

VIDEOMENETELMÄN KÄYTETTÄVYYSTUTKIMUS PSYKOTERAPIASSA

Asiakkaiden kokemuksia ja havaintoja vaikuttavuudesta

Pasi Häll
Lisensiaatintutkimus
Psykoterapian erikoispsykologikoulutus
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Toukokuu 2023

HÄLL, PASI: Videomenetelmän käytettävyytutkimus psykoterapiassa – Asiakkaiden kokemuksia ja havaintoja vaikuttavuudesta
Lisensiaatintutkimus, 59 sivua, 18 liitesivua
Ohjaaja: Raimo Lappalainen
Psykologia
Toukokuu 2023

Tausta: Teknologian hyödyntäminen psykoterapian saatavuuden parantamiseksi on lisääntynyt teknisen kehityksen myötä ja erilaiset etäterapian muodot ovat vakiintuneet osaksi mielenterveyspalveluja. Videovälitteinen psykoterapia on yksi etäterapian sovellusalue. Etäterapiatutkimuksessa on selvitetty asiakkaiden ja ammattilaisten kokemuksia etäterapiasta, etäterapian vaikuttavuutta ja etäterapiaan liittyviä teknisiä edellytyksiä.

Tavoitteet: Tämän tutkimuksen aiheena on selvittää asiakkaiden kokemuksia videomenetelmästä psykoterapiassa. Erityisenä tarkastelun kohteena on teknisten häiriöiden vaikutus asiakkaiden kokemukseen terapiasta ja terapialle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusterapiat toteutettiin yhden vuoden pituisena Kelan kuntoutuspsykoterapiana. Tutkimusasiakkaat osallistuivat videovälitteisesti toteutettuun kognitiiviseen psykoterapiaan kodistaan käsin. Tutkimukseen osallistui kymmenen 31-59-vuotiasta henkilöä, joilla oli eriasteista masennusta tai ahdistuneisuus- tai ahmimishäiriö. Tutkimusasiakkaiden kokemuksia videomenetelmästä tutkittiin puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella ja terapiasuhteen mittarilla (WAI-SR), hoidon vaikuttavuutta arviointiin elämänlaatu- (tyytyväisyys elämään, itseluottamus ja JES), oire- (SCL-90, BDI-II, mieliala-asteikko ja BAI) ja prosessimittareilla (AAQ-2 ja KIMS). Hoidon vaikuttavuutta arvioitiin hoidon alussa, lopussa ja seurannassa (n. 30 kk psykoterapian aloituksesta).

Tulokset: Tutkimusterapioita oli yhteensä 343 istuntoa, joista 34 %:ssa (118 istuntoa) esiintyi teknisiä häiriöitä, loput istunnot olivat häiriöttömiä. Huolimatta videomenetelmään liittyvien häiriöiden määrästä asiakkaat olivat tyytyväisiä videomenetelmään ja kokivat hyötyneensä psykoterapiasta. Hyöty ilmeni ajankohtaisten ongelmien helpottumisena ja hyvinvointia lisäävien taitojen oppimisena. Videon käyttö koettiin turvalliseksi menetelmäksi eikä sen koettu haittaavan terapiasuhtetta. Haastattelulomakkeista kävi ilmi, että asiakkaat olivat saavuttaneet terapialle asettamia tavoitteita ja samaa osoittivat myös kaikki elämänlaatu-, oire- ja prosessimittareiden tulokset.

Johtopäätökset: Tutkimustulokset osoittivat videomenetelmän soveltuvan psykoterapian toteuttamiseen huolimatta terapian aikana ilmenneistä teknisistä häiriöistä. Tutkimusasiakkaiden terapialleen asettamien tavoitteiden toteutumisen voidaan tulkita osoittavan, että asiakkaat saivat saman hyödyn videomenetelmällä toteutetusta psykoterapiasta kuin vastaanotolla toteutetusta terapiasta.

Avainsanat: videovälitteinen, etäterapia, kognitiivinen psykoterapia, terapiasuhte, käytettävyy

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	2
1.1 Etäterapia.....	2
1.2 Videovälitteisen psykoterapian tutkimuksen historiaa ja nykypäivää	3
1.3 Videovälitteisen psykoterapian käsitteitä ja tutkimusta	6
1.4 Videovälitteisen terapiatutkimuksen ongelmia ja puutteita	10
1.5 Videovälitteinen psykoterapia ja terapiasuhte	12
1.6 Tutkimuksen taustaa ja tutkimuskysymykset.....	13
2. MENETELMÄT	14
2.1 Tutkimusasetelma.....	14
2.2 Kohderyhmä	15
2.3 Interventiomenetelmät.....	16
2.4 Tutkimuksen tekninen toteutus	17
2.5 Arviointimenetelmät.....	17
2.6 Aineiston analysointi.....	21
3. TULOKSET	22
3.1 Videomenetelmään liittyvät tekniset ongelmat hoitojakson aikana	22
3.2 Tutkimushenkilöiden kokemukset videomenetelmän käytettävyydestä	24
3.2.1 Videomenetelmän vaikuttavuus.....	24
3.2.2 Videomenetelmän tehokkuus.....	25
3.2.3 Tyytyväisyys videomenetelmään.....	26
3.2.3.1 Käyttäjän tyytyväisyys laitteen tai järjestelmän käyttöön	26
3.2.3.2 Tyytyväisyys vuorovaikutukseen ja terapiasuhteeseen	33
3.3 Vaikuttavuus elämänlaatu-, oire ja prosessimittareilla mitattuna	35
4. POHDINTA	38
5. LOPPUPÄÄTELMÄT	45
6. LÄHTEET.....	47
7. LIITTEET	60
Liite 1. Käsiteluettelo	60
Liite 2. Haastattelulomake.....	62
Liite 3. Elämänhistorialomake	68

