TURUN YLIOPISTO

Kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivuus masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa pakolaisilla

Kandidaatintutkielma

Eedit Kauppila & Johanna Seppälä

Ohjaaja: Saana Myllyntausta

Psykologian ja logopedian laitos

Psykologia, Turun yliopisto

23.5.2026

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

KAUPPILA, EEDIT; SEPPÄLÄ, JOHANNA:

Kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivuus masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa pakolaisilla

Kandidaatintutkielma, 56 s., 1 liites.

Psykologia

Toukokuu 2025

Mielenterveyden oireet ovat yleisiä pakolaistaustaisilla ihmisillä, mutta eri etnisten ryhmien psykologiseen hoitoon liittyy erityispiirteitä. Osittain näiden piirteiden pohjalta on kehitetty kulttuurisen muovaamisen malleja, joita voi soveltaa myös olemassa oleviin interventioihin. Muovaaminen on aiemmissa tutkimuksissa lisännyt intervention tehokkuutta ja hyväksyttävyyttä, mutta systemaattista katsausta kulttuurisesti muovatuista ja kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä soveltavista interventioista nimenomaan pakolaisten masennus-, ahdistuneisuus- ja traumaoireilun hoidossa ei ole vielä toteutettu.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kulttuurisesti muovattujen psykologisten interventioiden toimivuutta pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa sekä niiden vaikutusta itsearvioituun elämänlaatuun. Lisäksi tarkastelimme laadullista aineistoa koehenkilöiden kokemuksista. Hypoteesimme olivat, että kulttuurisesti muovatut interventiot ovat toimivia pakolaisten psyykkisen oireilun hoidossa, ja että interventiot vaikuttavat elämänlaatuun suotuisasti.

Tutkimus suoritettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, johon sisällytettiin 14 artikkelia neljästä eri tietokannasta (APA PsycINFO, PubMed, Web of Science ja Scopus). Katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa tutkittiin kahdeksaa eri kulttuurisesti muovattua interventiota, jotka muistuttivat perusominaisuuksiltaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa.

Katsauksen tulokset osoittivat, että kulttuurisesti muovatut interventiot ovat toimivia pakolaisten psyykkisten oireiden hoidossa. Interventioiden vaikutukset masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin olivat erittäin johdonmukaisia, kun taas traumaoireissa oli enemmän tutkimusten välistä vaihtelua. Elämänlaatuun liittyvät tulokset olivat ristiriitaisia. Tutkimusten laadullisessa tarkastelussa ilmeni, että koehenkilöt pitivät tärkeinä muun muassa interventioiden ryhmämuotoisuutta, erilaisia harjoituksia sekä psykoedukaatiota. Katsauksen tulokset perustuvat rajalliseen määrään tutkimuksia, joista viidessä ei käytetty kontrolliryhmää. Jatkotutkimusta tarvitaan, jotta kulttuurisesti muovattuja hoitomalleja voisi hyödyntää laajemmin.

Avainsanat: pakolaiset, mielenterveys, kulttuuri, kulttuurisesti muovatut interventiot

Sisällysluettelo

1. Johdanto 4
1.1. Pakolaisten mielenterveys 4
1.2. Kulttuurisesti muovatut interventiot 6
1.3. Kulttuurisesti muovattu kognitiivinen käyttäytymisterapia 8
2. Menetelmät 12
3. Tulokset 15
3.1. Tutkimuksen aineisto 15
3.2. Interventiot 15
3.3. Mittarit 20
3.3.1. Mielenterveyden oireiden mittarit 20
3.3.2. Transdiagnostiset mittarit 22
3.3.3. Elämänlaadun mittarit 24
3.3.4. Osallistujien kokemusten mittaaminen laadullisesti 25
3.4. Interventioiden toimivuus psyykkisten oireiden hoidossa ja vaikutus elämänlaatuun 25
3.4.1. Masennus 26
3.4.2. Ahdistuneisuus 27
3.4.3. Traumaoireet 27
3.4.4. Psykologinen pahoinvointi 28
3.4.5. Interventioiden vaikutus elämänlaatuun 29
3.5. Tutkimuksiin osallistuneiden kokemuksien laadullinen tarkastelu 30
4. Pohdinta 37
4.1. Keskeiset tulokset 37
4.2. Vahvuudet ja rajoitukset 41
4.3. Jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset 43
4.4. Lopuksi 46
Lähdeluettelo 47
Liitteet 57
Liite 1. Hakulausekkeet 57

1. Johdanto

Pakolaistaustaisilla ihmisillä on normiväestöä korkeampi riski kokea mielenterveyden oireilua (Blackmore ym., 2020). Etnisten vähemmistöjen ja erityisesti pakolaisten psykologiseen hoitoon liittyy kuitenkin useita kulttuurisia ja rakenteellisia erityispiirteitä, joiden takia pakolaisväestön apuun hakeutuminen on vähäistä psyykkisten oireiden korkeasta esiintyvyydestä huolimatta (Byrow ym., 2020; Kılıç ym., 2024). Yksi hoidon haasteista on se, että valtaosa psykologisista interventioista on kehitetty länsimaissa, mikä on vaikuttanut niiden taustalla oleviin oletuksiin yksilöstä ja mielenterveydestä (Hinton ym., 2012). Oletukset heijastavat länsimaista arvopohjaa, joka ei välttämättä vastaa muiden kulttuurien normeja. Tähän ongelmaan vastaamiseksi on kehitetty interventioiden kulttuurisen muovaamisen malleja, joita voi soveltaa myös olemassa oleviin interventioihin, kuten laajalti tutkittuun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Naeem ym., 2023).

Hoitomenetelmien saavutettavuuden ja hyväksyttävyyden kannalta on tärkeää tutkia hoitomuotoja, joiden avulla voidaan vähentää inhimillistä kärsimystä ja edistää pakolaisväestön kotoutumista. Vaikka kulttuurinen muovaaminen on kiinnostanut tutkijoita pitkään, tutkimustieto on vielä jossain määrin hajanaista, eikä systemaattista kulttuurista muovaamista juurikaan tehdä kliinisessä kontekstissa. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on selvittää, miten kulttuurisesti muovatut kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot toimivat pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa.

1.1. Pakolaisten mielenterveys

Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö UNHCR:n (2025) mukaan maailmassa oli vuoden 2025 puoliväliin mennessä 117.3 miljoonaa pakolaista. Pakolaisen määritelmä ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, minkä takia myös arviot pakolaisten määrästä vaihtelevat. UNHCR (n.d.) määrittelee pakolaisten olevan ”sotaa, konfliktia, väkivaltaa, vainoa tai ihmisoikeusrikkomuksia pakenevia ihmisiä, joita kansainvälinen lainsäädäntö määrittelee ja suojaa”. Sen sijaan turvapaikanhakijat ovat henkilöitä, joiden pakolaisasemaa koskevaa hakemusta ei ole vielä käsitelty. Tässä tutkielmassa käytämme pakolaiskäsitettä kattoterminä, joka kattaa kaikki ihmiset, jotka ovat joutuneet pakenemaan kotimaastaan esimerkiksi sodan, ihmisoikeusrikkomusten tai vainon takia. UNHCR:n (2025) mukaan vuonna 2025 65 %

pakolaisista oli kotoisin Kongon demokraattisesta tasavallasta, Sudanista, Ukrainasta, Etelä-Sudanista ja Myanmarista.

Pakolaiset altistuvat monesti elämänsä aikana psykologisesti kuormittaville ja henkeä uhkaaville tapahtumille. Lähtömaassaan ja pakomatkallaan pakolaiset voivat todistaa läheistensä kuolemaa, kokea fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa sekä kärsiä perustarpeiden puutteesta (Guarch-Rubio ym., 2020; Melese ym., 2024). Kohdemaassa kuormittavia tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalisen aseman muutokset (Nguyen ym., 2024) sekä työttömyys ja taloudellinen epävarmuus (Goodkind ym., 2021). Akkulturaatioon, eli uuden ja vanhan kulttuurin kohtaamiseen, liittyy myös muita stressitekijöitä (Kartal & Kiropoulos, 2016; Walther ym., 2020), joita ovat esimerkiksi koti-ikävä, kielen oppimisen haasteet ja syrjintä (Kartal & Kiropoulos, 2016).

Tutkimusten mukaan pakolaiset kokevat normiväestöön verrattuna enemmän mielenterveyden oireilua (Blackmore ym., 2020), ja edellä mainitut kuormitustekijät ovat yhteydessä huonompaan mielenterveyteen (Goodkind ym., 202; Kartal & Kiropoulos, 2016; Nguyen ym., 2024; Walther ym., 2020). Arviot mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyksistä vaihtelevat, mutta esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan noin 15–25 prosentilla turvapaikanhakijoista ja pakolaisista on diagnosoitava mielenterveyden häiriö, joista yleisimpiä ovat traumaperäinen stressihäiriö (engl. *posttraumatic stress disorder*, PTSD), ahdistuneisuushäiriöt ja masennus (Castaneda ym., 2018). Kurditaustaisten maahanmuuttajien terveyttä kartoittaneessa tutkimuksessa 36 prosentilla esiintyi vakavia masennus- ja ahdistuneisuusoireita, vaikka tutkimuspaikkakuntien normiväestössä näitä oireita oli alle 10 prosentilla (Castaneda ym., 2012). Pakolaiset raportoivat myös alhaisempaa elämänlaatua verrattuna kohdemaan normiväestöön (Gagliardi ym., 2021). Erityisesti psykologinen ja sosiaalinen elämänlaatu on tutkimuksissa raportoitu alhaisemmiksi. Etenkin pakolaiset, joilla ilmenee mielenterveyden oireilua, arvioivat elämänlaatunsa erityisen huonoksi.

Mielenterveyden häiriöiden korkeasta esiintyvyydestä huolimatta avun hakeminen mielenterveyden ongelmiin on pakolaisten keskuudessa vähäistä (Byrow ym., 2020; Kılıç ym., 2024). Laadullisen tutkimuksen mukaan apuun hakeutumista estävät kulttuuriset tekijät, kuten kielteiset käsitykset mielenterveyden häiriöistä ja stigma, rakenteelliset esteet, kuten huono taloudellinen tilanne, kielimuuri, asumistilanne ja tiedon puute, sekä pakolaisuuteen liittyvät haasteet, kuten oleskeluluvan puute (Byrow ym., 2020).

Mielenterveys merkitsee eri kulttuureissa eri asioita, eikä mielenterveys ole kaikkialla aktiivisesti käytössä oleva käsite (Palmer & Ward, 2007). Kulttuuri myös vaikuttaa voimakkaasti siihen, millaisia merkityksiä psyykkiselle oireilulle annetaan, miten oireet ilmenevät ja miten niitä koetaan ja käsitellään (Hinton ym., 2018). Esimerkiksi Kambodžassa paniikkikohtauksiin liitetään usein niskakipu ja pelko kaulasuonten repeämisestä (Hinton ym., 2005). Monissa kulttuureissa masennusta ja ahdistuneisuutta kuvataan ”liiallisena ajatteluna”, ja esimerkiksi buddhalaisten keskuudessa liiallinen ajattelu mielletään usein yrityksenä vaikuttaa karmaan (Kaiser ym., 2015). Pakolaisilla psyykkiset oireet myös ilmenevät länsimaista normiväestöä enemmän somaattisina oireina, kuten väsymyksenä, huimauksena tai kipuina (Rohlof ym., 2014), mikä toisaalta saattaa haastaa terveydenhuoltoa mielenterveyden oireilun tunnistamisessa.

Myös hoitomenetelmiin liittyy erityispiirteitä pakolaisten psyykkisten oireiden hoidossa. Noin 90 prosenttia psykologisesta tutkimuksesta on toteutettu länsimaissa, ja myös suurin osa tutkimusnäyttöön perustuvista psykologisista interventioista on kehitetty ja testattu pääasiassa länsimaisessa kontekstissa (Rad ym., 2018). Länsimaissa kehitetyt interventiot eivät välttämättä sovellu ihmisryhmille, joiden kulttuuriset arvot, normit ja sairauskäsitykset eroavat länsimaisista (Heim ym., 2021). Ne myös perustuvat usein oletuksiin, jotka eivät välttämättä päde pakolaisiin (Bahu, 2019). Esimerkiksi suurin osa trauman hoitoon kehitetyistä interventioista perustuu oletukseen, että potilaan traumaattinen tapahtuma on päättynyt, hänellä on vakaa perusta sen läpikäymiseen eikä hän ole enää akuutissa hengenvaarassa. Pakolaisten kohdalla oletus voi osoittautua ongelmalliseksi, sillä usein heidän elämäntilanteeseensa liittyy jatkuvia kuormitustekijöitä ja he saattavat edelleen olla vaarassa tulla lähetetyiksi takaisin lähtömaahansa. Tällaiset kulttuurieroihin ja pakolaisuuteen kytkeytyvät haasteet hoitomenetelmissä saattavat entisestään vaikeuttaa pakolaistaustaisten ihmisten hakeutumista terveydenhuollon piiriin.

1.2. Kulttuurisesti muovatut interventiot

Unesco määrittelee kulttuurin tarkoittavan uskomuksia, arvoja, käytänteitä ja tapoja, jotka luonnehtivat tiettyä ryhmää tai yhteiskuntaa. Kulttuuri käsittää kielen, taiteen, uskonnon sekä sosiaaliset normit, ja vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen ja maailmankatsomukseen. Kulttuurisesti muovatut interventiot huomioivat kielelliset, kulttuuriset ja kontekstuaaliset tekijät siten, että ne vastaavat asiakkaan kulttuurisia tapoja, merkityksiä ja arvoja (Bernal ym.,

2009). Toisin sanoen kulttuurisella muovaamisella tarkoitetaan intervention piirteiden muuntelemista sen mukaan, millaisesta kulttuurisesta ympäristöstä intervention kohteena oleva yksilö tai ryhmä on lähtöisin. Kulttuurisen muovaamisen voi toteuttaa top-down-prosessina, jossa muovataan olemassa olevaa psykologista interventiota, tai bottom-up-prosessina, jossa interventio kehitetään jonkin tietyn ryhmän tarpeita varten (Heim ym., 2021).

Kulttuurin vaikutuksesta psykologisiin hoitomuotoihin on keskusteltu jo vuosikymmenten ajan, ja tutkimus aiheesta on lisääntynyt. Lopez työryhmineen esitti ensimmäisen kuvauksen psykoterapioiden kulttuurisesta muovaamisesta vuonna 1989 (Naeem ym., 2019). Nykyään kulttuurisesti muovatut interventiot muodostavat moninaisen kokonaisuuden, sillä kulttuurisen muovaamisen viitekehyksiä on laadittu yli kaksikymmentä (Naeem ym., 2023). Kehitystä on vauhdittanut nopea globalisaatio sekä kulttuurisen tietoisuuden lisääntyminen, ja 2000-luvulta alkaen myös institutionaalinen vaade kulttuuristen tekijöiden huomioimiseen psykologiassa on kasvanut (Naeem ym., 2023). Lisäksi tutkimustieto tukee kulttuurisen muovaamisen hyötyjä; Chowdharyn ja kumppaneiden (2014) katsauksessa ja meta-analyysissä kulttuurisesti muovattujen interventioiden havaittiin vähentävän masennusoireilua tavanomaisia hoitomuotoja enemmän. Myös Grinerin ja Smithin (2006) meta-analyysissä havaittiin kulttuurisesti muovattujen interventioiden olevan toimivia eri kulttuuriryhmien psyykkisen oireilun hoidossa. Lisäksi kulttuurinen muovaaminen ei vain tehosta hoitoa, vaan sen puuttuminen saattaa johtaa hoidosta irtaantumiseen sekä hoidollisesti epäsuotuisiin lopputuloksiin etnisten vähemmistöjen hoidossa (Rathod ym., 2005).

