoidon mielenterveysasiakkaat ovat eristäytyneitä muusta yhteiskunnasta. Heidän sosiaaliset taitonsa ovat alhaisempia kuin muiden asiakasryhmien. Sosiaalisen toimintakyvyn heikkoudet näkyvät yksinäisyytenä, eriarvoisuutena, osallistumattomuutena ja vetäytymällä pois sosiaalisista tilanteista.

Kesän lopulla 2017 aloitimme mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan pilotin yhteistyössä Kontulan monipuolisen palvelukeskuksen palveluohjaajan kanssa. Kontulan monipuolisen palvelukeskuksen psykiatrisen sairaanhoitaja ja ryhmänvetäjä (palveluohjaaja) kävivät haastattelemassa lähipalvelualueemme mielenterveysasiakkaita ja aktivoimassa heitä liittymään ryhmään. Ryhmä käynnistyi elokuussa 2017 neljän asiakkaan pienryhmänä, johon pikkuhiljaa saatiin lisää osallistujia. Ryhmä tapasi kerran viikossa muutaman tunnin ajan aamukahvin ja vapaan keskustelun tiimoilla. Jo puolen vuoden päästä oli kahdessa asiakkaassa nähtävissä voimaantumista ja oma-aloitteellisuutta

oman hyvinvoinnin suhteen. Näistä muutoksista nousi oma mielenkiintoni mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan ja sen kehittämiseen.

Kotihoitoa samanlaisena kuin se on Helsingissä ja Suomessa palveluna, ei ole muualla maailmassa. Hakusanoina en käyttänyt tästä syystä kotihoitoa. Hain mielenterveysasiakkaiden palveluita, ja poissulkemalla niistä osastohoidot ja terapiat, jäljelle jäi avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden palvelut. Tässä tutkimuksessa tutkitaan täten kotona asuvien mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaa ja sen yhteyksiä elämänlaatuun.

## 2.2 Mielenterveyshäiriöt ikääntyneillä

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan mielenterveysasiakkaalla on yhtäläiset oikeudet tasavertaisuuteen, yksilölliseen vapauteen, koskemattomuuteen ja sosiaaliturvaan muuhun väestöön verrattuna (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 33). Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ryhmä koostuu usein nuorista tai keski-ikäen ylittäneistä naimattomista miehistä, joista osalla on puutteelliset asuinolosuhteet. Heidän on vaikea muodostaa tasapainoisia vuorovaikutussuhteita muihin ihmisiin. Koulutus- ja työhistoria on jäänyt usein kesken tai se puuttuu kokonaan. Tämä näkyy negatiivisesti heidän taloudellisessa tilanteessaan. Naiset eivät sen sijaan hakeudu hoitoon yhtä usein kuin miehet. He ovat lisäksi hoitoon tullessaan tavallisesti huonokuntoisempia. (Holmberg J. 2008: 16.)

Ryhmiin ja yksilöiden terveydentilaan vaikuttaa yhteiskunnan rakenteeseen sijoittuminen. Terveyserot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat huomattavan suuret. Pitkästi koulutuneet, hyvätuloiset tai hyvässä ammattiasemassa olevat elävät keskimäärin terveempinä ja pidempään kuin muut. (Palosuo et al. 2007: 15.)

Länsimaissa mielenterveyden häiriöt aiheuttavat yli viidenneksen kaikista terveyteen liittyvistä haitoista. Lähes joka neljäs suomalainen kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyden häiriöt kuuluvat suuriin kansantauteihimme ja ovat yleinen ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymisen syy. Tästä huolimatta näihin liittyviä väestöryhmittäisiä eroja on tutkittu vain vähän, eikä terveyserojen muutoksista ole juurikaan tietoa. Vakavien mielenterveyshäiriöiden, kuten skitsofrenian ja vakavan masennuksen, on todettu jakautuvan epätasaisesti väestössä siten, että alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä ne ovat yleisempiä. Matala sosioekonominen asema lisää suhteellista sairastumisriskiä

skitsofreenisissa psykooseissa 2-3-kertaiseksi, ja sen on todettu olevan yhteydessä myös pidempiin sairausjaksoihin, huonompaan hoitoon, huonompiin hoitotuloksiin sekä epäsuhtaan palveluiden käytössä. (Palosuo et al. 2007: 87-89.)

Mielenterveyshäiriöitä on monenlaisia, ja ne luokitellaan oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Yleisiä mielenterveyden häiriöitä ovat depressio eli masennus, psykoosi, ahdistuneisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt. (Heiskanen T – Salonen K – Sassi P. 2006: 114.) Ikäihmisillä mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, mutta harvinaisempia kuin keski-ikäisillä. Yli 60-vuotiaista 16–30 % kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Yleisten mielenterveyshäiriöiden lisäksi vanhuksilla esiintyy usein elimellisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä oireita. Ikäihmisten sosioekonomisista eroista mielenterveydessä on erityisen vähän tutkittua tietoa. (Palosuo et al. 2007: 96.)

Laitospaikkoja, niin iäkkäiden kuin mielenterveysasiakkaidenkin, on vähennetty merkittävästi Hallituksen rakennepoliittisen ohjelman mukaisesti 2010-luvulla. Kuntien kustannuksia pyrittiin pienentämään toimeenpano-ohjelmalla, jonka tavoitteena oli laitoshoidon vähentäminen sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalityön integraation syventäminen. (Mikkola M – Rintanen H – Nuorteva L – Kovasin M – Erhola M. 2015: 16-17.) Hoidon painopiste on siirretty kotiin, ja avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden määrä lisääntyy tasaiseen tahtiin.

### 2.3 Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatu

Elämänlaatu käsitteenä mielletään positiiviseksi. Elämänlaatu-käsitteen määrittely on kuitenkin vaikeaa. Yhtäältä ”hyvä elämä” määritetään yksilön mielihyvän, positiivisen kokemuksen ja onnen tunteen kautta, toisaalta taas yksilön toiveiden ja tavoitteiden toteuttamisen kautta. Jotta omia toiveitaan voi toteuttaa, yksilö tarvitsee tietyn tasoista toimintakykyä. Hyvää elämää voi määritellä myös jonkin ideaalin tai elintapojen (uskonnollisuus, sivistyneisyys) kautta, tai täysin yksilön toiveista ja tunteista riippumatta materiaallisen elintason kautta. (Appelqvist-Schmidlechner K – Tuisku K – Tamminen N – Nordling E – Solin P. 2016: 1759; Saarni SI – Pirkola S. 2010: 2265-66.)

Mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden oireilu vaihtelee yksilöllisesti laajasti, mikä korostaa mielenterveysasiakkaiden omaa kokemusta diagnoosipohjaisen määritelmän sijaan. Samuli Saarni ja Sami Pirkola kirjallisuuskatsauksessaan (2010) mainitsevat Terveys 2000 -tutkimuksessa verrattaneen terveyteen liittyvän elämänlaadun menetyksiä

29 kroonisen sairauden yhteydessä 15D-mittarilla. Tutkimuksessa todettiin, että pitkäaikaisen masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden vaikutukset terveyteen liittyvään elämänlaatuun voivat olla huomattavasti vakavampia kuin skitsofrenian, alkoholi-riippuvuuden tai vakavan masennuksen. Tutkimuksen tulosten mukaan kaikkein huonoin terveyteen liittyvä elämänlaatu subjektiivisesti koettuna oli henkilöillä, jotka kärsivät sosiaalisten tilanteiden pelosta, agorafobiasta, ahdistuneisuushäiriöistä tai pitkittyneestä masennuksesta. (Saarni - Pirkola 2010: 2269.)

Turussa tehdyn tutkimusprojektin mukaan skitsofreniapotilaiden elämänlaatu jaettiin yhdeksään eri osa-alueeseen. Nämä olivat perhesuhteet, taloudellinen tilanne, terveys, vapaa-aika, asuminen, työtilanne, uskonto, turvallisuus ja ihmissuhteet. Näihin lisättiin vielä yleinen oma kokemus elämänlaadusta. Potilaiden omat arviot olivat kaikilla osa-alueilla ”tyytyväinen” ja ”enimmäkseen tyytyväinen” välillä. Vaikka taloudellinen tilanne oli kaikilla potilailla huono, olivat he kuitenkin siihenkin tyytyväisiä. Potilaan hoitokontaktien lukumäärällä ei todettu olevan vaikutusta terveyteen koettuun tyytyväisyyteen. Hoitohenkilökunta teki oman arvionsa samojen potilaiden terveydentilasta ja tyytyväisyydestä. Suurimmat erot niissä nousivat näkökulmaeroina. Potilaat arvioivat itseään itsetunnon ja hyvinvoinnin kautta, kun taas henkilökunta katsoi tilannetta potilaan oireiden, toimintakyvyn ja hoidon kautta. (Heikkilä J – Korkeila J – Aalto S – Sourander A – Karlsson H. 2001: 3925.)

Tutkimusten mukaan masennusoireilu on elämänlaadun kokemuksiä heikentävä tekijä, ja sen vaikutukset ovat voimakkaammat kuin esimerkiksi positiiviset psykoosioireet. (Saarni - Pirkola 2010: 2272.) Suurimmat positiiviset vaikutukset mielenterveysasiakkaan elämänlaatuun on todettu olevan emotionaalisesti merkitsevillä suhteilla sekä tyytyväisyydellä sosiaalisiin suhteisiin. (Heikkilä et al. 2001: 3925.)

#### 2.4 Elämänlaadun mittaaminen

Elämänlaatua mittaamalla on arvioitu pitkäaikaissairaiden hoito-ohjelmien, avohoidon tukitoimien sekä sosiaalisten tekijöiden vaikuttavuutta. Niiden mukaan on esitetty, että toimeentuloon, asumiseen ja vapaa-ajan aktiviteetteihin liittyvillä tekijöillä on vaikutusta mielenterveysasiakkaiden kokemaan elämänlaatuun. (Saarni - Pirkola 2010: 2271.)

Elämänlaatukäsitteissä ja -mittareissa näkökulmia painotetaan eriasteisesti. Mittarit ovat myös teknisesti erilaisia. Näkökulmaerojen lisäksi ne vaihtelevat haastattelupohjaisista

kyselyistä potilaan itsensä täyttämiin kyselyihin. Kun puhutaan terveyteen liittyvästä elämänlaadusta, mitataan käytännössä tällöin potilaan toimintakykyä, oireita ja koettua terveyttä; niitä elämänlaadun osa-alueita, joihin terveys ja terveydenhuolto vaikuttavat. Myös terveys -käsite on vaikeasti määriteltävä, joten usein termit terveys ja elämänlaatu ovat hankala erottaa toisistaan. (Appelqvist-Schmidlechner et al. 2016: 1759; Saarni - Pirkola 2010: 2265-66.)

Elämänlaatu mittareilla mitattuna perustuu asiakkaan omaan kertomaan. Mielenterveysasiakkaita usein joudutaan hoitamaan kuitenkin vasten heidän tahtoaan. Tämä aiheuttaa epäilyä vastausten luotettavuudesta. Joissain tilanteissa potilaan omaa näkemystä ei katsota päteväksi. Pääsääntöisesti kuitenkin myös mielenterveysasiakkaan oma arvio omasta terveydentilastaan on yhtä vakavasti otettava ja yhtä pätevä kuin kaikkien muidenkin. Virhepäätelmät mielenterveysasiakkaiden elämänlaatumittareiden tuloksissa johtuvat joko mielialan, kognitiiviseen tilan tai psykoottisuuden aiheuttamista tekijöistä. Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatu herättää usein kysymyksiä, kuten voiko esimerkiksi vakavasti masentunut henkilö kokea subjektiivisen elämänlaatunsa hyväksi, tai kuinka tulee suhtautua elämänlaadun arvioon, kun tasaisessa vaiheessa oleva skitsofreniapotilas kokee subjektiivisen vointinsa huomattavasti paremmaksi, kuin mitä hoitohenkilöstö sen näkee objektiivisesti. Tällaisessa tilanteessa asiakkaan sairaus saattaa olla krooninen, asiakas itse on siihen tottunut ja tätä myötä tavoitetaso on alentunut. Hoitohenkilökunnan objektiivisen näkemyksen mukaan tilanne on tällöin huono. (Saarni - Pirkola 2010: 2267.) Taulukossa 1 esitetään yleisimpiä elämänlaadun tai mielenterveyden mittareita.

Taulukko 1: Yleisimpiä elämänlaadun ja mielenterveyden mittareita. (Toimia: toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto)

Mittarin lyhenne	Nimi	Käyttötarkoitus	Tiedonkeruumenetelmä
15D	15D -terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari	Soveltuu terveydenhuollon asiakkaan omaan arviointiin elämänlaadustaan. Soveltuu myös väestön terveystutkimuksiin, terveydenhuollon toiminnan suunnitteluun, toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointiin sekä terveydenhuollon toiminnan	Itse täytettävä kyselylomake

		kustannusvaikuttavuuden arviointiin.	
<b>BDI</b>	Beckin depressio-kysely 21-osainen (Beck Depression Inventory)	Mittarista eri versiot kliinistä käyttöä ja tutkimusta varten.	Itse täytettävä kyselylomake
<b>CES-D</b>	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	Soveltuu masennusoireiden tunnistamiseen ja vaikeusasteen arviointiin.	Haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
<b>EQ-5D</b>	EQ-5D Elämänlaatu-mittari	Soveltuu arvioimaan sekä terveydentilaa että terveydenhuollon toimenpiteiden tuloksia	Haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
<b>EuroHIS-8-elämänlaatumittari</b>	EUROHIS-Qol 8-item index	Lyhennetty versio WHOQOL-BREF -mittarista. Soveltuu nopeaan ja helppoon väestön terveydentilan arviointiin ja seurantaan.	Haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
<b>GAD-7</b>	Generalized Anxiety Disorder 7-item scale	Soveltuu ahdistuneisuushäiriön seulontaan ja seurantaan.	Itse täytettävä kyselylomake
<b>GDS-15</b>	Geriatric Depression Scale	Soveltuu ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen.	Haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
<b>GHQ-12</b>	12-item General Health Questionnaire	Soveltuu psyykkisen oireilun seulontaan.	Itse täytettävä kyselylomake
<b>HRQOL</b>	Health Related Quality of Life	Soveltuu tunnistamaan terveyseroja sekä trendejä väestössä.	Haastattelu
<b>LQOLP</b>	Lancashire Quality of Life Profile	Soveltuu arvioimaan mielenterveysasiakkaiden elämänlaatua.	Haastattelu
<b>MANSA</b>	The Manchester Short Assessment of Quality of Life. (Lyhyempi versio LQOLP:sta)	Soveltuu arvioimaan mielenterveysasiakkaiden elämänlaatua.	Haastattelu
<b>MMSE</b>	Mini Mental State Examination	Soveltuu arvioimaan kognitiivista toimintakykyä ja erottelamaan esimerkiksi muistisairaudesta skitsofrenian akuutista sekavuustilasta.	Haastattelu, mittaus/testi
<b>PANSS</b>	Positive and Negative Syndrome Scale	Soveltuu arvioimaan mielenterveysasiakkaan positiivista ja negatiivista oireilua	Haastattelu

<b>Q-LES-Q</b>	Quality of Life Enjoyment and Life Satisfaction Questionnaire	Soveltuu mittamaan vastaajan nautinnon ja tyytyväisyyden astetta arkiin toimintoihin.	Itse täytettävä kyselylomake
<b>SF-36</b>	General Health Survey	Soveltuu hoidon vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan sekä hoitotyössä että tutkimuksessa.	Itse täytettävä kyselylomake
<b>WHOQOL-BREF</b>	The World Health Organization Quality of Life	Soveltuu sekä tutkimukseen että kliiniseen käyttöön terveydenhuollon ammattihenkilöille nopeaan elämänlaadun kartoittamiseen, sekä suurten väestömäärien epidemiologiseen elämänlaadun tutkimukseen.	Haastattelu, itse täytettävä kyselylomake
<b>GAD-7</b>	Generalized Anxiety Disorder 7-item scale	Soveltuu ahdistuneisuushäiriön seurantaan ja seurantaan.	Itse täytettävä kyselylomake

## 2.5 Ikääntyneiden ryhmätoiminta

Ikäihmisille, sekä kotihoidon että palvelutalojen asiakkaille, järjestetään viikoittaista viriketoimintaa. Viriketoiminta ryhmissä pääsääntöisesti koostuu yhteisistä ruokahetkistä, leivonnasta, laulu- ja jumppatuokioista, askartelusta sekä ulkoilusta. Ryhmien tarkoitus on säilyttää asiakkaan hyvinvointi keskiössä, ja tuottaa samalla asiakkaiden kanssa sisällöltään mielekästä arkea. Ikäihmisten subjektiivinen ajatus siitä, mikä auttaa voimaan hyvin ja ylläpitämään mielenterveyttä, ovat muun muassa positiivinen asenne, fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen aktiivisuus, sekä vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa. Pienryhmätoiminnassa asiakkaalla on itsellään mahdollisuus valita osallistumisensa. Yhdellä on halu olla aktiivinen toimija ryhmässä, toiselle saattaa riittää pelkkä seuraaminen ja mukana olo. (Pätsi, M. 2014: 11-16.)

Arkielämässä aktiviteettien puute voi johtaa eristymiseen, yksinäisyyteen, merkityksettömyyden tunteisiin sekä masennukseen (Finne-Soveri H – Pohjola L – Keränen J – Raivio K. 2014: 58). Virikeryhmien sisältö vaikuttaa ihmisiin monin keinoin. Musiikin kuunteleminen tai laulamminen tuottaa mielihyvää, auttaa työstämään tunteita ja lisää sosiaalista kanssakäymistä. Työskentelyssä, kuten askartelussa ja käsitöissä saadaan väriä ympäristöön sekä onnistumisen ja luovuuden kokemuksia. Luovuudella voidaan tukea myös niitä asiakkaita, joille itsensä ilmaiseminen on vaikeampaa. Arkisemmat tilanteet, kuten

lehden lukeminen, tai uutisista keskusteleminen sitovat asiakkaita yhteiskunnan tapahtumiin. Liikunnan, taiteen ja luovuuden avulla voidaan edistää ikääntyneiden terveyttä, lisätä heidän elämäänsä mielekkyyttä, ja aktivoida heidän osallistumistaan yhteisön toimintaan. Sosiaalinen ja luova toiminta ehkäisee myös eristyneisyyttä sekä pienentää sosiaalisen syrjäytymisen riskiä. (Pätsi, M. 2014: 16-17.) Vehniäisen pro gradu -tutkimuksessa (2009) tuli esille, että viriketoiminnalla on enemmän vaikutusta juuri mielialaan sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, ei niinkään fyysiseen toimintakykyyn (Vehniäinen E. 2009).

### **3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyöni tarkoitus on kuvata kirjallisuuskatsaukseen perustuen, millaisia ryhmiä mielenterveysasiakkaille on tarjolla, ja miten nämä ryhmät ovat yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun. Tarkoituksena on myös kuvata, millaisia suosituksia tutkimusartikkeleissa on luotu niiden tulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää pienryhmätoimintaa mielenterveysasiakkaille Suomessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista ryhmätoimintaa mielenterveysasiakkaille on tarjolla?
2. Millaisia suosituksia tutkimusartikkeleissa on luotu niiden tulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan?
3. Miten ryhmätoiminta on ollut yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun?

## 4 Aineisto ja tutkimusmenetelmät

### 4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on itsenäinen tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan löydetyn tiedon laatua ja yhdistetään saatuja tuloksia kattavasti. Sen avulla voidaan myös tarkentaa valittuja tutkimuskysymyksiä sekä muodostaa yleistyksiä. (Kääriäinen M. – Lahtinen M. 2006: 39.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on huolellisesti suunniteltu ja useaa tiedonlähdettä käyttäen toteutettu tiedonhaku. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pyrkii löytämään kaikki tutkimuskysymykseen olennaiset tutkimukset olematta vinoutunut, eli rajaamatta pois maita tai kieliä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulee olla raportoitu myös siten, että se on helposti toistettavissa. (Isojärvi J. 2017.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tarkoittaa tietyn ilmiön aiempien tutkimusten olennaisen sisällön tiivistelmää. Integroimalla tietoa on mahdollista kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman laajasti, koska menetelmä mahdollistaa metodisilta lähtökohdiltaan erilaisten tutkimusten mukaan ottamisen. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisessä tärkeitä on vastata selkeästi tutkimuskysymykseen, vähentää tutkimusten valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harhaa, arvioida valittujen tutkimusten laatua sekä tiivistää tutkimuksia objektiivisesti. (Salminen A. 2011: 9-10.)

Kirjallisuuskatsaus antaa selkeät ohjeet tiedon etsimistä ja arviointia varten. Tutkimusten tulosten yhteenvedoa sekä yhdistelyä on myös ohjeistettu. Kirjallisuuskatsaukselle pyritään luomaan kriteerejä systemaattisuuden avulla, joiden avulla saadaan tutkimukselle tieteellistä uskottavuutta. (Salminen A. 2011: 10.) Ensimmäinen ja tärkein vaihe on tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimussuunnitelmassa määritetään tutkimuskysymykset, aineistonhakustrategiat sekä alkuperäistutkimusten sisäänottokriteerit. Jos näistä poikkeaa tutkimusta tehdessä, tärkeitä on kaikista poikkeamista raportointi. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen seuraavia vaiheita ovat tutkimuskysymysten laatiminen, aineiston keruu, aineiston arviointi, aineiston analyysi ja tulkinta sekä tulosten raportointi. (Salminen A. 2011: 10.) Tämä tutkimus on systemoitu kirjallisuuskatsaus. Se eroaa systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta ainoastaan laadunarvioinnin kohdalla; kun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadunarvioinnin tekee kaksi tutkijaa, tekee systemoidun laadunarvioinnin vain yksi tutkija.

Aineiston keruuta varten ensin valitaan tiedonlähteet eli tietokannat. Kukin tietokanta on hieman erilainen, ja kullekin tulee kehittää oma hakustrategiansa. Haun toteutuksen jälkeen arvioidaan tuloksia ja korjataan hakustrategiaa tarvittaessa. Koko hakuprosessi tulee dokumentoida ja raportoida mahdollisimman tarkkaan. Raportointi on välttämätöntä hakuprosessin läpinäkyvyyden sekä toistettavuuden vuoksi. Hakuprosessin dokumentointi ja raportointi myös todistavat sen, että prosessi on tehty asianmukaisia menetelmiä noudattaen. (Isojärvi J. 2017; Kääriäinen – Lahtinen 2006: 40.)

Seuraava tärkeä vaihe systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatimisessa on alkuperäistutkimusten menetelmällisen laadun kriittinen arviointi (Hotus 2019). Joanna Briggs Institute (JBI) on laatinut ohjeistuksen tieteellisten tutkimusten arviointia varten. JBI:n omien ohjeiden mukaan tutkimusten kriittisen arvioinnin suorittaa kaksi tutkijaa itsenäisesti. Toisen tutkijoista tulee olla käynyt JBI:n kriittisen laadun arvioinnin koulutus, JBI-katsauksia varten. (Joanna Briggs Institute 2014.) JBI-katsauksissa käytettyjä arviointikriteerejä käytetään yleisesti tutkimusten kriittisessä laadunarvioinnissa.

Viimeiseksi aineistoa analysoidaan sisällön analyysin avulla sekä raportoidaan tutkimustulokset. Aineiston analyysin ja tutkimustulosten raportoinnin tarkoituksena on vastata mahdollisimman objektiivisesti ja kattavasti tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 43.)

#### 4.2 Alkuperäistutkimuksen haku ja valinta

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen aineistohaku suoritettiin järjestelmällisesti ja huolellisesti, jotta saatiin tutkimusaineistoksi sopiva aineisto. Tavoitteena oli löytää tutkimuskysymyksiin vastaavia tieteellisiä tutkimusartikkeleita. Tutkimusaineisto muodostui hyvää tieteellistä käytäntöä noudattavan, systemaattisen, hoitotieteeseen soveltuviin tietokantoihin pohjautuvan tiedonhaun perusteella.

Aineisto opinnäytetyöhöni on haettu 24.-25.05.2018 sähköisistä tietokannoista: Cinahl, PubMed, OvidMedline ja Medic. Hakusanoina käytettiin YSA:n (yleinen suomalainen asiasanasto) asiasanoja: mielenterveys, psykososiaalinen, ryhmäkuntoutus, ryhmätöiminta, elämänlaatu, viriketoiminta. Mielenterveys -asiasana sisältää jo itsessään mielenterveyskuntoutujat, -kuntoutuksen ja -työn, joten niitä ei erikseen haettu. Englanninkielisiä MeSH (Medical Subject Heading) asiasanoja käytettiin Medic ja PubMed -tietokannoissa. Käytetyt termit olivat: group (related), mental health, quality of life, psychosocial,

recreational activities, group activity. Asiasanojen synonyymit olivat haussa käytössä. Systemaattinen kirjallisuushaku on kuvattu tietokannoittain Taulukossa 2. Osumia tuli yhteensä 1604 kappaletta. Haun aikarajaus asetettiin vuosiin 2007-2018 ja kielirajauksena oli englanti ja suomi. Niissä tietokannoissa, joissa oli mahdollisuus rajata iän perusteella, rajattiin hakua 65+ tai iäkkäät/elderly. Osassa hauista tuloksia löytyi niin suuri määrä, että tein lisärajuuksia pienentääkseni määrää, ne on myös listattu Taulukossa 2.

Taulukko 2. Hakulauseet tietokannoittain 24.-25.05.2018.  
Kielirajaus englanti, suomi. Muu rajaus: 65+/iäkkäät.

Päällekkäisyydet poistettu, jos samoja eri tietokannoista.

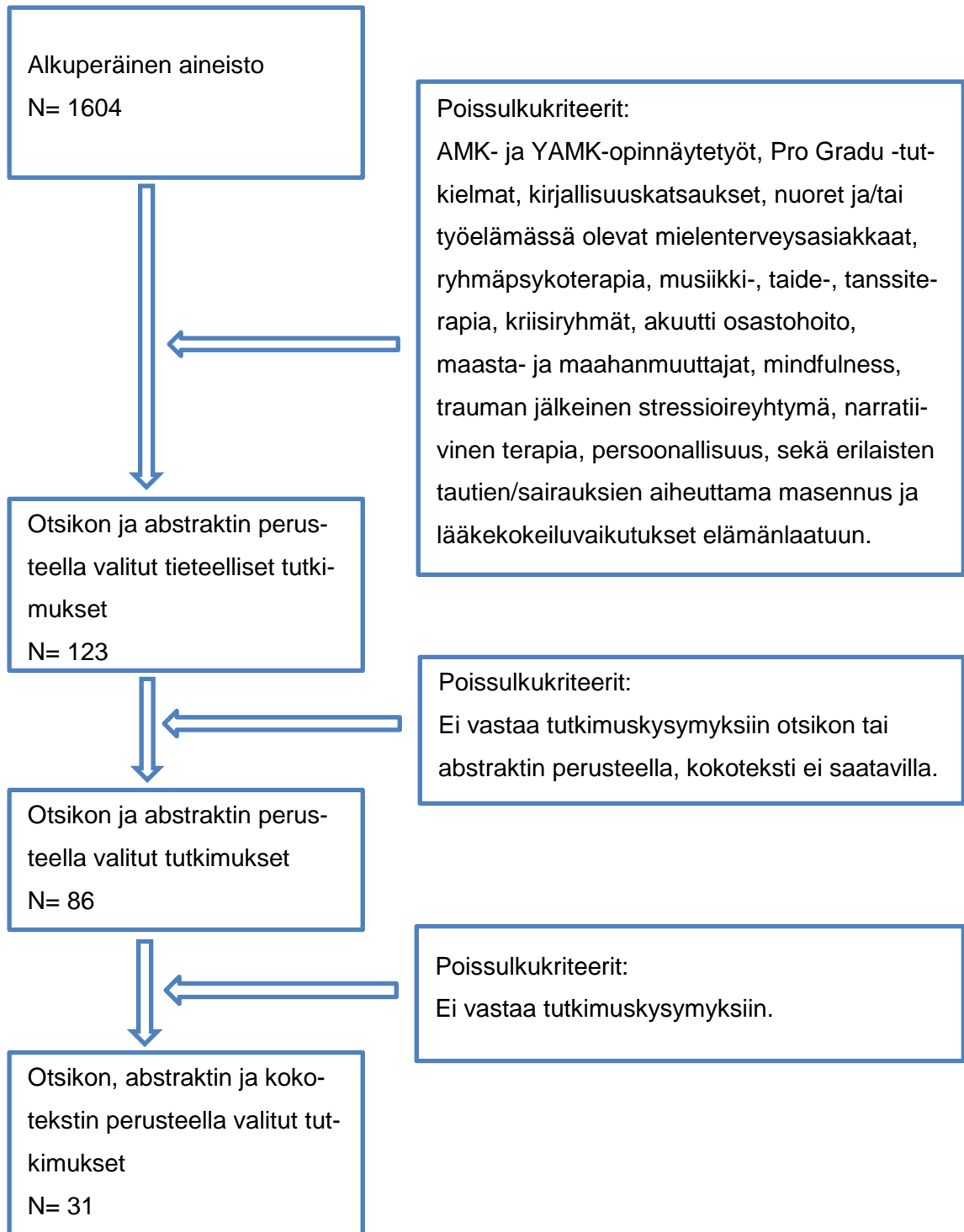
Lisähaku tehty 20.09.2018, koska ryhmätoiminnasta ei löytynyt mielenterveyden yhteydessä ryhmäterapien lisäksi näyttöä. Nämä merkitty \* -tähdellä.

Tietokanta	Hakusanat	Lisärajaus	Osumat
Medic	1. mielenterveys AND ryhmäkuntoutus OR ryhmätoiminta (YSA asiasanahaku).		0
	2. mielenterveys AND ryhmäohjaus OR ryhmäterapia (YSA asiasanahaku)		39
	3. "mielentervey*" "mental health" AND "ryhmä*" "group" (ei asiasanahaku).		28
	4. mielenterveys AND elämänlaatu (YSA asiasanahaku).		21
	5. "mielenterv*" AND "elämänlaa*" (ei asiasanahaku).		53
	6. "mielenterveys" AND "viriketoiminta" (ei asiasanahaku)		0
	7. "mental health" AND "recreational activities" (MeSH asiasanahaku)		0
	8. "mielenterv*" AND "psykososi*" (ei asiasanahaku)		18
	9. "mental health" AND "activit*" (ei asiasanahaku)		17
	10. recreational activities AND elderly (MeSH asiasanahaku)		*23
	11. virkistystoiminta AND vanhuksset (YSA asiasanahaku)		*1
Cinahl	1. mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND therapy groups (asiasanahaku)	Peer review	73

	2. mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND quality of life (asiasanahaku)		(2199)
	3. Sama kuin edellinen	Kavennettu vuosiväliä: 2012-2018	(1444)
	4. Sama kuin edellinen	Full Text	(447)
	5. Sama kuin edellinen	Research article	(382)
	6. Sama kuin edellinen	Abstract available	353
	7. mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND recreational activities	Kaikki ylläolevat	16
	8. mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND psychosocial AND group (asiasanahaku)		226
	9. recreational activities AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric (asiasanahaku)		*51
	10. recreational group AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric (asiasanahaku)		*11
<b>PubMed</b>	1. "Mental health" AND "group therapy" (MeSH asiasanahaku)		(422)
	2. Sama kuin edellinen	Kavennettu vuosiväliä: 2012-2018	148
	3. "mental health" AND "group" AND "psychosocial" (MeSH asiasanahaku)		159
	4. "mental health" AND "quality of life" (MeSH asiasanahaku)		(7478)
	5. Sama kuin edellinen	Kavennettu vuosiväliä: 2012-2018	(2165)
	6. Sama kuin edellinen	Free Full Text	(895)

	7. Sama kuin edellinen	Kavennettu vuosiväliä: 2016-2018	(665)
	8. "schizophrenia" AND "quality of life"	Kavennettu vuosiväliä: 2012-2018	70
	9. "psychosocial" AND "group activity"		13
	10. "psychosocial group activities"		6
	11. "mental health" AND "quality of life" AND "psychosocial group activities"		0
	12. "psychosocial group activities" AND elderly		*76
<b>Ovid Medline</b>	1. "mental health" AND "quality of life" AND "group"		(3523)
	2. Sama kuin edellinen	Kavennettu vuosiväliä: 2012-2018, Full Text	196
	3. "psychosocial group activities" AND "mental health"		1
	4. "psychosocial" AND "group" AND "mental health"		(1639)
	5. Sama kuin edellinen	Full Text	
<b>Yhteensä:</b>			1604 osumaa

Tämän tutkimuksen aineisto on poimittu edellä mainitun kirjallisuuskatsauksen aineistosta (N=1604 julkaisua). Aineiston valintaprosessi on kuvattu Kuviossa 1, jossa nuolien avulla kuvataan prosessin eteneminen. Lisäksi kuviossa on esitetty vaiheittaiset aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.



Kuvio 1. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun -aihetta koskevien tutkimusten valintaprosessi.

Hakujen perusteella alkuperäisaineistosta otettiin otsikon ja abstraktin perusteella kaikki tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttävät artikkelit (n=1604). AMK-, YAMK- ja Pro Gradu -tutkielmat kuten myös toiset systemaattiset kirjallisuuskatsaukset suljettiin pois. Sisäänottokriteereinä olivat tutkimusta kuvaavat suomen- ja englanninkieliset sanat, lauseet ja lausekokonaisuudet. Samalla on poissuljettu nuoret ja/tai työelämässä olevat mielenterveysasiakkaat, mielenterveysasiakkaiden/-potilaiden omaiset ja läheiset, ryhmäpsykoterapia, musiikki-, taide-, ja tanssiterapia, kriisiryhmät, akuutti osastohoito, maasta- ja maahanmuuttajat, mindfulness, trauman jälkeinen stressioireyhtymä, narratiivinen terapia, persoonallisuus, sekä erilaisten tautien/sairauksien aiheuttama masennus ja lääkekokeiluvaikutukset elämänlaatuun. Epäselvissä tilanteissa tarkastettiin mahdolliset saatavilla olevat kokotekstit. Kaikki päällekkäisyydet poistettiin myös.

Aineisto (n=123) käytiin uudestaan läpi ja mukaan otettiin kaikki tutkimukset, jotka otsikon ja abstraktin perusteella vastasivat tutkimuskysymyksiin (n=86). Lopullinen tutkimusartikkeleiden valinta tehtiin otsikon, abstraktin ja kokotekstin perusteella siten, että mukaan otettiin ne tutkimukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin sekä joiden kokotekstit olivat luettavissa Metropolian LibGuides -tietokantojen kautta. Tähän tutkimukseen valittiin 31 alkuperäisartikkelia.

Taulukossa 3 esitetään kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset. Taulukosta ilmenevät tutkimuksen tekijät, vuosi, nimi, julkaisu sekä maa.

Taulukko 3. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun -kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset (n= 31).

	<b>Tutkija(t), vuosi</b>	<b>Nimi</b>	<b>Julkaisu</b>	<b>Maa</b>
1.	Almomani FM, McDowd JM, Bani-Issa W, Al- momani M. 2014.	Health-Related Quality of Life and Physical, Mental, and Cognitive Disabilities among Nursing Home Residents in Jordan.	Quality of Life Research (2014) 23:155-165.	Jordania
2.	Broyd A, Jolley S, Johns L. 2016.	Determinants of Subjective Well-Being in People with Psychosis Referred for Psychological Therapy in South London.	British Journal of Clinical Psychology (2016), 55, 429-440.	UK
3.	Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R,	The Care of Older Patients with Bipolar Disorder	Ageing & Mental Health, 2016, Vol.20, No.9, 899-907.	Alankomaat

	Beekman A, Stek ML, Dols A. 2015.			
4.	Eklund M, Gunnarsson AB, Sandlund M, Leufstadius C. 2014.	Effectiveness of an Intervention to Improve Day Centre Services for People with Psychiatric Disabilities.	Australian Occupational Therapy Journal (2014) 61, 268-275.	Ruotsi
5.	Emmerink PMJ, Roeg DPK. 2016.	Predictors of Quality of Life of People Receiving Intensive Community-Based Care.	Quality of Life Research (2016) 25:457-464.	Alankomaat
6.	Fuller-Iglesias HR. 2014.	Social Ties and Psychological Well-Being in Late Life: The Mediating Role of Relationship Satisfaction.	Aging & Mental Health 2015, Vol. 19, No. 12, 1103-1112.	Yhdysvallat
7.	Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, Drake RJ. 2014.	Validity of Subjective versus Objective Quality of Life Assessment in People with Schizophrenia.	BMC Psychiatry (2014) 14:365.	UK
8.	Horghagen S, Fostvedt B, Alsaker S. 2014.	Craft Activities in Groups at Meeting Places: Supporting Mental Health Users' Everyday Occupations.	Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014; 21: 145-152.	Norja
9.	Hsu HC, Chang WC. 2015.	Social Connections and Happiness among the Elder Population of Taiwan.	Aging & Mental Health 2015, Vol.19, No. 12, 1131-1137.	Taiwan
10.	Huang R-R, Chen Y-S, Chen C-C, Chou FH-C, Su SF, Chen MC, Kuo M-H, Chang L-H. 2012.	Quality of Life and its Associated Factors among Patients with Two Common Types of Chronic Mental Illness Living in Kaohsiung City.	Psychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 66: 482-490.	Taiwan
11.	Kilbourne AM, Bramlet M, Barbaro MM, Nord KM, Goodrich DE, Lai Z, Post EP, Almirall D, Verchinina L, Duffy SA, Bauer MS. 2014.	SMI Life Goals: Description of a Randomized Trial of a Collaborative Care Model to Improve Outcomes for Persons with Serious Mental Illness.	Contemporary Clinical Trials. 2014 September; 39(1): 74-85.	Yhdysvallat

12.	Kim DJ. 2017.	The Effects of a Combined Physical Activity, Recreation, and Art and Craft Program on ADL, Cognition, and Depression in the Elderly.	The Journal of Physical Therapy Science. 2017, 29: 744-747.	Etelä-Korea.
13.	Kingstone T, Burroughs H, Bartlam B, Ray M, Proctor J, Shepherd T, Bullock P, Chew-Graham CA. 2017.	Developing a Community-Based Psycho-social Intervention with Older People and Third Sector Workers for Anxiety and Depression: A Qualitative Study.	BioMed Central Family Practice (2017) 18: 77.	UK
14.	Levula A, Wilson A, Harré M. 2015.	The Association Between Social Network Factors and Mental Health at Different Life Stages.	Quality of Life Research (2016) 25: 1725-1733.	Australia
15.	Li J, Theng Y-L, Foo S. 2015.	Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore.	Journal of Cross-Cultural Gerontology (2015) 30: 409-422.	Singapore.
16.	Lombardo P, Jones W, Wang L, Shen X, Goldner EM. 2018.	The Fundamental Association Between Mental Health and Life Satisfaction: Results from Successive Waves of a Canadian National Survey.	BMC Public Health (2018) 18:342	Kanada
17.	Markowitz FE. 2015.	Involvement in Mental Health Self-Help Groups and Recovery.	Health Sociology Review, 2015, Vol. 24, No. 2, 199-212.	Yhdysvallat
18.	Meesters PD, Comijs HC, de Haan L, Smit JH, Eikelenboom P, Beekman ATF, Stek ML. 2013.	Subjective Quality of Life and Its Determinants in a Catchment Area Based Population of Elderly Schizophrenia Patients.	Schizophrenia Research 147 (2013) 275-280.	Alankomaat
19.	Mueser KT, Bartels SJ, Santos M, Pratt SI, Riera EG. 2012.	Integrated Illness Management and Recovery: A Programme for Integrating Physical and	American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Apr-Jun 2012; 15(2): 131-156.	Yhdysvallat

		Psychiatric Illness Self-Management in Older Persons with Severe Mental Illness.		
20.	Nadeem N, Majeed S, Khan AQ. 2015	Perceived Quality of Life and Cognitive Stress Appraisal in Patients with Generalized Anxiety Disorder.	Health Science Journal 2015, 10:2.	Pakistan
21.	Ng P, Pan JY, Lam P, Leung A. 2014.	Quality of Life in People with Mental illness in Non-residential Community Mental Health Services in Hong Kong.	East Asian Arch Psychiatry 2014; 24:43-50.	Hong Kong
22.	Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. 2016.	Internalized Stigma and Quality of Life Domains among People with Mental Illness: The Mediating Role of Self-Esteem.	Journal of Mental Health, 2016; 25(1): 55-61.	Portugali
23.	Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. 2016.	Wellness within Illness: Happiness in Schizophrenia.	Schizophrenia Research 2014 October; 159(1): 151-156.	Yhdysvallat
24.	Park J, Roh S. 2013.	Daily Spiritual Experiences, Social Support, and Depression among elderly Korean immigrants.	Aging & Mental Health. Vol. 17, No. 1, 102-108.	Yhdysvallat
25.	Ponce de León L, Lévy JP, Fernández T, Ballesteros S. 2015.	Modeling Active Aging and Explicit Memory: An Empirical Study.	Health & Social Work, Vol 40, Nr 3, August 2015.	Espanja
26.	Ristner MS, Lisker A, Grinshpoon A. 2014.	Predicting 10-year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders.	Psychiatry and Neurosciences 2014; 68: 30-317.	Israel
27.	Salles MM, Matsukura TS. 2015.	Occupational Possibilities in a Brazilian Mental Health Service: The Perspective of Users.	Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2016; vol. 23, No. 1, 23-29.	Brasilia
28.	Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Koyanagi A, Haro JM,	Act-Belong-Commit Indicators Promote Mental Health and Wellbeing among Irish Older Adults.	American Journal of Health Behavior 2018; 42 (6): 31-45.	Irlanti

	Donovan RJ, Koushede V. 2018.			
29.	Wheeler A, McKenna B, Mad- ell D, Harrison J, Prebble K, Lars- son E, Dunbar L, Nakarada-Kordic I. 2015.	Self-Reported Health-Related Quality of Life of Mental Health Service Users with Serious Mental Illness in New Zealand.	Journal of Primary Health Care 2015;7(2): 117-123.	Uusi See- lanti
30.	Zhang W, Chen M. 2013.	Psychological Distress of Older Chinese: Exploring the Roles of Activities, Social Support, and Subjective Social Status.	Journal of Cross-Cul- tural Gerontology (2014) 29: 37-51.	Kiina
31.	Östman M, Björk- man T. 2014.	People Living in Community with a Severe Mental Illness: Utilization and Satisfaction with Care and Support.	Community Mental Health Journal (2014) 50: 926-931.	Ruotsi

#### 4.3 Tutkimusaineiston laadunarviointi

Tutkimusartikkelit luettiin useita kertoja läpi ja ne taulukoitiin (Liite 1). Mielenterveys-asiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun -kirjallisuuskatsausta esittelevästä taulukosta käy ilmi alkuperäisartikkeleiden viite, maa, tarkoitus sekä aineisto, mitarit ja menetelmät. Tutkimuksen omat päätulokset on listattu myös taulukkoon. Taulukossa on myös esitetty kunkin alkuperäistutkimuksen JBI-kriteeristön mukainen laadunarvioinnin pisteytys. Näiden vaihteluväli oli 5-9 pistettä.

