



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pitkäaikaistyöttömien terveyteen ja terveystalveluihin

Kari, Tanja

Mikkola, Kaisa

2012 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
pitkäaikaistyöttömien terveyteen ja terveystalveluihin

Kari Tanja ja Mikkola Kaisa
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2012

Kari, Tanja ja Mikkola, Kaisa

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pitkäaikaistyöttömien terveyteen ja terveystalouteen

Vuosi 2012 Sivumäärä 53

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaistyöttömien terveyttä ja hyvinvointia, sekä heille suunnattuja ehkäiseviä terveystaloutta. Tavoitteena oli kerätä jo olemassa olevaa tietoa kirjallisuuden valossa. Tämä opinnäytetyö on esiselvitys pitkäaikaistyöttömien terveydestä ja hyvinvoinnista ja on osa laajempaa Pumpu-hanketta. Hankkeen rahoittaa EAKR (Euroopan alue kehitys rahasto). Hankkeessa ovat mukana Hämeenlinnan kaupunki, Innopark, Laurea-ammattikorkeakoulu, Socom, Turun ammattikorkeakoulu ja Turun yliopisto.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tunnistaa ja kerätä tietoa systemaattisesti eri tietokannoista ja tietolähteistä. Katsauksen aineisto perustuu Arto, EBSCON (Cinahl), Google Scholar, Linda, Medic ja Medline/Ovid sekä Cochrane Library-tietokannoista vuosilta 2006-2012 tehtyihin hakuihin. Haku tuotti 1587 kansallista ja kansainvälistä lähdetä, joista mukaan valittiin 12 alkuperäistutkimusta. Valitut tutkimukset analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Analysoitujen tutkimusten mukaan pitkäaikaistyöttömyys oli terveyttä ja hyvinvointia heikentävä, sekä psyykkisiä ongelmia lisäävä tekijä. Pitkäaikaistyöttömien mielenterveydenhäiriöt ja kansanterveydelliset sairaudet ovat lisääntyviä ongelmia perusterveydenhuollossa. Erytisen korkea terveystaloutta oli pitkäaikaistyöttömillä miehillä. Ehkäisevät koulutus- ja terveystaloutta ovat oleellinen keino auttaa pitkäaikaistyöttömiä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä.

Jatkoa ajatellen tulisi kiinnittää huomiota hyvinvointipolkujen luonnissa palvelukokonaisuuteen. Palvelukokonaisuuksissa tulisi hankkia tietoa terveystaloutta ja työttömyyden välisistä suhteista suoraan työttömiltä. Erytistä huomiota tulee kiinnittää äitiyshuollossa asioiviin pitkäaikaistyöttömiin, sekä raskauden vaikutusta mielenterveyteen. Yhteiskunnassa tulisi kiinnittää huomiota kirjallisuuskatsauksessa esinnousseisiin työttömyyden vaikutuksiin seuraavassa sukupolvessa. Voidaan päätellä, että jo lähitulevaisuudessa Suomessa tulee olemaan kolmannen sukupolven pitkäaikaistyöttömiä.

Asiasanat: systemaattinen kirjallisuuskatsaus, hyvinvointi, terveys, syrjäytyminen, pitkäaikaistyöttömyys.

Kari, Tanja and Mikkola, Kaisa

Systematic review to health of the long-term unemployed and to health services

Year	2012	Pages	53
------	------	-------	----

The purpose of this systematic review was to describe the health and well-being of the long-term unemployed and preventive health services that have been aimed at them. The objective was to gather already existing information in the light of the literature. This thesis is a preliminary study on the health and wellbeing of the long-term unemployed and it is a part of the wider Pumpu Project. The project is financed by ERDF (European Regional Development Fund). City of Hämeenlinna, Innopark, Laurea University of Applied Sciences, Socom, Turku University of Applied Sciences and University of Turku participated in the project.

The systematic review is a scientific research method, the purpose of which is to identify and to gather information from separate databases and sources of information systematically. The material of the review is based on the database searches of the Arto, EBSCON (Cinahl), Google scholar, Linda, Medic and Medline/Ovid that have been limited to the years from 2006 to 2012. The search produced 1587 national and international sources from which we included 12 studies in this review. The chosen studies were analyzed with deductive content analysis.

According to the analyzed studies, the long-term unemployment weakens health and well-being and is a factor which increases psychological problems. The mental disorders and public health diseases of the long-term unemployed are increasing problems in the primary health care. The long-term unemployed men had an especially high health risks. The preventive education services and health services are an essential method to help the long-term unemployed to improve their health and well-being.

In the future, attention should be paid in the creation of welfare paths into the service entity. Information about the service entities, the relations between health behavior and unemployment should be obtainable directly from the unemployed. Special attention must be shown to the long-term unemployed who are customers of the maternity care and effects of pregnancy on mental health. In the society, attention should be paid to the effects of the unemployment on the next generations which emerged from the literature. We can conclude that already in the near future, there will be third generation long-term unemployed in Finland.

Keywords: systematic review, well-being, health, social isolation, long-term unemployment

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettisia näkökulmia pitkäaikaistyöttömien terveyteen.....	8
	2.1 Hyvinvointi	8
	2.2 Terveyden yhteys hyvinvointiin.....	9
	2.3 Syrjäytyminen.....	12
	2.4 Pitkäaikaistyötön	13
3	Tutkimus tehtävät	16
4	Tutkimuksen toteutus	17
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	17
	4.2 Tutkimusten valinta	18
	4.3 Tutkimusten luotettavuus	20
	4.4 Aineiston analysointi.....	23
5	Tulokset.....	28
	5.1 Työttömyys on psyykkisiä ongelmia lisäävä tekijä	28
	5.2 Työttömyys heikentää terveyttä ja hyvinvointia	29
	5.3 Pitkäaikaistyöttömille suunnatut terveys ja hyvinvointipalvelut	29
	5.4 Pitkäaikaistyöttömien terveys- ja hyvinvointipalveluiden puutteet	30
6	Yhteenveto ja johtopäätökset	33
	6.1 Tulosten tarkastelu	33
	6.2 Luotettavuuden tarkastelu	34
7	Päätelmät ja ehdotukset käytännön palveluiden kehittämiseksi.....	37
	Lähteet	38
	Kuviot	42
	Taulukot	43
	Liitteet.....	44

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön alkuperäisenä suunnitelmana oli selvittää pitkäaikaistyöttömille tarkoitettuja terveys- ja hyvinvointi palveluita ja verrata niitä Insoon, Karjalohjan, Siuntion ja Lohjan sosiaali- ja terveydenhuoltoalue Lost:in terveyspalveluiden tarjontaan. Jatkuvasti vaihtuvat suunnitelmat kuntaliitosten tekemisestä Lohjan kanssa, hankaloittivat alkuperäisen suunnitelman toteuttamista. Lopulliseksi tutkimustavaksi valittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, koska saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa palveluita lopullisen kuntaliitosten muodostuttua. Tällä hetkellä Karjalohja sekä Nummi-Pusula kuntina liittyvät Lohjaan 1.1.2013, muodostaen näin Suur-Lohjan. Siuntio äänesti liittymisen puolesta, mutta voimakkaan vastustuksen vuoksi Siuntion mukaantulo kuntaliitokseen on edelleen epäselvä. Lohja on sanonut Lost-sopimuksen irti 4.5.2012. Inkoon sen sijaan on jo päättänyt jäävänsä kuntaliitoksen ulkopuolelle. Ennen kuntaliitosten toteutumista osa Siuntion palveluista haetaan Kirkkonummelta sekä osa Insoon palveluista Raaseporista.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensisijaisena tarkoituksena oli kartoittaa, mitä ehkäiseviä terveyspalveluita pitkäaikaistyöttömille on kirjallisuuden valossa tarjolla. Tavoitteena ei ole työllistäminen, eikä konkreettisesti kehittää uusia palveluita, vaan kerätä jo olemassa olevaa tietoa. Muut pitkäaikaistyöttömille suunnatut palvelut, kuten työvoimapalvelut on rajattu tutkimustehtävän ulkopuolella. Alun perin tutkielman piti koskea pelkästään mielenterveyspalveluja. Koska pitkäaikaistyöttömien mielenterveyspalveluita on saatavilla liian vähän tutkimuskirjallisuutta, otettiin mukaan myös muita pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveyspalveluita. Huomioimme toki, että ennalta ehkäisevässä mielenterveystyössä koulutuspalveluilla on suuri osuus. Haku tuotti yhteensä 1587 lähdettä, joista katsaukseen valittiin 12. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö liitettiin osaksi laajempaa Pumppu-hanketta ja sen tarkoituksena on toimia esiselvityksenä pitkäaikaistyöttömien terveydestä ja hyvinvoinnista. Hankkeen rahoittaja on EAKR (Euroopan alue kehitys rahasto). Hankkeessa ovat mukana Hämeenlinnan kaupunki, Innopark, Laurea-ammattikorkeakoulu, Socom, Turun ammattikorkeakoulu ja Turun yliopisto.

Ongelmana pitkäaikaistyöttömyys on yksilökohtainen, mutta koska asiana se on niin laaja, koskee se koko yhteiskuntaa. Useiden kansallisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan työttömät voivat huonommin ja heillä on huomattavan paljon terveydellisiä ongelmia verrattuna työssäkäyviin kansalaisiin. Työttömyyden on osoitettu vaikuttavan haitallisesti niin terveyteen kuin hyvinvointiin. Pitkään jatkunut työttömyys altistaa sosiaalisille ja terveydellisille ongelmille. Heikko terveydentila on usein esteenä työllistymiselle, mikä vaatii enemmän panostusta terveyspalveluilta. Opinnäytetyössämme tarkastelemme pitkäaikaistyöttömien hyvinvointia objektiivisesta eli ihmisen henkilökohtaisesta

näkemyksestä tai asenteesta riippumattomasta näkökulmasta, koska ihmisen elämänlaatu riippuu ihmisen objektiivisista olosuhteista ja kyvyistä.

2 Teoreettisia näkökulmia pitkäaikaistyöttömien terveyteen

2.1 Hyvinvointi

Hyvinvointi (Well-being) on moniulotteinen käsite (Stiglitz, Sen & Fitoussi 2009,14). Hyvinvoinnilla viitataan erilaisiin asioihin, kuten terveyteen, toimintakykyisyyteen, elinoloihin, yksilön asemaan yhteiskunnassa sekä hänen kykynsä toimia ja motivoitua erilaisissa yhteisöissä (Suoninen, Lahikainen & Pirttilä-Backman 2010, 291). Hyvinvointi on yksilöllistä ja sillä on aina sosiaalinen ulottuvuus: hyvinvointia koetaan suhteessa johonkin ihmiseen, ryhmään tai ryhmään. Ihminen mittaa hyvinvointiaan myös suhteessa aikaisempiin oloihinsa ja toisaalta hyvinvointi odotuksiinsa. (Kettunen, Ihalainen & Heikkinen 2001,9.) Hyvinvoinnin kokemisessa on tärkeää elämän mielekkyys. Siinä yksilö arvioi omaa suhdettaan itseensä ja maailmaan. Hyvinvointia rakennetaan koko elämän ajan, kuitenkin takaamatta, että se jatkuu kovin pitkälle tulevaisuuteen. (Suoninen ym. 2010, 291-292.)

Mäkelän, Kauppisen ja Huhtasen (2009, 185) mukaan huono-osaisuudella tarkoitetaan yleensä erilaisia hyvinvoinnin puutteita. Keskeistä huono-osaisuuden kokemisessa on ihmisen mahdollisuus vähäisiin valintoihin, epävarmuus tulevaisuudesta sekä sosiaalinen haavoittuvuus (Hänninen 2007, 6). Työttömyys, työllistymisen ongelma, köyhyys, asunnottomuus, sosiaaliset ongelmat perheissä tai muissa suhteissa, terveysongelmat, koulutuksen vähäisyys tai sen puuttuminen ja syrjäytyminen päätöksenteosta ovat huono-osaisuuden keskeisiä elementtejä (Mäkelä ym. 2009, 186).

Syyskuussa 2009 julkaistiin niin sanottu Stiglitzin komission raportti. Maailmanlaajuinen raportti kuvaa kansakuntien taloudellista suoriutumista, sosiaalista kehitystä ja väestön hyvinvointia sekä niitä koskevia mittausarvoja. Raportti kuvaa perusteellisesti kolmea aihealuetta: 1) klassisia bruttokansantuotteen liittyviä asioita, 2) elämänlaatua sekä 3) kestävä kehitystä ja ympäristöä. Hyvinvointi on näiden kolmen ja niiden eri osa-alueiden muodostama kokonaisuus. Terveys on hyvinvoinnin yksi osa-alue. (Stiglitz ym. 2009, 6-7.)

Perustuen eri akateemisiin tutkimuksiin ja konkreettisiin aloitteisiin, joita on kehitetty ympäri maailmaa. Komissio on tunnistanut seuraavat keskeiset asiat hyvinvoinnista, jotka ainakin periaatteessa pitäisi ottaa huomioon tehdessä hyvinvointiin liittyvää tutkimusta: aineellinen elintaso (tulot, kulutus ja varallisuus), terveys, koulutus, henkilökohtaiset toiminnat mukaan lukien työ, poliittinen ääni ja hallintotapa, sosiaaliset yhteydet ja suhteet, ympäristö (sen nykyinen tila ja tulevaisuuden olosuhteet) sekä epävarmuus, niin taloudellisesta, kuin fyysisestä näkökulmasta. (Stiglitz ym 2009, 14-15.) Komission mukaan kaikki sen esittämät näkökannat vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin, mutta silti monet niistä puuttuvat taloustieteellisesti tehdyistä, tuloihin pohjautuvista tutkimuksista (Stiglitz ym. 2009, 15).

Terveys on ehkä näkökantojen perustavalaatuisin osa, sillä ilman elämää ei muilla osa-alueilla ole arvoa. (Stiglitz ym. 2009, 156.)

Ihmisen hyvinvoinnin kannalta koettu köyhyys on merkityksellisempi asia kuin tilastoihin sijoittuva toimeentulo. Tilastojen mukaan pienituloisempia ovat työttömät, opiskelijat, yksinhuoltajat sekä eläkeläiset. Kuitenkaan opiskelijat ja eläkeläiset eivät koe pienituloisuuden vaikuttavan heidän hyvinvointiinsa. Pitkäaikaistyöttömyys sen sijaan koettelee ihmistä pahimmin. (Arola & Lindholm 2001, 51.)