Kulttuurisen muovaamisen tutkimukseen ja soveltamiseen on laajasti vaikuttanut Bernalin ja kumppaneiden (1995) esittelemät kahdeksan ulottuvuutta, jotka tulisi huomioida kulttuurisesti sensitiivisissä hoitomuodoissa sekä kliinisessä tutkimuksessa. Näiden ulottuvuuksien toteutuksen tulisi pohjautua kunkin asiakasryhmän kulttuurin piirteisiin. Ne tarjoavatkin yleiskuvan siitä, mitä kulttuurisella muovaamisella tarkoitetaan. Kyseiset ulottuvuudet ovat kieli, ihmiset, metaforat, sisältö, konsepti, tavoitteet, menetelmät ja konteksti. Intervention aikana käytetyn kielen tulisi olla asiakkaan toiveiden mukainen ja sen käytön tulisi olla kulttuurisesti sopivaa. Asiakkaan ja terapeutin väliset etniset samankaltaisuudet ja eroavaisuudet tulisi huomioida. Lisäksi intervention tulisi hyödyntää kulttuurissa käytettyjä symboleja ja metaforia. Intervention sisällön ja konseptin tulisi perustua tietämykseen kulttuurin piirteistä, ja intervention tavoitteen tulisi olla linjassa kulttuuriin kuuluvien selviytymistä edistävien arvojen kanssa. Intervention menetelmiä tulisi kehittää ja muovata

kulttuurin mukaan sekä interventiossa tulisi ottaa myös laajemmin huomioon asiakkaan konteksti, kuten elämäntilanteeseen liittyvät tekijät. Kulttuurinen muovaaminen ei siis yllä vain intervention pinnallisiin ominaisuuksiin, vaan se huomioi laajalti intervention eri osa-alueet, menetelmät ja hoidon vaiheet. Bernalin ja kumppaneiden (1995) mukaan näitä ulottuvuuksia voidaan hyödyntää erityisesti olemassa olevien psykologisten hoitomuotojen muovaamiseen.

1.3. Kulttuurisesti muovattu kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kulttuurista muovaamista on sovellettu muun muassa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Kognitiivisella käyttäytymisterapialla tarkoitetaan psykologista hoitomenetelmää, jonka tavoitteena on vähentää psykologista pahoinvointia muuttamalla toimimattomia käyttäytymismalleja sekä lisäämällä adaptiivista käyttäytymistä (American Psychological Association [APA], n.d.; Wenzel, 2017). Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusperiaatteiden mukaan psykologiset ongelmat pohjautuvat tyypillisesti vinoutuneeseen tai virheelliseen ajatteluun sekä haitallisiin opittuihin käyttäytymismalleihin. Hoito keskittyy näiden haitallisten mallien muovaamiseen, ja tilanteille annettuja tulkintoja työstetään tiiviissä yhteistyössä terapeutin kanssa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeisiksi elementeiksi luetaan usein kognitiivinen uudelleenmuotoilu, käyttäytymisen aktivointi, altistus sekä ongelmanratkaisu (Wenzel, 2017). Esimerkiksi PTSD:n hoidossa käytetään hallittuja altistusmenetelmiä haitallisten ajatusmallien muokkaamiseen (APA, 2017). Kognitiivinen käyttäytymisterapia on yksi tutkituimmista psykoterapian muodoista, ja sen on havaittu olevan tehokas useiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Hofmann ym., 2008).

Kuten muukin psykologinen tutkimus, myös kognitiivisen käyttäytymisterapian tutkimus on toteutettu lähinnä länsimaissa, eikä se välttämättä sellaisenaan sovellu henkilöille, jotka eivät tule länsimaisista kulttuuritaustoista (Naeem ym., 2019). Kulttuurisesti muovattu kognitiivinen käyttäytymisterapia (engl. *Culturally adapted cognitive behavioral therapy*, CA-CBT) on erityisesti PTSD:n hoitamiseen kehitetty interventio (Hinton ym., 2012, 2018). Se pyrkii huomioimaan asiakkaan kulttuuritaustan kokonaisvaltaisesti. Vaikka CA-CBT:tä voidaan hyödyntää yleisesti etnisten vähemmistöjen mielenterveyden oireilun hoidossa, sen kehittämisessä on otettu huomioon pakolaisten hoitoon liittyviä erityispiirteitä (ks. 1.1.). Näin ollen CA-CBT:tä voidaan pitää erityisen hyvin soveltuvana nimenomaan pakolaisten hoitoon.

CA-CBT:n kehitys alkoi vuosituhannen alussa, ja sen toimivuutta on tutkittu useilla eri kulttuuriryhmillä (Hinton ym., 2018). Intervention tavoitteena on lisätä emotionaalista ja kognitiivista joustavuutta sekä hoitaa ahdistuneisuutta, katastrofiajattelua, somaattisia oireita ja uniongelmia. Interventiossa hyödynnetään menetelmiä, jotka huomioivat asiakkaan kulttuuriin, uskontoon ja parantamiseen liittyvät perinteet. Lisäksi intervention toteutuksessa huomioidaan kulttuuriin kuuluvat rituaalit sekä kulttuurille tyypilliset oireet, kuten esimerkiksi kambodžalaisille tyypillinen pelko kaulasuonten repeämisestä. CA-CBT tarjoaa laajan viitekehyksen sille, miten kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeisiä elementtejä voidaan optimaalisesti hyödyntää etnisten vähemmistöjen ja pakolaisten hoidossa, ja millaisia ulottuvuuksia kulttuurisella muovaamisella voi olla.

CA-CBT:n trauman hoitamiseen tähtäävät menetelmät poikkeavat jokseenkin tyypillisistä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa käytetyistä altistusmenetelmistä, sillä erityisen voimakasta ahdinkoa kokevat pakolaiset eivät välttämättä siedä tavanomaista altistushoitoa (Lester ym., 2010). Etenkin voimakkaasti traumatisoituneilla henkilöillä tunnesäätelyn kehittämisen on havaittu olevan tärkeää ennen altistushoidon tarjoamista, sillä tunnesäätelyn avulla on mahdollista kontrolloida virittyneisyyttä (Markowitz, 2010). Puutteellisen tunnesäätelyn on havaittu olevan merkittävä osa PTSD:tä ja ahdistuneisuushäiriöitä (Fairholme ym., 2010), minkä takia tunnesäätelytaitojen kehittäminen tulisi huomioida näiden häiriöiden hoidossa. Tunteille altistaminen ja tunnesäätelyn kehittäminen ovatkin olennainen osa CA-CBT:tä. CA-CBT:ssä sekä tunnesäätelyn että trauman hoitamisen tärkeitä hoidollisia menetelmiä ovat mindfulness-, meditaatio- ja venyttelyharjoitukset, joihin yhdistyy myös mielikuvaharjoittelua. Esimerkiksi venyttelyyn yhdistetään harjoitteita, joiden avulla pyritään lisäämään psyykkistä joustavuutta. Lisäksi CA-CBT:hen sisältyy vihanhallintaa kehittäviä harjoitteita, sillä ne saattavat lieventää PTSD:n oireita, joita vihan on havaittu vahvistavan (McHugh ym., 2012).

Kulttuurisesti muovattu kognitiivinen käyttäytymisterapia tarjoaa katsaukseemme viitekehyksen, jonka avulla tarkastelemme pakolaisten yleisten mielenterveyden ongelmien hoitoa. CA-CBT yhdistää sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että kulttuurisen muovaamisen hyödyt, ja sen kehittämisessä on otettu huomioon erityisesti pakolaisten mielenterveyden hoidon erityispiirteet. Emme kuitenkaan rajaa tutkielmaamme ainoastaan CA-CBT:n tarkasteluun, vaan tarkastelemme systemaattisesti kulttuurisesti muovattuja ja kognitiivisen käyttäytymisterapian perusominaisuuksia soveltavia

interventioita, jotta saisimme mahdollisimman kattavan käsityksen juuri näiden kahden elementin samanaikaisesta toimivuudesta.

1.4. Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Epävakaan maailmantilanteen takia yhä useampi terveydenhuoltojärjestelmä on sen äärellä, miten pakolaistaustaisille ihmisille kohdistetut mielenterveyspalvelut tulisi järjestää ja millainen hoito heitä eniten hyödyttäisi. Kulttuurisesti muovatut interventiot ovat varteenotettava vaihtoehto pakolaistaustaisten ihmisten psyykkisen oireilun hoitoon, sillä tutkimuksissa on saatu lupaavia tuloksia niiden toimivuudesta ja hyväksyttävyydestä (ks. esim. Eskici ym., 2023; Shaw ym., 2019). Sekä kulttuurisesti muovatuista että kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvista interventioista pakolaisten mielenterveyden hoidossa on tehty aiempia kirjallisuuskatsauksia (ks. esim. Daniel ym., 2024, McDermott ym., 2024). Sekä Danielin ja kumppaneiden (2024) että McDermottin ja kumppaneiden (2024) katsauksissa havaittiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvien kulttuurisesti muovattujen interventioiden olevan tehokkaita pakolaisten mielenterveyden ongelmien hoidossa. Tällaisia interventioita oli kuitenkin vain osa katsausten interventioista.

Tietämyksemme mukaan ei ole vielä toteutettu systemaattista katsausta, joka tarkastelisi nimenomaan kulttuurisen muovaamisen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian perusominaisuuksia yhdistäviä interventioita pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa. Koska tutkimusnäyttö tukee sekä kulttuurisen muovaamisen että kognitiivisen käyttäytymisterapian hyötyjä, on tärkeää koota yhteen tietoa interventioista, jotka hyödyntävät molempia menetelmiä. Vaikka aiempien tutkimusten tulokset ovat lupaavia, on kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivuutta sekä niiden mahdollista kliinistä potentiaalia syytä tarkastella tarkemmin ja systemaattisemmin. Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on selvittää kulttuurisesti muovattujen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvien interventioiden toimivuutta. Lisäksi tarkastelemme laadullisesti, mitkä elementit osallistujat kokevat interventioissa hyödyllisimmiksi. Tutkimuskysymyksemme ovat seuraavat:

1. Toimivatko kulttuurisesti muovatut interventiot masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa pakolaisilla?

2. Miten interventiot vaikuttavat osallistujien itsearvioituun elämänlaatuun?

3. Mitkä elementit osallistujat kokivat interventioissa hyödyllisiksi?

Hypoteesimme on, että kulttuurisesti muovatut interventiot ovat toimivia pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa. Toinen hypoteesimme on, että interventiot vaikuttavat itsearvioituun elämänlaatuun suotuisasti.

2. Menetelmät

Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Haut tehtiin 17.2.2026 APA PsycINFO- (EBSCO), PubMed-, Web of Science ja Scopus -tietokannoissa. Tietokannoiksi valikoitui sekä käyttäytymistieteellisiä että monitieteisiä tietokantoja, jotta haku olisi mahdollisimman laaja. Hakulausekkeen kaksi versiota valikoituivat tietokantoihin optimaalisen toimivuuden mukaan niin, että ne tuottivat temaattisesti oleellisia ja määrältään mielekkäitä hakutuloksia. Hakulausekkeet on esitetty Liitteessä 1.

Aineiston sisäänottokriteerit olivat: 1) tutkimuksessa on tutkittu kulttuurisesti muovattua psykologista interventiota, 2) interventio muistuttaa perusominaisuuksiltaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa, 3) tutkimuksessa tutkitaan intervention toimivuutta masennuksen, ahdistuneisuuden ja/tai trauman hoidossa, 4) interventio kohdistuu pakolaisiin, 5) interventio on toteutettu kasvokkain ja 6) tulosmuuttujia on mitattu ennen interventiota ja sen jälkeen. Aineiston poissulkukriteerit olivat: 1) interventio ei ole kulttuurisesti muovattu, 2) interventio ei perusominaisuuksiltaan muistuta kognitiivista käyttäytymisterapiaa, 3) tutkimuksessa ei tutkita intervention toimivuutta masennuksen, ahdistuneisuuden ja/tai trauman hoidossa, 4) interventio kohdistuu johonkin muuhun ryhmään kuin pakolaisiin, 5) interventio on internetpohjainen, 6) artikkeli ei kuvaa määrällistä tutkimusta, 7) tutkimusta ei ole julkaistu vertaisarvioidussa julkaisussa ja 8) artikkelia ei ole saatavilla englanniksi.

Valikoimme tutkimukset niin, että niissä käytetyt interventiot olivat kulttuurisesti muovattuja ja muistuttivat perusominaisuuksiltaan mahdollisimman paljon kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Tällaisten interventioiden keskeiset elementit pyrkivät muuttamaan vahingollisia ajatusvinoumia ja käyttäytymismalleja sekä lisäämään adaptiivista käyttäytymistä. CA-CBT:n tarjoaman viitekehyksen mukaan tällaisia elementtejä ovat kognitiivisten harjoitusten lisäksi myös keholliset harjoitukset, kuten hengitys- ja joogaharjoitukset. Internetpohjaiset interventiot suljettiin katsauksesta pois, sillä ne olisivat poikenneet muista interventioista liikaa.

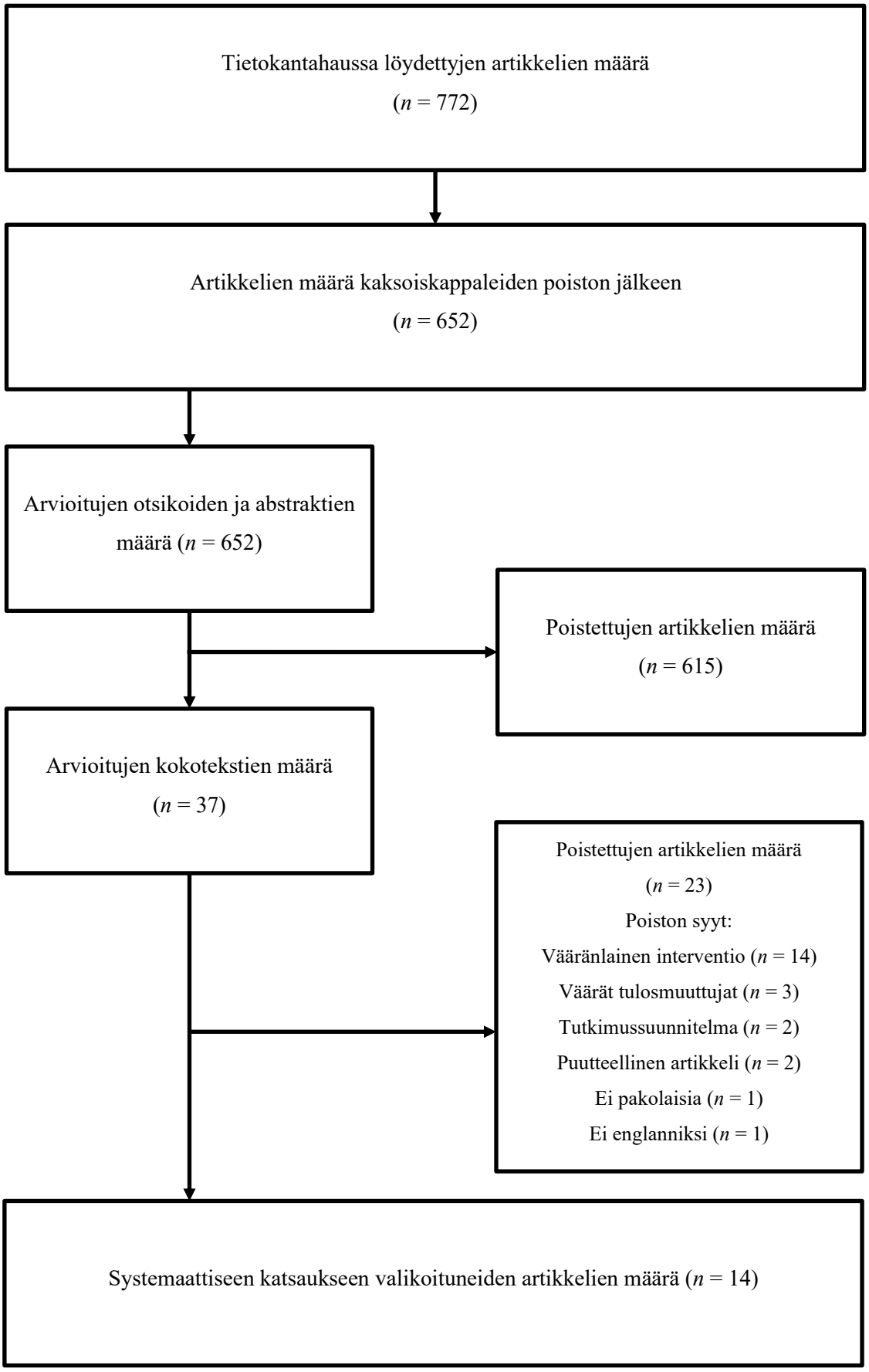
Tutkimusartikkeleissa tuli olla maininta siitä, että intervention kohteena olivat pakolaiset, eivätkä esimerkiksi maahanmuuttajat tai muut etniset vähemmistöt. Lisäksi intervention tuli olla juuri kyseisten koehenkilöiden sosiokulttuuristen normien mukaan muovattu, eikä pelkkä intervention muovaaminen koskemaan yleisesti pakolaispopulaatiota riittänyt.