Tutkimukseen valituista (n= 31) alkuperäistutkimuksesta 4 oli laadullista ja 27 määrällistä tutkimusta. Tutkimuksia oli tehty Euroopassa (n= 12), Amerikassa (n= 8), Aasiassa (n= 7), Lähi-Idässä (n= 2) sekä Oseaniassa (n= 2). Aineiston alkuperämaat on kuvattu tarkemmin Taulukossa 4. Alkuperäistutkimukset on julkaistu vuosina 2012-2018.

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten alkuperämaat.

<b>Kirjallisuuskatsausaineisto maanosittain</b>	<b>Maa ja lukumäärä</b>
<b>Eurooppa (n= 12)</b>	Alankomaat (n= 3)
	Espanja (n= 1)
	Irlanti (n= 1)
	Norja (n= 1)
	Portugali (n= 1)
	Ruotsi (n= 2)
	UK (n= 3)
<b>Amerikka (n= 8)</b>	Brasilia (n= 1)
	Kanada (n= 1)
	Yhdysvallat (n= 6)
<b>Aasia (n= 7)</b>	Etelä-Korea (n= 1)
	Hong Kong (n= 1)
	Kiina (n= 1)
	Pakistan (n= 1)
	Singapore (n= 1)
	Taiwan (n= 2)
<b>Lähi-Itä (n= 2)</b>	Israel (n= 1)
	Jordania (n= 1)
<b>Oseania (n= 2)</b>	Australia (n= 1)
	Uusi-Seelanti (n= 1)

Alkuperäisartikkeleista poikkileikkaustutkimuksia oli 13kpl, pitkittäistutkimuksia oli 5kpl, kokeellisia tutkimuksia 3kpl, tapaus - kontrolli -tutkimuksia 2kpl, kuvailevia tutkimuksia 4kpl ja laadullisia tutkimuksia 4kpl. Osallistujien määrät vaihtelivat määrällisissä tutkimuksissa 28-466574 välillä, ja laadullisissa 8-29 välillä. Osallistujat olivat pääsääntöisesti iäkkäitä ja/tai mielenterveysasiakkaita. Kontrolliryhmänä kokeellisissa tutkimuksissa oli terveen väestön otanta (n=2). Joissakin tutkimuksissa oli osallistujina myös hoitohenkilökuntaa (n=3) tai asiakkaan sosiaalista verkostoa (n=1).

Aineiston keruumenetelminä oli käytetty haastattelua (n=15), kyselylomaketta (n=23), kliinisiä mittareita (n=3) kuten paino, pituus, verenpaine, verensokeri, kolesteroli, näkö, kuulo ja mammografia. Aineistoa kerättiin myös valmiiden mittarien (n=35) avulla. Näistä yleisimpiä olivat elämänlaadun mittarit WHOQOL, HRQOL, MANSA ja SF-36 (yhteensä n=16). Muistia ja masennusta haettiin myös: MMSE (n=5), GDS-15 (n=5), CES-D (n=4). PANSS (n=4) -mittarilla haettiin osallistujien positiivisia ja negatiivisia psyykkisiä oireita. Yksittäisiä muita mittareita oli useita.

Aineistoa analysoitiin esimerkiksi regressioanalyysien (n=13), korrelaatioiden (n=9) ja hypoteesimallien (n=6) avulla. Sisällön analyysin (n=4) avulla analysoitiin laadullisia tutkimuksia.

Tässä tutkimuksessa alkuperäistutkimusten laadunarviointi toteutettiin noudattaen Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) suomentamia Joanna Briggs instituutin kriittisen arvioinnin JBI-kriteeristöjä. Eri menetelmin tehdyille tutkimuksille on laadittu omat JBI-kriteeristönsä. Tutkimusartikkelit arvioitiin ja pisteytettiin systemaattisesti JBI:n arviointikriteerien avulla, ja samalla saatiin tietoa tutkimusten kliinisestä merkityksestä sekä yleistettävyydestä. Tämän tutkimuksen aineiston muodostavat tutkimukset (n= 31) käytiin kriittisesti läpi kuhunkin tutkimukseen soveltuvan kriteeristön mukaisesti kohta kohdalta. Laadunarvioinnin kokonaispistemäärät sekä tutkimusasetelman mukaiset yksityiskohtaiset kuvaukset esitetään tutkimuksen liitteenä olevassa taulukossa (Liite 2).

Tämän tutkimuksen aineiston muodostavat kokeelliset tutkimukset (n=3) arvioitiin JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti (JBI 2011). Tutkimusten laadunarvioinnin perusteella korkeimmat 8/10 pistettä sai yksi tutkimus, matalimmat 5/10 sai yksi tutkimus. Keskimäinen tutkimus sai 6/10 pistettä. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa koe- ja kontrolliryhmät olivat samanlaisia tutkimuksen alussa, tulokset mitattiin samalla tavalla kaikissa ryhmissä, tulokset mitattiin luotettavasti sekä käytettiin soveltuvia tilastollisia menetelmiä. Tutkimusten osallistujien jakaminen ryhmiin oli satunnaistettu 1/3 tutkimuksista, ja osallistujat sokkoutettu ryhmiin jaettaessa 1/3 tutkimuksista. Yhdessäkään kolmesta tutkimuksesta (n=0) ei oltu kuvattu tutkimuksen keskeyttäneiden tuloksia eikä niitä sisällytetty analyysiin.

Tutkimuksen aineiston muodostamat kohortti- tai tapaus - kontrolli -tutkimukset (n=4) arvioitiin JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti (JBI 2011). Laadunarvioinnin perusteella korkeimmat pisteet 8/9 sai kaksi tutkimusta. Matalimmat 6/9 pistettä sai yksi tutkimus, ja yksi tutkimus sai 7/9 pistettä. Kaikissa neljässä tutkimuksessa tulokset oli mitattu luotettavasti ja ne arvioitiin objektiivisia kriteerejä käyttäen, seurantajakso oli riittävän pitkä, otanta oli edustavassa suhteessa tutkimuksen kohderyhmään kokonaisuudessaan sekä käytettiin soveltuvia tilastollisia menetelmiä. Potilaat olivat samassa sairauden vaiheessa  $\frac{3}{4}$  tutkimuksesta. Harhan riski oli minimoitu  $\frac{3}{4}$  tutkimuksesta. Tutkimusta sekoittavat tekijät oli tunnistettu  $\frac{3}{4}$  tutkimuksista. Yhdessäkään tutkimuksessa (n=0) ei oltu kuvattu tutkimuksen keskeyttäneiden tuloksia tai sisällytetty niitä analyysiin.

Tämän tutkimuksen aineiston muodostamat kuvailevat tutkimukset ja tapaussarjat (n=20) arvioitiin JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti (JBI 2011). Laadunarvioinnin perusteella korkeimmat 8/9 pistettä sai kaksi tutkimusta. Huonoimmat 5/9 pistettä sai yksi tutkimus. Näiden lisäksi laadunarvioinnissa alkuperäistutkimukset saivat 7/9 pistettä (n=10) ja 6/9 pistettä (n=7). Kirjallisuuskatsaukseen valituista kuvailevista tutkimuksista tai tapaussarjoista otantamenetelmä perustui reilusti yli puolissa (n=14) satunnaistettuun tai näennäisesti satunnaistettuun otantaan. Otoksen hyväksymiskriteerien selkeä määrittely (n=15) sekä sekoittavien tekijöiden tunnistaminen (n=18) toteutuivat lähes kaikissa tutkimuksissa. Kaikissa tutkimuksissa (n=20) arvioitiin tuloksia käyttäen objektiivisia kriteerejä, seurantajakso oli riittävän pitkä, tulokset mitattiin luotettavasti sekä käytettiin soveltuvia tilastollisia menetelmiä. Yhdessäkään tutkimuksessa (n=0) ei oltu kuvattu keskeyttäneiden tuloksia eikä sisällytetty niitä analyysiin.

Tutkimuksen aineiston muodostamat tulkinnalliset ja kriittiset tutkimukset (n=4) arvioitiin JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistan mukaisesti (JBI 2011). Korkeimmat 9/10 pistettä sai yksi tutkimus, ja matalimmat 8/10 pistettä saivat muut 3 tutkimusta. Kaikissa tutkimuksissa (n=4) kuvattu filosofinen näkökulma ja tutkimusmetodologia olivat yhtenevät, tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymykset/tavoitteet olivat yhtenevät, tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät olivat yhtenevät, tutkimusmetodologia ja aineiston esittäminen ja analyysi olivat yhtenevät, tutkimusmetodologia ja tulosten tulkinta olivat yhtenevät, osallistujien äänet oli asiaankuuluvasti kuvattu, tutkimukset oli toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita sekä tutkimusten johtopäätökset perustuivat analyysiin ja tulosten tulkintaan. Tutkijan vaikutus tutkimukseen tai päinvastoin oli kuvattu  $\frac{1}{4}$  tutkimuksista. Tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen asemointi ei ollut ilmaistuna yhdessäkään tutkimuksessa (n=0).

#### 4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston alkuperäistutkimuksista haettiin vastauksia ja sisältöä tutkimuskysymyksiin kategorioittain. Sisältö taulukoitiin omaksi liitteekseen tutkimuskysymyksittäin. (Liite 3.)

Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksikön valintaan vaikuttavat usein aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikkö voi olla yksi sana tai sanayhdistelmä, jopa lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Ajatuskokonaisuuden muodostuttua useammasta kuin yhdestä lauseesta, voi se sisältää useamman kuin yhden merkityksen ja täten sen käyttäminen analyysiyksikkönä voi aiheuttaa kategorioiden muodostamisessa vaikeuksia. Analyysiyksikön valitsemisen ja aineistoon tutustumisen jälkeen sisällön analyysia ohjaa se, analysoidaanko sisältöä aineistolähtöisesti (induktiivisesti) vai ennalta valittujen kategorioiden tai käsitteiden kautta (deduktiivisesti). (Kyngäs H – Vanhanen L. 1999: 5.)

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin vaiheittain induktiivisella sisällön analyysillä. Induktiivisessä analyysissä aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Esimerkiksi kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, aineistoa voidaan pelkistää. Ryhmittelyssä yhdistetään pelkistetyistä ilmaisuihin yhteisiä asioita. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle kuvaava nimi. Saman kaltaiset kategoriat yhdistetään taas toisiinsa muodostamalla yläkategorioita. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6-7.)

Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköt muodostuivat sanoista, lauseista tai ajatuskokonaisuuksista, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Nämä ryhmiteltiin ala- ja yläkategorioihin yhteisten teemojen mukaisesti. Tutkimuksen keskeisiä tuloksia tarkasteltiin, pelkistettiin ja yhdisteltiin, ja lopulta niistä muodostettiin yhteen vedettyjä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Sisällön analyysi on taulukoitu tutkimuskysymyksittäin liitteiksi sisältäen alkuperäisilmaukset. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 2. Sisällön analyysi -esimerkki) kuvataan esimerkin omaisesti sisällön analyysin eteneminen, ilman alkuperäisilmauksia. Kyseisessä esimerkissä käsitellään tutkimuskysymyksen 1: Millaista ryhmätoimintaa on tarjolla mielenterveysasiakkaille? -sisällön analyysia. Kaikkien tutkimuskysymysten sisällön analyysit ovat kokonaisuudessaan eriteltyinä liitteinä (Liitteet 4-6.).

Pelkistetty ilmaus	Alakatego- ria	Yläkatego- ria	Yhdistävä kategoria
Henkilökuntaan ei kuulu psyko-, toiminta-, puhe- tai fysioterapeutteja	Henkilökuntaan ei kuulu		
Henkilökuntaan kuuluu mielenterveysasiakkaita, toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, lähihoitajia, sekä erilaisia käsityöläisiä.	Henkilökuntaan kuuluu	Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä	
Työntekijöinä toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, muita ohjaajia kuten esim. kunkin käsityön ammattilaisia.			
Terveystieteiden ammattilainen, jolla on kokemusta sekä terveydenhuollon ohjaamisesta ja mielenterveysohjaamisesta että psykoterapiasta.			
Toimintaterapeutteja			
Henkilökuntaan kuuluu psykiatreja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä sekä sairaanhoitajia.			
Päiväkeskukset voi jakaa kahteen eri tyyppiin, joko työpainotteisiin tai tapaamiskeskukseen.	Tapaamispaikkojen määritelmiä	Tapaamispaikkoihin liittyviä tekijöitä	Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan liittyviä tekijöitä
Palvelut ovat avoimia koko väestölle.			
Osa julkista terveydenhuoltoa.			
Tapaamispaikat ovat kaikille avoimia.			
Vapaaehtoinen osallistuminen, ei hoitomuoto			
Matalan kynnyksen paikka			
Keskeinen osa mielenterveystyötä			
Lähialueen muut tuottajat kehittävät toimintaa yhteistyössä keskuksen kanssa.			
Osallistuminen vapaaehtoisista.			
Päiväkeskuksissa tuotetaan tavaroita ja palveluita			
Auki arkisin			
Auki päivittäin			
Auki arkisin			
Tapaamiskeskuksissa pelataan pelejä, on aikataulutettuja harrastusaktiviteetteja, yhdessä ruokailua, rentoutumista, voi tavata muita ihmisiä.	Aktiviteetteja tarjolla tapaamiskeskuksissa		
Kuntoutusta ja tukiohjelmia mielenterveysasiakkaille.			
Aikataulutettuja harrasteaktiviteetteja: tekstiilitöitä, puutöitä, maalausta, lasitöitä, keramiikkaa.			
Ohjelma sisälsi taidetta ja käsityötä, fyysisiä aktiviteetteja, sekä viriketoimintaa.			
Löytyy laaja valikoima erilaisia aktiviteetteja, sekä annettu paikka ja aika harjoittaa niitä.			
Puistoissa ja toreilla useita Tai-Chi – ja venyttelyryhmiä ympäri Kiinan.			
Keskustelua terveellisiin käyttäytymistavoitteisiin pääsemisestä fyysisen aktiviteetin sekä ravintomuutosten avulla.	Ryhmän keskustelun aiheita	Ryhmän sisältöön liittyviä tekijöitä	
Keskustelua omista tavoitteista hoidolle, psyykkisistä oireista, ohjausta terveellisiin valintoihin. Hoitosuunnitelman tekeminen.			
Ryhmä keskusteli kuntoutuksen määritelmästä, osallistujien henkilökohtaisista kuntoutustavoitteista, pienten ja hallittavien askeleiden määrittämisestä ja lopuksi loivat suunnitelman sille, miten itse tulevat pääsemään tavoitteisiinsa.			
Asiakkaalla itsellä aktiivinen rooli päätöksenteossa.	Ryhmiin osallistujien rooli		
Osallistujat saivat tietoa ja taitoja, kuinka hallita omia oireitaan ja päästä omiin tavoitteisiinsa.			
Kuntouttava työote, johon sisältyy kotikäyntejä, työpajoja, henkilökohtaisia oppitunteja, juhllisuuksia sekä fyysisiä että harrasteaktiviteetteja.	Ryhmän ammattilaisten rooli		
Ammatillista että sosiaalista mielenterveyden hoitoa.			
Ryhmä tapasi kaksi kertaa viikossa, eli yhteensä 16 kertaa. Tapaamiskertoista fyysisiä aktiviteetteja oli 5 kertaa, viriketoimintaa 6 kertaa ja taidetta ja käsityötä 5 kertaa.	Ryhmän tapaamisfrekvenssi		
I-IMR-ohjelmaan sisältyy kaiken kaikkiaan 40 yksilö- tai ryhmätapaamista, kerran tai kaksi viikossa.			

Kuvio 2. Sisällön analyysi -esimerkki (Millaista ryhmätoimintaa on tarjolla mielenterveysasiakkaille? Ote sisällön analyysistä.)

Kuten yllä mainitaan, voi vaikeuksia tulla, jos yhdessä ajatuskokonaisuudessa on useampaan kategoriaan soveltuva alkuperäisilmaus. Näitä kohtasin muutamia. Esimerkiksi kolmannessa tutkimuskysymyksessä sama alkuperäisilmaus sisälsi useamman pelkistetyn ilmaisen. Erottelin ne seuraavasti sisällön analyysin kaaviossani, jotta kategorisoinnista tuli helpompaa. Kaikissa vastaavissa tilanteissa merkitsin samat alkuperäisilmaiset asteriksilla, kuvion 3 mukaisesti. Alla oleva kuvio on esimerkki, kaikkiin alakategorioihin tuli myös muita pelkistettyjä ilmauksia.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaalinen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hyvään, tarkoitukselliseen elämään.*	-Emotionaalinen tuki liittyy hyvään ja tarkoitukselliseen elämään.	Emotionaaliset tekijät
Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaalinen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hyvään, tarkoitukselliseen elämään.*	-Taloudellinen tyytyväisyys liittyy hyvään ja tarkoitukselliseen elämään.	Taloudelliset tekijät
Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaalinen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hyvään, tarkoitukselliseen elämään.*	-Sosiaalinen osallistuminen liittyy hyvään ja tarkoitukselliseen elämään.	Osallistuminen

\* Sama alkuperäisilmaus sisälsi useamman pelkistetyn ilmaisen, ne eroteltu toisistaan omiin jaotteluihinsa.

Kuvio 3. Samassa alkuperäisilmaisussa useampi pelkistetty ilmaus.

## 5 Tulokset

Tulokset koostuvat 31:sta systemoituun kirjallisuuskatsaukseen valitusta tutkimusartikkelista, joista etsittiin tietoa mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnasta, suosituksista ryhmätoimintaan sekä ryhmätoiminnan yhteydestä elämänlaatuun.

### 5.1 Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta

Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan liittyvät tekijät ovat kuvattuina ala- ja yläkategorioissa kuviossa 4. Kokonaisuudessaan ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällön analyysi alkuperäisilmaisuineen on kuvattuna liitteessä 4.



### 5.1.1 Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä

Tutkimuksissa mielenterveysasiakkaille oli tarjolla ryhmätoimintaa erilaisissa tapaamiskeskustoissa, joissa henkilökuntaan kuului niin mielenterveysasiakkaita (Eklund M - Gunnarsson AB - Sandlund M - Leufstadius C. 2014.) kuin ammattilaisiakin. Tapaamiskeskusten ammattilaiset olivat toimintaterapeutteja (Eklund et al. 2014, Horghagen S - Fostvedt B - Alsaker S. 2014, Kim DJ. 2017), sosiaalityöntekijöitä (Eklund et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Salles MM - Matsukura TS. 2015), lähihoitajia (Eklund et al. 2014), sekä psykiatreja, psykologeja ja sairaanhoitajia (Salles et al. 2015). Tutkimuksissa mainittiin myös henkilökuntaan kuuluvan erilaisia käsityöläisiä (Eklund et al. 2014). Yhden tutkimuksen mukaan ammattihenkilöillä tuli olla kokemusta sekä terveydenhuollon ohjaamisesta, mielenterveysohjaamisesta sekä psykoterapiasta (Kilbourne AM - Bramlet M - Barbaresso MM - Nord KM - Goodrich DE - Lai Z - Post EP - Almirall D - Verchinina L - Duffy SA - Bauer MS. 2014). Yhden tutkimuksen mukaan Jordaniassa poikkeavasti henkilökuntaan ei kuulunut psyko-, toiminta-, puhe- tai fysioterapeutteja (Almomani FM - McDowd JM - Bani-Issa W - Almomani M. 2014).

### 5.1.2 Tapaamispaikkoihin liittyviä tekijöitä

Tapaamispaikat olivat keskeinen osa julkista terveydenhuoltoa (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015) ja avoinna koko yhteisölle (Eklund et al. 2014). Tapaamiskeskukset koettiin matalan kynnyksen paikkoina (Horghagen et al. 2014), joihin osallistuminen oli vapaaehtoista (Eklund et al. 2014, Horghagen et al. 2014). Ruotsissa päiväkeskukset jaettiin kahteen eri tyyppiin, joko työpainotteisiin tai tapaamiskeskuksiin (Eklund et al. 2014). Työpainotteiset tarjosivat mielenterveysasiakkaille töitä, ja niissä tuotettiin tavaraa tai palveluita, kun tapaamiskeskukset olivat enemmän olohuoneen jatke (Eklund et al. 2014). Tapaamiskeskukset olivat auki arkisin (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015).

Tapaamiskeskustoissa oli tutkimusten mukaan tarjolla paljon erilaisia aktiviteetteja. Enimmäkseen niissä oli aikataulutettuja käsitöitä kuten tekstiilitöitä, puutöitä, maalausta, lasitöitä, keramiikkaa (Eklund et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Kim 2017, Salles et al. 2015) sekä harrasteaktiviteetteja (Eklund et al. 2014, Kim 2017, Salles et al. 2015, Zhang W - Chen M. 2013). Tapaamiskeskustoissa oli tarjolla myös yhdessä ruokailua, rentoutumista, sekä kuntoutusta ja tukiohjelmia (Eklund et al. 2014). Kiinassa lisäksi on kaikilla

mahdollisuus osallistua Tai-Chi ja venyttely -ryhmiin puistoissa ja toreilla (Zhang et al. 2013).

### 5.1.3 Ryhmän sisältöön liittyviä tekijöitä

Ryhmissä oli useita keskustelun aiheita. Ryhmissä keskusteltiin terveellisiin käyttäytymistavoitteisiin pääsemisestä sekä fyysisen aktiviteetin että ravintomuutosten avulla (Kilbourne et al. 2014). Keskustelua oli myös omista tavoitteista hoidolle (Kilbourne et al. 2014, Mueser KT - Bartels SJ - Santos M - Pratt SI - Riera EG. 2012), psyykkisistä oireista (Kilbourne et al. 2014) sekä kuntoutuksen määritelmästä (Mueser et al. 2012). Ryhmissä myös laadittiin oma hoitosuunnitelma siitä, miten päästä omiin tavoitteisiin (Kilbourne et al. 2014, Mueser et al. 2012).

Mielenterveysasiakkaiden oma rooli ryhmissä oli olla aktiivinen päätöksenteossa, sekä omaksua tietoa ja taitoja hallita omia oireitaan, ja niiden avulla päästä omiin tavoitteisiinsa (Markowitz FE. 2015, Mueser et al. 2012). Ryhmissä ammattilaisen rooli oli antaa ammatillista ja sosiaalista mielenterveyden hoitoa ja tarjota kuntouttava ote kotikäynneille ja työpajoihin (Salles et al. 2015).

Ryhmien tapaamisfrekvenssi oli mainittu kahdessa tutkimuksessa. Yhdessä ryhmä tapasi kaksi kertaa viikossa kahdeksan viikon ajan, jolloin fyysisiä aktiviteetteja oli 5 kertaa, viriketoimintaa 6 kertaa sekä käsitöitä 5 kertaa (Kim 2017). Toisessa tutkimuksessa ryhmä tapasi kerran tai kaksi viikossa, yhteensä 40 kertaa (Mueser et al. 2012).

### 5.1.4 Ryhmien tavoitteisiin liittyviä tekijöitä

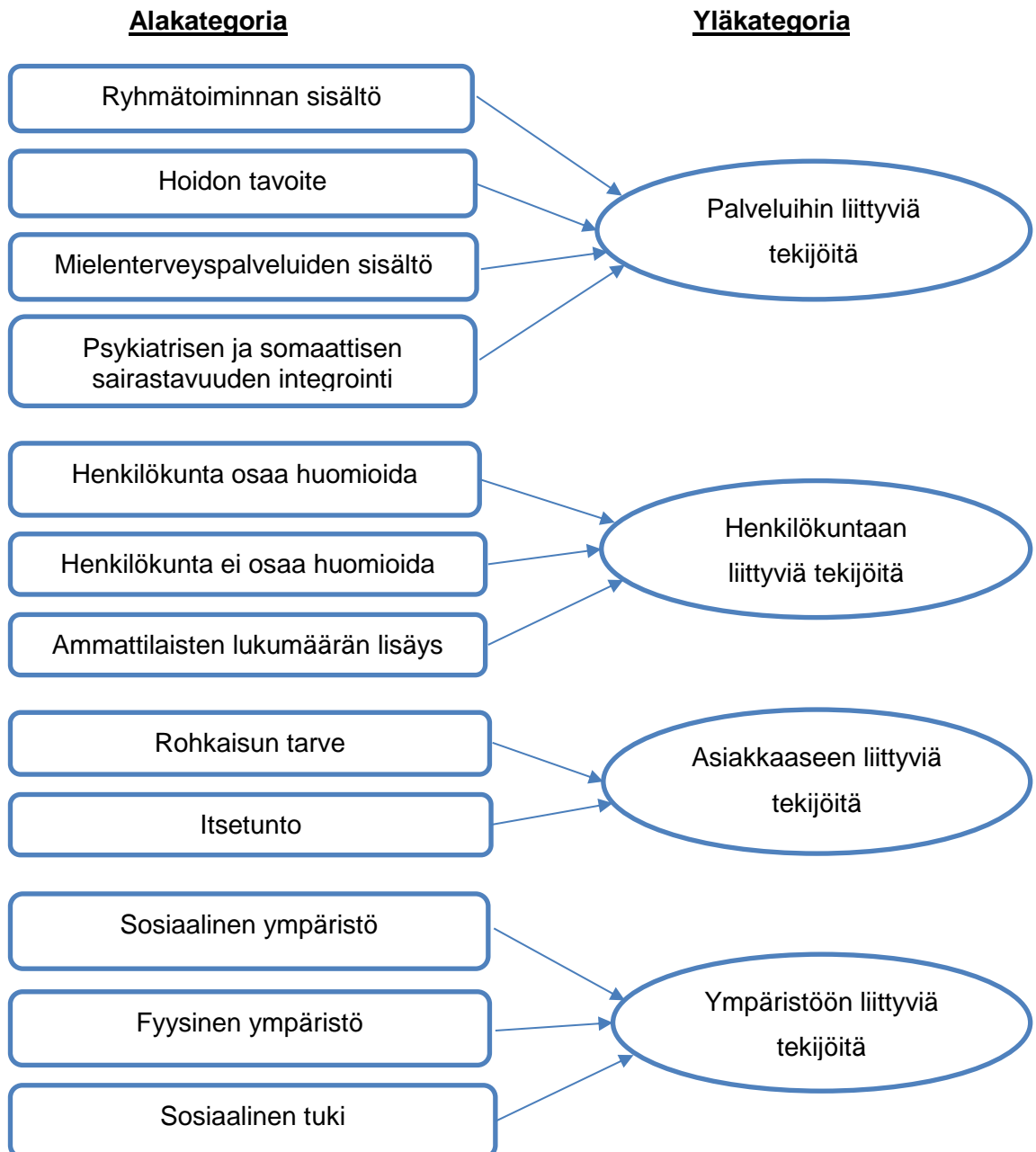
Ryhmien tavoitteina oli tukea mielenterveysasiakkaita asumaan yhteisön mukana (Emmerink PMJ - Roeg DPK. 2016), tukea kuulumisen tunteen kehittämistä sekä tukea haasteiden vastaanottamista ja sitoutumista harrastuksiin (Santini ZI - Nielsen L - Hinrichsen C - Meilstrup C - Koyanagi A - Haro JM - Donovan RJ - Koushede V. 2018). Ryhmien tavoitteina oli myös parantaa mielenterveysasiakkaiden tuloja ja asumisololoja (Emmerink et al. 2016), parantaa itsekoettua elämänlaatua (Emmerink et al. 2016, Horghagen et al. 2014), parantaa arjen hallintaa (Horghagen et al. 2014) sekä edistää voimaantumista ja kuntoutusta (Markowitz 2015). Ryhmässä tehdyn hoitosuunnitelman tavoitteena oli helpottaa perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä (Kilbourne et al. 2014). Yhden tutkimuksen ryhmällä oli tavoitteina myös opettaa sairauden hallitsemista ja antaa keinoja

lisätä lääkemyöntyväisyyttä, ehkäistä akuutteja pahenemisvaiheita, antaa keinoja pärjätä oireiden kanssa sekä lisätä sosiaalisia taitoja (Mueser et al. 2012). Tutkimusten mukaan ryhmällä oli myös tavoitteina vähentää sairaalaan joutumisten määrää (Emmerink et al. 2016, Mueser et al. 2012, Salles et al. 2015), vähentää stigmaa ja ennakkoluuloja (Salles et al. 2015), sekä vähentää psyykkistä oireilua (Kilbourne et al. 2014).

Ryhmiiin osallistujat saivat psykososiaalisia hyötyjä ryhmistä. Osallistujat usein söivät yhteisen lounaan ennen tai jälkeen tapaamisen (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015), ja osallistujat loivat uusia sosiaalisia suhteita, voimaantuivat ja paransivat omaa elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan (Salles et al. 2015). Ryhmiiin osallistuminen katkaisi inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen (Salles et al. 2015).

## 5.2 Suosituksia mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan

Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan suosituksiin liittyviä tekijöitä on kuvattuina ala- ja yläkategorioissa kuviossa 5. Kokonaisuudessaan toisen tutkimuskysymyksen sisällön analyysi on kuvattuna liitteessä 5.



Kuvio 5. Ryhmätoiminnan suositukset: Ala- ja yläkategoriat.

### 5.2.1 Palveluihin liittyviä tekijöitä

Ryhmätoiminnan suosituksiin nousi palveluihin liittyviä tekijöitä. Ryhmien sisältöön voisi tutkimusten mukaan kuulua fysio- ja toimintaterapiaa sekä psykososiaalisia aktiviteet-

teja, näillä kaikilla voi parantaa osallistujien elämänlaatua (Almomani et al. 2014). Tärkeitä ryhmissä olivat sekä yksilö- että ryhmätapaamiset, kahdenkeskisissä tapaamisissa ohjaajien kanssa osallistujat loivat luottamussuhteen (Kingstone T - Burroughs H - Bartlam B - Ray M - Proctor J - Shepherd T - Bullock P - Chew-Graham CA. 2017). Lisäämällä ryhmien sisältöön fyysisiä aktiviteetteja, taidetta ja käsitöitä alenivat iäkkäiden mennusoireet (Kim 2017).

Hoidon tavoitteen tulisi tutkimusten mukaan olla kuntoutus yhdistettynä onnellisuuteen ja muihin positiivisiin tuloksiin (Palmer BW - Martin AS - Depp CA - Glorioso DK - Jeste DV. 2016), työhön paluun mahdollistamisessa ja selviytymisstrategioiden parantamisessa (Broyd A - Jolley S - Johns L. 2016). Mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessaan tulisi sisältää laaja näkökulma asiakkaan tarpeista (Oliveira SHE - Carvalho H - Esteves F. 2016). Yhden tutkimuksen mukaan koko yhteiskunta hyötyy siitä, että mielenterveysasiakkaille tarjotaan mahdollisuuksia osallistua sosiaalisiin aktiviteetteihin (Hsu HC - Chang WC. 2015).

Psykiatrisen ja somaattisen sairastavuuden integroinnista mainittiin kahden tutkimuksen tuloksissa. Molempien tutkimusten mukaan mielenterveysasiakkaiden palvelukokonaisuus tulisi olla kokonaisvaltainen, ja huomioimalla somaattisen puolen sairastavuuden voi parantaa mielenterveysasiakkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua (Mueser et al. 2012, Östman M - Björkman T. 2014). Mielenterveysasiakkaat tarvitsevat psykiatrisen hoidon lisäksi myös perusterveydenhuoltoa, hammashuoltoa ja sosiaalisia palveluita (Östman et al. 2014). Integroimalla psykiatrisen ja somaattisen itsehallinnan, paranee mielenterveysasiakkaiden kokonaisvisio sairaudesta, kuntoutuksesta ja tavoitteista (Mueser et al. 2012).

### 5.2.2 Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä

Tutkimusten mukaan suosituksina henkilökunnan suhteen nousi esiin henkilökunnan havaitsemiskyvyn parantaminen. Hoitohenkilökunta nykyisellään osaa huomioida hyvin mielenterveysasiakkaiden psykiatrisen oireilun (Dautzenberg G - Lans L - Meesters PD - Kupka R - Beekman A - Stek ML - Dols A. 2015). Hoitohenkilökunta ei osaa huomioida kuitenkaan mielenterveysasiakkaiden sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä tarpeita tarpeeksi hyvin (Dautzenberg et al. 2015). Tutkimuksista nousi myös tarve lisätä toimintaterapeuttien määrää parantamaan tapaamiskeskusten toimintaa (Eklund et al. 2014)

sekä ylipäänsä ammattilaisten lukumäärän lisäämistä (Almomani et al. 2014). Ammattilaisten lukumäärän lisäämisellä koettiin olevan suora positiivinen vaikutus asiakkaiden fyysisiin kykyihin ja liikkuvuuteen sekä vähentämään asiakkaiden masennusoireita (Almomani et al. 2014).

### 5.2.3 Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä

Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä nousi sisällön analyysin kategorisoinnissa esiin liittyen suositukseen. Mielenterveysasiakkaiden rohkaisun tarve osallistua ryhmätoimintaan nousi esiin (Hsu et al. 2015, Kingstone et al. 2017) ja yhdessä tutkimuksessa suositeltiin asiakkaan saattamista ryhmään (Kingstone et al. 2017). Kahdessa tutkimuksessa mainittiin mielenterveysasiakkaan itsetunnon olevan keskeisessä asemassa parantamassa mielenterveyttä (Levula A - Wilson A, Harré M. 2015, Oliveira et al. 2016). Tutkimusten mukaan itsetunnon kehittäminen parantaa mielenterveyttä (Levula et al. 2015, Oliveira et al. 2016). Itsetuntoa ja itseluottamusta saa kehitettyä ystävyys-suhteiden ja perheen tuen avulla (Levula et al. 2015). Itsetunnon korottamisen todettiin myös vähentävän stigmaa sekä olevan suojaava tekijä kaikilla elämänlaadun osa-alueilla (Oliveira et al. 2016). Yhden tutkimuksen mukaan itsetunnon ylläpito voi olla merkittävä tekijä mielenterveysasiakkaiden elämänlaadulle (Oliveira et al. 2016).

### 5.2.4 Ympäristöön liittyviä tekijöitä

Suositukseen liittyen tutkimuksista nousi ympäristöön liittyviä tekijöitä. Näitä olivat sosiaalinen ympäristö, fyysinen ympäristö sekä sosiaalinen tuki. Sosiaaliseen ympäristöön liittyen tutkimuksista nousi tarve löytää tehokkaita tapoja rikastuttaa sosiaalisia ympäristöjä (Ponce de Léon L - Lévy JP - Fernández T - Ballesteros S. 2015). Rikastuttamalla sosiaalisia ympäristöjä saadaan osallistujat aktiivisesti käyttämään muistiaan (Ponce de Léon et al. 2015). Ponce de Léonin (2015) tutkimuksessa todetaan, että sosiaalisia ympäristöjä voi rikastuttaa ”auttamalla parantaa suhteita perheeseen ja ystäviin, rohkaisemalla heitä osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin, ehdottamalla uusia haasteita sekä kertomalla saatavilla olevista palveluista” (Ponce de Léon et al. 2015).

Fyysiseen ympäristöön liittyen tutkimuksista nousi niin tarve kuin yhteiskunnan hyöty lisätä yhteisöllisiä tapaamispaikkoja sekä interventioita, joiden avulla sosiaalinen osallistuminen helpottuu (Hsu et al. 2015, Levula et al. 2015, Salles et al. 2015). Sosiaalista

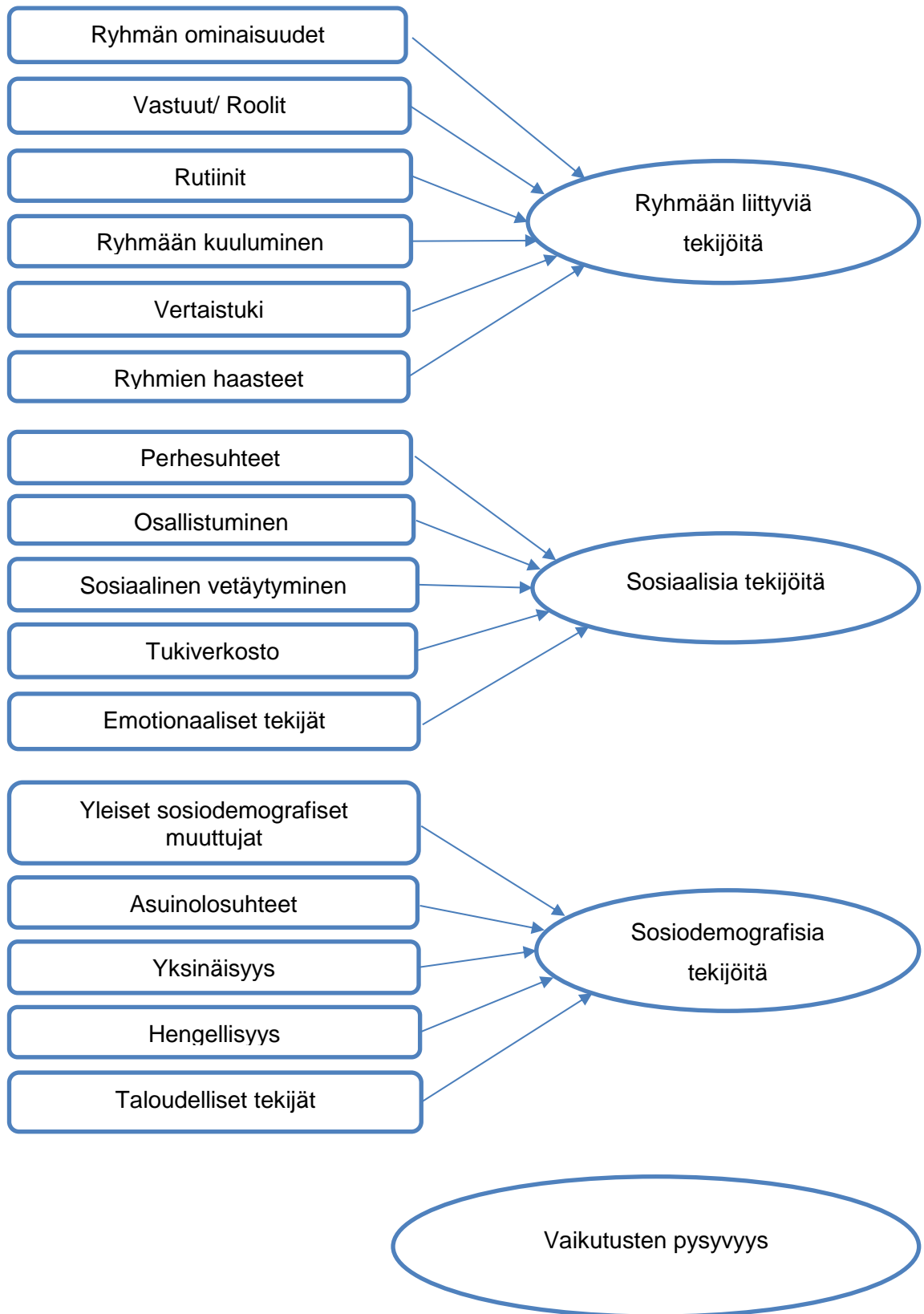
osallistumista ja jonnekin kuulumista tulisi kannustaa (Salles et al. 2015). Mielenterveyspalveluissa sosiaalinen osallistuminen on tärkeä näkökulma (Salles et al. 2015). Tapaamispaikat ehkäisevät sosiaalista eristäytymistä, ja myös ryhmätoiminnan avulla voi psykologisesti kuntouttaa sosiaalisia suhteita (Hsu et al. 2015, Salles et al. 2015). Ottamalla tapaamiskeskusten käyttäjät mukaan tuottamaan palveluita, voi parantaa mielenterveysasiakkaiden kokemaa merkityksellisyyttä (Eklund et al. 2014). Avustamalla mielenterveysasiakkaita löytämään mielenkiintoisia toimia tapaamiskeskusten ulkopuolella, kannustaa se heitä rakentamaan arjestaan ja elämästään tarkoituksellisempaa (Salles et al. 2015).

Sosiaalisella tuella koettiin olevan vahva yhteys ryhmätoiminnan merkitykseen. Sosiaalisten yhteyksien ylläpito ja paraneminen parantavat elämänlaatua sekä vähentävät muita tarpeita (Dautzenberg et al. 2015). Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset kanssakäymiset kohentavat onnellisuutta (Palmer et al. 2016). Sosiaalisia kontakteja ja osallistumista edistämällä voi parantaa myös itsekoettua hyvinvointia (Broyd et al. 2016).

### 5.3 Ryhmätoiminnan yhteys mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun

Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun liittyviä tekijöitä on kuvattuina ala- ja yläkategorioissa kuviossa 6. Kokonaisuudessaan kolmannen tutkimuskysymyksen sisällön analyysi on kuvattuna liitteessä 6.





Kuvio 6. Ryhmätoiminnan yhteys elämänlaatuun: Ala- ja yläkategoriat

### 5.3.1 Mielenterveysasiakkaiden elämänlaadun vertaus muuhun väestöön

Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatua verrattiin muun väestön elämänlaatuun kolmessa tutkimuksessa, ja näiden kaikkien mukaan mielenterveysasiakkailta on matalampi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin muilla (Kilbourne et al. 2014, Palmer et al. 2016, Wheeler A - McKenna B - Madell D - Harrison J - Prebble K - Larsson E - Dunbar L - Nakarada-Kordic I. 2015). Mielenterveysasiakkailta todettiin myös matalampi onnellisuus kuin terveellä väestöllä (Palmer et al. 2016). Yhden tutkimuksen mukaan naiset, joilla todettiin vakava mielenterveyshäiriö, raportoivat merkittävästi matalampaa elämänlaatua kuin mielenterveyshäiriöitä sairastavat miehet (Wheeler et al. 2015).

