

Ryhmätoiminnasta apua masennusoi- reisiin

**Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ryhmätoiminnan menetel-
mistä matalaa mielialaa kokeville ikääntyneille**

Veera Arvekari
Suvi Kaijansinkko

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2017
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Toimintaterapian koulutusohjelma

Tekijä(t) Arvekari, Veera Kaijansinkko, Suvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Huhtikuu 2017
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Ryhmätoiminnasta apua masennusoireisiin Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ryhmätoiminnan menetelmistä matalaa mielialaa kokeville ikääntyneille		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Mari Kantanen & Tiina Kuukkanen		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ikääntyneessä väestössä masennus on yleisin mielenterveysongelma ja jopa puolet masennusdiagnooseista jää tekemättä. Tieteellistä näyttöä on sekä yksilö- että ryhmähoidoista ja Käypä hoito -suositusten mukaan näiden hoitomuotojen hyödyntämistä tulisi lisätä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa millaisia ryhmätoiminnan keinoja on käytetty ikääntyneillä jotka kokevat matalaa mielialaa tai masennusoireita, ja millaisia tuloksia ryhmätoiminnalla on saatu. Lisäksi pohdittiin ryhmätoimintamenetelmien soveltuvuutta toimintaterapiaan.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla voidaan kuvata laajalti tutkittavaa ilmiötä. Tiedonhankinnassa käytettiin tietokantoina Cinahlia ja Mediciä. Opinnäytetyöhön valikoitui sisäänottokriteerien mukaisesti kahdeksan kansainvälistä tutkimusta, jotka on julkaistu vuosina 2006–2015.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella ryhmätoiminnan menetelminä masennusoireita kokeville ikääntyneille oli käytetty keskustelua, kirjoittamista, kognitiivisten taitojen harjoittamista, muistelua ja kokemuksiin pohjautuvaa toimintaa. Ryhmätoiminnalla todettiin pääasiassa olevan positiivisia vaikutuksia masennusoireisiin. Tilastollisesti tarkasteltuna kognitiivis-behavioraaliset keinot näyttäytyivät yhtenä myönteisesti mielialaan vaikuttavina menetelminä. Useissa tapauksissa raportoidut kokemukset olivat positiivisia, vaikka ryhmätoiminnalla ei olisi todettu tilastollista muutosta mielialaan tai masennusoireisiin. Ryhmään osallistumisen myönteisinä vaikutuksina koettiin vertaistuen saaminen, itsetunnon koheneminen, omien ratkaisumallien löytäminen ja arvostetuksi tuleminen ryhmässä.</p> <p>Jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia ryhmätoiminnan menetelmien käytettävyyttä varsinaisen masennusdiagnoosin saaneiden ikääntyneiden ryhmässä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Ryhmätoiminta, ikääntyneet, ryhmätoiminnan menetelmät, toimintaterapia, masennusoireet, matala mieliala		
Muut tiedot		

Author(s) Arvekari, Veera Kaijansinkko, Suvi	Type of publication Bachelor's thesis	Date April 2017 Language of publication: Finnish
	Number of pages 51	Permission for web publication: x
Title of publication The significance of group activities in relieving depression symptoms A descriptive literature review on methods of group activity for elderly experiencing low moods.		
Degree programme Occupational therapy		
Supervisor(s) Kantanen, Mari & Kuukkanen, Tiina		
Assigned by		
Abstract <p>Depression is the most common mental health problem amongst the elderly, and as many as half of the depression cases are left undiagnosed. Scientific proof has been established for both single and group treatments, and according to the Current Care Guidelines, the applications of both ought to be increased. The aim of the thesis was to examine the group activity methods applied to the elderly who experience low moods or depression symptoms. Another aim was discuss the results achieved by group activity. In addition the suitability of group activity methods for occupational therapy was also examined.</p> <p>The research method used in the thesis was a descriptive literature review, which allows for describing the studied phenomenon at large. The information was collected from the Cinahl and Medic databases. According to the inclusion criteria, eight international studies published in the years 2006-2015 were chosen for the thesis.</p> <p>Based on the results of the review, the group activity methods applied to the elderly suffering from depression symptoms were discussion, writing, practising of cognitive skills, recollection and experience-based activities. Overall, group activity seemed to have a positive effect on depression symptoms. Cognitive-behavioural means proved to have a positive overall effect on mood. In many cases, the experiences were reported to be positive despite the fact the group activity did not show any significant statistical changes in the mood or depression symptoms. The perceived positive effects of group activity were peer support, improvements in self-esteem, discovery of personal solutions and the feeling of being valued in a group.</p> <p>Further studies could focus on studying the applicability of group activity methods to a clearly diagnosed group of depressed elderly persons.</p>		
Keywords/tags (subjects) Group activities, elderly, group activity methods, occupational therapy, depression symptoms, low mood		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Mieliala ja masennus	5
3	Ikääntyneet	9
	3.1 Ikääntymisen tuomat elämänmuutokset	9
	3.2 Masennus ja ikääntyneet.....	12
4	Ihminen toimijana	15
5	Ryhmätoiminta	19
	5.1 Erilaisia ryhmiä	19
	5.2 Ryhmäprosessi.....	19
	5.3 Ryhmätoiminta masennuksen hoidossa	22
	5.4 Terapeuttinen ryhmätoiminta	24
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	25
7	Opinnäytetyön toteutus	25
	7.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	25
	7.2 Tiedonhankinta.....	28
	7.3 Aineiston analysointi.....	32
8	Tutkimustulokset	34
	8.1 Keskustelun hyödyntäminen.....	34
	8.2 Kirjoittaminen.....	35
	8.3 Kognitiivisten taitojen harjoittaminen	36
	8.4 Muistelu	36
	8.5 Kokemuksiin pohjautuva toiminta	37
	8.6 Ryhmäläisten kokemukset.....	37
9	Johtopäätökset	40
10	Pohdinta	41
	10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	45
	10.2 Jatkosuositukset.....	47
	Lähteet	48

Kuviot

Kuvio 1. Masennuksen noidankehä (Saarenheimo ym. 2011, 45, mukaillen) ..	7
Kuvio 2. Masennukselle altistavia tekijöitä ikääntyneillä (Saarenheimo ym. 2011, 41, mukaillen)	14
Kuvio 3. Toiminnallisen mukautumisen prosessi (Kielhofner 2008, 108, mukaillen)	18
Kuvio 4. Ryhmäprosessi (Hautala ym. 2013, 185; Kaukkila ym. 2008, 24–26, mukaillen)	22
Kuvio 5. Ryhmätoiminnan hyödyt (Kivelä 2009, 181, mukaillen)	23
Kuvio 6. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen prosessi (Kangasniemi ym. 2013, 294, mukaillen)	28

Taulukot

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	29
Taulukko 2. Tiedonhankinnan prosessi	32
Taulukko 3. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ja niiden tulokset.....	39
Taulukko 3. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ja niiden tulokset (jatkuu) ...	40

1 Johdanto

Mieliala kuvastaa ihmisen sen hetkisiä tunnetiloja ja tunnetila puolestaan hetkellistä tunnereaktiota. Mielialaan voidaan vaikuttaa joko myönteisillä tai kielteisillä tekijöillä. (Mieliala 2014.) Käsitteellä masennus tarkoitetaan matalaa mielialaa, masennustilaa tai sairauksien tai psykologisten häiriöiden oiretta (Huttunen 2015). Masennus on monioireinen sekä monitekijäinen sairaus, joka vaikuttaa suuresti ihmisen elämänlaatuun ja toimintakykyyn sekä aiheuttaa myös paljon yhteiskunnallisia kustannuksia. Tämän vuoksi olisikin tärkeää panostaa masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 9.) Opinnäytetyössä haluttiin huomioida tutkimuksissa ilmenevät mielialaan negatiivisesti vaikuttavat tunnetilat, joita tutkimuksissa kuvattiin usein termillä *low mood*. Käsite *matala mieliala* on opinnäytetyön tekijöiden vapaa suomennos tästä englanninkielisestä sanasta. Matala mieliala kuvaa ihmisen hetkellistä alentunutta tunnetilaa, joka voi olla myös yksi masennusoire. Pitkään jatkuessa matalaksi koettu mieliala voi johtaa muihin masennusoireisiin ja masennukseen.

Monien lähteiden mukaan masennuksen hoito kattaa lääke- sekä keskusteluhoidon. Usein kuitenkin muut mahdolliset hoito- ja tukimuodot jäävät maininnoissa toissijaisiksi, kuten ryhmäterapia. Käypä hoito -suosituksen (Depressio 2016) mukaan ikääntyneiden depression diagnostiikka, arviointi ja hoito eivät eroa muista ikäryhmistä. Ikääntyneiden masennus jää helposti huomaamatta tai sitä ei osata diagnosoida oikein, koska oireet voivat olla hyvin monimuotoiset ja toisistaan poikkeavat sekä ilmetä esimerkiksi vain fyysisinä oireina (Kivelä 2009, 70–71). Lisäksi ikääntymiseen usein liittyy muutenkin erilaisia haasteita ja menetyksiä (Huuhka & Leinonen 2011), jotka voivat vaikuttaa mielialaan sekä ihmisen kokemukseen omasta kyvykkyydestä (Ruoppila 2002, 121). Saarenheimon ja Pietilän (2011, 33, 37) mukaan on arveltu, että yli puolet ikääntyneiden terveyttä alentavista masennustiloista jää tunnistamatta ja hoitamatta. Ikääntyneet saattavat kokea mielenterveyteen liittyvät ongelmat epäonnistumisena ja häpeänä, sekä pelätä yhteiskunnallista leimaantumista.

Laukaisevia tekijöitä masennukselle voivat olla mm. oma sairastuminen tai läheisen kuolema sekä toimintakyvyn heikkeneminen ja yksinäisyys. Lieviin masennustiloihin suositellaankin sosiaalisten suhteiden vahvistamista. (Masennus on yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma n.d.). Masennus voi hiipiä myös hiljalleen monen tekijän yhteisvaikutuksen seurauksena. Tällöin ikääntynyt joutuu herkästi masennuksen noidankehään (Saarenheimo ym. 2011, 45), joka on havainnollistettu myöhemmin kuviossa 1. Tällaisissa tapauksissa ryhmämuotoinen toimintaterapia voi auttaa masennusoireiden kanssa selviytymisestä, sillä ryhmään kuuluminen on ihmisen perustarve (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2013, 162).

Opinnäytetyö käsittelee ryhmätoiminnan keinoja matalaa mielialaa tai masennusoireita kokeville ikääntyneille. Ryhmätoiminnalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä mitä tahansa ryhmässä tapahtuvaa toimintaa, joka tavoittelee ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitoa tai parantamista sekä sopii toimintaterapiassa sovellettavaksi. Lisäksi ryhmätoiminnan tulee tapahtua fyysisenä läsnäolona. Kohderyhmästä käytetään termiä *ikääntyneet* ja se käsittää iältään yli 65-vuotiaita. Koska psyykinen hyvinvointi on osa mielekkään ikääntymisen kokemusta ja toteutumista, on sen tukemiseksi tärkeää löytää erilaisia keinoja masennusoireiden helpottamiseksi ja ehkäisemiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka kautta voidaan löytää uusia näkökantoja tutkittavaan aiheeseen sekä vahvistaa tai kyseenalaistaa aiempaa tutkittua tietoa. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla etsittiin tietoa, millaisia ryhmätoiminnan menetelmiä on käytetty ikääntyneillä ja millä tavalla ne ovat vaikuttaneet mielialan tai masennusoireiden kokemiseen. Lisäksi inhimillisen toiminnan mallin (Kielhofner 2008) mukaan pohdittiin ikääntyneen toimijuutta ja osallistumista ryhmätoimintaan, jotta ihmisen perustarpeet tyydyttyvät ja ryhmätoiminnan myönteiset vaikutukset saavutetaan.

2 Mieliala ja masennus

Ihmisen *mielenterveys* on voimavara, joka vaikuttaa päivittäiseen toimintakykyyn, ajatteluun, tunteisiin ja käyttäytymiseen sekä työntekokykyyn ja riittävään stressin ja ahdistuksen hallintaan. Mielenterveys on vaihteleva olotila, jolla kuuluisi olla valmius vaihtuviin ja yllättäviin muutoksiin. (Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä 2016.) *Mieliala* kuvaa ihmisen sen hetkisiä tunnetiloja, *tunnetila* taas hetkellistä tunnereaktiota (Mieliala 2014). Arkikielessä puhutaan usein hyvästä tai huonosta mielialasta.

Masennus on yleiskäsite, jolla tarkoitetaan joko ohimenevää masentunutta mielialaa, masennustilaa tai erinäisten sairaustilojen tai psykologisten häiriöiden oiretta (Huttunen 2015). Sanalla masennus viitataan siis arkikielessä myös erilaisiin ohimeneviin tunne- ja mielentiloihin, mikä on tärkeä osata erottaa varsinaisesta masennuksesta sairaustilana (Saarenheimo ym. 2011, 32). Masennuksen tunteet voivat olla vallalla pitempään kuin hetken ja näin ollen kuulua päivittäiseen arkeen jopa useiden kuukausien ajan. Tällöin puhutaan *masentuneesta mielialasta*. Kun masentuneeseen mielialaan kuuluu tietynlaisia muita tunteita ja oireita, on kyseessä *masennustila* eli masennusoireyhtymä. (Kivelä 2009, 64.) Varsinaisessa masennustilassa yleisimpiä oireita ovat masentunut mieliala ja/tai selkeästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä. Masennusdiagnoosin kriteerien mukaisesti tällainen tila on kestänyt yli kaksi viikkoa yhtäjaksoisesti ja se on vallitseva mielentila suuren osan päivästä. Hetkellinen masentuneen mielialan kokemus esimerkiksi kriisitilanteen tai stressin yhteydessä ei siis tarkoita sairautta, vaan siihen voi johtaa monien viikkojen, kuukausien tai jopa vuosien oireilu. (Huttunen 2015.)

Oireiden perusteella masennus on jaettavissa lieviin, keskitasoisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Suomessa tehtyjen väestötutkimusten mukaan lievistä masennusoireyhtymistä ja masentuneisuudesta kärsii 10–15% väestöstä ja vakavista masennustiloista 4–5%. Etenkin vakavilla masennustiloilla on taipumus uusiutua ja kroonistua herkästi. (Huttunen 2015.)

Masennustilalle tyypillisiä *oireita* voivat olla muun muassa painon vaihtelu, uneen liittyvät ongelmat, voimakas päivittäinen väsymys, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, keskittymisen, ajattelun ja päätöksen teon vaikeudet ja itsetuhoiset ajatukset tai käytös. Myös alkoholin lisääntynyt käyttö

voi olla yhteydessä masentuneisuuteen. (Huttunen 2015.) Oireiden runsauden ja vaihtelevuuden perusteella arvioidaan tavallisesti masennustilan vakavuutta (Saarenheimo ym. 2011, 34). Masennus voi myös kätkeytyä näiden moninaisten oireiden taakse, jolloin hoidon saaminen voi viivästyä ja ongelmat pahentua. Yksiselitteistä syytä masennuksen puhkeamiseen ei ole todettu. (Sairastuminen on useiden tekijöiden summa 2016.)

Masennus tulisi nähdä monitekijäisenä sairautena, jolle altistavat mm. biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät, stressi, aikaisemmat elämäntapahtumat, myönteisen palautteen puute, perintötekijät sekä tietyt fyysiset sairaudet. Altistavien tekijöiden ja masennuksen osalta syy-seuraus-ajattelu on harvoin kuitenkaan selkeää. Masennukselle tyypillistä on myös sen noidankehämäinen luonne, joka on esitetty kuviossa 1. Noidankehämäisen luonteen ymmärtäminen on tärkeämpää, kuin oireiden lukumäärä. Noidankehä voi käynnistyä mistä vaiheesta tahansa, jolloin ruumiilliset tuntemukset, kielteiset tunteet ja ajatukset sekä näitä vahvistava ja ylläpitävä toiminta alkavat ruokkia toinen toisiaan (Saarenheimo ym. 2011, 38–40, 45.)