1. JOHDANTO

1.1 Etäterapia

Yksilön mahdollisuudet hakeutua asianmukaiseen psykoterapeuttiseen hoitoon voivat vaarantua sairauden oireiden (esim. ahdistuneisuushäiriön), fyysisen vamman, pitkien välimatkojen tai ammattitaitoisten psykoterapeuttien alueellisen vähyden vuoksi. Myös vakavat epidemiat kuten COVID-19 voi vaikeuttaa tavanomaisen kasvokkain tapahtuvan psykoterapiahoidon saatavuutta. Etäterapialla on mahdollista ylittää nämä esteet. Etäterapiaan liittyvä tutkimus jakaantuu kahteen suuntaukseen (Goss & Anthony, 2003): 1) Tietokoneistettuun terapiaan, jossa tutkitaan ja kehitetään itsehoitoon (self-help) (Marks ym., 2007) tarkoitettuja etäyhteydellä saavutettavia tietokoneohjelmia (ns. verkkohoito-ohjelmia) ja, joiden tekemiseen voi rajoitetusti liittyä terapeutin tukea (guided self-help) (Bergman Nordgren ym., 2013) sekä 2) teknologisten menetelmien kehittämiseen ja käyttökelpoisuuden tutkimiseen psykologisen hoidon toteuttamisen välineenä. Tämä tutkimus liittyy jälkimmäiseen suuntaukseen ja tässä tutkimuksessa keskitytään videoneuvottelumenetelmän käytettävyyteen psykoterapeuttisen hoidon toteuttamisen välineenä asiakkaan näkökulmasta.

Etäterapiatutkimuksessa teknologisia menetelmiä voidaan jaotella kahdella eri tavalla riippuen tutkimuskysymyksen asettelusta: vuorovaikutuksen laadun tai ajallisen yhteyden perusteella (Goss & Anthony, 2003). Terapeutin ja asiakkaan keskinäisen vuorovaikutuksen laadun perusteella voidaan erottaa neljä luokkaa: ilman näkö- ja kuulokokemusta toteutettu terapia (sähköposti), kuulokokemukseen perustuva terapia (puhelin), näkö- ja kuulokokemukseen perustuva kahdenkeskinen terapia (videoterapia) ja näkö- ja kuulokokemukseen perustuva tietokoneistetun itsehoito-ohjelman käyttäminen (CD-ROM, verkkohoito-ohjelma). Ajallisen yhteyden perusteella voidaan erottaa synkroninen ja asynkroninen kommunikaatio. Reaaliaikainen eli synkroninen kommunikaatio voi olla puhelinterapiaa (Mohr ym., 2008), tekstipohjaista online-tilassa kirjoittamalla toteutettua terapiaa (Kessler ym., 2009) tai videoneuvotteluna toteutettua terapiaa (Germain ym., 2009; Himle ym., 2006). Eriaikaisessa eli asynkronisessa kommunikaatiossa on ajallista viivettä terapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa kuten sähköpostikeskustelussa (Ruwaard ym., 2007) tai verkossa olevaan itsehoito-ohjelmaan liittyvässä terapeutin palautteessa. Osenbach tutkimusryhmineen (2013) tuo esille etäterapiatutkimukseen liittyvän ongelman, jossa edellä mainittuja teknologisia menetelmiä voidaan laittaa yhteen ja tutkia yhtenä menetelmänä, välittämättä menetelmien erilaisuudesta (esim. Kruse ym., 2017). Tämä tuo ongelmia tulosten arviointiin, koska eri menetelmissä korostuvat erilaiset modaliteetit edellä mainitun jaottelun mukaan.

Tässä tutkimuksessa videovälitteisellä psykoterapialla tarkoitetaan synkronista näkö- ja kuulokokemukseen perustuvaa kahdenkeskistä terapeuttista vuorovaikutusta.

1.2 Videovälitteisen psykoterapian tutkimuksen historiaa ja nykypäivää

Maailman terveysjärjestön (WHO Global Observatory for eHealth, 2010) mukaan teleterveydenhuolto tarkoittaa kaikkea etänä toteutettavia terveydenhuollon toimintoja, joissa hyödynnetään teknologisia välineitä joko terveydenhuollon ammattilaisten keskinäiseen yhteydenpitoon tai potilaille suunnattaviin terveyttä edistäviin palveluihin. Siten teleterveydenhuollon kenttä on laaja ja voi kattaa esimerkiksi uusien teknologisten sovellusten kehittämistä terveydenhuoltoon soveltuvaksi, terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä konsultaatiota, potilaan sairauden etäseuranta ja palautteen antamista tai terveydentilan arviointia, kuntouttamista ja hoitoa (Tuckson ym., 2017). Videovälitteisen psykoterapian tutkimus liittyy videovälitteisen teleterveydenhuollon kehittymiseen. Katsauksessaan Richardson ja hänen kollegansa (2009) jakavat tutkimuksen neljään aikakauteen tekniikan kehittymisen perusteella (taulukko 1). Videovälitteisen psykoterapian tutkimusperusta ulottuu yli 60 vuoden päähän ja vaikka ensimmäinen kahden television avulla toteutettu ryhmäterapian sovellus tehtiin jo vuonna 1959 (Wittson ym., 1961), olivat tutkimuksen alkuvuodet 1990-luvulle asti vähäistä uuden teknologian kokeilua. Toinen aikakausi voidaan määrittää 1990–2000-luvun alkuun, jolloin tekninen kehitys 1990-luvulla mahdollisti enenevästi käytännön kokeiluja telepsykiatrian alalla. Kokeilut syntyivät käytännön tarpeeseen ja keskittyivät siksi maantieteellisesti pitkien etäisyyksien alueisiin (esim. Kanada, USA, Australia ja Skotlanti).

Kolmannen aikakauden Richardson ja muut (2009) ajoittivat vuosille 2003–2008. Tänä aikakautena videovälitteisen teleterveydenhuollon tutkimus kasvoi maailmanlaajuisesti ja sovellusalueet kattoivat laajasti terveydenhuollon kentän (esim. kuurojen mielenterveyshoito, hypnoosihoito, syöpäpotilaiden sopeutumisvalmennus, terveydenhuollon ammattilaisten koulutus ja työnohjaus, sotatraumojen hoito, aivovammapotilaiden kuntoutus, neuropsykologinen arviointi ja kuntoutus). Myös videovälitteisen psykoterapian tutkimus lisääntyi ja sitä kokeiltiin eri teoreettisilla viitekehyksillä, menetelmillä ja kohderyhmillä, kuten kognitiivista käyttäytymisterapiaa paniikin hoidossa (Bouchard ym., 2004), ryhmäterapiaa alkoholismien hoidossa (Frueh ym., 2005), perheterapiaa (Dausch ym., 2009; Kuulasmaa ym., 2004), altistusterapiaa pakonomaiseen pelaamiseen (Oakes ym., 2008) ja vankien mielenterveyden hoitoon (Morgan ym., 2008). Tärkein kehitysaskel tänä aikakautena oli tutkimusasetelmien ja -kysymysten tarkentuminen tutkimuksen

