

TEKNOLOGISET INTERVENTIOT MASENNUKSEN OMA- HOIDON TUKENA

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Sabki Jasmin

Opinnäytetyö
Digitaaliset terveystalvelut ja hyvinvointiteknologia
Terveystenhoitaja, sairaanhoitaja (YAMK)

2022

Digitaaliset terveystalvetut ja hyvinvointi-
teknologia
Terveydenhoitaja, Sairaanhaitaja YAMK

Tekijä	Jasmin Sabki	Vuosi	2022
Ohjaajat	Satu Elo, Soili Vesterinen		
Työn nimi	Teknologiset interventiot masennuksen omahoidon tukena		
Sivu- ja liitesivumäärä	51 + 4		

Masennus on yleinen ja lisääntyvä mielenterveyden ongelma, johon tulee saada hoitoa tarvetta vastaavasti. Mielenterveyttä voidaan edistää ja tukea osana hoitoa positiivisesta näkökulmasta yksilöllisiä suoja- ja riskitekijöitä huomioimalla sekä voimavaroja vahvistamalla. Digitaalisten terveystalvetuiden yleistymisen myötä masennuksen ehkäisemisessä ja hoidossa hyödynnetään erilaisia teknologia-pohjaisia interventioita, joita esitetään käytettäväksi kansainvälisissä ja kotimaisissa hoitosuosituksissa. Niitä voidaan käyttää ajasta ja sijainnista riippumattomasti koti- ja avohoitoympäristöissä. Tämän myötä asiakkaan aktiivisuus, vastuun ottaminen ja päätöksenteko hoidossaan sekä omahoito tulevat aiempaa keskeisemmäksi hoidon toteuttamisen ja tavoitteisiin pääsemisen kannalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla masennuksen avohoidossa käytettäviä teknologisia interventioita ja niiden tukea masennuksen omahoidossa. Tavoitteena oli muodostaa käsitys teknologisista interventioista ja niiden roolista masennuksen hoidossa, minkä avulla ammattilaiset voivat huomioida niitä ja omaa rooliaan osana hoidon toteuttamista. Tutkimuskysymysten asettelun, kirjallisuushaun ja laadunarvioinnin toteuttamisen jälkeen lopullinen aineisto sisälsi kuusi kansainvälistä tutkimusta, jotka käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tulokset siitä esitettiin synteesisinä.

Tulokset osoittivat, että avohoidossa masennuksen omahoidon tukena käytetään erilaisia teknologisia interventioita, jotka edes auttavat omahoidon toteutumista ja jota hoidolle asetetut tavoitteet ohjaavat. Hoidon aikana tärkeitä olivat ammattilaisen tuki, avun ja tiedon saatavuus sekä vuorovaikutus. Teknologiavälitteisten tehtävien tekeminen ja taitojen harjoittaminen loivat konkreettisia selviytymiskeinoja sekä vahvistivat selviytymistaitoja. Teknologian käyttö lisäsi itsestä huolehtimista, vähensi sosiaalista leimautumista ja soveltui erilaisiin tilanteisiin. Vuorovaikutus koettiin teknologiavälitteisessä hoidossa osin riittämättömäksi sekä teknologisen intervention persoonattomuuden takia että saadun palautteen ollessa usein automaattista.

Avainsanat masennus, depressio, omahoito, digitaalinen teknologia, internet-perusteinen interventio, kirjallisuuskatsaus

Master of Digital Health Services and Wellness
Technology
Registered Public Health Nurse,
Registered Nurse

Author	Jasmin Sabki	Year	2022
Supervisors	Satu Elo, Soili Vesterinen		
Subject of thesis	Technological Interventions in Support Self-Management of Depression		
Number of pages	51 + 4		

Depression is a common and increased mental health problem which must be treated according to need. Mental health can be promoted and supported as part of the treatment from a positive perspective by observing individual protection and risk factors. Digital health care services are becoming more and more common as part of the technology-based interventions to prevent and treat depression. These methods are based on international and national care recommendations. These methods will be used at home and in outpatient settings, independent of time and location. Clients' activity, taking responsibility, decision-making in terms of their care, and self-management are essential in implementing the care and achieving the desired goals.

The purpose of this master's thesis was to find out with the help of an integrative literature review about technology-based interventions of depression in outpatient settings and how these support the self-management of depression. The objective of this study is to frame technology-based interventions and their roles to the care and treatment of depression in which professionals can observe their own roles as part of the treatment outcome. After a set of research questions, search of literature and assessment of the research quality, six international research articles were included in the final data. The material was analysed by using inductive content analysis. The outcome was presented with a text synthesis.

The result of this thesis showed that technological interventions are used in outpatient care of depression self-management support. The interventions used help in the implementation of self-management, and they are guided by the goals of the care. During the treatment professional's support, access to help and information, and interaction were proven important. Making technology-mediated tasks and practising skills created concrete means of survival and strengthened coping skills. Use of technology also increased the action of taking care of one-self, decreased social stigma, and it was suitable for various situations. The studied material also showed that interaction in technology-mediated treatment was experienced partly insufficient both due to its impersonal nature and often automatic feedback.

Key words depression, self-management, digital technology, internet-based intervention, literature review

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	MIELENTERVEYS OSANA HYVINVOINTIA	7
2.1	Mielenterveys ja siihen vaikuttavat tekijät	7
2.2	Mielenterveyden edistäminen	10
2.3	Masennus mielenterveyden ongelmana	13
2.4	Masennuksen hoito.....	14
2.5	Masennuksen omahoito.....	16
2.6	Omahoitoa ylläpitävä teknologia	20
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	24
4.2	Tutkimusongelman asettaminen	25
4.3	Kirjallisuushaku	25
4.4	Aineiston arviointi.....	27
4.5	Aineiston käsittely ja analyysi	29
5	TULOKSET	32
5.1	Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto	32
5.2	Masennuksen teknologiset omahoitointerventiot	32
5.3	Interventioista saatu tuki masennuksen omahoidolle.....	34
5.3.1	Omahoitoon sopeutuminen	34
5.3.2	Omahoidon toteutuminen	35
5.3.3	Hoidossa edistyminen	37
5.3.4	Hallinnan tunteen lisääntyminen	39
5.4	Yhteenveto tuloksista.....	40
6	POHDINTA	42
6.1	Tulosten tarkastelu	42
6.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	46
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Hyvinvointi ja hyvä terveys ovat emotionaalisen, kognitiivisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn perusta (Mielenterveyden edistäminen työpaikalla 2014, 9). Mielenterveys on psyykkistä pääomaa, yksilön voimavara, johon sisältyy muun muassa optimismi, hallinnan tunne sekä omien selviytymiskeinojen tunnistaminen ja käyttäminen (Hannukkala ym. 2019, 11). Tavallisimpien mielenterveyden ongelmien, kuten masennuksen ja ahdistuneisuuden (Kuhanen 2017, 25) ehkäisemisessä ja hoidossa hyödynnetään kasvavassa määrin internetiä, verkkopalveluja, etäyhteyksiä ja etähoitosovelluksia, joihin niiden käyttäjät ovat olleet tyytyväisiä (Stenberg ym. 2016, 2106–7). Psykykinen toimintakyky on korostumassa, kun digitalisaatio ohjaa – ja toisaalta vaatii ihmisiltä joustavuutta, mukautumista, uuden oppimista sekä itsenäistä päätöksentekoa (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantaus 2017, 985).

Yksilölliset psykologiset ja persoonalliset tekijät, sosiaaliset muutokset, stressaavat olosuhteet tai sairaudet voivat altistaa mielenterveyden epätasapainolle (Maailman terveysjärjestö 2018). Yksilöt ovat läheisessä vuorovaikutuksessa elinympäristönsä kanssa sen ominaisuuksien vaikuttaessa osaltaan hyvinvointiin ja siksi mielenterveys koskettaa myös lähiympäristöä, yhteisöä ja yhteiskuntaa (Mielenterveyden edistäminen työpaikalla 2014, 9). Mielenterveyden edistäminen osana terveyden edistämistä on keskeistä, sillä mielenterveys ei ole kehittynyt väestössämme tasapainoisesti fyysisen terveyden kanssa (Wahlbeck ym. 2017, 985).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla masennuksen avohoidossa käytettäviä teknologisia interventioita ja niiden tukea masentuneen omahoidossa. Tavoitteena on muodostaa käsitys teknologisista interventioista ja niiden roolista osana masennuksen hoitoa, minkä avulla ammattilaiset voivat huomioida niitä ja omaa rooliaan hoidossa asiakkaan tarpeen tunnistajana, yhteistyön luojana ja tukijana avohoitoon suuntautuvissa mielenterveyspalveluissa. Aihe on ajankohtainen, sillä mielenterveyden ongelmien

hoitoon kaivataan vaihtoehtoisia keinoja, jotka ovat käytännön toteuttamisen kannalta soveltamiskelpoisia. Laajan tutkimusnäytön myötä esimerkiksi verkkovälitteiset terapiat sisältyvät nykyisin Käypä hoito -suositukseen, mutta niitä kuitenkin tarjotaan Suomessa vain rajatuilla alueilla (Stenberg ym. 2016, 2106).

Tässä työssä teknologinen interventio tarkoittaa toimenpidettä, jonka avulla pyritään vaikuttamaan terveydentilaan ja käyttäytymiseen. Teknologia ja teknologiset laitteet toimivat intervention välineenä, minkä kautta (oma)hoito suurimmaksi osaksi tapahtuu. Teknologiavälitteisyys tarkoittaa tässä työssä niiden kautta tapahtuvaa (oma)hoitoa ja tukea masennuksen omahoidossa.

2 MIELENTERVEYS OSANA HYVINVOINTIA

2.1 Mielenterveys ja siihen vaikuttavat tekijät

Maailman terveysjärjestö määrittää terveyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, mielenterveyden ollessa olennainen osa tätä kokonaisuutta (Maailman terveysjärjestö 2018). Mielenterveys on yksilön ja ympäristön välistä tasapainoa, jota määrittävät yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 32). Nämä tekijät vaikuttavat yksilön henkilökohtaiseen mielenterveyden määrittelyyn ja käsitys siitä voi muuttua elämäntilanteen tai olosuhteiden vaihtuessa (Kuhanen 2017, 21–22).

Mielenterveys muuttuu ja muovautuu tilanne- ja aikasidonnaisesti sekä persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä koko elämän ajan (Appelqvist-Shmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016, 1759). Mielenterveys on psyykkisiä toimintoja ylläpitävä voimavara ja resurssi, jota kerätään ja käytetään (Kuhanen 2017, 21–22). Se kuvastuu hyvinvoinnin eri ulottuvuuksina, ja sillä on käsitteenä sekä positiivinen että negatiivinen vivahte. Mielenterveyden ongelmista kärsivä voi kokea mielenterveytensä positiiviseksi, kun psykiatrisesti terve henkilö kokee oman mielenterveytensä negatiiviseksi. (Wahlbeck ym. 2017, 986.) Ongelma- ja sairausnäkökulman sijasta positiivisen mielenterveyden käsite viittaa hyvinvointiin, ja sen varaan ihminen voi tukeutua (Kuhanen 2017, 19).

Positiivinen mielenterveys, mielen hyvinvointi ja psyykkinen hyvinvointi kuvaavat myönteistä mielenterveyttä ja ovat synonyymejä toisilleen (Wahlbeck ym. 2017, 986). Positiivinen mielenterveys on voimavaralähtöistä, ja sen avulla ihminen voi kokea elämänsä mielekkääksi sekä toimia luovasti ja tuottavasti (Lavikainen ym. 2004, 32). Siihen sisältyy eri osa-alueista koostuvia erilaisia psyykkisiä vahvuuksia ja kykyjä, kuten kypsyy, positiiviset tunteet, tunneäly, sosiaalinen kyvykkyys, koettu hyvinvointi sekä pärjäävyys ja sopeutumiskyky eli resilienssi (Appelqvist-Shmidlechner ym. 2016, 1759). Resilienssi tukee sopeutumista eri tilanteissa, ja se ilmenee optimistisena suhtautumisena, myönteisenä pärjäämisena sekä toi-

mintana etenkin vastoinkäymisissä tai epävarmuudessa (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2515). Se koostuu yksilön itsetietoisuudesta, itsesäätelystä, tulkintatyylistä, energianhallinnasta, optimismista, joustavuudesta, luonteen vahvuuksista ja vuorovaikutuksesta (Korkeila 2017, 210). Resilienssi muovautuu elämän eri vaiheissa kuten mielenterveyskin (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2516). Yksilön koherenssin tunne eli itseluottamus, itsetunto sekä tyytyväisyys itseensä vaikuttavat positiiviseen mielenterveyteen, jota optimistinen elämänsenne ja kokemus omaan elämään vaikuttamisen mahdollisuuksista tukevat (Kuhanen 2017, 19). Lisäksi onnellisuuden, mielihyvän, tarkoituksen ja tarpeellisuuden kokemukset, saavutukset sekä sosiaalisten suhteiden solmimisen ja ylläpitämisen voi nähdä positiivisen mielenterveyden kautta (Korkeila 2017, 209). Kaikista edellä mainituista muodostuvat yksilölliset voimavarat, joita voi kehittää ja hyödyntää (Appelqvist-Shmidlechner ym. 2016, 1759).

Psyykinen toimintakyky liittyy oleellisesti mielenterveyteen, positiiviseen mielenterveyteen, elämäntapaan, tuntemiseen ja ajatteluun (Poutiainen 2018). Psyykkistä toimintakykyä voidaan käsittää mielen, persoonallisuuden piirteiden ja psyykkisten voimavarojen kautta. Niiden avulla ihminen selviytyy sosiaalisessa ympäristössään, vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Psyykkisesti toimintakykyinen tuntee olonsa hyvinvoivaksi, arvostaa itseään sekä luottaa selviytymiskykyihinsä, tulevaisuuteen ja ympäröivään maailmaan. Hyvä psyykinen toimintakyky tukee terveyden ylläpitämistä ja edistämistä, sairauksiin sopeutumista ja niiden hallitsemista ja sairauksista toipumista, kun huono psyykinen toimintakyky voi olla esimerkiksi itsenäinen altistava riskitekijä sairauksille. (Aalto 2011.) Työkykyisyys, itsenäinen selviytyminen ja sopeutuminen ovat psyykkisen toimintakyvyssä olennaisia tekijöitä (Lönqvist 2021a, 19).

Emotionaalinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja psykososiaalinen toimintakyky kuvataan limittäisinä käsitteinä psyykkiselle toimintakyvylle. Emotionaalisten ja kognitiivisten toimintojen avulla esimerkiksi tiedon vastaanottaminen ja käsitteleminen, tunteiden kokeminen ja ilmaiseminen, käsitysten muodostaminen, havaintojen ja päätelmien tekeminen itsestä ja ympäristöstään sekä omaa elämää koskevien ratkaisujen ja valintojen tekeminen tulevat mahdollisiksi. (Aalto 2011.) Tun-

netaidot ja tunteiden säätely ovat psyykkisen toimintakyvyn ja positiivisen mielenterveyden kannalta tärkeitä. Tunteiden avulla ihminen voi muun muassa kohdistaa energiaansa eri toimintoihin. Etenkin negatiivisten tunteiden voimakkuutta ja kestoja säätelemällä yksilö voi kohdistaa voimavarojaan joustavasti eri tilanteissa. (Korkeila 2017, 210, 212.) Myönteisten tunteiden avulla on mahdollista vähentää kielteisten tunteiden haitallisia vaikutuksia esimerkiksi stressitilanteesta palautumisessa tai käyttäytymis- ja ajattelumallien muuttamisessa (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2518).

Psykososiaalinen toiminta tulee esiin vuorovaikutustilanteissa ulkoisen ympäristön, sosiaalisten suhteiden ja tukiverkoston kautta (Poutiainen 2018). Hyvät ihmissuhteet, vuorovaikutus muiden kanssa sekä osallisuus yhteisön jäsenenä vahvistavat mielenterveyttä (Kuhanen 2017, 22). Ne muun muassa suojaavat stressiltä, auttavat voimavarojen hyödyntämistä ja selviytymistä ympäristön vuorovaikutuksesta. Yksilöt ovat sosiaalisten tekijöiden kautta vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, joten niiden vaikutukset voivat olla psyykkisen hyvinvoinnin kannalta sekä myönteisiä että kielteisiä. (Lönngqvist 2021b, 904, 900.)

Erilaiset mielenterveyteen vaikuttavat suoja- ja riskitekijät vaikuttavat toisiinsa ja liittyvät esimerkiksi yksilöön itseensä, sosiaaliseen verkostoon ja ympäristöön (Laajasalo & Pirkola 2012, 10–11). Suojaavat tekijät vähentävät riskeille altistumista, riskien vaikutusta ja lisäävät selviytymis- ja sopeutumiskeinoja (Hannukala ym. 2019, 17–18). Mielenterveyttä suojaavien tekijöiden avulla on pyrkimys vahvistaa mielenterveyttä, elämäntilannetta ja resilienssiä, kun riskitekijät puolestaan tekevät alttiiksi mielenterveyden ongelmille (Laajasalo & Pirkola 2012, 10–11). Suoja- ja riskitekijöiden merkitys voi muuttua elämänkaaren eri vaiheissa (Markkula & Suvisaari 2017, 278). Mielenterveyden suoja- ja riskitekijöitä on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Mielen terveyden suoja- ja riskitekijöitä (mukaan Hannukkala ym. 2019, 19).