Kuvio 1. Masennuksen noidankehä (Saarenheimo ym. 2011, 45, mukailten)

Masennus ei ainoastaan vaikuta mielialaan, vaan se voi muuttaa myös aivojen toimintaa ja rakennetta, sillä aivot ja mieli ovat yhteydessä toisiinsa. Jo pitkään on tiedetty aivojen välittäjäaineiden kuten serotoniinin ja noradrenaliinin pitoisuuksien vähenemisen liittyvän masennukseen. Masennustilassa hormonitasapaino häiriintyy ja näiden välittäjäaineiden tuotantoon voidaan pyrkiä vaikuttamaan lääkityksellä. (Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen 2016.) Myös kortisolihormonin erityksessä tapahtuu usein muutoksia, mikä voi vaikuttaa vuorokausirytmiiin sekä häiritä muistin toimintoja (Hansson 2012). Hermoverkkoteorian mukaan masennuksessa hermokasvutekijöiden toiminta vähenee, hermosolujen välinen viestintä hiipuu ja tapahtuu hermoverkon lamaannusta. Kyseessä olevan teorian mukaan masennus syntyy, kun stressihormonitasojen nousun seurauksena mielialan säätelyyn vaikuttavat aivojen hermoverkot harvenevat ja lamaantuvat. Puolestaan aivokuoren ja limbisen

järjestelmän, jotka vaikuttavat tunne-elämän säätelyyn, aineenvaihdunta muuttuu. (Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen 2016.)

Masennuksen hoidossa tärkeää on sairauden huomaaminen varhaisessa vaiheessa, jotta toipumisen ennuste olisi paras mahdollinen. Masennus on hyvin monitekijäinen sairaus, eikä masentunut tunnista aina itseään masentuneeksi. Masennus laskee ihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä usein enemmän kuin jotkin fyysiset sairaudet sekä aiheuttaa suurta kärsimystä. Masennukseen liittyen yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset koostuvat pääasiassa sairausloimista, työn tuottavuuden laskusta ja eläkkeestä. Jotta kustannukset jäisivät mahdollisimman pieniksi masennuksen ehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon tulisi panostaa. Masennuksen ehkäisemiseksi depressiohoitajat ovat ohjanneet depressiokouluja eri riskiryhmille kuten ikääntyneille, synnyttäneille, fyysisesti sairaille ja nuorisolle. (Haarala 2010, 9–10; Jaatinen & Raudasoja 2009, 300–301.)

Usein masennukseen voi saada apua psykoterapiasta, joka voi olla lyhytkestoisista ratkaisukeskeistä, pitkäkestoista tai supportiivista eli tukea antavaa terapiaa. Erilaisia terapiamuotoja voivat olla ryhmähoidot ja yksilöhoidot, jotka yksilöllisesti mietittyinä tuottavat parhaimman tuloksen. Kirjallisuuden mukaan ryhmähoitoja voivat esimerkiksi olla depressiokoulu, liikuntaryhmät, kolmannen sektorin vertaistukiryhmät, nettipohjaiset sovellukset, psykiatriset päiväosastot ja varsinaiset psykoterapiat. Lisäksi läheisten merkitys masennuksen hoidossa on suuri ja he voivat myös osallistua hoidon toteuttamiseen. Joissakin tapauksissa sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen voi virkistää mieltä ja vähentää masennusoireita, joten kannustaminen erilaisiin ryhmiin ja sosiaaliin toimintoihin osallistumiseen voi edesauttaa oireiden lievittymistä. Nämä kaikki sisältyvät sosiaalisiin hoitoihin, joita lisäksi voivat olla perhe ja paritapaamiset psykoterapiassa. Oireita voidaan myös lievittää ja poistaa lääkkeellisillä hoidoilla yksilöllisen tarpeen mukaan. Tutkimusten mukaan masennuslääkkeiden yhdistäminen psykoterapiaan tai muuhun normaaleja toimintamalleja tukevaan kuntoutukseen tehoaa parhaiten. (Haarala 2010, 12–13; Jaatinen & Raudasoja 2009, 300–301.)

3 Ikääntyneet

Ikääntymistä luokitellaan Suomessa monella eri tavalla ja sen määritelty ikätaso vaihtelee joissakin tapauksissa useita vuosia. Tilastollisesti ikääntyneiksi luokitellaan 65 vuotta täyttäneet ja se perustuu siihen, että se on ollut yleinen ikä jäädä eläkkeelle. Toimintakykyyn perustuva luokittelu luokittelee vanhuuden alkavaksi 75 vuoden iässä. Kuitenkin vain joka kolmas 70–74-vuotias pitää itseään vanhana. (Ikääntymisen määrittely 2014.) Ikääntyvästä väestöstä käytetään useita termejä, jotka kuvaavat ihmisen ikää erilaisilla sävyillä, kuten vanhukset, ikääntyneet, ikääntyvät ja ikäihmiset. Opinnäytetyössä päätettiin käyttää termiä *ikäntyneet* ja se käsittää iältään yli 65-vuotiaat.

3.1 Ikääntymisen tuomat elämänmuutokset

Luonnollisesti *ikäntymisprosessiin* liittyy voimavarojen ja toimintakyvyn heikkenemistä. Se ei kuitenkaan oletetusti tarkoita, että ikääntyminen ja sen tuomat muutokset koettaisiin kielteisessä mielessä, vaan monet ihmiset elävät varsin tyytyväistä elämää ikääntyneenäkin. On jopa tavanomaista, että ikääntynyt kuvaa elävänsä elämänsä parasta aikaa. Ihmisen kyky adaptionia eli sopeutua on tärkeä taito koko eliniän ajan. Fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin tulisi kyetä sopeutumaan ja hyväksyä ne normaalina osana ikääntymistä. Tämä tapahtuu vertaamalla omia voimavaroja muihin ikätovereihin, ei itseensä nuorempana. Sopeutumista tapahtuu myös suhteessa tulevaisuuteen: ikääntyessä oppii usein keskittämään olemisen nykyhetkeen sekä elämään päivä kerrallaan. (Heikkinen 2002, 6, 25.)

Yksi merkitsevä elämänmuutos ikääntyneellä on eläköityminen ehkä aiemmin ja pitkään jatkuneesta merkitsevästä työstä. Se voi merkitä itselle koetuista tärkeistä tehtävistä ja velvollisuuksista luopumista sekä työn tuoman ihmissuhdeverkoston ja päivän rytmittämisen katoamista. Työssä on voitu kokea itsensä hyödylliseksi jäseneksi yhteiskunnassa, mitä ei voida ehkä kokea toimettona eläkeläisenä. Tässä vaiheessa on tärkeää ihmissuhteiden ja harrastusten jatkuminen tai uusien harrastusten ja sosiaalisten verkostojen löytäminen. Aikaisemmat myönteiset selviytymiskokemukset ovat oleellisia niin eläkkeelle siirtymisestä kuin muistakin elämän muutoksista selviytymisessä ikääntyessä. (Kivelä 2009, 24.) Toisaalta eläkkeelle jäädessä on myös ehkä

entistä enemmän aikaa toteuttaa omia unelmiaan, harrastaa, matkustaa ja viettää aikaa perheen sekä lasten ja lastenlasten kanssa.

Yksinäisyyden kokeminen on yleistä ikääntyneillä. Tutkimusten mukaan yksinäisyyttä kokevat enemmän naiset kuin miehet sekä yli 85-vuotiaat enemmän kuin sitä nuoremmat. Yksinäisyyttä koetaan myös enemmän kaupungissa kuin maaseudulla ja yleisimpiä riskiryhmiä ovat mm. lesket, sosiaalisesti eristäytyneet, vaikeasti sairaat tai vaikeasti sairaan aviopuolison kanssa asuvat ikääntyneet. Kuolemaan johtaviin sairauksiin sairastuminen on myös usein yhteydessä yksinäisyyden ja eristettynä olemisen tunteisiin. Tietävästi yksinäisyyden tunteet heikentävät elämänlaatua, voimistavat fyysisten sairauksien oireita ja lisäävät lääkärissä käyntejä, jotka voivat johtaa virhediagnooseihin ja epätarkoituksenmukaisiin hoitomenetelmiin. Yksinäisyys lisää myös aliravitsemuksen, alkoholin suurkulutuksen, fyysisen kunnon ja kaatumisten sekä taloudellisen kaltoinkohtelun riskiä. (Kivelä 2009, 46–48.) Yksinäisyys voi myös olla ikääntyneelle keino kuvata masentuneisuutta. Kuitenkin sekä yksinäisyyteen että masentuneisuuteen liittyy taipumus passiivisuuteen ja omiin oloihin vetäytymiseen. Toisin sanottuna masentunut ikääntynyt voi kuvata oloaan yksinäiseksi, mutta kuitenkin seurassakin keskittyä omiin ajatuksiinsa. (Saarenheimo ym. 2011, 48.)

Psyykinen toimintakyky toimii vuorovaikutussuhteessa yksilön sekä elin- ja toimintaympäristön välillä. Se on aina suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin, odotuksiin ja reunaehtoihin. Psyykinen toimintakyky muuttuu ja kehittyy ikääntymisen myötä. Kykenevyyden tunne on osa psyykkistä toimintakykyä ja ihmisen kokemus itsestään kyvykkäänä elämänmuutosten käsittelijänä tukee myös omia voimavaroja käsitellä sekä omia että muiden ihmisten ikääntymisen myötä tapahtuvia elämänmuutoksia. (Ruoppila 2002, 121.)

Ikääntyneen elämään saattaa kuulua läheisten menetyksiä, omaa tai läheisten sairastumista ja muita kokonaisvaltaista terveyttä koettelevia asioita joihin liittyy surua. Surun kokemisessa on yksilöllisiä eroja, mutta se on tärkeää osata erottaa masennus- tai muista psyykkisistä oireista. Normaalisssa surussa on erotettavissa kolme vaihetta: sokkivaihe, vetäytyminen ja lopulta menetyksen hyväksyminen. Viikkojen kuluessa tapahtuu siis tietoista ymmärrystä ja hyväksyntää tilannetta kohtaan ja tavallisesti surun voimakkaat tuntemukset häviävät 6–12 kuukauden aikana. (Kivelä 2009, 52–54.) Surua tulisi osata hoitaa ja

käsitellä suruna, kokonaisvaltaisena reaktiona elämän muutoksille. Tilannetta on katsottava uudelleen tai tarkemmin mikäli suru koetaan tavattoman voimakkaana, surun tunne pitkittyy tai ikääntynyt menettää kykynsä toimia. Suru vaikuttaa myös koko elimistöön hermoston, hormonien ja muiden mekanismien kautta. (Selin 2014.)

Kivelän (2009, 21) mukaan monet ikääntyneet kertovat kokevansa tunteet vaikeammin ikääntymisen myötä. Normaaliin ikääntymiseen kuuluvat keholliset muutokset voivat vaikuttaa psyykkiseen tasapainoon, kun omat voimavarat, toimintakyky ja ulkonäkö näyttäytyvät erilaisina kuin nuorempana. Ikääntymisen tuomat muutokset etenevät eri tahtiin ihmisillä ja muutokset eri elimissä voivat edetä vaihtelevalla nopeudella. (Mts. 13.) Ikääntymismuutoksina tapahtuu esimerkiksi ihon ohenemista ja veltostumista sekä myös hiukset voivat ohentua ja harmaantua. Lihasmassa ja lihasvoimat heikkenevät sekä luumassa vähenee, josta usein seuraa myös ryhdin kumartuminen. Jäykistymistä tapahtuu nivelissä ja selkärangassa, sekä lihasten, nivelten ja hermoston yhteistoiminta hidastuu. Verenkiertoelimistön muutoksia ovat sydämen maksimisykkeen ja sydänlihaksen supistumiskyvyn aleneminen, iskutilavuuden pieneneminen sekä verisuonten elastisuuden väheneminen. Myös hengityselimistössä ja ruoansulatuskanavassa tapahtuu muutoksia. Näössä, kuulossa ja makuaistissa tapahtuu heikkenemistä. Ikääntyminen vaikuttaa muistiin eri osiin eri tavoin: aistimuistiin, työmuistiin ja pitkäkestoiseen muistiin. Myös muita muutoksia tapahtuu mm. tarkkaavaisuudessa, oppimisen tavoissa, asennon hallinnassa ja havaintomotoriikassa. (Kivelä 2009, 14–18; Ikääntymisen vaikutukset elimistöön 2013.)

Toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten vuoksi sekä toiminnan onnistumisen kannalta fyysisillä ja sosiaalisilla ympäristötekijöillä on myös merkitsevä vaikutus. Toiminta tapahtuu aina kontekstissa, jossa on joitakin helpottavia tai estäviä tekijöitä. Fyysinen ympäristö voi muodostua toimintaan kannustavaksi sekä mahdollisimman esteettömäksi ja sosiaalinen tuki voi edistää motivaatiota sekä muita toimintaan vaikuttavia tekijöitä. (Heikkinen 2002, 27.)

Fyysisten muutosten lisäksi ikääntyessä muuttuvat usein myös henkilökohtaiset tehtävät ja roolit, haaveet ja toiveet sekä arvot. Päätöksien tekemisen suhteen muututaan usein entistä varovaisemmaksi, mutta toisaalta ikääntyneellä voi ilmetä uutta rohkeutta esimerkiksi mielipiteiden ilmaisussa. Lisäksi aletaan

luultavasti enemmän pohdiskella elämän rajallisuutta ja valmistautua kuolemaan. Oman elämän loppumisen sureminen ja hyväksyminen kuuluvat normaaliin ikääntymiseen. (Kivelä 2009, 25–35.)

Kertyneiden muistojen muistelemisen merkitys korostuu ja usein pohditaan menneen elämän tapahtumia (Kivelä 2009, 28–29). Muistelu voi parhaillaan toimia oman identiteetin lujittajana ja elämän hallinnan resurssina niin yhdessä muiden kanssa kuin yksilöllisesti tapahtuvana. Muistelulla on erilaisia tehtäviä ja rooleja kuten elämänjärjestystä ylläpitävä voimavara tai ajatuksiin tahtomatta tunkeutuva mielentilan häiritsijä. Ikääntyneen on siis tärkeää osata hyväksyä myös vähemmän miellyttävät muistot, mikä voi auttaa tunteiden hallinnassa. Muistelua voi myös kuvata strategiana, jossa menneeseen katsotaan ja samalla haastetaan suhteessa nykyhetkeen. Tällöin aiemmat tapahtumat voivat lujittaa ikääntyneen oman elämisen tuntoja ja kokemusta, että eletty elämä on ollut elämisen arvoista sekä sillä on annettavaa vielä nykyaikana. (Korkiakangas 2002, 202.)

Marinin (2002) mukaan onnistuneessa ikääntymisessä on mukana vastapuolena yhteiskunta. Yhteiskunnassa vallalla olevat ikärepresentaatiot eli iästä johtuvat mielikuvat (Järvelä & Rosenqvist 2007, 9) eivät saisi olla negatiivisia ja lisäksi kaikilla tulisi olla mahdollisuus toimia, näkyä ja vaikuttaa. Myönteiseksi koettu ikääntyminen ei siis riipu ainoastaan henkilökohtaisesta henkisestä ja ruumiillisesta riittävyden tunteesta, vaan myös yhteiskunnassa vallitsevista suhtautumistavoista eri sukupolvien välillä. Toisaalta myös samoissa yhteiskunnallisissa olosuhteissa ikääntyminen on kokemuksellinen prosessi. (Marin 2002, 95–100.)

3.2 Masennus ja ikääntyneet

Ikääntyneiden mielenterveysongelmista yleisin on masennus. Tutkimusten mukaan yli 65-vuotiaista 2–5 % sairastaa diagnosoitavissa olevaa masennusta ja tämän lisäksi jopa 15–25 % kokee mielialaoireita. Masennus voi puhjeta ensimmäistä kertaa vasta myöhemmällä iällä, mutta osalla masentuneista ikääntyneistä on ilmennyt masennusta jo nuorempana. Usein voidaan ennustaa, että mitä useampia masennusjaksoja henkilöllä on ollut, sitä todennäköi-

semmin hän on alttiimpi masentumaan uudelleen. Myös vakavalla masennuksella on useammin taustalla aiempia masennusjaksoja, kun taas lievempi masennusoireilu voi liittyä sen hetkisiin kuormittaviin tekijöihin. (Saarenheimo ym. 2011, 32–41.) Ikääntyneillä masennus liittyy usein ahdistukseen, mutta sitä ei kuitenkaan automaattisesti voi pitää ikääntymiseen kuuluvana vaivana. Monet kriisit, menetykset, oma tai läheisen sairastuminen ja yksinäisyys ovat esimerkkejä masennuksen laukaisevista tekijöistä. (Masennus on yleisin mielen-terveysongelma n.d.)