laadun parantamiseksi. Tutkimuskysymykset kohdentuivat videovälitteisen terveydenhuollon tehoon (efficacy), jolloin tutkimusasetelmat laajenivat satunnaistettuihin, kontrolloituihin kliinisiin kokeisiin, vaikuttavuuteen (effectiveness), jossa tutkimusta tehtiin osana luonnollista terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja kustannushyötysuhteeseen (efficiency). Tämän aikakauden tutkimuksista on saatu näyttöä hyvän terapiasuhteen kehittymisestä videovälitteisissä terapioiden ja hoidon tehosta. Tutkimuksissa asiakkaiden kokemuksia terapiasuhteesta kuvattiin mm. seuraavasti: ”Ei parempi tai huonompi mutta erilainen”. Lisäksi asiakkaat, joilla oli heikko hoitovaste, pitivät terapiasuhdetta hyvänä (Simpson ym., 2005.) Muita aiempien aikakausien tutkimustuloksia vahvistavia tuloksia tältä ajalta ovat lyhyiden kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvien videovälitteisten terapioiden parempi kustannustehokkuus perinteisiin hoitoihin verrattuna, kun huomioitiin matkakulut ja käytetty aika. Lisäksi hoidon vaikuttavuudessa ei Richardsonin ja kumppaneiden (2009) katsauksessa mukana olleiden tutkimusten mukaan ollut eroja ja videovälitteisen psykoterapian todettiin vastaavan perinteistä hoitoa. Huonolaatuisen videoyhteyden ei todettu heikentävän hoitosuhteen laatua, kliinisen arvioinnin tarkkuutta tai hoidon vaikuttavuutta. Myös myönteiset tulokset asiakkaiden ja ammattilaisten tyytyväisyydestä tukivat aiempia tutkimustuloksia.

Taulukko 1. Videovälitteisen teleterveydenhuollon ja psykoterapiatutkimuksen julkaisujen määrä suhteessa tekniikan kehittymisen ajanjaksoihin.

Ajanjakso	Julkaisut vastaavilta ajanjaksoilta	
	Teleterveydenhuolto	Videovälitteinen psykoterapia
Vuodet 1959–1990 - teknologian kokeilua	68 julkaisua vuosina 1970–2000 (Frueh ym., 2000)	2 julkaisua vuosina 1961–1996 (Backhaus ym., 2012)
Vuodet 1990–2003 - kokeiluja teleterveydenhuollon alalta		10 julkaisua vuosina 1996–2000 (Backhaus ym., 2012)
	63 julkaisua vuosina 2000–2003 (Monnier ym., 2003)	14 julkaisua vuosina 2001–2003 (Backhaus ym., 2012)
Vuodet 2003–2008 - sovellusalueiden laajentuminen	148 julkaisua vuosina 2003–2008 (Richardson ym., 2009)	20 julkaisua vuosina 2004–2007 (Backhaus ym., 2012)
Vuodesta 2008 eteenpäin - tutkimuksen ja video- menetelmän käytön lisääntyminen		19 julkaisua vuosina 2008–2010 (Backhaus ym., 2012)

Videomenetelmiin liittyvän tutkimuksen neljäs aikakausi laajensi tutkimuskysymyksiä entisestään, ja lähestyttäessä 2010 lukua tutkimuksessa alettiin pohtia videomenetelmien laillisuuteen, eettisyyteen, sääntelyyn ja soveltamiseen liittyviä näkökulmia. Kysymykset liittyivät tutkimustiedon ja videomenetelmän integroimiseen käytäntöön, alan lainsäädännön kehittymiseen, videomenetelmästä aiheutuvien kustannusten huomioimiseen, sovellettavan alan erityistarpeiden huomioimiseen, riskitilanteiden toimintasuunnitelmaan (esim. itsemurhariski) ja tietoturvallisuuteen ja salaustason määrittelyyn. Kuitenkin pelkästään videovälitteiseen psykoterapiaan liittyvää tutkimusta on julkaistu verrattain vähän viime vuosiin asti. Backhaus ja muut (2012) löysivät tekemässään katsauksessa vuosien 1996 ja 2010 välillä vain 47 alkuperäistutkimusta videovälitteisestä psykoterapiasta. Tulosten perusteella videovälitteiset psykoterapiat osoittautuivat toimiviksi ja vaikuttavaksi menetelmäksi psykoterapian toteuttamiseen (Backhaus ym., 2012).

Tutkimusten määrä kasvaa kuitenkin jatkuvasti teknologian kehittymisen myötä (Goetter ym., 2013; Himle ym., 2012; Tuerk ym., 2018) ja etäterapia on saavuttamassa vakiintunutta roolia osana psykologisia hoitoja. Tämä näkyy mm. siinä, että viimeisten viiden vuoden aikana tutkimusten ja meta-analyyysien määrä videovälitteisen hoidon vaikuttavuudesta on räjähdysmäisesti kasvanut. Esimerkiksi vuosina 2016–2021 tutkimuksia on julkaistu pitkälti yli 200, joista valtaosa RCT-tutkimuksia (Keinonen ym., 2022). Tuoreessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Keinonen ym., 2022) löydettiin seitsemän systemaattista kirjallisuuskatsausta ja/tai meta-analyyysiä vuosilta 2016–2021 (Drago ym., 2016; Fernandez ym., 2021; Lin ym., 2019; Matsumoto ym., 2021; McClellan ym., 2022; Rees ym., 2015; Sunjaya ym., 2020), joissa tarkasteltiin videoyhteyden hyödyntämistä arvioinnin tai hoidon välineenä sekä videovälitteisen psykoterapian tai hoidon vaikuttavuutta eri ongelmien hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen tulokset viittasivat siihen, että etäteknologialla toteutetut reaaliaikaista kommunikaatiota hyödyntävät interventiot kuten videovälitteiset hoidot voivat olla yhtä tehokkaita tai lähes yhtä tehokkaita kuin kasvokkain toteutetut hoidot. Videovälitteisesti on voitu lievittää mm. mielialaoireita, erilaisia ahdistuneisuusongelmia, päihdeongelmia ja psykoottisia oireita. Raportoidut efektikoot olivat useissa tutkimuksissa suuria ($ES > 0.80$) tai keskisuuria ($ES > 0.50$) ja verrattavissa kasvokkaisen hoidon efektikokoihin (Keinonen ym., 2022). COVID-pandemian myötä videovälitteisen psykoterapian voidaan ajatella saavuttaneen aseman hyväksyttävänä psykoterapeuttisen hoidon muotona myös potilaiden joukossa (Peterson ym., 2022).