### 5.3.2 Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä

Mielenterveysasiakkaan omat kyvyt ja taidot muuttuivat ryhmätoiminnan myötä. Miellyttävä hyvä olo paransi mielenterveysasiakkaiden kognitiivisia taitoja (Kim 2017). Ryhmätoimintaan osallistuminen paransi mielenterveysasiakkaiden omatoimisuutta ravitsemuksen, liikunnan ja hyvinvoinnin suhteen (Mueser et al. 2012), kehitti ja ylläpiti osallistujien taitoja, kuten ongelmanratkaisua, innovatiivisuutta, yhteistyötä sekä sosiaalisia kykyjä (Horghagen et al. 2014). Fyysisten, kognitiivisten ja psykososiaalisten kykyjen omaaminen todettiin tutkimusten mukaan vaikuttavan positiivisesti mielenterveysasiakkaiden terveyteen liittyvään itsekoettuun elämänlaatuun (Almomani et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Kim 2017, Mueser et al. 2012).

Mielenterveysasiakkaiden hoito- ja lääkemyönteisyyden todettiin yhdessä tutkimuksessa ennakoivan subjektiivista ja objektiivista elämänlaatua. Mielenterveysasiakkaan positiivinen suhtautuminen hoitoihin ja lääkitykseen ennakoi matalaa subjektiivista elämänlaatua, mutta ei objektiivista elämänlaatua. Negatiivinen suhtautuminen lääkitykseen ennakoi matalaa objektiivista elämänlaatua, kun taas negatiivinen suhtautuminen hoitoihin ennakoi matalaa objektiivista elämänlaatua, mutta ei subjektiivista elämänlaatua. (Hayhurst KP - Massie JA - Dunn G - Lewis SW - Drake RJ. 2014)

Itsetunnolla ja elämänlaadulla todettiin olevan positiivinen yhteys. Matalaa itsetuntoa raportoivat mielenterveysasiakkaat raportoivat myös matalampaa subjektiivista elämänlaatua. (Oliveira et al. 2016.)

Korkea onnellisuuden taso korreloi tutkimusten mukaan korkeamman mielenterveyteen liittyvän elämänlaadun kanssa. Korkean onnellisuuden todettiin myös korreloivan matalamman stressitason, korkeamman sietokyvyn, optimismin sekä henkilökohtaisten kykyjen kanssa. Onnellisuuden tason ei todettu olevan yhteydessä sosiodemografisiin tekijöihin, sairauden keston, oireiden vakavuuteen, oheissairastavuuteen tai kognitiiviseen toimintakykyyn. (Palmer et al. 2016.) Tyytyväisyyttä mielenterveysasiakkaille eniten toivat asuinolosuhteet, henkilökohtainen turvallisuus, kenen kanssa vastaaja asui sekä perhesuhteet. Vähiten tyytyväisyyttä toivat seksuaaliset suhteet ja talous. (Östman et al. 2014.) Tyytyväisyys ihmissuhteisiin oli yhden tutkimuksen mukaan merkittävämpi tekijä kuin tukiverkoston koko psykologiselle hyvinvoinnille (Fuller-Iglesias HR 2014). Yhden tutkimuksen mukaan mielenterveysasiakas, jolla oli merkittävästi matalampi tyytyväisyys yleiseen elämänlaatuun, mutta ei vapaa-aikaan tai sosiaalisiin suhteisiin, ennakoiki matalaa elämänlaatua kymmenen vuoden ajan (Ristner MS - Lisker A - Grinshpoon A. 2014).

### 5.3.3 Tarpeisiin liittyviä tekijöitä

Mielenterveysasiakkailta todettiin Jordaniassa olevan 2,5-kertainen avuntarve palvelutalon muihin asukkaisiin verrattuna (Almomani et al. 2014). Yhden tutkimuksen mukaan mielenterveysasiakkaat toivoivat saavansa enemmän sosiaalipalveluita sekä enemmän käytännön apua arkielämään (Östman et al. 2014). Ennaltaehkäisevänä tekijänä sairaanhoitajan roolin todettiin olevan keskiössä mielenterveysasiakkaan perustarpeiden arvioinnissa (Mueser et al. 2012).

Parhaiten tyydyttyneet tarpeet sekä mielenterveysasiakkaiden että hoitohenkilökunnan mukaan liittyivät henkilökohtaisiin tarpeisiin; fyysiseen terveyteen, lääkitykseen, psykologiseen ahdistukseen sekä arkisiin toimintoihin (Dautzenberg et al. 2015).

Tutkimusten mukaan mielenterveysasiakkaiden mukaan 19% heidän tarpeistaan jäi tyydyttämättä, kun taas hoitohenkilökunnan mukaan mielenterveysasiakkaiden tarpeista jäi tyydyttämättä 11%. Myös osa-alueittain hoitohenkilökunta arvioi tarpeiden tyydyttämättömiksi jäämistä paljon pienempinä lukuina kuin mitä mielenterveysasiakkaat itse arvioivat niiden olevan. Mielenterveysasiakkaat itse raportoivat tarpeiden olevan tyydyttämättömiä psykologisilla (22%) ja sosiaalisilla (35%) osa-alueilla, kun vastaavat luvut hoitohenkilökunnan mukaan ovat 9% ja 16%. (Dautzenberg et al. 2015.) Mielenterveyspalveluihin tyytymättömät toivoivat saavansa tehokkaampia lääkkeitä, enemmän psykoter-

piaa tai molempia (Östman et al. 2014), kun taas ylipäänsä huonoiten tyydyttyneet tarpeet olivat muiden ihmisten seura sekä päivittäiset aktiviteetit (Dautzenberg et al. 2015, Östman et al. 2014).

Matala sosiaalinen osallistuminen tai pieni sosiaalinen verkosto lisäsi ylipäänsä tarpeiden määrää, mutta erityisesti tyydyttämättömien tarpeiden määrää. Tämä tyydyttämättömien tarpeiden lisääntyminen aiheutti matalampaa koettua elämänlaatua sekä vähäisempää sosiaalista osallistumista. Tyydyttämättömät tarpeet aiheuttivat täten noidankehän: psykiatrinen oireilu voi vaatia apua, mikä lisää tarpeita. Tyydyttämättä jääneet tarpeet taas voivat lisätä psykiatrasta oireilua. Tarpeiden määrän lisääntyessä mielenterveysasiakkaiden subjektiivinen elämänlaatu heikkeni. (Dautzenberg et al. 2015.)

#### 5.3.4 Psykosomaattisia tekijöitä

Tutkimusten mukaan sairaus itsessään vaikutti mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun. Eri diagnooseja vertaillaessa yhden tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavilla oli parempi subjektiivinen elämänlaatu kuin mielialahäiriöpotilailla (Meesters PD - Comijs HC - de Haan L - Smit JH - Eikelenboom P - Beekman ATF - Stek ML. 2013). Mielialatai ahdistushäiriötä sairastava usein ilmaisee itse mielenterveyden tilansa matalaksi (Lombardo P - Jones W - Wang L - Shen X - Goldner EM. 2018). Yhdessä tutkimuksessa todetaan, että masennus ja ahdistushäiriö ovat sairautena pessimistisiä, joten voivat sen vuoksi aiheuttaa matalaa elämänlaatua (Ng P - Pan JY - Lam P - Leung A. 2014). Kaikissa diagnoosiryhmissä mielenterveysasiakkaan yleinen terveys ja itseraportoitu mielenterveys korreloivat elämäntyytyväisyyden kanssa. Matala tai kohtalainen itsekoettu mielenterveys ennakoi tyytymättömyyttä elämään. (Levula et al. 2015, Lombardo et al. 2018, Nadeem N - Majeed S - Khan AQ. 2015, Ng et al. 2014.) Yleiseen terveyteen taas vaikuttavat madaltavasti masennusoireet, suurempi kaatumisriski sekä invaliditeetit (Almomani et al. 2014). Yhden tutkimuksen mukaan korkeampi lähtötason tulos itseraportoidussa PANSS psykopatologian mittareissa (syyllisyyden tunne, masennus, toimintakyvyn vajavuudet, päätöksenteon vaikeudet, ja aktiivinen sosiaalisten tilanteiden välttäminen), passiivinen tai apaattinen sosiaalinen vetäytyminen ja matalammat arvioinnit ystävän tuesta ennakoivat matalampaa elämänlaatua (Ristner et al. 2014). Psykiatrisen sairauden vamma ja huono elämänlaatu olivat tutkimuksissa mielenterveysasiakkaiden suurin huoli (Nadeem et al. 2015).

Psyykelääkkeiden sivuvaikutuksina mielenterveysasiakkaat kokivat kipua ja epämuikuvuutta. Sivuvaikutusten koettiin vaikuttavan negatiivisesti subjektiiviseen elämänlaatuun. Sairauden kestolla todettiin erään tutkimuksen mukaan olevan positiivinen vaikutus kokonaiselämänlaatuun; pitkään sairastaneilla mielenterveysasiakkaila oli korkeampi subjektiivinen elämänlaatu kuin vasta diagnoosin saaneilla. (Ng et al. 2014.)

Mielenterveysasiakkaila todettiin merkittävää vajavuutta mahdollisuuksissa elää tervettä ja tarkoituksellista elämää (Palmer et al. 2016, Östman et al. 2014). Matalaa elämänlaata (sekä psyykkistä että fyysistä) ennakoivat psykologinen ahdinko ja itsemurhayritykset (Huang R-R - Chen Y-S - Chen C-C - Chou FH-C - Su SF - Chen MC - Kuo M-H - Chang L-H. 2012), sekä äännet ja uskot (Broyd et al. 2016). Elämäntapojen vuoksi mielenterveysasiakkaila on tutkimusten mukaan korkea riski oheissairastavuuteen, kuten sydän- ja verisuonitauteihin ja ylipainoon (Kilbourne et al. 2014). Masennuksella ei todettu tutkimuksissa olevan suoraa yhteyttä lähimuistiin. Matala subjektiivinen elämänlaatu aiheuttaa kuitenkin korkeampaa jokapäiväistä unohtelua (Ponce de León et al. 2015).

Sairauden tuoma stigma korreloi yhden tutkimuksen mukaan elämänlaadun kanssa. Sisäistetty stigma heikentää mielenterveysasiakkaan itsetuntoa sekä elämänlaadun eri osa-alueita. Sisäistetyllä stigmalla todettiin myös haitallinen vaikutus psykologisiin ja fyysisiin elämänlaadun näkökulmiin, sosiaalisiin suhteisiin, elinympäristöön sekä itsenäisyyden tasoon. (Oliveira et al. 2016.) Syvä ymmärtämys (insight) on merkittävässä yhteydessä masennukseen; syvän ymmärryksen lisääminen alentaa mielenterveysasiakkaiden subjektiivista elämänlaata. Syvä ymmärtämys voi olla toksista ja rapauttaa itsetuntoa, ja sen todettiin myös edesauttavan itsestigmatisointia. (Hayhurst et al. 2014.)

### 5.3.5 Ryhmään liittyviä tekijöitä

Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan osallistuvien elämänlaatuun vaikuttivat ryhmien ominaisuudet (Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014, Mueser et al. 2012, Salles et al. 2015, Santini et al. 2018). Yhden ryhmän todettiin korostavan mielenterveysasiakkaiden itsehoitoa ja koordinoitua (Kilbourne et al. 2014). Toisessa ryhmässä integroitui onnistuneesti psykiatristen ja somaattisten sairauksien itsehallinta (Mueser et al. 2012). Ryhmien sisällön ja itse ryhmän tuttuus helpottivat mielenterveysasiakkaita osallistumaan ryhmään (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015, Santini et al. 2018). Ryhmiin osallistujat saivat mielekäästä, matalan kynnyksen tekemistä, minkä parissa ”ei

tarvinnut miettiä mitään, sai vain keskittyä väreihin ja kuvioihin” (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015). Ryhmässä sai myös keskustella arkisista asioista (Horghagen et al. 2014). Ryhmä välillisesti myös ehkäisi joiltain osallistujilta sairaalaan joutumista (Horghagen et al. 2014). Yhdessä tutkimuksessa kiteytettiin sopivasti, että ”jokainen lisäys fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiviteettiin ennakoi parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä” (Santini et al. 2018).

Mielenterveysasiakkaat saivat uusia rooleja ja vastuualueita osallistuessaan ryhmätoimintaan (Horghagen et al. 2014, Kingstone et al. 2017, Salles et al. 2015). Osallistujista tuli toistensa roolimalleja, ja ryhmässä saadut vastuualueet motivoivat osallistujia nousemaan aamuisin ylös sängystä ja lievensivät masennuksen tunteita (Horghagen et al. 2014). Roolien kautta osallistujat saivat arvostuksen tunnetta (Kingstone et al. 2017). Ryhmien ohjaajien mukaan osallistujat itse ylläpitivät itseluottamusta, sosiaalisia suhteita ja osallistumista (Kingstone et al. 2017). Vastuualueiden, uusien roolien ja merkityksellisen tekemisen myötä osallistujat motivoituivat opettelemaan sairauksien itsehallinnan strategioita saavuttaakseen tavoitteitaan (Mueser et al. 2012, Salles et al. 2015). Yhden tutkimuksen mukaan ryhmätoimintaan osallistuvat mielenterveysasiakkaat kokivat ryhmässä arvostusta ja kunnioitusta, kun muualla yhteisössä he kokivat syrjintää. Heille suurin syy ryhmätoimintaan osallistumiseen ei ollut itse tekeminen, vaan arvostettuna ihmisenä oleminen (Salles et al. 2015). Ryhmien tuomat roolit ja vastuut sekä merkityksellinen tekeminen vaikuttivat positiivisesti mielenterveysasiakkaiden subjektiiviseen elämänlaatuun.

Ryhmätoimintaan osallistuminen toi osallistujille rutiineja ja vakautta arkeen (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015). Rutiinit tutkimusten mukaan olivat lähtökohta hyvälle arkielämälle. Ne myös helpottivat mielenterveysasiakkaita kehittää ja ylläpitää taitojaan. Rutiinit myös paransivat osallistujien kykyä antaa ja vastaanottaa vertaistukea. (Horghagen et al. 2014.) Arkielämän rutiinit ja ennustettavuus olivat subjektiivista elämänlaatua parantavia tekijöitä.

Ryhmään kuulumisen tunne ennakoi tutkimusten mukaan parempaa elämänlaatua (Horghagen et al. 2014, Santini et al. 2018). Yhden tutkimuksen mukaan ryhmään sulautuminen vei joiltain osallistujilta kuitenkin kauan aikaa. Uskalluksen puutteessa toiset taas tarvitsivat aina tukihenkilön saattamaan ryhmään. Osallistujilla ryhmän toimintaan osallistuminen tapahtui pikkuhiljaa. Eräs ryhmään osallistuja kertoi ”istuneensa kaksi vuotta samalla paikalla sohvalla, kunnes pikkuhiljaa alkoi osallistua ryhmän toimintaan

mukaan”. Käsiyö käsissä osallistujien oli helppo olla ”mukana keskusteluissa, kuunnella, seurata muita ihmisiä, olla osa ryhmää, kuulua”. (Horghagen et al. 2014.)

Vertaistuki nousi tutkimuksissa elämänlaatua parantavana ryhmään liittyvänä tekijänä (Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014, Salles et al. 2015). Tutkimusten mukaan ryhmässä osallistujat jakoivat tietoa ja kokemuksia, saivat turvallisuuden ja vakauden tunnetta, vertaistukea, kunnioitusta ja itseluottamusta. Osallistujien saama tuki oli sekä tarvittua että arvostettua. Tuki oli konkreettista arjessa pärjäämistä sekä psyykkisten ja fyysisten oireiden kanssa pärjäämistä. (Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014.) Saamansa tuen avulla osallistujien kokonaisterveydentila parani (Kilbourne et al. 2014). Kaiken saamansa avun ja tuen myötä osallistujat rakensivat uuden terveellisemmän elämäntavan itselleen. Eräs tutkimukseen osallistunut vastaaja kertoi ensin saavansa paremmin nukuttua aloitettuaan ryhmätoiminnassa käymisen. Jonkin aikaa myöhemmin sama henkilö oli kyennyt lopettamaan tupakoinnin. (Salles et al. 2015.)

Ryhmiin suhteen tutkimuksissa nousi esiin muutama haaste. Kaikille halukkaille ei löytynyt sopivaa ryhmää, mihin osallistua. Aktiviteettimahdollisuuksien puute kasvatti joillain mielenterveysasiakkailta sosiaalisen vetäytymisen sykliä. Fyysisesti ryhmään pääseminen oli suuri este useille halukkaille. Haasteina oli sekä mielenterveysasiakkaiden fyysisiä vajavuuksia sekä kuljetuksen puute. (Kingstone et al. 2017.)

### 5.3.6 Sosiaalisia tekijöitä

Mielenterveysasiakkaiden perhesuhteet ovat vahvasti yhteydessä elämänlaatuun (Emmerink et al. 2016, Fuller-Iglesias 2014, Hsu et al. 2015, Huang et al. 2012, Ng et al. 2014). Perheen osallisuus hoidossa tai tukiverkostossa oli ristiriitaisessa asemassa tutkimuksissa. Kahden tutkimuksen mukaan tukiverkostossa sukulaisten osuus vaikutti positiivisesti; mitä suurempi osuus tukiverkostossa oli sukua, tai jos tukiverkostossa on oma puoliso tai hyvä ystävä, sitä matalampi stressitaso ja korkeampi elämäntyytyväisyys mielenterveysasiakkaalla oli (Emmerink et al. 2016, Fuller-Iglesias 2014). Toisten tutkimusten mukaan onnellisimpia olivat he, jotka näkivät harvoin omaisten kanssa (Emmerink et al. 2016, Hsu et al. 2015, Ng et al. 2014). Näissä tutkimuksissa onnellisuus perustui sosiaalisiin tilanteisiin oman perheen ulkopuolella. Joissain tapauksissa oman perheen ja suvun yhteydet jopa vähensivät onnellisuutta. (Hsu et al. 2015.) Perheen sisäisen negatiivisen ilmapiirin todettiin huonontavan sosiaalista ja emotionaalista toimintakykyä

sekä elämänlaatua (Ng et al. 2014). Lasten saaminen ennakoi yllättäen matalampaa itsekoettua elämänlaatua. Tutkimuksen mukaan ”Mielenterveysasiakkaat ovat pääsääntöisesti huonommin varustautuneita lastenhoitoon, ja hyvien välien ylläpitäminen omien lasten kanssa voi olla haasteellista”. Tunne siitä, ettei voi hoitaa lastaan tai ylläpitää suhteita tähän, voi vaikuttaa negatiivisesti itsekoettuun elämänlaatuun. (Emmerink et al. 2016.) Omaisten hoitoon osallistuminen ilman vastuuta vähensi yhden tutkimuksen mukaan omaisten taakkaa, ja täten mielenterveysasiakkaan kokema elämänlaatu oli korkeampaa. Jos taas omainen osallistui hoitoon, ja otti vastuuta hoidosta, koettiin se taakana, mikä taas alensi mielenterveysasiakkaiden kokemaa elämänlaatua. (Huang et al. 2012.)

Ryhmätoimintaan osallistumisella oli positiivinen vaikutus itsetuntoon, oireiden väheneemiseen ja elämänlaatuun. Sosiaalisen osallistumisen todettiin tutkimusten mukaan parantavan ihmisarvoa, osaamisen tunnetta, sosiaalisen verkoston yhteyksiä sekä tarkoituksellisuutta. Sosiaalinen osallistuminen koettiin liittyvän oleellisesti hyvään ja tarkoitukselliseen elämään. (Hsu et al. 2015, Kingstone et al. 2017, Markowitz 2015, Santini et al. 2018.) Ryhmillä oli kuntouttava vaikutus; osallistumalla ryhmän toimintaan sai mahdollisuuden kehittää sosiaalisia yhteyksiä, osallistua aktiviteetteihin, ylläpitää arkirutiineja sekä kokea ympäristön vaihdos. (Kingstone et al. 2017, Markowitz 2015.) Haasteiden vastaanottaminen ja ryhmään sitoutuminen nostivat osallistumisen frekvenssiä. Osallistumisen frekvenssin korottaminen taas ennakoi parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä. (Santini et al. 2018.) Ryhmistä suurimman hyödyn saavat jatkoivat ryhmässä käyntiä, ja he, jotka jatkoivat ryhmässä käyntiä, uskoivat todennäköisimmin niistä hyötyvänsä (Markowitz 2015).

Sosiaalinen vetäytyminen vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen (Kingstone et al. 2017, Levula et al. 2015, Ristner et al. 2014). Korkeampi lähtötason sosiaalinen vetäytyminen ennakoi matalaa elämänlaatua 10 vuoden päästä (Ristner et al. 2014). Tutkimusten mukaan sosiaalinen vetäytyminen voi aiheuttaa noidankehän; sosiaalinen vetäytyminen lisää psykososiaalisia tarpeita, ja psykososiaalisten tarpeiden huomioimattomuus taas lisää joutilaisuutta ja pahentaa sosiaalista vetäytymistä. (Kingstone et al. 2017.) Sosiaalinen eristäytyminen oli Levulan (2015) tutkimuksen mukaan merkittävä tekijä iäkkäillä elämänlaatua ennakoimassa (Levula et al. 2015).

Tukiverkoston merkitys tutkimuksissa oli yhtenevä; osallistuminen ryhmätoimintaan tuki sosiaalisia tukiverkostoja, ja tukiverkostot paransivat mielenterveyttä ja elämänlaadun

ennustetta. Tutkimusten mukaan sosiaalisten resurssien saatavuus paransi itsekoettua elämänlaatua ja onnistunutta ikääntymistä. (Broyd et al. 2016, Fuller-Iglesias 2014, Horghagen et al. 2014, Hsu et al. 2015, Levula et al. 2015, Li J - Theng Y-L - Foo S. 2015, Markowitz 2015, Meesters et al. 2013, Park J - Roh S. 2013, Ponce de León et al. 2015, Ristner et al. 2014, Zhang et al. 2013.) Tukiverkostolla nähtiin myös lähimuistia parantava vaikutus (Ponce de León et al. 2015). Sosiaalisten suhteiden määrän tai koon ei todettu vaikuttavan onnellisuuteen tai tyytyväisyyteen, vaan sosiaalisten suhteiden koettu laatu oli merkittävämpi tekijä (Hsu et al. 2015). Tukiverkoston todettiin tutkimusten mukaan aiheuttavan parempaa tyytyväisyyttä suhteisiin (Fuller-Iglesias 2014, Zhang et al. 2013), matalampia stressitasoja (Fuller-Iglesias 2014, Ristner et al. 2014, Zhang et al. 2013), vähemmän masennusoireita (Fuller-Iglesias 2014, Li et al. 2015, Park et al. 2013, Zhang et al. 2013), korkeampaa tyytyväisyyttä elämään (Broyd et al. 2016, Fuller-Iglesias 2014, Levula et al. 2015, Markowitz 2015, Meesters et al. 2013, Ponce de León et al. 2015, Ristner et al. 2014, Zhang et al. 2013). Yhdessä tutkimuksessa erikseen mainittiin iäkkäiden sosiaalisen verkoston olevan pienempi kooltaan; lapset saattavat muuttaa kauas töiden tai perheen vuoksi, ja ikätovereita kuolee. Nämä suppevat tukiverkostot vaikuttavat negatiivisesti mielenterveyteen. (Levula et al. 2015.) Ryhmätoimintaan osallistuvat ystävystyivät myös keskenään, ja sopivat yhteisiä menoja tapaamiskeskuksen ulkopuolella (Horghagen et al. 2014). Sosiaalisen tuen puutteen nähtiin olevan yhteydessä matalaan hyvinvointiin ja matalaan subjektiiviseen elämänlaatuun (Broyd et al. 2016).

Ryhmätoimintaan osallistumisella todettiin tutkimusten mukaan emotionaalisia tekijöitä, jotka olivat yhteydessä elämänlaatuun. Emotionaalinen tuki nähtiin liittyvän keskeisesti hyvään ja tarkoitukselliseen elämään (Hsu et al. 2015). Ryhmän toimintaan osallistuminen vähensi mielenterveysasiakkaiden avuttomuuden tunnetta (Horghagen et al. 2014), paransi itsetuntoa (Kim 2017), sai tuntemaan olevansa täynnä energiaa (Almomani et al. 2014) ja lisäsi osallistujien läheisyyden tunnetta (Horghagen et al. 2014, Kim 2017). Täynnä energiaa oleminen vähensi taas masennusta ja psykiatrisia häiriöitä, sekä paransi liikkumiskykyä ja tasapainoa (Almomani et al. 2014). Ryhmätoimintaan osallistuvat saivat onnistumisen tunteita tehtävistä, mitä osasivat tehdä (Salles et al. 2015). Käsityö kädessä osallistujalle tuli myös aktiivinen tunne (Horghagen et al. 2014). Heillä oli myös vapaudentunne, koska kokivat saavansa lähteä ryhmästä, kun halusivat. Osallistujat raportoivat myös saaneensa kontrollin tunnetta elämäänsä tehdessään päätöksiä itsenäisesti. (Salles et al. 2015.) Horghagen et al. (2014) tutkimuksen mukaan maanantai oli ryhmään osallistuville erittäin tärkeä päivä. Viikonloppuina, kun ei ollut ryhmätoimintaa,

alkoi joillain osallistujilla nousta masennusoireet ja suisidaaliset ajatukset pintaan. Tieto siitä, että tapaamiskeskus aukeaa taas maanantaina, toi tarpeeksi turvallisuuden tunnetta, että he jaksoivat vaikean viikonlopun yli. Maanantairyhmässä pääsi jakamaan ja käsittelemään viikonlopun aikana tulleita kriisejä. (Horghagen et al. 2014.)

### 5.3.7 Sosiodemografisia tekijöitä

Yleiset sosiodemografiset muuttujat eivät olleet yhtenevät tutkimusten mukaan. Joidenkin tutkimusten mukaan yleisistä sosiodemografisista muuttujista elämäntyytyväisyyteen tai onnellisuuteen eivät vaikuttaneet sukupuoli (Broyd et al. 2016, Li et al. 2015, Lombardo et al. 2018), ikä (Broyd et al. 2016, Li et al. 2015, Palmer et al. 2016, Park et al. 2013), asuinolosuhteet (Hsu et al. 2015, Li et al. 2015), siviilisäätty (Hsu et al. 2015, Park et al. 2013), tulot (Lombardo et al. 2018), koulutustaso (Li et al. 2015, Palmer et al. 2016, Park et al. 2013), sairauden kesto (Palmer et al. 2016) tai yleinen terveys (Lombardo et al. 2018). Huang et al. (2012) -tutkimuksen mukaan koulutustaso, työllistyminen ja oma asunto taas vaikuttivat positiivisesti elämänlaatuun. Samassa tutkimuksessa todetaan, että mielenterveysasiakkaan korkea ikä, työttömyys, yksin asuminen, itsemurhayritykset ja omaisille taakkana oleminen aiheuttivat matalaa elämänlaatua. (Huang et al. 2012.) Työttömyyden todettiin vaikuttavan elämänlaatuun madaltavista myös Broyd et al. tutkimuksessa (Broyd et al. 2016). Aasiasta kulttuurisena piirteenä nousi esiin miesten pelko yksin jäämisestä. Hongkongilaisista mielenterveysasiakkaista miehet kokivat olevansa huonommassa tilanteessa naisiin verrattuna. Naisilla oli parempi todennäköisyys päästä naimisiin ja saada sitä kautta parempi elintaso. Miehet taas kokivat yhteiskunnan painostusta jäädä yksin. Heillä oli vaikeuksia kannattaa puolisoa taloudellisesti mielenterveyshäiriön kanssa, mikä vaikutti negatiivisesti heidän subjektiiviseen elämänlaatuunsa. (Ng et al. 2014.)

Mielenterveysasiakkaan ominaisuuksista iällä oli tutkimusten mukaan erilaisia yhteyksiä elämänlaatuun. Yllä olevien tutkimusten mukaan iällä ei ollut vaikutusta elämäntyytyväisyyteen (Broyd et al. 2016, Li et al. 2015, Palmer et al. 2016, Park et al. 2013). Toisaalta erään tutkimuksen mukaan iäkkäillä mielenterveysasiakkailla oli matalampi itsekoettu elämänlaatu kuin nuoremmilla asiakkailla (Emmerink et al. 2016). Erään toisen tutkimuksen mukaan suurin todennäköisyys onnellisuuteen oli vanhemmalla naisella, joka asui urbaanissa ympäristössä (Hsu et al. 2015).

Asuinolosuhteet koettiin tutkimuksissa ristiriitaisesti. Ylläolevan mukaan kahdessa tutkimuksessa todettiin, ettei asuinolosuhteilla ole vaikutusta elämäntyytyväisyyteen tai onnellisuuteen (Hsu et al. 2015, Li et al. 2015). Emmerink et al. (2016) -tutkimuksen mukaan asuinolosuhteisiin liittyvät ongelmat vaikuttivat kuitenkin itsekoettuun elämänlaatuun madaltavasti (Emmerink et al. 2016). Kahden tutkimuksen mukaan oma asunto ennakoi korkeaa elämänlaatua, kun taas yksin asuminen ennakoi matalaa elämänlaatua. Korkeampaa elämänlaatua raportoivat mielenterveysasiakkaat, jotka asuivat omassa asunnossaan, mutta muiden ihmisten kanssa. (Huang et al. 2012, Zhang et al. 2013.) Yksin asumisesta on lyhyt matka yksinäisyyteen, ja yksinäisyydellä todettiin olevan suuri vaikutus iäkkäiden masennukseen ja matalaan elämänlaatuun (Li et al. 2015).

Hengellisyden ja uskonnollisuuden merkitys elämänlaatuun oli kaksijakoinen. Kahden tutkimuksen mukaan osallistuminen hengellisiin tapahtumiin ennakoi parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä (Park et al. 2013, Santini et al. 2018). Toisaalta hengellinen osallistuminen ei vähentänyt ahdinkoa tai ollut yhteydessä itsearvioituun fyysiseen terveyteen (Park et al. 2013, Zhang et al. 2013).

Tämän luvun ensimmäisen kappaleen mukaan, Lombardo et al. (2018) -tutkimuksessa todettiin, ettei tuloilla ole yhteyttä mielenterveyteen tai elämänlaatuun (Lombardo et al. 2018). Muissa tutkimuksissa, missä mainittiin taloudellinen tilanne, tutkimus osoitti muuta. Taloudellinen tyytyväisyys kuvattiin liittyvän hyvään ja tarkoitukselliseen elämään (Hsu et al. 2015). Korkeampi tulotaso ennakoi matalampaa masennusta (Li et al. 2015, Park et al. 2013) ja korkeampaa mielenterveyttä (Zhang et al. 2013). Varakkaammilla oli suuremmat mahdollisuudet osallistua erilaisiin ryhmätoimintoihin (Zhang et al. 2013). Parempi taloudellinen tyytyväisyys oli kuitenkin hiipuvaa. Taloudellinen tyytyväisyys paransi subjektiivista elämänlaatua ja onnellisuutta alussa, mutta ajan kuluessa sen vaikutus väheni. (Hsu et al. 2015.)

Mielenterveysasiakkaat pääsääntöisesti ovat matalapalkkaisessa tuetussa työssä, ja elävät köyhyysrajan alapuolella. He eivät kykene tyydyttämään taloudellisia tarpeitaan, eivätkä voi osallistua maksulliseen sosiaaliseen toimintaan. Osa-alueista, missä tutkimuksiin osallistujat raportoivat tyytymättömyyttä, suurin oli huono taloudellinen tilanne. Huonon taloudellisen tilanteen koettiin vaikuttavan fyysiseen ja sosiaaliseen elämään. Huono taloudellinen tilanne myös huononsi elämästä nauttimista ja asennetta elämän merkityksestä. (Ng et al. 2014.) Suhteellinen deprivatio (esimerkiksi tunne varattomuus-

desta muihin verrattuna) ja subjektiivinen elämänlaatu ovat Zhang et al. (2013) -tutkimuksen mukaan yhteydessä ahdinkotilaan; deprivatio lisää ahdinkoa, kun taas korkea subjektiivinen elämänlaatu vähentää ahdinkoa (Zhang et al. 2013).

### 5.3.8 Vaikutusten pysyvyys

Hsu et al. (2015) tutkimuksen mukaan subjektiivinen elämänlaatu ja onnellisuus pysyivät vakioina ajan kuluessa. Tutkimuksessa todetaan kuitenkin, että sosiaalisen osallistumisen, taloudellisen tyytyväisyyden tai säännöllisen liikunnan myönteiset vaikutukset subjektiiviseen elämänlaatuun ja onnellisuuteen vähenivät ajan myötä. (Hsu et al. 2015.)

## 5.4 Yhteenveto tuloksista

### 5.4.1 Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta

Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan parissa työskentelee lähes poikkeuksetta moniammatillinen tiimi. Työryhmään kuuluu toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, lähihoitajia, sekä psykiatreja, psykologeja ja sairaanhoitajia. Muutamassa ryhmässä henkilökuntaan kuului myös erilaisia käsityöläisiä. Mukana työvoimassa oli joissain paikoissa myös mielenterveysasiakkaita. (Eklund et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Kim 2017, Salles et al. 2015.)

Tapaamispaikat olivat keskeinen osa julkista terveydenhuoltoa ja avoinna koko yhteisölle. Tapaamiskeskukset koettiin matalan kynnyksen paikkoina, joihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Tapaamiskeskukset olivat auki arkisin. Tapaamiskeskuksissa oli tarjolla paljon erilaisia aktiviteetteja. Enimmäkseen niissä oli aikataulutettuja käsitöitä kuten tekstiilitöitä, puutöitä, maalausta, lasitöitä, keramiikkaa sekä harrasteaktiviteetteja. Tapaamiskeskuksissa oli tarjolla myös yhdessä ruokailua, rentoutumista, sekä kuntoutusta ja tukiohjelmia. (Eklund et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Kim 2017, Salles et al. 2015, Zhang et al. 2013.)

Ryhmissä oli useita keskustelun aiheita. Ryhmissä keskusteltiin terveellisiin käyttäytymistavoitteisiin pääsemisestä sekä fyysisen aktiviteetin että ravintomuutosten avulla.

Keskustelua oli myös omista tavoitteista hoidolle, psyykkisistä oireista, sekä kuntoutuksen määritelmästä. Ryhmissä myös laadittiin oma hoitosuunnitelma, siitä miten päästä omiin tavoitteisiinsa. (Kilbourne et al. 2014, Mueser et al. 2012.)

Ryhmiin osallistujat saivat psykososiaalisia hyötyjä ryhmistä. Osallistujat usein söivät yhteisen lounaan ennen tai jälkeen tapaamisen, ja osallistujat loivat uusia sosiaalisia suhteita, voimaantuivat ja paransivat omaa elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan. Ryhmiin osallistuminen katkasi inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen. (Emmerink et al. 2016, Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014, Markowitz 2015, Mueser et al. 2012, Salles et al. 2015, Santini et al. 2018.)

Ryhmiin osallistujat saivat psykososiaalisia hyötyjä ryhmistä. Osallistujat usein söivät yhteisen lounaan ennen tai jälkeen tapaamisen, ja osallistujat loivat uusia sosiaalisia suhteita, voimaantuivat ja paransivat omaa elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan. Ryhmiin osallistuminen katkasi inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen. (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015.)

#### 5.4.2 Suosituksia mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan

Ryhmiin osallistujat saivat psykososiaalisia hyötyjä ryhmistä. Osallistujat usein söivät yhteisen lounaan ennen tai jälkeen tapaamisen, ja osallistujat loivat uusia sosiaalisia suhteita, voimaantuivat ja paransivat omaa elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan. Ryhmiin osallistuminen katkasi inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen. (Horghagen et al. 2014, Salles et al. 2015.)

Mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessaan tulisi sisältää laaja näkökulma asiakkaan tarpeista. Hoidon tavoitteena tulisi olla kuntoutus yhdistettynä onnellisuuteen ja muihin positiivisiin tuloksiin, työhön paluun mahdollistaminen ja selviytymisstrategioiden parantaminen. Mielenterveysasiakkaat tarvitsevat psykiatrisen hoidon lisäksi myös perusterveydenhuoltoa, hammashuoltoa ja sosiaalisia palveluita. Integroimalla somaattisen ja psykiatrisen hoidon voi parantaa mielenterveysasiakkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. (Broyd et al. 2016, Mueser et al. 2012, Oliveira et al. 2016, Palmer et al. 2016, Östman et al. 2014.)

Hoitohenkilökunta nykyisellään osaa huomioida hyvin mielenterveysasiakkaiden psykiatrisen oireilun, mutta ei osaa huomioida kuitenkaan mielenterveysasiakkaiden sosiaaliin kansasakäymiseen liittyviä tarpeita. Hoitohenkilökunnan koulutusta kokonaisvaltaisten tarpeiden arvioinnista peräänkuulutettiin. Tutkimuksista nousi myös tarve lisätä toimintaterapeuttien määrää parantamaan tapaamiskeskusten toimintaa sekä ylipäänsä ammattilaisten lukumäärän lisäämistä. (Almomani et al. 2014, Dautzenberg et al. 2015, Eklund et al. 2014.)

Useat mielenterveysasiakkaat tarvitsevat rohkaisua osallistua ryhmätoimintaan, ja monet tarvitsevat saattajan pitkällekin ajan jaksolle ryhmään. Ryhmään pääseminen oli haastavaa joko kuljetuksen puutteen vuoksi tai fyysisten vajavuuksien vuoksi. Hoitosuositukseksi nousi niin saattajien kuin kuljetuksen mahdollistaminen. (Hsu et al. 2015, Kingstone et al. 2017.)

Fyysiseen ympäristöön liittyen tutkimuksista nousi niin tarve kuin yhteiskunnan hyöty lisätä yhteisöllisiä tapaamispaikkoja sekä interventioita, joiden avulla sosiaalinen osallistuminen helpottuu. Sosiaalista osallistumista ja jonnekin kuulumista tulisi kannustaa. Tapaamispaikat ehkäisevät sosiaalista eristäytymistä, ja myös ryhmätoiminnan avulla voi psykologisesti kuntouttaa sosiaalisia suhteita. Ottamalla tapaamiskeskusten käyttäjät mukaan tuottamaan palveluita, voi parantaa mielenterveysasiakkaiden kokemaa merkityksellisyyttä. Avustamalla mielenterveysasiakkaita löytämään mielenkiintoisia toimia tapaamiskeskusten ulkopuolella, kannustaa se heitä rakentamaan arjestaan ja elämäänsä tarkoituksellisempaa. (Eklund et al. 2014, Hsu et al. 2015, Levula et al. 2015, Salles et al. 2015.)

#### 5.4.3 Ryhmätoiminnan yhteys mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun

Mielenterveysasiakkailla on matalampi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin muulla terveellä väestöllä. Mielenterveysasiakkailla todettiin olevan 2,5-kertainen avuntarve muihin verrattuna. Mielenterveysasiakkaan omat kyvyt ja taidot muuttuivat ryhmätoiminnan myötä. Miellyttävä hyvä olo paransi mielenterveysasiakkaiden kognitiivisia taitoja. Ryhmätoimintaan osallistuminen paransi mielenterveysasiakkaiden omatoimisuutta ravitsemuksen, liikunnan ja hyvinvoinnin suhteen, kehitti ja ylläpiti osallistujien taitoja, kuten ongelmanratkaisua, innovatiivisuutta, yhteistyötä sekä sosiaalisia kykyjä. (Almomani et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014, Kim 2017, Mueser et al. 2012, Palmer et al. 2016, Wheeler et al. 2015.)

Parhaiten tyydyttyneet tarpeet sekä mielenterveysasiakkaiden että hoitohenkilökunnan mukaan liittyivät henkilökohtaisiin tarpeisiin; fyysiseen terveyteen, lääkitykseen, psykologiseen ahdistukseen sekä arkisiin toimintoihin. Mielenterveysasiakkaiden kertomana huonoiten tyydyttyneet tarpeet olivat muiden ihmisten seura sekä päivittäiset aktiviteetit. Matala sosiaalinen osallistuminen tai pieni sosiaalinen verkosto lisäsi ylipäänsä tarpeiden määrää, mutta erityisesti tyydyttämättömien tarpeiden määrää. Tämä tyydyttämättömien tarpeiden lisääntyminen aiheutti matalampaa koettua elämänlaatua sekä vähäisempää sosiaalista osallistumista. Tyydyttämättömät tarpeet aiheuttivat täten noidankehän: psykiatrinen oireilu voi vaatia apua, mikä lisää tarpeita. Tyydyttämättä jääneet tarpeet taas voivat lisätä psykiatrasta oireilua, mikä taas puolestaan heikensi subjektiivista elämänlaatua. (Dautzenberg et al. 2015, Östman et al. 2014.)

Mielenterveysasiakkaan yleinen terveys ja itseraportoitu mielenterveys korreloivat elämänlaadun kanssa. Matala tai kohtalainen itsekoettu mielenterveys ennakoivat tyytymättömyyttä elämään ja matalaa subjektiivista elämänlaatua. Yleiseen terveyteen taas vaikuttavat madaltavasti masennusoireet, suurempi kaatumisriski sekä invaliditeetit. Mielenterveysasiakkailta todettiin merkittävää vajavuutta mahdollisuuksissa elää tervettä ja tarkoituksellista elämää. Matalaa elämänlaatua (sekä psyykkistä että fyysistä) ennakoivat psykologinen ahdinko ja itsemurhayritykset, äännet ja uskot. Elämäntapojen vuoksi mielenterveysasiakkailta on tutkimusten mukaan korkea riski oheissairastavuuteen, kuten sydän- ja verisuonitauteihin ja ylipainoon. (Almomani et al. 2014, Broyd et al. 2016, Huang et al. 2012, Kilbourne et al. 2014, Levula et al. 2015, Lombardo et al. 2018, Nadeem et al. 2015, Ng et al. 2014, Palmer et al. 2016, Östman et al. 2014.)

Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan osallistuvien elämänlaatuun vaikuttivat ryhmien ominaisuudet. Yhden ryhmän todettiin korostavan mielenterveysasiakkaiden itsehoitoa ja koordinoitua. Toisessa ryhmässä integroitiin onnistuneesti psykiatristen ja somaattisten sairauksien itsehallinta. Ryhmien sisällön ja itse ryhmän tuttuus helpottivat mielenterveysasiakkaita osallistumaan ryhmään. Ryhmiin osallistujat saivat mielekästä, matalan kynnyksen tekemistä, sekä rutiineja arkeen. Ryhmässä sai myös keskustella arkisista asioista. Mielenterveysasiakkaat saivat uusia rooleja ja vastuualueita osallistuessaan ryhmätoimintaan. Osallistujista tuli toistensa roolimalleja, ja ryhmässä saadut vastuualueet motivoivat osallistujia nousemaan aamuisin ylös sängystä ja lievensivät masennuksen tunteita. Roolien kautta osallistujat saivat arvostuksen tunnetta. Mielenterveysasiakkaat kokivat ryhmässä arvostusta ja kunnioitusta, kun muualla yhteisössä

he kokivat syrjintää. Heille suurin syy ryhmätoimintaan osallistumiseen ei ollut itse tekeminen, vaan arvostettuna ihmisenä oleminen. (Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014, Kingstone et al. 2017, Mueser et al. 2012, Salles et al. 2015, Santini et al. 2018.)

Ryhmään kuulumisen tunne ja vertaistuki ennakoivat molemmat parempaa elämänlaatua. Ryhmässä osallistujat jakoivat tietoa ja kokemuksia, saivat turvallisuuden ja vakauksen tunnetta, vertaistukea, kunnioitusta ja itseluottamusta. Osallistujien saama tuki oli sekä tarvittua että arvostettua. (Horghagen et al. 2014, Kilbourne et al. 2014, Santini et al. 2018.)

Mielenterveysasiakkaiden perhesuhteet ovat vahvasti yhteydessä elämänlaatuun. Perheen osallisuus hoidossa tai tukiverkostossa oli ristiriitaisessa asemassa tutkimuksissa. Kahden tutkimuksen mukaan tukiverkostossa sukulaisten osuus vaikutti positiivisesti; mitä suurempi osuus tukiverkostossa oli sukua, sitä matalampi stressitaso ja korkeampi elämäntyytyväisyys mielenterveysasiakkaalla oli. Toisten tutkimusten mukaan onnellisimpia olivat he, jotka näkivät harvoin omaisten kanssa. Onnellisuus perustui tällöin sosiaalisiin tilanteisiin oman perheen ulkopuolella. Joissain tapauksissa oman perheen ja suvun yhteydet jopa vähensivät onnellisuutta. (Emmerink et al. 2016, Fuller-Iglesias 2014, Hsu et al. 2015, Huang et al. 2012, Ng et al. 2014.)

Ryhmätoimintaan osallistumisella oli positiivinen vaikutus itsetuntoon, oireiden väheneeseen ja elämänlaatuun. Sosiaalisen osallistumisen todettiin tutkimusten mukaan parantavan ihmisarvoa, osaamisen tunnetta, sosiaalisen verkoston yhteyksiä sekä tarkoituksellisuutta. Sosiaalinen osallistuminen koettiin liittyvän oleellisesti hyvään ja tarkoitukselliseen elämään. Ryhmän toimintaan osallistuminen vähensi mielenterveysasiakkaiden avuttomuuden tunnetta, paransi itsetuntoa, sai tuntemaan olevansa täynnä energiaa ja lisäsi osallistujien läheisyyden tunnetta. Sosiaalinen vetäytyminen vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen. Sosiaalinen vetäytyminen voi aiheuttaa noidankehän; sosiaalinen vetäytyminen lisää psykososiaalisia tarpeita, ja psykososiaalisten tarpeiden huomiomattomuus taas lisää joutilaisuutta ja pahentaa sosiaalista vetäytymistä. Tämä vaikuttaa subjektiiviseen elämänlaatuun negatiivisesti. (Almomani et al. 2014, Horghagen et al. 2014, Hsu et al. 2015, Kim 2017, Kingstone et al. 2017, Levula et al. 2015, Markowitz 2015, Ristner et al. 2014, Santini et al. 2018.)

Tukiverkoston merkitys tutkimuksissa oli yhtenevä; osallistuminen ryhmätoimintaan tuki sosiaalisia tukiverkostoja, ja tukiverkostot paransivat mielenterveyttä ja elämänlaadun

ennustetta. Tutkimusten mukaan sosiaalisten resurssien saatavuus paransi itsekoettua elämänlaatua ja onnistunutta ikääntymistä. Tukiverkoston todettiin tutkimusten mukaan aiheuttavan parempaa tyytyväisyyttä suhteisiin, matalampia stressitasoja, vähemmän masennusoireita, sekä korkeampaa tyytyväisyyttä elämään. (Broyd et al. 2016, Fullerglesias 2014, Horghagen et al. 2014, Hsu et al. 2015, Levula et al. 2015, Li et al. 2015, Markowitz 2015, Meesters et al. 2013, Park et al. 2013, Ponce de Léon et al. 2015, Ristner et al. 2014, Zhang et al. 2013.)

Sosiodemografisista muuttujista elämänlaatuun tai onnellisuuteen eivät vaikuttaneet sukupuoli, siviilisäätö, koulutustaso, sairauden kesto tai yleinen terveys. Ikä joidenkin tutkimusten mukaan ei vaikuttanut lainkaan, kun taas ristiriitaisesti Emmerink et al. (2016) -tutkimuksen mukaan iäkkäillä mielenterveysasiakkaila on matalampi subjektiivinen elämänlaatu kuin nuoremmilla asiakkaila, ja Hsu et al. (2015) -tutkimuksen mukaan suurin todennäköisyys onnellisuuteen oli vanhemmalla naisella, joka asui urbaanissa ympäristössä. Oma asunto ennakoiki korkeaa elämänlaatua, kun taas yksin asuminen ennakoiki matalaa elämänlaatua. Korkeampaa elämänlaatua raportoivat mielenterveysasiakkaat, jotka asuivat omassa asunnossaan, mutta muiden ihmisten kanssa. Taloudellinen tyytyväisyys kuvattiin liittyvän hyvään ja tarkoitukselliseen elämään. Korkeampi tulotaso ennakoiki matalampaa masennusta ja korkeampaa mielenterveyttä. Varakkaammilla oli suuremmat mahdollisuudet osallistua erilaisiin ryhmätoimintoihin. Mielenterveysasiakkaat pääsääntöisesti ovat matalapalkkaisessa tuetussa työssä, ja elävät köyhyysrajan alapuolella. He eivät kykene tyydyttämään taloudellisia tarpeitaan, eivätkä voi osallistua maksulliseen sosiaaliseen toimintaan. Osa-alueista, missä tutkimuksiin osallistujat raportoivat tyytymättömyyttä, suurin oli huono taloudellinen tilanne. Huonon taloudellisen tilanteen koettiin vaikuttavan fyysiseen ja sosiaaliseen elämään. Huono taloudellinen tilanne myös huononsi elämästä nauttimista ja asennetta elämän merkityksestä, mikä vaikutti negatiivisesti subjektiiviseen elämänlaatuun. (Broyd et al. 2016, Emmerink et al. 2016, Huang et al. 2012, Hsu et al. 2015, Li et al. 2015, Lombardo et al. 2018, Ng et al. 2014, Palmer et al. 2016, Park et al. 2013, Zhang et al. 2013.)

## 6 Pohdinta ja johtopäätökset

Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen perustuen, millaisia ryhmiä mielenterveysasiakkaille on tarjolla, ja miten nämä ryhmät ovat yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun. Tarkoituksena oli myös kuvata, millaisia suosituksia tutkimusartikkeleissa on luotu niiden tulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan. Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää pienryhmätoimintaa mielenterveysasiakkaille Suomessa.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Kotihoito julkisena perusterveydenhuollon palveluna on Suomessa omaa laatuaan, eikä maailmalta löydy täysin vastaavaa. Koska halusin tutkia ylipäänsä avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaa, en ottanut kotihoitoa yhdeksi hakusanaksi. Mahdollisimman laajan aineiston saamiseksi sisällytin kaikki mielenterveysasiakkaat hakuehtoihin, mutta poissuljin osastojen potilaat. Näin sain maailmanlaajuisesti avohoidossa olevat mielenterveysasiakkaat aineistoon.

Olin poissulkenut tutkimusaineistostani muut systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, mutta käytin niitä viitekehysten luomisessa. Vertaan nyt itse saamaani kirjallisuuskatsausta aikaisempaan löytämäni kirjallisuuteen.

Suomesta ei löytynyt yhtään tieteellistä tutkimusta mielenterveysasiakkaiden virikkeellisestä ryhmätoiminnasta, ja ulkomaillakin käsite oli vaikeasti löydettävissä. Aikaisempaa tietoa löytyi pääsääntöisesti iäkkäiden muistisairaiden ryhmätoiminnasta sekä ryhmäterapiasta, joita taas on tutkittu paljon. Iäkkäiden muistisairaiden virikeryhmien yhteydet ikäihmisten elämänlaatuun olivat tosin yhtenevät mielenterveysasiakkaiden yhteyksien kanssa. Sekä iäkkäiden että mielenterveysasiakkaiden ryhmien tavoitteina oli säilyttää asiakkaan hyvinvointi keskiössä, ja samalla tuottaa asiakkaiden kanssa sisällöltään mielekästä arkea. Molemmissa osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, ja osallistua sai myös vain olemalla fyysisesti läsnä. Finne-Soverin et al mukaan (2014) arkielämässä aktiviteettien puute voi johtaa eristymiseen, yksinäisyyteen, merkityksettömyyden tunteisiin sekä masennukseen. Tutkimukseni tulosten mukaan tämä on täysin sovellettavissa myös mielenterveysasiakkaisiin. Ryhmätoiminnan sosiaalinen ja luova toiminta yhtä lailla ehkäisee eristyneisyyttä ja parantaa elämänlaatua niin muistisairaille kuin mielenterveysasiakkaillakin.

Tarkastellessa tutkimuksen tuloksia suhteessa viitekehukseen, ovat tutkimuksen tulokset yhteneväiset aiemman tutkimustiedon kanssa myös suositusten suhteen. Sosiaali- ja terveysministeriön 2017 julkaisema laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi nostaa esiin samoja asioita, kuin mitä alkuperäisaineistosta nousi suosituksina. Näitä olivat juuri asiakkaiden terveyden ja toimintakyvyn vahvistaminen lisäämällä ryhmämuotoista toimintaa, mikä edistää terveyttä sekä osallisuutta. Myös ennakoimalla toimintakykyä alentavia tekijöitä, kuten mielialan laskua ja asiakkaiden kokemaa yksinäisyyttä, voivat kunnat turvata hyvän ikääntymisen, myös mielenterveysasiakkaille. Integroimalla psykiatrisen ja somaattisen sekä sosiaalisen palvelutarpeen arvioinnin ja -ohjauksen, saavat kaikki asiakkaat tarvitsemaansa apua ja tukea, ihmisen kokonaisvaltaisesti huomioiden. Lisäämällä ja ylläpitämällä sosiaalisia yhteyksiä paranee osallistujien elämänlaatu, ja samalla myös muiden tarpeiden määrä vähenee.

Tutkimuksessa mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun vaikuttavat tekijät olivat samoja kuin mitä aiemmassa tutkimustiedossa oli noussut. Mielenterveysasiakkaiden koulutus- ja työhistoria vaikuttavat negatiivisesti taloudelliseen tilanteeseen, mikä taas vaikuttaa alentavasti subjektiiviseen elämänlaatuun. Matala sosioekonominen asema lisää psykiatrista oireilua, mikä taas johtaa pidempiin sairausjaksoihin, lisääntyneisiin tarpeisiin, epäsuhtaan palveluiden käytössä sekä matalampaan subjektiiviseen elämänlaatuun. Subjektiivisen ja objektiivisen elämänlaadun erot tukivat myös aiempaa tutkimustietoa. Hoitohenkilökunnan tai muiden ammattilaisten tekemä objektiivinen arviointi perustui asiakkaan oireiden, toimintakyvyn ja hoidon tarkasteluun. Mielenterveysasiakkaan subjektiivinen arviointi perustui enemmän itsetunnon ja hyvinvoinnin tarkasteluun. Täten nämä näkökulmaerot aiheuttivat eroavaisuuksia objektiivisen ja subjektiivisen elämänlaadun arvioinnissa.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Systemaattista kirjallisuuskatsausta kritisoidaan työlääksi, sekä aikaa ja resursseja vieväksi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on kritisoitu myös tietokantojen indeksoinnin epäyhtenäisyyden vuoksi. Alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu voi horjuttaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Prosessiin kuuluvassa alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa kriteeristö on luotu helpottamaan arviointia, mutta ne voivatkin toisaalta vaikuttaa myös analyysituloksiin. Samoin alkuperäistutkimuksille asetetut sisäänottokriteerit voivat suunnata tuloksia jo varhaisessa vaiheessa.

Virheitä voi tapahtua missä tahansa prosessin vaiheessa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 43.)

Tietokannat ja niiden käyttö olivat tulleet tutkijalle tutuiksi opintojen aikana, ja tällä kokemuksella muodostuivat aineiston tietokantahakujen hakusanojen sekä tietokantojen valinta. Ammattikorkeakoulun informaattikko ei ollut käytettävissä juuri tietokantahakujen ajankohtana, ja hänen apunsa hyödyntämättömyys heikentää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Tietokannoissa tehtiin koehakuja hakusanojen testaamiseksi. Valituilla hakusanoilla aineistoa löytyi erittäin runsaasti. Kaikki tulokset käytiin läpi huolellisesti, ja tarkastelun ja arvioinnin jälkeen niistä muodostui kattava ja monipuolinen aineisto kirjallisuuskatsaukseen. Toisia tietokantoja käyttämällä olisi voinut aineistoon nousta erilaisia tutkimuksia, ja täten myös tulokset olisivat voineet olla hieman erilaiset.

Tutkimukseen valittujen alkuperäistutkimusten laatu arvioitiin JBI:n kriteeristön mukaisesti, koska tämä oli entuudestaan tuttu tutkijalle aiemmilta opintojaksoilta. Kriteeristön tuttuus osittain parantaa laadunarvioinnin luotettavuutta. Laadunarviointi on tulkinnanvaraista ja herkkää, joten sen tekeminen vain yhden tutkijan toteuttamana heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus ja toistettavuus. Uskottavuus edellyttää sitä, että tutkimuksen tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty, ja mitkä ovat kyseisen tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös se, että tutkija analysoi aineiston luotettavasti ja tarkasti, eikä saatuja tuloksia ole harhaanjohtavasti tai virheellisesti sepitetty. (Kankunen P – Vehviläinen-Julkunen K 2015: 189-198.)

Tässä systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa reliabiliteetin takaamiseksi kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheet raportoitiin huolellisesti, jotta tutkimus olisi toistettavissa ja läpinäkyvää. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan arvioida analysoimalla, kuinka hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin on kyetty vastaamaan. Merkityksellisiä luotettavuuden kannalta ovat myös aineiston käsittelyn vaiheiden kuvaus luotettavasti ja toistettavasti. (Kangasniemi M – Pölkki T 2016.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin avoimesti ja kattavasti. Aineiston käsittelyn eri vaiheita kuvattiin huolellisesti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yksi luotettavuuden näkökulma nousee yleensä siitä, että se tehdään kahden tutkijan toimesta. Tämä tutkimus on tehty systemoituna, yhden toimesta, mikä heikentää tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen ohjaajalta ja seminaariryhmältä on saatu tukea, neuvoja ja ohjausta tutkimuksen eri vaiheiden aikana. Tämä taas parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Alkuperäisaineiston muiden tutkijoiden työtä kunnioitettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen merkitsemällä lähdeviittaukset huolellisesti ja asianmukaisesti. (Kankkunen P – Vehviläinen-Julkunen K 2015: 224.) Kotihoitoa koskevia arvioita muun muassa mielenterveysasiakkaiden osuudesta kaikista kotihoidon säännöllisistä asiakkaista on ilman lähdeviittauksia. Nämä tiedot tulevat tutkijan omasta tiedosta ja pitkäaikaisesta kokemuksesta kotihoidon sairaanhoitajan työtehtävistä Helsingin Itäisen kotihoitoyksikön alueella. Systemoidun kirjallisuuskatsauksen Tulokset -osiossa tutkimustuloksia kuvattiin mahdollisimman huolellisesti, kuten ne nousivat aineistosta, mitään oleellista karsimatta pois (Kangasniemi M – Utriainen K – Ahonen SM – Pietilä AM – Jääskeläinen P – Liikainen E 2013: 297-298).

Tähän systemoituun kirjallisuuskatsauksen alkuperäisaineistoon nousi ainoastaan englanninkielisiä tutkimuksia, jotka tutkija itse käänsi suomeksi. Tutkijan englanninkielentaito on natiivia vastaava, joten tämän ei nähty heikentävän luotettavuutta.

### 6.3 Eettiset kysymykset

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksen mukaan tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä elementtejä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyön kaikissa vaiheissa, kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien soveltaminen, sekä muiden tutkijoiden työn ja saavutusten kunnioittaminen. Tarvittaessa myös tutkimusluvut ja rahoituslähteet tulee olla haettuna ja ilmoitettuna. (TENK 2012: 6, Kankkunen P – Vehviläinen-Julkunen K 2015: 211-212.)

Tämä tutkimus toteutettiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Sen mukaisesti tutkimustyön vaiheissa ja tulosten esittämisessä erityistä huomiota kiinnitettiin rehellisyyteen, yleiseen huolellisuuteen sekä tarkkuuteen. Tiedonhankinnassa sekä tutkimus- ja arviointimenetelmissä sovellettiin kriteerien mukaisia toimintatapoja, jotka ovat tiedeyhteisön tunnustamia. Tietoja ei ole myöskään plagioitu, vaan kunnioitettu alkuperäistutkijaa lainaamalla ja siteeraamalla.

#### 6.4 Johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimus on tuottanut tietoa avohoidossa olevien mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnasta sekä sen yhteydestä asiakkaiden elämänlaatuun. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan kehittämässä. Tutkimus tuotti tietoa myös suosituksista, joita nousi tutkimustulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan.

Tämän tutkimuksen johtopäätökset ja suositukset ovat:

1. Matalan kynnyksen tapaamiskeskuksia, joissa toimii moniammatillinen henkilökunta, ja joissa järjestetään säännöllistä monipuolista virikkeellistä vapaaehtoista ryhmätoimintaa, tulisi olla saatavilla kaikille kotona asuville mielenterveysasiakkaille.
2. Ryhmätoimintaan osallistuminen parantaa mielenterveysasiakkaiden omatoimisuutta ravitsemuksen, liikunnan ja hyvinvoinnin suhteen, sekä kehittää ja ylläpitää osallistujien taitoja, kuten ongelmanratkaisua, innovatiivisuutta, yhteistyötä sekä sosiaalisia kykyjä. Sosiaalista osallistumista ja ryhmään kuulumista tulisi kannustaa. Lisäämällä ja ylläpitämällä sosiaalisia yhteyksiä paranee osallistujien elämänlaatu, ja samalla myös muiden tarpeiden määrä vähenee.
3. Ryhmätoiminnassa vertaistuellalla todettiin oleva merkittävä rooli elämänlaatua parantavana tekijänä.
4. Sosiaalinen vetäytyminen vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen ja elämänlaatuun. Se lisää psykososiaalisia tarpeita. Näiden tarpeiden huomioimattomuus taas lisää joutilaisuutta ja pahentaa sosiaalista vetäytymistä. Tässä suurena haasteena henkilökunnalle on erottaa, milloin asiakas on vetäytynyt sosiaalisesti oman erakkomaisen luonteensa vuoksi, ja milloin se onkin alkanut fyysisestä ulospääseminen esteestä, mikä on eskaloitunut tietoiseen eristäytymiseen.
5. Mielenterveysasiat tulisi nostaa vahvemmin yhteiskuntapoliittisen keskustelun aiheeksi. Keskustelua tarvitaan muun muassa mielenterveysasiakkaisiin kohdistuvista asenteista sekä mielenterveyspalveluista ja niiden riittävydestä. Yleisen

keskustelun aiheeksi jää, onko mielenterveysasiakkaiden sosiaalinen toimintakyky ainoastaan mielenterveyspalveluiden järjestettävissä, vai pitäisikö sen olla vastuualueena yhteinen julkisen terveydenhuollon ja politiikan kanssa.

Tutkimusaineiston tulosten pohjalta nousi suosituksia mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan. Kokoan niistä keskeisimpiä tähän kehitysehdotuksina:

1. Yhteisöllisiä tapaamiskeskuksia sekä interventioita, joiden avulla sosiaalinen osallistuminen helpottuu, tulee lisätä.
2. Tapaamiskeskuksissa tulee olla riittävästi moniammatillista henkilökuntaa. Tämän tulisi mahdollistaa myös asiakkaiden hakeminen/ saattaminen ryhmään.
3. Henkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta ja tukea huomioimaan mielenterveysasiakkaiden sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä tarpeita.
4. Ryhmätoiminnan sisältö tulisi olla monipuolinen sisältäen niin fyysisiä aktiviteetteja kuin myös psykososiaalisia aktiviteetteja, taidetta ja käsitöitä.
5. Mielenterveyshäiriö ei ole vain yksittäinen diagnoosi, vaan ihmiseen kokonaisvaltaisesti vaikuttava osatekijä. Psykiatrisen ja somaattisen hoidon ja palveluiden, kuin myös sosiaalisten tarpeiden integraatioiden tulisi olla vahvempia, ja asiakkaan kokonaisvaltaisesti näkeviä.

Tämän tutkimuksen jatkotutkimushaasteet ovat:

1. Tutkittua tietoa mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnasta löytyi vähän. Lisää tutkittua tietoa tarvitaan aiheesta, esimerkiksi Kontulan monipuolisen palvelukeskuksen pilottiryhmän kaltaisesta toiminnasta.
2. Pitkittäistutkimus ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta, jotta ymmärrys ja tieto aiheesta lisääntyisi, ja toiminnan kehittäminen mahdollistuisi. Vaikuttavuutta voisi mitata esimerkiksi RAIssoft -arviointien avulla ennen ja jälkeen ryhmässä aloituksen.

3. Lisäämällä ja ylläpitämällä sosiaalisia yhteyksiä paranee osallistujien elämänlaatu, ja samalla myös muiden tarpeiden määrä vähenee. Mielenkiintoista olisi tutkia voiko virikkeellisen ryhmätoiminnan avulla vähentää mielenterveysasiakaiden kotihoidon käyntien määrää.

## Lähteet

\*Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset.

\* Almomani FM, McDowd JM, Bani-Issa W, Almomani M. 2014: Health-Related Quality of Life and Physical, Mental, and Cognitive Disabilities among Nursing Home Residents in Jordan. *Quality of Life Research* (2014) 23:155-165.

Appelqvist-Schmidlechner, K, Tuisku, K, Tamminen, N, Nordling, E, Solin, P. 2016: Mitä on positiivinen mielenterveys ja miten sitä mitataan? Julkaisussa: *Suomen lääkärilehti* 24/2016, vsk 71: 1759-64a.

\* Broyd A, Jolley S, Johns L. 2016: Determinants of Subjective Well-Being in People with Psychosis Referred for Psychological Therapy in South London. *British Journal of Clinical Psychology* (2016), 55, 429-440.

\* Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R, Beekman A, Stek ML, Dols A. 2015: The Care of Older Patients with Bipolar Disorder. *Aging & Mental Health*, 2016, Vol.20, No.9, 899-907.

\* Eklund M, Gunnarsson AB, Sandlund M, Leufstadius C. 2014: Effectiveness of an Intervention to Improve Day Centre Services for People with Psychiatric Disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal* (2014) 61, 268-275.

\* Emmerink PMJ, Roeg DPK. 2016: Predictors of Quality of Life of People Receiving Intensive Community-Based Care. *Quality of Life Research* (2016) 25:457-464.

Finne-Soveri H, Pohjola L, Keränen J, Raivio K. 2014: Pysyvästi aktivoivaan arkeen. InnoKusti-hanke 2007-2010 ja miten sitten kävi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 30/2014. Tampere. Saatavana sähköisesti osoitteessa: <https://www.sotergo.fi/files/406/InnoKusti-hanke.pdf>

\* Fuller-Iglesias HR 2014: Social Ties and Psychological Well-Being in Late Life: The Mediating Role of Relationship Satisfaction. *Aging & Mental Health* 2015, Vol. 19, No. 12, 1103-1112.

Hallitusohjelma 2015: Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.05.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi\\_FI\\_YH-DISTETTY\\_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YH-DISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82)

\* Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, Drake RJ. 2014: Validity of Subjective versus Objective Quality of Life Assessment in People with Schizophrenia. BMC Psychiatry (2014) 14:365.

Heikkilä J, Korkeila J, Aalto S, Sourander A, Karlsson H. 2001: Avohoidon skitsofreniapotilaiden elämänlaatu ja hoitotilanne. Julkaisussa: Suomen lääkäri-lehti 39/2001 vsk 56: 3923-26.

Heiskanen T, Salonen K, Sassi P. 2006: Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy

Helsinki 2018: Seniori-info neuvoo Helsingin ikääntyneitä. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja. <https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/seniorinfo>. Luettu 7.5.2019.

Holmberg, J. 2008: Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 11–26.

\* Horghagen S, Fostvedt B, Alsaker S. 2014: Craft Activities in Groups at Meeting Places: Supporting Mental Health Users' Everyday Occupations. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014; 21: 145-152.

Hotus 2019: Kriittinen arviointi. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>. Luettu 04.02.2019.

\* Hsu HC, Chang WC. 2015: Social Connections and Happiness among the Elder Population of Taiwan. Aging & Mental Health 2015, Vol.19, No. 12, 1131-1137.

\* Huang R-R, Chen Y-S, Chen C-C, Chou FH-C, Su SF, Chen MC, Kuo M-H, Chang L-H. 2012: Quality of Life and its Associated Factors among Patients with Two Common Types of Chronic Mental Illness Living in Kaohsiung City. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2012; 66: 482-490.

Isojärvi, J. 2017: Kirjallisuushaku. Versio 1.01. HTA-opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus; 2017. Viitattu 06.03.2018. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksen-teko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kirjallisuushaku>

Itäinen kotihoitoyksikkö 2019: Helsingin kaupungin kotihoito, Itäinen yksikkö, Facebook-sivut. 23.4.2019.

Joanna Briggs Institute. 2011: Kriittisen arvioinnin tarkistuslistat. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Joanna Briggs Institute. 2014: Reviewers' Manual: 2014 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia. Saatavilla: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

Kangasniemi M – Pölkki T. 2016: Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt M, Axalin A, Suhonen R (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja A 73/2015, Turku, 83-96.

Kangasniemi M, Utriainen K, Ahonen SM, Pietilä AM, Jääskeläinen P, Liikanen E. 2013: Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4), 291-301.

Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. 2015: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

\* Kilbourne AM, Bramlet M, Barbaresso MM, Nord KM, Goodrich DE, Lai Z, Post EP, Almirall D, Verchinina L, Duffy SA, Bauer MS. 2014: SMI Life Goals: Description of a Randomized Trial of a Collaborative Care Model to Improve Outcomes for Persons with Serious Mental Illness. *Contemporary Clinical Trials*. 2014 September; 39(1): 74-85.

\* Kim DJ. 2017: The Effects of a Combined Physical Activity, Recreation, and Art and Craft Program on ADL, Cognition, and Depression in the Elderly. *The Journal of Physical Therapy Science*. 2017, 29: 744-747.

\* Kingstone T, Burroughs H, Bartlam B, Ray M, Proctor J, Shepherd T, Bullock P, Chew-Graham CA. 2017: Developing a Community-Based Psycho-social Intervention with Older People and Third Sector Workers for Anxiety and Depression: A Qualitative Study. *BioMed Central Family Practice* (2017) 18: 77.

Kyngäs H, Vanhanen L. 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. Vol. 11, no 1/-99.

Kääriäinen M, Lahtinen M. 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*. Vol. 18, no 1/-06.

\* Levula A, Wilson A, Harré M. 2015: The Association Between Social Network Factors and Mental Health at Different Life Stages. *Quality of Life Research* (2016) 25: 1725-1733.

\* Li J, Theng Y-L, Foo S. 2015: Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* (2015) 30: 409-422.

\* Lombardo P, Jones W, Wang L, Shen X, Goldner EM. 2018: The Fundamental Association Between Mental Health and Life Satisfaction: Results from Successive Waves of a Canadian National Survey. *BMC Public Health* (2018) 18:342.

\* Markowitz FE. 2015: Involvement in Mental Health Self-Help Groups and Recovery. *Health Sociology Review*, 2015, Vol. 24, No. 2, 199-212.

\* Meesters PD, Comijs HC, de Haan L, Smit JH, Eikelenboom P, Beekman ATF, Stek ML. 2013: Subjective Quality of Life and Its Determinants in a Catchment Area Based Population of Elderly Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Research* 147 (2013) 275-280.

Mikkola M, Rintanen H, Nuorteva L, Kovasin M, Erhola M. 2015: Valtakunnallinen sosi-aali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. THL. Raportti 8/2015. Tampere. Saatavilla

sähköisesti osoitteessa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125983/THL\\_RAP008\\_2015WEB.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125983/THL_RAP008_2015WEB.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

\* Mueser KT, Bartels SJ, Santos M, Pratt SI, Riera EG. 2012: Integrated Illness Management and Recovery: A Program for Integrating Physical and Psychiatric Illness Self-Management in Older Persons with Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Apr-Jun 2012; 15(2): 131-156.

\* Nadeem N, Majeed S, Khan AQ. 2015: Perceived Quality of Life and Cognitive Stress Appraisal in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Health Science Journal* 2015, 10:2.

\* Ng P, Pan JY, Lam P, Leung A. 2014: Quality of Life in People with Mental illness in Non-residential Community Mental Health Services in Hong Kong. *East Asian Arch Psychiatry* 2014; 24:43-50.

\* Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. 2016: Internalized Stigma and Quality of Life Domains among People with Mental Illness: The Mediating Role of Self-Esteem. *Journal of Mental Health*, 2016; 25(1): 55-61.

\* Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. 2016: Wellness within Illness: Happiness in Schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2014 October; 159(1): 151-156.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. 2007: Terveysten eriarvoisuus Suomessa. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2007:23. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Julkaisuja/passthru.pdf>

\* Park J, Roh S. 2013: Daily Spiritual Experiences, Social Support, and Depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*. Vol. 17, No. 1, 102-108.

\* Ponce de León L, Lévy JP, Fernández T, Ballesteros S. 2015: Modeling Active Aging and Explicit Memory: An Empirical Study. *Health & Social Work*, Vol 40, Nr 3, August 2015.

Pätsi, M. 2014: Ikäihmisten kokemus asiakaslähtöisestä viriketoiminnasta Katrinkodin arjessa. AMK-opinnäytetyö, Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80583/Patsi\\_Minna.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80583/Patsi_Minna.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

\* Ristner MS, Lisker A, Grinshpoon A. 2014: Predicting 10-year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Psychiatry and Neurosciences* 2014; 68: 30-317.

Saarni, SI, Pirkola, S. 2010: Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. *Julkaisussa: Duodecim* 2010; 126: 2265-73.

\* Salles MM, Matsukura TS. 2015: Occupational Possibilities in a Brazilian Mental Health Service: The Perspective of Users. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2016; vol. 23, No. 1, 23-29.

Salminen, A. 2011: Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

\* Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Koyanagi A, Haro JM, Donovan RJ, Koushede V. 2018: Act-Belong-Commit Indicators Promote Mental Health and Wellbeing among Irish Older Adults. *American Journal of Health Behavior* 2018; 42 (6): 31-45.

Socca 2016: Pääkaupunkiseudun Toimiva Kotihoito 2.0 -Hankesuunnitelma. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [http://www.socca.fi/files/5936/Karkihankesuunnitelma\\_Paakau-punkiseudun\\_toimiva\\_kotihoito\\_2.0.pdf](http://www.socca.fi/files/5936/Karkihankesuunnitelma_Paakau-punkiseudun_toimiva_kotihoito_2.0.pdf)

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu Helsingissä 01.04.2015. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Helsinki: Edita Oyj

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [http://stm.fi/documents/1271139/1359649/Kansallinen\\_terveyserojen\\_kaventamisen\\_toimintaohjelma\\_2008\\_8211\\_2011\\_fi.pdf/e176391d-fddf-4677-ac98-9d4725548e15](http://stm.fi/documents/1271139/1359649/Kansallinen_terveyserojen_kaventamisen_toimintaohjelma_2008_8211_2011_fi.pdf/e176391d-fddf-4677-ac98-9d4725548e15)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 6. Helsinki. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1)

TENK 2012: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 01.05.2011. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

THL 2017: Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. 1798-0887; Tilastoraportti - Statistisk rapport - Statistical report 19/2017. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706026978>

Toimia: toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. THL. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/?p=1> Luettu 04.02.2019.

Valtioneuvosto 2018: Ratkaisujen Suomi: Hallituksen toimintasuunnitelma 2018-2019. Valtioneuvoston julkaisusarja 27/2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160963/27\\_Hallituksen%20toimintasuunnitelma%202018-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160963/27_Hallituksen%20toimintasuunnitelma%202018-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vehniäinen, E. 2009: Viriketoiminta dementoituneen potilaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa -Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

\* Wheeler A, McKenna B, Madell D, Harrison J, Prebble K, Larsson E, Dunbar L, Nakarada-Kordic I. 2015: Self-Reported Health-Related Quality of Life of Mental Health Service Users with Serious Mental Illness in New Zealand. *Journal of Primary Health Care* 2015;7(2): 117-123.

\* Zhang W, Chen M. 2013: Psychological Distress of Older Chinese: Exploring the Roles of Activities, Social Support, and Subjective Social Status. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* (2014) 29: 37-51.

\* Östman M, Björkman T. 2014: People Living in Community with a Severe Mental Illness: Utilization and Satisfaction with Care and Support. *Community Mental Health Journal* (2014) 50: 926-931.

**Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminta ja sen yhteys elämänlaatuun.  
(n=31)**

	Tutkija(t), vuosi, lähde, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/ Otos	Menetelmä	Päätulokset	JBI pisteet
1	Almomani FM, McDowd JM, Bani-Issa W, Almomani M. 2014. Health-Related Quality of Life and Physical, Mental, and Cognitive Disabilities among Nursing Home Residents in Jordan. Quality of Life Research (2014) 23:155-165. Jordania	Selvittää iäkkäiden koettua terveyteen liittyvää elämänlaatua sekä kuvailla fyysistä, kognitiivista, psykologista ja lääketieteellistä tilaa palvelutaloissa Jordaniassa.	Palvelutaloasukkaita Jordaniassa (n= 221)	Poikkileikkaustutkimus, kuvaileva tutkimus, Kyselylomake, HRQOL, MMSE, GDS-15, TAB, DASH. SPSS -data-analyysi, regressioanalyysi	Fyysisillä, kognitiivisilla ja psykologisilla vammoilla on merkittävä vaikutus itsekoettuun terveyteen liittyvään elämänlaatuun palvelutaloasukkailla Jordaniassa.	7/9
2	Broyd A, Jolley S, Johns L. 2016. Determinants of Subjective Well-Being in People with Psychosis Referred for Psychological Therapy in South London. British Journal of Clinical Psychology (2016), 55, 429-440. UK	Tunnistaa subjektiiviseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä mielenterveysasiakkailta.	Mielenterveysasiakkaita, Etelä-Lontoossa (n= 410)	Poikkileikkaustutkimus, kyselylomakkeet, WEMWBS, PSYRATS, CORE-10. Regressioanalyysit, Spearman -korrelaatiot, SPSS -data-analyysi	Parantamalla työttömyyttä, sosiaalisia kanssakäymisiä, selviytymisstrategioita sekä psykoottisia oireita, voidaan lisätä subjektiivista hyvinvointia.	7/9
3	Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R, Beekman A, Stek ML, Dols A. 2015. The Care of Older Patients with Bipolar Disorder. Aging & Mental Health, 2016, Vol.20,	Selvittää kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien iäkkäiden potilaiden tarpeita, sekä potilaan että henkilökunnan näkökulmasta.	Potilaat, joilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö, ikä = 60+ (n=78) Psykiatrinen henkilökunta, joka tunti potilaan (n=15)	Poikkileikkaustutkimus, Ryväsotanta, Haastattelu, kyselylomake, CANE, GAF, CES-D, YMRS, MMSE, GARS (ADL/IADL), MANSA	lääkäämillä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla on vähemmän tarpeita ja tyydyttämättömiä tarpeita kuin masenusta, skitsofreniasta tai dementia sairastavilla.	8/9

	No.9, 899-907. Alankomaat			SPSS data-analyysi, Spearman -korrelaatiot	tavilla. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on keskimäärin paremmat sosiaalisen integraation mahdollisuudet. Kyseisten potilaiden tarpeita pitää kuitenkin painottaa hoitohenkilökunnalle, koska henkilökunnan on vaikea erottaa tai odottaa näitä tarpeita.	
4	Eklund M, Gunnarsson AB, Sandlund M, Leufstadius C. 2014. Effectiveness of an Intervention to Improve Day Centre Services for People with Psychiatric Disabilities. Australian Occupational Therapy Journal (2014) 61, 268-275. Ruotsi	Selvittää mielenterveysasiakkaiden interventioiden vaikuttavuutta päiväkeskuspalveluiden parantamiseen.	Kahdeksan palvelukeskusta, jaettiin kahteen tasavertaiseen ryhmään. Osallistujat: Mielenterveysasiakkaita, jotka käyvät palvelukeskuksessa min. 4h/vko Koeryhmä (n= 57), Kontrolliryhmä (n= 51) Henkilökunta (n= 42): Oma versio kyselylomakkeesta, koeryhmän henkilökunnalle myös lisäky-symyksiä	Kokeellinen tutkimus, ryväsotanta. Kyselylomake (EPM-DC), haastattelu, Cronbachin Alpha	Koeryhmän interventio oli vaikutuksen. Kontrolliryhmällä oli samaan aikaan intervention kaltaisia toimintoja.	6/10
5	Emmerink PMJ, Roeg DPK. 2016. Predictors of Quality of Life of People Receiving Intensive Community-Based Care. Quality of Life Research (2016) 25:457-464. Alankomaat	Lisätä mielenterveysasiakkaiden, jotka saavat intensiivistä yhteisöllistä hoitoa, subjektiivisen elämänlaadun ymmärtämistä.	Mielenterveysasiakkaita, jotka kävivät yhdessä kolmesta yhteisöllisestä hoidosta (n= 523)	Poikkileikkaustutkimus, Kyselylomake, MANSAs, HoNOS regressioanalyysi, SPSS- data-analyysi	Subjekttiivinen elämänlaatu on yhteydessä psykopatologiaan. Siihen vaikuttavat oireilu, asumisolosuhteet sekä sosiaaliset yhteydet. Masennusoireet ja huonot asuinolosuhteet vaikuttivat sub-	7/9

					jektiiviseen elämänlaatuun negatiivisesti, kun taas puolison tai ystävän olemassaolo sekä matalampi ongelmien vakavuus vaikutti subjektiiviseen elämänlaatuun positiivisesti.	
6	Fuller-Iglesias HR 2014. Social Ties and Psychological Well-Being in Late Life: The Mediating Role of Relationship Satisfaction. Aging & Mental Health 2015, Vol. 19, No. 12, 1103-1112. Yhdysvallat	Selvittää vaikuttavatko kvantitatiiviset sosiaalisen tuen näkökulmat epäsuorasti psykologiseen hyvinvointiin ikääntyneiden kvalitatiivisten tuen käsitysten kautta.	Ikääntyneitä yhdysvaltalaisia, ikä: 60+ (n= 416)	Poikkileikkaustutkimus, Kyselylomake, PSS, GDS-15. Hypoteesit, "Bootstrapping", Cronbachin Alpha, Pearsonin korrelaatiot, SPSS -data-analyysi	Suurempi tukiverkostokoko ennakoi matalampaa stressitasoa, vähemmän masennuksen oireita, ja parempaa elämän tyytyväisyyttä.	6/9
7	Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, Drake RJ. 2014. Validity of Subjective versus Objective Quality of Life Assessment in People with Schizophrenia. BMC Psychiatry (2014) 14:365. UK	Tunnistaa mielenterveysasiakkaan itsensä ja ulkopuolisen määrittämiä elämänlaadun arviointieroja, ja määrittää eroja ennakkoivia tekijöitä.	Skitsofreniapotilaita (n= 80)	Kokeellinen tutkimus, Kyselylomakkeet, QLS, LQOLP, PANSS, CDSS, DAI, Kemp Scale, ANNSERS. Regressioanalyysit, SPSS -data-analyysi	Skitsofreniapotilailla objektiivinen ja subjektiivinen elämänlaadun arviointi voi erota merkittävästi. Verratessa subjektiivisia arvioita objektiivisiin, potilaat, joilla on masennusoireita, arvioivat omaa elämänlaatuun matalammaksi.	5/10
8	Horghagen S, Fostvedt B, Alsaker S. 2014. Craft Activities in Groups at Meeting Places: Supporting Mental Health Users' Everyday Occupations. Scandinavian	Selvittää miten mielenterveysasiakkaiden osallistuminen käsityöryhmään tuki heidän jokapäiväisten tehtävien hallinnointia.	Mielenterveysasiakkaita, joilla oli pitkä sairaushistoria, ja jotka osallistuivat käsityöryhmään lähes päivittäin. (n= 12)	Laadullinen tutkimus, Etnografia Tarkkailu, seuranta, kenttämuistiinpanot, narratiivi, paradigmaattinen analyysi	Ryhmäaktiiviteetti toi mielenterveysasiakkaille pysyvyyttä ja rutiineja, taitoja ja kyvykkyyttä sekä vertaistukea. Käsitöiden tekeminen oli matalanriskin aktiiviteetti, jolla ilmeni parantavia vaikutuksia.	9/10

