

Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät skitsofreniapotilaan hoidossa
Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Mari Räsänen

Opinnäytetyö

Lokakuu 2019

Sosiaali- ja terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YSJ15S1

Tekijä(t) Sukunimi, Etunimi Räsänen Mari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 10/2019
	Sivumäärä 63	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät skitsofreniapotilaan hoidossa Integratiivinen kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Katja Raitio, Kari Jaatinen		
Toimeksiantaja(t) Niuvanniemen sairaala		
<p>Psykiatrisen potilaan hoidon ja kuntoutuksen tulisi perustua tieteelliseen näyttöön tai parhaiksi havaittuihin käytäntöihin. Skitsofreniapotilailla on todettu usein olevan erilaisia puutteita kognitiivisissa toiminnoissa. Niiden kuntouttamiseen on kehitetty erilaisia kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä, joita on myös tutkittu erilaisissa konteksteissa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää skitsofreniapotilaiden hoitoa tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa kehittämistyön tueksi. Tavoitteena on tarkastella kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käyttöä skitsofreniapotilaiden hoidossa etsimällä vastausta siihen, mitä tutkimustuloksia on raportoitu kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidossa.</p> <p>Työ toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineisto rajattiin koskemaan aikuisia skitsofreniaa sairastavia potilaita. Tarkasteltavien kognitiivis-behavioraalisten menetelmien rajauksena oli psykoedukaatio, kognitiivinen remediaatio, sosiaalisten taitojen kuntoutus ja metakognitiivinen kuntoutus. Aineiston haut tehtiin Pub Med-, Medic-, CINAHL- ja Cochrane -tietokantoihin. Lopulliseen aineistoon hyväksyttiin 18 viitettä. Aikarajaus oli 2013-2018. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että kognitiivis-behavioraalisilla kuntoutusmenetelmillä voidaan vaikuttaa positiivisesti skitsofreniaa sairastavan psyykkiseen vointiin, toimintakykyyn ja omiin kokemuksiin hoitoon liittyen. Lisäksi menetelmillä todettiin olevan yleisiä myönteisiä vaikutuksia hoitoon liittyen, kuten esimerkiksi myönteisempi suhtautuminen lääkehoitoon. Tulosten perusteella kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä voidaan vastata Skitsofrenian Käypä hoito -suositusten tavoitteisiin. Menetelmien käyttöä kannattaa jatkaa ja niiden vaikuttavuutta ja hyötyjen säilymistä tutkia edelleen tarkemmin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) integratiivinen kirjallisuuskatsaus, skitsofrenia, kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, psykoedukaatio, kognitiivinen remediaatioterapia, sosiaalisten taitojen kuntoutus, meta-kognitiivinen kuntoutus		

Author(s) Last name, First name Räsänen Mari	Type of publication Master's thesis	Date 10/2019
	Number of pages 63	Language of publication: Finnish
		Permission for web publica- tion: x
Title of publication Cognitive-Behavioural methods in care of schizophrenic patient An integrative literature review		
Degree programme Master's Degree Programme in Social and Health Care		
Supervisor(s) Katja Raitio, Kari Jaatinen		
Assigned by Niuvanniemi hospital		
Abstract <p>Psychiatric care and rehabilitation should always be based on scientific evidence and best practices. Patients with schizophrenia typically have cognitive problems as part of their illness. Several different approaches have been developed to improve cognitive functioning.</p> <p>The purpose of the study was to develop the care of patients with schizophrenia by producing evidence-based information. The aim was to describe cognitive-behavioural methods used with schizophrenic patients. An integrative literature review was used to find out what results are reported about cognitive-behavioral methods used with schizophrenic patients.</p> <p>The study was carried out as qualitative research. The literature search was limited to adult patients with schizophrenia and to four cognitive-behavioural methods that were psychoeducation, cognitive remediation, social skills training and metacognitive training. The 18 articles included in the data were selected from the Pub Med-, Medic-, CINAHL- and Cochrane -databases. The time limitation was that the articles had to be published between 2013 and 2018. Thematizing was used in analysing the data.</p> <p>The study showed that cognitive-behavioural methods have positive influences on the patients' mental condition, functional ability and the patients' own experiences related to care. Cognitive-behavioural methods also had positive influences related to psychiatric care. For example, the patients' attitudes towards medication were more positive. Based on the results, cognitive-behavioural approaches are in accordance with the current treatment recommendation of schizophrenia. Hence, using cognitive-behavioural methods should be continued. More research on the effectiveness and persistence of the benefits of these methods should be conducted.</p>		
Keywords/tags (subjects) integrative literature review, schizophrenia, cognitive-behavioural methods, Psychoeducation, Cognitive Remediation, Social Skills Training, Metacognitive Training		
Miscellaneous .		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Mielenterveyshäiriöt ja skitsofrenia	5
2.1	Skitsofrenian oireet	5
2.2	Skitsofrenian hoito	7
3	Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia (CBT) ja kognitiivis-behavioraaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa	8
3.1	Psykoedukaatio.....	10
3.2	Kognitiivinen remediaatio (CRT).....	11
3.3	Metakognitiivinen harjoittelu (MCT).....	12
3.4	Sosiaalisten taitojen kuntoutus (Scit).....	14
4	Kehittämistyö Niuvanniemen sairaalassa	15
5	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	17
6	Tutkimuksen toteutus	17
6.1	Tieteenfilosofiset lähtökohdat	17
6.2	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus	18
6.2.1	Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman nimeäminen.....	19
6.2.2	Analysoitavan aineiston haku ja aineiston valinta	20
6.2.3	Aineiston luotettavuuden ja laadun arviointi	23
6.2.4	Aineiston analyysi- ja tulkinta	25
7	Tulokset	28
7.1	Psykkisen voinnin kohentuminen	29
7.2	Toimintakyvyn paraneminen.....	30
7.3	Potilaan positiiviset kokemukset.....	31
7.4	Myönteiset vaikutukset hoitoon	32

	2
8 Tulosten tarkastelu	33
8.1 Keskeiset tulokset	33
8.1.1 Psyykkinen vointi	34
8.1.2 Toimintakyky	35
8.1.3 Potilaan kokemus	36
8.1.4 Suhtautuminen hoitoon	36
8.2 Tulosten hyödyntäminen Niuvanniemen sairaalassa.....	37
8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	39
8.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	41
Lähteet	43
Liitteet	51
Liite 1. Integratiivisen kirjallisuushaun hyväksytyt viitteet	52
Kuviot	
Kuvio 1. Psyykkisen voiminnan kohentuminen	29
Kuvio 2. Toimintakyvyn paraneminen.....	30
Kuvio 3. Potilaan positiiviset kokemukset.....	31
Kuvio 4. Myönteiset vaikutukset hoitoon	32
Taulukot	
Taulukko 1. Aineiston hyväksymiskriteerit	21
Taulukko 2. Integratiivinen kirjallisuushaku.....	22
Taulukko 3. Aineiston analyysin eteneminen	25
Taulukko 4. Analyysin kolmas vaihe, alateemojen muodostaminen.....	27
Taulukko 5. Analyysin neljäs vaihe, pääteemojen muodostaminen.....	28

1 Johdanto

Mielenterveystyön palveluiden tulisi perustua tieteelliseen näyttöön tai parhaiksi havaittuihin käytäntöihin (Mental Health Action Plan 2013-2020). Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä hoito. Se edellyttää parhaan ja ajantasaisen tutkimustiedon tai muun luotettavan tiedon käyttöä päätöksenteon tukena. Myös kustannusten hallinnan kannalta tarkasteltuna on näyttöön perustuvan, tehokkaan hoidon valinta järkevää. Kyseessä on kuitenkin ennen kaikkea potilaan oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja hoidon vaikuttavuuden tulisivin ohjata myös hoitotyön eettistä päätöksentekoa. (Elomaa & Mikkola 2010, 6, 8, 17; Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon, 2017; Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001, 8.)

Näyttöön perustuvaan toimintaan kuuluu alan kehityksen seuraaminen, vaikuttavaksi todetun tiedon hankkiminen, soveltaminen ja käyttäminen sekä näyttöön perustuvien päätöksien tekeminen. Totuttuja toimintatapoja on hyvä kyseenalaistaa. Hoidon vaikutusten arviointi lisää käytännön kokemusta ja vahvistaa asiantuntemusta. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa voidaan käyttää eri tasoista ja eri lähteistä saatua tietoa. Tieto voi olla tutkimustietoa, kokemuksen kautta saatua tietoa, asiakkaalta tai omaisilta saatua tietoa sekä tietoa toimintayksikön arvoista, edellytyksistä ja voimavaroista. Näyttöön perustuva tieto yhtenäistää henkilöstön toimintaa ja mahdollistaa sen, että jokaisen potilaan saama hoito on samantasoista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:18, 54, 55, 57.)

Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielensterveyttä ja vähentää siihen kohdistuvia uhkia mielensterveyttä edistävän työn, mielensterveyden häiriöiden ehkäisyn sekä mielensterveyspalvelujen avulla. Mielensterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki sekä mielensterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. (Mielensterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d.) Suomessa ja kansainvälisesti muun muassa pohjoismaisella tasolla on nostettu esille mielensterveystyön tutkimustiedon jakamisen ja kuntoutumista tukevien palvelujen sekä pakotoimia vähentävien hyvien käytäntöjen kehittämisen merkitystä (Mielensterveys ja

päihdesuunnitelma 2012, 27; Verkosto pakon käytön vähentämiseksi 2016). Psykiatrisen sairaalahoidon tulisi olla asiakaslähtöistä, potilaiden osallisuutta lisäävää, näyttöön perustuvaa sekä laadukasta. Potilaiden osallisuutta ja oikeuksia vahvistavien toimintatapojen käyttöön ottamista pidetään tärkeänä. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 9; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 2016, 2, 27-28.)

Yksi vaikeimmista mielenterveyden sairauksista on skitsofrenia, jonka aiheuttamat kokonaiskustannukset Suomessa ovat joidenkin arvioiden mukaan noin 700–900 miljoonaa euroa vuodessa (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015.) Psykoosit Suomessa-tutkimuksessa havaittiin skitsofreniaa sairastavilla yleistynyt kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen. Kaikkiin yksittäisiin psykoosisairauksiin liittyi heikompi elämänlaatu. Kognitiiviset vaikeudet hankaloittavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja heikentävät vuorovaikutusmahdollisuuksia sekä yleistä psykososiaalista toimintakykyä. Nämä vaikeudet voivat hankaloittaa myös hoitoon liittyvien asioiden ymmärtämistä sekä muistamista. Lisäksi psykoosisairaudet ovat yleisimpiä mielenterveyssyistä johtuvia eläkkeelle siirtymisen syitä. (Viertiö, Perälä, Saarni, Partti, Saarni, Suokas, Tuulio-Henriksson, Lönnqvist, & Suvisaari, 2012.) Kognitiiviset ongelmat ovat erityisesti hoitoresistentin, eli lääkehoidosta huolimatta parantumattoman ja oireilevan skitsofrenian yhteydessä yleisiä. Kognitio on myös yksi tärkeimmistä potilaan toiminta- ja työkyvyn ennustajista. Sen vuoksi on tärkeää kehittää ja tutkia enemmän hoitomuotoja, joilla kognitiivisia kykyjä ja toimintakykyä voitaisiin parantaa. (Jääskeläinen, Isohanni, Seppälä, Seppälä, Miettunen & Koponen 2018, 692; Raitasuo 2000.)

Skitsofrenian hoitoa ohjaava Käypä hoito -suositus (2015) nostaa kognitiivis-behavioraalisen terapian lisäksi esille muun muassa kognitiiviset kuntoutusmenetelmät osana psykiatrista hoitoa. Niuvanniemen sairaalassa on aktiivisesti kehitetty potilaiden hoitoa ja kuntoutusta ja vahvistettu potilaslähtöisyyttä. Muutamalla osastolla on esimerkiksi otettu käyttöön kognitiivis-behavioraalinen viitekehys ja lähdetty jäsentämään potilaiden yksilöllistä myös hoitoa kognitiivisten menetelmien avulla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää skitsofreniapotilaiden hoitoa tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa kehittämistyön tueksi. Tavoitteena on tarkastella kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käyttöä skitsofreniapotilaiden

hoidossa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Niuvanniemen sairaalassa näyttöön perustuvan hoidon kehittämisessä, mutta myös laajemmin skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämisessä.

2 Mielenterveyshäiriöt ja skitsofrenia

Suomalaisista 1,5 % sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön vuosittain ja joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä (Huttunen 2017). Mielenterveyden häiriöt eli psykiatriset häiriöt ovat oireyhtymiä, joihin liittyy kliinisesti merkittäviä psyykkisiä oireita, kärsimystä ja haittaa. Häiriöt luokitellaan oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Vakavimmillaan häiriöt aiheuttavat kärsimyksen lisäksi toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. (Mielenterveyshäiriöt 2019.) Psykiatrisille häiriöille on ominaista tunteisiin, ajatustoimintaan ja käyttäytymiseen liittyvät ongelmat. Usein taustalla on erilaisia sietämättömiksi koettuja tunnetiloja kuten pelkoa, vihaa tai häpeää. Voimakkaina ja pitkittyneinä tunnetilat voivat lamauttaa tai saada ihmisen käyttäytymään haitallisella tavalla. (Huttunen 2017.)

Mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit, syömishäiriöt ja päihderiippuvuus. Masennushäiriöt ovat kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyshäiriö ja yksi suurimmista kansanterveysongelmistamme. (Huttunen 2017.) Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia. Muita psykoosisairauksia ovat muun muassa harhaluuloisuushäiriö, lyhykestoinen psykoosi ja skitsoaffektiivinen häiriö. (Mielenterveyshäiriöt 2019.) Suomessa skitsofreniaa sairastavia on noin 50 000, eli koko väestöstä 0,5-1,5 % sairastaa skitsofreniaa. Heistä noin 6 % on pitkäaikaisessa sairaalahoidossa ja vuoden aikana 13 % saa sairaalahoitoa. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015.)

2.1 Skitsofrenian oireet

Skitsofrenia on usein nuorella iällä alkava psyykinen sairaus, johon liittyy tunteiden, havaitsemisen, motivaation ja käyttäytymisen säätelyn häiriöitä. Skitsofrenian syntyä pyritään ymmärtämään muun muassa stressi-haavoittuvuusmallin pohjalta. Sen mukaan alttius sairastua skitsofreniaan voi olla perinnöllistä tai varhaiskehityksen aikana

syntyntä ja siihen oletetaan liittyvän varhaisia keskushermoston kehityksen häiriöitä. Mallin mukaan sairastumisen laukaisee stressi, joka voi olla normaalia elämään ja kehitykseen liittyvää stressiä tai esimerkiksi päihteiden käytön aiheuttamaa stressiä. Haavoittuvuus-stressimallin tarkoituksena on auttaa potilasta ja hänen omaisiaan ymmärtämään psykoosin puhkeamista ja vähentää sairauteen liittyviä ennakkoluuloja ja pelkoja (Oksanen, Vataja, Lappalainen, Lindberg & Koponen 2016; Kiesepää & Oksanen 2013.)

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin, negatiivisiin, kognitiivisiin ja emotionaalisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot, outo käyttäytyminen sekä formaaliset eli ajatusten rakenteeseen liittyvät ajatushäiriöt. Negatiivisia oireita ovat muun muassa tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, aloitekyvyttömyys sekä vuorovaikutustaitojen puute. Kognitiiviset oireet liittyvät tiedon käsittelyn vaikeuksiin, kun taas emotionaalisiin ongelmiin liittyy muun muassa vaikeuksia arvioida itseään suhteessa muihin. Tämä vaikeuttaa toimimista sosiaalisissa tilanteissa. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015; Muzio, Oksanen, Luoma, Kimmelma-Paajanen & Ruohonen 2010, 1; Oksanen ym. 2016.)

Lähes kaikilla skitsofreniaan sairastuneilla todetaan erilaisia kognitiivisten toimintojen puutteita tai häiriöitä. Nämä oireet voivat ilmentyä mm. tarkkaavaisuuden, muistin, kielellisen oppimisen ja käsityskyvyn, päättelyn sekä ongelmanratkaisun alueilla tai sosiaalisissa taidoissa. Vaikka varsinaiset psykoosioireet olisivatkin hallinnassa, nämä kognitiiviset oireet ja vaikeudet heikentävät merkittävästi skitsofreniaa sairastavien elämänlaatua ja vaikeuttavat mm. opiskelua ja työssä käymistä sekä arkipäivässä selviytymistä. (Favrod, Maire, Bardy, Pernier, & Bonsack 2010, 402; Kähkönen, Karila, Holmberg 2008, 18; Muzio ym. 2010, 1-2; Tuulio-Henriksson 2014; Viertiö, Mehtälä, & Sailas 2016, 632.)

Sosiaaliset tilanteet saattavat usein olla skitsofreniaa sairastaville potilaille haastavia myös, koska heillä on havaittu ongelmia kyvyssä ymmärtää toisten mielensisältöjä ja tehdä oikeaan osuvia päätelmiä toisten ajatuksista, aikomuksista ja uskomuksista. He saattavat helposti tehdä vääriä johtopäätöksiä ja tulkintoja sosiaalisissa tilanteissa ja heidän on vaikea ymmärtää toisten ihmisten näkökulmia. Mitä enemmän näitä meta-kognitiivisia ja kognitiivisia häiriöitä sairauteen liittyy, sitä vaikeammaksi muuttuvat

myös sosiaaliset vuorovaikutustilanteet. Nämä vaikeudet ovat myös este kuntoutumiselle koska usein vaikeaksi koettuja tilanteita pyritään välttämään. (Viertio ym. 2016, 633.)

