

---

**PSYKOEDUKATIIVISET MENETELMÄT  
SKITSOFRENIAPOTILAIDEN HOIDOLLISISSA  
RYHMISSÄ**

Kirjallisuuskatsaus



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyö

Forssa, syksy 2014

*Nina Järvi*

Nina Järvi



FORSSA  
Hoitotyö  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Nina Järvi	<b>Vuosi</b> 2014
<b>Työn nimi</b>	Psykoedukatiiviset menetelmät skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ja kuvata tutkimusten perusteella skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä käytettyjä psykoedukatiivisia menetelmiä ja niiden hyötyjä vuosilta 2000–2014. Työn tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi suunniteltaessa paikallista nuorille aikuisille skitsofreniapotilaille tarkoitettua psykoedukatioryhmää.

Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena systemaattiseen tapaan ja tietoa haettiin Cinahl- ja Cochrane Library -tietokannoista. Katsaukseen valikoitui viisi englanninkielistä tutkimusta ja tutkimusartikkeliä, joista kolme käsittelivät varsinaisia psykoedukaatio-ohjelmia ja kaksi sen sovelluksia.

Aineisto analysoitiin menetelmien osalta deduktiivisella sisällönanalyysillä. Menetelmien kuvaus jaettiin koskemaan osallistujia, sisältöä, ohjaajia, aikaa sekä työskentelyä ja työmuotojen ilmenemistä. Tuloksissa nousivat esiin tarkat ja suunnitelmalliset skitsofreniapotilaille tarkoitettut tuoteistetut koulutusohjelmat, joissa käytettiin monipuolisia opetuksellisia menetelmiä.

Menetelmien hyötyjä tarkasteltiin tiedon, ymmärryksen, asenteiden, lääkehoitomyöntyvyyden, relapsien, fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä osallistujien kokeman hyödyn osalta. Psykoedukaation tuoma parannus näkyi erityisesti relapsien vähenemisenä, parantuneena lääkehoitomyöntyvyytenä ja lisääntyneenä ymmärryksenä omasta sairaudesta. Fyysisen terveyden osalta psykoedukaatiolla voidaan estää olantsapiinin haittavaikutuksista painonnousua ja psyykkisen terveyden osalta vaikuttaa pysyväisluonteisiin ääniharhoihin. Osallistujat olivat tyytyväisiä ryhmiin ja kokivat ne auttavina ja informatiivisina. Tuloksissa tulivat esiin ohjelmien suunnittelun haasteet koskien, kulttuurin, paikallisuuden ja yksilöllisyyden huomioimista sekä tarve kehittää luotettavia mittareita potilastyytyväisyyden arviointiin.

**Avainsanat** skitsofrenia, psykoedukaatio, hoidollinen ryhmä

**Sivut** 40 s. + liitteet 2 s.

Forssa  
Degree Programme in Nursing  
Registered Nurse

---

<b>Author</b>	Nina Järvi	<b>Year</b> 2014
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Psychoeducational methods in groups for schizophrenia patients	

---

## ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to collect and to describe the psychoeducational methods that have been used in the psychoeducative groups for the schizophrenia patients on the basis of the studies and their advantages, from the years 2000–2014. The purpose of the work was to produce the examined information which can be utilized when designing local psychoeducation groups to young adult schizophrenia patients.

The work was carried out as a literature survey in a systematic way and the information was searched for from Library databases, Cinahl and Cochrane. Five researches and study articles in English were selected to the survey. Three concerned actual psychoeducation programmes and two were its applications.

The material was analyzed by the deductive content analysis method. The description of methods was divided into the participants, contents, instructors, time and working as well as the manifesting of work forms. Exact systematic marketable training programme products to schizophrenia patients, in which versatile educational methods were used, appeared in the results.

The advantages were examined concerning the physical and psychic health and the benefit experienced by the participants, information understanding, attitudes, medication compliance and relapses. The improvement was seen especially as a decrease of relapses, as an improved compliance for medication and as an increased understanding of one's own illness. As for the physical health, psychoeducation can prevent gaining weight, an injurious effect of olanzapin, and as for the psychic health effects, permanent voice hallucinations. The participants were satisfied with the groups and experienced them as helping and informative. In the results the challenges of the planning of the programmes came out, regarding paying attention to culture, locality and individuality and a need to develop indicators which are reliable for the evaluation of the patient satisfaction.

**Keywords** Psychoeducation, schizophrenia, group.

**Pages** 40 p. + appendices 2 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SKITSOFRENIA.....	2
2.1	Ennakko-oireet .....	2
2.2	Psykoosi ja varomerkit .....	3
2.3	Muut sairaudet ja kuolleisuus.....	4
2.4	Hoito ja kuntoutus .....	5
3	PSYKOEDUKAATIO .....	6
3.1	Psykoedukaation tavoite ja tarkoitus.....	6
3.2	Psykoedukatiiviset menetelmät .....	6
3.3	Haavoittuvuus-stressimalli ja varhaiset varomerkit .....	7
3.4	Psykoedukaation edut ja haitat .....	8
4	HOIDOLLISET TEKIJÄT RYHMÄSSÄ.....	8
4.1	Toivo, samankaltaisuus ja tieto .....	9
4.2	Altruismi, peruserhekokemus ja sosiaaliset taidot .....	10
4.3	Mallioppiminen ja interpersonaalinen oppiminen.....	10
4.4	Koheesio, katarsis ja eksistentiaaliset tekijät .....	11
5	KIRJALLISUUSKATSAUS .....	11
5.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	12
5.2	Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet .....	12
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KYSYMYKSET .....	13
7	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	13
7.1	Cinahl .....	14
7.2	Cochrane.....	15
7.3	Tutkimusten laadun arviointi .....	16
7.4	Aineiston analysointi.....	18
8	TULOKSET .....	20
8.1	Psykoedukatiivisten menetelmien kuvaukset.....	21
8.1.1	Osallistujat ja sisältö.....	21
8.1.2	Ohjaajat.....	23
8.1.3	Aika .....	23
8.1.4	Työskentelytavat ja työmuodot .....	24
8.2	Psykoedukatiivisten menetelmien hyödyt.....	26
8.2.1	Tieto, ymmärrys sairaudesta ja asenteet .....	26
8.2.2	Lääkehoitomyyntyvyys ja relapsit.....	26
8.2.3	Fyysinen terveys .....	27
8.2.4	Psykinen terveys .....	27
8.2.5	Osallistujien kokema hyöty .....	29
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	30

---

9.1 Tulosten tarkastelu .....	31
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	36
9.3 Opinnäytetyön eettisyys .....	38
9.4 Päätelmät ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
LÄHTEET .....	41

Liite 1	Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja tutkimusartikkelit vuosilta 2000–2014
---------	--

## 1 JOHDANTO

Skitsofreniaa voidaan pitää vakavimpana mielen alueen sairauksista. Sairaus puhkeaa yleisimmin 20–34-vuotiaana nuorena aikuisena. Sairauden luonteeseen kuuluvat monenlaiset oireet ja usein huomattavaa laskua toimintakyvyssä mikä näkyy opiskelu- ja työkyvyn heikentymisenä sekä vaikeuksina sosiaalisissa suhteissa ja niiden ylläpitämisessä. Skitsofreniaan sairastuneilla esiintyy myös muuta väestöä runsaammin somaattisia sairauksia, päihteiden käyttöä ja ennen aikaista kuolleisuutta. Taudinkuvalle on tyypillistä vaihtelevuus ja muutokset sairautentilassa toistuvine psykoosijaksoineen sekä sairautentunnottomuus. (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepä & Lönnqvist 2013, 70–122.)

Skitsofrenian hoidossa käytetään psykoosilääkitystä. Hoidon haasteet liittyvät psykoosien uusiutumisen lisäksi potilaiden vaikeuteen noudattaa lääkehoitoa ja sitoutua hoitoon. Skitsofrenian hoito muodostaakin kokonaisuuden, jossa lääkehoito, yksilöhoitosuhde ja psykososiaalinen kuntoutus yhdistetään muuhun tarvittavaan hoitoon, kuntoutukseen ja tukeen. (Käypä hoito -suositus 2013, 10–18.)

Osa psykososiaalista kuntoutusta on potilaille annettava psykoedukaatio eli ohjaus, opetus ja koulutus liittyen sairauteen, sen oireisiin, hoitoon ja kuntoutukseen sekä sairauden kanssa elämiseen. Psykoedukaatiolla voidaan parantaa muun muassa potilaiden lääkehoitomyöntyvyyttä ja vähentää akuuttihoitoa vaativia sairaalajaksoja. Psykoedukaatiossa keskeisiä ovat toivon ylläpitäminen sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. (Isohanni ym. 2013, 120–131.)

Psykoedukaatio voidaan toteuttaa ohjelmana, johon kuuluvat oireiden hallinta, varhaisten varomerkkien tunnistaminen, pysyväisoireiden kanssa eläminen, päihteiden käytön välttäminen sekä toimintasuunnitelman teko kriisitilanteita ajatellen. Edelleen ohjelmaan voidaan lisätä aihealueita koskien psykososiaalista kuntoutusta. Psykoedukaatiosta on olemassa myös monia erilaisia sovellusohjelmia. (Isohanni ym. 2013, 120–131.)

Psykoedukaatiota voidaan antaa yksilöllisesti, ryhmissä ja perheille. Ryhmässä annettavan psykoedukaation etuja ovat kustannustehokkuuden lisäksi myös hoidolliset tekijät. Näitä ovat ryhmään kuulumisen lisäksi toivo, samankaltaisuuden kokeminen, muiden auttaminen, tiedon jakaminen, sosiaalisten ja ihmissuhdetaitojen oppiminen ja niiden harjoittelu turvallisessa ympäristössä. (Yalom & Leszcz 2005, 17–7.)

Suomalainen Käypä hoito (2013, 24) suosittaa, että skitsofrenian hoitoa antavissa yksiköissä olisi paikallinen hoito-ohjelma, jossa tulisivat ilmi diagnostiikka siihen liittyvine tutkimuksineen, potilasohjaus, potilaan hoito ja sen jatkuvuus sekä perheinterventiot. Tämä opinnäytetyö on osa eräässä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluvassa sairaalassa tehtävää psykoosipotilaan hoitopolun kehittämistyötä. Kirjallisuuskatsauksena toteutetun työn tarkoituksena oli kuvata hoidollisissa ryhmissä käytettyjä menetelmiä ja niiden hyötyjä.

Tässä opinnäytetyössä keskeisiä käsitteitä ovat skitsofrenia, psykoedukatio ja hoidollinen ryhmä. Opinnäytetyössä ei käytetä sanaa skitsofreenikko vaan skitsofreniapotilas, skitsofreniaan sairastunut tai skitsofreniaa sairastava henkilö.

## 2 SKITSOFRENIA

Skitsofrenia on vakava, pitkäaikainen psykoosisairaudeksi luokiteltu mielen terveyden häiriö, josta voidaan erottaa useita eri tyyppejä. Sairauden syy on osin edelleen tuntematon ja monien tekijöiden aiheuttama eikä siihen tällä hetkellä ole olemassa parantavaa hoitoa. Taustalla on ympäristötekijöiden lisäksi voimakas geneettinen alttius. Tiedetään myös, että raskaudenaikaiset sekä synnytyksen ja varhaisen kehityksen aikana sairastetut tulehdukset, jotka vaikuttavat aivojen kehittymiseen, kasvattavat alttiutta sairastua skitsofreniaan. Tämänhetkisten tutkimusten mukaan skitsofreniaa pidetään aivojen kehityksen ja muotoutumisen häiriintymiseen liittyvänä keskushermostoperäisenä sairautena. (Isohanni ym. 2013, 78, 89–103; Käypä hoito-suositus 2013, 3.)

Skitsofrenia puhkeaa miehillä yleensä 20–28- ja naisilla 24–34-vuotiaana ja siihen sairastuu elämänsä aikana noin yksi sadasta. Sairastuminen nuorena aikuisiässä aiheuttaa häiriöitä ja katkoksia normaaleissa elämänkaaren vaiheissa; kuten opiskelussa, työelämässä, parisuhteessa ja perheen perustamisessa. Inhimillisen kärsimyksen lisäksi skitsofreniasta aiheutuu yhteiskunnalle mittavat taloudelliset kustannukset sekä suoraan sairauden hoitona että epäsuorasti mm. sosiaalikulujen muodossa. (Isohanni ym. 2013, 82–83; Karvonen, Peltola, Isohanni, Pirkola, Suvisaari, Lehtinen, Hella & Häkkinen 2008, 9.)

### 2.1 Ennako-oireet

Ennen skitsofrenian puhkeamista tai sen uusiutumista eli relapsia henkilöllä esiintyy yleensä ennako- eli prodromaalioireita. Amerikassa käytössä olevan DSM-luokituksen mukaan skitsofrenian oireet voidaan jakaa negatiivisiin, positiivisiin, kognitiivisiin ja affektiivisiin. Näiden lisäksi potillailla esiintyy usein fyysisiä oireita kuten ruumiillisia vaivoja, unihäiriöitä, ruokahaluttomuutta ja laihtumista (Isohanni ym. 2013, 78; Salokangas, Heinimaa, Suomela, Ilonen, Ristkari, Korkeila, Huttunen, Hietala & Syvälahti 2002, 20; APA 2004.)

Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen puuttumista tai heikkenemistä. Tämä näkyy tunteiden latistumisena, eikä henkilö pysty ilmaisemaan tunteitaan ilmeillä, eleillä, katseella tai äänensävyillä. Puheen häiriöt ilmenevät puheen ja sen sisällön latistumisena ja köyhtymisenä (alogia). Ajatusyhteydet ovat löyhiä ja puhe hajanaista. Henkilö voi käyttää itse keksimään uudissanoja eli neologeja. Tahdottomuudessa (apatia) aloitekyky ja kiinnostus ulkomaailmaan vähenevät. Henkilö kokee voimattomuutta eikä jaksa huolehtia päivittäisistä askareista kuten ulkonäöstä, hygieniasta, opiskelusta, työstä tai kodinhoidosta. Usein esiintyy myös kyvyttömyyttä nauttia asioista, jotka ennen tuottivat

mielihyvää (anhedonia). Tämä näkyy esimerkiksi vähentyneenä kiinnostuksena harrastuksia, sosiaalisia suhteita ja muita toimintoja kohtaan. (Isohanni ym. 2013, 74–81; Berg n.d. 3–4.)

Positiiviset oireet tarkoittavat normaalien psyykkisten toimintojen lisääntymistä tai häiriintymistä. Aistiharhoissa eli hallusinaatioissa henkilö kokee ulkopuolisesta maailmasta aistihavaintoja ilman ulkoista ärsykettä. Harhat voivat esiintyä näkö-, haju-, maku- tai tuntoaistin alueella. Yleisimpiä ovat kuulohallusinaatiot, joissa yksi tai useammat äänet kommentoivat henkilön toimintaa tai käskivät häntä. Harhaluuloissa eli deluusioissa henkilö tekee havainnoistaan ja kokemuksistaan vääriä tulkintoja ja uskomuksia. Hän tuntee, että muut voivat laittaa, lukea, kontrolloida, levittää tai ottaa pois ajatuksia hänen päästään. Paranoidiset ajatukset liittyvät vainottuna tai uhattuna olemiseen. Suhteuttamisharhoissa henkilö kokee, että erilaiset asiat, tapaukset tai muiden käyttäytyminen liittyvät häneen itseensä. Luulot voivat liittyä myös suuruuskuvitelmiin tai uskontoon. Henkilö ja hänen käyttäytymisensä, ajatusmaailmansa ja tunneilmaisunsa näyttävät muille usein epäsovpuutena, outoutena ja eriskummallisuutena. (Isohanni ym. 2013, 74–81; Berg n.d., 3–4.)

Kognitiiviset oireet tarkoittavat neurologisista syistä johtuvia häiriöitä tiedon käsittelyssä. Erityisesti ongelmat muistissa, keskittymiskyvyssä, tarkkaavaisuudessa ja toiminnan ohjauksessa vaikeuttavat uuden oppimista, muistissa säilyttämistä ja päätösten tekemistä vaikeuttaen näin jokapäiväistä elämää. Sen sijaan skitsofrenialla ei ole vaikutusta ajan tai paikan tajuun eikä älykkyyteen. Yleisesti potilaiden kyky arvioida omaa psyykkistä tilaansa eli niin sanottu sairautentunto laskee tai puuttuu kokonaan. (Isohanni ym. 2013, 78; Berg n.d., 3–4.)

Affektiiviset eli mielialaoireet näkyvät mielialan laskuna, ahdistuneisuutena, masennuksena, hämmentyneisyytenä, neuvottomuutena, toivottomuutena, yksinäisyytenä, voimakkaana ambivalenssina eli ristiriitaisuutena ja itsemurha-ajatuksina. (Isohanni ym. 2013, 78; APA 2004; Toivio & Nordling 2013, 200.)

## 2.2 Psykoosi ja varomerkit

Edellä mainitut ennakko-oireet saattavat kestää vuosista ja viikoista muutamiiin päiviin tai kadota välillä kokonaan palatakseen myöhemmin uudelleen. Sairauden uusiutumisessa tai sen pahenemisessa oireita esiintyy muutaman viikon tai päivän ajan. Hoitamattomina ennakko-oireet voivat johtaa psykoosiin. Psykoosi saattaa alkaa myös ilman oireita. (Käypä hoito-suositus 2013, 5; Isohanni ym. 78.)

Psykoosi tarkoittaa tilaa, jossa henkilö on menettänyt todellisuudentajunsa ja kadottanut realiteetintestauksen eli hänen on vaikea erottaa omaa sisäistä todellisuuttaan ja ulkomaailman tapahtumia toisistaan. Potilas pitää oireitaan tosina eikä näin tunnista niitä sairauden aiheuttamiksi. Skitsofreeninen psykoosi kuuluu funktionaalisiin eli toiminnallisiin psykooseihin, joista 70–90 % uusiutuu. (Salokangas ym. 2002, 17–18; Gleeson 2005, 11).



Tutkimusten (Koivisto 2003; Kilcku 2008) mukaan potilaat kokevat psykoosin kokonaisvaltaisena, hallitsemattomana minuutena, joka yksilön fyysisen ja emotionaalisen muuttumisen lisäksi koskee myös ympäristöä. Itsehallinnan menettäminen aiheuttaa hämmennystä, pelkoa, tuskaa ja kauhua, paitsi potilaalle itselleen myös hänen läheisilleen.

Varomerkeillä tarkoitetaan skitsofreniaan sairastuneen samanlaisina pysyviä, omia henkilökohtaisia oireita, jotka ennakoivat psykoosin uusiutumista. Yleensä henkilöt ovat kokeneet ahdistusta, käyttäytymismuutoksia kognitiivisten häiriöiden lisääntymistä sekä lisääntyvää sairaudentunnotomuutta ja sitä kautta hoitokielteisyyttä. Joillakin varomerkkejä voivat olla jonkin tietyn toiminnon, kuten tupakoinnin, TV:n katselun tai liikunnan määrän lisääntyminen. Yleensä henkilöllä itsellään on myös kokemus siitä, että kaikki ei ole kunnossa, jotain outoa, selittämätöntä tai kummallista on tapahtumassa joko itsessä tai ympäristössä. (Isohanni ym. 2013, 78; Salokangas ym. 2002, 35; Lundin & Ohlson 2002, 92–95.)

### 2.3 Muut sairaudet ja kuolleisuus

Skitsofreniaa sairastavilla on muuta väestöä enemmän somaattisia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, aineenvaihduntahäiriöitä, II-tyypin diabetesta ja metabolista oireyhtymää, jota jo sairauden alkuvaiheessa esiintyy 20–40 prosentilla. Taustalla ovat vähäisempi liikunta, ylipaino, yksipuolinen ravinto, tupakointi ja alkoholi, mutta myös lääkkeiden sivuvaikutukset sekä potilaiden hoitoon hakeutumiseen liittyvät tekijät. Sairaus ja lääkitys vaikuttavat myös seksuaaliterveyteen alentaen sukupuolista halukkuutta ja kyvykkyyttä. (Käypä hoito -suositus 2013, 6; Isohanni ym. 2013, 85.)