2.2 Terveyden yhteys hyvinvointiin

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden (Health) täydelliseksi ruumiillisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, joka ei vain tarkoita sairauden puuttumista. Terveyden edistäminen taas määritellään yhteiskuntapolitiikan kehittämiseksi, terveellisen ympäristön aikaan saamiseksi, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämiseksi sekä terveyspalveluiden parantamiseksi. (WHO 1986, 1.)

Terveys on yleensä yksi ihmisen tärkeimmistä arvoista, joka kuvataan yhdeksi hyvinvoinnin osatekijäksi (Pietilä 2010,11). Perusedellytyksinä terveyteen ja hyvinvointiin voidaan pitää riittävää taloudellista toimeentuloa, asuntoa, mahdollisuuksia työhön ja muuhun mielekkääseen toimintaan. Muita terveyttä vahvistavia tekijöitä ovat luottamus muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan sekä turvallisuuden tunne. Perusedellytyksien puuttuminen vaikuttaa negatiivisesti terveydentilaan ja sen ylläpitämiseen. (Särkelä & Eronen 2008, 31.)

Terveys on tärkeää niin yksilölle kuin yhteiskunnalle (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007, ETENE 2008, 10). Monet terveyttä määrittävät sosiaaliset tekijät riippuvat lähestymistavasta yhteiskuntapolitiikkaan (WHO 2010,4). Kuka määrittää terveyden edistämisen tarpeen, on eettinen kysymys, sillä terveyden edistämässä on yleensä kysymys ihmisten elämään puuttumisesta. Eri tieteenalat tarkastelevat terveyttä ja sen edistämistä omista näkökulmistaan. Näkökulmat leikkaavat monissa kohdin toisiaan. Hoitotieteellisessä terveyden edistämisen näkökulmassa korostuvat terveyden säilyttäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen. (Lahtinen, Koskinen-Ollonqvist, Rouvinen-Wilenius & Tuominen 2003, 20-23.)

WHO:n vuonna 2005 asettama komissio: Commission on Social Determinants of Health (CSDH) raportoi vuonna 2008 loppuraportissaan "Closing the gap in a generation" maiden välisistä ja sisäisistä terveyseroista. Taustaraportteja oli yhdeksän. Pohjoismaista tuotettiin NEWS-raportti, joka selvitti pohjoismaisen hyvinvointimallin ja kansanterveyden välisiä yhteyksiä. (Fritzell, Lundberg, Kölegård Stjärne, & Åberg Yngwe 2007, 2.) Komission mukaan väestön

terveys on yhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen mittari. Raportti sisältää kerättyä tutkimusnäyttöä hyvinvointi- ja terveyseroista sekä tunnistaa keinoja, joilla voidaan vähentää eroja esteiden kaventamiseksi. (Closing the gap in a generation 2008, 1-3.) Raportti on herättänyt laajaa kansainvälistä keskustelua, jonka pohjalta on syntynyt saman komission useita laatimia raportteja.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) mukaan terveyseroja voidaan kaventaa vaikuttamalla niiden sosiaalisiin syihin. Terveysteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät ovat aineelliset olosuhteet, raha, valta ja resurssit sekä päivittäisen elämän olosuhteet, joissa ihmiset syntyvät, kasvavat, elävät, työskentelevät ja vanhenevat, mukaan lukien terveysjärjestelmä. Kyse on sosiaalisista epäoikeudenmukaisuuksista, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat selvästi. Tällaiset erot ovat suureksi osaksi myös estettävissä. (CSDH 2010b, 36-45.) Elintärkeiden sosiaalisten tavaroiden kaupallistuminen, kuten koulutus- ja terveydenhuolto lisää terveyden eriarvoisuutta (CSDH 2008a, 14). Hyvinvoinnin kannalta pitkäaikaistyöttömyyttä voidaan pitää tilanteena, jossa yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet ja ihmisen tarpeet ovat ristiriidassa keskenään (Vähätalo 1998, 71).

Sosioekonomisella asemalla viitataan yleensä hyvinvoinnin aineellisiin ulottuvuuksiin sekä aineellisten voimavarojen hankkimisiin tarvittaviin edellytyksiin. Kaikilla näillä tekijöillä on johdonmukainen yhteys hyvinvointiin ja terveyteen. Yhteiskunnanrakenteet muokkaavat ihmisen elinympäristöä, asumis- ja työoloja, elintapoja sosiaali- ja terveyspalveluita, sekä käyttäytymis- ja biologisia tekijöitä, joilla on taas välitön yhteys terveyteen. Käyttäytymis- ja biologiset tekijät sisältävät ravinnon, liikunnan, tupakan ja alkoholin kulutuksen, jotka ovat levinneet eri tavalla eri sosiaaliluokkien keskuudessa. Tupakointi liittyy merkittävästi sairastavuuteen ja kuolleisuuteen, erityisesti syövän sekä sydän- ja verenkiertosairauksissa. Myös sairaudella tai vammalla on epäsuora vaikutus yksilön sosioekonomiseen asemaan. Terveysjärjestelmän rooli on erittäin olennainen, heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien auttamisessa. (CSDH 2010b, 39-45.)

Työikäisiksi katsotaan 18-68-vuotiaat. Työikäisten on mahdollisuus saada terveydenhuollon palveluja joko opiskelija- ja varusmiesterveydenhuollosta tai työterveyshuollosta. Vastaavasti työttömille ja työkyvyttömyyseläkkeellä oleville terveydenhuollon palveluja tarjoavat perusterveydenhuolto sekä yksityissektorin palveluntuottajat. Työttömät käyttävät terveyspalveluja lähes yksinomaan sairaudesta johtuvista syistä. (Rautio & Husman 2010, 166.)

Kun terveys vaikuttaa sosiaaliseen asemaan, puhutaan terveys valikoitumisesta. Paremmiin koulutuksissa ja työelämässä pärjäävät ne, joilla on hyvä terveys. Heikon terveyden omaavat ihmiset ovat vaarassa joutua heikkoon sosiaaliseen asemaan. (Lahelma, Rahkonen, Koskinen,

Martelin & Palosuo 2007, 29-30.) Työttömyys ja työttömyyden uhka, kuten monet tutkimukset osoittavatkin, vaikuttavat negatiivisesti terveyteen lisäämällä sairastavuutta ja ennenaikaisen kuolleisuuden vaaraa (Mannila & Martikainen 2005, 63). On myös todettu, että työllistymistä haittaa huonoterveys. Työttömyyden vaikutus henkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen on kaikkein selvin. Työttömyyden yhteys terveyttä vaarantaviin elämäntapoihin ei sen sijaan näytä olevan kovinkaan voimakas. Esimerkiksi jo ennen työttömyyttä paljon alkoholia nauttineen alkoholin kulutus kasvaa, kun taas muilla työttömällä se vähenee taloudellisten tulojen pienentyessä. Valtaosa työttömien suuresta kuolleisuudesta johtuu työttömyyttä edeltävistä terveysriskeistä. (Mannila & Martikainen 2005, 63.)

Sosioekonomisen aseman ja terveyden väliset suhteet ovat mielenterveydenhäiriöissä monimutkaisempia kuin monissa somaattisissa sairauksissa. Pitkäaikaistyöttömien elinoloihin liittyvät ongelmat altistavat mielenterveyden häiriöille. Varhain alkavat mielenterveyden häiriöt saattavat heikentää kouluttautumis-, työllistymis- ja perheellistymismahdollisuuksia. (Teroka 2008, 56.) Perusta aikuisiän hyvinvoinnille luodaan nuoruudessa luoduista elämäntavoista, joihin vaikuttavat ihmissuhteet ja koulutusuran valinta - tai niille valikoituminen. Nuoren hyvinvointiin panostaminen on yhteiskunnan kannalta investointia tulevaisuuteen. (Salmela-Aro 2010, 383.) Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat työikäisen väestön suurin kuolinsyy sekä tärkein työkykyä uhkaava tekijä pitkäaikaistyöttömällä (MIELI 2009, 36). Mielenterveys luo ihmisille mahdollisuuden nauttia elämänlaadusta, hyvinvoinnista sekä terveydestä. Hyvä mielenterveys edistää oppimista, työskentelyä ja yhteiskunnallista osallistumista. (Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus 2008, 3.)

Mielenterveyshäiriöt ovat kasvava ongelma niin Suomessa kuin Euroopan Unionissa ja niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti. Työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas ja sairaspäivärahoista joka neljäs myönnetään psyykkisin perustein. (MIELI 2009,13.) Yksi yleisimmistä ja vakavimmista mielenterveyden häiriöistä on masennus. Masennus ja alkoholisairastavuus ovat merkittävimmät riskitekijät itsetuhoiselle käyttäytymiselle. (Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus 2008, 3.) Itsemurha on yksi yleisimpiä kuolinsyitä. Suomessa vuonna 2010 tehtiin 954 itsemurhaa, joista 718 on miesten- ja 236 naisten tekemiä (Tilastokeskus/itsemurhat 2011).

Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat kärsimystä niin yksilölle, omaisille kuin yhteisölle. Tällöin ystävien ja perheen tuki on tärkeää kaikille. Silti vain osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ihmisistä on hoidon piirissä. Hoidon saatavuutta rajoittavat muun muassa terveydenhuollon asiakasmaksut ja julkisen terveydenhuollon rajallinen tarjonta. (Wahlbeck & Pirkola 2008, 133.) Sosiaalinen syrjäytyminen ja leimautuminen ovat niin mielenterveysongelmien riskitekijöitä kuin mielenterveysongelmien seurauksia, ja ne voivat luoda ongelmia apua hakeville sekä toipumassa oleville ihmisille (Mielenterveyttä ja

hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus 2008, 4). Pitkäaikaistyöttömien, mielenterveys häiriöistä kärsivien ja päihdeongelmaisten syrjäytymisriski on kasvanut. Riski syrjäytyä liittyy usein näiden kolmen edellä mainitun ongelman yhtäaikaiseen esiintymiseen. (Eronen, Londen, Perälähti, Siltaniemi & Särkelä 2010, 186.) Hylkäävän eläkepäätöksen saaneet työttömät työnhakijat ovat erityisessä syrjäytymisvaarassa oleva ryhmä (TEROKA 2008, 55).

2.3 Syrjäytyminen

Syrjäytymisellä (Social Isolation) tarkoitetaan yhteiskunnallisesta elämästä eli sosiaalisista suhteista syrjään joutumista. Syrjäytyessään ihminen menettää mahdollisuutensa osallistua työhön, kulutukseen ja yhteisölliseen toimintaan. (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2010, 11; STM 2008, 31.) Syrjäytyminen sanana koetaan lähes poikkeuksetta kielteiseksi asiaksi, joka kuvastaa toivottomuutta, yhteiskunnallisia ongelmia ja yhteiskunnallista epäoikeuden mukaisuutta (Laine ym. 2010, 11-12). Jo vuosituhansien ajan syrjäytymistä on käytetty rangaistuskeinona, hyvänä esimerkkinä ovat vankilat.

Pitkäaikaistyöttömien syrjäytyminen kuvataan prosessina, jossa ongelmat elämän eri osa-alueilla kasautuvat ja ruokkivat toisiaan. Seurauksena hyväosaisen tila muuttuu huono-osaiseksi (STM 2008, 31). Syrjäytynyt asema yhteiskunnassa saattaa syntyä hyvinkin nopeasti kuten terveyden menettämisen seurauksena, joka johtaa työttömyyteen tai perheyhteisön hajoamisena, joka taas johtaa yksinäisyyteen tai hiljalleen sivuun ajautumiseen kuten päihteiden käytön seurauksena. Pitkäaikaistyöttömyys, mielenterveysongelmat, syrjintä ja päihteidenkäyttö ovat tekijöitä, jotka huonontavat ihmisen asemaa yhteiskunnassa. (Laine ym. 12-13.) Jos kuitenkin jää kaikkien tukitoimien ulkopuolelle, sosiaalinen verkko heikkenee ja taloudellinen tilanne romahtaa, alkaa ne vaikuttamaan niin psyykkiseen- kuin fyysiseenkin terveyteen. Mitä kauemmin ihmien on työttömänä, sen vaikeampi on palata takaisin työelämään. Syrjäytynyt asema syntyy, kun huono-osainen asema vakiintuu pitkäaikaiseksi olotilaksi (Laine ym. 12-13).

Syrjäytymisen ehkäisyssä pyritään kiinnittämään huomiota syrjäytymistä aiheuttaviin tekijöihin sekä huomioimaan ne ihmisryhmät, jotka ovat alttiimpia syrjäytymiselle yhteiskunnasta. (Laine ym. 2010, 17). Sosiaali- ja terveysalalla syrjäytymisen vastaisessa työssä yhtenä ehkäisevänä toimintana käytetään kansalaislähtöistä toimintaa, jossa tarkoituksena on pyrkiä korostamaan ihmisten keskinäistä tukea ja auttamista. Tällaisia toimintatapoja ovat vertaistuen ja vertaisauttamisen järjestäminen. Toisena ehkäisevänä toimintana käytetään ammatillisista auttamista. Jotta ammatillisessa työssä kyetään auttamaan syrjäytymisvaarassa olevaa henkilöä, tarvitaan laaja-alaista osaamista. Moniammatillisuus on tärkeä osatekijä, sillä ongelmat voivat liittyä useampiin osa-alueisiin kuten päihteiden käyttöön ja mielenterveydellisiin ongelmiin. (Laine ym. 2010, 17-19.) Myös

yhteiskunnalla kuten valtiolla, kunnilla ja erilaisilla järjestöillä, on tärkeä rooli syrjäytymisen vastaisessa työssä. Sosiaalimenot, valtion budjetti, kuntien sosiaali- ja terveysmenot sekä järjestöjen myöntämät avustukset vaikuttavat syrjäytymisen ennaltaehkäiseviin toimintoihin (Kainulainen 2010, 285). Valtion toimesta sosiaali- ja terveysministeriö tekee toimintasuunnitelman tavoitteinen ja myöntää määrärahoja erilaisille hankkeille (Kainulainen 2010, 288-291). Kuntien tehtävänä on taas taata asukkailleen erilaisia sosiaalisia palveluja. Syrjäytymisen vastaisen työn toimintaan kuuluvat erityisesti sosiaalityö, kuntouttava työtoiminta, vammaispalvelut ja päihdepalvelut (Kainulainen 2010, 294). Myös järjestöillä on oma merkittävä roolinsa syrjäytymisen vastaisessa työssä. Keskeisimpänä rahoittajana pidetään Raha-automaattiyhdistystä (RAY), joka jakaa toiminta-avustuksia erilaisille järjestöille. (Kainulainen 2010, 296.)

