



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Verkkoterapia osana masennuksen hoitoa

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kajander, Noora
Mikkola, Nina
Oksanen, Niina

2013 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Verkkoterapia osana masennuksen hoitoa

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kajander, Noora
Mikkola, Nina
Oksanen, Niina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2013

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi
Hoitotyö

Tiivistelmä

Kajander Noora, Mikkola Nina, Oksanen Niina

Verkkoterapia osana masennuksen hoitoa

| | | | |
|-------|------|-----------|----|
| Vuosi | 2013 | Sivumäärä | 42 |
|-------|------|-----------|----|

Masennus on Suomessa yleisin mielenterveyden häiriö, jonka hoidon aiheuttamat kansantaloudelliset kustannukset ovat mittavia. Tästä syystä masennuksen ja muiden mielenterveyshäiriöiden hoito painottuu yhä enemmän avohoidon puolelle ja siihen etsitään uusia hoitomuotoja ja apuja kehitteillä olevasta verkkoterapiasta.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on kehitetty yliopistotasoisien erikoissairaanhoidon osaamista hyödyntäen kansalaisten käyttöön palvelusivusto www.mielenterveystalo.fi. Sen tarkoituksena on välittää tietoa ja välineitä psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen sekä tarvittavan avun saamiseen. Nämä HUS:in tarjoamat verkkoterapiat pohjautuvat kognitiiviseen viitekehykseen, jossa hyödynnetään psykoterapioita koskevaa yleistä tietoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa internetin välityksellä annettujen kognitiivisten terapioiden hyötyjä ja haasteita osana masennuksen hoitoa. Tulosten avulla kartoitettiin, miten hyödyt ja haasteet näyttäytyvät kansainvälisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa verkkoterapian vaikuttavuudesta sekä haasteista masennuksen hoidossa hoitoalalla työskenteleville.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentui tutkimuskysymysten määrittämisestä, tutkimusten hausta ja valinnasta, tutkimusten laadun arvioinnista sekä analysoinnista ja tulosten esittämisestä.

Tutkimusaineiston tulokset vastasivat kysymyksiin: Millaisia ovat verkkoterapian avulla saatavat hyödyt masennuksen hoidossa sekä minkälaisia haasteita nettiterapiaan hoitomuotona liittyy? Hyödyiksi nousivat verkkoterapian hoidollinen vaikuttavuus, ohjauksen merkitys verkkoterapian osana, potilaiden tyytyväisyys verkkoterapiaan, tuen antajan merkitys verkkoterapiassa, verkkoterapian avulla saatava vaikutus hoitoresursseihin, osallistumiskyvyn madaltuminen verkkoterapiassa, uudelleen sairastumisen ehkäiseminen sekä verkkoterapia elämänlaatua ja toimintakykyä parantavana tekijänä.

Haasteista esiin tulivat verkkoterapian soveltuvuus vain osalle potilaista, itsetuhoisuuden havaitsemisen vaikeus verkkoterapiassa, verkkoterapian mahdollisesti aiheuttama negatiivinen kokemus, jos hoito ei onnistu tai hoito keskeytyy sekä tiedon puute verkkoterapiassa vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että verkkoterapiassa käytettävällä kognitiivisella käyttäytymisterapialla on vaikutusta masennuksen hoidossa.

Asiasanat: Terapia, masennus, internet, kognitiivinen käyttäytymisterapia, KKT

Kajander Noora, Mikkola Nina, Oksanen Niina

Internet therapy as part of the treatment for depression

| Year | 2013 | Pages | 42 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

In Finland, depression is the most common mental health disorder, which causes extensive costs to the national economy. For this reason the care of depression and other mental health disorders are increasingly being emphasized in outpatient care. In addition, new treatment methods based on developing internet/web therapy are being tested with clinical trials.

The health care district of Helsinki and Uusimaa (HUS) has developed a web service (www.mielenterveystalo.fi) for nationwide public use with the help and know-how of university based specialized health care units. The website aims to provide information and tools in taking care of the mental well-being of individuals and providing necessary help when needed. This internet therapy service is based on cognitive context, which utilizes common knowledge of psychotherapy.

The purpose of this thesis as a systematic literature review is to chart the benefits and challenges of internet based cognitive therapy when utilized as a treatment for depression.

With the help of the results it was charted how the benefits and challenges are shown internationally. The aim of this thesis was to produce current knowledge about the effectiveness and challenges of web therapy to people working in healthcare.

This study was based on defining proper study questions, searching for and selecting relevant research articles and finally, evaluating and analyzing these articles and presenting the final results.

The results of the study material answer to the questions: What kinds of benefits are received through web therapy as a part of depression care and what kind of challenges are involved in web therapy care? The following benefits were noticed: effectiveness of web therapy, the role of proper guidance as part of web therapy, patients' satisfaction with web based treatment, the role of support in web therapy, personnel resources of care in web therapy, lower threshold for participation in web therapy, prevention of relapse through web therapy and web therapy as a factor in improving a patient's functional capacity and quality of life.

The challenges included the suitability of web therapy as a treatment only for a part of the patients, the difficulty in the perception of suicidal tendencies in web therapy, a possible negative experience through web therapy if it does not succeed or interrupts and the lack of knowledge of effective factors in web therapy.

The results indicate that cognitive behavior therapy through web therapy has significance in treatment for depression.

Keywords: therapy, depression, internet, cognitive behavior therapy, CBT

Sisällys

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Masennuksen teoreettiset lähtökohdat ja käsitteet | 7 |
| | 2.1 Masennus sairautena..... | 7 |
| | 2.2 Masennuksen hoitomuodot..... | 8 |
| | 2.2.1 Verkkoterapia | 9 |
| | 2.2.2 Kognitiivinen psykoterapia | 11 |
| 3 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset..... | 13 |
| 4 | Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja toteutus | 13 |
| | 4.1 Systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen aineistoon tutustuminen ja tutkimussuunnitelman laatiminen | 13 |
| | 4.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja valitun aineiston hyväksyminen | 15 |
| | 4.3 Aineiston analysointi | 16 |
| 5 | Tulokset..... | 18 |
| | 5.1 Verkkoterapian avulla saatavat hoidolliset hyödyt masennuksen hoidossa | 18 |
| | 5.1.1 Verkkoterapian hoidollinen vaikuttavuus..... | 18 |
| | 5.1.2 Ohjauksen merkitys verkkoterapian osana | 19 |
| | 5.1.3 Potilaiden tyytyväisyys verkkoterapiaan | 20 |
| | 5.1.4 Tuen antajan merkitys verkkoterapiassa..... | 20 |
| | 5.1.5 Verkkoterapian avulla saatava vaikutus hoitoresursseihin | 20 |
| | 5.1.6 Osallistumiskynnyksen madaltuminen verkkoterapissa | 21 |
| | 5.1.7 Uudelleen sairastumisriskin pieneneminen terapiaan osallistuneilla | 21 |
| | 5.1.8 Verkkoterapia parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä..... | 21 |
| | 5.2 Minkälaisia haasteita nettiterapiaan hoitomuotona liittyy | 22 |
| | 5.2.1 Verkkoterapian soveltuvuus vain osalle potilaista | 22 |
| | 5.2.2 Itsetuhoisuuden havaitsemisen vaikeus verkkoterapiassa..... | 22 |
| | 5.2.3 Verkkoterapian aiheuttama negatiivinen kokemus, jos hoito ei onnistu | 22 |
| | 5.2.4 Tiedon puute verkkoterapiassa vaikuttavista tekijöistä..... | 22 |
| 6 | Pohdinta | 23 |
| | 6.1 Tulosten tarkastelu | 23 |
| | 6.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus | 25 |
| | 6.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset | 29 |
| | 6.4 Opinnäytetyön prosessin arviointi | 29 |
| | Lähteet | 31 |
| | Liitteet | 36 |
| | Liite 1. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä artikkeleista 2006-2011 | 36 |
| | Liite 2 Artikkelien laatuokittelu | 39 |
| | Liite 3 BDI-kysely | 41 |

1 Johdanto

Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä sekä psyykkisen työ- ja toimintakyvyn menettämisen suurin yksittäinen syy. Masennuksen hoidon aiheuttamat kansantaloudelliset kustannukset ovat mittavia ja sen yhteiskunnalliset haasteet ovat suuria. (Stenberg, Saiho, Pihlaja, Service, Holi & Joffe 2013,9.)

Masennus voidaan luokitella Suomessa tilastojen mukaan kansantaudiksi, sillä noin 5-6 % aikuisväestöstä sairastaa jonkin asteista masennustilaa. Vuonna 2008 sairauspäivärahopäiviä kertyi 2,4 miljoonaa ja vuoden 2010 tutkimustilaston mukaan yli 38 000 suomalaista oli eläkkeellä jonkin asteisen masennustilan perusteella. Uudenmaan alueella noin 20 000 ihmistä kärsii masennuksesta. Näistä noin puolet hakeutuu hoitoon, mutta hoitoon hakeutuneistakin vain noin puolet saa asianmukaista hoitoa. (Stenberg ym. 2013, 9.)

Masennustilaa sairastavien määrän ennustetaan kasvavan 20 vuoden kuluessa vakavaksi terveysongelmaksi ja vuoteen 2030 mennessä masennuksesta aiheutuva sairaustaakka tulee olemaan maailmanlaajuisesti merkittävämpi kuin mistään muusta terveyshäiriöstä yhteiskunnalle aiheutuva rasite. WHO:n vuonna 2000 toteuttamassa toisessa Global Burden of Disease -tutkimuksessa vakava masennus arvioitiin neljänneksi merkittävimäksi sairauskuormaa aiheuttavaksi sairaudeksi maailmanlaajuisesti. (THL 2009.) Huolimatta siitä että masennus on yksi yleisimmistä sairauksista perusterveydenhuollon piirissä, on se yhä pahiten aliarvioituja, alidiagnostoituja ja huonoiten hoidettuja terveysongelmia koko maailmassa (ASPEN-hanke). Haasteellista masennuksen hoidossa on se, että masennuksesta kärsivistä ihmisistä vain osa saa ammatillista apua sairauteensa.

Ratkaisuja masennuksen hoitoon on kehitelty joka puolella maailmaa. Yhdeksi merkittäväksi hoitomuodoksi on noussut verkkoterapiat, jotka tarjoavat kohdennettua etäterapiaa internetin välityksellä masennuksen hoidossa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä otettiin maaliskuussa 2013 käyttöön verkkoterapia, jonka uskotaan helpottavan tilannetta. Uudella maalla kolme neljästä masentuneesta jää ilman kunnollista hoitoa ja he kärsivät ongelmiansa kanssa yksin. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa internetin välityksellä annettujen kognitiivisten terapioiden hyötyjä ja haasteita osana masennuksen hoitoa aikuispotilailla. Systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla selvitetään miten verkkoterapian hyödyt ja haasteet näyttäytyvät tänä päivänä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen muodossa tuottaa ajankohtaista tietoa verkkoterapian vaikuttavuudesta sekä haasteista masennuksen hoidossa hoitoalalla

työskenteleville. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ammatillista kasvua tämän työn tekijöille sekä valmistaa kolme uutta ammattitaitoista sairaanhoitajaa kohtaamaan tulevaisuuden haasteet.

2 Masennuksen teoreettiset lähtökohdat ja käsitteet

2.1 Masennus sairautena

Masennus on mielenterveyden häiriö, joka voi ilmetä monella eri tavalla. Masennustilat eli depressiot ovat masennusoireyhtymiä, joiden taustalla on monitekijäinen sairaus. Masennuksella on taipumusta uusiutua ja joskus se voi muuttua pitkäaikaiseksi sairaudeksi. (Heiskanen ym. 2011,19.) Masennuksen uusiutumisriski vaihtelee 50 - 85 % välillä. Ensimmäisen masennuksen jälkeen uusiutumisriski on 60 %. (Kähkönen, Karila & Holmberg 2011, 95.) Masennus nähdäänkin usein sairautena, joka pahenee uusiutuessaan (Tontti 2008,39). Sairautena masennus voi vaihdella suuresti. Masennusoireyhtymien ydinoireena on masentunut, alakuloinen mieliala. Masennustilojen syntyyn vaikuttavat monenlaiset tekijät ja niiden oireet voivat olla hyvin erilaisia. (Heiskanen ym. 2011,9.)

Masennus voi arkikielessä tarkoittaa mitä hyvänsä. Se voi olla lyhytaikaisesta mielihäviöstä, pettymystä, elämäntilanteen kriisiä ja menetyksen tuottamaa surua. (Turtonen 2006,11.) Masennuksen voi tulkita myös elämän mittaan kasaantuvina, liiallisiksi koettuina vastoinkäymisinä ja ongelmina (Tontti 2008,38). Masennus voidaan siis nähdä normaalina seurauksena vastoinkäymisistä ja kohtaloniskuista (Kopakkala 2009). Hetkellinen masennuksen tunne kuuluu normaaliin tunne-elämän reaktioihin, joita ihminen kokee kohdatessaan menetyksen tai pettymyksen (Heiskanen ym. 2011,19). Depressioon voi liittyä päänsärkyä, sydämentykytystä, lihaskipuja, vatsavaivoja ja ihon kuivumista, siksi se on myös fyysisesti kivulias olotila (Kopakkala 2009). Moniulotteisuutensa johdosta masennuksen hoito ja masentuneen ihmisen auttamis- ja tutkimusmenetelmien tulee olla moninaisia (Heiskanen ym. 2011,9).

