

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPEUTTISEEN LÄHESTYMISTAPAAN
PERUSTUVAN RYHMÄINTERVENTION YHTEYS TYÖIKÄISTEN KOETTUUN
ELÄMÄNLAATUUN**

Jaana Venäläinen
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Preventiivinen hoitotiede
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Huhtikuu 2021

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	2
2	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Hyvinvointi, elämänlaatu ja sen mittaaminen	3
2.2	Positiivinen psykologia ja mielen hyvinvointi	6
2.3	Työikäisten terveys.....	9
2.4	Työikäisten terveyden edistäminen	11
2.5	Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen lähestymistapa.....	13
2.5.1	Tiedonhaun toteutus	15
2.5.2	Katsaukseen valittujen artikkeleiden kuvaus	18
2.5.3	Työikäisten elämänlaadun muutokset HOT-interventioissa	19
2.6	Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	22
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	24
4	AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	25
4.1	Tutkimuksen aineisto.....	25
4.2	Tutkimusasetelma ja -menetelmät	26
4.3	Aineiston analyysi	27
5	TULOKSET	30
5.1	Tutkimukseen osallistuneiden sosiodemografiset taustatekijät	30
5.2	HOT -ryhmäintervention yhteys koettuun elämänlaatuun	31
5.3	Sosiodemografisten taustatekijöiden yhteys koettuun elämänlaatuun	33
5.4	Yhteenveto tuloksista	35
6	POHDINTA	37
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua	37
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	44
6.3	Tutkimuksen tietosuoja ja eettisyys.....	48
7	JOHTOPÄÄTÖKSET, SUOSITUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	50
	LÄHTEET	51

LIITTEET

- Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset
- Liite 2. Tutkimuksen saatekirjeet ja suostumus osallistumisesta
- Liite 3. Keskiarvot ja hajonnat väittämittäin alkua- ja loppukyselyssä
- Liite 4. WHOQOL-BREF-Elämänlaatumittari-lyhyt versio
- Liite 5. Sosiodemografiset taustatekijät
- Liite 6. Sukupuolen yhteys elämänlaatuun
- Liite 7. Ikäryhmän yhteys elämänlaatuun
- Liite 8. Koulutustason yhteys elämänlaatuun
- Liite 9. Työmarkkina-aseman yhteys elämänlaatuun
- Liite 10. Siviilisäädyn yhteys elämänlaatuun
- Liite 11. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus

Venäläinen, Jaana**Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttiseen lähestymistapaan perustuvan ryhmäintervention yhteys työikäisten koettuun elämänlaatuun**

Pro gradu -tutkielma, 59 sivua, 11 liitettä (19 sivua)

Ohjaajat:

TtT, Yliopistonlehtori Ari Haaranen, TtT, Yliopistonlehtori, dosentti Päivi Kankkunen

Huhtikuu 2021

Työelämä on voimakkaassa muutoksessa. Työelämän osaamisvaatimukset, kiire sekä epävarmuus kasvavat ja lisäävät henkistä kuormittavuutta ja psyykkistä oireilua. Lisäksi psyykkistä ahdistusta lisäävät globaalit tämän ajan ongelmat, kuten ilmastonmuutos ja pitkittynyt pandemia. Masennus sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat eniten työkyvyttömyyttä ja masennuksen vuoksi jää 5000 suomalaista vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hyväksymis- ja omistautumisterapeuttiseen lähestymistapaan perustuvan, 1. askel Pysyvään muutokseen, ryhmäintervention yhteyttä työikäisten koettuun elämänlaatuun sekä arvioida sosiodemografisten taustatekijöiden yhteyttä tulokseen. Intervention keskiössä oli psykologisen joustavuuden harjoittelu. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää työikäisten terveyden edistämistyön kehittämisessä. Aineisto kerättiin WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarilla sähköisenä kyselynä kesäkuun 2019 ja lokakuun 2020 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistui 73 kurssilaista (naisia 88 %) ja vastausprosentti oli 39,3. Aineisto analysoitiin IBM Statistic SPSS 27-ohjelmalla.

HOT-lähestymistapaan perustuva ryhmäinterventio paransi merkittävästi interventioon osallistuneiden työikäisten koettua elämänlaatua sekä tyytyväisyyttä terveyteen. Elämänlaatu parani huolimatta fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyneistä haasteista. Suurin positiivinen muutos havaittiin osallistujien psyykkisellä ulottuvuudella, jossa 67 % vastaajista koki elämänlaatunsa parantuneen intervention jälkeen. Taustatekijöistä elämänlaatuun kohentavasti olivat yhteydessä sukupuoli, avioliitto, koulutus sekä ikä. Erityisesti HOT-interventiosta hyötyivät nuorempien ikäryhmien työssäkäyvät, koulutetut ja naimisissa olevat naiset. Osallistujien elämänlaatua verrattiin väestötason vastaaviin keskiarvoihin ja havaittiin sen olevan matalampi vielä intervention jälkeenkkin.

Työikäisten koettu elämänlaatu/hyvinvointi on yhteydessä terveyttä edistävään käyttäytymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Mielen resursseja voidaan vahvistaa monin tavoin ja tämä tulisi huomioida kaikessa terveyttä edistävässä toiminnassa. HOT-interventiot tarjoavat tähän uuden näyttöön perustuvan menetelmän, jonka sovellusmahdollisuudet ovat lähes rajattomat. Jatkotutkimusta tarvitaan HOT-intervention mahdollisuuksista vahvistaa mielen vastavoimavaroja (resilienssi, koherenssi ja positiivinen mielenterveys) ja niiden yhteydestä suomalaisten työ- ja toimintakykyyn sekä hyvinvointiin. Lisäksi koetun elämänlaadun ja hyvinvoinnin selkeämpi käsitteellistäminen vaatii vielä monitieteistä tutkimusta.

Asiasanat: Koettu elämänlaatu, hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen lähestymistapa, työikäiset

Faculty of Health Sciences
Department of Nursing Science
Nursing Science
Preventive Nursing Science

Venäläinen Jaana

The Connection between a Group Intervention Based on the Acceptance and Commitment Therapy Approach and the Self-rated Quality of Life of Working Age People

Supervisors:

Master's thesis, 59 pages, 11 appendices (19 pages)
PhD, University lecture, Ari Haaranen and PhD, University lecture, docent, Päivi Kankkunen

April 2021

Working life is in a significant transformation. Learning requirements, urgency and uncertainty in working life are growing, resulting in increasing emotional strain and mental symptoms. Global problems of this era, such as climate change and the prolonged coronavirus pandemic, also contribute to mental distress. Depression and musculoskeletal diseases are the most common cause of disability; annually, 5,000 Finns retire early from the workforce due to depression.

The purpose of this study was to describe the connection of the Step 1 towards a Permanent Change group intervention based on the acceptance and commitment therapy (ACT) approach with the self-rated quality of life among people of working age and to assess how socio-demographic background variables affected the results. Psychological flexibility practices were at the focus of the intervention. The aim was to produce knowledge for developing the health promotion activities aimed at the working age population. Data were collected with an electronic survey based on the WHOQOL-BREF quality of life scale between June 2019 and October 2020. In total, 73 course participants (88% female) participated in the study, making the response rate 39.3 per cent. The data were analysed using the IBM Statistic SPSS 27 software.

The group intervention significantly improved the self-rated quality of life and satisfaction with health among intervention participants. Their quality of life had improved despite challenges related to physical and mental health. The most notable positive change occurred in the mental dimension, where 67% of the respondents felt their quality of life had improved since the intervention. The variables with a positive correlation with quality of life were gender, marital status, education and age. The ACT intervention was particularly beneficial for employed, educated and married women in the younger age groups. The participants' quality of life was compared to the corresponding population averages and continued to be lower after the intervention.

The self-rated quality of life/wellbeing of the working age population is connected with health-promoting behaviour and physical functioning. Mental resources can be strengthened in many ways, which should be taken into account in all health promoting activities. ACT interventions provide a new, evidence-based method with nearly unlimited application possibilities. There is need for further research on the opportunities of the ACT interventions to strengthen mental counter resources (resilience, coherence, positive mental health) and their connection with Finnish people's work ability, functional capacity and wellbeing. Clearer conceptualisation of self-rated quality of life and wellbeing also requires further multidisciplinary research.

Keywords: Perceived quality of life, acceptance and commitment therapy, working age people

1 JOHDANTO

Työelämä on voimakkaassa muutoksessa. Työelämän epävarmuus on lisääntynyt samalla kun osaamisvaatimukset kasvavat ja työntekemisen tavat muuttuvat (STM 2015, 18–23). Lisäksi työn ja vapaa-ajan erottaminen toisistaan on tullut entistä vaikeammaksi (Salmela-Aro & Nurmi 2017, 250). Väestö myös ikääntyy nopeasti (Findikaattori 2020) ja terveyden jakautumisessa on nähtävillä polarisoitumista (Karvonen ym. 2019, 101–114). Työelämässä työtahdin ja kiireen ennustetaan kasvavan vuoteen 2025, minkä arvioidaan lisäävän sairauspoissaoloja (STM 2015, 13, 35). Työkyvyttömyyttä aiheuttavat eniten mielenterveyshäiriöt ja sen jälkeen tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULE) (Findikaattori 2019). Mielenterveyshäiriöistä johtuvat sairauspoissaolot ovat kasvaneet 43 prosenttia vuosina 2016–2019 kohdistuen nuoriin ja varhaiskeski-ikäisiin (Kela 2019). Masennuksen on ennustettu nousevan maailmanlaajuisesti merkittävimmäksi toimintakyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairaudeksi vuoteen 2030 mennessä. Masennuksen vuoksi myönnettyjen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden suhteellinen osuus on kaksinkertaistunut viimeisten 20 vuoden aikana ja masennuksen vuoksi jää työkyvyttömyyseläkkeelle vuosittain noin 5000 suomalaista. (Tarnanen ym. 2015.)

Työolotutkimusten mukaan työn henkinen kuormittavuus on lisääntynyt selkeästi vuodesta 2016. Kuormitus on lisääntynyt varsinkin ylempien toimihenkilöiden ja erilaisissa asiantuntijatehtävissä toimivien keskuudessa, naisilla hieman enemmän kuin miehillä. (Keyriläinen 2020.) Henkinen rasittavuus näyttää tutkimusten mukaan kasautuvan yleisimmin ihmissuhdetyötä sisältäviin naisvaltaisiin ammatteihin, joissa kiire leimaa työtä (Lehto ym. 2015, Keyriläinen 2020). Psykkistä kuormitusta ja ahdistusta (Wang ym. 2020, Kroska ym. 2020, Mieli 2021) on lisännyt myös keväällä 2020 levinnyt COVID-19-pandemia (THL 2020a).

Terveys liitetään osaksi koettua hyvinvointia ja elämänlaatua (Karvonen 2019, 96) jonka tärkeä osa mielenterveys on (Wahlbeck ym. 2017, WHO 2018). Koettu terveys on merkityksellinen asia, koska se ennustaa tutkimusten mukaan terveystalouden käyttöä, fyysistä toimintakykyä ja kuolleisuutta (THL 2019a). Positiivinen psykologia, uusi laajeneva tieteenhaara, tavoittelee ihmisen vahvuuksien löytämistä, jotka edistävät niin omaa kuin yhteisöjen hyvinvointia (Uusitalo-Malmivaara 2015, 19). Positiivisen mielenterveyden on havaittu olevan yhteydessä parempaan elämänlaatuun ja terveyttä edistävään käyttäytymiseen

(THL 2020b). Lisäksi positiivisen mielen terveyden on havaittu ennustavan fyysistä terveyttä sekä olevan myös yhteydessä vähäisempään kuolleisuuteen (Keyes ym. 2012).

Mielen terveydestä ja mielen hyvinvointia voidaan vahvistaa ja ylläpitää omalla tietoisella toiminnalla kuten liikunnalla, ruokavaliolla ja riittäväällä unella (Wahlbeck ym. 2015, Korkeila 2017). Näiden lisäksi mielen hyvinvointia voidaan hoitaa myös muilla menetelmillä kuten tietoisuustaitoharjoittelulla ja automatisoituneiden ajattelu- ja toimintatapojen tarkastelulla (Hayes ym. 2006, Iani ym. 2017, Tuomisto & Lappalainen 2020, 92–93). Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT) perustuvissa menetelmissä pyritään psykologisen joustavuuden parantamiseen (Hayes ym. 2006) ja niitä on sovellettu tuloksellisesti erilaisissa ongelmissa ja sairauksissa (Sairanen ym. 2017, Kent ym. 2019, Craner ym. 2019). Menetelmä soveltuu myös mielen voimavarojen (Korkeila 2017, Tuomisto & Lappalainen 2020, 92–93), psykologisen hyvinvoinnin sekä terveystyöskäytännön kohentamiseen (Hayes ym. 2006, Tuomisto & Lappalainen 2020, 100–102).

Muuttuvassa työ- ja toimintaympäristössä työikäisten mielen voimavarat ja selviytymiskyky ovat entistä merkittävämmässä roolissa terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä. Työikäisten koettu elämänlaatu, terveys ja hyvinvointi ovat tärkeitä yhteiskunnan resursseja, jotka summautuvat hyvänä työkykynä ja terveytenä. (Korkeila 2017, Wahlbeck ym. 2017.) Kuitenkin mielen pahoinvoinnin mittaaminen on ollut suositumpaa kuin mielen hyvinvoinnin mittaaminen (Wahlbeck ym. 2017, Coto-Lesmes ym. 2020, Lappalainen ym. 2014). Suomalaisessa hoitotieteessä tehdään edelleen vähän pitkäaikaisia ja kokeellisia tutkimuksia (Stolt ym. 2018), vaikka niille on ollut kasvava tarve jo pidemmän aikaa (Pölkki ym. 2004). Siksi on perusteltua tutkia mielen hyvinvoinnin tukemiseen kohdennettuja uusia interventioita ja niiden mahdollisuuksia parantaa koettua elämänlaatua/hyvinvointia sekä työssä jaksamista (Pölkki ym. 2004, Miettinen ym. 2005, 33–34). HOT-lähestymistapaan perustuvat interventiot tarjoavat lukuisia sovellusmahdollisuuksia tähän kehitystyöhön (Tuomisto & Lappalainen 2020, 101). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja arvioida Palkansaajien hyvinvointi ja terveys ry:n (PHT) työikäisille suuntaaman HOT-lähestymistapaan perustuvan, 1. askel Pysyvään muutokseen, ryhmäintervention yhteyttä työikäisten koettuun elämänlaatuun/hyvinvointiin (PHT 2020).

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hyvinvointi, elämänlaatu ja sen mittaaminen

Pohjoismainen hyvinvointitutkimus on perustunut huono-osaisuuden objektiiviseen määrittelyyn, mutta osa näistäkin tiedoista perustuu ihmisille tehtyihin kyselyihin. Suomessa on erilaisia tietopankkeja, jotka sisältävät hyvinvointiin liitettäviä tunnuslukuja: Findikaattori (2020), Sotkanet (2020), Terveys- ja hyvinvointi (2019) sekä Tilastokeskus (2019). Kaikilla mainituilla tietopankeilla on oma näkökulmansa hyvinvoinnin kuvaamiseen ja niiden katsaukset perustuvat erilaisista rekistereistä ja tilastoista kerättäviin objektiivisiin tietoihin, joissa ei painotu koettu hyvinvointi. Poikkeuksena näistä Terveys- ja hyvinvointilaitoksen (THL) Hyvinvointikompassi (2018). (Karvonen 2019, 97.)

Bruttokansantuotteella on mitattu yhteiskuntien hyvinvointia jo 1930-luvulta lähtien. Sen saavuttaessa tietyn tason, koettu hyvinvointi ei enää lisääntynyt. Suomen kansantuote ylitti tuon tason jo 1960-luvun lopulla. Korkean elintason maissa tämä lähestymistapa ei enää riitä ja se on saanutkin ansaittua kritiikkiä. Elintason liittyvien perustarpeiden tyydyttymisen jälkeen keskeisiksi hyvinvointitekijöiksi muodostuvat terveys, ihmissuhteet, osallisuus ja mielekäs tekeminen. Kattavan kuvan saaminen hyvinvoinnista edellyttääkin nykytiedon mukaan monipuolisten sosio-ekonomisten mittareiden yhdistämistä ihmiselle tärkeisiin arvoihin ja subjektiivisiin elämänlaatukokemuksiin. (Vaarama ym. 2010, 12–14.)

Sosiologi Erik Allardt (1976) tutki hyvinvointia erillisenä aineellisista tekijöistä (taloudellinen tilanne, työ, toimeentulo, terveys) jo yli neljäkymmentä vuotta sitten. Hän kuvasi nelikentässään (Allardt 1976, 52–53) hyvinvoinnin ja onnellisuuden sekä elintason ja elämänlaadun käsitteet, ja niiden aineelliset sekä aineettomat sisällöt. Mallissa aineellisia resursseja (elintaso ja elämänlaatu) arvioitiin objektiivisesti mutta myös itsenäisenä subjektiivisena kokemuksena. Tutkija määritteli onnellisuuden hetkelliseksi ja katoavaksi kokemukseksi, jonka vaikutukset ja syiden arviointi ei ole tärkeää. Kun taas aineellisen hyvinvoinnin muutoksissa syiden ja vaikutusten arviointi on mahdollista. Hänen laajasti tunnettu hyvinvointimallinsa muodostui erityyppisten tarpeiden määrittelystä kolmeen perusluokkaan: elintaso (having), yhteisyyssuhteet (loving) ja itsensä toteuttaminen (being). Tässä näkökulmassa yksilön tarpeiden tyydyttyminen tuo ihmiselle resursseja ja käyttövoimaa, joilla voi saavuttaa muita arvoja. (Allardt 1976, 32–38.)

WHO:n (2018) mukaan mielenterveys on olennainen osa kokonaisterveyttä ja hyvinvointia. Tällöin ihmisellä on mahdollisuuksia tunnistaa ja käyttää omia vahvuuksiaan ja hyödyntää henkisiä voimavarojaan. Hyvinvoiva ihminen myös selviytyy työn ja arjen tavanomaisista haasteista, pystyy toimimaan ja vaikuttamaan yhteisössään rakentavalla tavalla sekä pystyy nauttimaan elämästä. (WHO 2018.) Mielenterveyttä kuvaava käsitteistö ei ole yksiselitteinen. Mielenterveys yläkäsitteenä sisältää useita ulottuvuuksiltaan erilaisia myönteistä ulottuvuutta kuvaavia synonyymeja kuten psyykinen hyvinvointi, mielen hyvinvointi ja positiivinen mielenterveys. Kielteisiä psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuuksia kuvaavat erilaiset mielenterveyden ongelmat ja diagnostiset kriteerit täyttävät häiriöt. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, Wahlbeck ym. 2017.)

Hyvinvointi käsitteenä on monitahoinen ja sen tulkinta riippuu missä kulttuurissa, viitekehysessä, teoriaperinteessä tai millä tunnusluvuilla sitä tarkastellaan (Kestilä & Karvonen 2019, 96–97). Hyvinvointi ymmärretään helposti eri tavoin myös arkipuheessa ja tutkijakielessä (Kestilä & Karvonen 2019, 96). Arkikielessä hyvinvointia kuvataan usein mielihyvällä ja fyysisillä nautinnoilla (Ryan & Deci 2001, Wahlbeck ym. 2015). Pohjoismaisessa tutkimuksessa hyvinvointi on laaja-alainen käsite, joka jakautuu terveyteen, aineelliseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin ja sosiaaliseen identiteettiin. Nämä yksilön resurssit summautuvat koettuna hyvinvointina tai onnellisuutena. (Kestilä & Karvonen 2019, 96.) Suomessa hyvinvointi käsite viittaa niin yksilölliseen hyvinvointiin kuin myös yhteisötason hyvinvointiin. Yhteisötasolla hyvinvointiin liitetään elin- ja työolot, työllisyys sekä toimeentulo. Yksilölliseen hyvinvointiin liitetään itsensä toteuttaminen, sosiaaliset suhteet, sosiaalinen pääoma sekä onnellisuus. (Kestilä & Karvonen 2019, 96, THL 2019b.)

Elämänlaatu rinnastetaan usein koettuun hyvinvointiin. Vuosikymmeniä kestänyt tutkimus ei ole kuitenkaan pystynyt luomaan sille omaa määritelmää tai teoreettista pohjaa, vaan se riippuu näkökulmasta, viitekehuksesta ja kontekstista, missä elämänlaatukäsitettä käytetään. (Vaarama ym. 2014, 22, THL 2015a.) Kokonaisvaltainen lähestymistapa elämänlaatuun rakentuu objektiivisista havainnoista ja subjektiivisista kokemuksista: terveydestä, materialistisesta hyvinvoinnista, hyvän elämän odotuksista, ihmissuhteista, mielekkästä tekemisestä, omanarvontunnosta, osallisuudesta, yhdenvertaisuuden kokemisesta sekä palvelujärjestelmän toimivuudesta. Sosioekonomisilla taustatekijöillä (koulutus, ammatti, työelämästatus) sekä aineellisella hyvinvoinnilla (tulot, omaisuus, asumistaso) on tutkimusten

mukaan johdonmukainen yhteys terveyteen ja koettuun hyvinvointiin. (Vaarama ym. 2014, 22–23, Saikkonen ym. 2019, 332–344.)

Kokemuksellisen hyvinvoinnin on havaittu koostuvan yksilön ulkopuolella olevien tekijöiden (työ, talous, palvelujen saatavuus) lisäksi myös ihmisten sisäisistä ominaisuuksista, resursseista ja arvoista sekä niihin liittyvistä tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden kokemuksista. Ihmisten subjektiivisiin hyvinvointikokemuksiin vaikuttavat myös lähiyhteisöjen vastaavat kokemukset. (Kunnari & Suikkanen 2013.) Ihmisellä on oletuksia siitä minkälainen hänen hyvinvointinsa, terveytensä ja elintasonsa tulisi olla, kun hän peilaa sitä ympäröivään yhteisöön. Niukempikin elanto koetaan tyydyttävänä, jos se vastaa yhteisön jäsenten tilannetta. Myös hyväkuntoinen seniori voi kokea terveytensä hyväksi, vaikka ikä olisikin tuonut terveydellisiä ongelmia. (Vaarama ym. 2010, 13.) Kokemuksellisen hyvinvoinnin käsitteellistämiseen ja sitä kuvaavien keskeisten indikaattorien tunnistamiseen liittyvä tutkimus on tärkeää käsitteiden selkeämmälle määrittelylle ja hyödyntämiselle terveydenedistämistyössä (Kunnari & Suikkanen 2013).

Elämänlaatua ja hyvinvointia voidaan tutkia erilaisilla mittareilla, joskin mielenterveyden häiriöiden mittaaminen on kuitenkin ollut vielä tutkimuksissa suosittu lähestymistapa kuin mielen hyvinvoinnin arviointi (Wahlbeck ym. 2017). Osa elämänlaatumittareista sopii kaikille tautiryhmille ja ne mittaavat elämänlaatua yleisellä tasolla, kuten Suomessa käytetty lyhennetty, 26 väittämää sisältävä, WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari (Whoqol group 1996, 1998) sekä RAND-36-mittari (RAND-36) (Hays ym. 1993). Short Form-36 (SF-36) elämänlaatumittari (Hays ym. 1993) on identtinen RAND-36-mittarin kanssa, mutta mittari on tunnetumpi SF-36-nimellä kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Nämä itse täytettävät mittarit soveltuvat aikuisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksiin sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arviointiin. Niiden täyttämiseen kuluu aikaa keskimäärin 5–10 minuuttia ja WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari voidaan täyttää myös haastattelemalla. (Vaarama ym. 2010, 130, THL 2020c.)

WHOQOL-BREF-mittaria (Whoqol group 1996, 1998) käytettiin ensimmäisessä suomalaisen aikuisväestön elämänlaatua moniulotteisesti tarkastelevassa haastattelututkimuksessa vuonna 2009 (Vaarama ym. 2010, 126–149). Tutkimus tuotti suomalaisen väestön elämänlaadun ikä- ja sukupuolittaiset keskiarvot 18–98-vuotiaille, jotka ovat edelleen käytössä (Vaarama ym. 2010, 132, THL 2020c). Tutkimus toistettiin haastattelututkimuksena vuonna 2013, mutta siinä käytettiin WHOQOL-BREF-mittarista lyhennettyä EuroHIS-8-

elämämäärämittaria, joka on kahdeksan muuttujan malli (Nosikov & Gudex 2003, 160–161, THL 2020c) ja vertailukelpoinen yhteisten muuttujien osalta (Nosikov & Gudex 2003, 147–148, Vaarama ym. 2014, 23–24). Tutkimuksissa todettiin suomalaisten elämänlaadun olevan kokonaisuutena hyvällä tasolla eikä vuosien 2009 ja 2013 välillä havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta. Ainoastaan tyytyväisyyttä terveyteen ja elämänlaatua kuvaavat ikäryhmittäiset ja sukupuolittaiset keskiarvot laskivat iän myötä hieman. Vanhimmassa ikäryhmässä (80+) tarmo ja toimintakyky säilyivät ennallaan (fyysinen ulottuvuus), mutta tyytyväisyys ihmissuhteisiin (sosiaalinen ulottuvuus) ja asuinympäristön olosuhteisiin/saatavilla oleviin palveluihin sekä taloudelliseen selviytymiseen (elinympäristö) olivat heikentyneet selvästi. (Vaarama ym. 2014, 25–26.) Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos on käyttänyt lyhyttä EuroHIS-8-mittaria (Nosikov & Gudex 2003, 160–161, THL 2020c) myöhemmissä väestön elämänlaadun kartoituksissa (Murto ym. 2018). Kansaneläkelaitos (Kela) on käyttänyt 26-muuttujan WHOQOL-BREF-mittaria yhtenä kuntoutuksen arviointimenetelmistä esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairaiden, reumaa ja mielenterveyden häiriöitä sairastavien aikuisten kuntoutuskursseissa. (Kela 2020.)

Näiden lisäksi on kehitetty geneerisiä, eri tautiryhmiin soveltuvia terveyteen liittyviä elämänlaatumittareita. Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi elämänlaatu aivovamman jälkeen (QOLIBRI) tai psykoterapian vasteen mittaamiseen kehitetty Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome (CORE-OM). (THL 2020c.) Uudempia tulokkaita positiivisen mielen hyvinvoinnin mittaamiseen on Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) joka sisältää hedonisen (hyvä olo, onnellisuus) ja eudaimonisen (elämän merkityksellisyys) näkökulman (Wahlbeck ym. 2017). Mittarin lyhennettyyn versioon on saatu lupa suomentamiseen vuonna 2011. Sitä on käytetty ensimmäisen kerran vuonna 2012 THL:n Mielen tukihankkeen Lapin väestötutkimuksessa ja useissa tutkimuksissa senkin jälkeen. (Appelqvist-Schmidlechner 2015.) Lisäksi on kehitetty mittareita arvioimaan muitakin mielen hyvinvointiin liitettyjä psyykkisiä ominaisuuksia, kuten resilienssiä (Gooding ym. 2012, Kong ym. 2015) ja koherenssin tunnetta (Antonovsky 1996, Behnke ym. 2019).

2.2 Positiivinen psykologia ja mielen hyvinvointi

Positiivinen psykologia on kehittynyt tällä vuosituhannella uudeksi, kehittyväksi ja laaja-alaiseksi tieteenhaaraksi, joka tutkii ihmisten ajattelua ja käyttäytymistä erilaisissa yhteyksissä ja yhteisöllisellä tasolla. Positiivinen psykologia tarkastelee ja tutkii keinoja lisätä

yksilön mielen eheyttä, vahvuutta ja onnellisuutta, mielen sairauksiin keskittyneen psykologian rinnalla. (Lavikainen 2004, 38, Uusitalo-Malmivaara 2014, 18–26.)