Tietokantahakujen tuloksena löytyi 772 artikkelia, jotka siirrettiin tekoälypohjaiseen Rayyan -katsausohjelmaan (Ouzzani ym., 2016). Kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen jäljelle jäi 652 artikkelia. Artikkelit käytiin läpi otsikoiden ja abstraktien perusteella sokkoutetusti sisäänotto- ja poissulkukriteerit huomioiden, minkä jälkeen kokotekstien tarkasteluun valikoitui 37 artikkelia. Kokotekstivaiheessa poistimme 23 artikkelia. Suurin osa (14) poistetuista artikkeleista poistettiin siksi, että niissä käytetty interventio ei ollut kulttuurisesti muovattu tai se oli muilta ominaisuuksiltaan vääränlainen. Lopulta systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseemme valikoitui 14 artikkelia. Katsausartikkeleiden valikointiprosessi on esitetty vuokaaviossa Kuvassa 1.

Katsaukseen valikoitujen artikkeleiden olennaisista tiedoista koottiin työskentelytaulukko. Katsauksemme kannalta olennaisimmat tiedot olivat: tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, maa, tutkimusasetelma, otoskoko, koe- ja kontrolliryhmäjaot, tulosmuuttujat ja niiden mittarit, intervention piirteet, tutkittavien taustatiedot ja päätulokset.

Kuva 1

Vuokaavio artikkelien valikoitumisesta systemaattiseen katsaukseen



3. Tulokset

3.1. Tutkimuksen aineisto

Lopulliseen katsaukseen valikoitui 14 tutkimusta, jotka on julkaistu vuosina 2004–2025. Tutkimusaineisto on esitetty kootusti Taulukossa 1. Tutkimusten toteutusmaita olivat Saksa (5), Yhdysvallat (4), Israel (1), Malesia (1), Turkki (1), Iso-Britannia (1) ja Australia (1). Katsaukseen valikoituneisiin tutkimuksiin osallistui kaikkiaan 771 henkilöä, joista 136 koehenkilöä ei sisällytetty tutkimusten lopullisiin tilastollisiin analyyseihin. Näin ollen lopullinen otoskoko oli yhteensä 635 henkilöä. Katsauksen tutkimuksista yhdeksässä vertailtiin koe- ja kontrolliryhmää, ja niissä otoskoot vaihtelivat välillä 12–131 (Aizik-Reebs ym., 2021; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019; Wiechers yms., 2023; Zoellner ym., 2024). Viidessä tutkimuksessa ei hyödynnetty lainkaan kontrolliryhmää, ja niissä otoskoot vaihtelivat välillä 7–37 (Bahu, 2019; Bernardi ym, 2019; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2022; Uhr ym., 2025). Noin 57 % alkuperäisistä osallistujista kuului koeryhmiin, joille annettiin kulttuurisesti muovattua hoitoa masennukseen, ahdistuneisuuteen ja/tai traumaoireisiin.

Kaiken kaikkiaan noin 48 % tutkimuksiin osallistuneista oli paennut Lähi-idän maista, 41 % Afrikan maista ja 10 % Etelä- ja Kaakkois-Aasian maista. Lähes kaikissa tutkimuksissa (13) koehenkilöt olivat aikuisia. Vain yhdessä tutkimuksessa koehenkilöiksi hyväksyttiin myös 15-vuotiaita tai vanhempia nuoria (Koch ym., 2020). Osallistujien raportoitujen keski-ikien keskiarvo oli 35.3 ja keskihajonta 8.3. Osallistujien keski-iät vaihtelivat välillä 18.4–51.8. Kaiken kaikkiaan noin 52 % koehenkilöistä oli naisia. Tutkimuksissa raportoitujen tietojen mukaan kuudessa tutkimuksessa osallistujat saivat käyttää samanaikaista mielialalääkitystä (Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004, 2005; Koch ym., 2020; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023). Näistä tutkimuksista kolmessa myös samanaikaiseen psykologiseen hoitoon osallistuminen oli sallittua (Hinton ym., 2005; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023).

3.2. Interventiot

Katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa tutkittiin yhteensä kahdeksaa eri interventiota. Interventiot olivat kulttuurisesti muovattuja ja muistuttivat perusominaisuuksiltaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Kahdeksassa tutkimuksessa tutkittiin kulttuurisesti

muovattua kognitiivista käyttäytymisterapiaa eli CA-CBT:tä (Bahu 2019; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017, 2020; Shaw ym., 2019, 2022). Yhdessä CA-CBT:tä käyttävässä tutkimuksessa hyödynnettiin lisäksi ongelmanratkaisutaitojen harjoittelua (Kananian ym., 2020).

Kuudessa muussa tutkimuksessa käytettiin kussakin eri interventiota (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Koch ym., 2020; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023; Zoellner ym., 2024). Näissä interventioissa oli joitakin eroja. Kahdessa tutkimuksessa interventio ei suoraan perustunut kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, vaikka ne sisälsivät useita sen ulottuvuuksia; Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa käytetty MBTR-R (*Mindfulness-Based Trauma Recovery for Refugees*) perustui mindfulnessiin ja Kochin ja kumppaneiden (2020) käyttämä STARC (*Skills-Training of Affect Regulation – A Culture-Sensitive Approach*) tunteiden säätelyyn transdiagnostisena mekanismina. Lisäksi suurin osa interventioista oli kohdennettu tietyn mielenterveyden häiriön hoitamiseen. Kolme tutkimusten interventioista oli kohdennettu erityisesti traumaoireiden hoitoon (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Zoellner ym., 2023) ja kaksi interventiota oli kohdennettu masennusoireilun hoitoon (Uhr ym., 2025, Wiechers ym., 2023). Myös CA-CBT on alun perin kehitetty PTSD:n hoitamiseen.

Lisäksi interventioiden välillä oli joitakin eroja kulttuurisen muovaamisen toteutuksessa. Empowerment-interventio (Wiechers ym., 2023) oli ominaisuuksiltaan lähimpänä CA-CBT:tä, koska sen toteutus perustui Hintonin ja kumppaneiden (2018) laatimiin keskeisiin periaatteisiin kognitiivisen käyttäytymisterapian kulttuurisesta muovaamisesta. STARC:issa (Koch ym., 2020) ja kulttuurisesti muovatussa CPT:ssä (*Cognitive processing therapy)* (Bernardi ym., 2019) muovaaminen perustui Bernalin laatimiin psykologisten interventioiden sosiokulttuurisen muovaamisen kahdeksaan ulottuvuuteen (Bernal ym., 1995; Bernal & Sáez-Santiago, 2006). MBTR-R-intervention (Aizik-Reebs ym., 2021) muovaaminen perustui samankaltaisiin elementteihin, ja interventiossa käytettiin esimerkiksi sosiokulttuurisesti spesifejä metaforia ja kielikuvia. CA-D-MCT:n (*Culturally Adapted Metacognitive Training for Depression*) (Uhr ym., 2025) kulttuurisen muovaamisen mekanismit perustuivat aiemmin tehtyyn pilottitutkimukseen, jota ei ollut saatavilla englanniksi. Artikkelissa kuitenkin mainittiin kulttuurisen muovaamisen perustuneen muun muassa kääntäjän apuun ja ammattilaisten konsultointiin. Islamic Trauma Healing -intervention (Zoellner ym., 2024) kulttuurinen muovaaminen perustui erityisen vahvasti uskontoon.

Suurimmassa osassa tutkimuksista (12) interventio toteutettiin ryhmätapaamisina ja kahdessa tutkimuksessa yksilötapaamisina (Hinton ym., 2004, 2005). Interventioiden kesto oli 6–14 viikkoa. Lähes kaikissa tutkimuksissa intervention toteuttaja oli ammattilainen, kuten psykologi, terapeutti tai sosiaalityöntekijä. Yhdessä tutkimuksessa intervention toteuttaja oli lyhyen koulutuksen saanut maallikko (Zoellner ym., 2024). Kuudessa tutkimuksessa intervention toteutuksessa auttoi kääntäjä tai kulttuurinen sovittelija (engl. *cultural mediator*) (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004; Koch ym., 2020; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023). Muissa tutkimuksissa intervention toteuttajilla itsellään oli kielellistä ja kulttuurista kompetenssia intervention suorittamiseen.

Taulukko 1

Katsauksen tutkimusaineisto

Julkaisutiedot	Lopullinen otoskoko (pudokkaiden[1] määrä)			Ikä vuosissa, ka (s)	Naisten osuus alkuperäisestä otoksesta, n (%)	Muu hoito	Tutkittavien lähtömaat	Tutkittavien ikävaatimus
	Kaikki (N)	Koeryhmä (n)	Kontrolliryhmä (n)					
Aizik-Reebs ym., 2021 Israel	131 (27)	83 (15)	48 (12)	31.8 (5.2)	73 (46)	Ei muuta psykologista hoitoa, lääkkeistä ei mainintaa	Eritrea	Täysi-ikäinen
Bahu, 2019 Iso-Britannia	16 (0)			32	6 (38)	Ei mainintaa	Sri Lanka	Täysi-ikäinen
Bernardi ym., 2019 Australia	7 (0)			49.8 (10.0)	7 (100)	Osalla (n = 3) lääkehoito, ja annos oli pysynyt samana vähintään vuoden	Myanmar	Täysi-ikäinen
Eskici ym., 2023 Turkki	20 (3)	11 (1)	9 (2)	35.1 (8.3)	23 (100)	Ei mainintaa	Syyria	Täysi-ikäinen
Hinton ym., 2004 Yhdysvallat	12 (0)	6 (0)	6 (0)	Ei tiedossa	6 (50)	Osallistujat jatkoivat lääkitystä	Vietnam	Täysi-ikäinen

Hinton ym., 2005 Yhdysvallat	40 (0)	20 (0)	20 (0)	51.8 (6.8)	24 (60)	Osallistujat jatkoivat terapiaa ja lääkitystä	Kambodža	Täysi-ikäinen
Kanaian ym., 2017 Saksa	7 (4)			25.6 (9.0)	0 (0)	Ei mainintaa	Afganistan, Iran	Täysi-ikäinen
Kananian ym., 2020 Saksa	24 (0)	12 (0)	12 (0)	21.9 (3.4)	0 (0)	Ei mainintaa	Afganistan	Täysi-ikäinen
Koch ym., 2020 Saksa	36 (8)	22 (7)	22 (1)	18.4 (1.7)	0 (0)	Ei muuta psykologista hoitoa, lääkehoitoa jatkettiin	Afganistan	15–21-vuotias
Shaw ym., 2019 Malesia	39 (0)	R1: 20 (0) R2: 10 (0)	9 (0)	34.4 (10.1)	39 (100)	Ei mainintaa	Afganistan	Täysi-ikäinen
Shaw ym., 2022 Yhdysvallat	89 (8)	28 (2)	61 (6)	36.7 (12.1)	47 (48)	Ei mainintaa	Lähi-idän ja Afrikan maat	Täysi-ikäinen
Uhr ym., 2025 Saksa	37 (13)			42.3 (11.9)	30 (60)	Aiempaa hoitoa jatkettiin ja lääkityksen sai aloittaa intervention aikana	Iran, Afganistan, Syyria, Irak, Libanon, Palestiina	18–65-vuotias
Wiechers ym., 2023 Saksa	76 (73)	30 (51)	46 (22)	32.1 (9.5)	57 (38)	Osalla lääkehoito ja muuta psykologista hoitoa	Syyria, Afganistan, Irak, Iran	18–65-vuotias
Zoellner ym., 2024 Yhdysvallat	101 (0)	54 (0)	47 (0)	46.5 (12.0)	92 (91)	Ei mainintaa	Somalia	18–65-vuotias

[1]Osallistujat, jotka jätettiin pois lopullisista tilastollisista analyyseistä

3.3. Mittarit

3.3.1. Mielenterveyden oireiden mittarit

Katsauksemme tutkimuksissa käytettiin useita eri mittareita mittaamaan masennusta, ahdistuneisuutta ja traumaoireita. Mittareiden sisäistä konsistenssia mittaava Cronbachin alfa on raportoitu, mikäli se on laskettu kyseisessä tutkimuksessa. Valtaosa mittareista oli käännetty kohderyhmän äidinkielelle tai muuten validoitu kyseiselle kohderyhmälle.

Seitsemässä tutkimuksessa käytettiin masennusmittaria (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu 2019; Kananian ym., 2017, 2020; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023; Zoellner ym., 2024) ja yhdessä tutkimuksessa käytettiin kahta eri masennusmittaria (Wiechers ym., 2023). Käytetyin mittari oli Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9; Kroenke ym., 2001), jota käytettiin jokaisessa masennusta mitanneessa tutkimuksessa. PHQ-9-mittari arvioi DSM-4-tautiluokitukseen perustuvia masennusoireita. Se koostuu yhdeksästä väittämästä, joita arvioidaan neliasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan oiretta, 3 = oiretta on päivittäin). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu väittämien Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 27 pistettä, ja yli 20 pistettä viittaa vakavaan oireiluun. Kananianin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa mittarilla oli korkea sisäinen konsistenssi (Cronbachin $\alpha = .9$).

Yhdessä tutkimuksessa (Wiechers ym., 2023) masennusta mitattiin PHQ-9-mittarin lisäksi Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MÅDRS; Montgomery & Åsberg, 1979) -mittarilla, joka koostuu kymmenestä masennusoireita mittaavasta kohdasta. Mittaus suoritetaan ammattilaisen haastatteluna. Haastattelija arvioi oireita seitsenasteisella Likert-asteikolla (0–6), jossa kohdat 0, 2, 4 ja 6 on sanallisesti määritelty. Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu väittämien Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 60 pistettä, ja yli 35 pistettä viittaa vaikeaan oireiluun.

Ahdistuneisuutta mitattiin kolmella eri mittarilla kolmessa eri tutkimuksessa (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu, 2019; Hinton ym., 2005). Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) käyttämä Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck ym., 1988) -mittari mittaa ahdistuneisuutta 21 väittämällä, joita arvioidaan neliasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan oiretta, 3 = oire häiritsee paljon). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua ja mittarin tulos

muodostuu väittämien Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 63 pistettä, ja yli 36 pistettä viittaa huolta herättävään oireiluun.

Bahun (2019) tutkimuksessa käytetty General Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer ym., 2006) on lyhyt seitsemän kohdan mittari, jolla mitataan yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireita ja niiden vakavuutta. Oireita arvioidaan neliasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan oiretta, 3 = oiretta esiintyy päivittäin). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua ja mittarin tulos muodostuu väittämien Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 21 pistettä, ja pistemäärät 15–21 merkitsevät vaikeaa oireilua. Hintonin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa hyödynnettiin The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) -testin GAD-moduulia, joka on DSM-4-tautiluokituksen mukaisen yleistyneen ahdistuneisuushäiriön arvioimiseen tarkoitettu haastattelurunko.

Traumaoireita mitattiin viidellä eri mittarilla 11 eri tutkimuksessa (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017, 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019; Uhr ym., 2025; Zoellner ym., 2024). Yhdessä tutkimuksessa oireita mitattiin kahdella eri mittarilla (Bernardi ym., 2019). Traumatisoitumista mitattiin tyypillisesti arvioimalla PTSD:n oireita. Käytetyin mittari oli PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Blevins ym., 2015; Weathers ym., 2013), jota käytettiin viidessä eri tutkimuksessa (Bernardi ym., 2019; Kananian ym., 2017, 2020; Koch ym., 2020; Uhr ym., 2025). PCL-5 koostuu 20 kysymyksestä, jotka mittaavat DSM-5-tautiluokituksen mukaisia PTSD-oireita. Oireiden vakavuutta arvioidaan viisiasteisella Likert-asteikolla (0 = oiretta ei esiinny lainkaan, 4 = oiretta esiintyy hyvin paljon). Suurempi pistemäärä viittaa vakavampaan oireiluun, ja mittarin tulos muodostuu kysymysten Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 80 pistettä, ja yli 33 pistettä viittaa diagnosoitavan tason oireisiin. Kananianin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa testillä oli korkea sisäinen konsistenssi (Cronbachin $\alpha = .9$).

Toiseksi käytetyin traumaoireita mittaava testi oli The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica ym., 1992). Neliosainen mittari kartoittaa yksilön elämän traumaattisia tapahtumia ja PTSD-oireiden häiritsevyyttä neliasteisilla Likert-asteikoilla (1 = ei lainkaan, 4 = erittäin paljon. Mittaria käytettiin neljässä eri tutkimuksessa (Aizik-Reebs ym., 2021; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004; Shaw ym., 2019). Mittarin tulos muodostuu Likert-asteikollisten pistemäärien keskiarvosta (Berthold ym., 2019). Suurempi pistemäärä viittaa vakavampaan oireiluun. Testistä voi saada enimmillään 4 pistettä, ja pistemäärä 2.5 viittaa kliinisesti

merkittävään oireiluun. Eskicin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa mittarista käytettiin vain osioita 1 ja 4.