Nykyisen tautiluokituksen mukaan masennustilat jaotellaan lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin masennustiloihin (Turtonen 2006,12.) WHO:n kehittämä ICD-10 tautiluokitus on ollut Suomessa käytössä jo 15 vuotta (THL 2011). ICD-10:ssä masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4-5, keskivaikea 6-7, vaikea 8-10). Masennusta voidaan arvioida myös erilaisten depressioasteikkojen avulla esimerkiksi Hamiltonin depressioasteikko, Montgomery-Åsbergin depressioasteikko, Beckin depressioasteikko tai masennustilaan vaikuttavan toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. (Masennus 2013.)

ICD-10:n mukaan masennuksen oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton

syllisyydentunne, itsetuhoon liittyvät ajatukset tai käyttäytyminen muuttuu itsetuhoiseksi, keskittymiskyvyttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyminen, unihäiriöt sekä ruokahaluttomuus ja painon muutos. ICD-10:n mukaan masennustilan diagnoosi edellyttää neljän siinä mainitun oireen esiintymistä samanaikaisesti ainakin kahden viikon ajan. (Heiskanen ym. 2011,20.)

Nykypäivän kiireinen elämänrytmi on vaikuttanut siihen, että kuka tahansa voi sairastua masennukseen (Siimes 2001,14). Masennustilat alkavat usein vaiheittain. Ensin potilaalla esiintyy muutaman viikon ajan lieviä, pahenevia esioireita. Esioireet ovat hyvin tyyppisiä masennuksen ydinoireita. Esivaiheiden jälkeen masennusoireyhtymä tavoittaa huippunsa. (Heiskanen ym. 2011, 23.)

Masennustilojen ja oireiden kehittymiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät. Elämäntilanteet, psyykkiset ja biologiset tekijät sekä sairauksiin liittyvät riskitekijät vaikuttavat taustalla masennuksen kehittymiseen. Vakavista masennustiloista yli kaksi kolmasosaa alkaa jostakin yhdestä tai useammasta merkittävästä negatiivisesta elämänmuutoksesta. (Heiskanen ym. 2011, 10). Elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä voivat olla mm. ihmissuhdeongelmat, lapsen syntymä (noin 10-15 % naisista kärsii lyhytaikaisesta masennuksesta synnytyksen jälkeen), työn menetys ja taloudellinen ahdinko, pitkäaikaiseen somaattiseen sairauteen sairastuminen, työkyvyn menetys ja pitkäaikaisesti sairaan omaisen hoitaminen. Biologisia ja psyykkisiä tekijöitä ovat naissukupuoli, perinnöllisyys, aikaisemmat masennukset, hormonaaliset muutokset, herkkä ja epävarma tunne-elämä sekä kaamosmasennus. Sairauksiin liittyviä tekijöitä ovat somaattinen sairaus, lääkkeiden haittavaikutukset, päihderiippuvuus tai jokin muu mielenterveyden häiriö. (Heiskanen ym. 2011,10.)

2.2 Masennuksen hoitomuodot

Masennustilaa voidaan nykypäivänä hoitaa tehokkaasti sekä lääkkeillä, että keskusteluhoidoilla. Hoitomuodot määräytyvät ensisijaisesti oireiden vaikeusasteen perusteella. Myös masennuksen alkamiseen ja puhkeamiseen vaikuttavat tekijät on hyvä huomioida. Pääperiaatteeltaan erilaisten masennustilojen hoito on kuitenkin hyvin samanlaista (Huttunen & Kalska 2011, 11.) Ennen hoidon aloittamista on kuitenkin selvitettävä masennuksen vakavuus ja mahdollinen lääkehoidon tarve. Samoin tulee kartoittaa ilmeneekö masennuksen taustalla psyykkisiä tai fyysisiä tekijöitä, kuten fyysinen sairaus, lääkahoito, päihteet ym. (Turtonen 2006,19.) Itsehoitomenetelmien avulla toipuminen on mahdollista, jos potilas sairastaa lievää masennusta, koska yleensä silloin potilaan toimintakyky säilyy hyvänä (THL 2009).

Vakavaa masennusta sairastavan hoito perustuu siihen, että häiriötilaan suhtaudutaan sairautena. Tärkeää on luoda potilaan ja lääkärin välille hyvä ja turvallinen hoitosuhde, joita lääke-

hoidot eivät voi korvata. (Turtonen 2006, 19.) Lääkehoidon tärkeys kasvaa sen mukaan, kuinka vaikeaksi masennustila todetaan (THL 2009). Useiden kymmenien masennuslääkkeiden joukosta, joita Suomessa on markkinoilla, on haasteellista löytää sopiva lääkehoito. Se vaatiikin potilaalta ja lääkäriltä sitoutumista ja pitkäjännitteisyyttä. (Turtonen 2006, 21.) Keskivaikeaa ja vaikeaa masennusta sairastava henkilö on aina tärkeää ohjata ammattiavun piiriin. Vakavaan masennukseen liittyy usein itse tuhoisuuden riski. (THL 2009.)

Masennuksen hoitoon löytyy monia hoitovaihtoehtoja. Akuutin depression hoidossa käytetään yleisesti kahta eri hoitomenetelmää psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Näitä hoitoja voidaan käyttää yhdessä tai erikseen. Näiden hoitojen lisäksi, jotkut potilaat hyötyvät sähköhoidosta (ECT), kirkasvalohoidosta tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoidosta (TMS). TMS on turvallinen hoitomuoto, jossa on vain vähän haittavaikutuksia. Kyseistä hoitoa on vielä kuitenkin saatavilla vain harvoissa hoitopaikoissa. Tutkimusnäytön mukaan parhaimmat hoitotulokset on saatu keskivaikean ja vaikean masennuksen hoidossa yhdistämällä sekä keskusteluterapia, että mielialälääkitys. (Heiskanen ym. 2011, 11; Masennus 2013.)

Tavoitteena akuuttihoidossa on saada oireeton potilas. Oireiden palaamista pyritään ehkäisemään jatkohoidon avulla. Tarpeellisella ylläpitoehdolla ehkäistään sairastumisen uusiutuminen. Keskivaikea ja lievä masennustila saattavat parantua pelkällä psykoterapialla, mutta usein tarvitaan lisäksi lääkehoitoa. Silloin kun masennus on vaikea tai psykoottinen, hoidon kulmakivenä toimii lääkitys, jota täydennetään psykoterapialla. Potilaan, joka on sairastunut vaikeaan masennukseen ja kärsii masennusoireiden lisäksi harhaluuloista sekä harha-aistimuksista, oikea hoito on useimmiten psykiatrinen erikoissairaanhoito. Lähes aina vaikeaa masennusta sairastava henkilö on työkyvytön, kun taas lievästi sairastunut saattaa selviytyä työstään. (Masennus 2013.)

2.2.1 Verkkoterapia

Termi verkkoterapia on muodostunut suomenkieleen englanninkielisestä ilmaisusta ”Online Therapy” tai ”Online Counseling”, jota käytetään tässä työssä kuvaamaan kaikkea internetin välityksellä saatua terapiaa. Jossain yhteydessä verkko- tai nettiterapialla voidaan myös tarkoittaa ammattimaista psykologian alan palvelua, joka tarjoaa psykologista neuvontaa tai psykoterapeuttista apua internetin välityksellä. Nämä palvelut sisältävät useita erilaisia vaihtoehtoja, joista tärkeimmät ovat; interaktiivinen terapiaohjelma, live konsultointi netissä sekä virtuaalinen maailma. (Kojonen 2011.)

Interaktiiviset terapiat ovat tieto-ohjelmia, joiden tarkoituksena on keskittyä terapeuttiseen ja psykologiseen auttamiseen. Australian National Universityssä kehitetty verkko-ohjelma MoodGym lienee tunnetuin interaktiivisista ohjelmista. Tämän ohjelman avulla voi omatoimi-

sesti hoitaa esimerkiksi masennusta. Ohjelman käyttö on helppoa, sillä se antaa palautteen tekstipohjaisena, jonka käyttäjä lukee kuvaruudulta. Kuvaruudulla näytetään tilanne, johon annetaan vastausvaihtoehtoja ja joista käyttäjä valitsee vastauksensa sekä saa palautteen kuvanäytölle. (Kojonen 2011.)

Live konsultoinnilla internetissä tarkoitetaan nettipsykologin tai nettiterapeutin vastaanottoa internetin välityksellä. Keskustelukanavina toimivat sähköposti, skype, chatti ja puhelin. Monilla laillistetuilla psykologeilla ja psykoterapeuteilla on vastaanotto toimintaa nykypäivänä myös verkon välityksellä. Live konsultointi menetelmä sopii hyvin niille, jotka haluavat käydä psykologista ajatustenvaihtoa juuri toisten ihmisten kanssa. (Kojonen 2011.)

Virtuaalimaailmat ovat yksi vaihtoehto terapiakäytössä, esimerkkinä Second life. Tarkoituksena on laatia mahdollisimman vaikeita ja traumaattisia tilanteita ja kehittää yhdessä ohjaajan kanssa uusia menetelmiä selvittää eteenpäin. Simulaatiossa ajatuksena on mahdollistaa uusien ja vieraiden ajatusmallien ja toimintatapojen kokeilu, joita käyttäjä ei tavallisessa elämässä uskaltaisi kokeilla. (Kojonen 2011.)

Mielenterveystalo on yliopistollisen erikoissairaanhoidon osaamisella kehitetty verkkosivusto Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS). Palvelusivuston tarkoituksena on tarjota tietoa ja välineitä kansalaisille psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen sekä avun saamiseen tarvittaessa. Verkkoterapioihin voi kirjautua mielenterveystalon verkkosivuston kautta. Terapiat tarjoavat erilaisiin mielenterveyden häiriöihin kohdennettua etähoitoa, joihin ohjautaan lääkärin läheteellä. (Stenberg ym. 2013,12.)

Suomessa verkkopalvelua kehitettiin ja otettiin käyttöön ensimmäisenä Hyvinkään sairaanhoitoalueella 2009. Alkujaan se kulki nimellä Kelnet - mielenterveystalo Kellokosken ja netti-hankkeen mukaan. (Mielenterveystalo.)

Tällä hetkellä palvelu on laajentunut sekä HUS:in alueen sisällä, että valtakunnallisesti pitäen sisällään jo useita alueita. Alkuperäisversiota on muokattu niin ulkoasultaan kuin sisällöltään. Uusinta uutta on itsehoito-osio, jota edelleen kehitetään ja laajennetaan syömisongelmien, ja psykoosioireiden osilta. Ruotsinkielinen versio on tekeillä, jotta kaikilla on mahdollisuus saada apua äidinkielellään. (Mielenterveystalo.)

Maailmalla on tutkittu ja kehitetty jo paljon vastaavia ohjelmia ja niiden on todettu olevan oikein kohdennettuina tehokkaita hoitomuotoja (Mielenterveystalo, nettiterapiat).

HUS:in masennuksen verkkoterapiassa pyritään hyödyntämään psykoterapioiden yleistä tietoa, mutta kognitiivinen viitekehys luo pohjan verkkoterapioihin. Verkkoterapiat ovat helppokäyt-

töisiä ja ne sisältävät kolme esimerkki potilasta (Avatarata), jotka kulkevat potilaan mukana koko terapiajakson ajan. Koulutettu terapeutti ohjaa masennuksen verkkoterapian käyttäjän tekemisiä. (Stenberg ym. 2013, 12.)

Lievien ja keskivaikeiden masennus häiriöiden hoitoon verkkoterapiat ovat nopeasti saatavilla. Terapioita voi suorittaa internet yhteyden välityksellä missä vain ja milloin vain. (Mielen-terveystalo.) Jokainen käyttäjä saa oman koulutetun verkkoterapeutin, jonka tehtävänä on seurata ja kannustaa asiakkaan edistymistä terapiassa, lähettää järjestelmän välityksellä viestejä sekä vastata esille nouseviin kysymyksiin. Ohjelma on tarkoin tietoturvasuojattu ja huolehtii käyttäjän tietojen salassapidosta. Ohjelman suoritus aika on suunniteltu kestävän noin kaksi kuukautta. (Mielenterveystalo, nettiterapiat.)

Sisällöltään masennuksen nettiterapiat ovat suhteellisen laajoja. Niihin kuuluu erilaisia tehtäviä, tekstejä, kuvia ja videoita. Käyttäjällä on oma sähköinen työkirja, jonne kaikki tehtävät tallentuvat. Suomessa masennuksen nettiterapiaan ohjaututaan lääkärin tai vastaavan terveydenhoidon ammattilaisen toimesta. Edellytyksenä on kuitenkin kyseisen kunnan tai yksikön sopimus HUS:in kanssa nettiterapioista. Lähetteen käsittely ja arviointi tehdään HUS:issa, jonka jälkeen potilas saa luvan kirjautua nettiterapiaan. Kirjautuminen tapahtuu kirjautumis-sivun kautta, joihin potilas tarvitsee henkilökohtaisen pankkitunnuksen tai mobiilivarmen-teen. (Mielenterveystalo, nettiterapiat.)

2.2.2 Kognitiivinen psykoterapia

Suurimmassa osassa katsauksen tutkimuksissa on käytetty interventiona kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT), joka on englanniksi cognitive behaviour therapy (CBT), joihin pääosa tietokonepohjaisista terapiaohjelmista perustuu. Tässä opinnäytetyössä käytetään lyhennettä ICBT, jolla tarkoitetaan internetpohjaisia kognitiivisia käyttäytymisterapioita yleisesti. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on kehitetty oppimisteorioiden sekä kognitiivisen ja sosiaalipsykologian teorioiden ja tutkimusten pohjalta. (Lehtonen 2005.) Se on syntynyt 1950-luvulla oppimispsykologisen perustutkimuksen seurauksena ja sovelluksena. Aluksi käyttäytymisterapiaa pidettiin erityisesti fobioihin sopivana hoitomuotona. Kliinisessä työssä ja tutkimuksissa käyttäytymisterapeutit ovat kehittäneet analysointi- ja hoitomuotoja monenlaisiin psykologisiin, lääketieteellisiin ja käyttäytymistieteellisiin ongelmiin sekä sairauksiin. (Huttunen M. ym. 2012, 80.) Masennuksen hoidossa käytetään usein kognitiivista lyhytkestoista terapiaa. Se perustuu yhdysvaltalaisen Aaron T. Beckin tutkimustyöhön 1960- 1970 luvulta. Tässä terapiassa perehdytään ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen keskinäisiin suhteisiin. (Antony, Ledley & Heimberg 2008, 291.)