2.4 Pitkäaikaistyötön

Pitkäaikaistyöttömyydestä (Long-term unemployment) puhutaan silloin, kun työttömyys on kestänyt yhtäjaksoisesti yli vuoden sekä työtöntä työnhakijaa, joka on ollut työttömänä useammassa työttömyysjaksossa yhteensä vähintään 12 kuukautta (Finlex). Kansaneläkelaitos (Kela) määrittelee pitkäaikaistyöttömyyden alkavan siitä, kun henkilö on ollut työttömänä 500 päivää. Kelasta maksetaan joko ansiopäivärahaa 500 päivää, jos työtön on ollut työttömyyskassan jäsen ennen työttömyyttä tai peruspäivärahaa tai työmarkkinatukea. Peruspäivärahaa tai työmarkkinatukea haetaan silloin, jos henkilö ei ole oikeutettu ansiopäivärahaan. Peruspäivärahan saamiseksi pitää täyttyä työssäoloehdot, jos ne eivät täyty henkilö voi hakea työmarkkinatukea. (Kansaneläkelaitos 2010.) Ilmoittautumista työnvälitystoimistoon (TEM) vaaditaan työttömyyskorvausten saamiseksi. Tässä opinnäytetyössä pitkäaikaistyöttömyydellä tarkoitetaan yli vuoden kestänyttä yhtäjaksoista työttömyyttä.

Pitkäaikaistyöttömien asema terveydenhuollossa kasvattaa yhä suurempaa mielenkiintoa myös politiikassa. Poliittistenpäättäjien tavoitteena on jo pitkään ollut kansalaisten mahdollisimman hyvä terveys ja terveyserojen kaventaminen minimiin riippumatta heidän sosiaalisesta asemasta tai asuinpaikasta. Kasvaviin terveyseroihin on pyritty puuttumaan muun muassa luomalla kattava julkisten palveluiden tukiverkosto, kuten sosiaalihuolto-, työvoima-, koulutus-, perhe- sekä asuntopolitiikan tukimuodot. Näillä pyritään ennalta ehkäisemään sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviä ongelmia. (Vähätalo 1998, 71.) Terveydenhuollon osuus työttömien palveluiden kehittämisestä on jäänyt vähemmälle, sosiaalitoimen ja työhallinnon ottaessa yhä enemmän vastuuta palveluista (Saikku 2009, 11). Tällä hetkellä Valtioneuvoston neljän vuoden välein vahvistama Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012- 2015 ohjaa kuntia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä (KASTE 2012-

2015). Kehittämishjelman tarkoituksena on jatkaa ja uudistaa KASTE 2008-2011 ohjelmaa (KASTE 2008-2011).

Pitkittynyt, rakenteellinen työttömyys on yksi suomalaisten työmarkkinoiden ongelmista viimevuosikymmeninä (Saikku 2011, 55). Voimakkaan taloudellisen laman vuoksi työttömyys kääntyi jyrkkään nousuun 1990-luvun alussa. Korkeimmillaan se oli vuonna 1994, jolloin työttömiä oli Suomessa yli 400 000. (Mannila & Martikainen 2005, 62.) Vaikeasti työllistyviksi, mikä kattaa pitkäaikaistyöttömien lisäksi osatyökykyiset ja vammaiset määrittäyt tällä hetkellä noin 144 000 ihmistä (Saikku 2011, 55). Pitkäaikaistyöttömien määrä on jäänyt huomattavasti lamaa edeltävää tasoa korkeammalle (Karvonen, Moisio & Simpura 2009, 20). ELMA-hankkeessa tutkittiin vuosina 2001-2006 yhteensä noin 22 000 pitkäaikaistyöttömää työnhakijaa. Tästä ryhmästä yli 14 000 henkilöä sai lääkärinlausunnon työkyvyttömyydestään. Näistä edelleen noin 50 % on pitkäaikaistyöttömiä, eivätkä he ole päässeet työkyvyttömyyseläkkeelle. Vuonna 2005 tuli laki eläketuesta, jonka tarkoituksena oli helpottaa ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien elämää ja toimeentuloa kunnes he täyttävät 62 vuotta. Pitkään työttömänä olleen ihmisen työllistyminen työmarkkinoille on hankalaa joskus jopa mahdotonta. Työministeri Lauri Ihalaisen mukaan: "osa pitkään työttömänä olleista tarvitsee koulutuksen lisäksi kuntoutusta ja ainakin aluksi tuettua työtä. Joissakin tapauksissa eläke on paras vaihtoehto". (L. Ihalainen, henkilökohtainen tiedonanto 26.9.2011.)

Lisäksi yleisesti tiedossa on, että sotien jälkeen työttömyys nousi ensimmäisen kerran rajusti 1960-luvulla. Tuolloin jo muodostui pitkäaikaistyöttömyyttä. Suomen terveystaloudellinen painotti 1970-luvulta lähtien palvelujärjestelmien kehittämistä sekä palvelujen saatavuuden parantamista. Seuraavalla vuosikymmenellä ensisijaisena tavoitteena oli terveyserojen kaventaminen. Muun muassa poikkeuksellisen voimakkaan taloudellisen laman, talouden globalisaation, Euroopan yhdistymisen ja valtionosuusudistuksen vuoksi terveystalouden toimiympäristö muuttui 1990-luvulla. (Melkas, Lehto, Saarinen & Santalahti 2005, 33-34.)

Terveystaloudella on keskeinen rooli pitkäaikaistyöttömän terveydentilan ja työkyvyn määrittelemisessä, varsinkin tuetuilla työmarkkinoilla, kun työtön valmistautuu työelämään. Saikku (2009, 69) esittää työttömien terveyspalvelun tehtäväksi: 1) työkyvyn tukeminen, ylläpitäminen ja parantaminen (tarkoituksena edistää siirtymistä työhön), 2) työkyvyn heikkenemisen toteaminen (tarkoituksena edistää siirtymää hoitoon tai kuntoutukseen), 3) työkyvyttömyyden toteaminen (tarkoituksena edistää siirtymää sairausvapaalle tai eläkkeelle).

Työttömien terveydestä, työkyvystä, elintavoista ja hyvinvoinnista on runsaasti tutkimustietoa (muun muassa Finnrisi, Terveys 2000, Teroka). Aikaisemmat suomalaiset tutkimukset on

tehty työttömyyden ja terveyden välisistä suhteista sekä väestöryhmien terveyseroista. Näiden tutkimusten ensisijaisina tavoitteina on ollut työttömyyden vähentäminen ja uusien työllistämiskeinojen kehittäminen. Kuitenkin pitkäaikaistyöttömien terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseen suuntaavia palveluita on toteutettu vähän. Vuonna 2007-2009 Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon kehittämiskumppanuushankeen (PTT-hanke) tavoitteena on parantaa työttömien terveyttä ja hyvinvointia. Yhteenvetona aikaisemmista suomalaisista tutkimuksista voidaan päätellä työttömyyden vaikuttavan haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin, toisaalta myös huono terveys vaikeuttaa työllistymistä (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008, 4).

Toteuttamassamme kirjallisuushaussa löytyi kolme aiemmin aiheesta tehtyä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Heffernan & Pilkington (2011) Iso-Britanniassa tekemä katsaus tuetusta työllisyydestä mielenterveysongelmista kärsien ihmisten tukemiseksi, oli lähimpänä meidän tutkimusaihetta. Tiivistelmä osuudessa oli kritisoitu sitä, että aiheesta ei ole tehty kovin montaa alkuperäistutkimusta. Rehkopfin & Bukan (2006) Yhdysvalloissa tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus käsitteli sosioekonomisen aseman ja asuinpaikan yhteyttä itsemurhiin. Roelfs, Shor, Davidson ja Schwartz (2011) Yhdysvalloissa tekemä tutkimus käsitteli työttömyyden yhteyttä kaikkiin kuolemiin. Löysimme myös yhden Suomessa tehdyn meta-analyysin työttömyyden ja terveydenvälisistä yhteyksistä, vajaakuntoisten työllistymisen esteistä sekä työttömien terveysinterventioista (Heponiemi ym. 2008, 4).

3 Tutkimus tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa pitkäaikaistyöttömille suunnatuista terveyspalveluista ja niiden vaikutuksista yksilön hyvinvointiin. Tässä opinnäytetyössä sidosryhminä ei ole, vaan tarkoituksena on selvittää palveluiden tarjonta aiheesta tehtyjen tutkimusten avulla. Meidän ensisijaisena tavoitteena on löytää tutkimuksia, jotka koskevat pitkäaikaistyöttömille suunnattuja terveys ja hyvinvointi palveluja.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten tutkimuksissa kuvataan pitkäaikaistyöttömien hyvinvointia ja mielenterveyttä?
2. Miten tutkimuksissa kuvataan pitkäaikaistyöttömien terveyttä ja hyvinvointia tukevia palveluita?
3. Mitkä ovat pitkäaikaistyöttömien terveys- ja hyvinvointi palveluiden puutteet?

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimusmenetelmä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta eli jo tutkimustiedon tutkimista (Pekkala 2000, 58). Sitä pidetään tehokkaana tapana syventää tietoa asioista, joista on jo olemassa valmiiksi tuotettua tietoa ja tutkimuksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Kääriäisen ja Lahtisen (2006, 37) mukaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tunnistaa ja kerätä tietoa, arvioida tiedon laatua sekä syntetisoida tuloksia rajatusta ilmiöstä. Kirjallisuuskatsauksessa yksittäiset tutkimukset kootaan yhteen ja niistä muodostetaan kokonaisuus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu kumulatiivisesti: tutkimus suunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittelystä. Katsaukset voidaan jaotella aineiston analyysitavan mukaisesti muun muassa meta-analyyseihin ja -synteeseihin, systemaattisiin, integroituihin sekä laadullisiin katsauksiin. (Johansson 2007, 3.) Luonteeltaan se on teoreettinen tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-120).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa perinteisestä kirjallisuuskatsauksesta suunnitelmallisuuden, toistettavuuden ja harhattomuuden vuoksi (Johansson 2007,4). Perinteisenä kirjallisuuskatsauksena pidetään narratiivista kirjallisuuskatsausta, joka pyrkii tuottamaan tiivistettyä tietoa valitusta aiheesta, jonka ongelmana pidetään huonoa tai puutteellista kattavuutta sekä epätäsmällisyyttä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe on yksityiskohtaisen tutkimussuunnitelman laatiminen, joka ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä. Tutkimussuunnitelman laatiminen edellyttää riittävästi aikaisempaa tutkimustietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen kuuluu olennaisesti kaikkien vaiheiden läpinäkyvä ja täsmällinen raportointi. (Meade & Richardson 1997, Sindhu & Dickson 1997, Jones & Evans 2000, Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39 mukaan.) Tutkimuskysymyksissä rajataan ja määritellään se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Kysymysten perusta on tutkijoiden aikaisemmassa tiedossa aiheesta sekä taustasitoumuksissa. Nämä vaikuttavat siihen, mitä tutkielman tekijät käsittävät tutkimuksen kohteena olevalla ilmiöllä ja miten siitä voi saada tietoa. Prosessin suuntaamisessa on olennaista, että tutkimuskysymykset määritellään selkeästi. Alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Jotta haku olisi tarpeeksi kattava, alkuperäistutkimuksia haetaan sekä sähköisesti että manuaalisesti. Manuaalisen tiedonhaun tarkoituksena on täydentää tietokantahakuja. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39-40.)

Alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit (Johansson 2007, 59). Valinnassa kiinnitetään huomiota tutkijoiden subjektiivisen valikoitumisharhan minimoimiseen. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkielman tekijät valitsevat mahdollisimman täsmällisesti ne tutkimukset, jotka ovat tutkimuskysymysten kannalta olennaisia. Alkuperäistutkimuksen valinnan tekee vähintään kaksi arvioijaa toisistaan riippumattomasti. Hyväksyttävien ja hylättävien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain. Vastaavuutta tarkastellaan portaittain. Jos yhdestä alkuperäistutkimuksesta on useampi julkaisu, valitaan näistä vain kattavin. Mahdolliset erimielisyydet ratkaistaan yhteisymmärryksessä tai kolmannen mielipiteellä. (Khan ym. 2003, Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41 mukaan.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomiota myös valittujen alkuperäistutkimusten laatuun. Laatu kriteerit vaihtelevat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaan. Hyväksytyjen alkuperäistutkimusten määrä saadaan vasta alkuperäistutkimuksen valinnan ja laadun arvioinnin jälkeen. Aineistonanalysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti tutkimuskysymyksiin. Objektiivisuudella viitataan kaikkien tulosten systemaattiseen esittämiseen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42-43.)

4.2 Tutkimusten valinta

Systemaattista kirjallisuuskatsausta varten toteutettiin tutkimuskysymyksiin perustuen alkuperäistutkimusten haku elektronisista tietokannoista sekä manuaalisesti (Kuvio 1). Laajaan hakuun päädyttiin, koska yhdistelmät "mielenterveys* and töyt* ", "päihdeongel* and työt", "pitkäaikaistyö? mielentervey?" ja "mielentervey? työ?" tuottivat suppean tuloksen. Elektroniset haut tehtiin: Arto, EBSCON (Cinahl), Google Scholar, Linda, Medic ja Medline/Ovid tietokannoista. Asiasanoina käytettiin "pitkäaikaistyö?", "hyvinvointi + pitkäaikaistyötön", "pitkäaikaistyö? and hyvinvointi", "pitkäaikaistyö? and syrjäy?". EBSCON (Cinahl) ja Ovid (Laurea journals) tietokantoihin haut tehtiin englanninkielisillä hakutermeillä: "long-term unemployment", "long-term unemployed", "without employment" ja "wellbeing". Helmikuussa 2012 hakua täydennettiin Medic tietokantaan hakutermeillä "mental health", "alcohol" ja "huono-osaisuus", sekä Cochrane Library (terveysportti) tietokantaan hakutermeillä "long-term unemployment" ja "long-term unemployed". Apuna käytimme kotimaista hoitotieteellistä Hoidokki-asiasanastoa, joka auttoi siirryttäessä kansainväliseen Medical Subject Headings-asiasanastoon (MeSH). Haussa käytimme käsitteitä, jotka nousivat esiin aiemmissa pitkäaikaistyöttömyyttä käsittelevistä lähteistä. Haut rajattiin vuosina 2006-2012 julkaistuihin tutkimuksiin. Lisäksi tehtiin manuaalinen haku käymällä läpi Hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö- Suomen lääkäri- sekä Yhteiskuntapolitiikka lehtien sisällysluettelot. Haku tuotti yhteensä 1587 lähdettä, joista suuri osa oli päällekkäisiä. Mukaan valittiin 12 tutkimusta. Tutkimukset valittiin vaiheittain.