1.3 Videovälitteisen psykoterapian käsitteitä ja tutkimusta

Videoneuvottelumenetelmän käyttökelpoisuuteen ja sovellettavuuteen (feasibility) sekä hoitomuodon hyväksyttävyyteen (acceptance) psykoterapian antamisen välineenä liittyvä tutkimus tuo perinteiseen, asiakkaan ja terapeutin kokemukseen ja hoitointerventioon keskittyvään psykoterapiatutkimukseen uuden tutkimuskysymyksen: Mikä on välineen vaikutus psykoterapiaprosessiin? Siten väline itsessään eli videoneuvotteluyhteys tuo täysin uuden ulottuvuuden koko psykoterapiatutkimukseen: laitteen ja käyttäjän näkökulmat. Näillä kummallakin näkökulmalla on omat vakiintuneet käyttöalueensa, soveltuvuustutkimus (feasibility) tutkii laitteen tai palvelun soveltuvuutta käyttötarkoitukseensa ja käytettävyytustutkimus (usability) tutkii ihmisen ja koneen välistä vuorovaikutusta käyttäjän kannalta ja sillä viitataan käyttäjän kokemukseen laitteen tai ohjelman helppokäyttöisyydestä (Agarwal ym., 2016). Tämä tutkimus kohdistuu asiakkaan kokemukseen välineestä (medium). Jotta voisimme vastata mahdollisimman luotettavasti tähän kysymykseen, pitää tutkimusasetelmassa ja tutkimuskysymysten suunnittelussa huomioida monia tekijöitä, joita videovälitteisyys aiheuttaa psykoterapiatutkimukselle.

Koska videovälitteisen psykoterapian tutkimus on kehittynyt teknologian kehittymisen myötä, tutkimusala on verrattain nuorta ja tutkimuksessa käytetyt käsitteet muuttuvia. Terminologian moninaisuus on johtanut tilanteeseen, jossa käytetyn termin perusteella on mahdotonta päätellä, millaisesta teleterveydenhuollon tutkimuksesta on kysymys (Backhaus ym., 2012; Smith ym., 2021). Videovälitteisen psykoterapian tutkimusta kuvataan eri artikkeleissa hyvin erilaisten käsitteiden avulla. Tämän ilmiön havainnollistamiseksi tutkimuksen kirjoittaja kokosi luettelon tutkimusartikkeleissa käytetyistä käsitteistä, joita löytyi yhteensä 88 (liite 1). Koska tutkimusalan nimi ei ole saavuttanut konsensusta, niin Backhaus ja muut (2012) ehdottavatkin tekemänsä katsauksen perusteella, että alan tutkijat käyttäisivät ”videovälitteinen psykoterapia” (videoconferencing psychotherapy) käsitettä, koska esimerkiksi ”etäterapia”, ”nettiterapia” tai ”telelääketiede” ovat yleistermejä eikä niiden perusteella voi päätellä hoidon antamisen muotoa. Simpson tutkimusryhmineen (2021) käyttävät lyhempää ”videoterapia” käsitettä (videotherapy). Tässä tutkimuksessa käytetään sekä videovälitteisen psykoterapian että videoterapian käsitettä.

Myös tutkimuskäsitteissä esiintyy epäselvyyttä ja esimerkiksi videomenetelmän sovellettavuutta käsittelevissä (feasibility) tutkimuksissa sovellettavuudella voidaan viitata eri asioihin (esim. kustannus, saavutettavuus) tai ei määritellä lainkaan, miltä kannalta videomenetelmän sovellettavuutta on tutkittu. Huolimatta edellä mainitun kaltaisista epäselvyyksistä on videomenetelmää psykoterapian antamisen välineenä tutkittu monipuolisesti mm.

tunnettyöskentelyyn (Thompson-de Benoit & Kramer, 2021), vaikeiden mielenterveyshäiriöiden (Miu ym., 2021) ja itsetuhoisten potilaiden (Jobes ym., 2020) hoitoon sovellettavuuden (feasibility) kannalta, videomenetelmän hyväksyttävyyden (acceptance; Moeller ym., 2022; Peterson ym., 2022; Simpson & Slowey, 2011; Yuen ym., 2013) ja videomenetelmään liittyvän tyytyväisyyden (satisfaction; Simpson ym., 2005), terapiasuhteen (alliance; Day & Schneider, 2002; Germain ym., 2010; Morgan ym., 2008; Rees & Stone, 2005; Simpson & Reid, 2014), tehokkuuden (efficacy; Peterson ym., (2022); Stubbings ym., 2013; Théberge-Lapointe ym., 2015), tuloksellisuuden (effectiveness; Bouchard ym., 2020; Bouchard ym., 2004; Hassija & Gray, 2011; Oakes ym., 2008; Simpson ym., 2006), kustannustehokkuuden (cost-effectiveness; Morland ym. 2013; Vaiteswaran ym., 2012; Warmerdam ym., 2010) ja videovälitteisesti toteutetun hoito-ohjelman arvioinnin (program evaluation; Frueh ym., 2000) näkökulmista.