Tutkimuksissa käytettiin lisäksi kolmea muuta traumamittaria, joita kutakin käytettiin yhdessä tutkimuksessa: Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Weathers, Keane & Davidson ym., 2001), Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5; Weathers ym., 2017) ja Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5; Foa ym., 2016). Hintonin ja kumppaneiden (2005) käyttämä CAPS-testi mittaa 17 DSM-4-tautiluokituksen mukaista PTSD:n oiretta ja niiden esiintyvyyttä tietyllä aikavälillä. Mittaus suoritetaan ammattilaisen haastatteluna. Jokaista kohtaa arvioidaan viisiasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan, 4 = päivittäin tai lähes päivittäin). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu väittämien Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 136 pistettä, ja Weathersin ja kumppaneiden (2001) mukaan 60–79 pistettä viittaa vakavaan oireiluun. Bernardin ja kumppaneiden (2019) käyttämä CAPS-5-testi on päivitetty vastaamaan DSM-5-tautiluokitusta. Zoellnerin ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa käytetty PDS-5-mittari arvioi PTSD-oireiden vakavuutta ja häiritsevyyttä 24 DSM-5-tautiluokitukseen perustuvalla väittämällä. Oireita mitataan viisiasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan oiretta, 4 = oire on vakava tai esiintyy vähintään kuusi kertaa viikossa). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu 20 ensimmäisen väittämän Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 80 pistettä, ja yli 28 pistettä viittaa diagnosoitavan tason oireisiin.

3.3.2. Transdiagnostiset mittarit

Tarkkarajaisia psykiatrisia oirekuvia mittaavien mittareiden ohella tutkimuksissa hyödynnettiin transdiagnostisia mittareita, jotka mittaavat pääasiassa psykologista pahoinvointia eli esimerkiksi masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireilun muodostamaa kokonaisuutta. Jokainen transdiagnostinen mittari arvioi vähintään kahta sellaista oirekuvaa, jotka ovat tutkimuskysymyksemme kohteena. Transdiagnostisia mittareita oli viisi ja niitä käytettiin kymmenessä eri tutkimuksessa (Bernardi ym., 2019; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017, 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019, 2022; Wiechers ym., 2023). Kolmessa tutkimuksessa transdiagnostisten mittarien tulokset eroteltiin mittarin eri osa-alueiden mukaan, joten näistä tutkimuksista raportoimme nimenomaan masennus- ja

ahdistuneisuusoireilun tulokset (Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004; Kananian ym., 2017). Shaw'n ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa käytettiin kahta transdiagnostista mittaria, joista toisesta eroteltiin oirekuvat (HSCL-25) ja toisesta ei (RHS-15). Kuudessa tutkimuksessa mitään erotteluja ei tehty, joten näistä tutkimuksista raportoimme transdiagnostiset tulokset (Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2022; Wiechers ym., 2023).

Kolmessa tutkimuksessa masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden mittaamiseen käytettiin pakolaisille suunnattua Refugee Health Screener (RHS-15; Hollifield & Farmer, 2016) -mittaria (Shaw ym., 2019, 2022; Wiechers ym., 2023). RHS-15 kehitettiin alun perin seulontatyökaluksi. Se koostuu 15 kysymyksestä, joista 14 ensimmäistä mittaavat oireita kuluneen kuukauden aikana. Oireita arvioidaan viisiasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan, 4 = erittäin paljon). Viimeisessä kohdassa vastaaja arvioi psykologista pahoinvointiaan asteikolla 0–10. Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 56 pistettä, ja seulonta on positiivinen, jos 14 ensimmäisen väittämän pistemäärä on yli 12 tai viimeisen väittämän pistemäärä yli 5.

Kolmessa tutkimuksessa psykologista pahoinvointia mitattiin transdiagnostisella General Health Questionnaire (GHQ-28; Goldberg ym., 1997) -mittarilla (Kananian ym., 2017, 2020; Koch ym., 2020). GHQ-28 kehitettiin alun perin seulontatyökaluksi. Se koostuu 28 kysymyksestä, jotka mittaavat neljää eri osa-aluetta: somaattisia oireita, ahdistusta ja unettomuutta, sosiaalisia ongelmia ja masennusta. Oireita arvioidaan neliasteisella Likert-asteikolla. Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Testistä voi saada enimmillään 84 pistettä.

Kolmessa tutkimuksessa käytettiin Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25; Ventevogel ym., 2007) -mittaria. (Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004; Shaw ym., 2019). Yhdessä tutkimuksessa käytettiin vastaavaa Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis ym., 1974) -mittaria (Bernardi ym., 2019). Testit koostuvat 25 kohdasta. Kymmenen ensimmäistä kohtaa mittaa ahdistuneisuusoireita ja 15 jälkimmäistä masennusoireita. Jokainen kohta arvioidaan neliasteisella Likert-asteikolla (1 = ei lainkaan, 4 = huomattavan paljon). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu Likert-asteikollisten

pistemäärien keskiarvosta. Testeistä voi saada enimmillään 4 pistettä, ja yli 1.75 pistettä viittaa kliinisesti merkittävään oireiluun.

Yleistä psykologista stressiä mittaavaa Symptom Checklist-90-R Scales (SCL; Derogatis, 1994) -mittaria käytettiin yhdessä tutkimuksessa (Hinton ym., 2005). Mittarista hyödynnettiin kahta alamittaria, jotka mittaavat ahdistuneisuusoireita (10 kohtaa) ja masennusoireita (13 kohtaa). Oireita arvioidaan viisiasteisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan, 4 = todella paljon). Suurempi pistemäärä merkitsee vakavampaa oireilua, ja mittarin tulos muodostuu Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Hintonin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa testin sisäinen konsistenssi oli korkea (Cronbachin $\alpha = .9$).

3.3.3. Elämänlaadun mittarit

Elämänlaadun mittaamiseen käytettiin yhtä mittaria, jota hyödynnettiin viidessä eri tutkimuksessa (Kananian ym., 2017, 2020; Shaw ym., 2022; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023). World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF; Skevington ym., 2004; WHO, 1998) on elämänlaadun arviointiin tarkoitettu itsearviointitesti, joka koostuu 26 kysymyksestä. Se on jaettu fyysistä terveyttä, psykologista terveyttä, sosiaalisia suhteita ja ympäristöä arvioiviin osioihin. Kolmessa tutkimuksessa hyödynnettiin koko testiä (Kananian ym., 2017, 2020, Wiechers ym., 2023). Uhrin ja kumppaneiden (2025) tutkimuksessa käytettiin vain mittarin ensimmäistä kysymystä (”Miten arvioisit elämänlaatusi?”). Shaw’n ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa mittarista oli valikoitu kolme kysymystä, jotka arvioivat koehenkilön vapaa-aikaa, turvallisuuden tunnetta sekä tiedonhakutaitoja. Osioita arvioidaan viisiasteisella Likert-asteikolla. Suurempi pistemäärä merkitsee korkeampaa elämänlaatua, ja mittarin tulos muodostuu Likert-asteikollisten pistemäärien summamuuttujasta. Kananianin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa Cronbachin alfa oli laskettu mittarin neljälle osa-alueelle erikseen. Sisäinen konsistenssi oli melko korkea (Cronbachin $\alpha = .7–.8$) kaikilla muilla osa-alueille lukuun ottamatta sosiaalisia suhteita (Cronbachin $\alpha = .6$).

3.3.4. Osallistujien kokemusten mittaaminen laadullisesti

Neljässä katsauksemme tutkimuksessa oli määrällisen osion lisäksi laadullista aineistoa (Bahu, 2019; Bernardi ym., 2019; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2022). Aineiston avulla kartoitettiin muun muassa koehenkilöiden kokemuksia interventioiden toimivuudesta, kehityskohteita sekä interventioiden ominaisuuksia, jotka koehenkilöt kokivat hyödyllisiksi.

Kolmessa tutkimuksessa koehenkilöiden tyytyväisyyttä kartoitettiin suullisilla haastatteluilla, joiden pohjalta suoritettiin temaattinen analyysi tärkeimpien teemojen selvittämiseksi (Bahu, 2019; Bernardi ym., 2019; Shaw ym., 2022). Bahun (2019) tutkimuksessa koehenkilöitä pyydettiin kertomaan kokemuksiaan intervention hyväksyttävyydestä ja ymmärrettävyydestä sekä vastaamaan sitten kolmeen kysymykseen, jotka liittyivät hyödyllisiksi koettuihin elementteihin ja kehityskohteisiin. Bernardin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa koehenkilöt osallistuivat viiden kysymyksen haastatteluun, jossa kartoitettiin heidän tyytyväisyyttään, hyödyllisiksi koettuja elementtejä sekä kehitysehdotuksia. Shaw'n ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa tutkittiin sekä CA-CBT:tä että CASG-interventiota (engl. *Community adjustment support group curriculum*) eri koeryhmissä. Kummankin koeryhmän osallistujista muodostettiin neljä 4–15 henkilön ryhmää, joissa kuultiin heidän ajatuksiaan hoidon vaikutuksista, hyödyistä ja rajoituksista. Kananianin ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa koehenkilöiltä kysyttiin, mitkä elementit olivat heidän mielestään interventiossa hyödyllisiä, mutta kyselyjen pohjalta ei tehty temaattista analyysiä.

3.4. Interventioiden toimivuus psyykkisten oireiden hoidossa ja vaikutus elämänlaatuun

Systemaattisen katsauksemme tavoitteena oli selvittää kulttuurisesti muovattujen psykologisten interventioiden toimivuutta pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa. Hypoteesimme oli, että interventiot ovat toimivia näiden yleisten mielenterveysoireiden hoidossa. Tarkastelimme tuloksia erikseen eri mielenterveysoireiden osalta kootusti omissa alaluvuissaan. Toisen tutkimuskysymyksen valossa tarkastelimme sitä, miten interventiot vaikuttavat osallistujien koettuun elämänlaatuun. Hypoteesimme mukaan interventiot vaikuttavat elämänlaatuun suotuisasti. Tutkimusten määrälliset tulokset on koottu Taulukkoon 2. Lisäksi osaan katsaukseen valikoituneista artikkeleista kuului laadullista aineistoa, jonka avulla selvitimme, mitkä ominaisuudet koehenkilöt kokivat interventioissa hyödyllisiksi.

3.4.1. Masennus

Kulttuurisesti muovatun psykologisen intervention vaikutusta pakolaisten kokemaan masennukseen mitattiin 10 tutkimuksessa (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu 2019; Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004; Kananian ym., 2017, 2020; Shaw ym., 2019; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023; Zoellner ym., 2024). Tutkimusten tulokset olivat pääsääntöisesti johdonmukaisia. Jokaisessa tutkimuksessa havaittiin masennusoireiden vähentyneen tilastollisesti merkitsevästi intervention seurauksena. Kuusi masennusta mitanneista tutkimuksista oli kontrolloituja, ja näistä viidessä käytettiin viivästetyn hoidon ryhmää (Aizik-Reebs ym., 2021; Hinton ym., 2004; Kananian ym., 2020; Shaw ym., 2019; Zoellner ym., 2024). Nämä kontrolliryhmät eivät saaneet koeryhmän kanssa samanaikaisesti psykologista hoitoa, vaan saivat intervention viivästetysti koeryhmän jälkeen. Yhdessä tutkimuksessa hyödynnettiin aktiivista kontrolliryhmää, joka sai samanaikaisesti tavanomaista hoitoa (engl. *treatment as usual*, TAU) (Wiechers ym., 2023). Kyseisissä tutkimuksissa masennusoireet vähenivät koeryhmässä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä, ja efektikoot olivat keskisuuria tai suuria ($d = 0.5 - 2.0$, $\eta^2 = .1$). Aktiivisen kontrolliryhmän tutkimuksessa efektikoko oli pienin ($d = 0.5$) (Wiechers ym., 2023). Hintonin ja kumppaneiden (2004) kontrolloidussa tutkimuksessa efektikoko oli suurin ($d = 2.0$), mutta tutkimuksen otoskoko oli varsin pieni ($N = 12$).

Vain yhden tutkimuksen tuloksissa oli ristiriitaisuutta (Kananian ym., 2017). Masennusoireet eivät vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi, kun mittaamiseen käytettiin masennusmittaria, vaikka efektikoko oli keskisuuri ($d = 0.6$). Sen sijaan transdiagnostisella mittarilla mitattuna masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi suurella efektikoolla ($d = 1.0$). Myös Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa masennusoireet vähenivät vain niillä, joilla psykopatologiset oireet olivat koholla ennen interventiota. Kun analyysi suoritettiin kaikille, masennusoireiden muutos havaittiin vasta viiden viikon seurannassa. Heti intervention jälkeen muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Muiden oireiden kuin masennuksen kohdalla interventiolla havaittiin olevan myönteisiä vaikutuksia myös niillä, joiden psykopatologiset oireet eivät olleet erityisen koholla ennen interventiota.

Oireita seurattiin pidempään seitsemässä tutkimuksessa (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Kananian ym., 2020; Shaw ym., 2019; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023; Zoellner ym., 2024). Wiechersin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa seurannan tuloksia ei kuitenkaan raportoitu. Muissa tutkimuksissa seurannat olivat viidestä viikosta vuoteen, ja

jokaisessa intervention vaikutukset säilyivät melko hyvin. Seurannan efektikoko raportoitiin kahdessa tutkimuksessa: Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) sekä Kananianin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa efektikoot olivat keskisuuria ($\eta^2 = .1, d = 0.6$). Bernardin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa havaittiin kolmen kuukauden seurannassa vain kahden koehenkilön ($N = 7$) masennusoireiden helpottuneen alkumittauksiin verrattuna, ja yhdellä oireet olivat pahentuneet.

3.4.2. Ahdistuneisuus

Puolessa (7) katsauksemme tutkimuksista tutkittiin kulttuurisesti muovatun intervention vaikutusta pakolaisten ahdistuneisuuteen (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu 2019; Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2019). Tutkimusten tulokset olivat johdonmukaisia. Jokaisessa tutkimuksessa ahdistuneisuus väheni intervention seurauksena tilastollisesti merkitsevästi. Neljä tutkimusta seitsemästä oli kontrolloituja, ja jokaisessa käytettiin viivästetyn hoidon ryhmää (Aizik-Reebs ym., 2021; Hinton ym., 2004, 2005; Shaw ym., 2019). Näissä tutkimuksissa ahdistuneisuus väheni koeryhmässä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä. Efektikoko raportoitiin viidessä tutkimuksessa, ja jokaisessa efekti oli erittäin suuri ($d = 1.2 - 4.0, \eta^2 = .2$) (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu 2019; Hinton ym., 2004; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2019).

Kolmessa tutkimuksessa intervention vaikutusta ahdistuneisuuteen tutkittiin myös seurannassa (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Shaw ym., 2019). Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa ahdistuneisuus väheni viiden viikon seurannassa tilastollisesti merkitsevästi ja keskisuurella efektillä ($\eta^2 = .1$). Kahdessa muussa tutkimuksessa seuranta kesti kolme kuukautta, ja kummassakin havaittiin intervention vaikutuksen säilyneen. Bernardin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa 14 prosentilla ($n = 1$) oireet olivat kuitenkin pahentuneet seurannassa.

3.4.3. Traumaoireet

Katsauksen tutkimuksista valtaosassa (11) mitattiin traumaoireita (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017, 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019; Uhr ym., 2025; Zoellner ym., 2024). Tutkimusten tulokset

olivat melko johdonmukaisia. Kaikissa tutkimuksissa paitsi kolmessa tulos oli tilastollisesti merkitsevä (Kananian ym., 2017, 2020; Uhr ym., 2025), ja yhdessä tutkimuksessa tilastollista merkitsevyyttä ei raportoitu (Eskici ym., 2023). Niissäkin tutkimuksissa, joissa tilastollista merkitsevyyttä ei saavutettu, havaittiin keskisuuria ja suuria efektikokoja ($d = 0.7 - 0.8$, $\eta^2 = .1$). Kahdeksassa traumaoireita tutkineessa tutkimuksessa oli kontrolliryhmä. Kuudessa näistä tutkimuksista traumaoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmää tehokkaammin (Aizik-Reebs ym., 2021; Hinton ym., 2004, 2005; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019; Zoellner ym., 2021).