Mielenterveyttä on totuttu tarkastelemaan jatkumona, jonka toisessa päässä on mielenterveyden häiriö tai sairaus, joka estää mielen hyvinvoinnin ja onnellisuuden kokemisen. Uuden näkemyksen mukaan ne eivät kuitenkaan sulje toisiaan pois. Positiivisen psykologian tutkimuksen tavoitteena on tarkastella mielen resurssien vahvistamista, eheytyksen edellytyksiä ja mahdollisuuksia tavoitella henkisen terveyden tilaa, jonka Keyes (2002) on nimennyt inhimilliseksi kukoistukseksi (flourishing). Tällöin ihmisellä on korkea emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin taso. (Uusitalo-Malmivaara 2014, 19, Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016.) Positiivisen mielenterveyden on havaittu olevan yhteydessä parempaan elämänlaatuun, fyysiseen terveyteen ja terveyttä edistävään käyttäytymiseen sekä kouluosaavutuksiin (THL 2020b).

Terveyslähtöinen (salutogeeninen) mielenterveys kuvataan yksilön ja koko yhteiskunnan kokonaisuhyvinvoinnin merkittäväksi resurssiksi ja voimavaraksi, joka ei poissulje sairauksia (Keyes 2002, Lavikainen 2004, 17). Se on hyvinvointia suojaava tekijä, jota voidaan tutkia, (Tennant ym. 2007) vahvistaa ja edistää siten myös sairauksista selviämistä ja toipumista (Wahlbeck ym. 2015, Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Salutogeeninen lähestymistapa mielenterveyteen pohjautuu Antonovskyn (1996) salutogeeniseen teoriaan, joka käsittelee terveyden syntymekanismia, terveyteen liittyviä voimavaroja ja niiden edistämistä. Keskeistä teoriassa on ihmisen vastavoimavarojen tukeminen ja vahvistaminen, mikä lisää koherenssin tunnetta sekä luottamusta vastoinkäymisistä ja elämästä selviämiseen. (Antonovsky 1996, Lindström & Eriksson 2010, 32–33.) Hyvä koherenssin tunne on kuin puskuri, joka auttaa stressaavissa tilanteissa löytämään tasapainon ja toiveikkuuden sekä on yhteydessä omaehtoiseen, terveyttä suojaavaan elintapaan (Eriksson & Lindström 2008). Salutogeeninen ajattelu lähtee terveydestä koko elämän kestäväksi oppimisprosessiksi, jossa yhdistyy ihmisen ja koko yhteiskunnan terveystieteelliset näkökulmat ja odotukset. Ihminen kuvataan tässä mallissa vastuullisena oman elämänsä aktiivisena subjektina, jolla on aina olemassa terveyttä myös sairastuttuaan. (Antonovsky 1996, Lindström & Eriksson 2010, 36.)

Ihmisen hyvinvointiin liitetään myös yksilön subjektiivinen onnellisuuden kokemus (Allardt 1976, 33, THL 2019b, Kestilä & Karvonen 2019, 96) jota pidetään tavoittelemisen arvoisena asiana (Martela 2014, 30), mutta sitä voidaan tarkastella kriittisistäkin näkökulmista (Gruber ym. 2011, Martela 2014, 30–45, Ojanen 2014, Appelqvist-Schmidlechner

ym. 2016). Onnellisuus jaetaan hedonistiseen ja eudaimoniseen hyvinvointiin. Hedonistinen hyvinvointi ilmenee hyvänä olona, nautintona ja onnellisuutena, laajempi eudaimoninen hyvinvointi liittyy tyytyväisyyteen omaan elämänlaatuun, toimintakykyyn sekä elämän kokemiseen merkityksellisenä. Onnellisuutta kuvataan myös hetkelliseksi ja ohimeneväksi psykologiseksi tilaksi, jonka voi määritellä vain ihminen itse. Onnellisuuden kokemus on yhteydessä aikaan, yhteiskuntaan sekä kulttuuriin, jossa ihminen elää. Tämän vuoksi sitä tulee myös tarkastella ja arvioida näissä viitekehyksissä. (Allardt 1976, 32–33, Martela 2014, 30–44.)

Käyttäytymisen motivaatio rakentuu psykologisten perustarpeiden tyydyttämisestä, minkä on havaittu olevan yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin. Sen on todettu selittävän valtaosan kokemistamme myönteisistä tunteista, subjektiivisesta hyvinvoinnista ja onnellisuuden kokemisesta. Näiden tarpeiden tyydyttäminen lisää sisäistä motivaatiota sekä itseohjautuvuutta ja saa ihmisen sitoutumaan omien arvojen mukaisiin tavoitteisiin, mikä tuo tyytyväisyyttä elämään. Myönteinen ja rakentava suhtautuminen omiin mahdollisuuksiin ja itsensä toteuttaminen rakentuvat autonomiasta eli mahdollisuudesta omaehtoiseen toimintaan, pystyvyyden tunteesta sekä yhteisöstä, jossa voi kokea hyväksytyksi tulemistä ja sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Nämä yhdistetään sisäisen motivaation, itsekontrollin, elinvoimaisuuden ja hyvinvointikokemuksen syntyymiseen ja ylläpitämiseen. (Baumeister & Leary 1995, Deci & Ryan 2000, Sheldon 2011.) Martela (2015, 68–71) liittää vielä edellä mainittuun motivaatioteoriaan hyvän tekemisen yhtenä psykologisena perustarpeena, millä on myös havaittu yhteys psykologiseen hyvinvointiin. Onnellisuuden tutkija Carol Ryff (1989) on kuvannut psyykkisen hyvinvoinnin rakentumista samansuuntaisesti, käyttäen kuutta osaa aluetta, jotka antavat uskoa omiin mahdollisuuksiin ja virheistä oppimiseen rakentavassa vuorovaikutuksessa. Tutkijan mukaan hyvinvointi koostuu itsensä hyväksymisestä, hyvistä vuorovaikutussuhteista, autonomiasta, ympäristön ja olosuhteiden hallinnasta, elämän tarkoituksen löytymisestä ja henkilökohtaisesta kasvusta. (Ryff 1989.)

Hyvään elämään kuuluu myös vaikeuksia ja menetysten kohtaamisia, joissa keskeistä on kyky selviytyä elämässä eteenpäin niiden kanssa ja niistä huolimatta. Tätä kykyä kutsutaan käsitteellä resilienssi, jonka synonyymina voidaan käyttää hyvää toipumis- ja palautumiskykyä, joustokykyä tai sinnikkyyttä hankalissa elämän muutostilanteissa (Korkeila 2017, Lippinen 2020, 23). Resilienssi koostuu omien ajatusten, tunteiden ja käyttäytymistapojen tunnistamisesta, itsesäätelytaidoista sekä oman energian hallinnasta. Lisäksi resilienssin

piirteisiin kuuluu optimismi ja joustavuus ajattelussa sekä omien, läheisten ja ympäristön vahvuuksien tunnistaminen ja kykyä käyttää niitä joustavasti. (Reivich ym. 2011, Korkeila 2017, Lipponen 2020, 23–26.) Tutkimalla aivojen spontaania aktiivisuutta ja sen heijastuksia resilienssiin, on havaittu myös yhteyksiä joustokyvyn tehokkuuden ja ihmisen kokeman elämän tyytyväisyyden välillä (Kong ym. 2015). Tätä joustavaa palautumiskykyä ja siihen liittyvää hyvinvointia voidaan kehittää mm. positiivisilla psykologisilla interventioilla, kuten mindfulness ja meditaatio harjoittelulla (Reivich ym. 2011, Korkeila 2017) sekä HOT-interventioilla (Towsyfyhan & Sabet 2017, Reyes ym. 2020). Resilienssin paraneminen on myös havaittu olevan yhteydessä masennusoireilun vähenemiseen (Brunwasser ym. 2015).

2.3 Työikäisten terveys

Pitkäaikaista tuki- ja liikuntaelinongelmaa sairastaa noin 1,7 miljoonaa suomalaista ja määrä uhkaa lisääntyä väestön ikääntyessä (TULE 2020). Lihavuus on TULE-ongelmien lisäksi myös suuri kansanterveydellinen ongelma, mikä liittyy kaikkiin ikäluokkiin ja on lisääntynyt työikäisessä väestössä vuodesta 2011. Varsinkin vyötärölihavuuden lisääntyminen on huolestuttavaa. (Lundqvist ym. 2018.) TULE-ongelmat ja ylipaino lisäävät, muiden riskitekijöiden ohella (tupakointi, alkoholin liikakäyttö), todennäköisyyttä sairastua yleisimpiin kansansairauksiimme kuten sydän- ja verisuonisairauksiin, diabetekseen, syöpään sekä muistisairauksiin (TULE 2020). TULE-ongelmat sekä ylipaino heikentävät myös elämänlaatua ja lisäävät riskiä sairastua mielenterveysongelmiin ja masennukseen (Tyrrell ym. 2019, TULE 2020). Työelämän henkinen kuormittavuus on noussut selkeästi viime vuosina (Keyriläinen 2020) ja työperäinen korkea stressi on havaittu myös riskitekijäksi syömiskäyttäytymisen muutoksille ja lihomiselle (Järvelä-Reijonen ym. 2016).

Koettu terveys tarkoittaa ihmisen ilmaisemaa omaa kokemusta yleisestä terveydentilastaan ja se on myös yleinen kansainvälisissä väestötason tutkimuksissa käytetty terveydentilan indikaattori. Mittari sisältää elintavat, toimintakyvyn, diagnostisoidut sairaudet sekä erilaiset oireet (THL 2015b). Indikaattori ennustaa yksilötasolla terveyspalveluiden käyttöä, laitoshoitoon joutumista, toimintakykyä ja kuolleisuutta. (THL 2019a.) Ihmisen subjektiivisesti kokema terveys ja sen yhteys toimintakykyyn ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen on monimutkainen yhtälö. Sen on kaavailtu syntyvän kognitiivisessa prosessissa, joka on yhteydessä yksilöllisiin kehollisiin tunteuksiin, niiden tulkintoihin ja mahdollisiin fysiologisiin

ja biologisiin taustoihin. Subjektiiivisesti koettua terveyttä muokkaavat myös ikä ja kulttuuri. (Jylhä 2009.) Kinnunen ym. (2011) tutkivat neljä vuotta kestäneessä seurantatutkimuksessaan koetun terveyden ja onnellisuuden välistä yhteyttä. Tutkijat havaitsivat positiivisen yhteyden näiden välillä, mutta vain onnellisuuden terveyttä lisäävästä yhteydestä, ei päinvastoin. Koetun terveyden ja hyvinvoinnin välisen prosessin syvällisempi ymmärrys ja hyödyntäminen terveydenedistämässä ja elämänlaadun parantamisessa vaatii ihmisten subjektiivisten kokemusten monitieteistä lähestymistapaa (Jylhä 2009).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamassa Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH) kerättiin tietoja aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja elinolosuhteista vuosina 2013–2016. Kerätyn aineiston mukaan kaksikymmentä vuotta täyttäneistä hieman yli puolet kokivat elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi. Koulutusryhmien väliset erot olivat kuitenkin edelleen suuria. Matalasti koulutetuista 47 % koki elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi, kun vastaava luku korkeasti koulutetuilla oli 57 %. (Murto ym. 2017.) Suomalaisen koetussa terveydessä ja koulutusryhmien välisissä eroissa ei ATH-tutkimuksen tarkastelujaksolla (2013–2016) ole tapahtunut suuria muutoksia. Terveytensä enintään keskitasoisesti koki 28 % 20–54 vuotiaista ja 47 % 55–74 vuotiaista suomalaisista. Koulutuksen määrä korreloi suoraan terveyden kokemiseen. Matalan koulutustason omaavista yli 40 % koki terveytensä enintään keskitasoisesti, kun vastaava luku korkeasti koulutetuilla oli 30 %. Alle 54-vuotiaista työkykynsä koki heikentyneeksi viidennes, kun vastaava luku 55–74-vuotiailla oli yli 40 %. Työkykynsä heikentyneeksi koki korkeasti koulutetuista noin viidennes ja matalasti koulutetuista kolmannes. Työssä jaksaminen eläkeikään vaihteli koulutusryhmittäin. Korkeasti koulutetuista 16 % ja matalasti koulutetuista 37 % ei uskonut jaksavansa työskennellä eläkeikään asti. (Murto ym. 2017.)

FinTerveys 2017 tutkimuksessa havaittiin, että työikäisten ja eläkeikäisten keskuudessa terveytensä hyväksi kokevien määrä olisi pienentynyt noin 10 %:lla verrattuna vuoteen 2011, minkä katsottiin kuitenkin osaksi johtuvan tutkimuksien menetelmäeroista. Terveys 2011 tutkimuksessa koettua terveyttä kysyttiin haastattelumenetelmällä ja FinTerveys 2017 -tutkimuksessa sitä kysyttiin itse täytettävillä kyselylomakkeilla. Myös kyselylomakkeilla toteutetun ATH-tutkimuksen (2013–2016) tulokset olivat samansuuntaiset Terveys 2011 tutkimustulosten kanssa. Näiden viimeksi mainittujen tutkimusten mukaan miesten ja naisten koettu terveys oli säilynyt ennallaan. (Murto ym. 2017.)

Vuosina 2010–2017 toteutetut THL:n ATH-tutkimukset jatkuivat vuodesta 2018 FinSote-nimikkeellä (Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus) (THL 2018). FinSote-tutkimuksessa vuonna 2018 noin joka kymmenes koki merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta, mikä korostui nuorilla työkäisillä (20–54 v). Vastaajista joka neljäs ei uskonut jaksavansa työskennellä vanhuusikään asti. Tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, että 60–69 vuotiaista yli puolet piti itseään vielä täysin työkykyisenä (Koskinen & Sainio 2018).

Sosioekonomiset erot Suomessa ovat kaventuneet 1980-lukuun verrattuna ja erityisesti 1990-luvulla, mutta 2000-luvulla kaventuminen on hidastunut ja erot ovat edelleen suuria (Murto ym. 2017). Tämä näkyy lähes kaikilla osa-alueilla päivittäisistä elintavoista terveyspalveluiden käyttöön, terveyden ja hyvinvoinnin kokemiseen, sairastavuuteen (Palosuo ym. 2013, 107–111, THL 2015c, Murto ym. 2017) sekä elinajanodotteeseen (Tarkiainen ym. 2011, Palosuo ym. 2013, 107).

2.4 Työkäisten terveyden edistäminen

Ottawan asiakirja (1986) kuvaa terveyden edistämistä toimintana, joka lisää ihmisten resursseja terveyden hallintaan ja sen parantamiseen. Optimaalisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi yksilön tai yhteisön tulisi tunnistaa ja tyydyttää tarpeensa ja tarvittaessa muuttaa ympäristöään tai sopeutua siihen. Terveyden edistäminen ei siten rajoitu vain terveydenhuollon vastuulle, vaan se on hyvinvointia edistävien mahdollisuuksien luomista myös terveyslähtöisellä poliittisella päätöksenteolla ja yhteiskuntasuunnittelulla. (WHO 2020.). Työkäisten työ- ja toimintakyvyn näkökulmasta se tarkoittaa työkäisten palveluiden huomioimista tulevassa sote-uudistuksessa, siihen liittyvässä lainsäädännössä ja toimintakäytännöissä. Työkäisten työkyvyn tukeminen ja edistäminen tulee edellyttämään laaja-alaista palveluiden yhteensovittamista ja tiivistä yhteistyötä myös työterveyshuollon kanssa. (Laajasalo & Pirkola 2012, Koivula 2020.)

Suomessa Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee terveyden edistämisen toiminnaksi, joka kohdistuu yksilöistä yhteiskuntaan ja elinympäristöihin. Lain tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen huomioiden terveyden taustatekijät. Lisäksi toimintaan kuuluu sairauksien, tapaturmien ja erilaisten terveysongelmien ehkäiseminen sekä mielenterveyden voimavarojen vahvistaminen. Tavoitteena on myös

väestön terveyserojen kaventaminen ja pyrkimys kohdentaa terveyden edistämisen voimavarat suunnitelmallisesti. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Terveyden edistäminen sisältää aina myös mielenterveyden edistämisen (WHO 2018), jota on syytä painottaa työikäisten hyvinvoinnin tukemisessa. Positiivisilla tunnetiloilla on tutkitusti yhteys hyvinvointiin, elämänlaatuun, onnistumiseen, yksilöllisen kärsimyksen vähentämiseen, mielenterveysongelmien ilmaantuvuuteen ja jopa fyysiseen terveyteen. (Uusitalo-Malmivaara 2014, 21, WHO 2018). Mielenterveyden edistämistä ja mielen ongelmien ehkäisemistä ei välttämättä pysty erottelmaan toisistaan, eikä se ole aina tarpeenkaan, sillä tavoite molemmissa lähestymistavoissa on hyvinvoiva mieli. (Lavikainen 2004, 34.)

Ottawan julistuksen (WHO 2020) ja Antonovskyn (1996) luoman salutogeenisen teorian näkökulmat kiinnittyvät molemmat terveyteen ja elämän voimavaroihin eettisiä periaatteita korostaen, eivätkä korosta terveysriskejä ja patologiaa. Molemmissa terveys nähdään elämän pituisena jatkuvana prosessina, jonka tavoitteena on hyvä elämänlaatu. (Lindström & Eriksson 2010, 34–35.) Työikäisten terveyden edistäminen voidaan nähdä elinikäisen oppimisen tukemisena niin fyysisellä tasolla, sosiaalisesti kuin mielen resurssien vahvistamisen näkökulmasta. Palvelujärjestelmiä tulisi myös kehittää hyvän diagnosoimiseen sekä yksilöiden ja yhteisöjen tukemiseen löytämään omat vahvuutensa. (Laajasalo & Pirkola 2012, Uusitalo-Malmivaara 2014, 19, Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016.)

Työikäisten työ- ja toimintakyvyn sekä työterveyden ylläpitäminen ja edistäminen on työnantajien järjestämän työterveyshuollon (Työterveyshuoltolaki 1383/2001) sekä perusterveydenhuollon vastuulla (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Työterveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen on työnantajan, työterveyshuollon sekä työntekijän välistä yhteistyötä. Työterveyshuollon tavoitteena on ennaltaehkäistä työperäisiä sairauksia ja tapaturmia sekä toimia asiantuntijana työn, työympäristön sekä työyhteisön hyvinvoinnin edistäjänä. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon (SOTE) uudistuksessa työterveyshuolto pyritään integroimaan osaksi yhtenäisiä hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuja (TTL 2020). Tavoitteena yhteistyön ja työterveyshuollon asiantuntijuuden hyödyntäminen myös työikäisten työttömien työkykyyn liittyvissä asioissa. Tämä parantaisi ihmisoikeuksiin perustuvaa, työllisten ja työttömien välistä terveyden tasarvoa (Pietilä ym. 2013, WHO 2020). Nykyisessä hallitusohjelmassa (Marin 2019) mielenterveys nähdään myös itsenäisenä pääomana, johon liittyviä palveluita on kehitettävä ja vahvistettava monipuolisesti osana muuta terveydenhuoltoa ja ennaltaehkäisevää toimintaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa laadittu Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 on osa tätä työtä. Se sisältää mielenterveys- ja päihdelainsäädännön kokonaisuudistuksen, jossa mielenterveys nostetaan tärkeäksi yksilön ja koko yhteiskunnan pääomaksi, jota täytyy hoitaa ja ylläpitää (Vorma ym. 2020).

Terveys on yksi elämän tärkeimmistä arvoista ja kestävä yhteiskuntakehityksen välttämättömän osatekijä (Pietilä ym. 2008). Työikäisten terveys, työ- ja toimintakyky on tässä keskeisessä roolissa ja siitä on huolehdittava yhteisvastuullisesti (WHO 2020). Kokonaisvaltaisen terveyden merkitys niin työelämässä toimiville yksilöille kuin erilaisille yhteisöille, yhteiskunnalle ja koko globaalin maailman hyvinvoinnille tiedostetaan koko ajan paremmin. Terveyden edistämisen painopisteessä on havaittavissa selkeää muutosta riskikäyttäytymisen ja patologian tutkimisesta kokonaisvaltaisen terveyden ja sen taustatekijöiden tarkasteluun. Voidaan puhua jopa terveyden edistämistyön ja preventiivisen hoitotieteen paradigman muutoksesta ja sen uudesta jäsentämisestä, jota kasvava tieteellinen tutkimus tukee. (Lindström & Eriksson 2010, 35-36, Korkeila 2017, Pietilä 2017, Wahlbeck 2017.)

2.5 Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen lähestymistapa

Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen lähestymistapa (HOT, Acceptance and Commitment Therapy, ACT) ja siitä johdettu arvoperustainen ohjausmenetelmä kuuluu uuteen kehittyvään kolmannen aallon kognitiivisen käyttäytymisterapian suuntaukseen (Hayes ym. 2006, Hayes ym. 2012, Tuomisto & Lappalainen 2020, 100). Ensimmäiseen aaltoon kuuluu perinteinen käyttäytymisterapia, toiseen kognitiivinen terapia sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kolmanteen aaltoon joukko uusia, erilaisia lähestymistapoja kuten dialektinen käyttäytymisterapia, funktionaalisanalyttinen terapia, erilaisia tietoisuustaito menetelmiä (mindfulness) sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia (Tuomisto & Lappalainen 2020, 87). Kontekstuaalisiin käyttäytymistieteisiin ja käyttäytymisanalyttiseen traditioon perustuvana HOT-lähestymistapaa voidaan muuntaa ja soveltaa aina asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Tämä mahdollistaa menetelmän käytön kaikkien psykologisten ongelmien sekä erilaisten terveys- ja sairausongelmien hoidossa, joko yksin tai yhdistämällä muihin käyttäytymisterapian menetelmiin. (Tuomisto & Lappalainen, 2020, 87,106.) Käyttäytymisanalyttisen tradition mukaan kaikkiin ihmisiin vaikuttavat oppimisen perusprosessit: respondentti (assosiatiivinen oppiminen tai klassinen ehdollistuminen), operantti (kokemuksellinen oppiminen), säännönohjaama (omista

kokemuksista johdetut säännöt) tai suhdekehysoppiminen. Näiden prosessien vaikutukset hyvinvointiin ja toimintakykyyn voivat olla hyvin monimuotoisia ja ne on hyvä tunnistaa tavoiteltaessa esimerkiksi terveyskäyttäytymisen muutosta. (Hayes ym. 2016, Kangasniemi & Kauravaara 2016, 20–24, Tuomisto & Lappalainen 2020, 88–90.)

HOT-menetelmän keskiössä on näkemys, että epämiellyttävät tunteet ja ajatukset kuuluvat elämään eikä niitä pyritä poistamaan vaan yritetään hyväksyä osana normaalia elämää. Tavoitteena on pystyä havainnoimaan ja hyväksymään hankaliakin tunteita ja ajatuksia sekä toimimaan silti omien arvojen suuntaisesti. (Tuomisto & Lappalainen, 2020, 102–103.) HOT-menetelmän keskeinen tavoite on psykologisen joustavuuden lisääminen, joka jaetaan kuuteen osa-alueeseen: arvot, sitoutuminen arvojen mukaiseen toimintaan, havainnoiva minä, mielen kontrollin heikentäminen, hyväksyntä sekä tietoinen läsnäolo. (Hayes ym. 2012, Kangasniemi & Kauravaara 2016, 40–42 Tuomisto & Lappalainen 2020, 92–93). Prosessit voidaan tiivistää tietoisuustaitojen harjoitteluun sekä omiin arvoihin sitoutuneeseen käyttäytymiseen (Tuomisto & Lappalainen 2020, 93). Näitä prosesseja harjoitellaan toiminnallisilla ja kokemuksellisilla menetelmillä ohjaajien opastuksella sekä itsenäisesti. (Hayes ym. 2012, Tuomisto & Lappalainen 2020, 92.)

HOT-lähestymistapa pohjautuu suhdekehysteoriaan (Hayes ym. 2016, Tuomisto & Lappalainen 2020, 96–97) jonka lähtökohdat ovat oppimispsykologisessa perustutkimuksessa (Tuomisto & Lappalainen 2020, 88). Suhdekehysteoriaa on kehitetty tutkimalla kielellisten ohjeiden ja sääntöjen vaikutuksia ihmisen toimintaan. Miten ihminen liittyy erilaisia kokemuksia, sanoja, tunteita ja ajatuksia kielellisesti toisiinsa luoden niiden välille erilaisia merkityksiä ja säännönmukaisuuksia. Nämä merkitykset voivat vaikuttaa erilaisiin päätelmiin omasta itsestä ja ohjata ihmisen käyttäytymistä. Suhdekehysteorian avulla lisätään ymmärrystä esimerkiksi menneisyyden huonojen kokemusten ja saatujen diagnoosien vaikutuksesta nykyhetkeen ja terveyskäyttäytymiseen. Teorian mukaan ihminen voi myös oppia uutta ilman omia suoria kokemuksia. (Hayes ym. 2016, Kangasniemi & Kauravaara 2016, 24–25, Tuomisto & Lappalainen, 2020, 100–103.)

HOT-lähestymistapa sisältää uusia, radikaalejakin näkemyksiä. Esimerkiksi mielen ongelmiin liittyvä sairauskäsitys puuttuu kokonaan. Terapeutti ja asiakas ovat molemmat omaksumiensa kielellisten järjestelmien vankeja ja siksi tasa-arvoisessa asemassa suhteessa keskenään eli molemmat ovat yhtä ”terveitä” tai ”sairaita”. Tämä heijastuu terapeutin toimintaan ja asennoitumiseen ohjaustilanteissa. Terapeutti kehittää jatkuvasti myös omaa

toimintaansa soveltaen itseensä ohjaamiaan menetelmiä ja periaatteita. HOT-lähestymistapaan pohjautuvien interventioiden keskeisenä tavoitteena on tukea ihmistä elämään omien arvojen mukaista hyvää ja rikasta elämää. HOT-menetelmään pohjautuvat lähestymistavat, joissa tavoitteena on psykologisen joustavuuden paraneminen, ovat useiden tutkimusten mukaan yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin ja elämänlaadun positiivisiin muutoksiin. (Hayes ym. 2006, Kangasniemi & Kauravaara 2016, 7–8, Tuomisto & Lappalainen 2020, 92.)