Uusien käsitteiden käyttöönotto on lisääntynyt sitä mukaa kuin psykoterapiatutkimus on laajentunut tutkimaan videoneuvottelumenetelmän vaikutusta terapiaprosessiin. Yhtenä uutena tutkimuskohteena on läsnäolo-tutkimus, jota on tehty 2000-luvun alusta lähtien (Alvandi 2019). Se on terapiasuhteen, videovälitteisyyden ja sosiaalisen läsnäolon kokemusta yhdistävä tutkimusalue, josta käytetään termiä ”telepresence” (Bouchard ym., 2011). Bouchardin tutkimusryhmässä (Bouchard & Robillard, 2006; Berthiaume ym., 2018) on kehitetty Telepresence in videoconference scale -lomake, jolla pyritään tutkimaan menetelmään liittyviä asiakkaan kokemuksia. Lomaketta on käytetty joissakin videovälitteisen psykoterapian tutkimuksissa (esim. Germain ym., 2010; Himle ym., 2006). Witmer ja Singer (1998) määrittelevät läsnäolon (physical presence) tarkoittavan yksilön kokemusta, jossa hän kokee olevansa toisessa paikassa tai ympäristössä kuin missä hän fyysisesti sijaitsee. Ympäristö voi olla oman mielen sisältöä tai kokemusta toisesta fyysisestä ympäristöstä. Teknologiaan välineisiin sovellettuna tämä kuvaus tarkoittaa, että yksilö kokee olevansa esimerkiksi tietokoneen luomassa virtuaaliympäristössä. Witmer ja Singer (1998) käyttävät tarkkaavuuden siirtymisen käsitettä (attention shifting) kuvatessaan yksilön läsnäolokokemuksen muuttumista fyysisen paikan ja oman mielen tai virtuaaliympäristön välillä. Mitä enemmän yksilö kykenee siirtämään huomion omaan mieleen tai virtuaaliympäristöön, sitä enemmän yksilö kokee olevansa läsnä siinä ympäristössä. Ijsselsteijn ja kumppanit (2001) esittelevät fyysisen läsnäolon lisäksi sosiaalisen läsnäolon (social presence) käsitteen, jonka he määrittelevät yksilön tuntemana sosiaalisen yhdessäolon kokemuksena. Etäterapiatutkimuksessa tämä liittyy tietokoneistetun terapiatutkimuksen menetelmiin, kuten sähköpostiin tai puhelinterapiaan.

Videovälitteisessä terapiassa yhdistyvät nämä läsnäolon muodot. Ijsselsteijn ja muut (2001) kutsuvat tätä käsitteellä ”co-presence”, jolla he viittaavat yksilön kokemukseen, jossa yksilö kokee olevansa ”samassa paikassa ja yhdessä toisen kanssa” ollessaan fyysisesti erillään toisesta ihmisestä.

Videovälitteisessä psykoterapiatutkimuksessa Bouchard ja muut (2011) viittaavat telepresence-käsitteellä potilaan illuusioon, jossa hän kokee olevansa terapiahuoneessa toisen henkilön, terapeutin, kanssa, eikä vain koe tekevänsä terapiaa fyysisesti erillään terapeutista. Bouchard kollegoineen (2007) kuvaavat terapiasuhteen ja läsnäolon käsitteitä toisiinsa vaikuttavina ilmiöinä: heikko läsnäolon kokemus (telepresence) on yhteydessä heikkoon terapiasuhteeseen, erityisesti tunnesidoksen (bond) syntymiseen, ja päinvastoin. Tekemässään tutkimuksessa mielialan ja tunneilmaisun yhteydestä koettuun läsnäoloon videovälitteisessä terapiassa, Bouchard ja muut (2011) havaitsivat, että terapiaistunnoissa käytetyt voimakkaat tunnesanat ja emotionaalisesti latautunut terapeutin keskustelu lisää voimakkaita tunteita ja vastaavasti vahva tunnekokemus johtaa suurempaan läsnäolon kokemukseen videoterapiassa. Verrattuna tavalliseen työpaikan videoneuvotteluun ja etäkoulutukseen, tämänkaltaisen voimakas emotionaalinen sisältö usein puuttuu keskustelusta, jolloin etäneuvotteluissa helpommin koetaan fyysinen erillisuus muihin osallistujiin. Videoyhteyden vaikutusta läsnäoloon on tutkittu myös kognitiiviseen kuormittuneisuuteen ja tunteiden tunnistamiseen liittyvissä tutkimuksissa (Biocca ym., 2003; Bruder ym., 2011; Ferran & Watts, 2008) ja näissä on osoitettu eroja silloin, kun koehenkilöt ovat vuorovaikutuksessa samassa tilassa verrattuna videovälitteiseen kommunikointiin.

Muita erityisesti videomenetelmään liittyviä tutkimuskysymyksiä ovat teknisiin häiriöihin (särinä, resoluution tarkkuus, yhteyden katkeamiset) ja laitteen ja ohjelman käyttämiseen liittyvät kysymykset. Varhaisimpia tutkimuksia erityisesti videomenetelmän vaikutuksesta asiakkaan kokemukseen on Manchandan ja McLarenin (1998) tekemä tapaustutkimus, jossa sekamuotoisesta ahdistus- ja masennushäiriöstä kärsivälle potilaalle annettiin 12 kertaa kognitiivista psykoterapiaa. Videomenetelmän vaikutusta selvitettiin vapaamuotoisella haastattelulla ja asiakasta myös rohkaistiin kertomaan terapiaistuntojen aikana ajatuksiaan ja kokemuksiaan istunnon aikana ilmenneistä teknisistä ongelmista. Tutkimuksen tuloksena oli, että asiakas ei kokenut teknisten häiriöiden (esim. kuva katosi ja vain ääni kuului) haitanneet myönteistä kokemusta terapiasuhteesta. Yuen ja muut (2013) raportoivat omassa tutkimuksessaan videomenetelmästä johtuvien häiriöiden määrää ja korostivat tarkan raportoinnin merkitystä. Tällaisia terapiaa häiritseviä tilanteita voivat olla teknisten ongelmien määrä ja laatu, kuten yhteyden katkeamiset, tietokoneen käyttöjärjestelmäongelmat ja videoyhteyden palveluntarjoajasta aiheutuneet ongelmatilanteet. Tarkka raportointi on välttämätöntä, jotta voidaan tehdä päätelmiä välineen tosiasiallisesta vaikutuksesta terapiaprosessiin ja lisäksi häiriöiden määrän ja laadun raportointi on ainoa kiinnekohta, jota vasten asiakkaan kokemuksia käytettävyydestä voidaan tulkita. Di Nuovo ja Narzisi (2021) tuovat esille, että kokemattomuus digitaalisten laitteiden käytöstä voi lisätä teknisten ongelmien määrää ja siten heikentää videovälitteisen psykoterapian vaikuttavuutta.