Lähes kaikissa traumaoireita mitanneissa tutkimuksissa kontrolliryhmänä oli viivästetyn hoidon ryhmä. Vain yhdessä tutkimuksessa hyödynnettiin aktiivista kontrolliryhmää, joka sai tavanomaista hoitoa, ja tässä tutkimuksessa havaittiin hyvin suuri efektikoko ($d = 1.2$) (Eskici ym., 2023). Pienin efektikoko oli Shaw'n ja kumppaneiden (2019) ensimmäisessä koeryhmässä ($d = 0.4$). Tämäkin efekti oli lähes keskisuuri, ja saman tutkimuksen toisen koeryhmän efektikoko oli hyvin suuri ($d = 1.9$). Suurin efektikoko traumaoireiden vähenemisessä oli Bernardin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa ($d = 2.8$), jonka otoskoko oli kuitenkin hyvin pieni ($N = 7$).

Kahdeksassa tutkimuksessa intervention vaikutusta traumaoireisiin tutkittiin myös seurannassa (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019; Zoellner ym., 2024). Kaikissa tutkimuksissa vaikutuksen raportoitiin säilyneen seurannassa, vaikka kahdessa tutkimuksessa tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Bernardi ym., 2018; Kananian ym., 2017). Tutkimuksissa, joissa seurannan efektikoko raportoitiin, efektikoot olivat keskisuuria ja suuria ($\eta^2 = .2$, $d = 0.7 - 1.0$) (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Koch ym., 2020).

3.4.4. Psykologinen pahoinvointi

Seitsemässä tutkimuksessa mitattiin muutoksia yleisessä psykologisessa pahoinvoinnissa (Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019, 2022; Wiechers ym., 2023). Tutkimusten tulokset olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia. Viidessä tutkimuksessa psykologinen pahoinvointi väheni tilastollisesti merkitsevästi enemmän koeryhmällä kuin kontrolliryhmällä (Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019). Neljässä näistä tutkimuksista oli hyödynnetty

kontrolliryhmänä viivästetyn hoidon ryhmää (Hinton ym., 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019) ja yhdessä tutkimuksessa oli aktiivinen kontrolliryhmä (Eskici ym., 2023). Lisäksi Shaw'n ja kumppaneiden (2022) kontrolloimattomassa pilottitutkimuksessa psykologinen pahoinvointi väheni. Myös Wiechersin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa psykologinen pahoinvointi väheni, mutta muutos ei eronnut aktiivisessa kontrolliryhmässä tapahtuneesta muutoksesta. Efektikoot raportoitiin viidessä tutkimuksessa ja ne vaihtelivat lähes keskisuuresta erittäin suureen ($d = -0.4 - 3.0$). Pienin efektikoko oli Shaw'n ja kumppaneiden (2022) kontrolloimattomassa tutkimuksessa, ja suurin Kananianin ja kumppaneiden (2020) kontrolloidussa tutkimuksessa.

Kolmessa tutkimuksessa intervention vaikutusta psykologiseen pahoinvointiin seurattiin pidempään (Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019). Kaikissa kolmessa intervention vaikutus säilyi. Efektikoko raportoitiin kolmen kuukauden seurannassa ($d = 1.1$) (Koch ym., 2020) ja vuoden seurannassa ($d = 1.0$) (Kananian ym., 2020)

3.4.5. Interventioiden vaikutus elämänlaatuun

Viidessä katsaukseen valituista tutkimuksista mitattiin intervention vaikutusta koettuun elämänlaatuun (Kananian ym., 2017, 2020; Shaw ym., 2022; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023). Tulokset olivat ristiriitaisia. Kahdessa tutkimuksessa hoidolla havaittiin olevan tilastollisesti merkitsevä parantava vaikutus elämänlaatuun, ja molemmissa tutkimuksissa havaittiin myös suuria efektikokoja mittarin eri osioissa ($d = 1.0 - 2.3$, $d = 2.2$) (Kananian ym., 2017, 2020). Toisessa näistä tutkimuksista hyödynnettiin viivästetyn hoidon ryhmää (Kananian ym., 2020), kun taas toisessa ei ollut kontrolliryhmää lainkaan (Kananian ym., 2017). Uhrin ja kumppaneiden (2025) kontrolloimattomassa tutkimuksessa elämänlaadun paraneminen ei ollut tilastollisesti merkitsevää, mutta oli efektikooltaan suuri ($\eta^2 = .1$). Tutkimuksessa, jossa hyödynnettiin aktiivista kontrolliryhmää, koeryhmässä havaittiin tilastollisesti merkitsevää elämänlaadun huononemista, mutta tulos ei eronnut kontrolliryhmästä (Wiechers ym., 2023). Shaw'n ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa kulttuurisesti muovaamatonta hoitoa saavassa ryhmässä havaittiin tilastollisesti merkitsevää elämänlaadun paranemista. Sen sijaan kulttuurisesti muovattua hoitoa saavassa koeryhmässä havaittiin elämänlaadun lasku, joka oli efektikooltaan keskisuuri ($d = -0.5$), mutta ei tilastollisesti merkitsevä. Näitä kahta koeryhmää ei kuitenkaan vertailtu keskenään

tilastollisesti, vaan niitä tutkittiin erikseen. Vaikka kolmessa elämänlaatua mittaavassa tutkimuksessa oli pidempi seuranta (Kananian ym., 2017; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023), missään näistä tutkimuksista ei raportoitu elämänlaatua seurannassa.

3.5. Tutkimuksiin osallistuneiden kokemuksien laadullinen tarkastelu

Määrällisten tulosten lisäksi tarkastelimme tutkimuksissa olevia laadullisia tuloksia ymmärtääksemme interventioiden toimintamekanismeja ja kliinistä käyttökelpoisuutta. Olimme kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät koehenkilöt kokivat interventioissa hyödyllisiksi. Yhteensä neljässä tutkimuksessa kuvailtiin koehenkilöiden kokemuksia laadullisesti (Bahu, 2019; Bernardi ym., 2019; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2022). Shaw'n ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa laadulliseen osioon sisällytettiin myös kulttuurisesti muovaamattomaan interventioon osallistuneiden kokemuksia, jolloin osallistujien kokemuksia ei voi täysin yleistää koskemaan vain kulttuurisesti muovattuja interventiota.

Jokaisessa neljässä tutkimuksessa interventio oli ryhmämuotoinen, ja ryhmässä toimiminen mainittiinkin kaikissa tutkimuksissa hyödylliseksi tekijäksi. Ryhmämuotoisuus mahdollisti vertaistuen, yhteisistä ongelmista puhumisen ja kokemusten jakamisen. Tärkeäksi koettiin yhdessäolo ja tavalliset keskustelut. Ryhmään osallistuminen lisäsi sosiaalista yhteenkuuluvuutta, itsevarmuutta ja voimaantumisen tunnetta. Eräs koehenkilö Kananianin ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa kertoikin interventiossa hänelle tärkeintä olleen sen, että ei tarvinnut olla yksin.

Monet koehenkilöt kuvailivat ryhmässä tehtyjä harjoituksia hyödyllisiksi ja opettavaisiksi. Hengitysharjoitukset auttoivat keskittymään sekä säätelemään tunteita ja ajatuksia, jooga rauhoitti ja venytykset sekä mindfulness edistivät stressinhallintaa. Myös mielikuvaharjoittelu ja meditaatio koettiin hyödyllisiksi. Lisäksi jokaisessa tutkimuksessa koehenkilöt pitivät tärkeinä harjoitusten myötä opittuja taitoja. He kokivat tunnesäätelyn, ajatusten tunnistamisen, stressinhallinnan ja ongelmanratkaisutaitojen parantuneen.

Bahun (2019) tutkimuksessa koehenkilöt kokivat psykoedukaation auttaneen heitä ymmärtämään henkisen pahoinvoinnin taustatekijöitä ja täten olleen yksi intervention hyödyllisimmistä tekijöistä. Uuden tiedon avulla useat koehenkilöt kertoivat pystyneensä käymään mielenterveyteen liittyviä keskusteluja läheistensä kanssa, sillä psykoedukaatio oli vähentänyt niihin liittyvää stigmaa. Samaisessa tutkimuksessa hyödylliseksi koettiin myös

traumoista puhuminen sekä yhteiset pelit ja aktiviteetit, jotka auttoivat unohtamaan huolet ja pitämään hauskaa. Kananianin ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa myös äidinkielen käyttäminen koettiin tärkeäksi osaksi interventiota.

Taulukko 2

Katsauksen tutkimusten tulokset

Julkaisutiedot	Tutkimusasetelma	Interventio	Mittarit	Seuranta	Päätulokset
Aizik-Reebs ym., 2021	RWCT	MBTR-R (vs. WLC), 9 x 150 min. 9 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	PHQ-9 (masennus), BAI (ahdistuneisuus), HTQ (traumaoireet)	5 viikkoa intervention jälkeen	Koeryhmän masennusoireet vähenivät kontrolliryhmään verrattuna sekä intervention aikana (p = .015, η^2 = .1) että viiden viikon seurannassa (p = .035, η^2 = .1). Myös ahdistuneisuus väheni intervention aikana (p = .001, η^2 = .2) ja seurannassa (p = .039, η^2 = .1). Lisäksi traumaoireet vähenivät intervention aikana (p = .001, η^2 = .2) ja seurannassa (p = .002, η^2 = .2).
Bahu, 2019	Kontrolloimaton pilottitutkimus	CA-CBT, 12 x 120 min. 3 kk ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	PHQ-9 (masennus), GAD-7 (ahdistuneisuus)	Ei pidempää seurantaa	Masennusoireet vähenivät intervention aikana (p < .001, d = 4.0). Myös ahdistuneisuus väheni (p < .001, d = 4.0).
Bernardi ym., 2019	Kontrolloimaton pilottitutkimus	Muovattu CPT, 12 x 150 min. 12 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	HSCL (masennus ja ahdistuneisuus), CAPS-5, PCL-5 (traumaoireet)	12 viikkoa intervention jälkeen	Masennusoireet vähenivät 85 % (n = 6) koehenkilöistä intervention aikana. Seurannassa kuitenkin vain kahdella koehenkilöllä oli alkumittaukseen verrattuna vähemmän oireita, ja yhdellä oireet olivat pahentuneet. Ahdistuneisuus väheni 71 % (n = 5) koehenkilöistä. Seurannassa vaikutus oli säilynyt viidellä koehenkilöllä ja yhdellä oireet olivat pahentuneet. Traumaoireet vähenivät (p < .001, d = 2.8) ja seurannassa vaikutus säilyi lähes tilastollisesti merkitsevästi (p = .078, d = 0.8).

Eskici ym., 2023	RCT	CA-CBT (vs. TAU), 7 x 75–120 min. 7 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	HSCL-25 (transdiagnostinen), HTQ (traumaoireet)	Ei pidempää seurantaa	Koeryhmän masennus- ja ahdistuneisuusoireet (HSCL-25) vähenivät kontrolliryhmään verrattuna lähes keskisuurella efektikoolla (d = 0.4). Traumaoireet vähenivät kontrolliryhmään verrattuna hyvin suurella efektikoolla (d = 1.2). Tilastollista merkitsevyyttä ei raportoitu.
Hinton ym., 2004	Pilottitutkimus, RWCT	CA-CBT (vs. WLC), 11 viikoittaista tapaamista, ammattilaisen ohjaama, YM	HSCL-25 (masennus ja ahdistuneisuus), HTQ (traumaoireet)	Koeryhmälle 12 viikkoa intervention jälkeen	Koeryhmän masennusoireet (p < .01, d = 2.0), ahdistuneisuus (p < .01, d = 2.2) ja traumaoireet (p < .01, d = 2.5) vähenivät kontrolliryhmään verrattuna. Seurannassa kaikkien muuttujien erot olivat edelleen tilastollisesti merkitseviä.
Hinton ym., 2005	RWCT	CA-CBT (vs. WLC), 12 viikoittaista tapaamista, ammattilaisen ohjaama, YM	SCL (transdiagnostinen), SCID-testin GAD-moduuli (ahdistuneisuus), CAPS (traumaoireet)	12 viikkoa intervention jälkeen	Koeryhmän masennusoireet ja ahdistuneisuus vähenivät intervention aikana kontrolliryhmään verrattuna (p < .001, d = 2.8). Ennen hoitoa jokainen koehenkilö täytti yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit. Hoidon jälkeen 60 % (n = 11) koeryhmästä ei enää täyttänyt kriteereitä, kun taas kontrolliryhmässä jokainen täytti kriteerit. Koeryhmän traumaoireet vähenivät kontrolliryhmään verrattuna (p < .001, d = 2.2). Seurannan tilastollisia analyysejä ei raportoitu.

Kananian ym., 2017	Kontrolloimaton pilottitutkimus	CA-CBT, 12 x 90 min. 12 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	PHQ-9 (masennus), GHQ-28 (masennus ja ahdistuneisuus), PCL-5 (traumaoireet) WHOQOL-BREF (elämänlaatu)	Ei pidempää seurantaa	Masennusoireet (PHQ-9) eivät vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi ($p > .05$), vaikka efektikoko oli keskisuuri ($d = 0.6$). Masennusoireet ja ahdistuneisuus (GHQ-28) vähenivät, ja efektikoot olivat suuria ($d = 1.0$, $d = 3.0$). Myöskään traumaoireiden väheneminen ei ollut tilastollisesti merkitsevää, vaikka efektikoko oli suuri ($d = 0.8$). Elämänlaatu parani kaikilla osa-alueilla ($d = 1.0–2.3$).
Kananian ym., 2020	Pilottitutkimus, RWCT	CA-CBT+ (vs. WLC), 12 x 90 min. 6 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	PHQ-9 (masennus), GHQ-28 (transdiagnostinen), PCL-5 (traumaoireet), WHOQOL-BREF (elämänlaatu)	Koeryhmälle vuosi intervention jälkeen	Koeryhmän masennusoireet vähenivät kontrolliryhmään verrattuna ($p < .001$, $d = 1.5$). Ryhmänsisäisessä vertailussa intervention vaikutus säilyi seurannassa keskisuurella efektikoolla ($d = 0.6$). Koeryhmän psykologinen pahoinvointi väheni enemmän kuin kontrolliryhmällä ($p < .001$, $d = 3.0$), ja vaikutus säilyi seurannassa ($d = 1.0$). Koeryhmän traumaoireet eivät vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmään verrattuna, vaikka efektikoko oli keskisuuri ($p = .842$, $d = 0.7$). Seurannassa traumaoireiden efektikoko säilyi. Elämänlaatu parani verrattuna kontrolliryhmään ($d = 2.2$).
Koch ym., 2020	Pilottitutkimus, RWCT	STARC (vs. WLC), 14 x 90 min. 14 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	GHQ-28 (transdiagnostinen), PCL-5 (traumaoireet)	Koeryhmälle 12 viikkoa intervention jälkeen	Koeryhmän psykologinen pahoinvointi väheni verrattuna kontrolliryhmään ($p = .001$, $d = 1.7$), ja vaikutus säilyi seurannan ryhmänsisäisessä vertailussa ($d = 1.1$). Myös koeryhmän traumaoireet vähenivät verrattuna kontrolliryhmään ($p = .001$, $d = 1.2$), ja vaikutus säilyi seurannan ryhmänsisäisessä vertailussa ($d = 1.0$).

Shaw ym., 2019	RWCT	Kaksi CA-CBT-ryhmää (vs. WLC), 8 viikoittaista tapaamista, ammattilaisen ohjaama, RM	HSCL-25 (masennus ja ahdistuneisuus), RHS-15 (transdiagnostinen), HTQ (traumaoireet)	12 viikkoa intervention jälkeen	Masennusoireet vähenivät molemmissa koeryhmissä (R1: $p < .001$, $d = 1.1$; R2: $p < .001$, $d = 2.3$). Vaikutus säilyi intervention jälkeisen mittauskerran ja seurannan välillä (R1: $p = .320$; R2: $p = .460$). Ahdistuneisuus väheni molemmissa koeryhmissä (R1: $p < .001$, $d = 1.2$; R2: $p < .001$, $d = 2.2$). Vaikutus säilyi seurannassa (R1: $p = .440$; R2: $p = .260$). Psykologinen pahoinvointi väheni (R1: $p < .001$, $d = 1.4$; R2: $p < .001$, $d = 2.7$). Vaikutus säilyi seurannassa (R1: $p = .130$; R2: $p = .240$). Myös traumaoireet vähenivät (R1: $p < .050$, $d = 0.4$; R2: $p < .001$, $d = 1.9$). Vaikutus säilyi seurannassa (R1: $p = .130$; R2: $p = .240$). Kontrolliryhmän tulokset olivat hoidon jälkeen kaikissa muuttujissa samansuuntaisia.
Shaw ym., 2022	Kontrolloimaton pilottitutkimus, jossa tutkittiin kahta interventiota, joista CASG oli kulttuurisesti muovaamaton	CA-CBT (ja CASG) 8 x 75–90 min. 8 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	RHS-15 (transdiagnostinen), WHOQOL-BREF (elämänlaatu)	Ei pidempää seurantaa	Psykologinen pahoinvointi väheni efektikoon ollessa lähes keskisuuri ($d = -0.4$). Elämänlaadussa oli efektikooltaan keskisuuri lasku ($d = -0.5$), joka ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p > .05$). Sen sijaan toisen muovaamatonta hoitoa saavan koeryhmän elämänlaatu parani ($d = 0.5$).
Uhr ym., 2025	Kontrolloimaton pilottitutkimus	CA-D-MCT, 8 x 90 min. 8 vko ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	PHQ-9 (masennus), PCL-5 (traumaoireet), WHOQOL-BREF (elämänlaatu)	12 viikkoa intervention jälkeen	Masennusoireet vähenivät ja efektikoko oli suuri ($p = .010$, $\eta^2 = .2$). Vaikutus säilyi seurannassa. Traumaoireet eivät vähentyneet tilastollisesti merkitsevästi, vaikka efektikoko oli keskisuuri ($p = .059$, $\eta^2 = .1$). Myöskään elämänlaatu ei parantunut tilastollisesti merkitsevästi, vaikka efektikoko oli keskisuuri ($p = .101$, $\eta^2 = .1$). Traumaoireita tai elämänlaatua ei mitattu seurannassa.