Yhtenä tekijänä siihen, että skitsofreniaa sairastavat kokevat haasteita työssään ja sosiaalisissa suhteissaan pidetään neurokognitiivisia puutteita. Näiden puutteiden vuoksi heidän voi olla myös vaikea kokea olevansa merkityksellisiä jäseniä omassa yhteisössään. Neurokognitiiviset haasteet voivat paitsi vaikeuttaa oppimista ja kokemusta omasta itsestä, myös saada ihmisen välttämään eteen tulevia jokapäiväisiä haasteita ja ongelmia. (Lysaker & Buck 2007, 30.)

2.2 Skitsofrenian hoito

Skitsofrenian hoidon tulee perustua yksilölliseen suunnitelmaan, joka yhdistää erilaisia hoitoja ja kuntoutusmuotoja, psykoterapiaa, toiminnallista ja psykososiaalista kuntoutusta sekä lääkehoitoa. Keskeistä on eri hoitomuotojen yhdistäminen potilaan elämäntilanne huomioiden siten, että ne edistävät potilaan toimintakykyä parhaalla mahdollisella tavalla. Hoito toteutetaan nykyisin pääosin avohoidossa ja perhe pyritään huomioimaan ja ottamaan mukaan jo hoidon alkuvaiheessa. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015.)

Sairaalahoitoon joudutaan turvautumaan, jos potilas on esimerkiksi yhteistyökyvyttön, itsemurhavaarassa, uhkaava tai väkivaltainen eikä häntä pystytä avohoidon keinoin auttamaan. Yhteistyökyvyttömyys liittyy usein hoidon laiminlyöntiin ja hoidon aloituksen epäonnistumiseen. Sairaalahoidossa pyritään ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen ja potilaan oma tahto huomioidaan hoitoon liittyvissä päätöksissä. Potilaan tulee saada itsenäisten päätöksensä tueksi riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoitovaihtoehdoista. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 28, 31.)

Joskus skitsofrenian hoidossa joudutaan turvautumaan pakkokeinojen käyttämiseen. Pakon käytölle on aina oltava lakiin perustuva syy. Kun muut menetelmät on kokeiltu ja todettu tehottomiksi pyritään pakon käytöllä estämään potilaan, muiden potilaiden tai henkilökunnan vahingoittuminen. (Mielenterveyslaki 22 e §.) Suomessa potilasta eniten rajoittavia pakon käytön muotoja ovat potilaan sitominen, eristäminen,

tahdonvastainen injektiolääkitys sekä kiinnipitäminen (Makkonen ym. 2016, 10, 18, 31). Potilaat itse kokevat vapauden rajoittamiseksi liikkumisen ja yhteydenpidon rajoittamisen, omaisuuden haltuunoton ja tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet. Potilaiden kokemukset vapauden rajoittamisesta ovat negatiivisia. (Kuosmanen 2009.)

Tärkeä osa pakkokeinojen käytön ja väkivallan ehkäisemistä on vuorovaikutuksen parantaminen ja se, että potilas voi osallistua omaan hoitoonsa. Potilaiden valittavana tulee olla myös riittävästi hoidollisia toimintoja ja hoitoja väkivallan esioireiden ja kriisien itsehallinnan opetteluun. (Makkonen ym. 2016, 10, 18, 31.) Kuosmanen (2009) väitöstutkimuksen mukaan erilaiset potilasopetusmenetelmät osoittautuivat tehokkaiksi keinoiksi tukea psykiatristen potilaiden henkilökohtaisen vapauden kokemusta.

3 Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia (CBT) ja kognitiivis-behavioraaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa

Skitsofrenian hoidossa ovat lääkehoidon lisäksi keskeisellä sijalla muun muassa psykososiaaliset hoitomuodot kuten kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia. Hoidossa tärkeää on yksilöllisen, potilaan elämäntilanteeseen sopivan, erilaisista hoitomuodoista rakentuvan kokonaisuuden löytäminen. Kognitiivinen psykoterapia ja kuntoutus on nostettu esille Käypä hoito –suosituksessa useaan kertaan. Skitsofrenian akuuttivaiheessa suositellaan kognitiivis-behavioraalista yksilöterapiaa, tasaantumisvaiheessa tulisi arvioida neurokognitiivinen suoritusprofiili hoidon ja kuntoutumisen suunnittelua varten. Sairauden vakaassa vaiheessa sosiaalisten taitojen harjoittelu ja kognitiiviset kuntoutustoimet voivat olla ajankohtaisia. Psykoosin uusiutumista pyritään ehkäisemään muun muassa auttamalla potilasta tunnistamaan sairauden ennako- oireita ja riskitekijöitä sekä pitämällä yllä toivoa. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015.)

Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on kehitetty alun perin depression hoitoon, mutta 30 vuoden aikana sitä on laajennettu käsittämään lähes kaikki keskeiset psykiatriset häiriöt. Kognitiiviseen psykoterapiaan kuuluu häiriön kognitiivinen malli ja siihen soveltuvat kognitiiviset ja behavioraaliset työtavat. Terapiassa häiriö tai ongelma

käsitteellistetään, eli luodaan kokonaiskuva häiriötä ylläpitävistä kognitiivisista käyttäytymistekijöistä. (Holmberg & Kähkönen 2006, 711; Anttonen 2004.) Käsitteellistämisen avulla ongelmat saadaan ymmärrettävään ja muokattavaan muotoon. Tilanteeseen liittyvien tunteiden, ajatusten, mielikuvien ja käyttäytymisen kartoittamisessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi ketjuanalyysiä (Holmberg & Kähkönen, 2006, 712.). Kognitiivisessa psykoterapiassa ajatellaan, että kognitioiden muokkaaminen ja arviointi on tärkeää koska ne pitävät yllä erilaisia ongelmia. Kognitiivisessa psykoterapiassa korostuu pyrkimys luoda yhteys potilaan ongelmallisiin tunteisiin ja siten muokata kokemuksellista välttämistä ja edistää itsereflektion syntymistä. (Holmberg & Kähkönen, 2006, 717; Anttonen 2004.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa käytetään erilaisia behavioraalisia menetelmiä kuten rentoutusta, käyttäytymiskokeiluja, toimintasuunnitelman laadintaa tai portaittaista altistusta. Lisäksi käytetään erilaisia kognitiivisia menetelmiä kuten ajatusten havainnointia ja kirjaamista, kognitiivisten vääristymien tunnistamista ja kyseenalaistamista, vaihtoehtojen etsintää, uudelleen attribuointia (eli toiminnan tai tapahtuman uudelleen selittämistä), hyöty- ja haitta-analyysia ja kielikuvien analysointia. Lisäksi voidaan käyttää muun muassa mielikuva-altistusta, sokraattista dialogia, jossa potilasta autetaan kysymyksien avulla ymmärtämään oman ajattelunsa ongelmakohtia, reaktion estoa tai uskomuksien ja emotionaalisten skeemojen eli tunnelukkojen kartoitusta. (Holmberg & Kähkönen 2006, 714-715; Anttonen 2004.) Ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhteyttä voidaan kuvata ABC-mallilla. Ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen ovat jatkuvassa yhteydessä toisiinsa ja ABC-mallin avulla voimmutulla tarkemmin tietoisiksi tilanteeseen liittyvistä ajatuksista ja tulkinnoista. Kun tutkitaan erilaisia tapahtumaketjuja, voidaan käyttää apuna funktio- eli ketjuanalyysia. Siinä käsitellään ongelmatilanteisiin ja niiden aiempiin ratkaisuyrityksiin liittyviä tekijöitä ja lisäksi niihin liittyviä tunteita, käyttäytymistä ja kognitioita (Holmberg & Kähkönen, 2006.)

Kognitiivisen psykoterapian tehoa on tutkittu enemmän kuin minkään muun terapia-muodon, ja se on osoittautunut tehokkaaksi monien eri häiriöiden hoidossa (Holmberg & Kähkönen 2006, 711, 717.) Toisaalta voidaan myös ajatella, että kaikille psykoterapioille yhteisillä tekijöillä on vaikutusta hoitotulokseen. Keskeisimpänä näistä

pidetään terapeutista vuorovaikutusta ja yhteistyösuhdetta sekä muun muassa potilaan myönteisten odotusten, aktiivisen osallistumisen sekä luottamuksen tunteen tukemista ja vahvistamista. (Konsensuslausuma 18.10.2006)

Kognitiivinen kuntoutus edistää skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota sekä kohentaa muuhun kuntoutukseen yhdistettynä toimintakykyä. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015.) Kognitiivisia kuntoutusmenetelmiä on kehitetty paljon erilaisia. Niitä voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena ja yksilöterapihana. Kognitiivis-behavioraalisia kuntoutusmenetelmiä ovat esimerkiksi psykoedukaatio, CRT ja MCT sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu.

3.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaation tarkoituksena on parantaa potilaan ymmärrystä sairautensa tilastaan ja parantaa hoitomyönteisyyttä. Lisäksi sillä pyritään antamaan emotionaalista tukea potilaille ja heidän perheilleen. Psykoedukaatio on laajasti psykoosien hoidossa käytetty menetelmä, jonka sisällölle ei ole yhtä yhteistä rakennetta eikä koulutusta. Työtapoihin kuuluu tiedon jakaminen, ymmärryksen ja hallintakeinojen vahvistaminen sekä muutoksen mahdollistaminen. Luottamus ja terapeutin suhde luovat perustan jolle psykoedukaation muut elementit rakentuvat. Näin psykoedukaatio lähestyy sisällöllisesti kognitiivis-behavioraalista psykoosien hoitoa. Se ei ole pelkästään tiedon jakamista vaan pikemminkin yhteisen ymmärryksen rakentamista. Potilaan ja omaisten kanssa olisi hyvä käsitellä ainakin haavoittuvuus-stressimalli, perustietoa psykoosista ja sen hoidosta sekä varoitusmerkkien ja pitkäaikaisoireiden tunnistus ja hallinta. (Psykoedukaatio n.d.; Kiesepää & Oksanen 2013, 2133; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2010, 118, 195-196.) Psykoedukaatio on yksi vaikuttavimmaksi osoitetuista psykoosien psykososiaalisista hoitomuodoista erityisesti perhehoitoon yhdistettynä. Se näyttää ehkäisevän psykoosi- ja sairaalajaksojen uusiutumista sekä lisäävän hoitomyönteisyyttä ja sen tulisi kuulua osaksi psykoosien hoitoa ja kuntoutusta. (Kiesepää & Oksanen 2013, 2133.) Psykoedukaation tavoitteena ei välttämättä ole pysyvä paraneminen, vaan sillä pyritään ehkäisemään uudet psykoosijak-

sot, lieventämään pitkäaikaisoireita, vähentämään sairaalahoidon tarvetta sekä parantamaan potilaiden ja läheisten elämänlaatua. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2134; Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz. 2006.)

Pekkala ja Merinder tutkivat psykoedukaation vaikuttavuutta skitsofrenian hoidossa ja totesivat että lääkemyöntyvyys parani ja sairauden pahenemisvaiheet ja sairaalajaksot vähenivät. Psykoedukatiiviset lähestymistavat todettiin hyödyllisiksi niiden lyhyen keston ja edullisuuden vuoksi, mutta lisätutkimuksia vaikuttavuudesta suositeltiin. (Pekkala & Merinder 2002.)

Myös vakavasti sairaat oikeuspsykiatriset potilaat voivat hyötyä ryhmäpsykoedukaatiosta. Kolmevaiheisessa vuosien 2001-2006 aikana toteutetussa tutkimuksessa todettiin, että osallistujien tieto sairaudesta lisääntyi, itsetunto koheni ja myös myönteisiä vaikutuksia potilaiden sairautentuntoon havaittiin. Potilaiden omat kokemukset ryhmästä olivat pääosin positiivisia (Aho-Mustonen 2011). Skitsofrenian käypähoito-suosituksen (2015) mukaan koulutuksellinen terapia eli psykoedukaatio kuuluu jokaisen skitsofreniapotilaan hyvään hoitoon

3.2 Kognitiivinen remediaatio (CRT)

Kognitiivisesta remediaatiosta on paljon erilaisia versioita, joista osa toteutetaan yksin, osa ohjaajan kanssa ja osa ryhmissä. Toiset ohjelmista keskittyvät enemmän neurokognition ja toiset esimerkiksi sosiaaliseen kognition. (Eack 2012, 237.) Cognitive Remediation Therapy (CRT) -materiaalin pohjalta on suomennettu ja koottu suomenkielinen toiminnanohjauksen ohjelma ja käsikirja (Delahunty & Morice 2012, 5). Potilaan tarkkaavaisuutta, muistia, toiminnanohjausta, sosiaalista kognitiota sekä meta-kognitiivisia taitoja eli kykyä reflektoida omaa ajattelua voidaan kohentaa esimerkiksi näillä kognitiiviseksi remediaatioksi (CRT) määritellyillä ohjelmilla. Ne voidaan määrittellä myös behavioraaliseksi harjoitteluksi. Näitä ohjelmia voidaan toteuttaa sekä yksilötyöskentelynä että ryhmissä, keskeisinä tekijöinä ovat kuitenkin useat tapaamiskerrat sekä ohjaajan tukea antava työote. Kognitiivinen remediaatioterapia on tiivis terapiamuoto, joka sisältää noin 40-44 tunnin mittaista käsikirjan mukaan etenevää istuntoa. Istuntoja pidetään 3-4 kertaa viikossa. Harjoituksissa keskitytään kohentamaan potilaan tarkkaavaisuutta, muistia sekä ongelmanratkaisu- ja suunnittelukykyä.

(Muzio, Oksanen, Luoma, Kimmelma-Paajanen & Ruuhonen 2010, 4; Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016, 633.)

Kognitiivisen remediaation on satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa todettu parantaneen kognitiivista suorituskkyä merkittävästi paremmin kuin tavanomainen hoito. Yksin remediaation on todettu parantavan kognitiota sekä spesifisiä muutoksia tarkkaavaisuudessa ja kielellisissä kyvyissä. Lisäksi kognitiivisella remediatiolla on todettu positiivisia vaikutuksia myös sosiaaliseen toimintakykyyn. Skitsofrenian oireisiin positiivinen vaikutus on vain vähäinen. (Muzio ym. 2010, 2-4)

Eack ja Shaun (2012) ovat osoittaneet Kognitiivisen remediaation parantavan potilaiden havainnointikykyä, prosessointinopeutta ja työmuistia. Myös neurokognitiiviset kyvyt paranivat. Tutkimuksessa oli tarkasteltu nimenomaan CET-menetelmää. CET on sosiaalisen kuntoutuksen menetelmä, johon on yhdistetty myös kognitiivisten remediaation elementtejä. Sosiaalisen kognition parantamiseen kehitettyjä ohjelmia (Cognitive Encancement Therapy, CET) tutkivassa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa oli todettu sosiaalista kognitiota ja sopeutumista parantaneen vaikutuksen säilyvän kahden vuoden seuranta-ajan. (Muzio ym. 2010, 2-4.)

3.3 Metakognitiivinen harjoittelu (MCT)

Metakognitiivinen harjoittelu (Metacognitive Training) on kognitiivisen remediaation, psykoedukaation sekä kognitiivis-behavioraalisen terapian yhdistelmä. Sitä voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisena. Metakognitiivisen terapian tavoitteena on vähentää psykoottisia oireita ja auttaa potilaita tulemaan tietoisemmiksi niistä. Tämä tapahtuu käsittelemällä metakognitiivisia tekijöitä ennen harhojen käsittelyä. Potilaille opetetaan muun muassa vaihtoehtoisia selviytymisstrategioita ja ongelmanratkaisutaitoja. (Favrod, Maire, Bardy, Pernier & Bonsack 2010, 401.) Metakognitio on siis tietoisuutta esimerkiksi omista ajatuksista, uskomuksista tai oppimisstrategioista ja tavasta tulkita tilanteita.

MCT -ryhmä on tarkoitettu skitsofreniaa tai skitsofreniaryhmään kuuluvaa sairautta sairastaville. Mikäli potilaalla on voimakkaita psykoottisia harhoja tai maanisuuutta,

suositellaan mieluummin materiaalin läpikäymistä yksilöllisesti, jotta ryhmän dynamiikka ei kärsisi. Osallistujien olisi myös pystyttävä sitoutumaan osallistumaan koko ryhmään. (Kuokkanen 2016, 35.)

MCT-ryhmämanuaali sisältää kaksi kahdeksan moduulin sykliä, ryhmän säännöt sekä kotitehtävät joka istunnolle. Manuaali on ilmaiseksi ladattavissa netistä. Ryhmä voidaan toteuttaa kahdeksan- tai kuudentoistakerran ryhmänä. Lisäksi materiaaliin on myöhemmin lisätty kaksi lisämoduulia. Käsiteltäviä teemoja ovat attribuutio eli toiminnan/tapahtuman selittäminen, hätäiset johtopäätökset, virheelliset uskomukset, muisti, sosiaalinen kognitio, itsetunto ja stigma. Lisämoduulit käsittelevät lisää stigmat ja itsetuntoa. Ryhmän suositellaan kokoontuvan kaksi kertaa viikossa 45-60 minuuttia kerrallaan. Ryhmän ohjaajina voivat toimia psykologit, psykiatrit, psykiatriset sairaanhoitajat ja toimintaterapeutit. (Kuokkanen 2016, 33.)