Koska videovälitteisen psykoterapian tutkimus on kohtalaisen uusi tutkimusalue, ei tutkimuskäytössä ole vielä yleisesti käytettyjä lomakkeita, joilla videomenetelmän vaikutusta terapiaprosessiin voidaan selvittää. Tutkijat ovat joutuneet itse luomaan kysymyksiä (Frueh ym., 2005, Simpson ym., 2005), joilla videomenetelmän vaikutusta voidaan kartoittaa, eikä heillä useinkaan ole ollut viitekehystä, johon he sitoisivat tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiä, joilla tutkitaan erityisesti videomenetelmään liittyviä asiakkaan kokemuksia ei kaikissa tutkimuksissa raportoida lainkaan (Bischoff ym., 2004; Fitt & Rees, 2012). Joissain julkaisuissa videomenetelmää kartoittavat kysymykset esitellään, mutta ne liittyvät enemmän muihin tyytyväisyyteen liittyviin seikkoihin, ei niinkään videomenetelmään (Cluver ym., 2005; Morgan ym., 2008). Lisäksi välineen vaikutusta kartoittavien kysymysten määrä saattaa olla vain yhdestä muutamaan (Griffiths ym., 2006) ja muut käytetyt lomakkeet ovat yleisiä potilas- ja hoitotyytyväisyyttä mittaavia lomakkeita, jotka eivät anna tarkkaa tietoa erityisesti videomenetelmän vaikutuksesta psykoterapiaprosessiin. Joissakin tutkimuksissa on käytetty erityisesti videomenetelmää välineenä tutkivia lomakkeita (Hassija & Gray 2009, 2011; Simpson & Slowey, 2011), mutta Yip ja muut (2003) kritisoivat, että ne eivät ole kovin sopivia etäpsykoterapiatutkimukselle, koska niissä ei tule riittävästi esille tietoa asiakkaan tyytyväisyydestä omien, terapialleen asettamiensa tavoitteiden saavuttamisesta videomenetelmällä. He kehittivätkin oman asiakkaan tyytyväisyyden kokemusta kartoittavan 14 kysymystä sisältävän lomakkeen (Yip ym., 2003), jota on käytetty joissain tutkimuksissa (esim. Stubbings ym., 2013). Germain ja kollegat (2009) vertasivat videovälitteisesti ja kasvokkain tapahtuvaa kognitiivista käyttäytymisterapiaa PTSD:n hoidossa. He käyttivät tutkimuksessaan kolmea lomaketta, joista yksi oli yleinen etähoitoon kehitetty kysymyslomake ja kaksi oli tutkimusryhmän itse kehittämiä videovälitteiseen terapiaan liittyviä tutkimuslomakkeita (Bouchard & Robillard, 2006). Kussakin lomakkeessa oli oma teema videovälitteisyyteen liittyen: asiakkaan valmius eri menetelmien käyttöön (puhelimitse, kasvokkain ja videovälitteisesti), läsnäolon kokemus (telepresence) terapeutin kanssa videoterapiaistunnon aikana ja istuntokohtainen arvio videomenetelmästä sekä videovälitteisestä terapiasta. Smith ja muut (2021) tekivät systemaattisen katsauksen vuosina 2010 ja 2020 välillä julkaistuihin katsauksiin videovälitteisestä psykoterapiasta. Koska heidän löytämistään 14 systemaattista katsauksesta ei löytynyt yhtään tutkimusta, joissa olisi kysytty asiakkailta heidän havaintojaan ja kokemuksiaan videomenetelmästä, he esittävät tarpeen tehdä videovälitteiseen terapiaan liittyvää tutkimusta, jossa selvitetään erikseen asiakkaan kokemusta videomenetelmästä (vrt. palvelun muoto) ja videoterapian hyväksyttävyydestä (vrt. saatu hoito) (Smith ym., 2021).

Koska videovälitteisen psykoterapian tutkimus on viime aikoina muodostunut omaksi tutkimusalueeksi, on tarpeen selkeyttää käsitteistöä, jota tutkimuksessa käytetään (Backhaus ym., 2012). Yksi mahdollisuus on soveltaa käytettävyytutkimuksen viitekehystä (usability), jossa

yhdistyvät käyttäjän kannalta kaikki laitteen käyttöön liittyvät tavoitteet, kustannustehokkuus ja tyytyväisyys järjestelmän käyttöön ja vuorovaikutuksen sujuvuuteen (ISO 9241-11:1998; ISO 9241-11:2018; Bevan ym., 2015). Tyytyväisyyden (satisfaction) käsite sisältyy yhtenä alueena käytettävyyden käsitteen sisälle ja sisältää laitteen (feasibility) ja vuorovaikutuksen näkökulmat, sekä antaa yksityiskohtaista tietoa siitä, mistä ilmiöistä käsin tyytyväisyys tai tyytymättömyys syntyy. Jotta menetelmään liittyvien tekijöiden, kuten teknisten ongelmien, todelliset vaikutukset psykoterapian toteuttamiseen saadaan selville, on tutkittavan hoidon oltava riittävän pitkä, jotta tulosten voidaan arvioida soveltuvan myös pitkiin, usean vuoden kestäviin psykoterapiahoitoihin. Tuloksellisuuden kannalta saatujen tulosten hyvä sovellettavuus toteutuu, kun teknisen laitteen vaikutus terapiaprosessiin onnistutaan selvittämään mahdollisimman hyvin ja tutkimusasetelma vastaa sisäänottokriteerien ja käytännön toteuttamisen kannalta tavallista hoitoprosessia.