	Journal of Occupational Therapy. 2014; 21: 145-152. Norja					
9	Hsu HC, Chang WC. 2015. Social Connections and Happiness among the Elder Population of Taiwan. Aging & Mental Health 2015, Vol.19, No. 12, 1131-1137. Taiwan	Selvittää yhteyttä sosiaalisten yhteyksien ja onnellisuuden välillä iäkkäillä taiwanilaisilla.	Ikääntyneitä, ikä= 60+ (n= 4731)	Pitkittäistutkimus. Kyselylomake, CES-D, Nagi Scale, LSR, haastattelu. Kuvaileva analyysi, korrelaatio	Emotionaalisen tuen saaminen ja sosiaaliin tapahtumiin osallistuminen vaikuttivat iäkkäiden onnellisuuteen positiivisesti. Asumisjärjestelyt, puhelinkontaktit, sosiaalisen tuen antaminen ja välineellisen avun saaminen eivät vaikuttaneet onnellisuuteen. Sosiaalisten suhteiden koettu laatu on tärkeämpää kuin sosiaalisten yhteyksien määrä ikääntyneille taiwanilaisille. Sosiaaliset suhteet lisäävät iäkkäiden onnellisuutta.	8/9
10	Huang R-R, Chen Y-S, Chen C-C, Chou FH-C, Su SF, Chen MC, Kuo M-H, Chang L-H. 2012. Quality of Life and its Associated Factors among Patients with Two Common Types of Chronic Mental Illness Living in Kaohsiung City. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2012;	Selvittää henkilökohtaisen, sairauteen liittyvien, perheen ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksiä elämänlaatuun mielenterveysasiakkailta Taiwanissa.	Mielenterveysasiakkaita (n= 714)	Poikkileikkaustutkimus, Mukavuusotos, Kyselylomake, CGI-S, Caregiver Burden Scale, BSRS-5, SF-36. Pearsonin korrelaatiot, hierarkiset regressioanalyysit, SPSS -data-analyysi	Sairauteen liittyvät tekijät olivat merkittävimmät elämänlaadun ennakoinnissa. Perheeseen liittyvät tekijät olivat merkittävämpiä kuin sosiaaliset tekijät. Mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun vaikuttaa kaiken kaikkiaan laaja määrä tekijöitä.	7/9



	Developing a Community-Based Psycho-social Intervention with Older People and Third Sector Workers for Anxiety and Depression: A Qualitative Study. BioMed Central Family Practice (2017) 18: 77. UK	interventiota kolmannen sektorin työntekijöille.		Induktiivinen sisälön analyysi	tarpeita mielenterveyden ylläpitämisessä. Menetykset elämässä aiheuttavat merkittävän haasteen terveydelle, sosiaalihuololle sekä kolmannen sektorin palveluille. Tutkimus nosti esiin tarpeen kehittää psykososiaalista interventiota ja koulutusta kolmannen sektorin työntekijöille.	
14	Levula A, Wilson A, Harré M. 2015. The Association Between Social Network Factors and Mental Health at Different Life Stages. Quality of Life Research (2016) 25: 1725-1733. Australia	Selvittää terveyden ja sosiaalisen verkoston yhteyksiä mielenterveyteen eri ikäryhmissä.	Australian kansalaisia; nuoria (ikä: 15-21) (n= 1739), aikuisia (ikä: 22-64) (n= 10309) ja ikääntyneitä (ikä: 65+) (n= 2287), (Yhteensä n= 14335)	Poikkileikkaustutkimus, Kyselylomake, SF-36, SCQ. Hierarkkinen regressioanalyysi, Pearsonin korrelaatio, SPSS -data-analyysi	Sosiaalisen verkoston tekijät olivat tilastollisesti merkittävästi ennakoivia mielenterveyden suhteen kaikissa kolmessa ikäryhmässä. Iäkkäillä sosiaalinen eristäytyminen, sosiaaliset yhteydet ja sosiaalinen luottaminen antoivat suurimman vaikutuksen mielenterveyteen.	8/9
15	Li J, Theng Y-L, Foo S. 2015. Depression and Psychosocial Risk Factors among Community-Dwelling Older Adults in Singapore. Journal of Cross-Cultural Gerontology (2015) 30: 409-422. Singapore.	Selvittää masennusta lisääviä psykososiaalisia riskitekijöitä.	Ikääntyneitä, ikä= 65+ (n= 162)	Poikkileikkaustutkimus, Strukturoitu kyselylomake, GDS-15, RAS, DSSI, ULS-8, haastattelu. SPSS -data-analyysi, hierarkkinen regressioanalyysi.	N. kolmasosa ikäihmisten masennuksesta voidaan katsoa aiheutuvan psykososiaalisista tekijöistä. Yksinäisyys, koettu sosiaalinen tuki ja emotionaalinen kestävyys ovat merkittäviä tekijöitä ikääntyneiden masennuksessa.	7/9

16	Lombardo P, Jones W, Wang L, Shen X, Goldner EM. 2018. The Fundamental Association Between Mental Health and Life Satisfaction: Results from Successive Waves of a Canadian National Survey. BMC Public Health (2018) 18:342. Kanada	Selvittää yhteyttä subjektiivisen mielenterveyden ja koetun elämään tyytyväisyyden välillä.	Kanadan kansalaisia, ikä = 12+ (n= 466 574)	Pitkittäistutkimus, Tietokone-avustettu sovellus -kysely, puhelinkysely, haastattelu. Ositettu otanta Logistinen regressioanalyysi.	Suurin osa vastaajista (91,2%) koki olevansa tyytyväisiä elämäänsä, ja arvioivat mielenterveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Vastaajat, joiden itseraportoitu mielen-terveys oli huonoa tai heikkoa kokivat myös tyytyväisyytensä elämäänsä matalana.	7/9
17	Markowitz FE. 2015. Involvement in Mental Health Self-Help Groups and Recovery. Health Sociology Review, 2015, Vol. 24, No. 2, 199-212. Yhdysvallat	Kuvailla itsehoitoryhmiin osallistumisen, voimaantumisen ja kuntoutuksen (oireiden vähenemisen ja elämänlaadun) yhteyksiä.	Mielenterveysasiakkaita avoterveydenhuollossa, jotka käyvät itsehoitoryhmissä (n=553)	Kuvaileva tutkimus, Kyselylomake, Colorado Symptom Index, RSES, Mental Health Confidence Scale. OLS -Regressioanalyysi	Henkilöt, joilla on enemmän mielen-terveyden oireilua ja matalampi elämänlaatu, osallistuvat pienemmällä todennäköisyydellä itsehoitoryhmiin. Itsehoitoryhmät liitetään myönteisiin vaikutuksiin itsetuntoon, mutta ryhmiin itsessään liitetään vahvasti stigma. Itsehoito saattaa antaa tilaa vain lievästi paremmalle elämänlaadulle. Itsehoitoryhmien koettu auttavaisuus ja ryhmiin osallistuminen ovat vastavuoroisesti yhteydessä.	5/9
18	Meesters PD, Comijs HC, de Haan L, Smit JH, Eikelenboom P, Beekman ATF, Stek ML. 2013.	Määrittää iäkkäiden mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.	Iäkkäitä mielenterveysasiakkaita, ikä: 60+ (n= 107)	Poikkileikkaustutkimus, Haastattelu, PANSS, CES-D, BAI, MMSE, SO-	Masennuksen oireet ovat vahva ennustava tekijä subjektiiviselle elämänla-	6/9

	Subjective Quality of Life and Its Determinants in a Catchment Area Based Population of Elderly Schizophrenia Patients. Schizophrenia Research 147 (2013) 275-280. Alankomaat			FAS, Social Participation Scale, MANSA. SPSS-data-analyysi	dulle, selkeästi ylitäten psykoottiset oireet.	
19	Mueser KT, Bartels SJ, Santos M, Pratt SI, Riera EG. 2012. Integrated Illness Management and Recovery: A Program for Integrating Physical and Psychiatric Illness Self-Management in Older Persons with Severe Mental Illness. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Apr-Jun 2012; 15(2): 131-156. Yhdysvallat	Arvioida integroidun IMR-ohjelman soveltuvuutta ja potentiaalisia kliinisiä hyötyjä mielenterveysasiakkaiden hoidossa.	lääkkeitä mielenterveysasiakkaita, ikä: 50+ (n= 8)	Kliininen, laadullinen tutkimus, Kyselylomake, BPRS, Clinian IMR Scale, SRAHP, haastattelu, kliiniset arviointityökalut (verenpaine, paino, pituus, näkö, kuulo, kolesteroli, mammoграфия). Sisällön analyysi.	Tutkimukseen osallistuvat hyötyivät ohjelmasta usealla osa-alueella, kuten psyykkisen ja fyysisen terveyden hallinnassa, hoidon tavoitteiden saamisessa sekä itsekoetussa kyvykkyydessä sairauden hallintaan.	8/10
20	Nadeem N, Majeed S, Khan AQ. 2015. Perceived Quality of Life and Cognitive Stress Appraisal in Patients with Generalized Anxiety Disorder. Health Science Journal 2015, 10:2. Pakistan	Selvittää koetun elämänlaadun suhdetta kognitiiviseen stressin arviointikykyyn potilailla, joilla on ahdistuneisuushäiriö. Toinen tavoite oli tutkia sukupuolieroja muuttujissa.	Potilaita, joilla ahdistuneisuushäiriö, ikä: 18+ (n= 80)	Poikkileikkausasetelma. Ryväsoitanta. Demografinen kyselylomake, WHOQOL-BREF, SAM. Hypoteesit, regressioanalyysi.	Tulosten mukaan on selkeä positiivinen suhde koetulla elämänlaadulla ja kognitiivisella stressin arviointikyvyllä potilailla, joilla on ahdistuneisuushäiriö. Sukupuolieroja tutkimuksessa ei havaittu.	6/9

21	Ng P, Pan JY, Lam P, Leung A. 2014. Quality of Life in People with Mental illness in Non-residential Community Mental Health Services in Hong Kong. East Asian Arch Psychiatry 2014; 24:43-50. Hong Kong	Kuvailla subjektiivista elämänlaatua kroonisista mielenterveyshäiriöistä sairastavilla, sekä selvittää elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.	Mielenterveysasiakkaita (n= 105), (Kontrolliryhmä: yleinen väestö)	Kuvaileva tutkimus, Mukavuusotos, Kyselylomake, WHOQOL-BREF, haastattelu. Hypoteesit, Cronbachin Alpha, korrelaatioanalyysi, regressioanalyysit	Tutkimukseen osallistuvilla oli alhaisempi koettu elämänlaatu kuin yleisellä väestöllä. Eryteisesti taloudellinen tilanne aiheutti tyytymättömyyttä. Tutkimus korosti sairauden keston ja potilaan iän vaikutusta subjektiiviseen elämänlaatuun diagnoosinnan hetkellä.	7/9
22	Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. 2016. Internalized Stigma and Quality of Life Domains among People with Mental Illness: The Mediating Role of Self-Esteem. Journal of Mental Health, 2016; 25(1): 55-61. Portugal	Ehdottaa teoreettista mallia, missä itsetunto välittää sisäisen häpeänleiman vaikutuksia elämänlaatuun.	Mielenterveysasiakkaita (n= 403)	Kuvaileva tutkimus, Kyselylomake, ISMI, RSES, WHOQOL-BREF Kuvaileva analyysi, Cronbachin alpha, hypoteesit, Pearsonin korrelaatiot	Itsetunto välitti kokonaisvaltaisesti suhdetta sisäisen häpeänleiman sekä fyysisten ja sosiaalisten yhteyksien osa-alueilla, sekä osittain välitti suhdetta sisäisen häpeänleiman ja psykologisten, ympäristöllisten ja itsenäisyyden tason elämänlaadun osa-alueilla. Itsetunto on keskeinen tekijä sisäisen häpeänleiman negatiivisten vaikutusten vähentämisessä mielen-terveysasiakkaiden elämänlaadun näkökulmasta.	6/9
23	Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. 2016. Wellness within Illness: Happiness in Schizophrenia.	Selvittää skitsofreniapotilaiden onnellisuutta verraten terveisiin vastaaviin, sekä tutkia sen yhteyksiä demografisiin, sairaudesta johtuviin sekä psykososiaalisiin tekijöihin.	Tapausryhmä: Skitsofreniapotilaita (n= 72), Kontrolliryhmä: Terveitä aikuisia (n= 64)	Tapaus-kontrolli - tutkimus. Kyselylomake (avustajan tukena), CES-D, PANSS, BSI, SF-36, Life Events Scale,	Skitsofreniapotilaat raportoivat keskimäärin matalampaa onnellisuuden tasoa kuin terveet vertaishenkilöt. Skitsofren-	8/9

	Schizophrenia Research 2014 October; 159(1): 151-156. Yhdysvallat			PSS, CDR-10, DSSI. Haastattelut, Hypoteesit Mann-Whitney U, t-testit	niapotilaiden vastaukset olivat keskenään merkittävästi epäyhteneväisiä. Onnellisuus skitsofreniapotilailla korreloi merkittävästi korkeaan mielenterveyteen liittyvään elämänlaatuun, sekä useaan positiiviseen psykososiaaliseen tekijään, kuten matalampaan koettuun stressiin, korkeampaan sinnikkyyteen, optimismiin ja henkilökohtaiseen osamistasoon.	
24	Park J, Roh S. 2013. Daily Spiritual Experiences, Social Support, and Depression among elderly Korean immigrants. Aging & Mental Health. Vol. 17, No. 1, 102-108. Yhdysvallat	Selvittää päivittäisten hengellisten kokemusten ja sosiaalisen tuen yhteyksiä masennukseen iäkkäiden korealaisten maahanmuuttajien parissa New York Cityssa.	Korealaisia ikääntyneitä maahanmuuttajia Yhdysvalloissa, ikä: 65+ (n= 200)	Poikkileikkaustutkimus, Harkintaan perustuva ja Lumipallo-otanta, Strukturoitu kyselylomake, BMMRS, LSNS-R, GDS-15, haastattelu, Regressioanalyysi, SPSS -data-analyysi	iäkkäiden korealaisten maahanmuuttajien todettiin olevan kohtalaisen sitoutuneita hengelliseen toimintaan, mutta heidän ei todettu saavan riittävästi sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen ja hengellisten kokemusten yhteys masennukseen lieventymiseen oli selkeä.	6/9
25	Ponce de León L, Lévy JP, Fernández T, Ballesteros S. 2015. Modeling Active Aging and Explicit Memory: An Empirical Study. Health & Social Work, Vol 40, Nr 3, August 2015. Espanja	Selvittää vaikuttaako ikääntyneillä lähimuisti, sosiaaliset resurssit ja masennus suoranaisesti itsekoettuun elämänlaatuun.	Ikääntyneitä terveitä eläkeläisiä, ikä: 60-95 vuotta (n=184)	Poikkileikkausasetelma. Haastattelu, kyselylomake, Wechsler Memory Scale, GDS-15, Social Resources Scale, The Philadelphia Scale of Satisfaction. Hypoteesit, SEM data-analyysit.	Lähimuisti ei ole suora indikaattori elämänlaadulle. Sosiaaliset resurssit korreloivat muistin ja mielialan kanssa, ja parantavat koettua elämänlaatua. Stimuloivat sosiaaliset	7/9

					ympäristöt parantavat sekä muistia että elämänlaatua.	
26	Ristner MS, Lisker A, Grinshpoon A. 2014. Predicting 10-year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. Psychiatry and Neurosciences 2014; 68: 30-317. Israel	Määrittää ennakoivia tekijöitä koetun elämänlaadun tuloksiin skitsofreniaa ja skitsoaffektivistä häiriötä sairastavilla.	Skitsofreniaa ja skitsoaffektivistä häiriötä sairastavia aikuisia Israelissa (n= 108)	Pitkittäistutkimus, hypoteesit, Kyselylomake, Q-LES-Q, CGI-S, PANSS, TBDI, CISS, RSES, MSPSS, haastattelut. Logistinen regressioanalyysi	Tutkimus löysi kuusi elämänlaatua ennakoivaa tekijää; paranoidiset ajatukset, psykopatologia, pakkomielleisyys, vihamielisyys, positiivinen oireilu sekä yleinen elämänlaatuindeksi. Pitkällä aikavälillä todennetut ennakoivat tekijät ovat parannettavissa olevia, joten mielenterveysasiakkaiden elämänlaatua voidaan kohentaa näihin tekijöihin vaikuttamalla.	6/9
27	Salles MM, Matsukura TS. 2015. Occupational Possibilities in a Brazilian Mental Health Service: The Perspective of Users. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2016; vol. 23, No. 1, 23-29. Brasilia	Ymmärtää ja analysoida kuinka psykososiaaliset palvelukeskukset myötävaikuttavat keskusten käyttäjien ajankäytön mahdollisuuksiin.	Palvelukeskuksen käyttäjiä, mielenterveysasiakkaita (n= 17) ja heidän sosiaalista verkostoaan (n= 12) (Yhteensä n=29)	Laadullinen tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu, diskurssianalyysi	Psykososiaaliset palvelukeskukset tarjoavat mahdollisuuksia erilaisiin ajankäyttövaihtoehtoihin. Käyttäjien sitoutuessa aktiviteetteihin, valikoima laajenee palveluihin tutustussa.	8/10
28	Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Koyanagi A, Haro JM, Donovan RJ, Koushede V. 2018. Act-Belong-Commit Indicators Promote Mental	Arvioida aikuisilla ihmisillä viriketoiminnan, aktiivisuuden ja sosiaalisten tapahtumien vaikutusta elämänlaatuun, elämän tyytyväisyyteen sekä itsekoettuun mielenterveyteen.	Yli 50-vuotiaat aikuiset, jotka asuvat Irlannissa (n=6098)	Pitkittäistutkimus, satunnaisotanta, kyselylomake, CASP-19, SRMH. Kuvaileva Stata -data-analyysi.	Mitä enemmän on viriketoimintaa ja sosiaalisia tapaamisia, ja näihin aktiviteetteihin sitoutumalla, sen korkeammaksi nousi elämänlaatu ja itsekoettu mielenter-	7/9

	Health and Well-being among Irish Older Adults. American Journal of Health Behavior 2018; 42 (6): 31-45. Irlanti				veys. Elämän tyytyväisyyteen ei löytenyt tilastollista merkitystä. Sosiaalinen verkosto ja osallistumiskertojen tiheys vaikuttivat kaikki positiivisesti elämänlaatuun, elämän tyytyväisyyteen sekä itsekoettuun mielenterveyteen. Tulokset olivat yhtenevät niin terveillä aikuisilla kuin myös mielenterveysasiakkailla.	
29	Wheeler A, McKenna B, Madell D, Harrison J, Prebble K, Larsson E, Dunbar L, Nakarada-Kordic I. 2015. Self-Reported Health-Related Quality of Life of Mental Health Service Users with Serious Mental Illness in New Zealand. Journal of Primary Health Care 2015;7(2): 117-123. Uusi Seelanti	Selvittää itseraportoitua terveyteen liittyvää elämänlaatua mielenterveyspalveluiden käyttäjillä Uudessa Seelannissa ja verrata tuloksia terveisiin uusiseelantilaisiin.	Mielenterveyspalveluiden käyttäjiä Uudessa Seelannissa (n= 404), (Kontrolliryhmä: n=12488)	Tapaus-kontrolli - tutkimus, Kyselylomake, SF-36, kliininen mittari BMI. SPSS -data-analyysi, t-testit	Mielenterveysasiakkaiden itseraportoimat terveyteen liittyvät elämänlaadun mittarit olivat kaikki matalampia kuin terveiden uusiseelantilaisten.	7/9
30	Zhang W, Chen M. 2013. Psychological Distress of Older Chinese: Exploring the Roles of Activities, Social Support, and Subjective Social Status. Journal of Cross-	Selvittää miten sosiaaliset ja virikkeelliset toiminnat, sosiaalinen tuki, ja subjektiivinen sosiaalinen status vaikuttavat psykologiseen ahdinkoon (masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöön) ikääntyneillä kiinalaisilla.	Ikääntyneitä kiinalaisia(n=292)	Poikkileikkausasetelma, satunnaisotanta, haastattelu, kyselylomake, avoimet kysymykset, OLS -regressioanalyysi.	Liikunnalla, asumismuodolla, muiden auttamisella, koettulla sosiaalisella tuella sekä subjektiivisella sosiaalisella statuksella todettiin merkittävät yksittäiset vaikutukset psy-	6/9

	Cultural Gerontology (2014) 29: 37-51. Kiina				kologiseen ahdistukseen. Vaikutukset olivat suurempia kuin sosioekonomisilla tekijöillä.	
31	Östman M, Björkman T. 2014. People Living in Community with a Severe Mental Illness: Utilization and Satisfaction with Care and Support. Community Mental Health Journal (2014) 50: 926-931. Ruotsi	Kuvailla mielenterveysasiakkaiden kokemuksia hoitoon liittyvistä palveluista Ruotsissa.	Mielenterveysasiakkaita, jotka tarvitsevat kunnallisia palveluita arjessa pärjäämisessä (n= 80)	Kuvaileva tutkimus, Haastattelu, kyselylomake, MANSA, HAS. Chi square test, SPSS data-analyysi.	Mielenterveysasiakkaat saivat eniten tyytyväisyyttä perhesuhteista, ihmisistä kenen kanssa he asuvat, henkilökohtaisesta turvallisuudesta sekä asumisjärjestelyistä. Vähiten tyydyttäviä asioita olivat taloudellinen tilanne ja seksuaaliset suhteet. Psykiatrian palveluiden piirissä olevista 77% oli tyytyväisiä saamaansa tukeen. 23% vastasi olevansa tyytymättömiä saamaansa hoitoon, ja he toivoivat saavansa vaikuttavampia lääkkeitä, enemmän psykoterapiaa tai molempia.	7/9

## Tutkimusaineiston laadunarviointi

### JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kokeelliselle tutkimukselle.

Tutkimus	1.Oliko osallistujien ryhmiin jakaminen todella satunnaisesti?	2.Oliko osallistujat sokkoutettu ryhmiin jaettaessa?	3.Oliko tutkimusryhmiin jakautuminen salattu jaosta vastaavalta?	4.Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	5.Oliko tutkittavien ryhmiin jako salattu tuloksia arvioivalta?	6.Olivatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	7.Hoidettiin ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa menetelmää?	8.Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa ryhmissä?	9.Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	10.Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	JBI pisteet	Kokonaisarviointi
Eklund et al. 2014	E	K	?	E	K	K	E	K	K	K	6/10	HYV
Hayhurst et al. 2014	E	E	?	E	?	K	K	K	K	K	5/10	HYV
Kilbourne et al. 2014	K	E	K	E	K	K	K	K	K	K	8/10	HYV

Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kohortti/tapaus - kontrolli tutkimukselle.**

Tutkimus	1.Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	2.Olivatko potilaat samassa sairauden vaiheessa/-tilassa?	3.Oliko harhan riski minimoitu tapausten ja vertailtavien valinnassa?	4.Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	5.Arviointiinko tulokset objektiivisia kriteereitä käytäen?	6.Oliko seurantaajakso riittävän pitkä?	7.Oliko otanta edustava suhteessa tutkimuksen kohderyhmään kokonaisuudessaan?	8.Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	9.Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	JBI pisteet	Kokonaisarviointi
Hsu & Chang 2015	K	K	K	K	K	K	K	E	K	8/9	HYV
Kim DJ 2017	K	K	E	E	K	K	K	E	K	6/9	HYV
Palmer et al. 2016	K	K	K	K	K	K	K	E	K	8/9	HYV
Wheeler et al. 2015	K	E	K	K	K	K	K	E	K	7/9	HYV

Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kuvailevalle tutkimukselle/tapaussarjalle.**

Tutkimus	1.Perustuiko tutkimus satunnaistettuun tai näennäisesti satunnaistettuun otantaan?	2.Olivatko otoksen hyväksymiskriteerit määritetty selkeästi?	3.Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	4.Arviointi tulokset käyttäen objektiivisia kriteerejä?	5.Jos ryhmiä vertailtiin keskenään, oliko niiden kuvaus riittävä?	6.Oliko seurantajakso riittävän pitkä?	7.Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	8.Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	9.Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	JBI pisteet	Kokonais-arvointi
Almomani et al. 2013	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV
Broyd et al. 2016	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV
Dautzenberg et al. 2015	K	K	K	K	K	K	E	K	K	8/9	HYV
Emmerink & Roeg 2016	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV
Fuller-Iglesias 2015	K	E	K	K	n/a	K	E	K	K	6/9	HYV
Huang et al. 2012	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV
Levula et al. 2016	K	K	K	K	K	K	E	K	K	8/9	HYV
Li et al. 2015	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV
Lombardo et al. 2018	K	E	K	K	K	K	E	K	K	7/9	HYV
Markowitz FE. 2015	E	E	K	K	n/a	K	E	K	K	5/9	HYV

Mees- ters et al. 2013	?	K	K	K	n/a	K	E	K	K	6/9	HYV
Nadeem et al. 2015	K	E	E	K	K	K	E	K	K	6/9	HYV
Ng et al. 2014	E	K	K	K	K	K	E	K	K	7/9	HYV
Oliveira et al. 2016	E	K	K	K	n/a	K	E	K	K	6/9	HYV
Park & Roh. 2013	E	K	K	K	n/a	K	E	K	K	6/9	HYV
Ponce de Léon et al. 2015	K	K	E	K	K	K	E	K	K	7/9	HYV
Ristner et al. 2014	?	K	K	K	n/a	K	E	K	K	6/9	HYV
Santini et al. 2018	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV
Zhang & Chen. 2013	K	E	K	K	n/a	K	E	K	K	6/9	HYV
Östman & Björk- man. 2014	K	K	K	K	n/a	K	E	K	K	7/9	HYV

Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

**JBI Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinnalliselle ja kriittiselle tutkimukselle.**

Tutkimus	1.Onko kuvattu filosofinen näkökulma ja tutkimusmetodologia yhtenevät?	2.Onko tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet yhtenevät?	3.Onko tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät yhtenevät?	4.Onko tutkimusmetodologia ja aineiston esittäminen ja analyysi yhtenevät?	5.Onko tutkimusmetodologia ja tulosten tulkinta yhtenevät?	6.Onko tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen aseointi ilmaistu?	7.Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja päinvastoin kuvattu?	8.Ovatko osallistajat ja heidän äänensä asiaankuuluvasti kuvattu?	9.Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita ja onko tarvittava eettisen toimikunnan hyväksyntä hankittu?	10.Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset analyysiin ja tulosten tulkitaan?	JBI pisteet	Kokonaisarviointi
Horghagen et al. 2014	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	9/10	HYV
Kingstone et al. 2017	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	HYV
Mueser et al. 2012	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	HYV
Salles & Matsukura 2016	K	K	K	K	K	E	E	K	K	K	8/10	HYV

Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (n/a). (JBI 2011.)

## Alkuperäisartikkelien sisältö tutkimuskysymyksittäin (n=31)

n=31	Tutkija(t), vuosi ja maa	Millaista ryhmätoimintaa mielen-terveysasiakkaille on tarjolla maailmanlaajuisesti?	Millaisia suosituksia nousi tulosten pohjalta mielen-terveysasiakkaiden ryhmätoimintaan?	Miten toiminta on ollut yhteydessä mielen-terveysasiakkaiden elämänlaatuun?
1	Almomani FM, McDowd JM, Bani-Issa W, Almomani M. 2014. Jordania	Jordaniassa varattomat iäkkäät, joilla ei ole elossa olevia sukulaisia, saavat laitospaikan palvelutalosta hallituksen laskuun. Palvelukodit Jordaniassa antavat kodin usein myös vammaispalveluiden asiakkaille, jotka eivät kykene asumaan omatoimisesti, mukaan lukien mielen-terveysasiakkaat. Palvelutaloissa on ateria-, siivous-, lääkitys-, sekä kyltelypalvelut asukkaille. Ainoastaan perusterveydenhuollon lääkärin palveluita saa palvelutaloon. Mielen-terveysasiakkaiden psykiatriset hoidot ja palvelut on asiakkaan itse maksettava ja järjestettävä, usein pitkän matkan päästä.  Palvelutaloissa henkilökuntaan ei kuulu psyko-, toiminta-, puhe- tai fysioterapeutteja.	Tarjoamalla psykososiaalisia aktiiviteetteja sekä fysio- ja toimintaterapiaa voi selkeästi parantaa terveyteen liittyvää elämänlaatua.  Lisäämällä ammattilaisten lukumäärää voi olla merkittävä vaikutus asukkaiden fyysisiin kykyihin, liikkuvuuteen sekä lisätä elämän tarkoituksellisuutta ja vähentää masennusta, mikä puolestaan parantaa asukkaiden koettua elämänlaatua.	Asukkaat, joilla oli enemmän masennusoireita, suurempi kaatumisriski ja enemmän invaliditeetteja, raportoivat matalampaa yleistä terveyttä, kuin asukkaat, joilla oli vähemmän ylläolevia.  Asukkaat, joilla oli mielen-terveyshäiriöitä, olivat 2,5 kertaisessa avuntarpeenriskissä. Päivien määrä, jolloin asukas koki itsensä terveeksi ja täynnä energiaa oli negatiivisesti yhteydessä GDS-tulokseen ja psykiatriin häiriöihin sekä positiivisesti yhteydessä TAB-tulokseen (liikkuminen ja tasapaino).  Tutkimus paljasti fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen kyvykkyyden vaikutuksen terveyteen liittyvään itsekoettuun elämänlaatuun.
2	Broyd A, Jolley S, Johns L. 2016. UK		Itsekoettua hyvinvointia voi parantaa edistämällä sosiaalisia kontakteja ja osallistumista, mahdollistamalla työhön paluun, sekä parantamalla selviytymisstrategioita.	Työttömyys, sosiaalisen tuen puute, äänet ja uskot, vaikuttivat merkittävästi yksittäin matalaan hyvinvointiin. Ikä, sukupuoli ja etnisyys eivät vaikuttaneet itsekoettuun hyvinvointiin.
3	Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R, Beekman A, Stek ML, Dols A. 2015. Alankomaat		lääkäreiden mielen-terveysasiakkaiden sosiaalisten yhteyksien ylläpito ja paraneminen voivat vaikuttaa myönteisesti koettuun elämänlaatuun ja täten myös vähempiin tarpeisiin.  Psykiatrinen oireilu on yleensä hoidon keskiössä, ja hoitohenkilökunta osaa näitä tarpeita ennakoida hyvin.  Sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tarpeet voivat olla yhtä tärkeitä asiakkaan näkökulmasta, mutta jäävät hoitohenkilökunnalta näkemättä.	Potilaiden mukaan 19% heidän tarpeistaan jäi tyydyttämättä, työntekijöiden mukaan potilaiden tarpeista jäi tyydyttämättä 11%. Potilaiden mukaan suurimmat tyydyttämättömät tarpeet olivat psykologisilla (22%) sekä sosiaalisilla (35%) osa-alueilla, kun nämä osa-alueet olivat hoitohenkilökunnan mukaan paremmin tyydytetyt (9% ja 16% vastaavasti)  Parhaiten tyydyttyneet tarpeet sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan mukaan liittyivät henkilökohtaisiin tarpeisiin; fyysinen terveys, lääkitys, psykologinen ahdistus, arkiset toiminnot.  Eniten raportoitiin sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan puolesta, että kaikista tyydyttämättömimmät tarpeet olivat muiden ihmisten seura sekä päivittäiset aktiviteetit.  Potilailla, joilla oli matala sosiaalinen osallistuminen/pieni sosiaalinen verkosto tai matala itsekoettu elämänlaatu, oli enemmän tarpeita ja enemmän tyydyttämättömiä tarpeita.  Tyydyttämättä jääneet tarpeet huonontavat koettua elämänlaatua. Psykiatrinen oireilu ja tarpeet ovat yhteydessä toisiinsa. Oireet voivat vaatia apua, täten lisäten tarpeita, tyydyttämättömät tarpeet voivat lisätä oireilua. Tyydyttämättömien tarpeiden määrä korreloi matalan koetun elämänlaadun ja vähäisemmän sosiaalisen osallistumisen kanssa.
4	Eklund M, Gunnarsson AB, Sandlund M, Leufstadius C. 2014. Ruotsi	Ruotsissa on käytössä Päiväkeskuksia psykiatrisille asiakkaille. Päiväkeskuksia on kahdenlaisia; työpainotteisia ja taapainispaikkoja.	Päiväkeskusten tarkoituksenmukaista toimintaa saa parannettua varmistamalla, että keskuksissa on toimintaterapeutteja töissä.	

		<p>Työpainotteiset keskuksset tarjoavat töitä mielenterveysasiakkaille. Niissä tuotetaan tavaraa tai palveluita ja myydään niitä; kuten pidetään kahvilaa tai kirputoria, autopesua tai siivousta. Päiväkeskukset tuovat merkitystä psykiatristen asiakkaiden elämään. Tarjoamat palvelut ovat avoinna koko väestölle, jolloin mielenterveysasiakkaiden kontaktit muuhun yhteiskuntaan säilyvät. Mielenterveysasiakkaiden työajat näissä vaihtelevat 4 – 20h/vko välillä. Työntekijöinä keskuksissa on toimintaterapeuteja, sosiaalityöntekijöitä, lähihoitajia sekä erilaisia käsityöläisiä.</p> <p>Tapaamispaikka-keskukset ovat kaikille avoimia oloiloja, joissa voi pelata pelejä, osallistua harrastustoimintaan, ruokailla, rentoutua ja tavata muita ihmisiä. Niissä voi olla myös aikataulutettua toimintaa.</p> <p>Päiväkeskuksissa on tarjolla myös kuntoutusta ja tukiohjelmia mielenterveysasiakkaille.</p>	<p>Keskukset, joissa käyttäjät ovat mukana myös tuottamassa palveluita, ovat saaneet hyviä kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kokemasta merkityksellisyydestä.</p>	
5	Emmerink PMJ, Roeg DPK. 2016. Alankomaat	<p>ICBC (Intensive Community-Based Care) on avopalvelu, mikä on perustettu 1970-luvulla vastauksena psykiatristen laitospaikkojen lakkauttamiselle. ICBC tarjoaa kotihoitoon perustuvaa otetta, minkä tavoitteena on tukea mielenterveysasiakkaita asua yhteisön mukana.</p> <p>Alun perin ICBC:n tavoite oli vähentää psykiatriseen sairaalahoitoon joutumista, parantaa asiakkaiden tuloja, asumisoloja. Nykyään tavoitteena on parantaa asiakkaiden itsetuntoa elämänlaatua.</p>		<p>Ikä oli merkittävä ennakoiva tekijä; vanhemmat kyselyyn osallistujat raportoivat matalampaa itsetuntoa elämänlaatua. Sosiaalisista muuttujista puolison tai hyvän ystävän olemassaolo merkittävästi ennakoivat korkeampaa itsetuntoa elämänlaatua.</p> <p>Lasten saaminen yllättäen merkittävästi ennakoivat matalampaa itsetuntoa elämänlaatua. ICBC-asiakkaat ovat pääsääntöisesti huomattavasti varautuneita lastenhoitoon, ja hyvien välien ylläpitäminen omien lasten kanssa voi olla haasteellista. Täten tunne siitä, ettei voi hoitaa lastaan tai ylläpitää suhteita tähän, voi vaikuttaa negatiivisesti omaan itsetuntoon elämänlaatuun.</p> <p>Tekijät, jotka vaikuttivat eniten itsetuntoon elämänlaatuun, olivat oireilu (masennusoireet) ja sosiaaliset ongelmat (asuinolot).</p>
6	Fuller-Iglesias HR 2014. Yhdysvallat			<p>Henkilöt, jotka raportoivat suuren tukiverkoston, raportoivat myös olevansa tyytyväisempiä suhteisiinsa, matalampia stressitasoja, vähemmän masennusoireita ja ylipäänsä korkeampaa tyytyväisyyttä elämään.</p> <p>Tyytyväisyys suhteisiin oli merkittävämpi tekijä kuin tukiverkoston koko; kun tyytyväisyys suhteisiin lisättiin malliin, tukiverkoston koon tuoma psykologinen hyvinvointi muuttui epämerkittäväksi.</p> <p>Tukiverkoston sukulaisten osuus vaikutti positiivisesti; mitä suurempi osuus tukiverkoston oli sukua, sitä matalampi stressitaso ja korkeampi elämäntyytyväisyys.</p>
7	Hayhurst KP, Massie JA, Dunn G, Lewis SW, Drake RJ. 2014. UK			<p>Syvä ymmärtäminen on merkittävässä yhteydessä masennukseen; syvän ymmärryksen lisääminen alentaa skitsofreniapotilaan subjektiivista elämänlaatua. Syvä ymmärtäminen voi olla toksista ja rapauttaa itsetuntoa ja edesauttaa itsetuntemattomuutta.</p>

				<p>Negatiivinen suhtautuminen lääkitykseen ennakoii matalaa objektiivista elämänlaatua. Negatiivinen suhtautuminen hoitoihin assosioitui havainnoitsijalla matalaan elämänlaatuun tavalla, mitä potilaat itse eivät huomioi. Hyvä hoito- ja lääkemyöntyvyys ennakoivat matalaa subjektiivista elämänlaatua, mutta ei objektiivista elämänlaatua. Suurempi negatiivinen oireilu ennakoii matalaa objektiivista elämänlaatua, mutta ei subjektiivista elämänlaatua. Havainnoitsijoille negatiivinen oireilu oli merkittävä tekijä objektiivisen elämänlaadun tarkkailussa. Negatiivisilla oireilla on vain pieni vaikutus subjektiiviseen elämänlaatuun.</p>
8	<p>Horghagen S, Fostvedt B, Alsaker S. 2014. Norja</p>	<p>Norjassa mielenterveysasiakkaille on tapaamiskeskuksia, mitkä ovat osa norjalaista julkista terveydenhuoltoa. Näissä keskuksissa tarjotaan matalan kynnyksen palveluita mielenterveysasiakkaille. Keskusten tuottamia palveluita ei kuvailla hoitomuotona vaan ne tarjoavat vapaaehtoisen osallistumisen. Keskuksissa käy keskimäärin 30 mielenterveysasiakasta päivässä.</p> <p>Tapaamiskeskusten tavoitteena on avustaa mielenterveysasiakkaita hallitsemaan arjen toimintojaan asuinympäristössään ja saada tapaamiskeskusten kautta tarkoitusta elämäänsä.</p> <p>Tapaamiskeskusten henkilökunta tarjoaa muun muassa käsitöitä mielenterveysasiakkaille. Käsitöet välittävät tarkoituksellisuutta, osallisuutta, henkilökohtaista kehitystä, terveyttä ja hyvinvointia. Käsitöryhmien aika-aulut ilmoitettiin aina viikon aikaisemmin. Eri huoneissa pyöri samaan aikaan useita ryhmiä, kuten tekstiilitöitä, puutöitä, maalausta, lasitöitä ja keramiikkaa.</p> <p>Tapaamiskeskukset ovat auki arkisin klo9-15. Työntekijöinä keskuksissa oli toimintaterapeuteja, sosiaalityöntekijöitä, ja muita ohjaajia, kuten esimerkiksi kunkin käsityön ammattilaisia.</p> <p>Ryhmiiin osallistui mielenterveysasiakkaita omasta tahdostaan. Ryhmät kokoontuivat yleensä kahdeksi tunniksi kerrallaan, ja usein söivät lounaan yhdessä, kurssin aikana tai jälkeen.</p>		<p>Pitkään mielen sairauksia sairastaneet ovat hyötyneet käsitöiden tekemisestä tapaamiskeskuksissa ajan myötä. Osallistujat kertovat käsitöiden olevan matalan kynnyksen aktiviteetti. Sekä käsitöiden että ryhmän tutuus olivat merkittäviä tekijöitä osallistujille. Käsitöiden tekeminen ryhmässä tuotti vakautta ja rutiineja, mitkä vuorostaan vaikuttivat siihen, kuinka osallistujat kehittivät ja ylläpitivät taitojaan sekä kuinka he antoivat ja vastaanottivat vertaistukea.</p> <p>Käsityöryhmiin osallistuvilla maanantai oli erittäin tärkeä, silloin osallistujat pääsivät jakamaan ja käsittelemään viikonlopun aikana tulleita kriisejä. Eräs tutkimukseen osallistunut kertoi viikonloppuisin olevan todella masentunut ja miettivänsä itsemurhaa, mutta tapaamispaikan avautuminen maanantiaamuna toi turvallisuuden tunnetta. Ryhmässä sai keskittyä vain yhdistelemään värejä ja kuvioita.</p> <p>Käsityöryhmiin sulautuminen vei joiltain osallistujilta kauan aikaa. Eräs toinen tutkimukseen osallistunut kertoi, ettei aikaisemmin olisi uskaltanut lähteä kotoaan ulos ollenkaan trauman vuoksi. Hän kertoi tukihenkilön saattaneen hänet aina ryhmään, missä hän istui kaksi vuotta samalla paikalla sohvan nurkassa, kunnes alkoi pikkuhiljaa osallistua ryhmän toimintaan. Osallistumista helpotti aktiviteetin tutuus, mikä toi jatkuvuutta ja vakautta elämään.</p> <p>Kokemus siitä, että osallistuja kykeni tekemään käsitöitä, alensi avuttomuuden tunnetta. Eräs masentunut tutkimukseen osallistunut kertoi aamujen olevan pahimpia, eikä ylös nouseminen onnistu. Kuitenkin vastuu keramiikkauunin käsittelystä ja sitoutuminen perhon sidontaan motivoivat häntä nousemaan aamuisin ja saivat masennuksen tunteet lievenemään.</p> <p>Käsityöryhmiin osallistuminen toi normaalia rytmiä päiviin. Aamuisin he nousivat, valmistautuivat ryhmään lähtöön, osallistuivat käsitöihin ryhmässä. Sen jälkeen he menivät kotiin, söivät, lepäsivät, tekivät muita arkisia aktiviteetteja. Heillä oli mahdollisuus kertoa ulkopuolisille, mitä päivisin tekevät ja mitä olivat aikaansaaneet. Tämä oli merkittävä askel pois päin mielenterveysongelmien tuomasta avuttomuuden tunteesta. Käsitöryhmään osallistuminen joillain osallistujilla myös ehkäisi sairaalaan joutumista.</p>