Tupakointi liittyy osalla potilaista ennakko-oireisiin tai varomerkkeihin ja tupakointi on alkanut yleensä jo muutamia vuosia ennen sairastumista. Noin 60–70 % prosenttia sairastuneista tupakoi. Kansainvälisissä tutkimuksissa on osoittautunut, että joka neljännellä skitsofreniaa sairastavalla on elämänsä aikana alkoholin ongelmakäyttöä. Potilaan kannalta tupakointi ja päihteiden käyttö saattavat helpottaa oireita ja oloa, kuten ahdistuneisuutta tai lääkitysten haittavaikutuksia. (Käypä hoito -suositus 2013, 5; Isohanni ym. 2013, 85–87.)

Tutkimusten mukaan sairastuneista 10–80 %:lla on masentuneisuutta ja 10–60 %:lla on jokin pakko-oireinen häiriö. Paniikkihäiriöstä ja sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsii 20–30 %. Masennus lisää myös itsemurhariskiä joka on korkein heti ensimmäisen psykoosin ja ensimmäisten sairastumisvuosien aikana. Skitsofreniapotilaista noin puolet yrittää itsemurhaa ja 5–10 % päätyy tekemään sen. Itsemurha onkin alle 35-vuotiaiden potilaiden yleisin kuolinsyy. Ennenaikaisen kuoleman riski muuhun samanaikäiseen väestöön verrattuna on 2,5-kertainen, ja on ero on suurin 20–40-vuotiaiden ikäluokassa. (Isohanni ym. 2013, 83; Toivio & Nordling 2013, 200–201.)

## 2.4 Hoito ja kuntoutus

Skitsofrenian ennuste ja kulku on yksilöllinen ja vaihteleva. Samalla henkilöllä voi esiintyä useita erilaisia jaksoja sairautensa aikana. Käypä hoito -suosituksen mukaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on oireiden poistaminen tai lievittäminen, uusien psykoosijaksojen estäminen tai niiden määrän ja vaikeusasteen vähentäminen sekä potilaan psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Tällä hetkellä kolmasosa potilaista toipuu oireettomiksi, kolmasosalla on pitkäaikaisia lieviä oireita, ja kolmanneksella oireet ovat vaikeita ja pitkittyvät. (Käypä hoito -suositus 2013, 9, 23.)

Lääkehoito on keskeinen osa skitsofrenian hoitoa, josta suurin osa potilasta hyötyy. Käytännössä kuitenkin 40–60 % avohoitopotilaista ja noin 30 % sairaalahoidossa olevista jättää osittain noudattamatta lääkitysohjeita. Antipsykoottiset lääkkeet lievittävät oireita, mutta niiden haittana ovat usein ikävät sivuvaikutukset ja hoitomyöntyvyyden lisäämiseksi olisikin tärkeää löytää potilaalle sopivin lääke ja vaikuttavin annos mahdollisimman vähäisillä haittavaikutuksilla. (Isohanni ym. 2013, 102–122; Käypä hoito -suositus 2013, 3, 19; Nurminen 2011, 330–333; Huttunen 2008, 48–92.)

Lääkehoidon lisäksi skitsofrenian hoidon ongelmana on potilaiden huono hoitoon kiinnittyminen ja sitoutuminen, mikä johtuu osittain sairautentunnottomuudesta. Skitsofreniapotilaan hoitoon kuuluvat myös muiden sairauksien, ja tarvittaessa päihdeongelmien, asianmukainen tutkimus ja hoito. Luottamuksellisilla, ymmärtävällisillä ja mielellään pitkäkestoisilla hoitosuhteilla voidaan edistää hoidon jatkuvuutta ja tukea hoitomyöntyvyyttä. Käypä hoito -suosituksen esittämien laatuksien mukaan jokaisessa skitsofrenian hoitoyksikössä tulisi olla paikallinen hoito-ohjelma ja jokaisella potilaalla ajantasainen kirjallinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma laaditaan ja sitä päivitetään yhteistyössä potilaan ja hänen perheensä ja läheistensä kanssa. (Käypä hoito -suositus 2013, 9–10, 24.)

Skitsofreniaan sairastuneiden kuntoutus tapahtuu avohoidossa ja toteutetaan yleisimmin moniammatillisissa tiimeissä yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden, sosiaalitoimen, muiden palveluntuottajien sekä kolmannen sektorin kanssa. Psykososiaalisia kuntoutusmuotoja on useita ja niitä yhdistelemällä pyritään löytämään potilaan ja hänen läheistensä tarpeita mahdollisimman hyvin vastaava kokonaisuus. (Isohanni ym. 2013, 112–122).

Tutkimusten perusteella kognitiivisella kuntoutuksella on kohtalaisen suuri vaikutus potilaan toimintakykyyn. Erityisesti ensipsykoosin sairastaneet nuoret potilaat vaikuttaisivat hyötyvän kognitiivisista harjoitusohjelmista yhdistettynä sosiaalisten ja arkielämän taitojen harjoitteluun (Wykes, Huddy, Cellard, Mc Gurk & Czobor 2011; Tuulio-Henriksson 2012, 40). Toivio ja Nordling (2013, 202) viittaavat useisiin tutkimuksiin, joiden perusteella potilaat hyötyisivät eniten tukea antavista ja kognitiivis-behavioraalista terapiasta.

Psykiatrisella fysioterapialla, joka sisältää rentoutus- ja tietoisuusharjoituksia saattaisi olla mahdollista helpottaa sekä ahdistusta että negatiivisia

oireita. Kuntoutukseen tulee sisällyttää tarvittavat elämäntapa ja päihdeinterventiot, sekä asumis-, työ- ja ammatillinen kuntoutus. Avohoidon yksiköissä käytetään yleisesti myös musiikki- ja kuvataideterapiaa, draamaa sekä liikuntaa. Potilaat ja heidän perheensä voivat saada apua sopeutumisvalmennuskursseista, vertaisryhmistä sekä omais- ja potilasjärjestöjen toiminnasta. (Käypä hoito -suositus 2013, 16–21.)

### 3 PSYKOEDUKAATIO

Psykoedukaatiolle ei ole olemassa tarkkaa suomennosta tai vastaavaa käsitettä. Berg ja Suominen (2000, 13–14) tuovat esiin Barterin (1984) määritelmän, jonka mukaan psykoedukaatio tarkoittaa erilaisten opetuksellisten tekniikoiden, menetelmien ja lähestymistapojen käyttämistä mielenterveysongelmista toipumisen auttamiseksi, hoidon lisänä ja osana jatkuvaa hoitoa tai tutkimusohjelmaa. Psykoedukaatiosta käytetään myös nimityksiä psykopedagogiikka, koulutuksellinen perhetyö, koulutuksellinen terapia, koulutuksellinen hoitomalli, opastava hoito tai opastava ohjaus. (Käypä hoito -suositus 2013, 17; Berg 2007).

#### 3.1 Psykoedukaation tavoite ja tarkoitus

Psykoedukaatiossa potilaat ja heidän läheisensä saavat tietoa sairaudesta, sen oireista, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä sairauden kanssa elämisestä. Psykoedukaation tarkoituksena on asiantuntijoita ja harjoittelua käyttämällä auttaa ja tukea potilaita sopeutumaan sairauteen, elämäntilanteeseen tai oireisiin, kuten kuulo tai näköharhoihin, sekä löytämään yhdessä selviytymiskeinoja. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen & Schubert 2012, 111; Lönnqvist 2009; Berg 2009, 144.)

Psykoedukatiivinen työskentely ei kuitenkaan ole pelkkää tiedonantamista vaan jaettua asiantuntijuutta, jossa korostuu vuorovaikutuksellisuus, sosiaalisten taitojen harjoittelu ja tunteiden käsitteleminen. Psykoedukaation lähtökohtana tulisivatkin aina olla potilaan ja hänen lähiomaistensa kokemukset sairaudesta, joihin asiantuntijoiden antama tieto tulisi liittää (de Bruijn 2006, 4219; Kanerva ym. 2012, 93).

Työskentelyn tavoitteena on sekä potilaan ymmärryksen lisääminen että hänen asenteidensa ja käyttäytymisensä muokkaaminen. Ajatuksena on, että vaikka sairastumiseen ei ole voitu vaikuttaa, sairauden kulkuun sen sijaan voidaan. Psykoedukaatio sisältää aina toivon elementin, myös sairauden kanssa voi elää täysipainoista elämää ja suhtautua positiivisesti tulevaisuuteen. (Berg 2009, 151; Lähteenlahti 2008.)

#### 3.2 Psykoedukatiiviset menetelmät

Englannissa kehitetyn hoitomuodon juuret ovat skitsofreniapotilaiden ja erityisesti psykoosien hoidossa ja viitekehys kognitiivis-behavioraalisissa käyttäytymis- ja oppimisteorioissa. Opetuksellisinä menetelminä voidaan käyttää keskustelua, oppikirjoja, työkirjoja, päiväkirjoja, kotitehtäviä, au-

diovisuaalisia menetelmiä, internetpohjaisia ohjelmia, omia kirjallisia töitä, kuvallisia keinoja ja rooliharjoituksia. (Kieseppä & Oksanen 2012, 2134, 2138.) Psykoedukaatiosta on olemassa erilaisia sovelluksia, joiden pohjana on Libermannin kehittämä oireenhallintajärjestelmä (Liberman, DeRisi & Mueser, 1989).

Jotta tietoa voitaisiin sisäistää mahdollisimman hyvin, tulee ottaa huomioon riittävä toisto ja mahdollisimman monen aistin käyttäminen keskittymisen ja muistamisen apuna. Tiedon vastaanottaminen edellyttää sen antamista selkeässä muodossa ja sopivina annoksina. Edelleen tulee ottaa huomioon skitsofrenian yksilölliset vaikutukset potilaan kognitiivisissa toiminnoissa. (Lähteenlahti 2008.) On tärkeää huomioida, että itselle merkityksetön, liian vähäinen tai huonosti selitetty tieto, johtaa helposti väärinkäsityksiin ja voi huonontaa potilaan tilaa. Tiedon vaikeaselkoisuus voi saada potilaan tuntemaan itsensä huonoksi. (Kilkku 1998.)

### 3.3 Haavoittuvuus-stressimalli ja varhaiset varomerkit

Yhteistä kaikille psykoedukatiivisille menetelmille on skitsofreniaan sairastumisen ymmärtäminen haavoittuvuus-stressimallin pohjalta. Osalla ihmisistä on perinnöllinen ja pysyväisluonteinen alttius eli haavoittuvuus sairastua psykoosiin joko sisäisen tai ulkoisen stressin ansiosta. Näitä kuormittavia tekijöitä ovat esimerkiksi traumaattiset tapahtumat, elämän luonnolliset kehitys- tai siirtymävaiheet, kuten nuoruus, opiskelujen, työn tai seurustelun aloittaminen. Myös jännitteet tai vaikeudet ihmissuhteissa, työttömyys, keskushermoston infektiot tai traumat, alkoholin ja huumeiden käyttö voivat uhata henkilön terveyttä ja laukaista psykoosin. (de Brujin 2006, 4219–4220.)

Psykoedukatiossa keskeistä on, että potilaat oppisivat tunnistamaan ja erottamaan toisistaan sekä ennako-oireita että varomerkkejä ja löytämään keinoja hallita sairautta. Stressitekijöiden välttämisen ja lääkehoidon lisäksi etsitään tukea läheisistä, levosta ja rentoutumisesta. Moni sairastunut hyötyy terveellisistä elämäntavoista ja mielekkästä, samanlaisena pysyvistä päivä- ja viikko-ohjelmasta sekä turvallisista vuorovaikutussuhteista. (Isohanni ym. 2014, 124; Kieseppä & Oksanen 2012, 2137; Käypä hoito -suositus 2013, 22.) Käypä hoito -suosituksen (2013, 21) mukaan potilaalla ja hänen läheisillään tulee olla kirjalliset ohjeet ja toimintasuunnitelma yhteystietoineen mahdollisia kriisitilanteita varten.

Elämään liittyvät erilaiset ongelmat voivat lisätä potilaan oireilua. Tämän vuoksi ongelmanratkaisutaidot ja niiden opettelu ovat tärkeä osa psykoedukaatiota. Skitsofreniaan liittyvät myös vaikeudet sosiaalisessa kanssakäymisessä ja kommunikaatiossa. Useiden tutkimusten mukaan relapsin riski on suurempi niin sanotun korostuneen tunneilmapiirin perheissä (Expressed Emotion), joissa keskinäistä vuorovaikutusta luonnehtivat kriittisyys, vihamielisyys tai ylihuolehtivuus. (Kuipers, Leff & Lam 2005, 1–5.)

### 3.4 Psykoedukaation edut ja haitat

Psykoedukaation vaikuttavuudesta skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa on olemassa vahva tutkimusnäyttö. Cochrane-kirjallisuuskatsauksen (Xia, Merinder & Belgamwar 2013, 2–3) mukaan potilaat, jotka olivat saaneet psykoedukaatiota, sitoutuivat paremmin ja olivat tyytyväisempiä hoitoon. Heillä oli vähemmän relapseja ja sairaalajaksoja. Psykoedukaatiolla saatetaan parantaa potilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä ja kommunikointia. Aho-Mustonen (2011) toteaa väitöskirjassaan, että ryhmäpsykoedukaatiolla voidaan parantaa potilaiden sairautentuntoa.

Tutkimusten (Feldmann, Hornung, Prein, Buchkremer & Arolt 2002, 115–119) perusteella psykoedukaatio on vaikuttavinta jos se ajoitetaan mahdollisimman pian sairastumisen jälkeen. Tällöin henkilölle ei ole päässyt vielä muodostumaan omia vahvoja tulkintoja tai selitysmalleja sairaudesta. Käypä hoito -suositus (2013, 10) pitää psykoedukaatiota hyödyllisenä erityisesti psykoosin jälkeisessä ns. tasaantumisvaiheessa. Aho-Mustosen (2009) mukaan myös vaikeasti ja pitkään sairastaneet potilaat hyötyvät psykoedukaatiosta ja potilailta saatu palaute on ollut myönteistä. Aira Hotin (2004) tutkimuksen perusteella potilaat itse kokivat hyötyvänsä tiedosta, ja sillä on ollut myönteinen vaikutus läheisten suhtautumiseen. Tietoa potilaat halusivat saada sekä ennen sairausdiagnoosia että sen jälkeen.

Tutkimusten (Cunningham Owens, Carroll, Fattah, Clyde, Coffey & Johnstone 2001) mukaan psykoedukaatiossa parantunut sairautentunto voi altistaa potilaan itsetuhoisille ajatuksille ja lisääntynyt ymmärrys omasta sairaudesta (Carrols, Pantelis & Harvey, 2004) taas toivottomuuden tunteille tulevaisuutta ajatellen. Kiesepä ja Oksanen (2013, 2138) viittaavat Birchwoodiin (1995), jonka mukaan oivalluskyky lisää toivottomuutta jos psykoedukaatioon ei liity ymmärtävää ja tukea antavaa keskustelua. Potilaan ajattelun pakonomaiset muutosyritykset voivat lisätä psykoosiriskiä. Aho-Mustonen (2011, 34) tuo esiin Abdadin (2005) tutkimustulokset, jotka antavat ymmärtää, että psykoedukaatio voi olla tehotonta ja vahingollista, jos se vaarantaa terapeutin suhteen ja lisää potilaiden eristyneisyyttä sekä epäluottamusta ja saattaa aiheuttaa teeskentelyä parantumisen muodossa.

Käypä hoito -suosituksen (2013, 16–17) mukaan psykoedukaatio on kustannustehokas hoitomuoto, jonka tulisi aina kuulua skitsofreniapotilaan hoitoon. Psykoedukaatio voidaan toteuttaa yksilö-, perhe- tai ryhmämuotoisena. Selvin tutkimusnäyttö on sellaisista interventioista, joihin yhdistetään myös koulutuksellinen perhetyö. Psykoedukaatio kuuluu omana osanaan psykoosipotilaiden hoitosuosituksiin mm. Saksassa, Britanniassa ja Yhdysvalloissa. (Kiesepä & Oksanen 2013, 2134).

## 4 HOIDOLLISET TEKIJÄT RYHMÄSSÄ

Psykoedukatiiviset potilasryhmät on tarkoitettu samanlaisessa elämäntilanteessa tai samasta sairaudesta tai ongelmasta kärsiville henkilöille. Ryhmien periaatteena on, että niitä ohjaavat koulutetut ohjaajat ja ryhmät ovat pääsääntöisesti suljettuja eli ryhmän kokoonpano säilyy samana koko

ryhmän keston ajan. Psykoedukatiivisilla ryhmillä on ennalta sovittu tavoite, teema, strukturoidut sisällöt ja tietty määrä kestoltaan rajoitettuja tapaamisia. (Kanerva ym. 2012, 111; Lönnqvist 2009; Berg 2009,144; Berg 2007.)

Ryhmässä olemista haittaavia asioita ovat muun muassa sosiaaliset pelot, jännittäminen sekä niin vaikeat pysyväisoireet, ettei tapaamisiin osallistuminen ole mahdollista. Myös vaikea päihderiippuvuus hankaloittaa osallistumista. Psykoottisille potilaille on helpointa tulla ryhmään, jossa ei pakoteta luopumaan eristäytyneisyydestä tai käsittelemään ongelmia, vaan annetaan mahdollisuus etsiä myönteisiä voimavaroja potilaiden omilla ehdoilla. (Berg 2007; Lönnqvist 2009; Kiesepä & Oksanen 2013, 2135). Ryhmiä suunniteltaessa tulisikin pyrkiä ottamaan huomioon potilaiden yksilölliset toiveet ja tarpeet.

Ryhmään liittyminen, kuuluminen ja ryhmässä oleminen voidaan nähdä ihmisen perustarpeina. Irvin D. Yalom'n näkemyksen mukaan ihmisen kasvu, kehitys ja oppiminen tapahtuvat sosiaalisissa suhteissa erilaisissa ryhmissä. Muutokset syntyvät monimutkaisina prosesseina ihmisten kokemusten perusteella. (Yalom & Leszcz 2005, 1–2.) Muutoksilla on mahdollista saada käyttöön voimavaroja, edistää hyvinvointia ja parantaa elämänlaatua (Rusi-Pyykönen 2004, 20–21). Yalom on jakanut nämä muutoksen mahdollistavat tekijät yhteentoista terapeutin elementtiin. Nämä tekijät ovat aina läsnä, mutta niiden määrä ja painotus vaihtelevat ryhmästä, tilanteesta, ryhmän vaiheesta sekä ryhmän jäsenten kokemuksista riippuen. (Yalom & Leszcz 2005, 1–2.)

#### 4.1 Toivo, samankaltaisuus ja tieto

Toivon herättäminen ja ylläpitäminen on keskeinen osa kaikkia terapia- muotoja. Toivo itsessään on jo hoidollinen tekijä. Vaikka ryhmäläisillä olisi sama sairaus, he ovat usein eri vaiheessa kuntoutumistaan. Ryhmän jäsenen toivoa omasta paranemisesta ja selviytymisestä lisäävät kehityksen huomaaminen ja näkeminen muissa ryhmäläisissä. Yalom suosittaa myös käyttämään ryhmissä vierailijoita, jotka voivat kertoa omasta selviytymisestäään sairauden kanssa. (Yalom & Leszcz 2005, 4–6.)

Samankaltaisuus tarkoittaa sitä, ryhmässä jäsenen on mahdollista oivaltaa, ettei hän ole yksin ongelmineen vaan, että on olemassa muitakin ihmisiä, joilla on samanlaisia vaikeuksia. Kokemusta kuvaavat tunteet olemisesta samassa veneessä. Ryhmässä voi rinnalla kulkijoiden kanssa uskaltautua jakamaan tunteitaan, ajatuksiaan ja kokemuksiaan, joita on aikaisemmin saattanut salata, peitellä tai hävetä. (Yalom & Leszcz 2005, 6–8.)

Psykoedukatiivisten ryhmien tarkoituksena on antaa tietoa. Ohjaajat käyttävät erilaisia menetelmiä jakaessaan tietoa ryhmäläisille (Yalom & Leszcz 2005, 8–11.) Ryhmäläisten keskenään jakamassa tiedossa korostuu asiatiedon lisäksi erityisesti kokemuspäinen tieto (Kanerva ym. 2012, 116–117; Lönnqvist 2009). Tieto lisää itsemääräämisoikeutta, autonomian ja pätevyyden tunnetta ja antaa mahdollisuuden kontrolloida omaa elämää (Aho-Mustonen 2011,80–81).

Yalomin mukaan toivon elementti on mukana koko ryhmän keston ajan, mutta korostuu erityisesti toiminnan alussa. Myös kokemus samankaltaisuudesta sekä tiedon antaminen, ovat ryhmän alussa keskeisiä elementtejä. (Yalom & Leszcz 2005, 4–6.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on tullut ilmi, että jopa 95 % skitsofreniaan sairastuneista on kokenut syrjintää erityisesti ihmissuhteissa ja työelämässä (Isohanni ym. 2013, 131).