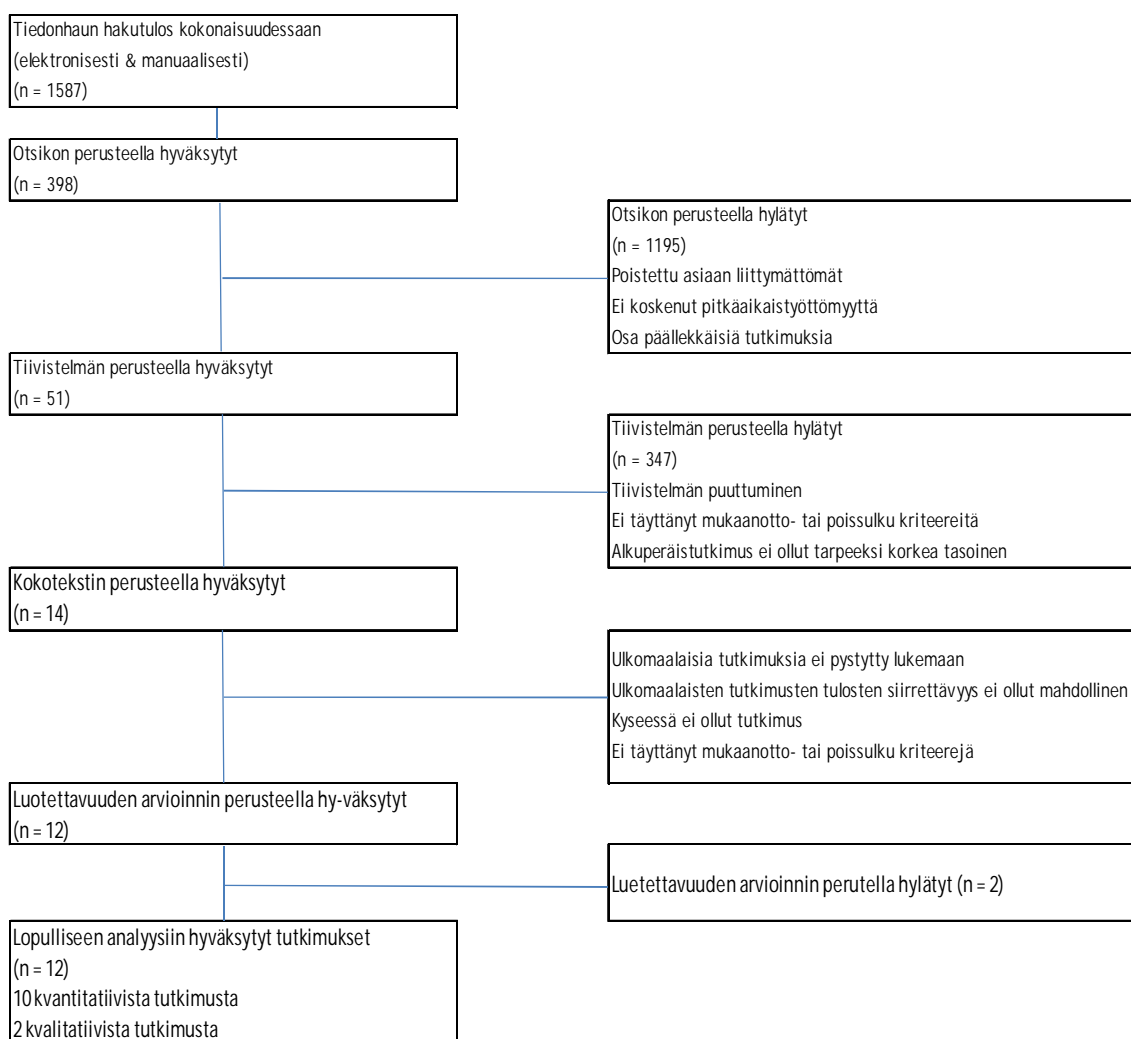
Lähteiden valinnassa sisäänottokriteereinä olivat seuraavat tekijät:

- 1) Tutkimus on vähintään pro gradu-tasoinen tutkimus tai tieteellinen artikkeli.
- 2) Tutkimukset koskevat pitkäaikaistyöttömien terveyden- tai hyvinvoinnin edistämistä.
- 3) Tutkimukset koskevat pitkäaikaistyöttömille suunnattuja ehkäiseviä terveys- tai koulutuspalveluita.
- 4) Ulkomaalaisten tutkimustulosten täytyy olla verrattavissa suomalaiseen palvelujärjestelmään.
- 5) Haut rajataan vuosille 2006-2012.

Poissulkukriteereinä olivat seuraavat tekijät:

- 1) Tutkimusartikkeleita ei ole saatavissa kokonaan (Full text).
- 2) Tutkimus on tehty työtekijöiden näkökulmasta.
- 3) Tutkimus koskee työssäkäyvän väestöosan varhaiskuntoutusta.
- 4) Muut pitkäaikaistyöttömille suunnatut palvelut (esim. työvoimapalvelut) rajataan ulkopuolelle.

Alkuperäistutkimuksista otsikon perusteella hyväksyttiin 398 ja hylättiin 1195. Hylkäämisen perusteina oli, että tutkimus ei koskenut pitkäaikaistyöttömiä tai eri tietokannoista löydetty tutkimukset olivat päällekkäisiä. Seuraavaksi luettiin tiivistelmät eli abstraktit, joiden perusteella hyväksyttiin 51 ja hylättiin 347 alkuperäistutkimusta. Hylkäämisen perusteina olivat, ettei alkuperäistutkimus täyttänyt mukaanotto- tai poissulku kriteerejä, tutkimus ei ollut tarpeeksi korkeatasoinen tai se että tiivistelmää ei ollut lainkaan. Lopuksi luettiin koko tekstit. Niiden perusteella hyväksyttiin 14 ja hylättiin 37 tutkimusta. Ulkomaalaisia tutkimuksia hylättiin, koska koko tekstejä ei päästy lukemaan tai tutkimusten tulosten siirrettävyys ei ollut mahdollinen. Muita hylkäämisen syitä oli, että tutkimus oli tehty työntekijöiden näkökulmasta tai kosketti varhaiskuntoutusta tai se ettei kyseessä ollutkaan tutkimus. Yksi alkuperäistutkimus hylättiin laadunarvioinnissa, koska siitä puuttui kokonaan tutkimusmenetelmänkuvaus. Yksi tutkimus hylättiin, koska se ei tilauksesta huolimatta ollut saapunut ajoissa. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten määräksi muodostui 12, joista kaksi kvalitatiivista ja kymmenen kvantitatiivista tutkimusta.



Kuvio 1: Kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten valinta vaiheittain soveltaen Kääriäinen ja Lahtisen (2006) runkoa

4.3 Tutkimusten luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadunarvioinnin tavoitteena on muun muassa lisätä kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta ja ohjata tulosten tulkintaa. Laadun arviointia voidaan pitää yhtenä tutkimuksen luotettavuuskriteerinä. (Kontio & Johansson 2007, 101-102.) Alkuperäistutkimusten luotettavuuden arvioinnissa voi käyttää joko valmista tai itse kehitettyä mittaria tai tarkistuslistaa (Kontio & Johansson 2007, 102; Forchuk & Roberts 1993, Mohern ym. 1995, Kääriäisen ja Lahtisen 2006, 42 mukaan).

Alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa täytettiin jokaisesta tutkimuksesta julkaisun perustiedot sekä tarkistettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereiden täytyminen. Seuraavaksi arvioitiin tutkimusten reliabiliteettia eli luotettavuutta ja validiteettia eli pätevyyttä. Reliabelina pidimme tutkimusta, jonka satunnaiset virheet eivät vaikuttaneet

mittaustuloksiin. Validina pidimme tutkimusta, jonka tulokset arvioitiin hoitoaikeen mukaan tai tilastolliset tutkimukset mittasivat sitä, mitä niiden pitikin mitata. Edellytyksenä oli, että mitattavat käsitteet ja ilmiöt tunnistettiin oikein ja tutkimuksissa niille oli löydetty asianmukaiset mittarit. Esimerkiksi Maderbackan ym. (2008) tutkimuksessa työttömyys oli luokiteltu edellisenä vuonna 0-9 kuukautta työttöminä olleisiin, 10-12 kuukautta työttöminä olleisiin, eläkeläisiin ja muihin työvoiman ulkopuolella oleviin. Lopuksi arvioimme satunnaistamismenetelmän ja analyysin asianmukaisuutta, soveltaen Åkessonin ym. (2007) laatukriteerejä. Arviolomakkeita oli kaksi, toinen kvantitatiivisten- ja toinen kvalitatiivistentutkimusten arviointia varten.

	Butteworth ym. 2011	Dragun ym. 2006	Freyer-Adam ym. 2011	Karjalainen K. 2010	Kerätär ym. 2010	Manderbacka ym. 2008	Raatikainen ym. 2006	Saikku ym. 2010	Stucler ym. 2009	Vastamäki J. 2009
1.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2.	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+
3.	+	+	+	+	+	+	+	+	1/2	+
4.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
6.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
7.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
8.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9.	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
10.	1/2	1/2	+	+	+	+	+	+	+	+
11.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12.	+	+	1/2	+	+	+	+	+	+	+
13.	1/2	+	+	+	1/2	+	+	+	1/2	+
14.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
yht.	13	13,5	13,5	14	10,5	14	13	13	11	15

1. Onko osallistujien hankkiminen raportoitu?
2. Oliko tutkimus satunnaistettu
3. Olivatko ryhmät samanlaisia lähtötilanteessa tärkeimpien ennustettavien tekijöiden suhteen?
4. Analysoitiinko kaikki potilaat alkuperäisessä ryhmässä?
5. Oliko poisjääneet raportoitu?
6. Oliko poisjääneet analysoitu?
7. Oliko hoito sokkoutettu potilaan, tutkijan ja arvioijan suhteen?
8. Oliko tutkimuksen aihe perusteltu eettisesti?
9. Oliko seuranta-aika riittävän pitkä?
10. Oliko tilastolliset analyysit oikein suoritettuja? Oliko tulomuuttujat esitelly kattavasti (keskiarvot ja keskihajonnat)
11. Olivatko mittausmenetelmät osuvia? Arvioitiinko tulokset hoitoaikeen mukaan?
12. Voiko tulokset yleistää?
13. Oliko tulokset luotettavia? Oliko voima-analyysi tehty?
14. Oliko tutkimuksen otoskoko tarpeeksi suuri?
15. Onko tulokset kliinisesti merkittäviä?

Taulukko 1: Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arviointi soveltaen Åkessonin ym. (2007) laatukriteerejä

	Lindroos S. 2010	Silvennoinen P. 2007
1.	+	+
2.	-	-
3.	1/2	1/2
4.	+	+
5.	+	+
6.	+	+
7.	+	+
8.	+	+
9.	+	+
10.	+	+
11.	1/2	+
12.	-	1/2
13.	+	+
14.	+	+
15.	-	-
Yht.	11	12

1. Selvä ongelma/määritelmä/tavoite
2. Onko tutkimus satunnaistettu?
3. Oliko tutkimukseen hyväksytyjen mukaanotto- ja poissulkukriteerit hyväksyttäviä?
4. Oliko aineistonkeruumenetelmä perusteltu?
5. Sopiko aineistonkeruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön?
6. Oliko tutkimuksen aineiston käsittely & analyysi kuvattu?
7. Oliko tutkimuksen aihe perusteltu eettisesti?
8. Oliko seuranta-aika riittävän pitkä?
9. Onko aineiston kerääminen kuvattu?
10. Onko aineiston analyysi kuvattu?
11. Ovatko tulokset esitetty kattavasti ja ymmärrettävästi?
12. Tuottiko tutkimus uutta tietoa?
13. Ovatko tutkimuksen tekijät pohtineet tuloksista?
14. Ovatko tutkimuksen tekijät pohtineet käytettyjä metodeita?
15. Voiko tulokset yleistää?

Taulukko 2: Kvalitatiivisten tutkimusten laadun arviointi soveltaen Åkessonin ym. (2007) laatukriteerejä

Soveltamamme malli sisälsi 15 osatekijää. Arviolomakkeiden käyttö perustui kahden tutkielman tekijän omaan arvioon, alkuperäistutkimusten kuvaukseen tutkimusvaiheista ja osatekijöistä. Arviointilomakkeessa annettiin yksi piste kokonaan kuvatusta osa-alueesta, osittain kuvatusta 0,5 pistettä, pisteittä jäi, jos osa-alueita ei ollut kuvattu ollenkaan. Pisteytyksen perusteella tutkimukset jaettiin kolmeen luokkaan, joiden luokkarajat olivat: yli 12 pistettä, korkealaatuinen tutkimus, 9-12 pistettä, keskitasoinen tutkimus ja alle 9 pistettä, heikkolaatuinen tutkimus. Tällä pisteytysmenetelmällä kahdeksan alkuperäistutkimusta oli korkealaatuista ja neljä oli keskitasoista tutkimusta. Yhtään heikkolaatuista tutkimusta ei ollut.

Tutkimuksissa tekijöiden itsensä esittämä luotettavuuden arviointi oli melko kattavaa. Luotettavuus kritiikkiä oli muun muassa esitetty seuraavin perustein: kuolleisuus on terveyden epätäydellinen mittari (Stuckler ym. 2009), tilastot ovat epäsuora lääkkeiden käytön mittari (Dragun ym. 2006), aineisto on valikoitunut, koska tilastot kertovat ainoastaan kiinnijäänneistä huumerattijuopoista, jättäen ulkopuolelle huumerattijuoppojen todellisen lukumäärän (Karjalainen 2011). Lindroosin (2010) tekemän tutkimuksen tulosten luotettavuutta heikensi tutkimusaineistojen pieni koko. Vaikka tutkimuksen tuloksia ei pystytä yleistämään pitkäaikaistyöttömiin, otimme sen mukaan, koska halusimme tuoda liikunnan näkökulman aiheesta. Tutkimuksessa rajoitukset olivat raportoitu kattavasti. Tämän pohjalta päätimme Lindroosin tutkimuksen olevan tarpeeksi reliabelinen otettavaksi mukaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Tilastollisissa tutkimuksissa otanta aika oli yli 12 kk ja otoskoko riittävän suuri. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusten

vertailtavuutta vaikeutti tutkimusten erilainen sisältö. Lisähankaluutta tutkimusten arvioitiin toivat erilaiset tilastolliset menetelmät sekä se, että osa tutkimuksista oli laadullisia ja osa määrällisiä. Kaikki alkuperäistutkimukset olivat läpäisseet tieteellisen arvioinnin. Tutkimusten luotettavuutta lisäsivät niiden raportointi, jonka ansiosta tutkimusten toistettavuus on mahdollinen.