Masennustilaa edeltää usein erinäisiä ennakko-oireita, joita voivat olla ahdistuneisuus, tuskaisuus, perusteettomat syyllisyydentunteet, vieraantuminen elämästä ja itsestä, väsymys, unettomuus, kivut, aloitekyvyn ja elinvoiman puute, alakuloinen tunnetila, rauhattomuus ja jännittyneisyys. Ikääntyneiden masennuksen oireet ovat hyvin monimuotoiset ja ne voivat olla hyvin toisistaan poikkeavat. Oireet voivat ilmetä affektiivisella (tunne-elämä), fyysisellä (ruumiillinen), kognitiivisella (tiedollinen) tai volitionaalisella (tahtoon liittyvä) osa-alueella. (Kivelä 2009, 70–71.) Asiantuntijoiden mukaan masennuksen tunnistamiseksi olisi oleellisempaa keskittyä siihen monimutkaisena ja monitekijäisenä prosessina yksittäisten altistavien tai syytekijöiden sijasta (Saarenheimo ym. 2011, 38, 41). Altistavat tekijät ovat listattu kuvioon 2.

- ⇒ perintötekijät
- ⇒ ikääntymiseen liittyvät biologiset tekijät
- ⇒ vakava virheravitsemus
- ⇒ fyysiset sairaudet
- ⇒ toimintakyvyn lasku
- ⇒ aktiivisuuden väheneminen
- ⇒ kognitiiviset ikämuutokset
- ⇒ psyykkinen stressi ja kuormittavat elämäntapahtumat
- ⇒ negatiivinen kognitiivinen tyyli
- ⇒ aikaisempi masennushistoria
- ⇒ sosiaalisen tuen ja myönteisen palautteen puute

Kuvio 2. Masennukselle altistavia tekijöitä ikääntyneillä (Saarenheimo ym. 2011, 41, mukailten)

Vaikka masennustilaan kuuluvat voimakkaat tunteet piilevät ihmisen sisällä ilmenee muutoksia myös sairastuneen ulkonäössä ja käyttäytymisessä. Voimakas suru näyttäytyy usein itkuisuutena ja alakuloisen ihmisen hartiat voivat olla painuneet alas sekä ryhti olla kumara. Ulkonäkö voi muuttua epäsiistiksi ja kasvojen ilme olla jatkuvasti surullinen. Myös laihtuminen ja sekavuus ovat yleisiä. Henkilön puhe ja liikkeet voivat olla hidastuneet tai ennen puhelias saattaa istua vain hiljaa paikallaan. Toisinaan masennustila voi aiheuttaa kiihtyneisyyttä, joka ilmenee esimerkiksi käsien vääntelynä ja ihon nyppimisenä, uni on levotonta ja henkilö voi tarrautua muihin ihmisiin fyysisesti. Masentuneella voi ilmetä myös ruoasta ja juomasta kieltäytymistä, sairauksien hoidosta kieltäytymistä, lääkkeiden epäsäännöllistä ottamista, yhteistyökyvyttömyyttä, vihamielisyyttä, eristäytymistä, taaksepäin kaatuilua ja itsemurhayrityksiä. (Kivelä 2009, 90–91.)

Ikääntyneellä masennusoireet voivat ilmetä vaikea-asteisempina kuin masennuksen alkaessa nuoruusiällä. Ikääntyneellä oireisiin liittyy myös enemmän psykoottisia oireita. Masennuksen on todettu olevan yleisempää fyysisesti sairailta ja palvelutalossa asuvilla ikääntyneillä sekä liittyä muistisairauteen joko sen ennakoivana oireena tai seuraamuksena. Ikääntyneen masennukseen

kuuluvia muita tyypillisiä oireita voivat olla hypokondria, eli perusteeton sairauden pelko (Lundberg 2015), sekä kognitiiviset ongelmat erityisesti toiminnanohjauksessa. (Saarenheimo ym. 2011, 34–35.)

Ikääntyneiden masennusta sekä masennusoireiden kokemista ja pitkittymistä tulisi ehkäistä ja hoitaa hyvissä ajoin. Matalaa mielialaa kokevan ikääntyneen omaiset ja ystävät sekä palvelujärjestelmä ovat vastuussa siitä, että oireisiin puututaan nopeasti. Näin ollen myös riskiryhmät, kuten leskeytyneet, yksinäiset ja oman tai läheisen ihmisen sairauden vuoksi rasittuneet on tunnistettava. Taloudellisesti niukassa tilanteessa elävät ikääntyneet ovat myös erityisen haavoittuvia. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 142.)

Etenkin ikääntyneiden masennuksen hoidossa tärkeitä asioita ovat psyykinen tuki, liikunta, masennuslääkkeet, oikea ravitsemus, psykoterapia, osallistumisen edistäminen ja elimellisten sairauksien hoito. Yksilöllisen tarpeen mukainen hoito koostuu yhdistelemällä näitä palasia oikeissa suhteissa. (Jaatinen ym. 2009, 278.) Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että ikääntyneiden masennuslääkkeiden oikean annostuksen määräämisessä, lääkkeiden käytön seurannassa ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista aiheutuvien ongelmien tunnistamisessa, on puutteita. Jotta ikääntyneen hoito olisi onnistunut, se edellyttää ammattihenkilöltä myötäelävää asennetta, turvallisen ilmapiirin luomista, vanhenemiseen ja sairauksiin liittyvän tiedon hallintaa ja ikääntyneen ihmisen kunnioittamista. (Lyyra ym. 2007, 141, 143.)

4 Ihminen toimijana

Viitekehykseksi opinnäytetyöhön valikoitui *inhimillisen toiminnan malli* eli Model Of Human Occupation (MOHO). Inhimillisen toiminnan malli on *asiakaslähtöinen* ja siinä *toiminta* on nostettu ytimeen. Mallissa asiakaslähtöisyys näkyy niin, että asiakasta tarkastellaan ainutkertaisena yksilönä, jolla on omat näkemyksensä ja jolla on yksilöllinen elämäntilanne. Mallin pohjana on myös holistinen ihmiskäsitys, jossa ihminen nähdään jakamattomana kokonaisuutena. (Kielhofner 2008, 1–5.) Holistinen ihmiskäsitys näkee, että ihmisen tarpeisiin, elämään ja vaikeuksiin on olemassa monta tarkastelunäkökulmaa (Nykänen 2006).

Inhimillisen toiminnan malli auttaa selittämään, kuinka yksilö osallistuu ja mukautuu eri elämän toimintojen alueilla. Lisäksi mallin käsitteet auttavat ymmärtämään tarkemmin motivoitumista toimintaan, toimintojen järjestymistä ja ihmisen, toiminnan ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Tässä mallissa dynaamisen kokonaisuuden muodostavat yksilön sisäiset tekijät ja ulkoiset ympäristötekijät linkittyneenä toisiinsa. (Kielhofner 2008, 24–31.) Inhimillisen toiminnan mallia peilattaessa ryhmätoimintaan, ryhmätoimintaa suunniteltaessa ryhmän yhteisten tavoitteiden lisäksi on tärkeää huomioida jokaisen osallistujan yksilölliset tavoitteet. Yksilöt osallistuvat eri tavoin ryhmään, toinen toimii aktiivisesti ja toinen on enemmän kuuntelijan roolissa. Ylipäänsä ryhmään osallistuminen voi olla masennusoireita kokevalle haastavaa, mutta toimintakykyä tukevaa.

Ympäristö käsittää erilaisia *konteksteja*, joita ovat: kulttuurinen, sosiaalinen, fyysinen, taloudellinen ja poliittinen konteksti. Nämä kaikki kontekstit vaikuttavat jollakin tasolla yksilön toimintaan. Toiminnasta heijastuu henkilön sekä sisäisten tekijöiden, että ympäristötekijöiden vaikutuksia. Kun yksilö on sitoutunut johonkin toimintaan, hän ylläpitää ja muuttaa sisäisiä tekijöitään, kuten kykyjään, motiivejaan ja suoriutumisen mallejaan. Inhimillisen toiminnan mallia voidaan käyttää hyvin laajasti eri-ikäisillä asiakkailla. Lisäksi malli soveltuu myös erilaisissa elämänvaiheissa ja -tilanteissa oleville henkilöille. (Mts. 86–97.) Ikääntyessä sosiaaliset verkostot voivat kaventua, kotona asuminen ja asioiden hoitaminen lähiympäristössä voivat hankaloitua. Jotta väistämättömistä haasteista selvittäisiin mahdollisimman vähin haitoin, tarvitsee ihminen omia sisäisiä suojaavia tekijöitä sekä uusia tapoja toimia arjessa ja elinympäristössä.

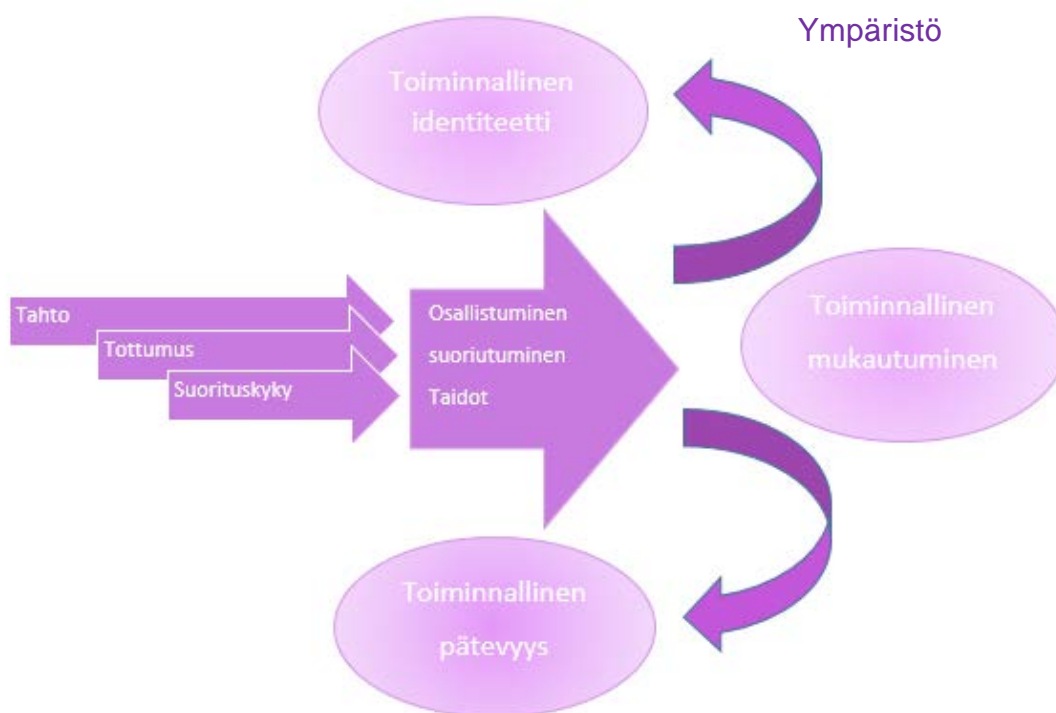
Toimintaterapeutti, joka työskentelee käyttäen inhimillisen toiminnan mallia, pyrkii mahdollistamaan osallistumisen asiakkaalle mielekkääseen toimintaan, joka lisäksi tuottaisi ja tukisi asiakkaan tyydytystä sekä hyvinvointia. Malli voidaan yhdistää muihin teoreettisiin malleihin ja viitekehyksiin tilanteissa, joissa se ei yksin riitä selittämään asiakkaan toiminnalliseen osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tällöin teoreettisten mallien perusteita yhdistelemällä toimintaterapeutti saa laajemman käsityksen yksilön osallistumiseen vaikuttavista tekijöistä. (Mts. 86–97.) Inhimillisen toiminnan mallin käytettävyyttä on tutkittu esi-

merkiksi mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelevien toimintaterapeuttien työssä, jossa malli todettiin hyväksi perusmalliksi tukemaan toimintaterapeutista ammatti-identiteettiä ja ammatillista arvostusta sekä asiakaslähtöisyyttä (Lee, Kielhofner, Morley, Heasman, Garnham, Willis, Parkinson, Forsyth, Melton & Taylor 2012).

Käsitteeseen ihminen liittyvät *tahto* (volition), *tottumus* (habituation) ja *suorituskyky* (performance capacity), jotka vuorovaikuttavat keskenään (kuvio 3). Tahto on prosessi, johon kuuluvat henkilön toiminnalliset kokemukset, valinta, tulkinta ja ennakointi. Tahto on toiminnan motivaatiota ja se on niitä asioita, jotka ovat henkilölle tärkeitä ja merkityksellisiä. Tahto viittaa tunteisiin ja ajatuksiin, jotka ovat yhteydessä yksilön tyytyväisyyteen, kykyihin ja tehokkuuteen sekä nautintoon. Tottumus on niitä toimintoja, jotka ovat muotoutuneet jokapäiväistä elämää jäsentäviksi rutiineiksi, rooleiksi ja tavoiksi. Nämä näkyvät fyysisessä, ajallisessa ja sosiaalisessa ympäristössä. Rutiinit vaihtelevat vuorokauden aikojen mukaan. Aamulla ja illalla ovat eri rutiinit sekä viikon ja viikonlopun rutiinitkin voivat erota toisistaan. Suorituskyky mahdollistaa toimimisen fyysisten ja psyykkisten kykyjen puitteissa. Lisäksi sisäisellä kokemuksella suorituskyvystä on suuri merkitys sille, miten yksilö muokkaa käyttäytymistään ympäristöön nähden.

Nämä kolme keskenään vuorovaikuttavaa ominaisuutta mahdollistavat yksilölle *toiminnallisen osallistumisen* (occupational participation), *suorutumisen* (occupational performance) ja *taidot* (skills) selviytyä erilaisissa ympäristöissä niiden vaatimilla tavoilla. Näistä koostuu *toiminnallinen identiteetti* (occupational identity) eli ihmisen ajatus itsestään toimijana ja millaiseksi toimijaksi hän haluaa tulla. Ihminen voi toteuttaa osallistumistaan oman identiteettinsä mukaisesti, jota kutsutaan *toiminnalliseksi pätevydeksi* (occupational competence). Tähän kuuluvat erilaiset roolit, arvot ja velvollisuudet ja niiden mukaan toiminen sekä mielekkäisiin toimintoihin osallistuminen. Kun ihminen huomioi toiminnassaan oman toiminnallisen identiteettinsä ja pätevyytensä, siitä seuraa *toiminnallinen mukautuminen* (occupational adaptation). (Kielhofner 2008, 12–18, 106–108; Hautala ym. 2013, 235–239, 243–248.) Masentunutta mielialaa kokevalla käsitys omasta suorituskyvystä voi olla kielteinen ja tahtoon viittaavat tunteet ja ajatukset voivat muuttua merkityksettömiksi. En-

nen mielihyvää tuottaneet asiat eivät välttämättä saa aikaan samanlaista tyydytystä. Jotta toiminnallinen mukautuminen olisi mahdollista, täytyisi pystyä löytämään toiminnallisen pätevyyden ja identiteetin alueilta sellaiset voimavarat, jotka kannattelevat muuttuvissa vaikeissakin elämäntilanteissa. Toiminnallisen mukautumisen prosessia on havainnollistettu kuviossa 3.



Kuvio 3. Toiminnallisen mukautumisen prosessi (Kielhofner 2008, 108, mukailen)

Ihmisen on siis tärkeää toteuttaa itselleen merkityksellisiä ja tärkeitä toimintoja sekä kokea onnistumista niissä. Tämä lisää positiivista ajattelua itsestään sekä toimijuudestaan. Näin syntyy vahvistava kehä, jossa myönteiseksi koettu asia johtaa seuraavaan ja luo kehämäisen jatkumon vahvistuvalle toimijuudelle. Esimerkiksi ryhmään osallistuminen jännittää → ensimmäisellä ryhmäkerralla uskaltautuu sanomaan jotain → saa siitä hyvää palautetta → tulee seuraavalle ryhmäkerralle rohkeampana → on myöhemmin aktiivinen osallistuja ryhmän jäsenenä. Positiivinen kehä on verrattavissa negatiiviseen suuntaan etenevään masennuksen noidan kehälle (kuvio 1).