Vuonna 2007 Moritz ja Woodwards tekivät randomisoidun tutkimuksen 40 potilaalle, joista osa osallistui MCT-ryhmään ja osa kognitiiviseen remediaation (CogPack). Lopuksi potilaita pyydettiin arvioimaan ryhmän vaikutuksia ja myös ryhmään sitoutumiseen ja haittavaikutuksiin kiinnitettiin huomioita. Tulokset tukivat MCT-ryhmän hyödyllisyyttä ja soveltuvuutta psykoosipotilaiden metakognitiiviseen harjoitteluun. Osallistujat kokivat muun muassa viihtyvänsä ryhmässä ja pystyvänsä hyödyntämään ryhmässä oppimiaan taitoja jokapäiväisessä elämässään. (Moritz & Woodward 2007.) Myös vuonna 2010 todettiin että MCT on kehittynyt tehokkaaksi psykiatrisen hoidon standardimenetelmien täydentäjäksi. (Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward 2010.) MCT-ryhmään osallistuneilla on todettu parannusta muun muassa harhaluulojen, muistin ja sosiaalisen elämänlaadun alueilla, myös hätäisten johtopäätösten tekemisen on todettu vähentyneen. Skitsofrenian positiivisia ja negatiivisia ja yleisoireita oireita mittaavalla PANSS-mittarilla, ei kuitenkaan havaittu eroja tavanomaiseen hoitoon verrattuna (Moritz, Kerstan, Veckenstedt, Randjbar, Vitzthum, Schmidt, Heise & Woodward 2010.) Toisessa tutkimuksessa MCT:stä todettiin olevan apua, ja PANSS -mittarilla todettiin erityisesti positiivisten oireiden vähentyneen. Lisäksi hätäisten johtopäätösten tekeminen väheni. Kuitenkaan nämä tutkimustulokset eivät tutkijoiden mukaan olleet tilastollisesti merkitseviä. (Aghotor, Pfueller, Moritz,

Weisbrod & Roesch-Ely 2010.) Kaikissa näissä tutkimuksissa suositeltiin vielä tarkempien lisätutkimusten tekemistä.

3.4 Sosiaalisten taitojen kuntoutus (Scit)

Skitsofrenian käypähoitosuosituksessa (2015) todetaan että ” Sosiaalisten taitojen suunnitelmallinen, erityisen ohjelman mukainen harjoittelu kohentaa skitsofreniapotilaiden sosiaalisia taitoja ja sosiaalista toimintakykyä”. Sosiaalisen kognition kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta on vielä vähän kirjallisuutta, mutta se vaikuttaa lupaavalta kuntoutusmenetelmältä. Social cognition and interaction training (Scit) on ryhmämuotoinen harjoitusohjelma, jonka tavoitteena on kehittää sosiaalisen kognition osa-alueita. (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016.)

Scit on suunniteltu nimenomaan henkilöille, joilla on psykoottisia oireita koska Scit painottaa sellaisia sosiaalisen kognition osa-alueita, joiden on todettu estävän tehokasta sosiaalista kanssakäymistä skitsofreniapotilailla. (Roberts, Penn & Combs 2010, 4-5.) Scit on eräs kognitiivis-behavioraalisen (CBT) hoidon muoto, mutta se painottaa enemmän sosiaalisen kognition kuntoutusta. Sosiaalisen kognition kuntouttamiseen on kehitetty muitakin hoitointerventioita kuten Integrated Psychological Therapy IPT ja Cognitive Enhancement Therapy CET. Scit eroaa näistä muun muassa siten että se on puhtaammin sosiaalisen kognition interventio eikä siihen ole liitetty kognitiivista remediaatiota. Scit:issä keskitytään myös enemmän ryhmäläisten omiin yksilöllisiin sosiaalisen kanssakäymisen haasteisiin. (Roberts ym. 2010, 6.)

Scit- ryhmän ohjelmassa harjoitellaan tunteiden tunnistamista ja mielen teoriaa eli näkökulman vaihtamista. Tavoitteena on myös pyrkiä vähentämään kaavamaisia sosiaalisia tulkintoja vähentämällä metakognitiivista yli-itsevarmuutta. Ryhmä kokoontuu yhteensä 20-24 kertaa, kerran viikossa. (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016.) Niuvanniemen sairaalassa sosiaalisen kognition harjoituksia voidaan toteuttaa myös yksilöhoitona (Louheranta, Koivuniemi, Kotilainen, Moilanen, Porkka, Tarkiainen & Venäläinen 2017, 16).

Scitin vaikuttavuutta ovat aiemmin tutkineet muun muassa Combs, Adams, Penn, Roberts, Tiegreen ja Stem (2007). Tutkimukseen osallistui 18 skitsofreniapotilasta. Ennen ja jälkeen Scit-ryhmään osallistumisen mitattiin potilaiden tunne- ja sosiaalisia

taitoja, mielenteoriaa, attribuutiota, kognitiivista joustavuutta sekä sosiaalisia suhteita. Lisäksi kerättiin tietoa aggressiivisista tapahtumista hoito-osastoilla. Kontrolliryhmään kuului 10 potilasta, jotka osallistuivat selviytymistaitojen ryhmään. Scit-ryhmään osallistuneilla todettiin parannusta kaikilla sosiaalisen kognition mittareilla. Lisäksi raportoitiin paremmista sosiaalisista suhteista ja vähentyneistä aggressiivisista tilanteista hoitoyksikössä. Tärkeimpänä havaintoja oli, että nämä muutokset olivat riippumattomia kliinisistä oireista, mikä tukee Scit:in roolia sosiaalisen kognition parantajana skitsofreniapotilailla. (Combs, Adams, Penn, Roberts, Tiegreen & Stem 2007.)

Horan, Kern, Shokat-Fadai, Sergei, Wynn ja Green (2009) tekivät kliinisen tutkimuksen, johon osallistui 31 stabiilissa vaiheessa olevaa potilasta, joista osa kävi läpi Scit-ryhmän ja osa kuului kontrolliryhmään. Tutkimuksessa havaittiin Scitin parantaneen merkittävästi kykyä tulkita kasvojen ilmeitä. Tulokset tukivat sosiaalisen kognition intervention vaikuttavuutta ja rohkaisivat jatkotutkimukseen. (Horan, Kern, Shokat-Fadai, Sergei, Wynn, & Green 2009.) Scit todettiin potentiaalisesti parhaaksi hoitotyön käytännöksi 17 potilaan pilottitestissä vuonna 2013. Sen todettiin parantavan tunteiden havainnointia, mielen teoriaa ja vähentävän vihamielistä suhtautumista toisiin. (Penn, Roberts, Combs & Sterne 2013.)

4 Kehittämistyö Niuvanniemen sairaalassa

Niuvanniemen sairaala vastaa oikeuspsykiatristen erityistason sairaanhoidollisten palvelujen ja mielentilatutkimusten tuottamisesta sekä osaltaan oikeuspsykiatrian alan koulutus- ja kehittämistoiminnasta. Sairaala toimii lisäksi Itä-Suomen yliopiston oikeuspsykiatrian klinikkana, huolehtien oikeuspsykiatrian perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksesta sekä terveystieteellisestä tutkimuksesta. Sairaalassa tehdään mielentilatutkimuksia ja hoidetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon määräämiä potilaita. Lisäksi sairaalassa hoidetaan potilaita, joiden hoitaminen on todettu erityisen vaaralliseksi tai vaikeaksi. Suurin osa potilaista sairastaa skitsofreniaa. Kunnallisten sairaaloiden lähettämät vaikeahoitoiset potilaat ovat usein sairauden akuutissa vaiheessa olevia, väkivaltaisia, usein päihdyttäviä aineita väärinkäyttäviä psykoosipotilaita. Lisäksi sairaalassa toimii

erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoito-osasto. (Niuvanniemen Sairaala, n.d.)

Niuvanniemen sairaalan osastolla 7 hoidetaan ja kuntoutetaan mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätettyjä sekä vaarallisia ja vaikeahoitaisia miespotilaita. Tarvittaessa osastolla tehdään myös mielentilatutkimuksia ja hoidon tarpeen arviointeja. Osastolla on myös vaikeasti oireilevia potilaita, joita hoidetaan vierihoidettuna. Vuoden 2015 alusta alkaen osaston vaikeasti oireilevien potilaiden hoitoa alettiin kehittämään aluksi niin sanottua open area seclusion -ajatusta eli avoimien ovien eristystä soveltaen. Siinä potilaalla on tukena vierihoitaja auttamassa muun muassa erilaisten rauhoittumiskeinojen ja selviytymisen kanssa (Bjørkly, 1995). Vuoden 2016 alusta alkaen kehittämistyötä laajennettiin koko osaston potilaiden hoitoa koskevaksi. Kehittämistä ohjasi kognitiivis-behavioraalinen viitekehys. Kehittämistyötä tehtiin moniammatillisesti yhteistyössä osaston psykologien kanssa. Henkilökuntaa koulutettiin kognitiivisten menetelmien käyttöön.

Tällä hetkellä pyritään muun muassa jäsentämään potilaiden ongelmia kognitiivisen viitekehysten näkökulmasta laatimalla potilaiden tilanteista tapauskuvausmalleja yhteistyössä potilaan ja työryhmän kanssa. Näiden mallien avulla voidaan jäsentää potilaan ongelmia ja suunnitella hoitoa ja kuntoutusta. Lisäksi potilaiden arjessa tapahtuvaa kuntoutusta pyritään kehittämään muun muassa henkilökohtaisia viikko-ohjelmia käyttämällä. Potilaiden hoidossa hyödynnetään kognitiivis-behavioraalisia kuntoutusmenetelmiä, joihin kuuluvat muun muassa sosiaalisen kognition kuntouttaminen (Scit) ja kognitiivinen kuntoutus (CRT, MCT) sekä psykoedukaatio. Lisäksi hyödynnetään hoitosuhteissa mm. ABC-mallia, ketjuanalyysia ja muita kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian menetelmiä. Käytössä ovat myös muun muassa erilainen taitoharjoittelu, toimintaterapia sekä kriisisuunnitelmat (ahdistuksen ja vihan itsesäätelyn lisääminen). (Kuivalainen 2016; Kuivalainen 2015.)

Osaston kehittämistyön tarkoituksena on vahvistaa potilaslähtöisyyttä kehittämällä hoidossa ja kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä. Tavoitteena on lisätä potilaan itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta hoitoonsa ja vähentää näin tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käyttöä. Tämä liittyy sairaalan laajempaan tutkimus- ja kehittämistyöhön, jossa pyritään välttämään pakkokeinojen käyttöä muun muassa

lisäämällä mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan, ennaltaehkäisemällä kriisitilanteita ja kehittämällä moniammatillisia sekä johdonmukaisia hoitokäytäntöjä. (Louheranta, Koivuniemi, Kotilainen, Moilanen, Porkka, Tarkiainen & Venäläinen 2017; Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016 18-19).

5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää skitsofreniapotilaiden hoitoa tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa kehittämistyön tueksi. Tavoitteena on tarkastella kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käyttöä skitsofreniapotilaiden hoidossa.

Tutkimuskysymys on:

Mitä tuloksia on raportoitu kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidossa?

6 Tutkimuksen toteutus

6.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tieteenfilosofiset suuntaukset ovat maailmankatsomuksia ja ajattelutapoja, jotka liittyvät tiedon ja todellisuuden luonteeseen. Tutkimuksen muut menetelmälliset valinnat perustuvat näihin suuntauksiin ja ajattelutapoihin, ja näin tutkijan maailmankuva ja käsitys todellisuudesta ohjaavat tutkimuksen vaiheita. Esimerkiksi tieteellisessä realismissa tai relativismissa viitataan erilaisiin käsityksiin sosiaalisesta todellisuudesta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 7.1.2.) Realistisessa aineiston analyttisessä tarkastelutavassa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä aineistossa on ja mitä siinä tutkittavasta aiheesta kerrotaan. Realistinen suhtautuminen tutkimuksiin tarkoittaa aineistoon suhtautumista sisältöä jäsentävällä ja analysoivalla otteella. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 7.3.)

Työssä aineistoa tarkastellaan realistisen suuntauksen kautta. Realistinen suhtautuminen analyysiin voi tarkoittaa, että analyysissa edetään koodauksen jälkeen tarkempaan erittelyyn ja näistä yksittäisistä havainnoista voidaan muodostaa suurempia

teemoja, joita voidaan vielä tyypitellä. Vaihtoehtoisesti voidaan myös edetä päinvas-
toin suuremmasta pienempään. Aineiston lukemisen jälkeen muodostetaan aineistoa
kuvaavia tyyppejä, joita sitten tarkastellaan systemaattisemmin. Tyyppejä voidaan
pilkkoa teemoihin eli kuvata ja eritellä tyyppejä tarkemmin. Raportissa siis nostetaan
ensin esille lopputulos ja kuvataan sitten mistä tulos koostuu. (Saaranen-Kauppinen
& Puusniekka 2006, 7.3.)

6.2 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka toteutetaan integratiivisena kirjallisuus-
katsauksena. Laadullisessa tutkimuksessa ilmiöitä pyritään ymmärtämään ja kuva-
maan hankkimalla aiheesta uutta tietoa. Tarkoituksena on luoda kootun aineiston
pohjalta tieteelliseen pohjaan perustuvia johtopäätöksiä. Tutkittavasta ilmiöstä luo-
daan kokonaiskuva, mutta lisäksi pyritään tekemään myös onnistuneita tulkintoja ja
synteesejä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys luo pohjaa aineistonkeruulle sekä
toimii myös tutkimuksen johtopäätösten peilinä. (Puusa & Juuti 2011, 48-51; Puusa
2011, 115-117.)

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä valitaan tutkimusongelman mu-
kaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kirjallisuuskatsausta voidaan käyt-
tää, kun halutaan saada jostakin aihealueesta kattava kokonaiskuva. Hyvän kirjalli-
suuskatsauksen avulla saadaan tutkittavasta aiheesta keskeistä tutkimustietoa, tun-
nistetaan jatkotutkimustarpeita sekä tarvittaessa luodaan perustaa tutkimuksen tut-
kimusasetelmalle ja tutkimusmenetelmille. Näyttöön perustuvan toiminnan vaati-
mukset ovat lisänneet kirjallisuuskatsausten määrää. (Suhonen, Axelin, Stolt 2015,7;
Sulosaari & Kajander-Unkuri, 2015, 110.)

Kirjallisuuskatsauksia on monenlaisia. Ne voidaan jakaa aineiston analyysitavan mu-
kaan esimerkiksi meta-analyyseihin, -synteeseihin ja metayhteenvetoihin sekä syste-
maattisiin, integroituihin ja laadullisiin katsauksiin (Flinkman & Salanterä 2007, 84;
Suhonen ym. 2015, 8). Integroitu/integratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää sekä nar-
ratiivisen että systemaattisen katsauksen ominaispiirteitä. Narratiivinen katsaus on
kuvaileva katsaus, joka selvittää aihealueeseen liittyvää tutkimusta, sen syvyyttä, laa-
juutta ja määrää. (Suhonen ym. 2015, 9.) Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella on

spesifi tarkoitus ja tarkat tutkimuksen valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessit. Se kohdistuu tarkasti valittuihin ja rajattuihin tutkimuksiin. (Johansson 2007, 4.) Integroitu katsaus on kirjallisuuskatsauksista laajin, sillä se mahdollistaa eri metodein tehtyjen tutkimusten yhdistämisen samaan katsaukseen. (Suhonen ym. 2015, 13; Salminen 2011, 14). Whittemoren ja Knalfin (2005) mukaan integroidussa katsauksessa voidaan yhdistää sekä teoreettista että empiiristä tutkimusta. Kognitiivis-behavioraalista menetelmistä on varsin erityyppistä tutkimustietoa, siksi tähän työhön valittiin menetelmäksi integratiivinen kirjallisuuskatsaus, jotta aiheesta saataisiin mahdollisimman kattava aineisto. (Whittemore & Knalf 2005, 547.)

Integroidulla kirjallisuuskatsauksella on prosessinomainen luonne. Prosessi voidaan jakaa viiteen vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat: 1) Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman nimeäminen, 2) Analysoitavan aineiston keruu ja aineiston valinta, 3) Aineiston laadun arviointi, 4) Aineiston analysointi ja tulkinta ja 5) Tulosten esittäminen. (Suhonen, Axelin, Stolt 2015, 7-8, 13; Sulosaari & Kajander-Unkuri, 2015 113; Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 23.)

6.2.1 Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman nimeäminen

Aluksi määriteltiin huolellisesti katsauksen tarkoitus ja nimettiin tutkimusongelmat. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää skitsofreniapotilaiden hoitoa tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa kehittämistyön tueksi. Tavoitteena oli tarkastella kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käyttöä skitsofreniapotilaiden hoidossa. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastausta siihen mitä tuloksia on raportoitu kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidossa.

Keskeisten käsitteiden määrittely on tärkeä osa kirjallisuuskatsausta. Keskeiset käsitteet määritellään teoreettisessa viitekehyksessä ja ne rajattiin nimenomaan kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin, jotka olivat käytössä Niuvanniemen sairaalassa osastolla 7 opinnäytetyön tekemistä aloitettaessa (psykoedukaatio, Scit, CRT ja MCT). Lisäksi rajattiin menetelmät koskemaan nimenomaan skitsofreniaa sairastavia aikuispotilaita koska ne ovat suurin potilasryhmä Niuvanniemen sairaalassa. (Flinkman & Salanterä 2007 88.)

6.2.2 Analysoitavan aineiston haku ja aineiston valinta

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin harkinnanvaraisena otoksena tekemällä kirjallisuushakuja kognitiivis-behavioraalisista kuntoutusmenetelmistä. Kirjallisuushaut tehtiin 8.10-26.10.2018 välillä Pub Med, Medic, CINAHL ja Cochrane -tietokantoihin sekä lisäksi käsihakuna. Hauissa haettiin sekä suomen- että englanninkielisiä lähteitä. Käytettävät hakusanat määriteltiin tutkimuksen tavoitteen ja tutkimuskysymyksen pohjalta siten, että niiden avulla saataisiin tutkimuskysymykseen vastaavaa tietoa. Haut rajattiin koskemaan tutkimuksia, jotka koskevat skitsofreniaryhmän sairautta sairastavia aikuispotilaita. Aikarajaukseksi valittiin 2013-2018 jotta mukaan saatiin mahdollisimman uutta tutkimustietoa. Saatavilla tuli olla koko tutkimustekstit tai artikkelit kokoteksteinä.