2.5.1 Tiedonhaun toteutus

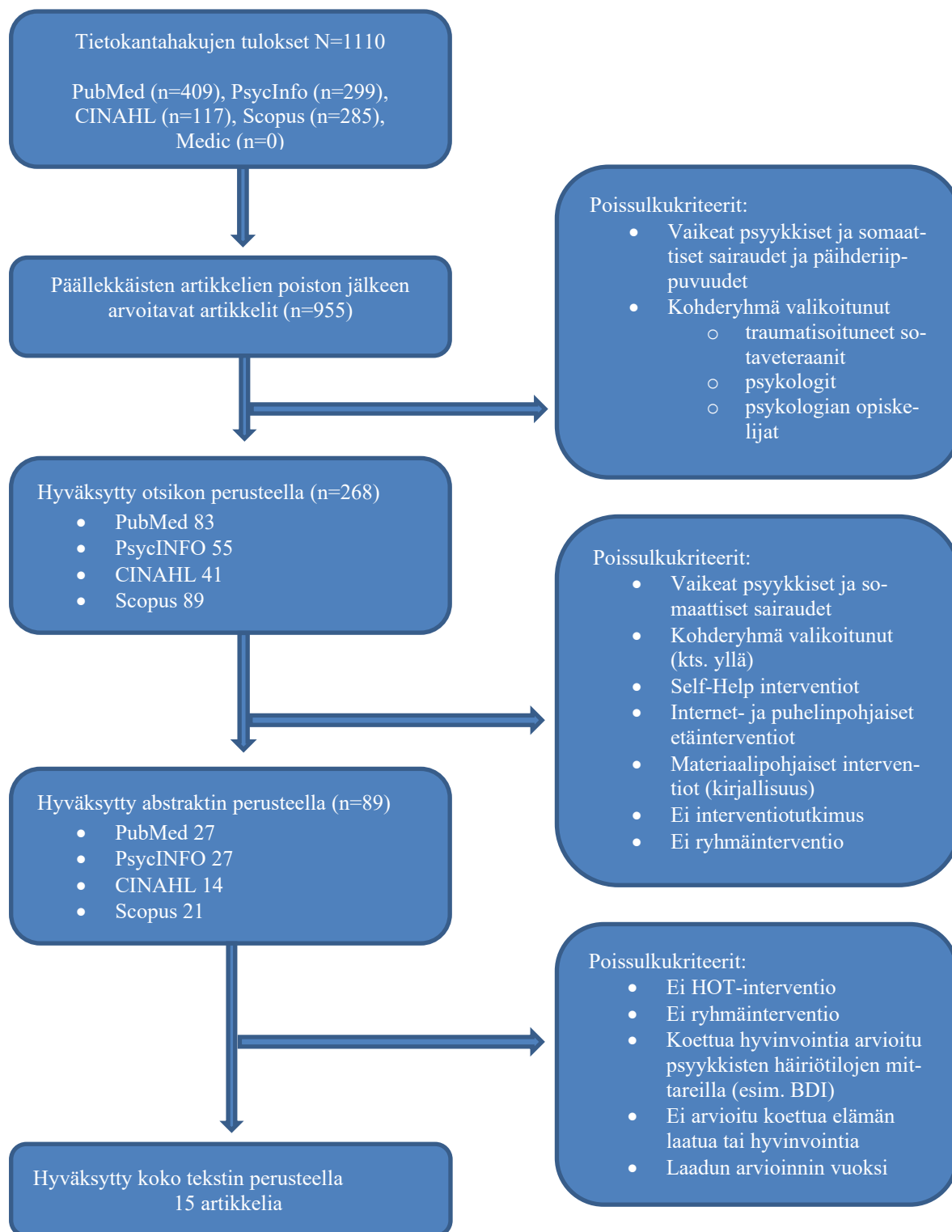
Tämän kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku on toteutettu systemoidusti, systemaattista kirjallisuuskatsausta mukailleen, sillä tutkija on valinnut katsausaineiston yksin (Lehtiö & Johansson 2016, 35). Katsauksen tavoitteena oli hakea tietoa siitä, miten HOT-interventioissa on tutkittu työikäisten koettua elämänlaatua ja minkälaisia tuloksia niistä on saatu. Tiedonhaku tutkimusaiheesta tehtiin toukokuussa 2020 tieteellisiä periaatteita noudattaen. Hakuprosessin laadunvarmistuksessa käytettiin Itä-Suomen yliopiston tietoasiantuntijan tukea, koska tämä on relevantin tutkimuskirjallisuuden löytämisen kannalta tärkeä vaihe. (Pölkki ym. 2012, Niela-Vilen & Hamari 2016, 23–27.) Aineiston käsittelyssä hyödynnettiin RefWorks 3.0 viitteidenhallintaohjelmaa. Haut tehtiin ulkomaisista hoito- ja lääketieteen tietokannoista PubMed, CINAHL ja Scopus, sekä psykologian ja sen lähialojen tietokanta PsycINFOsta sekä kotimaisesta Medic tietokannasta. Hakusanat johdettiin tutkimuskysymyksestä ja siihen liittyvistä käsitteistä, joita etsittiin tutkimusaiheeseen liittyvistä tieteellisistä artikkeleista ja asiasanoista (MeSH, FinMeSH). Haut tehtiin englanniksi ja Medic tietokantaan myös suomeksi. (Lehtiö & Johansson 2016, 35–43.)

Sisäänottokriteereinä oli tieteelliset, vertaisarvioidut alkuperäiset tutkimusartikkelit, joissa tutkittiin hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltavien ryhmäinterventioiden vaikutuksia erilaisten terveysongelmien hoidossa. Tutkimusartikkeleiden sisäänottokriteereihin kuului lisäksi koetun hyvinvoinnin ja/tai elämänlaadun arviointi. Haut rajattiin vuosina 2010–2020 vertaisarvioituihin, englanninkielisiin alkuperäisartikkeleihin, kohderyhmänä työikäiset aikuiset. Tiedonhaun poissulkukriteerinä oli vaikeisiin psyykkisiin ja fyysisiin sairauksiin, päihderiippuvuuksiin sekä valikoituneisiin homogeenisiin kohderyhmiin (sodasta traumatisoituneet sotaveteraanit, psykologit ja psykologian opiskelijat) kohdistuneet hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltaneet

interventiot. Lisäksi tutkimuksista poistettiin pelkästään psyykkisiä häiriötiloja (esim. masennus, ahdistus) arvioineet tutkimukset, Internet- ja puhelinsovelluspohjaiset interventiot sekä kirjalliseen tai sähköiseen materiaaliin perustuneet itsehoito (Self-Help) interventiot. (Valkeapää 2016, 56–64.)

Kaikissa tietokannoissa käytettiin samoja hakusanoja ja lausekkeita (“acceptance AND commitment therapy” OR “psychological flexibility”) AND (“well-being” OR wellbeing OR “well being” OR wellness OR “quality of life” OR “life quality” OR “life satisfaction” OR happiness). Medic tietokannassa käytettiin lisäksi suomenkielisiä hakusanoja, hyväksymis- ja omistautumisterapia, psykologinen joustavuus ja hyvinvointi, mutta haut eivät tuottaneet sisäänottokriteereitä täyttäviä tuloksia. (Lehtiö & Johansson 2016, 38–42.)

Tietokantahakujen tuloksista (N=1110) poistettiin päällekkäiset artikkelit RefWorks 3.0 duplikaattien poisto ohjelmalla, jonka jälkeen valintaprosessiin jäi 955 artikkelia. Artikkelit käytiin sisäänotto- ja poissulkukriteereiden mukaisesti läpi ensin otsikkotasolla hyläten artikkelit, joiden otsikosta ei löytynyt hakusanoja. Sen jälkeen käytiin läpi abstraktit, joista valittiin koko tekstin luetaan ne artikkelit, joissa mainittiin HOT-lähestymistapa (acceptance and commitment therapy, ACT) ja/tai psykologinen joustavuus (psychological flexibility), ryhmäinterventio sekä viitteitä hyvinvoinnin tai elämänlaadun arvioinnista. Kokotekstin perusteella hylättiin kaksi artikkelia laadun arvioinnin jälkeen (pienet aineistot ≤ 10 , ei kontrolliryhmää). Katsaukseen valikoitui 15 tutkimuskysymykseen vastannutta alkuperäisartikkelia, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Tiedonhaun tarkempi kuvaus kuviossa 1.



Kuvio 1. Tiedonhaun kuvaus.

2.5.2 Katsaukseen valittujen artikkeleiden kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto (Liite 1) koostui kvantitatiivisista ryhmäinterventiotutkimuksista, jotka oli analysoitu tilastollisin menetelmin. Tutkimuksista yksitoista oli satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia (RCT), yksi kvasikokeellinen (satunnaistamaton) ja kolme tutkimusta ilman vertailuryhmää. Ruotsissa oli tehty kolme RCT-tutkimusta (Brinkborg ym. 2011, Folke ym. 2012, Wicksell ym. 2013). Norjassa yksi RCT-tutkimus (Aasdahl ym. 2017) sekä yksi interventiotutkimus ilman vertailuryhmää (Jacobsen ym. 2017). USA:ssa RCT-tutkimuksista oli tehty kaksi (O'Brien ym. 2019, Forman ym. 2019) ja yksi ilman vertailuryhmää (Berman ym. 2016). Muut RCT-tutkimukset oli tehty Kanadassa (Gregoire ym. 2018), Irlannissa (Wynne ym. 2019), Portugalissa (Palmeira ym. 2017), Hollannissa (Fledderus ym. 2010) ja Tanskassa (Eilenberg ym. 2016). Englannissa oli tehty yksi ryhmäinterventiotutkimus ilman vertailuryhmää (Densham ym. 2016) ja Espanjassa kvasikokeellinen interventio (Carbonell-Baeza ym. 2011).

Tutkimuksissa oli käytetty kymmentä erilaista elämänlaadun tai terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria. Short Form Healthy Survey 36 (SF-36) terveyteen liitettyä elämänlaadunmittaria oli käytetty kolmessa tutkimuksessa ja yhdessä sen lyhennettyä versiota (Short-Form-8). Muita aineistonkeruussa käytettyjä mittareita olivat WHOQOL-BREF, Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), General Health Questionnaire (GHQ-28, GHQ-12), Sickness Impact Profile (SIP), Obesity-Related Well-being Questionnaire (ORWELL-97), 15D Health-related quality of life instrument (HRQoL), Well-Being Manifestations Measure Scale (WBMMS), Quality of life Inventory 32 ja Short Health Scale (SHS). (Liite 1.)

Osallistujien elämänlaadun muutoksia oli arvioitu osana ensisijaisia (primary outcome) tutkimustuloksia yhdeksässä tutkimuksessa (Fledderus ym. 2010, Brinkborg ym. 2011, Carbonell-Baeza ym. 2011, Folke ym. 2012, Densham ym. 2016, Jacobsen ym. 2017, Gregoire ym. 2018, O'Brien ym. 2019, Forman ym. 2019). Kuudessa tutkimuksessa ne oli sijoitettu toissijaisiin (secondary outcome) tuloksiin (Wicksell ym. 2013, Eilenberg ym. 2016, Berman ym. 2016, Aasdahl ym. 2017, Palmeira ym. 2017, Wynne ym. 2019). Neljässä tutkimuksessa otos koostui vain naisista (Carbonell-Baeza ym. 2011, Wicksell ym. 2013, Palmeira ym. 2017, Forman ym. 2019), muista tutkimuksista naisten osuuden keskiarvoksi muodostui 82 % (Liite 1). Interventioiden kestot vaihtelivat. Kuusi interventiota kesti 1–1,5 kk (Folke ym. 2012, Densham ym. 2016, Jacobsen ym. 2017, Aasdahl ym. 2017, Gregoire

ym. 2018, O'Brien ym. 2019). Neljä interventiota 2–2,5 kk (Wynne ym. 2019, Fledderus ym. 2010, Brinkborg ym. 2011, Eilenberg ym. 2016), neljä 3–3,5 kk (Carbonell-Baeza ym. 2011, Wicksell ym. 2013, Palmeira ym. 2017) ja yksi interventio kesti 12 kk (Forman ym. 2019). Kaikissa tutkimuksissa mittaukset tehtiin ennen ja jälkeen intervention sekä lisäksi kymmenessä tutkimuksessa vaihtelevasti yksi tai useampi seurantamittaus. Seurannat toteutettiin yhdestä kuukaudesta kahteen vuoteen intervention päättymisen jälkeen. (Liite 1.)

Interventioiden ohjaajina toimi psykologeja, psykologian opiskelijoita sekä moniammatillisia työryhmiä. Kaikissa tutkimuksissa korostui ohjaajien ammattitaito ja osaaminen HOT-mallin ohjaukseen mikä oli varmistettu kaikissa interventioissa koulutuksella. Viidessä tutkimuksessa arvioitiin myös ohjaajien sitoutuneisuutta sovitun mallin noudattamiseen havainnoimalla ja videoimalla ohjaustilanteita (O'Brien ym. 2019, Gregoire ym. 2018, Folke ym. 2012, Jacobsen ym. 2017, Wynne ym. 2019). Yhdessä tutkimuksessa ohjaajien toiminnan arvioinnin puute nähtiin osana tutkimuksen heikkouksia (Eilenberg ym. 2016).

2.5.3 Työikäisten elämänlaadun muutokset HOT-interventioissa

Työikäisten elämänlaatua ja hyvinvointia oli tutkittu HOT-interventioissa osana erilaisten sairauksien ja ongelmien hoitoa. Ylipainoisille naisille suunnatut HOT-interventiot (Berman 2016, Palmeira ym. 2017, Forman ym. 2019) olivat kestoaltaan pisimpiä, noin kolmesta kuukaudesta 12 kuukauteen. Kaikissa näissä tutkimuksissa koettu hyvinvointi ja elämänlaatu paranivat myös riippumatta painon muutoksista. Formannin ym. (2019) RCT-seuranta tutkimus oli kestoaltaan pisin (3 v) ja otos oli katsauksen isoin (n=190). Tutkimuksessa interventioryhmän elämänlaatu parani huomattavasti verrattuna kontrolliryhmään. Tulos säilyi vielä kahden vuoden seurannassa intervention päättymisen jälkeen. Ryhmämuotoisen intervention teho terveyteen liittyvän elämänlaadun kohottajana tuli esille myös Palmeiran ym. (2017) RCT-tutkimuksessa, mutta seurannan puuttuessa sen kestävyyttä ei voitu arvioida. Bermanin ym. (2016) tutkimuksessa parempi elämänlaatu säilyi kolmen kuukauden seurannassa. Tutkimuksen otos oli katsauksen pienin (n=21) eikä kontrolliryhmää ollut, mutta tulos oli samansuuntainen Formanin ym. (2019) RCT-tutkimuksen kanssa.

Folken ym. (2012) RCT-tutkimuksessa kohderyhmänä oli masennuksen tai mielenterveyshäiriön vuoksi sairauslomalla olevat työttömät. Elämänlaadun arvioinnit oli tehty kahdella elämänlaatumittarilla, GHQ-12 terveyteen liittyvällä sekä WHOQOL-BREF-mittareilla. Interventioryhmään osallistujien elämänlaatu parani molemmilla mittareilla mitattuna

keskimääräisesti tai merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään ja tulos säilyi 18 kuukauden seurannassa. Intervention kesto oli katsauksen lyhyimpiä, kuusi viikkoa, sisältäen yhden yksilöohjauksen ja viisi ryhmätapaamista. Kroonista väsymysoireyhtymää (Densham ym. 2016, Jacobsen ym. 2017) sairastavien HOT-interventiot olivat myös lyhyitä kestäen noin kolmesta viikosta kuuteen viikkoon. Verrattuna Formanin ym. (2019) pitkäkestoiseen interventiotutkimukseen, lyhyelläkin HOT-interventiolla oli positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun, joka säilyi seurannassa (Densham ym. 2016).

Folken ym. (2012) tutkimuksessa käytetty WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari on valittu myös tämän tutkielman mittariksi, koska se soveltuu aikuisten elämänlaadun mittaamiseen niin hyvinvointitutkimuksessa kuin kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa (Whoqol group 1998, Grove ym. 2013, 447, THL 2020c). WHOQOL-BREF-mittarilla on korreloiva yhteys myös katsauksessa käytettyjen, SF-36 (Carbonell-Baeza ym. 2011, Wicksell ym. 2013, Eilenberg ym. 2016, Jacobsen ym. 2017) sekä 15D Health-related quality of life (Aasdahl ym. 2017) mittareiden kanssa. WHOQOL-BREF-mittarin psyykinen ja fyysinen ulottuvuus on yhteydessä SF-36-mittarin vastaavien ulottuvuuksien kanssa, mutta sosiaalisten suhteiden osalta vastaavuus jää heikoksi (Skevington & McCrate 2011, THL 2020c). 15D Health-related quality of life-mittarilla on myös vahva yhteys WHOQOL-BREF-mittarin fyysisen ulottuvuuden, kohtalaisesti psyykkisen sekä jonkin verran ympäristöulottuvuuden kanssa tutkittaessa ikääntyneiden ja dementiaa sairastavien omaishoitajien elämänlaatua (THL 2020c).

SF-36-mittaria oli käytetty perusterveydenhuollon fibromyalgiaa sairastavien elämänlaadun tutkimuksessa (Carbonell-Baeza ym. 2011, Wicksell ym. 2013) sekä liioitelluista terveyshuolista kärsivien kohderyhmissä (Eilenberg ym. 2016). Sen lyhennettyä versiota (Short-Form-8) oli käytetty tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksessa (Jacobsen ym. 2017). 15D Health-related quality of life-mittaria oli käytetty tuki- ja liikuntaelin-, sekä mielenterveyteen liittyvien ongelmien hoitoon kohdistetussa interventiossa (Aasdahl ym. 2017). Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa interventioyhmän koettu elämänlaatu parani ja tulos säilyi myös seurantatutkimuksissa, joten mainitut mittarit (WHOQOL-BREF, SF-36, 15D Health-related quality of life) antoivat samansuuntaisen tuloksen (THL 2020c).

Katsauksen HOT-interventioita oli kohdistettu myös masennuksen tai mielenterveyshäiriöiden hoitoon (Folke ym. 2012, Aasdahl ym. 2017), kohtalaisesta ahdistuksesta (Fledderus ym. 2010) tai terveyteen liittyvästä ahdistuksesta (Eilenberg ym. 2016) kärsivien,

tulehdukselliseen suolistosairauteen liittyvän stressin (Wynne ym. 2019), sairaanhoitajien ja heidän avustajiensa (O'Brien ym. 2019) sekä sosiaalityöntekijöiden (Brinkborg ym. 2011) työperäisen stressin ja kuormittumisen hoitoon. Lisäksi HOT-intervention vaikutusta oli tutkittu opiskelijoiden (Gregoire ym. 2018) psykologiseen hyvinvointiin ja koulutyöhön sitoutumiseen. Koettu yleinen elämänlaatu ja hyvinvointi paranivat kaikissa mainituissa RCT-tutkimuksissa verrattuna kontrolliryhmiin. Sosiaalityöntekijöihin kohdistuneessa interventiossa (Brinkborg ym. 2011) oli verrattu korkean stressin interventioryhmää matalasta stressistä kärsivien verrokkiryhmään. Korkean stressin ryhmässä yleinen koettu mielenterveys parani mutta matalan stressin interventioryhmän koettu mielenterveys ei muuttunut.

Kaikissa tutkimuksissa interventiot pohjautuivat HOT-malliin (Hayes ym. 2006). Osassa interventioita oli HOT-menetelmään yhdistetty kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja/tai ohjattua liikuntaa (Carbonell-Baezan ym. 2011, Densham ym. 2016, Aasdahl ym. 2017, Berman ym. 2016). Kuudessa interventiossa oli kuvattu lisäksi kohderyhmän sairauksiin ja ongelmiin kohdennettua kuntoutusta ja hoitoa (Aasdahl ym. 2017, Jacobsen ym. 2017, Carbonell-Baeza ym. 2011, Densham ym. 2016, Eilenberg ym. 2016, Wynne ym. 2019). Kahdessa norjalaisessa tutkimuksessa interventiot toteutettiin osana laitospäästämistä (Aasdahl ym. 2017, Jacobsen ym. 2017).

Osassa katsauksen RCT-tutkimuksissa (esim. Brinkborg ym. 2011, Eilenberg 2016) mainittiin vaikeus arvioida intervention väliin tulleita muuttujia ja niiden merkitystä saatuun tulokseen. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa pystytään harvoin eliminoimaan kaikkia väliin tulevia tai välittäviä muuttujia, koska tutkittavat elävät samalla arkeaan omassa elinympäristössään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 58, Grove ym. 2013, 342). Kaikissa katsauksen tutkimuksissa oli jonkinlaista kohderyhmän ongelmaan tai sairauteen kohdistunutta hoitoa ja huolenpitoa, joiden vaikutusta kohentuneeseen elämänlaatuun ei voine täysin sulkea pois. Näitä sekoittavia tekijöitä olisi kuitenkin arvioitava huolellisesti, sillä ne vaikuttavat tuloksiin sekä näytön vahvuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 58, Grove ym. 2013, 342). Käytäntöjä muuttava interventiotutkimus edellyttää laajamittaista, laadukasta, hyvin suunniteltua tutkimusta ja validoituja mittareita sekä tulosten kriittistä arviointia (Pölkki ym. 2004, Grove ym. 2013, 347–348, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 195–196).

Kaikki elämänlaatuun ja hyvinvointiin liittyvät mittaukset oli tehty itse täytettävillä kyselylomakkeilla, mitä myös pohdittiin tutkimuksissa tulosten luotettavuuden kannalta. Toisaalta

koettua hyvinvointia ja elämän tyytyväisyyttä ihminen on paras arvioimaan itse, koska se on subjektiivinen psykologinen tila (Allardt 1976, 33, Martela 2014, 43–44). Kyselylomakkeet mahdollistavat suurempien ihmismäärien subjektiivisen kokemuksen esille tuomisen verrattuna haastattelututkimuksiin (Grove ym. 2013, 424). Isompien otosten tuoma kumuloituva tieto on erityisen tärkeää näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä ja yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. (Grove ym. 2013, 503–504, Kunnari & Suikkanen 2013.)

Kahdessa tutkimuksessa (Berman ym. 2016, O'Brien ym. 2019) osallistumisesta maksettiin pieni palkkio ja työttömiin kohdistuneessa tutkimuksessa (Folke ym. 2012) seurantatutkimuksiin osallistuneet saivat elokuvalipun. Palkkiot voivat heikentää tulosten luotettavuutta lisäämällä vastaajien miellyttämishalua ja harkitsemattomia vastauksia kyselyihin (Grove 2013, 600). Toisaalta interventiotutkimusten haasteena on saada kriteerit täyttäviä osallistujia, jotka ovat valmiita antamaan aikansa ja panoksensa pitkäjänteisyyttä vaativaan interventiotutkimukseen. Tällöin tutkimuksissa tarjotut pienet palkkiot saattavat myös edistää tutkimukseen sitoutumista ja ovat siten perusteltavissa. (Grove ym. 2013, 515.). Naisten osuus tutkimuksissa oli suuri, joten työikäisten miesten osalta tuloksia ei voi yleistää (Grove ym. 2013, 600).

2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan HOT-intervention yhteyttä työikäisten koettuun elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Aihe on tärkeä koska työssä jaksaminen eläkeikään asti on isojen haasteiden edessä (Murto ym. 2017). Työelämän henkinen kuormittavuus on lisääntynyt (Keyriläinen 2020) ja mielenterveyssyyt yhdessä tuki- ja liikuntaelin sairauksien kanssa aiheuttavat eniten työkyvyttömyyttä ja sairauspoissaoloja (Findikaattori 2019). Positiivinen mielenterveys on tärkeä osa hyvinvointia ja sen on havaittu olevan yhteydessä fyysiseen terveyteen ja vähäisempään kuolleisuuteen (Keyes ym. 2012) sekä parempaan elämänlaatuun (THL 2020b). Elämänlaatu ja hyvinvointi rinnastetaan usein toisiinsa, mutta selkeää määritelmää ei tutkimuksista huolimatta ole kyetty tekemään. Elämänlaadun määrittely on edelleen monitahoista ja riippuu käytetystä kontekstista ja näkökulmasta (Vaarama ym. 2014, 22, THL 2015a.). Tässä tutkimuksessa elämänlaatu- ja hyvinvointikäsitettä käytetään rinnasteisina, yksilöllisesti koetun elämänlaadun ja siihen liittyvän hyvinvoinnin näkökulmasta.

Uutta mielenterveyden tutkimuksessa on positiivisen mielenterveyden ja mielen vastavoimavarojen merkityksen entistä parempi ymmärrys mielen ja kehon hyvinvoinnille. Mielen hyvinvointi tunnustetaan vastavoimavaraksi myös sairauksista toipumiselle (Keyes ym. 2012, Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, Wahlbeck ym. 2017), sekä poluksi parempaan terveyteen ja terveyttä edistävään elämäntapaan (THL 2020b). Positiivista mielenterveyttä ja mielen voimavaroja voidaan vahvistaa useilla menetelmillä (Korkeila 2017), mutta myös HOT-lähestymistapaan sisältyvän psykologisen joustavuuden kehittämisellä (Hayes ym. 2006, Tuomisto & Lappalainen 2020, 92–93). Psykologisen joustavuuden prosessit sisältävät hyvinvoinnin kannalta keskeisiä psykologisten perustarpeiden (Deci & Ryan 2000) elementtejä ja mahdollisuuksia hyödyntää niitä ihmisen joustokyvyn eli resilienssin kehittämisessä (Reivich ym. 2011, Korkeila 2017, Lipponen 2020).

Tutkielman kirjallisuuskatsauksessa tuli esille HOT-interventioiden monipuolinen tutkimus erilaisten ongelmien ja sairauksien yhteydessä. Kaikissa interventioissa ohjaajat koulutettiin ryhmien ohjaamiseen. Elämänlaatua ja hyvinvointia arvioitiin artikkeleissa osana muita tutkimustuloksia. Yli puolet (9/15) tutkimuksista arvioi elämänlaatua osana ensisijaisia tuloksia, näistä RCT-tutkimuksia oli kuusi. Pelkästään elämänlaatuun ja mielen hyvinvointiin liittyviä tutkimuksia ei katsauksessa tullut esille. Mielen hyvinvointia arvioitiin useimmin erilaisten häiriö- ja oireittareiden kautta kuin mielen vastavoimavarojen näkökulmasta (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Koettu elämänlaatu/hyvinvointi parani kaikissa tutkimuksissa, myös riippumatta muista tuloksista, mikä tarjoaa uutta näkökulmaa terveydenedistämistyön kehittämiselle. Hoitotyön monitieteellinen interventiotutkimus on tärkeä työkalu tässä kehittämistyössä. (Pölkki ym. 2004, Miettinen ym. 2005, 23–24, Grove ym. 2013, 347–348.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata PHT:n 1. askel Pysyvään muutokseen -hyvinvointi-kursseille osallistuvien työikäisten koetun elämänlaadun yhteyttä HOT-lähestymistapaan perustuvassa ryhmäinterventiossa. Tutkimuksen tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa työikäisten ennaltaehkäisevän terveydenhoidon ja terveyden edistämistyön kehittämisessä ja koulutuksessa. Tutkimustiedolla on merkitystä yksilöllisellä, yhteisöllisellä sekä yhteiskunnallisella tasolla.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen yhteys HOT-lähestymistapaan perustuvalla ryhmäinterventiolla on työikäisten koettuun elämänlaatuun?
2. Millainen yhteys sosiodemografisilla taustatekijöillä on työikäisten koettuun elämänlaatuun?

4 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen aineisto

Aineiston perusjoukko koostui Palkansaajien hyvinvointi ja terveys ry:n työkäisille suunnatuille 1. askel Pysyvään muutokseen -hyvinvointikursseille osallistuneista henkilöistä. Valtakunnallisesti kurseja järjesti 12 palveluntuottajaa. Kurssit olivat avoimia kaikille 18–68-vuotiaille työkäisille aikuisille, jotka olivat tyytymättömiä hyvinvointiinsa ja elintapoihinsa. Kurseille pystyi osallistumaan yksin tai puolison kanssa. PHT informoi kurseista omien Internet-sivujen (pht.fi), aktiivisen some-markkinoinnin ja painetun materiaalin avulla. PHT on myös esitellyt toimintaansa yhteistyökumppaneiden tilaisuuksissa. Lisäksi ammattijärjestöt ja palveluntuottajat informoivat kurseista omien resurssiensa puitteissa. PHT painotti kurseille valittujen motivaatiota ja tarvetta hyvinvointia tukeviin muutoksiin sekä terveydellisiä, taloudellisia sekä sosiaalisia perusteita. Terveystilanteen ja psyykkisten voimavarojen oli mahdollistettava täysipainoinen osallistuminen kurssin ohjelmaan ja osallistujilta edellytettiin sitoutumista koko kurssin suorittamiseen. Hakijoita informoitiin siitä, etteivät kurssit korvanneet ammatillista kuntoutusta tai sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, eivätkä olleet loma- tai virkistystoimintaa. Kurseille haettiin PHT:n Internet-sivujen kautta tehdyllä hakemuksella ja PHT valitsi osallistujat, joita otettiin maksimissaan 16 henkilöä kurssia kohden. Kursseihin kuului majoitus palveluntuottajan tiloissa yhden hengen huoneissa sekä täysihoito ja kurssiohjelma. Osallistujat maksoivat kurssista omavastuun (25 €/vrk), josta työttömät saivat 50 %:n alennuksen. PHT toteutti hyvinvointikurseja Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen (STEA 2019) tuella. (PHT 2021.)