#### 4.2 Altruismi, peruserhekokemus ja sosiaaliset taidot

Altruismia kuvaavat käsitteet epäitsekkyys, pyyteettömyys, uhrautuvuus ja lähimmäisenrakkaus (Altruismi 2013). Ryhmän jäsenen omanarvontunnetta parantaa mahdollisuus olla avuksi muille ja tuntee olevansa tarpeellinen. Asioiden jakaminen ja muiden tukeminen tuovat merkityksellisyyden ja tarkoituksellisuuden tunnetta omaan elämään. (Yalom & Leszcz 2005, 13–15.) Muiden auttamisesta saadut myönteiset kokemukset lisäävät näin henkilön oman elämänhallinnan tunnetta (Aho-Mustonen 2011, 80–81). Ryhmässä syntyykin yleensä useita vastavuoroisia auttamissuhteita (Berg 2007).

Ryhmään tultaessa ryhmäläisten kesken, sekä erityisesti suhteessa ohjaajiin, aktivoituvat erilaiset sisäistyneet käyttäytymismallit ja tavat. Erityisesti tällaisia vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä ovat kokemukset ensimmäisestä eli yleensä lapsuuden peruserheestä. Ryhmässä on mahdollista korjata tällaisia varhaisia peruserhekokemuksia niin sanotuilla korvaavilla kokemuksilla. Korvaavia kokemuksia voivat olla esimerkiksi tuleminen hyväksytyksi ja vakavasti otetuksi. (Yalom & Leszcz 2005, 15–16.)

Sosiaalinen oppiminen ja sosiaalisten taitojen kehittyminen ovat keskeinen osa jokaista terapiaryhmää. Ryhmässä on turvallista harjoitella erilaisia tapoja käyttäytyä sosiaalisissa tilanteissa. Ohjaajilta ja ryhmäläisiltä saatu palaute auttaa ymmärtämään esimerkiksi miten muut ymmärtävät sen mitä henkilö tarkoittaa ja sanoo. Näin myös itseluottamus vuorovaikutustilanteissa voi kasvaa. (Yalom & Leszcz 2005, 16–17.) Palaute ja kannustus, joka on saatu muilta ryhmän jäseniltä, koetaan työntekijöiden antamaa palautetta vaikuttavampana (Berg 2007).

#### 4.3 Mallioppiminen ja interpersonaalinen oppiminen

Ryhmässä jäsenet oppivat sekä ohjaajilta että toisiltaan samaistumisen eli mallioppimisen kautta. Ryhmäläiset voivat kokeilla ryhmän ulkopuolella muilta oppimiaan tapoja suhtautua, ratkaista tai toimia erilaisissa tilanteissa testatakseen, mitkä niistä toimivat tai sopivat heille ja mitkä taas eivät. Tämä puolestaan lisää itseymmärrystä. (Yalom & Leszcz 2005, 17–18.)

Interpersonaalisella oppimisella tarkoitetaan ihmissuhdetaitojen oppimista. Ryhmän jäsenet tulevat muilta saamansa välittömän palautteen, itsereflektion eli itsearviointin ja itsehavainnoinnin kautta tietoisiksi omasta käyttäytymisestään ja saavat voimaa sen muuttamiseksi. Ryhmä toimii sosiaalisena pienjärjestelmänä, jossa taitoja voi harjoitella siirrettäväksi ryhmän

ulkopuoliseen maailmaan. Yalom ja Leszczin (2005, 19–52) mukaan tämä saa parhaimmillaan aikaan myönteisen spiraalin, jossa sosiaalisissa tilanteissa koettu ahdistus ja oman itsen peittäminen vähenee ja itsearvostus kasvaa. Yalom ja Leszcz (2005, 49) pitävät interpersonaalisten taitojen oppimista keskeisimpänä ja merkittävimpana ryhmän terapeuttisista elementeistä.

#### 4.4 Koheesio, katarsis ja eksistentiaaliset tekijät

Ryhmäkoheesiolla tarkoitetaan vetovoimaa, joka ryhmäläisillä on sekä ryhmää että sen muita jäseniä kohtaan. Se saa ryhmäläiset sekä olemaan ryhmässä että pysymään siinä. Koheesio sinänsä ei ole Yalomien mukaan terapeuttista, mutta sitä tarvitaan, jotta ryhmä voisi toimia ja työskennellä tehokkaasti. Ryhmässä, jossa on korkea koheesio, jäsenet tuntevat olonsa mukavaksi ja he tuntevat toisiaan kohtaan lämpöä ja yhteenkuuluvuutta. He arvostavat ryhmää ja tuntevat, että muut puolestaan arvostavat, hyväksyvät ja tukevat heitä. Näissä ryhmissä jäsenet uskaltavat ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan. Useissa tutkimuksissa on tullut esille voimakkaan koheesion positiivinen yhteys ryhmän hyviin tuloksiin. Koheesio edistää myös muiden terapeuttisten elementtien toteutumista. (Yalom & Leszcz 2005, 53–77.)

Katarsis-sana tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa puhdistautumista. Ryhmässä on mahdollista ilmaista ja käydä läpi voimakkaita sekä positiivisia että negatiivisia tunteita ja tunnetiloja ilman niitä seurauksia, joita näiden tunteiden ilmaisu toisi arkielämässä. Yalomien mukaan katarsiksen kautta syntyvä muutos edellyttää tietoisesta oppimisesta eli ymmärryksen syntymistä omasta tilanteesta. (Yalom & Leszcz 2005, 89–91.)

Eksistentiaaliset tekijät liittyvät ihmisen elämän tapahtumiin ja koskevat sen peruskysymyksiä. Tällaisia rankkoja kohdattavia asioita ovat esimerkiksi oma kuolevaisuutemme, yksinäisyytemme, menetykset, erot, sairaudet sekä vapauden ja vastuun kysymykset oman elämän rakentumisessa. Olemiseen liittyvät myös kysymykset elämän oikeudenmukaisuudesta tai epärealiteudesta sekä pohdinnat elämän tarkoituksesta tai merkityksettömyydestä. Ryhmässä on mahdollista käsitellä näitä asioita yhdessä muiden kanssa ja saada voimaa löytää ratkaisuja omaan elämään. Yalomien ja Leszczin (2005, 98–106) mukaan nämä kysymykset tulevat ajankohtaisiksi erityisesti ryhmän loppuvaiheessa, jolloin heräävät myös ryhmän jäsenten aikaisemmat ihmissuhteissa tapahtuneisiin eroihin liittyvät kokemukset.

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUS

Hoitotieteellinen tutkimustieto on lisääntynyt 1980-luvulta alkaen ja sitä tuotetaan jatkuvasti lisää (Flinkman & Salanterä 2007, 97–98). Tieteellistä tietoa luonnehtivat sen julkisuus eli kaikkien saatavissa oleminen esimerkiksi kirjallisessa tai sähköisessä muodossa, kommunikointi eli tutkimuksissa käytettyjen käsitteiden selkeä ja ymmärrettävä määrittely, tieteellisesti pätevä perusteleminen ja objektiivisuus eli puolueettomuus



(Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 22–27). Kasvavan tiedon määrän lisäksi on noussut haasteeksi tiedon laadun kriittinen arviointi sekä tiedon yhdistäminen (Leino-Kilpi 2007, 2).

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa sitä, että potilaiden hoidossa käytetään parasta mahdollista, tuloksellisinta ja ajan tasaisinta tietoa, joka on todistetusti osoitettu eli näytetty. Näyttö perustuu osaltaan tieteellisissä tutkimuksissa havaittuun tietoon. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 79.) Tätä tietoa tulisi olla hoitohenkilökunnan saatavilla ja käytettävissä päätöksenteon pohjaksi ja tueksi. Tiedon tulisi olla laadultaan sellaista, että sitä voitaisiin soveltaa mahdollisimman hyvin käytännön hoitotyöhön ja sen kehittämiseen. Tietoa olisi hyvä olla saatavilla myös suomen kielellä. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7; Flinkman & Salanterä 2007, 9–7.)

Kirjallisuuskatsaukset ovat osoittautuneet luotettaviksi keinoiksi löytää tutkittua tietoa jostakin tietystä aihealueesta, ongelmasta tai kysymyksestä. Kirjallisuuskatsauksilla voidaan selvittää tutkitun tiedon määrää ja laatua sekä saada syventävää tietoa tutkitusta aiheista. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 38; Flinkman & Salanterä 2007, 97; Leino-Kilpi 2007, 2; Johansson 2007, 3.)

## 5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, englanniksi systematic review, systematic overview, systematic literature review, on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa systemaattisuus tarkoittaa ennalta määriteltyä ja suunniteltua metodologiaa, jota noudatetaan koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusmenetelmässä kerätään riittävän kattavasti tieteellisesti tutkittua tietoa rajatusta aiheesta, arvioidaan sen laatua ja muodostetaan tuloksista kattavia synteesejä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39, 44.)

Kääriäinen ja Lahtinen näkevät hoitotieteen kannalta keskeiseksi tiedon kokoamisen, jäsentämisen ja arvioinnin. Tutkija voi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kautta osoittaa olevansa perehtynyt tutkittavaan aineistoon liittyviin kysymyksiin. Systemaattisilla kirjallisuuskatsauksilla on mahdollista osoittaa tutkimustiedosta mahdollisesti löytyviä puutteita ja käynnistää näin uusia tutkimuksia ja estää turhat lisätutkimukset. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39, 44.)

## 5.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain ennalta suunnitellussa järjestyksessä. Ensimmäisenä vaiheena on tutkimussuunnitelman laadinta. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset eli se, mihin tutkimuksella haetaan tietoa. Toisena vaiheena on katsauksen hakujen tekeminen, tulosten analysointi ja synteessin rakentaminen. Kolmantena eli viimeisenä vaiheena on saatujen tulosten raportoiminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39; Johansson 2007, 3–7.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa, joten jokaisen vaiheen huolellinen kirjaaminen on tärkeää. Haasteet kirjallisuuskatsausten teossa liittyvät näin eri vaiheiden tarkkaan toteuttamiseen, jotta lopputuloksia vääristäviä virheitä ei tapahtuisi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39, 43; Johansson 2007, 3–7.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KYSYMYKSET

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tapaan toteutettavan opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ja kuvata skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä käytettyjä psykoedukatiivisia menetelmiä ja niiden hyötyjä aikaisempien tutkimusten perusteella. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa psykoedukatiivisten menetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä. Saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää erään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuuluvan sairaalan psykiatrian vastuualueella 2015 käynnistyvässä nuorille aikuisille skitsofreniapotilaille tarkoitettussa ryhmässä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia psykoedukatiivisia menetelmiä käytetään skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä?
2. Mitkä olivat skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä käytettyjen psykoedukatiivisten menetelmien hyödyt?

## 7 AINEISTO JA MENETELMÄT

Hoitotieteellinen tutkimustieto on suurimmaksi osaksi tallennettu ja käytettävissä sähköisissä tietokannoissa (Eriksson ym. 2012, 92). Tähän opinnäytetyöhön valittiin tiedon lähteiksi sosiaali- ja terveysalan sähköiset tietokannat JBI, PubMed, Cinahl ja Cochrane. Haun kohteena olivat englanninkieliset, tieteelliset, sekä laadulliset että määrälliset tutkimukset ja tutkimusartikkelit, jotka rajattiin vuosille 2000–2014 ja jotka olivat saatavissa koko tekstinä, eli Full Text. Haut tehtiin HAMK:n kirjaston informaation avustamana Nelli-portaalin kautta.

Jotta käytettävät hakusanat vastaisivat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin, käytettiin apuna niin sanottua PICO-formaattia (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47–54). Tässä opinnäytetyössä tutkittava potilasryhmä (P) rajattiin aikuisiin skitsofreniaan sairastuneisiin henkilöihin. Tutkittavat interventiot (I) olivat ryhmissä käytettyjä psykoedukatiivisia menetelmiä, joiden hyötyjä vertailtiin (C). Lopputuloksissa opinnäytetyön tekijä määritteli saadut tulokset (O) ja ne tutkimukset, jotka tultiin raportoimaan.

MeSH eli Medical Subject Headings on PubMedin ylläpitämä asiasanasto, josta valittiin hakusanoiksi psychoeducation ja schizophrenia. Kolmantena hakusana oli group. Samoja hakusanoja käytettiin jokaisessa neljässä tietokannassa. Hakusanat yhdistettiin noudattaen niin kutsuttua Boolean lo-

giikkaa sanalla AND. Tällä varmistettiin, että tutkimuksissa esiintyvät kaikki hakusanat. (Tähtinen 2007, 18, 24.)

Hakuja tehtiin tutkimussuunnitelman mukaisesti neljään sähköiseen tietokantaan. JBI sisälsi suosituksia, joita oli tehty aiempien tutkimusten ja kirjallisuuskatsausten perusteella. PubMedin sisältämät tutkimukset ja tutkimusartikkelit koskivat pääsääntöisesti joko sekä potilaille että heidän perheilleen, läheisilleen ja sukulaisilleen tai vain perheille, läheisille tai sukulaisille annettua psykoedukaatiota. Näin lopullisiksi tietokannoiksi valikoituivat Cochrane ja Cinahl. Viimeisin varsinainen haku tehtiin 4.8.2014.

## 7.1 Cinahl

Cinahl-tietokannassa valittiin hakutermeiksi asiasanat (Subject SU) psychoeducation ja schizophrenia. Group- termi kirjoitettiin Select a Field (optional) -kenttään. Termit yhdistettiin AND-sanalla. Rajaus tehtiin koskemaan kokotekstinä (Full Text) saatavilla olevia tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita vuosilta 2000–2014. Haku tuotti 23 osumaa.

Otsikon perusteella hyväksyttiin viisi hakutulosta ja hylättiin 18. Hylätyistä tutkimuksista yksi oli meta-analyysi itsehoidosta, kaksi artikkelia koski skitsofreniapotilaiden psykososiaalista ja yksi kognitiivista kuntoutusta. Kaksi tutkimusta koski sekä potilaille että perheille ja kolme tutkimusta perheille annettavaa psykoedukaatiota, kaksi moniperhepsykoedukaatiota sekä yksi tutkimus perheille annettavaa behavioraalista terapiaa. Kaksi tutkimusta käsitteli läheisten taakkaa ja yksi tutkimus koski sukulaisia. Yksi oli hoitosuositus, yksi ohjeistus kunnallisille psykiatrisille sairaanhoitajille ja yksi tutkimusartikkeli sairaanhoitajille annetusta psykososiaalisten interventioiden koulutuksesta.

Abstraktien lukemisen jälkeen hyväksyttiin kolme tutkimusta ja hylättiin kaksi. Perusteena oli psykoedukatiivisen intervention koskeminen potilaiden lisäksi myös heidän perheitään. Hoitomyöntyvyyttä käsittelevä tutkimus hylättiin koska se oli toteutettu kirjallisuuskatsauksena. Koko tekstin lukemisen jälkeen hyväksyttiin kaksi ja hylättiin yksi tutkimus. Hylätty tutkimus oli luonteeltaan tapaustutkimus koskien yhden potilaan tupa-koinnissa tapahtunutta muutosta.

Cinahl-tietokannassa tehtiin toinen haku valitsemalla hakutermeiksi asiasanat (Subject SU) patient education ja schizophrenia. Group-termi kirjoitettiin Select a field (Optional) -kenttään. Termit yhdistettiin AND-sanalla. Rajaus tehtiin koskemaan kokotekstinä (Full Text) saatavilla olevia tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita vuosilta 2000–2014. Haku tuotti 27 osumaa.

Otsikon perusteella hyväksyttiin 19 ja hylättiin kahdeksan hakutulosta. Hylkäysperusteina olivat intervention koskeminen mindfulnessia, perhettä, kognitiivis-behavioraalista terapiaa, potilaita ja sukulaisia sekä psykiatrista sairaanhoitajaa. Kaksi olivat kirjallisuuskatsauksia koskien HIV-infektiota ja skitsofreniaa ja antipsykoottista lääkitystä ja hoitomyöntyvyyttä. Yksi oli lehden mielipidekirjoitus.

Abstraktien luvun perusteella hyväksyttiin seitsemän tutkimusta ja hylättiin yhdeksän. Kolmesta otsikosta ei ollut saatavissa abstraktia ja ne siirrettiin koko tekstin perusteella luettaviin.

Neljä otsikon perusteella hyväksytyistä eivät olleet tutkimuksia, yksi oli systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja yhdessä oli kyse hoitotyön suosituksesta. Pois rajautuivat myös tutkimukset koskien kiinalaisten potilaiden hoidontarpeita, hoitajien kokemusten arviointi nettiportaalin käytöstä ja ei ryhmässä annettavaa lääkehoidon opetusta.

Koko tekstin luvun perusteella hyväksyttiin kaksi ja hylättiin kahdeksan. Neljä tutkimuksista hylättiin koska niissä ei ollut kyse ryhmässä annettavasta potilasopetuksesta. Yksi hylättiin koska kyseessä oli tutkimuksen toinen osa eli aikaisemman tutkimuksen tulosten perusteella laaditut suositukset. Kolme otsikon perusteella hyväksytyä, joista puuttui abstrakti, osoittautuivat lehtiartikkeleiksi eivätkä siis olleet tutkimuksia tai tutkimusartikkeleita.

## 7.2 Cochrane

Cochrane haku tehtiin Advanced-toiminnolla. Termit psychoeducation ja schizophrenia valittiin Keywords-kenttiin ja group-termi Search All Text -kenttään. Haku tuotti 11 osumaa.

Otsikon perusteella hyväksyttiin kaksi tutkimusta ja hylättiin yhdeksän. Hylätyistä interventioista yksi koski teini-ikäisiä ensipsykoosipotilaita ja heidän perheitään, kaksi tutkimusta useille perheille tarkoitettua tukea antavaa ryhmää, yksi tutkimus teini-ikäisten skitsofreniapotilaiden risperidoni-kuurin vaikuttavuutta, yksi oli vaikuttavuustutkimus läheisille annettun psykoedukaation ja puhelimen välityksellä tapahtuvan seurannan vaikutuksista perheen taakkaan, masennukseen ja tunteiden ilmaisuun, yksi tutkimus käsitteli psykoedukaatiota ja perheen kokemaa taakkaa, yksi käsitteli terapeutin suhteen edistämistä klotsapiinin käyttäjillä ja yksi oli tietosku läheisten kokemasta taakasta Malawissa. Yksi tutkimus kuvasi tuloksia, joita oli saatu vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsiville veteraaneille tarkoitettua painonpudotusohjelmasta.

Abstraktien luvun perusteella hyväksyttiin kummatkin otsikon perusteella hyväksytyt tutkimukset. Koko tekstin luvun perusteella toinen tutkimuksista jouduttiin hylkäämään, koska se oli saatavissa vain alkuperäistekstinä pakistanin kielellä. Tutkimus koski psykoedukaation ja puhelimen välityksellä tapahtuvan seurannan vaikutusta potilaiden sosiaaliseen toimintakykyyn ja lääkehoitomyöntyvyyteen. Koko tekstin luvun perusteella hyväksyttiin yksi tutkimus.

Cochrane-tietokannassa tehtiin toinen haku käyttämällä Keywords-sanoina termejä patient education ja schizophrenia. Group-termi valittiin Search All Text -kenttään. Termit yhdistettiin käyttämällä AND-sanaa. Haku tuotti kaksi osumaa.

Kummatkin tutkimukset hyväksyttiin otsikon perusteella. Abstraktien luvun perusteella jouduttiin kummatkin hylkäämään. Toinen tutkimuksista oli kirjallisuuskatsaus psykoedukaatiosta skitsofreniassa ja toinen niistä kirjallisuuskatsaus koskien informaatio- ja kommunikaatioteknologiaa potilasopetuksessa ja skitsofreniaa sairastavien tukena. Koko tekstin perusteella kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyksi tuli näin yhteensä viisi tutkimusta.