Hakulausekkeen laatimisessa konsultoitii Itä-Suomen Yliopiston tietoasiantuntijaa 28.9.18 tapaamisessa. Ennen varsinaista kirjallisuushakua suoritettiin koehakuja, jotta varmistettiin hakulausekkeiden toimivuus. (Anttila 2014; Flinkman & Salanterä 2007, 91; Puusa & Juuti 2011, 55.) Hakulausekkeena Pub Med, CINAHL ja Cochrane tietokantoihin käytettiin ((Psychoeducation or "Cognitive Behavior Therapy" or "Social Cognition and Interaction Training" or "Metacognitive Training" or "Cognitive Remediation Therapy" or "Cognitive Techniques") and (Psychosis or Schizophreni* or psychotic) and (outcome* or effect*)). Medic- tietokantaan tehtiin useampia hakuja: psykoedukaatio AND skitsofrenia, kognitiivinen terap* AND skitsofrenia, behavioraalinen terap* AND skitsofrenia, AND skitsofrenia, sosiaalinen kognit* AND skitsofrenia, kognitiivine* AND skitsofrenia, kognitiiviset tekniikat AND skitsofrenia. (Whittemore & Knalf 2005, 549.)

Englanninkielisissä hakulausekkeissa päädyttiin hakemaan myös vaikuttavuutta ja tuloksia, jotta saadut viitteet vastasivat paremmin tutkimuskysymykseen. Suomenkielisistä hauista jätettiin pois vaikuttavuuteen liittyvät hakusanat koska niiden todettiin rajaavan saatua materiaalia liiaksi. Aineistoa tarkasteltiin hyväksymis- ja poissulkukriteereiden mukaisesti (Taulukko 1).

Taulukko 1. Aineiston hyväksymiskriteerit

Hyväksymiskriteerit
aineisto vastaa tutkimuskysymykseen
aineisto käsittelee aikuispotilaita
aineisto on julkaistu vuosina 2013-2018
aineiston julkaisukieli on suomi tai englanti
tutkimus on julkaistu kansainvälisessä tai kansallisessa julkaisussa peer review -artikkelina
tutkimuksen julkaisijalla on julkaisufoorumin tasoluokitus 1-3
tutkimuksen kokoteksti on saatavilla
Poissulkukriteerit olivat käänteiset hyväksymiskriteereille.

CINAHL:n hakutuloksena oli 62 viitettä, joista otsikon perusteella hyväksyttiin 32 viitettä ja abstraktin perusteella 26 viitettä. Koska kokotekstejä oli varsin vähän saatavilla, lopulliseen analyysiin hyväksyttiin ainoastaan 2 viitettä. PubMedin hakutulos oli 131 viitettä. Niistä otsikon perusteella hyväksyttiin 59 viitettä ja abstraktin perusteella 37 viitettä. Kokotekstin saatavuuden perusteella analyysiin hyväksyttiin 15 viitettä. Cochrane hakutulos oli 11 viitettä. Niistä otsikon perusteella hyväksyttiin 1 viite ja abstraktin ja kokotekstin saatavuuden perusteella edelleen 1 viite. Medicin hakujen yhteistuloksena oli 67 viitettä, joissa oli runsaasti päällekkäisiä tuloksia. Otsikon perusteella hyväksyttiin 16 viitettä ja tiivistelmän perusteella 11 viitettä. Kun päällekkäiset viitteet karsittiin pois, jäi aineistoon 4 viitettä. Lopulta tarkasteltavaksi jäi siis 22 viitettä. Näihin lisättiin vielä 2 käsihakuna löytynyttä viitettä. 24 viitettä luettiin tarkemmin läpi ja lukemisen ja arvioinnin jälkeen lopulliseen aineistoon hyväksyttiin 18 viitettä. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Integratiivinen kirjallisuushaku

Haut Cinahl, PubMed, Cochrane ja Medic tietokantoihin					
HAKUTULOS	CINAHL 62 viitettä	Pub Med 131 vii- tettä	Cochrane 11 viitettä	Medic 67 viitettä	käsihaku
OTSIKON PE- RUSTEELLA	Hylätty 30 viitettä, hyväksytty 32 viitettä	Hylätty 72 viitettä, hyväk- sytty 59 viitettä	Hylätty 10 viitettä, hyväksytty 1 viite	Hylätty 51 viitettä, hyväksytty 16 viitettä	
TIIVISTELMÄN PERUSTEELLA	Hylätty 6 viitettä, hyväksytty 26 viitettä	Hylätty 22 viitettä, hyväk- sytty 37 viitettä	hyväksytty 1 viite	Hylätty 5 viitettä, hyväksytty 11 joista päällekkäisien tu- lostien kar- simisen jäl- keen hyväksytty 4 viitettä	
KOKOTEKSTIN SAATAVUUDEN PERUSTEELLA	Ei saata- villa 23 vii- tettä, saatavilla 2 viitettä	Ei saata- villa 22 viitettä, saatavilla 15 viitettä	saatavilla 1 viite	saatavilla 4 viitettä	
KOKOTEKSTIN PERUSTEELLA	Hylätty 1 viite, hyväksytty 1 viite	Hylätty 4 viitettä, hyväk- sytty 11 viitettä	Hyväksytty 1 viite	Hylätty 1 viite, hyväksytty 3 viitettä	käsiha- kuna löy- tyi ja hy- väksyttiin 2 viitettä
Lopulliseen aineistoon hyväksytty 18 viitettä (kokotekstin perusteella hylättiin 6, joista 2 julkaisijalta puuttui julkaisufoorumien tasoluokitus, muut eivät vastanneet tutkimuskysymykseen)					

Aineiston hallittavuuden parantamiseksi se koottiin taulukkoon (Liite 1). Taulukkoa kootessa karsittiin pois epäoleellinen tieto, jolloin jäljelle jäivät tiedot tutkimuksen luonteesta, metodologiasta ja tuloksista. (Flinkman & Salanterä 2007, 92.)

Analyysiin hyväksytyistä 18 viitteestä oli kolme suomenkielisessä Duodecim-lehdessä julkaistua katsausartikkelia. Ne käsittelivät psykoosipotilaiden hoidossa käytettäviä kognitiivisia ja psykososiaalisia hoitomuotoja ja niissä viitattiin mm. meta-analyysiin, Cochrane-katsaukseen tai systemaattiseen katsaukseen. Yksi artikkeleista keskittyi erityisesti psykoedukaatioon, toinen sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmiin ja CRT:hen ja kolmas yleisemmin kognitiiviseen kuntoutukseen.

Loput viitteistä olivat englanninkielisiä ja niistä kuusi käsitteli psykoedukaatiota ja sen vaikutuksia. Psykoedukaatiota käsittelevistä tutkimuksista 1 oli RTC-tutkimus, 1 systemaattinen katsaus, 1 randomisoitu 7 vuoden seurantatutkimus, 1 pilottitutkimus ja 2 ryhmätutkimusta. Tutkimuksissa tarkasteltiin muun muassa Mindfulness-painotteista psykoedukaatiota, erilaisia ryhmäpsykoedukaatioita sekä filmien välityksellä tapahtuvaa psykoedukaatiota, joka osoittautui kustannustehokkaaksi.

MCT:tä käsitteli kolme tutkimusta. Näistä yhdessä oli tarkasteltu poikkileikkaustutkimusta ja kahta satunnaistettua kontrolloitua koetta. Toinen oli randomisoitu kliininen tutkimus ja kolmannessa esiteltiin kvantitatiivinen kokeellinen tutkimus yksilö-MCT:n vaikutuksista harhaluuloihin ja metakognitiivisiin taitoihin.

Neljästä CRT:tä käsittelevästä tutkimuksesta kolme keskittyi tietokonepohjaiseen CRT:hen. Näistä yksi oli soveltuvuustutkimus (feasibility study), yksi monimenetelmäinen tutkimus ATK-pohjaisen CRT:n soveltuvuudesta ja yksi randomisoitu kliininen tutkimus ATK-pohjaisesta CRT:stä. Lisäksi oli yksi RTC tutkimus, joka käsitteli CRT:n vaikutuksia nimenomaan työkykyyn ja työssä selviytymiseen.

Suomenkielisen artikkelin lisäksi yksi randomisoitu kliininen tutkimus käsitteli kognitiivis-behavioraalista sosiaalisten taitojen harjoittelua. Yksi RTC-tutkimus selvitti ryhmämuotoisen selviytymistä painottavan ohjelman pitkän ajan vaikutuksia (ohjelma painotti sosiaalista vuorovaikutusta ja tuen antamisen elementtejä tiedon antamiseen/edukaatioon selviytymiskykyyn ja kognitioon liittyen)

6.2.3 Aineiston luotettavuuden ja laadun arviointi

Integroituun katsaukseen sisällytettyjä tutkimuksia on arvioitava, jotta voidaan päätellä, onko niistä tehdyillä johtopäätöksillä painoarvoa. Aineisto sisälsi eri metodein

tehtyjä tutkimuksia, joten niiden arviointi oli haastavaa. Esimerkiksi empiiristä, narratiivista, kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta arvioidaan erilaisin kriteerein.

Yleensä tutkimuksista pyritään arvioimaan muun muassa tutkimusten vahvuuksia ja heikkouksia, luotettavuutta, toistettavuutta, yleistettävyyttä, aineiston edustavuutta ja käytettyjen mittareiden laadukkuutta. (Flinkman & Salanterä 2007, 93-94.) Yleisesti voidaan myös ajatella, että mikäli artikkeli on julkaistu tieteenalan arvostetussa tieteellisessä lehdessä, sen tasoon voi luottaa (Valitse tieteellisiä ja luotettavia lähteitä 2018).

Aineiston luotettavuuden osalta valintakriteerinä päädyttiin käyttämään apuna Julkaisufoorumin luokitusjärjestelmää. Julkaisufoorumin tasoluokituksen tarkoituksena on tukea tutkimuksen laadunarviointia. Julkaisujen laatua arvioidaan asteikolla 1-3, jossa 3 on korkein mahdollinen taso. Julkaisufoorumin luokituksessa pystytään ottamaan huomioon eri tieteenalojen julkaisukäytäntöjen erityispiirteet, lisäksi tiedeyhteisö pystyy osallistumaan ja vaikuttamaan luokituksen kehittämiseen. Luokitus välittää tietoa tieteellisten julkaisukanavien vaikuttavuudesta ja arvostuksesta tiedeyhteisössä. Vain tieteelliset julkaisukanavat voivat saada Julkaisufoorumi-luokan. Näillä kanavilla on asiantuntijoista koostuva toimituskunta, ja ne noudattavat vertaisarviointikäytäntöä. (Julkaisufoorumi n.d.) Viite hyväksyttiin mukaan, mikäli aineiston julkaisijalla oli julkaisufoorumin tasoluokitus.

Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan tutkimusten arviointikriteeristöön kuuluu se, että sisääntokriteerit täyttäneiden tutkimusten menetelmällistä laatua arvioidaan kriittisesti. Aineiston laadun arviointiin on kehitetty erilaisia menetelmiä. Yksi esimerkki laadun arvioinnista on Joanna Briggs Instituutin (JBI) julkaisema ohjeistus ja standardoidut JBI-kriteeristö lomakkeet erilaisten tutkimusartikkelien menetelmällisen laadun arvioinnista. (Näyttöön perustuva toiminta, 2019)

Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell kehittivät oman menetelmän, Appendix C-työkälyn, jolla voi arvioida erityyppisin menetelmin tehtyjen artikkeleiden laatua. Työkälyn avulla arvioidaan muun muassa otsikkoa ja tiivistelmää, työn tarkoitusta, metodologiaa, analyysia, eettistä pohdintaa, tuloksia ja niiden siirrettävyyttä sekä yleistettävyyttä ja vaikutuksia. Arviointi tehdään asteikolla hyvä, kohtalainen, huono, hyvin huono. (Hawker, Payne, Kerr, Hardey & Powell 2002, 1291, 1292, 1295.)

Tässä työssä hyödynnettiin mukaillen JBI -lomakkeiden ja Appendix-C -työkalun kriteeristöjä analysoitavien tutkimusten laadun arvioinnissa. Tutkimusten laatua arvioitaessa kiinnitettiin huomiota muun muassa siihen, kuinka tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys oli esitetty, kuinka käytetty tutkimusmenetelmä (ja mahdollinen hakustrategia) oli kuvattu, millainen oli tutkimuksen otos, miten työn eettisyyttä ja luotettavuutta oli pohdittu, kuinka sen laatua oli arvioitu ja kuinka tulokset oli esitetty sekä mikä merkitys tuloksilla oli ja kuinka hyödynnettäviä ne olivat. Arviointi suoritettiin lukemalla jokainen mukaan valittu tutkimus läpi ennen varsinaista analyysivaihetta.

6.2.4 Aineiston analyysi- ja tulkinta

Aineiston analyysi eteni järjestelmällisesti vaiheittain (Taulukko 3). Kaikki hyväksytyt 18 artikkelia luettiin tammikuun 2019 aikana läpi sähköisessä muodossa kiinnittäen huomiota tutkimusten tuloksiin. Aineistoa analysoitiin teemoittelun avulla. Tutkimuskysymys ohjasi teemoittelua ja tekstistä etsittiin vastausta siihen, millaisia tutkimustuloksia kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidossa on saatu. (Flinkman & Salanterä 2007, 94-96.). Tulokset siirrettiin taulukkoon (Liite 1).

Taulukko 3. Aineiston analyysin eteneminen

VAIHE 1	18 artikkelia luettiin läpi, poimittiin vastauksia tutkimuskysymykseen: Millaisia tutkimustuloksia kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidossa on saatu?
VAIHE 2	Vastaukset tutkimuskysymykseen koottiin taulukkoon. (Liite 1) Samassa taulukossa koottuna myös keskeiset tiedot hyväksytyistä viitteistä.
VAIHE 3	Vastauksista muodostettiin alateemoja, jotka koottiin taas omaan taulukkoonsa. (Taulukko 4) Samassa taulukossa seurattiin myös sitä mihin kuntoutusmenetelmään alateema liittyi.
VAIHE 4	Alateemoja muokattiin ja ryhmiteltiin ja niistä muodostui lopulta neljä pääteemaa. (Taulukko 5)

Aineiston jäsentäminen tapahtui järjestelemällä taulukkoon koottu aineisto teemoittain etsimällä yhdistäviä seikkoja. Tässä käytettiin apuna koodausta. Tuloksia siis yksinkertaistettiin ja niistä muodostettiin alateemoja. Nämä alateemat siirrettiin omaan taulukkoonsa (Taulukko 4), johon oli myös huolellisesti numeroin merkitty mistä lähteestä tulos oli saatu. Näin artikkeliin voitiin tarvittaessa palata analyysin edetessä.

Analysointia ja teemoittelua jatkettiin. Alateemoja muokattiin ja aineistosta pyrittiin tekemään tulkintoja. Yksittäiset tulokset pyrittiin siirtämään yleisemmälle tasolle ja luomaan niistä mielekäs ja merkityksellinen kokonaisuus (Whittemore & Knalf 2005, 551). Näin muodostui neljä pääteemaa, jotka muodostivat vastauksen tutkimuskysymykseen. (Taulukko 5) Teemoja muodostettaessa ja aineistoa analysoitaessa merkittiin samalla eri väreillä mihin kognitiivis-behavioraaliseen kuntoutusmenetelmään tulos liittyi. Tällä haluttiin varmistaa se, että tuloksia voidaan helposti tarkastella myös kuntoutusmenetelmittäin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 7.3.4.)