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
Hyvä terveys Myönteiset varhaiset ihmissuhteet Riittävän hyvä itsetunto Hyväksytyksi tuleminen tunne Ongelmanratkaisutaidot Oppimiskyky Ristiriitojen käsittelytaidot Vaikutusmahdollisuudet Vuorovaikutustaidot Kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin Mahdollisuus toteuttaa itseä Joustavuus Luovuus Sosiaalinen pääoma Optimismi, toivo Elämänhallinnan tunne Tunnetaidot Elämän merkityksellisyys	Riittävä ravinto Asunto/koti Sosiaalinen tuki, perhe, ystävät Myönteiset elämänmallit Koulutus- ja opiskelumahdollisuudet Työ, toimeentulo Työyhteisön ja esihenkilön tuki Kuulluksi tuleminen Esteetön liikkuminen Turvallinen, viihtyisä elinympäristö Toimivat palvelut Harrastukset, vertaistoiminta Matalan kynnyksen kriisiapu Ikääntyvien itsenäisen asumisen turvaaminen
Sisäiset riskitekijät	Ulkoiset riskitekijät
Sairaudet Itsetunnon haavoittuvuus Avuttomuuden tunne Kuluttavat ihmissuhteet Yksinäisyys Haitallinen päihdekäyttö Riippuvuus muista	Kodittomuus Erot ja menetykset Hyväksikäyttö, väkivalta Kiusaaminen ja syrjintä (Pitkäaikais)työttömyys Syrjäytyminen, köyhyys Päihde- tai mielen terveysongelma perheessä Uupumus Hajanaiset tai vaikeasti saatavat mielen terveyspalvelut

2.2 Mielen terveyden edistäminen

Terveyden edistämällä tarkoitetaan suotuisten olosuhteiden luomista, johon liittyvät ympäristö, sosiaaliset tekijät sekä yksilöllisten suoja- ja riskitekijöiden huo-

mioiminen, ja nämä ovat osa mahdollista hoitoa ja kuntoutusta (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13). Terveyden edistämistä toteutetaan osana kansanterveysystyötä, ja moniammatillisesti eri tahojen yhteistyönä huomioiden ihmisten terveys ja siihen vaikuttavat yksilölliset, sosiaaliset, rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 13, 16). Terveyden edistäminen on prosessinomainen jatkumo, joka tähtää hyvinvointiin yksilöiden vaikuttaessa oman terveytensä osatekijöihin ja hyödyntämällä tarpeen mukaan ammattilaisten asiantuntemusta (Lindström & Eriksson 2010, 35).

Mielenterveyden edistämällä on terveyden edistämisen kanssa monta yhteistä tekijää molempien kohdistuessa muun muassa hyvinvoinnin edistämiseen, arkielämän toimintaympäristöön, voimavarojen vahvistamiseen sekä terveyden eri osatekijöiden huomioimiseen (Mielenterveyden edistäminen työpaikalla 2014, 13). Mielenterveyden edistäminen pyrkii vaikuttamaan yksilöiden elämäntaitoihin, selviytymiseen, henkisen kestokyvyn ja yhteisöjen vahvistamiseen sekä yhteiskunnan rakenteellisten esteiden poistamiseen (Lavikainen ym. 2004, 38). Mielenterveyspalvelut toteutuvat perus- ja erikoistasolla, joita tukevat mielenterveyden edistäminen yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Mielenterveystyö sisältää sekä psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen että mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisen, parantamisen ja lievittämisen (Mielenterveyslaki 1 §).

Terveyden edistäminen kohdistuu yhteiskuntaan, yhteisöön, ryhmään ja yksilöön sekä promootion (edistämisen) että prevention (ehkäisemisen) näkökulmista, jotka jaetaan primaari, sekundaari- ja tertiäripreventioon (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15). Terveyden edistämisen taustana on terveyslähtöinen, salutogeeninen näkökulma, jossa voimavarat ja niiden hyödyntäminen ovat osa terveyttä ja sen kehitystä terveyden edistämisen eri tasoilla (Lindström & Eriksson 2010, 32). Terveyslähtöisenä resurssina mielenterveyttä hyödynnetään ongelmien läsnä ollessa, jolloin se auttaa ihmistä käyttämään voimavarojaan ja selviytymään omassa elinympäristössään (Kaleva & Valkonen 2013, 675).

Tavallisesti promootio kohdistuu yleisesti väestöön erilaisin keinoin, mutta se tukee myös yksilön kokonaishyvinnin ylläpitämistä ja korostaa positiivista terveyskäsitystä. Nämä tarkoittavat mielenterveyden edistämistä positiivisen mielenterveyden lisääntymistä ja vahvistamista. Preventiivinen toiminta on usein tarkkarajaista sen kohdistuessa tiettyihin oireisiin, riskitekijöihin tai sairauksiin. (Kaleva & Valkonen 2013, 675.) Se voi kuvastua ongelmalähtöisenä tai sairauksen ennaltaehkäisevänä toimintana vähentäen mielenterveyshäiriöitä ja niiden kestoja. Käytännössä promootio ja preventio tukevat toisiaan sekä mielenterveyden edistämistyössä yleisesti että mielenterveyspalveluissa. (Laajasalo & Pirkola 2012, 10.)

Primaariprevention avulla pyritään vaikuttamaan riski- ja suojatekijöihin ennen sairauden puhkeamista (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15), ja se voi olla joko yleistä, valikoivaa tai kohdennettua. Yleinen ennaltaehkäisy kattaa koko väestön, mutta valikoivat tai kohdennetut ehkäisykeinot kohdistuvat tiettyyn väestöryhmään tai yksilöihin. (Laajasalo & Pirkola 2012, 10.) Sekundaaripreventiossa korostuu sairauden varhainen tunnistaminen ja hoito, riskitekijän vaikutuksen poistaminen, lievittäminen tai uusiutumisen ehkäisy. Tertiääripreventio pyrkii lisäämään toimintakykyä ja ehkäisemään sairauden uusiutumisriskiä tai sen aiheuttamia haittoja. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 15.) Se kohdistuu kuntoutukseen, työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tai pitkäaikaishoitoon (Laajasalo & Pirkola 2012, 10).

Esimerkkinä preventiivisestä interventiosta ovat masennusriskissä oleville tai lievästi oireileville suunnatut mielialahallintaryhmät, niin sanotut depressiokoulut, jossa osallistujat opettelevat tunteiden hallintaa ja ongelmanratkaisutaitoja (Iso-metsä 2021, 360). Psykoedukaatio on todettu vaikuttavaksi masennuksen ehkäisemisessä stressin hallinnan, selviytymistaitojen harjoittelun sekä kognitiivisen käyttäytymisen osalta, sillä ne ovat yhteydessä mielenterveyteen ja sen riskitekijöihin, kuten muihin sairauksiin, fyysiseen aktiivisuuteen ja ympäristöön (Martin, Sandersson & Cocker 2009). Sekä masennuksen ehkäisemisen että sen hoidon kannalta mindfulness, meditaatio, luovat menetelmät, sosiaalisten taitojen ja huomiointikyvyn harjoittaminen ovat toimivia (Barnett, Arundell, Saunders, Matthews

& Pilling 2020). Ongelmanratkaisutaitojen harjoittaminen, hyväksymisen ja sitoutumisen opetteleminen, ajatusten tunnistaminen ja käyttäytymisen aktivoiminen ovat tärkeitä masennuksen tai sen uusiutumisen ehkäisyssä (Cuijpers ym. 2021). Lisäksi depression varhainen tunnistaminen, hoidon vaikutuksen aikaansaaminen sekä sairauden uusiutumisen ehkäiseminen lääkkeellisellä ylläpitoehdolla tai asianmukaisella psykoterapialla on tärkeää (Isometsä 2021, 360).

2.3 Masennus mielenterveyden ongelmana

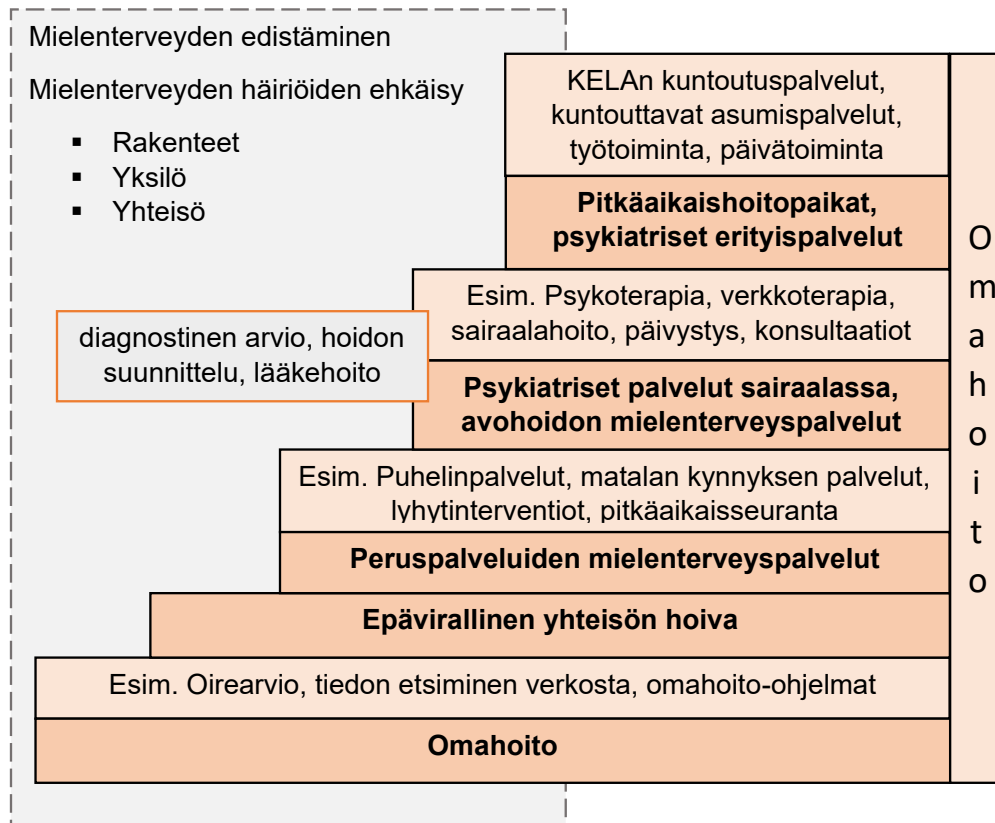
Masentunut mieliala voi olla hetkellinen ja ohimenevä tunnetila, tai se voi jatkua pidempäänkin ilman diagnosoitua sairautta ilmeten pitkäaikaisena jatkuvana masennustilana eli dystymiana tai toistuvina eri pituisina masennusjaksoina. Silloin yksilöllä on esiintynyt vähintään kerran aiemminkin masennustila. (Isometsä 2021, 319.) Masennusoireiluun voivat vaikuttaa eri syistä lisääntyvä kuormittuneisuus, mikä voi näyttäytyä tilapäisesti voimavarojen ja resurssien vähenemisenä positiivista mielenterveyttä heikentävästi, jolloin se on mielenterveyden kannalta normaali reaktio (Sohlman, Immonen & Kiikkala 2005, 211). Esimerkiksi elämäntapahtumiin liittyvä psykososiaalinen stressi tunnistetaan masennuksen riskitekijäksi, mutta sen aiheuttamat muutokset ja ajallinen kesto voivat vaikuttaa masennuksen puhkeamiseen (Isometsä 2021, 342).

Masennusongelmille ovat ominaisia esimerkiksi ajattelun, käyttäytymisen sekä erityisesti negatiivisten tunnetilojen, kuten pelon tai ahdistuksen pitkittyminen, jolloin niiden ohjaamana yksilön käytös voi olla hänelle itselleen haitallista (Huttunen 2017). Niiden taustalla vaikuttavat monet syyt, kuten biologia, mutta ympäristötekijöillä on todettu olevan tätä keskeisempi vaikutus yhdistettynä yksilöllisiin riskitekijöihin (Markkula & Suvisaari 2017, 278). Masennus vaikuttaa usein psyykkiseen toimintakykyyn heikentävästi, ja se palautuu oireettomuutta hitaammin. Masennustila alkaa yleensä ensioireilla, joita varsinaiset oireet seuraavat. Oireiden lievittyessä alkaa toipumisvaihe, mutta sairauden jälkioireita saattaa kuitenkin ilmetä pitkäaikaisesti. Tästä johtuen toipumisvaiheessa on vielä riski masennuksen uusiutumiselle. (Isometsä 2021, 341–342, 346.)

Pitkään jatkuneeseen masentuneeseen mielialaan liittyy tyypillisiä oireita, joita ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen menetys, itseluottamuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki, toistuvat itsetuhoon liittyvät ajatukset, päättämättömyys ja keskittymiskyvyttömyys, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, unihäiriöt sekä ruokahalun ja painon muutokset. Masennus luokitellaan diagnoosia vaativaksi mielenterveyden ongelmaksi silloin, kun ainakin neljä näistä oireista esiintyy yhdessä masennustilan kanssa vähintään kahden viikon ajan. Se voi olla lievä, keskivaikea, vaikea tai psykoottinen, ja oireiden määrä, laatu ja kesto ovat yksilöllisiä. (Isometsä 2021, 319–320.) Yksi masennusjakso kestää yleisimmin muutaman kuukauden ajan (Markkula & Suvisaari 2017, 280).

2.4 Masennuksen hoito

Masennuksen hoidon täytyy perustua asiakkaan ja yhden tai useamman ammattilaisen väliselle yhteistyösuhteelle, luottamukselle, jatkuvuudelle ja turvallisuudelle sisältäen yhteistoiminnallisuuden, dialogisuuden sekä selviytymisen tukemisen elementtejä (Kanerva & Kuhanen 2017, 140–159). Hoidon tarpeen lähtökohdina ovat asiakkaan toiveet ja odotukset sekä ammattilaisen hoidon tarpeen arviointi, joista koostetaan yhteinen näkemys. Se antaa perustan suunnitelmalliselle ja tavoitteelliselle toiminnalle, jossa asiakkaan tavoitteiden toteutumista arvioidaan. (Lönqvist 2021a, 50–52.) Suurin osa hoidon tarpeessa olevista tulisi kohdata ensin peruspalveluissa, mikä takaa suhteellisen nopean hoitoon pääsyn. Mielenterveysongelmien hoito järjestetään portaittain (stepped care), jossa askeleelta toiselle siirrytään vain, jos annettu hoito ei ole ollut hyödyksi (Kuvio 1). Hoitomuotojen valintaa ohjaavat niiden saatavuus sekä masennuksen vaikeusaste. (Isometsä 2021, 347.) Suomessa porrasteinen hoito ei ole kuitenkaan kaikilta osin toteutunut (Lönqvist & Pirkola 2021, 879–880).



Kuvio 1. Mielenterveysongelmien porrastettu hoito Suomessa (mukaillen Lönnqvist & Pirkola 2021, 880; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022).

Masennuksen hoito jakautuu kolmeen vaiheeseen. Akuuttihoito tähtää oireettomuuteen, jatkohoidon tavoite on estää oireiden palaaminen ja ylläpito-hoidon ehkäistä sairauden uusiutuminen. Hoitomuotoina käytetään ensisijaisesti lääkkeitä, psykoterapiaa ja psykoedukatiivisia menetelmiä. Kirkasvalohoidosta on todettu olevan hyötyä etenkin kaamosmasennuksen hoidossa. Sähköhoitoa, transkrani-aalista magneettistimulaatiohoitoa ja neuromodulaatiohoitoja käytetään sairaala-oloissa lähinnä silloin, kun lääkehoidosta ei ole ollut riittävää tehoa. (Depressio Käypä hoito -suositus 2022.) Lievän masennuksen hoitoon ei välttämättä tarvitse lääkehoitoa, mutta muissa muodoissa sekä masennuksen herkän uusiutumisen tai sen riskin vuoksi lääkehoitoa voi olla perusteltua jatkaa ylläpitohoitona. Hoito vaikuttaa yleensä suhteellisen nopeasti korjaten masennustilaan liittyviä kognitiivisia ja emotionaalisia vääristymiä. (Isometsä 2017, 1929–31.)

Psykososiaaliset hoidot sekä psykoterapia ovat lääkehoidon ohella keskeisiä etenkin masennuksen ja ahdistuksen hoidossa (Laukkala, Suominen, Granö, Talaslahti, Koponen & Marttunen 2020, 2047). Niiden tavoite on tukea yksilöä omassa elämännhallinnassaan ja saavuttamaan hoitotavoitteensa (Lönngqvist 2021b, 902–3). Psykoedukaatio voi toteutua vuorovaikutuksellisessa yhteistyösuhteessa tiedon tarjoamisena ja ohjauksena masennuksen oireista, selviytymiskeinoista, toipumisesta ja sen tavoista. Se pyrkii edistämään omahoitoon sopeutumista sekä antamaan sen tueksi konkreettisia selviytymiskeinoja ja välineitä. (Kanerva & Kuhanen 2017, 187–189.) Psykoedukaation avulla on tarkoitus ymmärtää masennuksen vaikutus omaan arkeen ja elämään nykyhetkessä ja tulevaisuudessa sekä oppia tunnistamaan oireita, jotka voivat ennakoita mahdollisesti masennuksen uusiutumista (Lönngqvist 2021b, 902–3).

Psykoterapiat perustuvat psykologisiin teoriasuuntauksiin, millä on vaikutusta niiden toteuttamistapaan ja -muotoon (Lönngqvist 2021b, 904). Psykoterapiaan haudutaan lääkärin läheteellä, ja sitä tarjoavat psykoterapeutit, jotka ovat saaneet asianmukaisen koulutuksen ja ovat siten oikeutettuja käyttämään Valviran rekisteröimänä psykoterapeutin ammattinimikettä (Kontunen 2017, 88–90). Suomessa keskeisimpiä psykoterapiamuotoja ovat psykodynaaminen, kognitiivinen sekä ratkaisukeskeinen terapia, ja näitä voidaan tarjota yksilö-, pari-, perhe- ja ryhmämuotoisina. Kestoltaan terapia voi olla pitkä (yli 40krt), keskipitkä (20–40 krt) tai lyhyt (16–25 krt). (Laukkala ym. 2020, 2050, 2047.) Se toteutuu yleensä keskusteluhoitona, jossa oman tilanteen eteen tehdään työtä tavoitteellisesti ja tarkoituksellisesti (Kontunen 2017, 88–90). Psykoterapian avulla pyritään itseymmärryksen ja psykologisten sopeutumiskeinojen vahvistamiseen, mikä vaatii asiakkaalta ajankäyttöä, sitoutumista sekä muutosvalmiutta (Isometsä 2017, 1932).