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa painotetaan yksilön vuorovaikutusta sosiaalisen ympäristönsä kanssa nykyhetkessä. Terapiassa keskitytään erityisesti siihen, miten ihminen käyttäytyy, ajattelee tai menettelee eri tilanteissa ratkaistakseen pulmiaan ja ongelmiaan. (Huttunen & Kalska 2012, 81.)

Terapia aloitetaan yleensä käyttäytymisanalyysillä, jolla pyritään kuvaamaan asiakkaan elämäntilannetta, koettuja ongelmia ja pulmia sekä niiden taustalla vaikuttavia tekijöitä aloitushetkellä. Analyysin tarkoituksena on myös selvittää ongelmien vaikutusta toisiinsa. Terapiassa käyttäytymisanalyysiä jatketaan koko terapiaprosessin ajan. Sen tavoitteena on saada lisää tietoa yksilön ongelmista sekä niitä ylläpitävistä syistä. Ongelmia ylläpitävät tekijät ovat aina nykyhetkessä, vaikka ongelma on voinut alkaa jo aikaisemmin. (Huttunen 2012, 83, 93.)

Seuraavaksi terapiassa laaditaan ongelmaluettelo, jota tarkennetaan koko hoidon ajan. Ongelmat järjestetään ja luokitellaan. Tämän jälkeen asiakkaan kanssa neuvotellaan hoidolle asetettava tavoite ja suunnitellaan hoito-ohjelma. Tämän jälkeen alkaa varsinainen hoidon toteuttaminen. Hoitoon yleensä kuuluu myös seuranta, joka voi vaihdella puolesta vuodesta kahteen vuoteen. (Lehtonen & Lappalainen 2005, 30.)

Terapiassa käytetään usein itsehavainnointi- menetelmiä, joiden avulla kerätään tietoa ongelmista ja niihin liittyvistä tilannetekijöistä, tunnereaktioista, ajatuksista, toimintatavoista ja seurauksista. Usein voidaan seurata esimerkiksi mielialaa, ahdistuneisuutta, ajatuksia sekä sitä miten epämiellyttäviä tunteita on yritetty hallita. Muita yleisesti käytettyjä menetelmiä ovat koulutus tai edukaatio, in vivo- altistus, mielikuva-altistus, ongelmanratkaisumenetelmät, sosiaalisten taitojen harjoittaminen, sovellettu rentoutus sekä erilaiset aktivointimenetelmät. (Huttunen & Kalska 2012, 85.)

Terapian tavoitteena on auttaa asiakasta saavuttamaan sellaisia elämäntaitoja ja uusia käyttäytymismalleja, jotka lisäävät hänen elämänlaatuaan ja kykyään selviytyä nykytilanteessa. Asiakasta autetaan määrittelemään tavoitteet, joihin terapiassa pyritään. (Lehtonen & Lappalainen 2005, 5.) Terapeutin hoitokontakti voi vaihdella 10 minuutista muutamaan tuntiin sekä sisältää erilaisissa tietokone ja verkkopohjaisia interventioita. Vuorovaikutus voidaan toteuttaa kasvokkain, puhelimitse tai verkon välityksellä. Muu hoito eli materiaalin lukeminen ja harjoitusten tekeminen, tapahtuu itsenäisesti asiakkaan toimesta. Tietokonesovellukset sisältävät samoja analyysi- ja hoitomenetelmiä kuin kasvokkain toteutettu hoito-ohjelmakin. Ohjelmassa voi olla tietoa ja harjoituksia tekstin muodossa, äänitteinä sekä videosovelluksina. Menetelmistä on runsaasti tutkimuksia, jotka viittaavat selvästi siihen, että näillä hoidoilla saavutetaan useissa ongelmissa yhtä hyviä hoitotuloksia kuin kasvokkain toteutuneissa hoidoissa. Kontaktia tarvitaan lähinnä hoidon toteutuksen eli sovelluksen käytön varmistamiseen.

Tämä puolestaan viittaa siihen, että terapiasuhteen vaikutus ei voi olla niin suuri kuin on oletettu. (Huttunen & Kalska 2012, 95.)

Masennuksen hoidossa meta-analyyseillä on saatu tuloksia, joiden mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on merkittävästi tehokkaampaa kuin odotuslista tai antidepressiivinen lääkitys. Ero kognitiivisen terapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian välillä ei ole kaikissa tutkimuksissa ollut merkittävä. Vaikuttaa siltä, että kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä saadaan yhtä hyviä tai parempia tuloksia kuin lääkehoidolla ja parempia tuloksia kuin muilla psykologisilla hoitomenetelmillä lukuun ottamatta interpersoonallista terapiaa. Vaikean masennuksen hoidossa on havaintoja, joiden mukaan ICBT menetelmät olisivat vaikuttavampia kuin interpersoonallisen terapian. Lääkitystä käytettäessä uusiutumisluvut ovat korkeat, mutta kognitiiviset käyttäytymisterapian menetelmät näyttäisivät vähentävän masennuksen uusiutumista hoidon jälkeen. Masennuksen uusiutuminen on todennäköisempää lääkehoidon lopettamisen jälkeen kuin kognitiivisen käyttäytymisterapian lopettamisen jälkeen. (Huttunen & Kalska 2012, 97.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa internetinvälityksellä annettujen kognitiivisten terapioiden hyötyjä ja haasteita osana masennuksen hoitoa aikuispotilaille. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla kartoitettiin miten hyödyt ja haasteet näyttäytyvät kansainvälisesti.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa verkkoterapian vaikuttavuudesta sekä haasteista masennuksen hoidossa hoitoalalla työskenteleville.

Tutkimuskysymykset asetettiin alustavan tiedonhankinnan jälkeen seuraavanlaisiksi:

1. Millaisia ovat verkkoterapian avulla saatavat hyödyt masennuksen hoidossa?
2. Minkälaisia haasteita nettiterapiaan hoitomuotona liittyy?

4 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja toteutus

4.1 Systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen aineistoon tutustuminen ja tutkimussuunnitelman laatiminen

Kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tutkimuskysymysten perusteella kootaan tietoa jo olemassa olevista tutkimuksista. Tutkimuksista saatua tietoa arvioidaan kriittisesti ja pyritään jäsentämään loogiseksi kokonaisuudeksi, jolloin päästään luotettavaan lopputulokseen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39, 44.) Työn aiheeksi valittiin verkkoterapia sen

ajankohtaisuuden vuoksi. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, koska aiheesta oli saatavilla laadukkaita kansainvälisiä tutkimustuloksia.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on suunnitelman tekeminen. Tällöin olennaista on miettiä tutkimusongelmaa tai kysymystä, mihin tutkimuksen kautta halutaan vastausta tai selvitystä. Alussa tavoite on usein hyvin yleisellä tasolla. Seuraavaksi tavoitetta tulee täsmentää määrittelemällä, minkälaista vaikuttavuutta pyritään arvioimaan ja missä yhteydessä. Varsinainen tutkimuskysymys laaditaan näiden vaiheiden jälkeen. (Lauri 2003,25.) Katsauksen tekeminen aloitettiin suunnittelemalla tutkimusta ja siihen kuuluvia osa-alueita.

Kirjallisuuskatsaus tutkimustapana etenee prosessimaisesti vaiheesta toiseen. Ensimmäisessä vaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma, jonka mukaisesti tutkimus etenee. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset sekä rajataan aihealue. Seuraavaksi hankitaan alkuperäistutkimuksia tutkimuskysymysten pohjalta. (Kääriäinen & Lahtinen.2006,36-43.)

Kirjallisuuskatsauksen alkuperäisenä tarkoituksena oli selvittää vaikuttaako internetin välityksellä annettu terapia masennuksen hoidossa. Kirjallisuuskatsaus tehdään soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan tutkittua tietoa voidaan hankkia monesta eri lähteestä. Luotettavia lähteitä tietojen hankintaan ovat alan tieteelliset julkaisut, viitetieto- ja kokoomatietokannat sekä internet tietyllä varuksella. Tietoa voidaan etsiä systemoidusti. Tällöin tutkittua tietoa arvioidaan jonkin tietyn ja tarkan tutkimusongelman näkökulmasta. Systemoidussa katsauksessa perehdytään tieteellisesti toteutettuihin tutkimuksiin etsittäessä vastauksia joihinkin hoitotieteen ongelmiin. (Lauri 2003, 21, 24.)

Alustavan aiheeseen tutustumisen jälkeen määriteltiin tutkimuskysymyksiä. Katsauksessa haettiin perehtyä verkkoterapian vaikuttavuuteen osana masennuksen hoitoa, mutta lopulta tutkimuskysymykset tarkentuivat terapioiden hyötyihin ja haasteisiin. Tutkimuskysymysten määrittely koettiin haasteelliseksi tutkimusaiheen laajuuden vuoksi. Kysymyksiä palattiin tarkentamaan useaan otteeseen ja sen perusteella päätettiin tehdä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, johon etsittiin eri viitetietokannoista systemaattisesti aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja artikkeleita.

Varsinainen tutkimussuunnitelma tarkentui opinnäytetyön edetessä. Samalla haettiin ja tarkennettiin tutkimuksen teoreettista taustaa etsimällä perustietoa masennushoidosta, kognitiivisesta psykoterapiasta, nettiterapiasta sekä Suomen kansallisista hoitokäytänteistä. Tämän jälkeen tutkimuskysymykset tarkentuivat ja aloitettiin varsinainen aineiston etsiminen ja analyysi.

4.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja valitun aineiston hyväksyminen

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakuja tehdään sekä sähköisesti että manuaalisesti. Hauilla pyritään löytämään kirjallisuuskatsauksen kannalta olennaisin tieto. Alkuperäistutkimukset valitaan ennalta määritettyjen kriteerien mukaisesti. Alkuperäistutkimusten laatua arvioidaan tutkimussuunnitelmaan kirjattujen vaatimusten mukaan. Viimeisessä vaiheessa analysoidaan valittu alkuperäisaineisto ja esitetään kirjallisuuskatsauksen tulokset. Tutkimuskysymyksiin tulee vastata selkeästi, monipuolisesti ja luotettavasti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 36-43.) Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin valitsemaan aineistoa kolmesta eri viitetietokannasta (Medic, Ebscohost sekä Ovid). Tutkimustietoa löytyi näistä tietokannoista runsaasti, jota lähdettiin rajaamaan tarkemmin.

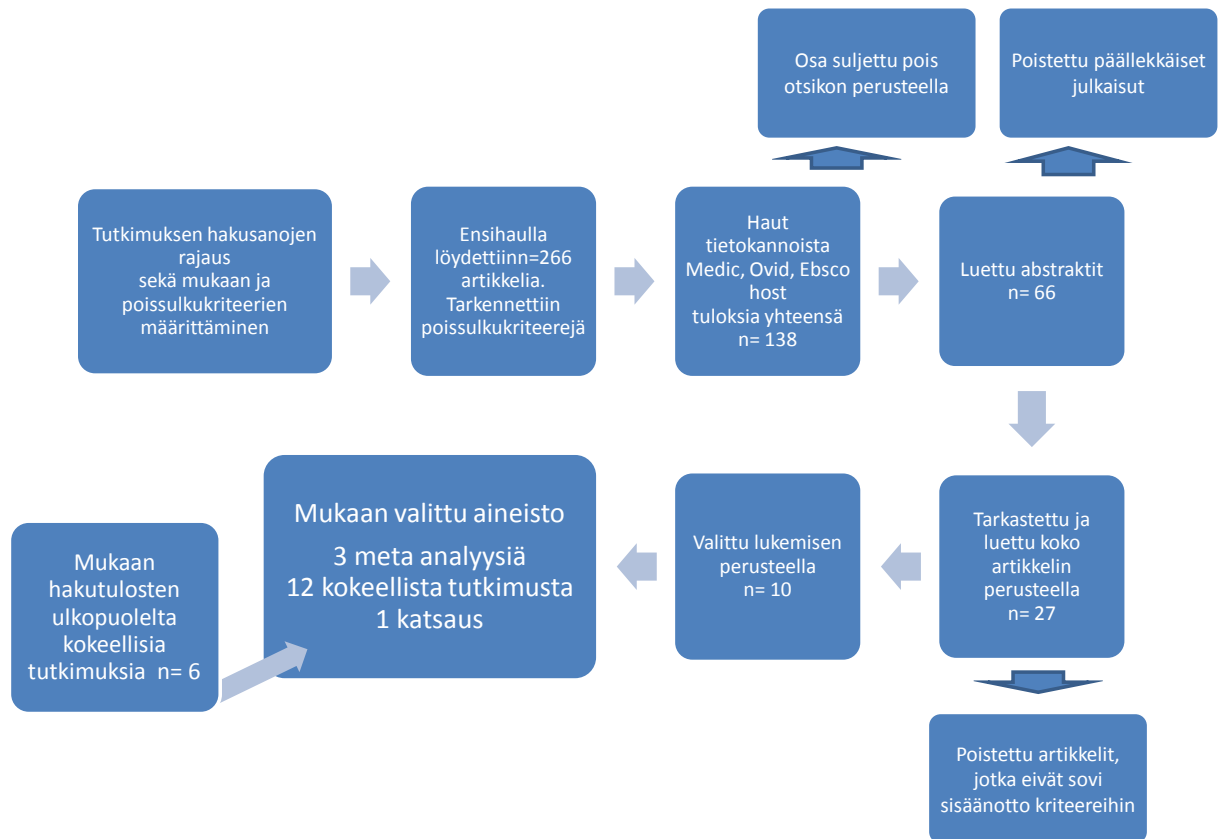
Kirjallisuushaussa tavoitteena on saada selkeä kuva aiheeseen liittyvästä ja saatavissa olevasta tutkimustiedosta. Haku rajataan yleensä koskemaan jotakin tiettyä ajanjaksoa. Haku kannattaa aloittaa käyttämällä laajoja käsitteitä. (Lauri 2003, 28-30.) Ensimmäiseksi tietoa etsittiin verkkoterapiasta yleisellä tasolla tutustumalla suomalaisiin tutkimuksiin, väitöskirjoihin ja kirjallisuuskatsauksiin. Artikkelien haku suoritettiin pääosin Helsingin yliopiston kirjastossa. Tietoa haettiin hakusanoilla internet-based and ther* and depression seuraavista tietokannoista Ebsco Host ja Ovid(sp) sekä Medic. Lisäksi hakua rajattiin seuraavin termein not child*, not anx*, not fob*. Ensimmäiseksi artikkeleista rajattiin otsikon perusteella katsaukseen sopivat sekä sisäänotto kriteerit täyttävät artikkelit. Ebscosta saatiin otsikon perusteella sopivia artikkeleita 31/50, Ovidista 33/61 ja Medicista 2/27. Tutkimustiedon ajankohtaisuus varmistettiin rajaamalla haku tutkimuksiin vuosilta 2006-2013, koska verkkoterapia on kehittynyt paljon viimevuosina.