Wiechers ym., 2023	RCT	Empowerment (vs. TAU), 16 x 90 min. 3 kk ajan, ammattilaisen ohjaama, RM	PHQ-9, MÅDRS (masennus), RHS-15 (transdiagnostinen), WHOQOL-BREF (elämänlaatu)	24 ja 48 viikkoa intervention jälkeen	Koeryhmän masennusoireet (PHQ-9) vähenivät ($p < .001$, $d = 0.7$) verrattuna kontrolliryhmään, jossa ei tapahtunut muutosta ($p = .113$). Koeryhmän masennusoireet (MÅDRS) vähenivät ($p < .001$, $d = 0.5$) verrattuna kontrolliryhmään, jossa ei havaittu muutosta ($p = .352$). Molemmissa ryhmissä psykologinen pahoinvointi väheni ($p = .003$), mutta ryhmien välillä ei ollut eroa ($p = .068$). Molemmissa ryhmissä psykologinen elämänlaatu laski tilastollisesti merkitsevästi ($p < .001$), mutta ryhmien välillä ei ollut eroa. Seurannan tuloksia ei raportoitu.
Zoellner ym., 2024	RWCT	ITH (vs. WLC), 6 viikoittaista tapaamista, maallikon ohjaama, RM	PHQ-9 (masennus), PDS-5 (traumaoireet)	3, 6 ja 12 viikkoa intervention jälkeen	Koeryhmän masennusoireet vähenivät verrattuna kontrolliryhmään ($p = .01$, $d = -0.7$). Vaikutus säilyi seurannassa. Myös traumaoireet vähenivät verrattuna kontrolliryhmään ($p = .01$, $d = -0.7$) ja vaikutus säilyi seurannassa.

Taulukossa käytetyt lyhenteet aakkosjärjestyksessä: BAI = Beck Anxiety Inventory; CA-CBT = Kulttuurisesti muovattu kognitiivinen käyttäytymisterapia, engl. *Culturally adapted cognitive behavioral therapy*; CA-CBT+ = Culturally adapted cognitive behavioral therapy Plus problem management; CA-D-MCT = Culturally adapted Metacognitive Training for Depression; CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; CAPS-5 = Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5; CASG = Community adjustment support group curriculum; CPT = Cognitive processing therapy; Empowerment = masennukseen kohdennettu interventio; GAD-7 = General Anxiety Disorder-7; GHQ-28 = General Health Questionnaire; HSCL = Hopkins Symptom Checklist; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist-25; HTQ = The Harvard Trauma Questionnaire; ITH = Islamic Trauma Healing; MBTR-R = Mindfulness Based Trauma Recovery for Refugees; ; MÅDRS = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; PCL-5 = PTSD Checklist for DMS-5; PDS-5 = Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire–9; RCT = satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, engl. *randomized controlled trial*; RHS-15 = Refugee Health Screener; RM = ryhmämuotoinen; RWCT = satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa kontrolliryhmänä viivästetyn hoidon ryhmä, engl. *randomized controlled waitlist trial*; SCID-testin GAD-moduuli = The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV) -testin moduuli yleistyneen ahdistuneisuushäiriön mittaamiseen; SCL = Symptom Checklist-90-R Scales; STARC = Skills-Training of Affect Regulation – A Culture-Sensitive Approach; TAU = tavanomainen hoito, engl. *treatment as usual;* WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WLC = kontrollina viivästetyn hoidon ryhmä, jossa kontrolliryhmässä olevat saavat hoitoa koeryhmän jälkeen, engl. *waitlist control*; YM = yksilömuotoinen

4. Pohdinta

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme tavoitteena oli selvittää kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivuutta pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa. Kaikki tutkimuksen kohteena olleet interventiot muistuttivat perusominaisuuksiltaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Katsauksen tulosten perusteella kulttuurisesti muovatut interventiot ovat toimivia pakolaisten psyykkisten oireiden hoidossa, ja tutkimusten seurantamittausten perusteella interventioiden vaikutukset myös säilyvät ajan kuluessa kohtuullisen hyvin. Näin ollen tulokset tukivat hypoteesiamme. Tarkastelimme lisäksi, miten tutkimukseemme valikoituneet kulttuurisesti muovatut interventiot vaikuttavat elämänlaatuun. Katsauksemme ei kuitenkaan antanut yksiselitteistä näyttöä siitä, että kulttuurisesti muovatut interventiot parantaisivat pakolaisten elämänlaatua. Täten hypoteesimme ei saanut tukea. Lopuksi tarkastelimme neljän tutkimuksen laadullisia osioita selvittääksemme, mitkä ominaisuudet koehenkilöt kokivat interventioissa hyödyllisiksi. Hyödyllisimmiksi ominaisuuksiksi koettiin muun muassa ryhmämuotoisuus ja erilaiset harjoitukset. Vaikka tulokset antoivat viitteitä siitä, että kulttuurisesti muovatuilla interventioilla on suotuisia vaikutuksia pakolaisten mielenterveyteen, perustuivat tulokset rajalliseen määrään tutkimuksia, joista osa oli metodologisesti heikkolaatuisia.

4.1. Keskeiset tulokset

Kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivuutta pakolaisten masennusoireiluun tutkittiin valtaosassa katsauksemme tutkimuksista (10), ja jokaisessa tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevää masennusoireilun vähenemistä (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu 2019; Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004; Kananian ym., 2017, 2020; Shaw ym., 2019; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023; Zoellner ym., 2024). Muutoksen efektikoot vaihtelivat keskisuuresta suureen. Seurantamittausten perusteella interventioiden vaikutukset säilyivät ajan kuluessa. Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa masennusoireet vähenivät nopeammin niillä, joilla psykopatologiset oireet olivat koholla ennen interventiota.

Puolet (7) katsauksemme tutkimuksista mittasi ahdistuneisuutta (Aizik-Reebs ym., 2021; Bahu 2019; Bernardi ym., 2019; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2019). Nämä tutkimukset antoivat vahvaa näyttöä interventioiden toimivuudesta, sillä jokaisessa tutkimuksessa havaittiin oireiden vähentyneen tilastollisesti merkitsevästi.

Efektikoot olivat erittäin suuria. Seurantamittauksissa havaittiin interventioiden vaikutuksen säilyneen. Tulosten yleistettävyyden rajoituksena voidaan kuitenkin pitää sitä, että ahdistuneisuusoireilua tutkittiin vain seitsemässä katsauksemme tutkimuksessa.

Valtaosa katsauksemme tutkimuksista (11) mittasi traumaoireita (Aizik-Reebs ym., 2021; Bernardi ym., 2019; Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2017, 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019; Uhr ym., 2025; Zoellner ym., 2024). Tulosten perusteella kulttuurisesti muovatut interventiot ovat melko toimivia traumaoireiden hoidossa, ja efektikoot vaihtelivat lähes keskisuuresta hyvin suureen. Tuloksissa oli kuitenkin enemmän epäjohdonmukaisuutta kuin masennus- ja ahdistuneisuusoireissa. Kolmessa tutkimuksessa tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, vaikka näissäkin tutkimuksissa havaittiin keskisuuria ja suuria efektikokoja (Kananian ym., 2017, 2020; Uhr ym., 2025). Kyseisten tutkimusten otoskoot olivat kuitenkin melko pieniä (N = 7–37), joten on mahdollista, että otoskoon kasvaessa tulokset voisivat saavuttaa tilastollisen merkitsevyyden. Seurantamittausten perusteella intervention vaikutus säilyi ajan kuluessa melko hyvin, mutta kahden seurantamittauksen tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (Bernardi ym., 2019; Kananian ym., 2017).

Puolet (7) katsauksemme tutkimuksista mittasi transdiagnostista psykologista oireilua, jota tässä tutkielmassa kutsuimme psykologiseksi pahoinvoinniksi (Eskici ym., 2023; Hinton ym., 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2019, 2022; Wiechers ym., 2023). Psykologinen pahoinvointi väheni johdonmukaisesti. Wiechersin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa muutos ei kuitenkaan eronnut kontrolliryhmässä tapahtuneesta muutoksesta. Interventioiden vaikutuksen havaittiin säilyneen seurannassa. Psykiatrisilla sairauksilla on korkea komorbiditeetti, joten olisikin ollut varsin yllättävää, mikäli masennusta, ahdistuneisuutta ja traumaoireilua helpottavat interventiot eivät vähentäisi myös muuta henkistä ahdinkoa.

Vaikka suurin osa (9) katsauksemme tutkimuksista hyödynsi koeryhmän lisäksi kontrolliryhmää, vain kaksi tutkimusta hyödynsi aktiivista kontrolliryhmää (Eskici ym., 2023; Wiechers ym., 2023). Molemmissa tutkimuksissa kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa. Muissa seitsemässä tutkimuksessa hyödynnettiin viivästetyn hoidon ryhmää, joka ei saanut samanaikaista vaihtoehtoista hoitoa, vaan sai intervention vasta koeryhmän jälkeen (Aizik-Reebs ym., 2021; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2022; Zoellner ym., 2024). Aktiivista kontrolliryhmää hyödyntävien tutkimusten tulokset

eivät juuri eronneet viivästettyä hoitoa hyödyntävien tutkimusten tuloksista. Huomionarvoista kuitenkin on, että Eskicin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa masennus- ja ahdistuneisuusoireilun muutoksessa havaittu efektikoko ($d = 0.4$) oli pienin, mitä katsauksemme kontrolloiduissa tutkimuksissa havaittiin kyseisten oirekuvien osalta. Traumaoireilun muutoksessa havaittiin kuitenkin suuri efektikoko.

Havaitsimme tutkimustuloksissa hienovaraisia eroja interventioiden toimivuudessa masennus-, ahdistuneisuus- ja traumaoireilun välillä. Jokaisessa masennus- ja ahdistuneisuusoireita mitanneessa tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia, kun taas kaikki traumaoireita koskevat tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tutkimustulosten ristiriitaisuus saattaa kieliä traumaoireiden hoidon haastavuudesta. Esimerkiksi kahdessa samaa interventiota (CA-CBT) hyödyntäneessä tutkimuksessa tulokset poikkesivat toisistaan. Eskicin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa CA-CBT oli tavanomaista hoitoa tehokkaampi traumaoireiden hoidossa. Sen sijaan Kananianin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa traumaoireilu ei vähentynyt tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmään verrattuna, vaikka muut oireet vähenivät. Toisaalta tulosten väliset erot voivat johtua myös sattumasta tai esimerkiksi mittareihin liittyvistä tekijöistä, oireiden voimakkuudesta ennen interventiota, oireiden luonteesta tai hoitomenetelmien eroista. Masennus, ahdistuneisuus ja traumaoireet voivat myös esiintyä päällekkäisesti, jolloin häiriöiden erottelu toisistaan voi olla haastavaa, eikä välttämättä mielekästä. Yleisesti ottaen kulttuurisesti muovatut interventiot näyttävät soveltuvan sekä masennus-, ahdistuneisuus- että traumaoireiden hoitoon.

Viidessä tutkimuksessa mitattiin kulttuurisesti muovattujen interventioiden vaikutusta itsearvioituun elämänlaatuun (Kananian ym., 2017, 2020; Shaw ym., 2022; Uhr ym., 2025; Wiechers ym., 2023). Tuloksissa ilmeni epäjohdonmukaisuutta. Kahdessa tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevää elämänlaadun paranemista, ja molemmissa tutkimuksissa havaittiin suuria efektikokoja (Kananian ym., 2017, 2020). Uhrin ja kumppaneiden (2025) tutkimuksessa havaittiin myös suuri efektikoko, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Toisaalta kahdessa tutkimuksessa havaittiin hypoteesimme vastaisesti elämänlaadun laskua (Wiechers ym., 2023; Shaw ym., 2022). Toisessa näistä tutkimuksista tulos ei eronnut kontrolliryhmästä, vaikka olikin tilastollisesti merkitsevä (Wiechers ym., 2023). Shawn'n ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa kulttuurisesti muovatun intervention saaneen ryhmän tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta oli efektikooltaan keskisuuri. Tulos kuitenkin poikkesi saman tutkimuksen toisesta koeryhmästä, joka sai kulttuurisesti muovatun intervention sijaan CASG-intervention, joka korostaa vertaistukea ja uuteen ympäristöön

sopeutumista. Kyseisessä ryhmässä havaittiin efektikooltaan keskisuuri ja tilastollisesti merkitsevä elämänlaadun parantuminen. Missään tutkimuksessa ei raportoitu elämänlaadun seurantamittauksia.

Elämänlaadun tulosten ristiriitaisuus saattaa johtua siitä, että koettuun elämänlaatuun vaikuttaa niin laajalti erilaisia muuttujia, että niitä on haastavaa kontrolloida interventiotutkimuksessa. Uudessa maassa pakolaisten elämäntilanne voi olla hyvinkin epävarma, joten kokemus elämänlaadusta voi muuttua nopeasti. On mahdollista, että interventio itsessään on heikentänyt osallistujien elämänlaatua, mutta lienee todennäköisempää, että elämänlaatuun on vaikuttanut hoitojakson aikana tapahtuneet muutokset esimerkiksi toimeentulossa, asumisessa ja sosiaalisissa suhteissa. Tähän viittaa myös Shaw'n ja kumppaneiden (2022) tutkimus, jossa elämänlaatu parani koeryhmässä, joka sai psykologisen intervention sijaan kotoutumisen edistämiseen kohdennetun CASG-intervention. Lisäksi Wiechersin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa psykologinen elämänlaatu laski sekä koeryhmässä että tavanomaista hoitoa saaneessa kontrolliryhmässä, mikä antaa viitteitä siitä, että psykologinen hoito itsessään ei välttämättä riitä parantamaan elämänlaatua.

Neljässä katsauksemme tutkimuksessa oli tehty laadullinen analyysi osallistujien kokemuksista interventioon liittyen (Bahu, 2019; Bernardi ym., 2019; Kananian ym., 2017; Shaw ym., 2022). Näiden kokemusten perusteella erityisesti ryhmämuotoinen työskentely sekä konkreettiset harjoitukset vaikuttavat hyödyllisiltä ominaisuuksilta pakolaisille suunnatuissa kulttuurisesti muovatuissa interventioissa. Ryhmämuotoisuus mahdollisti vertaistuen ja kokemusten jakamisen. Vertaistuen onkin havaittu lisäävän toivon tunnetta sekä parantavan elämänlaatua (Bellamy ym., 2017). Jos henkilö on lähtöisin kollektivistisesta eli yhteisöllisestä kulttuurista, intervention ryhmämuotoisuus saattaa olla erityisen tärkeää. Konkreettiset harjoitukset kuten hengitysharjoitukset koettiin erityisen toimiviksi. On mahdollista, että harjoituksiin osallistuminen tuntuu kuormittavassa elämäntilanteessa helpommalta, kuin keskusteluterapiaan keskittyminen. Vaikka laadullisia analyysejä oli tehty vain neljässä tutkimuksessa, antoivat ne katsaukseemme arvokasta tietoa osallistujien kokemuksista.

Muista katsauksemme tutkimuksista poiketen Zoellnerin ja kumppaneiden (2024) tutkimuksessa intervention ohjasi lyhyen koulutuksen saanut maallikko, eikä sosiaali- ja terveysalan ammattilainen. Tulosmuuttujien osalta kyseinen tutkimus ei kuitenkaan eronnut

katsauksemme muista tutkimuksista, vaan sekä masennus- että traumaoireilu laskivat tilastollisesti merkitsevästi efektikokojen ollessa keskisuuria.