				<p>Käsityöryhmiin osallistuminen ylläpiti ja kehitti osallistujien taitoja, kuten ongelmanratkaisua, innovatiivisuutta, yhteistyötä sekä sosiaalisia kykyjä, muun muassa neuvottelemalla työvaiheista ja valitsemalla oikeita materiaaleja, suunnittelemalla myytäviä tuotteita sekä ymmärtämällä tuotteiden myyntiarvon. Esimerkiksi neulontatyö käsissä on osallistujan helppo olla mukana myös keskusteluissa. Eräs tutkimukseen osallistuja piti käsityötään pelkkänä koristeena sylissään, mutta keinona tai välineenä osallistua ryhmään, kuunnella keskusteluja, seurata muita ihmisiä, olla osa ryhmää, kuulua. Nämä saivat hänet tuntemaan itsensä aktiivisemmaksi.</p> <p>Ryhmätyöskentelyssä osallistujat jakoivat myös tietoa ja kokemuksia, suhteellista turvallisuutta ja vakautta, vertaistukea ja kunniotusta. Näiden kautta osallistujat alkoivat uskoa itseensä. Osallistujat uskoivat ryhmästä saamansa tuen olevan konkreettista arjessa pärjäämisessä. Osallistujat tarvitsivat sekä arvostivat toisiltaan saamaa tukea. Heistä tuli toistensa roolimalleja, ja antoivat neuvoja toisilleen arjen toiminnoissa. Osa osallistujista ystävystyi keskenään, ja sopivat tapaamisia tapaamiskeskusten ryhmien ulkopuolelle.</p>
9	Hsu HC, Chang WC. 2015. Taiwan		<p>lääkkäiden ihmisten rohkaiseminen osallistumaan sosiaalisiin ryhmiin ja/tai sosiaalisiin aktiviteetteihin on välttämätön strategia onnistuneeseen ikääntymiseen.</p> <p>Yhteiskunta hyöttyy kyetessään tarjoamaan lisääntyviä mahdollisuuksia ikääntyneille osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin sekä lisätessään yhteisöllisiä tapaamispaikkoja ehkäistäkseen ikäkäiden sosiaalista eristäytymistä.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan osallistujat, jotka tapasivat harvemmin omaisten kanssa, saivat enemmän emotionaalista tukea tai osallistui- vat sosiaalisiin tapahtumiin, olivat tutkimuk- sen alussa onnellisempia kuin muut. Asuin- olosuhteet, siviilisääty, puhelin kontaktit, inst- rumentaaliset tai tiedolliset tuen antaminen tai instrumentaalisen tuen saaminen eivät ol- leet merkittäviä tekijöitä. Parempi taloudellisen tyytyväisyys oli suhteessa onnellisuuteen alussa, mutta ajan myötä sen vaikutus hiipui.</p> <p>Henkilöllä, joka oli vanhempi, naispuolinen, ja asui urbaanissa ympäristössä, oli suu- rempi todennäköisyys onnellisuuteen ajan kuluessa. Sosiaalisen osallistumisen, talou- dellisen tyytyväisyyden tai säännöllisen lii- kunnan vaikutukset alensivat onnellisuuden tasoa ajan kuluessa.</p> <p>Yleisesti onnellisuus oli vakio ajan myötä.</p> <p>Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaalinen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hy- vään, tarkoitukselliseen elämään. Onnelli- suus ei perustu sosiaalisen verkoston inter- aktioihin, vaan se syntyy sosiaalisista tilan- teista oman perheen ulkopuolella. Oman perheen ja suvun yhteydet eivät lisänneet onnellisuutta, sen huomattiin joissain tapauk- sissa jopa vähentävän sitä.</p> <p>Sosiaalisten suhteiden määrä tai koko ei vai- kuta onnellisuuteen, vaan sosiaalisten suh- teiden henkilökohtaisesti koettu laatu. Sosi- aalinen osallistuminen parantaa ihmisarvoa, osaamisen tunnetta, sosiaalisen verkoston yhteyksiä ja tarkoituksellisuutta iäkkäämmillä ihmisillä.</p>
10	Huang R-R, Chen Y-S, Chen C-C, Chou FH-			<p>Elämänlaatu oli positiivisesti yhteydessä koulutustasoon, työllistymiseen, ja omassa</p>

	C, Su SF, Chen MC, Kuo M-H, Chang L-H. 2012. Taiwan			<p>asunnossa asumiseen. Näiden korrelaatioiden merkitys oli vaatimaton. Useimmat tekijät vaikuttivat elämänlaatuun negatiivisesti.</p> <p>Potilaat, joilla oli krooninen mielenterveyshäiriö, ja joilla oli korkeata psykologista ahdinkoa, itsemurhayrityshistoriaa, olivat taakkana omaisilleen tai, jotka eivät asuneet omassa asunnossaan, raportoivat matalaa psyykkistä elämänlaatua. Lisäksi, jos potilaat olivat iäkkäitä, työttömiä, asuivat yksin, olivat yrittäneet itsemurhaa tai olivat taakkana omaisilleen, raportoivat he fyysisistä elämänlaatuun matalana.</p> <p>Psykologinen ahdinko oli vahvin ennakoiva tekijä sekä psyykkiseen että fyysiseen elämänlaadun arviointiin. Itsemurhayritykset merkittävästi ennakoivat matalaa elämänlaatua. Omaisten vastuun lisääntyminen ennakoivat matalaa elämänlaatua mielenterveysasiakkailta. Omaisten ottama vastuu oli positiivisesti yhteydessä omaisten asenteisiin, mutta samalla lisäsi heidän taakkaansa, ja täten alensi koettua elämänlaatua. Toisaalta, perheet, jotka olivat mukana hoidossa, mutta eivät kantaneet siitä vastuuta, raportoivat matalampaa taakkaa, ja välillisesti korkeampaa potilaan kokemaa elämänlaatua.</p> <p>Omassa asunnossa asuminen vaikutti positiivisesti elämänlaatuun, kun taas yksin asuminen ennakoivat negatiivista fyysistä elämänlaatua. Muiden kanssa asuvat raportoivat korkeampaa elämänlaatua kuin yksin asuvat mielenterveysasiakkaat.</p>
11	Kilbourne AM, Bramlet M, Barbaresso MM, Nord KM, Goodrich DE, Lai Z, Post EP, Almirall D, Verchinina L, Duffy SA, Bauer MS. 2014. Yhdysvallat	<p>Intervention tarkoituksena oli vähentää vakavista mielenterveyshäiriöistä sairastavien potilaiden psyykkistä oireilua tukemalla terveellisiä käyttäytymismalleja.</p> <p>LG-CC (Life Goals Collaborative Care model; Elämäntavoiteyhteishoito -malli) vetäjä oli terveydenhuollon ammattilainen, jolla oli mielenterveys-, terveydenhuollon ohjaamis- ja mielenterveyspsyko-ohjauskokemusta. Hän piti interventioon osallistuville viisi viikoittaista ryhmätapaamista (90min kukin), oli yhteydessä puhelimitse jokaiseen osallistujaan kerran kuukaudessa 6 kertaa (20min) sekä kerran kuukaudessa otti yhteyttä potilaan sekä perusterveydenhuollon vastuulääkäriin että mielenterveysvastuulääkäriin.</p> <p>Ryhmätapaamisissa sovittiin omia tavoitteita hoidolle, keskusteltiin psyykkisistä oireista ja ohjattiin tekemään terveellisiä valintoja. Ohjaajan kanssa tehtiin hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman tavoite on helpottaa perus- ja erikoissairaanhoidon päätöksentekoa LG-CC ohjelman loputtua.</p> <p>Potilaspuheluiden aikana keskusteltiin terveellisiin käyttäyty-</p>		<p>Vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavilla oli merkittävästi matalampi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin muulla väestöllä. Heillä oli myös korkea riski sydän- ja verisuonisairauksiin, eritoten verenpainetautiin sekä korkeaan BMI:n.</p> <p>LG-CC antoi potilaille tukea pärjätä mielen-terveyshäiriön sekä fyysisten oireiden kanssa. Tämä vaikutti potilaan kokonaisterveydentilaan positiivisesti. LG-CC korosti potilaiden itsehoitoa ja hoidon koordinoitua.</p>

		mistavoitteisiin (fyysinen aktiiviteetti, ravintomuutokset) pääsemisestä.		
12	Kim DJ. 2017. Etelä-Korea.	Etelä-Koreassa oli kahden kokeen toimintaterapeutin vetämä kahdeksan (8) viikon ohjelma, joka sisälsi taidetta ja käsitöitä, fyysisiä aktiiviteetteja, sekä viriketoimintaa. Ryhmä tapasi kaksi kertaa viikossa, eli yhteensä 16 kertaa. Tapaamiskerroista fyysisiä aktiiviteetteja oli 5 kertaa, viriketoimintaa 6 kertaa ja taidetta ja käsitöitä 5 kertaa.  Ryhmätapaamisia ennen ja niiden jälkeen osallistujilta tutkittiin arviointityökaluja käyttämällä arkipäiväistä toimintakykyä (ADL), kognitiivisia taitoja sekä masennusta.	Intervention kaltaiset ohjelmat ovat keskeisessä roolissa iäkkäiden ihmisten masennuksen ehkäisemisessä, ja niiden tulisi olla olennaisessa osassa iäkkäiden hoidossa.	Intervention jälkeen sekä miehillä että naisilla ADL-taidot paranivat huomattavasti, kognitiiviset taidot merkittävästi ja masennus aleni merkittävästi. Masennus aleni vielä huomattavimmin naisilla.  Viriketoiminnan todettiin parantavan itsetuntoa ja läheisyyttä miellyttävien kohtaamisten välityksellä. Miellyttävä hyvä olo vaikutti myös kognitiivisiin taitoihin positiivisesti.
13	Kingstone T, Burroughs H, Bartlam B, Ray M, Proctor J, Shepherd T, Bullock P, Chew-Graham CA. 2017. UK		Intervention jälkeen tutkijat totesivat iäkkäille tärkeinä sekä kahdenkeskiset tapaamiset että ryhmäaktiiviteetit.  Ryhmäaktiiviteetit eivät sopeet kaikille, joten kahdenkeskiset tapaamiset olivat välttämättömiä luotettavaa suhdetta luomaan.  Useat iäkkäät tarvitsivat myös työntekijän saattamaan uuteen ryhmään. Näin he saivat tarvitsemaansa tukea ja rohkaisua.	Ryhmäaktiiviteetteihin osallistuminen oli arvostettua useasta syystä. Se nähtiin mahdollisuutena kehittää sosiaalisia yhteyksiä, osallistua aktiiviteetteihin, ylläpitää arkirutiineja sekä kokea ympäristön vaihdos.  Ryhmäaktiiviteettiin osallistuminen myös tuki osallistujien omaa arvoa ryhmän roolien kautta. Eräs osallistuja kertoi nauttivansa saadessaan olla ryhmän "teenkeittäjä". Ryhmien sisällä muodostui useita rooleja, yhtenä tärkeänä uusien ryhmäläisten tukihenkilönä oleminen.  Ohjaajat raportoivat myös ryhmien tärkeydestä ja useista hyödyistä. Ryhmien todettiin olevan enemmän kuin vain ryhmiä, joissa ihmiset tapaavat. Niissä osallistujat ylläpitivät osallistumista, itseluottamusta ja sosiaalisia suhteita.  Aktiiviteettimahdollisuuksien puute kasvatti sosiaalisen vetäytymisen sykliä. Kaikille halukkaille ei löytynyt sopivaa ryhmää, mihin osallistua, ja itse ryhmään pääseminen oli suuri este useille halukkaille. Kuljetuksen puute oli myös ohjaajien havaitsema haaste.  Sosiaalinen vetäytyminen tai mielekkäiden aktiiviteettien puute lisää psykososiaalisia tarpeita. Näiden huomiotta jättäminen lisää joutilaisuutta ja pahentaa sosiaalista vetäytymistä.
14	Levula A, Wilson A, Harré M. 2015. Australia		Tutkimuksen tulokset tuovat esiin tarpeen kohdistetuille interventioidelle, joiden avulla sosiaalinen osallistuminen helpottuu.  Riittävien ystävyysuhteiden ja perheen tuen avulla itseluottamus ja itsetunto kehittyvät, mitkä taas tukevat positiivisesti mielenterveyttä.	Yleisellä terveydellä ja emotionaalaisella tilalla oli vahva korrelaatio mielenterveyteen. Sosiaalisen eristäytymisellä ja fyysisellä kunnotalla oli myös vaikutusta mielenterveyteen. Sosiaalisen verkoston avulla raportoitiin olevan merkittävä ennakoiva yhteys mielenterveyteen. Iäkkäillä osallistujilla yleinen terveys oli merkittävin ennakoiva tekijä.  Sosiaalinen eristäytyminen oli merkittävä tekijä myös iäkkäillä ja aikuisilla. Iäkkäiden sosiaalinen verkosto on pienempi kooltaan, lapset saattavat muuttaa kauaskin töiden tai perheen vuoksi, ystäviä kuolee. Ikääntyneiden sosiaaliset verkostot muuttuvat paljon, mikä vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen.
15	Li J, Theng, Y-L, Foo S. 2015. Singapore.			Neljä demografista muuttujaa; ikä, sukupuoli, koulutustaso ja asuinolot, eivät vaikuta psy-

				<p>kososiaalisiin muuttujiin. Kuitenkin, molemmat koettu taloudellinen riittävyys ja elämänlaatu ovat merkittävässä yhteydessä psykologiseen sinnikkyuteen, sosiaaliseen tukeen, yksinäisyyteen ja masennukseen.</p> <p>Kolme suurinta psykososiaalista tekijää (psykososiaalinen sinnikkyys, sosiaalinen tuki ja yksinäisyys) ovat merkittävästi yhteydessä toisiinsa. Näistä yksinäisyydellä oli suurin vaikutus iäkkäiden masennukseen. Myös koetulla sosiaalisella tuella oli negatiivinen vaikutus masennukseen. Iäkkäät osallistujat, jotka raportoivat korkeaa koettua sosiaalista tukea kokivat vähemmän masennusta kuin he, jotka raportoivat matalaa koettua sosiaalista tukea.</p>
16	Lombardo P, Jones W, Wang L, Shen X, Goldner EM. 2018. Kanada			<p>Itseraportoitu mielenterveys korreloi vahvasti tyytyväisyytenä elämään. Vastaajat, jotka raportoivat matalaa tai kohtalaista mielenterveyttä, olivat tyytymättömpämpiä elämäänsä kuin hyvää mielenterveyttä raportoivat.</p> <p>Tyytyväisyyteen eivät vaikuttaneet taloudelliset tulot, yleinen terveys tai sukupuoli. Tulon nousu ei korottanut tyytyväisyyttä elämään.</p> <p>Mieliala- tai ahdistushäiriötä sairastava usein ilmaisee itse mielenterveyden tilansa matalaksi.</p>
17	Markowitz FE. 2015. Yhdysvallat	<p>Itsehoitoryhmistä on Yhdysvalloissa tullut viime vuosikymmenien aikana vaihtoehtoisia tai lisähoitoja perinteisille palveluille. Useat ryhmät myös toimivat asiano- ja puolustustehtävissä. Ryhmät edistävät voimaantumista ja kuntoutusta, ja niissä mielenterveyskuntoutajat ovat itse aktiivisessa roolissa tekemässä päätöksiä hoitonsa suhteen.</p>		<p>Tutkimuksessa todettiin, että ensioireet ja elämänlaatu ennakoivat ryhmään osallistumista. Vastaajat, joilla oli hyviä sosiaalisia suhteita ja vähän psykiatrista oireilua, olivat kykenevämpiä ja motivoituneempia liittymään ja pysymään itsehoitoryhmissä.</p> <p>Itsehoitoryhmiin osallistumisella todettiin positiivinen vaikutus itsetuntoon, oireiden vähentämiseen ja elämänlaatuun, täten tukien käsitystä itsehoitoryhmien kuntouttavasta vaikutuksesta. Ryhmiin osallistumisella koettiin olevan myös sosiaalisia verkostoja tukeva vaikutus.</p> <p>Tulosten mukaan henkilöt, jotka saavat suurimman hyödyn itsehoitoryhmistä, todennäköisimmin jatkavat niissä käyntiä. Toisaalta, he, jotka jatkavat ryhmissä käyntiä, todennäköisimmin uskovat niistä hyötyvänsä.</p>
18	Meesters PD, Comijs HC, de Haan L, Smit JH, Eikelenboom P, Beekman ATF, Stek ML. 2013. Alankomaat			<p>Skitsofreniapotilailla oli yleisesti parempi subjektiivinen elämänlaatu kuin mielialahäiriöpotilailla.</p> <p>Skitsofreniapotilaat, joilla oli vähemmän masennus- tai ahdistusoireita raportoivat korkeampaa subjektiivista elämänlaatua. Suurempi tukiverkoston koko, luotettavan henkilön olemassaolo, suurempi sosiaalinen osallistuminen sekä korkeampi sosiaalisen toimintakyvyn taso, olivat kaikki yhteydessä korkeampaan subjektiiviseen elämänlaatuun.</p>
19	Mueser KT, Bartels SJ, Santos M, Pratt SI, Rivera EG. 2012. Yhdysvallat	<p>I-IMR-ohjelma (Integrated Illness Management and Recovery) on kuntoutuspainotteinen interventio, minkä vaiheina on keskustelua kuntoutuksen määritelmästä, henkilökohtaisten kuntoutustavoitteiden identifiointia, pienten ja hallittavien askeleiden määrittämistä ja lopuksi suunnitelman luominen tavoitteisiin pääsystä.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan I-IMR-ohjelma oli lupaava interventio huomioimaan iäkkäiden mielenterveysasiakkaiden oheissairastavuuteen. Yhdistämällä itsehallinnan strategioita sekä psykiatrisille että muille sairauksille täysin integroiduksi paketiksi, päivittyivät potilaiden kokonaisvisio sairaudesta,</p>	<p>Tutkimus osoitti, että on mahdollista onnistuneesti integroida psykiatristen ja muiden sairauksien itsehallinta iäkkäillä mielenterveysasiakkailta, joilla on oheissairastavuutta.</p> <p>Ennaltaehkäisevänä tekijänä I-IMR sairaanhoitajan roolin todettiin olevan keskeisessä roolissa asiakkaan perustarpeiden arvioinnissa.</p>

		<p>Vakioitu ohjelma sisältää tietoa ja taitoja hallita psykiatrista häiriötä auttaakseen asiakasta etenemään lähemmäs kuntoutustavoitteitaan. Ohjelmassa käytetään koulutus-, motivaatio- ja kognitiiviskäyttämisystrategioita.</p> <p>I-IMR-ohjelman tavoitteina on opettaa mielenterveysasiakkaille sairauden itsehallinnointia ja antaa keinoja lisätä lääkemyönteisyyttä, ehkäistä akuutteja pahenemisvaiheita, antaa keinoja pärjätä oireiden kanssa, sekä sosiaalisia taitoja lisätä sosiaaliseen tukiverkoston.</p> <p>I-IMR-ohjelmaan sisältyy kaiken kaikkiaan 40 yksilö- tai ryhmäta- paamista, kerran tai kaksi viikossa.</p>	<p>kuntoutuksesta sekä henkilökohtaisista tavoitteista. Ohjelmalla todettiin merkittävää potentiaalia parantamaan potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneet raportoivat nousua omaoimisuuden suhteen ravitsemuksen, liikunnan sekä hyvinvoinnin osa-alueilla. Osallistujat motivoituivat opettelemaan sairauksien itsehallinnan strategioita saavuttaakseen tavoitteitaan. Esimerkiksi hallitsemalla ahdistuksen oireilua osallistujat kykenivät käyttämään julkisia kulkuneuvoja ja pääsivät avartamaan omaa elinpiiriään, tai lopettamalla tupakoinnin sai COPD:n parempaan hoitotasoon, ja täten elämänlaatu parani.</p>
20	Nadeem N, Majeed S, Khan AQ. 2015. Pakistan			<p>Yleistä ahdistuneisuushäiriötä sairastavilla sairaus vaikutti itsekoettuun elämänlaatuun ja elämäntyytyväisyyteen. Tutkimukseen osallistuvat raportoivat matalampaa tasoa itsetunnon, tavoitteiden ja arvojen, rahan, työn, vapaa-ajan, luovuuden, ystävien ja perheen suhteen. Suurin huolen aihe osallistujilla oli sairauden tuoma vamma ja huono elämänlaatu. Iäkkäillä sairastuneilla raportoitu terveyteen liittyvä elämänlaatu oli merkittävästi matalampi kaikilla osa-alueilla oireettomiin ikääntyneisiin verrattuna.</p>
21	Ng P, Pan JY, Lam P, Leung A. 2014. Hong Kong			<p>Skitsofrenian oireilu, kuten hallusinaatiot ja paranoidit ajatukset, voivat vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen ja sosiaalisiin tilanteisiin. Masentuneet ja ahdistuneet taas raportoivat matalaa elämänlaatua, osittain myös siksi, että sairaus on pessimistinen luonteeltaan.</p> <p>Hongkongilaiset mielenterveysasiakasmiehet, jotka ovat huonommassa taloudellisessa tilanteessa muuhun väestöön verrattuna, raportoivat pakkoa jäädä yksin yhteiskunnan painostuksesta. He kokivat vaikeuksia kannattaa taloudellisesti puolisoa. Naisilla taas todettiin parempi sairauden ennuste, ja parempi todennäköisyys päästä naimisiin.</p> <p>Useat tutkimukseen osallistujat olivat matalapalkkaisessa tuetussa työssä. Elävät köyhyysrajan alapuolella. Eivät ansaitse tarpeeksi kattaakseen tarpeensa taloudellisesti. Eivät voi maksaa sosiaalisia aktiviteetteja, mitkä maksavat.</p> <p>Osallistujat raportoivat matalampaa elämänlaatua muuhun väestöön verrattuna. Osa-alueista, missä osallistujat raportoivat tyytymättömyyttä, suurin oli huono taloudellinen tilanne. Tämän koettiin vaikuttavan fyysiseen ja sosiaaliseen elämään sekä huonontavan elämästä nauttimista ja asennetta elämän merkityksestä. Muita tyytymättömyyden osa-alueita olivat kipu ja epämuokavuus, minkä koettiin olevan sivuvaikutusta psyykelääkityksestä. Sivuvaikutusten koettiin vaikuttavan negatiivisesti subjektiiviseen elämänlaatuun.</p>

				<p>Perheen vaikutuksesta elämänlaatuun tutkimus ei tehnyt johtopäätöksiä. Perheen sisäinen negatiivinen ilmapiiri vaikutti joidenkin osallistujien sosiaalisiin ja emotionaalisiin toimintakykyihin negatiivisesti. Perheen sisäisten suhteiden laatu vaikutti negatiivisesti riippuen sairauden kestosta.</p> <p>Sairaudenkeston todettiin vaikuttavan positiivisesti kokonaiselämänlaatuun. Pitkään sairastaneet osallistajat raportoivat merkittävästi korkeampaa elämänlaatua kuin vasta diagnoosin saaneet.</p>
22	Oliveira SEH, Carvalho H, Esteves F. 2016. Portugali		<p>Mielenterveysasiakkaille keinot korottaa itsetuntoa ovat ensisijaisen tärkeitä stigman vähentämisessä. Mielenterveysasiakkaat, joilla on negatiivinen asenne mielenterveyksiä kohtaan, ja jotka eivät arvosta mielenterveyttä, itsetuntoa korottamalla korottavat elämänlaatua. Itsetunnon ylläpito voi olla merkittävä tekijä mielenterveysasiakkaiden kuntoutukselle, sillä se on suojaava tekijä kaikilla elämänlaadun osa-alueilla.</p> <p>Mielenterveyspalvelujen ja hoitokeinojen tulisi sisältää laaja näkökulma tarpeista, reflektoiden eri elämänlaadun osa-alueita.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että interventiot, joita kohdistetaan itsetuntoon, voivat parantaa mielenterveysasiakkaiden subjektiivista elämänlaatua.</p>	<p>Sisäistetty stigma korreloi negatiivisesti itsetunnon kanssa. Sisäistetty stigma korreloi negatiivisesti myös elämänlaadun osa-alueiden kanssa. Sisäistetyllä stigmalla todettiin myös haitallinen vaikutus psykologisiin ja fyysisiin elämänlaadun näkökulmiin, sosiaalisiin suhteisiin, elinympäristöön sekä itsenäisyyden tasoon.</p> <p>Itsetunnolla ja elämänlaadulla todettiin olevan positiivinen yhteys. Matalaa itsetuntoa raportoivat mielenterveysasiakkaat raportoivat myös matalampaa subjektiivista elämänlaatua.</p>
23	Palmer BW, Martin AS, Depp CA, Glorioso DK, Jeste DV. 2016. Yhdysvallat		<p>Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset kanssakäymiset ovat vahvasti yhteydessä onnellisuuteen mielenterveysasiakkailta, jotka asuvat perheen tai ystävän kanssa.</p> <p>Päätavoite skitsofrenian hallinnassa tulisi olla kuntoutus yhdistettynä onnellisuuteen ja muihin positiivisiin psykososiaalisiin lopputulemiin.</p>	<p>Onnellisuuden taso skitsofreniapotilailla merkittävästi korreloi korkeampaa mielenterveyteen liittyvää elämänlaatua sekä useita positiivisia psykososiaalisia tekijöitä; matalampaa stressitasoa, korkeampaa sietokykyä, optimismia ja henkilökohtaisia kykyjä. Onnellisuuden taso ei kuitenkaan ollut yhteydessä sosiodemografisiin tekijöihin, sairauden keston, positiivisten ja negatiivisten oireiden vakavuuteen, fyysiseen kuntoon, oheissairastavuuteen tai kognitiiviseen toimintakykyyn.</p> <p>Onnellisuus voi olla haasteellisempaa saavuttaa vakavan mielenterveyshäiriön kontekstissa.</p> <p>Terveisiin vastaajiin verrattuna, skitsofreniapotilaat raportoivat matalampaa onnellisuutta. Onnellisuustasolla ei todettu olevan yhteyttä iän, koulutustason, tai sairauden keston kanssa.</p>
24	Park J, Roh S. 2013. Yhdysvallat			<p>Molemmat päivittäiset hengelliset kokemukset ja sosiaalinen tuki olivat negatiivisesti yhteydessä masennukseen. Suurempi osallistuminen päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin tai suurempi sosiaalinen tuki korreloi matalampaan masennukseen.</p> <p>Itsearvioitu terveys ei ollut yhteydessä päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin. Korkeampi itsearvioitu terveys ja korkea tulotaso ennakoivat matalaa masennustasoa.</p>

				Ikä, koulutustaso ja siviilisääty eivät olleet yhteydessä päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin, sosiaaliseen tukeen tai masennukseen kyseisessä otoksessa.
25	Ponce de León L, Lévy JP, Fernández T, Ballesteros S. 2015. Espanja		Tutkimus osoitti, että sosiaalityöntekijöiden tulisi löytää tehokkaita tapoja rikastuttaa ikääntyneiden sosiaalisia ympäristöjä, täten rohkaisten heitä käyttämään muistiaan. Tämän voi toteuttaa esimerkiksi auttamalla parantaa suhteita perheeseen ja ystäviin, rohkaimalla heitä osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin, ehdottamalla uusia haasteita sekä kertomalla saatavilla olevista palveluista.	Sosiaalisten resurssien saatavuus oli merkittävä tekijä selittämään ikääntyneiden koettua elämänlaatua ja onnistunutta ikääntymistä. Optimaaliset sosiaaliset resurssit paransivat lähimuistia, koettua elämänlaatua sekä vähensivät masennusta iäkkäillä osallistujilla.  Masennuksella suoraan ei todettu yhteyttä lähimuistiin, vaan matalalla subjektiivisella elämänlaadulla on vaikutus suurempaan jokatapäiväiseen unohteluun.
26	Ristner MS, Lisker A, Grinshpoon A. 2014. Israel			Tutkimus vertasi asiakkaita, joilla oli matala elämänlaatu, asiakkaisiin, joilla oli hyvä elämänlaatu 10 vuoden päästä.  Tutkimuksesta nousi kaksi suurta havaintoa. Ensimmäisenä, merkittävästi matalampi tyytyväisyys yleiseen elämänlaatuun viidellä osa-alueella (fyysinen terveys, subjektiivinen vointi, yleiset aktiviteetit, elämäntyytyväisyys ja tyytyväisyys lääkehoitoon), mutta ei vapaa-ajan harrastuksissa tai sosiaalisissa suhteissa, lähtötason arvioinnissa ennakoivat matalaa elämänlaatua seuraavien 10 vuoden ajan.  Toisena, korkeampi lähtötason tulos itseraportoiduissa PANSS psykopatologian mittareissa (syyllisyyden tunne, masennus, toimintakyvyn vajavuudet, päätöksenteon vaikeudet, ja aktiivinen sosiaalisten tilanteiden välttäminen), passiivinen/apaattinen sosiaalinen vetäytyminen ja matalammat arvioinnit ystävän tuesta ennakoivat matalampaa elämänlaatua 10 vuoden aikana.
27	Salles MM, Matsukura TS. 2015. Brasilia	<p>Psykososiaaliset palvelukeskukset (CAPS) ovat mielenterveysasiakkaille kohdistettua palvelua, missä painotetaan psykososiaalisia malleja laitoksen sijaan Brasiliassa.</p> <p>CAPS:eja kehitetään yhteistyössä lähialueen resurssien ja palveluiden kanssa. Päivittäin auki olevat CAPS:it tarjoavat ammatillista ja sosiaalista mielenterveyden hoitoa, vähentäen sairaalaan joutumisten määrää</p> <p>Psykososiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on stigman ja ennakkoluulojen vähentäminen, koska nämä ovat avainasemassa kannattamassa sosiaalista eristäytymistä suhteessa ihmisiin, joilla on mielenterveyshäiriöitä. Voi maannuttaakseen ja parantaakseen käyttäjien elämänlaatua ja hyvinvointia, arkielämä on nostettu asiakkaiden keskiöön. Tähän lasketaan kaikki, mitä he tekevät, miten heihin vaikuttavat aika, paikka sekä sosiaaliset verkostot. CAPS:it tarjoavat laajan valikoiman aktiviteetteja mielenterveysasiakkaille ja antavat paikan ja ajankohdan harjoittaa</p>	<p>Sosiaalinen osallistuminen on ajateltu olevan tärkeä näkökulma mielenterveyspalveluissa. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan tulisi olla sosiaalisten suhteiden psykologisen kuntoutuksen työväline. Hallitusten tulisi poistaa esteitä ja stimuloida sosiaalista osallistumista ja kuulumista.</p> <p>Avustamalla mielenterveyskuntoutujia löytämään mielenkiintoisia toimia myös tapaamispaikkojen ulkopuolelta, kannustaa se heitä rakentamaan arjestaan ja elämäänsä tarkoituksellisempaa.</p>	<p>CAPS:ssa kävijät olivat kiinnostuneita siitä, mitä tekivät, ja kertoivat löytäneensä useita tarkoituksellisia arkitehtäviä CAPS:sta. Arkitehtävät toivat heille tyytyväisyyttä, he kokivat käyttävänsä aikansa hyvin, ja saivat onnistumisen tunteita tehtävistä, mitä osasivat tehdä. CAPS:ssa kävijät saivat myös lähteä sieltä, kun halusivat, mikä toi heille vapautentunnetta. Saadessaan itse tehdä päätöksiä, saivat käyttäjät elämäänsä kontrollintunnetta, ja täten myös kuntoutusta mielenterveyshäiriöistä.</p> <p>Käyttäjät raportoivat, että työpajoihin ja ryhmään osallistuminen auttoi heitä organisoimaan päivittäisiä rutiineja, ja luomaan rakennetta viikoittaiseen ohjelmaan. He kertoivat tietävänsä mitä tekevät minäkin päivänä. Käyttäjät kertoivat myös murtaneensa tapojaan CAPS:iän avulla. He alkoivat pikkuhiljaa muuttaa pieniä näkökulmia elämässään, ja täten ajan kanssa rakensivat uuden elämäntyyliin. Eräs tutkimukseen osallistunut kertoi saavansa paremmin nukuttua CAPS:ssa käynnin aloittamisen jälkeen. Tämän vuoksi hän sai myöhemmin lopetettua tupakoinnin.</p> <p>Tutkimuksessa todettiin, että päivittäinen rutiini on alkukohta hyvälle arkielämälle. Kun käyttäjät osallistuivat aktiviteetteihin, he rakensivat itselleen ja toisilleen uusia rooleja näiden aktiviteettien pohjalta. Aktiviteetteihin osallistuminen antoi myös jotain tarkoituksel-</p>

		<p>niitä. Samalla asiakkaat pääsevät sosiaalisiin suhteisiin muiden käyttäjien kanssa. Usealle mielenterveysasiakkaalle CAPS:ssa käyminen on katkaissut inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen.</p> <p>CAPS:it hyödyntävät kuntouttavassa työotteessaan kotikäyntejä, terapeuttisia työpajoja, henkilökohtaisia oppitunteja, juhllisuuksia, fyysisiä ja harrasteaktiiviteetteja. CAPS:it ovat avoimmin arkisin klo 8-17, ja henkilökuntaan kuuluu psykiatreja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä sekä sairaanhoitajia.</p>		<p>lista tekemistä, kotona he raportoivat motivaation olevan vaikea löytää tekemään mieltään.</p> <p>Haastateltavat raportoivat tuntevansa olevan arvostettuja CAPS:eissa, heitä kunnioitetaan, eivätkä tunne syrjintää, kuten taas muualla yhteisössä. Suurin syy CAPS:ien ryhmissä käymiseen ei ole itse tekeminen tai hoito, vaan arvostettuna ihmisenä oleminen.</p>
28	Santini Z I, Nielsen L, Hinrichsen C, Meilstrup C, Koyanagi A, Haro J M, Donovan R J, Koushede V. 2018. Irilanti	<p>The Act-Belong-Commit -ohjelma tukee kolmea käytöksen osa-aluetta, joilla on vaikutus mielenterveyteen ja hyvinvointiin; fyysisistä, psyykkistä, sosiaalista, ja hengellistä aktiviteettia (Act), kuulumisen tunteen kehittämistä sosiaalisten tukiverkostojen ja ryhmä- ja yhteisöllisen osallistumisen avulla (Belong), sekä haasteiden vastaanottamista ja tarkoituksentunnetta tuoviin harrastuksiin sitoutumista (Commit).</p>		<p>Jokainen lisäaktiiviteetti Act-indikaattorissa ennusti parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.</p> <p>Belong-indikaattorissa osallistujat, joilla oli suuri kuulumisen tunne, raportoivat myös parempaa elämänlaatua.</p> <p>Commit-indikaattorissa jokainen sosiaalisiin ryhmiin osallistumisen frekvenssiä korottava tekijä ennusti parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.</p>
29	Wheeler A, McKenna B, Madell D, Harrison J, Prebble K, Larsson E, Dunbar L, Nakarada-Kordic I. 2015. Uusi Seelanti			<p>Mielenterveysasiakkaat raportoivat matalampaa terveyteen liittyvää elämänlaatua kuin muu väestö.</p> <p>Naiset, joilla todettiin vakava mielenterveyshäiriö, raportoivat merkittävästi matalampaa elämänlaatua kuin miehet.</p>
30	Zhang W, Chen M. 2013. Kiina	<p>Puistoissa ja toreilla useita Tai-Chi – ja venyttelyryhmiä ympäri Kiinan.</p>		<p>Molemmat suhteellinen deprivatio (esimerkiksi tunne varattomuudesta muihin verrattuna) ja itseraportoitu elämänlaatu ovat merkittävästi yhteydessä ahdinkotilaan, mutta vastakkaisiin suuntiin. Fyysinen liikunta muokkaa psykologista hyvinvointia, osittain koska iäkkäät, jotka osallistuvat ryhmäliikuntaan, saavat enemmän sosiaalista tukea muilta, kokevat vähemmän suhteellista deprivatiota ja nauttivat paremmasta elämänlaadusta. Nämä kaikki tekijät ovat yhteydessä alempaan ahdinkotilaan.</p> <p>Mahdolliset välittävät tekijät, mitkä yhdistävät liikunnan ja psykologisen hyvinvoinnin ovatkin psykologisten osa-alueiden sijaan löydetävissä sosiaalisesta verkostosta ja niiden elämänlaatua parantavalla vaikutuksella. Varakkaammat henkilöt ovat mieleltään terveempiä muihin verrattuna osittain siksi, että varakkaammilla on suuremmat mahdollisuudet osallistua erilaisiin liikuntamuotoihin. Uskonnollinen tai hengellinen osallistuminen ei todettu olevan yhteydessä ahdinon väheneemiseen.</p> <p>Ikääntyneet, jotka asuivat puolison ja/tai aikuisten lasten kanssa olivat merkittävästi mieleltään terveempiä kuin ikääntyneet, jotka asuivat yksin. Ikääntyneet, jotka tunnistivat muiden perheenjäsenten huolenpidon tärkeyden sekä vastaanottavat enemmän sosiaalista tukea muilta perheenjäseniltä,</p>

				<p>ovat todennäköisempiä raportoimaan matalampia ahdingon tasoja.</p>
31	Östman M, Björkman T. 2014. Ruotsi		<p>Tutkimus osoitti, että mielenterveysasiakkaat, joilla on myös psykiatrisia toiminnanvajavuuksia, ja jotka asuvat yhteisössä, tarvitsevat psykiatrisen hoidon lisäksi myös perusterveydenhuoltoa, hammas-huoltoa ja sosiaalisia palveluita. Mielenterveysasiakkaiden palvelukokonaisuus tulisi arvioida jokaisen erikoisalan näkökulmasta.</p>	<p>Kun tyytyväisyyden osa-alueita verrattiin keskenään, todettiin, että asuinolosuhteet, henkilökohtainen turvallisuus, kenen kanssa vastaaja asui, ja perhesuhteet olivat osa-alueita, mitkä antoivat vastaajille eniten tyytyväisyyden tunteita. Seksuaaliset suhteet ja talous antoivat vähiten tyytyväisyyden tunteita.</p> <p>Niistä vastaajista, jotka saivat psykiatrisia palveluita, 77% olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. 23%, jotka olivat tyytymättömiä saamaansa tukeen, toivoivat tehokkaampia lääkkeitä, enemmän psykoterapiaa tai molemmissa.</p> <p>Suurin osa vastaajista (61%) raportoi saavansa myös sosiaalipalveluita, 85% heistä joko päivittäin tai ainakin useita kertoja viikossa. 22% vastaajista, jotka saivat sosiaalisia palveluita raportoivat saamansa avun riittämättömäksi ja toivoivat saavansa enemmän käytännön apua arkielämään.</p> <p>Tutkimus osoitti vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien vastaajien elämässä merkittävää häiriötä ja vajavuutta yksilöiden mahdollisuuksissa elää tervettä ja tarkoitukSELLISTA elämää. Ihmiset, jotka ovat tyytymättömiä psykiatriseen hoitoonsa raportoivat myös matalampaa elämänlaatua, sekä alentunutta tyytyväisyyttä ihmissuhteissa.</p>

## Tutkimuskysymys 1: Millaista ryhmätoimintaa mielenterveysasiakkaille on tarjolla?

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Jordaniassa henkilökuntaan ei kuulu psyko-, toiminta-, puhe- tai fysioterapeutteja.	Henkilökuntaan ei kuulu psyko-, toiminta-, puhe- tai fysioterapeutteja	Henkilökuntaan ei kuulu	Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä	Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan liittyviä tekijöitä
Työajat 4-20h/vko (mielenterveysasiakkaat) Muuten töissä toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, lähihoitajia, sekä erilaisia käsityöläisiä.	Henkilökuntaan kuuluu mielenterveysasiakkaita, toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, lähihoitajia, sekä erilaisia käsityöläisiä.	Henkilökuntaan kuuluu		
Työntekijöinä: toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, muita ohjaajia kuten esim. kunkin käsityön ammattilaisia.	Työntekijöinä toimintaterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, muita ohjaajia kuten esim. kunkin käsityön ammattilaisia.			
LG-CC -intervention vetäjä oli terveydenhuollon ammattilainen, jolla oli mielenterveys-, terveydenhuollon ohjaamis- ja mielenterveyspsyko-ohjauskokemusta.	Terveydenhuollon ammattilainen, jolla on kokemusta sekä terveydenhuollon ohjaamisesta ja mielenterveysohjaamisesta että psykoterapiasta.			
Etelä-Koreassa oli kahden kokeneen toimintaterapeutin vetämä kahdeksan (8) viikon ohjelma.	Toimintaterapeutteja			
Henkilökuntaan kuuluu psykiatreja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä sekä sairaanhoitajia.	Henkilökuntaan kuuluu psykiatreja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä sekä sairaanhoitajia.			
Ruotsissa kahdenlaisia päiväkeskuksia mielenterveysasiakkaille; Työpainotteisia ja tapaamispaikkoja.	Päiväkeskukset voi jakaa kahteen eri tyyppiin, joko työpainotteisiin tai tapaamiskeskuksiin.		Tapaamispaikkojen määritelmiä	
Palvelut avoinna koko väestölle, säilyy kontakti muuhun yhteiskuntaan.	Palvelut ovat avoinna koko väestölle.			
(Norja) Tapaamiskeskuksia, osa julkista terveydenhuoltoa.	Osa julkista terveydenhuoltoa.			
Tapaamispaikat ovat kaikille avoimia.	Tapaamispaikat ovat kaikille avoimia.			
Ei hoitomuoto, vaan tarjoavat vapaaehtoisen osallistumismahdollisuuden.	Vapaaehtoinen osallistuminen, ei hoitomuoto			
Matalan kynnyksen palveluita.	Matalan kynnyksen paikka			
CAPS:it keskeinen osa Brasilian mielenterveystyötä.	Keskeinen osa mielenterveystyötä			
CAPS:ejä kehitetään yhteistyössä lähialueen resurssien ja palveluiden kanssa.	Lähialueen muut tuottajat kehittävät toimintaa yhteistyössä keskuksen kanssa.			
Mielenterveysasiakkaat osallistuivat omasta tahdostaan vapaaehtoisesti.	Osallistuminen vapaaehtoista.			
Työpainotteiset: Töitä mielenterveysasiakkaille. Tuotetaan tavaraa tai palveluita ja myydään niitä (Kahvila, kirpputori, autopesu, siivousta)	Päiväkeskuksissa tuotetaan tavaroita ja palveluita			
Tapaamiskeskuksia auki arkisin klo 9-15.	Auki arkisin	Tapaamispaikkojen aukioloajat		
Päivittäin auki olevat CAPS:it.	Auki päivittäin			
CAPS:it ovat avoinna arkisin klo 8-17.	Auki arkisin			
Tapaamiskeskuksissa pelataan pelejä, on aikataulutettuja harrastusaktiviteetteja, yhdessä ruokailua, rentoutumista, voi tavata muita ihmisiä.	Tapaamiskeskuksissa pelataan pelejä, on aikataulutettuja harrastusaktiviteetteja, yhdessä ruokailua, rentoutumista, voi tavata muita ihmisiä.	Aktiviteetteja tarjolla tapaamiskeskuksissa		
Kuntoutusta ja tukiohjelmia mielenterveysasiakkaille.	Kuntoutusta ja tukiohjelmia mielenterveysasiakkaille.			
Henkilökunta tarjoaa muun muassa käsitöitä mielenterveysasiakkaille. Aikataulutettuja harrasteaktiviteetteja: tekstiilitöitä, puutöitä, maalausta, lasitöitä, keramiikkaa.	Aikataulutettuja harrasteaktiviteetteja: tekstiilitöitä, puutöitä, maalausta, lasitöitä, keramiikkaa.			
Ohjelma sisälsi taidetta ja käsitöitä, fyysisiä aktiviteetteja, sekä viriketoimintaa.	Ohjelma sisälsi taidetta ja käsitöitä, fyysisiä aktiviteetteja, sekä viriketoimintaa.			
CAPS:it tarjoavat laajan valikoiman aktiviteetteja mielenterveysasiakkaille ja antavat paikan ja ajankohdan harjoittaa niitä.	Löytyy laaja valikoima erilaisia aktiviteetteja, sekä annettu paikka ja aika harjoittaa niitä.			
Puistoissa ja toreilla useita Tai-Chi – ja venyttelyryhmiä ympäri Kiinan.	Puistoissa ja toreilla useita Tai-Chi – ja venyttelyryhmiä ympäri Kiinan.			