5 Ryhmätoiminta

5.1 Erilaisia ryhmiä

Jokainen on kuulunut elämänsä aikana erilaisiin ryhmiin ja ensimmäinen ryhmäkokemus on syntynyt perheessä jo lapsuudessa. Lapsuudessa saadut ryhmäkokemukset vaikuttavat myöhemmässä vaiheessa muissa ryhmissä.

(Kaukkila & Lehtonen 2008, 14.) Osallistumalla erilaisiin ryhmiin voidaan ennaltaehkäistä yksinäisyyttä ja syrjäytymistä sekä edistää terveyttä ja hyvinvointia. Onnistuneet kokemukset ryhmistä tarjoavat vertaistukea, iloa yhteisestä tekemisestä ja vuorovaikutuksesta sekä onnistumisen kokemuksia. (Pikkarainen 2013, 52.)

Erilaisia ryhmäluokituksia ovat esimerkiksi suurryhmä, pienryhmä, avoin ryhmä, suljettu ryhmä ja täydentyvä ryhmä. *Suurryhmän* jäsenmäärä on yli kymmenen ihmistä, *pienryhmä* taas on osallistujamäärältään alle kymmenen henkilöä. *Avoin ryhmä* tarkoittaa sitä, että ryhmään voi tulla mukaan tai lähteä pois silloin kun haluaa. Tällaisella ryhmäprosessilla ei ole selkeää loppua tai alkua. Usein ikäihmisten kerhot tai päivätoiminnot ovat avoimia ryhmiä. *Suljetussa ryhmässä* osallistujat ja tapaamiset ovat sovittu etukäteen. Uusia jäseniä ei oteta ryhmään, vaikka ryhmästä joku lopettaisi. *Täydentyvässä ryhmässä* taas pois jääneiden tilalle otetaan aina uusi ryhmäläinen sallittuun ryhmäkokoon saakka. (Kaukkila ym. 2008, 17–19.)

5.2 Ryhmäprosessi

Säännöllisesti tapaavat ryhmät kehittyvät ja muuttuvat ajanjakson aikana jolloin he yhdessä kokoontuvat. Jokainen ryhmä kehittyy läpi tiettyjen vaiheiden (kuvio 4), joiden aikana ryhmäläiset kokevat sekä näkevät yksilöllisesti erilaisia tunteita ja käyttäytymistapoja. *Ryhmäprosessiin* sisältyvät ryhmäroolit ja niiden käsittely, energian liikkuminen ryhmän sisällä, sanallisen ja toiminnallisen vuorovaikutuksen tavat, ryhmän kehitysvaiheet, käyttäytymiseen liittyvät normit sekä ohjaajan ohjaustavat ja strategiat. Ryhmäprosessin oleellinen osa on ryhmän dynamiikka. *Ryhmädynamiikkaa* ovat ryhmäläisten väliset suhteet, toimintatavat, dynaamiset voimat, sosiaaliset rakenteet sekä prosessit, jotka käynnistyvät ryhmän aikana. On tärkeää, että ryhmän ohjaaja tietää kuinka

ryhmäprosessi etenee ja hänen on hyvä tunnistaa eri ryhmien erilaiset sisäiset dynamiikat. Nämä toimivat apuna ohjaajalle ryhmäkerran suunnitelmaa tehtäessä. Ryhmässä vallitseva dynamiikka voi olla hyvinkin vaihtelevaa ja ryhmässä voi vallita erilaisia ryhmän tai ryhmän ja ohjaajan välisiä tunteita, suhteita ja voimia. Siihen vaikuttavat eri ajanjaksot, joten se on syklistä. Itse ryhmäprosessi taas on lineaarista, joka tarkoittaa, että ryhmä etenee alusta loppuun ja sinä välisenä aikana ryhmässä tapahtuu erilaisia asioita ja ilmiöitä. (Hautala ym. 2013, 183–184; Kaukkila ym. 2008, 24, 27.)

Pitkään kokoontuneet ryhmät käyvät selkeästi läpi erilaisia kehitysvaiheita, jotka ilmentävät kuinka sosioemotionaalinen yhteistyö kehittyy ryhmän pyrkimysten mukaiseksi. Sosioemotionaalista kehitystä eteenpäin vievät selkeät yhteiset tavoitteet. Toiminnan voimaa -kirjan (Hautala ym. 2013, 184–185) mukaan ryhmän *kehitysvaiheita* ensimmäisenä on kuvannut psykologi Bruce Tuckman (1965). Hän on jakanut kehitysvaiheet viiteen eri osaan:

1. Muotoutuminen (forming). Ryhmän aloittaminen voi ryhmäläisistä aluksi tuntua jännittävältä ja jopa ahdistavalta, koska tilanne on siinä kohtaa ryhmäläisille uusi ja outo. Ryhmäytymisen alussa ryhmäläiset yrittävät löytää hyväksytyjä tapoja toimia ja he pyrkivät orientoitumaan tilanteeseen. Ryhmän ohjaajan rooli on hyvin keskeinen ryhmän aloitusvaiheessa. Ohjaaja kertoo ryhmän tarkoituksen ja kuinka sen eteen työskennellään sekä sanoittaa ryhmäläisten tunteita. Muotoutumisvaiheessa ryhmässä luodaan säännöt ja normit yhdessä.

2. Kuohuminen (storming). Kuohumisvaiheessa ryhmäläiset reagoivat vahvasti tunteella tehtäviin ja niiden vaatimuksiin. Tämä aiheuttaa ryhmäläisten kesken ristiriitoja sekä kapinaa ohjaajaa vastaan. Lisäksi ohjaajaa ja hänen ohjaustapojaan kohtaan syntyy kritiikkiä ja vastarintaa. Ohjaajan on hyvä tunnistaa ryhmäytymiseen liittyvä kuohunnan vaihe, jotta hän osaa reagoida tilanteeseen, eikä lähde mukaan ryhmän tunnetilaan. Ryhmässä voi syntyä alaluokkia, joiden kesken ristiriitoja voi syntyä. Myös syntipukki-ilmiöt ovat tällöin yleisiä.

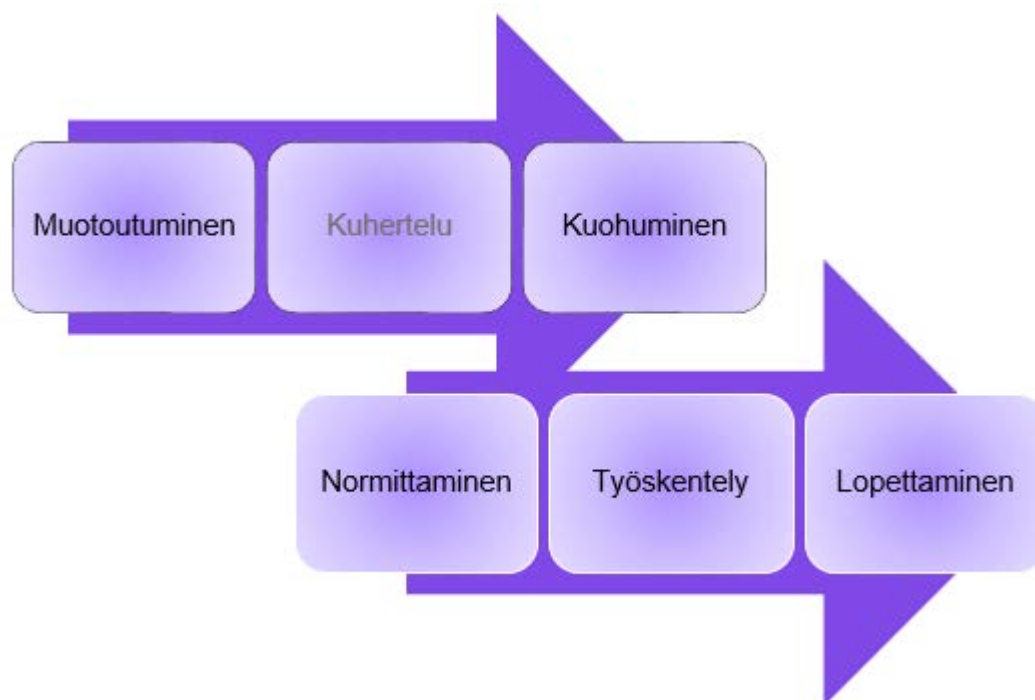
3. Normittaminen (norming). Kun kuohumisvaihe on ohitettu, ryhmän ilma-
piiri alkaa rauhoittua ja selkiytyä. Ristiriitatilanteet tiedostetaan ja käsitellään sekä ryhmä alkaa miettiä uusia toimivia ratkaisutapoja ristiriitatilanteissa.

Nämä ratkaisutavat tuovat järjestystä ja selkiyttävät ryhmän toimintaa. Ryhmän jäsenet alkavat kertoa avoimesti ja rakentavasti omia näkemyksiään. Tehtävän suorittamisen helpottamiseksi ryhmään muodostetaan normeja ja ryhmän keskinäisen tuen merkitys tulee näkyväksi.

4. Työskentely (performing). Tässä vaiheessa ryhmässä johtajuus ja roolit alkavat selkiytyä ja ne voivat vaihdella tehtävästä riippuen, mikä vapauttaa energiaa tehokkaaseen työskentelyyn. Ryhmä osaa ratkoa yhdessä sen sisäisiä ongelmia ja aikaisemmin muodostuneet normit tukevat sen toimintaa.

5. Lopettaminen (adjourning). Tehtävä, joka ryhmällä on ollut työn alla, on saatu päätökseen. Ryhmäläiset jakavat tunteitaan ja ajatuksiaan sekä antavat toisilleen palautetta ryhmän aikaisesta työskentelystä. Ryhmän saavutettuja tuloksia arvostetaan ja ryhmän työskentelyä reflektoidaan. Tämä vaihe saattaa olla jopa hieman haikea ryhmän jäsenille.

Kaukkilan ja Lehtosen (2008, 25) mukaan ryhmän vaiheisiin kuuluu lisäksi *kuhertelu*, jolloin alun varovaisuuden ja jännittyneisyyden jälkeen aletaan rentoutua ja kiinnostua muista ryhmäläisistä. Ryhmän ilmapiiri on me-henkinen, innostunut ja vastaanottavainen. Koko ryhmäprosessin vaiheet on esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4. Ryhmäprosessi (Hautala ym. 2013, 185; Kaukkila ym. 2008, 24–26, mukailten)

5.3 Ryhmätoiminta masennuksen hoidossa

Käypä hoito -suosituksen (Depressio 2016) mukaan ainakin alle 75-vuotiaalla ilmenevän masennuksen diagnostiikka, arviointi ja hoito toteutetaan yleensä samalla tavalla kuin nuoremmilla. Ikääntyneillä on kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota psykiatrisen ja somaattisen hoidon yhdistämisen tarpeeseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön. Yksilö- sekä ryhmähoidoista on tieteellistä näyttöä ja Käypä hoito -suosituksen mukaan näiden hoitomuotojen hyödyntämistä tulisi lisätä. Kivelän (2009, 157–158) mukaan ainakin muistelua, sosiaalisia toimintoja, ohjausta ja liikuntaa käsittävillä ryhmätoiminnoilla on tutkitusti myönteisiä vaikutuksia masennusoireiden lieventymisessä ikääntyneillä. Ryhmätoiminnan hyötyjä on tuotu esille kuviossa 5. Masennukseen suositellaan toiminnan lisäämistä ja sosiaalisten suhteiden vahvistamista. Keskusteluapua voi antaa mm. terveyskeskuslääkäri tai psykiatrinen sairaanhoitaja, mutta Kela ei tue yli 67-vuotiaiden psykoterapeuttista kuntoutusta. (Masennus on yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma n.d.)

- ⇒ Edistää kanssakäymistä
- ⇒ Lisää tietoa masennustilasta ja sen paranemista edistä-
vistä tekijöistä
- ⇒ Lievittää yksinäisyyden kokemuksia
- ⇒ Lisää käsitystä siitä, että muillakin on ongelmia
- ⇒ Auttaa tunteiden jakamisessa
- ⇒ Lievittää kuoleman ahdistuksen tuskaa
- ⇒ Lisää elämän ymmärtämistä
- ⇒ Korostaa toiminnallisia voimavaroja ja mahdollisuuksia
fyysisen kunnan heikennyttyäkin
- ⇒ Tuo mahdollisuuksia kokea ilon ja huumorin sävyttämiä
tunteita
- ⇒ Edistää persoonallista psyykkistä kehittymistä

Kuvio 5. Ryhmätoiminnan hyödyt (Kivelä 2009, 181, mukailten)

Ennaltaehkäisevästi ikääntyneiden ryhmissä painotetaan arjen voimavaroja, jolloin ryhmä perustuu sosiokulttuurisiin menetelmiin eli yhdessä toimimiseen ja luovuuden liikkeelle panevaan voimaan (Brand, Holmi & Kuikka 2013, 7). Ikääntyneiden kuntouttavan ryhmän tulisi olla vertaistukea antava, luottamuk- sellinen ja innovatiivinen, jolloin ryhmä tukee ikääntynyttä hoitaen, lohduttaen ja korjaten aiempia epäonnistuneita ryhmäkokemuksia. Tällöin myös ikäänty- nyt saa tukea yksilöllisiin prosesseihinsa, kuten uuteen elämäntilanteeseen sopeutumiseen. (Pikkarainen 2013, 53.) Myös sosiaalisen tyytyväisyyden tun- teita syntyy ryhmätoiminnan aikana, mikä mahdollistaa niin ilojen kuin surujen jakamisen ryhmässä (Kivelä 2009, 180).

Etenkin alkuvaiheessa masennusoireita kokevan ikääntyneen motivointi ryh- mään osallistumiseen voi olla haasteellista ja se voi vaatia suuria ponnistuk- sia. Vuorovaikutus tuntemattomien kanssa voidaan kokea raskaaksi ja oma it- sensä epävarmaksi. Usein ryhmätoiminta kuitenkin vähintäänkin tuo vaihtelua ikääntyneen arkeen. (Saarenheimo ym. 2011, 115–116.) Ryhmässä omat murheet voivat jäädä taka-alalle, kun muiden ihmisten läsnäolo tarjoaa muuta- kin ajateltavaa. Ikätovereiden kanssa puhuminen voi tuntua helpommalta, kuin selkeästi nuoremman työntekijän. (Kivelä 2009, 181.)

5.4 Terapeuttinen ryhmätoiminta

Toimintaterapeutit ovat ammattikuntansa synnystä alkaen hyödyntäneet ryhmämuotoista terapiaa. Silti näyttöä ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta masentuneiden hoidossa ei juurikaan ole. Ryhmään liittyminen ja kuuluminen ovat perustarpeita ihmiselle ja sen mahdollistama vuorovaikutus on olennaista hyvinvoinnille. Ryhmä voi mahdollistaa uuden oppimista ja oman itsensä tarkailua, muiden tilanteisiin eläytymistä, omien tunteiden voimistumista, ymmärtämistä ja esiintuomista. (Hautala ym. 2013, 161–162.) Toiminnan tulee olla mielekästä ja omaa identiteettiä tukevaa, jotta se olisi terapeutista (Saarenheimo ym. 2011, 116).