4.4 Aineiston analysointi

Laadullisentutkimuksen aineiston analyysimenetelmänä käytetään usein sisällönanalyysiä, koska se on joustava tekstimuodossa oleva tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Alun perin sisällönanalyysi on ollut määrällinenaineiston analyysimenetelmä, mutta vähitellen se kehittyi myös laadullisentutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Nykyisin tunnetaan sekä määrällinen, että laadullinen sisällönanalyysi. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 23.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumentin sisältöä sanallisesti. Analyysin tarkoituksena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, jonka tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106-108, Kylmä ym. 2008, 24, Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Laadullisentutkimuksen ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla voidaan tuottaa uutta tietoa hoitotyön kehittämisen tarpeisiin (Kylmä ym. 2008, 23). Laadullista sisällönanalyysiä voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Lopputuloksena pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopii myös systemaattistenkirjallisuuskatsausten analyysimenetelmäksi (Kylmä ym. 2008, 23, Tuomi & Sarajärvi 2009, 123).

Analyysin tekemiseksi ei ole yksityiskohtaisia sääntöjä. Ainoastaan tiettyjä ohjeita prosessin etenemiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, jolloin luokittelu perustuu aineistoista nouseviin havaintoihin tai teorialähtöistä, jolloin aineiston luokittelu lähtee aiemmasta käsitejärjestelmästä (Kylmä ym. 2008, 24; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan enemmän aineiston laatua kuin määrää, koska siinä keskitytään tutkittavan ilmiön kuvaukseen aineistosta käsin (Kontio & Johansson 2007, 102; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003,).

Alkuperäistutkimukset analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jolloin aineiston luokittelu perustui jo olemassa oleviin teoreettisiin lähtökohtiin (Kylmä ym. 2008, 24; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Analyysitavan valintaa ohjasivat tutkimuskysymykset, alkuperäistutkimusten luonne, alkuperäistutkimusten lukumäärä, laatu ja heterogeenisyys. Alkuperäistutkimusten analyysissa kuvataan tulokset sekä yhtäläisyydet ja erot. Homogeenisyyden arvioiminen on välttämätöntä, koska uusi summatulkinta eli meta-analyysi

on mahdollinen ainoastaan, jos alkuperäistutkimukset ovat riittävän homogeenisiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43; Kylmä ym. 2008, 24.)

Aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin etsimällä, joka alkuperäistutkimuksesta tutkimuskysymyksiin vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Aiempaan tietoon pohjautuen tehtiin strukturoitu analyysirunko Grönroos & Perälän (2004) analyysirunkoa soveltaen. Analyysirunko voi olla strukturoitu tai väljä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7). Strukturoitu analyysirunko ohjasi poimimaan aineistosta asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-9.) Tutkimuskysymysten perusteella muodostui analyysirungon kolme luokkaa: työttömyyden yhteys mielenterveyteen ja hyvinvointiin, pitkäaikaistyöttömille suunnatut terveys ja hyvinvointipalvelut ja pitkäaikaistyöttömille suunnattujen terveys ja hyvinvointipalvelujen puutteet, joihin sisällöllisesti sopivia asioita etsittiin deduktiivisesti aineistosta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7). Aineistosta poimittiin ne asiat, jotka kuuluivat analyysirungon sisälle. Rungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostui uusia luokkia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-8.) Luokittelun ja kategorisoinnin jälkeen aineisto kvantifioitiin laskemalla, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy alkuperäistutkimuksissa. Kvantifioinnin tarkoituksena on tuoda laadullisen aineiston tulkintaan erilaisia näkökulmia. Analyysirungon käsitteiden avulla muodostui kuvaus tutkimuskohteesta, jota verraattiin koko ajan teoriaan sekä alkuperäisaineistoon. Kuvauksen pohjalta muodostuivat tutkimustulokset.

Tutkimuksen tekijä; Julkaisuvuosi; Maa jossa tutkimus suoritettu	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistot	Keskeiset tutkimustulokset
Butterworth, P. ym. 2011 Australia	Arvioida vaikuttavatko työn psykososiaaliset ominaisuudet terveyteen	n = 7155 Työkäisiä vastaajia Aineisto koottiin lähettämällä kyselytutkimus kotiin seitsemässä eri aallossa	Terveysedut työllisyydestä riippuivat työn laadusta Siirtyminen työttömyydestä korkeatasoiseen työhön paransi mielenterveyttä ja vastaavasti kehnompilaatuinen työ heikensi mielenterveyttä Työttömien mielenterveys oli parempi kuin suojatyöpaikoissa työskentelevillä
Dragun, A. ym. 2006 Kroatia	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää vaikuttaako työttömyys määrättyjen lääkereseptien määrään. Verrannollinen tilastoanalyysi	Kaikkiaan 1 003 547 lääkeresepiä määrättiin 949 746: lle sairausvakuutuspiirin kuuluvalle 18-69-vuotiaille henkilöille. Lääkeresepien määrä laskettiin työllistyneille ja työttömille, sekä iän sukupuolen ja reseptiluokan mukaan	Työttömät käyttivät enemmän lääkkeitä. Työttömille määrättiin 32 % enemmän reseptejä kuin työssäkäyville. Eriyisesti työttömät miehet käyttivät enemmän masennuslääkkeitä.
Freyer-Adamym. 2011 Saksa	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työnhakijoiden käyttäytymiseen liittyviä terveysriskejä ja miten ne ovat yhteydessä työhakijoiden kokemaan omaan terveydentilaan	n = 7920 Satunnaistettu koeasetelma. Kysely omakohtaisesta terveydentilasta.	Työttömillä oli 52,4 % korkeampi terveysriski. Eriyisen korkea terveysriski oli pitkäaikaistyöttömillä miehillä. 84,8 % 18-34- vuotiaista tupakoi. 28,7 % 18-24-vuotiaista juovat riskialttiisti. 65,4 % 40-64-vuotiaista ylipainoisia.
Karjalainen, K 2011 Suomi	Tavoitteena oli tutkia huumerattijuopumuksen yleisyyttä ja epäiltyjen kuljettajien käyttämien huumausaineiden ja/tai ajokykyä alentavasti vaikuttavien lääkkeiden käyttöä, sekä sosiaalista taustaa ja kuolleisuutta	Rekisteritutkimus, jossa käytettiin sisäasiainministeriön ja Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) epäiltyjen rattiopumusten rekisteriä. Tutkimuksessa hyödynnettiin tilastokeskuksen työssäkäyntitilastoa, väestölaskentojen pitkittäistiedostoa ja kuolemansyyrekisteriä huumerattijuoppojen sosiaalisen taustan ja kuolleisuuden tutkimiseksi	Kiinnijääneet olivat sosiaalisesti heikossa asemassa muuhun suomalaiseen väestöön verrattuna. Suurin osa kärkehtää laillisista reseptilääkkeistä, joista bentsodiatsepiinit olivat yleisimpiä. Huumerattijuoppojen kuolemanriski on kymmenkertaistunut (itsemurha, väkivalta ja päihteiden yliannostus).

(jatkuu)

Tutkimuksen tekijä; Julkaisu vuosi; Maa jossa tutkimus suoritettu	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistot	Keskeiset tutkimustulokset
Kerätär, R ym. 2010 Suomi	Selvittää, mitkä sairaudet vaikuttavat heikentävästi toiminta- ja työkykyyn, sekä minkälaisia hoidon ja kuntoutuksen tarpeita vaikeasti työllistyville on.	n = 225 Pitkäaikaistyöttömiä joiden työllistyminen tai ammatillinen koulutus ei ole edistynyt. Kuvaileva tapaustutkimus pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arvioinnista.	65 % tutkituista oli työkykyä heikentävä mielenterveyshäiriö. Sairaudet selittävät pitkäaikaistyöttömien vaikeuksia työllistyä.
Manderbacka, K. ym. 2008 Suomi	Tutkimuksessa selvitettiin huono-osaisuuden ja niiden eri muotojen kasautumisen yhteyttä elektiiiviseen kirurgiaan.	Kaikki suomessa asuvat 25-84-vuotiaat. Toimenpidetiedot poimittiin hoitoilmoitusrekisteristä. Sosiodemografiset tiedot poimittiin työvoimatilastoista. Työ- ja eläkeikäiset miehet ja naiset analysoitiin erikseen.	Huono-osaisuuden kasautuminen vähensi toimenpiteisiin pääsyä. Pitkäaikaistyöttömyys, pienitubisuus ja yksin asuminen vähensivät työikäisillä miehillä lähes kaikkien elektiiivisten leikkausten todennäköisyyttä. Terveyskeskusten ja sosiaalipalveluiden yhteistyö auttaa kaikkein heikoimmassa asemassa olevia.
Raatikainen, K. ym. 2006 Suomi	Arvioida työttömyyden vaikutuksia raskautta edeltäneeseen ilmaiseen hoitoon, kun yksi tai molemmat vanhemmat ovat työttömiä.	n = 24 939 Kysely omakohtaisesta terveydentilasta, kun naiset olivat 20. raskausviikolla.	Työttömyydellä oli yhteys murrosikäisen äidin ikään, naimattomuuteen, ylipainoon, anemiaan, raskaudenajan tupakointiin, alkoholin kulutukseen ja aikaisempiin raskauden keskeytyksiin. Työttömillä naisilla oli suurempi todennäköisyys synnyttää pienempi lapsi. Riski kasvoi, jos kummatkin vanhemmat olivat työttömiä. Synnytystä edeltävähoito ei pysty täysin voittamaan epäsuotuisia vaikutuksia raskaudelle.
Saikkumäki P ym. 2010 Suomi	Pitkäaikaistyöttömien kehittämiskumppanuushanke (PTT), jossa kehitettiin vuosina 2007-2010 työttömien terveyspalvelujen paikallisia toimintamalleja 24 paikkakunnalla ja seutukunnalla. Tavoitteena oli kiinnittää terveydenhoito ja terveyspalvelut muihin työttömän asiakkaan työkykyä ylläpitäviin ja työllistäviin prosesseihin ja juurruttaa hyviä toimintamalleja hankepaikkakunnille.	n = 6000 joista 4200 kävi terveystarkastuksissa. Heistä yli 60% jatkoi-ohjattiin terveyskeskuksen palveluihin	Terveysongelmat ovat syynä syrjäytymiseen työmarkkinoilta. 75 % asiakkaasta todettiin (tai oli jo aiemmin todettu) kansanterveydellinen riskitekijä. 53 % arvioitiin työkykyiseksi. 40 % osatyökykyiseksi tai työrajoitteiseksi. 7 % arvioitiin työkyvyttömäksi.

(jatkuu)

Tutkimuksen tekijä; Julkaisu vuosi; Maa jossa tutkimus suoritettu	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistot	Keskeiset tutkimustulokset
Stucler, D. ym 2009 Englanti	Tarkoituksena tutkia, miten taloudellisilla muutoksilla on vaikutusta kuolleisuuteen ja miten hallitukset voivat vähentää haittavaikutuksia.	Ryhmä kansainvälisiä tutkijoita analysoi tilastoja 26 Euroopan unionin (EU) maassa	1 % kasvavaa työttömyyttä kohden, kasvatti itsemurhalukujen nousua 0.79 % nuorempien kuin 65-vuotiaiden keskuudessa. Tielikenne kuolemat vähenivät 1,39 % (ajatellen autojen käyttö vähenee). Jokainen 10\$ sijoitus aktiivisiin työmarkkinaohjelmiin henkilöä kohti, vähensi työttömyyden vaikutusta itsemurhiin 0-0,38 %.
Vastamäki, J. 2009 Suomi	Koherenssin tunne eli elämänhallintakyvyn rooli työttömän hyvinvoinnissa ja uudelleen työllistymisessä.	n = 74 Pitkäaikaistyöttömiä tai lyhyen aikaa työttömänä olleita, joilla oli terveydellinen ongelma, ammatillisen koulutuksen puute, tai työkokemuksen puuttuminen. Kysely intervention alussa ja siitä puolen vuoden päästä. Tutkimus koostuu kolmesta kokonaisuudesta.	Työttömien koherenssin tunne on heikompi kuin työssäkäyvien 6kk seuranta-aikana. Työttömät joilla oli heikentynyt työkyky, alkoholin ongelmakäyttö ja taloudellisia huolia esiintyi enemmän psyykkistä oirehdintaa kuin muilla työttömällä. Vahva koherenssi on psyykkiseltä oirehdinnalta suojaava tekijä, joka taas lisää työllistymisen mahdollisuutta.

Taulukko 3: Systemaattisen kirjallisuuskatsaukseen valittujen kvantitatiiviset tutkimusten tarkoitus, aineistot ja keskeiset tulokset (n=10)

Tutkimuksen tekijä; Julkaisu vuosi; Maa jossa tutkimus suoritettu	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistot	Keskeiset tutkimustulokset
Lindroos, S. 2010 Suomi	Pitkäaikaistyöttömien kokemuksia liikuntakurssista	n=4 Haastattelu	Henkilökohtainen ohjaus motivoi liikkumiseen, sekä toiminta ja työkyvyn paranemiseen
Silvennoinen, P. 2007 Suomi	Tutkimuksessa selvitettiin työvoimapolitiittisen koulutuksen merkitystä ikääntyvien pitkäaikaistyöttömien elämässä, sekä heidän suhtautumistaan koulutukseen	n=12 yli 45-vuotiaita Haastattelu	Suunniteltaessa työvoimapolitiittista koulutusta, pitäisi huomioida paremmin kohderyhmän ikä, heidän elämäkokemus ja tapa jäsentää itseään

Taulukko 4: Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen kvalitatiivisten tutkimusten tarkoitus, aineistot ja keskeiset tulokset (n=2)

5 Tulokset

5.1 Työttömyys on psyykkisiä ongelmia lisäävä tekijä

Kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten mukaan työttömillä on kehnempi mielenterveys kuin työssäkäyvillä (Butterworth ym. 2011, Karjalainen 2011, Kerätär & Karjalainen 2010, Saikku 2010, Stuckler ym. 2009, Vastamäki 2009, Dragun ym. 2006). Kerättären & Karjalaisen (2010) tutkimuksessa 65 %:lla oli työkykyä heikentävä mielenterveyshäiriö. Ainoastaan 2 % todettiin työkykyisiksi. Työttömät, joilla todettiin heikentynyt työkyky, alkoholin ongelmakäyttö tai taloudellisia ongelmia, esiintyi enemmän psyykkisiä oireita kuin muilla työttömillä (Kerätär & Karjalainen 2010, Vastamäki 2009). Mielenterveydenhäiriöt ovat yleisimpiä toimintakykyä alentavia sairauksia. Tällaisia sairauksia ovat muun muassa mielialahäiriöt, ahdistus - ja pelko-oireet, skitsofrenia, päihderiippuvuus ja kehitysvamma (Kerätär & Karjalainen 2010).