Tutkimuksiin osallistuneiden henkilöiden määrä vaihteli 62–123 välillä. Kaikki osallistujat olivat aikuisia 18–63-vuotiaita, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia tai skitsoaffektiivinen häiriö. Neljässä tutkimuksessa potilaat olivat sekä naisia että miehiä ja yhdessä tutkimuksista pelkästään miehiä. Kolmessa tutkimuksessa potilaat olivat osastohoidossa sairaalassa ja psykoedukaatio-ohjelmat toteutettiin sairauden tasaantumisvaiheessa. Kaksi ohjelmaa toteutettiin avohoitopotilaille. Yhtään tutkimusta ei kuitenkaan hylätty siksi, että sitä olisi ollut vaikeaa soveltaa suomalaiseen terveydenhoito- ja palvelujärjestelmään. Myöskään potilaiden iän tai sukupuolijakauman perusteella tutkimuksia ei suljettu tämän kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle.

### 7.3 Tutkimusten laadun arviointi

Tutkimusten laatua voidaan tarkastella usealla eri tavalla. Impact factorilla (IF) tarkoitetaan sitä, kuinka usein tieteellisen lehden sisältämiin artikkeleihin on viitattu, mutta se ei sisällä tietoa yksittäisen artikkelin saamien viittausten määrästä. IF lasketaan omalla kaavallaan ja sen yleisin vaihteluväli on 0,500–3,000. Alhaisia ovat luvut alle 0,02 ja korkeita arvot yli 37. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47.) Ääri ja Leino-Kilpi (2007, 111) viittaavat Cheekiin, Garnhamiin ja Quamiin (2006), jotka pitävät laadukkaina julkaisuja, joiden IF on yhden ja kolmen välillä. *Issues in Mental Health Nursing* -julkaisusta ei impact factoria ollut saatavilla. Normaalivälille asettuivat *Occupational therapy international* impact factorilla 0,667 ja *Journal of psychosocial nursing*, jonka IF oli 0,825. *Journal of Intellectual Disabilities* -julkaisun IF oli 2,411 ja *Journal of Nursing Scholarshipin* 1,772, joita siis voidaan edellisen perusteella pitää laadukkaina julkaisuin.

Jokainen koko tekstin perusteella valituista tutkimuksista sisälsi kirjallisuuskatsauksen ja viitteet aikaisempiin tutkimustuloksiin. Tutkimuksissa kuvattiin aineiston hankinta, käytetyt metodit ja arvioitiin otoskoot. Kaikki tutkimusten tekijät olivat kuvanneet tunnusluvut, selvittäneet niiden merkitykset ja tilastollisen merkitsevyyden. Tutkimukset sisälsivät myös arviot saatujen tulosten yleistettävyydestä ja sovellettavuudesta sekä edellisten perusteella suositellut jatkotutkimusehdotukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47–48.)

Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction -tutkimuksen tekijöiden (Ascher-Svanum, Rochford, Cisco & Claveaux 2001, 323) mukaan tulosten suhteen tulee osoittaa varovaisuutta, koska ne perustuivat uusilla arviointityökaluilla saatuihin alustaviin tutkimustuloksiin, joilla ei ole vielä näyttöön perustuvaa reliabiliteettia eikä va-

liditeettia. Toinen rajoitus koski kontrolliryhmän poissaoloa, joka mahdollistaisi potilaiden odotusten ja arvioinnin koko intervention ajan.

TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia -tutkimuksen tekijät (Chan, Lee & Chan 2007, 95) ottivat huomioon tietyt rajoitukset koskien tutkimuksensa tuloksia. Ensinnäkin otoskoko voi olla liian pieni, jotta voitaisiin havaita merkittävää parannusta ryhmien välillä. Toiseksi tutkimus koski vain miespuolisia sairaalahoitossa olevia potilaita eikä TRIP-ohjelman soveltuvuus naisille ja avohoito tai poliklinikkapotilaille sisältynyt tutkimukseen. Kolmanneksi tämän tutkimuksen potilaat eivät edustaneet koko skitsofreniaa sairastavien kirjoa, koska heidät oli valittu sattumanvaraisesti maantieteellisesti rajatulta alueelta. Lopuksi tutkijat totesivat, että sairauden remissiovaihe ja sairaalaan paluu ei välttämättä ole paras indikaattori mittaamaan relapsia, sillä se voi johtua muistakin syistä, kuten lääkehoitoon sitoutumattomuudesta tai säännöllisen psykiatrisen seurannan puutteesta.

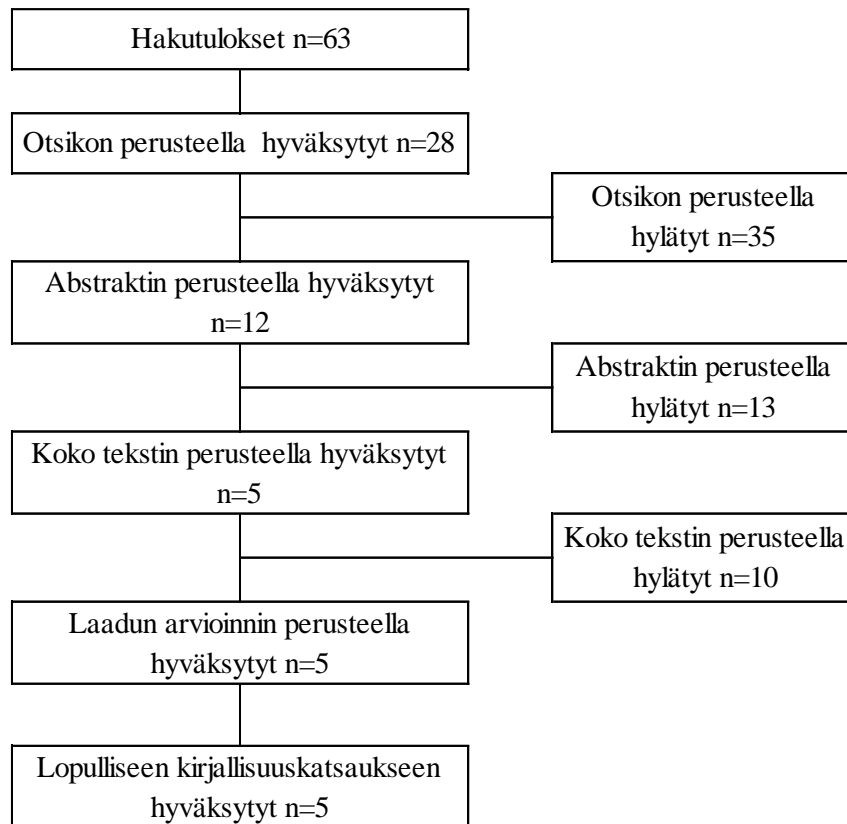
Tutkimuksen Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? (Pitschel-Walz, Bäuml, Froböse, Gsottschneider & Jahn 2006, 317) tekijöiden mukaan tulokset koskivat ainoastaan henkilöitä, joiden ÄO on rajoittunut välille 70–85, eivätkä ole näin yleistettävissä lievempiin tai suurempiin älyllisiin puutoksiin. Koska aiheesta on tehty vain vähän tutkimusta, edusti tutkimus tekijöidensä mukaan perustutkimusta.

The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain -tutkimuksen tekijät (Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson 2003, 241) olivat sitä mieltä, että heidän tutkimuksensa sisältää useita rajoituksia. Potilaiden saamat olantsapiiniannokset olivat joustavia eli vaihtelivat tarpeen mukaan. Jotkut potilaista käyttivät samanaikaisesti myös muita lääkkeitä, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Interventoryhmää ja normaalihoitoa saaneita ryhmiä ei ollut valittu samanlaisten taustamuuttujien, kuten lääkityshistorian tai perhetaustan suhteen. Toisaalta koeryhmät ja kontrolliryhmät eivät poikenneet toisistaan sukupuolijakauman, diagnoosin, rodun, iän, sairastumisiän, painon, BMI:n ja BMI-luokan tai olantasapiini-lääkkeen suhteen (Littrell ym. 2003, 239). Tutkimuksessa kaikki osallistujat mittasi ja punnitsi ja haastatteli sama hoitaja.

Tutkimuksen tekijät (Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, Griffin, Henderson, Suciu, Hippe, Kaas, Covert & Hebert 2004, 26) pitivät tutkimuksensa Long-Term Effects of Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations, päärajoituksina kohtuullisen pientä otosjoukkoa (n=62), joka toisaalta oli riittävä tilastollisen merkittävyyden osoittamiseen ja useiden haittaavien muuttujien, kuten muutosten elämäntilanteessa ja lääkkehoidossa, kontrolloimattomuutta. Tutkimuksesta puuttui myös kontrolliryhmä.

Tutkimusten tekijät ilmaisivat omia tutkimuksiaan koskevat rajoitukset varsin kattavasti. Tämän opinnäytetyön tekijä ei käyttänyt tutkimusten laadun arvioinnissa erillisiä mittareita yksittäisiä tutkimuksia koskevine painotuksineen. Tämä seikka otettiin huomioon tulosten luotettavuutta käsiteltäessä. Kaikki tutkimukset hyväksyttiin näin otettaviksi mukaan laa-

dun perusteella. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset on kuvattu vaiheittain alla olevassa kuviossa (Kuvio 1).



Kuvio 1. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset vaiheittain

#### 7.4 Aineiston analysointi

Kaikki katsaukseen valitut tutkimukset luettiin useaan kertaan läpi ja suomennettiin. Tutkimuksista tehtiin taulukko, joka sisälsi tutkimusten nimet, tekijät, ajankohdan, aineiston ja sen keruun menetelmät sekä keskeiset tulokset (Liite 1). Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten tekijät, julkaisuvuodet ja tutkimusten nimet on havainnollistettu taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät	Vuosi	Tutkimuksen nimi
Ascher-Svanum, Rochford, Cisco & Claveaux	2001	Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction
Chan, Lee & Chan	2007	TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia.
Pitschel-Walz, Bäuml, Froböse, Gsottschneider & Jahn	2009	Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups?
Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty & Johnson	2003	The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain
Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, Griffin, Henderson, Suciu, Hippe, Kaas, Covert & Hebert	2004	Long-Term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations

Tutkimuksia tarkasteltiin ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalta deduktiivisella sisällönanalyysillä, mikä tarkoitti sitä, että lähtökohtana olivat aiemmat psykoedukaatiota koskevat teoreettiset viitekehykset, käsitteet ja mallit, joiden pohjalta aineisto luokiteltiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–136).

Toinen tutkimuskysymys koski menetelmien hyötyjä. Tutkimuksista perehdyttiin ensin niissä käytettyihin mittareihin ja niiden mittaamiin suureisiin. Hyödyksi ymmärrettiin tilastollisesti havaittu muutos parempaan. Tutkimukset sisälsivät myös ryhmiin osallistuneiden antamaa sekä määrällistä että laadullista palautetta. Hyödyksi ymmärrettiin näin myös potilaiden itsensä kokema tyytyväisyys ja auttavuus ohjelmien suhteen.

Patient education about schizophrenia: Initial expectations and later satisfaction -tutkimuksessa mittareina käytettiin kirjallisia kysymyslomakkeita, jotka oli laadittu The coping with schizophrenia group program -ohjelmaa varten. Ennako-odotusten suhteen osallistujat vastasivat viiteen kysymykseen viisiportaisella asteikolla. Tyytyväisyyttä ohjelmaan osallistujat arvioivat kuudella kysymyksellä, joissa oli yhdeksänportainen asteikko. Osallistujat arvioivat myös yhdeksänportaisella asteikolla jokaista yhdeksää aihealuetta sen pohjalta, mistä kokivat saaneensa eniten apua. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327–329.)

TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia -ohjelmassa ymmärrystä mitattiin SUMD-asteikolla (Scale



of Unawareness of Mental Disorder) yhdestä viiteen. SUMD sisälsi kysymykset koskien tietoisuutta sairaudesta, hoidosta ja sosiaalisista vaikutuksista. Terveystilan osalta mittarina oli The Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF36), jossa oli 36 kysymystä yhdeksältä eri osalta. Asteikko oli 0–100. Potilaille tehtiin myös terveystarkastus ennen ohjelmia ja uudelleen 12 kuukauden jälkeen. Kaikki mittaukset tehtiin sekä koe- että kontrolliryhmälle ennen ja jälkeen ohjelmiin osallistumisen. Relapsien määrä laskettiin 3–12 kuukauden seurantajaksolla. (Chan ym. 2007, 90–92.)

Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? -tutkimuksessa älykkyyttä mitattiin älykkyydosamäärällä IQ. Psykopatologisena mittarina oli PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), jossa arvioitiin seitsenportaisella asteikolla 16 positiivista ja negatiivista oiretta. Neuropsykologisena mittarina oli GCPI (Global Cognitive Performance Index). Lääkehoitomyöntyvyyttä mitattiin MARS-asteikolla (Medication Adherence Rating Scale) yhdestä kymmeneen. WFB (The Knowledge of Illness About Schizophrenia Questionnaire) kysymykset mittasivat tietämystä sairaudesta ja KK-Scale (Krankheitskonzept-Skala) mittasi asenteita. Kummatkin mittarit oli laadittu aikaisempien tutkimusten perusteella mittaamaan juuri tässä ohjelmassa käsiteltyä tietoa ja asenteissa tapahtuvaa muutosta. Sen lisäksi ohjelmassa kerättiin palautetta (Feedback) ohjaajille psykoedukaatio-ohjelman jälkeen. (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–316.)

The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain -ohjelmassa mittareina olivat kuukausittaiset punnitukset. Osallistujien BMI mitattiin sekä alussa että neljän ja kuuden kuukauden kohdilla. (Littrell ym. 2003, 238–240.)

Long-term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations -tutkimuksessa oli kolme mittaria. Äänen kuulemisessa mittarina oli CAHQ-kysely (Characteristics of Auditory Hallucinations Questionnaire). CAHQ sisälsi seitsemän kysymystä koskien äänen yleisyyttä, voimakkuutta, itsekontrollia, selvyyttä, sävyä, häiritsevyyttä ja vaivaavuutta viimeisen 24 tunnin aikana. Jokaiseen kysymykseen oli kuusi eri vastausvaihtoehtoa, yleisimmin väleillä ei kuulu ääniä tai niitä kuultiin jatkuvasti. Jännitystä ja ahdistusta mitattiin POMS-kyselyn (Profile of Mood States) niitä koskevilla osioilla asteikolla yhdestä viiteen. Masennuksen kohdalla mittarina oli BDI-II (Beck Depression Inventory-II). Se sisälsi kahdeksan kysymystä liittyen yleiseen mielialaan, omaan aktiivisuuteen, ajatuksiin itsestä, sosiaaliseen elämään, fyysiseen vointiin, seksuaalisuuteen, ajatuksiin kuolemasta ja nukkumiseen. Jokaisessa kysymyksessä on kolme vastausvaihtoehtoa. Mittauksia tehtiin kurssin aikana useita sekä 3, 6, 9, 12 kuukautta intervention jälkeen. (Buccheri ym. 2004, 22–26.)

## 8 TULOKSET

Tutkimusten tuloksista haettiin vastauksia kumpaankin tutkimuskysymykseen. Jokaisessa tutkimuksessa kuvattiin yksi psykoedukaatio-ohjelma run-

koineen ja keskeisine sisältöineen. Tutkimuksia oli määrällisesti vähän, ne olivat keskenään erilaisia, eivätkä niissä käytetyt mittarit ja mitatut asiat olleet keskenään vertailukelpoisia. Jokainen tutkimuksista sisälsi sekä tilastollisesti mitattua että ryhmiin osallistuneiden kokemaa hyötyä.

## 8.1 Psykoedukatiivisten menetelmien kuvaukset

Psykoedukatiivisten menetelmien kuvauksista oli löydettävistä teoriataustaan ja viitekehukseen perustuen tietoa ohjelmiin osallistuneista sekä ohjelmien keskeisistä aihealueista ja sisällöistä. Menetelmien kuvaukset sisälsivät tietoa ohjaajista ja heidän koulutuksestaan sekä ohjelmien ja ryhmätapaamisten keston. Käytetyt työskentelymenetelmän jaettiin kirjallisiin, suullisiin, audiovisuaalisiin ja käytännön harjoitteluun. Työmuotoina käytettiin yksilö- ja parityötä sekä pien- ja suurryhmää. Menetelmien kuvaukset on havainnollistettu kuviossa kaksi (Kuvio 2).

### 8.1.1 Osallistujat ja sisältö

Neljään ohjelmaan osallistujilla oli joko DSM-IV tai ICD-10 luokitusten mukaan diagnosoitu skitsofrenia tai skitsoaffektiivinen häiriö (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan, Lee & Chan 2001, 88; Pitschel-Walz ym. 2009, 307; Littrell ym. 2003, 239). Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -kurssiin osallistuneilla oli diagnoosina skitsofrenia (DSM-IV) ja siihen liittyvät pysyväisluonteiset kuuloharhat (Buccheri ym. 2004, 21). Lisäksi Solutions of Wellness -ohjelmaan osallistuneilla oli aloitettu olantsapiinilääkitys heidän osallistuessaan tutkimukseen (Littrell ym. 2003, 239).

The coping with Schizophrenia education group program perustui Ascher-Svanumin ja Krausen julkaisemaan Psychoeducational groups for patients with schizophrenia: A guide for practioners (1991) hoito-ohjelman käsikirjaan. Ohjelmassa oli yhdeksän erillistä sisältöaluetta eli moduulia. Skitsofrenian diagnoosi käsitteli diagnostisia kriteereitä ja diagnosointia. Skitsofrenian prevalenssi sen yleisyyttä ja esiintymistä eri ikäryhmissä ja sukupuolten välillä. Skitsofrenian kulku sisälsi sairauden vaiheet, varhaisten varomerkkien tunnistamisen ja asianmukaiset varotoimet. Skitsofrenian syyt moduuli käsitteli erilaisia mahdollisia sairauden syitä keskittyen stressi-haavoittuvuusmalliin. Lääkehoitomodulissa selvitettiin mikä oli sopivin lääke eri oireisiin sekä lääkkeiden mahdollisia sivuvaikutuksia ja tapoja selviytyä niiden kanssa. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327.)

Psykososiaalinen kuntoutus käsitteli erilaisia kuntoutusmuotoja, lähtökohdina yksilö, ryhmä tai perhe. Yhteiskunnalliset resurssit -moduuli esitteli sitä, kuinka valtion mielenterveysjärjestelmä toimii ja kuinka näiden resurssien piiriin hakeuduttiin. Stressin hallinnassa opeteltiin tapoja hallita ja selviytyä stressin kanssa. Siinä erotettiin toisistaan perheestä, suvusta tai muualta lähtöisin oleva stressi alkoholin ja laittomien huumeiden käytön aiheuttamasta stressistä. Lakiasioissa tarkasteltiin laillisia velvollisuuksia, oikeuksien anomista ja asianajokysymyksiä. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327.)

Transforming Relapse and Instilling Prosperity eli TRIP-ohjelman oli suunnitellut Sunny Ho-Wan Chan. TRIP-ohjelman puitteissa keskityttiin relapsien vähentämiseen ja terveyden edistämiseen. Tapaamiset voitiin tiivistää kahteen teemaan, jotka olivat sairauteen sopeutuminen ja terveyteen suuntautuminen. (Chan ym. 2001, 89.)

TRIP:n kymmenen aihealuetta olivat: mielenterveys, tunteiden hallinta, johdatus skitsofreniaan, kuntoutusresurssit asuin- ja perhepalveluissa, kuntoutusresurssit ammatillisissa- ja sosiaalipalveluissa, lääkehoito ja hoitomyöntyvyys, relapsien estäminen ja toimintasuunnitelman tekeminen, oireiden hallinta, terveellinen ruokavalio ja elämäntapa sekä stressinhallinta. (Chan ym. 2001 89.)

Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenia eli APES-ohjelma toteutettiin Josef Bäuml'n vuonna 2005 julkaiseman käsikirjan mukaisesti. Tämän menetelmän peruselementtejä olivat vuorovaikutuksellinen tiedon levittäminen ja tunne-elämän huojennus. Ryhmän aloituksessa käytiin läpi osallistujien odotukset, ohjelman esittely ja sairauden käsite. Skitsofrenian oireiden ja merkkien pohjalta käsiteltiin sairauden diagnosointi. Skitsofrenian syistä esiteltiin sekä stressi-haavoittuvuusmalli että dopamiiniteoria. (Pitschel-Walz ym. 2009, 311.)

Skitsofrenian hoitoa tarkasteltiin lääkityksen, sen vaikutusten ja sivuvaikutusten sekä psykoterapian ja psykososiaalisten hoitomenetelmien osalta. Relapsien ehkäisy, varhaiset varomerkit ja toimintasuunnitelma hätätilanteiden varalle olivat viimeisen kokoontumisen aiheina. Ryhmä myös lopetettiin yhteisesti. Edellä mainittujen aiheiden lisäksi potilailla oli mahdollisuus keskustella ryhmässä tällä hetkellä ajankohtaisista sairauteen liittyvistä kysymyksistä. (Pitschel-Walz ym. 2009, 311.)