Lähdemateriaalin haussa voi saada valtavan määrän otsikoita ja abstrakteja. Osa näistä on todennäköisesti epäolennaisia haettuun kirjallisuuskatsaukseen. Kuitenkin kaikki haun antamat viitteet tarvitsee käydä läpi. Lukemalla otsikot ja abstraktit tutkija tekee päätöksen sisäänotto kriteerien mukaisesti, mitkä tutkimukset otetaan analysoitaviksi. Tässä seulonnassa tulisi olla vähintään kaksi tutkijaa, joilla vähennetään virheitä. (Johansson 2007,51.)

Otsikon perusteella saaduista 66 artikkelista luettiin abstraktit. Tutkijoina ja lukijoina toimi kolme tämän katsauksen tekijää. Lukemisen tuloksena jäljellä oli Ebscosta abstraktin perusteella 15/ 31 ja ovidista 10/33 tieteellistä tutkimusta ja lisäksi aiemmin löytyneet kaksi suomalaista katsausta Medicistä. Tämän jälkeen luettiin löydetyt 27 artikkelia ja rajattiin tutkimuksia vielä tutkimuskysymysten perusteella tarkentaen tutkimuksiin, joissa selkeästi tutkittiin internet välitteisen terapian vaikuttavuutta masennuksen hoidossa. Lopullisesti työhön valittiin tutkimuskysymyksiin sopivat artikkelit ja teokset eli 3 meta-analyysiä, 1 katsaus ja 6

kokeellista tutkimusta. Aiheeseen perehdyttiin vielä tarkemmin ja manuaalisesti hakua täydennettiin lisäksi kuudella kokeellisella tutkimuksella, jotka lisättiin opinnäytetyöhön. (ks. Taulukko 1)

Taulukko 1 Kaavio artikkelien hakuprosessista



Systemoitua kirjallisuuskatsausta laadittaessa haun kaikki vaiheet tulee dokumentoida (Lauri 2003, 28-30). Tietoa hankittaessa ensimmäisessä vaiheessa lödyt tutkimusartikkelit listattiin Excel-taulukkoon. Toisessa vaiheessa kirjallisuuskatsauksen tulevista artikkeleista laadittiin taulukkoon jokaisen artikkelin tulokset eriteltynä. Tämä taulukko toimi sisällönanalyysin perustana. Katsauksessa käytetyt artikkelit koottiin myös yhteen taulukkoon, jossa tiivistettiin tutkimuksen tarkoitus, tekotapa ja keskeiset tulokset. (Liite 1)

4.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan systemaattista aineiston analyysimenetelmää, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevia tekstejä. Se on laadullisen aineiston analyysin perustyöväline. Aineiston analyysin avulla voidaan käsitellä, järjestellä ja kuvata tutkimusaineis-

toa. (Kylmä & Juvakka 2012, 112.) Systemoidussa katsauksessa tutkimukset luokitellaan kohteiden mukaan sekä myös tutkimusasetelman mukaan. Systemoitukatsaus voi olla luonteeltaan sekä laadullinen, että määrällinen. (Lauri 2003, 30-31.) Aineiston analysointi vaiheessa tiedonhankinnassa löydettyt artikkelit jaettiin kokeellisiin tutkimuksiin ja aiheesta tehtyihin meta-analyysiin sekä katsaukseen, joka käytiin läpi meta-analyyseihin kanssa.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivisella sisällön analyysillä tarkoitetaan sellaista aineiston analyysiä, joka etenee yksityiskohtaisesta yleiseen (Tuomi & Sarajärvi 2004, 95- 99). Sisällönanalyysiä tehtäessä etsittiin tutkimuksista verkkoterapian hyötyjä ja haasteita masennuksenhoidossa tutkimuskysymysten mukaisesti. Löydetty havainnot jaoteltiin pienempiin kokonaisuuksiin lähdemateriaalin perusteella. Tehtyjen havaintojen ja tutkimuskysymysten perusteella muodostui opinnäytetyön tulokset.

Induktiivinen aineistonanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: 1. aineiston pelkistäminen eli redusointi, 2. aineiston ryhmittely eli klusterointi ja 3. teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Aineistoa pelkistettäessä karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto tutkimuksen ulkopuolelle. Pelkistämisvaiheessa kerätty informaatio jaetaan pienempiin osiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Teoreettisten käsitteiden muodostamisessa saatuja havaintoja peilataan tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110-112.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston pelkistäminen tapahtui sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa. Valituista artikkeleista etsittiin niissä saatuja tuloksia, jotka pelkistettiin muutamilla sanoilla. Jokaisesta artikkelista löytyi monia tuloksia, joista osa oli verkkoterapian puolesta tai vastaan tai antoivat ristiriitaisia tuloksia. Toisessa vaiheessa aineistoa ryhmiteltiin tutkimuskysymysten perusteella verkkoterapian haasteiden ja hyötyjen mukaisesti. Artikkeleista löytyi verkkoterapiasta saatuja hyötyä ja haasteita. Keskityimme erityisesti verkkoterapian hoidollisiin hyötyihin sekä haasteisiin. Tämän jälkeen saatuja tuloksia jaoteltiin viitekehyksen mukaisesti verkkoterapian vaikutusten osalta ja saadut tulokset ryhmiteltiin tarkennetusti vaikuttavuuden laadun mukaisesti. Osassa artikkeleita jaottelussa esiin nousi samanlaisia asioita, jotka vahvistivat tutkimustuloksia ja vastasivat tutkimuskysymyksiin. Myös erillisiä aiheita löytyi, jotka mainittiin vain yhdessä artikkelissa. Ryhmittelyssä vahvimmin esiin nousevista asioista muodostettiin ryhmiä ja niille valittiin kuvaavat otsikot. Tällaisia ryhmiä löytyi yhteensä 12, joista 8 oli hyötyjen osalta ja 4 haasteiden osalta.

Viimeisenä esitellään tutkimuksen tulosten tarkastelu pohdinnassa. Pohdinta osa alkaa yleensä keskeisten tulosten ja luotettavuus tarkastelujen esittelemisellä. Pohdinnassa tulkitaan mitä saadut tulokset tarkoittavat käytännössä. (Metsämuuronen 2009, 84.) Katsauksen pohdinta osuudessa verrataan katsauksen teoriaa ja artikkeleista saatuja tuloksia. Samalla tarkas-

tellaan ovatko kirjallisuuskatsauksesta saadut tulokset yhdenmukaisia teorian kanssa. Pohdinta osuudessa kuvataan katsauksen luotettavuutta ja eettisiä näkökulmia.

Systemaattisen katsauksen päätelmiä voidaan hyödyntää laatimalla esimerkiksi jollekin hoitotyön alueelle hoitotyön suositukset. Nämä suositukset saadaan systemaattisen katsauksen tulosten perusteella. Systemoidussa katsauksessa tulokset voidaan esittää sekä laadullisesti, että määrällisesti. (Lauri 2003, 33, 36.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sisällyslönnälyanalysoinnin ja tulosten avulla tehdään tämän opinnäytetyön johtopäätökset verkkoterapi-an vaikuttavuudesta ja haasteista ja vastataan tutkimuskysymyksiin.

5 Tulokset

5.1 Verkkoterapi-an avulla saatavat hoidolliset hyödyt masennuksen hoidossa

Tässä opinnäytetyössä arvioidaan systemaattisen kirjallisuushaun kautta pääasiassa tietokoneavusteisten kognitiivisten terapioiden hyötyjä ja haasteita aikuisten masennuspotilaiden hoidossa. Tietokoneavusteiset terapiat pohjautuvat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, mutta eri maissa on käytössä erilaisia versioita (esim. Moodgym, Deprexis, Sadness program, Colour your life), joista moduulit koostuvat. Kahdessa tutkimuksessa on arvioitu myös muiden kuin kognitiivisten verkkoterapioiden vaikuttavuutta masennuksen hoidossa (Carlbring 2013, Warmedam 2008), jotta saadaan muutama vertailukohde kognitiivisille verkkoterapioille. Tässä katsauksessa käytetyissä artikkeleissa masennuksen diagnostiset kriteerit on määritelty käyttäen yleensä BDI-II, MADRS-S sekä Goldberg Depression scale asteikoita. Katsaukseen käytettiin vain tutkimuksia, joissa tutkittavat olivat aikuisia (vähintään 18-vuotiaita) diagnostisen kriteerit täyttäviä masennukseen sairastuneita henkilöitä.

Tutkimusten menetelminä käytettiin tietokonepohjaisia itse apuohjelmia sekä terapeutin tai vastaavan henkilön tukemia terapioita. Vertailuryhmänä oli yleensä odotuslistalla pysyttelevä ryhmä tai tavanomainen hoito, joka piti sisällään lääkehoidon sekä vastaanottokäynnit. Myös kasvokkain annettua terapiaa käytettiin verrokkiryhmänä.

5.1.1 Verkkoterapi-an hoidollinen vaikuttavuus

Kognitiivinen psykoterapia on osoittautunut monissa tutkimuksissa depression tehokkaaksi hoidoksi. Viime vuosina on kehitetty kognitiivista verkkoterapiaa, jossa potilas etenee internetin kautta välitetyssä psykologisessa itseapu ohjelmassa ja on yleensä samalla sähköpostitse yhteydessä hoitoa ohjaavaan tukihenkilöön. (Holmberg & Kähkönen 2011). Verkkoterapi-an tarjoama itseapu on todettu tehokkaaksi erityisesti depression hoidossa. Se tarjoaa myös ainutlaatuisen mahdollisuuden ulottaa terapiapalveluja henkilöille, jotka eri syistä eivät yksin-

kertaisesti tavoita tavanomaista psykologista hoitoa, jossa asiakas ja hoitotyöntekijä ovat kasvotusten. (Holmberg & Kähkönen 2011.)

Tämän katsauksen kaikissa tutkimuksissa verkkoterapiaa saaneiden masentuneiden potilaiden masennuksen oireet vähenivät. Tulokset osoittavat terapian vaikuttavan masennusoireita vähentävästi (Joutsenniemi, Stenberg, Reiman, Möttönen, Räsänen, Isojärvi & Sihvo. 2011; Perini, Titov & Andrews 2009). Potilaan toipuminen oli todennäköisempää silloin kun hän sai ICBT hoitoa sen sijaan, että olisi saanut vain normaalia hoitoa (lääkitys ja vastaanotto) (Kessler ym. 2009). Katsauksessa oli myös mukana kaksi tutkimusta, joista toinen (Warmedam, Van Straten, Twisk, Riper & Cuijpers 2008) vertaili ICBT ja PST (Problem solving therapy) eroja, joita ei löytynyt sekä toinen (Carlbring ym. 2012), joka tutki behavioural activation (BA) ja acceptance-based (ACT) verkkoterapian vaikuttavuutta. Myös näissä molemmissa tutkimuksissa verkon välityksellä annettu terapia vähensi masennuksen oireita huomattavasti verrattuna verrokkiryhmään.

Tutkimuksissa hoidettiin pääasiassa lievään ja keskivaikeaan masennukseen sairastuneita, mutta mukana oli myös vakavaan masennukseen sairastuneita. Kaikilla masennusoireet vähenivät, vaikka muutos oli yleensä suurempi niillä, joilla oli korkeampi oiretaso alkutilanteessa (Kessler ym. 2009). Kuitenkin De Graafin ym. (2011) tutkimuksessa vakavasti masentuneiden potilaiden oiretaso väheni vain vähän. Selittäviksi syiksi epäiltiin ohjauksen ja tuen puuttumista tai intervention (Colour Your Life) epäsopivuutta kyseisille potilaille (De Graaf ym. 2011.)

Christensenin, Griffithsin, Mackinnonin & Brittliffen (2006) tutkimuksessa tulokset osoittivat, että yhden lyhyen ICBT terapia moduulin käyttö ei riittänyt vähentämään masennuksen oireita, kun taas pidempi ICBT moduuli vähensi masennuksen oireita, joko ilman tai siihen liitettyillä käyttäytymisstrategia moduuleilla. Pidempien moduulien heikkoutena olivat suuremmat keskeyttämisluvut. (Christensen ym. 2006.)