Terveysedut työllisyydestä riippuvat työn laadusta (Butterworth ym. 2011, Vastamäki 2009). Pitkäaikaistyöttömät pitävät itseään ammattitaitoisina ja työmarkkinakelpoisina, jotka kuitenkin kokevat selvästi ongelmia omassa terveydessä ja työkyvyssä. (Silvennoinen 2007, Saikku & Sinervo 2010). Työttömien koherenssin tunne eli elämänhallintakyky on heikompi kuin työssäkäyvien. Vahva koherenssin tunne suojaa psyykkiseltä oirehdinnalta, joka taas edistää työllistymistä (Vastamäki 2009). Siirtyminen työttömyydestä korkeatasoiseen työhön paransi mielenterveyttä, kun taas siirtyminen kehnompilaatuiseen työhön oli vahingollista mielenterveydelle. (Butterworth ym. 2011). Jos henkilön työkyky oli jo heikentynyt osallistuessaan työmarkkina interventioon, vaikutti se negatiivisesti mielenterveyteen. (Vastamäki 2009).

Työttömien keskuudessa erityisesti työttömät miehet käyttivät masennuslääkkeitä runsaammin. Reseptejä määrättiin 32 % enemmän työttömille kuin työssäkäyville. (Dragun ym. 2006.) Karjalaisen (2011) tutkimuksessa todettiin, huumerattijuopumukseen syyllytyvät ovat useasti sosiaalisesti vähäosaisempia: matalasti koulutettuja, työkyvyttömyyseläkkeellä olevia, pienituloisia, eronneita tai työttömiä. Suurin osa huumerattijuopumukseen syyllytyvistä käyttivät laillisia reseptilääkkeitä, joista yleisimpiä olivat bentsodiatsepiinit eli rauhoittavat tai unilääkkeet. 90 % näistä tapauksista oli käyttänyt myös muita lääkkeitä. Muut huumerattijuopumuksesta tehdyt löydökset olivat kannabis, amfetamiini ja opioidit. Sekakäytön yleisyys viittaa taustalla olevaan päihdeongelmaan. Näillä sekakäyttäjillä ennenaikaisen kuoleman riski on korkeampi. Itsemurha, väkivalta- ja päihteiden yliannostus kuolemat olivat lähes kymmenkertaistuneet muuhun väestöön verrattuna. 1 %:n kasvava työttömyys nosti 0,79 % itsemurhalukuja nuorempien kuin 65 - vuotiaiden keskuudessa (Stuckler ym. 2009).

5.2 Työttömyys heikentää terveyttä ja hyvinvointia

Työttömyys ja heikkenevä terveys ovat toisiaan lisääviä tekijöitä (Stuckler ym. 2009). Pitkäaikaistyöttömät elävät epäterveellisemmin. Alle 40-vuotiaista suurin osa pitkäaikaistyöttömistä naisista ja miehistä tupakoi ja heillä esiintyy alkoholin ongelmakäyttöä sekä luvaton huumeiden tai lääkkeiden käyttöä. Heikko ravinto ja fyysinen passiivisuus näkyvät yli 40-vuotialla pitkäaikaistyöttömillä ylipainona tai liikalihavuutena (Freyer-Adam ym. 2011, Karjalainen 2011, Saikku & Sinervo 2010, Vastamäki 2009). Fyysinen passiivisuus oli yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa. Työttömyydellä oli myös yhteys murrosikäisen äidin ikään, naimattomuuteen, ylipainoon, anemiaan, raskaudenajan tupakointiin, alkoholin kulutukseen ja aikaisempiin raskauden keskeytyksiin. Työttömillä naisilla oli suurempi todennäköisyys synnyttää pienempi lapsi. Riski kasvoi, jos kummatkin vanhemmat olivat työttömiä. (Raatikainen 2006).

Pitkäaikaistyöttömillä todettiin paljon kansanterveydellisiä riskitekijöitä muun muassa tuki- ja liikuntaelin vaivoja sekä sydän- ja verisuonisairauksia, erityisesti miesten keskuudessa terveysriskitekijät olivat korkeita. (Freyer-Adam ym. 2011, Saikku & Sinervo 2010). Huono-osaisuus näyttäytyi erityisen voimakkaana amfetamiinia käyttäneillä (Karjalainen 2011). Pitkään jatkuneella päihteidenkäytöllä olikin vaikutuksia neurologisten vaurioiden lisääntymiseen (Kerätär & Karjalainen 2010). Pitkäaikaistyöttömyys ja miesten yksinasuminen ja muut huono-osaisuutta kasaavat tekijät vähensivät elektiivisiin toimenpiteisiin pääsyä (Manderbacka ym. 2008). Terveysongelmat ovat syynä syrjäytymiseen työmarkkinoilta (Saikku & Sinervo 2010).

5.3 Pitkäaikaistyöttömille suunnatut terveys ja hyvinvointipalvelut

Ihmiset, jotka ovat kaikkein heikoimmassa sosiaalisessa asemassa tarvitsevat terveyskeskuksen ja sosiaalipalveluiden yhteistoimintaa (Manderbacka ym. 2008). Valtakunnallisella tasolla on meneillään pitkäaikaistyöttömyyden eriarvoisuuden vähentämiseen liittyvä tervehuollon kehittämiskumppanuushanke (PTT). Hankkeen tavoitteena on juurruttaa terveydenhoito ja terveystalveluiden toimintamalleja eri paikkakunnille auttaen työttömän asiakkaan työkyvyn ylläpitämistä ja edistää työllistämispöessia (Saikku & Sinervo 2010). Pitkäaikaistyöttömien terveydenhuollon, kuntoutustarpeen arvioinnin, työvoimapolitiittisen koulutuksen ja toiminta-kykyselvityksen kehittäminen vaatii yhteistä vastuuta Työvoiman palvelukeskuksen (TYP), Työ- ja elinkeinotoimiston (TEM), sosiaalitoimen ja terveydenhuollon kesken (Saikku 2010, Kerätär & Karjalainen 2010). Juurruttamisessa on tärkeää terveysjohdon sitoutuminen, esimiehille ja työntekijöille suunnattu perehdytys sekä moni ammatillinen yhteistyö.

PTT-hankkeessa on suunniteltu terveydenhoitajille oma terveystarkastusmalli ja työtapo, jonka tavoitteena on huomioida työttömyydestä johtuvat fyysiset ja psyykkiset terveysriskit. Tarvittaessa terveydenhoitaja ohjaa asiakkaan muihin palveluihin, joita hän mahdollisesti tarvitsee. Terveydenhoitajan tehtävänä on myös varata ajat. Terveystapaamiset voidaan toteuttaa osana terveyskeskustoimintaa, työvoiman palvelukeskuksissa tai kuntien työllisyyspalveluiden yhteydessä. Yksittäiset tai muista palveluista irralliset terveystapaamiset eivät tue pitkäaikaistyöttömän aktivoitumista tai työllistymistä. Terveystapaaminen on edistävää palvelu. (Saikku & Sinervo 2010.) Lääkäreille ei ole kehitetty yksittäistä testiä tai menetelmää, joilla pystytään kiinnittämään huomiota työkyvynalenumiseen riittävän varhaisessa vaiheessa. Kerätär & Karjalainen (2010) painottavat laaja-alaisen toimintakykselvityksen tekemistä aktivointi- ja kuntoutussuunnitelman pohjaksi, johon osallistuu kuntoutuslääkäri. Henkilökohtaisella ohjauksella on tärkeä merkitys pitkäaikaistyöttömän motivoimisessa liikkumiseen, toimintaan ja työkyvyn paranemiseen (Lindroos, 2010).

Työllisyysinterventioiden avulla voidaan vahvistaa pitkäaikaistyöttömien elämänhallintakyvyn tunnetta. Intervention aikana pitkäaikaistyöttömien koherenssin tunne vahvistui samalle tasolle kuin työssäkäyvien (Vastamäki 2009), mutta kuitenkin suojatyöpaikoissa työskentelevät kokivat mielenterveytensä huonommaksi kuin työttömät (Butterworth ym. 2011). Työvoimapolitiittista koulutusta suunniteltaessa olisi tärkeää huomioida kohderyhmän ikä, heidän elämäkokemuksensa ja tapa jäsentää itseään (Silvennoinen 2007). Äidin matalalla koulutuksella on merkitystä, poikalasten sosioekonomiseen asemaan aikuisena. Isän koulutuksella ei sen sijaan ollut yhteyttä. (Karjalainen 2011, Raatikainen 2006) Jokainen 10\$ sijoitus aktiivisiin työmarkkinaohjelmiin henkilöä kohti, vähensi työttömyyden vaikutusta itsemurhiin 0-0,38 %. (Stuckler ym. 2009).

5.4 Pitkäaikaistyöttömien terveys- ja hyvinvointipalveluiden puutteet

Työllistymisen edellytyksenä on heikentyneen toiminta- ja työllistymiskyvyn huomioiminen, joka usein jää huomioimatta terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja työvoimahallinnossa. Jotta pitkäaikaistyötön voisi osallistua mahdollisiin koulutus- ja työllistymistukitoimiin, on ensisijaisena tehtävänä hoitaa heidän terveytensä kuntoon. On tärkeää, että työtön motivoituu hakemaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluita, sillä työllistyminen ei yksinään auta (Kerätär & Karjalainen 2010). Kiinnijääminen päihteiden väärinkäytöstä mahdollistaa henkilön tavoittamisen ja hoitoon ohjaamisen. Palveluiden kannalta olisi tärkeää tavoittaa nuoret varhaisessa vaiheessa ja pyrkiä ohjaamaan heidät hoitoon. (Karjalainen 2011.) Kansanterveydellisiä riskitekijöitä pitäisi ennaltaehkäistä enemmän (Freyer-Adam ym. 2011). Alempi sosiaaliryhmä käyttää vähemmän lääkäripalveluita suhteutettuna tarpeeseen,

mutta enemmän sairaalapalveluita. Kuitenkin huono-osaisuuden kasautuminen vähentää toimenpiteisiin pääsyä (Manderbacka ym. 2008). Työttömyydellä on myös epäsuotuisia vaikutuksia raskauden ja synnytyksen aikana. Synnytystä edeltävähoito ei kykene voittamaan näitä (Raatikainen 2006).

Pitkäaikaistyöttömien terveyspalveluiden järjestyminen edellyttää kunnilta päätöstä terveyspalveluiden järjestämisestä (Saikku & Sinervo 2010). Taloudellisilla elvytystoimilla ei kuitenkaan ole merkitystä, jos henkilö ei kykene tekemään töitä. Hoitoon pääsy diagnoosista huolimatta on vaikeaa, joskus jopa mahdotonta. (Kerätär & Karjalainen 2010.) Tarvitaan yhtenäiset kriteerit asiakkaiden ohjaamisessa toimintakykykyselyyn (Saikku & Sinervo 2010). Työttömät tarvitsevat enemmän ohjausta työnhaku prosessissa.

TULOKSET:	EHDOTUKSET:
Työttömillä työllisiä kehnompia mielenterveys	Tukiverkostojen kehittäminen
Heikentynyt työkyky, alkoholin liikkäyttö ja taloudelliset ongelmat lisäsivät psyykkisiä oireita	Äitiyspalveluiden kehittäminen työttömille
Mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä toimintakykyä heikentäviä sairauksia	Työttömyyden periytymisestä aiheutuvat riskit ja huomioiminen tukipalveluissa
Työttömien elämähallintakyky on heikompi kuin työssäkäyvien	Masennuslääkkeiden käytön tarkoituksen mukaisuus ja tarpeellisuuden tarkistaminen
Työttömät, erityisesti miehet käyttävät mielenterveyslääkkeitä enemmän kuin työlliset	
Erilaisia psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä ongelmia kasaantui työttömille mm. huumeiden käyttö, tupakointi ja ylipaino	
Raskauteen ja sikiön kehitykseen liittyvät ongelmat	
Tukiverkostot puutteellisia ja yhteistyö heikkoa	

Taulukko 5: Keskeiset tulokset ja ehdotukset

6 Yhteenveto ja johtopäätökset

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla haluttiin selvittää, mitä terveyspalveluita pitkäaikaistyöttömille on tarjolla sekä niiden vaikutusta yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Analysoiduissa tutkimuksissa kävi selvästi ilmi pitkäaikaistyöttömyyden vaikutukset terveydellisten riskitekijöiden lisääntymiseen sekä sairauksien hoidon ja kuntoutuksen tarpeen tunnistamatta jättämiseen. Näiden seurauksena syrjäytyminen työmarkkinoilta kasvaa. Valtakunnallisesti ei ole olemassa yhtenäistä testiä tai menetelmää, jolla toiminta- ja työkyvynalennemista voitaisiin varhaisessa vaiheessa tunnistaa. Koska usein hoidon- ja kuntoutuksen tarve jää terveydenhuollon ammattilaisilta tunnistamatta, tarvitaan enemmän keskustelua ja vuorovaikutusta pitkäaikaistyöttömien kanssa. Lomakkeet ja kyselyt auttavat tiedonkeruussa ja asioiden havaitsemisessa. Erityisiä kyselylomakkeita on jo käytettävissä, muun muassa AUDIT-kysely, jolla selvitään alkoholin riskikäyttöä, työkykyindeksi (TKI), jolla kerätään tietoa työkyvystä ja tuen tarpeesta sekä BDI-21-kysely masennuksen selvittämiseen.

Tutkimuksissa oli todettu, että työllistymiskykyä heikensivät mielenterveys ongelmat, päihteiden käyttö, kansanterveydelliset sairaudet, fyysinen passiivisuus ja koulutuksen puute. Epäterveelliset elämäntavat voivat olla ensimmäinen merkki toimintakykyä uhkaavista ongelmista. Kansanterveydellisiä riskitekijöitä voidaan kartoittaa painoindeksin (BMI), vyötärönympärysmittauksen sekä diabetesriskitestin avulla. Syrjäytymisen taustalla saattavat myös olla lievä kehitysvammaisuus, heikkolahjaisuus, tarkkaavaisuus häiriöt tai oppimisen erityisvaikeudet. Terveyden lisäksi työllistymisen esteitä voivat olla elämänhallinta kyky, ammattitaidon puutteellisuus ja heikko osaaminen sekä erilaiset elämäntilanteet. Analyysin perusteella pitkäkestoinen työttömyys vaikuttaa sairauksien lisääntymiseen ja hyvinvoinnin heikkenemiseen. Kaikkein heikoimmassa asemassa olivat keski-ikäiset miehet, takaisin työelämään pyrkivät naiset lisäksi joukossa on paljon nuoria. Juuri peruskoulunsa lopettaneet ja ilman jatkopaikkaa jääneet nuoret, ovat erityinen riskiryhmä joutua työttömyys kierteeseen. Näiden ryhmien tavoittaminen ja ohjaaminen palveluihin toteutuu huonosti. On myös muistettava, että pelko ja stressi vaikuttavat ihmisen terveydentilaan.