Aineisto kerättiin harkinnanvaraisella otannalla (Holopainen & Pulkkinen 2013, 36), tavoitteena saada vähintään 100 vastaajaa, koska kohderyhmä oli suppea ja tavoitteena oli tarkastella tuloksia kokonaistasolla (Grove ym. 2013, 367, Heikkilä 2014, 43). Aineiston keruu toteutettiin kesäkuun 2019 ja lokakuun 2020 välisenä aikana. Kaikki kesäkuussa 2019 ja sen jälkeen alkaville kurseille valitut saivat noin kaksi viikkoa ennen kurssin alkua kurssimateriaalin lisäksi tutkimuksen saatekirjeen (Liite 2) sekä WHOQOL-BREF elämänlaatu-kyselyn (Liite 4). Elämänlaatu-kyselyn yhteydessä kysyttiin myös sosiodemografiset taustatekijät (Liite 5). Materiaali lähetettiin sähköisesti PHT:n käyttämän Surveypal järjestelmän kautta. Tutkimukseen suostumuksensa antaneilta odotettiin vastauksia tutkimuskyselyyn

ennen kurssin alkua ja kaikkien kurssijaksojen päätyttyä. Molempien kyselyiden yhteydessä arvottiin vastaajien kesken S-ryhmän lahjakortti (100 €).

Kurssit koostuivat kolmesta lähijaksosta, jotka olivat kestoaltaan 3vrk+2vrk+2 vrk (2–3 yötä ja 3–4 päivää). Ensimmäisen ja toisen jakson välinen aika oli 2–3 kuukautta ja toisen sekä kolmannen jakson 2–4 kuukautta. Kurssien kokonaiskesto oli maksimissaan seitsemän kuukautta. Kurssien ohjausmenetelmät perustuivat hyväksymis- ja omistautumisterapeuttiseen lähestymistapaan ja kurssija veti menetelmän ohjaukseen koulutetut ohjaajat. Kurssit sisälsivät HOT-lähestymistapaan perustuvaa ryhmäohjausta yhteensä 20 tuntia ja yksilöohjausta kolme tuntia. Lisäksi kurssilla oli matalan kynnyksen liikuntakokeiluja sekä hyvinvointiin liittyvien teemojen käsittelyä yhteensä 20–24 tuntia. Tuntimäärät jakautuivat kolmelle lähijaksolle. Kurssilaisille ohjattiin myös välitehtäviä (tietoisuustaitoharjoituksia, hyvinvointitekoja) kotiharjoitteiksi ja tavoitteiden juurruttamiseksi. Kaikki 12 palveluntuottajaa olivat sitoutuneet noudattamaan HOT-menetelmään pohjautuvaa kurssiohjelmaa (PHT 2021).

4.2 Tutkimusasetelma ja -menetelmät

Tutkimus oli kvantitatiivinen interventiotutkimus, koska haluttiin mitata saman kohderyhmän koettua elämänlaatua ennen interventiota ja intervention jälkeen sekä arvioida niiden välistä yhteyttä numeraalisesti (Grove 2013, 219, Nummenmaa ym. 2014, 187–189). Koettua elämänlaatua arvioitiin tässä tutkimuksessa The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – BREF) elämänlaatumittarin 26-muuttujaisella versiolla, mikä on kehitetty WHOQOL-100-mittarista (Whoqol group 1996, 1998). Mittariin vastattiin itse täytettävällä kyselylomakkeella sähköisen Surveypal-ohjelman kautta. Mittari arvioi koettua tyytyväisyyttä terveyteen ja yleiseen elämänlaatuun. Lisäksi se arvioi tyytyväisyyttä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaalisiin suhteisiin sekä elinympäristöön (Whoqol group 1996, THL 2020c.) WHOQOL-BREF elämänlaatumittari sisälsi yhden yleiseen terveydentilaan (general health) ja yhden yleiseen elämänlaatuun (overall quality of life) liittyvän kysymyksen. Loput 24 kysymystä muodostivat neljä ulottuvuutta, jotka sisälsivät kysymyksiä kolmesta kahdeksaan: fyysinen ulottuvuus sisälsi seitsemän kysymystä (väittämät 3,4,10,15,16,17,18), psyykkinen kuusi (5,6,7,11,19,26), sosiaalinen kolme (väittämät 20,21,22) ja elinympäristö ulottuvuus kahdeksan kysymystä (väittämät 8,9,12,13,14,23,24,25). (Liite 4.) Kysymyksiin vastattiin muistellen kyselyä edeltävän kahden viikon aikaa ja vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikolla 1–5. Vastaukset muunnettiin

raakapisteiksi Suomessa käytetyn pisteytysohjeen mukaisesti asteikolla 0–100, jossa suuri arvo tarkoitti parempaa elämänlaatua (Whoqol group 1996, THL 2020c). Tällöin analysointiin oli mahdollista käyttää suhdeasteikkoon sopivia testimenetelmiä (Nummenmaa ym. 2014, 19–20).

WHOQOL-BREF mittari valittiin tähän tutkimukseen, koska se on kansainvälisesti tunnettu ja laajasti käytetty. Mittari on kehitetty kansainväliseen käyttöön monikulttuurisessa yhteistyössä ja se soveltuu erilaisiin väestötutkimuksiin ja potilasryhmiin. Se on käännetty yli 20 kielelle. Mittarin 26-muuttujan versio sopii nopeaan elämänlaadun kartoittamiseen suurienkin väestömäärien epidemiologisessa elämänlaadun tutkimisessa sekä kliinisessä työssä. (Whoqol group 1996, 1998.) Mittarin sisäisen johdonmukaisuuden on havaittu olevan hyvä tai erinomainen fyysisessä sekä psyykkisessä ulottuvuudessa, mutta tyydyttävä tai heikko sosiaalisissa suhteissa. WHOQOL-BREF mittarin fyysinen ulottuvuus on vaihteluvälillä 0,55–0,88, psyykinen ulottuvuus välillä 0,65–0,89, sosiaaliset suhteet välillä 0,51–0,77 ja elinympäristö välillä 0,65–0,87 (Whoqol group, 1998, Skevington ym. 2004). Terveystilan ja elämänlaadun yleisellä tasolla Cronbachin alfa on 0,92 (Skevington & McCrate 2011). Cronbachin alfan katsotaan olevan riittävän hyvä sen ollessa vähintään 0,70 tai itselaadituissa mittareissa välillä 0,60–0,80 (Tähtinen ym. 2020, 86). Suomessa THL:n TOIMIA-tietokannan (2020c) suosituksen mukaan EuroHIS-8 ja WHOQOL-BREF-mittarin virallisia suomennoksia voidaan käyttää geneerisinä elämänlaatumittareina aikuisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa. Mittareita on käytetty vuodesta 2009 THL:n väestöön kohdistuvassa elämänlaadun tutkimuksessa (Vaarama ym. 2010, Vaarama ym. 2014, Murto ym. 2017).

WHOQOL-BREF-elämänlaatukyselyyn vastattiin PHT:n käyttämän Internet pohjaisen SurveyPal järjestelmän kautta. Kysely ohjelmoitiin niin ettei se laskenut vastaajaa eteneeseen puutteellisten vastausten jälkeen. Taustamuuttujina käytettiin sosiodemografisia taustatekijöitä: ikä, sukupuoli, koulutustaso, työmarkkina-asema ja siviilisääty (Liite 5). Näistä tehtiin valmiit luokitellut vaihtoehdot (Tilastokeskus 2019), joihin vastattiin WHOQOL-BREF-kyselyn yhteydessä. (Liite 4.)

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto (e-lomakkeet) siirrettiin suoraan SurveyPal ohjelmasta IBM SPSS Statistic 27 -ohjelmaan. Aineistoa käsiteltiin ennen analyysin tekoa. Aineisto anonymisoitiin

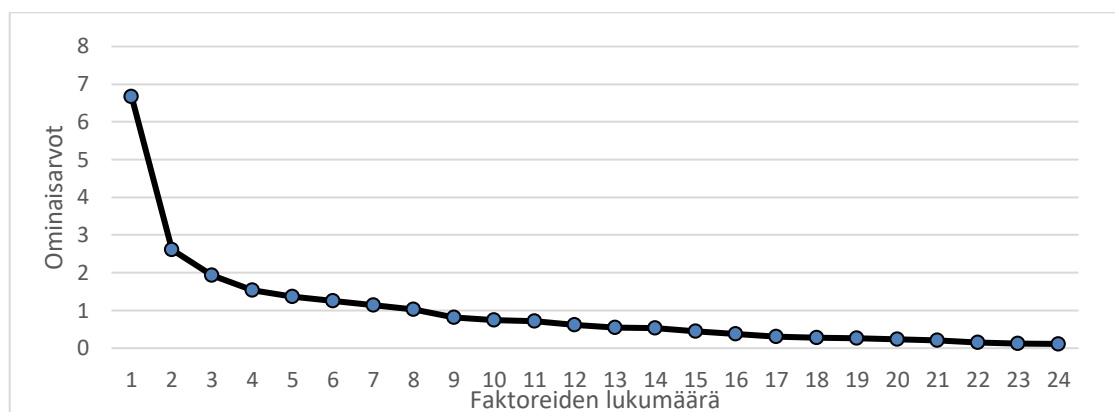
poistamalla sähköpostiosoitteet ja korvaamalla ne numeroilla. Vastausparit yhdistettiin antamalla vastaajalle sama numero molempiin kyselyihin. Sosiodemografisten tekijöiden osalta hyvin pieniä havaintomääriä sisältävät luokat (lomautetut, opiskelijat, sairauslomalla olevat) yhdistettiin luokkaan muut. Ikäryhmä 18–24-vuotiaat poistettiin havaintomäärän oltua nolla.

Lähetetyistä kyselyistä (n=186) ensimmäiseen kyselyyn vastasi 127 kurssille valittua, 59 kurssilaista ei halunnut osallistua tutkimukseen. Toisen kyselyn sai 114 kurssilaista, joista 88 vastasi kyselyyn. Kurssin oli keskeyttänyt ensimmäisen kurssijakson jälkeen 13 henkilöä. Toinen kysely oli tarkoitus lähettää vain ensimmäiseen kyselyyn vastanneille, mutta aineistoa käsiteltäessä huomattiin, että 15 osallistujaa oli vastannut vain toiseen kyselyyn lomakkeiden lähettämisen tapahtuneen virheen vuoksi. Nämä havainnot jätettiin pois lopullisesta aineistosta. Tutkimuskyselyn saaneista (n=186) ensimmäiseen kyselyyn vastasi 68 % ja näistä myös toiseen kyselyyn vastasi 64 % kursseille osallistuneista. Lopulliseksi aineistoksi muokkaantui 73 havaintoparia. COVID-19-pandemia hidasti suunniteltua aineiston keruuta, koska PHT:n toiminta keskeytyi pandemian vuoksi maaliskuussa 2020. Loppuaineiston oli määrä valmistua huhtikuussa 2020, mutta neljä tutkimukseen kuuluvaa kurssia siirtyi syksyyn 2020. Koko aineisto saatiin kerättyä lokakuussa 2020.

Likert-asteikolliset vastaukset (1–5) muunnettiin raakapisteiksi (0–100) WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin suomalaisen pisteytysohjeistuksen mukaisesti (Whoqol group 1996, THL 2020c). Elämänlaatumittari sisälsi neljä ulottuvuutta (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristö), jotka laskettiin väittämistä ohjeiden mukaisesti summamuuttujiksi (Whoqol group 1996, THL 2020c, Tähtinen ym. 2020, 80–83). Väittämien 3, 4 ja 26 asteikot olivat erisuuntaisia (korkeampi pistemäärä tarkoitti heikompaa elämänlaatua) kuin muut vastausvaihtoehdot, joten niistä saadut pisteet käännettiin ennen summamuuttujien laskemista. Puuttuvia havaintoja ei ollut, joten palautuneissa vastauksissa ei tarvinnut käyttää puuttuvien tietojen laskentaohjeistusta. (Whoqol group 1996, THL 2020c.)

Aluksi tutkittiin väittämien normaalijakautuneisuus aineistossa. Väittämät eivät olleet normaalijakautuneita. Väittämien keskiarvot (Ka) vaihtelivat välillä 2.04 ja 4.15 ja keskihajonnat (Kh) välillä 0.60 ja 1.09. Väittämien keskiarvot ja hajonnat on kuvattu liitetaulukossa 2. Tämän jälkeen tutkittiin faktorirakennetta sekä sisäistä johdonmukaisuutta. WHOQOL-BREF-mittarin faktorirakennetta tutkittiin konfirmatorisella faktorianalyysillä, maximum-likelihood menetelmällä, koska mittarilla oli oletusarvoinen faktorirakenne (Grove ym. 2013, 566–569, Tähtinen ym. 2020, 213–214). Faktorianalyysi tuotti 24 väittämästä

ratkaisuksi nelifaktorisen mallin. Faktorit koostuivat ominaisarvoista 6.67, 2.62, 1.93 ja 1.54. Neljä faktoria selittivät 45,70 % kokonaisvaihtelusta, muut faktorit eivät tarjonneet enempää lisäinformaatiota. Faktorirakenne esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. WHOQOL-BREF-mittarin faktorirakenne.

Mittarin väittämät jakautuivat neljään eri ulottuvuuteen. Mittarin neljää eri ulottuvuutta mittaavat summamuuttujat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristö ulottuvuus eivät olleet normaalijakautuneita alku- eikä loppukyselyssä (K-S 0.16;0.24, $p < 0.05$). Summamuuttujien sisäinen johdonmukaisuus vaihteli välillä 0.713 ja 0.790: fyysinen 0.736 (7 väittämää), psyykinen 0.760 (6 väittämää), sosiaalinen 0.713 (3väittämää) elinympäristö 0.790 (8 väittämää). Koko aineiston sisäinen johdonmukaisuus oli 0.821, jossa mukana olivat kaikki 26 väittämää.

Mittarin reliabiliteettia kuvattiin Cronbachin alfa-kertoimella, jota pidetään hyväksyttävänä, kun arvo on vähintään 0,70 (Grove ym. 2013, 391–392, Tähtinen ym. 2020, 86). Aineiston normaalijakautuneisuus testattiin Kolmogorov-Smirnovin testillä (K-S), koska otoskoko oli suurempi kuin 50 (Tähtinen ym. 2020, 98). Testi ohjasi tilastollisten testien valitsemista ryhmien väliseen vertailuun (Grove ym. 2013, 541, Tähtinen ym. 2020, 134). K-S testissä havaittiin, ettei aineisto ollut normaalijakautunut ja analyysit tehtiin käyttäen riippuvien otosten nonparametristä Wilcoxonin-testiä. (Grove ym. 2013, 584, Tähtinen ym. 2020, 137). Tuloksista raportoitii tilastollisesti merkitsevät tulokset. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa $p \leq 0.05$ (Grove ym. 2013, 535, Tähtinen ym. 2020, 42). Tutkimusotoksen sosiodemografisia taustatietoja kuvattiin ristiintaulukoinnilla (Tähtinen ym. 2020, 165–166) ja väittämäjakaumia frekvenssi- ja prosenttijakaumina sekä keskiarvolla ja keskihajonnalla. Muusta aineistosta laskettiin keskiarvo ja keskihajonta. (Tähtinen ym. 2020, 102–105.)

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden sosiodemografiset taustatekijät

Tutkimukseen osallistui 73 PHT:n 1. askel Pysyvään muutokseen kursseille valittua työikäistä henkilöä. Tutkimuksen alkaessa, suurin osa vastaajista (88 %) oli yli 44-vuotiaita ja alle 25-vuotiaita ei ollut tutkimuksessa lainkaan. Osallistujista enemmistö oli naisia (88 %). Miesten osuus oli pieni (12 %), kaikki olivat yli 44-vuotiaita ja suurin osa (89 %) miehistä eli parisuhteessa. Yli puolet kaikista vastaajista (N=73) oli naimisissa tai avoliitossa (60 %), naisista hieman yli puolet (56 %). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli saanut vähintään alemman korkea-asteen koulutuksen (70 %) ja oli kokoaikaisesti työelämässä (75 %). Työttömien osuus tutkimuksen alkaessa oli pieni (5,5 %). Taulukossa 1 on tarkempi sosiodemografisten taustatekijöiden kuvaus.

Taulukko 1. Osallistujien (N=73) sosiodemografiset taustatekijät (f, %)

Taustatieto	f	%
Sukupuoli		
mies	9	12,3
nainen	64	87,7
Ikä		
25–34-vuotiaat	3	4,1
35–44-vuotiaat	6	8,2
45–54-vuotiaat	34	46,6
55+	30	41,1
Siviilisäät		
naimissa (naisista 31, miehistä 7)	38	52,1
eronnut	19	26,0
naimaton	10	13,7
avoliitossa (naisista 5, miehistä 1)	6	8,2
Koulutus		
perusaste (esim. kansa-, keski- ja peruskoulu)	4	5,5
keskiaste (esim. ylioppilas, ammatilliset tutkinnot)	18	24,7
alempi korkea-asteen koulutus (esim. teknikko, merkonomi)	23	31,5
alempi korkeakoulututkinto (esim. AMK-tutkinnot, alemmat korkeakoulututkinnot)	13	17,8
ylempi korkeakoulututkinto (esim. maisteri tutkinnot, lääkäri, tutkijakoulutus)	15	20,5
Työtilanne		
kokoaikatyössä	55	75,3
osa-aikatyössä	8	11,0
muut (esim. opiskelijat, lomautetut, sairauslomalla ja eläkkeellä olevat)	6	8,2
työttömät	4	5,5

5.2 HOT -ryhmäintervention yhteys koettuun elämänlaatuun

Tutkimukseen osallistuneet (N=73) vastasivat WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin kysymyksiin (26 väittämää) ennen intervention alkua ja heti sen päättymisen jälkeen. Vastajat ohjeistettiin arvioimaan tilannettaan kahden viimeisen viikon tuntemusten mukaisesti. Koko aineiston tasolla tilastollisesti merkitsevät positiiviset muutokset ($p \leq 0.05$) havaittiin yleisessä elämänlaadussa (väittävä 1) ja tyytyväisyydessä terveyteen (väittävä 2). Vastajista lähes puolella (40 %) koettu yleinen elämänlaatu parani intervention jälkeen tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0.01$) ja lähes puolella (41 %) koetussa elämänlaadussa ei tapahtunut muutosta. Noin viidesosa vastaajista (19 %) arvioi yleisen elämänlaatunsa heikentyneen. Terveyteen liittyvä tyytyväisyys parani intervention jälkeen lähes puolella vastaajista (48 %) ja tulos oli myös tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.00$). Viidesosa (22 %) vastaajista koki

tyytyväisyytensä terveyteen heikentyneen alkutilanteesta ja noin kolmasosa vastaajista (30 %) koki sen säilyneen ennallaan. (Taulukko 2.)

Muista mittarin kysymyksistä (24 väittämää) oli muodostettu summamuuttujilla neljä ulottuvuutta, joissa tilastollisesti merkitseviä elämänlaadun muutoksia havaittiin fyysisessä ($p=0.00$) ja psyykkisessä ulottuvuudessa ($p=0.00$) (Taulukko 2). Psyykkisellä ulottuvuudella yli puolet (67 %) koki elämänlaatunsa parantuneen. Vastaajista viidesosalla (23 %) koettu elämänlaatu heikkeni ja kymmenesosalla (10 %) ei tapahtunut muutoksia mittausten välillä. Psyykkisen ulottuvuuden muutos oli suurin verrattuna muihin ulottuvuuksiin. Psyykkisen ulottuvuuden kysymykset (väittämät 5,6,7,11,19,26) kohdistuivat elämän merkityksellisyyden kokemiseen, mielialaan sekä itseen kohdistuvaan tyytyväisyyteen (Liite 3).

Myös fyysisellä ulottuvuudella (väittämät 3,4,10,15,16,17,18) vastaajista yli puolet (64 %) koki elämänlaadun parantuneen, noin kolmasosa (32 %) vastaajista koki huonontuneen ja muutamien elämänlaadussa (4 %) ei tapahtunut muutosta. Kysymykset käsittelivät fyysisistä terveyttä, unta, työ- ja toimintakykyä. Elinympäristöulottuvuudella (väittämät 8,9,12,13,14,23,24,25) koettu elämänlaatu parani hieman yli puolella (53 %). Tämän ulottuvuuden kysymykset kohdistuivat elinympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen, yleisiin olosuhteisiin, tiedonsaantiin ja palveluihin sekä omaan taloudelliseen tilanteeseen. Elinympäristö ulottuvuuden keskiarvot molemmissa kyselyissä olivat selkeästi korkeammalla tasolla kuin muissa elämänlaadun ulottuvuuksissa tai kysymyksissä. Keskiarvot parani toisessa kyselyssä mutta tulos ei yltänyt aivan tilastollisesti merkitsevälle tasolle ($p=0.08$) (Taulukko 2). Sosiaalisella ulottuvuudella koettu elämänlaatu parani ulottuvuuksista vähiten (45 %). Sosiaalisen ulottuvuuden kysymykset (väittämät 20,21,22) kohdistuivat ihmissuhteisiin ja sukupuolielämään. Tilastollista merkitsevyyttä ei elinympäristö- ja sosiaalisella ulottuvuudella havaittu, positiivisista muutoksista huolimatta. (Liite 3.)

Väittämittäin arvioituna matalimmat keskiarvot pistemäärissä havaittiin kysymyksissä, jotka koskivat arjessa selviytymistä fyysisen kivun kanssa (väittäjä 3), toimintakykyyn liittyvästä lääkehoidon tarpeesta (väittäjä 4) sekä mielialaa (väittäjä 26). Kaikkien edellä mainittujen väittämien keskiarvot laskivat toisessa kyselyssä, muiden (23 väittämää) noustessa. Korkeimmat keskiarvot väittämittäin havaittiin elinympäristö ulottuvuudella. Kysymykset koskivat elinympäristön olosuhteita (väittäjä 23) ja tiedonsaantia itselle tärkeistä asioista (väittäjä 13) sekä mahdollisuuksiin saada terveystalvot (väittäjä 24).

WHOQOL-BREF-mittarin vastausten keskiarvot ja keskihajonnat on kuvattu väittämittäin liitteessä 3 ja summamuuttujista koostuvat ulottuvuudet sekä niiden keskiarvot ja hajonnat on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Koko aineiston (N=73) keskiarvojakaumat, keskihajonnat ja muutokset (Ka, Kh, testi-suure, p-arvo).

Ulottuvuudet	1.kysely Ka(Kh)	2.kysely Ka(Kh)	testi- suure	p-arvo
1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	3,66(0,65)	3,90(0,56)	T=2,5	p=0.01
2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	3,25(0,93)	3,67(0,83)	T=2,9	p=0.04
Fyysinen ulottuvuus	63,52(13,93)	70,70(13,84)	T=3,2	p=0.00
Psyykinen ulottuvuus	58,63(13,82)	66,59(14,03)	T=3,4	p=0.00
Sosiaalinen ulottuvuus	57,86(19,79)	60,90(20,14)	T=1,1	p=0.26
Elinympäristö ulottuvuus	70,93(14,07)	75,62(13,69)	T=1,7	p=0.08

5.3 Sosiodemografisten taustatekijöiden yhteys koettuun elämänlaatuun

Sosiodemografisiksi taustatekijöiksi oli valittu sukupuoli, ikä, koulutustaso, työtilanne sekä siviilisääty (Tilastokeskus 2019). Naisten (n=64) koettu elämänlaatu parani tilastollisesti merkitsevästi yleisessä elämänlaadussa (p= 0.03), tyytyväisyydessä terveyteen (p= 0.01), fyysisellä (p= 0.00) ja psyykkisellä ulottuvuudella (p= 0.00) sekä elinympäristö ulottuvuudella (p= 0.04). Miehillä (n=9) ei tilastollisesti merkitseviä muutoksia havaittu millään elämänlaadun osa-alueilla, vaikka keskiarvoissa tapahtui positiivisia muutoksia. Miesten elämänlaadun alku- ja loppumittausten pistemäärien keskiarvot olivat hieman naisten keskiarvoja korkeammat, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Liite 6.)

Ikäryhmässä 35-44-vuotiaat (n=6), vastaajien yleisesti koettu elämänlaatu parani intervention jälkeen tilastollisesti merkitsevästi (p= 0.04). Myös tyytyväisyydessä terveyteen oli myönteinen muutos, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (p= 0.07), koska viisi kuudesta vastaajasta koki terveydessään positiivisen muutoksen ja yksi koki elämänlaatunsa heikentyneen. Vastaavasti elämänlaatu kysymyksessä viisi kuudesta koki positiivisen muutoksen, mutta yhden vastaajan tilanne ei muuttunut. Tässä ikäryhmässä oli havaittavissa koetussa elämänlaadussa tilastollisesti merkitsevä kohentuminen myös fyysisellä (p= 0.03) ja psyykkisellä ulottuvuudella (p= 0.03) sekä elinympäristö ulottuvuudella (p= 0.04).

Ikäryhmässä 45–54-vuotiaat (n=34) tapahtui tilastollisesti merkitsevä positiivinen muutos vain fyysisellä ulottuvuudella (p= 0.02) ja ikäryhmässä 55+ (n=30) positiivinen muutos oli havaittavissa pelkästään psyykkisellä ulottuvuudella (p= 0.01). Tyytyväisyydessä terveyteen ja sosiaalisessa ulottuvuudessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia missään ikäryhmässä. (Liite 7.)

Keskiasteen (n=18) koulutuksen saaneet kokivat yleisen elämänlaadun parantuneen ja tulos oli lähes tilastollisesti merkitsevä (p= 0.06). Alemman korkea-asteen (n=23) koulutuksen saaneiden elämänlaatu parani tyytyväisyydessä omaan terveyteen (p= 0.02) sekä fyysisellä (p= 0.01) ja psyykkisellä ulottuvuudella (p= 0.04). Alemman korkeakoulututkinnon (n=13) suorittaneiden elämänlaatu parani tilastollisesti merkitsevästi psyykkisellä ulottuvuudella (p= 0.03) sekä elinympäristö ulottuvuudella (p= 0.03). Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneilla (n=15) oli positiivista muutosta sosiaalisella ulottuvuudella, mutta muutos ei yltänyt tilastollisesti merkitsevälle tasolle (p= 0.09). (Liite 8.)

Aktiivisesti työelämässä olevien koettu elämänlaatu parani intervention jälkeen eniten. Kokoaikaisessa työsuhteessa (n=55) olevien yleinen elämänlaatu (p= 0.03), tyytyväisyys terveyteen (p= 0.00) sekä fyysinen (p= 0.00) ja psyykinen ulottuvuus (p= 0.00) paranivat tilastollisesti merkitsevästi (p= <0.05). Lisäksi tämän ryhmän elämänlaatu parani elinympäristö ulottuvuudella (p= 0.01). Myös osa-aikatyötä tekevien (n=8) elämänlaatu parani intervention jälkeen. Tilastollisesti merkitsevät muutokset havaittiin koetussa yleisessä elämänlaadussa (p= 0.03) tyytyväisyydessä terveyteen (p= 0.02), fyysisessä (p= 0.04), psyykkisessä (p= 0.02) sekä sosiaalisessa ulottuvuudessa (p= 0.05). Kategoriassa muut (n=6) koettu elämänlaatu parani merkitsevästi sosiaalisella ulottuvuudella (p= 0.04) sekä elinympäristö ulottuvuudella (p= 0.05). Työttömillä (n=4) ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä muutoksia millään elämänlaadun osa-alueilla, keskiarvojen noususta huolimatta. (Liite 9.)