5.1.2 Ohjauksen merkitys verkkoterapian osana

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että ohjattu ICBT voi vähentää masennuksen oireita potilailla (Bendelin ym. 2011). Ne tarjoavat tärkeän hoitovaihtoehdon lääkkeiden ja kasvotusten tapahtuvan hoidon kanssa masennuksen hoidossa. Ohjatut ICBT ovat yleensä tehokkaampia hoidollisesti kuin ei ohjatut ICBT. Kontakti ennen ja/tai jälkeen hoidon voi parantaa ja edistää sekä ohjattua että ei ohjattua ICBT- hoitomallia. Yhtenäinen ja räätälöity ICBT tarjoaa lupaavaa hoito-muotoa ja kehitys saattaa laajentaa ICBT:n ulottuvuuksia. Uusi teknologia, älypuhelimet ja tekoäly saattavat myös parantaa ICBT käyttö mahdollisuuksia. (Andersson & Johansson 2012.)

ICBT on hoitomuotona vaikuttavuudeltaan tehokas depression hoidossa. Internetpohjainen hoitomuoto on verrattavissa traditionaalisiin masennuksen hoitomuotoihin, erityisesti niissä hoidoissa, joissa ammatillista tukea oli saatu. Jos ammatillista tukea ei ollut saatavilla, intervention vaikuttavuus oli silloin pienempi hoidon vaikuttavuuden suhteen. (Andersson & Cuijpers 2009; Joutsenniemi ym. 2011.) Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta mitä hoidossa ja terapiassa tapahtuu, sillä tutkimuksista löytyy myös ristiriitaista tietoa. Bergerin, Hämmerlin, Gubserin, Anderssonin & Casparin. (2011) tutkimuksessa tutkittiin nimenomaan eroja ohjatun sekä ei ohjatun verkkoterapian välillä. Ohjaus tapahtui sähköpostin välityksellä. Tulokset osoittivat merkittävää oireiden vähenemistä molemmilla verkkoterapiaa saaneilla ryhmillä verrattuna verrokki ryhmään. Tulokset säilyivät edelleen kuuden kuukauden jälkeen mitatuissa tuloksissakin. Ohjausta saaneessa ja ei-ohjausta saaneessa ryhmässä oli vähäistä - kohtalaita eroa, muttei kuitenkaan merkittävää eroa, ohjatun ryhmän hyväksi. Tulokset siis viittaavat siihen, että verkkoterapia voi vähentää oireita, jopa ilman ohjausta. (Berger ym. 2011.)

5.1.3 Potilaiden tyytyväisyys verkkoterapiaan

Tuloksia syntyi, vaikka 73 % osallistujista ei-ohjausta saaneesta ryhmästä olisi toivonutkin kontaktia terapeuttiin. Samasta syystä ohjatun ryhmän osallistujat raportoivat korkeammasta tyytyväisyydestä. (Berger ym. 2011.) Yleisesti verkkohoito-ohjelmaan osallistuneet olivat enimmäkseen tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä ja suosittelisivat hoitomuotoa myös ystävilleen (Titov, Andrews, Davies, McIntyre, Robinson & Solley 2010; Perini ym. 2009).

5.1.4 Tuen antajan merkitys verkkoterapiassa

Titovin ym. (2010) tutkimuksessa etsittiin terapian vaikuttavuuden eroja vertailemalla kliinikon avustamaa ryhmää, teknikon avustamaan ryhmään. Näitä molempia ryhmiä verrattiin verrokki ryhmään, joka sai terapian vasta myöhemmin. Tulokset osoittivat, että hoito tuotti tuloksia molemmissa kliinikon sekä teknikon avustamissa ryhmässä. Odotusryhmässä ei sen sijaan tapahtunut muutoksia. Tulokset eli masennusoireiden väheneminen ovat verrattavissa kasvokkain annettuihin hoitotuloksiin. Tämän tutkimuksen mukaan tuen antajan ei välttämättä tarvitse olla terveydenhuollon ammattilainen. (Titov ym. 2010.) Vernmarkin ym. (2010) tutkimuksessa sekä henkilökohtaista sähköpostia saanut ryhmä, että ohjattu itseapu ryhmä, saavuttivat merkitsevän eron masennuksessa toipumisessa verrattuna odotuslistan ryhmään.

5.1.5 Verkkoterapian avulla saatava vaikutus hoitoresursseihin

CBT interventioista voi olla suunnatonta hyötyä masennuspotilaille. ICBT interventioilla on potentiaalia vähentää hoitoresurssien tarvetta masennuspotilailla. Verkkohoito muodot säästä-

vät terapeuttien aikaa ja vähentävät odotusaikoja. (Andersson ym. 2009.)Terapeutin tuen lisäämiseen liittyy aina kustannuskysymys sekä terapeutin saatavuus kysymys. Verkkoterapiahoito ilman ohjausta voi olla vaihtoehto, silloin kun resurssit ovat vähäiset ja hoidolle on tarvetta (Berger ym. 2011).

5.1.6 Osallistumiskynnyksen madaltuminen verkkoterapissa

Verkkoterapian yhtenä hyötynä on mahdollisuus tuottaa terapiapalveluja masennukseen sairastuneille, jotka muuten jäisivät hoidon ulkopuolelle. Verkkoterapia koostuu yleensä psyykoedukaatiosta, erilaisista harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä. Verkkohjelman moduulit ovat siis "livenä" sovelletun kognitiivis-käyttäytymisterapia hoidon kulmakiviä. (Holmberg & Kähkönen 2011.)

Internet-pohjaisissa hoitomuodoissa kynnys osallistua on matala ja se saattaa auttaa asiakasta hakeutumaan hoidon piiriin masennuksen alku vaiheessa. Tällä voidaan ehkäistä masennuksen syvenemistä tai kroonistumista. ICBT:n hyötyjä ovat terapian joustavuus esim. odotusajan puuttuminen, koska hoidon saaminen on nopeaa (potilas voi työskennellä opetusaineiston kanssa hänelle itselleen sopivalla ajalla ja paikkakunnalla). Tämä saattaa stimuloida potilasta tehokkuuteen, koska terapia ei sisällä aikasidonnaisia tapaamisia terapeuttien kanssa. (Holmberg & Kähkönen. 2011, Joutsenniemi ym. 2011.) Tästä syystä ICBT:stä ei myöskään aiheudu sosiaalisten tilanteiden ongelmia terapeutin kanssa. Verkkoterapia hoitomuotona aktivoi itseohjautuvuutta ja voimaannuttaa potilasta (Andersson & Cuijpers 2009).

Potilaat, jotka osallistuivat verkkoterapiaan ja ottivat vastuuta omasta hoidostaan, hyötyivät ICBT:stä (Bendelin ym. 2011). Monilla potilailla omista kokemuksista kirjoittamista on pidetty terapeuttisena ja reflektiokykyä edistävänä. (Holmberg ym. 2011, Kessler ym. 2009). Verkkoterapiassa potilaalla on mahdollisuus palata kirjoitettuun tekstiin halutessaan myöhemminkin ja tämä voi olla yksi etu verkkoterapian käytössä (Bendelin ym. 2011, Andersson ym. 2013).

5.1.7 Uudelleen sairastumisriskin pieneneminen verkkoterapiaan osallistuneilla

Holländaren ym. (2011) tutkimuksessa uudelleen sairastumisen riski väheni masennukseen sairastuneilla potilailla. Verkkoterapia vähensi masennusoireita, ja samalla riski sairastua masennukseen uudelleen väheni. Reflektiokyvyn paranemisella uskotaan olevan hyötyä ja ehkäisevän masennuksen uusiutumista (Holmberg & Kähkönen 2011).

5.1.8 Verkkoterapia parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä

Elämänlaatu parani merkitsevästi ICBT hoitoa saaneilla verrattuna odotusryhmään (Kessler ym. 2009, Warmedam ym. 2008) tai elämänlaatu parani merkittävästi verrattuna alkumittaukseen (Anderson 2013). Toimintakyky (SDS-mittarilla mitattuna) parani merkittävästi verrattuna odotusryhmään yhdessä tutkimuksessa, jossa sitä mitattiin (Titov ym. 2010).

5.2 Minkälaisia haasteita nettiterapiaan hoitomuotona liittyy

5.2.1 Verkkoterapian soveltuvuus vain osalle potilaista

Verkkoterapia hoitomuotona ei sovellu kaikille. Sen tuleekin olla vain yksi vaihtoehto muiden hoitomuotojen joukossa perusterveydenhuollossa. Potilaan tulee olla motivoitunut omatoimiseen hoitoon ja tietokoneen käytön tulee olla hänelle ennestään tuttua hoidon onnistumiseksi. (Joutsenniemi ym. 2011.)

5.2.2 Itsetuhoisuuden havaitsemisen vaikeus verkkoterapiassa

Verkkohoidon ongelmana voi olla vaikeus havaita esimerkiksi itsetuhoajatuksia ja itsemurha-alttiuden lisääntymistä. Näissä tapauksissa suositellaan hoitomuotoa, jossa riskipotilaiden tilanteen seuranta on helpompaa. Näiden seikkojen vuoksi verkkohoito ehkä toimii parhaiten osana ns. stepped care hoitopolkua, jossa hoitoa tehostetaan vaiheittain potilaan tilanteen ja tarpeiden mukaan. (Holmberg & Kähkönen 2011.) Non-verbaalin tiedon puuttuminen verkkoterapioissa korvataan kyselemällä potilaalta jokaisella terapiayhteenotolla ajatuksia, aikoja ja suunnitelmia itsetuhoisuudesta (Joutsenniemi ym. 2011).

5.2.3 Verkkoterapian aiheuttama negatiivinen kokemus, jos hoito ei onnistu

Jos asiakas ei kykene viemään itse- apu ohjelmaa läpi loppuun asti, saattaa tästä aiheutua negatiivinen kokemus, joka voi olla haitallinen sairauden hoidon kannalta. Joskus potilaan ongelmat saattavat olla niin vakavia, että valvomattoman itseapu hoitomuodon käyttö saattaa estää myöhemminkin asiantuntijoiden tarjoaman jatkohoidon. Suurin osa näistä haitoista on kuitenkin hypoteettisia (Andersson & Cuijpers 2009.)

5.2.4 Tiedon puute verkkoterapiassa vaikuttavista tekijöistä

Verkon kautta annettavasta terapiasta ei tiedetä vaikuttavia tekijöitä (Holmberg & Kähkönen ym. 2011). Tiedetään liian vähän terapeutti faktorista ICBT hoitomuodossa. Lisäksi on viitteitä, että muut kuin klinikot voisivat myös tarjota ICBT hoitoa. (Andersson & Johansson. 2012.) Terapeuttinen suhde voi muodostua myös verkkoterapia hoidossa, mutta tästä ei tiedetä tarpeeksi (Holmberg & Kähkönen ym. 2011).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Katsauksella etsittiin vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen, jotka olivat: Millaisia ovat verkkoterapian avulla saatavat hyödyt masennuksen hoidossa? sekä, minkälaisia haasteita nettiterapiaan hoitomuotona liittyy? Tähän saatiin vastaus induktiivisen sisällönanalyysin kautta. Verkkoterapian avulla saatavat hyödyt voidaan luokitella hoidolliseksi vaikuttavuudeksi, ohjauksen merkittävyudeksi, tyytyväisyydeksi hoitoon, tuen antamisen merkitykseen, hoitoresursien mahdollisuuksiksi, osallistumiskynnyksen pienenemiseksi, uudelleen sairastumisriskin pienenemiseksi sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemiseksi. Verkkoterapian haasteita ovat hoidon soveltuvuus vain osalle potilaista, itse tuhoisuuden havaitsemisen vaikeus, mahdolliset negatiiviset kokemukset sekä tutkimuksellisen tiedon puute.

Verkkoterapian on havaittu vähentävän masennuksen oireita. Katsauksen kaikissa tutkimuksissa tietokoneavusteiset kognitiiviset käyttäytymisterapiat olivat tehokkaampia kuin odotuslistaa. Saadut tulokset ovat yhdenmukaisia katsaukseen kootun teorian kanssa ja vastaavat aikaisempia tutkimustuloksia. Masennuksen hoidossa meta-analyysillä on saatu tuloksia, joiden mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on merkitsevästi tehokkaampaa kuin odotuslista tai antidepressiivinen lääkitys (Huttunen & Kalska 2012)

Verkkoterapia antaa erilaisen mahdollisuuden ulottaa terapiapalveluja myös henkilöille, jotka eri syistä eivät yksinkertaisesti tavoita tavanomaista psykologista hoitoa, jossa asiakas ja hoitotyöntekijä ovat kasvotusten. Verkkoterapia tuo Suomeen mahdollisuuden tavoittaa myös ne kunnat ja alueet, joilla psykiatrisen hoidon saaminen on muuten haasteellista. Masennuksen hoitoon tarvitaankin uusia ja tehokkaita hoitomenetelmiä, sen ollessa yksi yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä sekä suuri yksittäinen syy työ- ja toimintakyvyn menettämiseen. (Stenberg ym.2013,9.)