2.5 Masennuksen omahoito

Sairastuminen voi olla iso muutos elämässä, mikä ohjaa elämäntapamuutokseen sairauden riskitekijöiden vähentämisestä terveyden edistämiseen. Masennuksen omahoidon kannalta tärkeää on tunnistaa masennuksen syy sekä tunnustaa masennus sairaudeksi (van Grieken, van Tricht, Koeter, van den Brink & Schene

2018). Omahoito on jatkuvaa toimintaa, uuden oppimista, hyväksymistä ja hyvinvoinnin ylläpitämistä, eikä sillä välttämättä ole päätepistettä (Van De Velde ym. 2019). Se toteutuu päivittäisenä, kehittyvänä prosessina, minkä aikana yksilö toimii itsenäisesti ollessaan päävastuussa sairautensa hoidosta saadessaan tukea myös läheisiltään tai terveydenhuollon ammattilaiselta oman tilanteensa, tarpeidensa ja resurssiensa mukaan (Schulman-Green ym. 2012). Omahoidon kannalta tärkeitä ovat henkilökohtaisesti asetetut tavoitteet sekä oman toiminnan suunnittelu, oppiminen, sairauskohtainen taitojen harjoittelu (Bodenheimer & Abramowitz 2010, 10), sekä oireiden, arjen ja tunteiden hallinta (Van De Velde ym. 2019). Omahoidon toteutuminen koostuu seitsemästä osa-alueesta, joita ammattilainen voi olla tukemassa; tiedon saaminen, sairauskohtainen taitojen opetteleminen, käyttäytymisen muutoksesta keskusteleminen, ongelmanratkaisutaitojen harjoittaminen, sairauden aiheuttamien tunteiden käsitteleminen, säännöllisen ja jatkuva terveydentilan seuraaminen sekä yksilön aktiivinen osallistuminen sairautensa hallintaan (Bodenheimer & Abramowitz 2010, 2).

Masennuksen omahoidon perustana ovat tiedon etsiminen (van Grieken ym. 2018) ja tiedon saaminen, jolloin yksilö voi ottaa vastuuta terveydentilastaan ja toimia sen mukaisesti (Van De Velde ym. 2019). Tietoisuuden lisääntymiseen ovat yhteydessä omien terveystarpeiden tunnistaminen ja siihen liittyvä taito tunnistaa, milloin ja mistä lähteestä terveyttä koskevaa tietoa etsii. Tiedon ymmärtäminen, arvioiminen sekä käyttäminen soveltaen omaan toimintaan tukevat asiakkaan aktiivisuutta omahoidon toteuttamisessa ja valintojen tekemisessä. (Liu ym. 2020; Huhta, Hirvonen & Huotari 2018.) Masennuksen omahoidossa opeteltavat taidot ja tehtävät lisäävät tietoisuutta itsestä, muuttavat käyttäytymistä ja luovat uusia tapoja toimia sairauden kanssa (Van De Velde ym. 2019). Tieto masennuksen luonteesta, lääkehoidosta sekä hoitosuunnitelmasta ovat keskeisiä tekijöitä omahoidon onnistumisessa, mutta yksilön täytyy saada keinoja soveltaa tietoa omaan elämäänsä (Schulman-Green ym. 2012).

Masennuksen omahoidossa ja elämän uudelleen aktivoimisen kannalta ovat tärkeitä realististen tavoitteiden asettaminen. Yksinkertaiset, selkeät ja toteuttamiskelpoiset lyhyen aikavälin tavoitteet auttavat tavoitteisiin pääsemisessä. Masentuneella saattaa ilmetä ongelmakeskeisyyttä kielteisen ajattelunsa vuoksi, minkä

takia ongelmanratkaisussa on hyvä keskittyä yhteen asiaan kerrallaan ja jakaa sitä osiin. (Tuulari 2017, 156–158.) Päiväkirjan pitäminen, tehtävien luetteloiminen ja toiminta-aikataulun laatiminen tavoitteiden toteuttamisen tueksi sekä omista päivittäisistä rutiineista tietoiseksi tuleminen auttavat omahoidon toteuttamista (van Grieken ym. 2018). Tehtävien tekeminen päivittäin samaan aikaan auttavat muistamaan luotuja rutiineja ja toteuttamaan omahoitoa, mitkä tuovat jatkuvuutta sille (Schulman-Green, Jaser, Park & Whittemore 2016). Tehtävät auttavat oman kehon toiminnan, reaktioiden ja terveystarpeiden tuntemista, joiden avulla sairaudesta voi selvitä ja se on mahdollista ottaa osaksi elämää (Schulman-Green ym. 2012). Itsemonitorointiin tarkoitettujen välineiden avulla yksilö voi seurata ja vertailla mittausten tuloksia (Van De Velde ym. 2019), oppia terveydentilastaan, soveltaa näitä omaan ympäristöönsä, jolloin päätösten tekeminen omassa hoidossa mahdollistuu (Schulman-Green ym. 2016).

Henkilökohtaisen hoito-ohjelman toteuttaminen tukee terveyskäyttäytymistä ja sairauden vaikutuksen lieventämistä (Schulman-Green ym. 2012). Omahoidon toteutumista edes auttavat toteutettavien tehtävien lisäksi terveystiedon ja oppitusten taitojen soveltaminen toisiinsa päivittäisissä tilanteissa, terveyskäyttäytymisessä ja elämäntavoissa (Liu ym. 2020). Liikunnan harrastamisesta, säännöllisestä vuorokausirytmistä, riittävästä yöunesta ja levosta sekä terveellisestä ruokavaliosta huolehtiminen edistävät psyykkisen terveyden ohella fyysisen terveyden ylläpitämistä (van Grieken ym. 2018). Motivaatioon vaikuttavat henkilökohtaiset tavoitteet, tunteet sekä itsekontrolli sairaudesta ja sen oireista (Schulman-Green ym. 2012). Omien tavoitteiden ja toiminnan asteittainen lisääminen sekä huolehtimiseen käytetyn ajan rajoittaminen ovat keinoja masennuksen omahoidon hallinnassa (van Grieken ym. 2018). Sairauden aiheuttamien tunteiden jakaminen on tärkeää, sillä ne vaikuttavat esimerkiksi tavoitteiden uudelleen suuntaamiseen. Omahoidon toteutuminen saattaa olla vaikeaa, jos yksilö ei hyväksy masennustaan tai hallitse tunteitaan. (Van De Velde ym. 2019.) Negatiivisesti suhtautuvat ajattelevat omahoidon vievän aikaa ja se koetaan monimutkaiseksi ja epämiellyttäväksi (Schulman-Green ym. 2016).

Masennuksen omahoito edellyttää omien voimavarojen kohdentamista sekä rajoitteiden ja avun tarpeen tunnistamista tilannesidonnaisesti (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2352). Omahoidossa voimavaroina toimivat esimerkiksi kommunikointi terveydenhuollon tarjoajan kanssa, omatoiminen palvelujen koordinointi, omien voimavarojen tunnistaminen ja nimeäminen, sosiaalinen tuki (Schulman-Green ym. 2012), mielenterveys (Appelqvist-Shmidlechner ym. 2016) sekä internet ja yhteiskunnan palvelut (Van De Velde ym. 2019). Itselle mielekkääseen vapaa-ajan toimintaan ja harrastuksiin osallistuminen ylläpitävät sosiaalisia suhteita ja kanssakäymistä. Lisäksi masennuksesta kertominen läheisille ja heidän osallistumisensa omahoidon tukemiseen sekä ystävien tietoiseksi tuleminen auttavat selviytymisen kanssa. (van Grieken ym. 2018.) Ryhmän tuki ja vertaistuki etenkin samassa tilanteessa olevien kesken mahdollistavat tiedon jakamista ja tunteen ryhmään kuulumisesta (Schulman-Green ym. 2016). Merkituksen antaminen masennukselle ja oman elämän uudelleen suuntaaminen kasvattavat ihmisenä (Schulman-Green ym. 2012).

Psyykkisen voinnin ja toimintakyvyn heikentyessä yksilö saattaa tarvita tilanteeseensa terveydenhuollon ammattilaisen apua. Masennuksesta keskusteleminen ja sitä koskevan tiedon jakaminen ammattilaisen kanssa, riittävä tuki hoidon toteuttamisessa ja ammattilaisen tavoitettavissa olo sekä hoitosuhteen ylläpitäminen ovat tärkeitä masennuksen omahoitoa tukevia tekijöitä. (van Grieken ym. 2018.) Asiakas saa tarvittaessa tukea ja ohjausta esimerkiksi näyttöön perustuvan hoidon toteuttamiseen, motivaation ylläpitämiseen (Routasalo ym. 2009, 2352), sairauden aiheuttaman muutoksen ymmärtämiseen, kysymysten esittämiseen sekä palautteen saamiseen (Schulman-Green ym. 2016). Ammattilaisen neuvojen ja ohjauksen avulla pyritään tukemaan omahoitoa, lisäämään yksilön omaa aktiivisuutta, taitojen kehittämistä ja luottamuksen lisäämistä sairauden tai terveysongelman hallinnassa (Bodenheimer & Abramowitz 2010, 2). Omahoidon toteutumisessa on tärkeää asiakkaan ja ammattilaisen tasavertainen yhteistyösuhde, jossa asiakas tekee hoitoaan koskevia päätöksiä itse arvo-, tieto- ja kokemusmaailmansa perusteella (Routasalo ym. 2009, 2352). Asiantuntijuuden jakaminen toteutuu asiakkaan ollessa oman elämänsä ja ammattilaisen ollessa alallaan sairauden asiantuntija (Van De Velde ym. 2019). Asiakkaan tietotaidot

ovat keskeisiä hoidolle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen, yksilöllisen ohjauksen sekä yhteistyösuhteen kannalta (Liu ym. 2020).

2.6 Omahoitoa ylläpitävä teknologia

Digitaaliseen teknologiaan sisältyvät esimerkiksi sähköiset terveyspalvelut, mobiilisovellukset, internetin terveysaiheiset sivustot ja palvelualustat, puhelinohjauksista sisältävät interventiot sekä puettava terveys- ja hyvinvointiteknologia (Kaasalainen, Neittaanmäki, Kärkkäinen & Vähäkainu 2018, 1, 25). Sähköistyvän terveydenhuollon sisältämää teknologiaa voi käyttää eri muotoisena omahoidon toteuttamisen tukena esimerkiksi omien tietojen keräämisessä, hallinnassa ja välittämisessä sekä terveysasioista kommunikoinnin osalta (Shaw, McGregor, Brunner, Keep, Janssen & Barnet 2017). Tiedon saaminen toteutuu osittain Internetissä sen tarjotessa terveyteen ja palveluihin liittyvää tietoa (Schulman-Green ym. 2016). Etäteknologia mahdollistaa ammattilaisten tavoittamisen, kommunikoinnin ja tiedon jakamisen (Vassiliev ym. 2015).

Omahoidon kannalta navigointi- ja terveydenlukutaito sekä saatavilla olevan tiedon arvioiminen ja soveltaminen omaan toimintaan (Liu ym. 2020), internettiin pääseminen, internetin ja tietokoneen käyttötaidot sekä kommunikointitaidot terveydenhuollon ammattilaisten sekä vertaisten kanssa ovat erityisen tärkeitä verkkoympäristössä toimiessa (Huhta ym. 2018). Tietoisuus saatavilla olevista terveyspalveluista auttavat asiakkaita käyttämään niitä sekä tukevat ohjeiden saamista ja terveystietojen jakamista ammattilaisten kanssa (Liu ym. 2020). Mielen-terveysongelmista kärsivät hakevat internetistä yleistä terveystietoa ja sairauskohtaista tietoa, jotka auttavat ymmärryksen lisääntymisenä sekä oman näkemys- ja kokemuksen muuttumisena mielen-terveys- ja terveysongelmiin liittyen (Webelhorst, Jepsen & Rummel-Kluge 2020). Terveysongelmia kohtaan ilmenevät uskomukset ja asenteet erottavat mielen-terveydenlukutaidon ja terveydenlukutaidon toisistaan. Tästä johtuen kyky ymmärtää tiedon sisältö, käsitellä ja arvioida tiedon ja tietolähteiden oikeellisuutta sekä merkittävyyttä ovat keskeisiä asenteiden muokkaamisessa. (Huhta ym. 2018.)

Terveystieteiden tarjoamien portaalisivustojen kautta yksilöt voivat esimerkiksi viestiä sähköisesti, uusia reseptejä, varata aikoja, saada hoito-ohjeita sekä pääsevät katsomaan, käyttämään ja hallitsemaan omia liittyviä terveystietojaan (Ammenwerth, Schnell-Inderst & Hoerbst 2012). Palveluihin pääseminen, navigointi niiden sisällä, hoidon seuraaminen ja suhteen ylläpitäminen ammattilaisen kanssa ovat omahoidon näkökulmasta tärkeitä (Schulman-Green ym. 2016). Selkeä teknologia ja sen käytön hyödyntäminen voivat helpottaa päivittäistä omahoidon toteutumista. Säännölliset muistutukset esimerkiksi aktivoivat hoidon toteuttamista ja motivaation ylläpitämistä, kun oireiden ja elintoimintojen seuraaminen rohkaisevat itsetietoisuuteen sekä annettujen hoito-ohjeiden noudattamiseen. (Vassiliev ym. 2015.)

Mielenterveysongelmien tueksi tarkoitettuja interventioita hyödynnetään vastaamaan käyttäjien tarpeita hoidon ja palvelutarpeiden eri vaiheissa (Karasouli & Adams 2014). Niitä käytetään muun muassa ongelmien ehkäisyn ja omahoidon, palvelun saatavuuden, psykoedukaation ja päivittäisten rutiinien saavuttamisen tukena (Webelhorst ym. 2020). Teknologian avulla pyritään osittain tukemaan ennaltaehkäisyä, hoitoa ja sairauden uusiutumista joko itsenäisinä interventioina, osana vaiheittaista hoitoa tai ennaltaehkäisevänä interventiona (Ebert, Cuijpers, Muñoz & Baumeister 2017). Interventiot voivat olla yksilö-, ryhmä- tai sekamuotoisia (Cuijpers ym. 2021). Yleinen mielenterveyden edistäminen voi toteutua esimerkiksi verkkovälitteisenä psykoedukaationa oireista ja käyttäytymistavoista tai verkkoryhmään tai -chattiin osallistumisesta, mutta valikoidut tai kohdennetut interventiot voivat toteutua päivittäisinä harjoitteina ja palautteina, jotka tukevat omatoimista selviytymistä (Ebert ym. 2017).

Suomessa vapaasti verkossa saatavilla olevia palveluita ovat Mielenterveystalo.fi, joka ohjaa palvelujen piiriin sekä sisältää tietoa ja omahoito-ohjelmia sekä mielenterveyden edistämisen Oiva-hyvinvointiohjelma (Stenberg ym. 2016, 2106–7). Suomen Mielenterveys ry verkkosivujen kautta on saatavana tietoa, tukea ja harjoitteita omatoimiseen mielenterveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen (Suomen Mielenterveys ry 2022). Omaolo.fi:ssä voi täyttää vapaaehtoisen terveystieteiden kyselyn, jonka avulla omasta terveydentilasta oma mahdollista saada suun-

taa antava kokonaiskuva sekä neuvoja ja ohjeita sen tueksi. Palvelu sisältää lisäksi hyvinvointivalmennuksia elin- ja elämäntapojen tueksi. (Omaolo 2022.) Varsinaisissa internet-välitteisissä hoidoissa, kuten etäterapiassa, valmiiden oppimisympäristöjen lisäksi ammattilainen seuraa hoidon etenemistä ja tukee sitä esimerkiksi säännöllisin palauteviestein, mutta tällaisiin hoitoihin tarvitaan lääkärin lähete (Stenberg ym. 2016, 2106–7). Internet-välitteisiä palveluja ei ole kuitenkaan tarjolla riittävästi, eivätkä ne ole välttämättä henkilökohtaisia (Webelhorst ym. 2020).

Verkkovälitteiset online-ryhmät auttavat sairauskohtaisen tiedon ja terveyskirjallisuuden jakamista vertaisten kesken. Ryhmän tuki helpottaa masennukseen taustalla vaikuttavien tekijöiden ymmärtämistä ja oireiden hallintaa, sillä vertaisten kokemusten kautta käytännön neuvoja voi soveltaa omaan hoitoon oppimalla muiden tavoista toimia. (Allen, Vassiliev, Kennedy & Rogers 2016.) Ryhmässä on mahdollisuus tuntea yhteenkuuluvuutta samassa tilanteessa olevien kanssa, luoda uusia yhteyksiä ja välttää eristäytyneisyyttä (Schulman-Green ym. 2017). Yhteisöllinen tieto koostuu elämänkokemuksista, joka voi olla vertaisille merkityksellisempää kuin lääketieteellinen tieto itsessään (Allen ym. 2016). Tiedon, terveyskirjallisuuden ja käytännön neuvojen jakaminen tukevat yksilöllistä ja yhteisöllistä terveyden edistämistä (Huhta ym. 2018).