Erityisen huolestuttavana koimme työttömyyden vaikuttavan murrosikäisten tyttöjen raskaaksi tulemiseen ja terveyteen. Raskauden ajan päihteiden käytöllä, tupakoinnilla ja epäterveellisellä ravitsemuksella on vaikutus sikiöön ja lapsen syntymäpainoon. Nämä asiat voivat tulevaisuudessa vaikuttaa lapsen myöhempään kehitykseen ja oppimiskykyyn. Näin ollen työttömyys vaikuttaa suoraan seuraavaan sukupolveen. Nämä perheet vaativat erityistä huomiota suunniteltaessa neuvolaitapalveluita.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat työttömien käytettävissä, sen sijaan peruspalvelujärjestelmässä ei ole kuntoa ja työkykyä ylläpitäviä palveluja. Työttömille tarvitaan erityisiä palveluita tukemaan sosiaalista toimintakykyä. Käytännön hoitotyön kannalta on ongelmallista, ettei ole olemassa yhteisiä toimintatapoja. PTT-hankkeessa terveydenhoitajille on luotu oma työmalli, kuinka hoitaa pitkäaikaistyöttömiä. Lääkäreille vastaavaa toimintamallia ei ole kehitetty. Oman haasteensa hoitotyössä tuo asiakkaiden motivoiminen palveluiden hakemiseen, koska systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa nousi esille pitkäaikaistyöttömien motivaation puute. Hoitotyön kannalta tämä asettaa yhteiskunnalle haasteen, koska palveluiden käyttöön vaikuttaa tarjonnan lisäksi myös kysyntä.

6.2 Luetettavuuden tarkastelu

Luotettavuuden arviointi on oleellinen osa katsausprosessia, minkä vuoksi tutkimuksen tuottama tieto on arvioitava. *Uskottavuus* vahvistuu, jos tutkija on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on *vahvistettavuus*, mikä edellyttää prosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. Eräiden tutkijoiden mukaan *refleksiivisyys* on luotettavuuden arvioinnin yksi kriteeri. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan osoittavan olevan tietoinen omista tutkimuslähtökohdista ja siitä miten ne vaikuttavat tutkittavaan aineistoon ja prosessin kulkuun. *Siirrettävyydellä* tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimusten tulosten kannalta oleellista on, että ne kuvaavat mahdollisimman kattavasti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Kylmä ym. 2008, 26.) Terveiden edistämisen näkökulmasta tärkeä kysymys on, voiko tutkimuksesta saatuja tuloksia hyödyntää tai kehittää pitkäaikaistyöttömien auttamiseksi?

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaistyöttömien terveys ja hyvinvointipalveluiden tarjontaa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on eettisesti perusteltu, koska pitkäaikaistyöttömyys merkitsee terveyden ja hyvinvoinnin romahtamista ja edistää syrjäytymistä. Aineisto hankittiin elektronisilla tietokantahauilla sekä manuaalisesti, jotka on kuvattu tutkimusten valinnan yhteydessä. Mukaan ottamisen kriteerinä pidettiin alkuperäislähteen luotettavuutta ja merkityksellisyyttä aiheen kuvaamisen kannalta. Suunnitelmassa on kuvattu haussa käytetyt tietokannat, haun aikarajaus sekä kriteerit, joiden perusteella artikkelit on otettu mukaan analyysiin tai jätetty pois. Tämä mahdollistaa tutkielman toistettavuuden sekä päivittämisen. (Hovi ym. 2011, 37.) Alkuperäistutkimusten haussa löytyi vain neljä pitkäaikaistyöttömien ehkäiseviin mielenterveys ja päihdepalveluihin kohdennettua tutkimusta. Muut mukaan valitut alkuperäistutkimukset käsittelivät pitkäaikaistyöttömien terveyttä ja hyvinvointia fyysisen terveyden kautta, mielenterveyttä

sivuutettiin näissä tutkimuksissa. Tätä voidaan pitää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yhtenä rajoituksena.

Valittujen tutkimusten määrä on eettisesti perusteltu, koska on pyritty löytämään kaikkein laadukkain informaatio. Olisi ollut epäeettistä valita mukaan liian monta alkuperäistutkimusta, koska silloin on vaara, että löytyy liikaa epäolennaista tietoa ja tärkein tieto jää huomaamatta.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytännöllistä toteutusta on kritisoitu työlääksi sekä runsaasti aikaa ja henkilöresursseja vaativiksi. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen edellyttää teoreettisten perusteiden tuntemusta ja niiden kriittistä arviointia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus täyttää tutkimuksen kriteerit. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.) Teimme ensimmäiset valinnat tutkimusten otsikoiden perusteella. Tästä johtuen tutkimuksen ulkopuolelle on saattanut jäädä muita aineistoja, jotka olisivat sisällöllisesti sopineet aiheeseen. Haut rajasimme suomen-, englannin- ja ruotsinkielisiin tutkimuksiin. Mukaan valikoitui vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Yhtään ruotsinkielistä tutkimusta emme löytäneet. Aikarajauksemme 2006–2012 on voinut jättää joitakin tutkimuksia aineiston ulkopuolelle. Lisäksi yksi kirjallisuuskatsausta varten tilattu tutkimus ei saapunut tarpeeksi ajoissa analyysin tekemiseen.

Tutkimuksen toistettavuus on mahdollinen, koska sen kaikki vaiheet on kuvattu tarkasti. Annetun informaation perusteella, joku voi halutessaan uusia tutkimuksen. Olemme myös perustelleet, miksi jotkut julkaisut on jätetty pois. Olemme kuvanneet hakumenetelmät, jotta tutkielman tekijöiden ennakkonäkemykset aiheesta ei vaikuta tutkimus tuloksiin. Tutkimuksen toistettavuus on mahdollinen, koska kaksi tutkielman tekijää on käynyt läpi ehdolla olleet artikkelit. Myös laadunarviointi lomakkeet on tehty yhdessä, joiden pohjalta olemme arvioineet alkuperäistutkimusten luotettavuutta, mutta mahdollisesti joku toinen tutkija saattaisi saada toisenlaisia tuloksia. Aineistoa voidaan pitää tutkimusnäytönsalalta vahvana tai kohtalaisena, mutta määrältään vähäisenä. Tulokset pyrittiin tekemään niin, että alkuperäiseen aineistoon yhteys säilyi.

Hankkimisen jälkeen alkuperäisaineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston analyysia ohjasi tutkimusrunko. Analyysitapa mahdollisti, ettei mitään tietoa rajattu tutkimuksen ulkopuolelle. Näin muodostui kokonaiskuva tutkivasta ilmiöstä aineiston näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tekijät olivat kokemattomia tutkielman tekijöitä, jolloin aineiston keruu ja analyysi edellytti jatkuvaa tutkimusmenetelmän opiskelua, sekä sen pohjalta tapahtuvaa omaa oivaltamista ja soveltamista. Tutkielman tekijöiden kokemattomuus saattaa aiheuttaa tutkimukseen virhemarginaalia. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa pitkäaikaistyöttömille terveyspalveluita ja suunniteltaessa jatkotutkimusaiheita.

Tutkimustapa mahdollistaa tutkielman tulosten yleistettävyyden ja siirrettävyyden koko maahan.

7 Päätelmät ja ehdotukset käytännön palveluiden kehittämiseksi

Tämä työ antaa uusia mahdollisuuksia jatkotutkimuksiin, kun käytännössä ryhdytään suunnittelemaan ja parantamaan työttömien palveluita. Kartoitus auttaa suunnittelemaan palveluiden järjestämistä tulevassa kuntaliitoksessa. Mielestämme olisi tärkeää luoda systemaattinen hoitopolku, jossa olisi yhtenäiset selkeät ohjeet, jotta pystyttäisiin tunnistamaan varhaisessa vaiheessa ne seikat, jotka vaikuttavat toiminta- ja työkyvynalenumiseen. Tässä hoitopolussa olisi tärkeää, että pitkäaikaistyöttömiä hoitaisi oma lääkäri ja hoitohenkilöstö, jotka ovat koulutettuja tähän tehtävään. Lisäksi on tärkeää luoda kattava yhteistyöverkosto psykiatriisiin palveluihin, koulutus- ja työvoimapalveluihin. Luodessa palvelukokonaisuutta tulisi myös hankkia tietoa terveyskäyttäytymisen ja työttömyyden välisistä suhteista suoraan työttömiltä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää äitiyshuollossa asioiviin pitkäaikaistyöttömiin, sekä raskauden vaikutusta mielenterveyteen.

Tähänastisissa tutkimuksissa on selvitetty, mitä ongelmia pitkäaikaistyöttömyys aiheuttaa yksilölle ja mitä palveluita heille on tarjolla. Tekemässämme systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa nousi esille työttömyyden vaikutukset seuraavaan sukupolveen. Voidaan myös ajatella, että jo lähitulevaisuudessa Suomessa tulee olemaan kolmannen sukupolven pitkäaikaistyöttömiä. Ylipäätänsä ettei useamman sukupolven työttömyydestä kärsivät lapset syrjäydy, vaatii se terveydenhuollolta ja koulutuspalveluilta runsaasti työtä ja yhteisten palveluiden kehittämistä. Tämä on aihe, josta pitäisi ehdottomasti tehdä tieteellisiä tutkimuksia näiden palveluiden kehittämiseksi. Jatkossa on tärkeää tuottaa edelleen tietoa pitkäaikaistyöttömien terveys- ja koulutuspalveluiden kehittämisessä. Lisäksi on tärkeä miettiä, miten tavoittaa ja auttaa esimerkiksi nuoria pitkäaikaistyöttömiä, jotka jäävät kiinni päihteiden käytöstä sekä mielenterveyshäiriöistä kärsivät pitkäaikaistyöttömiä. Lisäksi ehdotamme tutkittavaksi, määrätäänkö pitkäaikaistyöttömille masennuslääkkeitä liikaa, koska muita palveluita ei ole saatavilla tarpeeksi.

Lähteet

Arola, H. & Lindholm, H. 2001. Hyvinvoinninpuutteet kietoutuvat entistä enemmän toisiinsa. Sosiaalibarometri 2000. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. STKL-julkaisu. Helsinki.

CSDH. 2008a. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Viitattu 5.3.2012

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

CSDH. 2010b. Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2. Debates, policy & practice, case studies.

Geneva, World Health Organization.

Viitattu 5.3.2012.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

ETENE. 2008. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE- julkaisuja 19. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Helsinki.

Eronen, A., Londen, P., Perälä, A., Siltaniemi, A. & Särkelä, R. 2010. Sosiaalibarometri 2010. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. STKL-julkaisu. Helsinki.

8.1.1 Laki julkisesta työvoimapaivalusta 30.12.2002/1295 (7)

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20021295>

Fritzell, J., Lundberg, O., Kölegård Stjärne, M. & Åberg Yngwe, M. 2007. The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS). Report for the Commission on Social Determinants of Health. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS).

Viitattu 5.3.2012.

http://www2.sofi.su.se/RC19/pdfpapers/Fritzell_et_al_RC19_2008.pdf

Grönroos, E. & Perälä, M.L. 2004. Johtamistutkimus terveydenhuollossa -kirjallisuuskatsaus. Stakes.

Heffernan, J. & Pilkington, P. 2011. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *Journal of Mental Health*. 20(4):368-80.

Heikkilä, M. 1990. Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. Sosiaalihuollon julkaisu- ja 8/1990. Helsinki.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A. & Keskimäki L. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuita, Työ ja yrittäjyys 14/2008. Helsinki

Tulostettu 11.01.2011.

http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hoidokki. www.hoidokki.fi.

Luettu 4.6.2011.

Hovi, S.L., Saranto, K., Korhonen, T., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2011 Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhakua. *Tutkiva hoitotyö* 9(2), 37-39.

Hänninen, S. 2007 Johdanto. Teoksessa: Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä,

Kirsi-Marja (toim.): Pääsy kielletty! Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.

Ihalainen, L. 2011. Työministerin haastattelu 26.9.2011. Yle uutiset. Helsinki.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset -huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.L. (toim.) Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku 3-9.

Karvonen, S., Moisio, P. & Simpura, J. 2009. Suomalaisten hyvinvointi ja elinolot 2000-luvulla. Teoksessa: Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström, S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e6f5676-9ccf-4490-8496-45c7b3acce5f>

Kaste-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki
 Tulostettu 11.1.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamissuunnitelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf

Kaste-ohjelma 2012-2015. Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2012:1. Helsinki
 Tulostettu 19.03.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Kela. 2010.
 Viitattu 13.1.2011.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/190701134121EH>

Kettunen, T., Ihalainen, J. & Heikkinen, H. 2001. Monimuotoinen sosiaaliturva. WSOY: Helsinki

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimusten laatuun. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A 51. Turun yliopisto, Turku, 101-108.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus -mitä, miten ja miksi? Duodecim 119, 609-615.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö. 6(2). 23-28.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol.11, no 1. 3-12.

Kääriäinen, M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18(1), 37-45.

Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, S. & Palosuo, H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki E.(toim.) Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23.

Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. Helsinki.

Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.). 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Mannila, S. & Martikainen P. 2005. Työttömyys.
Tulostettu 11.1.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00011

Melkas, T., Lehto, J., Saarinen, M. & Santalahti. 2005. Terveys- ja yhteiskuntapolitiikka. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.)
Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus. EU:n korkeantason konferenssi. Bryssel 12-13 kesäkuuta 2008.

Mäkelä, P., Kauppinen, T. & Huhtanen, P. 2009. Alkoholiongelmat vaivaavat huono-osaisia - niin pääkaupunkiseudulla kuin muuallakin Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):2.

Ottawa Charter. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, World Health Organization.
Tulostettu 20.10.2011.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Pekkala, E. 2000. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: Voutilainen P., Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peipponen, A. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuvahoitotyö. Helsinki: Tammi, s. 58-68.

Pietilä, A-M. (toim.). 2010. Terveyden edistäminen -teoriasta toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pylkkönen, M., Vuori, J. & Kääriäinen M. 2010. Terveenä työttömyydestä. Vilppula: Edita Prima Oy.

Rehkopf, DH & Buka, SL. 2006. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. Psychological Medicine. 36(2):145-57.