Ryhmän terapeuttisuus perustuu erilaisiin *terapeuttisiin tekijöihin*, joita sovelletaan toimintaterapiaryhmän eri vaiheisiin. Hautala ja muut (2013, 166–168) esittelevät Irvin Yalomien (1997, Yalom & Leszcz 2005) mukaisesti ryhmän terapeuttisiksi tekijöiksi:

- toivon herättäminen
- tiedon jakaminen
- universaalisuus eli samankaltaisuuden kokeminen
- altruismi eli toisen auttamisen kokemus
- peruserhekokemuksen korjaantuminen
- sosiaalisten taitojen kehittyminen
- mallioppiminen
- interpersoonallinen oppiminen eli ihmissuhdetaitojen oppiminen
- ryhmäkoheesio eli ryhmän vetovoima
- katarsis
- eksistentiaaliset tekijät

Toimintaterapiaryhmät voidaan jaotella terapeuttisten tehtävien ja tarkoitusten mukaan ja ne luokitella kahteen ryhmätyyppiin; toimintaryhmiin ja tukea antaviin ryhmiin (Finlay 1994, 7–9). Masentuneiden kuntoutuksessa näistä soveltuvampi ryhmä olisi tukea antava ryhmä, sillä siinä huomio kohdistuu koko ryhmään ja ryhmän prosessiin, ei niinkään suoritettavaan tehtävään tai toimintaan. Esimerkkejä tällaisista ryhmistä ovat kommunikaatioryhmät ja psykoterapeuttiset ryhmät.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti työelämästä lähtevä kiinnostus ja ehdotus. Myös alkuvaiheen tutkimuksiin ja kirjallisuuteen suuntautunut suppeampi katsaus osoitti, että aiheesta ei juurikaan löydy tutkittua tietoa. Lisäksi ikääntyneet tulevat olemaan tulevaisuudessa suuri asiakasryhmä eliniän noustessa. Siksi on tärkeää saada tietoa ikääntymisestä ja ymmärtää ikääntyneet kohderyhmänä sekä löytää keinoja, joita voi soveltaa toimintaterapiaryhmään. Ryhmätoiminta on myös yleinen toimintaterapian toteutusmuoto.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen muodossa tuottaa tietoa etenkin eri ammattiryhmille ryhmätoiminnan mahdollisuuksista masennusoireiden hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa millaisia ryhmätoiminnan keinoja on käytetty ikääntyneillä, jotka kokevat matalaa mielialaa tai masennusoireita, ja millaisia tuloksia ryhmätoiminnalla on saatu. Lisäksi pohditaan ryhmätoimintamenetelmien soveltuvuutta toimintaterapiaan.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia ryhmätoiminnan menetelmiä on käytetty ikääntyneillä, jotka kokevat matalaa mielialaa tai masennusoireita?
2. Millä tavalla ryhmätoiminta on vaikuttanut ikääntyneiden kokemaan mielialaan tai masennusoireisiin?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön toteutusmenetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan yhtä tai useampaa tutkimusta luoden lähtökohtaa uusille tutkimustuloksille, eli toisin sanottuna tutkitaan tehtyjä tutkimuksia ja kootaan niiden tuloksia. (Salminen 2011, 4–5.) Kirjallisuuskatsaus ei ole pelkkä silmäys aiheeseen, vaan siinä käsitellään ilmiötä tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta analyttisesti (Kirjallisuuskatsaukset n.d.).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on usein käytetty kirjallisuuskatsauksen tyyppi, joka ei ole niin tarkoin säännöstelty (Salminen 2011, 6). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyrkii tietyn ilmiön ymmärtämiseen. Se tarjoaa mahdollisuuden kuvata laajalti tutkittavaa ilmiötä sekä luokitella sen ominaisuuksia; ilmiöön liittyvää aiempaa tutkimusta, sen syvyyttä, laajuutta ja määrää (Kirjallisuuskatsaukset n.d.). Sen avulla voidaan löytää uusia näkökantoja aiheeseen sekä vahvistaa tai kyseenalaistaa aiempaa tutkimuksista saatua tietoa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa myös mahdollisuuden havaita ristiriitoja ja puutteita tutkitussa tiedossa. (Kangasniemi ym. 2013, 291–294.)

Kirjallisuuskatsauksen erityispiirteitä ovat kuvailu, aineistolähtöisyys ja ymmärtäminen. Opinnäytetyön kuvailevan kirjallisuuskatsauksen prosessi on kuvattu kuviossa 6 ja se on toteutettu Kangasniemen ja muiden (2013, 294) esittämän menetelmän neljän vaiheen mukaan:

1. Tutkimuskysymyksen muodostaminen. Oleellinen osa kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on tarkoin määritetyt ja rajatut tutkimuskysymykset, joita voidaan lähestyä yhdestä tai useammasta näkökulmasta tai tasosta. Tutkimuskysymysten täsmällisyys on tärkeää, jotta ilmiön syvällisempi tarkastelu on mahdollista. Tutkimuskysymysten muotoilua voi edeltää myös alustava kirjallisuuskatsaus aiheeseen, minkä avulla tutkimuskysymykset on helpompi määritellä itse ilmiön tutkimista varten. (Mts. 295.)

2. Aineiston valitseminen. Tutkimuskysymysten ohjaamana valitaan tutkittava aineisto. Tutkimuskysymysten laajuus myös rajaa käytettävän aineiston määrää. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytettävä aineisto koostuu aiemmin julkaistuista tutkimustiedoista aiheen ympäriltä sekä sisältää yleensä kuvauksen aineiston valinnan eli tiedonhankinnan prosessista. Aineistoa haetaan tyypillisesti elektronisista tietokannoista ja tieteellisistä julkaisuista. Aineiston avulla tulee voida tarkastella aihetta ilmiölähtöisesti sekä tarkoituksenmukaisesti suhteessa tutkimuskysymyksiin. Aineisto voi erota menetelmällisesti suurestikin keskenään. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan myös perustellusti käyttää muitakin, kuin tieteellisiä artikkeleita. (Mts. 295–296.)

3. Kuvailun rakentaminen. Ydin kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on käsitteilyosan rakentaminen. Rakentamisen tavoitteena on harkitun aineiston

avulla vastata esitettyihin tutkimuskysymyksiin laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Aiempien tutkimusten tutkiminen voi johtaa uudenlaiseen tulkintaan muuttamatta kuitenkaan alkuperäistä tietoa. Olemassa olevaa ja sen kautta tullutta uutta tiedon muotoa tulkitaan ja yhdistetään niin, että se on olennaista tutkimuskysymyksen kannalta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyritään tekemään jäsentyneeksi kokonaisuudeksi, joka ei ole tiivistelmä, referointi, siteeraus tai raportointi alkuperäisaineistosta. Ajatuksena on tehdä sisäistä vertailua aineiston esittelemisen sijaan. Vertailussa tuodaan esiin olemassa olevan tiedon heikkouksien ja vahvuuksien analysointia, mikä johtaa laajempien johtopäätösten tekemiseen aineistosta. Pääsisältöä voidaan rakentaa eri tavoin tutkimuskysymysten mukaan esimerkiksi teemoihin, kategorioihin tai suhteessa kategorioihin, käsitteisiin tai teoreettisiin lähtökohtiin. (Mts. 296–297.)

4. Tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Viimeinen vaihe on tuloksien tarkastelu ja analysointi sisältäen johtopäätökset. Tässä vaiheessa arvioidaan työn etiikkaa ja luotettavuutta sekä toteutetaan sisällön menetelmällinen pohdinta. Tutkimuskysymystä voidaan kritisoida tässä tarkasteluosassa sekä miettiä tulevaisuuden haasteita ja kysymyksiä jatkotutkimuksiin. On hyvä huomioida, että jos analysoidut tutkimukset eivät liity riittävästi teoreettiseen taustaan, voi se heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Luotettavuuden tarkastelu on sidoksissa käytetyn aineiston valinnan tapaan, vaikka se onkin keskeinen luotettavuuteen vaikuttava tekijä. Lisäksi jos aineistoa on tarkasteltu ja analysoitu liian yksipuolisesti tai valikoidusti ja keskitytty liikaa tutkijoihin tutkimusten sijasta, voi analyysin laatu kärsiä. (Mts. 297–298.)



Kuvio 6. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen prosessi (Kangasniemi ym. 2013, 294, mukaillen)

7.2 Tiedonhankinta

Ennen tiedonhankintaa määriteltiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit tukien tutkimuskysymyksiä. Nämä kriteerit ovat listattu taulukkoon 1. Julkaisuvuodeksi rajattiin vuodet 2005–2015 ja julkaisukieleksi englanti tai suomi. Tutkimuksen tuli olla saatavilla myös sähköisenä kokoteksti-versiona (full text). Tätä ei kuitenkaan ilmaistu sisäänotto- ja poissulkukriteereissä eikä hakulausekkeita muodostaessa, koska se olisi voinut rajata hyviä hakutuloksia pois koulun rajallisen tietokantoihin ja tutkimuksiin pääsyn takia. Mikäli jokin tutkimus ei ollut saatavilla käytössä olevassa tietokannassa kokoteksti-versiona, yritettiin sitä etsiä mm. Google Scholarin avulla. Olennaista oli, että tutkimus sisältää ryhmätoiminnan menetelmiä. Ikäryhmä rajattiin koskemaan yli 65-vuotiaita, mikä

tarkoittaa, että 65 vuotta täyttänyt kuuluu tähän ryhmään. Tutkimuksen tuli olla alkuperäistutkimus. Etenkin manuaalista hakua tehtäessä löytyi tutkimuskysymyksiin hyvin vastaavia opinnäytetyön tasoisia tutkimuksia, mutta niitä ei pidetty tarpeeksi vahvana tutkimusnäyttönä kirjallisuuskatsaukseen. Lähtökohteisesti hakua tehtiin masennukseen viittaavilla sanoilla, mutta masennustermiä laajennettiin myös muihin matalaa mielialaa kuvaaviin hakusanoihin.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuvuosi 2005-2015	Julkaistu muulloin kuin 2005-2015
Kielenä englanti/kielenä suomi	Kielenä muu kuin englanti/suomi
Tutkimus käsittelee ryhmätoimintaa	Tutkimus käsittelee muuta kuin ryhmätoimintaa
Tutkimus käsittelee yli 65-vuotiaita	Tutkimus käsittelee alle 65-vuotiaita
Alkuperäistutkimus	Opinnäytetyöt, mielipidekirjoitukset
Masennus ja/tai jokin muu mielialaan viittaava oire	Tutkimus ei käsittele masennusta/matalaan mielialaan liittyviä oireita
Fyysinen läsnäolo ryhmässä	Etäryhmä

Opinnäytetyön tiedonhankinta suoritettiin joulukuussa 2016 ja tammikuussa 2017. Asiasanojen löytämiseksi ja määrittämiseksi käytettiin apuna asiasanasto ja ontologia palveluita Fintoa ja FinMeSHiä. Tiedonhankinnassa käytettiin sähköisiä tietokantoja, jotka olivat EBSCO Cinahl ja Medic. Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) on EBSCO-tietokannoissa käytössä oleva keskeisin kansainvälinen myös kuntoutusalan julkaisuja sisältävä hoito- ja lähitieteiden tietokanta. Medic on suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä julkaisuista koostuva tietokanta, jonka tuottaa Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko. (Terveysalan tietokannat 2016.)

Päähakusanoiksi tiedonhankintaan valikoituivat *ryhmä, ikääntyneet ja masenus/masennusoireet*. Hakusanat käännettiin englanniksi ja myös niiden synonyymejä käytettiin hakuja tehdessä ulkomaankielisissä tietokannoissa. Hakusanat ovat listattuna taulukkoon 2. Hakulausekkeiden muotoilussa käytettiin Boolean operaattoreita (AND/OR) ja sanan katkaisumerkkiä (*). Hakutulokset käytiin läpi ensin otsikkotasolla ja sen jälkeen tiivistelmien perusteella valittiin tutkimukset tarkempaan tarkasteluun opinnäytetyötä varten.

Opinnäytetyön tekijät suorittivat tiedonhankinnan prosessia yhdessä samanaikaisesti, jolloin hakuprosessi tuli suoritettua täysin samalla tavalla kahteen kertaan. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Otsikot ja tiivistelmät luettiin itsenäisesti, jonka jälkeen vaihdettiin ajatuksia tutkimusten soveltuvuudesta peilattuna tutkimuskysymyksiin. Lopullinen opinnäytetyöhön tulevien tutkimusten valinta tehtiin koko tekstin perusteella ja yhteisellä päätöksellä.

Cinahl-tietokannassa haku rajattiin englannin kieleen sekä yli 65-vuotiaisiin järjestelmän oman tarkemman hakurajauksen avulla. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin suomenkielisistä termeistä synonyymejä, esimerkiksi sanasta ryhmä käytettiin hakusanoina *group/group activities/group intervention/group methods/group exercise/group practice/support groups/peer group/ group therapy*. Cinahl-tietokannassa suoritettiin kokeiluhaku, jossa käytettiin hakusanoina *group activities AND depression* ja tulokseksi saatiin 14 osumaa. Näistä valittiin tiivistelmän mukaan yksi tutkimus. Toisina hakusanoina kokeiluhaussa käytettiin *group intervention AND depression symptoms*, josta saatiin osumia 12. Tarkasteluun valikoitui näistä kolme tutkimusta. Tämän jälkeen suoritettiin vielä kaksi hakuja, joista ei päätynyt yhtään tutkimusta tarkempaan tarkasteluun. Näissä hakusanoina olivat *group intervention AND depression AND occupational therapy* (osumia neljä) sekä *group methods AND depression AND elderly*.

Kokeiluhaun jälkeen Cinahl-tietokannassa hyödynnettiin samankaltaisten sanojen hakuja (Suggest Subject Terms). Tämän jälkeen alettiin muodostaa sanaryypäitä samankaltaisista sanoista. Toinen rypäs käsitteli ryhmä-aiheisia sanoja (osumia 1124) ja toinen rypäs matalaa mielialaa kuvaavia sanoja (osumia 15554). Sen jälkeen nämä kaksi suurempaa sanarypästä yhdistettiin. Sitten hakuun lisättiin sana *occupational therapy*, jolloin saatiin kaksi osumaa. Molemmat tutkimukset päädyttiin ottamaan tarkempaan tarkasteluun. Sitten

hakulausekkeesta poistettiin sana occupational therapy, jolloin osumia tuli 173. Nämä kaikki tutkimukset käytiin otsikkotasolla ja sitten tiivistelmän mukaan läpi, jolloin yhdeksän tutkimusta valittiin ottaen huomioon kaksoiskappalet (kaksi tutkimusta). Lisäksi päädyttiin tarkastelemaan kahden muun tutkimuksen tiivistelmää, mutta huomattiin, että kyseiset tutkimukset eivät olleet saatavissamme.

Tutkimuksia kokeiltiin hakea myös Medic-tietokannasta yhdellä englanninkielisellä ja yhdellä suomenkielisellä hakulausekkeella. Hakulausekkeena käytettiin *group intervention* OR *group activ** AND *depression* AND *elderly*. Osumia tuli neljä, joista otsikkojen perusteella otettiin neljä, mutta tiivistelmiin perehdyttyä hylättiin kaikki. Toisessa haussa käytettiin hakusanoina *ryhmä* AND *masen** AND *vanh**. Tästä tuloksena saatiin neljä osumaa, joista yksikään ei päätynyt tarkempaan tarkasteluun.

Tiedonhankinnasta tarkempaan tarkasteluun otettiin kaikkiaan tiivistelmien perusteella 11 tutkimusta, jotka luettiin kokonaan läpi. Yksi tutkimus rajattiin pois tiivistelmän lukemisen jälkeen, sillä se ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Analysoitavien tutkimusten määräksi valikoitui siis 10 tutkimusta. Koko tekstin perusteella lopulliseksi valinnaksi kirjallisuuskatsauksen analyysiin päätyi kahdeksan tutkimusta. Tutkimukset on listattu taulukkoon 2.

Taulukko 2. Tiedonhankinnan prosessi

TIETO-KANTA	HAKUSANAT	OSUMAT	RAJAUS OTSIKON MUKAAN	RAJAUS TIIVISTELMÄN MUKAAN	LOPULLINEN VALINTA
CINAHL	group activities AND depression	14	2	1	0
	group intervention AND depression symptoms	12	5	3	3 <i>Forman ym. 2009</i> <i>Dunbar ym. 2009</i> <i>Mastel-Smith ym. 2007</i>
	group intervention AND depression AND occupational therapy	4	1	0	0
	group methods AND depression AND elderly	10	0	0	0
	group exercise OR group practice OR support groups OR peer group OR group therapy OR group method OR group intervention OR group activity AND depression OR low mood OR self esteem OR depression symptom OR dejection OR melancholy AND occupational therapy	2	2	2	1 <i>MiLim ym. 2015</i>
	group exercise OR group practice OR support groups OR peer group OR group therapy OR group method OR group intervention OR group activity AND depression OR low mood OR self esteem OR depression symptom OR dejection OR melancholy	173	29	5 (9*) (* 2 ei löytynyt, 2 samaa)	4 <i>Korte ym. 2013</i> <i>Shu-Yuan ym. 2006</i> <i>Hwan-hee 2015</i> <i>Jing-Jy ym. 2011</i>
MEDIC	group intervention OR group activ* AND depression AND elderly	4	4	0	
	ryhmä AND masen* AND vanh*	4	0	0	

7.3 Aineiston analysointi

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tulosten tarkastelu on menetelmän pääosa. Sen tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin laadullisena kuvailuna ja uusien johtopäätösten tekemisenä. Sisältöä analysoidaan ja yhdistetään kriittiseksi kuvailuksi. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.) Aineiston analyysissä pääsisältö voidaan rakentaa tutkimuskysymyksen mukaan teemoittain, kategoriaittain tai suhteessa kategorioihin, käsitteisiin tai teoreettiseen lähtökohtaan (Mts. 297). Opinnäytetyön analyysimenetelmäksi valittiin *teemoittelu*.