1.4 Videovälitteisen terapiatutkimuksen ongelmia ja puutteita

Videomenetelmän käyttöä terapian antamisen välineenä on viimeisen 30 vuoden aikana tutkittu monilla tutkimusasetelmilla. Aiemmissa videovälitteisen psykoterapian tutkimuksissa on kuitenkin useita puutteita tai tutkimusasetelmat rajoittavat tulosten sovellettavuutta todelliseen terveydenhuollon palvelujärjestelmään (Backhaus ym., 2012; Berryhill ym., 2019; Richardson ym., 2009; Smith ym., 2021; Thomas ym., 2021; Watts ym., 2020). Yksi kritiikki kohdistuu sellaisia tyytyväisyystutkimuksia kohtaan, joissa ei ole kontrolliryhmää tai joissa tutkimusasiakkaiden asuinpaikka estäisi psykoterapiahoidon saamisen, jolloin asiakkailta ei ole muuta mahdollisuutta hoitoon kuin videovälitteinen psykoterapia. Tällöin tyytyväisyys saattaisi pikemminkin johtua siitä, että ylipäänsä saa hoitoa kuin tyytyväisyydestä videomenetelmään. Tosin Hassija ja Gray (2009) esittävät jyrkästi, että tämänkaltainen kritiikki ei ole relevanttia, koska teleterveydenhuollon vastakohtana ei ole perinteinen vastaanotolla tapahtuva hoito. Relevantti vertailu tapahtuu teleterveydenhuollon palveluiden ja kokonaan vaille hoitoa jäämisen välillä. Backhaus ja muut (2012: s. 125) kritisoivat tyytyväisyystutkimuksia erityisesti siitä, että tutkimuksissa ei erotella ”tyytyväisyyttä palvelun muotoon (format) verrattuna tyytyväisyyttä saatuu hoitoon (treatment)” ja että tutkimuksissa ei erotella yleisen tyytyväisyyden lisäksi niitä asioita, joihin ollaan tyytyväisiä ja joihin ei olla tyytyväisiä. Tämän johdosta monet tyytyväisyystutkimukset eivät anna riittävän yksityiskohtaista tietoa, jotta niitä voisi käyttää tulosmuuttujina muiden mittareiden tukena.

Smith ja muut (2021) kokosivat videovälitteisen terapian systemaattisessa katsauksessaan kolmen systemaattisen katsauksen tulokset, joissa oli yhteensä 114 tutkimusta. Näistä 73

tutkimuksessa asiakas oli terveydenhuollon yksikössä terapioiden aikana ja vain 41 tutkimuksessa asiakas oli kotonaan terapian aikana. Heidän mukaansa tämänkaltaisella tutkimusasetelmalla, jossa asiakas on videoterapiassa terveydenhuollon yksikössä, voi olla vaikutusta siihen, miten asiakas kokee videovälitteisen terapian. He esittävätkin, että, koska vielä ei ole riittävästi videoterapiatutkimusta, jossa asiakas on videoyhteydessä kotoa käsin, olisi terveydenhuollon yksikössä toteutettu videoterapia suositeltavampaa, koska silloin terapeutti pystyisi paremmin ylläpitämään terapeutista rakennetta, varmistamaan yksityisyyden ja estäisi terapiaa häiritsevien asioiden esiintymistä (Smith ym., 2021). Tähän liittyen myös Watts ja muut (2020) tuovat esille, että tarvitaan lisää tutkimusta, jossa selvitetään, miten asiakas kokee terapiasuhteen videovälitteisessä terapiassa, kun asiakas on yhteydessä terapeuttiin kotoa käsin.

Berryhill kumppaneineen (2019) toivat omassa ahdistuneisuuden videovälitteisen terapian katsauksessaan esille tarpeen tehdä tutkimuksia, joissa ahdistuneisuushäiriön lisäksi potilaalla on myös muita samanaikaisia sairauksia. He esittivät myös, että tulosten yleistettävyyden lisäämiseksi tutkimusterapiat olisi suositeltavaa toteuttaa samalla tavoin kuin normaalissa kasvokkain tapahtuvassa psykoterapiassa. Esimerkiksi erilaisia terapiamenetelmiä käytetään riippuen mielenterveyden häiriöstä ja hoidon vaiheesta sekä terapeutin kokemuksesta soveltaa hyväksi osoitettuja hoitomenetelmiä yksilöllisesti, potilasta parhaiten auttavalla tavalla. Lisäksi Thomas ja muut (2021) toivat omassa katsauksessaan esille, että aiemmat tutkimukset ovat enimmäkseen pohjautuneet käyttäytymisterapioihin. He esittivät pohdinnassaan, että terapiasuuntaukset, kuten kognitiivinen psykoterapia, joissa käytetään paljon Sokrateen dialogia ja reflektointia eivät ehkä olisi kovin sopivia videoterapiassa käytettäväksi, koska tekniset häiriöt voisivat haitata tämänkaltaisten menetelmien käyttöä, ja että tällä hetkellä ei ole sellaista tutkimusta, joka osoittaisi, että tekniset häiriöt eivät haittaa edellä kuvattujen terapiamenetelmien käyttöä (Thomas ym., 2021).

Muita tulosten sovellettavuutta heikentäviä asioita voivat olla tutkimusterapioiden vähäinen määrä ja lyhyt seuranta-aika. Useissa tutkimuksissa tutkimusterapioiden määrä voi olla yhdestä kymmeneen tapaamiseen (Fletcher ym., 2018; Griffiths ym., 2006; Hassija & Gray, 2011; Miu ym., 2021; Morgan ym., 2008) tai pisimmillään muutaman kuukauden kestävään 20-25 kerran hoitajaksoon, joka kohdentuu tiettyyn häiriöön ja jonka seuranta-aika vaihtelee muutamasta kuukaudesta vuoteen (Berryhill ym., 2018; Berryhill ym., 2019; Bouchard ym., 2020). Usein tutkimuksissa ei ole lainkaan mainittu teknisistä ongelmista (Simpson ym., 2005) tai jos on mainittu, niiden määrää tai laatua ei ole raportoitu (Griffiths ym., 2006). Osin teknisten ongelmien puuttuminen voi johtua siitä, että tutkimus toteutetaan sairaalassa, jossa on oma sisäinen verkko tai asiakas ja terapeutti ovat fyysisesti eri terveydenhuollon yksikössä, mutta yhteyksistä huolehtii organisaation oma atk-tukihenkilöstö (Germain ym., 2009; Manchanda & McLaren, 1998; Nelson & Duncan, 2015;

Simpson & Slowey, 2011; Stubbings ym., 2013). Tutkimuksessa asiakkaalla voi olla myös tekninen tukihenkilö terapian aikana samassa huoneessa tai tarvittaessa heti saatavilla (Bischoff ym., 2004; Bouchard ym., 2004; Frueh ym., 2005; Griffiths ym., 2006). Joissakin tutkimuksissa asiakas ja terapeutti olivat saman rakennuksen eri huoneissa siten, että he olivat tietoisia tästä asetelmasta (Cluver ym., 2005).