Taulukko 4. Analyysin kolmas vaihe, alateemojen muodostaminen

alateema ja lähteen nro	psykoedukaatio 7 art. (1,4,6,7,10,13,16)	sos.kogn kunt ohjelmat 2 art. (2,15)	remediaatio = CRT 4/5 art. (2,8,11,12,14)	MCT 3 art. (5,17,18)
vähentää relapseja	1,4,6,10			
vähentää sairaalahoidoja	1,10,			
lisää hoitoonsitoutumista	1,13			
lisää tyytyväisyyttä hoi- toon	1			
lisää motivaatiota		15		
parantaa elämänlaatua	1, 13			
lisää lääkemyöntyvyyttä	4, 10, 16			
lisää ymmärrystä oireista, vähentää niiden ahdistavuutta,	1,6			
tieto ja ymmärrys sairau- desta lisääntyy	13, 16			
parantaa kommunikaatiota ja yhteistyötä	1			
positiivisena koettu ver- taistuki	1			
parantaa sosiaalista kogni- tiota		2	2,8	
parantaa toimintakykyä		2,15	2	
oma kokemus toimintaky- vyn paranemisesta			12	
parantaa kokonaiskogni- ttoa			2,8,14	
oma kokemus kognition paranemisesta			12	
vähentää paranoidista ajattelua/suhtautumista				5, 17
vähentää stigmaa	7			
parantaa työkykyä			8	
ei (mitään) hyötyä			11, 14 (tietokone crt)	
muisti parani			14	
tietoisuus taidoista		15		
vaikutti pos./neg oireisiin		15		
harhалуulot vähenivät 18				18
metakognitiiviset kyvyt pa- ranivat				18

Taulukko 5. Analyysin neljäs vaihe, pääteemojen muodostaminen

PÄÄTEEMA: PSYKKISEN VOINNIN KOHENTUMINEN		PÄÄTEEMA: TOIMINTAKYVYN PARANEMINEN		
sairaalahoitojen määrä väheni		sosiaalinen kognitio parani		
psykoosijaksot (relapsit) vähenevät		toimintakyky parani		
positiiviset ja negatiiviset oireet vähenevät		kokonaiskognitio parani		
tietoisuus omista taidoista kasvoi		työkyky parani		
harhaluulot vähenevät		muisti parani		
paranoidinen ajattelu ja suhtautuminen vähenevät		metakognitiiviset kyvyt paranivat		
PÄÄTEEMA: POTILAAN POSITIIVISET KOKEMUKSET		PÄÄTEEMA: MYÖNTEISET VAIKUTUKSET HOITOON		
tyytyväisyys hoitoon lisääntyi		lisää hoitoon sitoutumista		
elämänlaatu parani		lisää lääkemyöntyvyyttä		
ymmärrys oireista kasvoi		tieto ja ymmärrys sairaudesta lisääntyy		
sairaus koettiin vähemmän ahdistavaksi		kommunikaatio ja yhteistyö paranee		
saatu vertaistuki koettiin positiiviseksi				
kokemus stigmasta väheni				
motivaatio parani				
kokemus omasta toiminta kyvystä parani				
oma kokemus kognition paranemisesta				
värikoodien selitykset:	psykoedukaatio	sos.kogn kunt. ohjelmat	CRT	MCT

7 Tulokset

Tuloksia käsitellään tutkimuskysymyksen mukaisesti. Kolmesta suomenkielistä katsausartikkelista yksi keskittyi erityisesti psykoedukaatioon, toinen sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmiin ja CRT:hen ja kolmas yleisemmin kognitiiviseen kuntoutukseen. Englanninkielisistä tutkimuksista kuusi käsitteli psykoedukaatiota ja sen vaikutuksia, kolme MCT:tä, neljä CRT:tä ja kaksi sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmia. Aineistosta nousi tarkastelun ja tulosten koodauksen myötä esille kognitiivis-behavioraalisten menetelmien tuloksia kuvaavia alateemoja, joista muodostui neljä pääteemaa: psyykkisen voinnin kohentuminen, toimintakyvyn paraneminen, potilaan positiiviset kokemukset ja myönteiset vaikutukset hoitoon. Tuloksia pyritään selkeyttämään myös teemoittelua kuvaavien taulukoiden avulla (Flinkman & Salanterä 2007, 97).

7.1 Psyykkisen voinnin kohentuminen

Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien todettiin vaikuttavan positiivisesti skitsofreniaa sairastavien psyykkiseen vointiin (Kuvio 1). Tämä teema muodostui sairauden oireisiin liittyvistä alateemoista kuten paranoidisen ajattelun ja suhtautumisen sekä harhaluulojen vähentyminen ja sairauden positiivisten ja negatiivisten oireiden vähentyminen. Lisäksi katsottiin, että sairaalahoitojen tarpeen ja sairauden relapsivaiheiden väheneminen kuvastavat psyykkisen voinnin kohentumista. Myös skitsofreniaa sairastavien lisääntyneen tietoisuuden omista taidoista katsottiin kuvastavan psyykkistä vointia.

PÄÄTEEMA: psyykkisen voinnin kohentuminen

ALATEEMAT: sairaalahoitojen määrä väheni, psykoosijaksot (relapsit) vähenevät, paranoidinen ajattelu ja suhtautuminen vähenivät, tietoisuus omista taidoista kasvoi, positiiviset ja negatiiviset oireet vähenivät, harhaluulot vähenivät

Kuvio 1. Psyykkisen voinnin kohentuminen

Teemoja tarkasteltiin myös kuntoutusmenetelmittäin. Psyykkisen voinnin kohentamiseen oli positiivisia vaikutuksia kolmella kognitiivis-behavioraalisella kuntoutusmenetelmällä, joita olivat psykoedukaatio, MCT ja Scit. Näistä psykoedukaation todettiin vähentävän sairaalahoidon tarvetta sekä vähentävän psykoosijaksojen uusiutumisen eli relapsivaiheita (Kieseppä & Oksanen 2013; Zhao, Sampson, Xia & Jayaram 2015; Chien, Bressington, Yip & Karatzias 2017; Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Lüscher, Rentrop, Kissling & Jahn 2016). Psyykkisen voinnin kohentumista kuvattiin muun muassa siten että ”psykoedukaatio vähentää relapseja ja sairaalahoitoja paremman hoitoon sitoutumisen vuoksi” (Kieseppä & Oksanen 2013).

MCT:n todettiin vähentävän paranoidista ajattelua ja suhtautumista (Pos, Meijer, Verkerk, Ackema, Krabbendam & de Haan 2018; Kuokkanen 2016). ”potilaat kokivat vähemmän paranoidisia reaktioita MCT:n jälkeen” (Pos ym. 2018). Lisäksi MCT:n todettiin vähentävän harhaluuloja (Errawati, Keliat, Helena & Hamid 2014).

Scit:n aiheuttamia positiivisten ja negatiivisten oireiden vähenemistä ja lisääntyntä tietoisuutta omista taidoista kuvattiin muun muassa seuraavasti: *”...tietoisuus taidoista, toimintakyvystä, motivaatiosta, sosiaalisuudesta, negatiivisista oireista kasvoi merkittävästi enemmän ... vertailukelpoisia tuloksia havaittiin myös positiivisiin oireisiin ja sosiaaliseen kompetenssiin liittyen.* ”(Granholm, Holden, Link, McQuaid 2014).

7.2 Toimintakyvyn paraneminen

Kognitiivis-behavioraaliset kuntoutusmenetelmät paransivat skitsofreniaa sairastavien toimintakykyä. Tähän teemaan liitettiin yleisen toimintakyvyn parantumiseen liittyvät asiat sekä yleiseen ja sosiaaliseen kognitioon liittyvät asiat. Lisäksi työkyvyn ja muistin sekä metakognitiivisten kykyjen parantuminen liitettiin toimintakyvyn paranemiseen -teemaan. (Kuvio 2) Tuulio-Henrikson (2014) toteaa kognitiivisesta kuntoutuksesta, että se *”ainakin kohtalaisen tehokkaasti lieventää kognitiivisia oireita ja edistää potilaan yleistä psykososiaalista toimintakykyä ja arkitoimista selviytymistä.”*

PÄÄTEEMA: toimintakyvyn paraneminen

ALATEEMAT: sosiaalinen kognitio parani, kokonaiskognitio parani, toimintakyky parani, työkyky parani, muisti parani, metakognitiiviset kyvyt parani

Kuvio 2. Toimintakyvyn paraneminen

Kuntoutus menetelmittäin tarkasteltuna toimintakyvyn paraneminen -teemaan oli positiivisia vaikutuksia Scit:llä, CRT:llä ja MCT:llä. Scit:n todettiin parantavan yleistä toimintakykyä sekä sosiaalista kognitiota (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016.; Granholm, Holden, Link & McQuaid 2014). Tätä kuvattiin muun muassa seuraavasti: *”... näkyi kokonaiskognition paranemisessa ja toimintakyvyn kohenemisessa...olevan vaikutuksia sosiaalisen kognition osa-alueisiin ja näiden vaikutusten myös yleistyvän toimintakyvyn ”* (Viertiö ym. 2016).

CRT paransi kokonaiskognitiota (Viertiö ym. 2016.; Ikebuchi, Sato, Yamaguchi, Shimodaira, Taneda, Hatsuse, Watanabe, Sakata, Satake, Nishio & Ito 2017; Cellard, Reeder, Paradis-Giroux, Roy, Gilbert, Ivers, Bouchard, Maziade & Wykes 2016). Aineiston

mukaan todettiin ”... merkittävää kehitystä kognitiivisissa toiminnoissa...” (Ikebuchi ym. 2017). Lisäksi CRT vaikutti positiivisesti työkykyyn ja paransi potilaiden muistia (Ikebuchi ym. 2017; Cellard ym. 2016). Yhdessä tietokonepohjaista CRT:tä käsittelevässä tutkimuksessa ei CRT:stä todettu olevan mitään hyötyä skitsofrenian hoidossa (Gomar, Valls, Radua, Mareca, Tristany, del Olmo, Rebolleda-Gil, Jañez-Álvarez, de Álvaro, Ovejero, Llorente, Teixidó, Donaire, García-Laredo, Lazcanoiturburu, Granell, Mozo Cde, Pérez-Hernández, Moreno-Alcázar, Pomarol-Clotet & McKenna 2015). MCT:n todettiin parantavan potilaiden metakognitiivisia kykyjä, ”*tutkimusryhmässä havaittiin merkittäviä eroja metakognitiivisissa kyvyissä*” (Errawati, Keliat, Helena & Hamid 2014.).

7.3 Potilaan positiiviset kokemukset

Tulosten mukaan skitsofreniaa sairastavilla oli paljon erilaisia positiivisia kokemuksia kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin liittyen. Koettu tyytyväisyys hoitoon lisääntyi, elämänlaadun koettiin parantuneen ja ymmärryksen sairaudesta lisääntyneen. Sairaus alkoi tuntua vähemmän ahdistavalta. Vertaistuki koettiin positiivisena asiana ja sairauden aiheuttama häpeä väheni. Toimintakyvyn ja kognition koettiin lisääntyneen sekä motivaation parantuneen. (Kuvio 3)

PÄÄTEEMA: : potilaan positiiviset kokemukset

ALATEEMAT: tyytyväisyys hoitoon lisääntyi, elämänlaatu parani, ymmärrys oireista kasvoi, sairaus koettiin vähemmän ahdistavaksi, saatu vertaistuki koettiin positiiviseksi, kokemus omasta toiminta kyvystä parani, oma kokemus kognition paranemisesta, kokemus stigmasta väheni, motivaatio parani

Kuvio 3. Potilaan positiiviset kokemukset

Potilailla todettiin positiivisia kokemuksia psykoedukaatioon, CRT:hen ja Scit:iin liittyen. Skitsofreniaa sairastavat kokivat, että psykoedukaatio lisäsi heidän tyytyväisyytensä hoitoon ja paransi elämänlaatua (Kieseppä & Oksanen, 2013). Psykoedukaatio lisäsi myös ymmärrystä hoidosta sekä sai sairauden tuntumaan vähemmän ahdistavalta (von Maffei, Görge, Kissling, Schreiber & Rummel-Kluge 2015; Kwisoon, Byung-

Ju, Youngmi & So Yeon 2016). Lisäksi saatu vertaistuki koettiin positiiviseksi ja stigman eli sairauden aiheuttaman häpeäleiman koettiin vähentyvän. (Ivezić, Sesar & Mužinić 2017). ”ryhmäläiset ovat pitäneet vertaistuen ja kokemusten jakamista erityisen positiivisena asiana” (Kieseppä & Oksanen, 2013)

CRT:n koettiin lisäävän omaa toimintakykyä sekä parantavan kognitiota ”...nähtiin yleisesti positiivisena kokemuksena ja synnytti käsityksen siitä, että kognitiiviset toiminnot olivat kehittyneet ja että päivittäisissä toiminnoissa oli lisääntynyt uusien strategioiden käyttäminen” (Reeder, Pile, Crawford, Cella, Rose, Wykes, Watson, Huddy & Callard 2016). Scit:n koettiin puolestaan parantavan omaa motivaatiota hoitoon liittyen (Granholm, Holden, Link & McQuaid 2014).

7.4 Myönteiset vaikutukset hoitoon

Aineistosta nousi esille myös yleisesti hoitoon liittyviä positiivisia vaikutuksia, joiden kaikkien todettiin liittyvän psykoedukaatioon. Näiden alateemojen ajateltiin olevan asioita, jotka helpottavat hoitoa vaikuttaen potilaan hoitoon liittyviin asenteisiin ja kykyyn olla yhteistyössä hoitoon liittyvissä asioissa. Myönteisiä vaikutuksia olivat parempi hoitoon ja lääkahoitoon sitoutuminen sekä lisääntynyt tieto ja ymmärrys omasta sairaudesta. Myös parantunut kommunikaatio ja kyky yhteistyöhön liittyivät tähän teemaan. (Kuvio 4)

PÄÄTEEMA: myönteiset vaikutukset hoitoon

ALATEEMAT: lisää hoitoon sitoutumista, lisää lääkemyöntyvyyttä, tieto ja ymmärrys sairaudesta lisääntyy, kommunikaatio ja yhteistyö paranee

Kuvio 4. Myönteiset vaikutukset hoitoon

Psykoedukaation todettiin siis lisäävän hoitoon sitoutumista (Kieseppä & Oksanen 2013; von Maffei, Gorges, Kissling, Schreiber & Rummel-Kluge 2015) ja myönteistä suhtautumista lääkahoitoon (Zhao, Sampson, Xia & Jayaram 2015; Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Lüscher, Rentrop, Kissling & Jahn 2016; Choe, Kwison; Sung, Byung-

Ju; Kang, Youngmi; Yoo, So Yeon 2016.) ”...lyhyt psykoedukaatio kaikissa muodoissaan vaikuttaa vähentävän relapseja keskipitkällä aikavälillä ja parantavan lääkeymyöntyvyyttä lyhyellä aikavälillä ” (Zhao ym. 2015). Lisäksi se lisäsi tietoa ja ymmärrystä omasta sairaudesta (von Maffei ym. 2015; Choe ym. 2016). ”...todennäköisemmin ymmärsivät oireitaan, sairauttaan ja lääkehoidon merkitystä intervention jälkeen” (Choe ym. 2016). Psykoedukaatio paransi myös kommunikaatiotaitoja sekä kykyä yhteistyöhön (Kieseppä & Oksanen 2013).

8 Tulosten tarkastelu

Tarkoituksena oli kehittää skitsofreniapotilaiden hoitoa tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa kehittämistyön tueksi. Tavoitteena on tarkastella kognitiivis-behavioraalisten kuntoutusmenetelmien käyttöä skitsofreniapotilaiden hoidossa etsimällä integroitiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla vastausta siihen, mitä tuloksia on raportoitu kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käytöstä skitsofreniapotilaiden hoidossa. Tuloksia tarkastellaan myös siitä näkökulmasta, kuinka niitä voidaan hyödyntää Niuvanniemen sairaalassa psykoosipotilaiden hoidon kehittämisessä.

8.1 Keskeiset tulokset

Tulosten tarkastelussa on huomioitava, että analysoitavat tutkimukset ja artikkelit käsittelevät hyvin erityyppisiä kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä. Esimerkiksi kognitiivista remedilaatiota (CRT) voi olla enemmän tietokoneen välityksellä, itsenäisesti tehtävää tai vuorovaikutteisempaa, terapeutin kanssa tehtävää. Samoin psykoedukaatiota voidaan antaa monella tavalla ja sen kesto voi vaihdella. CET:n voidaan ajatella kuuluvan CRT:hen tai sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmiin, koska se sisältää elementtejä molemmista kuntoutusmuodoista. Tässä työssä ei lähdetty erittelemään tarkemmin jokaisessa tarkasteltavassa tutkimuksessa käytettävää menetelmää, vaan analysoitiin kutakin menetelmää yleisesti. CET jaoteltiin CRT:n alle kuten teoreettisessa osassa on esitelty. Tutkimusten määrään ja laatuun vaikutti se, että ne rajattiin koskemaan vain ilmaiseksi kokotekstinä löytyviä tutkimuksia. Esimerkiksi metakognitiivista ryhmää (MCT) on tutkittu lähivuosina runsaasti, mutta näitä

tutkimuksia ei ollut saatavilla kokotekstinä. Määrällisesti eniten löytyi aineistoa psykoedukaatiosta, joka lieneekin käsitellyistä menetelmistä pisimpään käytössä ollut ja tutkituin menetelmä.

Tutkimustulokset osoittivat, että kognitiivis-behavioraalisilla kuntoutusmenetelmillä voidaan kohentaa skitsofreniaa sairastavien psyykkistä vointia, parantaa toimintakykyä, antaa positiivisia kokemuksia sekä näin vaikuttaa myönteisesti hoitoon. Tulokset ovat linjassa Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2015) kanssa, joten menetelmien käyttöä kannattaa jatkaa ja niiden vaikuttavuutta tutkia edelleen tarkemmin.

8.1.1 Psyykkinen vointi

Skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa tai lievittää sairauden oireita, kuten sairauden positiivisia ja negatiivisia oireita. Tavoitteena on myös lisätä turvallisuuden kokemusta, sairauden aiheuttamien vaikeiden ja pelottavien tunteusten helpottumista sekä todellisuudentajun palautumista esimerkiksi vaikuttamalla paranoidiseen ajatteluun ja suhtautumiseen sekä harhaluuloihin ja oman tietoisuuden lisääntymiseen. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015; Pulkkinen & Vesanen 2017a; Pulkkinen & Vesanen 2017 b.)

Tässä tutkimuksessa todettiin, että psyykkisen voinnin kohentamiseen voitiin vaikuttaa psykoedukaation, MCT:n ja Scit:n avulla. Paranoidinen ajattelu ja suhtautuminen vähenivät (Pos, Meijer, Verkerk, Ackema, Krabbendam & de Haan 2018; Kuokkanen 2016). Samoin harhaluulot ja positiiviset ja negatiiviset oireet vähenivät ja tietoisuus omista taidoista kasvoi (Errawati, Keliat, Helena & Hamid 2014; Granholm, Holden, Link, McQuaid 2014).