Suomessa esimerkiksi Tukinet.net-portaali tarjoaa Suomen Mielenterveys ry:n tukemana verkkovälitteisiä live- ja keskusteluryhmiä eri aihealueista eri ikäisille, ja palvelut ovat vapaasti käytettävissä (Stenberg ym. 2016, 2108). Vertaisuutta tukevat lisäksi verkkoblogien lukeminen tai oman verkkoblogin kirjoittaminen (van Grieken ym. 2018). Toisaalta uusien sovellusten myötä nykyisin on mahdollista luoda henkilökohtainen virtuaalihenkilö, Avatar, oman hoidon tueksi (Lönngqvist 2021b, 917). Myös sovelluspelien tai sovellukseen lisättyjen pelillisten elementtien avulla voi saada sosiaalista tukea sekä oppia kehon ja oireiden tuntemista, tunteita ja niiden säätelyä, stressin hallitsemista ja rentoutustaitoja. Pelaaminen on mahdollista yksin, pienessä tai isossa ryhmässä, ja pelit voivat olla osittain yhdistettyä sosiaalisen median alustojen kanssa. (Fleming ym. 2017.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla masennuksen avohoidossa käytettäviä teknologisia interventioita ja niiden tukea masentuneen omahoidossa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia teknologisia interventioita käytetään masennuksen hoidossa?
2. Miten teknologiset interventiot tukevat masennuksen omahoitoa?

Tavoitteena on muodostaa käsitys teknologisista interventioista ja niiden roolista osana masennuksen hoitoa, minkä avulla ammattilaiset voivat huomioida niitä ja omaa rooliaan hoidossa asiakkaan tarpeen tunnistajana, yhteistyön luojana ja tukijana avohoitoon suuntautuvissa mielenterveyspalveluissa.

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus tuo sekä teoreettista taustaa erilaisille kirjallisille töille tai toimii itsenäisenä tutkimusmenetelmänä halutun ongelman ratkaisemisessa. Esitettävän tiedon suunta, laajuus ja syvyys vaihtelevat katsauksen tarkoituksen mukaisesti, ja sen avulla pyritään tunnistamaan, arvioimaan, analysoimaan ja tulkitsemaan tietoa valitusta aiheesta riippumatta kirjallisuuskatsauksen tarkoituksesta. (Goughlan & Chronin 2021, 1–10.) Katsausmenetelmiä on useita eri tyyppisiä, ja ne jaotellaan karkeasti kuvaileviin ja systemaattisiin katsauksiin sekä meta-analyysiin ja -synteeseihin (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 8–13). Kaikki katsaus-tyypit sisältävät pääpiirteissään samankaltaiset osat, jotka erottavat itsenäisen tutkimusmenetelmän kirjallisesta viitekehystä. Kokonaiskuva aikaisemmasta tutkimustiedosta kootaan ytimekkäänä yhteenvetona sekä pyritään tunnistamaan mahdolliset aukot kirjallisuudessa. (Niéla-Vilen & Hamari 2016, 23.)

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valittiin lähestymistavaltaan perinteistä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta kattavampi integratiivinen lähestymistapa, joka on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muoto. Se on lähestymistavaltaan hieman laajempi ja voi sisältää empiiristä ja teoreettista tietoa sekä eri asetelmin toteutettuja tutkimuksia. Katsausmuoto muistuttaa systemaattista katsausta yhdistäen narratiivisuuden, tutkimusmateriaalin kriittisen arvioinnin ja tarkastelun, mutta eroaa siitä systemaattisen katsauksen vaiheiden edetessä tietyn järjestelmällisyyden, tarkkuuden ja kokonaisvaltaisuuden mukaisesti. (Suhonen ym. 2016, 8–14.) Integroidun katsauksen vaiheet ovat tutkimusongelman asettaminen, kirjallisuushaku, aineiston arviointi, aineiston analyysi ja tulosten esittäminen (Goughlan & Chronin 2021, 13–16). Vaikka siitä on eroteltavissa nämä vaiheet, sille on luonteenomaista, että ne etenevät käytännössä päällekkäisesti (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013).

4.2 Tutkimusongelman asettaminen

Katsauksen tavoite ja tarkoitus sekä asetetut tutkimuskysymykset antavat suunnan koko kirjallisuuskatsauksen toteuttamiselle eri vaiheineen (Goughlan & Chronin 2021, 14). Tämän opinnäytetyön tutkimusaihe valittiin tekijän omasta kiinnostuksesta sekä mieliala- ja masennusoireiden yleisyyden ja lisääntymisen vuoksi, ongelmien ilmetessä lyhyt- ja pitkäaikaisena tai toistuvana. Aihe kohdistuu osin ammatilliseen käytäntöön, ja sopii myös sen vuoksi aiheeksi (Goughlan & Chronin 2021, 44). Tutkimuskysymykset muodostettiin ennen tiedon haun suunnitelmaa ja niiden asettelussa täytyi huomioida, millaista tietoa niiden avulla haluttiin tavoitella (Niela-Vilen & Hamari 2016, 24). Aikaisempaa mielenterveyteen ja masennukseen liittyvää tutkimusta on toteutettu, ja teknologisten interventioiden tuesta osana masennuksen omahoitoa on jonkin verran tietoa. Aihealuetta koskeva kirjallisuus on monipuolista, hieman jäsentymätöntä ja käsitteet limittäisiä. Siksi aiheen kehystämiseen sopii perinteistä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta hieman järjestelmällisempi ja tarkempi lähestymistapa, ja tietoa pyritään katsauksen avulla kokoamaan (Goughlan & Chronin 2021, 14).

4.3 Kirjallisuushaku

Kirjallisuushaun tarkoitus on löytää tutkimuskysymyksiin vastaavaa materiaalia. Keskeisten käsitteiden, hakusanojen laatiminen sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen pyrkivät takaamaan hakuprosessin systemaattisuuden. (Niela-Vilen & Hamari 2016, 25–26.) Tämän opinnäytetyön tutkimusaiheen kannalta keskeiset käsitteet ja hakusanat muodostuivat tutkimuskysymysten kautta. Niitä koostettiin ajatuskarttaan ja käytettiin apuna Suomalaista asiasanasto Fintoa sekä Mesh terveydenhuoltoalan englanninkielistä asiasanastoa. Asiasanoja käytettiin hauissa erilaisin vastinein ja niistä muodostettiin hakulausekekehjia, joita muokattiin kuhunkin tietokantaan sopivaksi (Lehtiö & Johansson 2016, 41).

Tässä työssä keskeisiä käsitteitä ovat masennus, digitaaliset ja teknologiset interventiot ja omahoito. Hakukieli oli englanti ja käytetyt hakusanat olivat (depression OR depressive symptoms OR depressive disorder OR dysthymic disorder) AND (telemedicine OR mobile health OR telehealth OR mhealth OR ehealth OR

digital health OR ambulatory care information systems OR ambulatory care facilities OR computer storage devices OR internet-based intervention OR internet intervention OR online intervention OR web-based intervention) AND (patient care OR self-care OR self-management OR self-efficacy OR mental health recovery OR counselling). Käytettävät tietokannat valittiin etukäteen, ja ne olivat Academic Search Elite, CINAHL, Medline ja PubMed. Erillisiin psykiatrian ja psykologian alan tietokantoihin ei ollut pääsyä, muuten niitä olisi käytetty myös tiedon keruun välineenä. Testihakuja tehtiin muutaman kerran ennen varsinaisia kirjallisuushakuja. Kaikissa hauissa käytettiin neuvovaa hakua, ja rajauksina käytettiin vuonna 2016–2021 välillä julkaistuja aineistoja, tieteellisiä artikkeleita, vertaisarvioituja tutkimuksia ja alkuperäistutkimuksia. Aineiston hallinnassa käytettiin viitteidenhallintaohjelma Zoteroa, mikä auttaa kirjallisuuskatsauksen toteuttamisvaihetta sekä artikkeliviitteiden tallessa pysymistä (Lehtiö & Johansson 2016, 53).

Aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit määritettiin tiedon haun suunnitteluvaiheessa. Niiden määrittämisen apuna käytettiin PICO-menetelmää, jolloin kriteerit kohdistuvat tutkittavan aiheen kohderyhmään (P), interventioon (I), intervention verrokkiin (C), tutkimustuloksiin (O) ja tutkimusasetelmaan (S). (Valkeapää 2016, 57.) Kriteerien avulla aineistoa haluttiin rajata aihealueen laajan kirjon ja masennuksen yleisyyden vuoksi. Mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen saattaa liittyä jokin rinnakkainen mielenterveysongelma, päihdeongelma tai somaattinen sairaus, ja toisaalta somaattinen sairaus voi aiheuttaa masennusta. Aineiston ja kohderyhmän mukaanottokriteeri haluttiin kohdistaa diagnosoituun masennukseen, sillä masennusta esiintyy ilman diagnoosiakin. Yli 18-vuotiaat, aikuiset, rajautuivat kohderyhmäksi.

Masennuksen hoito muiden mielenterveysongelmien ohella suuntautuu aiempaa enemmän avohoitoon, muun muassa kotona tapahtuvaan hoitoon ja vastaanotokäynteihin sairaala- ja osastohoidon sijasta, mikä tuo yksilön roolia keskeisemmäksi omassa hoidossaan (Korkeila 2009, 2336–9). Siksi tässä opinnäytetyössä aineisto haluttiin kohdistaa avohoidossa käytettäviin teknologisiin interventioihin. Ne haluttiin rajata yksilökäyttöön, sillä se kuvastaa ensisijaisesti omatoimista digitaalisten välineiden käyttöä, hoidon toteuttamista ja omahoitoa yksilön omassa

ympäristössä. Hoidon aikana ammattilaisen rooli on usein tärkeä, vaikkakin yksilöllä on siinä ja omahoidon toteuttamisessa ensisijainen vastuu. Siksi mukaanotokriteeri haluttiin kohdistaa omatoimisesti tapahtuvaan hoitoon sekä hoitoon ammattilaisen kanssa teknologian ollessa osa tätä. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu PICO osa-alueittain taulukossa 2.

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksessa käytettävän aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

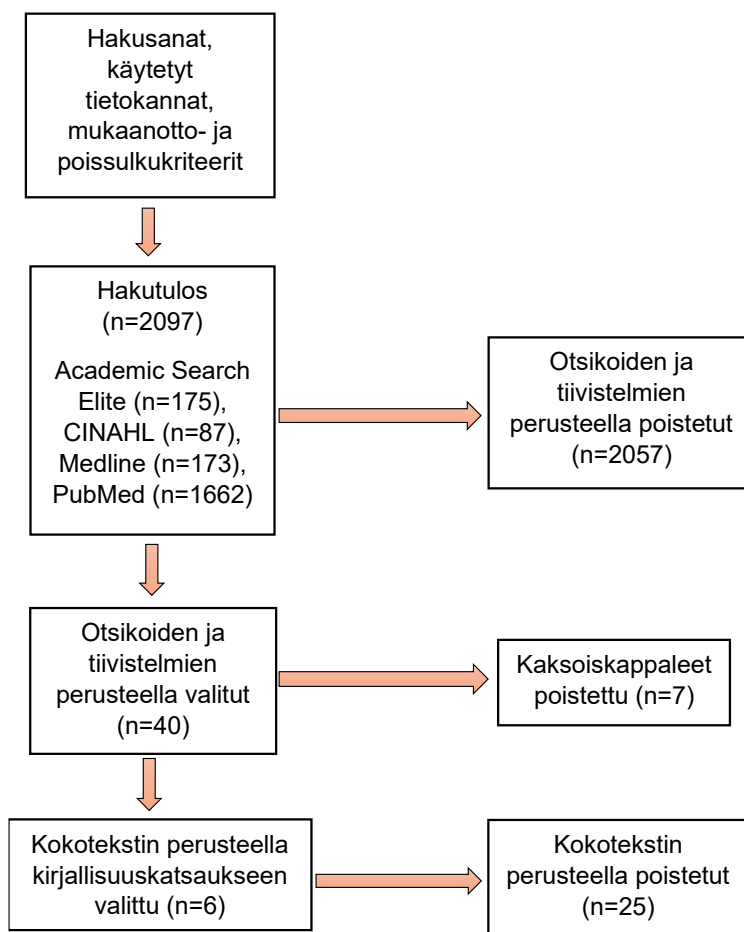
Tarkastelun kohde	Mukaanotokriteerit	Poissulkukriteerit
P = Kohderyhmä (population)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Masennus, diagnoosi tai siihen vastaanotettava hoito ▪ Yli 18-vuotiaat, naiset, miehet 	<ul style="list-style-type: none"> • Somaattinen sairaus tai somaattisesta sairaudesta johtuva masennus • Päihde-/huumeongelma • Covid-19 • Yleinen mielenterveyden edistäminen, terve väestö, kuluttajat
I = Interventio (intervention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Digitaaliset ja teknologiset interventiot ▪ Yksilökäyttö 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosiaalinen media ▪ Ryhmäkäyttö
C = Verrokki interventio (comparators)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avohoito ▪ Omatoiminen hoito ▪ Hoito ammattilaisen kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sairaala- ja osastohoito
O = Tulokset (outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asiakkaan näkökulma; Interventioiden tuki ja kokemukset käytöstä 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ammattilaisten näkökulma
S = Tutkimusasetelma (study design)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eri tutkimusasetelmat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ei kriteeriä

4.4 Aineiston arviointi

Aineiston valinta ja arviointi toteutettiin yhden tekijän toimesta, osittain päällekkäisesti kirjallisuushakuvaiheen kanssa. Aineiston valintaa ja tallentamista testattiin kirjallisuuden testihakujen ohella ennen varsinaista aineiston valintaa (Valkeapää 2016, 61). Jokainen hakutulos käytiin läpi otsikoittain ja kuvaavimpien otsikoiden kohdalla luettiin samanaikaisesti tiivistelmät, niiden sisällön ohjatessa

valintaa. Toisinaan kokonaiskuvan saamiseksi tutkimusten sisällöistä niiden kokoteksti avattiin. Tiivistelmien ja kokotekstin perusteella potentiaalisimmat aineistot tallennettiin viitteidenhallintaohjelmaan, jonka jälkeen niiden kokotekstit luettiin ja sisältöjä peilattiin oman tutkimusaiheen tutkimuskysymyksiin, tarkoitukseen ja tavoitteeseen nähden.

Kaikista hakutuloksista vain pieni osa sisältyi tämän kirjallisuuskatsauksen lopulliseen aineistoon (Valkeapää 2016, 61). Käytetyissä neljässä tietokannassa rajattu hakutulos oli yhteensä 2097, otsikoiden ja tiivistelmien mukaisen valinnan jälkeen 40, joista seitsemän kaksoiskappaletta. Kokotekstien tarkastelun jälkeen tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan kuusi tutkimusta. Tiedonhaku toteutettiin joulukuussa 2021, minkä jälkeen aineiston arviointi ja analyysi tammihelmikuussa 2022. Aineiston valinnan eteneminen on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Aineiston valinnan eteneminen.

Aineiston arvioinnin avulla tarkastellaan mukaan valittujen tutkimusartikkeleiden sisältämää tietoa ja tuloksia suhteessa omiin tutkimuskysymyksiin (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28). Sen tarkoitus on osaltaan raportoida tutkimusartikkeleiden laatua sekä ymmärtää niiden asetelmia, toteuttamista, analyysiä ja tulosten merkitystä (Lemetti & Ylönen 2016, 67–68). Jokainen tähän kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittu tutkimus on arvioitu erikseen. Arviointi aloitettiin katsaukseen valittuihin tutkimuksiin perehtymällä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28.) Huomiota kiinnitettiin tutkimusten tutkimusasetelmiin, tiedonantajiin, aineistonkeruumenettelmiin, teknologisiin interventioihin, tuloksiin ja julkaisua koskeviin yleisiin tietoihin (Kangasniemi & Pölkki 2016, 88).

Tutkimusten laadunarviointi suoritettiin yhden tekijän toimesta kolmevaiheista laadunarviointiprosessia mukaillen ja siinä käytettiin Joanna Briggs Instituten laatimia arviointikriteeristöjä (Aromataris & Munn 2020). Ne valittiin mukaan otettujen tutkimusten asetelmien mukaisesti. Tutkimuksista neljä oli toteutettu osana satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, mutta niissä oli tarkoitus kerätä laadullista tietoa, joten yhteensä viidessä tutkimuksessa käytettiin laadullisen tutkimuksen ja yhdessä satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa. Kunkin kriteerin toteutumista arvioitiin asteikolla kyllä (K), ei (E), epäselvä (?) tai ei sovellettavissa (NA), minkä jälkeen kyllä-merkinnät laskettiin yhteen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2022.) Lopulliseen aineistoon jäi kuusi tutkimusartikkelia ja jokainen niistä sai yli puolet pisteistä, mitä käytettiin rajana. Tämän opinnäytetyön aineiston keskeinen sisältö koottiin taulukkoon, jonka avulla on mahdollista verrata ja arvioida tutkimuksia keskenään (liite 1).

4.5 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston käsittely tuottaa kokonaiskuvan tutkittavana olevasta aiheesta. Ensimmäiseksi perehdyttiin alkuperäistutkimusten tuloksiin, ja valitut artikkelit luettiin läpi kokonaisuudessaan. Tässä työssä aineisto käsitellään laadullisesti kuvailevan luokittelun avulla, sillä masennuksen omahoitoa haluttiin selvittää teknologiaväitteisen hoidon toteuttamisen kautta, mikä on sidoksissa tutkimuskysymyksiin. Kuvailevan luokittelun muoto on yhteydessä tekeillä olevan tutkimuksen viitekehukseen sekä tutkimuskysymyksiin. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 85.) Aineiston

analyysi toteutetaan aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä, jonka tarkoitus on kuvata tutkimusilmiötä. Se perustuu päättelyyn ja asiakokonaisuuksien teoreettisten merkitysten luokitteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167.) Tutkimusartikkeleiden sisältö analysoidaan ja tieto yhdistetään uudeksi kokonaisuudeksi synteesimuodossa (Kangasniemi & Pölkki 2016, 80–86). Analyysi on kolmivaiheinen sisältäen aineiston valmistelun, organisoinnin sekä analyysin tulosten esittämisen, ja jokaiseen niistä sisältyy arviointi (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Urtiainen & Kyngäs 2014).