Teemoittelussa keskeistä on etsiä aineistosta yhdistäviä tai erottavia tekijöitä eli tuoda esiin tutkimuskysymykseen vastaavia teemoja. Apuna voidaan käyttää pääkohtien korostamista esimerkiksi värikynällä, jolloin pääkohtiin on helppo palata uudelleen. Näitä apukeinoja kutsutaan koodaukseksi eli indeksoinniksi. Kuitenkin käytännössä aineiston analysoinnissa erilaisten analyysitapojen rajat ovat häilyviä. (Silius 2008.)

Kaikki tarkempaan tarkasteluun valikoituneet tutkimukset tulostettiin paperille, koska tällöin merkintöjen tekeminen tekstiin oli helpompaa. Ensiksi pohdittiin, mitä asioita tutkimuksista tulee löytää sekä luotiin itselle taulukko helpottamaan tutkimusten tarkastelua ja vertailua. Taulukkoon päätettiin listata seuraavia asioita tutkimuksista: tutkimuksen nimi, ryhmäkoko ja kesto, kohderyhmän kuvaus, ryhmätoiminnan menetelmät, mittarit/tulokset, maa ja mahdollinen muu huomioitava. Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat kaikki tutkimukset osan yhdessä ja osan itsenäisesti, jolloin poimittuja pääkohtia verrattiin toisiinsa. Ennen aineiston analysointia varmistettiin, että tutkimusten sisältö oli ymmärretty samalla tavalla.

Tutkimuksia lukiessa käytettiin koodauksen apukeinoina alleviivausta, värikynää ja tärkeiden kohtien sivuun kirjaamista. Näin tekstin pääkohtiin oli helppo palata myöhemmin. Lisäksi kirjattiin ennalta laadittuun taulukkoon tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisia asioita. Huolellisen tutkimukseen perehtymisen jälkeen poimittiin selkeästi ylös nousseita teemoja, joista lähdettiin kokoamaan aineiston analyysia.

Tutkimukseen perehtymisen jälkeen aineiston analyysistä jätettiin pois kaksi tutkimusta niiden soveltumattomuuden takia. Ensimmäinen poissuljettu tutkimus käsitteli enemmän fyysisen harjoittelun vaikutuksia masennusoireisiin verrattuna passiivisuuteen (Conradsson, Littbrand, Lindelöf, Gustafson, & Rosendahl, 2010). Tutkimuksessa ei nostettu esille ryhmässä olemisen vaikutuksia, joten tutkimus ei vastannut tutkimuskysymyksiin riittävän hyvin. Toinen tutkimus poissuljettiin, koska siinä tutkimusasetelma keskittyi inhimillisen toiminnan mallin soveltuvuuden tutkimiseen kyseisessä kansanryhmässä, eikä vastauksia tutkimuskysymyksiin löytynyt (Ziv & Roitman 2008).

8 Tutkimustulokset

Tutkimuskysymyksiä perusteella valittiin teemat, joiden kautta lähdettiin muodostamaan kuvailua aineistosta. Teemoja ovat tutkimuksissa esille nousseet ryhmätoiminnan menetelmät eli keskustelun hyödyntäminen, kirjoittaminen, kognitiivisten taitojen harjoittelu, muistelu ja kokemuksiin pohjautuva toiminta sekä ryhmäläisten kokemukset. Taulukosta 3, joka on esitetty tutkimustulosten analyysin jälkeen, voi nähdä teemojen lisäksi myös tarkemmat tiedot tutkimuksista.

Tarkastelluissa tutkimuksissa masennusoireet liittyivät yleensä johonkin sairauteen, kuten MS-tautiin, dementiaan tai sydämentahdistinta käyttäviin. Suurimmassa osassa tutkimuksissa oli verrokkiryhmä, joten tulokset perustuivat kontrolliryhmän ja toimintaryhmän vertaamiseen. Ryhmät kestivät 2–12 kuukautta ja tapaamiskertoja oli keskimäärin 1–2 kertaa viikossa. Tutkimukset olivat toteutettu Euroopassa, Aasiassa ja Pohjois-Amerikassa: Englannissa, Alankomaissa, Koreassa, Taiwanissa ja Yhdysvalloissa. Tutkimuksissa oli käytetty pääasiassa erilaisia arviointimenetelmiä, jotka eivät niinkään huomioineet osallistujien kokemuksia ryhmään osallistumisesta. Vain muutamassa tutkimuksessa ryhmäläisten henkilökohtaisia emotionaalisia kokemuksia kartoitettiin haastattelulla tai kyselylomakkeella.

8.1 Keskustelun hyödyntäminen

Kahdessa tutkimuksessa käytettiin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä. Tutkimuksissa tutkittavat oli rajattu sairauden mukaan, toisessa MS-tautia sairastaviin (Forman & Lincoln 2010, 211–221) ja toisessa sydämentahdistimen korkeintaan vuoden sisällä saaneisiin (Dunbar, Langberg, Reilly, Viswanathan, McCarty, Culler, O'Brien & Weintraub 2009, 1259–1269). Molemmissa tutkimuksissa ryhmätoiminta käsitti elämäntilanteen opettelua, sairauden sopeutumista ja tiedon jakamista sekä tulevaisuuteen valmistautumista ja tavoitteiden asettamista. Elämäntilanteen teemoina oli sairauden oireiden tunnistaminen ja niiden hallinta sekä ongelmanratkaisutaidot. (Forman & Lincoln 2010, 211–221; Dunbar, Langberg, Reilly, Viswanathan, McCarty, Culler, O'Brien & Weintraub 2009, 1259–1269.) Näiden teemojen läpikäymisellä on pyritty vai-

kuttamaan osallistujien tottumuksiin, jotka inhimillisen toiminnan mallin mukaan ovat tärkeä osa toiminnallisen mukautumisen prosessia (Kielhofner 2008, 53–54, 107).

Kummassakin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä hyödyntävässä tutkimuksessa masennusoireet laskivat selvästi tilastollisesti tarkasteltuna. Dunbarin ja muiden (2009, 1259–1269) tutkimuksessa masennusoireiden raportoitiin vähentyneen puoleen alkuperäisestä 12 kuukauden ryhmätoiminnan jälkeen. Kun taas Jing-Jyn, Yun-Hsuanin ja Ling-Yun (2011, 580–586) tutkimuksessa, jossa kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä ei tiettävästi käytetty, ei myöskään keskusteluryhmällä todettu merkitsevää helpotusta masennusoireisiin. Kyseinen tutkimus perustui gerotranssendenssin (GT) näkökulmasta toteutettavaan tukiryhmään.

Korten, Drossaerten, Westerhofin ja Bohlmeijerin (2014, 376–384) tutkimuksessa ryhmätoiminnan menetelmänä oli oman elämän tarkastelu (The life-review intervention), joka painottui kolmeen elementtiin. Ensimmäinen osio käsittelee osallistujien kokemia vaikeita elämäntapahtumia ja niihin sopeutumista. Toiseksi keskityttiin kehittämään strategioita omasta menneisyydestä löytyneiden kokemusten avulla, jotta henkilö selviytyisi paremmin tässä hetkessä ja kykenisi asettamaan uusia tavoitteita. Inhimillisen toiminnan mallin mukaisesti tämä tarkoittaa uusien tottumusten ja tapojen luomista (Kielhofner 2008, 53–54). Kolmannessa vaiheessa hyvien muistojen avulla pyrittiin luomaan pohja uusille elämäntarinoille. Ryhmätoiminnan tehokkuutta tutkittiin laadullisin menetelmin, puolistrukturoidulla haastattelulla kolme viikkoa intervention jälkeen. Tutkimustuloksissa esiteltiin osallistujien kokemuksia menetelmän sekä positiivisista, että negatiivisista vaikutuksista. Tuloksia verrattiin myös verrokkiryhmään, joka ei osallistunut interventioon. Todettiin, että life-review-ryhmään osallistuneet kokivat enemmän positiivisia vaikutuksia masennusoireisiin verrokkiryhmään verrattuna. (Korte ym. 2014, 376–384.)

8.2 Kirjoittaminen

Tutkimuksessa, jossa ryhmätoiminnan keinona käytettiin oman elämän tarkastelua kirjoittamisen avulla (the Life Story Workshop). Ryhmään osallistujat kir-

joittivat ennen ryhmätapaamista tai sen aikana jonkin tarinan elämästään. Tarinan sai halutessaan jakaa ryhmässä ja jokaiselle annettiin mahdollisuus palautteen saamiseen ja keskusteluun. Tutkimus osoitti, että kirjoittamalla ilmaisu voi edistää terveyttä ja tutkimusryhmässä todettiin lievää masennusoireiden helpottumista. (Mastel-Smith, McFarlane, Sierpina, Malecha & Haile 2007, 13–18.)

8.3 Kognitiivisten taitojen harjoittaminen

MiLimin, DeokJun, JaeYeopin, JuHyungin, HeeCheonin ja YeongAen (2015, 681–684) tutkimuksessa ryhmätoimintamenetelmä painottui dementoituneiden kognitiiviseen harjoitteluun. Ryhmäkerroilla puolet ajasta käytettiin kognitiiviseen aktivointiin ja puolet kognitiiviseen harjoitteluun. Harjoitukset olivat laati-
neet kaksi kokemusta omaavaa toimintaterapeuttia ja harjoitusten sisältö koostui musiikista ja fyysisestä sekä luovasta toiminnasta. Tässä tulee esille inhimillisen toiminnan mallissa käytetty käsite tahto. Se on yhteydessä tyytyväisyyteen, nautintoon ja siihen mikä on heille merkityksellistä. (Kielhofner 2008, 12–14.) Tutkimuksen tuloksia mitattiin useammalla arviointimenetelmällä. Tulokset osoittivat merkitsevää edistystä päivittäisissä toiminnoissa, kognitiivisissa taidoissa ja masennuksessa ryhmätoimintaan osallistuneilla. (MiLim ym. 2015, 681–684.)

8.4 Muistelu

Myös muistelua on hyödynnetty ryhmätoiminnan menetelmänä hoitokodissa asuvien ikääntyneiden elämänlaadun edistämiseksi. Hoitokodin työntekijöiltä, ikääntyneiltä itseltään ja heidän omaisiltaan saatujen vanhojen kuvien, lehtiartikkelien, albumien ja uutisleikkeiden avulla koottiin tukimateriaalia. Tukimateriaalin kautta pyrittiin rohkaisemaan ryhmäläisiä kertomaan muistoista nouseita asioita ja rakentamaan vuorovaikutusta muiden kanssa. (Shu-Yuan, Hsing-Yuan, Chiu-Yen, Suh-Fen, Tsung-Lan, Tzu-Shin & Jo Clark 2006, 36–42.) Näin voitiin tukea osallistujien sosiaalista suorituskykyä sekä positiivista kokemusta itsestään samalla luoden mahdollisuuksia toiminnallisen identiteetin vahvistumiselle (Kielhofner 2008, 68–69, 106). Masennusoireissa ei todettu selkeää muutosta ryhmätoiminnan jälkeen, sitä vastoin ryhmään osallistuneet

kokivat itsetuntonsa kohonneen. He olivat enemmän vuorovaikutuksessa muiden kanssa ryhmän aikana ja sen jälkeen. (Shu-Yuan ym. 2006, 36–42.)

8.5 Kokemuksiin pohjautuva toiminta

Kokemuksiin pohjautuvaa toimintaa on käytetty keskivaikeaa dementiaa sairastavien ikääntyneiden ryhmätoiminnassa. Hwan-heen (2015, 2069–2071) tutkimuksessa todettiin kokemusperäisellä toiminnalla olevan selkeästi myönteisiä vaikutuksia masennusoireiden kokemiseen. Ryhmäkerrat koostuivat erilaisista aktiviteeteista; ruoanlaitosta, fyysisestä harjoittelusta ja lisäksi alkulämmittelystä ja loppujäähdyttelystä. Ruoanlaitto keskittyi osallistujien aiempiin ruokakokemuksiin. Menetelmässä siis huomioitiin ja hyödynnettiin osallistujien tottumuksia, jotka olivat ehkä aiemmin olleet osa arkipäivää ja joihin saattoi liittyä toimintaan sidonnaisia muistoja (Kielhofner 2008, 53–54). Ruoanlaitto tarjoaa mahdollisuuden erilaisiin aistiärsykkeisiin, joissa yhdistyvät kognitiiviset, fyysiset ja sosioemotionaaliset osa-alueet. Kuitenkin suurin osa ajasta ryhmäkerroilla painottui fyysisiin aktiviteetteihin, jotka olivat osallistujille ennestään tuttuja nuoruudestaan (tottumus).

8.6 Ryhmäläisten kokemukset

Joissakin tutkimuksissa ei varsinaisesti huomioitu osallistuneiden kokemuksia ja tunteita ryhmätoiminnasta tai niitä ei ainakaan tutkimuksissa raportoitu. Sen sijaan Formanin ja Lincolnin (2010, 211–221) tutkimuksessa kerättiin erikseen tietoa ryhmätoimintaan osallistuneilta heidän kokemuksistaan ryhmässä olemisesta. Kyselyn perusteella ryhmäläisten kokemus tähän kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin keskittyneeseen ryhmään oli 75 % positiivista, 5,5 % negatiivista ja 19,5 % neutraalia.

Vaikka Jing-Jyn ja muiden (2011, 580–586) tutkimuksessa keskusteluryhmällä ei todettu merkitsevää vaikutusta masennusoireisiin tilastollisesti, sen todettiin kuitenkin tarjoavan ikääntyneille keinoja ikääntymisen ja matalan mielialan tuomiin haasteisiin elämässä. Ryhmän jälkeen monet kokivat oppineensa muuttamaan omaa asennettaan ja kohtaamaan vaikeudet avoimemmin mielin. Tässä ilmenee, että ryhmän jäsenet ovat kyenneet muuttamaan omia aikaisempia tottumuksiaan ja asenteitaan (Kielhofner 2008, 53–54).

Korten ym. (2014, 376–384) tutkimuksessa haastattelumenetelmän avulla nousi esille runsaasti kokemusperäisiä positiivisia sekä myös joitakin negatiivisia vaikutuksia life-review-ryhmään osallistumisesta. Palautehaastattelu rakentui teemoista: hyvä ryhmäilmapiiri, vertaisten löytyminen, toisiin samaistuminen ja negatiiviset prosessit. Ryhmäläiset kokivat, että he saivat olla ryhmässä omia itsejään sekä tulleeensa huomioiduiksi. He tunsivat kasvanutta itsevarmuutta sekä ryhmässä puhuminen helpottui. Näin ollen heidän suorituskykynsä ja itsevarmuutensa ryhmässä lisääntyi sen myötä, kun he saivat positiivisen kokemuksen ryhmään kuulumisesta sekä myönteistä palautetta (Kielhofner 2008, 68–69). Ryhmässä koettiin myös helpottavaksi huomata, että muilla ihmisillä on samanlaisia kokemuksia, heidän omiin tunteisiinsa suhtaudutaan vakavasti ja heillä on mahdollisuus auttaa sekä tukea toistaan. Kuitenkin ryhmään osallistumisesta koettiin myös negatiivisia tunteita. Jotkut eivät kokeneet kuuluvansa ryhmään ja itsestään puhuminen oli epämukavaa. Myös menneiden vaikeiden asioiden jakaminen saattoi nostaa esiin ahdistuksen tunteita. (Korte ym. 2014, 376–384)

Muistelua hyödyntävässä ryhmässä tukeva ilmapiiri loi tunteen yhteenkuuluvuudesta, hyväksytyksi tulemisesta ja arvostetusta ryhmän jäsenyydestä. Ryhmäläiset kokivat itsensä merkitykselliseksi ympärillään oleville ihmisille, etenkin perheenjäsenille. (Shu-Yuan ym. 2006, 36–42.)