Solutions of Wellness -ohjelma koostui kahdesta osuudesta, jotka olivat Ravitsemus, hyvinvointi ja terveellinen elämäntapa sekä Kuntoilu ja liikunta. Ensimmäisessä osuudessa käsiteltiin terveellisellä ruokavaliolla ja elämäntavoilla korjattavissa tai ehkäistävissä olevia terveysongelmia, ruokavaliosuosituksia amerikkalaisille sekä realististen tavoitteiden asettamista ja saavuttamista. Edelleen opetettiin asianmukaisia annoskokoja, terveellistä ruokavaliota ja elämäntapaa ylläpitävien tukijärjestelmien kehittämistä sekä ruokakustannusten alentamista. Toisen osuuden aihealueet olivat: tutustuminen terveelliseen painoon, lepo- ja rasituspulssin seuranta, säännöllisen harjoittelun hyötyjen huomaaminen, harjoitusohjelman aloittaminen ja ylläpitäminen, tieto erilaisista harjoitusohjelmista sekä edullisten ja ilmaisten kuntoilutapojen oppiminen. (Littrell ym. 2003, 239.)

Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelma oli tarkoitettu pitkäaikaisista kuuloharjoista kärsiville henkilöille. Ohjelma oli suunniteltu edistämään turvallisia vuorovaikutussuhteita ryhmän jäsenten välillä ja korostamaan jokaisen yksilöllistä kokemusta. Ohjelma esitteli kymmenen menetelmää, joilla kuuloharjoja voitiin hallita. (Buccheri ym. 2004, 21.)

Itsetarkkailu tarkoitti esimerkiksi sen huomioimista mikä paransi tai pahensi ääniä. Äänille voitiin sanoa stop, ne voitiin jättää huomioimatta eikä niiden käskemiä asioita tehty. Myös puhuminen jollekulle toiselle henkilölle, ei välttämättä äänistä, oli yksi menetelmistä. Muita keinoja olivat musiikin kuunteleminen joko kuulokkeilla tai ilman, TV:n katseleminen tai jokin vastaava toiminta. Joillekin auttoi korvatulppien käyttö joko vasemmassa tai oikeassa korvassa. Rentoutustekniikoissa voitiin keskittyä esimerkiksi syvään hengittämiseen tai jännittämään ja rentouttamaan lihaksia. Myös kiireisenä oleminen ja mukavien asioiden tekeminen, kuten kävelyllä käyminen tai muiden auttaminen, voivat olla toimivia menetelmiä. Muita keinoja, joilla kuuloharhoihin voitiin vaikuttaa, olivat lääkkeiden ottaminen ja alkoholin sekä huumeiden välttäminen. (Buccheri ym. 2004, 21.)

### 8.1.2 Ohjaajat

The coping with Schizophrenia education group program toteutettiin moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Neljä ohjaajaa edusti psykiatrisia sairaanhoitajia, kliinistä psykologiaa ja sosiaalityötä. Jokainen ohjaaja oli perehtynyt yhdestä kolmeen moduuliin, jotka hän esitteli jokaisessa ryhmässä. Tarkoituksena oli näin säilyttää sekä sisältö että tyyli johdonmukaisina läpi ohjelman. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327–328.) TRIP-ohjelman toteuttajina olivat toimintaterapeutit (Chan, Lee & Chan 2001, 89).

APES-ohjelman ohjaajista ei ollut tässä tutkimuksessa varsinaista mainintaa, mutta ohjaajina toimivat muun muassa tutkimuksen tekijät. Solutions of Wellness -ohjelman ohjaajat olivat master-tasoisien tutkinnon suorittaneita kliinikkoja, jotka olivat saaneet koulutuksen ohjelman opettamiseen (Littrell ym. 2003, 239). Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelman ohjaajat, joita tutkimuksessa kutsuttiin mahdollistajiksi, olivat sairaanhoitajia, joilla oli kokemusta sekä skitsofreniasta että ryhmän ohjaamisesta. Suurimmalla osalla heistä oli master-tasoinen koulutus. (Buccheri ym. 2004, 21–23.)

### 8.1.3 Aika

The coping with Schizophrenia education group program -ohjelman kesto oli kolme viikkoa ja se sisälsi 15 päivittäistä tunnin mittaista tapaamista. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327–328). TRIP-ohjelman kesto oli kaksi viikkoa, tapaamiskertoja oli kymmenen ja niiden kesto oli noin 50 minuuttia (Chan, Lee & Chan 2001, 89). APES ohjelma kesti kuukauden ja koostui kahdeksasta yhden tunnin mittaisesta tapaamisesta kaksi kertaa viikossa (Pitschel-Walz ym. 2009, 311).

Solutions of Wellness -ohjelman kesto oli 16 viikkoa ja ryhmä kokoontui kerran viikossa tunnin ajan (Littrell ym. 2003, 239). Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -kurssi kesti kymmenen viikkoa. Kymmenen tapaamista olivat kerran viikossa ja niiden kesto oli yksi tunti. (Buccheri ym. 2004, 21–23.)

#### 8.1.4 Työskentelytavat ja työmuodot

Sairaalahoidossa olevien potilaiden ryhmistä oli kahdessa 8–10 potilasta ja yhdessä 6–12 (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan, Lee & Chan 2001, 89; Pitschel-Walz ym. 2009, 307). Toisessa avohoitoryhmässä oli luokkamuotoisessa opetuksessa 35 potilasta (Littrell ym. 2003, 239) ja toisessa 62 potilasta yhteensä yhdeksässä eri ryhmässä (Buccheri ym. 2004, 21–23).

The Coping with schizophrenia education group program -opetuksellinen ohjelma käytti useita erilaisia ohjauksen apuvälineitä, joilla voitiin stimuloida potilaiden erilaisia aistijärjestelmiä kuten dioja, videonauhoja, taulukoita, suullisia esityksiä, kirjallisia luentomonisteita ja ryhmäkeskusteluja. (Ascher-Svanum ym. 2001, 328.) TRIP-ohjelman aihealueiden käsittely toteutettiin puolistrukturoidulla menetelmällä, jossa oli ensin aiheen opetuksellinen esittely ja tämän jälkeen käytiin ryhmässä avointa keskustelua aiheesta (Chan, Lee & Chan 2001, 89). APES oli vuorovaikutuksellinen ohjelma, joka käytti paljon visuaalista materiaalia kuten symboleita, vertauskuvia ja kuvioita sekä tiedon toistoa. (Pitschel-Walz ym. 2009, 316).

Solutions of Wellness -ohjelmassa tieto jaettiin kaikille ryhmäläisille samalla tavalla ja samassa muodossa. Jokaiselle ryhmän jäsenelle annettiin kirjallinen valokopio opintokerrasta ja se oli käytössä vain oppitunnin ajan. Koko ohjelman päätteeksi osallistujat saivat kaiken jaetun materiaalin kotiin. Ohjeet oli kirjoitettu amerikkalaiselle niin sanotun viidennen tason lukutaidolle. Ohjelmassa käytettiin työmuotoina yksilötyöskentelyä, parityötä, pienryhmiä ja suurryhmää. Potilaan osallistuminen sisälsi äänen lukemista, keskustelua annetuista aiheista, lopun kirjoittamistöitä, kirjallisia tietokilpailuja ja testejä sekä opetuspelien pelaamista. (Littrell ym. 2003, 239.)

Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -kurssin ohjaajien tuli välittää ryhmän jäsenille hyväksyvä ilmapiiri, jossa he voivat myöntää kuulevansa ääniä tai ääniteitä ja jossa voi keskustella, mikä tekee äänistä parempia tai pahempia. Käytetyt menetelmät havainnollistettiin ja ryhmäläisiä kannustettiin harjoittelemaan menetelmiä ryhmässä yhdessä ohjaajien kanssa ennen kuin he kokeilivat niitä ulkopuolella. Ryhmän jäseniä kannustettiin jakamaan kokemuksiaan äänien kuulemisesta ja autettiin ymmärtämään, että ryhmäläisten kokemat vasteet suhteessa käytettyihin menetelmiin vaihtelivat. Tutkimuksessa annettiin myös kaava minuuttiaikatauluineen, jota jokainen tapaamiskerta noudatti. (Buccheri ym. 2004, 21.) Kaikkien ohjelmien työskentelytavat ja työmuodot on havainnollistettu kuvioissa kolme ja neljä (Kuviot 3 ja 4).

Psykoedukatiivisten menetelmien kuvaukset	Osallistujat
	Sisältö
	Ohjaajat
	Aika
	Työskentelytavat ja työmuodot

Kuvio 2. Psykoedukatiivisten menetelmien kuvaukset

Työskentelytavat	Kirjalliset	Päiväkirjat
		Lopun kirjoittaminen
		Luentomonisteet
		Testit
		Tietokilpailut
	Suulliset	Luennot
		Keskustelut
		Ääneen lukeminen
		Esitykset
	Audiovisuaaliset	Symbolit, vertauskuvat, kuviot
		Diat
		Videot
		Taulukot
		Tietokoneavusteiset opetuspelit
	Harjoittelu	Käytännön harjoitukset
		Kotitehtävät

Kuvio 3. Työskentelytavat

Työmuodot	Yksilötyö
	Parityö
	Pienryhmä
	Suuryhmä

Kuvio 4. Työmuodot

## 8.2 Psykoedukatiivisten menetelmien hyödyt

Psykoeduktiivisten menetelmien hyödyt perustuivat ohjelmissa käytetyillä mittareilla mitattuihin parannuksiin. Mittareista WFB, KK-Scale ja SUMD mittasivat tietoa, asenteita ja ymmärrystä skitsofreniasta. MARS mittasi lääkehoitomyöntyvyyttä ja relapsien määrä oli oma mittarinsa. SF-36 terveyskyselyn fyysistä terveyttä mittaavasta osasta ja punnituksesta muodostettiin fyysinen hyöty. SF-36 terveyskyselyn psyykkistä terveyttä mittaava osa, CAHQ-, PANNS-, POMS- ja BDI-II-kyselyt puolestaan muodostivat psyykkisen hyödyn. Ryhmäläisiltä saadusta kirjallisesta ja suullisesta palautteesta puolestaan muodostui osallistujien kokema hyöty. Menetelmien hyödyt on havainnollistettu kuviossa viisi (Kuvio 5).

### 8.2.1 Tieto, ymmärrys sairaudesta ja asenteet

Tietomäärän lisääntyminen näkyi APES-ohjelmaan osallistuneiden kohdalla sekä ryhmässä, jossa ÄO oli yli 85 että heikkolahjaisemmilla, joiden ÄO oli alle 85. Kummassakin ryhmässä nousua oli WFB-mittarilla mitattuna lähes yhtä paljon. (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–315.) Ymmärryksellä tarkoitettiin tietoisuutta sairaudesta sen hoidosta ja sosiaalisista vaikutuksista. Tulokset osoittivat, että TRIP-ryhmään osallistuneilla näkyi merkittävä parannus ymmärryksessä SUMD-mittarilla mitattuna verrattuna kontrolliryhmään (Chan ym. 2007, 93).

APES-ohjelman jälkeen mitattiin tiedon lisäksi myös KK-Scale -mittarilla potilaiden asenteita sairaudesta ja hoitokeinoista. Sekä luottamus lääkitykseen että hoitavaan lääkäriin lisääntyivät kummassakin ryhmässä. Heikkolahjaisten luottamus lääkäriin oli alun perinkin korkeampia ja nousi vielä ohjelman jälkeen. Myös riskikontrolli oli heikkolahjaisilla korkeampi ja lisääntyi vielä. Heikkolahjaisilla laskivat myös syyllisyyden ja kokeminen ja herkkyys. (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–315.)

### 8.2.2 Lääkehoitomyöntyvyys ja relapsit

APES-ohjelman jälkeen mitattu lääkehoitomyöntyvyys kasvoi sekä älyllisesti korkeampi että heikompitasoisten ryhmässä. Mittarina käytetty MARS oli 10-kohtainen arvio potilaan kokemasta lääkehoitomyöntyvyydestä, jossa korkeammat yhteispisteet kertoivat paremmasta myöntyvyydestä. MARS oli älyllisesti korkeampitasoisella ryhmällä 6.5 ennen psykoedukaatiota ja 6.9 sen jälkeen. Heikkolahjaisemmilla vastaavat luvut olivat 7.0 ja 7.5. (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–315.)

TRIP-ryhmään osallistuneilla oli vähemmän sairaalahoitoon johtaneita relapseja verrattuna kontrolliryhmään 3–12-kuukauden seuranta-aikana. Suurimmillaan ero oli 9–12 kuukauden välisenä aikana, jolloin TRIP-ryhmäläisistä 13,64 % oli sairaalahoidossa, vastaavan luvun ollessa kontrolliryhmän kohdalla 21,62 %. Kontrolliryhmässä todennäköisyys sairauden relapsoitumiselle oli siten 1,75 kertainen koeryhmään verrattuna. (Chan ym. 2007, 91, 94.)

### 8.2.3 Fyysinen terveys

TRIP-ohjelman jälkeen mitattiin Fyysistä Terveyttä (Physical Health) SF-36-mittarilla. Koeryhmään osallistuneilla Fyysinen Terveys parani jokaisessa neljässä luokassa. Kokonaisparannus oli 10.09 yksikköä alkuarvosta 61.25 loppuarvoon 71.34. Eniten fyysisellä osa-alueella parani Fyysinen Roolitoiminta (RP) ja vähiten Fyysinen Toimintakyky (PF). Parannusta oli myös sekä Kivuttomuudessa (BP) että Koetussa Terveudessa (GH). Kontrolliryhmään osallistuneilla Fyysinen Terveys parani 0.06 yksikköä alkuarvosta 61.35 arvoon 61.41. Myös kontrolliryhmän kohdalla parannusta oli Kivuttomuudessa (BP) ja Koetussa Terveudessa, mutta huomattavasti vähemmän kuin koeryhmässä. Fyysisen terveyden kohdalla erot ryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ja luokista Fyysisen roolitoiminnan (RP) ja Koetun terveyden (GH) kohdalla melkein merkitseviä. (Chan ym. 2007, 93.)

Solutions of Wellness -ohjelman hyötyjä mitattiin vertailemalla koe- ja kontrolliryhmän keskipainoissa tapahtuneita muutoksia. Koeryhmän keskipaino muuttui tutkimuksen aikana hyvin vähän eikä siinä ollut merkitseviä eroja verrattaessa alkutasoa ja neljän kuukauden kohtaa, sekä alkutasoa ja lopputasoon. Sen sijaan kontrolliryhmällä paino nousi tasaisesti kuuden kuukauden ajan. Tilastollisesti erot olivat merkitseviä alkutason ja neljän kuukauden kohdalla sekä alkutason ja lopputason välillä. (Littrell ym. 2003, 239–240.)

Ryhmien välillä tilastollisesti merkittävät erot keskipainoissa havaittiin neljän ja kuuden kuukauden kohdilla. Neljässä kuukaudessa keskipainon muutos koeryhmässä oli .81 lbs eli 367,41 g kun taas kontrolliryhmässä se oli 7.17 lbs eli 3,25 kg. Tämä linja jatkui tutkimuksen loppuun asti. Keskipaino laski koeryhmässä -.06 lbs eli 27,22 g ja nousi kontrolliryhmässä 9.57 lbs eli 4,34 kg. (Littrell ym. 2003, 239–240.)

Erot sukupuolten ja rotujen välillä näkyivät sekä koeryhmässä että kontrolliryhmässä. Kummassakin ryhmässä miesten paino nousi keskimäärin enemmän kuin naisten. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä kontrolliryhmässä verrattuna miesten ja naisten painoa alkutilanteessa ja neljän kuukauden kohdalla sekä alkutilanteessa ja kuuden kuukauden kohdalla. Koeryhmässä ero miesten ja naisten välillä ei ollut merkitsevä. Kummassakin ryhmässä afroamerikkalaisten kohdalla paino nousi enemmän kuin kaukasialaisten, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Littrell ym. 2003, 239–240.)

### 8.2.4 Psykykinen terveys

Apes-ohjelmassa PANNS-mittarilla mitatut negatiivisten ja epätavallisten oireiden kokeminen vähenivät sekä älyllisesti korkeampi että heikompiteasoisten ryhmässä (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–315). TRIP-ohjelman jälkeen mitattiin SF-36 -mittarilla Psykykkistä Terveyttä (Mental Health). Koeryhmässä parannus näkyi jokaisessa neljässä luokassa. Psykykkisen terveyden kokonaisparannus oli 13.3 yksikköä alkuarvosta 54.61 loppuarvoon 67.91. Eniten parannusta oli Psykykkisessä Roolitoiminnassa (RE),



vähiten taas parani Sosiaalinen Toimintakyky (SF). Myös Tarmokkuus (VT) ja Psyykinen Hyvinvointi (MH) nousivat. Kontrolliryhmässä psyykinen osa-alue laski kokonaisuudessaan 1.54 yksikköä alkuarvosta 58.65 arvoon 57.11. Nousua oli ainoastaan Psyykkisen Roolitoiminnan osalta (RE). Tilastollisesti ryhmien välillä oleva ero psyykkisessä terveydessä oli erittäin merkitsevä. Erot olivat merkitseviä ryhmien välillä myös jokaisessa luokassa ja erittäin merkitsevä ero oli luokassa Sosiaalinen Toimintakyky (SF). (Chan ym. 2007, 93.)

Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelman hyötyjen mittaamisessa käytettiin CAHQ-kyselylomaketta. Äänten yleisyydessä tapahtui paranemista kolmen, kuuden, yhdeksän ja kahdentoista kuukauden kohdilla. Tilastollisesti ero oli merkitsevä kuuden kuukauden kohdalla ja melkein merkitsevä muissa mitauskohdissa. Ääniä kuulevien näkökulmasta tämä tarkoitti käytännössä sitä, että ääniä kuultiin harvemmin. Äänten selvyuden kohdalla paraneminen tarkoitti potilaiden kuulemien äänten muuttumista muistuttumaan jupinaa ja mutinaa. Ero oli kolmen kuukauden kohdalla tilastollisesti melkein merkitsevä, kuuden ja kahdentoista kuukauden kohdalla erittäin merkitsevä ja yhdeksän kuukauden kohdalla merkitsevä. (Buccheri ym.2004, 23.)

Itsekontrolli eli mahdollisuus vaikuttaa äänten kuulemiseen, parani. Ero oli kolmen kuukauden kohdalla tilastollisesti melkein merkitsevä ja kuuden yhdeksän sekä kahdentoista kuukauden kohdalla merkitsevä. Äänet koettiin myös vähemmän häiritsevinä kolmen kuukauden kohtaa lukuun ottamatta. Tilastollisesti melkein merkitsevä ero näkyi kuuden, yhdeksän ja kahdentoista kuukauden kohdilla. Äänien voimakkuudessa tai ahdistavuudessa ei tapahtunut tilastollisesti merkittävää paranemista kurssin eikä sen jälkeisen seurannan aikana. (Buccheri ym.2004, 23.)

BDI-II testillä mitattu välittömästi kurssin jälkeen alussa havaittu parannus masennuksessa hävisi kurssin loputtua kolmessa kuukaudessa. Tässä ryhmässä masennusta hoidettiin ryhmän tuella. Osallistujat oppivat etteivät he ole yksin ja antoivat toivoa toisilleen. Kuitenkin kun viikoittaiset ryhmät loppuivat, myös parannus masennuksessa loppui. (Buccheri ym.2004, 22–26.)

POMS mittasi koetun ahdistuksen ja jännityksen yhdeksää eri osa-alueetta. Ahdistuksen paraneminen tarkoitti ryhmiin osallistuneiden kohdalla koetun ahdistuksen vähenemistä. Alussa koettu ja kolmen kuukauden kohdalla mitattu tilastollisesti merkitsevä parannus ei jatkunut enää kuuden eikä yhdeksän kuukauden kuluttua. Vuoden kuluttua ero oli hävinnyt kokonaan. Ahdistusta hoidettiin ryhmässä antamalla osallistujien oppia ja harjoitella rentoutumistaitoja ja muita menetelmiä muuttaa koettua ahdistusta. Näitä olivat esimerkiksi kävelyllä meneminen, jollekin puhuminen ja musiikin kuunteleminen. Ryhmäläisillä olivat nämä menetelmät käytössä myös sen jälkeen kun ryhmästä saatu tuki oli loppunut. Tutkijat uskoivat, että tämä selitti sen, miksi parannus ahdistuksessa kesti pitempään kuin parannus masennuksessa. (Buccheri ym. 2004, 25.)