Valmisteluvaiheessa aineisto luettiin läpi yleiskuvan saamiseksi ja pohdittiin, mikä tieto on oleellista tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi ja miten se kerätään (Elo ym. 2014). Tutkimusaineisto käännettiin ensin osittain suomen kielelle. Artikkeleista etsittiin tarkoituksenmukainen sisältö sen koostuessa omahoitoon sisältyvistä elementeistä, teknologisista interventioista sekä niiden roolista hoidon osana. Varsinaisen analyysivaiheen alkaessa aineisto luettiin läpi tarkemmin ja niistä poimittiin kaikki soveltuva tieto analyysiyksiköiden ohjaamana (Elo & Kyngäs 2008). Analyysiyksiköksi valittiin kumpaakin tutkimuskysymystä kohti ajatuskokonaisuus, joka sisälsi useita eri asioita niiden kannalta. Alkuperäisilmaukset kirjoitettiin ylös ja ne jaoteltiin analyysiyksiköittäin sisältönsä mukaan. Sen jälkeen sisältö pelkistettiin poistamalla siitä ylimääräiset sanat ja pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia (Elo & Kyngäs 2008). Samankaltaisista ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja kukin niistä sisälsi vähintään kaksi merkitykseltään samaa tarkoittavaa pelkistettyä ilmausta (Elo ym. 2014). Luokittelu jatkui samalla tavalla kohti yläluokkien muodostamista, minkä tarkoitus oli tuottaa kuvausta, lisätä ymmärrystä ja tuottaa tietämystä tutkittavasta ilmiöstä (Elo & Kyngäs 2008).

Tällä tavoin muodostuneet luokat tiivistävät aineiston määrää ja kuvaavat sen järjestelyä. Niihin sisällytettiin kaikki tutkimuskysymyksiin vastaava tieto niin, että luokka kattaa ne kuvaavasti. Luokittelun avulla pyrittiin löytämään esimerkiksi samankaltaisuuksia, eroja, ryhmiä, teemoja ja asiayhteyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 154, 163–164.) Kukin luokka nimettiin sisältönsä mukaan kuvaavasti, eli käsitteellistettiin. Luodut käsitteet sekä analyysin rakenne taulu-

koitiin. Ote toteutetusta sisällönanalyysistä kuvataan taulukossa 3. Tulokset esitetään tasapuolisesti tutkimuskysymyksittäin kuvaamalla aineisto synteessä (Kangasniemi ym. 2013). Sisällönanalyysin tuloksena muodostui viisi yläluokkaa, joita ovat masennuksen teknologiset omahoitointerventiot, omahoitoon sopeutuminen, omahoidon toteutuminen, hoidossa edistyminen ja hallinnantunteen lisääntyminen.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston analyysistä.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Sitoutuminen	Tuen tarvitseminen	Omahoitoon sopeutuminen
Ohjauksen ja tiedon saaminen		
Yksilöllisyyden huomioiminen	Hoitotarpeen tunnistaminen	
Vuorovaikutuksen toteutuminen		
Oman tilanteen käsitteleminen	Tietoisuuden lisääntyminen	
Muihin samaistuminen		
Voimaantumien	Selviytymistaitojen vahvistuminen	Hallinnantunteen lisääntyminen
Taitojen kehittyminen	Opittujen taitojen ylläpitäminen	
Oireiden hallitseminen		
Jatkuva työstäminen		

5 TULOKSET

5.1 Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin kuusi kansainvälistä tutkimusartikkelia (liite 1), jotka on julkaistu vuosina 2018–2021. Tutkimukset on toteutettu Saksassa, Hollannissa, Yhdysvalloissa, Sveitsissä, Australiassa ja Englannissa. Viimeiseksi mainittu on yksi osa kahdeksan Euroopan maan kesken toteutunutta vertailututkimusta teknologisten interventioiden käytöstä ja vaikutuksesta masennuksen hoitoon. Tutkimuksista neljä on toteutettu osana laajempaa satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta. Niissä kerättiin teknologisen intervention käyttäjien jälkeen laadullista palautetta, josta toteutettiin osaotoksena laadullinen tutkimus. Tutkimuksista yksi oli laadullinen. Sen osallistajat valittiin aiemmin suoritetun satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen kautta otokseen, mutta tutkimus ei ollut varsinaisesti osa toista tutkimusta. Yksi tutkimuksista oli pilotoitu satunnaisesti kontrolloitu tutkimus.

5.2 Masennuksen teknologiset omahoitointerventiot

Tutkimuksissa tuli esiin, että masennuksen hoidossa käytettävät omahoitointerventiot rakentuvat teknologisen intervention toteuttamismuodoista ja hoitoa tukevasta interventiosisällöstä. Interventioiden toteuttamismuotoja voivat olla esimerkiksi internetpohjainen (Fenski, Rozental, Heinrich, Knaevelsrud, Zagorscak & Boettcher 2021), tietokoneistettu kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT) (Doukani ym. 2020), puhelinohjattu kognitiivinen käyttäytymisterapia (tel-CBT) (Haller, Besson & Watzke 2019), videopohjainen hyväksymis- ja sitoutumisterapia (ACT) (Gaudiano, Davis, Miller & Uebelacker 2020), ekologinen hetkellinen arviointi (EMI) (Folkersma, Veerman, Ornée, Obdehinkel, Alma & Bastiaansen 2021) sekä erilaisten mobiilisovellusten tarjoamat sisällöt (Pung, Fletcher & Gunn 2018). Nimeltä mainittuja masennuksen omahoidossa käytettyjä teknologisia interventioita olivat Moodbuster (Doukani ym. 2020), LifeStories (Gaudiano ym. 2020), ZELF-i (Folkersma ym. 2021) sekä sovelluksista Smiling Minds, SAM App, NeuroNation, MindTools, Psych Me Up ja Mood Switch käytettiin masennuksen hoidon tukena. Pelisovellukset, kuten Ingress Prime ja sosiaalinen media, kuten Facebook

vahvistivat sosiaalista vuorovaikutusta ja tukivat positiivista mielialaa, vaikka niitä ei käytetä varsinaisesti hoitosovelluksina. (Pung ym. 2018.)

Masennuksen hoitoon käytetyt teknologiset omahoitointerventiot sisältävät tutkimusten mukaan vakiintuneita sisältöjä, jotka pohjautuvat tieteelliseen näyttöön (Fenski ym. 2021; Doukani ym. 2020; Haller ym. 2019). Niiden avulla masentuneen ajatusten sisältöä pyritään muokkaamaan ja tiedonkäsittelyharjoja korjaamaan (Gaudiano ym. 2020). Hoitoa tukevat interventiosisällöt etenevät ennalta suunnitellusti niiden ohjattaessa tehtäväjärjestystä (Fenski ym. 2021; Folkersma ym. 2021; Doukani ym. 2020; Gaudiano ym. 2020; Haller ym. 2019). Hoito toteutuu ohjaamattomasti tietokoneistetulla hoitoalustalla ilman ulkopuolista tukea, ohjattuna tietokoneistetun hoitoalustan tukemana tai yhdistettynä hoitona sisältäen tietokoneistetun hoidon sekä ammattilaisen läsnäolon ja tuen (Doukani ym. 2020). Teknologiset interventiot toteutetaan mobiililaitteella (Folkersma ym. 2021; Haller ym. 2019; Pung ym. 2018) tietokoneella esimerkiksi videomuodossa (Gaudiano ym. 2020) tai mobiililaitteen ja tietokoneen yhdistelmänä (Fenski ym. 2021), jolloin asiakkaalla on pääsy internetpohjaiselle hoitoalustalle ja lisäksi hetkellistä arviointia täytetään mobiilisovelluksen avulla (Doukani ym. 2020 (Moodbuster 2022 mukaan)).

Hoidon osiot sisältävät psykoedukaatiota, kotitehtävöitä, online-työkaluja niiden tekemiseen ja palautteen tehtävistä (Fenski ym. 2021), käyttäytymisen aktivoimista ja kognition uudelleen järjestämistä esimerkiksi masennuksen ymmärtämisen, positiivisen ajattelun, toiminnan suunnittelun, ongelmien ratkaisun ja liikunnan lisäämisen avulla (Doukani ym. 2020 (Moodbuster 2022 mukaan)). EMI:n avulla kartoitetaan kokemusta reaaliaikaisesti erilaisissa tilanteissa ja tapahtumissa muun muassa mielialasta, käyttäytymisestä, tunteista, fyysisestä aktiivisuudesta, motivaatiosta, kotona vietetystä ajasta, suoritetuista aktiviteeteista, pohdinnan määräästä, tunteista, tapahtumista (Folkersma ym. 2021), mielialan, aktiivisuuden, unen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen osalta (Doukani ym. 2020 (Moodbuster 2022 mukaan)). tel-CBT muistuttaa perinteistä psykoterapiaa lyhyiden istuntojen toteutuessa puhelimen välityksellä (Haller ym. 2019). ACT pohjautuu kognitiiviseen terapiaan, mutta se keskittyy psykologisen joustavuuden, resilienssin, lisäämiseen, tietoisuuden kasvattamiseen, oman

asenteen kehittämiseen, myötätunnon harjoitteluun sekä omien arvojen selkiyttämiseen (Gaudiano ym. 2020). Mobiilisovellusten sisällöstä on mahdollista saada tukea lääkehoitoon, oire seurantaan ja stressinhallintaan (Pung, Fletcher & Gunn 2018). Teknologinen omahoitointerventio voi sisältää lisäksi erillisen työkirjan täyttämistä, johon sisältyy psykoedukaatiota, tapausesimerkkejä, harjoituksia ja kotitehtäviä (Gaudiano ym. 2021; Haller ym. 2019).

5.3 Interventioista saatu tuki masennuksen omahoidolle

5.3.1 Omahoitoon sopeutuminen

Omahoitoon sopeutuminen pitää sisällään tuen tarvitsemisen, hoitotarpeen tunnistamisen ja tietoisuuden lisääntymisen. Teknologista interventiota soveltavassa hoitomuodossa asiakkaat pitivät ammattiavun saatavilla oloa edistävänä tekijänä hoitoon sitoutumisessa (Gaudiano ym. 2021; Haller ym. 2019) ja omahoitoon ohjaava toiminta oli tärkeää hoidossa (Doukani ym. 2021). He kaipasivat ammattilaisen ohjausta ja tukea esimerkiksi työkirjan ja tehtäväsiältöjen avaamiseen, palautteen saamiseen, ehdotuksiin sekä uusiin näkökulmiin (Haller ym. 2019). Tietoa tarvittiin siitä, miten sovellettu teknologiavälitteinen hoito ja perinteinen ammattilaisen tarjoama hoito yhdistetään toisiinsa (Doukani ym. 2020), sillä asiakkailla ei ollut välttämättä käsitystä kognitiivisen terapian perusteista ja sisällöstä omahoitoon sopeutumisen kannalta (Haller 2019). Asiakkaat kuvasivat ammattilaisten roolin tärkeäksi teknologista interventiota hoitoon sovellettaessa sekä sen käytön ohjaamisessa masennuksen hoidossa (Pung ym. 2018). Hoitoon liittyvistä asioista viestiminen oli keskeistä niiden ammattilaisten kanssa, jotka liittyvät hoitopolkuun (Doukani ym. 2020), ja oman tilanteen kertominen alusta eri ammattilaisille nähtiin esteenä hoidon toteutumiselle (Gaudiano ym. 2021).

Omahoitoon sopeutumisessa hoitotarpeen tunnistaminen tuli esiin eri tutkimuksissa. Hoidolle asetettiin tavoitteita yhteistyössä ammattilaisen kanssa ja asiakkaiden mukaan ammattilaiset huomioivat hoitoon liittyviä yksilöllisiä toiveita

(Doukani ym. 2020). Yksilöllisen tilanteen kartoittamista, tuen saamista sekä teknologiavälitteisten viestien lukemista ja niihin vastaamista ammattilaisen toimintana kuvattiin tärkeäksi yleisten neuvojen ja ohjeiden sijasta (Fenski ym. 2021). Asiakkaat kuvasivat sanattomien viestien ja eleiden huomioimisen olevan tärkeitä teknologiavälitteisessä hoidossa ymmärretyksi ja autetuksi tulemisessa (Doukani ym. 2020). Visuaalisen tiedon välittyminen puuttui teknologiavälitteisen hoidon aikana, minkä vuoksi asiakkaat olivat epävarmoja siitä, että saako ammattilaisen riittävän käsityksen yksilöllisestä tilanteesta ilmeiden ja eleiden puuttuessa. Asiakkaiden mukaan ammattilainen kuitenkin useimmiten tunnisti tarpeet ja vastasi niihin fyysisestä etäisyydestä huolimatta. (Haller 2019.) Asiakkaat itse hyödynsivät hoitotarpeidensa tunnistamisessa omia ajatuksiaan, kehon tuntemuksia ja sosiaalisia suhteita kohdistaen sovellusten käyttöä esimerkiksi liikuntaan, mindfulnesiin ja sosiaalisten yhteyksien ylläpitämiseen (Pung ym. 2018).

Teknologiset interventiot lisäsivät myös tietoisuutta masennuksen luonteesta, sen taustalla olevista tekijöistä sekä masennuksesta selviytymisestä. Teknologisen intervention avulla oman tilanteen tarkasteleminen oli mahdollista, mikä toi tietoisuutta koetuista ongelmista ja auttoi ymmärtämään niiden yhteyttä ja kokoa todellisuuteen nähden. Silloin ne saattoivat olla pienempiä alkuperäisiin käsityksiin verrattuna. (Folkersma 2021.) Teknologiavälitteisiä tehtäviä tekemällä oman tilanteen käsitteleminen, asioiden esiin ottaminen sekä erilaisten tunteiden ja muistojen kohtaaminen aiheuttivat toisinaan surua, pettymystä, masentuneisuutta ja levottomuutta (Fenski ym. 2021). Suuri osa masentuneista piti kuitenkin positiivisena tietoa siitä, että muutkin ovat kokeneet masennusta, josta ovat selvinneet erilaisten keinojen avulla. Toisten tarinoiden kuuleminen esimerkiksi videoita katsomalla auttoi hyväksymään omaa elämäntilannetta, samaistumaan tarinankertojan tilanteeseen ja toteamaan, että ei ole tilanteessaan yksin. (Gaudiano ym. 2021.)

5.3.2 Omahoidon toteutuminen

Tutkimuksista nousi esiin, että omahoidon toteutumista edesauttoivat tavoitteiden mukainen toiminta, tunteiden ja ajatusten tunnistaminen sekä omatoimisen

selviytymisen tukeminen. Hoidolle asetetut tavoitteet liittyivät sen aikana toteutettaviin teknologiavälitteisiin tehtäviin, jotka ylläpitivät osaltaan motivaatiota tavoitellun muutoksen työstämiseen (Doukani ym. 2020). Mielekäs ja osallistava toiminta, pienten askeleiden ottaminen sekä kalenterin apuna käyttäminen tehtävien toteuttamisen ja edistymisen seuraamisen tukena auttoivat asetettuihin tavoitteisiin pääsemistä (Gaudiano ym. 2021). Säännöllinen oireseuranta rohkaisi olemaan tietoinen mielialan vaihteluista ja masennusta laukaisevista tekijöistä (Haller ym. 2019). Toistuvien mittausten suorittaminen auttoi tunteiden erottelusta ja monien mielestä oli opettavaista nähdä yhteenveto mittausten tuloksista ja mielialan vaihtelusta päivän aikana (Folkersma ym. 2021).

Teknologiavälitteiset tehtävät tukivat omahoidon toteuttamista terveydenhuollon ammattilaisen auttaessa hoito-ohjelmassa edistymistä eriasteisella tuella (Doukani ym. 2020). Hoidon aikana läpikäytävät asiat sekä ajatusten ja kokemusten kirjoittaminen auttoivat selventämään omia huolenaiheita, syventämään hoidon sisältöä ja luomaan konkreettisia selviytymiskeinoja itselle. Asiakkaat sovelsivat ammattilaiselta saatuja neuvoja ja ohjausta osaksi omaa toimintaa. (Haller ym. 2019.) Menneen ja tulevan sijasta nykyhetkeen keskittymistä ja itselle tärkeiden asioiden huomioimista opittiin poimimalla videoiden sisällöistä positiivisia asioita neuvoiksi itselle (Gaudiano 2021). Muun päivittäisen toiminnan puuttuessa mittaukset antoivat rytmiä päivälle (Folkersma ym. 2021), ja edistymisen seuraaminen oli yksi tapa tavoitteiden mukaisen toiminnan vahvistamisessa (Pung ym. 2018).

Omahoidon toteutumisen kannalta keskeiseksi osaksi tutkimuksissa nousi tunteiden ja ajatusten tunnistaminen. Masentuneiden oli tärkeä ymmärtää tunteiden ja ajatusten olevan ohimeneviä ja luonteeltaan muuttuvia (Gaudiano ym. 2021). Ajatusten ja käyttäytymisen tietoisuuden avulla pyrittiin niiden sopeuttamiseen ja mukauttamiseen (Haller ym. 2019). Teknologisen intervention avulla tunteiden ja ajatusten tunnistaminen toi tietoisuutta niiden ja käyttäytymisen välisestä yhteydestä toisiinsa esimerkiksi sosiaalisen aktiivisuuden ja mielialan säätelyn välillä (Folkersma ym. 2021; Haller ym. 2019). Tunteiden tunnistamiselle, ilmaisemiselle ja kokemiselle tuli antaa aikaa. Ne auttoivat uusien käsitysten muodostumista, tunteiden hyväksymistä,

itsemyötätunnon kehittymistä ja omaa selviytymistä. (Gaudio ym. 2021.) Nykyhetken keskittymällä ja tuntemuksia huomioimalla tietoisuus omista kokemuksista, mielialan muutoksista, negatiivisten tunteiden hyväksymisestä ja ympärillä tapahtuvista asioista mahdollistuivat (Folkersma ym. 2021). Teknologisen intervention kautta lyhyen vastauksen kirjoittaminen vastaanotettuun palautteeseen aiheuttivat toisinaan epävarmaa oloa olla yksin tilanteensa ja tulostensa kanssa (Fenski ym. 2021). Lisäksi saattoi olla vaikeuksia hahmottaa tuntemuksia päivän aikana, jolloin työkirjan tunneosiota saatettiin täyttää useammin kuin kerran päivässä. (Folkersma ym. 2021).