Katsauksesta saaduissa tuloksissa lievän ja keskivaikean masennuksen oireet vähenivät verkkoterapiassa. Vaikeaa masennusta hoidettaessa oireet vähenivät, mutta potilaan motivaatio, toimintakyky sekä itsetuhoisuuden riskit tulee ottaa huomioon eritavoin. Tämän takia verkkoterapialla hoidetaan yleensä vain lieviä ja keskivaikeita masennusta sairastavia henkilöitä. Yhdessä tutkimuksessa (De Graaf ym.2011) todetaan kuitenkin, että vakavasti masennukseen sairastuneiden oiretaso väheni vain vähän. Tämä tulos on kuitenkin hieman ristiriidassa katsauksen muiden tulosten kanssa. Tutkimuksen tekijät itse arvioivat syitä heikkoon tulokseen potilaille sopimattomalla interventiolla.

Tuloksissa ICBT hoito on vaikuttavuudeltaan verrattavissa traditionaaliin masennuksen hoitomuotoihin erityisesti, jos niihin on yhdistetty ammatillinen tuki. Katsauksen tuloksena havaittiin myös, että verkkoterapiassa terapeutin ohjausta saaneiden ja ei-ohjausta saaneiden ero oli vain kohtalaista ohjatun ryhmän hyväksi. Terapeutin tuen lisäämiseen liittyy kuitenkin aina kustannuskysymys sekä terapeutin saatavuus kysymys. Verkkoterapiahoito ilman ohjausta voi olla hyvä vaihtoehto, silloin kun resurssit ovat vähäiset ja hoidolle on tarvetta. Ohjauksen tarve ja merkitys verkkoterapiassa tarvitsee lisää tutkimuksia. Suomessa koulutettu terapeutti tukee masennuksen verkkoterapian käyttäjän edistymistä (Stenberg ym. 2013.)

Yleisesti verkkoterapia hoitoon osallistuneet potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja suosittelivat hoitomuotoa myös ystävilleen. Ohjausta saaneet potilaat olivat hieman tyytyväisempiä kuin ilman ohjausta olleet. Verkkoterapia on Suomessa niin uusi keino hoitaa masennusta, että siitä ei ole vielä saatavilla tutkimuksia potilastyytyväisyydestä.

Katsauksessa verkkoterapioissa saatiin hyviä tuloksia käyttämällä teknikkoja, joilla ei ollut terveydenhuollon koulutusta. Joten tarvitaan lisää tutkimusta, siitä kuka voi antaa verkkoterapiassa tukea ja millaisella koulutuksella. Suomessa tukea antavat vain psykologit ja psykoterapeutit. (Joutsenniemi ym. 2011.) HUS:n verkkoterapiassa jokainen käyttäjä saa oman koulutetun tukea antavan terapeutin, jonka tehtävänä on seurata ja kannustaa asiakkaan edistymistä terapiassa, lähettää järjestelmän välityksellä viestejä sekä vastata esille nouseviin kysymyksiin (Mielenterveystalo, nettiterapiat.)

Katsauksen tuloksissa uudelleen sairastumisen riski väheni masennukseen sairastuneilla potilailla, jotka saivat kognitiivista verkkoterapiaa. Uusiutumisen riski vaihtelee 50- 85 % välillä (Holmberg & Kähkönen ym. 2011). Verkkoterapian vähentäessä masennusoireita myös riski sairastua masennukseen uudelleen väheni. Masennuksen uusiutumisessa oletetaan reflektiivisen paranemisella olevan masennusta ehkäisevä vaikutus. (Holmberg & Kähkönen ym. 2011.) Masennuksella on taipumusta uusiutua ja joskus se voi muuttua pitkäaikaiseksi sairaudeksi ilman hoitoa. (Heiskanen ym. 2011).

ICBT hoitoa saaneilla elämänlaatu parani merkittävästi sekä yhdessä tutkimuksessa, jossa mitattiin toimintakykyä, myös se parani merkittävästi (Titov ym. 2010). Masennuksen oireet vaikuttavat elämänlaatuun ja toimintakykyyn merkitsevästi. Sairauden takia useat ihmiset joutuvat sairaalomille ja sairauseläkkeelle työkyvyn heiketessä (THL 2009.)

Haasteina tutkimuksen artikkeleista löytyi potilaan soveltuvuus hoitoon, itsetuhoisuuden havaitsemisen vaikeus, mahdollinen negatiivinen kokemus, jos potilas ei onnistu suorittamaan hoitoa sekä tutkitun tiedon puute.

Yksi masennuksen oireista voi olla itsetuhoisten ajatusten tai tekojen lisääntyminen. Tuloksissa suositellaan verkkoterapiaa osana ns. Stepped care hoitopolkua, jolloin hoitoa voidaan tehostaa potilaan tilanteiden ja tarpeiden mukaan. Samoin non-verbaalisen tiedon puuttuminen korvataan kyselemällä jokaisella terapia yhteenotolla aikomuksia ja suunnitelmia itse tuhoisuudesta. Suomessa verkkoterapian voi aloittaa vain lääkärin tai muun ammattihenkilökunnan läheteellä, jolloin lääkärin velvollisuudeksi jää selvittää potilaan soveltuvuus tälle hoitomuodolle.

Toisena haasteena esiin nousi myös mahdollisuus saada negatiivinen kokemus. Esimerkiksi masennuksen oireisiin kuuluva uupumus ja keskittymiskyvyttömyys, saattavat vaikuttaa siihen, että potilas ei kykene viemään hoitoa loppuun asti. Tällöin potilaalle voi vahvistua kielteinen ajatusmalli epäonnistumisesta, josta hoidolla on nimenomaan pyritty pois. Seurauksena saattaa olla myöhemminkin kykenemättömyys asiantuntijoiden tarjoamaan jatkohoitoon.

Kolmantena haasteena voidaan pitää tiedonpuutetta. Esimerkiksi HUS masennuksen verkkoterapiassa pyritään hyödyntämään psykoterapioiden yleistä tietoa, mutta kognitiivinen viitekehys luo pohjan verkkoterapioihin. Kuitenkaan tutkittua tietoa ei ole tarpeeksi, jotta ymmärrettäisiin kaikki verkon välityksellä annetun hoitoon vaikuttavat tekijät. Yhdessä tutkimuksessa tuloksia saatiin pidemmällä ICBT- moduulin käytöllä, mutta lyhyemmällä ICTB- moduulilla ei saatu masennuksen oireita vähentävää tulosta. Tämä jättää myös työn tekijät miettimään mikä terapiassa vaikuttaa oireita vähentävästi.

Näiden lisäksi tutkimuksista esiin nousi kysymys verkkoterapian soveltuvuudesta kaikille. Sen todettiin toimivan vain yhtenä vaihtoehtona muiden hoitomuotojen joukossa. Sen lisäksi potilaan motivaatio omatoimiseen hoitoon tulee olla kohdallaan. Yhtenä vaatimuksena hoidon onnistumiselle voidaan nähdä myös tietokoneen käyttötaidot. Tulevaisuudessa hoitomuoto todennäköisesti yleistyy, sillä nuoret ovat jo nyt tottuneet arjen kommunikointiin internetin välityksellä (esimerkiksi Facebook).

6.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettava ja pätevä tapa yhdistää aikaisempaa tietoa, kun tutkija ymmärtää teoreettiset perusteet ja osaa niitä kriittisesti arvioida (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44). Tekijät perehtyvät huolellisesti ja laajasti ennen tutkimuksen aloittamista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodologiaan ja kansainväliseen terminologiaan. Työn tekijät ovat myös perehtyneet kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan kasvokkain annetun masennuksen hoitomuotona. Verkkoterapia on uusi hoitomuoto Suomessa, mutta maailmalta siitä löytyy luotettavaa tutkimustietoa tältä vuosikymmeneltä. HUS:ssa

aloitettu verkkoterapia sekä mielenterveystalon internet sivusto nostavat aiheen ajankohtaiseksi. Tästä syystä katsauksen tekijät halusivat perehtyä aiheeseen.

Luotettavasti tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii kaksi tekijää, sillä tutkijat voivat päätyä erilaisiin tuloksiin (Pudas-Tähkä & Axelin. 2007, 46). Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tekijöitä oli kolme. Työn edetessä työtä on tehty itsenäisesti sekä ryhmässä. Itsenäisesti tehdyt työt on yhdessä käyty läpi, jotta luotettavuus lisääntyisi. Luotettavuutta tämän katsauksen analysoinnissa saattaa heikentää tekijöiden vähäinen kokemus sisällönanalyysin tekemisestä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe on hakustrategian toteuttaminen (Johansson 2007). Kirjallisuus katsauksen haut on tähän opinnäytteeseen tehty systemaattisesti ja aineiston hakuprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti (taulukko 1), mikä lisää opinnäytteen luotettavuutta. Aineiston analysointi on dokumentoitu vaiheittain ja aineiston luokittelu eri vaiheissa on kirjattu ylös. Tutkimus eteni vaihevaiheelta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti.

Opinnäytetyön tekijät halusivat saada mahdollisimman kattavan tuloksen verkkoterapian vaikutuksista masennukseen sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tietoa aiheesta löytyi laajasti, joka aiheutti tarpeen kaventaa ja selkeyttää tutkimuskysymyksiä. Tekijät laativat alkuperäis-tutkimusten sisäänotto- ja pois sulkukriteerit rajatakseen tietokantahakuja. Kriteerit mietittiin tarkasti ja aihe haluttiin rajata koskemaan verkkoterapian vaikutuksia sekä haasteita masennuksen hoidossa. Tällä pyrittiin tavoittamaan mahdollisimman kattavasti aiheeseen liittyvät alkuperäistutkimukset.

Virheet systemaattisessa hakuprosessissa antavat epäluotettavan kuvan tuloksista. Tietokannoista hakujen tekeminen, valikoituneiden otsikoiden läpikäyminen ja varsinkin abstraktien lukeminen on aikaa vievä vaihe. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007,49,55.) Abstraktien sekä artikkeleiden lukemisessa käytettiin kaksoistarkistusta eri työntekijöiden toimesta.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa se, miten kattavasti ja laajasti löysimme tarkoituksen mukaisia artikkeleita ja tutkimuksia, ja se miten uskollisena pysymme alkuperäistutkimuksille tutkimustulosten analysoinnissa. Käytetyt tietokannat voidaan todeta luotettaviksi ja tarpeeksi laaja-alaisiksi tätä tarkoitusta varten. Siksi tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ei käytetty julkaisematonta tietoa, jolla myös vältettiin julkaisuharhan syntymisen. Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksista laadittiin taulukko, jossa kuvataan tutkijat, vuosi, maa, tutkimuksen nimi, tarkoitus, menetelmä, keskeiset tulokset sekä laadunarvioinnin pisteet (liite 2). Analyysin luotettavuutta pyrittiin myös

vahvistamaan tarkistamalla tulosten yhdenmukaisuutta alkuperäisaineiston sisällön kanssa useaan kertaan.

Prosessin luotettavuutta voi vääristää myös kieliharha. Kieliharhaa voi esiintyä, jos systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytetään esimerkiksi vain englanninkielisiä tutkimuksia. Tätä voidaan välttää huomioimalla erikielillä tehdyt tutkimukset. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Sisäänottokriteereissä oli kielirajaus, hyväksyttiin vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia ja rajaus tehtiin englannin ja suomenkielen hakusanojen valinnalla. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu pääasiassa englanninkielisistä artikkeleista ja kahdesta suomenkielisestä artikkelista. Tiedonhaun ulkopuolelle jäivät muut kuin suomen ja englanninkieliset tutkimukset tekijöiden kielitaidon vuoksi. Tätä haastetta pyrittiin kompensoimaan tutkimusten kansainvälisyydellä. Katsauksen tutkimukset ovat Sveitsistä, Australiasta, Ruotsista, Isosta Britannian, Alankomaista sekä Suomesta.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii noin kuuden kuukauden työstämisen. Pitkä ja huolellisesti tehty prosessi tuottaa yhteenvedon olemassa olevasta tutkimustiedosta ja on helpommin muiden hyödynnettävissä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 55 -56.) Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen kului kahdeksan kuukautta.

Toistettavuudella tarkoitetaan katsauksen kirjaamista siten, että lukija vakuuttuu tehtyjen ratkaisujen ja tulosten oikeutuksesta ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Nieminen 2006, 220.) Tutkimuksen luotettavuutta mittaavat tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti, joita tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan arvioimalla aineistonkeruuta ja analyysia, tutkimuksen kohdetta ja toteutusta sekä tulosten luotettavuutta (Cavanagh 1997; Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimusta voidaan pitää reliaabelina, jos kaksi tutkijaa saa samanlaisen tuloksen erikerroilla (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Katsauksessa käytetyistä meta-analyseistä (Joutsenniemi ym. 2011 ja Andersson 2012), kaksi todettiin reliaabeliksi katsauksessa valikoituneiden aineistojen perusteella, sillä ne sisältävät samoja tutkimuksia, jotka saatiin myös opinnäytetyön systemaattisessa tiedonhaussa. Ajallinen sisäänottokriteeri oli tosin eri kuin tässä opinnäytetyössä. Tästä johtuen katsaukseen ei sisällynyt kaikki meta-analyseissä käytetyt artikkelit. Meta-analyysien tulokset ovat yhdenmukaisia tämän katsauksen tulosten kanssa. Tosin meta-analyysien päätapahtumat olivat hieman toiset kuin tässä katsauksessa.

Katsauksessa käytettyjen tutkimusten yleistettävyydessä ongelmana saattaa olla se, että osallistujat itse osoittivat kiinnostuksensa osallistumiseen eli valikoituiko tutkimuksiin juuri tietyn tyyppisiä ihmisiä (esim. motivoituneempia). Sekä se, että tutkittavat raportoivat tulokset itsenäisesti (Berger ym. 2011).

Alla olevassa taulukossa (2) on esitetty yhteenveto tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisäävistä ja vähentävistä tekijöistä.