### 8.2.5 Osallistujien kokema hyöty

The coping with Schizophrenia education program -ohjelmassa mittauksen kohteina olivat potilaiden arviot ohjelmasta. Tyytyväisyys ryhmään koski ryhmäkokemusta, käsiteltyjä aiheita, opituista asioista saatua apua ja auttavuutta pitkällä tähtäimellä, tyytyväisyyttä ohjaajiin ja ohjelman suosittelamista muille potilaille. Tyytyväisimpiä oltiin ohjaajiin 7.28 ja tyytymättömmimpiä käsiteltyjen aiheiden mielenkiintoisuuteen 6.54 Pitkän tähtäimen hyödyn keskiarvo oli 6.90. Sekä kokonaistyytyväisyys että auttavuus arviointiin kummatkin 7.00 tasoisiksi. Muille suosittelen keskiarvo oli 7.22. (Ascher-Svanum ym. 2001, 330.)

Arviointikysymykset koskivat ohjelman yhdeksän aihealueen koettua auttavuutta. Eniten apua potilaat kokivat saaneensa Diagnoosia 7.04 ja Lääkitystä 6.81 käsittelevistä aihealueista. Vähiten hyötyä taas Psykososiaalista kuntoutusta 6.00, Prevalenssia 6.09 ja Yhteiskunnallisia resursseja 6.20 käsittelevistä aihealueista. Potilaat antoivat auttavuutta kuvaaviksi arvioiksi Lakiasioista 6.68, Stressin hallinnasta 6.60, Sairauden kulusta ja varo-merkeistä 6.58 ja Sairauden syistä 6.44. (Ascher-Svanum ym. 2001, 330.)

APES-ohjelman ryhmien lopuksi osallistujat antoivat palautetta sekä suljetuilla että avoimilla kysymyksillä. Pääosa osallistujista piti ryhmiä hyödyllisinä. Raportoidut vastaukset koskivat kysymyksiä: kuinka auttavina pidit ryhmiä ja kuinka hyvin koit tullee informoiduksi. Vastaukset annettiin tasoilla hyvin auttavina, auttavina, vähemmän auttavina, ei yhtään auttavina sekä erittäin hyvin informoitu, hyvin informoitu, vähemmän informoitu ja ei yhtään informoitu. Kaikki heikkolahjaisemmat ja normaaleista ja sitä älykkäämmistä 95 %, pitivät ryhmiä erittäin auttavina tai auttavina. Heikkolahjaisista 96 % ja 97 % normaaleista ja sitä älykkäämmistä kokivat tulleen erittäin hyvin tai hyvin informoiduiksi. (Pitschel-Walz ym. 2009, 313–316.)

Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelman ohjaajat keräsivät kirjallista palautetta osallistujilta. Ohjaajien kokoaman yhteenvedon mukaan kurssiin osallistuneet ryhmän jäsenet oppivat uusia taitoja, joilla hallita pysyviä kuuloharhoja, vastaanottivat tukea ja vahvistusta käyttämään menetelmiä, joista oli ollut apua aikaisemmin sekä voimaantuivat saamalla jonkin verran kontrollia kuuloharhoihin. Ryhmän jäsenet tunsivat itsensä vähemmän yksinäisiksi ja eristäytyneiksi ja enemmän normaaleiksi johtuen sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ryhmässä ja toveruudesta yhteisen ongelman yhdistäessä. Edelleen he tunsivat itsensä paremmiksi, koska auttoivat muita ihmisiä ymmärtämään ja hoitamaan kuuloharhojaan. Saavuttu osaaminen, esimerkiksi sosiaalisissa taidoissa, ilmaisutaidossa, yhteyksissä, ongelmanratkaisutaidoissa ja ulospäin suuntautumisessa, siirtyi muillekin elämänalueille. (Buccheri ym. 2004, 25.)

Kun tietokoneanalyysit olivat valmiina kysyivät Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelman tutkijat osallistujilta, kokivatko he että, tutkimuksen tulokset olivat totta heidän kohdallaan vai oliko heillä toisenlaisia kokemuksia. Ryhmien jäsenet vahvistivat positiiviset löydökset ja kertoivat, miksi muutokset tietyillä

alueilla eivät heidän mielestään kestäneet. Osanottajat kertoivat, etteivät he kuulleet ääniä yhtä usein, mutta kun he kuulivat, kuuluivat äänet tavallisesti samalla voimakkuudella. Tämä osoitti, että kun ääniharhat paranevat, ne tulevat harvalukuisemmiksi ja enemmän mutinaksi, mutta äänten voimakkuus ei muutu. Tätä ilmiötä kuvattiin sanomalla, että äänillä on pois tai päälle säätely, mutta ei voimakkuuden säätelyä. (Buccheri ym. 2004, 25–26.)

Osallistujat auttoivat tutkijoita myös ymmärtämään, miksi parannus äänten vaivaavuudessa välittömästi viimeisen ryhmäkerran jälkeen ei kestänyt. Näille osallistujille arviointi joka kolmas kuukausi ei ollut riittävä. Useimmat tapaamiset lienevät tarpeen ylläpitämään saavuttua hyötyä sävyssä ja vaivaavuudessa. (Buccheri ym. 2004, 26.)

Osallistujat arvioivat myös kurssien klinisen ja sosiaalisen pätevyyden ja kokivat, että hyödyt menivät erityisten menetelmien opetusta pitemmälle. He kertoivat, että osallistuisivat uudestaan tai suosittelisivat kurssia muille ja olivat sen lisäksi kehittämässä kuukausittaisia tukiryhmiä tutkimuksen päätyttyä ja toivat myös ääniä kuulevia tovereitaan ryhmään. Kuukausittaiset tukiryhmät voisivat auttaa ylläpitämään muita kurssin jälkeen menettettyjä hyötyjä. (Buccheri ym. 2004, 26.)

Psykoedukatiivisten menetelmien hyödyt	Tieto, ymmärrys sairaudesta ja asenteet
	Lääkehoitomyöntyvyys ja relapsit
	Fyysinen terveys
	Psyykinen terveys
	Osallistujien kokema hyöty

Kuvio 5. Psykoedukatiivisten menetelmien hyödyt

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Pohdinnassa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta verrattuna teoreettiseen viitekehykseen ja toisen kysymyksen osalta verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuskatsauksiin. Luotettavuudessa pohditaan opinnäytetyön luotettavuutta. Eettisyys käsittää opinnäytetyöprosessin arvioinnin eettisestä näkökulmasta. Päätelmissä ja jatkotutkimusehdotuksissa on otettu huomioon myös aikaisempien kirjallisuuskatsausten ja tähän opinnäytetyöhön valikoituneiden tutkimusten tekijöiden ehdotuksia ja suosituksia.

## 9.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksissa esitellyistä menetelmistä nousivat esiin psykoedukaation tavoitteet, tarkoitus ja käytännön menetelmät sovelluksineen. Myös psykoedukaation juuret ja lähtökohdat olivat löydettävissä menetelmien sisällöissä, toteutuksessa ja työskentelytavoissa. Menetelmien hyödyt vastaavat pääosin aikaisempien tutkimuksien ja kirjallisuuskatsauksien tuloksia ymmärryksen, asenteiden, lääkehoitomyyntyvyyden, relapsien sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden osalta. Sen sijaan aikaisemmin ei ole kovinkaan paljon tutkittu potilaiden kokemaa hyötyä tai tyytyväisyyttä.

Psykoedukaation tavoite ja tarkoitus eli tiedon antaminen näkyi sisältöjen ja aihealueiden valinnoissa (Lönnqvist 2009; Berg 2009,144). The Patient Education Group-, TRIP- ja Apes -ohjelmilla samoja aihealueita olivat skitsofrenian diagnoosi ja oireet, sairauden syyn ymmärtäminen stressihaavoittuvuusmallin kautta, lääkehoito, relapsien ehkäisy varhaiset varo-merkit tunnistamalla sekä stressin hallinta. Jokainen edellä mainittu ohjelma sisälsi myös toimintasuunnitelman teon kriisitilanteiden varalle. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan ym. 2001, 89; Pitschel-Walz ym. 2009, 316)

Stressi-haavoittuvuusmalli on yksi psykoedukaation lähtökohdista ja tällä hetkellä yleisesti hyväksytty sairautta selittävä teoria (de Brujin 2006, 4220). Sitä käsiteltiin kaikissa edellä mainituissa ohjelmissa yhden tapaamiskerran ajan (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan ym. 2001, 89; Pitschel-Walz ym. 2009, 316). Toisaalta sairauden syyt ovat monilta osin vielä tuntemattomia ja Apes-ohjelmassa esiteltiin sairauden syntyyn liittyen myös dopamiiniteoria (Pitschel-Walz ym. 2009, 316).

Psykoedukaation juuret ovat alun perin Libermannin (1989) kehittämässä oireidenhallintaohjelmassa ja kaikki ohjelmat pitivät sisällään psykoosin oireidenhallinnan keskeiset periaatteet varhaisten oireiden ja varomerkkien havaitsemisesta stressinhallintaan ja kriisitilanteisiin varautumiseen. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan ym. 2001, 89; Pitschel-Walz ym. 2009, 316.)

Lääkehoito on keskeisessä roolissa skitsofrenian hoidossa ja sen laiminlyöminen on merkittävimpiä syitä sairauden relapsoitumiseen (Huttunen 2008, 54). Lääkehoitoa käsiteltiin jokaisessa ohjelmassa 1–3 tapaamiskerran ajan (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan ym. 2001, 89; Pitschel-Walz ym. 2009, 316).

Kuntoutuksen kohdalla tulivat esiin erot kolmen eri ohjelman välillä. Jokainen ohjelmista sisälsi tietoa psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Sekä amerikkalaisessa että hongkongilaisessa ohjelmassa oli aihealueet myös yhteiskunnan tarjoamasta avusta ja tuesta (Ascher-Svanum ym. 2001, 327; Chan ym. 2001, 89) kun taas saksalaisessa ohjelmassa toinen kuntoutusosioista käsitteli psykoterapiaa (Pitschel-Walz ym. 2009, 316). Kieseppä ja Oksanen (2013, 2133) viittaavatkin Bäumlin ym. (2006) ohjelmissa näkyvään vahvempaan psykoterapeuttiseen painotukseen. Se tulee esiin paitsi sisällöissä myös psykoedukaation perustumisessa ja rakentumisessa luottamukselliselle terapeuttiselle suhteelle (Kieseppä & Oksanen 2013,

2133). Hongkongilainen ohjelma sisälsi yhden tapaamiskerran verran terveellisiä elämäntapoja (Chan ym. 2001, 89) ja amerikkalaisessa ohjelmassa huomioitiin myös lakiasiat (Ascher-Svanum ym. 2001, 327).

Psykoedukatiiviset ryhmät on tarkoitettu potilaille, joilla on sama sairaus tai sairausryhmä. (Kanerva ym. 2012, 111; Lönnqvist 2009; Berg 2009, 144). Ohjelmien ryhmissä potilailla oli joko skitsofrenia tai skitsoaffectiivinen häiriö. Psykoedukaation sovelluksia olivat ryhmän kokoaminen samanlaisten oireiden kuten äänten kuulemisen tai jonkin erityisen tarpeen tai ongelman, kuten olantsapiinilääkityksen aloittamisen ja siihen liittyvän haittavaikutuksen, painonnousun ympärille.

Psykoedukaatioon kuuluvat koulutetut ohjaajat (Kanerva ym. 2012, 111; Lönnqvist 2009; Berg 2009, 144; Berg 2007.) Jokaisessa ohjelmassa oli ryhmänohjaajat, joista kaikki olivat saaneet peruskoulutuksensa lisäksi myös lisäkoulutusta kyseessä olevan ohjelman toteuttamista varten. Ohjaajilla oli myös mahdollisuus saada koko ajan tarvittavaa tukea ja ohjausta tehtäväänsä varten. (Ascher-Svanum ym. 2001, 327–328; Chan ym. 2001,89; Pitschel-Walz ym. 2009, 311; Littrell ym. 2003, 239; Buccheri ym. 2004, 21–23). The patient education about schizophrenia -ohjelmassa tyytyväisimpiä oltiin ohjaajiin sekä ennen että jälkeen ohjelman. Tutkimuksen tekijöiden mukaan tämä osoittaa sen kuinka tärkeä ja merkittävä on ohjaajan rooli potilaiden arvioissa omaa oppimiskokemustaan. (Ascher-Svanum ym. 2001, 331.)

Solutions of Wellness -ohjelman moduulit koskien Ravintoa, hyvinvointia ja terveellistä elämää sekä Liikuntaa ja kuntoharjoittelua (Littrell ym. 2003, 239) sisälsivät tietoa edellä mainituista osa-alueista. Tiedonannon lisäksi tuli esiin psykoedukaatioon kuuluva tavoitteellisuus (Berg 2009,144; Berg 2007) realististen tavoitteiden asettamisen muodossa sekä omien tukijärjestelmien ja liikuntaohjelmien laatimisessa yhdessä asiantuntijoiden kanssa.

Asiantuntijoita ja harjaantumista käytettiin apuna myös Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelmassa (Buccheri ym. 2004, 23), jossa etsittiin yhdessä konkreettisia keinoja hallita ääniä. Ohjelmassa korostuivat tiedonannon lisäksi vuorovaikutuksellisuus, tunteiden ja kokemusten jakaminen sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu (de Brujin 2006, 4219).

Psykoedukatiivisilla ryhmillä on tietty ennalta rajattu määrä tapaamisia ja ennalta suunnitellut tapaamisten kestot (Kanerva ym. 2012, 111; Lönnqvist 2009; Berg 2009,144; Berg 2007.) Ryhmätapaamisten kesto oli keskimäärin noin yksi tunti (Ascher-Svanum ym. 2001, 327–328; Chan ym. 2001,89; Pitschel-Walz ym. 2009, 311; Littrell ym. 2003, 239; Buccheri ym. 2004, 21–23). Tapaamisia oli sairaalahoidossa olevista kahdella ryhmällä jokaisena arkipäivänä yhdellä 10 ja toisella 15 (Ascher-Svanum ym. 2001, 327–328; Chan ym. 2001, 89). Yksi sairaalapotilaille tarkoitettu ohjelma sisälsi yhteensä 8 tapaamista kaksi kertaa viikossa (Pitschel-Walz ym. 2009, 311). Sovellusohjelmissa tapaamisia oli kummassakin kerran viikossa, toisen ohjelman kokonaiskeston ollessa 16 ja toisen 10 viikkoa

(Littrell ym. 2003, 239; Buccheri ym. 2004, 21–23). Tiedetään, että yli 10 kertaa sisältävät ohjelmat ovat jonkin verran tehokkaampia niin sanottuihin lyhyt psykoedukaatio-ohjelmiin verrattuna (Xia ym. 2013, 3).

Psykoedukaatio perustuu kognitiivis-behavioraalisiin oppimis- ja käyttäytymisteorioihin. Lähteenlahden (2008) mukaan tulee tiedon sisäistämiseksi ottaa huomioon riittävä toisto ja mahdollisimman monen aistin käyttäminen keskittymisen ja muistamisen apuna. Edelleen tiedon vastaanottaminen edellyttää sen antamista selkeässä muodossa ja sopivina annoksina. Ohjelmissa työskenneltiin suurryhmän lisäksi myös pienemmissä ryhmissä, pareittain ja yksin. Suullisia menetelmiä olivat keskustelu, ääneen lukeminen, suulliset esitykset, kuvailu ja kerronta. Kirjallista materiaalia olivat luentomonisteet, tietokilpailut, testit sekä päiväkirjan kirjoitus ja lopun kirjoittaminen tarinaan. Audiovisuaalisia menetelmiä olivat diat, videot, taulukot, symbolit, vertauskuvat sekä tietokoneavusteiset opetuspelit. Käytännön harjoittelua käytettiin sekä ryhmätapaamisissa että kotitehtävissä. (Ascher-Svanum ym. 2001, 328; Chan, Lee & Chan 2001, 89; Pitschel-Walz ym. 2009, 316; Littrell ym. 2003, 239; Buccheri ym. 2004, 21.) Tiedon vaikeaselkoisuus voi saada potilaan tuntemaan itsensä huonoksi (Kilcku 1998), tämä otettiin huomioon esimerkiksi Solutions of Wellness -ohjelmassa niin, että se oli kirjoitettu viidennen tason lukutaidolle (Littrell ym. 2003, 239).

Sosiaalipsykologi Ipo Vilkkumaa (2012) näkee psykoedukaation kehityksen olevan kulkemassa kohti määrämuotoisia, tuotteistettuja valmennus- ja opetusohjelmia. Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa näkyivät erityisesti skitsofreniapotilaille suunnatut strukturoidut, määrämuotoiset, tuotteistetut koulutus- ja valmennusohjelmat, joista jokainen seurasi tarkkaa ennalta suunniteltua järjestystä. Lähteenlahden (2008) mukaan tulee ottaa huomioon skitsofrenian yksilölliset vaikutukset potilaan kognitiivisissa toiminoissa. Tämä olikin seikka, joka nousi esiin jokaisen tutkimuksen pohdintaosuudessa. Voidaankin ajatella, että tulevaisuudessa psykoedukaatio-ohjelmien sisältöjä tulisi kehittää yksilöllisempään ja räätälöidymmään suuntaan.

Käytännössä tämä voisi tapahtua esimerkiksi itse ohjelman sisällä sopeuttamalla annettua tietoa niin, että otetaan huomioon osallistujien älyllinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys esimerkiksi tehtäviä eriyttämällä. Ohjelma voidaan myös suunnata jollekin tietylle ikäryhmälle esimerkiksi vain nuorille ensipsykoosipotilaille (Malla, Mc Clean & Norman 2005, 135–137) tai pitkään sairastaneille, joiden sairauden voidaan katsoa kroonistuneen (Aho-Mustonen 2011). Tämä asettaa omat haasteensa myös työntekijöille, joiden tulisi olla varustautuneita vastaamaan potilastyytyväisyyttä koskeviin haasteisiin ja muuttamaan opetusohjelmia siten, että potilaat nauttivat niistä ja kokisivat ne käyttökelpoisiksi itselleen (Ascher-Svanum 2001, 332).

Xian, Merinderin ja Belgamwarin (2013, 25) tekemän Cochrane-kirjallisuuskatsauksen merkittävin tulos koski johdonmukaisesti parempaa hoitomyöntyvyyttä psykoedukaatiota saaneessa ryhmässä normaalihoitoa saaneeseen ryhmään verrattuna. Psykoedukatiivisella lähestymistavalla

vaikuttaisi olevan myös merkitystä siihen, että lääkkeitä otettaisiin säännöllisemmin. Psykoedukaatio siis kannustaisi myöntyvyyteen lääkehoitoa kohtaan. Tutkijoiden mukaan voidaan ajatella, että vaikka psykoedukaatiota antavalla terapeutilla ei olisi yhtä hyviä taitoja kuin katsaukseen mukaan valikoituneissa tutkimuksissa, tulokset olisivat samansuuntaisia. Psykoedukaatiota saaneella ryhmällä oli normaaliryhmään verrattuna vähemmän sairauden uusiutumista sekä sairaalahoitoon johtaneita relapseja lyhyellä, keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä mitattuna. Tämä liittyy osaltaan myös lääkehoitomyöntyvyyteen. Sairaalassaoloajat olivat lyhyempiä niillä potilailla, jotka olivat saaneet psykoedukaatiota sairaalahoitonsa aikana, millä voidaan katsoa olevan myös huomattavaa kliinistä ja taloudellista merkitystä. Sairaalapäivissä mitattuna tämä tarkoitti vähennystä kolmesta päivästä aina 12 viikkoon asti tai vuositasolla mitattuna kahdeksaa hoitopäivää. (Xia ym. 2013, 25–26.)