Taulukko 3. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ja niiden tulokset

Tutkimuksen nimi Tekijä(t), vuosi Maa	Ryhmä- toiminnan menetelmä	Kohde- ryhmä	Tulokset	Mer- kitse- vä hyöty
Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial <i>Forman & Lincoln 2009</i> Englanti	Keskustelu (kognitiivis-behavioraalinen)	MS-tautia sairastavat 23-76v. N=219	Masennusoireet laskivat tilastollisesti merkittävästi sekä osallistujat raportoivat myönteisiä kokemuksia	X
Effect of a Psychoeducational Intervention on Depression, Anxiety, and Health Resource Use in Implantable Cardioverter Defibrillator Patients <i>Dunbar Langberg, Reilly, Viswanathan, McCarty, Culler, O'Brien & Weintraub, 2009</i> Yhdysvallat	Keskustelu (kognitiivis-behavioraalinen)	Sydämen-tahdistin alle vuoden käytössä ~58v. N=246	Masennusoireita ilmeni puolet vähemmän 12 kk ryhmätoiminnan jälkeen	X
Improving Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults – A Psychosocial Intervention Using Life Review and Writing <i>Mastel-Smith, McFarlane, Sierpina, Malecha & Haile, 2007</i> Yhdysvallat	Kirjoittaminen (the Life Story Workshop)	>60v. N=33	Tulokset tukivat sitä, että kirjoittamisen avulla ilmaisu voi tukea terveyttä. Osallistujat raportoivat kokeneensa vähemmän masennusoireita ryhmätoimintaan osallistumisen aikana	
Effects of a cognitive-enhancement group training program on daily living activities, cognition, and depression in the demented elderly <i>MiLimi, DeokJu, JaeYeopi, JuHyungi, HeeCheoni & YeongAe, 2015</i> Korea	Kognitiivisten taitojen harjoittelu	Dementiaa sairastavat +65v. N=22	Merkitsevää edistystä päivittäisissä toiminnoissa, kognitiossa ja masennusoireiden kokemisessa	X
Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review <i>Korte, Drossaert, Westerhof & Bohlmeijer, 2013</i> Alankomaat	Keskustelu: Oman elämän tarkastelu (The life-review intervention)	62v. N=202	Ryhmään osallistumisesta koettiin runsaasti positiivisia vaikutuksia (mm. hyvä ryhmäilmapiiri, vertaistuki, kasvanut itsevarmuus) sekä masennusoireet laskivat merkittävästi	X

(jatkuu)

Taulukko 4. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ja niiden tulokset (jatkuu)

The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents <i>Shu-Yuan, Hsing-Yuan, Chiu-Yen, Suh-Fen, Tsung-Lan, Tzu-Shin & Jo Clark, 2006</i> Taiwan	Muistelu	65-85v. N=24	Kokemukset ryhmään osallistumisesta myönteisiä. Selkeää muutosta masennusoireissa ei havaittu, mutta muita positiivisia vaikutuksia raportoitiin kuten itsetunnon kohoneminen ja vuorovaiikutuksen lisääntyminen muiden kanssa	
Effects of experience-based group therapy on cognitive and physical functions and psychological symptoms of elderly people with mild dementia <i>Hwan-hee, 2015</i> Korea	Kokemuksiin pohjautuva toiminta	Keskivaikea dementia ~77v. N=12	Selkeästi myönteisiä vaikutuksia masennusoireiden kokemisessa	X
Effects of gerotranscendence support group on gerotranscendence perspective, depression, and life satisfaction of institutionalized elders <i>Jing-Jy, Yun-Hsuani & Ling-Yu, 2011</i> Taiwan	Keskustelu	>65v. N=76	Ei selkeää vaikutusta masennusoireisiin. Ryhmätoiminnan todettiin kuitenkin tarjoavan ikääntyneille keinoja ikääntymisen ja matalan mielialan tuomiin haasteisiin. Ryhmään osallistumisesta raportoitiin myös myönteisiä kokemuksia	

9 Johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella ryhmätoiminnalla on todettu pääosin myönteisiä vaikutuksia matalaa mielialaa ja masennusoireita kokevilla ikääntyneillä. Suurin osa tutkimuksista perustui kvantitatiivisiin menetelmiin eli toiminnan vaikutuksia mielialaan seurattiin ja tilastoitiin arviointimenetelmin tai mittarein. Osassa tutkimuksista käytettiin myös kvalitatiivisia menetelmiä, kuten haastattelua sekä kerättiin tietoa osallistujien kokemuksista ryhmään osallistumisesta. Tilastollisesti tarkasteltuna ryhmätoiminnalla todettiin olevan merkitseviä tai tilastollisesti merkityksettömiä positiivisia vaikutuksia. Vaikka jotkut tilastot eivät osoittaneet merkitseviä muutoksia masennusoireiden kokemisessa, saattoi

myönteiset vaikutukset nousta esille yksilöiden tuomien kokemusten tai muiden positiivisten muutosten kautta.

Tehokkaiksi ryhmätoimintamenetelmiksi nousivat kognitiivis-behavioraaliset keskustelua hyödyntävät ryhmät. Näitä menetelmiä oli myös hyödynnetty kahdessa tutkimuksessa tuloksetta, kun muut menetelmät nousivat esille vain kerran vaihtelevin tuloksin. Lisäksi merkitseviä tuloksia tuottavia menetelmiä olivat oman elämän tarkastelu (The life-review intervention), kognitiivinen harjoittelu ja kokemuksiin pohjautuva toiminta. Ei niin merkitsevää vaikutusta todentaneita menetelmiä olivat muistelu ja kirjoittaminen.

10 Pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen yhtenä tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia ryhmätoiminnan menetelmiä on käytetty matalaa mielialaa tai masennusoireita kokevien ikääntyneiden hoidossa. Masentuneille ikääntyneille suunnatusta ryhmätoiminnasta ei löytynyt suoranaisesti korkeatasoista tutkimustietoa. Alkuperäinen tutkimuskysymys oli rajattu vain masentuneisiin ikääntyneisiin. Hakutulokset eivät kuitenkaan tällöin tuottaneet riittävästi osumia, joten tutkimuskysymys muutettiin käsittämään matala mieliala ja masennusoireet. Tutkimuskysymyksen laajentaminen tuotti lisää osumia, mutta siltikään tutkimuksissa masennusoireet eivät olleet tutkimuksien lähtökohtina. Hakutulosten ja niiden väähäisyyden perusteella voidaan olettaa, että ryhmätoiminta ei ole laajalti hyödynnetty ikääntyneiden masennuksen hoitokeino, vaikka sen käytön lisäämistä suositellaan (Depressio 2016). Ikääntyneiden masennusta ei usein osata huomata (Huuhka ym. 2011), jolloin myös asianmukainen hoito, mukaan luettuna ryhmähoito, jää toteuttamatta. Lisäksi ikääntyneillä voi olla korkeampi kynnyks lähteä mukaan ryhmätoimintaan, varsinkin mielialan (Ruoppila 2002, 121) tai toimintakyvyn (Heikkinen 2002, 27) alennuttua. Ryhmätoiminnan järjestäminen vaatii resursseja, joita ei välttämättä nähdä aiheelliseksi kohdistaa ikääntyneeseen väestöön. Kolmannen sektorin tuottama toiminta ei puolestaan tavoita ikääntyneitä niin tehokkaasti, mainonnan ja tiedottamisen siirryttyä enenevässä määrin internetiin ja sosiaaliseen mediaan. Varsinkin siinä vaiheessa, kun ikääntynyt kokee selkeästi vähentyneitä mielenkiintoa

omaan terveyteensä tai ympärillä tapahtuviin asioihin tai kun kotoa lähteminen on hankalaa, keinot ikääntyneen tavoittamiseen sekä tilanteeseen puuttumiseen ovat rajallisia.

Ikääntyneelle on luultavasti elämänsä aikana muodostunut toiminnallinen identiteetti, joka voi kuitenkin horjua sairauden tai mielialaan liittyvien oireiden vuoksi. Käsitys omasta toiminnallisesta identiteetistä ja sen muuttumisesta voi jo itsessään aiheuttaa mielialan laskua. Toiminnallinen mukautuminen tällöin edellyttää uusien rutiinien muodostumista ja muuttuneeseen tilanteeseen sopeutumista sekä sen hyväksymistä (Kielhofner 2008, 106–107). Ikääntymisen tuomien fyysisten muutosten aiheuttamana toimintakyky alenee ja rutiinit kuten päivittäinen ruuan laitto ja ystävien tapaaminen voivat sen vuoksi hankaloitua (Ikääntymisen vaikutukset elimistöön 2013). Tämä voidaan kokea itsetuntoa ja toiminnallisuutta alentavana tekijänä, jolloin tilanteeseen täytyy osata mukautua ja siten välttää suuremmilta negatiivisilta vaikutuksilta, kuten sosiaaliselta eristäytymiseltä.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhankintavaiheessa jouduttiin muodostamaan useampia hakulausekkeita, jotta tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa saatiin tarpeeksi. Suomenkieliset tietokannat eivät tarjonneet ollenkaan tuloksia. Toimintaterapian sisällyttäminen hakulausekkeisiin ei myöskään tuottanut riittävästi hakutuloksia. Hakuprosessin jälkeen tutkimusaineiston määrään oli kuitenkin tyytyväisiä ja aineistosta onnistuttiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuotti tietoa ryhmätoiminnan myönteisistä vaikutuksista ikääntyneiden masennusoireiden kokemisessa. Aineiston perusteella tutkittavia tarkasteltiin ryhminä, joilla oli jokin yhdistävä tekijä. Yhdistävä tekijä ei kuitenkaan yhdessäkään tapauksessa ollut ainoastaan masennus. Ryhmiä ei koostettu lähtökohtaisesti osallistujien mieleisten toimintojen perusteella, eikä yksilöllisiä tarpeita tai tavoitteita otettu huomioon. Osaltaan tämä on voinut vaikuttaa tutkimusten tuloksiin mm. osallistujien motivaation tai toiminnan rajoitteiden vuoksi. Inhimillisen toiminnan malli sitä vastoin painottaa yksilöä huomioiden tämän tahto, tottumus ja suorituskyky toiminnan suunnittelussa (Kielhofner 2008, 108). Vain parissa tutkimuksessa oli huomioitu etukäteen osallistujien henkilökohtainen tausta ja mielekkyys ryhmässä tapahtuvaan toimintaan.

Ryhmätoiminnan vaikutuksia arvioitiin enimmäkseen tilastollisesti, mikä kertoi vain ryhmän keskiarvon ja tällöin selkeät ääripäät jäivät raportoimatta. Useissa tutkimuksissa ei myöskään hyödynnetty laadullisia menetelmiä eli esimerkiksi kartoitettu osallistujien omia kokemuksia ryhmään osallistumisesta, mikä olisi todennäköisesti tuonut esille yksilökohtaisempia tuloksia. Tutkimusten tutkimusasetelmat ja tutkimusmenetelmät erosivat siis toisistaan, mikä tuotti haasteita tulosten yhdenmukaisessa vertailussa.

Pääosin tutkimuksissa tutkittavien ikä oli sisäänottokriteerien mukaisesti yli 65 vuotta, mutta joissain tutkimuksissa ikähaarukka oli laajempi, keski-ikä ollessa kuitenkin lähellä 65 vuotta. Mikäli ikäjakauma on laaja ryhmän sisällä, ryhmään osallistujien yksilölliset tarpeet ja mielenkiinnon kohteet eivät välttämättä kohtaa. Tutkimukset todettiin kuitenkin soveltuviksi tutkimuskysymyksiin iän laajemmasta skaalasta huolimatta.

Sisäänottokriteerien mukaan kohderyhmällä tuli esiintyä masennusoireita tai matalaa mielialaa, eikä mitään tiettyjä diagnooseja rajattu pois. Tämän vuoksi tutkittavilla ryhmillä oli toisiinsa nähden erilaisia elämäntilanteita ja mielenterveyteen vaikuttavia haasteita. Tästä johtuen tutkimustulokset eivät ole täysin verrattavissa keskenään. Esimerkiksi ryhmätoiminnalla oli erilaiset lähtökohdat, kun toisia ryhmäläisiä yhdisti sydämentahdistin ja toisia dementia. Kun taustalla on diagnosoitu sairaus, masennusoireet voivat johtua eri syistä ja ne voidaan kokea eri tavalla, verrattuna pelkästä ikääntymisestä aiheutuviin mielialan muutoksiin. Vaikka osassa tutkimuksia ei todettu tilastollisesti merkitseviä muutoksia masennusoireiden kokemisessa, ilmeni ryhmätoimintaan osallistumisella kuitenkin usein muita positiivisia vaikutuksia.

Huttusen (2015) mukaan WHO määrittelee ihmisen terveyden koostuvan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnin tilasta, jotka vuorovaikuttavat keskenään. Siispä pienetkin positiiviset muutokset voivat johtaa myönteisempiin kokemuksiin itsestä ja ympäristöstä sekä tukea osallistumista. Tutkimuksista esille nousseita ryhmätoiminnan positiivisia vaikutuksia olivat itsetunnon koheneminen, vertaistuen saaminen, ryhmässä puhumisen helpottuminen ja kokemus arvostetuksi tulemisesta. Vaikka valtaosa tutkimustuloksista puoltaa ryhmätoiminnan myönteisiä vaikutuksia, silti joillekin ryhmäkokemukset voivat olla kielteisiä. Tällaisia tilanteita voivat olla haasteet ryhmädynami-

kassa, omat rajoitteet toimijuudessa ja kiinnostuksen puute ryhmässä tapahtuvaa toimintaa kohtaan. Tutkimusten aikana tapahtuvat muutokset eivät myöskään ole suoraan liitettävissä ryhmätoimintaan, vaan myös monet muut yksilölliset ja ympäristölliset tekijät ovat voineet vaikuttaa tutkittaviin. Eli siis pelkkää ryhmätoiminnan vaikuttavuutta terveydentilaan on lähes mahdotonta arvioida.

Tutkimukset oli toteutettu laajalti eri puolilla maailmaa, joten siitä johtuen kulttuuriset seikat ovat voineet vaikuttaa tutkimustuloksiin ja on osattava huomioida niiden keskinäisessä vertailussa. Hyväksi koettujakin menetelmiä on osattava soveltaa maan kulttuuriin sopivaksi, jotta saavutettaisiin vastaavia tuloksia. Yleisesti ottaen länsimaissa on yksilökeskeisempi ja itämaissa yhteisökeskeisempi kulttuuri (Yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri 2017). Kulttuurisia eroja voivat olla itsensä ilmaisun vapaus, sukupuolien väliset erot ja tavat sekä tottumukset arjessa. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan ihminen toimii kulttuurillisessa ympäristössä omien tapojensa mukaan muokaten toimintaansa suhteessa muihin konteksteihin (Kielhofner 2008, 95–96).

Kirjallisuuskatsauksen yhdeksi tuloksekkaaksi menetelmäksi nousivat kognitiivis-behavioraaliset menetelmät. Myös Haaralan ja muiden (2010, 13) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on huomattu parhaimmaksi terapiamuodoksi toistuvien masennusten hoidossa. Usein muihin terapiamuotoihin on hyödyllistä liittää oikeanlainen lääkehoito, jotta saavutettaisiin parhaimmat ja pysyvimmat tulokset.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa vain yhdessä oli toimintaterapeutti mukana tutkimuksen toteutuksessa, missä toimintaterapeutit vastasivat kognitiivisten harjoitusten suunnittelusta (MiLim ym. 2015, 681–684). Opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena oli pohtia tuloksina nousseiden ryhmätoiminnan menetelmien soveltuvuutta toimintaterapiaan. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä kaikki esille nousseet menetelmät ovat hyvin käytettävissä myös toimintaterapiassa. Jotta ryhmätoiminta olisi toimintaterapeutista, ryhmässä otetaan enemmän huomioon asiakaslähtöisyys sekä yksilölliset toiminnalliset tarpeet ja tavoitteet. Tällöin ryhmätoimintaa ja ympäristöä pyritään muokkaamaan nämä asiat huomioiden. Toimintaterapiassa käytettävillä ryhmillä on aina oma terapeutin tarkoituksensa ja ryhmä nähdään myös ainutlaatuisena. (Finlay 1994, 3, 7–9.)