Katsauksemme tulokset ovat osittain linjassa aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa. Danielin ja kumppaneiden (2024) systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä havaittiin lyhyiden kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden vähentävän pakolaisten masennus-, ahdistuneisuus- ja traumaoireilua. Osa katsauksen tutkimuksista oli kulttuurisesti muovattuja. Seurantamittauksissa ei kuitenkaan havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa alkumittaukseen, eli interventioiden vaikutus ei säilynyt ajan kuluessa. McDermottin ja kumppaneiden (2024) erilaisia kulttuurisesti muovattuja interventioita pakolaisten hoidossa tutkineessa katsauksessa havaittiin kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvien interventioiden olevan tehokkaita oireilun vähentämisessä. Tämä on linjassa katsauksemme tulosten kanssa. Grinerin ja Smithin (2006) meta-analyysissä havaittiin kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivan eri kulttuuriryhmien psyykkisten oireiden hoidossa. Meta-analyysissä kulttuurisesti muovattujen interventioiden huomattiin olevan perinteisiä interventiomalleja neljä kertaa tehokkaampia, ja lisäksi hoidon toteuttaminen asiakkaan äidinkielellä kaksinkertaisti sen toimivuuden verrattuna interventioihin, jotka toteutettiin englanniksi. Tutkielmamme elämänlaatua koskevat tulokset olivat ristiriitaisia, vaikka esimerkiksi Petersonin ja kumppaneiden (2020) katsauksessa psykologiset interventiot paransivat pakolaisten elämänlaatua. Kaikki heidän katsauksensa interventiot eivät kuitenkaan olleet kulttuurisesti muovattuja.

4.2. Vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimuksemme keskeisin vahvuus oli, että se suoritettiin systemaattisena katsauksena. Jotta hakumme ulottuisi käyttäytymistieteiden ulkopuolelle, valitsimme tietokannoiksi myös poikkitieteellisiä tietokantoja (Web of Science ja Scopus). Hakulausekkeet muodostettiin niin, että niiden varmistettiin kattavan kaikki oleelliset tutkimukset kussakin tietokannassa. Tutkimusten valikointiprosessi toteutettiin sokkoutetusti siten, että molemmat tekijät arvioivat ja valikoivat tutkimusartikkelit ensin itsenäisesti, minkä jälkeen lopullinen aineisto koottiin yhdessä.

Tutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää myös sitä, että se pyrki luomaan kokonaiskuvan pakolaisten psyykkisen oireilun hoitamisesta kulttuurisesti muovatuilla interventioilla.

Katsauksessa ei keskitytty ainoastaan yhteen muuttujaan, vaan kolmeen yleiseen psykiatriseen oirekuvaan ja oireiden muodostamaan transdiagnostiseen kokonaisuuteen. Pyrimme käsittelemään hyvinvoinnin monimuotoisuutta tarkastelemalla myös elämänlaatua, joka kuvaa koehenkilöiden yleisempää kokemusta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Näin ollen elämänlaatua koskevien tulosten ristiriitaisuus saattaa heijastaa psykologisten interventioiden rajallisia vaikuttamismahdollisuuksia, sillä epävakaassa elämäntilanteessa psykologista hoitoa tärkeämpiä tekijöitä saattavat olla taloudellinen ja sosiaalinen tuki. Lisäksi pyrimme tutkimuksemme laadullisessa osiossa kuvailemaan koehenkilöiden omia kokemuksia ja täten lisäämään tutkimukseemme inhimillisen näkökulman.

Sekä rajoituksena että vahvuutena voidaan pitää tutkimusten huomattavaa heterogeenisyyttä muun muassa koehenkilöiden kulttuuritaustoissa, elämäntilanteissa sekä kohdemaassa vietetyn ajan pituudessa, joka vaihteli vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Monipuolisen aineiston tuloksia voi mahdollisesti yleistää laajemmin eri ryhmiin. Näin ollen tuloksia voidaan pitää viitteellisinä siitä, että kulttuurisesti muovattuja interventioita voi hyödyntää erilaisissa konteksteissa, mikä lisää niiden ekologista validiteettia. Toisaalta heterogeeninen aineisto saattaa heikentää tutkimustulosten vertailtavuutta. Lisäksi tutkimusten eroja saatetaan heterogeenisyyden takia tulkita liian yksinkertaistetusti; pakolaisväestössä on paljon ihmisten välistä vaihtelua, eikä ihmisten käyttäytymistä voi täysin selittää heidän kulttuuritaustallaan tai pakolaisstatuksellaan.

Tutkimusten välistä vaihtelua lisäsivät myös erot interventioissa. Niiden välillä oli vaihtelua kulttuurisen muovaamisen toteutuksessa, sillä muovaaminen riippuu aina kohderyhmästä ja muovattavasta interventiosta. Tutkimuksissa käytettiin myös erilaisia kulttuurisen muovaamisen malleja. Interventiot vaihtelivat lisäksi sen suhteen, missä määrin ne muistuttivat kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Eniten kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta poikkesivat Kochin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa käytetty STARC sekä Aizik-Reebsin ja kumppaneiden (2021) tutkimuksessa käytetty MBTR-R. STARC hyödyntää sekä kognitiivisen että dialektisen käyttäytymisterapian menetelmiä (Amilhau ym., 2025). MBTR-R puolestaan painottaa mindfulnessia (Aizik-Reebs ym., 2021). Muut tutkimuksissa käytetyt interventiot perustuvat kognitiivisen käyttäytymisterapian perusperiaatteisiin, ja kahdeksassa tutkimuksessa käytetty CA-CBT perustuu suoraan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Hinton ym., 2018).

Tutkimuksissa käytettiin myös laajalti erilaisia mittareita, jotka vaihtelivat muun muassa pituudeltaan ja sensitiivisyydeltään, minkä lisäksi tutkimuksissa hyväksyttiin vaihdellen koehenkilöiden samanaikainen hoito. Osassa tutkimuksista hyödynnettiin kliinikoiden toteuttamia haastattelurunkoja, kun taas suurin osa mittareista perustui itsearviointiin. Kuudessa tutkimuksessa koehenkilöille sallittiin samanaikainen lääkitys, ja kolmessa myös samanaikainen psykologinen hoito oli sallittua. Oireilun vähenemiseen näillä hoitomuodoilla ei välttämättä ollut suoraviivaista yhteyttä, sillä lääkitystä ei muutettu hoidon aikana ja muu psykologinen hoito oli aloitettu jo ennen tutkimuksessa toteutettua interventiota. Poikkeuksena tähän oli Uhrin ja kumppaneiden (2025) tutkimus, jossa seitsemän koehenkilöä 37:stä aloitti masennuslääkkeiden käytön intervention aikana, mikä saattoi vaikuttaa masennusoireiden vähenemiseen. Mittarien ja samanaikaisen hoidon vaihtelu on saattanut vaikuttaa siihen, miten voimakkaasti oireilevia koehenkilöitä tutkimuksiin otettiin mukaan, millaisia heidän oirekuvansa olivat ja miten oireilun muutos näyttäytyi.

Heterogeenisyyden lisäksi merkittäväksi rajoitukseksi osoittautuivat tutkimusten metodologiset ongelmat, kuten pienet otoskoot ja kontrolloimattomat tutkimusasetelmat. Kahdeksan katsauksemme tutkimuksista oli pilottitutkimuksia, joiden pienet otoskoot rajoittavat tilastollista voimaa ja siten interventioiden toimivuudesta saatavan näytön luotettavuutta. Vaikka yhdeksässä katsauksemme tutkimuksista hyödynnettiin kontrolliryhmää, ainoastaan kahdessa tutkimuksessa kontrolliryhmä sai aktiivisesti vaihtoehtoista hoitoa (Eskici ym., 2023; Wiechers ym., 2023). Muissa kontrolloiduissa tutkimuksissa kontrolliryhmä ei saanut tutkimusjakson aikana lainkaan hoitoa (Aizik-Reebs ym., 2021; Hinton ym., 2004, 2005; Kananian ym., 2020; Koch ym., 2020; Shaw ym., 2022; Zoellner ym., 2024). Aktiivisen kontrolliryhmän puute saattaa heijastaa ylipäätään hoidon saamisen vaikutusta verrattuna hoidon puuttumiseen. Tällaisessa asetelmassa on oletettavaa, että oireilu vähenee enemmän heillä, jotka saavat psykologista hoitoa, kuin heillä, jotka jäävät ilman hoitoa. Katsauksemme tulokset eivät siis anna suoraa näyttöä siitä, että kulttuurisesti muovatut interventiot toimisivat perinteisiä interventioita paremmin.

4.3. Jatkotutkimus- ja sovellusehdotukset

Kulttuurisesti muovattujen interventioiden toimivuuden luotettava arviointi edellyttää laadukkaasti kontrolloituja tutkimuksia. Toistaiseksi interventioiden toimivuutta on arvioitu pääosin suhteessa hoidon puuttumiseen, mikä rajoittaa luotettavien johtopäätösten tekemistä

siitä, toimivatko ne paremmin kuin tavanomainen hoito tai muut hoitomenetelmät. Kliinisen soveltamisen kannalta olisi tärkeää vertailla kulttuurisesti muovattuja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia interventioita perinteiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Tarvitsemme lisää tutkimusnäyttöä siitä, tuottaako systemaattinen kulttuurinen muovaaminen merkittävää lisähyötyä verrattuna perinteisiin hoitomenetelmiin.

Jatkossa olisi perusteltua tarkastella, eroavatko tiettyyn psykiatriseen oirekuvaan kohdennetut kulttuurisesti muovatut interventiot interventioista, joissa tällaista painotusta ei ole. Suurin osa katsauksemme interventioista on kohdennettu ensisijaisesti traumaoireiden hoitamiseen, kun taas kaksi interventiota on kohdennettu masennusoireiluun (Uhr ym., 2025, Wiechers ym., 2023). Uhrin ja kumppaneiden (2025) tutkimuksessa huomattiin vain masennusoireilun tilastollisesti merkitsevä lasku, kun taas traumaoireilussa tai elämänlaadussa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta. Myös Wiechersin ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa masennusoireet vähenivät koeryhmässä enemmän kuin kontrolliryhmässä, mutta yleisessä psykologisessa pahoinvoinnissa ei havaittu samankaltaista muutosta. Jatkotutkimuksessa olisikin suotavaa selvittää, miten yhteen oirekuvaan kohdennetut hoitomuodot eroavat laaja-alaisemmista interventioista, ja miten toimivia ne ovat laajemman psyykkisen oireilun hoidossa.

Lisäksi jatkotutkimuksissa olisi tärkeää huomioida pakolaispopulaation huomattava heterogeenisyys. Pakolaisuuden määritelmä itsessään ei ole yksiselitteinen, ja pakolaiset eroavat toisistaan esimerkiksi koulutuksen, paon syyn, etnisyyden, uskonnon ja kohdemaassa vietetyn ajan suhteen. Kulttuurisesti muovattujen interventioiden hyödyntäminen pakolaisten psyykkisen oireilun hoidossa on askel oikeaan suuntaan, sillä ne pyrkivät huomioimaan yksilön kokonaisuutena sen sijaan, että yksilöä tarkasteltaisiin pelkästään pakolaisena. Tulevaisuudessa tutkimuksessa olisi kuitenkin suotavaa huomioida laajemmin myös muut identiteetin osa-alueet sekä merkitykset, joita yksilö antaa omalle kulttuurilleen ja pakolaistaustalleen. Lisäksi kotoutumisprosessin vaihe olisi syytä huomioida tutkimuksessa sekä interventioiden suunnittelussa. Tutkimusten ulkopuolelle on myös saattanut jäädä sellaisia pakolaistaustaisia henkilöitä, joiden kiinnittyminen yhteiskuntaan ja terveydenhuoltoon on vähäistä. Näin ollen tutkimustieto siitä, minkälainen hoito juuri heitä hyödyttäisi, lienee vielä varsin puutteellista.

Jatkotutkimuksissa voisi tarkastella myös sitä, millainen vaikutus intervention toteuttajalla on sen toimivuuteen. Yhdessä katsauksemme tutkimuksista intervention ohjasi lyhyen

perehdytyksen saanut maallikko, jolla ei ollut sosiaali- ja terveysalan koulutusta (Zoellner ym., 2024). Intervention toimivuus ei siitä huolimatta poikennut muista katsauksemme interventioista. Laadullisessa tutkimuksessa on saatu viitteitä siitä, että etenkin vielä matkalla olevat pakolaiset eivät välttämättä toivo psykologista hoitoa, vaan matalan kynnyksen keskusteluapua (Van Loenen ym., 2017). Heidän kanssaan työskenteleviltä toivottiin kuitenkin kulttuurista kompetenssia sekä tulkkien hyödyntämistä. Maallikon toteuttama interventio voisi siis olla hyödyllinen silloin, kun asiakkaan tarpeisiin vastaaminen edellyttää etenkin kulttuurista kompetenssia ja sensitiivisyyttä, eikä niinkään kliinistä psykologista osaamista. Mikäli tutkimustiedon karttuessa tällainen intervention toteutustapa osoittautuu hyödylliseksi, voisi maallikon toteuttama lyhyt interventio olla tarkoituksenmukainen toimintapa esimerkiksi kauttakulku- ja vastaanottokeskuksissa.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksemme perusteella kulttuurisesti muovattuja interventioita voisi mahdollisesti hyödyntää laajemmin pakolaisten mielenterveyden oireilun hoidossa. Vaikka interventioiden perusteellinen muovaaminen ei olisi aina mahdollista, voi niiden piirteitä soveltaa perinteisiin hoitomenetelmiin. Aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella kulttuurisesti muovatut interventiot ovat toimivia useiden eri etnisten vähemmistöjen hoidossa (ks. esimerkiksi Griner & Smith, 2006), joten niiden hyödyntäminen lienee järkevää myös muiden kulttuuristen vähemmistöjen kuin pelkästään pakolaisten kohdalla. Aineistomme laadullisen tarkastelun perusteella interventioiden ryhmämuotoisuutta pidettiin hyödyllisenä elementtinä. Kulttuurisesti muovattuja interventioita voisi siis olla kannattavaa toteuttaa ryhmämuotoisesti, sillä se lisää yhteisöllisyyden kokemusta ja lisäksi tehostaa terveydenhuollon resurssien kohdentamista. Toisaalta ryhmämuotoisessa toteutuksessa on tärkeää huomioida kulttuuriin liittyvät sosiaaliset normit, kuten mahdolliset hierarkkiset erot, jotka voivat vaikuttaa hoidon onnistumiseen.

Kulttuurisesti muovattujen ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvien interventioiden käyttöä pakolaisten hoidossa on tärkeää tutkia lisää eettisistä, inhimillisistä ja käytännöllisistä syistä. Koska katsauksemme perustui pitkälti kontrolloimattomiin tai viivästetyn hoidon ryhmällä kontrolloituihin tutkimuksiin, tulisi jatkotutkimuksissa verrata kulttuurisen muovaamisen hyötyjä tavanomaisiin interventioihin. Toisaalta systemaattinen kirjallisuuskatsauksemme antoi alustavia viitteitä siitä, että kulttuurisesti muovatut interventiot voisivat olla toimivia pakolaisten masennuksen, ahdistuneisuuden ja traumaoireiden hoidossa. Näin ollen voisi olla perusteltua soveltaa kulttuuriseen muovaamiseen liittyvää tutkimusnäyttöä terveydenhuollossa.

4.4. Lopuksi

Kulttuurisesti muovattuja interventioita ei ole vielä otettu laajalti käyttöön suomalaisessa terveydenhuollossa, ja ne ovat vakiintumattomia hoitomenetelmiä myös maailmanlaajuisesti. Pakolaisten mielenterveyden haasteisiin vastaaminen on kuitenkin tärkeää paitsi yksilön kärsimyksen vähentämiseksi myös kotoutumisprosessin edistämiseksi. Terapeuttinen hoito saattaa lisätä yksilön henkisiä valmiuksia asettua uuteen ympäristöön, minkä lisäksi positiivinen kokemus terveydenhuollosta voi kasvattaa yksilön luottamusta ja kiinnittymistä yhteiskuntaan.