Samansuuntaiset tulokset tulivat esiin myös Chanin ym. (2001) TRIP-ohjelmassa sekä sairaalajaksojen että relapsien suhteen. TRIP-ryhmäläiset hyväksyivät myös paremmin erilaiset jälkihoitopalvelut sekä sairaalassa että kunnallisella puolella, mikä osaltaan vaikutti siihen että heidän sairauttaan ja hoitomyöntyvyyttänsä myös seurattiin tarkemmin. Tutkimuksen tekijät (Chan ym. 2001, 94–95) viittaavat aikaisempiin tutkimuksiin (Hornung 1996; Zyggmunt 2002), joiden mukaan niin sanotut boosterit eli seuranta-tapaamiset ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi vahvistaa psykiatrisista sairauksista potilaille annettavaa tietoa. Voidaan siis ajatella, että potilaat hyötyisivät jonkinlaisista, tässä tapauksessa kotiutumisen jälkeen annetuista, hoito-ohjelmista, joilla voitaisiin esimerkiksi vähentää relapsilukuja. (Chan ym. 2001, 94–95.)

Tiedon suhteen ei Cochrane-katsauksessa (Xia ym. 2013, 25) ilmennyt, että psykoedukaatio olisi tiedonannon suhteen vaikuttavampi kuin hyvä, normaalihoitoon kuuluva lähestymistapa. Tässä opinnäytetyössä TRIP-ryhmän kohdalla näkyi merkittävä parannus verrattuna kontrolliryhmään ymmärryksen kohdalla ja APES-ohjelmassa tieto lisääntyi kummassakin ryhmässä, mutta yksittäisten tulosten ei voida katsoa olevan riittäviä mitä tulee menetelmien vaikuttavuuden arviointiin. APES-ohjelman mittaukset koskien potilaiden asenteita ja hoitokeinoja viittaisivat siihen, että psykoedukaatioryhmillä olisi mahdollista vaikuttaa potilaiden asenteisiin. (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–315; Chan ym. 2007, 93.)

Cochrane-katsauksessa tuli esiin tutkimuksia, jotka tukivat sitä, että psykoedukaatiota saaneilla tapahtui paranemista psyykkisessä tilassa ja heillä esiintyi vähemmän ahdistusta ja masentuneisuutta. Myös PANNS-mittarin tulokset tukisivat psykoedukaation vaikuttavuutta. Edelleen Cochrane-katsauksen mukaan psykoedukaatio tukisi sekä parempaa sosiaalista että kokonaisvaltaista toimintakykyä. Toisaalta oireisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn ei vaikutusta näyttänyt olevan enempää kuin tavallisella hoidolla. (Xia ym. 2013, 25–26.)

Samansuuntaiset tulokset tulivat ilmi myös tämän katsauksen tutkimuksissa. PANNS-mittarin tulokset viittasivat koettujen negatiivisten ja häiritsevien oireiden vähenemiseen (Pitschel-Walz ym. 2009, 312–315). Psykki-

sellä osa-alueella ero oli TRIP-ryhmän ja kontrolliryhmän välillä erittäin merkitsevä ja merkittävä ero oli erityisesti sosiaalisen toimintakyvyn kohdalla (Chan ym. 2007, 93). Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelman kohdalla kävi ilmi, että kun masennusta hoidettiin ainoastaan ryhmän tuella, vaikutukset loppuivat ryhmän loputtua. Parannus ahdistuksessa taas kesti pitempään johtuen siitä, että osallistujat sekä käyttivät että harjoittelivat ahdistuksenhallintakeinoja ryhmän aikana, ja ne olivat heillä käytössä myös ryhmän loputtua. Sen sijaan äänien kuulemiseen liittyvät parannukset olivat pitempiaikaisia. (Buccheri ym. 2004, 22–26.)

Cochrane-katsaus (2013) ei sisältänyt tutkimuksia, joissa olisi mitattu psykoedukaation vaikutuksia fyysiseen terveyteen. TRIP-ohjelma sisälsi vertailun myös fyysisen terveyden osa-alueella, jossa tapahtui paranemista sekä koe että kontrolliryhmien osalta. Tosin parannus oli koeryhmän kohdalla huomattavasti suurempi. (Chan ym. 2007, 93.)

Lääkityksen vaikutuksista skitsofreniaa sairastavien fyysiseen terveyteen löytyy runsaasti tutkimustietoa. Olantsapiinin kohdalla sen huomattavin haittavaikutus lienee painonnousu. Lääkkeen aloituksen jälkeen paino nousee kuuden ensimmäisen viikon aikana kolmasosalla potilaista enemmän kuin 7 %. Paino jatkaa nousuaan yleensä ensimmäisen vuoden ajan, mutta on mahdollista, että paino nousee tämän jälkeen vielä kahdesta kolmeen vuotta. Keskimääräinen painonnousu on 5–6 kg, mutta joillakin potilailla paino voi nousta jopa 20 kg vuoden aikana. (Huttunen 2008, 63.)

The effects of an educational intervention on an antipsychotic-induced weight gain -tutkimuksen tekijöiden mukaan (2003, 241) käyttäytymisen muutokseen vaikuttavia tärkeitä seikkoja olivat potilaille tarkoitetut käytännölliset, konkreettiset suositukset ruokavalion parantamiseksi sekä kuntoilun ja sen tasojen lisäämiseksi. Niillä koeryhmän potilailla, joilla oli matalampi BMI, paino nousi vähemmän kuin koeryhmän potilailla, joiden BMI oli korkeampi. Tämä tulos on ristiriidassa aikaisemman tutkimuksen (Kinson, Basson, Gilmore & Tollefson 2001) kanssa, jonka mukaan vähemmän painavien henkilöiden paino nousee enemmän kuin niiden, joiden BMI oli alun perin korkeampi. (Littrell ym. 2003, 240.)

Positiiviset tulokset osoittivat, että koulutuksellisella interventiolla on mahdollista vähentää antipsykoottien käyttöön liittyvää painonnousua myös vähemmän painavien potilaiden kohdalla. Sairaanhoidajilla voikin olla olennainen osa toteutettaessa tämänkaltaisia interventioita, jotka voisivat olla vakiohoitoa tällaisille potilaille. (Littrell ym. 2003, 241.) Tutkimus toi esiin, paitsi jatkotutkimusten tarpeen, myös tarpeen suunnitella ja kohdentaa ohjelmia niin, että voidaan ottaa huomioon esimerkiksi sukupuoli tai BMI.

Cochrane-katsauksen tutkimusnäyttö ei osoittanut eroa elämänlaadun eikä tyytyväisyyden suhteen ryhmien välillä. Tämä johtunee siitä, että tutkimukset eivät varsinaisesti sisältäneet näitä kysymyksiä koskevia osa-alueita. Potilaiden kokemaan tyytyväisyyttä oli mitattu ainoastaan kolmessa kirjallisuuskatsaukseen sisältyneistä 44 tutkimuksesta. (Xia ym. 2013,



26–27.) Tähän katsaukseen valikoituneista viidestä tutkimuksesta tyytyväisyyttä mitattiin niin ikään kolmessa tutkimuksessa.

Patient Education about schizophrenia: Initial expectations and later satisfaction -tutkimuksen kirjallisuuskatsausosuudessa tuli esiin, että aikaisemmissa tutkimuksissa vuosilta 1982–1995 potilastyytyväisyyttä oli kuvattu yleisillä toteamuksilla kuten erittäin positiiviset arviot, 93 %:sti positiiviset reaktiot, 95 %:n tyytyväisyys, auttavuustaso 77 %, 80 % olisi valmis suosittelemaan muille, 95 % koki hyötyneensä huomattavasti koulutusohjelmasta. (Ascher-Svanum ym. 2001, 326.) APES-ryhmän jälkeen 97 % osallistujista koki tulleen hyvin tai erittäin hyvin autetuksi ja 96,5 % hyvin tai erittäin hyvin informoiduiksi (Pitschel-Walz ym. 2009, 313–316). Vaikka tulokset olivat samansuuntaisia kuin aikaisemmat, olivat vanhemmat ohjelmat sisällöltään nykyisiä ohjelmia suppeampia ja niissä keskityttiin lähinnä oireenhallintaan ja lääkitykseen.

Cochrane-katsauksen (Xia ym. 2013, 27) mukaan ryhmässä annettu psykoedukaatio ei ollut millään käytetyistä mittareista mitattuna vaikuttavampaa kuin yksilöpsykoedukaatio. Ryhmässä olemista voidaan kustannustehokkuuden lisäksi perustella hoidollisilla tekijöillä, joita olivat Yalomin ja Leszczin (2005, 1–106) mukaan toivo, samankaltaisuus, tieto, altruismi, peruserhekokemus, sosiaaliset taidot, mallioppiminen, interpersonaalinen oppiminen, koheesio, katarsis ja eksistentiaaliset tekijät.

Hoidollisista tekijöistä kaikissa ohjelmissa mainittiin samankaltaisuuden kokeminen ja tiedon jakaminen keskustellen sekä ryhmäläisten että ohjaajien kanssa (Chan 2007, 92; Littrell ym. 2003, 241; Buccheri ym. 2004, 24–26, Pitschel-Walz ym. 2009, 316–317). Toivo, altruismi ja kokemus muiden auttamisesta sekä malli ja interpersonaalinen oppiminen että sosiaaliset taidot tulivat esiin Teaching Behavioral Strategies for Managing Persistent Auditory Hallucinations -ohjelmassa. Ohjelmissa ei ollut mainintaa muista tekijöistä. Sen sijaan koheesion voidaan katsoa näkyvän osallistumisprosentteina, jotka olivat yli 80 kaikissa ohjelmissa.

## 9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuus on keskeinen tekijä arvioitaessa systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ja niiden tuloksia. Luotettavuus kattaa koko prosessin aiheen rajauksesta kysymysten muotoiluun, hakutermien valinnan, hakujen suorittamisen, otsikoiden, abstraktien ja koko tekstien luvun, tutkimusten laadun arvioinnin ja synteesin muodostamisen sekä tulosten raportoinnin. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset vaihtelevat laajuudeltaan aina kahdesta tutkimuksesta hyvinkin laajoihin ja kattaviin katsauksiin. Tietoa tulee jatkuvasti lisää, joten vanhojen katsausten päivittäminen ja uusien tekeminen on ajoittain tarpeellista. (Metsämuuronen 2009, 47; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46–54.)

Kirjallisuuskatsaus rajattiin koskemaan englanninkielisiä sekä laadullisia että määrällisiä tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja vuosilta 2000–2014. Opinnäytetyön tekijä oli tietoinen julkaisuharhasta eli siitä, että tämän työn ulkopuolelle jäi niin kutsuttua harmaan alueen kirjallisuutta kuten

konferenssijulkaisuja, symposium-kirjoja, raportteja, julkaisemattomia lähteitä ja mahdollisesti ei-myönteisiä tuloksia sisältäviä tutkimuksia. (Metsämuuronen 2009, 48; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.) Englanninkielisten tutkimusten käyttäminen voi aiheuttaa niin sanotun kieliharhan, jolloin mukaan ei valikoidu muilla kielillä tehtyjä relevantteja tutkimuksia. Tällä hetkellä moni tutkija tosin julkaisee tutkimuksensa englanninkielisenä näin saatavan suuremman yleisön ja huomion takia. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin aiheeseen perehtymällä. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että tietoa haettiin erilaisista lähteistä kuten kirjallisuudesta, tutkimuksista, verkkosivuilta ja haastattelemalla erään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluvan sairaalan Tehostetun psykiatrisen avohoidon yksikön osastonhoitajaa. Hoitotieteellisistä julkaisuista etsittiin ja luettiin tutkijoiden tekemiä kirjallisuuskatsauksia. Samalla varmistui se, ettei skitsofreniapotilaille tarkoitetuista psykoedukatiivisista ryhmistä ole juurikaan julkaistu viime vuosina tutkimuksia suomen kielellä. Harjoituksissa, sijaisuuksissa ja vapaaehtoistyössä Suomen Mielenterveysseuran paikallisyhdistyksen tukihenkilönä työn tekijä on saanut tutustua skitsofreniaa sairastaviin ja heidän omaisiinsa, joiden kokemukset ovat omalta osaltaan auttaneet ymmärtämään sairauden luonnetta ja elämää sen kanssa.

Tutkimuskysymysten varmistuttua perehdyttiin tiedonhakuun yhdessä HAMK:n kirjaston informaatikon kanssa, jonka apu oli koko työn tekemisen ajan korvaamaton. Tiedonhaku aloitettiin tekemällä miellekartta aiheeseen liittyen ja sen pohjalta laadittiin hakutermit PICO-formaattia käyttäen. Tässä opinnäytetyössä vastattiin kumpaankin tutkimuskysymyksistä samalla haulla, koska hyödyt koskivat katsaukseen valituissa tutkimuksissa esiin tulleita hyötyjä. Tieteellisen tiedon tulokset tulee olla toistettavissa, joten katsausta laadittaessa työ kaikkine vaiheineen dokumentoitiin huolellisesti. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46, 49, 53, 55.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta parantaa se, että sitä on tekemässä mielellään useampi tutkija (Metsämuuronen 2009, 32; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 55.) Koska opinnäytetyö tehtiin yksin, pyrittiin luotettavuutta parantamaan huolellisella suunnitelmalla, jokaisen vaiheen tarkalla kirjaamisella ja käyttämällä katsauksen tekemiseen riittävästi aikaa. Aika koettiin riittäväksi tämän tasoisen ja laajuisen tehtävän tekemiseen. Aikaa olisi hyvä käyttää mahdollisimman paljon esityöhön eli tutustumiseen siihen, mitä aiheesta jo tiedetään kuten alan perusteoksiin ja tutkimuksiin. Hyväksi keinoksi osoittautui käytännössä myös oppikirjojen lähdeluetteloiden manuaalinen läpikäynti. Tästä oli hyötyä erityisesti teoriataustaa rakennettaessa. Luotettavuuden lisäksi toisen tekijän kanssa tapahtunut ajatusten vaihto olisi ollut mielekästä työtä tehtäessä.

Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja niiden perusteella tehdyt valinnat kuvattiin tarkasti otsikon, abstraktin ja koko tekstin osilta ja niistä tehtiin kaavio (Stolt & Routasalo 2007, 62). On mahdollista, että epätarkan otsikoinnin takia jokin tutkimus oli jäänyt valikoitumatta aineistoon. Kaikki katsaukseen valitut tutkimukset käännettiin huolellisesti, mutta on mahdollista, että jossakin kohtaa kääntämistä on voinut sattua jokin vää-

rinyemmärrys vieraan kielen takia. Vaikka katsaus rajattiin koskemaan englanninkielisiä tutkimuksia yksi pakistaninkielinen tutkimus tuli mukaan, koska siitä oli saatavilla englanninkielinen otsikko ja abstrakti, mutta ei koko tekstiä. Optimaalisessa tilanteessa kieli ei rajoita tutkimusten mukaan ottoa eli valitut tutkimukset käännetään tarvittaessa (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53). Yksi tutkimuksista oli tutkimussarjan toinen osa ja olisi ollut mahdollista löytää myös sen ensimmäinen osa, mutta koska se ei tullut esiin käytetyillä hakutermeillä, opinnäytetyön tekijä ei sisällyttänyt näitä tutkimuksia katsaukseensa.

Katsaukseen valituista tutkimuksista tehtiin taulukko, jossa kuvattiin tutkimuksen tekijät, vuosi, aineiston keruu ja menetelmät sekä keskeiset tulokset. Opinnäytetyössä tutkimusten tekijöiden työlle annettiin niille kuuluva arvo. Raportoinnissa esiteltiin ja perusteltiin kaikki tehdyt valinnat ja ratkaisut. Saatuja tuloksia ei tahallisesti muutettu tai vääristelty vaan ne perustuivat opinnäytetyössä käsiteltyyn aineistoon. (Roivas & Karjalainen 2013, 80–81; Backman, Paasivaara & Nikkonen 2003, 258–259.)

Kirjallisuuskatsauksissa tutkimusten laadun arvioinnin tarkoituksena on paitsi varmistaa katsaukseen sisällytettävien tutkimusten laatu myös antaa tutkimuksille niille kuuluvat painoarvot. Niitä tarvitaan erityisesti tilanteissa, joissa tulosten perusteella on tarkoitus laatia hoidon toteuttamista ohjaavia suosituksia. (Kontio & Johansson 2007, 101–104.) Tämä puolestaan edellyttäisi tutkimusmetodologioiden hallintaa, mikä taas ei ainakaan tällä hetkellä kuulu ammattikorkeakoulun oppisisältöihin.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikentävät tutkimusten viisi kappaletta, vähäinen määrä, tutkimusten laadun arvioinnin puuttuminen sekä se, että tutkimusten erilaisuus teki niiden tulosten keskinäisen vertailemisen vaikeaksi. Voidaankin ajatella etteivät systemaattiset kirjallisuuskatsaukset välttämättä sovellu parhaalla mahdollisella tavalla toteutettaviksi ammattikorkeakoulun opinnäytetöinä. Siksi tämä työ voidaan katsoa toteutetuksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tapaan, mutta sitä ei voida arvioida systemaattisena kirjallisuuskatsauksena.

Kirjallisuuskatsauksia voidaan arvioida myös sen perusteella, mitä merkitystä ja hyötyä niistä on hoitotieteelle tai kliinisen hoitotyön kehittämiseksi. Olisi tärkeää, että saatuja tuloksia voitaisiin hyödyntää käytännön työssä. (Ääri & Leino-Kilpi 2007, 111.) Tutkimuksissa esiintyneet psykoedukaatio-ohjelmat eivät välttämättä sovellu sellaisenaan toteutettaviksi suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, mutta niitä voidaan käyttää apuna suunniteltaessa paikallisia psykoedukaatio-ohjelmia, jotka kuuluvat, kuten aikaisemmin todettiin Käypä Hoito -suosituksen (2013, 24) mukaisesti laadukkaana hoidon osatekijöihin. Opinnäytetyön tekijän kannalta työn tekeminen hyödytti eniten tekijän oman oppimisen kehittymistä, erityisesti tiedonhaun ja tiedon käytettävyyden osalta.

### 9.3 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisyys nivoutuu yhteen luotettavuuden kanssa siten, että eettisesti oikein tehdyn opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää luotettavina ja tosina.

Periaatteena on, että jokainen on itse vastuussa tekemänsä työn eettisyydestä, mutta opinnäytetyön kohdalla tutkimuseettisiin kysymyksiin perehtyminen liittyy myös ammattikorkeakoulun antamaan opetukseen ja työn ohjaukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.) Eettisyys tarkoitti tässä opinnäytetyössä sitä, että työn tekijä pyrki työtä tehdessään noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön keskeiset lähtökohdat. Tämän opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt olemaan rehellinen, huolellinen ja tarkka työtä tehdessään, tallentaessaan, esittäessään ja arvioidessaan opinnäytetyössä esiin tulleita tuloksia. Tieto on hankittu tieteellisen tiedon haussa käytetyillä menetelmillä. Tuloksissa on kuvattu ainoastaan tässä työssä esiin tulleita tuloksia, eikä niihin ole tahallisesti lisätty mitään tai jätetty mitään pois. Työn tekijä ei ole tarkoituksella plagioinut eli lainannut muiden tekstiä ilman asianmukaista lähdeviittoa. Työssä ei ole käytetty suoria lainauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneille alkuperäistutkimuksille annettiin niille kuuluva arvo. Opinnäytetyön tekijä on viitannut aina alkuperäistutkimuksiin esitellessään niissä ilmi tulleita tuloksia, pohdintoja ja kehittämisehdotuksia. Työn tekijä on tuonut myös julki omat puutteensa mitä tulee tutkimusten laadun arviointiin, katsauksen sisältämien tutkimusten määrään ja mahdollisiin kielestä johtuviin väärinymmärryksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 183; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

Työn tilaaja ei ole millään tavalla pyrkinyt vaikuttamaan työn tuloksiin. Työlle ei ole haettu rahoitusta eikä työllä ole muita sidonnaisuuksia tilaajaa lukuun ottamatta. Tekijä on esitellyt työn tulokset tilaajalle ennalta yhdessä sovitulla tavalla ja työ on tilaajan käytettävissä opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

#### 9.4 Päätelmät ja jatkotutkimusehdotukset

Psykoedukaation vaikuttavuus sinänsä tuskin tarvitsee tuekseen lisää tutkimuksia ainakaan hoitomyöntyvyyden ja relapsien suhteen. Psykoedukaatio on myös vakiinnuttanut paikkansa psykiatrisessa hoitotyössä niin, että saattaa olla vaikea luoda todellisia, vertailevia koelosuhteita. Potilailla on tänä päivänä hoitavan henkilöstön ja julkaistun materiaalin lisäksi käytettävissään, erityisesti kehittyneemmissä maissa, myös runsaasti verkkomateriaalia.