Omahoidon toteutuminen edisti myös omatoimista selviytymistä. Teknologiavälitteinen hoito toi itsenäistä ja riippumatonta sitoutumista sen sisältöön ja mahdollisti uusien, opittujen selviytymiskeinojen soveltamisen päivittäiseen elämään sekä erilaisia tilanteita varten (Haller ym. 2019). Vastuun ottaminen omasta käyttäytymisestä ja hyvinvoinnista tukivat itsenäisyyttä, jotka vaikuttivat positiivisesti motivaation ylläpitämiseen ammattilaisen antaessa palautetta ja seurattessa edistymistä hoidon aikana (Doukani ym. 2020). Säännöllinen oireseuranta vahvisti asiakkaan asemaa omassa hoidossaan ja antoi mahdollisuuden johtopäätösten tekemiseen sen sijaan, että muut tekisivät niitä heidän puolestaan (Folkersma ym. 2021). Teknologiavälitteiset tehtävät edistivät uuden oppimista, taitojen harjoittamista, säännöllisen harjoittelun toteuttamista ja oireiden hallitsemista (Pung ym. 2018). Tehtävien ja oireseurannan toteuttaminen vaikuttivat hoitoon ja vahvistivat itsetietoisuutta, käyttäytymisen aktivoimisen tärkeyttä, negatiivisten ajatusten haastamista (Folkersma ym. 2021). Sovelluksia käytettiin oppimisen, omien hoitotarpeiden ylläpitämisen ja muokkaamisen tukena, sekä sosiaalisten yhteyksien rakentajana, ylläpitäjänä ja edistäjänä (Pung ym. 2018).

5.3.3 Hoidossa edistyminen

Tutkimusten mukaan hoidossa edistymiseen vaikuttivat vuorovaikutussuhteen laatu, hoidon täydentäminen teknologisen intervention avulla sekä muutamat hoidon toteuttamista hidastavat tekijät. Hoidossa edistymisen kannalta suhde sekä

ammattilaiseen että teknologiseen interventioon olivat vuorovaikutuksen ylläpitämisen edellytys (Doukani ym. 2020). Vuorovaikutussuhteessa ammattilaisen kanssa pidettiin tärkeänä hänen taitoansa kuunnella, osoittaa välittämistä, empatiaa ja luottamusta, tarpeiden huomioimista, huolenaiheiden ymmärtämistä ja niiden hyväksymistä sellaisenaan (Doukani ym. 2020; Haller ym. 2019). Hoidon jatkuvuutta ja säännöllistä vuorovaikutusta pidettiin tärkeänä mielenterveyden tilan kohentamisen ja hoidossa edistymisen kannalta, jotka mahdollistivat asetettujen tavoitteiden saavuttamisen (Haller ym. 2019). Yksilöllistä lähestymistapaa ja henkilökohtaisia teknologisen intervention ominaisuuksia masennuksen hoidon tukena arvostettiin (Pung ym. 2018).

Hoitoon osallistumista, sitoutumista ja yhteistyötä edistävä teknologinen interventio oli asiakkaiden mukaan saavutettava, helppokäyttöinen, esteetön, itseohjautuvuuteen kannustava ja vuorovaikutteinen (Doukani ym. 2020). Toisinaan vuorovaikutuksen toteutumista kuitenkin kyseenalaistettiin teknologista interventiota kohtaan henkilökohtaisen kontaktin puutteen, palautteiden automaattisuuden, persoonattomuuden ja vakioidun sisällön vuoksi. Nämä saattoivat vaikuttaa negatiivisesti hoito-ohjelman toteuttamiseen. (Fenski ym. 2021; Doukani ym. 2020.) Yksityiskohtaisemman palautteen ja henkilökohtaisempien kysymysten vastaanottamista toivottiin esimerkiksi kohdistamalla niitä vastaanottajalle nimellä (Folkersma ym. 2021). Riittämättömäksi koettu vuorovaikutus teknologisen intervention kanssa ja teknologiavälitteisessä hoidossa vaikutti myös tunteiden käsittelemiseen (Fenski ym. 2021).

Useassa tutkimuksessa teknologisen intervention käyttö vaikutti hoitoon positiivisesti. Sekä teknologiavälitteiset että perinteisesti suoritettavat tehtävät koettiin toisinaan täydentäviksi (Doukani ym. 2020). Reaaliaikaisen oireseurannan avulla tunteita ja tilanteita oli mahdollista kuvata tarkemmin, sillä jos sen olisi tehnyt myöhemmin, merkintöjen sisältö olisi ollut muistin varassa. Se hyödytti itsetunnon vahvistajana, yksityiskohtaisen ja tarkan tiedon antajana mielialasta sekä henkilökohtaisten näkemysten lisääjänä ennen ammattilaisen kanssa käytävää vuorovaikutusta. (Folkersma ym. 2021.) Teknologian käyttö ja tehtävien tekeminen oli ajasta ja sijainnista riippumatonta sekä sovellettavissa erilaisiin elämäntyyliin

ja -tilanteisiin (Doukani ym. 2020; Haller ym. 2019). Lisäksi hoitoon osallistuminen teknologiavälitteisesti näyttäytyi ulospäin anonyyminä, mikä esti sosiaalisen leimautumisen perinteiseen kasvokkaiseen hoitoon verraten (Haller ym. 2019). Itsenäinen tehtävien tekeminen mahdollisti itsetutkiskelun ja valmisti omahoitoon ammattilaisen valvomassa hoitoprosessissa, mikä koettiin turvallisena (Doukani ym. 2020). Sovellukset koettiin hyvänä työkaluna masennuksen hoidossa ja oireiden hallinnassa, mutta ei sosiaalisen tuen ja vuorovaikutuksen korvaajana tai hoitona itsessään (Pung ym. 2018). Hoito koettiin persoonallisemmaksi, kun siinä yhdistyvät sekä teknologisen intervention käyttö että ammattilaisen tuki (Doukani ym. 2020).

Tutkimuksissa nousi esiin myös muutamia hoitoa hidastavia tekijöitä joko teknologista interventiota kohtaan tai sen käyttäjään liittyen. Masennuksen ja ahdistuksen oireet olivat toisinaan este teknologiavälitteisesti toteutettavien tehtävien tekemiseen ja hoidon toteuttamiseen (Fenski ym. 2021). Päivittäinen oire seuranta toteutui osana arkea, mutta teknologisen intervention toivottiin ohjaavan konkreettisemmin käyttäytymismuutokseen ja muistuttamaan aktivoitumisesta. Sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa tai kiireen keskellä ne saattoivat jäädä tekemättä. (Folkersma ym. 2021.) Työ- ja harjoituskirja ei ollut kaikille mieluinen kirjoittamisen ja tehtävien tekemisen vuoksi (Gaudio ym. 2021). Teknologisesta interventiosta johtuvien asioiden, kuten kirjautumisen, hoidon perusteiden ja tehtävien toteuttamisajankohdan, herätteiden ja syötettyjen harjoittelutietojen katoamisen kanssa koettiin haasteita (Fenski ym. 2021). Heikot teknologiset taidot koettiin esteeksi sovellusten käyttämiselle. Teknologia ei ollut välttämättä kaikille luonnollinen osa etsiä ja saada hoitoa mielenterveyteensä, sillä teknologian ja mielenterveyden hoidon välillä koettiin ristiriitaa. (Pung ym. 2018.)

5.3.4 Hallinnan tunteen lisääntyminen

Hallinnan tunteen lisääntymiseen vaikuttivat tutkimusten mukaan selviytymistaitojen vahvistuminen ja opittujen taitojen ylläpitäminen. Hoidon aikana saavutetut oivallukset lisäsivät itsenäistä selviytymisen hallintaa, vakautta ja pystyvyyden tunteita. Omaa selviytymistä vahvistivat elämän tarkoituksellisuuden ja henkilökohtaisten arvojen selkiytyminen, ja erilaisia

keinoja etsittiin niiden mukaisen elämän saavuttamiseksi (Gaudio ym. 2021). Sovellusten käyttö hyödytti konkreettisten taitojen kehittymistä, kuten keskittymisen, rentoutustekniikoiden, motivaation ja sitoutumisen ylläpitäminen harjoitustehtäviin (Pung ym. 2018). Hoidon sisältö koettiin konkreettiseksi ja helposti saavutettavaksi, ja niiden koettiin vaikuttavan yksilölliseen hoitotulokseen (Haller ym. 2019). Mindfulness, meditaatio- ja hengitysharjoitukset harjoittivat tietoista nykyhetkessä elämistä ja keinoja selviytyä masennuksesta (Gaudio ym. 2021). Teknologiavälitteisen hoidon saavutettavuus lisäsi mahdollisuuksia tarkastella ja pohtia hoidon aikana opittuja asioita syvällisesti (Doukani ym. 2021).

Myös opittujen taitojen ylläpitäminen oli tärkeä hallinnan tunteen kannalta. Oireiden hallintaan ja omahoidon toteuttamiseen koettiin olevan enemmän vaihtoehtoja kun tietoisuus lisääntyi, mutta oire seurannassa kaivattiin mahdollisuutta vertailla eri ajanjaksojen mittaustuloksia (Folkersma ym. 2021). Työkirja toi hoidon ohella pitkäkestoistakin hyötyä sen toimiessa ikään kuin opaskirjana omahoidon ylläpitämisessä ja oivallusten siirtämisenä muille elämänalueille (Haller ym. 2019). Teknologisen intervention käyttöä saatettiin jatkaa hoidon jälkeen ja se nähtiin työkaluna itsenäisen hoidon aloittamiseen (Doukani ym. 2020). Sovellusten käytön päättämisen jälkeen niitä pidettiin puhelimesta oman tilanteen heikkenemisen varalta, jolloin niihin tukeuduttiin (Pung ym. 2018). Osa asiakkaista totesivat, että konkreettisista ja hankituista taidoista huolimatta toteutuneen hoidon kestävä hyöty oli sidoksissa jatkuvaan, henkilökohtaiseen työhön ja opittujen taitojen soveltamiseen oireiden hallinnassa. Tähän liittyen he myös kyseenalaistivat, vahvistaako tarjotun hoidon määrä, kesto ja pituus hoidon vaikutusten vahvistumista. (Haller ym. 2019.)

5.4 Yhteenveto tuloksista

Tämän opinnäytetyön yhteenvetona voidaan todeta, että avohoidossa masennuksen omahoidon tukena käytetään erilaisia teknologisia interventioita, jotka pohjautuvat useimmiten erilaisiin kognitiivisiin käyttäytymisterapiaa soveltaviin hoitomuotoihin ja niistä on tieteellistä näyttöä. Ne suoritetaan itsenäisesti osana muuta hoitoa, useimmiten jonkinlaisen vuorovaikutuksen ja yhteistyösuhteen

kautta ammattilaiseen, hänen ja teknologisen intervention antaessa tukea ja ohjaten hoidon toteuttamista eriasteisella teholla. Avun saatavuus on tärkeää hoidon aikana ja ammattilaisen sekä asiakkaan välinen (etä)kontakti vahvistaa hoitoon sitoutumista. Yksilöllisen tilanteen kartoittaminen, toiveiden huomioiminen, tavoitteiden asettaminen yhteistyössä ammattilaisen kanssa, tuki, ohjaus sekä tiedon saaminen ovat hoidon toteutumista vahvistavia tekijöitä.

Hoidon aikana toteutettavat teknologiavälitteiset tehtävät liittyvät asetettuihin tavoitteisiin, mikä motivoi muutosta kohti. Toimintaan osallistuminen, osatavoitteiden asettaminen, niiden seuraaminen, oireseurannan ja tehtävien tekeminen vahvistavat hoidon toteuttamista, vastuunottoa sekä asemaa päätöksenteossa ja omassa hoidossa. Tunteiden ja ajatusten tunnistaminen on keskeistä muutoksen aikaansaamisessa. Hoidossa edistymiseen vaikuttavat koettu vuorovaikutussuhde ammattilaiseen ja teknologiseen interventioon, säännöllisen vuorovaikutuksen tarve, henkilökohtaisuus, ammattilaisen taito kuunnella ja osoittaa empatiaa sekä luottamusta. Teknologinen interventio koetaan tavanomaista hoitoa täydentäväksi ja tehtävien tekeminen sen kautta itsetuntemuksen ja omahoidon vahvistajina. Teknologiavälitteistä hoidon toteuttamista hidastavat masennusoireet, teknologisesta interventiosta johtuvat ominaisuudet, heikot teknologiset taidot sekä teknologian luonnottomuus. Tietoisuuden lisääntyminen, henkilökohtaisten arvojen ja elämän tarkoituksellisuuden selkiintyminen vaikuttavat oireiden hallitsemiseen, omahoidon toteuttamiseen ja selviytymistaitoihin. Niitä vahvistavan teknologisen intervention sisältö on konkreettinen, helposti saavutettava, oppimista ja taitojen kehittymistä tukeva pohdinnan ja reflektoinnin väline, jotka lisäävät vakauden ja pystyvyyden tunteita.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Teknologiavälitteisessä hoidossa olivat tärkeitä ammattilaisen tuki, avun ja tiedon saatavuus sekä vuorovaikutus, jotka toimivat omahoidon toteuttamisen edellytyksenä. Asiakkaat totesivat vuorovaikutuksen olevan osittain riittämätöntä teknologisen intervention persoonattomuudesta johtuen ja saadun palautteen ollessa usein automaattista. Positiivista teknologiavälitteisessä hoidossa olivat kuitenkin itsestä huolehtimisen lisääntyminen, sosiaalisen leimautumisen vähentyminen ja hoidon soveltaminen eri tilanteisiin. Teknologiavälitteiset tehtävät mahdollistavat oman tilanteen tarkastelua ja käsittelyä, jolloin tehtävien sisältö tukee tietoisuuden ja itsetuntemuksen lisääntymistä sekä tunteiden hahmottamista ja erottelemista. Nämä ovat perusta hoidolle asetetuille tavoitteille, jotka ohjaavat saavuttamaan niitä sekä ylläpitävät motivaatiota tavoitteita kohti. Tehtäviä tekemällä ja taitoja harjoittamalla konkreettisten selviytymiskeinojen luominen ja selviytymistaitojen vahvistuminen tulevat mahdollisiksi.

Sekä kansainvälisiin että suomalaisiin hoitosuosituksiin sisältyy suosituksia psykososiaalisten hoitomuotojen käytöstä ja teknologian hyödyntämisestä osana hoitoa (Laukkala ym. 2020, 2047; Stenberg ym. 2016, 2106). Tämä katsaus osoitti, että on olemassa useita teknologisia interventioita, joilla voidaan tukea masennuksen omahoitoa. Niihin koostetut sisällöt ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (Fenski ym. 2020; Doukani ym. 2020; Haller ym. 2019; Gaudiano ym. 2021; Pung ym. 2018) näyttävät olevan vakiintuneita ja edes auttavan omahoidon toteutumista sekä selviytymistaitojen vahvistumista, koska niiden avulla on tarkoitus vaikuttaa masennuksen aiheuttamaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen epätasapainon hallintaan ja toimintatapojen muuttamiseen. Siksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa myös sovelletaan eri tarkoituksiin, kuten ongelmanratkaisemien sekä tietoisuuden läsnäolon ja hyväksymisen harjoittamiseen. (Lönngqvist 2021b, 913–915.)

Tässä katsauksessa omahoitoon ohjaavaa toimintaa vahvistivat ammattilaisen tuki, avun saatavilla olo sekä tieto erityisesti teknologiavälitteisen hoidon soveltamisesta masennuksen hoitoon, jotka vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen (Gaudiano ym. 2021; Haller ym. 2019; Doukani ym. 2020). Ammattilaisen rooli korostui esimerkiksi teknologian soveltamisessa osana hoitoa ja sen käytön opastamisessa (Pung ym. 2018). Omahoidon toteuttaminen ja siinä edistyminen olivat yhteydessä lisäksi vuorovaikutuksen toteutumiseen, joka koettiin osittain riittämättömäksi teknologista interventiota kohtaan. Vaikka ne näyttivät edistävän useissa eri tutkimuksissa masennusoireiden hallintaa ja omatoimista selviytymistä, silti vuorovaikutusta teknologisen intervention kanssa myös kyseenalaistettiin yksilöllisyyden, henkilökohtaisuuden ja persoonattomuuden vuoksi (Doukani ym. 2020; Folkersma ym. 2021; Fenski ym. 2021) sekä sosiaalisen tuen ja vuorovaikutuksen korvaajana (Pung ym. 2018).

Toisaalta Kaasalaisen ym. (2018) mukaan teknologiavälitteinen masennuksen hoito on todettu yhtä hyväksi kasvokkaiseen hoitoon verraten (Kaasalainen 2018). Teknologiaa soveltavassa hoidossa fyysinen yhteys saattaa vähentyä ja asiakasta ohjataan jo hoidon alkaessa yhä enemmän vastuuseen ja itsenäisyyteen. Vuorovaikutus ja luottamus ovat hoidon toteutumisessa keskeisiä tekijöitä yhteistyösuhteen syntymiseksi ja hoitoon sitoutumisen edistämiseksi, ja yhteistyösuhte oikeastaan vaatii niitä toteutuakseen ja jatkuakseen optimaalisesti. Riippumatta toteutettavasta hoitointerventiomuodosta ja vuorovaikutustavasta toimivan yhteistyösuhteen on todettu tukevan vuorovaikutuksen toteutumista, omatoimista ongelmanratkaisua, hoidolle asetettuja tavoitteita, oman hoito-ohjelman toteuttamista sekä oman elämän uudelleen suuntaamista (Schulman-Green ym. 2017).