Roelfs, D.-J., Shor, E., Davidson, KW & Schwartz, JE. 2011. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Social Science & Medicine. 72(6):840-54.

Salmela-Aro, K. 2010. Suomalaiset nuoret matkalla aikuisuuteen -hyvin vai pahoinvointia? Psykologia. 05-06/2010, 382-38).

STM. 2008. Kansallinen terveystarvotuksen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki.

Saikka, P.2011. Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut ja kuntoutus -tarkastelua siirtymämarkkinoiden kehikossa. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1), 55-64.

Saikka P.2009. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 22/2009.

Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J-P. 2009. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Julkaistu 14.9.2009, luettavissa sivustossa www.stiglitz-sen-fitoussi.fr

Suoninen, E., Lahikainen, A. & Pirttilä-Backman, A-M 2010. Hyvinvointi ja pahoinvointi. Teoksessa: Suoninen, E., Pirttilä-Backman, A-M., Lahikainen, A. & Ahokas, M. 2010. Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: WSOYpro Oy.

TEROKA-ohjelma 2008-2011. Kansallisten terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Tulostettu 20.10.2011.
http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/tervero_ohjelma.pdf

Terveyttä kaikille vuoteen 2000. 1986. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tilastokeskus. Itsemurhat. 2011. Viitattu 21.4.2012.
<http://www.findikaattori.fi/fi/10>

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. 2001. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4.

Vähätalo, K.1998. Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta. Gaudeamus, Tampere.

Wahlbeck, K. & Pirkola, S. 2008. Onko jo aika sulkea Psykiatriset sairaalat? Teoksessa: Ashorn, U. & Lehto, J. (Toim.) 2008, Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

World Health Organization (WHO), Geneva. Commission on Social Determinants of Health. (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2). Debates, policy & practice, case studies. Geneva. 2010. Viitattu 5.3.2012.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

Åkesson, K., Saveman, B-I. & Nilsson, G. 2007. Health care consumers' experiences of information communication technology - A summary of literature. International Journal of Medical Informatics 76, 633-645.

Kuviot

Kuvio 1: Kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten valinta vaiheittain soveltaen Kääriäinen ja Lahtisen (2006) runkoa	20
--	----

Taulukot

Taulukko 1:Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arviointi soveltaen Åkessonin ym.(2007) laatukriteerejä	21
Taulukko 2:Kvalitatiivisten tutkimusten laadun arviointi soveltaen Åkessonin ym.(2007) laatukriteerejä	22
Taulukko 3: Systemaattisen kirjallisuuskatsaukseen valittujen kvantitatiiviset tutkimusten tarkoitus, aineistot ja keskeiset tulokset (n=10)	27
Taulukko 4:Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen kvalitatiivisten tutkimusten tarkoitus, aineistot ja keskeiset tulokset (n=2)	27
Taulukko 5:Keskeiset tulokset ja ehdotukset	32

Liitteet

Liite 1: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luokittelurunko.....	45
Liite 2: Kirjallisuushakujen lukumäärä tietokannoittain.....	46
Liite 3: Mukaan valitut tutkimukset	48
Liite 4: Kuinka lukea laadun arvioinnin kriteerejä.....	50
Liite 5: Kuinka lukea laaduarvioinnikriteerejä	52

Liite 1: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luokittelurunko

Kirjallisuuskatsauksen luokittelurunko

1. Tutkimuksen tekijät _____

2. Tutkimuksen nimi _____

3. Maa, jossa tutkimus on tehty _____

4. Julkaisuvuosi _____

5. Tieteenala, jolle tutkimus on tehty _____

6. Tutkimuksen tarkoitus _____

7. Aineiston keruu _____

8. Aineiston analyysi _____

9. Keskeiset tulokset:

(a) Työttömyyden yhteys mielenterveyteen ja hyvinvointiin _____

(b) Pitkäaikaistyöttömille suunnatut terveys ja hyvinvointipalvelut _____

(c) Pitkäaikaistyöttömille suunnattujen terveys ja hyvinvointipalvelujen puutteet _____

10. Onko tutkimuksen luotettavuus esitetty, miten? _____

Liite 2: Kirjallisuushakujen lukumäärä tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulos	Valinnat
1. Arto	pitkäaikaistyö? pitkäaikaistyö and hyvinvointi pitkäaikaistyö? and syrjäyty?	Julkaisu 2006- 2006-2012	77	0
2. Cochrane library (terveysportti)	"long-term unemployment" "long-term Unemployed"	Ei rajauksia	40	1
3. Ebsco (Cinahl)	"long-term unemployed" "long-term unemployed"	2006-2012 Full text	12	0
4. Medline/ovid	"long-term unemployed" "without employment" "wellbeing"	2006-Current No related terms Full text	348	4
5. Linda	"pitkäaikaistyö? mielentervey?" "pitkäaikaistyö? and terveys" "pitkäaikaistyö? and syrjäyty?" "mielentervey? työ?"	2006-2012 opinnäytteet	220	4 1 sama kuin 4
6. Medic	"päihdeongel *työt*" "terveys and työttöm*" "pitkäaikaistyöttö*" "mental health" "alcohol"	2006-2012 alkuperäistutkimus	203	2

7. Google Sholar	pitkäaikaistyö? pitkäaikaistyötön + syrjäytyminen	2006-2012	646	5 4 samaa kuin 5
8. Manuaalinen haku Hoitotiede lehti	Pitkäaikaistyöttömien Terveysteen ja hyvinvointiin liittyviä tutkimuksia	2006-2012	0	0
9. Manuaalinen haku Tutkivahoitotyö lehti	sama kuin edellä	2006-2012	0	0
10. Manuaalinen haku Suomen lääkärilehti	sama kuin edellä	2006-2012	21	3 2 samaa kuin 6
11. Manuaalinen haku Yhteiskuntapolitiikka lehti	Sama kuin edellä	2006-2012	20	0

Liite 3: Mukaan valitut tutkimukset

Kvantitatiiviset tutkimukset aakkosjärjestyksessä:

1. Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S. C., Rodgers, B. & Broom, D. H. 2011. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. The Australian National University, Canberra.
2. Dragun, A., Russo, A. & Rumboldt, M. 2006. Socioeconomic stress and drug consumption: unemployment as an adverse health factor in Croatia. Ivo Pilar Institute of Social Sciences, Split Center, University of Split, Croatia. *Croat Medical Journal* Nr. 2006 47 s. 685-692.
3. Freyer-Adam, J., Gaertner, B., Tobschal, I. S. & John, U. 2011. Health risk factors and self-rated health among job-seekers. *BMC public health*. 2011 Aug 19;11:659.
4. Karjalainen, K. 2011. Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007: Ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteenlaitos. Väitöskirja.
5. Kerätär, R. & Karjalainen, V. 2010. Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriötä. *Lääkärilehti*. Vsk. 65. Nr: 45/2010. s. 3683 – 369
6. Manderbacka, K., Arffman, M., Karvonen, S. & Keskimäki, I. 2008. Huono-osaisuus terveydenhuollossa: sosioekonomiset erot elektiivisessä kirurgiassa. *Lääkärilehti*. Vsk. 63 Nr 22/2008. s. 2025–2031
7. Raatikainen, K., Heiskanen, N., & Heinonen, S. 2006. Does unemployment in family affect pregnancy outcome in conditions of high quality maternity care? *BMC Public Health*. 2006; 6: 46
8. Saikku, P. & Sinervo, L. 2010. Työttömien terveystalouden juurrutus: valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Raportti / Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) = Report / National Institute for Health and Welfare Helsinki : Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010 no. 42. luettavissa:
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818>

9. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & Mckee, M. 2009. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009/374 s.315-323

10. Vastamäki, J. 2009. Sense of Coherence and Unemployment (Koherenssin tunne ja työttömyys). Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Kvalitatiiviset tutkimukset aakkosjärjestyksessä:

1. Lindroos, S. 2010. Liikunta-aktiivisuuden lisääminen: pitkäaikaistyöttömien kokemuksia tuetulta liikuntajaksolta. 2010. Liikuntapedagogiikan pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

2. Silvennoinen, P. 2007. Ikä, identiteetti ja ohjaava koulutus: ikääntyvät pitkäaikaistyöttömät oppimisyhteiskunnan haasteena. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Liite 4: Kuinka lukea laadun arvioinnin kriteerejä

Kvantitatiivinen tutkimus

1. Oliko osallistujien hankkiminen raportoitu?
2. Satunnaistamisella tarkoitetaan tutkittavien jakamista ryhmiin sattuman määräämällä tavalla? Satunnaistamisen tarkoituksena on estää tutkimusharha. Tietokoneella arvottu satunnaistamisjärjestelmä on pätevä. Epäpätevänä satunnaistamismenetelmänä voidaan pitää esim. syntymäpäivän mukaan tutkimukseen valikoituneita.
3. Alkumittaustulosten tai tilastoihin perustuviin tutkimusten lähtötilanteen eli verrattavuuden täytyy olla samanlainen ryhmien välillä. Esimerkiksi tutkittavien ikä, sukupuoli, siviilisäätö.
4. Koehenkilöiden tulokset analysoidaan ja raportoidaan niissä ryhmissä, joihin heidät on alun perin valittu. Riippumatta siitä toteutuiko tutkimus suunnitellulla tavalla tai tapahtuiko lisäinterventioita.
- 5-6. Oliko seuranta-tutkimuksessa raportoitu keskeyttäneiden määrä ja keskeyttämisen syyt? Oliko tilastollisissa analyyseissä raportoitu, joidenkin ryhmien ulkopuolelle jääminen? Oliko ulkopuolelle jättämisen syyt perusteltu? Aiheuttiko keskeyttäminen seuranta-tutkimuksissa tai ryhmien ulkopuolelle jättäminen tilastoihin perustuvissa tutkimuksissa julkaisuharhaa?
7. Sokkoutuksen tarkoituksena on vähentää tutkimuksen tekijöiden sekä potilaan ennakkokäsitysten vaikutusta tuloksiin. Yksöissokkotutkimuksessa tutkittava ei tiedä mihin ryhmään hän kuuluu. Kaksoissokkotutkimuksessa tutkija eikä tutkittava tiedä mihin ryhmään tutkittava kuuluu. Avoimessa tutkimuksessa tutkija ja tutkittava tietävät mihin ryhmään tutkittava kuuluu.
8. Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä tulee pohtia, että tutkimus on toteutettu ammattitaitoisesti, laadukkaasti, luotettavasti, rehellisesti ja avoimesti. Tutkimuksen tulee olla toistettavissa.
9. Seuranta-aika yli 12 kk.
10. Oliko tutkimuksissa kuvattu luottamusväli (*confidence interval*) ja luottamustaso (*confidence level*). Luottamusväli kertoo millä välillä tunnusluvun arvo on tietyllä

todennäköisyydellä. Luottamustaso kertoo yleensä prosentteina, millä todennäköisyydellä perusjoukkoa kuvaava tunnusluku on luottamusvälillä.

11. Tulostamien ajoitus tulee olla samanaikaista kaikissa ryhmissä sekä tulostimissa.

12. Voiko tuloksia soveltaa omiin potilaisiin/ asiakkaisiin tai suomalaisen väestöön?

13. Voima ilmoitetaan tutkimuksissa yleensä prosentteina. Mitä suurempi voima tutkimuksella on, sitä pienemmällä todennäköisyydellä tutkija tekee virheen. Voima-analyysi on otoskoon ohella keskeinen tilastollisessa tutkimuksessa. Voima-analyysi ilmoittaa, millä todennäköisyydellä käytetyllä aineistokoolla ja tilastollisella merkittävyydellä voidaan todeta tietyn suuruinen vaikutus.

14. Oliko aineisto eli otoskoko riittävän suuri? Otoskoon kasvaessa keskivirhe pienenee. Samankokoisilla otoksilla voidaan arvioida väestömäärältään erikokoisissa valtioissa lähes samalla tarkkuudella. Otoskoon arviointi on tutkimuksen suunnittelussa keskeinen kysymys.

15. Oliko tutkittavan tekijän osuus kliinisesti merkittävä? Osoittiko tutkimuksen lopputulos kliinisesti hyötyä tai haittaa?

Liite 5: Kuinka lukea laaduarvioinnikriteerejä

Kvalitatiivinen tutkimus

1. Onko tutkimusongelma määritelty selkeästi? Onko tutkimuksen tarpeellisuus perusteltu?
2. Satunnaistamisella tarkoitetaan tutkittavien jakamista ryhmiin sattuman määräämällä tavalla? Satunnaistamisen tarkoituksena on estää tutkimusharha. Tietokoneella arvottu satunnaistamisjärjestelmä on pätevä. Epäpätevänä satunnaistamismenetelmänä voidaan pitää esim. syntymäpäivän mukaan tutkimukseen valikoituneita.
3. Oliko tutkimukseen hyväksytyjen mukaanotto- ja poissulkukriteerit hyväksyttäviä?
- 4-5. Oliko tutkimuksissa kuvattu käytettävä laadullinen analyysimenetelmä, analyysimenetelmän soveltaminen tutkimukseen, aineiston keruusuunnitelma, perusaineisto, otoksen kuvaus ja perustelut, tarvittaessa aineiston täydentämisuunnitelma, analyysin sovellussuunnitelma? Oliko käytetyt metodit perusteltuja?
6. Aineistonkeräämisen ja analysoinnin tarkka kuvaaminen, jotta tutkimus voidaan toistaa.
7. Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä tulee pohtia, että tutkimus on toteutettu ammattitaitoisesti, laadukkaasti, luotettavasti, rehellisesti ja avoimesti. Tutkimuksen tulee olla toistettavissa.
8. Seuranta-aika yli 12 kk.
9. Onko aineiston kerääminen kuvattu?
10. Onko aineiston analyysi kuvattu? Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.
11. Tutkimuksen luotettavuudessa kiinnostaa tutkimustulosten ja tutkittavan todellisuuden toisiaan vastaavuus. Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineistoon ja tutkimusmenetelmiin sekä tutkimustulosten esittämiseen
12. Tuottiko tutkimus uutta tietoa? Osoittiko tutkimuksen lopputulos kliinisesti hyötyä tai haittaa?

13. Ovatko tutkimuksen tekijät vertailleet tuloksia muihin tutkimustuloksiin? Ovat tekijät pohtineet, miten he voisivat kehittää tutkimusotetta ja, miten tulosten soveltuvuutta voidaan hyödyntää käytännön tasolla?

14. Ovatko tutkimuksen tekijät pohtineet käytettyjä metodeita?

15. Voiko tuloksia soveltaa omiin potilaisiin/ asiakkaisiin tai suomalaiseen väestöön?