Naimisissa (n=38) olevien koettu yleinen elämänlaatu (p= 0.03) sekä tyytyväisyys terveyteen (p= 0.00) paranivat intervention jälkeen. Näiden lisäksi tilastollisesti merkitseviä muutoksia havaittiin myös elämänlaadun fyysisellä (p= 0.01) ja psyykkisellä (p= 0.00) ulottuvuudella. Naimisissa (n=38) olevista suurin osa (82 %) oli naisia ja myös tutkimukseen osallistuneista miehistä (n=9) suurin osa oli naimisissa (78 %) tai avoliitossa (11 %). Naimittomilla (14 %), avoliitossa (8 %) sekä eronneilla (26 %) ei tilastollisesti merkitseviä

muutoksia havaittu koetussa elämänlaadussa. Siviilisäädylly ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja ensimmäisessä eikä toisessa mittauksessa. (Liite 10.)

5.4 Yhteenveto tuloksista

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli naisia (88 %) ja suurin osa osallistuneista oli yli 44-vuotiaita (88 %). Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet miehet (89 %) ilmoittivat olevansa parisuhteessa (avo- tai avioliitto), naisista parisuhteessa oli yli puolet (56 %). Naimissa olevat (n=38) kokivat elämänlaatunsa kohentuneen intervention jälkeen, muilla siviilisäädylly ei tilastollisesti merkitseviä muutoksia havaittu.

Tutkimukseen osallistuneiden (N=73) koettu elämänlaatu parani ryhmätasolla yleisessä elämänlaadussa ja terveyteen liittyvässä tyytyväisyydessä sekä fyysisessä ja psyykkisessä ulottuvuudessa. Parhaiten elämänlaatu koheni psyykkisellä ulottuvuudella, vaikka ero fyysiseen ulottuvuuteen oli pieni. Positiivisia tuloksia havaittiin myös sosiaalisessa ulottuvuudessa sekä elinympäristön osa-alueella, mutta ei tilastollisesti merkitseviä. Naisten elämänlaatu parani intervention jälkeen kaikilla muilla ulottuvuuksilla paitsi sosiaalisella ulottuvuudella. Myös miehillä tapahtui positiivisia muutoksia keskiarvoissa, mutta ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Miesten elämänlaadun alku- ja loppumittausten pistemäärien keskiarvot olivat hieman naisten keskiarvoja korkeammat, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa ei sukupuolten välillä havaittu.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna eniten myönteisiä muutoksia elämänlaadun eri osa-alueilla oli havaittavissa 35-44-vuotiailla (n=6). Tilastollisesti merkitsevät muutokset havaittiin yleisessä elämänlaadussa, fyysisellä, psyykkisellä sekä elinympäristö ulottuvuuksilla. Ikäryhmässä 45-54 -vuotiaat (n=34) parani tilastollisesti merkitsevästi vain elämänlaadun fyysinen ulottuvuus ja ikäryhmässä 55+ (n=30) vain elämänlaadun psyykinen ulottuvuus. Lähes kaikissa ikäryhmissä ja koetun elämänlaadun osatekijöissä tapahtui positiivisia muutoksia elämänlaatua kuvaavien pistemäärien keskiarvoissa, mutta ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Muista sosiodemografisista taustatekijöistä aktiivisesti työelämässä olevien (n=63) ja vähintään alemman korkea-asteen koulutuksen saaneiden koettu elämänlaatu parani useilla ulottuvuuksilla. Työttömilläkin (n=4) tapahtui positiivisia muutoksia, muttei tilastollisesti merkitseviä. Väittämittäin arvioituna huonoin elämänlaatu koettiin fyysisessä terveydessä ja siihen liittyvässä arjessa selviytymisessä sekä mielialassa. Paras elämänlaatu

koettiin tyytyväisyydessä omaan elinympäristöön, terveyspalveluiden saatavuuteen sekä tiedonsaantiin itselle tärkeistä asioista.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimusaineiston perusjoukko koostui PHT:n 1. askel Pysyvään muutokseen -hyvinvointikursseille hakeutuneista työkäisistä, jotka kaipasivat kohennusta hyvinvointiinsa. Kurssit perustuivat HOT-lähestymistapaan ja niiden keskiössä oli tietoisuustaitojen harjoittelu sekä omiin arvoihin sidottujen hyvinvointitavoitteiden löytäminen pohjaksi pysyvimmille terveyskäyttäytymisen muutoksille. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja kuvailla millainen yhteys HOT-lähestymistapaan perustuvalla ryhmäinterventiolla on työkäisten koettuun elämänlaatuun. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida millainen yhteys sosiodemografisilla taustatekijöillä oli mahdollisiin elämänlaadun muutoksiin. Kurseille ei haettu sairaus- tai ongelmaperusteisesti, eikä näitä tietoja myöskään kerätty missään vaiheessa. Tutkimusaineiston keruu kesti lähes puolitoista vuotta, sillä COVID-19-pandemia hidasti sitä noin puoli vuotta, keskeyttäen PHT:n kurssitoiminnan maaliskuussa 2020. COVID-19-pandemia on vaikuttanut työkäisten elämänlaatuun ja hyvinvointiin (Mieli 2021), mutta suurin osa tämän tutkimuksen aineistosta (n. 90 %) saatiin kerättyä ennen pandemiaa, joten sen vaikutus tämän tutkimuksen tuloksiin lienee vähäinen.

Tässä tutkimuksessa käytetty HOT-lähestymistapaan perustunut ryhmäinterventio (kesto n. 7 kk) paransi keskiarvojen perusteella tutkimukseen osallistuneiden työkäisten koettua elämänlaatua ja tyytyväisyyttä terveyteen. Tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevät muutokset yleisessä elämänlaadussa, tyytyväisyydessä terveyteen sekä fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella. (Taulukko 2). Tämä tulos vahvistaa aikaisempaa tutkimustietoa (Carbonell-Baeza ym. 2011, Folke ym. 2012, Wicksell ym. 2013, Eilenberg ym. 2016, Jacobsen ym. 2017, Aasdahl ym. 2017) HOT-ryhmäinterventioiden yhteydestä koetun elämänlaadun paranemiseen. Edellä mainituissa tutkimuksissa oli käytetty WHOQOL-BREF-mittarin kanssa samansuuntaisesti korreloivia arviointimenetelmiä (SF-36, 15D Health-related quality of life).

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista kaksi arvioi elämänlaadun positiivista muutosta samoista lähtökohdista kuin tämä tutkimus, ilman sairaus- tai ongelmaperusteista lähestymistapaa (Gregoiren ym. 2018, O' Brien ym. 2019). Kaikissa muissa kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa elämänlaatua arvioitiin sairauksiin ja ongelmiin liitettynä (esim. Wicksell ym. 2013, Densham ym. 2016, Fledderus ym. 2010). Myös näissä tutkimuksissa

osallistujien koettu elämänlaatu ja mielen hyvinvointi kohenivat. Katsauksessa nousi esille myös koetun elämänlaadun paraneminen riippumatta ongelmaan tai sairauteen kohdistuneen hoidon lopputuloksesta, tuloksen säilyessä vielä kolmen kuukauden (Berman ym. 2016), kuuden kuukauden (Densham ym. 2016) sekä 12 kuukauden (Aasdahl ym. 2017) seurannoissa.

Tämän tutkimuksen ryhmäinterventio kesti noin seitsemän kuukautta ja koostui kolmesta lähijaksosta ja niiden välisestä tietoisuustaitojen ja hyvinvointitekojen harjoittelusta omaan arkeen vietyä. HOT-istuntojen määrä lähijaksoilla oli yhteensä noin 23 h. Vain yhden katsaukseen valitun kontrolloidun ryhmäinterventiotutkimuksen (Forman ym. 2019) kesto oli samansuuntainen (12kk), kaikki muut katsauksen ryhmäinterventiot olivat kestoltaan huomattavasti lyhyempiä (1–3kk) (Liite 1). HOT-istuntojen tuntimäärät vaihtelivat myös paljon (10–30 h). Kuudessa tutkimuksessa (Carbonell-Baeza ym. 2011, Wicksell ym. 2013, Eilenberg ym. 2016, Berman ym. 2016, Palmeira ym. 2017, Forman ym. 2019) tuntimäärät olivat lähes samansuuntaiset (18–30 h) tämän tutkimuksen kanssa. Katsauksessa käytettyjen elämänlaatumittareiden kirjo oli iso mikä vaikeuttaa interventioiden vertailua. Vain yhdessä tutkimuksessa (Folke ym. 2012) oli käytetty tähän tutkimukseen valittua WHOQOL-BREF-mittaria. Folken ym. (2012) tutkimuksessa arvioitiin masennuksen vuoksi pitkällä sairauslomilla olevien työttömien elämänlaatua. Siinä keskiarvot jäivät huomattavasti tätä tutkimusta alemmalle tasolle, mikä vahvistanee tähän tutkimukseen osallistujien, pääsääntöisesti työelämässä olevien, lähtökohtaisesti parempaa elämänlaatua, mutta myös mittarin kykyä mitata elämänlaadun vaihteluita (Kankkunen & Julkunen-Vehviäinen 2018, 190). Lisäksi kuudessa tutkimuksessa (Carbonell-Baeza ym. 2011, Folke ym. 2012, Wicksell ym. 2013, Eilenberg ym. 2016, Jacobsen ym. 2017, Aasdahl ym. 2017) käytettiin WHOQOL-BREF-mittarin kanssa korreloivia arviointimenetelmiä ja tulokset olivat tämän tutkimuksen kanssa samansuuntaisia. Ryhmäinterventioiden eroista huolimatta, katsauksen tutkimukset (Liite 1) vahvistavat tämän tutkimuksen tulosta ja HOT-lähestymistavan hyötyjä vaihtelevissa konteksteissa. (Hayes ym. 2006, Kangasniemi & Kauravaara 2016, 7–8, Tuomisto & Lappalainen 2020, 92.)

Tässä tutkimuksessa elämänlaatu parani intervention jälkeen (Taulukko 2), mutta pidempi seuranta puuttui, joten elämänlaatuun liittyvän tuloksen pysyvyyttä ei voinut arvioida. Toisaalta aikaisempi tutkimus (Fledderus ym. 2010, Folke ym. 2012, Wicksell ym. 2013, Densham ym. 2016, Berman ym. 2016, Aasdahl ym. 2017, Wynne ym. 2019), jossa oli eri pituisia (3–24 kk) seuranta-aikoja vahvistaa kohentuneen elämänlaadun ja mielen

hyvinvoinnin säilymisen myös pidempään. Katsauksen pisimmässä, ylipainon hoitoon liittyneessä, kontrolloidussa tutkimuksessa (Forman ym. 2019) havaittiin elämänlaadun säilyneen hyvällä tasolla vielä kaksi vuotta intervention jälkeen, 10 %: n painon pudotuksen rinnalla.

Suurin positiivinen muutos tapahtui osallistujien psyykkisellä ulottuvuudella, jossa reilusti yli puolella (67 %) vastaajista elämänlaatu parani intervention jälkeen. Psyykinen ulottuvuus sisälsi elämän merkityksellisenä kokemista (väittämä 6), elämästä nauttimista (väittämä 5), tyytyväisyyttä itseen (väittämät 11, 19) ja omaan keskittymiskykyyn (väittämä 7), mutta myös mielialaan liittyviä kielteisiä ja häiritseviä tuntemuksia (väittämä 26). Kun muitakin tuloksia tarkasteltiin väittämittäin, tehtiin yllättävä havainto. Fyysinen kipu ja siihen liittyvä toimintakyky (väittämä 3) sekä lääkkeiden käyttö (väittämä 4) saivat mielialaan liittyneen väittämän (26) kanssa kaikkein huonoimmat keskiarvot ensimmäisessä kyselyssä ja keskiarvot vielä laskivat intervention jälkeen. Kaikkien muiden väittämien keskiarvot nousivat toisessa kyselyssä. (Liite 3.) Kokonaisuutena havaittiin yllättävä tulos, että koettu yleinen elämänlaatu (väittämä 1), tyytyväisyys terveyteen (väittämä 2), psyykinen sekä fyysinen ulottuvuus paranivat tilastollisesti merkitsevästi riippumatta fyysisistä ja psyykkisistä haasteista. (Taulukko 2).

Huonoimpia keskiarvoja saaneet väittämät 3 ja 4 (Liite 3) kuuluivat fyysiseen ulottuvuuteen, jossa kuitenkin kokonaisuutena havaittiin intervention jälkeen lähes yhtä suuri positiivinen elämänlaadun muutos kuin psyykkiselläkin ulottuvuudella (Taulukko 2). Fyysisellä ulottuvuudella myös reilusti yli puolet (64 %) vastaajista koki elämänlaatunsa parantuneen. Tähän ulottuvuuteen sisältyi edellä mainittujen väittämien (3, 4) lisäksi tarmokkuuteen, työ- ja toimintakykyyn, liikuntakykyyn sekä unen laatuun liittyviä kysymyksiä. Tämä, hieman ristiriitainenkin, tulos voi vahvistaa aikaisempaa tutkimustietoa siitä, että erilaiset fyysiset tai psyykkiset ongelmat eivät poissulje kykyä kokea tyytyväisyyttä elämänlaatuun ja terveyteen, kun mielen vastavoimavaroja on riittävästi (Antonovsky 1996, Reivich ym. 2011, Brunwasser ym. 2015, Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Tämä tulos voi olla yhteydessä myös aikaisempaan tutkimustietoon siitä, että ihminen voi kokea elämänlaatunsa hyväksi ja olla tyytyväinen huonompaankin terveyteen, kun hän vertaa sitä ympäröivään yhteisöön ja arvioi siinä kontekstissa terveyttään ja elämänlaatuaan (Vaarama 2010, 13, Kunari & Suikkanen 2013).

Koetun elämänlaadun tilastollisesti merkitsevän kohenemisen kliinistä merkittävyyttä on myös vaikea arvioida keskiarvojen nousun perusteella, koska se on yksilöllinen, monimutkainen kognitiivinen ja kontekstisidonnainen kokonaisuus (Jylhä 2009). Elämänlaadun keskiarvot kohenivat tutkimuksen ryhmätason vertailussa kaikilla ulottuvuuksilla, vaikka tilastollinen merkitsevyys koheni vain kahdella ulottuvuudella sekä yleisessä elämänlaadussa ja tyytyväisyydessä terveyteen (Taulukko 2). Muutoksilla voisi kuitenkin olla yksilölle merkitystä, sillä on vaikea arvioida nykytietämyksen mukaan yksilöllistä annosvastesuhdetta siitä, millainen koettu elämänlaadun muutos saa aikaan parempaa fyysistä terveyttä ja terveyskäyttäytymistä ja kuinka pysyvää se on. Tällaista tutkimusta lienee tehty vielä vähän. Elämänlaadun tutkimus ei myöskään pysty vielä ottamaan huomioon osallistujan sosiaalista kontekstia, johon hän omaa kokemustaan vertaa (Vaarama 2010, 13). Kokemuksellisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun selkeämpi käsitteellistäminen vaatii vielä paljon monitieteistä tutkimustyötä, ja ehkä uusia mittareitakin, jotta saataisiin raja-arvoja tai tunnistettavia indikaattoreita, joita voitaisiin käyttää esimerkiksi terveydenedistämistyössä. (Kunnari & Suikkanen 2013, Polit 2017.) Esimerkiksi WHOQOL-BREF-mittarille ei tällaisia raja-arvoja ollut löydettävissä. Kuitenkin elämänmyönteisen mielialan ja onnellisuuden on todettu olevan yhteydessä fyysiseen terveyteen (Kinnunen ym. 2011), parempaan elämänlaatuun, terveyskäyttäytymiseen, työ- ja toimintakykyyn (Wahlbeck ym. 2017) sekä matalampaan enenaikaiseen kuolleisuuteen (Keyes ym. 2012). Tämä tutkimustieto tekee elämänlaadun, hyvinvoinnin ja niihin sisältyvän positiivisen mielenterveyden ja onnellisuuden kokemuksesta tavoiteltavaa ja mahdollista saavuttaa, riippumatta ihmisen sairauksista ja ongelmista. Tämä näkökulma vahvistaa myös tämän tutkimuksen lähtökohtaa tutkia HOT-ryhmäintervention yhteyttä työkäisten koettuun elämänlaatuun, ilman psyykkisiin tai fyysisiin sairauksiin liittyvien taustatietojen keräämistä.

Elinympäristö ulottuvuudella elämänlaatu parani hieman yli puolella (53 %) mutta tulos ei yltänyt tilastollisesti merkitsevälle tasolle. Tuloksista kuitenkin havaittiin tämän ulottuvuuden lähtökeskiarvojen olleen jo selkeästi muita korkeammat ja ne vielä paranivat intervention jälkeen (Liite 3). Tämä tulos viittaa siihen, että tutkimukseen osallistujien elintaso, tyytyväisyys elinympäristöön, sen turvallisuuteen sekä tarvitsemiinsa palveluihin oli jo lähtökohtaisesti hyvällä tasolla (Vaarama 2010, 12–14), toisin kuin masentuneilla pitkällä sairauslomalla olevilla työttömällä (Folke ym. 2012). Tämä tulos voi vahvistaa myös aikaisempia näkemyksiä perustarpeiden tyydyttymisten tärkeydestä. Ne voivat tuoda ihmiselle

resursseja ja käyttövoimaa arkeen, jotka parhaimmillaan summautuvat kokonaisuhyvinvoinnin kohenemisena, johon tämän tutkimuksen tuloksetkin viittaavat. (Allardt 1976, 32–38.)

Sosiaalisella ulottuvuudella tapahtui pieni elämänlaadun paraneminen, mutta muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Kuitenkin lähes puolet (45 %) vastaajista koki jonkinlaisen positiivisen muutoksen. Hieman matalampaan tulokseen on voinut vaikuttaa sosiaalisen ulottuvuuden kaikkein pienin väittämien määrä (20,21,22), jotka kohdistuivat ihmissuhteisiin ja sukupuolielämään. Lisäksi tämän ulottuvuuden sisäinen yhtenevyys verrattuna muihin ulottuvuuksiin on todettu vain tyydyttäväksi tai heikoksi. (Whoqol group, 1998, Skevington ym. 2004). Toisaalta mielen kuormittuminen ja fyysinen oireilu, joita väittämittäin tarkasteltuna oli havaittavissa, voivat heijastua ihmissuhteisiin ja etenkin sukupuolielämään. Sukupuolielämä (väittäjä 21) sai väittämittäin arvioituna neljänneksi huonoimman keskiarvon ja siinä tapahtuva keskiarvomuuutos intervention jälkeen oli myös pieni, jääden edelleen matalalle tasolle verrattuna muihin väittäjiin. (Liite 3.)

Tutkimuksen tuloksia oli mahdollista verrata vuoden 2009 väestön elämänlaadun ikä- ja sukupuolittaisiin keskiarvoihin (Vaarama ym. 2010, 132). Tutkimusotoksen suurimmassa ikäryhmässä (45–69 v) oli havaittavissa ikä- ja sukupuolittaisessa tulosten vertailussa selkeästi matalammat keskiarvot niin miehillä kuin naisillakin. Keskiarvot jäivät matalammiksi vielä positiivisten muutosten jälkeenkin. Myös naisten ja miesten välisen elämänlaadun vertailussa oli havaittavissa pieni muutos. Tässä tutkimuksessa naisten elämänlaadun keskiarvot olivat hieman miesten keskiarvoja heikommät, vaikka tilastollista merkitsevyyttä ei erossa havaittu. Väestöarvoihin verrattuna vuoden 2009 tilanne oli pikemminkin päinvastainen ja elämänlaadun keskiarvot olivat tämän tutkimuksen tulosten keskiarvoja selvästi korkeammat. Lisäksi naisten ja miesten väliset keskiarvot olivat lähes samalla tasolla, naisilla jopa aavistuksen miehiä korkeammat. Tämän tutkimuksen tulos viittaisi myös miesten elämänlaadun heikentymiseen verrattuna vuoden 2009 miesten väestöarvoihin. (Vaarama ym. 2010, 132.)

Tutkimukseen osallistuneiden työikäisten elämänlaatu näyttäytyi siis keskiarvojen perusteella tarkasteltuna heikompana verrattuna vuoden 2009 väestöarvoihin (Vaarama ym. 2010, 132). Tätä voisi osaltaan selittää WHOQOL-BREF-mittarin väestöarvojen ja tämän tutkimuksen välinen kymmenen vuoden ero (Vaarama ym. 2010, 132). Tänä aikana työelämä on ollut isossa muutoksessa ja sen kuormittavuus on lisääntynyt huomattavasti. (STM

2015,18-23.) Erityisesti työelämän henkinen kuormittavuus (Keyriläinen 2020) ja mielen-terveyden häiriöt ovat lisääntyneet tutkimusten mukaan vuodesta 2016 (Kela 2019) ja sitä on ollut lisäämässä globaalit ongelmat, kuten esimerkiksi menossa oleva COVID-19-pandemia ja lisääntyvä uutisointi kiihtyvistä ilmastonmuutoksesta ja sen ennustamista ongelmista (Kotakorpi 2021). Myös työikäisten varhaisvaiheen kuntoutus on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana. Ammatillinen, harkinnanvarainen varhaiskuntoutus (Aslak) päättyi vuonna 2015. Sipilän hallitus lopetti tämän kuntoutusmuodon julkisen talouden sopeuttamistoimena (Kela 2017). Osin lopettamisen syynä saattoi olla myös Aslak-kurssien vaikuttavuuden näytön vähäisyys, mutta toisaalta näyttö oli myös ristiriitaista (Saltychev ym. 2012). Psykkisen kuormituksen kasvaessa nopeassa muutosvauhdissa ja lisääntyvässä epävarmuudessa sekä varhaisvaiheen palveluiden heikentyminen voisivat heijastua myös koettuun elämänlaatuun ja terveyteen, johon tämänkin tutkimuksen tulokset viittaavat.

Väestöarvojen pohjana olevassa tutkimuksessa (Vaarama ym. 2010, 130) käytettiin samaa WHOQOL-BREF-mittaria (26-muuttujaa) sillä erolla, että se toteutettiin vuonna 2009 haastattelututkimuksena. Tässä tutkimuksessa käytettiin Internet-pohjaista itsetäytettävää kyselytutkimusta. Menetelmäero aineiston keruussa saattaa vaikuttaa tulosten vertailtavuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 190). Toisaalta Terveys 2011 tutkimuksessa käytettiin haastattelumenetelmää ja tuloksia verrattiin FinTerveys 2017 -tutkimukseen, jossa aineisto kerättiin itse täytettävillä kyselylomakkeilla. Vertailussa havaittiin, että tulokset koetun terveyden suhteen olivat menetelmäerosta huolimatta samansuuntaisia, mikä saattaisi vahvistaa tämän tutkimuksen ja väestöarvojen vertailtavuutta. Tulosten vertailu kymmenen vuotta vanhoihin väestöarvoihin, voimakkaasti muuttuneessa yhteiskunnassa, herättää myös ajatuksen elämänlaadun väestöarvojen (Vaarama ym. 2010, 132) päivittämisen tarpeesta.

Erityisesti HOT-interventiosta hyötyivät nuoremmat ikäryhmät, joiden elämänlaadun keskiarvo ennen interventiota oli matalin ja intervention jälkeinen koettu elämänlaadun muutos suuri. Huonoimmat elämänlaadun keskiarvot kaikilla ulottuvuuksilla havaittiin ikäryhmissä 35–44-vuotiaat (n=6) sekä alle 35-vuotiaat (n=3) verrattaessa muihin ikäryhmiin. Huomionarvoista oli myös se, että kaikki näihin ikäryhmiin kuuluvat olivat naisia. Molempien ikäryhmien elämänlaatu parani intervention jälkeen lähes kaikilla ulottuvuuksilla, mutta tilastollisesti merkitsevät muutokset havaittiin vain 35–44-vuotiaiden ikäryhmässä. (Liite 5.) Tulos voi osaltaan olla yhteydessä erityisesti nuorempien ikäluokkien (20- 54 v) (Koskinen

& Sainio 2018) ja erityisesti naisten suurempaan psyykkiseen kuormittumiseen työelämässä (Lehto ym. 2015, Keyriläinen 2020). Tämä tulos voisi vahvistaa myös aikaisempaa tutkimustietoa HOT-interventioiden hyödyistä erityisesti työelämässä (Brinkborg ym. 2011, Folke ym. 2012, O'Brien ym. 2019) tai opiskelusta (Gregoire ym. 2018) kuormittuneiden elämänlaadun ja hyvinvoinnin kohenemisessä.

Sosiodemografisista taustatekijöistä positiiviset elämänlaadun muutokset olivat yhteydessä hyvään koulutukseen (Liite 8), koko- tai osapäiväiseen työelämässä (Liite 9) oloon sekä avioliittoon (Liite 10). Avioliitossa olevien elämänlaatu parani keskiarvojen mukaan kaikilla elämänlaadun ulottuvuuksilla ja tilastollisesti merkitsevästi fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella sekä yleisessä elämänlaadussa ja tyytyväisyydessä terveyteen (Liite 10). Elämänlaatu parani samansuuntaisesti myös vähintään alemman korkeakoulututkinnon saaneilla (Liite 8). Suurin osa (88 %) tutkimukseen osallistuneista oli naisia (Taulukko 1), mikä vastaa kirjallisuuskatsauksen (Liite 1) sekä useiden HOT-interventiotutkimusten (Coto-Lesmes ym. 2020) sukupuolijakaumaa. Miesten vähäinen osuus on myös huomionarvoinen asia. Kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet miehet (n=9) olivat yli 44-vuotiaita ja lähes kaikki olivat parisuhteessa. (Taulukko 1.) Pariskunnilla oli mahdollisuus osallistua kursseille yhtä aikaa, jolloin puoliso on voinut olla kursseille osallistumisen taustavaikuttajana suurempi kuin miehen motivaatio oman hyvinvoinnin edistämiseen, tosin tietoa pariskunnittain osallistumisesta ei kerätty. Miehillä ei tilastollisesti merkitseviä muutoksia tapahtunut millään elämänlaadun osa-alueella, vaikka pienempiä positiivisia muutoksista oli havaittavissa (Liite 6). Tulokseen voi olla vaikuttamassa myös miesten hieman naisia korkeampi elämänlaadun keskiarvojen lähtötaso. Kuitenkin Suomalaisten hyvinvointi 2018-raportin mukaan suomalaisten työikäisten miesten koettu hyvinvointi oli tutkimuksessa keskimäärin heikompina kuin naisten. Miesten elämänlaatu ei myöskään parantunut tutkimusvuosina 2013–2017, toisin kuin naisten. (Karvonen 2019, 99.) Yksin elävien miesten terveys ja hyvinvointi on todettu olevan heikommalla tasolla kuin parisuhteissa elävien miesten ja naisten (Kauppinen ym. 2014, 28). Myös työikäisten miesten ennenaikainen kuolleisuus on puolet isompaa kuin naisten (Tilastokeskus 2020). Nämä seikat johtavat pohtimaan laajemminkin ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palveluiden ja miesten hyvinvointitarpeiden kohtaamisen ongelmia terveydenhuollon eri tasoilla, mutta myös HOT-interventioiden osalta.