Kuntoutuksen avulla pyritään estämään uusia psykoosijaksoja tai vähentämään niiden määrää ja vaikeutta koska toistuvien sairastumisten on todettu aiheuttavan taantumista (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015; Pulkkinen & Vesanen 2017a; Pulkkinen & Vesanen 2017 b.) Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että kognitiivis-behavioraalisten menetelmien avulla sairaalahoidon tarvetta ja sairauden relapsivaiheita pystyttiin vähentämään (Kieseppä & Oksanen 2013; Zhao, Sampson, Xia & Jayaram 2015; Chien, Bressington, Yip & Karatzias 2017; Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Lüscher, Rentrop, Kissling & Jahn 2016).

8.1.2 Toimintakyky

Kognitiivisten toimintojen puutteet ja häiriöt voivat ilmentyä muun muassa tarkkaavaisuuden, muistin, kielellisen oppimisen ja käsityskyvyn, päättelyn sekä ongelmanratkaisun alueilla tai sosiaalisissa taidoissa. Heikolla kognitiivisella suoriutumiskyvyllä on arveltu olevan yhteyttä taudin huonoon ennusteeseen, heikkoon sairautentuntoon, puutteelliseen lääkehoidosta huolehtimiseen sekä kykyyn selviytyä itsenäisestä asumisesta. (Tuulio-Henrikson 2014, 236.) Kognitiivisten oireiden on todettu vaikuttavan potilaiden elämänlaatuun ja avohoidossa selviytymiseen jopa enemmän kuin psykoosin positiivisten ja negatiivisten oireiden (Muzio, Oksanen, Kimmelmä-Paajanen & Ruohonen 2010, 2-4). Kognition ja negatiivisten oireiden on lisäksi havaittu olevan yhteydessä toisiinsa (Savilla, Kettler, Galletly 2008, 496, 501). Kognitiivisten taitojen paranemisella voi siis olla merkittäviä positiivisia vaikutuksia monelle hoidon ja elämänlaadun kannalta tärkeälle osa-alueelle. Kognitiivisen toimintakyvyn vahvuuksien ylläpitäminen ja heikkouksien vahvistaminen on hyödyllistä ja kuntoutumisen tuomalla itsetunnon kohentumisella voi olla myös oma positiivinen vaikutuksensa toimintakykyyn (Tuulio-Henrikson 2014, 238).

Tässä katsauksessa todettiin, että kognitiivis-behavioraalisista kuntoutusmenetelmistä Scit, CRT ja MCT paransivat skitsofreniaa sairastavien yleistä toimintakykyä sekä yleistä- ja sosiaalista kognitiota (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016.; Granholm, Holden, Link & McQuaid 2014). Lisäksi työkyvyn ja muistin sekä metakognitiivisten kykyjen todettiin parantuneen (Ikebuchi, Sato, Yamaguchi, Shimodaira, Taneda, Hatsuse, Watanabe, Sakata, Satake, Nishio & Ito 2017; Cellard, Reeder, Paradis-Giroux, Roy, Gilbert, Ivers, Bouchard, Maziade & Wykes 2016; Errawati, Keliat, Helena & Hamid 2014.) Kognitiivisen kuntoutuksen on todettu kohentavan myös hoitoresistenttiä skitsofreniaa sairastavan kognitiota ja toimintakykyä mutta aiheesta tarvitaan vielä enemmän tutkimustietoa (Jääskeläinen, Isohanni, Seppälä, Seppälä, Miettunen & Koponen 2018, 692). Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa (2015) on todettu, että kognitiivinen kuntoutus muuhun kuntoutukseen yhdistettynä kohentaa toimintakykyä. Hoidon tavoitteena onkin sairaudesta huolimatta palauttaa potilaan toimintakyky ja elämänlaatu mahdollisimman hyväksi (Pulkinen & Vesanen, 2017a).

8.1.3 Potilaan kokemus

Potilaiden omat kokemukset vastasivat ja tukivat hyvin muita tuloksia erityisesti toimintakyvyn ja kognition osalta. Potilaiden kokema tyytyväisyys ja ymmärrys hoitoon liittyen näkyy parempana hoitoon sitoutumisena. Potilaiden sairauteen liittyvän tiedon ja ymmärryksen todettiin kasvaneen sekä yleisesti että potilaiden itsensä kokeman. (Kieseppä & Oksanen, 2013; von Maffei, Görges, Kissling, Schreiber & Rummel-Kluge 2015; Kwison, Byung-Ju, Youngmi & So Yeon 2016.) Toimintakykyyn liittyvä sosiaalisen kognition paraneminen vaikuttaa todennäköisesti myönteisesti hoitoon helpottamalla kommunikaatiota ja yhteistyötä potilaan kanssa. (Viertio, Mehtälä & Sailas 2016.; Granholm, Holden, Link & McQuaid 2014; Kieseppä & Oksanen 2013.) Psykkisten oireiden vähenemisen voidaan olettaa lisäävän potilaiden kokemaa tyytyväisyyttä hoitoon ja parantavan hoitoon sitoutumista.

Vertaistuen on potilaiden oman kokemuksen lisäksi myös aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan erilaisten ryhmähoitojen merkittävä tehokeino. Häpeäleiman eli stigmatin vähentymisen on todettu mahdollisesti kohentavan kuntoutujan itsetuntoa ja itsevarmuutta. (Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia, 2015.)

8.1.4 Suhtautuminen hoitoon

Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien avulla hoitoon ja lääkehoitoon sitoutuminen parani sekä tieto ja ymmärrys omasta sairaudesta lisääntyi. Myös kommunikatio ja kyky yhteistyöhön paranivat. (Zhao, Sampson, Xia & Jayaram 2015; Bäuml, Pitschel-Walz, Volz, Lüscher, Rentrop, Kissling & Jahn 2016: Choe, Kwison; Sung, Byung-Ju; Kang, Youngmi; Yoo, So Yeon 2016; von Maffei, Görges, Kissling, Schreiber & Rummel-Kluge 2015; Choe, Kwison; Sung, Byung-Ju; Kang, Youngmi; Yoo, So Yeon 2016; Kieseppä & Oksanen 2013.) Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan hoidon periaatteisiin kuuluu muun muassa tiedon antaminen skitsofrenian hoidosta ja kuntoutuksesta sekä niistä tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa sairauden kulkuun. Tulosten mukaan erityisesti psykoedukaatiolla pystytään hyvin vastaamaan käypä hoito -suosituksen periaatteisiin. Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan skitsofrenian hoidon suurimpia ongelmia ovat huono kiinnittyminen hoitoon sekä lääkehoidon keskeytyminen ja siitä seuraava psykoosivaiheen uusiutuminen.

Kaiken kaikkiaan tulosten perusteella voidaan todeta että kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä on myönteisiä vaikutuksia hoitoon. On todettu, että kognitiivisen suoriutumisen ongelmat vaikuttavat yleiseen psykososiaaliseen toimintakykyyn yhtä paljon kuin sairauden kliiniset oireet. Puutokset toiminnanohjauksessa (esim. aloittekyvyttömyys) vaikeuttavat psykososiaalista sopeutumista. Muistiin liittyvät häiriöt vaikeuttavat uuden oppimista ja kanssakäymistä toisten kanssa. Skitsofreniapotilailla voi olla vaikeuksia esimerkiksi ymmärtää ja muistaa hoitoon liittyviä sääntöjä ja perusteita. Jos muisti toimii huonosti, muistitoimintoihin tai oppimiseen perustuvia hoitomuotoja voi olla vaikea toteuttaa ja osa ohjeista voi olla hyvä antaa myös kirjallisena. (Tuulio-Henriksson 2014, 236, 237.)

8.2 Tulosten hyödyntäminen Niuvanniemen sairaalassa

Niuvanniemen sairaalassa hoidetaan vaikeahoitoisia skitsofrenia potilaita (Niuvanniemen Sairaala, n.d.). Skitsofreniaa sairastavista 20-30 % ei reagoi hoitoon, ja hoitoresistentti skitsofrenia onkin hoidollisesti vaikein ja vaativin skitsofrenian muoto. Siihen liittyy usein fyysisten ja psyykkisten liitännäissairauksien lisäksi suurentunutta sairaalahoidon tarvetta, itsemurhariskin ja ennenaikaisen kuoleman riskin suurentumista sekä heikentynyt työ- ja toimintakyky. Ajoissa aloitetulla tehokkaalla hoidolla voidaan vähentää sairauden aiheuttamaa taakkaa ja kärsimystä sekä vähentää oireita ja parantaa jäljellä olevaa toimintakykyä muun muassa kuntoutuksen keinoin. (Jääskeläinen, Isohanni, Seppälä, Seppälä, Miettunen & Koponen 2018, 687, 694)

Niuvanniemen sairaalassa otettiin jo vuonna 2011 käyttöön oma, Skitsofrenian Käypä hoito -suositukseen pohjautuva laatukriteeristö ohjaamaan potilaiden hoitoa. Suosituksen toteutumista seurataan vuosittain osana sairaalan toiminnan laadunarviointia. Tuloksia käytetään ohjaamaan hoitomenetelmien ja toimintatapojen kehittämistä vaikuttaviksi todettuihin hoitomuotoihin painottuen. Kriteereissä on mainittu muun muassa psykoedukaatio, arkielämäntaitojen opettelu, sosiaalisten taitojen opettelu ja kognitiiviset kuntoutusohjelmat. (Tuppurainen, Kivistö, Tiihonen & Repo-Tiihonen 2014, 2553.) Tämän työn tulokset tukevat sitä, että Niuvanniemen sairaalassa kannattaa jatkaa ja kehittää kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käyttöä

skitsofreniapotilaiden hoidossa. Lisäksi tulokset osoittivat, että menetelmät vastaavat melko hyvin niille asetettuihin tavoitteisiin.

Kognitiivinen kuntoutus muodostaan riippumatta tulee aina räätälöidä potilaalle hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti (Tuulio-Henrikson 2014 238). Niuvanniemen sairaalassa arvioidaan ja päivitetään potilaiden hoitosuunnitelmat moniammatillisesti, yhteistyössä potilaan kanssa vähintään kolmen kuukauden välein sekä osastosiirtojen yhteydessä. Nämä palaverit ovat hyvä keino arvioida kognitiivisen kuntoutuksen tarvetta ja sen suunnitelmallista toteuttamista. Koko henkilökunta tarvitsee tämän pohjaksi tietoa käytössä olevista kuntoutusmenetelmistä ja niiden tavoitteista ja hyödyistä. On myös tärkeää kirjata hoitosuunnitelmaan jo käytetyt kuntoutusmuodot ja niiden ajankohdat, jotta niiden toteutumista ja vaikuttavuutta voidaan seurata potilaskohtaisesti. Tietoa potilaan vahvuuksista ja haasteista olisi hyvä entistä enemmän käyttää kuntoutuksen suunnitelman pohjana ja suunnitella myös käytettävien kognitiivisten kuntoutusmuotojen tarkoituksenmukainen järjestys yksilöllisesti. Jos hoitoa ja kuntoutusta halutaan suunnitella sekä potilaslähtöisesti että näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen, voisi tämän katsauksen tulosten perusteella psykoedukaatio olla järkevä ensimmäinen kognitiivis-behavioraalinen kuntoutusmuoto. Psykoedukaation auttaisi potilasta motivoitumaan myös muuhun kuntoutukseen ja psykoedukaation jälkeen voisi muita kognitiivis-behavioraalisia kuntoutusmenetelmiä hyödyntää yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja haasteiden mukaisesti.

Psykoedukaation todettiin muun muassa lisäävän potilaiden hoitoon liittyvää tyytyväisyyttä ja ymmärrystä sekä hoitoon sitoutumista. Lisäksi psykoedukaatio kehitti potilaiden kommunikaatitaitoja ja kykyä yhteistyöhön sekä vähensi sairauteen liittyvää ahdistusta ja stigmaa. Tulokset vastaavat hyvin Niuvanniemen sairaalan kuntoutus ja hoitomuodot 2017-esitteen mukaisia psykoedukaation tavoitteita, jotka ovat ensisijaisesti parantaa potilaan ymmärrystä ja tietoutta skitsofreniasta sekä sen hoidosta. Lisäksi tavoitteena on auttaa potilaita löytämään yksilöllisiä selviytymiskeinoja itsehoidon, paremman elämän hallinnan ja elämänlaadun parantamiseksi. (Louheranta, Koivuniemi, Kotilainen, Moilanen, Porkka, Tarkiainen & Venäläinen 2017, 13.)

Mikäli potilaan haasteet ovat erityisesti muistin ja toimintakyvyn osa-alueilla, vaikuttaisi CRT sopivalta kuntoutusmuodolta. CRT:n todettiin lisäävän toimintakykyä, parantavan kognitiota sekä työkykyä ja muistia. Myös potilaat itse kokivat CRT:n vaikuttavan positiivisesti toimintakykyynsä. Niuvanniemen sairaalan kuntoutus ja hoitomuodot 2017-esitteen mukaan CRT:n tavoitteena onkin parantaa kykyä käyttää kognitiivisia resursseja ja parantaa keskittymiskykyä, työmuistia sekä toiminnanohjausta. Kuntoutuksessa opetellaan myös oman ajattelun ohjausta. (Louheranta ym. 2017, 15.) Tämän menetelmän käytössä on kuitenkin huomioitava, että se vaatii kykyä sitoutua pitkään, tiiviiseen yksilötyöskentelyyn.

Ajatteluun liittyviin haasteisiin voidaan vastata MCT-ryhmällä. MCT:n todettiin vähentävän paranoidista ajattelua ja suhtautumista sekä harhaluuloja ja parantavan potilaiden metakognitiivisia kykyjä. Niuvanniemen sairaalan kuntoutus ja hoitomuodot 2017-esitteen mukaan metakognitiivisten taitojen ryhmässä tarkastellaan ihmisen ajattelua ja sen toimintaa. Ryhmässä annetaan tietoa psykoosisairausten taustalla olevista ajatteluun liittyvistä vinoumista ja näiden ajattelun ongelmien seurauksista. Ryhmässä painotetaan kokemuksellista oppimista ja pyritään parantamaan osallistujien ongelmanratkaisukykyä sekä lisäämään keinoja ajattelun vinoumien hallitsemiseksi. (Louheranta ym. 2017, 11.)

Sosiaalisiin tilanteisiin ja taitoihin, mutta myös positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin liittyviin ongelmiin voi apua hakea Scit-ryhmästä. Sosiaalisen kuntoutuksen harjoitteluhjelmien (Scit) todettiin parantavan yleistä toimintakykyä sekä sosiaalista kognitiota ja vaikuttavan lisäksi positiivisesti myös potilaiden positiivisiin ja negatiivisiin sairauksien oireisiin, omaan motivaatioon sekä tietoisuuteen omista taidoista. Niuvanniemen sairaalan kuntoutus ja hoitomuodot 2017-esitteen mukaan Scit-ryhmän tavoitteena on kehittää sosiaalkognitiivisia taitoja ja siten kohentaa skitsofreniaa sairastavien toimintakykyä (Louheranta ym. 2017,16.)

8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kyseessä on julkisen aineiston pohjalta tehty kirjallisuuskatsaus, eikä työn tekeminen siksi vaatinut erityisiä lupamenettelyjä. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen

on yksi sairaanhoitajan eettisistä velvollisuuksista. Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tämän tutkimuksen kaikissa eri vaiheissa pyrittiin noudattamaan hyvää tieteelliselle tutkimukselle ominaista käytäntöä. Tutkimuksen toteutuksessa, aineiston analysoinnissa ja tutkimustulosten esittämisessä kiinnitettiin huomiota rehellisyyteen, huolellisuuteen, tarkkuuteen ja avoimuuteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d.).

Laadullisessa tutkimuksessa tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja siksi luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2014, 211). Whitemorne ja Knalfin (2015, 548) mukaan hyvin määritelty tutkimuksen tarkoitus helpottaa tiedon käsittelyä ja oleellisen tiedon löytämistä alkuperäisistä lähteistä. Siksi tutkimuksen tavoitetta ja tarkoitusta arvioitiin ja siihen palattiin useita kertoja prosessin aikana.

Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, onko tutkimus tehty perusteellisesti ja ovatko saadut tulokset ja päätelmät oikeita. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti voidaan ymmärtää pikemminkin uskottavuudeksi ja vakuuttavuudeksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sisäinen validiteetti eli pätevyys tarkoittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen loogista suhdetta toisiinsa. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisten suhteiden pätevyyttä. Mikäli aineiston tulkinta ei sisällä ristiriitaisuuksia, sen sanotaan olevan reliaabeli. (Eskola & Suoranta 2014, 213) Tutkimuksen kaikissa vaiheissa on pyritty huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheet kuvataan luotettavasti ja toistettavasti. Myös luokittelun perustelut on kuvattava lukijalle. Koko prosessin on oltava uskottava, vahvistettava ja tulosten siirrettäviä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216-217; Eskola & Suoranta 2014, 212-213.) Luotettavuutta heikensi se, että analyysia teki vain yksi henkilö, jolla ei ollut aiempaa kokemusta analyysin tekemisestä. Useamman tutkijan mukana olo tai useamman analyysimenetelmän käyttäminen olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 2014, 215.)

Näytön sisällön luotettavuuden arviointi on vaativaa ja edellyttää tietoa eri tutkimusmenetelmistä sekä tuntemusta eri tiedonlähteiden ominaisuuksista (Elomaa & Mikkola 2010, 57). Tämä oli tutkijan ensimmäinen integratiivinen kirjallisuuskatsaus ja erityyppisten lähteiden laadun arviointi oli haastavaa. Sen vuoksi työtä tehdessä pyrittiin perehtymään useampaan laadun arvioinnin menetelmään ja työkaluun.