Taulukko 2 Luotettavuutta lisäävät ja vähentävät tekijät

| LISÄÄVÄT | VÄHENTÄVÄT |
|---------------------------------|---|
| Kolme tekijää | Tekijöiden vähäinen kokemus |
| Huolellinen tutkimussuunnitelma | Julkaisuharha |
| Tarkat hakusanat | Kieliharha |
| Manuaalinen haku | Kansallisen ja kansainvälisten terveydenhuoltojärjestelmien eroavaisuus |
| Huolellinen dokumentointi | Terminologian moninaisuus |
| ONT- torin hyödyntäminen | |

Tutkimusaiheen valinta on tutkijoille eettinen valinta (Hirsjärvi ym. 2009, 26; Tuomi & Sarajärvi 2006, 126). Tämän tutkimuksen aiheen ajankohtaisuus vaikutti työn eettisyyteen (Kovner & Rundall 2006). Aiheeseen vaikutti myös tekijöiden henkilökohtainen kiinnostus verkkoterapian vaikuttavuudesta sekä halu kehittää verkkoterapian vaikuttavuuden tiedon jakamista.

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009). Tekijät ovat perehtyneet laajasti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteisiin ja käytäntöihin ja noudattivat niitä. Huomiota kiinnitettiin erityisesti huolellisuuteen ja tarkkavaisuuteen tutkimustyössä, tallentamisessa sekä tulosten arvioinnissa.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomiota valittujen artikkeleiden laatuun (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Laadullisten tutkimusten luotettavuutta voidaan kritisoida liian pienistä tutkimuksiin osallistuneiden määristä, subjektiivisuudesta sekä satunnaistamisen ja yleistettävyyden puutteesta. Laadullista tutkimusta on kuitenkin tarkasteltava nimenomaan laaduullisena eikä määrällisenä tutkimuksena, sillä molemmilla tutkimustavoilla on omat erityispiirteensä, joiden mukaan niitä voidaan tarkastella ja arvostella. Laadullisen tutkimuksen keskeisiä ja vahvistavia ominaispiirteitä ovat juuri subjektiivisuus, valikoituneisuus, osallistujien määrän vähyytensä sekä kontekstisidonnaisuus. Tutkimusta tarkasteltaessa olennaista on sen omat lähtökohdat. (Kylmä & Juvakka 2012, 133-134.)

Tässä opinnäytetyössä luotettava ja laadukas aineisto varmistettiin alkuperäistutkimusten näytön asteen ja laadun arvioinnilla. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston tutkimusnäytön vahvuutta tarkasteltiin Laurin (2003,43) näyttöön perustuvan hoitotyön teok- sessa esitetyn mallin mukaan. Laurin jaottelun mukaan yksittäisen tutkimuksen tutkimusnäyt-

tö voi kuulua yhteen seuraavista luokista: vahva tutkimusnäyttö (A), jolloin tutkimus sisältää useita tuloksiltaan samansuuntaisia ja menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia; kohtalainen tutkimusnäyttö (B), jolloin tutkimus sisältää ainakin yhden menetelmällisesti tasokkaan tutkimuksen ja useita kelvollisia tutkimuksia; heikko tutkimusnäyttö (C), jolloin tutkimus sisältää ainakin yhden kelvollisen tutkimuksen ja useita menetelmällisesti heikompia tutkimuksia; ei tutkimusnäyttöä (D).

6.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tuottaa tietoa verkkoterapian vaikutuksista ja mahdollisuuksista masennuksen hoidossa. Kansallisen ja kansainvälisten terveydenhuoltojärjestelmien eroavaisuudet ja interventioiden käytäntöjen vaihtelevuus vaativat lisää tutkimusta. Esiin nousi myös kysymys miten eri maiden erilaiset asenteet masennuksesta ja sen hoidosta vaikuttavat tutkimuksiin ja niiden vertailtavuuteen. Suomalaista tutkimusta verkkoterapian käytöstä masennuksen hoidossa ei vielä ole saatavilla ja se toisi ajankohtaista tietoa verkkoterapian monista käyttömahdollisuuksista Suomessa. Lisätutkimusten tuomalla tiedolla verkkoterapian käytöstä masennuksen hoidossa, verkkoterapia voitaisiin liittää yhdeksi perusterveyden huollon hoitomenetelmäksi. Tällöin masennuksen hoitoon voitaisiin tarjota vaihtoehtoja lääkehoidolle tai sen tueksi. Ihanteellista olisi, jos verkkoterapiat otettaisiin valtakunnallisesti käyttöön. Tämä toisi helpotusta psykoterapeuttisen hoidon saatavuuteen ja lisäisi potilaiden tasa-arvoa. Lisäksi se todennäköisesti vähentäisi erikoissairaanhoidon kuormitusta ja kustannuksia.

Jotta masennuksen verkkoterapia saataisiin sisäistetyksi perusterveyden huollon yhdeksi hoitomenetelmäksi, vaatii se suomenkielisen sovelluksen leviämistä koko maahan. Se edellyttää myös verkkoterapiajärjestelmien taustaterapeuttien ja muiden tukihenkilöiden kouluttamista tehtävään. Tämä mahdollistaisi sen, että perusterveydenhuollossa voitaisiin arvioida muun tuen tarve terapian aikana ja sopia käytännöistä hoidon seurannan järjestämiseksi. Muut hoitomuodot olisivat nopeasti saatavissa, jos terapia jostain syystä keskeytyisi tai päättyisi.

Jatko tutkimuksella voitaisiin saada vastaus kustannuskysymykseen, sillä tällä hetkellä suurin osa kustannuksista muodostuu henkilöstökuluista. Toistaiseksi HUS:in hankkeessa vain psykologit ja psykoterapeutit voivat antaa tukea, vaikka suositusten mukaan laaja kirjo terveyden ja sosiaalihuollon ammattilaisista voisi antaa tukea. Jatkossa olisi tärkeää selvittää asiantuntijoiden/terapeuttien ohjausmallien vaikutusta hoidon laatuun esimerkiksi kyselykaavakkeen avulla hoidon päättyessä.

6.4 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa haasteeksi nousi runsas ja kirjava tieto masennuksesta. Työ aloitettiin kartoittamalla tieteellistä ja teoreettista tietoa masennuksesta ja siihen

vaikuttavista tekijöistä. Tietomäärä yllätti työn tekijät laajuudellaan ja tästä syystä alusta asti pyrittiin keskittymään vain siihen, mikä on oleellista masennuksessa. Tutkimuskysymysten oikeaa asettelua mietittiin useaan otteeseen ja niihin palattiin aina uudestaan, kunnes ne lopulta muotoutuivat mielestämme aiheeseen sopiviksi.

Systemaattinen tiedon haku prosessina oli tekijöille uutta ja siihen perehtyminen vaiheelta oli mielenkiintoista. Työn tekeminen opetti tekijöille paljon ja kasvatti tekijöitään. Työn aloittaminen uudelleen alusta olisi nyt paljon helpompaa ja selkeämpää. Hakuprosessi tehtiin kokonaisuudessaan Helsingin yliopiston kirjastossa, mikä puolestaan toi oman tieteellisen lisänsä työn tekemiseen, tosin ehkä vain tekijöiden psyykkisellä tasolla. Yliopiston koneella artikkelien etsiminen oli helppoa ja nopeaa. Hakujen rajaaminen tuli heti ajankohtaiseksi ja rajaamista harjoiteltiin erilaisilla hakusanoilla. Työlään ja mielenkiintoisen hakuprosessin aikana haasteelliseksi koettiin myös artikkelien englanninkielisyys. Artikkelit käännettiin suomeksi mahdollisimman tarkasti, joka vei paljon aikaa. Sisään - ja poissulku kriteerien määrittäminen tapahtui suhteellisen helposti, koska artikkelien määrä oli niin laaja ja kriteerit auttoivat pitämään haun määrät kohtuullisena.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa artikkelit luettiin ja tulokset lajiteltiin sisällöllisiin väittämiin, jotka kertoivat jotain masennuksesta ilmiönä. Keskeisenä ajatuksena oli perehtyä nimenomaan tutkimuskysymyksiin ja niihin vastaaviin asioihin. Tämän analyysivaiheen jälkeen keskityimme tulkitsemaan millaiset aihekokonaisuudet toistui eri tutkimuksissa ja miten niistä voitaisiin löytää keskeinen ajatus, joka tiivistäisi tulokset. Lopulta tuloksiin saatiin lajiteltua kahdeksan hyötyä kuvaavaa otsikkoa sekä neljä haasteita kuvaavaa otsikkoa. Näihin kirjoitimme eri tutkimuksista olennaisen tiedon, joka kuvaisi tuloksia parhaiten.

Tulosten jälkeen pohdimme pohdintaosuudessa miten hyvin tulokset ovat verrattavissa teoria-tietoon, jota olimme kuvanneet masennuksen teoreettisessa osuudessa. Onneksi tieto oli hyvin verrattavissa, vaikka osassa tuloksia olikin ristiriitaisia tietoja. Ristiriitaiset tiedot antoivat meille haastetta, miten ne olisi ymmärrettävä. Päädyimme raportoimaan tulokset sellaisina kuin ne esiintyivät ja esitimme ainoastaan niiden osalta jatkotutkimustarpeen.

Työn tekeminen sujui ongelmitta, vaikka emme tunteneet kaikki toisiamme ennestään. Työsämme jouduimme ottamaan huomioon kaikkien oman yksilöllisen elämäntilanteen tuomat haasteet sekä lisäksi työharjoittelupaikat toivat omat haasteensa itse kullekin työn edetessä. Kaiken kaikkiaan olemme tyytyväisiä tähän oppimiskokemukseen, jonka saimme työstäessämme tätä opinnäytetyötä.

Lähteet

Antony M., Ledley D. & Heimberg R. 2008. Pysyvä muutos. Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Porvoo: Edita.

ASPEN- hanke. 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 4.8.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aeb72133-7848-4ac7-8303-245e147fceca>

BDI kyselykaavake. Terveysportti. Luettu 2.12.13.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/pgr/100.012.html>

Cavanagh S.1997.Content analysis: concepts, methods and applications. Nurse Research 4, 5-16.

Depressio 2013. Käypähoitosuositus. Luettu 15.10.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakusana=masennus>

Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. & Kalska, H. 2012. Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim.

Johansson K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset -huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku: Turun yliopisto.

Kojonen, T. 2011. Verkkoterapia yleistyy, Therapion.com. Luettu 4.8.2013.
<http://artikkeli.fi/verkkoterapia-yleistyy/>

Kopakkala A. 2009, Masennus sairautena. Edita. Luettu 1.9.2013.
http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/yhteistyohankkeet/paluutyohon/tyohon-palaaajat/masennus-sairautena/ Aku Kopakkala

Kovner A.R. & Rundall T.G. 2006. Evidence- Based Management. Reconsidered Frontiers of Health Services Management 22, 3-22.

Kylmä J. & Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kähkönen S., Karila I. & Holmberg N. 2011. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.

Kääriäinen M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37 -40.

Lauri, S., 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: Wsoy.

Lehtonen, T. & Lappalainen, R. 2005. Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä. Tampere: Tampereen yliopisto, Psykologian laitos.

Masennus 2009. Käypähoidon potilasversiot. Aho T., Isometsä E, Mattila M., Jousilahti P. & Tala T. 2009. Luettu 15.9.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakusana=masennus>.

MADRS kaavio. Luettu 1.9.2013.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50076a.pdf>

Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Mielenterveystalo, nettiterapiat. Luettu 1.9.2013.

<https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo, tietoa palvelusta. Luettu 1.9.2013.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietoa%20palvelusta/Pages/default.aspx>

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215- 221.

Pudas - Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R- L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007, 46-57.

Tontti, J. 2008. Monimielinen masennus. Tampere: Vastapaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A.2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat, mistä apua. Jyväskylä: Gummerus.

Siimes K. 2001. Masennuksen ehkäisy. Kuopio: Mielikirjat.

Stenberg J-H., Saiho S., Pihlaja S., Service H., Holi M. & Joffe G. 2013. Irti masennuksesta. Helsinki: Duodecim.

THL, 2009. Suvisaari J., Lönnqvist J. Mieli 2009. Luettu 1.9.2013.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/dc68e731-f2d4-4db0-83e2-b9db5bc92412>

THL, 2011. ICD-10 Tautiluokitus. Luettu 3.8.2013.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19> luettu 3.8.2013

Kirjallisuuskatsauksessa analysoidut artikkelit:

- Andersson G., Hesser H., Veilord A., Svedling L., Andersson F., Sleman O., Mauritzson L., Sarkohi A., Claesson E., Zetterqvist V., Lamminen M., Eriksson T. & Carlbring P. 2013. Randomized controlled non-inferiority trial with 3 year follow up of internet delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective disorders*. Article in press.
- Andersson G. & Cuijpers P. 2009. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2009, Vol 38 Issue 4, p 196-205.
- Andersson G. & Johansson R. 2012. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother*. 2012 Jul;12(7):861-9. Pub med PMID: 22853793.
- Bendelin N., Hesser H., Dahl J., Carlbring P., Zetterqvist K., Andersson N. & Andersson G. 2011. Experiences of guided internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study. *Biomedcentral Psychiatry* 2011. 11:107.
- Berger T., Hämmerli K., Gubser N., Andersson G. & Caspar F. 2011. Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behavior Therapy* Vol 40. No 4, 251-266.
- Carlbring P., Hägglund M., Luthström A., Dahlin M., Kadowaki Å., Vernmark K. & Andersson G. 2013. Internet-based behavioural activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized trial. *Journal of Affective disorders* 148 (2013) 331-337.
- Christensen H., Griffiths K.M., Mackinnon A.J. & Brittliffe K. 2006. Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behavior therapy for depression. *Psychological Medicine*, 2006,36, 1737-1746. Cambridge University Press.
- De Graaf L.E., Gerhards S., Arntz A., Riper H., Metsemakers J., Evers S., Severens J., Widdershoven G. & Huibers . 2010 One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: a randomized trial. *Journal Behaviour Ther. Exp. Psychiat.* 42 (2011) 89-95.
- Holländare F., Johnsson S., Randestadt M., Tillfors M., Carlbring P., Andersson G. & Engström I. 2011. Randomized trial of internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2011, 124, 285-295.
- Holmberg N. & Kähkönen S. 2011. Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. *Duodecim* 2011; 127:692-8.
- Perini S., Titov N. & Andrews G. 2009. Clinician-assisted internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43: 571-578.