Oman tilanteen tarkastelu ja käsittely teknologiavälitteisten tehtävien avulla lisäsivät tietoisuutta masennuksen taustalla olevista asioista sekä masennuksesta selviytymisestä (Folkersma ym. 2021; Fenski ym. 2021; Gaudiano ym. 2020). Tässä auttavat muiden tilanteisiin samaistuminen, vertaisten löytäminen, läheisten, perheen ja ystävien tuki, jotka eheyttävät ja voimaannuttavat. Esimerkiksi vertaistukiryhmissä sairauteen sopeutuminen helpottuu jaetun tiedon, käytännön neuvojen, muilta oppimisen ja vertaisuuden kautta (Allen ym. 2016). Vertaisuus

voi toteutua osaltaan myös kokemusasiantuntijoiden kautta, jotka toimivat vertaisohjaajina ja kokemustiedottajina muille samassa tilanteessa oleville. Itsensä altistaminen kanssakäymiseen, olemassa olevien suhteiden ylläpitäminen ja ryhmään kuulumisen tukevat myönteisesti mielenterveyttä ja ehkäisevät syrjäytymistä.

Hoidolle asetetut tavoitteet ohjaavat masennuksen omahoidon toteuttamista. Sen kannalta on oleellista tunteiden hahmottaminen, erottelu, nykyhetkeen keskittyminen (Folkersma ym. 2021; Gaudiano ym. 2021; Haller ym. 2019; Fenski ym. 2021). Ne nousivat tässä katsauksessa keskeisiksi tekijöiksi tietoisuuden lisääntymisenä omasta kokemus- ja ajattelumaailmasta, mikä puolestaan mahdollistaa toiminnan ja käyttäytymisen tietoista muuttamista. Korkeila (2017) toteaa tunteiden ilmaisemisen ja nimeämisen opetteluun helpottavan niiden kohtaamista ja käsittelyä sekä auttavan omien voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä. Tunteiden ja ajatusten tunnistaminen mahdollistivat esimerkiksi tietoisuuden niiden ja oman toiminnan välisestä yhteydestä (Folkersma ym. 2021; Haller ym. 2019). Nämä auttavat omahoitoon sopeutumista, sen toteuttamista ja jatkuvuutta.

Teknologisten interventioiden käytännön hyöty masennuksen omahoidon kannalta näyttöä tehtiin tehtävien tekemisenä ja taitojen harjoittamisena (Gaudiano ym. 2021; Folkersma ym. 2021; Doukani ym. 2020; Haller ym. 2019). Schulman-Green ym. (2017) ovat todenneet, että teknologiaa hoidossa hyödyntämällä tietämys ja tietoisuus lisääntyvät, itsestä oppiminen, tiedon saaminen ja hoidon ylläpitäminen mahdollistuvat (Schulman-Green ym. 2017). Teknologisen intervention avulla suoritettavan oireseurannan toteutuminen ja yhteenveto siitä antoi kuvan mielialan vaihtelusta (Folkersma ym. 2021; Haller ym. 2019) ja mahdollisti itsetutkiskelun (Doukani ym. 2020), jotka tukevat tavoitteiden mukaisen toiminnan ylläpitämistä, oman edistymisen seuraamista sekä hallinnan tunteen lisääntymistä. Teknologiavälitteisessä hoidossa korostuvat vahvasti asiakkaan osallisuus ja oma toiminta hoidon lopputulokseen ja tavoitteisiin pääsemisen osalta. Vaikka hoito toteutuu osaksi vuorovaikutuksessa ammattilaisen kanssa, asiakas toteuttaa ja tekee sitä koskevia päätöksiä itsenäisesti (Routasalo ym. 2009,

2352). Tämän katsauksen mukaan omatoimisuus lisäsi sitoutumista, vastuun ottamista sekä päätöksentekoa (Haller ym. 2019; Doukani ym. 2020; Folkersma ym, 2021).

Ajasta ja sijainnista riippumaton teknologian käyttö soveltuu erilaisiin tilanteisiin ja lisää itsestä huolehtimista, mutta myös vähentää sosiaalista leimautumista, kun fyysiseen paikkaan ei tarvitse erikseen lähteä (Shculman-Green ym. 2017), ja tämä tuli esiin tässä katsauksessa (Folkersma ym. 2021; Doukani ym. 2020; Haller ym. 2019). Säännöllinen harjoittelu (Folkersma ym. 2021; Haller ym. 2019; Pung ym. 2018), konkreettisten selviytymiskeinojen luominen itselle sekä niiden soveltaminen (Haller ym. 2019), vastuun ottaminen (Doukani ym. 2020) sekä itsenäisyys hoidon toteuttamisessa (Gaudiano ym. 2021; Doukani ym 2020; Haller ym. 2019; Pung ym. 2018) vahvistavat selviytymistaitoja, itsen uskomista, pysyvyyden ja hallinnan tunnetta sekä auttavat ylläpitämään hoidon aikana opittuja taitoja. Katsauksessa nousi kuitenkin myös esiin, että opituista taidoista huolimatta hoidosta saatu kestävä hyöty liittyisi kuitenkin jatkuvaan, henkilökohtaiseen työhön (Haller ym. 2019). Tämä vaatii pitkäjänteisyyttä ylläpitää aikaan saatua henkilökohtaista työtä, jolloin omaa elämää suunnataan eteenpäin ja voimavaroja voidaan kohdistaa sen mukaisesti, elämänhallintaa ja psyykkistä toimintakykyisyyttä huomioiden sekä voimavaroja edelleen kehittäen.

Masennuksen hoito teknologisten interventioiden tukemana on ajankohtainen ja sovellettavissa terveysalalla. Terveysten- ja sairaanhoitajat toteuttavat päivittäin terveyttä edistävää, kuntouttavaa ja omahoitoon sitouttavaa työtettä. Terveystenhuollon eri ammattilaisten on todettu käyttävän myös psykoterapeuttisia perustaitojaan työssä yhä enemmän (Lönnqvist 2021b, 910–911). Psykoterapeuttisen työtteen ja teknologisten interventioiden soveltaminen voisivat taata asiakkaille nykyistä paremman hoidon saatavuuden, hoidon kysyntään vastaamisen ja vapauttaa psykoterapeuttien työpanoksen niille henkilöille, jotka ovat pidemmän kuntouttavan hoidon tarpeessa. Teknologiavälitteinen hoito tuo olemassa olevaan palveluvalikoimaan vaihtoehtoisuutta toteutuen ajasta ja sijainnista riippumattomasti. Lisäksi hoitoa on saatavilla koko Suomen alueella ja sitä on mahdollista tarjota perusterveydenhuollossakin (Stenberg 2016, 2106). Teknologiavälitteinen hoito ei kuitenkaan välttämättä sovi jokaiselle, eikä sitä ole tarkoituskaan

käyttää kaikille asiakkaille. Teknologian käyttöä masennuksen hoidossa toivottavasti tullaan hyödyntämään Suomessa nykyistä laajemmin, ennaltaehkäisevästi-kin terveydenhuollossa. Palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä mielenterveyden ongelmien taustatekijöiden ymmärtäminen, teoretiedon hyödyntäminen ja teknologian soveltaminen tuovat arvoa niiden kohdekäyttäjille ja -asiakkaille sekä ammattilaisille heidän ollessa mahdollisuuksien mukaisesti osa palveluiden kehittämistä.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta on otettu huomioon osana vaiheiden kirjoittamista tekstissä osana kirjallisuuskatsauksen toteuttamista (luku 4) ja siihen kiinteästi liittyvää tulosten raportoimista (luku 5) (Kangasniemi ym. 2013). Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa sen toteuttaminen systemaattisten vaiheiden kautta, yleensä useamman tekijän toimesta. Tässä työssä kaikki vaiheet toteutuivat yhden henkilön toimesta ja ne etenivät systematisoidusti eli niissä pyrittiin tavoittelemaan systemaattisuutta (Lehtiö & Johansson 2016, 35). Työ oli tekijälleen ensimmäinen lukuun ottamatta AMK-tasoista opinnäytettä. Tämän opinnäytetyön luotettavuuden kannalta kirjallisuuskatsauksen vaiheet, toteutunut analyysi, tulokset ja johtopäätökset kuvattiin läpinäkyvästi. Työssä on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoretta kirjallisuutta sekä kirjallisessa viitekehyksessä että kirjallisuuskatsauksessa.

Tiedon haku on kirjallisuuskatsauksen keskeinen osa, jonka toteuttaminen määrittää aineiston sopivuutta. Tiedon haun tueksi määritettiin aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit PICO-menetelmää hyödyntäen. Aineistoa valitessa alkupe-
räistutkimuksilla oli sisällöllistä merkitystä, kun tavoittelin aiheen kannalta riittävän tiedon rakentamista (Kangasniemi ym. 2013). Aineiston sopivuus myös tarkoittui valinnan edetessä, ja määrältään se jäi tässä opinnäytetyössä suhteellisen pieneksi, kuusi tutkimusta. Luotettavuutta haluttiin varmistaa tekemällä laadunarviointi erikseen jokaisesta tutkimusartikkelista. Lisäksi niiden tutkimusasetelmiin, tiedonantajiin, aineistonkeruumenetelmiin, teknologisiin interventioihin, tuloksiin ja julkaisua koskeviin tietoihin kiinnitettiin huomiota. Mukaan valittujen tutkimusten keskeinen sisältö sekä toteutunut sisällönanalyysi on taulukoitu.

Aineisto oli ulkomaista ja englanninkielistä. Olisin halunnut mukaan kotimaistakin tutkimusta, mutta aiheeseen sopivaa kotimaista alkuperäistutkimusta ei tullut vastaan. Muutama katsaus löytyi ja ne koskivat esimerkiksi sähköisiä mielenterveyspalveluita toipumisessa tai skitsofrenian hoidossa käytettävää teknologiaa. Pelkkä englanninkielisyys ei ole haitaksi, sillä mukana oli kuitenkin eri maissa toteutettuja tutkimuksia. Työn luotettavuutta saattaa heikentää englannin kielen vähäisen arkikäytön ohella sen lisääntynyt käyttö opiskelussa, mikä otti hieman aikaa aineistoihin perehtymisessä esimerkiksi tekstin ymmärtämisen ja kielen kääntämisen osalta.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto sisälsi omahoidon kannalta samanlaisuutta, mutta osittain erilaisuutta teknologisten interventioiden toimitustavassa, vaikka ne pohjautuvat yleensä samankaltaisiin kognitiivisen terapian elementteihin. Aineiston sisältö oli riittävän kattava ja siten sen erittely, käsitteellistäminen ja luokkien muodostaminen oli analyysissä mahdollista. Määrältään laajempi aineisto tuottaa analyysissä ja tuloksissa kylläisyyttä, vahvuutta, uskottavuutta (Elo ym. 2014), joiden pohjalta johtopäätösten muodostaminen ja tulosten yleistäminen voivat muodostua helpommin niukkaan aineistoon verrattuna.

Kohderyhmän mukaanottokriteeri oli masennusdiagnoosi tai vastaanotettava hoito. Tutkimuksissa diagnoosia ei ollut kuitenkaan välttämättä asetettu osallistumisen kriteeriksi, vaan esimerkiksi erilaisia hoidollisia seuloja. Kriteeristä ei haluttu poiketa, mutta todennäköisesti olisin muuttanut niitä. Vaikka hoitoa ajatellen diagnoosi on usein välttämätön, sekin voi pohjautua seuloihin, haastatteluihin ja koettuun vointiin. Mainituilla kriteereillä ei välttämättä ole niin suurta merkitystä tässä työssä ja hyödynnettävää aineistoa jäi niiden vuoksi opinnäytetyön ulkopuolelle.

Tutkimuksen eettisyys on sidoksissa sen luotettavuuteen ja tässä opinnäytetyössä toteutettiin eettisiä periaatteita sekä käytänteitä. Kirjallisuuskatsauksen valinta tutkimustyyppiä ja -menetelmäksi oli itselleni eettinen ratkaisu sen ollessa joustava ja soveltuva opiskelijan itsenäiseen tekemiseen. Käytin siihen aikaa, suunnittelua ja pohtimista, ja toteutin sen vaiheittain suunnitellun mukaisesti. Työ-

hön ei tarvinnut hakea erillisiä tutkimuslupia ja toimeksiantosopimuksia. Tiedottaminen, työn ohjaus ja etenemisen seuranta toteutuivat sähköisellä viestinvälityksellä ohjaavien opettajien kanssa.

Aiheen valinta ja terveyttä edistävän viitekehyksen valitseminen olivat itselleni tärkeitä, ja minulla oli halu syventää teoreettista osaamistani mielenterveyden, masennuksen hoidon ja terveyden edistämisen osa-alueilla. Tarkastelin aihetta objektiivisesti, sillä työkokemukseni on muualta kuin mielenterveystyöstä. Siten esimerkiksi kaikki valitut ja käytetyt aineistot olivat tässä työssä toisiinsa nähden tasapuolisessa asemassa teoreettisessa viitekehyksessä, aineiston valinnassa sekä tulosten esittämisessä (Kangasniemi ym. 2013). Asianmukaisilla lähteiden viittaustavoilla vältettiin plagiointia, suoraa muiden tekstin lainaamista sekä kunnioitettiin niitä, joiden tuottamiin asiasisältöihin on viitattu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 224).

Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita voisivat olla:

- Millaisia ominaisuuksia teknologisen intervention tulisi sisältää esimerkiksi eri ikäisten asiakkaiden näkökulmasta, että se olisi yksilöllinen ja henkilökohtainen?
- Millä keinoin ammattilaiset voivat tukea asiakkaita omahoitoon teknologiavälitteisessä hoidossa ja millaista osaamista tämä heiltä vaatii?
- Millaisia eroja vuorovaikutuksella on teknologiavälitteisessä hoidossa verraten tavanomaiseen kasvokkaiseen vuorovaikutukseen ammattilaisen kanssa?

LÄHTEET

Aalto, A.-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa. Viitattu 21.11.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132196/16_Psyykkisen%20toimintakyvyn%20mittaaminen%20vaes-totutkimuksissa.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Allen, C., Vassilev, I., Kennedy, A. & Rogers, A. 2016. Long-Term Condition Self-Management Support in Online Communities: A Meta-Synthesis of Qualitative Papers. *Journal of Medical Internet Research* Vol. 18. No 3. 10.2196/jmir.5260.

Ammenwerth, E., Schnell-Inderst, P. & Hoerbst, A. 2012. The Impact of Electronic Patient Portals on Patient Care: A Systematic Review of Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research* Vol. 14. No 6. 10.2196/jmir.2238.

Appelqvist-Shmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen lääkärilehti* Vol. 71. No 24, 1759–1764. <http://hdl.handle.net/10138/230006>.

Aromataris, E. & Munn, Z. 2020. *JBIC Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Viitattu 17.1.2022 <https://synthesismanual.jbi.global>.

Barnett, P., Arundell, L.-L., Saunders R., Matthews H. & Pilling S. 2020. The efficacy of psychological interventions for the prevention and treatment of mental health disorders in university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* Vol. 280 Part. A, 381–406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.060>.

Bodenheimer, T. & Abramowitz, S. 2010. *Helping Patient Help Themselves: How to Implement Self-Management Support*. California Health Care Foundation. Viitattu 28.10.2021 <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-HelpingPtsHelpThemselvesImplementSelfMgtSupport.pdf>.

Cuijpers, P., Pineda, B. S., Quero, S., Karyotaki, E., Struijs, S. Y., Figueroa, C. A., Llamas, J. A., Furukawa, T. A. & Muñoz, R. F. 2021. Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review* Vol. 83. No 101955. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101955>.

Depressio Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry: n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Viitattu 10.3.2022 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50023>.

Doukani, A., Free, C., Michelson, D., Araya, R., Montero-Marin, J., Smith, S., Cerga-Pashoja, A. & Kakuma, R. 2020. Towards a conceptual framework of the working alliance in a blended lowintensity cognitive behavioural therapy intervention for depression in primary mental health care: a qualitative study. *BMJ Open*. Vol. 10. No 9. 10.1136/bmjopen-2019-036299.

Ebert, D. D., Cuijpers, P., Muñoz, R. F. & Baumeister, H. 2017. Prevention of Mental Health Disorders Using Internet- and Mobile-Based Interventions: A Narrative Review and Recommendations for Future Research. *Frontiers in Psychiatry* Vol. 116 No 8. 10.3389/fpsy.2017.00116.

Elo, S. & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 62. No 1, 107–115.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open* Vol. 4. No 1. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>.

Fenski, F., Rozental, A., Heinrich, M., Knaevelsrud, C., Zagorscak, P. & Boettcher, J. 2021. Negative effects in internet-based interventions for depression: A qualitative content analysis. *Internet Interventions* Vol. 26. No 100469. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100469>.

Fleming, T. M., Bavin, L., Stasiak, K., Hermansson-Webb, E., Merry, S. L., Cheek, C., Lucassen, M., Lau, H. M., Bollmuller, B. & Hetrick, S. 2017. Serious Games and Gamification for Mental Health: Current Status and Promising Directions. *Frontiers in Psychiatry* Vol. 7. No 125. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00215>.

Folkersma, W., Veeraan, V., Ornée, D. A., Oldehinkel, A. J., Alma, A. M. & Bastiaansen J. A. 2021. Patients' experience of an ecological momentary intervention involving self-monitoring and personalized feedback for depression. *Internet Interventions* Vol. 26. No 100436. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100436>.