Saadut tulokset vaikuttivat olevan hyvin samankaltaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa saadut tulokset. Lisäksi ne olivat hyvin linjassa tutkittujen kognitiivis-behavioraalisten menetelmien tavoitteiden kanssa. Tämän perusteella voidaan päätellä, että tutkimus on tehty laadukkaasti. Toisaalta voi myös pohtia sitä saatiinko tällä tutkimuksella varsinaisesti mitään uutta tietoa aiheesta. Kaikkien analysoitavien viitteiden julkaisuforumin tasoluokitus oli 1, mikä tarkoittaa alinta hyväksyttyä tasoa. Osassa analysoitavista tutkimuksista todettiin, että tulokset ovat luotettavuudeltaan heikkoja ja suositeltiin tarkempia jatkotutkimuksia.

Työn toimeksiantaja on Niuvanniemen sairaala. Salassapitovelvollisuuden vuoksi on pyritty kuvaamaan sairaalan toimintaa ja potilaita vain yleisellä tasolla. Tutkijan henkilökohtaisista syistä johtuen työn tekeminen kesti pitkään ja keskeytyi välillä. Tämä aiheutti osaltaan haasteita työn tekemiselle, mutta toisaalta myös pakotti palaamaan uudelleen työn tavoitteiden ja toteutuksen pohdintaan sekä perehtymään huolellisesti työssä käytettyihin menetelmiin. Myös tulosten analyysivaiheessa oli hyvä, että työhön tuli välillä taukoa ja tauon jälkeen löytyi aineistosta uusia näkökulmia ja ajatuksia.

8.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Skitsofreniapotilaiden hoidossa parhaita tuloksia on saatu yhdistämällä psykososiaalisia hoitoja ja erilaisia oireita ja toimintakykyä parantavia interventioita hoitokokonaisuuksiksi, joissa on tavoitteena hyvä laatu ja jatkuvuus (Jääskeläinen, Isohanni, Seppälä, Seppälä, Miettunen & Koponen H. 2018, 692). Tämän työn tulokset vahvistavat näitä linjauksia ja ajatusta siitä, että erilaisten kognitiivis-behavioraalisten menetelmien suunnitelmalliseen käyttöön on järkevää panostaa myös Niuvanniemen sairaalan potilaiden hoidossa. Jääskeläisen ja muiden mukaan Skitsofrenian Käypä hoito -

suositus ei kaikilta osiltaan nykytilanteessa toteudu, sillä psykoedukaatio, psykoterapiat, kognition harjoittaminen ja verkostojen sekä omaisten kanssa tehtävä työ saattavat jäädä lääkehoidon varjoon. Skitsofrenian hoidossa tulisi tulevaisuudessa panostaa hoidon laadun kohentamiseen muun muassa hoitoa räätälöimällä sekä eri hoitomuotojen koordinoimalla, yhtäaikaistamalla, tarpeenmukaisella ja pitkäjänteisellä käytöllä. (Jääskeläinen ym. 2018, 693)

Oleellista siis lienee, että erilaisia menetelmiä käytetään ja hyödynnetään aktiivisesti ja että niiden käyttöön on matala kynnys eikä niihin vaadita suuria resursseja. Niuvanniemen sairaalassa tarjotaan henkilökunnalle koulutusta eri menetelmien käytöstä. Pitkät hoitoajat tarjoavat myös hyvän mahdollisuuden eri kuntoutusmuotojen käytölle. On hyvä olla ajantasainen suunnitelma siitä, mitä menetelmiä kukakin potilas tarvitsee ja missä järjestyksessä niitä hänelle annetaan. Potilas hyötyy myös saamastaan huomioista. Jatkossa olisi hyvä selvittää kuinka usein kognitiivis-behavioraalisia ryhmiä ja kuntoutusmenetelmiä pitäisi uusia ja onko sillä merkitystä hyötyjen säilymiseen? Hyötyvätkö esimerkiksi huonommassa voinnissa olevat potilaat enemmän yksilöterapiasta ja kuntoutumisessa jo pidemmällä olevat ryhmämuotoisesta terapiasta, jossa on tarjolla myös vertaistuki?

Lähteet

- Aho-Mustonen, K. 2011. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Education, Humanities, and Theology; 10.
- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M. & Roesch-Ely, D. 2010. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010 Sep;41(3):207-11. Viitattu 2.10.2017. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.
- Anttila, P. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. *Metodix*. Metoditietämystä kaikille. Viitattu 26.10.2016. <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/>
- Anttonen, S. 2004. Skitsofrenian kognitiivisen psykoterapian periaatteet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2004;120(4):393-401. Viitattu 15.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/4/duo94099>
- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. 2006. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 32, Issue suppl_1, October 2006, Pages S1–S9. Viitattu 15.5.2019. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Bjørkly S. 1995. Open-area seclusion in the long-term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure. *Psychol Rep*. 1995 Feb;76(1):147-57. Viitattu 30.4.2019. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.
- Combs, D., Adams, S., Penn, D., Roberts, D., Tiegreen, J. & Stem, P. 2007. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophrenia Research*. Volume 91, Issues 1–3, March 2007, Pages 112-116. Viitattu 26.9.2017. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996406005172#%21>
- Delahunty, A. & Morice, R. 2012. Toiminnanohjauksen ohjelma. Skitsofreniapotilaiden neurokognitiivisen kuntoutuksen käsikirja. Suomentanut Luoma, L. Jyväskylä: Psykologien Kustannus Oy.

- Eack, S. 2012. Cognitive Remediation: A New Generation of Psychosocial Interventions for People with Schizophrenia. *Social Work* volume 57, number 3 July 2012. 235-246. Viitattu 15.9.2017. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä – tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 5.uud.p. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10.p. Tampere: Vastapaino.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S & Bonsack, C., 2010. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 2011 Feb;67(2):401-7. doi: 10.1111. Viitattu 19.9.2017. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus. Eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. 84-100. Julkaisussa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto. hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja.
- Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. 2002. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, 12(9), 1284. Accessed on 15 February 2016. Viitattu 1.4.2019. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. p. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2006. Kognitiivisen psykoterapian peruseriaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä. 711-719. *Duodecim* 2006;122. Viitattu 12.10.2017. <https://janet.finna.fi/>, Medic.
- Horan, W., Kern, R., Shokat-Fadai, K., Sergei, M., Wynn, J. & Green, M. 2009. Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research*. Volume 107, Issue 1, January 2009, Pages 47-54. Viitattu 26.9.2017. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996408004143>

Huttunen, M. 2017 Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. 24.9.2017. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.4.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Johansson, K., 2007. Kirjallisuuskatsaukset- Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. 3-9. Julkaisussa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Toim. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja.

Julkaisufoorumi. 19.2.2019 Viitattu 19.4.2019. <http://www.julkaisufoorumi.fi/>

Jääskeläinen, E., Isohanni, M., Seppälä, J., Seppälä, A., Miettunen J. & Koponen H. 2018. Hoitoresistentin skitsofrenian hoitomahdollisuudet. Duodecim 2018; 134: 687-695. Viitattu 31.3.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/7/duo14265>

Konsensuslausuma 18.10.2006. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2007;123(1):112-20. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Viitattu 8.7.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/1/duo96196>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa Duodecim 2013; 129:2133–9. Viitattu 17.9.2017. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273>

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kuivalainen, S. 2016. Osaston 3 kehittäminen 2014-2016. Niuvanniemen sairaala.

Kuivalainen, S. 2015. Osasto 7 kehittäminen. Niuvanniemen sairaala. 28.10.2015.

Kuokkanen, R. 2016. Cognition, Metacognition and the Patient Perspective. New Ways to Evaluate and Rehabilitate Schizophrenia Patients in Forensic Psychiatric Care. Jyväskylä: University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 572.

Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) 2008. Kognitiivinen psykoterapia. 3. uud.p. Helsinki: Duodecim.

- Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2015. Viitattu 24.5.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosittukset/suositus?id=hoi35050#NaN>
- Louheranta, O., Koivuniemi, K., Kotilainen, I., Moilanen, T., Porkka, P., Tarkiainen, M. & Venäläinen, L. 2017. Niuvanniemen sairaalan kuntoutus- ja hoitomuodot 2017. Kuopio: Grano Oy.
- Lysaker PH. & Buck, KD. 2007. Neurocognitive deficits as a barrier to psychosocial function in schizophrenia: effects on learning, coping, & self-concept. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, Jul2007; 45(7): 24-53. 9p. Viitattu 10.9.2017. <https://janet.finna.fi/>, CINAHL.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. 2016. Paikon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi: 2016_035. Viitattu 7.4.2017. <https://www.julkari.fi/handle/10024/131697>
- Mielenterveyshäiriöt 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 19.3.2019. Viitattu 9.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Mielenterveyslaki 22 e §. Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. 4 a luku (21.12.2001/1423). Viitattu 15.5.2019. <https://www.finlex.fi>
- Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Viitattu 15.5.2019. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. Helsinki 2012. Viitattu 7.4.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69912>
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita

2016:3. Helsinki 2016. Viitattu 9.4.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/748200>

Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Heise, M. & Woodward, T. 2010. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. Behaviour Research and Therapy. 07 Dec 2010, 49(3):151-157. Viitattu 2.10.2017. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Muzio, E., Oksanen, J., Luoma, L., Kimmelma-Paajanen, T. & Ruuhonen, M. 2010. Kognitiivinen remedilaatioterapia – uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen -katsausartikkeli. Lääkärilehti 10/2010 vsk 65. Viitattu 19.9.2017. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/kognitiivinen-remediaatioterapia-uusi-menetelma-skitsofreniapotilaiden-kuntoutukseen/>

Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R. & Woodward, TS. 2010. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2010 Nov;23(6):561-9. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833d16a8. Viitattu 2.10.2017. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Moritz, S. & Woodward, T. 2007. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. Reprinted from the German Journal of Psychiatry · <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de> · ISSN 1433-1055. Viitattu 2.1.2017. <https://www.google.fi/>

Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2015.

Niuvanniemen Sairaala. N.d. 2019. Viitattu 4.4.2019. <https://www.niuva.fi/>

Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Hoitotyön tutkimussäätö. 10.4.2017. Viitattu 11.4.2017. https://www.hotus.fi/sdm_downloads/nayttoon-perustuva-toiminta-kuvio-hotus-2019/nayttoon-perustuva-toiminta/

Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Hoitotyön tutkimussäätö. Kriittinen arviointi. 25.1.2019. Viitattu 28.1.2019. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>

- Oksanen, J., Vataja, R., Lappalainen, J., Lindberg, N. & Koponen, H. 2016. Milloin epäillä skitsofreniaa? Lääkärilehti. Katsausartikkeli. 4.11.2016 44/2016 vsk 71 s. 2791-2795. Viitattu 27.9.2017. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.jamk.fi:2443/tie-teessa/katsausartikkeli/milloin-epailla-skitsofreniaa/>
- Penn, D., Roberts, D., Combs, D. & Sterne, A. 2013. Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, Apr2007; 58(4): 449-451. (3p). Viitattu 27.9.2017. <https://janet.finna.fi/>, CINAHL.
- Pekkala, E. & Merinder, L. 2002. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Systematic Review - Intervention Version* published: 22 April 2002. Viitattu 15.5.2019. <https://www.cochranelibrary.com>
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017a. Sairaanhoidajan käsikirja. Skitsofrenia. Viitattu 14.3.2019. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.
- Pulkkinen, S. & Vesanen, P., 2017b. Sairaanhoidajan käsikirja. Psykoottisen potilaan hoito. Viitattu 14.3.2019 <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Mitä laadullinen tutkimus on? Julkaisussa *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Helsinki: Hansaprint.
- Puusa, A. 2011. Laadullisen aineiston analysointi. Julkaisussa *Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan*. Toim. Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Helsinki: Hansaprint.
- Psykoedukaatio N.d. *Mielenterveystalo.fi*. Viitattu 15.5.2019. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhalinta.aspx>
- Raitasuo, V. 2000. Klotsapiini skitsofrenian hoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2000;116(11):1199-1204. Viitattu 16.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/11/duo91557>

Roberts, D., Penn, D. & Combs, D. 2010. Social Cognition and Interaction Training (SCIT). Käsikirja. Helsingin kaupunki/terveyskeskus/psykiatrianosasto/Auroran sairaala/HUS/psykiatrian tulostyöryhmä/Kellokosken sairaala. Päivitetty käännös Voutilainen, G. 2012.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 2.3.2017.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan Yliopiston julkaisuja 62.

Savilla, K., Kettler, L. & Galletly, C. 2008. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2008; 42:496-504. Viitattu 10.9.2017. <https://janet.finna.fi/> CINAHL.

Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18, Johtamisella vaikuttavuutta ja veto-voimaa hoitotyöhön Toimintaohjelma 2009 – 2011. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M., 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R., 2015. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2015.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2015. Integroitu kirjallisuuskatsaus. 110-119. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R., 2015. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2015.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. ETENE julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.1.2017. <http://etene.fi/julkaisut/2001>

Tuulio-Henriksson, A., 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2014;130(3):233-40. Viitattu 3.2.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/3/duo11478>

Tuppurainen, H., Kivistö, P., Tiihonen, J. & Repo-Tiihonen, E. 2014. Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen toteutuminen Niuvanniemen sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 40/2014 vsk 69.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Hyvä tieteellinen käytäntö HTK). Viitattu 16.5.2019. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Valitse tieteellisiä ja luotettavia lähteitä. 2018. Jyväskylän yliopisto. Avoimen yliopiston Koppa. Kirjastotuutori. 19.6.2018. Viitattu 30.4.2019. <https://koppa.iyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/kirjat-lehdet-artikkelit/tieteelliset-lahteet>

Verkosto pakon käytön vähentämiseksi. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Tutkimus ja asiantuntijatyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 15.11.2016. Viitattu 9.4.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/pohjoimainen-verkosto-pakon-kayton-vahentamiseksi>

Viertiö, S., Mehtälä, T. & Sailas, E. 2016. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot-katsaus. Duodecim-lehti 2016; 132:632–638. Viitattu 20.8.2016
<http://docplayer.fi/18777069-Skitsofrenian-uudet-psykososiaaliset-hoidot.html>

Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S.I, Partti, S., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Lääkärilehti. 6.3.2012. 11/2012 vsk 67. s. 863 – 869. Tieteessä Alkuperäistutkimus. Viitattu 19.9.2017. <https://janet.finna.fi/>. Medic.

Mental Health Action Plan 2013-2020. 2019. World Health Organization. Viitattu 1.3.2019. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

Whittemor, R.& Knalf, K. 2005. Methodological issues in nursing research. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing 52(5), 546–553

Liitteet

Liite 1. Integratiivisen kirjallisuushaun hyväksytyt viitteet

viite	tutkimuksen luonne, metodologia	tutkimuksen /artikkelin tarkoitus	keskeiset tulokset (analyysin luotettavuuden lisäämiseksi/käännös- virheiden välttämiseksi englanninkielisiä tuloksia ja tietoja ei vielä tässä vaiheessa ole käännetty suomeksi)
<p>1</p> <p>Kieseppä, T.& Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim 2013 vol 129 no.20 s. 2133-2139.</p>	<p>Katsausartikkeli, mukana mm. NICE-katsaus, Cochrane-katsaus, meta-analyysi,</p>	<p>kertoa psykoedukaatiosta psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa</p>	<p>-Psykoedukaatio vähentää relapseja ja sairaalahoitoja paremman hoitoon sitoutumisen vuoksi</p> <p>-tyytyväisempiä hoitojärjestelmään</p> <p>-saatetaan parantaa hoitavien henkilöiden ja potilaiden välistä kommunikaatiota ja yhteistyötä, mikä johtaa sairaalahoitojen vähentymiseen</p> <p>-Psykoottisten oireiden parempi ymmärtäminen saattaa myös vähentää niiden ahdistavuutta.</p> <p>-yli 10 tapaamista sisältävä psykoedukaatio vähensi tehokkaammin relapseja</p> <p>-Se, oliko psykoedukaatiota toteutettu ryhmässä vai yksilöllisesti ei vaikuttanut tuloksiin.</p> <p>-ryhmäläiset ovat pitäneet vertaistuen ja kokemusten jakamista erityisen positiivisena asiana</p> <p>-perheille suunnatun psykoedukaation tukevan kuntoutujaa ja hänen lähiympäristöään, mikä on vähentänyt psykoosirelapseja ja kohentanut perheiden tyytyväisyyttä ja elämänlaatua</p>