Vaikka kulttuurisesti muovattujen interventioiden kehitystä on syytä jatkaa, on myös tärkeää tunnistaa niiden rajoitukset. Monilla pakolaisilla stressaava elämäntilanne jatkuu kohdemaassa, ja psykologisten interventioiden mahdollisuudet ovat rajalliset, jos pakolaisten kohtaamia rakenteellisia esteitä ei huomioida. Lisäksi kulttuurin vaikutusta yksilön mielenterveyteen ei tule yliarvioida. Maahanmuuttajia koskevassa tutkimuksessa suurin heidän terveydenhuollossa kohtaamansa haaste olivat kielen ja kommunikaation ongelmat, kun taas kulttuuriset erot olivat vasta viidenneksi merkittävin haaste (Priebe ym., 2011). Vaikka kulttuurisesti muovattujen interventioiden mahdollisuudet ovat rajalliset, antoi katsauksemme kuitenkin tukea niiden toimivuudelle pakolaisten mielenterveyden hoidossa. Näin ollen voisi olla perusteltua edistää psykologisten interventioiden kulttuurista muovaamista pakolaisten mielenterveyden edistämiseksi sekä yleisesti laadukkaiden mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi.

Lähdeluettelo

*-merkintä tarkoittaa, että artikkeli on sisällytetty systemaattiseen katsaukseen

American Psychological Association. (31.7.2017). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*. Haettu 22.5.2026 osoitteesta: https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy

American Psychological Association. (n.d.) *What is Cognitive Behavioral Therapy?* https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral.pdf

Amilhau, A., Soubelet, A., Crozier, L., & Colamarino, L. (2025). Skills training in affective and interpersonal regulation (STAIR) for treating complex trauma: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *9*(1), 100493. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100493

*Aizik-Reebs, A., Yuval, K., Hadash, Y., Gebreyohans Gebremariam, S., & Bernstein, A. (2021). Mindfulness-based trauma recovery for refugees (MBTR-R): Randomized waitlist-control evidence of efficacy and safety. *Clinical Psychological Science, 9*(6), 1164–1184. https://doi.org/10.1177/2167702621998641

*Bahu, M. (2019). War, trauma and culture: Working with Tamil refugees and asylum seekers using culturally adapted CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist, 12*, e46. https://doi.org/10.1017/S1754470X1900031X

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893–897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Bellamy, C., Schmutte T., & Davidson L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, *21*(3), 161–167. https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0014

Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 58*(3), 279–289. https://doi.org/10.1037/a0023626

Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(1), 67–82. https://doi.org/10.1007/BF01447045

Bernal, G., & Flores-Ortiz, Y. (1982). Latino families in therapy: Engagement and evaluation. *Journal of Marital and Family Therapy, 8*(3), 357–365. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1982.tb01458.x

Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*(2), 121–132. https://doi.org/10.1002/jcop.20096.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 361–368. https://doi.org/10.1037/a0016401

*Bernardi, J., Dahiya, M., & Jobson, L. (2019). Culturally modified cognitive processing therapy for Karen refugees with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 26*(5), 531–539. https://doi.org/10.1002/cpp.2373

Berthold, S.M., Mollica, R.F., Silove, D., Tay, A.K., Lavelle, J., & Lindert, J. (2019) The HTQ-5: revision of the Harvard Trauma Questionnaire for measuring torture, trauma and DSM-5 PTSD symptoms in refugee populations. *European Journal of Public Health*, 29(3), 468–474. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky256

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine, 17*(9), e1003337. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489–498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

Byrow, Y., Pajak, R., Specker, P., & Nickerson, A. (2020). Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health help-seeking amongst refugees: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 75*, 101812. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101812

Castaneda, A. E., Mäki-Opas, J., Jokela, S., Kivi, N., Lähteenmäki, M., Miettinen, T., Nieminen, S., & Santalahti, P. (2018). Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa – PALOMA-käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-100-3

Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. (2012). Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa: mielenterveys. Teoksessa S. Koskinen (toim.), *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi* (s. 145–164). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4

Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., ... & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, *44*(6), 1131-1146. https://doi.org/10.1017/S0033291713001785

Daniel, N. A., Liu, X., Thomas, E. T., Eraneva-Dibb, E., Ahmad, A. M., & Heneghan, C. (2024). Brief CBT-based psychological interventions to improve mental health outcomes in refugee populations: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, *15*(1), 2389702. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2389702

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised*. Minneapolis, MN; National Computer Systems.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*(1), 1–15. https://doi.org/10.1002/bs.3830190102

*Eskici, H. S., Hinton, D. E., Jalal, B., Yurtbakan, T., & Acarturk, C. (2021). Culturally adapted cognitive behavioral therapy for Syrian refugee women in Turkey: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 15*(2), 189–198. https://doi.org/10.1037/tra0001138

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. Teoksessa A. M. King & D. M. Sloan (toim*.), Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (s. 283–309). Guilford. https://doi-org.ezproxy.utu.fi:2443/10.1080/08870446.2025.2572474

Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., Rauch, S., Porter, K., & Knowles, K. (2016). Psychometric properties of the posttraumatic diagnostic scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment, 28*(10), 1166–1171. https://doi.org/10.1037/pas0000258

Gagliardi, J., Brettschneider, C., & König, H. H. (2021). Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in

general and clinical refugee populations in the community setting. *Conflict and Health*, *15*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s13031-021-00378-1

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine, 27*(1), 191–197. https://doi.org/10.1017/S0033291796004242

Goodkind, J., Ferrera, J., Lardier, D., Hess, J.M., & Greene, R.N. (2021). A mixed-method study of the effects of post-migration economic stressors on the mental health of recently resettled refugees. *Society and mental health*, *11*(3), 217-235. https://doi.org/10.1177/2156869320973446

Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(4), 531–548. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531

Gruner, D., Magwood, O., Bair, L., Duff, L., Adel, S., & Pottie, K. (2020). Understanding Supporting and Hindering Factors in Community-Based Psychotherapy for Refugees: A Realist-Informed Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, *17*(13), 4618. https://doi.org/10.3390/ijerph17134618

Guarch-Rubio, M., Byrne, S., & Manzanero, A. L. (2020). Violence and torture against migrants and refugees attempting to reach the European Union through Western Balkans. *Torture Journal*, *30*(3), 67–83. https://doi.org/10.7146/torture.v30i3.120232

Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior therapy*, *47*(6), 993–1014. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005

Heim, E., Mewes, R., Abi Ramia, J., Glaesmer, H., Hall, B., Shehadeh, M. H., Ünlü, B., Kananian, S., Kohrt, B. A., Lechner-Meichsner, F., Lotzin, A., Moro, M. R., Radjack, R., Salamanca-Sanabria, A., Singla, D. R., Starck, A., Sturm, G., Tol, W., Weise, C., & Knaevelsrud, C. (2021). Reporting cultural adaptation in psychological trials – the RECAPT criteria. *Clinical psychology in Europe, 23*(3), e6351. https://doi.org/10.32872/cpe.6351

*Hinton, D. E., Pham, T., Tran, M., Safren, S. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 17(5),* 429–433. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000048956.03529.fa

*Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G., & Pollack, M. H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 617–629. https://doi.org/10.1002/jts.20070

Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 340–365. https://doi.org/10.1177/1363461512441595

Hinton D.E., & Patel A. (2018). Culturally sensitive CBT for refugees: key dimensions. Teoksessa N. Morina, A. Nickerson (toim.), *Mental health of refugee and conflict affected populations* (s. 201–219). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97046-2_10

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 621–632. https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0407

Hollifield, M., & Farmer, B. (2016). Effective screening for emotional distress in refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(4), 247–253. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000469

Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., & Hinton, D. E. (2015). "Thinking too much": A systematic review of a common idiom of distress. *Social science & medicine*, *147*, 170–183. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.044

Kartal, D., & Kiropoulos, L. (2016). Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*(1), 28711. https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28711

*Kananian, S., Ayoughi, S., Farugie, A., Hinton, D., & Stangier, U. (2017). Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology, 8*, 1390362. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1390362

*Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with Afghan refugees: A randomized controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 33*(6), 928–938. https://doi.org/10.1002/jts.22615

Kılıç, C., Kaya, E., Karadağ, Ö., & Üner, S. (2023). Barriers to accessing mental health services among Syrian refugees: a mixed-method study. *Turkish Journal of Psychiatry*, *35*(2), 87–94. https://doi.org/10.5080/u27044

*Koch, T., Ehring, T., & Liedl, A. (2020). Effectiveness of a transdiagnostic group intervention to enhance emotion regulation in young Afghan refugees: A pilot randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 132*, 103689. https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103689

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lester, K., Resick, P. A., Young-Xu, Y., & Artz, C. (2010). Impact of race on early treatment termination and outcomes in posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(4), 480–489. https://doi.org/10.1037/a0019551

Lopez, S. R., Grover, K P., Holland, D., Johnson, M. J., Kain, C. D., Kanel, K, Mellins, C. A, & Culkin, M. (1989). Development of culturally sensitive psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*(6), 369-376.

Markowitz, J. C. (2010). IPT and PTSD. *Depression and Anxiety*, *27(10),* 879–881. https://doi.org/10.1002/da.20752

McDermott, L., Hameed, I., & Lau-Zhu, A. (2024). Cultural Adaptations, Efficacy, and Acceptability of Psychological Interventions for Mental Health in Adults with Refugees and Asylum-Seeker Status: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, *25*(5), 3758–3776. https://doi.org.ezproxy.utu.fi:2443/10.1177/15248380241262262

Melese, M., Simegn, W., Esubalew, D., Limenh, L. W., Ayenew, W., Chanie, G. S., Seid, A. M., Beyna, A. T., Mitku., M. L., Mengesha, A. K., & Gela, Y. Y. (2024). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, and depression, along with their associated factors, among Eritrean refugees in Dabat town, northwest Ethiopia, 2023. *BMC psychology*, *12*(1), 62. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01554-7

McHugh, T., Forbes, D., Bates, G., Hopwood, M., & Creamer, M. (2012). Anger in PTSD: Is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clinical Psychology Review, 32*(2), 93–104. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.013

Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(2), 111–116.

Montgomery, S., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry, 134*(4), 382–389. https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382

Naeem, F., Phiri, P., Rathod, S., & Ayub, M. (2019). Cultural adaptation of cognitive–behavioural therapy. *BJPsych Advances*, *25*(6), 387–395. https://doi.org/10.1192/bja.2019.15

Naeem, F., & Sajid, S., & Naz, S., & Phiri, P. (2023). Culturally adapted CBT – the evolution of psychotherapy adaptation frameworks and evidence. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *16*, e10. https://doi.org/10.1017/S1754470X2300003X

Nguyen, T. P., Slewa-Younan, S., & Rioseco, P. (2024). Trajectories of psychological distress and social integration in newly resettled refugees: findings from the Building a New Life in Australia longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *59*(8), 1425-1435. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02528-7

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(210). https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Palmer, D., & Ward, K. (2007). 'Lost': listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict and Survival*, *23*(3), 198–212. https://doi.org/10.1080/13623690701417345

Peterson, C., Poudel-Tandukar, K., Sanger, K., & Jacelon, C. S. (2020). Improving Mental Health in Refugee Populations: A Review of Intervention Studies Conducted in the United States. *Issues in Mental Health Nursing*, *41*(4), 271–282. https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1669748

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, *11*, 187. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187

Rad, M. S., Martingano, A. J., & Ginges, J. (2018). Toward a psychology of Homo sapiens: Making psychological science more representative of the human population. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(45), 11401-11405. https://doi.org/10.1073/pnas.1721165115

Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association

with sociodemographics —data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, *74*(2–3), 211–219. https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.003

Rohlof, H. G., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2014). Somatization in refugees: a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *49*(11), 1793-1804. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0877-1

*Shaw, S. A., Ward, K. P., Pillai, V., & Hinton, D. E. (2019). A group mental health randomized controlled trial for female refugees in Malaysia. *American Journal of Orthopsychiatry, 89*(6), 665–674. https://doi.org/10.1037/ort0000346

*Shaw, S. A., Poulin, P., & Crump, K. (2022). Implementing psychosocial support groups in U.S. refugee resettlement. *Journal of Social Service Research, 48*(5), 593–605. https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2096171

Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research, 13*(2), 299–310. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

Snellman, O., Seikkula, J., Wahlström, J., & Kurri, K. (2014). Aikuisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten mielenterveyden ja psyykkisten ongelmien erityispiirteet. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, *51*(3), 203–222. https://doi.org/10.23990/sa.48322

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

*Uhr, C., Metzner, F., Pawils, S., Adedeji, A., Dietrichkeit, M., Jelinek, L., & Morina, N. (2025). Culturally adapted metacognitive training for depression (CA-D-MCT) for Arabic- and Farsi-speaking refugees: A feasibility trial. *European Journal of Psychotraumatology, 16*(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2572176

UNESCO. (n.d.). *Query List – Culture.* https://www.unesco.org/en/query-list/c/culture

United Nations High Commissioner for Refugees. (4.11.2025). *Mid-Year trends*. https://www.unhcr.org/mid-year-trends

United Nations High Commissioner for Refugees. (n.d.) *Tietoa meistä – Keitä autamme*. https://www.unhcr.org/nordic-and-baltic/fi/tietoa-meista/keita-autamme

Van Loenen, T., Van den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., Van Ginneken, N., Mechili, E. A., Angelaki, A., Ajdukovic, D., Bakic, H., Rotar Pavlic, D., Zelko, E., Hoffmann, K., Jirovsky, E., Mayrhuber, E. S., Dückers, M., Mooren, T., Gouweloos–Trines, J., Kolozsvári, L., Rurik, I., & Lionis, C. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health, 28*(1), 82–87. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210

Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W. F., Shinwari, N. R., Faiz, H., & Nassery, R. (2007). Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42(4),* 328–335. https://doi.org/10.1007/s00127-007-0161-8

Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & Von Scheve, C. (2020). Living conditions and the mental health and well-being of refugees: evidence from a large-scale German survey. *Journal of immigrant and minority health*, *22*(5), 903-913. https://doi.org/10.1007/s10903-019-00968-5

Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2017). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment, 30*(3), 383–395. https://doi.org/10.1037/pas0000482

Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13(3)*, 132–156. https://doi.org/10.1002/da.1029

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T.M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.

Wenzel A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *The Psychiatric clinics of North America*, *40*(4), 597–609. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001

*Wiechers, M., Strupf, M., Bajbouj, M., Böge, K., Karnouk, C., & Goerigk, S. (2023). Empowerment group therapy for refugees with affective disorders: Results of a multicenter randomized controlled trial. *European Psychiatry, 66*(1), 1-27. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2431

World Health Organization. (1998). Quality of life assessment (WHOQOL). *Social Science & Medicine, 46*(12), 1569–1585. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4

*Zoellner, L. A., Bentley, J. A., Musa, K., Mohamed, F., Ahmed, L. B., King, K. M., & Feeny, N. C. (2024). Lay-led intervention for war and refugee trauma: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 7*(8), e2429661. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.29661

Liitteet

Liite 1. Hakulausekkeet

PubMed ja Scopus:

("Culturally adapted cognitive behavio* therapy" OR "CA-CBT" OR CaCBT OR "Cultural adaptation of CBT" OR "Culturally adapted CBT" OR "Culturally modified CBT" OR "Cultural adaptation of cognitive behavio* therapy" OR "Culturally tailored cognitive behavio* therapy") AND (Refugee OR Refugees OR "Asylum seeker" OR "Asylum seekers" OR Asylee OR Asylees OR "Displaced person" OR "Displaced people" OR "Forced migrant" OR "Forced migrants") AND (Trauma OR PTSD OR "Posttraumatic stress" OR "Post traumatic stress" OR "Post-traumatic stress" OR "Posttraumatic stress disorder" OR "Post traumatic stress disorder" OR "Post-traumatic stress disorder" OR "Traumatic event" OR "Trauma exposure" OR "Traumatic experience" OR "Psychological trauma" OR Depress* OR "Mood disorder" OR "Depressive disorder" OR Anxi*)

APA PsycINFO ja Web of Science:

("Cognitive behavio* therapy" OR CBT) AND ("Culturally adapted" OR "Cultural adaptation" OR "Culturally modified" OR "Culturally tailored") AND (Refugee OR Refugees OR "Asylum seeker" OR "Asylum seekers" OR Asylee OR Asylees OR "Displaced person" OR "Displaced people" OR "Forced migrant" OR "Forced migrants") AND (Trauma OR PTSD OR "Posttraumatic stress" OR "Post traumatic stress" OR "Post-traumatic stress" OR "Posttraumatic stress disorder" OR "Post traumatic stress disorder" OR "Post-traumatic stress disorder" OR "Traumatic event" OR "Trauma exposure" OR "Traumatic experience" OR "Psychological trauma" OR Depress* OR "Mood disorder" OR "Depressive disorder" OR Anxi*)