Opinnäytetyön perusteella optimaalinen ikääntyneiden toimintaterapiaryhmä voisi olla suljettu ryhmä, jolla on selkeät tavoitteet ja tarkoitus huomioiden ryhmäläiset yksilöllisesti. Suljetussa ryhmässä luottamus pystyy kasvamaan tilanteeseen nähden mahdollisimman vahvaksi, minkä vuoksi ryhmäprosessi ja yksilölliset tavoitteet pääsevät etenemään sekä ryhmätilanteet pystytään linkittämään toisiinsa. Vertaistuen merkitys voimistuu, kun ryhmäläiset oppivat tuntemaan toisensa. (Kaukkila ym. 2008, 19.) Kirjallisuuskatsauksessa ilmi tulleet ryhmätoiminnan menetelmät soveltuisivat toimintaterapiassa toteutettaviksi, jolloin korostettaisiin yksilön ja ryhmän tavoitteita sekä toiminnan merkityksellisyyttä ja tarkoituksen mukaisuutta.

Vasta masentuneiden ryhmässä uskalsin olla avoimesti masentunut. Meillä ei ollut muuta yhteyttä, kun masennus, mutta se riitti. Olin yksi muista, mutta en yksin. Vieläkin joskus soittelemme ja kysyemme, miten kukakin on 'pysynyt kuivilla' vai onko tullut retkahduksia. Masennus yhdistää entisiä ryhmäläisiä vielä vuosien jälkeen. (Kaukkila & Lehtonen 2008, 19.)

10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kuulan (2011, 34) mukaan ”*eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja niin tutkimuksen teossa kuin sosiaalisesti tiedeyhteisöissä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan*”.

Opinnäytetyön luotettavuuteen saattaa vaikuttaa sen tekijöiden sen hetkiset tutkimustaidot: tämä on opinnäytetyön tekijöiden ensimmäinen opinnäytetyön tasoinen tutkimustyö. Tämän osalta luotettavuutta voitiin parantaa perehtymällä aikaisempiin opinnäytetöihin, opinnäytetyöhjeisiin, kattavasti tutkimusmateriaaliin sekä hakemalla ja saamalla tukea tarvittaessa opinnäytetyön opoijilta sekä sisällönohjaajalta ja ryhmänohjaajalta koko prosessin ajan. Lisäksi haasteita toi kokemattomuus tutkimusmenetelmän käytöstä sekä erityisesti hakulausekkeiden muodostaminen tiedonhankintavaiheessa.

Omat ennakko-oletukset sekä omien hypoteesien luominen tutkimuksia tarkastellessa saattoi vaikuttaa siihen, millaisia tuloksia odotettiin löytyvän. Tuloksista voidaan siis pyrkiä nostamaan esille odotusten mukaan joko positiivisia tai negatiivisia tuloksia. Tutkimuksia pyrittiin tarkastelemaan neutraaleina, sekä ilmaisemaan tulokset helposti toisiinsa verrattavina. Tutkimuksia luettaessa omia johtopäätöksiä alkoi tehdä herkästi esimerkiksi syy-seurausajattelun kautta.

Internet tarjoaa mittaamattomasti erilaista tietoa. Yhdellä aihealueen asianan haulla saa todennäköisesti paljon hakutuloksia, mutta suuri osa tuloksista voi osoittautua epärelevanteiksi. Tämän vuoksi oli tärkeää pystyä rajaamaan saatavilla oleva informaatio tarkoin jäsennetyksi ja rajatuksi tutkimusaineistoksi. Internet on avoin kaikille ja joidenkin organisaatioiden sivustot ovat kenen tahansa muokattavissa. (Kuula 2011, 170–172.) Internetistä löytyvää aineistoa tutkittaessa luotettavuutta parantavia tekijöitä ovat tekijän ja/tai julkaisijan tietojen saatavuus sekä selkeät tiedot tekijästä (Internet-aineiston arviointikriteerijä: Auktoriteetti 2016). Lisäksi validiteettia tukee se, että aineisto on tieteellistä ja riittävän syvälle aiheeseen menevää. Aineiston tulee myös näyttää aidolta sekä rehelliseltä ja lähdeluettelo on hyvä olla. Tarkat yksityiskohdat, puhdas paino- ja kielioppi sekä tiedon ajankohtaisuus ovat vaikuttavia seikkoja. (Internet-aineiston arviointikriteerijä: Validiteetti 2016.) Huomioitavia asioita ovat myös aineiston pysyvyys sekä verkkosivuilla tapahtuva säännöllinen päivittäminen (Internet-aineiston arviointikriteerijä: Käytettävyys 2016).

Tiedonhankintaa varten määritettiin tarkat kriteerit tutkimusten valintaan. Tällä pyrittiin löytämään mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin vastaavia hakutuloksia. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit osoittautuivat riittävän tarkasti rajatuiksi, sillä kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavia tutkimuksia löytyi tavoiteltuun sopiva määrä ilman turhaa karsimista. Koko tekstin saatavuuden rajamatta jättäminen osoittautui hyödylliseksi, sillä yksi tutkimus löydettiin Google Scholarista kokonaisuena versiona, mitä ei saatu auki Cinahlissa.

Tiedonhankinnan prosessi suoritettiin kahteen kertaan samanaikaisesti, jolloin hakutulosten toistettavuus varmistettiin. Samat hakuosumat saatua molemmat lukivat itsenäisesti ensin otsikot ja niiden soveltuvuutta arvioitiin tutkimuskysymyksiin peilaten. Yhdessä päätettiin otsikot, joista luettiin seuraavaksi samalla menetelmällä tiivistelmät. Tutkimukset päätyivät tarkempaan tarkasteluun vain

yksimielisellä päätöksellä tutkimuksen sopivuudesta tutkimuskysymyksiin.

Tällä tavoin toteutettu prosessi tukee tutkimuksen luotettavuutta verrattuna siihen, että tiedonhankintaa ja osumien arviointia olisi suorittanut vain yksi henkilö itsenäisesti (Willberg 2009, 7). Tietokannat, joista tutkimuksia etsittiin, olivat tunnettuja, alaan soveltuvia ja rajoitettuja.

Etenkin englanninkielistä aineistoa tutkittaessa on väärintulkinnan mahdollisuus, sillä opinnäytetyön tekijöistä kumpikaan ei ole kielitaidoltaan kehuttava, joten käännöstyössä voi syntyä asiavirheitä. Kuitenkin kielelliset haasteet koettiin vähäisemmiksi, koska omat tulkinnat tutkimuksista pystyttiin jakamaan ja varmistamaan, että tekstiä on ymmärretty samalla tavalla.

10.2 Jatkosuosituksiset

Kaiken kaikkiaan kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että ryhmätoiminnan avulla voidaan lievittää masennusoireita sekä vaikuttaa myönteisesti ikääntyneiden kokemuksiin itsestä. Opinnäytetyössä löydettyjen tulosten ja tulkintojen perusteella halutaan kannustaa ryhmämuotoisen hoidon laajempaan toteuttamiseen myös matalaa mielialaa kokevien ikääntyneiden parissa.

Usein tutkimuksissa masennusoireiden seuraaminen on vain osa muiden tarkastelussa olevien oireiden joukossa. Ryhmätoiminnan käytöstä ikääntyneiden masennusoireiden tai masennuksen hoidossa ei tällä hetkellä löydy runsaasti tutkittua tietoa. Jatkotutkimuksena voisi tutkia samanlaisten ryhmätoiminnan menetelmien käytettävyyttä varsinaisen masennusdiagnoosin saaneiden ikääntyneiden ryhmässä. Erityisesti toimintaterapian näkökulmasta kiinnostavaa olisi saada tutkimustietoa toiminnallisesta ryhmästä kokemuksiin liittyviin toimintoihin pohjautuen. Lisäksi jatkossa voisi tutkia myös kokemuseräisemmin masentuneille suunnattuun ryhmätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden näkemyksiä.

Lähteet

- Brand, S., Holmi, M. & Kuikka, A. 2013. Avain osallisuuteen. Menetelmiä ikääntyneiden ryhmätoimintoihin – osa I. Kehittyvät vanhustalpalvelut julkaisuja 1/2013. Helsinki.
- Conradsson, M., Littbrand, H., Lindelöf, N., Gustafson, Y. & Rosendahl, E. 2010. Effects of a high-intensity functional exercise programme on depressive symptoms and psychological well-being among older people living in residential care facilities: A cluster-randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*. 14, 5, 565–576.
- Depressio. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.2.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>
- Dunbar, S., Langberg, J., Reilly, C., Viswanathan, B., McCarty, F., Culler, S., O’Brien, M. & Weintraub, W. 2009. Effect of a Psychoeducational Intervention on Depression, Anxiety, and Health Resource Use in Implantable Cardioverter Defibrillator Patients. The Authors. *Journal compilation*. 32, 1259–1269.
- Finlay, L. 1994. *Groupwork in Occupational Therapy*. Lontoo: Chapman & Hall.
- Forman, A. & Lincoln, N. 2010. Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Institute of Work Clinical Rehabilitation*. 24, 211–221.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräköske, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Hansson, M. E. A. 2012. Masennus – aivojen hormonit hallitsevat tunteitamme. Viitattu 10.3.2017. <http://www.nettiterveys.fi/print/102634>
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä & Rusi-Pyykkönen, M. 2013. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. 3. uud. p. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, E. 2002. *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk00903. Viitattu 28.2.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903
- Huttunen, M. 2015. Masennus. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelin tunnus: dlk0038. Viitattu 5.10.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389
- Huuhka, K. & Leinonen, E. 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Duodecim. Viitattu 16.9.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/artikisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99375

Hwan-hee, K. 2015. Effects of experience-based group therapy on cognitive and physical functions and psychological symptoms of elderly people with mild dementia. *Journal of Physical Therapy Science*. Jul; 27(7), 2069–2071.

Ikääntymisen määrittely. 2014. Vernerit – Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 10.10.2016. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Internet-aineiston arviointikriteerit: Auktoriteetti. 2016. University of Tampere. Viitattu 1.3.2017. <http://libguides.uta.fi/internetaineistonarviointikriteerit/auktoiteetti>

Internet-aineiston arviointikriteerit: Käytettävyys. 2016. University of Tampere. Viitattu 1.3.2017. <http://libguides.uta.fi/internetaineistonarviointikriteerit/kaytettavyys>

Internet-aineiston arviointikriteerit: Validiteetti. 2016. University of Tampere. Viitattu 1.3.2017. <http://libguides.uta.fi/internetaineistonarviointikriteerit/validiteetti>

Jaatinen, K. M. & Raudasoja, J. 2009. *Kansamme taudit*. Helsinki: WSOYpro.

Jing-Jy, W., Yun-Hsuan, L. & Ling-Yu, H. 2011. Effects of gerotranscendence support group on gerotranscendence perspective, depression, and life satisfaction of institutionalized elders. *Aging & Mental Health*. 15, 5, 580–586.

Järvelä, P. & Rosenqvist, O. 2007. *Ikääntyvien kulttuuritoiminta maaseutukuntien voimavarana*. Jyväskylän yliopisto. Kokkola: Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Viitattu 9.3.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18038/978-951-39-2946-6.pdf?sequence=1>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013/4, 291–301.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2008. *Ryhmästä enemmän*. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle.

Kielhofner, G. 2008. *Model Of Human Occupation: Theory and Application*. Fourth edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kirjallisuuskatsaukset. N.d. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. JAMK:n blogialusta. Viitattu 7.11.2016. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>

Kivelä, S-L. 2009. *Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä*. Helsinki: Kirjapaja.

Korkiakangas, P. 2002. *Muistelusta voimavaroja vanhuuteen*. Teoksessa: *Voimavaroja vanhuuteen*. Helsinki: Tammi.

Korte, J., Drossaert, C., Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. 2014. Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging & Mental Health*. 18, 3, 376–384.

Kuula, A. 2011. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S., Forsyth, K., Melton, J. & Taylor, R. R. 2012. Impact of using the

Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 19, 450–456.

Lundberg, P. 2015. Luulosairaus saa kehon ja mielen oireilemaan. *Potilaan Lääkärilehti*. Lääkäriliitto. Viitattu 9.3.2017. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/luulosairaus-saa-kehon-ja-mielen-oireilemaan/>

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Marin, M. 2002. Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa: Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen. 2016. Masennus – Oikealla hoidolla toiminta kykyinen arki. Viitattu 6.10.2016. [http://masennusinfo.fi/masennus/Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen](http://masennusinfo.fi/masennus/Masennus_vaikuttaa_aivojen_toimintaan_ja_rakenteeseen)

Mastel-Smith, B. A., McFarlane, J., Sierpina, M., Malecha, A. & Haile, B. 2007. Improving Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults – A Psychosocial Intervention Using Life Review and Writing. *Journal of Gerontological Nursing*. May, 13-18.

Mieliala. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/mieliala>

Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä. 2016. Masennus – Oikealla hoidolla toimintakykyinen arki. Viitattu 6.10.2016. [http://masennusinfo.fi/masennus/Mielenterveys on tarkea osa terveytta](http://masennusinfo.fi/masennus/Mielenterveys_on_tarkea_osa_terveytta)

MiLim, C., DeokJu, K., JaeYeop, C., JuHyung, P., HeeCheon, Y. & YeongAe, Y. 2015. Effects of a cognitive-enhancement group training program on daily living activities, cognition, and depression in the demented elderly. *The Society of Physical Therapy Science*. 27, 3, 681–684.

Nykänen, K. 2006. Holistinen ihmiskäsitys. VirtuaaliAMK. Viitattu 16.2.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0407016/1138352400309/1157026947138/1157030182944/1157031497033.html>

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa I. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä.

Ruoppila, I. 2002. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa: Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2011. MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto.

Sairastuminen on useiden tekijöiden summa. 2015. Masennus – Oikealla hoidolla toimintakykyinen arki. Viitattu 6.10. [http://masennusinfo.fi/masennus/Sairastuminen on useiden tekijoiden summa](http://masennusinfo.fi/masennus/Sairastuminen_on_useiden_tekijoiden_summa)

- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 16.11.2016. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Selin, H. 2014. Mitä suru on? Potilaan Lääkärilehti. Viitattu 14.2.2017. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/mita-suru-on/>
- Silius, K. 2008. Teemoittelu ja tyypittely. Hypermedialaboratorio. Tampereen Teknillinen Yliopisto. Viitattu 25.1.2017. http://matriisi.ee.tut.fi/hmope-tus/hmjatko-opintosemma/2008/Silius_teemoittelu-tyypittely_141108.pdf.
- Shu-Yuan, C., Hsing-Yuan, L., Chiu-Yen, W., Suh-Fen, J., Tsung-Lan, C., Tzu-Shin, H. & Jo Clark, M. 2006. The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research*. 14, 1, 36–42.
- Suomen Mielenterveysseura. N.d. Masennus on yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma. Viitattu 14.9.2016. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-h%C3%A4iri%C3%B6t/masennus/masennus-yleisin-ik%C3%A4ihmisten-mielenterveysongelma>
- Terveysalan tietokannat. 2016. Lahden korkeakoulukirjasto. Viitattu 12.1.2017. <http://libguides.lamk.fi/terveysalantietokannat>
- Ikääntymisen vaikutukset elimistöön. 2013. Terveysverkko. Suomen Terveysliikuntainstituutti Oy. Viitattu 14.2.2017. <http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/ikaantymisen-vaikutukset-elimistoon>
- Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos/Erityispedagogiikan yksikkö. Viitattu 12.1.2017. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>
- Yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri. 2017. Väestöliitto. Viitattu 7.3.2017. <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen-parisuhde/yhteisollinen-ja-yksilollinen-ku/>
- Ziv, N. & Roitman, D. 2008. Addressing the needs of elderly clients whose lives have been compounded by traumatic histories. *Occupational Therapy in Health Care*. 22(2-3), 85–92.