Koska skitsofrenian hoito on kallista, olisi perusteltua suunnata rahoitus tutkitusti mahdollisimman vaikuttavaan toimintaan. Jotta menetelmiä voitaisiin vertailla luotettavasti keskenään, olisi tarve kehittää eteenpäin mittaristoja arvioimaan sitä millainen toiminta olisi kannattavinta. Tulovertailua tarvittaisiin mielestäni sekä lyhyen että pitkän aikavälin seurantajaksoilta. Oman haasteensa mittaristoja laadittaessa muodostaa myös käsitteen, esimerkiksi elämänlaadun, saattaminen mitattavaan muotoon.

Sekä Cochrane -katsaus (Xia ym. 2013) että kaikki opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset toivat esiin tarpeen kehittää psykoedukaatio-ohjelmia vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita ja toiveita. Patient education about schizophrenia: initial expectations and later satisfaction - tutkimuksen tekijät olivat lähteneen kehittämään ja testaamaan asiakaspalautetta kirjallisella lomakkeella ja toivat esiin myös ennakko-odotusten vaikutuksen koettuun tyytyväisyyteen. Long-term effects of teaching behavioral strategies for managing persistent auditory hallucinations - ohjelman tutkijat puolestaan lähtivät kehittämään psykoedukaatio-ohjelmaa eteenpäin yhdessä ryhmiin osallistuneiden kanssa. Edellä mainitun katsauksen ja tutkimusten perusteella voidaan pitää tärkeänä kehittää mittareita mittaamaan asiakkaiden kokemaan tyytyväisyyttä ja ohjelmien auttavuutta.

Psykoedukaatio-ohjelmiin, jotka valikoituivat mukaan opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen, sisältyivät aihe-alueet koskien sairauden diagnoosia, oireita, lääkkeitä, stressinhallintaa ja varhaisten varomerkkien tunnistamista toimintasuunnitelman tekoineen. Voidaan siis ajatella, että edellä mainitut aihe-alueet sisältyisivät myös erään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella olevan sairaalan psykiatrian vastuualueella toteutettavaan ohjelmaan. Myös jonkinlainen, mahdollisesti erillinen ohjelma ryhmineen, liittyen antipsykoottien aiheuttamaan painonnousuun saattaisi olla hyödyllinen.

Psykoedukatiossa tuli esiin sekä yksilöllisten erojen että kulttuurin ja kielialueiden vaikutus ohjelmien sisältöihin. Psykoedukaatio-ohjelmien tulevaisuuden haasteet liittynevätkin, kuten aikaisemmin on tässä opinnäytetyössä tullut ilmi, yksilöllisyyden, paikallisuuden ja potilaiden tarpeiden huomioimiseen mahdollisimman vaikuttavalla ja kustannustehokkaalla tavalla.

Tutkimusten perusteella voidaan siis suositella, että alueellisesti toteutettavassa ryhmässä pyrittäisiin hyödyntämään paikallisia tahoja ja toimijoita ohjelmaa suunniteltaessa. Tällöin olisi mahdollista ottaa huomioon myös kolmannen sektorin toimijat ja vapaaehtoisjärjestöt. Psykososiaalisen kuntoutuksen osalta voitaisiin esitellä käytössä olevat menetelmät. Alueella on myös asumis- ja työ kuntoutusta, joiden työntekijät voisivat esitellä toimintaansa.

Toteutettavalle psykoedukaatio-ohjelmalle voitaisiin kehittää potilastyytyväisyyttä arvioimaan oma mittari. Ryhmään osallistuneita voitaisiin seurata esimerkiksi hoitopäivien, relapsien, lääkehoitomyyntyvyyden tai kuntoutumisen suhteen. Tähän katsaukseen ei otettu mukaan niitä ohjelmia, jotka oli tarkoitettu potilaiden lisäksi myös heidän läheisilleen. Koska tiedetään psykoedukaation olevan vaikuttavinta silloin, kun sitä annetaan myös perheille, voitaisiin suositella oman ryhmän perustamista myös heitä varten.

## LÄHTEET

Aho-Mustonen, K. 2011. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. University of Eastern Finland Joensuu. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Education, Humanities, and Theology 10. Viitattu 2.5.2014. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0303-7/urn\\_isbn\\_978-952-61-0303-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0303-7/urn_isbn_978-952-61-0303-7.pdf)

Aho-Mustonen, K. 2009. Ryhmäpsykoedukaation vaikuttavuus skitsofrenian hoidossa. Viitattu 2.5.2014. [http://www.niuv.fi/toiminta/ajankohtaista/Skitsofreniaverkoston\\_symposium/Kati%20Aho-Mustonen%20-%20Ryhm%C3%A4psykoedukaation%20vaikuttavuus\\_yhteenveto.pdf](http://www.niuv.fi/toiminta/ajankohtaista/Skitsofreniaverkoston_symposium/Kati%20Aho-Mustonen%20-%20Ryhm%C3%A4psykoedukaation%20vaikuttavuus_yhteenveto.pdf)

Altruismi. 2013. Suomisanakirja. Viitattu 17.7.2014. <http://www.suomisanakirja.fi/altruismi>

APA 2004. PsychiatryOnline. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition. Viitattu 29.4.2014. <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1665359>

Backman, K., Paasivaara, L. & Nikkonen, M. 2003. Elämäkertatutkimus hoitotieteessä: kaksi esimerkkiä metodin sovelluksesta. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 238–264.

Berg, L. 2009. Psykoedukatiivinen perhetyö. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, I. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 144–168.

Berg, L. n.d. Skitsofrenia. Omaiset mielenterveystyön tukena. Uudenmaan yhdistys ry. Viitattu 29.4.2014. <http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/skitsofrenia.pdf>

Berg, L. 2007. Vertaisia ja vertaisryhmiä. Viitattu 2.5.2014. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paattyneet-hankkeet/mielenterveyshankkeet/Vertaisia%20ja%20vertaisryhmiä.pdf>

Berg, L. & Suominen, T. 2000. Koulutuksellinen perhetyö. Perheterapia 4, 4–29.

Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. 2004. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 38, 169–173.

Cunningham Owens, D.G., Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., & Johnstone, E.C. 2001. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients. Acta Psychiatrica Scandinavica 103, 362–369.

De Bruijn, T. T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykosipotilaan perheelle. *Suomen Lääkärilehti* 41, 4219–4225.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. 4. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Feldmann, R., Hornung, W.P., Prein, B., Buchkremer, G., & Arolt, V. 2002. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 252, 115–119.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 84–100.

Gleeson, J.F.M. 2005. Psykoosin ensimmäinen uusiutuminen: riskit ja ennaltaehkäisy. Teoksessa Gleeson, J.F.M. & Mc Gorry, P.D. (toim.) *Vanhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito*. Helsinki: Edita, 13–16.

Huttunen, M.O. 2008. *Lääkkeet mielen hoidossa*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. *Psykiatrian klinikka. Lääketieteellinen tiedekunta*. Turun yliopisto. Viitattu 3.5.2014. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5809/C212.pdf?sequence=1>

Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepää, T. & Lönnqvist, J. 2013. *Skitsofrenia*. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 10. uud. p. Helsinki: Duodecim, 70–133.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset-huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 2–9.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P. & Schubert, C. 2012. Lähestymistapoja mielenterveyshoitotyöhön. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. *Mielenterveyshoitotyö*. 1.–2. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 90–147.

Kanerva, A., Kuhanen, C. & Seuri, T. 2012. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. *Mielenterveyshoitotyö*. 1.–2. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 176–231.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. 2008. Perfect- Skitsofrenia. Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Stakesin työpapereita 8.

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Katsaus. Duodecim; 129; 2133–2139. Viitattu 12.1.2014. [http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf](http://www terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf)

Kilkku, N.1998. Potilaan kokemus tiedon merkityksestä psykoedukatiivisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toimialue. Väitöskirja.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuu psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun Yliopisto. Hoitotyön -ja terveyshallinnon laitos. Psykiatrian klinikka. Väitöskirja.

Kulpers, L., Leff, J. & Lam, M. 2005. Koulutuksellinen perhetyö. Käytännön opas. 2. uud. p. Helsinki: Profami Oy.

Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. Päivitetty 14.2.2013.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede (1), 37–45.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus-tärkeää tietoa tiedon siirrosta. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 2.

Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7–20.

Lieberman, R.P., DeRisi, W.J. & Mueser, K.T. 1989. Social Skills Training for psychiatric patients. Elmsford. NY: Allyn & Bacon.

Lundin, L. & Ohlsson, O.S. 2002. Psyykkisen toimintakyvyn häiriöt -tukea ja apua kognitiivisiin toimintahäiriöihin. Berg, L. & Tiitta, L. (toim.) Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Profami.

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoedukaatio psykiatrisessa kuntoutuksessa. artikkeli kun00176. Työterveys ja kuntoutus. Terveysportti. Duodecim. Viitattu 12.1.2014.



tattu 2.5.2014.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi:2048/dtk/tyt/koti>

Lönnqvist, J. 2009. Ryhmäpsykoterapiat. Terapiat. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 4.5.2014.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00104&p\\_teos=onn&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00104&p_teos=onn&p_selaus=)

Malla, K. A., Mc Clean S. T. & Norman, M. G. R. 2005. Ryhmäpsykoterapeuttinen hoito ensipsykoosista toivuttaessa. Teoksessa Gleeson, F. M. J. & Mc Corry, D. P. (toim.) Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito. Helsinki: Edita, 132–154.

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

Nurminen, M.-L. 2011. Lääkehoito. 10. uud. p. Helsinki: WSOY.

Partonen, T., Lönnqvist, J. 2001. Psykiatrian käsitteitä. Teoksessa Lönnqvist, T., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 762–777.

Pudas-Tähkä, S.-M. Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 46–57.

Roivas, M. & Karjalainen, A.L. 2013. Sosiaali -ja terveystieteen viestintä. 1. p. Helsinki: Edita.

Rusi-Pyykönen, M. 2006. Ryhmästä voimaa. Näkökulma. Julkaisussa Lehtonen, H. Keinot käyttöön arjen areenoilla. Suomen mielenterveysseura, 20–21. Viitattu 22.7.2014.

[http://www.mielenterveysseura.fi/files/69/keinot\\_kayttoon\\_arjen\\_areenoilla.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/files/69/keinot_kayttoon_arjen_areenoilla.pdf)

Salokangas, R.K.R., Heinimaa, M., Suomela, T., Ilonen, T., Ristkari, T., Korkeila, J., Huttunen, J., Hietala, J. & Syvälahti, E. 2002. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. 1. p. Helsinki: Duodecim.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 58–70.

Tuulio-Henriksson, A. 2012. Skitsofreniaa sairastavien kuntoutus ja työllistymismahdollisuudet. Katsaus. Kuntoutus. Viitattu 21.3.2014.

[http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden\\_artikkelit/2012/tuulio-katsaus.pdf](http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2012/tuulio-katsaus.pdf)

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 2. uud. p. Helsinki: Edita.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 20.10.2014

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 10–45.

Vilkkumaa, I. 2012. Psykoedukaatio -käsite, käyttö ja vaikuttavuus. Tätäkin voisi tutkia. Ajankohtaista. Kuntoutusportti. 30.07.2012. Viitattu 12.1.2014.

[http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin\\_voisi\\_tutkia?bid=914](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia?bid=914)

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., Mc Gurk, S. & Czobor P. 2011. Meta-analysis of Cognitive Remediation for schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry* 168, 472–485.

Xia, J., Merinder, L.B. & Belgamwar, M. R. 2013. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Datab System Rev.* Luettu 3.5.2014.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002831.pub2/abstract>

Yalom, I.D. & Leszcz. M. 2005. *The Theory and Practise of Group Psychotherapy*. 5th ed. NY: Basic Books.

Ääri, R.-L. & Leino-Kilpi, H. 2007. Haasteita ja huomioitavaa kirjallisuuskatsauksen teossa. Julkaisussa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 109–120.

Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt tutkimukset ja tutkimusartikkelit vuosilta 2000–2014.

Tutkimuksen tekijät,	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Ascher-Svanum, Rochford, Cisco & Claveaux USA 2001	Selvittää systemaattisesti potilaiden ennako-odotuksia ja myöhempää tyytyväisyyttä skitsofrenian kanssa selviytymistä käsittelevän ohjelman aihe-alueisiin, jotta voitaisiin kehittää parempia opetuksellisia ohjelmia henkilöille, joilla on diagnosoitu skitsofreenisia häiriöitä.	n=123 aikuista sairaalapotilasta, joista n=67 skitsofrenia ja n=15 skitsoaffektiivinen häiriö. Jaettiin 14 ryhmään joissa 6-10 potilasta. Mittarit: -5 -portainen kirjallinen kysymyslomake. 1=ei yhtään ja 5=hyvin paljon. -9 -portainen kirjallinen kysymyslomake. 1=ei yhtään, 9=hyvin paljon. Ennako-odotukset: Osallistujat vastasivat viiteen kysymykseen viisiportaisella asteikolla Ohjelma: A. Tyytyväisyys ohjelmaan: Osallistujat vastasivat kuuteen kysymykseen yhdeksänportaisella asteikolla. B. Aihe-alueet josta osallistujat kokivat saaneensa eniten apua: Osallistujat arvioivat yhdeksänportaisella asteikolla jokaista yhdeksää aihealuetta.	Ne joilla oli korkeat ennako-odotukset ohjelman suhteen olivat tyytyväisempiä sekä ohjelmaan että siinä käsiteltyihin aihe-alueisiin kuin ne, joilla oli matalammat ennako-odotukset. Tyytyväisimpiä oltiin ohjaajiin ja tyytymättöimpiä kokonaissisältöön. Aihe-alueista hyödyllisimmiksi koettiin skitsofrenian diagnoosi sekä lääkehoito joka sisälsi tietoa lääkkeistä, mahdollisista sivuvaikutuksista ja niiden kanssa selviytymisestä. Vähiten apua koettiin olevan sairauden prevalenssista, julkisista palveluista ja psykososiaalisesta kuntoutuksesta.
Chan, Lee & Chan Kiina, Hong Kong 2007	Tutkia TRIP (Transforming Relapse and Instilling Prosperity) ohjelman terapeuttisia vaikutuksia akuuttipsykiatrisilla potilailla vertailemalla sitä perinteiseen WAT (ward occupational therapy)-ohjelmaan.	Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital (PYNEH) 81 akuuttipsykiatrista 18–63 -vuotiaasta miespotilasta jaettiin sattumanvaraisesti TRIP, n=44 (keski-ikä 35,4) WAT, n=37 (keski-ikä 38,2) jotka jaettiin edelleen 8-10 henkilön pieniin ryhmiin. Mittarit: -Ymmärrys: SUMD (Scale of Unawareness of Mental Disorder) asteikosta tietoisuus sairaudesta, hoito ja sosiaaliset vaikutukset. Asteikko 1-5. -Terveystulokset: The Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF36) 36 kysymystä, 9:ltä osa-alueelta. Asteikko 0-100. Terveystarkastus ennen ohjelmia ja 12 kuukauden jälkeen. -Relapsien määrä 3-12 kuukauden seurantajaksona.	TRIP-ryhmiin osallistujilla oli vertailuryhmään nähden parempi ymmärrys sekä sairaudesta että terveydestä ja heillä oli myös merkittävästi vähemmän sairaalaan paluujaksoja.

## Psykoedukatiiviset menetelmät skitsofreniapotilaiden hoidollisissa ryhmissä

<p>Pitschel-Walz, Bäuml, Froböse, Gsottschneider &amp; Jahn Saksa 2009</p>	<p>Selvittää onko psykoedukaation tehokkuus älyllisiltä kyvyiltään heikkolahjaisilla potilailla riippuvainen heidän kognitiivisesta suorituskyvystään ja voidaanko ennen psykoedukaatiota annetulla kognitiivisten taitojen harjoittelulla parantaa psykoedukaatiosta saatuja tuloksia.</p>	<p>n=97 joilla diagnosoitu skitsofrenia tai skitsoaffectiivinen häiriö, joista 22 (ÄO 70–85) ja 75 (ÄO &gt;85) jaettiin koeryhmä n= 51 joista 13 (ÄO 70–85) ja 38 (ÄO &gt;85) osallistui 2 vkoa kognitiiviseen ohjelmaan (COGPACK) + psykoedukaatio 4 vkoa (APES-ohjelma) kontrolliryhmä n= 46 joista 9 (ÄO 70–85) ja 37(ÄO &gt;85) osallistui 2 vkoa toimintaterapiaan ja taideryhmiin + psykoedukaatio 4 vkoa (APES-ohjelma) Mittarit: Psykopatologia: PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ennen GOGPACK ja toimintaterapiaa, ennen ja jälkeen psykoedukaatio-ohjelman. Neuropsykologia: GCPI (Global Cognitive Performance Index) ennen GOGPACK ja toimintaterapiaa, ennen ja jälkeen psykoedukaatio-ohjelman. Lääkehoitomyöntyvyys: MARS (Medication Adherence Rating Scale) ennen ja jälkeen psykoedukaatio- Tietämys sairaudesta: WFB (The Knowledge of Illness About Schizophrenia Questionnaire) ennen ja Käsitys sairaudesta: KK Scale (Krankheitskonzept-Skala) ennen ja jälkeen psykoedukaatio-ohjelman. Feedback (Palautte ohjaajille) psykoedukaatio-ohjelman jälkeen.</p>	<p>Älylliseltä tasoltaan rajoittuneet voidaan menestyksellisesti yhdistää yleisiin psykoedukatiivisiin ryhmiin. Ryhmiä, jotka on suunnattu skitsofreniaa sairastaville, älyllisesti rajoittuneille tulisi toteuttaa luovasti mutta ne eivät välttämättä vaadi mittavaa muokkaamista.</p>
<p>Littrell, Hilligoss, Kirshner, Petty &amp; Johnson USA 2003</p>	<p>Selvittää opetuksellisen intervention vaikuttavuutta antipsykoottien aiheuttamassa painonnousussa skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä.</p>	<p>n=70 nais- ja miespotilasta, joilla oli diagnosoitu skitsofrenia tai skitsoaffectiivinen häiriö, joille aloitettiin tutkimuksen alussa Kvasikokeellinen, satunnaistettu 1.Koeryhmä (F=13, M=22) osallistui 4 kuukauden ajan viikottain psykoedukatiiviseen ryhmään (Solutions of Wellness) jonka aiheina olivat ravitseminen, liikunta ja terveelliset 2.Kontrolliryhmä (F=21, M=14) normaali Mittarit: -Punnitus kuukausittain -BMI mittaus alussa, 4kk ja 6 kk kohdalla.</p>	<p>Ryhmien välillä oleva ero oli tilastollisesti merkittävä. Lopussa koeryhmän keskimääräinen painonlasku oli -.06 pounds eli 22,4 g ja kontrolliryhmän keskipaino oli noussut 9.57 pounds eli 4,34 kg. Kummankin ryhmän kohdalla miesten painoissa olevat erot olivat suuremmat kuin naisilla.</p>
<p>Buccheri, Trygstad, Dowling, Hopkins, White, Griffin, Henderson, Suci, Hippe, Kaas, Covert &amp; Hebert USA 2004</p>	<p>Osoittaa voidaanko ryhmässä opituilla käyttäytymismenetelmillä vaikuttaa kuuloharjoille ominaisiin ahdistukseen ja masennukseen vuoden seuranta-aikana.</p>	<p>N=72 osallistujaa, joilla skitsofrenia tai skitsoaffectiivinen häiriö. Keski-ikä 44 vuotta. Pre-Interventio: Mittarit : CAHQ (Characteristics of Auditory Hallucinations Questionnaire), POMS (Profile of Mood States), BDI-II (Beck Depression Inventory-II) Interventio: 10 viikon kurssi, 10 kertaa yhdeksässä erilaisessa avoitoympäristössä. Post-Interventio: Mittaukset kurssin aikana sekä 3, 6, 9, 12 kuukautta intervention jälkeen. Päiväkirjan kirjoitus ja opittujen taitojen harjoittelu 2 kertaa päivässä.</p>	<p>Tilastollisesti merkittäviä muutoksia ei tapahtunut mittausaikana äänien voimakkuudessa, sävyssä eikä niiden vaivaavuudessa. Ääniä kuultiin harvemmin ja ne olivat luonteeltaan muminaa tai jupinaa. Kontrolli äänten suhteen parani ja ne häiritsevät vähemmän. Masennuksessa ei tapahtunut tilastollisesti merkittävää muutosta. Ahdistuneisuudessa ilmeni paranemista yhdeksän kuukauden jälkeen.Osallistujat suosittelisivat muille samanlaisia luokkia.</p>