<p>Potilaspuheluiden aikana keskusteltiin terveellisiin käyttäytymistavoitteisiin (fyysinen aktiiviteetti, ravintomuutokset) pääsemisestä.</p>	<p>Keskustelua terveellisiin käyttäytymistavoitteisiin pääsemisestä fyysisen aktiiviteetin sekä ravintomuutosten avulla.</p>			
<p>Ryhmätapaamisissa sovittiin omia tavoitteita hoidolle, keskusteltiin psyykkisistä oireista ja ohjattiin tekemään terveellisiä valintoja. Ohjaajan kanssa tehtiin hoitosuunnitelma.</p>	<p>Keskustelua omista tavoitteista hoidolle, psyykkisistä oireista, ohjausta terveellisiä valintoja kohti. Hoitosuunnitelman tekeminen.</p>	Ryhmän keskustelun aiheita		
<p>I-IMR -ohjelma on kuntoutuspainotteinen interventio, minkä vaiheina on keskustelua kuntoutuksen määritelmästä, henkilökohtaisten kuntoutustavoitteiden identifiointia, pienten ja hallittavien askeleiden määrittämistä ja lopuksi suunnitelman luominen tavoitteisiin pääsystä.</p>	<p>Ryhmä keskusteli kuntoutuksen määritelmästä, osallistujien henkilökohtaisista kuntoutustavoitteista, pienten ja hallittavien askeleiden määrittämisestä ja lopuksi loivat suunnitelman sille, miten itse tulevat pääsemään tavoitteisiinsa.</p>			
<p>Mielenterveyskuntoutajat ovat itse aktiivisessa roolissa tekemässä päätöksiä hoitonsa suhteen.</p>	<p>Asiakkaalla itsellä aktiivinen rooli päätöksenteossa.</p>			
<p>Ohjelma sisältää tietoa ja taitoja hallita psykiatriasta häiriötä auttaakseen asiakasta eteneään lähemmäs kuntoutustavoitteitaan. Ohjelmassa käytetään koulutus-, motivaatio- jaognitiiviskäyttäytymis-strategioita.</p>	<p>Osallistajat saivat tietoa ja taitoja, kuinka hallita omia oireitaan ja päästä omiin tavoitteisiinsa.</p>	Ryhmään osallistujien rooli		Ryhmän sisältöön liittyviä tekijöitä
<p>CAPS:it hyödyntävät kuntouttavassa työotteessaan kotikäyntejä, terapeutteja työpajoja, henkilökohtaisia oppitunteja, juhllisuuksia, fyysisiä ja harrasteaktiiviteetteja.</p>	<p>Kuntouttava työote, johon sisältyy kotikäyntejä, työpajoja, henkilökohtaisia oppitunteja, juhllisuuksia sekä fyysisiä että harrasteaktiiviteetteja.</p>	Ryhmän ammattilaisten rooli		
<p>CAPS:it tarjoavat ammatillista ja sosiaalista mielenterveyden hoitoa.</p>	<p>Ammatillista että sosiaalista mielenterveyden hoitoa.</p>			
<p>Ryhmä tapasi kaksi kertaa viikossa, eli yhteensä 16 kertaa. Tapaamiskerroista fyysisiä aktiiviteetteja oli 5 kertaa, viriketoimintaa 6 kertaa ja taidetta ja käsitöitä 5 kertaa.</p>	<p>Ryhmä tapasi kaksi kertaa viikossa, eli yhteensä 16 kertaa. Tapaamiskerroista fyysisiä aktiiviteetteja oli 5 kertaa, viriketoimintaa 6 kertaa ja taidetta ja käsitöitä 5 kertaa.</p>	Ryhmän tapaamis-frekvenssi		
<p>I-IMR-ohjelmaan sisältyy kaiken kaikkiaan 40 yksilö- tai ryhmätapaamista, kerran tai kaksi viikossa.</p>	<p>I-IMR-ohjelmaan sisältyy kaiken kaikkiaan 40 yksilö- tai ryhmätapaamista, kerran tai kaksi viikossa.</p>			
<p>ICBC:n tavoitteena on tukea mielenterveysasiakkaita asumaan yhteisön mukana.</p>	<p>Tavoitteena on tukea mielenterveysasiakkaita asumaan yhteisön mukana.</p>			
<p>The Act-Belong-Commit -ohjelma tukee kolmea käytöksen osa-aluetta, joilla on vaikutus mielenterveyteen ja hyvinvointiin; fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, ja hengellistä aktiiviteettia (Act), kuulumisen tunteen kehittämistä sosiaalisten tukiverkoston ja ryhmä- ja yhteisöllisen osallistumisen avulla (Belong), sekä haasteiden vastaanottamista ja tarkoituksentunnetta tuoviin harrastuksiin sitoutumista (Commit).</p>	<p>Tavoitteena on tukea fyysisistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä aktiiviteettia.</p> <p>Tavoitteena on tukea kuulumisen tunteen kehittämistä sosiaalisten tukiverkoston ja ryhmä- ja yhteisöllisen osallistumisen avulla.</p> <p>Tavoitteena on tukea haasteiden vastaanottamista ja tarkoituksentunnetta tuoviin harrastuksiin sitoutumista.</p>	Tavoitteena tukea..		
<p>ICBC:n tavoitteena on parantaa asiakkaiden tuloja, asumisololoja.</p>	<p>Tavoitteena on parantaa asiakkaiden tuloja ja asumisololoja.</p>			
<p>Tavoitteena on parantaa asiakkaiden itsekoettua elämänlaatua.</p>	<p>Tavoitteena on parantaa itsekoettua elämänlaatua.</p>			
<p>Hoitosuunnitelman tavoite on helpottaa perus- ja erikoissairaanhoidon päätöksentekoa LG-CC ohjelman loputtua.</p>	<p>Hoitosuunnitelman tavoitteena on helpottaa perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä intervention loputtua.</p>	Tavoitteena parantaa..		
<p>Tavoitteena avustaa mielenterveysasiakkaita hallitsemaan arjen toimintojaan, ja saada tapaamiskeskusten kautta tarkoitusta elämänsä.</p>	<p>Tavoitteena on parantaa arjen hallintaa ja parantaa elämänlaatua.</p>			
<p>Itsehoitoryhmät Yhdysvalloissa edistävät voimaantumista ja kuntoutusta.</p>	<p>Tavoitteena on edistää voimaantumista ja kuntoutusta.</p>			
<p>I-IMR-ohjelman tavoitteina on opettaa mielenterveysasiakkaille sairauden itsehallinnointia ja antaa keinoja lisätä lääkemyöntyvyyttä, ehkäistä akuutteja pahenemisvaiheita, antaa keinoja pärjätä oireiden kanssa, sekä sosiaalisia taitoja lisätä sosiaaliseen tukiverkoston.</p>	<p>Tavoitteina on opettaa sairauden hallitsemista ja antaa keinoja lisätä lääkemyöntyvyyttä, ehkäistä akuutteja pahenemisvaiheita, antaa keinoja pärjätä oireiden kanssa, sekä sosiaalisia taitoja lisätä sosiaaliseen tukiverkoston.</p>	Tavoitteena opettaa..		Ryhmien tavoitteisiin liittyviä tekijöitä
<p>CAPS:it pyrkivät vähentämään sairaalaan joutumisten määrää.</p>	<p>Tavoitteena on vähentää sairaalaan joutumisten määrää.</p>			

Psykososiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on stigman ja ennakkoluulojen vähentäminen, koska nämä ovat avainasemassa kannattamassa sosiaalista eristäytymistä suhteessa ihmisiin, joilla on mielenterveyshäiriöitä.	Tavoitteena on stigman ja ennakkoluulojen vähentäminen.	Tavoitteena vähentää..	
LG-CC -intervention tarkoituksena oli vähentää vakavista mielenterveyshäiriöistä sairastavien potilaiden psyykkistä oireilua tukemalla terveellisiä käyttäytymismalleja.	Tarkoituksena vähentää psyykkistä oireilua tukemalla terveellisiä käyttäytymismalleja.		
ICBC:n tavoitteena on vähentää psyk.sairaalaan joutumista.	Tavoitteena on vähentää psykiatriseen sairaalaan joutumista.		
Aikataulutetut ryhmät kestivät yleensä 2h, ryhmäläiset usein söivät lounaan yhdessä, ennen tai jälkeen kurssin.	Ryhmiiin osallistujat söivät usein yhteisen lounaan ennen tai jälkeen kurssin.	Ryhmiiin osallistuvat loivat uusia sosiaalisia suhteita	Psyko-sosiaalisia tekijöitä
Voimaannuttaakseen ja parantaakseen käyttäjien elämänlaatua ja hyvinvointia, arkielämä on nostettu asiakkaiden keskiöön. Tähän laskeetaan kaikki, mitä he tekevät, miten heihin vaikuttavat aika, paikka sekä sosiaaliset verkostot.	Arkielämä askareineen oli keskiössä ryhmien aktiviteeteissa, jotta niiden kautta osallistujat saivat uusia sosiaalisia suhteita, voimaantuivat ja paransivat omaa elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan.		
Samalla asiakkaat pääsevät sosiaalisiin suhteisiin muiden käyttäjien kanssa.	Ryhmiiin osallistuminen antoi osallistujille mahdollisuuden sosiaalisiin suhteisiin muiden osallistujien kanssa.		
Usealle mielenterveysasiakkaalle CAPS:ssa käyminen on katkaissut inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen.	Ryhmiiin osallistuminen katkaisi inaktiivisuuden ja eristäytyneisyyden kierteen.		
		Ryhmiiin osallistuvat aktivoituivat	

## Tutkimuskysymys 2. Millaisia suosituksia nousi tutkimustulosten pohjalta mielenterveysasiakkaiden ryhmätoimintaan?

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Tarjoamalla psykososiaalisia aktiviteetteja sekä fysio- ja toimintaterapiaa voi selkeästi parantaa terveyteen liittyvää elämänlaatua.	-Terveyteen liittyvää elämänlaatua voi parantaa tarjoamalla psykososiaalisia aktiviteetteja -Terveyteen liittyvää elämänlaatua voi parantaa fysio- ja toimintaterapialla.	Ryhmätoiminnan sisältö		Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan suosituksiin liittyviä tekijöitä
Ryhmäaktiviteetti-intervention jälkeen tutkijat totesivat iäkkäille tärkeinä sekä kahdenkeskiset tapaamiset että ryhmäaktiviteetit. Ryhmäaktiviteetit eivät soineet kaikille, joten kahdenkeskiset tapaamiset olivat välttämättömiä luotettavaa suhdetta luomaan.	-Iäkkäille tärkeitä ovat sekä kahdenkeskiset tapaamiset että ryhmäaktiviteetit -Kahdenkeskiset tapaamiset loivat luottamussuhteen (ryhmän vetäjän kanssa)			
(Taidetta ja käsitöitä, fyysisiä aktiviteetteja, sekä viriketoimintaa sisältävän) intervention kaltaiset ohjelmat ovat keskeisessä roolissa iäkkäiden ihmisten masennuksen ehkäisemisessä, ja niiden tulisi olla olennaisessa osassa iäkkäiden hoidossa.	-Taidetta ja käsitöitä, fyysisiä aktiviteetteja sekä viriketoimintaa sisältävät ohjelmat ehkäisevät iäkkäiden ihmisten masennusta -Viriketoimintaryhmien tulisi olla iäkkäiden hoidossa olennaisena osana			
Päätavoite skitsofrenian hallinnassa tulisi olla kuntoutus yhdistettynä onnellisuuteen ja muihin positiivisiin psykososiaalsiin lopputulemiin.	-Skitsofrenian hallinnassa päätavoite tulisi olla kuntoutus yhdistettynä onnellisuuteen ja muihin positiivisiin tuloksiin	Hoidon tavoite		
Itsekoettua hyvinvointia voi parantaa edistämällä sosiaalisia kontakteja ja osallistumista, mahdollistamalla työhön paluun, sekä parantamalla selviytymisstrategioita. *	-Itsekoettua hyvinvointia voi parantaa mahdollistamalla työhön paluun -Itsekoettua hyvinvointia voi parantaa parantamalla selviytymisstrategioita			
Mielenterveyspalvelujen ja hoitokeinon tulisi sisältää laaja näkökulma tarpeista, reflektoiden eri elämänlaadun osa-alueita.	-Mielenterveyspalvelujen ja hoitokeinon tulisi sisältää laaja näkökulma asiakkaan tarpeista	Mielenterveyspalveluiden sisältö	Palveluihin liittyviä tekijöitä	
Yhteiskunta hyöttyy kyetessään tarjoamaan lisääntyviä mahdollisuuksia ikääntyneille osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin sekä lisätessään yhteisöllisiä tapaamispaikkoja ehkäistäkseen iäkkäiden sosiaalista eristäytymistä. *	-Yhteiskunta hyöttyy tarjoamalla mahdollisuuksia osallistua			
Tutkimuksen mukaan I-IMR-ohjelma oli lupaava interventio huomioidaan iäkkäiden mielenterveysasiakkaiden oheissairastavuuteen. Yhdistämällä itsehallinnan strategioita sekä psykiatrisille että muille sairauksille täysin integroiduksi paketiksi, päivittyivät potilaiden kokonaisvisio sairaudesta, kuntoutuksesta sekä henkilökohtaisista tavoitteista. Ohjelmalla todettiin merkittävää potentiaalia parantamaan potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua.	-Huomioimalla oheissairastavuuden voi parantaa mielenterveysasiakkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua.  -Integroimalla psykiatrisen ja somaattisen itsehallinnan paranevat asiakkaiden/potilaiden kokonaisvisio sairaudesta, kuntoutuksesta sekä henkilökohtaisista tavoitteista.	Psykiatrisen ja somaattisen sairastavuuden integrointi		
Tutkimus osoitti, että mielenterveysasiakkaat, joilla on myös psykiatrisia toiminnanvajeita, ja jotka asuvat yhteisössä, tarvitsevat psykiatrisen hoidon lisäksi myös perusterveydenhuoltoa, hammashuoltoa ja sosiaalisia palveluita. Mielenterveysasiakkaiden palvelukokonaisuus tulisi arvioida jokaisen erikoisalan näkökulmasta.	-Mielenterveysasiakkaat tarvitsevat psykiatrisen hoidon lisäksi myös perusterveydenhuoltoa, hammashuoltoa ja sosiaalisia palveluita  -Mielenterveysasiakkaiden palvelukokonaisuus tulisi olla kokonaisvaltainen			
Psykiatrisen oireilu on yleensä hoidon keskiössä, ja hoitohenkilökunta osaa näitä tarpeita ennakoita hyvin.	-Hoitohenkilökunta osaa hyvin huomioida psykiatrisen oireilun	Hoitohenkilökunta osaa huomioida	Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä	
Sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tarpeet voivat olla yhtä tärkeitä asiakkaan näkökulmasta, mutta jäävät hoitohenkilökunnalta näkemättä.	-Hoitohenkilökunta ei osaa huomioida asiakkaiden sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä tarpeita	Hoitohenkilökunta ei osaa huomioida		
Päiväkeskusten tarkoituksenmukaista toimintaa saa parannettua varmistamalla, että keskuksissa on toimintaterapeutteja henkilökuntaan voi parantaa päiväkeskusten toimintaa	-Lisäämällä toimintaterapeutteja henkilökuntaan voi parantaa päiväkeskusten toimintaa	Ammattilaisten lukumäärän lisäys		
Lisäämällä ammattilaisten lukumäärää voi olla merkittävä vaikutus asukkaiden fyysisiin kykyihin, liikkuvuuteen sekä lisätä elämän tarkoituk-	-Ammattilaisten lukumäärän lisäys vaikuttaa fyysisiin kykyihin ja liikkuvuuteen -Ammattilaisten lukumäärän lisäys lisää elämän tarkoituksellisuutta			

sellisuutta ja vähentää masennusta, mikä puolestaan parantaa asukkaiden koettua elämänlaatua.	-Ammattilaisten lukumäärän lisäys vähentää masennusta			
Useat iäkkäät tarvitsivat myös työntekijän saattamaan uuteen ryhmään. Näin he saivat tarvitsemaansa tukea ja rohkaisua.	-Tukea ja rohkaisua iäkkäille osallistua ryhmään saattamalla hänet sinne	Rohkaisuun tarve		
Iäkkäiden ihmisten rohkaiseminen osallistumaan sosiaalisiin ryhmiin ja/tai sosiaalisiin aktiviteetteihin on välttämätön strategia onnistuneeseen ikääntymiseen.	-Rohkaiseminen osallistumaan sosiaalisiin ryhmiin ja/tai aktiviteetteihin on edellytys onnistuneeseen ikääntymiseen			
Riittävien ystävyys-suhteiden ja perheen tuen avulla itseluottamus ja itsetunto kehittyvät, mitkä taasen tukevat positiivisesti mielenterveyttä.	-Itsetunto ja itseluottamus kehittyvät ystävyys-suhteiden ja perheen tuen avulla -Itsetunto ja itseluottamus parantavat mielenterveyttä			Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä
Tutkimus osoittaa, että interventiot, joita kohdistetaan itsetuntoon, voivat parantaa mielenterveysasiakkaiden subjektiivista elämänlaatua.	-Itsetuntoon vaikuttamalla voi parantaa elämänlaatua			
Mielenterveysasiakkaille keinot korottaa itsetuntoa ovat ensisijaisen tärkeitä stigman vähentämisessä. Mielenterveysasiakkaat, joilla on negatiivinen asenne mielenterveyksiä kohtaan, ja jotka eivät arvosta mielenterveyttä, itsetuntoa korottamalla korottivat elämänlaatuun. Itsetunnon ylläpito voi olla merkittävä tekijä mielenterveysasiakkaiden kuntoutukselle, sillä se on suojaava tekijä kaikilla elämänlaadun osa-alueilla.	-Itsetunnon korottaminen vähentää stigmaa -Itsetunnon korottaminen paransi elämänlaatua  -Itsetunnon ylläpito olennainen osa mielenterveysasiakkaiden kuntoutusta  -Itsetunnon korottaminen on suojaava tekijä kaikilla elämänlaadun osa-alueilla	Itsetunto		
Tutkimus osoitti, että sosiaalityöntekijöiden tulisi löytää tehokkaita tapoja rikastuttaa ikääntyneiden sosiaalisia ympäristöjä, täten rohkaiseneita heitä käyttämään muistiaan. Tämän voi toteuttaa esimerkiksi auttamalla parantaa suhteita perheeseen ja ystäviin, rohkaisemalla heitä osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin, ehdottamalla uusia haasteita sekä kertomalla saatavilla olevista palveluista.	-Tulisi löytää tehokkaita tapoja rikastuttaa sosiaalisia ympäristöjä  -Sosiaaliset ympäristöt rohkaisevat käyttämään muistia  -Sosiaalisia ympäristöjä voi rikastuttaa auttamalla parantaa suhteita perheeseen ja ystäviin	Sosiaalinen ympäristö		Ympäristöön liittyviä tekijöitä
Avustamalla mielenterveyskuntoutujia löytämään mielenkiintoisia toimia myös tapaamispaikkojen ulkopuolelta, kannustaa se heitä rakentamaan arjestaan ja elämästään tarkoituksellisempaa.	-Löytämällä toimia tapaamispaikkojen ulkopuolelta, kannustaa se mielenterveyskuntoutujia rakentamaan arjestaan ja elämästään tarkoituksellisempaa			
Yhteiskunta hyötyy kyetessään tarjoamaan lisääntyviä mahdollisuuksia ikääntyneille osallistumaan sosiaalisiin aktiviteetteihin sekä lisääntään yhteisöllisiä tapaamispaikkoja ehkäistäkseen iäkkäiden sosiaalista eristäytymistä. *	-Yhteiskunta hyötyy lisäämällä yhteisöllisiä tapaamispaikkoja  -Tapaamispaikat ehkäisevät sosiaalista eristäytymistä	Fyysinen ympäristö		
Sosiaalinen osallistuminen on ajateltu olevan tärkeä näkökulma mielenterveyspalveluissa. Mielenterveysasiakkaiden ryhmätoiminnan tulisi olla sosiaalisten suhteiden psykologisen kuntoutuksen työvälina. Hallitusten tulisi poistaa esteitä ja stimuloida sosiaalista osallistumista ja kuulumista.	-Mielenterveyspalveluissa sosiaalinen osallistuminen on tärkeä näkökulma -Sosiaalisia suhteita voisi psykologisesti kuntouttaa ryhmätoiminnan avulla  -Sosiaalista osallistumista ja kuulumista tulisi kannustaa			
Keskukset, joissa käyttäjät ovat mukana myös tuottamassa palveluita, ovat saaneet hyviä kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kokemasta merkityksellisyydestä.	-Ottamalla käyttäjät mukaan tuottamaan palveluita, voi parantaa mielenterveysasiakkaiden kokemaa merkityksellisyyttä			
Tutkimuksen tulokset tuovat esiin tarpeen kohdistetuille interventioille, joiden avulla sosiaalinen osallistuminen helpottuu.	-Tarve interventioille, joiden avulla sosiaalinen osallistuminen helpottuu			
Iäkkäiden mielenterveysasiakkaiden sosiaalisten yhteyksien ylläpito ja paraneminen voivat vaikuttaa myönteisesti koettuun elämänlaatuun ja täten myös vähempiin tarpeisiin.	-Elämänlaatua parantaa sosiaalisten yhteyksien ylläpito ja paraneminen -Sosiaalisten yhteyksien ylläpito ja paraneminen vähentävät muita tarpeita			
Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset kanssakäymiset ovat vahvasti yhteydessä onnellisuuteen mielenterveysasiakkailla, jotka asuvat perheen tai ystävän kanssa.	-Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset kanssakäymiset kohentavat onnellisuutta	Sosiaalinen tuki		
Itsekoettua hyvinvointia voi parantaa edistämällä sosiaalisia kontakteja ja osallistumista, mahdollistamalla työhön paluun, sekä parantamalla selviytymisstrategioita. *	-Itsekoettua hyvinvointia voi parantaa edistämällä sosiaalisia kontakteja ja osallistumista			

\*Sama alkuperäisilmaus sisälsi useamman pelkistetyn ilmauksen, ne eroteltu toisistaan omiin jaotteluihinsa.

### Tutkimuskysymys 3. Miten ryhmätoiminta on ollut yhteydessä mielenterveysasiakkaiden elämänlaatuun?

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Vakavia mielenterveyshäiriötä sairastavilla oli merkittävästi matalampi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin muulla väestöllä.	-Mielenterveysasiakkailla on matalampi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin terveellä väestöllä.	Mielenterveysasiakkaiden vertaus muuhun väestöön		Mielenterveysasiakkaan elämänlaatuun liittyviä tekijöitä
Terveisiin vastaijiin verrattuna, skitsofreniapotilaat raportoivat matalampaa onnellisuutta.	-Skitsofreniapotilailla oli matalampi onnellisuus kuin terveellä väestöllä.			
Mielenterveysasiakkaat raportoivat matalampaa terveyteen liittyvää elämänlaatua kuin muu väestö.	-Mielenterveysasiakkailla matalampi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin muulla väestöllä.			
Naiset, joilla todettiin vakava mielenterveyshäiriö, raportoivat merkittävästi matalampaa elämänlaatua kuin miehet.	-Naiset, joilla todettiin vakava mielenterveyshäiriö, raportoivat merkittävästi matalampaa elämänlaatua kuin miehet.			
Tutkimukseen osallistuneet raportoivat nousua omatoimisuuden suhteen ravitsemuksen, liikunnan sekä hyvinvoinnin osaluilla.	-(Itsehallintaryhmään) osallistuneet liäsivät omatoimisuuttaan ravitsemuksen, liikunnan ja hyvinvoinnin suhteen.	Kyvyt ja taidot	Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä	
Miellyttävä hyvä olo vaikutti myös kognitiivisiin taitoihin positiivisesti.	-Hyvä olo paransi kognitiivisia taitoja.			
Käsityöryhmiin osallistuminen ylläpiti ja kehitti osallistujien taitoja, kuten ongelmanratkaisua, innovatiivisuutta, yhteistyötä sekä sosiaalisia kykyjä, muun muassa neuvottelemalla työvaiheista ja valitsemalla oikeita materiaaleja, suunnittelemalla myytäviä tuotteita sekä ymmärtämällä tuotteiden myyntiarvon.	-Ryhmiin osallistuminen kehitti ja ylläpiti taitoja (ongelmanratkaisu-, innovatiivisuus, yhteistyö-, sosiaalisia)			
Tutkimus paljasti fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen kyvykkyyden vaikutuksen terveyteen liittyvään itsekoettuun elämänlaatuun.	-Fyysinen, kognitiivinen ja psykososiaalinen kyvykkyys vaikuttavat terveyteen liittyvään itsekoettuun elämänlaatuun.			
Intervention jälkeen sekä miehillä että naisilla ADL-taidot paranivat huomattavasti ja kognitiiviset taidot merkittävästi.	-(Käsitöitä, fyysisiä aktiviteetteja, sekä viriketoimintaa sisältävä) Interventio paransi osallistujien ADL-taitoja ja kognitiivisia taitoja.	Hoito- ja lääkemyönteisyys		
Negatiivinen suhtautuminen lääkitykseen ennakoi matalaa objektiivista elämänlaatua. Negatiivinen suhtautuminen hoitoihin assosioitui havainnoitsijalla matalaan elämänlaatuun tavalla, mitä potilaat itse eivät huomioi.	-Negatiivinen suhtautuminen lääkitykseen ennakoi matalaa objektiivista elämänlaatua. -Negatiivinen suhtautuminen hoitoihin ennakoi matalaa objektiivista elämänlaatua, mutta ei subjektiivista.			
Hyvä hoito- ja lääkemyöntyvyys ennakoivat matalaa subjektiivista elämänlaatua, mutta ei objektiivista elämänlaatua.	-Positiivinen suhtautuminen hoitoihin ja lääkitykseen ennakoi matalaa subjektiivista elämänlaatua, mutta ei objektiivista elämänlaatua.			
Itsetunnolla ja elämänlaadulla todettiin olevan positiivinen yhteys. Matalaa itsetuntoa raportoivat mielenterveysasiakkaat raportoivat myös matalampaa subjektiivista elämänlaatua.	-Itsetunnolla ja elämänlaadulla todettiin olevan positiivinen yhteys; matalaa itsetuntoa raportoivat mielenterveysasiakkaat raportoivat myös matalampaa subjektiivista elämänlaatua.	Itsetunto		
Onnellisuuden taso skitsofreniapotilailla merkittävästi korreloi korkeampaa mielenterveyteen liittyvää elämänlaatua sekä useita positiivisia psykososiaalisia tekijöitä; matalampaa stressitasoa, korkeampaa sietokykyä, optimismia ja henkilökohtaisia kykyjä.	-(Korkea) onnellisuuden taso korreloi korkeaa mielenterveyteen liittyvää elämänlaatua, sekä matalampaa stressitasoa, korkeampaa sietokykyä, optimismia ja henkilökohtaisia kykyjä.	Onnellisuus/ Tyytyväisyys		
Onnellisuuden taso ei kuitenkaan ollut yhteydessä sosiodemografisiin tekijöihin, sairauden kestoon, positiivisten oireiden vakavuuteen, fyysiseen kuntoon, oheissairastavuuteen tai kognitiiviseen toimintakykyyn.	-Onnellisuuden taso ei ollut yhteydessä sosiodemografisiin tekijöihin, sairauden kestoon, oireiden vakavuuteen, fyysiseen kuntoon, oheissairastavuuteen tai kognitiiviseen toimintakykyyn.			

Tyytyväisyys suhteisiin oli merkittävämpi tekijä kuin tukiverkoston koko; kun tyytyväisyys suhteisiin lisättiin malliin, tukiverkoston koon tuoma psykologinen hyvinvointi muuttui epämerkittäväksi.	-Tyytyväisyys suhteisiin on merkittävämpi tekijä kuin tukiverkoston koko psykologiselle hyvinvoinnille.		
Tutkimuksesta nousi kaksi suurta havaintoa. Ensimmäisenä, merkittävästi matalampi tyytyväisyys yleiseen elämänlaatuun viidellä osa-alueella (fyysinen terveys, subjektiivinen vointi, yleiset aktiviteetit, elämäntyytyväisyys ja tyytyväisyys lääkahoitoon), mutta ei vapaa-ajan harrastuksissa tai sosiaalisissa suhteissa, lähtötason arvioinnissa ennakoiti matalaa elämänlaatua seuraavien 10 vuoden ajan.	-Merkittävästi matalampi tyytyväisyys yleiseen elämänlaatuun, mutta ei vapaa-aikaan tai sosiaaliin suhteisiin, ennakoiti matalaa elämänlaatua 10 vuoden ajan.		
Kun tyytyväisyyden osa-alueita verrattiin keskenään, todettiin, että asuinolosuhteet, henkilökohtainen turvallisuus, kenen kanssa vastaaja asui, ja perhesuhteet olivat osa-alueita, mitkä antoivat vastaajille eniten tyytyväisyyden tunteita. Seksuaaliset suhteet ja talous antoivat vähiten tyytyväisyyden tunteita.	-Tyytyväisyyttä mielenterveysasiakkaille toivat asuinolosuhteet, henkilökohtainen turvallisuus, kenen kanssa vastaaja asui ja perhesuhteet. -Vähiten tyytyväisyyttä toivat seksuaaliset suhteet ja talous.		
Asukkaat, joilla oli mielenterveyshäiriöitä, olivat 2,5 kertaisessa avuntarpeenriskissä.	-Mielenterveysasiakkailta 2,5 kertainen avuntarve (muihin asukkaisiin verrattuna)	Tarpeenarviointi	
Suurin osa vastaajista (61%) raportoi saavansa myös sosiaalipalveluita, 85% heistä joko päivittäin tai ainakin useita kertoja viikossa. 22% vastaajista, jotka saivat sosiaalisia palveluita raportoivat saavansa avun riittämättömäksi ja toivoivat saavansa enemmän käytännön apua arkielämään.	-Mielenterveysasiakkaita toivoivat saavansa enemmän sosiaalipalveluita ja enemmän käytännön apua arkielämään.		
Ennaltaehkäisevänä tekijänä I-IMR sairaanhoitajan roolin todettiin olevan keskeisessä roolissa asiakkaan perustarpeiden arvioinnissa.	-Perustarpeiden arvioinnissa sairaanhoitaja todettiin olevan keskeisessä roolissa.		
Parhaiten tyydyttyneet tarpeet sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan mukaan liittyivät henkilökohtaisiin tarpeisiin; fyysinen terveys, lääkitys, psykologinen ahdistus, arkiset toiminnot.	-Parhaiten tyydyttyneet tarpeet liittyivät henkilökohtaisiin tarpeisiin (fyysinen terveys, lääkitys, psykologinen ahdistus, arkiset toiminnot)	Tyydyttyneet tarpeet	
Potilaiden mukaan 19% heidän tarpeistaan jäi tyydyttämättä, työntekijöiden mukaan potilaiden tarpeista jäi tyydyttämättä 11%.	-Tarpeista jäi tyydyttämättä 19% potilaiden mukaan, ja 11% työntekijöiden mukaan.	Tyydyttämättömät tarpeet	Tarpeisiin liittyviä tekijöitä
Potilaiden mukaan suurimmat tyydyttämättömät tarpeet olivat psykologisilla (22%) sekä sosiaalisilla (35%) osa-alueilla, kun nämä osa-alueet olivat hoitohenkilökunnan mukaan paremmin tyydytetyjä (9% ja 16% vastaavasti).	-Tarpeista tyydyttämättömimmät olivat potilaiden mukaan psykologisilla (22%) ja sosiaalisilla (35%) osa-alueilla; hoitohenkilökunnan mukaan vastaavat luvut olivat 9% ja 16%		
Niistä vastaajista, jotka saivat psykiatrisia palveluita, 77% olivat tyytyväisiä saavansa tukeen. 23%, jotka olivat tyytymättömiä saamaansa tukeen, toivoivat tehokkaampia lääkkeitä, enemmän psykoterapiaa tai molempia.	-Mielenterveyspalveluihin tyytymättömät toivoivat saavansa tehokkaampia lääkkeitä, enemmän psykoterapiaa tai molempia.		
Ihmiset, jotka ovat tyytymättömiä psykiatriseen hoitoonsa raportoivat myös matalampaa elämänlaatua, sekä alentunutta tyytyväisyyttä ihmissuhteissa.	-Psykiatriseen hoitoonsa tyytymättömät raportoivat alentunutta tyytyväisyyttä ihmissuhteissa sekä matalampaa elämänlaatua.		
Eniten raportoitiin sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan puolesta, että kaikista tyydyttämättömimmät tarpeet olivat muiden ihmisten seura sekä päivittäiset aktiviteetit.	-Huonoiten tyydyttyneet tarpeet olivat muiden ihmisten seura sekä päivittäiset aktiviteetit.		
Potilailla, joilla oli matala sosiaalinen osallistuminen/pieni sosiaalinen verkosto tai matala itsetunto elämänlaatu, oli enemmän tarpeita ja enemmän tyydyttämättömiä tarpeita.	-Matala sosiaalinen osallistuminen tai pieni sosiaalinen verkosto lisäsi (tydyttämättömiä) tarpeita		
Tyydyttämättä jääneet tarpeet huonontavat koettua elämänlaatua. Psykiatrisen oireilu ja tarpeet ovat yhteydessä toisiinsa. Oireet	-Tyydyttämättömät tarpeet aiheuttavat noidankehän: Psykiatrisen oireilu voi		

voivat vaatia apua, täten lisäten tarpeita, tyydyttämättömät tarpeet voivat lisätä oireilua.	vaatia apua, mikä lisää tarpeita. Tyydyttämättömät tarpeet voivat taas lisätä oireilua.		
Tyydyttämättömien tarpeiden määrä korreloi matalan koetun elämänlaadun ja vähemmän sosiaalisen osallistumisen kanssa.	-Tyydyttämättömien tarpeiden lisääntyminen aiheutti matalampaa koettua elämänlaatua ja vähäisempää sosiaalista osallistumista.		
Tekijät, mitkä vaikuttivat eniten itsekoettuun elämänlaatuun, olivat oireilu (masennusoireet) ja sosiaaliset ongelmat (asuinolot).*	-Psykiatrinen oireilu vaikutti itsekoettuun elämänlaatuun (madaltavasti).		
Käsityöryhmiin osallistuvilla maanantai oli erittäin tärkeä, silloin osallistujat pääsivät jakamaan ja käsittelemään viikonlopun aikana tulleita kriisejä. Eräs tutkimukseen osallistunut kertoi viikonloppuisin olevan todella masentunut ja miettivänsä itsemurhaa, mutta tapaamispaikan avautuminen maanantaiaamuna toi turvallisuuden tunteita.*	-Viikonloppuisin masennus-/suisidaaliset oireet pahenivat		
Tutkimuksessa todettiin, että ensioireet ja elämänlaatu ennakoivat ryhmään osallistumista. Vastaajat, joilla oli hyviä sosiaalisia suhteita ja vähän psykiatrista oireilua, olivat kykenevämpiä ja motivoituneempia liittymään ja pysymään itsehoitoryhmissä.	-Ensioireet ja elämänlaatu ennakoivat ryhmään osallistumista; hyvät sosiaaliset suhteet ja vähän psykiatrista oireilua ennakoivat kykyä ja motivaatiota liittyä ja pysyä ryhmässä.		
Suurempi negatiivinen oireilu ennakoivat matalaa objektiivista elämänlaatua, mutta ei subjektiivista elämänlaatua. Havainnoitsijoille negatiivinen oireilu oli merkittävä tekijä objektiivisen elämänlaadun tarkkailussa. Negatiivisilla oireilla on vain pieni vaikutus subjektiiviseen elämänlaatuun.	- Suurempi negatiivinen oireilu ennakoivat matalaa objektiivista elämänlaatua, mutta ei subjektiivista elämänlaatua. -Negatiivisella oireilulla on merkittävä tekijä objektiivisen elämänlaadun tarkkailussa, mutta sillä on vain pieni vaikutus subjektiiviseen elämänlaatuun.	Sairauden oireet	
Skitsofreniapotilaat, joilla oli vähemmän masennus- tai ahdistusoireita raportoivat korkeampaa subjektiivista elämänlaatua.	-Vähemmän masennus- tai ahdistusoireita ennakoivat korkeampaa subjektiivista elämänlaatua.		
Skitsofrenian oireilu, kuten hallusinaatiot ja paranoidit ajatukset, voivat vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen ja sosiaalisiin tilanteisiin.	-Oireilu (hallusinaatiot ja paranoidit ajatukset) voivat heikentää turvallisuuden tunnetta ja vähentää sosiaalisia tilanteita.		
Potilaat, joilla oli krooninen mielenterveyshäiriö, ja joilla oli korkeata psykologista ahdinkoa, itsemurhayrityshistoriaa, olivat taakkana omaisilleen tai, jotka eivät asuneet omassa asunnossaan, raportoivat matalaa psyykkistä elämänlaatua.	-Korkea psykologinen ahdinko, itsemurhayritykset, omaisille taakkana oleminen tai ei omassa asunnossa asuminen aiheuttivat matalaa psyykkistä elämänlaatua.		
Intervention jälkeen masennus aleni merkittävästi. Masennus aleni vielä huomattavimmin naisilla.	-Interventio alensi masennusta, naisilla huomattavammin kuin miehillä.		Psykosomaattisia tekijöitä
Skitsofreniapotilailla oli yleisesti parempi subjektiivinen elämänlaatu kuin mielialahäiriöpotilailla.	-Skitsofreniapotilailla oli parempi subjektiivinen elämänlaatu kuin mielialahäiriöpotilailla.		
Psykologinen ahdinko oli vahvin ennakoiva tekijä sekä psyykkiseen että fyysiseen elämänlaadun arviointiin.	-Vahvin ennakoiva tekijä matalaan (psyykkiseen ja fyysiseen) elämänlaatuun oli psykologinen ahdinko.	Sairauden luonne	
Syvä ymmärtämys on merkittävässä yhteydessä masennukseen; syvän ymmärryksen lisääminen alentaa skitsofreniapotilaan subjektiivista elämänlaatua. Syvä ymmärtämys voi olla toksista ja rapauttaa itsetuntoa ja edesauttaa itsetigmatisointia.	- Syvän ymmärryksen lisääminen alentaa subjektiivista elämänlaatua. -Syvä ymmärtämys voi olla toksista ja rapauttaa itsetuntoa -Syvä ymmärtämys edesauttaa itsetigmatisointia.		
Itsemurhayritykset merkittävästi ennakoivat matalaa elämänlaatua.	-Itsemurhayritykset ennakoivat matalaa elämänlaatua		
Tutkimus osoitti vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien vastaajien elämässä merkittävää häiriötä ja vajavuutta yksilöiden mahdollisuuksissa elää tervettä ja tarkoituksellista elämää.	-Mielenterveysasiakkailla merkittävää vajavuutta mahdollisuuksissa elää tervettä ja tarkoituksellista elämää.		
Itseraportoitu mielenterveys korreloi vahvasti tyytyväisyytenä elämään. Vastaajat, jotka raportoivat matalaa tai kohtalaista mielenterveyttä, olivat tyytymättömpiä elämäänsä kuin hyvää mielenterveyttä ra-	-Itseraportoitu mielenterveys korreloi elämäntyytyväisyyttä; matala tai kohtalainen itsekoettu mielenterveys ennakoivat tyytymättömyyttä elämään.		