Gaudio, B. A., Davis, C. H., Miller, I. W. & Uebelacker, L. 2020. Pilot Randomized Controlled Trial of a Video Self-Help Intervention for Depression based on Acceptance and Commitment Therapy: Feasibility and Acceptability. *Clinical Psychology & Psychotherapy* Vol. 27. No 3, 396–407. 10.1002/cpp.2436.

Goughlan, M. & Cronin, P. 2021. *Doing A Literature Review in Nursing, Health, and Social Care*. 3., Rd Edition. London: Sage Publications Ltd.

Haller, E., Besson, N. & Watzke, B. 2019. “Unrigging the support wheels” - A qualitative study on patients' experiences with and perspectives on low-intensity CBT. *BMC Health Services Research* Vol. 19. No 686. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4495-1>.

Hannukkala, M., Heiskanen, T., Kaleva, S., Karila-Hietala, R., Kuitunen, S.-L., Lumijärvi, T., Mäenpää, E., Stengård, E., Tuomaala, E. Turhala, S. & Wahlbeck, K. 2019. Mielenterveys on osa terveyttä ja hyvinvointia. Teoksessa R. Karila-Hietala, K. Wahlbeck, T. Heiskanen, E. Stengård & M. Hannukkala (toim.) Mielenterveys elämäntaitona. Mielenterveyden ensiapu 1. 6. painos. Helsinki: MIELI Suomen Mielenterveys ry.

Hoitotyön tutkimussäätö 2022. Tutkimustiedon laadun arvioiminen. Viitattu 26.1.2022 <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>.

Huhta, A.-M., Hirvonen, N. & Huotari, M.-L. 2018. Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 20. No 12. 10.2196/10273.

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 22.11.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002>.

Isometsä, E. 2021. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriks-son, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 15., uudistettu painos. Hel-sinki: Kustannus Oy Duodecim, 318–362.

Isometsä, E. 2017. Masennuslääkkeiden hyödyt ja haitat depression hoidossa. *Suomen lääkirilehti* Vol. 72. No 36, 1927–1932. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/298008/SLL362017_1927.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Joutsenniemi, K. & Lipponen, K. 2015. Resilienssi ja postraumaattinen kasvu. *Suomen lääkirilehti* Vol. 70. No 35, 2515–2519. https://www.hameenkesayliopisto.fi/wp-content/uploads/2018/09/joutsenniemi_lipponen_2015.pdf.

Kaasalainen, K., Neittaanmäki, P., Kärkkäinen S. & Vähäkainu P. 2018. Digitaalisten interventioiden vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus kansansairauksien ennaltaehkäisyssä ja omahoidossa. *Jyväskylän yliopisto: Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja* No. 70/2018. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/63762>.

Kaleva, S. & Valkonen, J. 2013. Mielenterveyden edistämisen dilemmat. *Yhteiskuntapolitiikka* Vol. 78. No 6, 675–680. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201312127626>.

Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2017. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa K. Hämäläinen, A. Kanerva, C. Kuhanen, C. Schubert & T. Seuri. *Mielenterveyshoitotyö*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 175–223.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* Vol. 25. No 4, 291–301.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin & R. Suhonen. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 80–93

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karasouli, E. & Adams, A. 2014. Assessing the Evidence for e-Resources for Mental Health Self-Management: A Systematic Literature Review. *Journal of Medical Internet Research* Vol. 1. No 1. 10.2196/mental.3708.

- Kontunen, J. 2017. Psykoterapiamuodot ja hoidon periaatteet. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85–91.
- Korkeila, J. 2017. Terve mieli terveissä aivoissa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* Vol. 133. No 2, 209–214. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13528.pdf>.
- Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* Vol. 125. No 21, 2333–2340. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo98399.pdf>.
- Kuhanen, C. 2017. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa K. Hämmäläinen, A. Kanerva, C. Kuhanen, C. Schubert & T. Seuri. *Mielenterveyshoitotyö*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 18–38.
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47/2012. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.12.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90874/URN_ISBN_978-952-245-686-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Laukkala, T., Suominen, I., Granö, N., Talaslahti, T., Koponen, H. & Marttunen, M. 2020. Psykoterapiaan ohjaaminen ja psykoterapian tuloksellisuuden seuranta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* Vol. 136. No 18, 2047–2054. [duo15793.pdf](https://www.duodecimlehti.fi/duo15793.pdf) (duodecimlehti.fi).
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Viitattu 28.10.2021 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 35–55.
- Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 67–79.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa A.-M. Pietilä (toim.) *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 32–52.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X. & Zhang, X. 2020. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health* Vol. 8. No 2. <http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>.

Lönnqvist, J. 2021a. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–67.

Lönnqvist, J. 2021b. Psykososiaaliset hoidot. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 899–919.

Lönnqvist, J. & Pirkola, S. 2021. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 876–898.

Maailman terveysjärjestö 2018. Mental Health: strengthening our response. World Health Organization. Viitattu 4.10.2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Markkula, N. & Suvisaari, J. 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Vol. 133. No 3, 275–282. duo13544.pdf (duodecimlehti.fi).

Martin, A., Sanderson, K. & Cocker, F. 2009. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Vol. 35. No 1, 7–18. 10.5271/sjweh.1295.

Mielenterveyden edistäminen työpaikalla 2014. Opas 32/2014. Teoksessa N. Tamminen & P. Solin (toim.) Osa 1. Mielenterveyden edistämistyön perusteet. Tampere: MHP Hands Consortium & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.12.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115996/THL_OPA2014_032_verkko.pdf.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

(Mielenterveystalo.fi 2022.)

Moodbuster. 2022. What is Moodbuster? Viitattu 10.4.2022 <https://www.moodbuster.science/en/#what>.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 23–34.

Omaolo. 2022. Hyvinvointivalmennukset. Viitattu 10.4.2022 <https://www.omaolo.fi/>.

Poutiainen, E. 2018. Johdanto erityyppisiin arviointimenetelmiin ja niiden käyttöalaan psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa. Psykososiaaliset menetelmät asiakaslähtöisen kuntoutuksen tukemiseksi. Kuntoutussäätiö: Kuntoutuspäivät 2018. Viitattu 21.11.2021 https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2018/06/Poutiainen_Johdanto_arviointi_-KP18.pdf.

Pung, A., Fletcher, S. L. & Gunn, J. M. 2018. Mobile App Use by Primary Care Patients to Manage Their Depressive Symptoms: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research* Vol. 20. No 9. 10.2196/10035.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* Vol. 125. No 21, 2351–2359. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy.

Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C. & Whittmore, R. 2016. A Metasynthesis of Factors Affecting Self-Management of Chronic Illness. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 72. No 4, 1469–1489. 10.1111/jan.12902.

Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McKorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N. & Whittmore, R. 2012. Processes on Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship* Vol. 44. No 2, 136–144. 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x.

Shaw T., McGregor D., Brunner M., Keep M., Janssen A. & Barnet S. What is eHealth (6)? Development of a Conceptual Model for eHealth: Qualitative Study with Key Informants. *Journal of Medical Internet Research* Vol. 19. No 10. 10.2196/jmir.8106.

Sohlman, B., Immonen, T. & Kiikkala, I. 2005. Ongelmallinen mielenterveys. *Yhteiskuntapolitiikka* Vol. 70. No 2, 210–213. 052sohlman.pdf (julkari.fi).

Stenberg, J.-H., Blanco Sequeiros, S., Holi, M., Kampman, O., Kiesepä, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P. & Joutsenniemi, K. 2016. Mielenterveyttä etänä? *Suomen lääkärilehti* Vol. 71. No 35, 2106–2111. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024952>.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin & R. Suhonen. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 7–22.

Suomen Mielenterveys ry 2022. Mieli125. Viitattu 15.3.2022 <https://mieli.fi/>.

Terveiden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 1.3.2022 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70473/julkaisu_2006_19_terveyden_edistaminen_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 27.3.2022 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>.

(Tukinet.net 2022)

Tuulari, J. 2017. Omahoito, vertaistuki ja toipumisen tukeminen. Teoksessa O. Kampman, T. Heiskanen, M. Holi, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) *Masennus*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 152–158.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa M. Stolt., A. Axelin & R. Suhonen (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73, 56–66.

Van De Velde, D., Zutter, F. T., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D. & De Vriendt, P. 2019. Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ Open* Vol. 9. No 7, 1–15. [10.1136/bmjopen-2018-027775](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027775).

van Grieken, R. A., van Tricht, M. J., Koeter, M. W. J., van den Brink, W. & Schene, A. H. 2018. The use and helpfulness of self-management strategies for depression: The experiences of patients. *PLOS ONE* Vol. 13. No 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209109>.

Vassiliev, I., Rowsell, A., Pope, C., Kennedy, A., O'Cathain, A., Salisbury, C. & Rogers, A. 2015. Assessing the implementability of telehealth interventions for self-management support: a realist review. *Implementation Science* Vol. 59. No 10. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0238-9>.

Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantausta, T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* Vol. 133. No 10, 985–992. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13731>.

Webelhorst, C., Jepsen, L. & Rummel-Kluge, C. 2020. Utilization of e-mental-health and online self-management interventions of patients with mental disorders — A cross-sectional analysis. *PLOS ONE* Vol. 15. No 4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231373>.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto.

Tekijät	Vuosi Maa	Julkaisun nimi	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä, osallistujat	Keskeiset tulokset	Laatu- pisteet
Fenski, F., Ro- zental, A., Hein- rich, M., Knae- velsrud, C., Zagorscak, P. & Boettcher, J.	2021 Saksa	Negative effects in in- ternet-based inter- ventions for depres- sion: A qualitative content analysis	Tutkimus on osa RCT-tutki- musta (n=814), jossa osallistu- jat käyttivät internetpohjaista CBT-interventiota kahdessa ryhmässä. He saivat joko yksi- löllistä kirjoitettua palautetta tai yleistä automaattista pa- lautetta. Intervention käyttö 6–8 viikkoa, jonka jälkeen osal- listujilta kerättiin palaute.	Palautteen pohjalta laa- dullinen analyysi inter- vention negatiivista piir- teistä (n=70). Osallistujilla (18–65 v.) oli lievä tai keskivaikea masennus. Heidät rekry- toitiin sairausvakuutus- yhtiön kautta.	Negatiivinen vaikutus sisälsi sekä käyttäjälähtöisiä että teknologisesta interventiosta riippuvia syitä. Käyttä- jälähtöisiä syitä olivat koettu vuoro- vaikutus teknologista interventiota kohtaan ja suhtautuminen teknologi- aan. Teknologisesta interventiosta riippuvia syitä olivat sen ominaisuu- det, sovellettavuus ja vuorovaikutus. Tunne vuorovaikutuksen toteutumi- sesta ja yhteistyö läpi hoidon ehkäi- sivät negatiivisen kokemuksen syn- tymistä.	9/10
Folkersma, W., Veerman, V., Ornée, D. A., Ol- dehinkel, A. J., Alma, A. M. & Bastiaansen J. A.	2021 Hol- lanti	Patients' experience of an ecological mo- mentary intervention involving self-mo- nitoring and personal- ized feedback for de- pression	Tutkimus on osa RCT-tutki- musta (n=90), jossa ZELF-i EMI-interventiota käytetään masennuksen hoidon lisänä. Se sisältää tehtäviä, itseseu- rantaa sekä palautteen niistä. Käyttöjakso 28 vrk, yksi kas- vokkainen keskustelu ja pa- laute intervention jälkeen.	Laadullinen haastattelu osaotoksena palautteista (n=20). Osallistujat (18–65 v.) rekrytoitu sairaalan avo- hoidossa aloitetun ma- sennuksen hoidon kautta.	Teknologinen interventio vahvisti tietoista läsnäoloa, näkemystä muuttuvasta mielialasta. Käyttäytymisen ja päivärytmin muu- tokseen ei havaittu isoa vaikutusta, mutta auttoi rutiinien luomista.	9/10

Tekijät	Vuosi Maa	Julkaisun nimi	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä, osallistujat	Keskeiset tulokset	Laatu- pisteet
Doukani, A., Free, C., Michelson, D., Araya, R., Montero-Marin, J., Smith, S., Cerga-Pashoja, A. & Kakuma, R.	2020 Englanti	Towards a conceptual framework of the working alliance in a blended lowintensity cognitive behavioural therapy intervention for depression in primary mental health care: a qualitative study	Tutkimus on osa kahdeksassa EU:n alueella toteutettua vertailututkimusta RCT (n=42), jossa toteutettiin internet-pohjainen sekoitettu b-CBT-hoito, Moodbuster 6krt kasvokkai-sena terapeutin kanssa ja 5 krt tietokoneistetun alustan ja app:in kautta, jota ammattilainen voi tukea. Intervention kesto 11 viikkoa.	Laadullinen haastattelu toteutettiin (n=19) intervention käyttökokemuksesta, asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyöstä sen aikana. Osallistujat (19–67 v.) rekrytoitiin terveyskeskuksesta henkilökunnan toimesta.	Working Alliance (WA) teoriaan verraten todettiin, että yhteistyösuhde ja yhteistyö hoidossa ovat tärkeitä ja auttavat tavoitteiden saavuttamista. Teknologinen interventio auttaa osallisuuden ja itsenäisyyden toteutumista sekä taitojen harjoittamisen tehtäviä tekemällä.	8/10
Gaudiano, B. A., Davis, C. H., Miller, I. W. & Uebelacker, L.	2020 USA	Pilot Randomized Controlled Trial of a Video Self-Help Intervention for Depression based on Acceptance and Commitment Therapy: Feasibility and Acceptability	Videopohjainen interventio, joka ACT-pohjainen, hyväksymis- ja sitoutumista harjoittava ja tietoiseen ajatteluun liittyvä (LifeStories) ja verrokki-interventio ravitsemukseen liittyvä (WholeDay). Interventiot sisältävät 30min videon 1 krt/vko neljän viikon ajan sekä viikoittaisen itseraportoimisen ja videoiden katselun, työkirjan täyttäminen ja psykologisten oireiden seurannan viikolla 4 ja 12.	RCT (n=40) Interventioryhmä (n=21) Verrokkiryhmä (n=19) Laadullinen avointen kysymysten palaute interventiosta. Osallistujat (yli 18-v.) rekrytoitiin mainostamalla paikallisessa terveyskeskuksessa ja verkkosivulla. He saivat hoitoa masennukseen.	Molemmissa ryhmissä kokemukset olivat positiivisia. Masennusoireiden havaittiin helpottavan seurannan aikana, ja psykologinen joustavuus kehittyi hieman. Oireiden eroja ryhmien välillä ei havaittu. Teknologinen interventio voisi olla potentiaallinen masennuksen hoidon tukena.	11/13

Tekijät	Vuosi Maa	Julkaisun nimi	Tutkimusasetelma	Kohderyhmä, osallistujat	Keskeiset tulokset	Laatu- pisteet
Haller, E., Bes- son, N. & Watzke, B.	2019 Sveitsi	"Unrigging the sup- port wheels" - A qual- itative study on pa- tients' experiences with and perspectives on low-intensity CBT	Tutkimus on osa RCT-tutki- musta (n=49), jossa puhelin- pohjaista interventiota (tel-CBT n=29) verrataan tavanomai- seen hoitoon (TAU n=25). Tapaamisia kasvokkain 8–12 krt, lisäksi aluksi viikoittain ja myöhemmin joka toinen viikko 30-40min puhelinaika. Sisältää työkirjan täyttämistä ja tehtä- vien tekemistä.	Laadullinen haastattelu (n=13) osanäytteenä ko- kemuksista ja näkemyk- sistä tel-CBT:stä intervention käytön jälkeen. Osallistujat (26–79 v.) rekrytoitiin lääkäreiden kautta suoraan tai ter- veyskeskuksen mainok- sen kautta. Heillä oli lievä tai keskivaikea masen- nus, tai ollut aikaisemmin vähintään yksi masen- nusjakso.	Itsenäistä selviytymistä tukivat suhde ammattilaiseen, luottamus ja saatu ohjaus. Työkirjan täyttäminen ja teknologiavälitteiset tehtävät tuki- vat hoidon toteuttamista. Toteutu- neella hoidolla oli henkilökohtaista vaikutusta, mutta kokemus vuoro- vaikutuksesta puhelimen ja teknolo- gisen intervention kanssa vaihteli.	8/10
Pung, A., Fletcher, S. L. & Gunn, J. M	2018 Australia	Mobile App Use by Primary Care Pa- tients to Manage Their Depressive Symptoms: Qualita- tive Study	Tutkimuksen taustalla Austra- lialaisen Target-D-tutkimus (RCT), joka kehittää masen- nuksen hoitoa. Se sisälsi tek- nologisen intervention ja mobiil- isovellusten kokeilun 3 kk osana masennuksen hoitoa, minkä jälkeen mobiilisovellus- ten käytön jatkamista suositel- tiin.	Osallistujat (18–65 v.) valittiin Target-D:n kautta sattumanvaraisesti osa- näytteenä ja he suoritti- vat teknologisen inter- vention kokeilujakson. Laadullinen puhelinhaas- tattelu (n=16) suoritettiin 99–369 vrk intervention jälkeen mobiiliappien käytöstä ja depressio-oi- reiden hallinnasta.	Osallistujista 11 olivat käyttäneet sovelluksia masennuksen hoidossa taitojen harjoittamiseen, sosiaalis- ten yhteyksien ja turvaverkon ylläpi- tämiseen. Ne sisälsivät esimerkiksi rentoutusta, tietoista läsnäoloa, kog- nitiivisia harjoitteita, muuta hyvin- voinnin tukemista, pelejä ja sosiaa- listaa mediaa. Näkemykset teknologiasta, sen saavu- tettavuus, yksilölliset taidot ja am- mattilaisen rooli koettiin tärkeänä teknologiavälitteisessä hoidossa.	8/10