Psykologinen joustavuus ja sen hyödyntäminen esimerkiksi positiivisen mielenterveyden ja terveyskäyttäytymisen tukemisessa on uusi näyttöön perustuva lähestymistapa (Hayes ym. 2006, Kangasniemi & Kauravaara 2016, Tuomisto & Lappalainen, 2020, 100–106). Omien arvojen kirkastaminen ja sitä kautta merkityksellisen elämänsuunnan löytyminen on keskeisessä roolissa pysyvissä elämäntapamuutoksissa. Joustavampi ajattelutapa ja suhtautuminen arjen haasteisiin tietoisuustaitoja kehittämällä, lisää pystyvyyden tunnetta oman hyvinvoinnin edistämiseen (Ryff 1989, Deci & Ryan 2000, Hayes ym. 2006). On hyvä huomata, että nämä taidot ovat kaikkien opeteltavissa (Tuomisto & Lappalainen 2020, 88–90).

Joustavamman ajattelun ja tietoisuustaitojen opettelu ja juurruttaminen osaksi omaa toimintaa vaatii kiinnostuksen heräämistä omiin automatisoituneisiin ajattelu- ja toimintatapoihin. Se vaatii aktiivista harjoittelua arjen lukuisissa valintatilanteissa. Tämä saattaa asettaa haasteita heikommassa asemassa olevien ihmisten kykyyn ja mahdollisuuksiin ohjautua ja sitoutua, useimmille ihmisille, uuden tyyppiseen itsensä haastamiseen. Olisiko HOT-interventioitakin räätälöitävä ja kehitettävä kohtaamaan vielä paremmin miehiä sekä heikommassa asemassa olevia ihmisiä? Naiset ovat tämän uuden lähestymistavan ottaneet selvästi paremmin vastaan aikaisemman tutkimuksen kuin myös tämän tutkimuksen valossa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen sisältövaliditeettia vahvasti testattu ja laajasti käytössä ollut WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari (26 muuttujaa), joka on kehitetty monikulttuurisessa yhteistyössä erilaisiin väestötutkimuksiin ja kansainväliseen käyttöön sopivaksi (Whoqol group 1996, 1998). Mittari on helppokäyttöinen ja nopea täyttää sekä soveltuu kaiken ikäisille ihmisryhmille. Validiteetti on myös havaittu yhteneväiseksi SF-36 sekä 15-D-elämänlaatumittareiden kanssa, joita oli käytetty useissa katsauksen tutkimuksissa (Carbonell-Baeza ym. 2011, Wicksell ym. 2013, Eilenberg ym. 2016, Jacobsen ym. 2017, Aasdahl ym. 2017). WHOQOL-BREF-mittarin on katsottu olevan hyvä fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella, mutta heikompi sosiaalisella ulottuvuudella. Myös sisäinen johdonmukaisuus sosiaalisella ulottuvuudella on havaittu tyydyttäväksi tai heikoksi, mutta muilla osa-alueilla hyväksi. Mittarin toistettavuus on hyväksyttävällä tasolla jokaisella neljällä ulottuvuudella. (Whoqol group, 1998, THL 2020c.) TOIMIA-tietokanta (THL 2020c) suosittaa mittaria käytettäväksi aikuisten terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa. Kelan kuntoutuspalveluiden arvioinnissa vastaava

mittari on edelleen yleisesti käytetty (Kela 2020) ja mittarin vertailuarvoina käytetään elämänlaadun ikä- ja sukupuolittaisia keskiarvoja vuodelta 2009 (Vaarama ym. 2010, 32).

Mittarin luotettavuutta aineistoon testattiin konfirmatorisella faktorianalyysillä, koska mittarilla oli oletusarvoinen faktorirakenne (Grove ym. 2013, 566–569, THL 2020c, Tähtinen ym. 2020, 213). Mittari noudatti aineistossa nelifaktorista mallia ja se vastasi aiempien tutkimustulosten faktorirakennetta (Whoqol group, 1998, THL 2020c) mikä lisäsi luotettavuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 190). Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta voitiin pitää myös hyvänä, sillä Chronbachin alfa-arvo vaihtelivat välillä 0.71 ja 0.79 ja koko aineiston sisäinen johdonmukaisuus oli 0.82. Kun Chronbachin alfa on vähintään 0,70 arvoja voidaan pitää riittävän hyvänä (Grove ym. 2013, 391–392, Tähtinen ym. 2020, 86.) Näihin perustuen mittari sopi aineistoon kohtuullisen hyvin.

Aineiston tuloksia voitiin myös verrata samalla WHOQOL-BREF-mittarilla (26 väittämää) laadittuihin väestöarvoihin (Vaarama ym. 2010, 132) ja yhteen katsaukseen kuuluneeseen tutkimukseen (Folke ym. 2012), jossa oli käytetty samaa WHOQOL-BREF-mittaria elämänlaadun arviointiin kohderyhmässä, joka poikkesi tämän aineiston kohderyhmästä. Masennuksesta kärsivien, pitkällä sairauslomilla ja pitkäaikaistyöttöminä olleiden elämänlaatu oli lähtökohtaisesti matalampi kuin tämän tutkimuksen työssä käyvillä, koulutetuilla osallistujilla. Tämä vaikuttaa johdonmukaiselta ja vahvistaa mittarin kykyä mitata elämänlaadun vaihteluita eri konteksteissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 193).

Aineiston perusjoukko koostui PHT:n 1. askel Pysyvään muutokseen -hyvinvointikursseille osallistuneista työkäisistä. Ensimmäiset kyselyt lähetettiin kaikille kesäkuussa 2019 ja sen jälkeen PHT:n valtakunnallisille kursseille valituksi tulleille työkäisille (N=186), tavoitteena oli saada vähintään 100 tutkimukseen osallistujaa (Grove ym. 2013, 367, Heikkilä 2014, 43). Tavoite toteutui hyvällä vastausprosentilla (68 %) ensimmäisessä kyselyssä (N=127), mutta toiseen kyselyyn vastasi enää 58 % ensimmäiseen kyselyyn vastanneista ja aineiston koko (N=73) jäi tavoiteltua pienemmäksi ja vastausprosentiksi saatiin 39,3. Tämän tutkimuksen aineistonkeruu kesti liki puolitoista vuotta, mikä on voinut heikentää koko tutkimukseen sitoutumista. Lisäksi kurssin keskeyttäneet pienensivät lopullisen aineiston kokoa. Aineiston keruuta hidasti COVID-19-pandemia. Suurin osa aineistosta (n.90 %) saatiin kuitenkin kerättyä ennen pandemian alkua, joten sen vaikutukset aineiston kokoon ja tuloksiin jäivät arvioiden pieniksi.

Kato heikentää tutkimuksen ulkoista validiteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 193) ja siksi kyselyitä lähetettiin tavoitetta (N=100) suuremmalle joukolle (N=186). Vastaamatta jättäneille lähetettiin myös muistutuksia. Tutkimussuunnitelman tavoitteeseen (N=100) peilaten vastausprosenttia (73 %) voidaan pitää kohtuullisen hyvänä, sillä kiinnostus osallistua pitkään tutkimukseen voi olla heikompaa kuin kertaluonteiseen poikittaistutkimukseen. Lisäksi kursseille osallistuneet joutuivat vastaamaan kolmeen kurssiin kuuluvaan PHT:n omaan kyselyyn, mikä on voinut vähentää vastaamishalukkuutta tähän tutkimukseen. Tutkimuksen aineiston koko vastasi kuitenkin melko hyvin aikaisemman interventiotutkimuksen otoskokoja. Noin puolet kirjallisuuskatsauksen interventiotutkimuksista oli otoskooltaan samansuuruisia (Carbonell-Baeza ym. 2011, Palmeira ym. 2017, O'Brien ym. 2019, Wynne ym. 2019) tai pienempiä (Folke ym. 2012, Wicksell ym. 2013, Berman ym. 2016) kuin tämän tutkimuksen aineisto. Samansuuntaisia otoskokoja oli havaittavissa myös HOT-interventioiden hyötyjä mielialaongelmien hoidossa arvioineessa systemaattisessa tutkimuskatsauksessa (Coto-Lesmes ym. 2020). Vaikka suurempi otoskoko olisi voinut parantaa tulosten tilastollista merkitsevyyttä sekä kliinistä merkitystä, voidaan tulosta kuitenkin pitää suuntaa antavana molemmista näkökulmista katsottuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 136). Pientäkään koettua elämänlaadun/hyvinvoinnin kohenemistä ei voida pitää nykytietämyksen valossa (Polit 2017, Jylhä 2019) yksilön kannalta merkityksettömänä, koska ei ole olemassa siihen sopivia arviointivälineitä.

Mittarin reliabiliteettia vahvistaa lopullisen aineiston siirto suoraan SurveyPal ohjelmasta SPSS-ohjelmaan, mikä vähensi aineiston siirtoon liittyviä virhemahdollisuuksia. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta vahvistaa aineiston huolellinen ja tarkka käsittely sen kaikissa vaiheissa. Lisäksi aineiston analyysissä hyödynnettiin SPSS-oppaita sekä Itä-Suomen yliopiston tarjoamaa SPSS-verkkokurssia. Lisäksi aineiston analyysin eri vaiheissa hyödynnettiin Itä-Suomen yliopiston tilastotieteilijää sekä Internetin opasvideoita. Lisäksi tutkimuksen tekemiselle ja sen analysoimiselle sekä tulkinnalle oli riittävästi aikaa. (Grove ym. 2013, 394.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä heikentäviä tekijöitä on myös useita. Otoks kerättiin harkinnanvaraisella otoksella ja otannassa oli kyse näytteestä, koska se koostui rajatusta, saatavilla olevista, vapaaehtoisesti osallistuvista työikäisistä, eikä siten edustanut koko työikäisten perusjoukkoa (Tähtinen 2020, 16). Kurssit oli tarkoitettu kaikille työikäisille (18–68 v), riippumatta työelämästatuksesta, mutta suurin osa (86 %) tutkimukseen osallistuneista oli aktiivisesti työelämässä koko- tai osa-aikaisesti. Työttömät olivat

oikeutettuja 50 %:n alennukseen omavastuu osuudesta (25 €/vrk), mutta silti tämä kohde-ryhmä jäi pieneksi (5,5 %) eikä tuloksia voi heidän osaltaan yleistää tutkimuksen perusjoukkoon eikä muihin työttömiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 196.)

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli naisia (88 %), joten miesten elämänlaadun muutosten osalta ei voi tehdä yleistyksiä. Aineiston kokoon (N=73) liittyen, sosiodemografisten taustatekijöiden luokittelussa taustatekijöiden luokat jäivät melko pieniksi (ks. taulukko 1). Pieni otoskoko voi olla riskialtis tulosten luotettavuuden osalta, jos suhteet eivät ole vahvat eikä tutkittava väestö ole suhteellisen homogeeninen. (Polit & Beck 2021, 271). Tämän tutkimusaineiston homo- tai heterogeenisyydestä ei ollut tietoa. Hoitotyön interventiotutkimuksessa ei voinut myöskään poissulkea tai tunnistaa kaikkia väliin tulevia muuttujia, sillä osallistujat elivät samalla omaa arkeaan. Lisäksi HOT-interventiot koostuivat muustakin hyvinvointia tukevasta ohjelmasta, kuten esimerkiksi liikunnasta ja yleisestä terveystiedosta, psykologisen joustavuuden harjoittelun ohella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 58, Grove ym. 2013, 342).

Tässä aineistossa väliin tulleita muuttujia ovat voineet olla myös intervention teho, johon liittyy ohjaajien ammattitaito ja sitoutuneisuus HOT-mallin mukaiseen ohjaukseen. Lisäksi tutkimukseen osallistujien sitoutuminen tietoisuustaitojen harjoitteluun koko intervention ajan voi vaihdella. (Polit & Beck 2021, 213–214.) Aineisto kerättiin kahdeksalta palveluntuottajalta eripuolilta Suomea. Kurssien tiiminvetäjät ja muut ohjaajat oli koulutettu kurssien vetämiseen ja ohjaamiseen, mutta osaaminen ja sitoutuminen HOT-lähestymistapaan perustuvan menetelmän ohjaamiseen on saattanut vaihdella, sillä näitä tekijöitä ei tässä tutkimuksessa arvioitu. Kirjallisuuskatsauksessa (O'Brien ym. 2019, Gregoire ym. 2018, Folke ym. 2012, Jacobsen ym. 2017, Wynne ym. 2019) ohjaajien sitoutuneisuuden arviointia HOT-mallin mukaisessa ohjaamisessa pidettiin tutkimuksen luotettavuutta parantavana tekijänä. Myös HOT-interventioiden osallistujien heterogeenisyys ja mittareiden suuri kirjo vaikeuttaa tutkimustulosten laadun vertailua keskenään (Coto-Lesmes ym. 2020).

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voi heikentää myös osallistujien mahdollinen valikoituneisuus. Suuri osa 1. askel Pysyvään muutokseen -hyvinvointikurssille osallistuneista oli koulutettuja, parisuhteessa ja aktiivisesti työelämässä olevia naisia. Näin ollen tutkimukseen osallistuneet olivat mahdollisesti muuta perusjoukkoa motivoituneimpia oman hyvinvoinnin edistämiseen psykologisen joustavuuden harjoittelulla, eikä tulosta voi siksi yleistää koskemaan kaikkia työikäisiä, mutta naisvaltaista tutkimuksen perusjoukkoa se

todennäköisesti kuvaa melko hyvin. Interventiolla ei myöskään ollut kontrolliryhmää, mikä oli rajallisten resurssien puitteissa mahdotonta toteuttaa (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2018, 196) toisaalta myös kirjallisuuskatsauksen tutkimukset, joista kontrolliryhmä puuttui, tulokset olivat samansuuntaisia kontrolloitujen tutkimusten kanssa (Liite 1).

Molempien tutkimuskyselyiden yhteydessä arvottiin 100 euron S-ryhmän lahjakortti osallistuneiden kesken. Palkkiot voivat huonontaa tutkimuksen luotettavuutta lisäämällä harkitsemattomia vastauksia, mutta ne voivat helpottaa osallistujien rekrytointia sitoutumista vaa-tiviin interventiotutkimuksiin (Grove ym. 2013, 515). Pieniä palkkioita oli käytetty kol-messa katsauksen tutkimuksessa (Folke ym. 2012, Berman ym. 2016, O'Brien ym. 2019), mutta elämänlaatu koheni myös muissa katsauksen tutkimuksissa, joissa palkkioita ei tar-jottu (Liite 1).

6.3 Tutkimuksen tietosuojaja eettisyys

Tutkimukseen osallistuvilla selvitettiin saatekirjeessä (Liite 2) tutkimuksen tarkoitus, ta-voite, menetelmä ja tieto vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta keskeyttää tutkimukseen osal-listuminen missä vaiheessa tahansa, ilman seuraamuksia. Saatekirje lähetettiin sovittuna ajanjaksona kaikille kursseille valituille ennen ensimmäistä kurssijaksoa, jossa oli mahdol-lista ilmaista halukkuus tutkimukseen osallistumisesta laittamalla rasti ennen kyselyyn vas-taamista. Sähköisesti vastattavat tutkimuslomakkeet (Liitteet 4 ja 5) ja muu 1. askel Pysy-vään muutokseen kurssimateriaali lähetettiin saatekirjeen yhteydessä. Tiedot kerättiin tie-tosuojalain (1050/2018) ja EU:n yleisen tietosuojasetuksen (679/2016) mukaisesti ja ke-rätty aineisto säilytettiin salasanalla suojattuna muistitikulla ja OneDrive-pilvipalvelussa. Aineisto anonymisoitiin ennen analysointia. Vastaajien sähköpostiosoitteet poistettiin käsi-teltävästä aineistosta korvaamalla saman henkilön molemmat kyselyvastaukset samalla nu-merolla, eikä muita henkilötietoja kerätty. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei ole mah-dollista tunnistaa tutkimusraportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 223, Grove ym. 2013, 191–192, Tietosuojalaki 1050/2018.)

Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimus-eettisiä periaatteita noudattaen. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa avoimuuden, rehellisyyden ja huolellisuuden noudattamista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Palkansaajien hy-vinvointi ja terveys ry oli myös huomionut toiminnassaan toukokuussa 2018 voimaan tul-leen tietosuojalain (GDPR 2016). Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Itä-Suomen

yliopistolla huhtikuussa 2019 ja sen jälkeen haettiin tutkimuslupa PHT ry:ltä (Liite 11). PHT:n valitsemat palveluntuottajat olivat sitoutuneet toiminnan jatkuvaan kehittämiseen yhdessä PHT:n kanssa, joten tähän tutkimukseen ei tarvittu erillisiä tutkimuslupia palveluntuottajilta. (Eriksson ym. 2008, TENK 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 211–212, Grove ym. 2013, 191–192.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET, SUOSITUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta seuraavaa:

1. HOT-lähestymistapaan perustuva ryhmäinterventio, jonka keskiössä oli psykologisen joustavuuden harjoittelu, kohensi merkittävästi interventioon osallistuneiden työikäisten koettua elämänlaatua sekä tyytyväisyyttä terveyteen, vaikka fyysisessä ja psyykkisessä terveydentilassa havaittiin haasteita. Parhaiten osallistujien koettu elämänlaatu parani psyykkisellä ulottuvuudella.
2. HOT-interventioon osallistuneiden työikäisten elämänlaatuun olivat kohentavasti yhteydessä sukupuoli, avioliitto, koulutus ja ikä. Erityisesti interventiosta hyötyivät nuorempien ikäryhmien työssäkäyvät, koulutetut ja naimisissa olevat naiset.
3. HOT-interventioon osallistuneiden työikäisten koettu elämänlaatu oli heikommalla tasolla ennen ja jälkeen intervention, kuin ikään ja sukupuoleen suhteutetulla suomalaisella väestöllä vuonna 2009.
4. WHOQOL-BREF-elämänlaatumittari (26 muuttujaa) on käyttökelpoinen arvioitaessa työikäisten elämänlaatua HOT-interventiotutkimuksessa.

Suosituksia:

1. Miesten ja työttömien osuus aineistosta oli pieni, joten heidän osallistumismotivaation lisäämiseksi tulisi pohtia uusia keinoja ja lähestymistapoja.
2. WHOQOL-BREF-elämänlaatumittarin suomalaiset väestöarvot ovat yli kymmenen vuotta vanhoja ja tänä aikana muutokset työ- ja toimintaympäristössä ovat olleet suuria. Väestöarvojen päivitys voisi olla ajankohtaista.

Tutkimuksesta heränneitä jatkotutkimusehdotuksia:

1. HOT-lähestymistapaan perustuvan intervention tehon arviointi työikäisten mielen vastavoimavarojen (resilienssi, koherenssi ja positiivinen mielenterveys) vahvistamisessa ja niiden yhteydestä työ- ja toimintakykyyn?
2. Laadullinen haastattelututkimus HOT-intervention merkityksestä työikäisten pysyvissä elintapamuutoksissa ja koetussa hyvinvoinnissa.
3. HOT-interventioon perustuvan lähestymistavan räätälöinti työterveyshuollon terveydenedistämisen menetelmäksi ja sen vaikutusten arviointi työikäisten terveyskäyttäytymiseen ja työhyvinvointiin.

LÄHTEET

Kirjallisuuskatsauksen alkuperäiset artikkelit merkitty *

Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Gismervik S, Jensen C & Fimland MS. 2017. Effects of inpatient multicomponent occupational rehabilitation versus less comprehensive outpatient rehabilitation on somatic and mental health: secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 27, 456–466.*

Allardt E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Werner Söderström Osakeyhtiön laakapaino, Porvoo.

Antonovsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11, 11–18.

Appelqvist-Schmidlechner K. 2015. Positiivisen mielenterveyden mittari: Warwick-Edinburgh Mental Well-being scale (WEMWBS). Esitys 15.6.2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/documents/974282/1449788/WEMWBS+-+Kaijan+esitys.pdf/2c8632cc-b6b6-4cbc-af08-c72f6e834dd6>. Luettu 11.1.2021.

Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, Nordling E & Solin P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen lääkirilehti* 24, 1759–1764.

Baumeister RF & Leary MR. 1995. The Need to Belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin* 117(3), 497–259.

Behnke A, Conrada, D, Kolassa IT & Rojas R. 2019. Higher sense of coherence is associated with better mental and physical health in emergency medical services: results from investigations on the revised sense of coherence scale (SOC-R) in rescue workers. *European Journal of Psychotraumatology* 10, 1–12.

Berman MI, Morton SN & Hegel MT. 2016. Uncontrolled pilot study of an acceptance and commitment therapy and health at every size intervention for obese, depressed women: Accept Yourself! *Psychotherapy* 53(4), 462–467.*

Brinkborg H, Michanek J & Hesser H. 2011. acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: a randomized controlled trial *Behaviour Research and Therapy* 49, 389–398.*

Brunwasser SM, Gillham JE, Kim ES. 2009. A Meta-analytic review of the Penn resiliency program's effect on depressive symptoms. *American Psychological Association* 77(6), 1042–1054.

Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Chillón, Femia P, Delgado-Fernández M & Ruiz JR. 2011. Effectiveness of multidisciplinary therapy on symptomatology and quality of life in women with fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology* 29 (Suppl. 69): S97-S103.*

Craner JR, Lake ES, Bancroft KA & Logan LG. 2019. Treatment outcomes and mechanisms for an ACT-Based 10-Week interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *World-Institute of Pain* 20(1), 44–54.

Coto-Lesmes R, Fernandez-Rodrigues & Gonzales-Fernandez S. 2020. Acceptance and commitment therapy in group format anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 263, 107–120.

Deci EL & Ryan RM. 2000. The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 11(4), 227–268.

- Densham S, Williams D, Johnson A & Turner-Cobb JM. 2016 Enhanced psychological flexibility and improved quality of life in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *Journal of Psychosomatic Research* 88, 42–47.*
- Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W & Frostholm L. 2016. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 46, 103–115.*
- Eriksson K, Leino-Kilpi H & Vehviläinen-Julkunen K. 2008. *Hoitotiede ja tiede-etiikka*. *Hoitotiede* 20(6), 295–303.
- Eriksson M & Lindström B. 2008. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International* 23(2), 190–199.
- Findikaattori. 2019. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. <https://findikaattori.fi/fi/76>. Luettu 03.03.2020.
- Findikaattori. 2020. Väestön ikärakenne. <https://findikaattori.fi/fi/14>. Luettu 6.9.2020.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Smit F & Westerhof G J. 2010. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health* 100(12), 2372–2378.*
- Folke F, Parling T & Melin L. 2012. acceptance and commitment therapy for depression: a preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 583–594.*
- Forman EM, Manasse SM, Butryn ML, Crosby RD, Dallal DH & Crochiere RJ. 2019. Long-term follow-up of the mind your health project: acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity. *Obesity* 27, 565–571.*
- GDPR. 2016. EU:n tietosuojalainsäätely 2016/679. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI>. Luettu 24.02.2019.
- Gooding PA, Hurst A, Johnson J & Tarrrier N. 2012. Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27, 262-270.
- Grégoire S, Lachance L, Bouffard T & Dionne F. 2018. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: a multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 49, 360–372.*
- Grove SK, Burns N & Gray RJ. 2013. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7.painos. Saunders Elsevier Inc., Missouri.
- Gruber J, Mauss IB & Tamir M. 2011. A Dark side of happiness? How, when, and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science* 6(3), 222–233.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A & Lillis J. 2006. Acceptance and commitment therapy: model, process, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1-25.
- Hayes SC, Pistorello J, & Levin ME. 2012. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist* 40(7), 976-1002.
- Hayes SC. 2016. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave on behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 47(6), 869–885.
- Hays RD, Sherbourne CR, & Mazel RM. 1993. The Rand 36-item health survey 1.0. *Health Economics* 2, 217-227.

- Heikkilä T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Bookwell Oy. Porvoo.
- Holopainen M & Pulkkinen P. 2013. Tilastolliset menetelmät. 5.–8.painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Hyvinvointikompassi. 2018. <https://www.hyvinvointikompassi.fi/>. Luettu 12.2.2020.
- Iani L, Lauriola M, Cafaro V & Didonna F. 2017. Dimensions of mindfulness and their relations with psychological well-being and neuroticism. *Mindfulness* 8, 664–676.
- Jacobsen HB, Kallestad H, Landrø NI, Borchgrevink PC, Stiles TC. 2017. Processes in acceptance and commitment therapy and the rehabilitation of chronic fatigue. *Scandinavian Journal of Psychology* 58, 211–220.*
- Jylhä M. 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Toward a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 69, 307–316.
- Järvelä-Reijonen E, Karhunen L, Sairanen E, Rantala S, Laitinen J, Puttonen S, Peuhkuri K, Hallikainen M, Juvonen K, Myllymäki T, Tiina Föhr, Pihlajamäki J, Korpela R, Ermes M, Lappalainen R & Kolehmainen M. High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age. *Appetite* 103, 249–258.
- Kangasniemi A & Kauravaara K. 2016. Kohti muutosta. Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämiseksi. 2.painos. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia Oy, Vantaa.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–6. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Karvonen S. 2019. Koetun hyvinvoinnin tila tunnuslukujen valossa. Teoksessa Kestilä L, Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. PunaMusta Oy. Helsinki, 97–99.
- Karvonen S, Martelin T, Kestilä L & Junna L. 2019. Tulotason mukaiset terveiserot. Teoksessa, Kestilä L, Karvonen S. (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. PunaMusta Oy. Helsinki, 101–114.
- Kauppinen TM, Martelin T, Hannikainen-Ingman K & Virtala E. 2014. Yksin asuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään? Työpäperi 27/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Kela. 2017. Suunnitelma Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varojen käytöstä vuosina 2017–2019. <https://www.kela.fi/documents/10180/1152184/suunnitelma+vuosille+2017-2019.pdf/d9f13b9c-312f-4a8c-9a15-b5196432377c>. Luettu 28.01.2021.
- Kela. 2019. Mielenterveyden häiriöistä johtuva sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. https://www.kela.fi/ajankohtaista-tilastot/-/asset_publisher/S7FocUefTr02/content/mielenterveyden-hairioista-johtuvien-sairauspoissaolojen-kasvu-jatkuu-jyrkkana. Luettu 10.02.2020.
- Kela. 2020. Kuntoutuspalveluiden palvelukuvaukset. <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspalvelut-palveluntuottajille-palvelukuvaukset>. Luettu 25.09.2020.
- Kent W, Hochard KD & Hulbert-Williams NJ. 2019. Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science* 14, 11–19.
- Kestilä L & Karvonen S. (toim.) 2019. *Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. PunaMusta Oy, Helsinki.
- Keyriläinen M. 2020. Työolobarometri 2019. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2020:53. Helsinki.