portoivat. Mieliälä- tai ahdistushäiriötä sairastava usein ilmaisee itse mielenterveyden tilansa matalaksi.	-Mieliälä- tai ahdistushäiriötä sairastava usein ilmaisee itse mielenterveyden tilansa matalaksi.		
Yleistä ahdistuneisuushäiriötä sairastavilla sairaus vaikutti itsekoettuun elämänlaatuun ja elämäntyytyväisyyteen. Tutkimukseen osallistuvat raportoivat matalampaa tasoa itsetunnon, tavoitteiden ja arvojen, rahan, työn, vapaa-ajan, luovuuden, ystävien ja perheen suhteen. Suurin huolen aihe osallistujilla oli sairauden tuoma vamma ja huono elämänlaatu. läkkäillä sairastuneilla raportoitu terveyteen liittyvä elämänlaatu oli merkittävästi matalampi kaikilla osa-alueilla oireettomiin ikääntyneisiin verrattuna.	-Psykiatrinen sairaus vaikuttaa itsekoettuun elämänlaatuun ja elämäntyytyväisyyteen. -Mielenterveysasiakkaila oli (oireettomiin ikääntyneisiin verrattuna) matalampi taso itsetunnon, tavoitteiden ja arvojen, rahan, työn, vapaa-ajan, luovuuden, ystävien ja perheen suhteen. -Sairauden tuoma vamma ja huono elämänlaatu olivat suurin huoli.		
Muita tyytymättömyyden osa-alueita olivat kipu ja epä mukavuus, minkä koettiin olevan sivuvaikutusta psykiatrisesta. Sivuvaikutusten koettiin vaikuttavan negatiivisesti subjektiiviseen elämänlaatuun.	-Psykiatriset sivuvaikutuksina koettiin kipua ja epä mukavuutta. -Sivuvaikutusten koettiin vaikuttavan negatiivisesti subjektiiviseen elämänlaatuun.		
Toisena, korkeampi lähtötason tulos itseraportoiduissa PANSS psykiatrisen mittareissa (syyllisyyden tunne, masennus, toimintakyvyn vajavuudet, päätöksenteon vaikeudet, ja aktiivinen sosiaalisten tilanteiden välttäminen), passiivinen/apaattinen sosiaalinen vetäytyminen ja matalammat arvioinnit ystävän tuesta ennakoivat matalampaa elämänlaatua 10 vuoden aikana. *	-Korkeampi lähtötason tulos itseraportoiduissa psykiatrisen mittareissa ennakoivat matalaa elämänlaatua 10 vuoden ajan.		
Sairauden keston todettiin vaikuttavan positiivisesti kokonaiselämänlaatuun. Pitkään sairastaneet osallistujat raportoivat merkittävästi korkeampaa elämänlaatua kuin vasta diagnosoituilla.	-Sairauden kesto vaikutti positiivisesti kokonaiselämänlaatuun; pitkään sairastaneilla oli korkeampi subjektiivinen elämänlaatu kuin vasta diagnosoituilla.		
Onnellisuus voi olla haasteellisempää saavuttaa vakavan mielenterveyshäiriön kontekstissa.	-Mielenterveysasiakkaan voi olla haasteellista saavuttaa onnellisuutta.		
Masentuneet ja ahdistuneet taas raportoivat matalaa elämänlaatua, osittain myös siksi, että sairaus on pessimistinen luonteeltaan.	-Masennus ja ahdistushäiriö sairautena pessimistisiä, joten voivat sen vuoksi aiheuttaa matalaa elämänlaatua.		
Yleisellä terveydellä ja emotionaalisella tilalla oli vahva korrelaatio mielenterveyteen.	-Yleinen terveys vaikuttaa merkittävästi mielenterveyteen.		
Työttömyys, sosiaalisen tuen puute, äänet ja uskot, vaikuttivat merkittävästi yksittäin matalaan hyvinvointiin. *	-Äänet ja uskot vaikuttivat matalaan hyvinvointiin.		
Asukkaat, joilla oli enemmän masennusoireita, suurempi kaatumisriski ja enemmän invaliditeetteja, raportoivat matalampaa yleistä terveyttä, kuin asukkaat, joilla oli vähemmän ylläolevia.	-Masennusoireet, suurempi kaatumisriski ja invaliditeetit madaltavat yleistä terveyttä.		
lääkkäillä osallistujilla yleinen terveys oli merkittävin ennakoiva tekijä.	-lääkkäillä merkittävin ennakoiva tekijä oli yleinen terveys.		
Heillä oli myös korkea riski sydän- ja verisuonisairauksiin, eritoten verenpainetautiin sekä korkeaan BMI:n.	-Mielenterveysasiakkaila on korkea riski oheissairastavuuteen (sydän- ja verisuonitaudit, ylipaino)		
Masennuksella suoraan ei todettu yhteyttä lähimuistiin, vaan matalalla subjektiivisella elämänlaadulla on vaikutus suurempaan jokapäiväiseen unohteluun.	-Masennuksella ei ollut suoraa yhteyttä lähimuistiin. -Matala subjektiivinen elämänlaatu aiheuttaa korkeampaa jokapäiväistä unohtelua.		
Sisäistetty stigma korreloi negatiivisesti itsetunnon kanssa. Sisäistetty stigma korreloi negatiivisesti myös elämänlaadun osa-alueiden kanssa. Sisäistetyllä stigmalla todettiin myös haitallinen vaikutus psykologisiin ja fyysisiin elämänlaadun näkökulmiin, sosiaalisiin suhteisiin, elinympäristöön sekä itsenäisyyden tasoon.	-Sisäistetty stigma korreloi negatiivisesti itsetunnon kanssa. -Sisäistetty stigma korreloi negatiivisesti myös elämänlaadun osa-alueiden kanssa. -Sisäistetyllä stigmalla todettiin myös haitallinen vaikutus psykologisiin ja fyysisiin elämänlaadun näkökulmiin, sosiaalisiin suhteisiin, elinympäristöön sekä itsenäisyyden tasoon.	Stigma	

LG-CC korosti potilaiden itsehoitoa ja hoidon koordinoitua.	-Ryhmä korosti potilaiden itsehoitoa ja hoidon koordinoitua.		
Tutkimus osoitti, että on mahdollista onnistuneesti integroida psykiatristen ja muiden sairauksien itsehallinta iäkkäillä mielenterveysasiakkailta, joilla on oheissairastavuutta.	-Psykiatristen ja somaattisten sairauksien itsehallinta on mahdollista integroida.		
Osallistumista helpotti aktiviteetin tuttuus, mikä toi jatkuvuutta ja vakautta elämään.	-Osallistumista helpotti aktiviteetin tuttuus		
Pitkään mielen sairauksia sairastaneet ovat hyötäneet käsitöiden tekemisestä tapaamiskesköksissä ajan myötä. Osallistujat kertovat käsitöiden olevan matalan kynnyksen aktiviteetti. Sekä käsitöiden että ryhmän tuttuus olivat merkittäviä tekijöitä osallistujille.	-Käsityöt matalan kynnyksen aktiviteetti -Käsityöt tuttu aktiviteetti -Tuttu ryhmä	Ryhmän ominaisuudet	
Ryhmässä sai keskittyä vain yhdistelemään värejä ja kuvioita.	-Ryhmässä sai vain keskittyä väreihin ja kuvioihin.		
Käsityöryhmään osallistuminen joillain osallistujilla myös ehkäisi sairaalaan joutumista.	-Ryhmään osallistuminen ehkäisi sairaalaan joutumista.		
CAPS:ssa kävijät olivat kiinnostuneita siitä, mitä tekivät, ja kertoivat löytäneensä useita tarkoituksellisia arkitöitä CAPS:sta.	-Ryhmään osallistuvat löysivät mielekästä tekemistä.		
Heillä oli mahdollisuus kertoa ulkopuolisille, mitä päivisin tekevät ja mitä olivat aikaansaaneet.	-Ryhmässä mahdollisuus keskustella arkisista asioista.		
Jokainen lisäaktiviteetti Act-indikaattorissa (lisäys fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai hengelliseen aktiviteettiin) ennusti parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä. *	-Jokainen lisäys fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiviteettiin ennakoiki parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.		
Kun käyttäjät osallistuivat aktiviteetteihin, he rakensivat itselleen ja toisilleen uusia rooleja näiden aktiviteettien pohjalta.	-Osallistumalla ryhmiin osallistujat saivat uusia rooleja.		
Heistä tuli toistensa roolimalleja, ja antoivat neuvoja toisilleen arjen toiminnoissa.	-Osallistujista tuli toistensa roolimalleja		
Kuitenkin vastuu keramiikkauunin käsitteystä ja sitoutuminen perhon sidontaan motivoivat häntä nousemaan aamuisin ja saivat masennuksen tunteet lievenemään.	-Ryhmässä saadut vastuualueet motivoivat nousemaan ylös sängystä ja lievensivät masennuksen tunteita.		
Ryhmäaktiviteettiin osallistuminen myös tuki osallistujien omaa arvoa ryhmän roolien kautta. Eräs osallistuja kertoi nauttivansa saadessaan olla ryhmän "teenkeitäjä". Ryhmien sisällä muodostui useita rooleja, yhtenä tärkeänä uusien ryhmäläisten tukihenkilönä oleminen.	-Ryhmien sisällä syntyi osallistujille rooleja, jotka toivat arvostuksen tunnetta.		
Ohjaajat raportoivat myös ryhmien tärkeydestä ja useista hyödyistä. Ryhmien todettiin olevan enemmän kuin vain ryhmiä, joissa ihmiset tapaavat. Niissä osallistujat ylläpitivät osallistumista, itseluottamusta ja sosiaalisia suhteita.	-Ohjaajat totesivat osallistujien itsensä ylläpitävän itseluottamusta, sosiaalisia suhteita ja osallistumista.	Vastuut/roolit	
Osallistujat motivoituivat opettelemaan sairauksien itsehallinnan strategioita saavuttaakseen tavoitteitaan. Esimerkiksi hallitsemalla ahdistuksen oireilua osallistuja kykeni käyttämään julkisia kulkuneuvoja ja pääsi avartamaan omaa elinpiiriään, tai lopettamalla tupakoinnin sai COPD:n paremman hoitotasoon, ja täten elämänlaatu parani.	-Osallistujat löysivät motivaation opetella sairauksien itsehallinnan strategioita saavuttaakseen tavoitteitaan.		
Aktiviteetteihin osallistuminen antoi myös jotain tarkoituksellista tekemistä, kotona he raportoivat motivaation olevan vaikea löytää tekemään mitään.	-Osallistuminen toi tarkoituksellista tekemistä ja motivaatiota.		
Haastateltavat raportoivat tuntevansa olevan arvostettuja CAPS:eissa, heitä kunnioitetaan, eivätkä tunne syrjintää, kuten taas muualla yhteisössä. Suurin syy CAPS:iin ryhmissä käymiseen ei ole itse	-Osallistujat kokivat arvostusta ja kunnioitusta ryhmissä, muualla yhteisössä he kokivat syrjintää. -Suurin syy osallistumiseen ei ollut itse tekeminen vaan arvostettuna ihmisenä oleminen.	Ryhmään liittyviä tekijöitä	

tekeminen tai hoito, vaan arvostettuna ihmisenä oleminen.			
Käsitöiden tekeminen ryhmässä tuotti vakautta ja rutiineja, mitkä vuorostaan vaikuttivat siihen, kuinka osallistujat kehittivät ja ylläpitivät taitojaan sekä kuinka he antoivat ja vastaanottivat vertaistukea.	-Käsitöiden tekeminen ryhmässä tuo vakautta ja rutiineja -Rutiinit helpottavat osallistujia kehittää ja ylläpitää taitojaan -Rutiinit paransi osallistujien kykyä antaa ja vastaanottaa vertaistukea.	Rutiinit	
Käyttäjät raportoivat, että työpajoihin ja ryhmiin osallistuminen auttoi heitä organisoimaan päivittäisiä rutiineja, ja luomaan rakennetta viikoittaiseen ohjelmaan. He kertoivat tietävänsä mitä tekevät minäkin päivänä.	-Osallistuminen auttoi luomaan rakennetta viikoittaiseen ohjelmaan.		
Tutkimuksessa todettiin, että päivittäinen rutiini on alkukohta hyvälle arkielämälle.	-Päivittäinen rutiini on lähtökohta hyvälle arkielämälle.		
Käsityöryhmiin osallistuminen toi normaalia rytmiä päiviin. Aamuisin he nousivat, valmistautuivat ryhmään lähtöön, osallistuivat käsitöihin ryhmässä. Sen jälkeen he menivät kotiin, söivät, lepäsivät, tekivät muita arkisia aktiviteetteja.	-Osallistuminen toi normaalia rytmiä ja rutiineja päiviin.		
Belong-indikaattorissa osallistujat, joilla oli suuri kuulumisen tunne, raportoivat myös parempaa elämänlaatua.	-Ryhmään kuulumisen tunne ennakoii parempaa elämänlaatua.	Ryhmään kuuluminen	
Käsityöryhmiin sulautuminen vei joiltain osallistujilta kauan aikaa. Eräs toinen tutkimukseen osallistunut kertoi, ettei aikaisemmin olisi uskaltanut lähteä kotoaan ulos ollenkaan trauman vuoksi. Hän kertoi tukihenkilön saattaneen hänet aina ryhmään, missä hän istui kaksi vuotta samalla paikalla sohvan nurkassa, kunnes alkoi pikkuhiljaa osallistua ryhmän toimintaan.	-Ryhmään sulautuminen vei aikaa -Tukihenkilö saattoi aina ryhmään, ei uskaltanut yksin -Ryhmän toimintaan osallistuminen pikkuhiljaa		
Esimerkiksi neulontatyö käsissä on osallistujan helppo olla mukana myös keskusteluissa. Eräs tutkimukseen osallistuja piti käsityötään pelkkänä koristeena sylissään, mutta keinona tai välineenä osallistua ryhmään, kuunnella keskusteluita, seurata muita ihmisiä, kuulua ryhmään.	-Käsityö käsissä/sylissä väline/keino osallistua ryhmään, kuunnella keskusteluita, seurata muita ihmisiä, kuulua ryhmään.		
Ryhmätyöskentelyssä osallistujat jakoivat myös tietoa ja kokemuksia, suhteellista turvallisuutta ja vakautta, vertaistukea ja kunnioitusta. Näiden kautta osallistujat alkoivat uskoa itseensä. Osallistujat uskoivat ryhmästä saamansa tuen olevan konkreettista arjessa pärjäämisessä. Osallistujat tarvitsivat sekä arvostivat toisiltaan saamaa tukea.	-Ryhmässä osallistujat jakoivat tietoa ja kokemuksia, saivat turvallisuuden ja vakauksen tunnetta, vertaistukea, kunnioitusta ja itseluottamusta. -Osallistujien saama tuki oli konkreettista arjessa pärjäämisestä. -Osallistujien saama tuki oli tarvittua sekä arvostettua.	Vertaistuki	
LG-CC antoi potilaille tukea pärjätä mielenterveyshäiriön sekä fyysisten oireiden kanssa. Tämä vaikutti potilaan kokonaisterveydentilaan positiivisesti.	-Ryhmä antoi tukea pärjätä mielenterveyshäiriön ja fyysisten (somaattisten) oireiden kanssa. -Tuen avulla kokonaisterveydentila parani.		
Käyttäjät kertoivat myös murtaneensa tapojaan CAPS:ien avulla. He alkoivat pikkuhiljaa muuttaa pieniä näkökulmia elämäänsä, ja täten ajan kanssa rakensivat uuden elämäntavan. Eräs tutkimukseen osallistunut kertoi saavansa paremmin nukkua CAPS:ssa käynnin aloittamisen jälkeen. Tämän vuoksi hän sai myöhemmin lopetettua tupakoinnin.	-Osallistujat rakensivat pikkuhiljaa uuden terveellisemmän elämäntavan.		
Aktiviteettimahdollisuuksien puute kasvatti sosiaalisen vetäytymisen sykliä. Kaikille halukaille ei löytynyt sopivaa ryhmää, mihin osallistua.	-Ryhmien puute aiheutti sosiaalista vetäytymistä -Sopivaa ryhmää ei löytynyt kaikille halukaille	Ryhmien haasteet	
Itse ryhmään pääseminen oli suuri este useille halukaille. Kuljetuksen puute oli myös ohjaajien havaitsema haaste.	-Fyysiset vaikeudet päästä ryhmään -Ryhmään pääseminen oli este (kuljetuksen puute)		

Täten tunne siitä, ettei voi hoitaa lastaan tai ylläpitää suhteita tähän, voi vaikuttaa negatiivisesti omaan itsekoettuun elämänlaatuun.	-Tunne, ettei voi hoitaa lastaan tai ylläpitää suhteita tähän, voi vaikuttaa negatiivisesti omaan itsekoettuun elämänlaatuun.	Perhesuhteet	
Lasten saaminen yllättäen merkittävästi ennakoii matalampaa itsekoettua elämänlaatua. Mielenterveysasiakkaat ovat pääsääntöisesti huonommin varautuneita lastenhoitoon, ja hyvien välien ylläpitäminen omien lasten kanssa voi olla haasteellista.	-Lasten saaminen ennakoii matalampaa itsekoettua elämänlaatua.		
Onnellisuus ei perustu sosiaalisen verkoston interaktioihin, vaan se syntyy sosiaalisista tilanteista oman perheen ulkopuolella. Oman perheen ja suvun yhteydet eivät lisääneet onnellisuutta, sen huomattiin joissain tapauksissa jopa vähentävän sitä.	-Onnellisuus perustuu sosiaalisiin tilanteisiin oman perheen ulkopuolella. Oman perheen ja suvun yhteydet eivät lisääneet onnellisuutta, vaan jopa vähensivät sitä.		
Sosiaalisista muuttujista puolison tai hyvän ystävän olemassaolo merkittävästi ennakoii korkeampaa itsekoettua elämänlaatua.	-Puolison tai hyvän ystävän olemassaolo ennakoii korkeampaa itsekoettua elämänlaatua.		
Tutkimuksen mukaan osallistujat, jotka tapasivat harvemmin omaisten kanssa, saivat enemmän emotionaalista tukea tai osallistuivat sosiaalisiin tapahtumiin, olivat tutkimuksen alussa onnellisempia kuin muut.	-Onnellisimpia olivat ihmiset, jotka tapasivat harvoin omaisten kanssa, saivat enemmän emotionaalista tukea ja osallistuivat sosiaalisiin tapahtumiin.		
Perheen vaikutuksesta elämänlaatuun tutkimus ei tehnyt johtopäätöksiä. Perheen sisäinen negatiivinen ilmapiiri vaikutti joidenkin osallistujien sosiaalisiin ja emotionaalisiin toimintakykyihin negatiivisesti. Perheen sisäisten suhteiden laatu vaikutti negatiivisesti riippuen sairauden kestosta.	-Perheen sisäinen negatiivinen ilmapiiri voi huonontaa sosiaalista ja emotionaalista toimintakykyä. -Perheen sisäisten suhteiden laatu vaikutti negatiivisesti (elämänlaatuun), sairauden kestosta riippuen.		
Omaisten vastuun lisääntyminen ennakoii matalaa elämänlaatua mielenterveysasiakkailla.	-Omaisten vastuun lisääntyminen ennakoii matalaa elämänlaatua.		
Omaisten ottama vastuu oli positiivisesti yhteydessä omaisten aseenteisiin, mutta samalla lisäsi heidän taakkaansa, ja täten alensi koettua elämänlaatua. Toisaalta, perheet, jotka olivat mukana hoidossa, mutta eivät kantaneet siitä vastuuta, raportoivat matalampaa taakkaa, ja välillisesti korkeampaa potilaan kokemaa elämänlaatua.	-Omaisten osallistuminen vaikutti välillisesti potilaiden kokemaan elämänlaatuun: Omaisten ottama vastuu koettiin taakkana, mikä alensi potilaiden kokemaa elämänlaatua. Omaisten hoitoon osallistuminen ilman vastuuta vähensi omaisten taakkaa, ja potilaiden kokemaa elämänlaatu oli korkeampaa.		
Tukiverkostossa sukulaisten osuus vaikutti positiivisesti; mitä suurempi osuus tukiverkostosta oli sukua, sitä matalampi stressitaso ja korkeampi elämäntyytyväisyys.	-Suurempi osuus sukulaisia tukiverkostossa aiheutti matalampia stressitasoja ja korkeampaa elämäntyytyväisyyttä.		
Sosiaalinen osallistuminen parantaa ihmisarvoa, osaamisen tunnetta, sosiaalisen verkoston yhteyksiä ja tarkoituksellisuutta iäkkäämmillä ihmisillä.	-Sosiaalinen osallistuminen parantaa ihmisarvoa, osaamisen tunnetta, sosiaalisen verkoston yhteyksiä ja tarkoituksellisuutta.		
Itsehoitoryhmiin osallistumisella todettiin positiivinen vaikutus itsetuntoon, oireiden vähenemiseen ja elämänlaatuun, täten tukien käsitystä itsehoitoryhmien kuntouttavasta vaikutuksesta.	-Osallistumisella oli positiivinen vaikutus itsetuntoon, oireiden vähenemiseen ja elämänlaatuun. -Ryhmillä kuntouttava vaikutus		
Commit-indikaattorissa jokainen sosiaalisiin ryhmiin osallistumisen frekvenssiä korottava tekijä ennusti parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.	-Haasteiden vastaanottaminen ja ryhmään sitoutuminen nostivat ryhmiin osallistumisen frekvenssiä. -Osallistumisen frekvenssin korottaminen ennakoii parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.		
Tulosten mukaan henkilöt, jotka saavat suurimman hyödyn itsehoitoryhmistä, todennäköisimmin jatkavat niissä käyntiä. Toisaalta, he, jotka jatkavat ryhmissä käyntiä, todennäköisimmin uskovat niistä hyötyvänsä.	-Ryhmistä suurimman hyödyn saavat jatkavat ryhmissä käyntiä. -Ryhmissä jatkavat uskovat hyötyvänsä niistä.		
Ryhmäaktiiviteetteihin osallistuminen oli arvostettua useasta syystä. Se nähtiin mahdollisuutena kehittää sosiaalisia yhteyksiä, osallistua aktiiviteetteihin, ylläpitää arkirutiineja sekä kokea ympäristön vaihdos.	-Ryhmätoimintaan osallistuminen oli mahdollisuus kehittää sosiaalisia yhteyksiä, osallistua aktiiviteetteihin, ylläpitää arkirutiineja sekä kokea ympäristön vaihdos.		
		Osallistuminen	

Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaalinen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hyvään, tarkoitukselliseen elämään. *	-Sosiaalinen osallistuminen liittyvät hyvään ja tarkoitukselliseen elämään.		
Sosiaalinen vetäytyminen tai mielekkäiden aktiviteettien puute lisää psykososiaalisia tarpeita. Näiden huomiotta jättäminen lisää joutilaisuutta ja pahentaa sosiaalista vetäytymistä.	-Sosiaalinen vetäytyminen lisää psykososiaalisia tarpeita. -Psykososiaalisten tarpeiden huomiomattomuus lisää joutilaisuutta ja pahentaa sosiaalista vetäytymistä.	Sosiaalinen vetäytyminen	
Sosiaalinen eristäytyminen oli merkittävä tekijä myös iäkkäillä ja aikuisilla.	-Sosiaalinen eristäytyminen oli merkittävä tekijä iäkkäillä ja aikuisilla.		
Toisena, korkeampi lähtötason tulos itse-raportoiduissa PANSS psykopatologian mittareissa (syyllisyyden tunne, masennus, toimintakyvyn vajavuudet, päätöksenteon vaikeudet, ja aktiivinen sosiaalisten tilanteiden välttäminen), passiivinen/apaatinen sosiaalinen vetäytyminen ja matalamat arvioinnit ystävän tuesta ennakoivat matalampaa elämänlaatua 10 vuoden aikana. *	-Korkeampi lähtötason sosiaalinen vetäytyminen ennakoivat matalaa elämänlaatua 10 vuoden ajan.		
Sosiaalisella eristäytymisellä ja fyysisellä kunnolla oli myös vaikutusta mielenterveyteen.	-Sosiaalinen eristäytyminen vaikuttaa (negatiivisesti) mielenterveyteen.		
Sosiaalisten suhteiden määrä tai koko ei vaikuta onnellisuuteen, vaan sosiaalisten suhteiden henkilökohtaisesti koettu laatu.	-Sosiaalisten suhteiden määrä tai koko ei vaikuta onnellisuuteen, mutta niiden koettu laatu vaikuttaa.	Tukiverkosto	
Sosiaalisten resurssien saatavuus oli merkittävä tekijä selittämään ikääntyneiden koettua elämänlaatua ja onnistunutta ikääntymistä. Optimaaliset sosiaaliset resurssit paransivat lähimuistia, koettua elämänlaatua sekä vähensivät masennusta iäkkäillä osallistujilla.	-Sosiaalisten resurssien saatavuus paransi koettua elämänlaatua ja onnistunutta ikääntymistä. -Sosiaaliset resurssit paransivat lähimuistia, koettua elämänlaatua sekä vähensivät masennusta.		
Henkilöt, jotka raportoivat suuren tukiverkoston, raportoivat myös olevansa tyytyväisempiä suhteisiinsa, matalampia stressitasoja, vähemmän masennusoireita ja ylipäänsä korkeampaa tyytyväisyyttä elämään.	-Suuri tukiverkosto aiheuttaa parempaa tyytyväisyyttä suhteisiin, matalampia stressitasoja, vähemmän masennusoireita ja korkeampaa tyytyväisyyttä elämään.		
Osa osallistujista ystävystyi keskenään, ja sopivat tapaamisia tapaamiskeskukseen ryhmien ulkopuolelle.	-Osallistujat ystävystyivät keskenään, ja sopivat tapaamisia ryhmien ulkopuolelle.		
Sosiaalisella verkostolla raportoitiin olevan merkittävä ennakoiva yhteys mielenterveyteen.	-Sosiaalisella verkostolla ennakoiva (parantava) yhteys mielenterveyteen.		
Ryhmiin osallistumisella koettiin olevan myös sosiaalisia verkostoja tukeva vaikutus.	-Osallistuminen tukee sosiaalisia verkostoja		
Suurempi tukiverkoston koko, luotettavan henkilön olemassaolo, suurempi sosiaalinen osallistuminen sekä korkeampi sosiaalisen toimintakyvyn taso, olivat kaikki yhteydessä korkeampaan subjektiiviseen elämänlaatuun.	-Suurempi tukiverkoston koko, luotettavan henkilön olemassaolo, suurempi sosiaalinen osallistuminen sekä korkeampi sosiaalisen toimintakyvyn taso, olivat kaikki yhteydessä korkeampaan subjektiiviseen elämänlaatuun.		
Iäkkäiden sosiaalinen verkosto on pienempi kooltaan, lapset saattavat muuttaa kauaskin töiden tai perheen vuoksi, ystäviä kuolee.	-Iäkkäiden sosiaalinen verkosto on suppeampi kuin nuoremmilla; lapset saattavat muuttaa kauas, ystäviä kuolee		
Ikääntyneiden sosiaaliset verkostot muuttuvat paljon, mikä vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen.	-Iäkkäillä suppenevat verkostot vaikuttavat negatiivisesti mielenterveyteen.		
Myös koetulla sosiaalisella tuella oli negatiivinen vaikutus masennukseen. Iäkkäät osallistujat, jotka raportoivat korkeaa koettua sosiaalista tukea kokivat vähemmän masennusta kuin he, jotka raportoivat matalaa koettua sosiaalista tukea.	-Koettu sosiaalinen tuki vähensi masennusta.		
Molemmat päivittäiset hengelliset kokemukset ja sosiaalinen tuki olivat negatiivisesti yhteydessä masennukseen. Suurempi osallistuminen päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin tai suurempi sosiaalinen	-Suurempi sosiaalinen tuki korreloi matalampaa masennusta.		

tuki korreloi matalampaan masennukseen. *			
Ikääntyneet, jotka tunnustivat muiden perheenjäsenten huolenpidon tärkeyden sekä vastaanottavat enemmän sosiaalista tukea muilta perheenjäseniltä, ovat todennäköisempiä raportoimaan matalampia ahdin- gon tasoja.	-Matalampaa ahdinkoa ennakoivat muiden huolenpidon tärkeyden tunnista- minen sekä sosiaalisen tuen vas- taanottaminen.		
Fyysinen liikunta muokkaa psykologista hyvinvointia, osittain koska iäkkäät, jotka osallistuvat ryhmäliikuntaan, saavat enem- män sosiaalista tukea muilta, kokevat vä- hemmän suhteellista deprivatiota ja naut- tivat paremmasta elämänlaadusta. Nämä kaikki tekijät ovat yhteydessä alempaan ahdinkotilaan.	-Ryhmäliikuntaan osallistuvat saavat enemmän sosiaalista tukea muilta, ko- kevat vähemmän suhteellista depri- vaatiota ja kokevat parempaa elämän- laatua. -Ahdinkotilan vähenemiseen vaikutta- vat suurempi sosiaalisen tuen määrä, vähempi suhteellinen deprivatio ja parempi subjektiivinen elämänlaatu.		
Mahdolliset välittävät tekijät, mitkä yhdistä- vät liikunnan ja psykologisen hyvinvoinnin ovatkin psykologisten osa-alueiden sijaan löydettävissä sosiaalisesta verkostosta ja niiden elämänlaatua parantavalla vaikutuk- sella.	-Sosiaaliset verkostot vaikuttavat pa- rantavasti psykologiseen hyvinvointiin.		
Toisena, korkeampi lähtötason tulos itse- raportoiduissa PANSS psykopatologian mittareissa (syyllisyyden tunne, masennus, toimintakyvyn vajavuudet, päätöksenteon vaikeudet, ja aktiivinen sosiaalisten tilan- teiden välttäminen), passiivinen/apaattinen sosiaalinen vetäytyminen ja matalammat arvioinnit ystävän tuesta ennakoivat matal- ampaa elämänlaatua 10 vuoden aikana. *	-Korkeampi lähtötason ystävän tuen puute ennakoivat matalaa elämänlaa- tua 10 vuoden ajan.		
Työttömyys, sosiaalisen tuen puute, äänet ja uskot, vaikuttivat merkittävästi yksittäin matalaan hyvinvointiin. *	-Sosiaalisen tuen puute vaikutti matala- aan hyvinvointiin.		
Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaali- nen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hyvään, tarkoitukselliseen elämään. *	-Emotionaalinen tuki liittyy hyvään ja tarkoitukselliseen elämään.		
Päivien määrä, jolloin asukas koki itsensä terveeksi ja täynnä energiaa oli negatiivi- sesti yhteydessä GDS-tulokseen ja psykiat- risiin häiriöihin sekä positiivisesti yhtey- dessä TAB-tulokseen (liikkuminen ja tasa- paino).	-Itsensä terveeksi kokeminen ja täynnä energiaa oleminen vähensivät masennusta ja psykiatrisia häiriöitä sekä paransivat liikkumiskykyä ja tasa- painoa.		
Kokemus siitä, että osallistuja kykeni teke- mään käsitöitä, alensi avuttomuuden tun- netta. Eräs masentunut tutkimukseen osal- listunut kertoi aamujen olevan pahimpia, eikä ylös nouseminen onnistu.	-Kyvykyys osallistua alensi avutto- muuden tunnetta.		
Käsityöryhmiin osallistuville maanantai oli erittäin tärkeä, silloin osallistujat pääsivät jakamaan ja käsittelemään viikonlopun ai- kana tulleita kriisejä. Eräs tutkimukseen osallistunut kertoi viikonloppuisin olevan todella masentunut ja miettivänsä itsemur- haa, mutta tapaamispaikan avautuminen maanantaiaamuna toi turvallisuuden tun- netta. *	-Viikonloput vaikeita, kun ei ole ryh- mää. -Maanantairyhmä tärkeä, toi turvalli- suuden tunnetta.		
Tämä oli merkittävä askel pois päin mielen- terveysongelmien tuomasta avuttomuuden tunteesta.	-Ryhmään osallistuminen vähensi avut- tomuuden tunnetta.		
Käsityö käsissä/sylissä saivat hänet tunte- maan itsensä aktiivisemmaksi.	- Käsityö käsissä/sylissä tuli aktiivinen tunne		
Viriketoiminnan todettiin parantavan itse- tuntoa ja läheisyyttä miellyttävien kohtaa- misten välityksellä.	-Viriketoiminta paransi itsetuntoa ja lä- heisyyden tunteita		
Arkitehtävät toivat heille tyytyväisyyttä, he kokivat käyttävänsä aikansa hyvin, ja sai- vat onnistumisen tunteita tehtävistä, mitä osasivat tehdä. CAPS:ssa kävijät saivat myös lähteä sieltä, kun halusivat, mikä toi heille vapaudentunnetta. Saadessaan itse	-Osallistujat saivat onnistumisen tun- teita tehtävistä, mitä osasivat tehdä. -Osallistujilla oli vapaudentunne, koska saivat lähteä, kun halusivat. -Osallistujat saivat elämäänsä kontrol- lin tunnetta tehdessään päätöksiä itse.		
		Emotionaaliset tekijät	

tehdä päätöksiä, saivat käyttäjät elämänsä kontrollintunnetta, ja täten myös kuntoutusta mielenterveyshäiriöistä.			
Asuinolosuhteet, siviilisääty, puhelinkontaktit, instrumentaalisen tai tiedollisen tuen antaminen tai instrumentaalisen tuen saaminen eivät olleet merkittäviä tekijöitä.	-Onnellisuuteen eivät vaikuttaneet asuinolosuhteet, siviilisääty, puhelinkontaktit, muun kuin emotionaalisen tuen antaminen tai saaminen.	Yleiset sosio-demografiset muuttujat	Sosio-demografisia tekijöitä
Henkilöllä, joka oli vanhempi, naispuolinen, ja asui urbaanissa ympäristössä, oli suurempi todennäköisyys onnellisuuteen ajan kuluessa.	-Suurin todennäköisyys onnellisuuteen oli vanhemmalla naisella, joka asui urbaanissa ympäristössä.		
Ikä, sukupuoli ja etnisyyt eivät vaikuttaneet itsekoettuun hyvinvointiin.	-Ikä, sukupuoli ja etnisyyt eivät vaikuttaneet itsekoettuun hyvinvointiin.		
Ikä oli merkittävä ennakoiva tekijä; vanhemmat kyselyyn osallistujat raportoivat matalampaa itsekoettua elämänlaatua.	-Iäkkäämmät (mielenterveysasiakkaat) raportoivat matalampaa itsekoettua elämänlaatua kuin nuoremmat.		
Elämänlaatu oli positiivisesti yhteydessä koulutustasoon, työllistymiseen, ja omassa asunnossa asumiseen.	-Koulutustaso, työllistyminen ja oma asunto vaikuttivat positiivisesti elämänlaatuun.		
Lisäksi, jos potilaat olivat iäkkäitä, työttömiä, asuivat yksin, olivat yrittäneet itsemurhaa tai olivat taakkana omaisilleen, raportoivat he fyysisistä elämänlaatuun matalana.	-Korkea ikä, työttömyys, yksin asuminen, itsemurhayritykset ja omaisille taakkana oleminen aiheuttivat matalaa fyysisistä elämänlaatua.		
Tyytyväisyyteen eivät vaikuttaneet taloudelliset tulot, yleinen terveys tai sukupuoli. Tulojen nousu ei korottanut tyytyväisyyttä elämään.	-Elämäntyytyväisyyteen eivät vaikuttaneet tulot, yleinen terveys tai sukupuoli.		
Neljä demografista muuttujaa; ikä, sukupuoli, koulutustaso ja asuinolot, eivät vaikuta psykososiaalisiin muuttujiin.	-Psykososiaalisiin tekijöihin ei vaikuta ikä, sukupuoli, koulutustaso ja asuinolot.		
Hongkongilaiset mielenterveysasiakasmiehet, jotka ovat huonommassa taloudellisessa tilanteessa muuhun väestöön verrattuna, raportoivat pakkoa jäädä yksin yhteiskunnan painostuksesta. He kokivat vaikeuksia kannattaa taloudellisesti puolisoa. Naisilla taas todettiin parempi sairauden ennuste, ja parempi todennäköisyys päästä naimisiin.	-Miehet kokivat olevansa huonommassa taloudellisessa tilanteessa muuhun väestöön verrattuna. -Miehet kokivat yhteiskunnan painostusta jäädä yksin. -Miehet kokivat vaikeuksia kannattaa taloudellisesti puolisoa. -Naisilla parempi todennäköisyys päästä naimisiin.		
Onnellisuustasolla ei todettu olevan yhteyttä iän, koulutustason, tai sairauden keston kanssa.	-Onnellisuuteen ei vaikuttanut ikä, koulutustaso tai sairauden kesto.		
Ikä, koulutustaso ja siviilisääty eivät olleet yhteydessä päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin, sosiaaliseen tukeen tai masennukseen kyseisessä otoksessa.	-Ikä, koulutustaso ja siviilisääty eivät vaikuttaneet päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin, sosiaaliseen tukeen tai masennukseen.		
Työttömyys, sosiaalisen tuen puute, äänet ja uskot, vaikuttivat merkittävästi yksittäin matalaan hyvinvointiin.*	-Työttömyys vaikutti matalaan hyvinvointiin.		
Tekijät, mitkä vaikuttivat eniten itsekoettuun elämänlaatuun, olivat oireilu (masennusoireet) ja sosiaaliset ongelmat (asuinolot).*	- Sosiaaliset ongelmat vaikuttivat itsekoettuun elämänlaatuun (matalavasti).	Asuinolosuhteet	
Omassa asunnossa asuminen vaikutti positiivisesti elämänlaatuun, kun taas yksin asuminen ennakoivat negatiivista fyysistä elämänlaatua. Muiden kanssa asuvat raportoivat korkeampaa elämänlaatua kuin yksin asuvat mielenterveysasiakkaat.	-Oma asunto ennakoivat korkeaa elämänlaatua  -Yksin asuminen ennakoivat matalaa elämänlaatua		
Ikääntyneet, jotka asuivat puolison ja/tai aikuisten lasten kanssa olivat merkittävästi mieleltään terveempiä kuin ikääntyneet, jotka asuivat yksin.	-Yksin asuminen lisäsi ahdinkoa ja muiden kanssa asuminen ennakoivat parempaa elämänlaatua.		
Kolme suurinta psykososiaalista tekijää (psykososiaalinen sinnikkyys, sosiaalinen tuki ja yksinäisyys) ovat merkittävästi yhteydessä toisiinsa. Näistä yksinäisyydellä oli suurin vaikutus iäkkäiden masennukseen.	-Yksinäisyydellä oli suurin vaikutus iäkkäiden masennukseen.	Yksinäisyys	
Molemmat päivittäiset hengelliset kokemukset ja sosiaalinen tuki olivat negatiivisesti yhteydessä masennukseen. Suu-	-Suurempi osallistuminen päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin korreloi matalampaa masennusta.		

rempi osallistuminen päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin tai suurempi sosiaalinen tuki korreloi matalampaan masennukseen.*			
Uskonnollinen tai hengellinen osallistuminen ei todettu olevan yhteydessä ahdingon vähenemiseen.	-Uskonnollinen tai hengellinen osallistuminen ei vähentänyt ahdinkoa.	Hengellisyys	
Jokainen lisäaktiiviteetti Act-indikaattorissa (lisäys fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai hengelliseen aktiiviteettiin) ennusti parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.*	-Jokainen lisäys hengelliseen aktiiviteettiin ennakoivat parempaa elämänlaatua ja itsekoettua mielenterveyttä.		
Itsearvioitu terveys ei ollut yhteydessä päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin.	-Itsearvioitu terveys ei ollut yhteydessä päivittäisiin hengellisiin kokemuksiin.		
Korkeampi itsearvioitu terveys ja korkea tulotaso ennakoivat matalaa masennustasoa.	-Korkeampi itsearvioitu terveys ja korkea tulotaso ennakoivat matalaa masennustasoa.		
Kuitenkin, molemmat koettu taloudellinen riittävyys ja elämänlaatu ovat merkittävässä yhteydessä psykologiseen sinnikkyyteen, sosiaaliseen tukeen, yksinäisyyteen ja masennukseen.	-Taloudellinen riittävyys ja elämänlaatu ovat merkittävässä yhteydessä psykologiseen sinnikkyyteen, sosiaaliseen tukeen, yksinäisyyteen ja masennukseen.		
Parempi taloudellinen tyytyväisyys oli suhteessa onnellisuuteen alussa, mutta ajan myötä sen vaikutus hiipui.	-Taloudellinen tyytyväisyys paransi onnellisuutta alussa, mutta ajan kuluessa sen vaikutus väheni.		
Useat tutkimukseen osallistujat olivat matalapalkkaisessa tuetussa työssä. Elävät köyhyysrajan alapuolella. Eivät ansaitse tarpeeksi kattaakseen tarpeensa taloudellisesti. Eivät voi maksaa sosiaalisia aktiiviteetteja, mitkä maksavat.	-Mielenterveysasiakkaat matalapalkkaisessa työssä, köyhyysrajan alapuolella. -Eivät kykene tyydyttämään taloudellisia tarpeitaan. -Eivät voi maksaa sosiaalisia aktiiviteetteja, mitkä maksavat.	Taloudelliset tekijät	
Osallistujat raportoivat matalampaa elämänlaatua muuhun väestöön verrattuna. Osa-alueista, missä osallistujat raportoivat tyytymättömyyttä, suurin oli huono taloudellinen tilanne. Tämän koettiin vaikuttavan fyysiseen ja sosiaaliseen elämään sekä huonontavan elämästä nauttimista ja asennetta elämän merkityksestä.	-Suurin tyytymättömyyden osa-alue oli huono taloudellinen tilanne. -Huonon taloudellisen tilanteen koettiin vaikuttavan fyysiseen ja sosiaaliseen elämään. -Huono taloudellinen tilanne huononsi elämästä nauttimista ja asennetta elämän merkityksestä.		
Varakkaammat henkilöt ovat mieleltään terveempiä muihin verrattuna osittain siksi, että varakkaammilla on suuremmat mahdollisuudet osallistua erilaisiin liikuntamuotoihin.	-Varakkaammat mieleltään terveempiä kuin muut; heillä on suuremmat mahdollisuudet osallistua liikuntaryhmiin.		
Merkittävät tekijät, kuten emotionaalinen tuki, taloudellinen tyytyväisyys ja sosiaalinen osallistuminen, liittyvät miellyttävään, hyvään, tarkoitukselliseen elämään.*	-Taloudellinen tyytyväisyys liittyy hyvään ja tarkoitukselliseen elämään.		
Molemmat suhteellinen deprivatio (esimerkiksi tunne varattomuudesta muihin verrattuna) ja itseraportoitu elämänlaatu ovat merkittävästi yhteydessä ahdinkotilaan, mutta vastakkaisiin suuntiin.	-Suhteellinen deprivatio ja itseraportoitu elämänlaatu ovat yhteydessä ahdinkotilaan; deprivatio lisää ahdinkoa, itseraportoitu elämänlaatu vähentää ahdinkoa.		
Sosiaalisen osallistumisen, taloudellisen tyytyväisyyden tai säännöllisen liikunnan vaikutukset alensivat onnellisuuden tasoa ajan kuluessa.	-Sosiaalisen osallistumisen, taloudellisen tyytyväisyyden tai säännöllisen liikunnan myönteiset vaikutukset onnellisuuteen vähenivät ajan kuluessa.		
Yleisesti onnellisuus oli vakio ajan myötä.	-Onnellisuus pysyi vakiona ajan myötä	Vaikutusten pysyvyys	

\* Sama alkuperäisilmaus sisälsi useamman pelkistetyn ilmauksen, ne eroteltu toisistaan omiin jaotteluihinsa.