Joutsenniemi K., Stenberg J-H., Reiman-Möttönen P., Räsänen P., Isojärvi J. & Sihvo S. 2011 Masennuspotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat. Halo katsaus- verkossa ensin. Lääkärilehti 21.9.2011.

Kessler D., Lewis G., Kaur S., Wiles N., King M., Weich S., Sharp D., Araya R., Hollinghurst S. & Peters T. 2009. Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial. *Lancet* 2009;374:628-34.

Titov N., Andrews G., Davies M., McIntyre K., Robinson E. & Solley K., 2010. Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *Plos one* 5(6): e 10939. doi: 10.1371/journal.pone.0010939.

Warmedam L., Van Straten A., Twisk J., Riper H. & Cuijpers P. 2008 Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *JMIR* Vol 10, No 4, 2008.

Vernmark K., Lenndin J., Bjärehed J., Carlsson M., Karlsson J., Öberg J., Carlbring P., Eriksson T. & Andersson G. 2010. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy* 48 (2010) 368-376.

Liitteet

Liite 1. Yhteenveto kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä artikkeleista 2006-2011

| Tutkimusartikkelin kirjoittaja, vuosi ja paikka | Artikkelin nimi | Tutkimuksen tarkoitus | Tutkimuksen teko | Keskeiset tulokset |
|---|--|---|---|--|
| Berger T.y.m. 2011 Sveitsi | Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help | Selvittää vaikuttaako verkkoterapiassa ohjaus tai sitä vailla olo lopputulokseen | Kokeellinen tutkimus. Kolme ryhmää: ohjausta saaneet, ei ohjausta saaneet sekä odotusryhmä | Merkitsevä ero odotusryhmän ja muiden ryhmien välillä. Ohjauksen ja ei ohjausta saaneiden ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut suurta eroa. |
| Christensen H.y.m. 2006 Australia | Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behavior therapy for depression | Tutkia mitkä osiot vaikuttavat verkkoterapian tehokkuuteen sekä sen loppuun suorittamiseen | Kokeellinen tutkimus. Internetin käyttäjät, jotka valittiin suorittamaan erilaisia (6) interventio kokonaisuuksia | Pidemmällä ICBT versiolla paremmat vaikutukset kuin lyhyellä. Ongelmanratkaisu tai stressin sietokyky moduulilla ei ollut vaikutusta tulokseen. |
| Holländare F.y.m. 2011 Ruotsi | Randomized trial of internet-based relapse prevention for partially remitted depression | Voiko verkkoterapia ehkäistä masennuksen uusiutumisen | Kokeellinen tutkimus. Kaksi ryhmää: verkkoterapia sekä odotusryhmä | Masennuksen uusimisen ehkäisyssä verkkoterapia ja terapeutin tuki on parempi kuin odotusryhmä. Ryhmien välinen ero pysyi merkitseväenä seurannassa |
| Titov N. y.m. 2010 Australia | Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance | Onko teknikon antama tuki verkkoterapiassa yhtä tehokasta kuin klinikon antama tuki. | Kokeellinen tutkimus. Kolme ryhmää: teknikon avustama ryhmä, klinikon avustama ryhmä sekä odotuslista | Verkkoterapia ja terapeutin tuki parempi kuin odotuslista. Teknikon tai Klinikon antaman tuen ero ei merkitsevä. |
| Perini S. y.m. 2009 Australia | Clinician-assisted internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial | Määrittää klinikon avustaman verkkoterapian vaikuttavuutta | Kokeellinen tutkimus. Kaksi ryhmää: verkkoterapia sekä odotusryhmä | Verkkoterapia ja psykologin tuki parempi kuin odotusryhmä. |
| Kessler D.y.m. 2009 Iso-Britannia | Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial | Tutkia CBT vaikuttavuutta annettuna internetin välityksellä online terapeutin välityksellä. | Kokeellinen tutkimus. Verkkoterapia ryhmä sekä odotusryhmä. Molemmat ryhmät saivat tavanomaista hoitoa | Verkkoterapiaryhmä oli parempi kuin tavanomainen hoito yksinään (odotusryhmä). |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| Vernmark K. ym., 2010 Ruotsi | Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression | Tutkia verkkoterapian vaikuttavuutta itseapuohjelmana tai henkilökohtaista sähköposteina tai odotusryhmän välillä | Kokeellinen tutkimus. Kolme ryhmää: Verkkoterapiaryhmä, henkilökohtainen sähköpostiterapia ryhmä sekä odotusryhmä | Verkkoterapiaryhmä sekä henkilökohtaista sähköpostia saanut ryhmä olivat parempia kuin odotusryhmä eli heillä masennusoireet vähenivät selvästi. |
| De Graaf L.E ym. 2010 Alankomaat | One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: a randomized trial | Tutkia CBT:n vaikuttavuutta verrattuna tavalliseen hoitoon sekä verkkoterapiaan ilman tukea sekä näiden yhdistelmään | Kokeellinen tutkimus. Kolme ryhmää: verkkoterapiaryhmä, tavallinen hoitoryhmä sekä näiden yhdistelmäryhmä | Ryhmien välillä ei havaittu suuria eroja. Kaikissa ryhmässä oireet kuitenkin vähenivät. |
| Warmedam L.ym. 2008 Alankomaat | Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial | Tutkia vaikuttavuus eroja ICBT ja PST sekä odotuslista ryhmien välillä | Kokeellinen tutkimus. Kolme ryhmää: ICBT ryhmä ja PST (Problemsolvingtherapy) ryhmä sekä odotusryhmä. | Molemmat verkkoterapia ryhmät vähensivät masennusoireita verrattuna odotusryhmään. Ei voida sanoa, että toinen olisi ollut toista parempi, vaikka PST:n vaikutus näkyi nopeammin. |
| Andersson G ym. 2013 Ruotsi | Randomized controlled non-inferiority trial with 3 year follow up of internet delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression | Tutkia vaikuttavuus eroja ohjattun ICBT ryhmän sekä kasvokkain tapahtuvan ryhmä CBT ryhmän välillä. Seuranta 1 ja 3 vuoden ajanjaksolla. | Kokeellinen tutkimus. Kaksi ryhmää: ohjattu ICBT ryhmä sekä kasvokkain tapahtuva ryhmä CBT ryhmä | Molemmat ryhmät edistyivät huomattavasti masennus oireiden vähenemisessä ja tulokset pysyivät samana kolmen vuoden ajan. Ohjattu ICBT ryhmä saavutti jopa hieman paremmat tulokset kolmen vuoden seurannassa. |
| Carlbring P ym. 2013 Ruotsi | Internet-based behavioural activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized trial | Tutkia vaikuttako verkkoterapia muodot käyttäytymis-aktivaatio (BA) ja hyväksymisperusteinen hoito (ACT) masennukseen. | Kokeellinen tutkimus. Ohjattu verkkoterapia ryhmä sekä verrokki ryhmä | Tutkimus näytti verkossa annettavan BA terapian, johon on liitetty osia ACT terapiasta, vaikuttavan masennusoireita vähentävästi. |
| Bendelin N ym. 2011 Ruotsi | Experiences of guided internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a | Tutkia ohjattun ICBT hoidon käyttäjä kokemuksia | Kvalitatiivinen tutkimus | Tulokset korreloivat kasvokkain annettujen hoitojen kanssa. Vastuun ottaminen hoidosta sekä odotus onnistumisesta parantavat vaikuttavuutta. Mo- |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| | qualitative study | | | tivaatiolla on tärkeä osuus onnistumisessa. |
| Joutsenniemi K. ym. 2011 Suomi | Masennuspotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat. Halo katsaus | Tutkia ICBT hoitojen vaikuttavuutta aikuisten masennuspotilaiden hoidossa | Kirjallisuuskatsaus | Saatu vahvaa näyttöä terapeutin tuella toteutettujen ICBT hoitojen vaikuttavuudesta. |
| Holmberg N. ym. 2011 Suomi | Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa | Selventää kognitiivisen verkkoterapian koostumusta sekä sen käyttö-kohteita ja mahdollisuuksia | Katsaus Esitetty Duodecimin sivuilla 2011;127:629-8 | ICBT koostuu psykoedukaatiosta, eri harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä. Todettu tehokkaaksi depression hoidossa. Hoito tavoittaa myös potilaat, joita tavanomainen hoito ei tavoita. |
| Andersson G ym. 2009 Ruotsi | Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: The meta-analysis | Yhdistää tietoa tutkittujen icbt hoitojen vaikutuksista sekä etsii piirteitä, jotka vaikuttavat tuloksiin | Meta-analyysi Cognitive behavior Therapy | Enemmän tutkimusta tarvitaan, vaikka ICBT hoidot antavat lupaavaa näyttöön perustuvaa hoitoa masennukseen. |
| Andersson G ym. 2012 Ruotsi | Internet-based psychological treatments for depression | Saatavilla olevat tutkimukset vaihtelevat tuen antamisen määrässä ja tuen merkitystä on haluttu selventää | Expert review of neurotherapeutics | Vahva korrelaatio tuen saamisen ja masennuksen oireiden vähenemisellä. ICBT hoitojen vaihtelevuus on suuri sekä terapeuttinen faktori voi vaikuttaa lopputulokseen. |

Liite 2 Artikkelien laatuluokittelu

| Tutkimusartikkelin kirjoittaja, vuosi ja paikka | Artikkelin nimi | Tutkimuksen luokittelu |
|---|--|------------------------|
| Berger T. ym. 2011 Sveitsi | Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. | B |
| Christensen H. ym. 2006 Australia | Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behavior therapy for depression | C |
| Holländare F. ym. 2011 Ruotsi | Randomized trial of internet-based relapse prevention for partially remitted depression. | B |
| Titov N. ym. 2010 Australia | Internet treatment for depression: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance | B |
| Perini S. ym. 2009 Australia | Clinician-assisted internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial | B |
| Kessler D. ym. 2009 Iso-Britannia | Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial | B |
| Vernmark K. ym., 2010 Ruotsi | Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression | B |
| De Graaf L.E. ym. 2010 Alankomaat | One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: a randomized trial | B |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| Warmendam L.ym. 2008 Alankomaat | Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial | B |
| Andersson Gym. 2013 Ruotsi | Randomized controlled non-inferiority trial with 3 year follow up of internet delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression | B |
| Carlbring P ym. 2013 Ruotsi | Internet-based behavioural activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized trial | B |
| Bendelin N ym. 2011 Ruotsi | Experiences of guided internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study | B |
| Joutsenniemi K. ym. 2011 Suomi | Masennuspotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat. Halo katsaus | A |
| Holmberg N. ym. 2011 Suomi | Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa | A |
| Andersson Gym. 2009 Ruotsi | Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: The meta-analysis | A |
| Andersson Gym. 2012 Ruotsi | Internet-based psychological treatments for depression | A |

Liite 3 BDI-kysely

BDI-kyselyn kysymyksiä

1.
En ole surullinen
Olen alakuloinen ja surullinen
Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen
Olen niin onneton, etten enää kestä
2.
Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua
Tulevaisuus pelottaa minua
Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään
Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin
3.
En tunne epäonnistuneeni
Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset
Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä
4.
En ole erityisen haluton
En osaa nauttia asioista niin kuin ennen
Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään
Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen
5.
En tunne erityisemmin syyllisyyttä
Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton
Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina
Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton
6.
En koe, että minua rangaistaan
Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle
Uskon, että kohtalo rankaisee minua
Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista
7.
En ole pettynyt itseäni
Olen pettynyt itseäni
Inhoan itseäni
Vihaan itseäni
8.
Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin
Kritisoin itseäni heikkouksista
Moitin itseäni virheistäni
Moitin itseäni kaikesta, mikä 'menee pieleen'
9.
En ole ajatellut vahingoittaa itseäni
Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin
Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat
Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus
10.
En itke tavallista enempää
Itken nykyään aiempaa enemmän
Itken nykyään jatkuvasti
En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin
11.
En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään

Ärsyynnyn aiempaa herkemmin
 Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan
 Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin
 12.

Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä
 Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän
 Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet
 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan
 13.

Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin
 Yritän lykätä päätöksentekoa
 Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä
 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
 14.

Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut
 Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä
 Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä
 Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen
 15.

Työkykyäni on säilynyt ennallaan
 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
 Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen
 En kykene lainkaan tekemään työtä
 16.

Nukun yhtä hyvin kuin ennen
 Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen
 Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen
 Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti
 17.

En väsy sen nopeammin kuin ennen
 Väsyn nopeammin kuin ennen
 Väsyn lähes tyhjästä
 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään
 18.

Ruokahaluni on ennallaan
 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen
 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
 Minulla ei ole lainkaan ruokahalua
 19.

Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan
 Olen laihtunut yli 2,5 kg
 Olen laihtunut yli 5 kg
 Olen laihtunut yli 7,5 kg
 20.

En ajattele terveyttäni tavallista enempää
 Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen
 Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa
 Terveyteni ja tuntemusteni ajattelemisen on kokonaan vallannut mieleni
 21.

Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan
 Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt
 Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin
 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään

(<http://www.terveysportti.fi/xmedia/pgr/100.012.html>)