- Keyes CLM & Simoes EJ. 2012. To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health* 102(11), 2164–2172.
- Kinnunen K, Virtanen P & Valtonen H. 2011. Koettu onnellisuus ja koettu terveys. Sairaus ei tee onnettomaksi, mutta onneton ei pysy terveenäkään. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(4), 387–396.
- Kong F, Wang X, Hu S & Liu J. 2015. Neural correlates of psychological resilience and their relation to life satisfaction in a sample of healthy young adults. *Neuroimage* 123, 165172.
- Koivula A. 2020. Työeläkelaitos muistuttaa työikäisten palveluiden yhteensovittamisen tärkeydestä SOTE-uudistuksessa. *Tiedote* 34/2020. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/tyoterveyslaitos-muistuttaa-tyoikaisten-palveluiden-yhteensovittamisen-tarkeydesta-sote-uudistuksessa/>. Luettu 16.1.2021.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K & Koskinen S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. Raportti 4/2018, Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 04.03.2020.
- Korkeila J. 2017. Terve mieli terveissä aivoissa. *Duodecim* 133, 209–214.
- Koskinen S & Sainio P. 2018. Työkyky. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K & Koskinen S. (toim.) Raportti 4/2018, Helsinki.
- Kotakorpi K. 2021. Ilmaston muuttuminen tietää ongelmia Suomen rakennuksille. *Yle, Uutiset*. <https://yle.fi/uutiset/3-11787804>. Luettu 22.2.2020.
- Kroska EB, Roche AI, Adamowicz JL & Stegall MS. 2020. Psychological flexibility in the context of COVID-19 adversity: Associations with distress. *Journal of Contextual Behavioral Science* 18, 28–33.
- Kunnari M & Suikkanen A. 2013. Kuntalaisten hyvinvointikokemukset lapissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 62. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Erweko Oy, Oulu.
- Laajasalo T & Pirkola S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 47/2012. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Lavikainen J, Lahtinen E & Lehtinen V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224292>. Luettu 15.5.2020.
- Lappalainen P, Granlund A, Siltanen S, Ahonen S, Vitikainen M, Tolvanen A & Lappalainen R. 2014. ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 61, 43–54.
- Lehtiö L & Johansson E. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt M, Axelin A & Suonen R. (toim) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, Sarja A73. Juvenes Print, Turku.
- Lehto A-M, Sutela H & Pärnänen A. 2015. Työn henkinen ja ruumiillinen rasittavuus. STM:n tilaama selvitys Tilastokeskukselta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:33. Helsinki.
- Lindström B & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen - teoria terveyden resursseista. Teoksessa A.-M. Pietilä. (toim.) Terveys edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOYpro Oy, Helsinki, 32–36.

Lipponen K. 2020. Resilienssi arjessa. 1.painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Lundqvist A, Männistö S, Jousilahti P, Kaartinen N, Mäki P & Borodulin K. 2018. Lihavuus. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. Raportti 4/2018, Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 04.03.2020.

Marin S. 2019. Hallitusohjelma. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakennuudistus>. Luettu 12.09.2020.

Martela F. 2014. Onnellisuuksien psykologia. Teoksessa Uusitalo-Malmivaara L. (toim.) Positiivisen psykologian voima. Bookwell Oy, Juva, 30–45.

Martela F. 2015. Valonöörit. Sisäisen motivaation käsikirja. 4. painos. Bookwell, Juva.

Mieli. 2020. Suomalaisten mielenterveys ei ole kohentunut fyysisen terveyden tahtiin. Suomen Mielenterveys ry. <https://mieli.fi/fi/yhteiskunta/suomalaisten-mielenterveys-ei-ole-kohentunut-fyysisen-terveyden-tahtiin>. Luettu 23.10.2020.

Mieli. 2021. ”Tää taisi olla elämäni tärkein puhelu” -Kriisipuhelimessa vastattiin koronavuonna 90 000 soittoon. Suomen Mielenterveys ry. <https://mieli.fi/fi/%E2%80%9D%C3%A4%C3%A4-taisi-olla-el%C3%A4m%C3%A4ni-t%C3%A4rkein-puhelu%E2%80%9D-%E2%80%93-kriisipuhelimessa-vastattiin-koronavuonna-90-000-soittoon>. Luettu 28.01.21.

Miettinen M, Hopia H & Koponen L. 2005. Kirjallisuuskatsaus hoitotyön interventiotutkimuksiin. Teoksessa Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja. Miettinen M (päätoimittaja), Hopia H, Koponen L & Wilskman K. Silverprint Oy, Sipoo, 23–34.

Murto J, Pentala O, Koskela T & Jussmäki T. THL. 2017. Poimintoja aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja elinolosuhteista Suomessa 2013–2016–ATH-tutkimuksen tuloksia. tutkimuksesta tiivistä 7/2017, THL, Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132117/URN_ISBN_978-952-302-842-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 12.2.2020.

Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Jussmäki T, Vartiainen E & Koskinen S. 2018. Tulosraportti. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finsote-tutkimus/aiemmat-tutkimukset/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath->. Luettu 25.9.2020.

Niela-Vilén H & Hamari L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt M, Axelin A & Suhonen R. (toim.) 2. korjattu painos. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, Sarja A73. Juvenes Print, Turku, 23–27.

Nummenmaa L, Holopainen M & Pulkkinen P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Nosikov A & Gudex C. 2003. EUROHIS: Developing common instruments for health surveys. published on behalf of the World Health Organization Regional office of Europe. IOS Press, Hollanti.

O’Brien WH, Singh RS, Horan K, Moeller MT, Wasson R & Jex SM. 2019. Group-based acceptance and commitment therapy for nurses and nurse aides working in long-term care residential settings. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 25(7), 753–761.*

Ojanen M. 2014. Onko onnen avaimet vasta nyt löydetty? *Duodecim* 130(86), 7.

Palmeira L, Pinto-Gouveia J & Cunha M. 2017. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite* 112, 107–116.*

Palosuo H, Sihto M, Lahelma E, Lammi-Taskula J, Karvonen S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystieteissä. THL raportti 14/2013. Juves-Print - Suomen yliopistopaino Oy, Tampere.

PHT ry. 2020. Palkansaajien hyvinvointi ja terveys ry. <https://pht.fi/pht-ry/> Luettu 27.1.2020.

Pietilä A-M, Länsimies-Antikainen H, Halkoaho A & Vähäkangas K. 2008. Terveystieteiden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. *Hoitotiede* 20(6), 304–313.

Pietilä A-M, Halkoaho A, Matveinen M, Länsimies-Antikainen H, Häggman-Laitila A, Kangasniemi M. 2013. Terveystieteiden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämiseksi. *Tutkiva Hoitotyö* 11, 1.

Pietilä A-M. 2017. Dialogisuus tieteellisen oppimisen perustana. *Tutkiva hoitotyö* 15(3), 41–42.

Polit DF. 2017. Clinical significance in nursing research: A discussion and descriptive analysis. *International Journal of Nursing Studies* 17, 17–23.

Preiss K, Brennan L & Clarke D. 2013. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews* (14), 906–918.

Pölkki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K & Kiviluoma K. 2004. Hoitotieteellisen interventiotutkimuksen käytännöllisiä ratkaisuja – esimerkkinä lasten postoperatiivisen kivun hoidon tutkimus. *Hoitotiede* 16(4), 147–155.

Pölkki T, Kanste O, Elo S, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009–2010. *Hoitotiede* 24(4), 335–348.

Reivich KJ, Seligman EP & McBride S. 2011. Master resilience training in the U.S. Army. *American Psychological Association* 66(1), 25–34.

Reyes AT, Muthukumar V, Bhatta TR, Bombardi JN & Gangozo WJ. 2020. Promoting resilience among college student veterans through an acceptance-and-commitment-therapy App: an intervention refinement studycommunity. *Mental Health Journal* 56, 1206–1214.

Ryan RM & Deci EL. 2001. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*. 52(1), 141–166.

Ryff CD. 1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6), 1069–1081.

Sairanen E, Tolvanen A, Karhunen L, Kolehmainen M, Järvelä-Reijonen E, Lindroos S, Peuhkuri K, Korpela R, Ermes M, Mattila E & Lappalainen R. 2017. Psychological flexibility mediates change in intuitive eating regulation in acceptance and commitment therapy interventions. *Public Health Nutrition*: 20(9), 1681–1691.

Salmela-Aro K & Nurmi JE. (toim.) 2017 Mikä meitä liikuttaa. Motivaatiopsykologian perusteet. 3. täysin uudistettu painos. PS Kustannus. Bookwell Digital. Juva.

Saikkonen P, Karvonen S & Kestilä L. 2019. Katse kohti hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta. Teoksessa, Kestilä L, Karvonen S (toim.). Suomalaisen hyvinvointi 2018. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. PunaMusta Oy. Helsinki.

Saltychev M, Laimi K & Vahtera J. 2012. ASLAK-kuntoutuksen vaikuttavuus - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Suomen Lääkärilehti* 45(67), 3303–3308.

Sheldon KM. 2011. Integrating behavioral-motive and experiential-requirement perspectives on psychological needs: A two process model. *American Psychological Association* 118(4), 552–569.

Skevington SM & McCrate FM. 2011. Expecting a good quality of life in health assessing people with diverse disease and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations* 15, 49–62.

Sotkanet. 2020. <https://Sotkanet.fi>. Luettu 6.9.2020.

STEA. 2019. <https://www.stea.fi/>. Luettu 14.2.2019.

STM. 2015. Työelämä 2025 katsaus. Työelämän ja työympäristön muutosten vaikutukset työsuojeluun ja työhyvinvointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:16. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70339/URN_ISBN_978-952-00-3573-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Stolt M, Tuomi J, Salminen L, Suhonen R, Koskinen S, Vierula J & Leino-Kilpi H. 2018. Suomalaisen hoitotieteen kolme ensimmäistä vuosikymmentä – analyysi väitöskirjojen tiivistelmistä vuosina 1984–2015. *Hoitotiede* 30(1), 3–14.

Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M & Valkonen, T. 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. *Suomen Lääkärilehti* 66(48), 3651–3657a.

Tarnanen K, Isometsä E, Kivekäs T, Lindfors O, Marttunen M & Tuunainen A. 2015. Duodecim. Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, masennus) Käypä hoidon potilasversiot. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044>. Luettu 06.03.2019.

TENK 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Luettu 24.2. 2019. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, Parkinson J, Secker J & Stewart-Brown S. 2007. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 5, 63.

Terveytemme. 2019. <http://www.terveytemme.fi/>. Luettu 6.9.2020.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 30.11.2020.

Towsyfy N & Sabet FH. 2017. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the improving of resilience and optimism in adolescents with major depressive disorder, effectiveness of acceptance and commitment therapy on the improving of resilience and optimism in adolescents with major depressive disorder. *International Journal of Humanities and Social Science* 7(3), 239–245.

TULE. 2020. Tuki- ja liikuntaelinliitto. Miksi Kansallista TULE-ohjelmaa tarvitaan? <https://suomentule.fi/miksi-kansallista-tule-ohjelmaa-tarvitaan/>. Luettu 30.11.2020.

THL. 2015a. Hyvinvointi. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>. Luettu 4.3.2019.

THL. 2015b. Ilmiön merkitys ja tulkinta. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%). Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus (ATH). Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. http://www.terveytemme.fi/ath/kaupunki-maaseutu/notes/ath_srh_adult_345_cr.htm. Luettu 3.12.2020.

THL. 2015c. Hyvinvointi ja terveyserot Suomessa. <https://thl.fi/documents/890257/905529/Hyvinvointi-+ja+terveyserot+Suomessa/adbc1e2f-d8ec-4fa5-9a49-e79ebb57d2ed>. Luettu 04.03.2019.

THL.2018. Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote. <http://www.terveytemme.fi/finsote/index.html>. Luettu 12.1.2021.

THL.2019a. Koettu terveys. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys>. Luettu 01.12.2020.

THL. 2019b. Hyvinvointi. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>. Luettu 10.10.2020.

THL.2020a. Koronavirus COVID-19. <https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/koronavirus-covid-19>. Luettu 30.11.2020.

THL. 2020b. Positiivinen mielenterveys. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>. Luettu 30.11.2020.

THL. 2020c. TOIMIA-tietokanta. Elämänlaatu. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>. Luettu 15.11.2020.

Tietosuoja laki 2018. FINLEX. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050>. Luettu 20.4.2019.

Tilastokeskus. 2019. Kuolemansyyt 2018. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_001_fi.html. Luettu 6.9.2020.

Tilastokeskus. 2020. Kuolemansyyt 2019. https://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_tie_001_fi.html. Luettu 5.2.2021.

Tuomisto MT & Lappalainen R. 2020. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Huttunen MO & Kalska H. (toim.) Psykoterapiat. 4. uudistettu painos. Printon, Tallinna.

TTL. 2020. Yhtenäinen terveydenhuollon palvelukokonaisuus työikäiselle. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/yhtenainen-terveydenhuollon-palvelukokonaisuus-tyoikaiselle/>. Luettu 30.11.2020.

Työterveyshuoltolaki.1383/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2001/20011383>. Luettu 30.11.2020.

Tyrrell J, Mulugeta A, Wood AR, Zhou A, Beaumont RN, Tuke MA, Jones SE, Ruth KS, Yaghootkar H, Sharp S, Thompson WD, Ji Y, Harrison J, Freathy RM, Murray A & Weedon MN. Major depressive disorder working group of the psychiatric genomics consortium. Lewis C, Timothy M Frayling TM & and Hyppönen E. 2019. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *International Journal of Epidemiology*, 834–848.

Tähtinen J, Laakkonen E & Broberg M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. 2.uudistettu painos. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:22, Turku.

Uusitalo-Malmivaara. (toim.) 2014. Positiivinen psykologia – mitä se on? Teoksessa Positiivisen psykologian voima. Bookwell Oy, Juva, 18–26.

Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Yliopistopaino, Helsinki.

Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P & Muuri A. (toim.) 2014. Suomalaisten hyvinvointi. Juvenes Print-Suomen Yliopisto paino Oy, Tampere.

Valkeapää K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt M, Axelin A & Suhonen R. (toim) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, Sarja A73. Juvenes Print, Turku, 56–64.

Vorma H, Rotko T, Larivaara M & Kosloff A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Valtioneuvoston hallintoyksikkö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS & Ho RC. 2020. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, 1729.

Wahlbeck K, Hannukkala M, Parkkonen J, Valkonen J & Solantausta T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim* 2017(133), 985–992.

Wahlbeck K, Turhala S & Liukkonen S. 2015. Mielen hyvinvointia voi vahvistaa. *Liikunta & Tiede* 52(4), 41–44.

Whogol Group. 1996. WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and genetic version of the assessment. Field trial version. Programme on mental health. World Health Organization. Geneva. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Luettu 17.12.2020.

Whoqol Group. 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine* 46(12), 1569–1585.

Wicksell RK, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen, Ingvar M & Olsson GL. Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain* 17, 599–611.*

WHO. 2018. Mental health strengthening our response. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Luettu 13.09.2020.

WHO. 2020. The Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Luettu 16.09.2020.

Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B & Mulcahy HE. 2019. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 156, 935–945.*

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset (1/4).

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset

Kirjoittajat, artikkeli ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto, otos	Menetelmä	Päätulokset
Fledderus ym. 2010. Hollanti.	Arvioida miten HOT-lähestymistapaan perustuva interventio edistää ahdistuksesta kärsivien psykologista joustavuutta ja positiivista mielenferveyttä.	Mielenterveysyksikköjen (7) asiakkaat: lievä tai kohtalainen ahdistus, 24–71 v, keski-ikä 49 v, naisia 81,7 %. n= 93 Interventioryhmä (n=49) Kontrolliryhmä (n=44)	RCT-tutkimus, 2 kk, ryhmäkoko noin 7, 8 ohjattua 120 min istuntoa. Mittaukset ennen, jälkeen ja 3kk: Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF).	Interventio ryhmällä oli kontrolliryhmää parempi koettu positiivinen mielenferveys/emotionaalinen hyvinvointi. Tulos säilyi 3 kk: den seurannassa.
Brinkborg ym. 2011. Ruotsi.	Arvioida lyhyen, HOT-lähestymistapaan perustuvan intervention vaikutusta stressiin ja yleiseen mielenferveyteen sosiaalityöntekijöillä.	Tukholman kaupungin sosiaalityöntekijät, 24–64 v, keski-ikä 44 v, naisia 89 % Kaksi RCT ryhmää. Korkea stressi: 2 interventio ryhmää (n=68) ja matala stressi: yksi ryhmä (n= 38) sekä kontrolliryhmät	RCT-tutkimus kesto 2 kk, ryhmäkoko 7–30, 4 ohjattua 3 h istuntoa j.t.vko Mittaukset ennen ja jälkeen: General Health Questionnaire (GHQ-12).	Korkean stressin interventioryhmän yleinen koettu mielenferveys parani verrattuna kontrolliryhmään. Matalan stressin interventioryhmän yleinen koettu mielenferveys ei muuttunut.
Carbonell-Baeza ym. 2011. Espanja.	Arvioida monitieteisen, HOT-lähestymistapaan, liikuntaan ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) perustuvan intervention vaikutuksia fibromyalgian oireisiin ja koettuun elämänlaatuun.	Fibromyalgiayhdistyksen naisiasiakkaat, keski-ikä 51 v n=75 Interventioryhmä (n=41) Vertailuryhmä (n= 34)	Vertaileva tutkimus ilman satunnaistamista, kesto 3kk, ryhmäkoko 10–12, 12 psykologista 90 min istuntoa. Mittaukset ennen ja jälkeen: Short-Form Health Survey-36 (Short Form 36) fyysinen ja psyykinen komponentti.	Interventio paransi koettua elämänlaatua verrattuna vertailuryhmään. Liikunnan, HOT- ja KKT-interventioiden osuutta tulokseen tutkimus ei kyennyt erottelamaan.
Folke ym. 2012. Ruotsi.	Arvioida lyhyen ryhmämuotoisen HOT-intervention soveltuvuutta masennuksen vuoksi pitkällä sairauslomalla oleville työttömille.	Alueellisen sosiaalitoimiston työttömät asiakkaat, 18–65 v, keski-ikä 43 v, naisia 88 %. (n= 34) Interventio ryhmä (n=18) Kontrolliryhmä (n=16)	RCT-tutkimus, kesto 6 vkoa, 1 yksilöohjaus 60–90 min ja 5 ryhmäohjausta 120–180 min. Mittaukset ennen, jälkeen ja 18 kk: GHQ-12, World Health Organization Quality Of Life assessment (WHOQOL-BREF).	HOT-interventio paransi koettua elämänlaatua verrattuna kontrolliryhmään (myös masennusta ja koettua stressiä). Tulos säilyi 18 kk seurannassa.

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset (2/4).

Wicksell ym. 2013. Ruotsi.	Arvioida HOT-interventio- tion tehokkuutta fibro- myalgian oireisiin ja psy- kologisen joustamatto- muuden välittävää vaiku- tusta muutokseen.	Perusterveydenhuollon fibromyalgiaa sai- rastavat naiset 18–55 v, keski-ikä 45 v. n=40 Interventioryhmä(n=23) Kontrolliryhmä (n=17)	RCT-tutkimus, kesto 3kk Ryhmäkoko 6, 12 x 90 min istunto. Mittaukset ennen, jälkeen ja 3kk:Short Form-36.	Mielenterveyteen liittyvä koettu elämän- laatu parani verrattuna kontrolliryhmään. Tulos säilyi 3 kk:den seurannassa.
Densham ym. 2016. Englanti.	Arvioida psykologisen joustavuuden (HOT) yhe- teyttä kroonista väsy- mysoireyhtymää (CFS) sairastavien elämänlaa- tuun ja oireisiin psykolo- gisen joustavuuden tuke- misella, monitieteisellä lähestymistavalla.	Aikuisten väsymyksen hallintaohjelmaan osallistuneet CFS diagnoosin saaneet tai vielä epäselvä viruksen jälkeinen tila, 18– 70 v, 78 % naisia, keski-ikä 41 v n=165	Ryhmäinterventio, kesto 6 vkoa, ryhmäkoko 8, 120 min. istunto/vko. Mittaukset ennen, jäl- keen ja 6kk: Sickness Impact Profile (SIP).	Psykologinen joustavuus ja koettu elämän- laatu paranivat riippumatta muista tulok- sista, tulos säilyi 6 kk:den seurannassa.
Eilenberg ym. 2016. Tanska.	Arvioida HOT-interven- tion vaikutusta tervey- teen liittyvän ahdistuksen hoidossa.	Neurokeskuksen tutkimusklinikan asiak- kaat, jotka täyttivät kriteerit jatkuvasta ja liioitelluista terveyshuolista, 20–60 v, keski-ikä n 36 v n=126 Interventioryhmä (n=63), naisia 73 % Kontrolliryhmä (n=63), naisia 68 %	RCT-tutkimus, kesto 10 vkoa, ryhmäkoko 9, 180 min. istunto/vko. Mittaukset ennen, jäl- keen,7kk ja 10 kk: Short Form-36.	Intervention jälkeen 10 kk seurannassa yli 80 % osallistuneista tutkituista ilmoitti ole- vansa erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä hoitoon, kokivat hoidon parantaneen elä- mänlaatua, hyväksyivät diagnoosinsa ja kokivat hoidon parantaneen sairauden ym- märtämistä ja vähentäneen terveyden mu- rehtimista verrattuna kontrolliryhmään.
Berman ym. 2016. Usa.	Arvioida HOT-interven- tion toteutettavuutta ja tuloksia ylipainoisilla naisilla, joilla masen- nusta.	Yhteisön ylipainoiset (BMI \geq 30), lievästi masentuneet naiset, 26–66 v, keski-ikä 49 v n=21	Ryhmäinterventio, kesto 11 vko, ryhmäkoko 10– 11 2 h istunto/vko. Mittaukset ennen, jäl- keen ja 3 kk Obesity-Related Well- Being Questionnaire (ORWELL-97).	Ylipainoon liittyvä koettu elämänlaatu pa- rani riippumatta painon muutoksista. Tulos säilyi 3kk:den seurannassa. Osallistumisesta maksettiin.

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset (3/4).

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset

<p>Aasdahl ym. 2017. Norja.</p>	<p>Vertailla onko 3,5-viikkoa kestävä, ”HOT-Takaisin töihin” kuntoutuskeskuksessa annettu kuntoutusohjelma tehokkaampi somaattisten ja mielenterveyteen liittyvien ongelmien hoidossa kuin vähemmän kattava avohoito.</p>	<p>Kuntoutuskeskuksen tuki- ja liikuntaelinongelmien sekä mielenterveyshäiriöiden vuoksi sairauslomalla olevat työkyvyttömät asiakkaat, 18–60 v, keski-ikä 45 v n=168 Interventioryhmä 1. (n=92), naisia 77 % Interventioryhmä 2. (n=76), naisia 82 %</p>	<p>RCT-tutkimus, kesto 6 vkoa, ryhmäkoko 8, Interventioryhmä 4+4 päivää, 6–7 h/pv + 2 vkoa kotiharjoittelua, kontrolliryhmä 6 istuntoa 6 vko, 2,5 h/istunto + kotiharjoitteluohjeet. Mittaukset ennen, jälkeen, 3kk, 6k ja 12kk: 15D Health-related quality of life instrument.</p>	<p>Molemmissa ryhmissä koettu elämänlaatu parani, avohoidossa niukasti enemmän, vaikka koetussa fyysisessä terveydentilassa (kipu) ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. Tulokset säilyivät kaikissa seurannoissa. Tutkimuksesta puuttui tavanomaisen hoidon vertailu, joten kuntoutustoimenpiteiden osuutta tulokseen on mahdotonta eritellä.</p>
<p>Jacobsen ym. 2017. Norja.</p>	<p>Testata parantaako 3,5-viikkoa kestävä, ”HOT-Takaisin töihin” kuntoutusohjelma kroonista väsymystä sairastavien elämänlaatua, väsymystä ja psykologista joustavuutta.</p>	<p>Kuntoutuskeskuksen sairauslomalla olevat asiakkaat, joilla tuki- ja liikuntaelin oireita, kipua ja/tai yleistä mielenterveyshäiriötä sekä pitkäaikainen väsymysoireyhtymä, 18–59 v, keski-ikä 44 v, naisia 81 %. n=140</p>	<p>Ryhmäinterventio, kesto 3,5 vkoa, ryhmäkoko 8, 8 HOT-istuntoa 2,5 h/kerta. Mittaukset ennen ja jälkeen: Short Form-8.</p>	<p>Intervention jälkeen koettu elämänlaatu ja väsymys paranivat. HOT interventiolla oli yhteys pelon ja ”kaikki tai ei mitään” ajattelun vähenemiseen mutta ei psykologiseen joustavuuteen, mikä ei keskimäärin muuttunut.</p>
<p>Palmeira ym. 2017. Portugali.</p>	<p>Arvioida HOT-lähestymistapaan, tietoisuustaitoihin ja myötätunnon kokemiseen perustuvan ryhmätoiminnan tehokkuutta ylipainoisilla tai lihavilla naisilla verrattuna tavanomaiseen hoitoon.</p>	<p>Perusterveydenhuollon ravitsemushoittoon ilmoittautuneet ylipainoiset naiset 18–55 v, keski-ikä n. 42 v (n=73) Interventioryhmä (n=36) Kontrolliryhmä (n=37)</p>	<p>RCT-tutkimus, kesto 14 vkoa, ryhmäkoko 10–12, HOT istuntoja 12 x 1vko 2,5 h/kerta Mittaukset ennen ja jälkeen: ORWELL-97, General health Questionnaire (GHQ-28).</p>	<p>Interventioryhmän koettu, ylipainoon ja terveyteen liittyvä elämänlaatu ja selviytyminen vaikeista ajatuksista ja tunteista paranivat verrattuna kontrolliryhmään.</p>

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut HOT-interventiotutkimukset (4/4).

12. Gregoire ym. 2018. Canada.	Arvioida HOT-intervention vaikutusta opiskelijoiden psykologiseen joustavuuteen, mielenterveyteen, psykologiseen hyvinvointiin ja koulutyöhön sitoutumiseen.	Neljän yliopiston opiskelijat, keski-ikä n. 32 v, naisia 76 % n=144 Interventoryhmä n=72 Kontrolliryhmä n=72	RCT-tutkimus, kesto 1 kk, ryhmäkoko 8–15, HOT-työpaja 2,5 h/vko. Mittaukset ennen ja jälkeen: 24-item Well-Being Manifestations Measure Scale (WBMMS).	Interventoryhmällä oli parempi koettu hyvinvointi ja koulutyöhön sitoutuminen kuin kontrolliryhmällä.
13. O'Brien ym. 2019. Usa.	Arvioida ryhmämuotoisen ja työhön integroidun HOT-intervention tehokkuutta työntekijäryhmässä, jossa on paljon fyysisiä ja henkisiä haasteita sekä kuormitustekijöitä.	Hoitokotien, välihoitopalveluiden ja avustetun asumisen sairaanhoitajat ja sairaanhoitajien avustajat, keski-ikä n. 38 v, naisia 86 % n=71 Interventoryhmä n=37 Kontrolliryhmä n=34	RCT-tutkimus, kesto 1kk, ryhmäkoko 3–7, HOT ryhmäistunto 2,5 h/vko. Mittaukset ennen, jälkeen ja 1kk: GHQ-12.	Interventoryhmän mielenterveyteen liittyvät huolet, kuormittuneisuus, unettomuus, masennus sekä surullinen olo ja arvottomuuden tunne vähenivät kontrolliryhmään verrattuna. Kuukauden seurannassa oli vielä havaittavissa pieni positiivinen ero kontrolliryhmään. Osallistujille maksettiin tutkimukseen osallistumisesta.
14. Forman ym. 2019. Usa.	Vertailla tutkimustulosten kestävyttä intervention jälkeen 2 vuotta (yht. 36kk) ”In the Mind Your Health ” ylipainoisille tehdyn tutkimuksen tuloksiin, joissa HOT ylitti tavanomaisen käyttäytymishoidon tehokkuudellaan vuoden seurannassa.	Perusterveydenhuollon ylipainoiset (BMI 27-50) aikuiset, 18–70 v, keski-ikä n. 52 v, naisia 82 % n=190 Interventoryhmä (n=100) Kontrolliryhmä (n=90)	RCT-tutkimus, kesto 12kk, ryhmäkoko 10–14, 25 istuntoa, 75 min 1–2 x/vko. Mittaukset: ennen, jälkeen, 1 vuosi ja 2 vuotta Quality of life Inventory 32.	Interventoryhmän tyytväisyys elämänlaatuun parani huomattavasti verrattuna kontrolliryhmään. Tulos säilyi yhden ja kahden vuoden seurannassa, 10%: n painonpudotuksen rinnalla.
15. Wynne ym. 2019. Irlanti.	Arvioida HOT intervention vaikutusta koettuun stressiin aikuisilla, joilla on lievässä vaiheessa oleva krooninen, tulehduksellinen suolistosairaus.	Chronin tautia tai haavaista paksusuolentulehdusta sairastavat 18–65 v, keski-ikä n. 40 v (n= 79) Interventoryhmä (n=42, naisia 54 %) Kontrolliryhmä TH (n=37, naisia 55 %)	RCT-tutkimus, kesto 8 vkoa, ryhmäkoko 14–16, 8 istuntoa, 90 min x 1/vko Mittaukset ennen, jälkeen ja 3kk: Short Health Scale (SHS).	Interventoryhmän yleinen koettu hyvinvointi, elämänlaatu parani 35 % lähtötasosta ja seurannassa 38 % verrattuna kontrolliryhmään.