<p>2</p> <p>Viertiö, S., Mehtälä, T. & Sailas, E. 2016. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot- katsaus. Duodecim 2016 vol 132 no 7 s. 632-638.§1.</p>	<p>Katsaus-artikkeli mukana mm. meta-analyysi,</p>	<p>kuvata erilaisia kognitiivisen remediaation ohjelmia</p>	<p>-Remediaation vaikutus 2 104 potilaan meta-analyyssissa oli kohtalainen, näkyi kokonaiskognition paranemisessa ja toimintakyvyn kohenemisessa</p> <p>-Tehokkaimmilla vaikuttavat ohjelmat, joissa pelkän harjoittelun ja toiston lisäksi mietitään ongelmanratkaisustrategioita</p> <p>-Parhaiten kognitiivisen remediaation taidot siirtyvät arkielämään, kun siihen yhdistetään samanaikainen muu kuntoutus, kuten tuetun työllistämisen ohjelma tai sosiaalisten taitojen opiskelu.</p> <p>-Sosiaalisen kognition kuntoutusmuotojen on havaittu... kuntoutuksella olevan vaikutuksia sosiaalisen kognition osa-alueisiin ja naiden vaikutusten myös yleistyvän toimintakyvyn</p> <p>-Sosiaalisen kognition kuntoutus vaikuttaa siis luopavalta menetelmältä kuntoutumisen ja yhteiskunnallisen osallisuuden esteiden poistamiseksi stabiilissa vaiheessa olevilta potilailta.</p>
<p>3</p> <p>Tuulio-Henriksson, A., 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä</p> <p>Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2014;130(3):233-40.</p>	<p>Katsausartikkeli mm systemaattinen katsaus</p>	<p>kertoa psykoottisiin häiriöihin liittyvistä kognitiivisista toiminnoista ja niiden hoidosta</p>	<p>-Vaikka kognitiivisen kuntoutuksen suoria vaikutuksia ja sen tehokkuutta pitkällä aikavälillä ei vielä tunneta hyvin, se voi muuhun hoitoon ja kuntoutukseen yhdistettynä nykytiedon perusteella ainakin kohtalaisen tehokkaasti</p> <p>lieventää kognitiivisia oireita ja edistää potilaan yleistä psykososiaalista toimintakykyä ja arkitoimista selviytymistä.</p>
<p>4</p> <p>Zhao, S., Sampson,S., Xia,J. & Jayaram, M. 2015. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015.</p>	<p>Systemaattinen katsaus Cochrane, Relevantit RTC tutkimukset. 20 tutkimusta, joissa yhteensä 2337 osallistujaa.</p>	<p>To assess the efficacy of brief psychoeducational interventions as a means of helping severely mentally ill people when added to 'standard' care,</p>	<p>-Based on mainly low to very low-quality evidence from a limited number of studies, brief psychoeducation of any form appears to reduce relapse in the medium term and promote medication compliance in the short term. A brief psychoeducational approach could potentially be effective, but further large, high-quality studies are</p>

		compared with the efficacy of standard care alone	needed to either confirm or refute the use of this approach. -more favorable results for mental state and social functioning.
5. Pos K, Meijer CJ, Verkerk O, Ackema O, Krabbendam L, de Haan L. 2018. Metacognitive training in patients recovering from a first psychosis: an experience sampling study testing treatment effects. <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.</i> 2018 Feb;268(1):57-64. doi: 10.1007/s00406-017-0833-7. Epub 2017 Aug 21.	in a single-blind, parallel group randomized clinical trial comparing MCT with occupational therapy (OT) as an active control condition 50 patients between the age of 18 and 35 were included	Our objective was to establish the effect of MCT on paranoid ideation in patients with recent onset psychosis in a powerful experience sampling design	- We found no effects of MCT on paranoid ideation, JTC-bias, delusion conviction or cognitive insight compared to OT - However, it is a notable finding that mean levels of paranoid ideation in both treatment groups decreased after treatment but that patients in the MCT condition also experienced less paranoid reactivity to negative affect post treatment. Patients in the MCT group did not show a decrease in paranoid ideation, delusional conviction, JTC-bias or an increase in cognitive insight compared with OT. However, negative affect showed a weaker association with paranoid ideation post- OT in the MCT condition. In the OT condition, this association was stronger post-treatment. We tentatively suggest that patients with an early psychosis seemed to benefit from MCT in emotional learning compared with the OT condition. Despite the fact that the group training is well-received by patients, subsequent individual MCT (MCT+) may be indicated for stronger favorable effects on paranoid ideation.
6 Chien WT, Bressington D, Yip A, Karatzias T. 2017. An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. <i>Psychol Med.</i> 2017 Sep;47(12):2081-2096. doi: 10.1017/S0033291717000526. Epub 2017 Apr 4.	randomized controlled trial This single-blind, multi-site, pragmatic randomized controlled trial was conducted in six community treatment facilities across three countries	We aimed to test a mindfulness-based psychoeducation group (MBPEG), v. a conventional psychoeducation group (CPEG) v. treatment as usual (TAU), in patients	- Compared with TAU (tavallinen hoito) and CPEG (tavanomainen psykoedukaatio), MBPEG (mindfulness-perusteinen psykoedukaatio) improves remission and hospitalization rates of people with schizophrenia spectrum disorders over 24 months. -sairaalaan joutumisaika oli pisin MBPEG, ja piteni myös CPEG verrattuna tavanomaiseen hoitoon

	(Hong Kong, mainland China and Taiwan (n = 342)	with schizophrenia-spectrum disorders over a 24-month follow-up.	-toimintakyky ja mielenterveys parani molemmilla -ymmärrys sairaudesta parani erityisesti MBPEG - MBPEG with combined mindfulness training and components of psychoeducation has indicated more sustainable and greater benefits to these patients than the conventional psychoeducation programme alone. -the patients receiving the MBPEG indicated significant reduction of psychotic symptoms and duration of re-hospitalizations, and improvements in functioning and insight into the illness/treatment over 24 months post-intervention.
7. Ivezić SŠ, Sesar MA, Mužinić L. 2017. Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. <i>Psychiatr Danub</i> . 2017 Mar;29(1):66-73.	40 patients participated in psychoeducation group program and were compared with a control group of 40 patients placed on the waiting list for the same program. Solomon four-group design was used.	The objective of this study was to determine whether psychoeducation based on the principles of recovery and empowerment using therapeutic group factors assists in reduction of self-stigma, increased empowerment and reduced perception of discrimination in patients with schizophrenia.	- Group psychoeducation decreased the level of self-stigma - that there is no statistically significant effect of psychoeducation on the level of empowerment - Psychoeducation did not show statistically significant main effect on the perception of discrimination
8. Ikebuchi E, Sato S, Yamaguchi S, Shimodaira M, Taneda A, Hatsuse N, Watanabe Y, Sakata M, Satake N, Nishio M. & Ito JI. 2017. Does improvement of cognitive functioning by cognitive remediation therapy effect work outcomes in severe mental illness? A sec-	RCT Ninety-four participants were randomly assigned to the CR + SE or TVS groups Outcome data for 47 participants in the CR + SE group were available	The aim of this study was to clarify whether improvement of cognitive functioning by cognitive remediation therapy can improve work outcome in schizophrenia and other severe mental illnesses	- cognitive remediation significantly contributed to the total days employed and total earnings of competitive employment in supported employment service during the study period. - Improvement of cognitive functioning with cognitive remediation significantly contributed to the quality of work outcome of supported employment

<p>secondary analysis of a randomized controlled trial. <i>Psychiatry Clin Neurosci</i>. 2017 May;71(5):301-308. doi: 10.1111/pcn.12486. Epub 2017 Jan 10.</p>	<p>for multiple regression analysis. N=47</p>	<p>when combined with supported employment.</p>	<p>- significant improvements in cognitive functioning, as well as improvements in social functioning, when cognitive remediation was added to psychiatric rehabilitation, compared to psychiatric rehabilitation alone</p>
<p>9. Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller HJ & Falkai P. 2016. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. <i>Schizophr Bull</i>. 2016 Jul;42 Suppl 1:S71-80. doi: 10.1093/schbul/sbw032.</p>	<p>A Randomized Controlled Trial 196 inpatients with DSM-IV schizophrenia</p>	<p>a randomized controlled trial comparing the long-term effects of a group-based coping-oriented program (COP) that combined the elements of illness management with cognitive behavioral-therapy for psychosis, with an equally intensive supportive therapy (SUP) program.</p>	<p>- patients randomized to COP improved significantly more in overall symptom severity on the BPRS-E and on the depression/anxiety subscale of the BPRS-E at post-treatment and at the 1- and 2-year follow-up assessments than those in SUP.</p> <p>- COP participants continued to improve in depression/anxiety severity at the follow-ups after discharge from the hospital,</p> <p>- COP participants also gained significantly more in Knowledge over the inpatient treatment phase</p> <p>- relatively brief inpatient COP program had an enduring effect on reducing overall symptom severity, and especially depression, over the following 2 years.</p> <p>- greater increases in knowledge about mental illness and more reductions in overall symptoms, especially in depression and anxiety. Furthermore, the benefits of the program on symptoms were sustained over 2 years following discharge from the hospital.</p> <p>- Patients in both groups improved significantly in other symptoms and psychosocial functioning. There were no differences between the groups in hospitalization rates, which were low.</p>
<p>10. Bäumel J, Pitschel-Walz G, Volz A, Lüscher S, Rentrop M, Kissling W. & Jahn T. 2016. Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia</p>	<p>Between 1990 and 1994 the randomized multi-</p>	<p>whether more side effects are provoked and do the patients have a</p>	<p>-average daily antipsychotic medication 2 and 7 years after index discharge was 365 and 354 CPZ-units respectively in the intervention group (IG),</p>

<p>Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. <i>Schizophr Bull.</i> 2016 Jul;42 Suppl 1:S62-70. doi: 10.1093/schbul/sbw008. Epub 2016 Mar 8.</p>	<p>centre PIP Study was organized at 3 psychiatric hospitals.</p> <p>A total of 41 patients with a diagnosis of schizophrenic or schizoaffective disorder were randomized at study entry, either to bifocal psychoeducation (21), or to standard treatment (20).</p>	<p>corresponding benefit with a better outcome</p>	<p>but 247 and 279, respectively in the control group (CG)</p> <p>-extent of motor side effects was slightly smaller in the IG, but they showed a small and statistically not significant increase in the rate of tardive dyskinesia (TD) after 7 years</p> <p>-At the 7-year follow-up the patients in the IG had spent 74.7 days in hospital compared to 243.4 days for the patients in the CG ($P < .05$). The course of illness was significantly better in the IG without increasing motor side-effects.</p> <p>-a significant lower rehospitalization rate and a significant lower amount of hospital days in the meantime</p> <p>-the patients in the IG had a higher, but not significant, medication dosage after 2 and 7 years</p>
<p>11.</p> <p>Gomar JJ, Valls E, Radua J, Mareca C, Tristany J, del Olmo F, Rebolleda-Gil C, Jañez-Álvarez M, de Álvaro FJ, Ovejero MR, Llorente A, Teixidó C, Donaire AM, García-Laredo E, Lazcanoiturburu A, Granell L, Mozo Cde P, Pérez-Hernández M, Moreno-Alcázar A, Pomarol-Clotet E, McKenna PJ; 2015. A Multisite, Randomized Controlled Clinical Trial of Computerized Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. <i>Schizophr Bull.</i> 2015 Nov;41(6):1387-96. doi: 10.1093/schbul/sbv059. Epub 2015 May 25.</p>	<p>Randomized Controlled Clinical Trial</p> <p>In this study, 130 chronic schizophrenic patients were randomly assigned to computerized CRT, an active computerized control condition (CC) or treatment as usual (TAU)</p>	<p>test effectiveness of computerized CRT</p>	<p>- Computerized CRT was found to produce improvement on the training tasks, but this did not transfer to gains on the primary outcome measures and most other neuropsychological tests in comparison to either CC or TAU conditions. Nor did the intervention result in benefits on carer ratings of daily life cognitive failures. According to this study, computerized CRT is not effective in schizophrenia.</p>
<p>12.</p> <p>Reeder C, Pile V, Crawford P, Cella M, Rose D, Wykes T, Watson A, Huddy V & Callard F. 2016. The Feasibility and Acceptability to Service Users of CIRCuiTS, a</p>	<p>Four studies were conducted using mixed methods</p>	<p>Aims: To assess the feasibility and acceptability of a new strategy-based</p>	<p>- Ratings of perceived attractiveness, comprehensibility, acceptability and usability consistently exceeded pre-set high targets by non-clinical, clinical and therapist participants. Qualitative analysis</p>

<p>Computerized Cognitive Remediation Therapy Programme for Schizophrenia. Behav Cogn Psychother. 2016 May;44(3):288-305. doi: 10.1017/S1352465815000168. Epub 2015 May 25.</p>	<p>34 non-clinical participants (study 1), and five people with a schizophrenia diagnosis and three experienced CR therapists (studies 2 and 3).</p>	<p>computerized CR programme (CIRCuiTS) for people with psychosis</p>	<p>of satisfaction with CIRCuiTS showed that receiving the therapy was generally seen to be a positive experience, leading to perceptions that cognitive functioning had improved and attempts to incorporate new strategy use into daily activities.</p>
<p>13. von Maffei C, Görge F, Kissling W, Schreiber W & Rummel-Kluge C. 2015. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. BMC Psychiatry. 2015 Apr 30;15:93. doi: 10.1186/s12888-015-0481-2.</p>	<p>pilot study A total of 113 participants were initially included in the study, eleven of which were not included in the final analyses. Six films about the symptoms, diagnosis, causes, warning signs, treatment of schizophrenia and about the influence of family members and friends were shown in a group setting in the presence of nursing staff.</p>	<p>The objective of the present study was to test the feasibility of a new cost-efficient approach in the psychoeducation of patients with schizophrenia. In this study, films were used to impart knowledge about the illness to inpatients.</p>	<p>-One hundred and two inpatients were included in the data analyses. Showing the films in the tested setting was shown to be feasible. Knowledge about schizophrenia ($p < .001$), compliance ($ps < .01$), insight into illness ($p < .01$), and quality of life ($p < .001$) all increased significantly after patients had watched the films and remained stable for at least half a year. A vast majority (84.9%) of the patients found the films to be interesting and informative.</p> <p>-Overall, the films were well received by the patients.</p> <p>-Knowledge about schizophrenia increased</p> <p>-Compliance and insight into illness increased</p> <p>-</p>
<p>14. Cellard C, Reeder C, Paradis-Giroux AA, Roy MA, Gilbert E, Ivers H, Bouchard RH, Maziade M & Wykes T. 2016. A feasibility study of a new computerised cognitive remediation for young adults with schizophrenia. Neuropsychol Rehabil. 2016;26(3):321-44. doi: 10.1080/09602011.2015.1019891. Epub 2015 Mar 10.</p>	<p>A feasibility study 3 participants with schizophrenia</p>	<p>The objectives of this feasibility study were: (1) to explore whether or not CIRCuiTS--a new computerised cognitive remediation therapy programme developed in England--improves visual episodic memory and other cognitive domains in young adults with early course</p>	<p>- Overall, all cases demonstrated improvements in episodic memory and in at least two different cognitive domains. The demonstrated improvements in working memory were considered to represent real change in the cases' abilities</p> <p>- The preliminary results indicated that all cases improve on either verbal or visual episodic memory. All cases seemed to improve in other cognitive domains, with a heterogeneous pattern of response to treatment. The case study design</p>

		schizophrenia; and (2) to evaluate acceptability of the CIRCuiTS programme in French-Canadians.(and other cognitive domains (attention, working memory or executive functioning)	allowed us to identify a visual episodic memory change marked with the use of organisational strategies. However, this study did not permit conclusions about the effectiveness of therapy. The treatment was demonstrated to be acceptable in this series of case studies.
15. Granholtm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. 2014. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. J Consult Clin Psychol. 2014 Dec;82(6):1173-85. doi: 10.1037/a0037098. Epub 2014 Jun 9.	randomized clinical trial, participants with schizophrenia or schizoaffective disorder (N = 149) were randomly assigned to cognitive behavioral social skills training (CBSST) or an active goal-focused supportive contact (GFSC) control condition.	Identifying treatments to improve functioning and reduce negative symptoms in consumers with schizophrenia is of high public health significance.	- CBSST skill knowledge, functioning, amotivation/asociality negative symptoms, and defeatist performance attitudes improved significantly more in CBSST relative to GFSC. In both treatment groups, comparable improvements were also found for positive symptoms and a performance-based measure of social competence.
16. Choe, Kwisoon; Sung, Byung-Ju; Kang, Youngmi; Yoo, So Yeon. 2016. Impact of Psychoeducation on Knowledge of and Attitude Toward Medications in Clients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. Perspectives in Psychiatric Care, Apr2016; 52(2): 113-119. 7p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0031-5990	A one-group pretest-posttest design was employed.A convenience sample (61 psychiatric clients aged 20 or above) was recruited from a Korean mental health center.	To examine a psychoeducational intervention's effects on knowledge and attitudes toward antipsychotic medication in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders.	-A psychoeducational intervention improved clients' knowledge of and attitudes toward antipsychotic medications. -were likely to understand their symptoms and illnesses and the necessity of taking antipsychotic medication after being exposed to the intervention.
17. Kuokkanen Riitta, 2016. Cognition, Metacognition and the Patient Perspective. New Ways to Evaluate and Rehabilitate Schizophrenia Patients in Forensic Psychiatric Care. Jyväskylän Yliopisto. 2016 (Jyväskylä	poikkileikkaustutkimus (n 20), 2kpl satunnaisesti kontrolloitu koe,	tavoitteena tutkia ongelmanratkaisukykyä hätäisten johtopäätösten kognitiivisen vinouman osalta ja kognitiivisen oi-	-MCT voi vähentää oirehdintaa, erityisesti epäluuloisuutta, - potilaat hyväksyivät MCT:n hyvin ja arvostivat sitä hoitomuotona,

<p>studies in education, psychology and social research 572).</p>		<p>valluskyvyn, metakognitiivisen kyvyn, ilmentymistä. Lisäksi tutkittiin näiden tekijöiden yhteyttä toisiinsa sekä sairautentuntoon ja harhaluuloihin jne...</p> <p>MCT:n vaikutusta harhaluuloihin, yleiseen sairauden vakavuuteen, ongelmanratkaisuun ja elämänlaatuun sekä potilaiden subjektiivista arviota MCT:stä.</p>	<p>ei vaikutusta elämänlaatuun,</p>
<p>18</p> <p>Errawati, e., Keliat, B., Helena, N. & Hamid, A. 2014. The influence of metacognitive training on delusion severity and metacognitive ability in schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014, 21, 841–847.</p>	<p>Our design adopted a quasi-experimental approach using quantitative statistical methods. Fifty two people were willing to participate in the trial and fulfilled inclusion criteria.</p>	<p>While there is emerging evidence on the usefulness treatment for psychosis of the group training MCT, so far only one study has investigated the effectiveness of individualized metacognitive training.</p> <p>-study assessed the effectiveness of individualized MCT using the slides of the group training.</p>	<p>-group who received MCT showed a significant decrease of delusional severity</p> <p>-there was a significant difference in the metacognitive ability in the intervention group</p>