Liite 2. Tutkimuksen saatekirjeet ja suostumus osallistumisesta

Saatekirje 1.

HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPEUTTISTA LÄHESTYMISTAPAA (HOT) SOVELTAVAN RYHMÄINTERVENTION YHTEYS KURSSEILLE OSALLISTUVIEN TYÖIKÄISTEN KOETTUUN HYVINVOINTIIN.

Hyvä 1. askel pysyvään muutokseen kurssille osallistuja

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata PHT:n 1. askel Pysyvään muutokseen kurssien yhteyttä kurssilaisten koettuun hyvinvointiin. Tutkimuksen tavoitteena on käyttää saatua tietoa työikäisten terveydenedistämistyön kehittämiseen.

Aineisto kerätään ennen kurssin alkua ja sen päätyttyä kyselylomakkeilla PHT:n sähköisellä Survey-Pal ohjelmalla. Vastaukset analysoidaan SPSS-tilasto-ohjelmalla versio 25 (SPSS Statistics®) josta yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa eikä henkilötietoja kerätä. Tutkimusaineisto tallennetaan tutkimuksen ajaksi ja salataan sekä säilytetään niin ettei tutkijan lisäksi sivulliset pääse aineistoon. Kerätty aineisto tuhotaan tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuksen arvioitu valmistumistaika on 2021 kevät. Pro gradu tutkielma julkaistaan Itä-Suomen yliopiston kirjaston verkkosivuilla ja luovutetaan PHT ry:n käyttöön. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kaikkien tietojen käsittely täysin luottamuksellista ja uuden tietosuojalain (GDPR) mukaista.

Olen tietoinen siitä, että voin keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen missä vaiheessa tahansa ilman perusteluja ja seuraamuksia. Mikäli peruutan suostumuksen ja keskeytän tutkimuksen, keskeyttämiin ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä minusta kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Opiskelen terveystieteiden maisteriopintoja Itä-Suomen yliopistossa ja teen opintoihini liittyvää pro gradututkielmaa Palkansaajien Hyvinvointi- ja Terveys ry:n (PHT) 1. askel pysyvään muutokseen kursseilla. Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta puhelimitse puh. xxxxxxxx

Olen lukenut saatekirjaan ja haluan osallistua tutkimukseen _____
(x - viivalle)

Etukäteen kiittäen,

TtM- opiskelija Jaana Venäläinen
Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos
jaave@student.uef.fi

Pro gradu -tutkielman ohjaajat:

Päivi Kankkunen, TtT
Yliopistonlehtori, dosentti
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
paivi.kankkunen@uef.fi

Ari Haaranen, TtT
Yliopistonlehtori, AmO
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
ari.haaranen@uef.fi

Saatekirje 2.

TYÖIKÄISTEN KOETUN HYVINVOINNIN MUUTOS RYHMÄINTERVENTIOSSA

Jaana Venäläinen

Hyvä Pysyvään muutokseen -hyvinvointikurssin päättävälle jaksolle osallistuja

Kiitos että vastasit pro gradu -tutkielmani ensimmäiseen kyselyyn. Nyt pyytäisin Sinua vastaamaan tutkielman toiseen kyselyyn, joka on täysin identtinen ensimmäisen kyselyn kanssa. Tämä on tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Palkansaajien hyvinvointi- ja terveys ry:n (PHT) 1. askel Pysyvään muutokseen -hyvinvointikurssien yhteyttä kurssilaisten koettuun hyvinvointiin. Tutkimuksen tavoitteena on käyttää saatua tietoa työikäisten terveydenedistämistyön kehittämiseen.

Aineisto kerätään ennen kurssin alkua ja sen päätyttyä kyselylomakkeilla PHT:n sähköisellä SurveyPal ohjelmalla. Vastaukset analysoidaan SPSS-tilasto-ohjelmalla versio 27 (SPSS Statistics®) josta yksittäistä vastaajaa ei voi tunnistaa eikä henkilötietoja kerätä. Tutkimusaineisto tallennetaan tutkimuksen ajaksi ja salataan sekä säilytetään niin ettei tutkijan lisäksi sivulliset pääse aineistoon. Kerätty aineisto tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuksen arvioitu valmistumistaika on 2021 kevät. Pro gradu -tutkielma julkaistaan Itä-Suomen yliopiston kirjaston verkkosivuilla ja luovutetaan PHT ry:n käyttöön. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kaikkien tietojen käsittely täysin luottamuksellista ja uuden tietosuojalain (GDPR 2016) mukaista.

Olen tietoinen siitä, että voin keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen missä vaiheessa tahansa ilman perusteluja ja seuraamuksia. Mikäli peruutan suostumuksen ja keskeytän tutkimuksen, keskeyttämiini ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä minusta kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Liite 2. Tutkimuksen saatekirjeet ja suostumus osallistumisesta (3/3)

Opiskelen terveystieteiden maisteriopintoja Itä-Suomen yliopistossa ja teen opintoihini liittyvää pro gradu -tutkielmaa Palkansaajien hyvinvointi- ja terveys ry:n (PHT) 1. askel Pysyvään muutokseen - hyvinvointikursseilla.

Olen lukenut saatekirjaan ja haluan osallistua tutkimukseen _____
(x - viivalle)

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta puhelimitse puh. xxxxxxxx

Etukäteen kiittäen,

TtM- opiskelija Jaana Venäläinen
Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos
jaave@uef.fi

Pro gradu -tutkielman ohjaajat:

Päivi Kankkunen, TtT
Yliopistonlehtori, dosentti
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
paivi.kankkunen@uef.fi

Ari Haaranen, TtT
Yliopistonlehtori, AmO
Itä-Suomen yliopisto
Hoitotieteen laitos
ari.haaranen@uef.fi

Liite 3. Keskiarvot ja hajonnat (N= 73) väittämittäin alku- ja loppukyselyssä (Ka, Kh)

WHOQOL-BREF –väittämät	1.kysely Ka (Kh)	2.kysely Ka (Kh)
1. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	3,66(0,65)	3,90(0,56)
2. Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	3,25(0,93)	3,67(0,83)
3. Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita?	2,04(0,93)	1,79(0,88)
4. Kuinka paljon tarvitsette lääke- tai muuta hoitoa pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne?	2,22(0,87)	2,10(0,75)
5. Kuinka paljon nautitte elämästä?	3,49(0,75)	3,75(0,83)
6. Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä?	3,59(0,78)	3,82(0,81)
7. Kuinka hyvin pystytte keskittymään asioihin?	3,47(0,73)	3,67(0,75)
8. Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?	3,79(0,75)	3,97(0,71)
9. Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne?	3,59(0,58)	3,82(0,69)
10. Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	3,27(0,80)	3,66(0,82)
11. Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon?	2,86(0,90)	3,16(0,82)
12. Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	3,52(1,03)	3,68(1,08)
13. Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista?	4,15(0,83)	4,37(0,74)
14. Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?	3,62(0,83)	4,05(0,91)
15. Millainen on liikuntakykynne?	3,45(0,78)	3,84(0,67)
16. Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	3,19(1,06)	3,33(1,07)
17. Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminnaista?	3,55(0,83)	3,95(0,76)
18. Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	3,55(0,90)	3,89(0,73)
19. Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	3,37(0,79)	3,73(0,67)
20. Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	3,59(0,88)	3,63(0,89)
21. Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?	2,79(1,09)	2,86(1,21)
22. Kuinka tyytyväinen olette ystäviltänne saamaanne tukeen?	3,60(0,94)	3,78(0,99)
23. Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?	3,99(0,77)	4,01(0,75)
24. Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveystalveta?	3,92(0,95)	4,04(1,02)
25. Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä?	3,63(1,17)	3,70(1,21)
26. Kuinka usein Teillä on ollut sellaisia kielteisiä tunteita kuten alakuloisuus, epätoivo, ahdistus, tai masennus?	2,64(0,84)	2,27(0,70)

Kyselyissä 5-portainen Likert asteikko, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa elämänlaatua.

Ulottuvuuksien väittämät: fyysinen 3,4,10,15,16,17,18, psyykinen 5,6,7,11,19,26, sosiaalinen 20,21,22, elinympäristö 8,9,12,13,14,23,24,25.

Liite 4. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari-lyhyt versio

Ohjeet

Tällä lomakkeella pyydämme Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muita arkielämänne asioita. **Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin.** Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valitsitte, **valitkaa se, joka vaikuttaa sopivimmalta.** Usein sopivin vastaus on se, joka ensimmäiseksi tulee mieleen.

Kun vastaatte, ajatelkaa tärkeinä pitämiänne asioita, toiveitanne sekä mielihyvän ja huolenaiheitanne. Muistelkaa elämäanne kahden viimeisen viikon aikana. Kahta viimeistä viikkoa koskeva kysymys voi kuulua esimerkiksi seuraavasti:

	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Täysin riittävästi
Oletteko saanut muilta tarvitsemaanne tukea?	1	2	3	4	5

Ympyröikää numero, joka parhaiten vastaa sitä, kuinka paljon olette saanut tukea muilta viimeisten kahden viikon aikana. Jos olette saanut paljon tukea, ympyröikää numero 4. Jos ette ole lainkaan saanut tarvitsemaanne tukea muilta viimeisen kahden viikon aikana, ympyröikää numero 1.

Lukekaa jokainen kysymys ja arvioikaa, miltä Teistä tuntuu. Ympyröikää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka vastaa mielestänne sopivinta vastausta kysymykseen.

		Erittäin huonoksi	Huonoksi	Ei hyväksi eikä huonoksi	Hyväksi	Erittäin hyväksi
1	Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	1	2	3	4	5

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
2	Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
3	Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämäne kannalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5
4	Kuinka paljon tarvitsette lääkettä tai muuta hoitoa pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
5	Kuinka paljon nautitte elämästä?	1	2	3	4	5
6	Missä määrin tunnette, että elämäne on merkityksellistä?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Hyvin	Erinomaisesti
7	Kuinka hyvin pystytte keskittymään asioihin?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen turvalliseksi	Hyvin turvalliseksi	Erittäin turvalliseksi
8	Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5

		<u>En lainkaan</u>	<u>Vähän</u>	<u>Kohtuullisen terveellisenä</u>	<u>Hyvin terveellisenä</u>	<u>Erittäin terveellisenä</u>
9	Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette viimeisten kahden viikon aikana kokenut tai voinut tehdä tiettyjä asioita.

Liite 4. WHOQOL-BREF kyselylomake (3/4)

		Ei lain- kaan	Vähän	Kohtuul- lisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
10	Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	1	2	3	4	5
11	Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon?	1	2	3	4	5
12	Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiin nähden?	1	2	3	4	5
13	Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista?	1	2	3	4	5
14	Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?	1	2	3	4	5

		Erittäin huono	Huono	Ei hyvä eikä huono	Hyvä	Erittäin hyvä
15	Millainen on liikuntakykynne?	1	2	3	4	5

Seuraavissa kysymyksissä Teitä pyydetään kertomaan, kuinka tyytyväinen olette olleet viimeisten kahden viikon aikana erilaisiin asioihin elämässänne

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
16	Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	1	2	3	4	5
17	Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?	1	2	3	4	5
18	Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	1	2	3	4	5
19	Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	1	2	3	4	5
20	Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	1	2	3	4	5
21	Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?	1	2	3	4	5
22	Kuinka tyytyväinen olette ystäväiltänne saamaanne tukeen?	1	2	3	4	5
23	Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?	1	2	3	4	5
24	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja?	1	2	3	4	5
25	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja /tai muita liikennevälineitä?	1	2	3	4	5

Seuraava kysymys koskee sitä, kuinka usein olette tuntenut tai kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Aina
26	Kuinka usein Teillä on ollut sellaisia kielteisiä tuntemuksia kuten alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus?	1	2	3	4	5

Lähde: WHOQOL Group. 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med May. 28(3), 551–558.

Liite 5. Sosiodemografiset taustatekijät

Vastaajan sukupuoli	Nainen Mies Muu
Vastaajan ikä	18–24 v 25–34 v 35–44 v 45–54 v 55 v -
Olen	Kokoaikatyössä Osa-aikatyössä Työtön Lomautettu Ammatinharjoittaja Yrittäjä Jokin muu, mikä? _____
Koulutustaso	Perusaste (esim. kansa-, keski- ja peruskoulun tutkinnot) Keskiaste (esim. ylioppilas, ammatilliset tutkinnot ja perustutkinnot) Alempi korkea-asteen koulutus, ei AMK tutkintoa (esim. teknikko, merkonomi, sairaanhoitaja) Alempi korkeakoulututkinto (esim. AMK-tutkinnot, alemmat korkeakoulu tutkinnot) Ylempi korkeakoulututkinto (Maisteri-tutkinnot, lääkärit) Tutkijakoulutus (lisansiaatit, tohtorit)
Siviilisääty	Naimisissa Naimaton Avoliitossa Eronnut Leski

Liite 6. Sukupuolen yhteys koettuun elämänlaatuun

Liite 6. Sukupuolen (N=73) yhteys koettuun elämänlaatuun (Ka, Kh, testisuure, p-arvo)

	1.kysely Ka(Kh)	2.kysely Ka(Kh)	testisuure	p-arvo
1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?				
naiset (n=64)	3,62(0,66)	3,86(0,53)	2,25	0.03
miehet (n=9)	3,89(0,60)	4,22(0,66)		
2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?				
naiset (n=64)	3,22(0,92)	3,66(0,84)	2,74	0.01
miehet (n=9)	3,44(1,01)	3,78(0,83)		
Fyysinen ulottuvuus				
naiset (n=64)	63,47(13,93)	70,56(12,88)	3,15	0.00
miehet (n=9)	63,89(14,78)	71,67(20,38)		
Psyykinen ulottuvuus				
naiset (n=64)	57,89(13,94)	65,41(13,59)	3,29	0.00
miehet (n=9)	63,89(12,41)	75,00(15,02)		
Sosiaalinen ulottuvuus				
naiset (n=64)	57,30(19,92)	60,77(19,54)		
miehet (n=9)	61,89(19,47)	61,90(25,28)		
Elinympäristö				
naiset (n=64)	70,25(14,05)	75,77(13,30)	2,03	0.04
miehet (n=9)	75,78(14,11)	74,56(17,07)		

Kysymykset 1–2 Likert 1–5, ulottuvuudet 0–100

Liite 7. Ikäryhmän (N=73) yhteys koettuun elämänlaatuun (Ka, Kh, testisuure, p-arvo)

	1.kysely Ka(Kh)	2.kysely Ka(Kh)	testi- suure	p-arvo
1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?				
25–34-vuotiaat (n=3)	3,67(0,58)	3,67(0,58)		
35–44-vuotiaat (n=6)	2,83(0,75)	4,00(0,00)	2,07	0.04
45–54-vuotiaat (n=34)	3,82(0,62)	3,91(0,57)		
55+ (n=30)	3,63(0,56)	3,90(0,61)		
2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?				
25–34-vuotiaat (n=3)	3,33(1,15)	4,00(0,00)		
35–44-vuotiaat (n=6)	2,67(1,37)	4,00(0,00)		0.07
45–54- vuotiaat (n=34)	3,26(0,86)	3,59(0,86)		
55+ (n=30)	3,33(0,88)	3,67(0,92)		
Fyysinen ulottuvuus				
25–34-vuotiaat (n=3)	48,00(19,31)	68,67(12,50)		
35–44-vuotiaat (n=6)	53,33(8,71)	77,33(10,21)	2,20	0.03
45–54-vuotiaat (n=34)	65,12 (11,17)	71,29 (12,49)	2,42	0.02
55+ (n=30)	65,30(15,76)	68,90(15,99)		
Psyykinen ulottuvuus				
25–34-vuotiaat (n=3)	48,00(20,22)	52,00(19,31)		
35–44-vuotiaat (n=6)	45,83(13,89)	69,83(9,89)	2,23	0.03
45–54-vuotiaat (n=34)	62,94(12,69)	68,03(14,29)		
55+ (n=30)	57,37(12,66)	65,77(13,66)	2,55	0.01
Sosiaalinen ulottuvuus				
25–34-vuotiaat (n=3)	50,00(22,61)	50,00(28,48)		
35–44-vuotiaat (n=6)	61,50(26,04)	67,83(18,30)		
45–54-vuotiaat (n=34)	62,12(19,02)	64,91(20,45)		
55+ (n=30)	53,10(18,84)	56,07(18,76)		
Elinympäristö				
25–34-vuotiaat (n=3)	50,00(6,00)	62,67(16,44)		
35–44-vuotiaat (n=6)	59,67(11,66)	79,50(10,29)	2,02	0.04
45–54-vuotiaat (n=34)	74,21(13,03)	76,21(11,94)		
55+ (n=30)	71,57(13,71)	75,47(15,67)		

Kysymykset 1–2 Likert 1–5, ulottuvuudet 0–100

Liite 8. Koulutustason (N=73) yhteys koettuun elämänlaatuun (Ka, Kh, testisuure, p-arvo)

	1.kysely Ka(Kh)	2.kysely Ka(Kh)	testi- suure	p- arvo
1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?				
perusaste(n=4)	4,50(0,58)	4,00(0,00)		
keskiaste(n=18)	3,33(0,69)	3,78(0,65)	1,89	0.06
alempi korkea-aste(n=23)	3,61(0,50)	3,83(3,82)		
alempikorkeakoulututkinto (n=13)	3,62(0,65)	3,92(0,49)		
ylempi korkeakoulututkinto (n=15)	3,93(0,59)	4,13(0,64)		
2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?				
perusaste(n=4)	3,75(0,96)	4,00(0,00)		
keskiaste(n=18)	3,44(0,98)	3,56(1,04)		
alempikorkea-aste(n=23)	2,91(0,90)	3,52(0,85)	2,27	0.02
alempikorkeakoulututkinto (n=13)	3,15(0,90)	3,77(0,44)		
ylempi korkeakoulututkinto (n=15)	3,47(3,46)	3,87(0,92)		
Fyysinen ulottuvuus				
perusaste(n=4)	75,00(6,93)	76,50(5,74)		
keskiaste(n=18)	65,00(11,84)	65,5(19,33)		
alempi korkea-aste(n=23)	61,48(14,48)	71,65(9,96)	2,64	0.01
alempi korkeakoulututkinto (n=13)	62,62(16,42)	74,69(11,80)	2,04	0.04
ylempi korkeakoulututkinto (n=15)	62,60(14,41)	70,47(13,69)		
Psyykinen ulottuvuus				
perusaste(n=4)	72,00(7,74)	70,5(14,06)		
keskiaste(n=18)	57,00(16,71)	66,72(15,35)		
alempi korkea-aste(n=23)	55,83(12,06)	65,00(14,02)	2,11	0.04
alempikorkeakoulututkinto (n=13)	59,00(15,80)	67,46(11,48)	2,186	0.03
ylempi korkeakoulututkinto (n=15)	61,00(10,70)	67,07(15,91)		
Sosiaalinen ulottuvuus				
perusaste(n=4)	59,50(12,01)	62,50(31,08)		
keskiaste(n=18)	50,78(21,72)	56,33(23,58)		
alempi korkea-aste(n=23)	57,30(16,74)	61,70(18,70)		
alempi korkeakoulututkinto (n=13)	69,62(22,36)	59,15(18,57)		
ylempi korkeakoulututkinto (n=15)	56,60(18,62)	66,27(17,18)	1,70	0.09
Elinympäristö				
perusaste(n=4)	86,00(10,74)	73,75(10,68)		
keskiaste(n=18)	66,11(14,56)	72,67(72,67)		
alempi korkea-aste(n=23)	72,17(12,34)	77,22(10,34)		
alempi korkeakoulututkinto(n=13)	69,31(13,57)	78,54(9,09)	2,14	0.03
ylempi korkeakoulututkinto (n=15)	72,20(15,43)	74,66(17,34)		

Kysymykset 1–2 Likert 1–5, ulottuvuudet 0–100

Liite 9. Työmarkkina-aseman (N=73) yhteys koettuun elämänlaatuun (Ka, Kh, testisuure, p-arvo)

	1.kysely M(SD)	2.kysely M(SD)	testi- suure	p-arvo
1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?				
kokoaikatyö(n=55)	3,62(0,62)	3,89(0,57)	2,22	0.03
osa-aikatyö(n=8)	3,50(0,76)	4,13(0,35)	2,24	0.03
työttömät (n=4)	3,75(0,50)	4,00(0,82)		
muut (n=6)	4,17(0,75)	3,67(0,52)		
2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?				
kokoaikatyö(n=55)	3,18(0,90)	3,62(0,89)	2,85	0.00
osa-aikatyö(n=8)	3,13(0,99)	4,13(0,35)	2,27	0.02
työttömät (n=4)	3,00(0,82)	3,50(1,00)		
muut (n=6)	4,17(0,75)	3,67(0,52)		
Fyysinen ulottuvuus				
kokoaikatyö(n=55)	63,38(12,84)	72,33(12,61)	3,55	0.00
osa-aikatyö(n=8)	56,25(18,99)	74,38(14,34)	2,10	0.04
työttömät (n=4)	69,00(8,49)	70,25(14,64)		
muut (n=6)	70,83(17,08)	51,17(10,67)		
Psyykinen ulottuvuus				
kokoaikatyö(n=55)	58,84(12,99)	67,20(14,13)	3,01	0.00
osa-aikatyö(n=8)	53,88(17,44)	67,38(9,20)	2,25	0.02
työttömät (n=4)	57,75(16,26)	75,25(12,50)		
muut (n=6)	63,67(16,62)	54,17(14,74)		
Sosiaalinen ulottuvuus				
kokoaikatyö(n=55)	58,85(19,85)	61,51(20,20)		
osa-aikatyö(n=8)	48,38(19,53)	64,88(64,88)	2,00	0.05
työttömät (n=4)	48,25(11,84)	64,00(12,94)		
muut (n=6)	67,83(20,48)	48,00(27,82)	-2,03	0.04
Elinympäristö				
kokoaikatyö(n=55)	71,02(13,25)	78,31(12,66)	2,64	0.01
osa-aikatyö(n=8)	65,00(19,28)	73,50(5,32)		
työttömät (n=4)	72,00(7,75)	64,00(12,94)		
muut (n=6)	77,33(17,15)	59,50(19,31)	-2,0	0.05

Kysymykset 1–2 Likert 1–5, ulottuvuudet 0–100

Liite 10. Siviilisäädyn (N= 73) yhteys koettuun elämänlaatuun (Ka, Kh, testisuure, p-arvo)

	1.kysely Ka(Kh)	2.kysely Ka(Kh)	testi- suure	p- arvo
1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?				
naimissa (n=38)	3,71(0,65)	4,00(0,56)	2.12	0.03
naimaton (n=10)	3,6(0,70)	3,8(0,63)		
avoliitto (n=6)	3,83(0,75)	4(0,63)		
eronnut (n=19)	3,53(0,61)	3,74(0,45)		
2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?				
naimissa (n=38)	3,13(0,93)	3,79(0,74)	3,09	0.00
naimaton (n=10)	3,5(0,97)	3,4(1,07)		
avoliitto (n=6)	3,5(0,55)	3,33(0,82)		
eronnut (n=19)	3,26(0,99)	3,68(3,68)		
Fyysinen ulottuvuus				
naimissa (n=38)	63,71(13,38)	72,05(14,08)	2,77	0.01
naimaton (n=10)	59,6(13,8)	66,8(14,06)		
avoliitto (n=6)	70,83(9,35)	65,83(14,80)		
eronnut (n=19)	62,89(16,18)	71,58(13,31)		
Psyykinen ulottuvuus				
naimissa (n=38)	58,45(12,79)	68,68(13,26)	3,35	0.00
naimaton (n=10)	60,7(12,81)	64,3(17,33)		
avoliitto (n=6)	57,17(18,69)	62,5(16,62)		
eronnut (n=19)	58,37(15,66)	64,89(13,34)		
Sosiaalinen ulottuvuus				
naimissa (n=38)	59,53(17,27)	61,89(19,38)		
naimaton (n=10)	51,3(18,70)	57,5(23,35)		
avoliitto (n=6)	65,5(24,66)	63,5(17,26)		
eronnut (n=19)	55,58(23,57)	59,89(21,97)		
Elinympäristö				
naimissa (n=38)	72,71(14,43)	77,92(13,79)		
naimaton (n=10)	65,7(13,43)	68,8(16,23)		
avoliitto (n=6)	71,83(10,96)	76,17(9,21)		
eronnut (n=19)	69,84(14,75)	74,42(12,86)		

Kysymykset 1–2 Likert 1–5, ulottuvuudet 0–100

Liite 11. Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus
Palkansaajien hyvinvointi- ja terveys ry:lle (PHT)

Hakijan yhteystiedot	Jaana Venäläinen XXXXX XXXXX
Sähköpostiosoite	jaave@uef.fi
Puhelinnumero	XXXXXXXXX

Opiskelen Itä-Suomen yliopistossa hoitotiedettä, pääaineena preventiivinen hoitotiede ja haen tutkimuslupaa opintoihini kuuluvan pro gradu -tutkielman tekemiseksi.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa (HOT) soveltavan ryhmäintervention yhteydestä kursseille osallistuvien työikäisten koettuun hyvinvointiin.

Aineiston perusjoukko koostuu PHT ry:n työikäisille suunnatuille, 1. askel Pysyvään muutokseen kursseille osallistuvista henkilöistä. Aineisto kerätään sähköisenä kyselynä toukokuusta 2019 alkaen kaikilta alkavilta kursseilta harkinnanvaraisella otannalla, kunnes osallistujia saadaan vähintään 100. Kysely tehdään ennen kurssin alkua ja sen päätyttyä ja analysoidaan SPSS-tilasto-ohjelmalla (SPSS Statics®). Aineistoa tarkastellaan ryhmätasolla ja tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei ole mahdollista tunnistaa tutkimusraportissa. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan, ja raportoidaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, kaikkia tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusraportti valmistuu viimeistään keväällä 2021.

Kerätty aineisto säilytetään lukitussa paikassa, salasanalla suojattuna ja tutkimusaineisto hävitetään raportin valmistuttua GDPR yleistietosuojasetuksen (Eu 2016/679) mukaisesti. Tutkijana sitoudun noudattamaan kaikkia tietosuojalainsäädäntöön liittyviä ohjeita.

Pro gradu -tutkielman ohjaajat:

Päivi Kankkunen, TtT Yliopistonlehtori, dosentti Itä-Suomen yliopisto Hoitotieteen laitos paivi.kankkunen@uef.fi	Ari Haaranen, TtT, AmO Yliopistonlehtori Itä-Suomen yliopisto Hoitotieteen laitos ari.haaranen@uef.fi
--	---

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma
- Tutkimussaate
- WHOQOL-BREF: elämänlaatumittari, linkki Toimia tietokantaan
- Taustatietolomake