1.5 Videovälitteinen psykoterapia ja terapiasuhte

Vahvan terapiasuhteen aktiivinen rakentaminen heti hoidon alussa muodostaa kognitiivisten terapiamenetelmien perustan. Bordin (1979, 1994) esittelee terapiasuhteen osatekijöiden transteoreettisen mallin, jossa yhteistyösuhde eli allianssi jaetaan yhteisesti sovittuihin terapian tavoitteisiin (therapeutic goals), käytettäviin menetelmiin (therapeutic tasks) ja tunnesiteen (therapeutic bond) kehittymiseen osallistujien välille. Videovälitteisen terapiasuhteen tutkimuksissa asiakkaiden arviot allianssista joko vastaavat vastaanotolla tehtyä terapiaa (Jenkins-Guarnieri ym., 2015, Leuchtenberg ym., 2022) tai joissain potilasryhmissä, kuten mielialahäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, agorafobia, pakko-oireinen häiriö, autismikirjon häiriö (Simpson ym., 2021) ja yleinen ahdistuneisuushäiriö (Watts ym., 2020) terapiasuhte voidaan kokea videoterapiassa jopa parempana kuin perinteisessä terapiassa. Myöskään Day ja Schneider (2002) eivät havainneet eroa etäterapian (videovälitteinen ja puhelinterapia) ja kasvokkain terapian välillä ja he tekivät lisäksi mielenkiintoisen havainnon, jonka mukaan asiakkaiden aktiivisuus ja osallistuminen oli hieman suurempaa etäterapiassa kuin kasvokkain terapiassa. Norwood ja muut (2018) löysivät meta-analyyssissään ristiriitaisen tuloksen, jossa yllätyksellisesti allianssin todettiin olevan huonompi videovälitteisessä terapiassa kuin kasvokkain toteutetussa terapiassa. Tutkijat selittävät tämän johtuvan siitä, että 12 tutkimuksesta kaikissa muissa paitsi yhdessä tutkimuksessa terapiasuhdetta mitattiin sekä terapeuteilta että asiakkailta. Koska aiempiin tutkimuksiin viitaten (Rees & Stone, 2005) ammattilaisilla on taipumusta arvioida terapiasuhdetta heikommaksi videoterapiassa verrattuna kasvokkain terapiaan, on terapiasuhteen indikaattorina olevan mittarin kokonaispistemäärä matalampi, kuin jos huomioidaan vain asiakkaan kokemus.

Aiemmissa kasvokkain tehdyissä psykoterapiatutkimuksissa on osoitettu, että allianssilla on yhteys terapeuttiseen muutokseen (Norcross & Lambert, 2011) ja kliiniseen vaikuttavuuteen (Ardito & Rabellino, 2011; Horvath ym., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Flückiger ym., 2012; Flückiger ym., 2018; Martin ym., 2000) ja, että juuri hyvä allianssitaso edesauttaisi psykoterapian tuloksellisuutta (Falkenström ym., 2014; Xu & Tracey, 2015). Samankaltaisia tuloksia allianssin ja

vaikuttavuuden välisestä yhteydestä on raportoitu myös videovälitteisessä terapiassa yleistyneen ahdistuneisuuden (Marcotte-Beaumier ym., 2021), paniikkihäiriön ja agorafobian (Bouchard ym., 2020) ja pakko-oireisen häiriön hoidossa (Goetter ym., 2013). Marcotte-Beaumier ym. (2021) erottelivat tutkimuksessaan Bordinin mallin mukaisesti terapiasuhteen kolmen osatekijän vaikutusta terapian vaikuttavuuteen. Tulokset osoittivat, että videovälitteisen terapian hyvää vaikuttavuutta ennustaa parhaiten yhteisesti sovitut tavoitteet ja käytettävät menetelmät, ei niinkään tunneside (bond) asiakkaan ja terapeutin välillä. Bouchard ym. (2020) esittivät päinvastaisen tulkinnan videovälitteisen terapian vaikuttavuudesta ja korostivat hyvän tunnesiteen muodostumisen ensisijaisuutta, jotta asiakas ylipäänsä sitoutuu harjoittelemaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan liittyviä tehtäviä ja saamaan muutoksia haitallisiin kognitioihin.

1.6 Tutkimuksen taustaa ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa pyritään vastaamaan videovälitteisen psykoterapiatutkimuksen puutteisiin, kuten terapiaistunnon häiriintymisen syiden tarkkaan raportointiin (vrt. Yuen ym., 2013), videomenetelmän vaikutusta psykoterapiaprosessiin kartoittavien lomakkeiden vähyteen ja soveltumattomuuteen. Lisäksi tutkimusasetelman valinnalla – asiakas oli videoyhteydessä terapeuttiin omasta kodista käsin – haluttiin vastata kritiikkiin, jonka mukaan tutkimustulokset ovat heikosti sovellettavissa terveydenhuollon palvelujärjestelmään (Backhaus ym., 2012; Berryhill ym., 2019; Norwood ym., 2018; Smith ym., 2021; Watts ym., 2020) ja tyytyväisyystutkimusten osalta puutteellisesta erottelusta tyytyväisyyden kokemuksen kohteesta, eli liittyykö tyytyväisyys palvelun muotoon (videomenetelmä) vai saatuun hoitoon (psykoterapia) (Backhaus ym., 2012; Jenkins-Guarnieri ym., 2015).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää videomenetelmän käytettävyyttä psykoterapian antamisen välineenä ja sen vaikutusta terapiaprosessiin todellisessa palvelujärjestelmässä. Käytettävyyden käsitteen määrittelyyn sovellettiin ISO 9241-11 -standardia. Tutkimuksessa pilotoitiin tähän psykoterapiatutkimukseen kehitettyä kysymyslomaketta (liite 2), joka on rakennettu ISO 9241-11 -standardin pohjalta (ISO 9241-11:1998, ISO 9241-11:2018; Bevan ym., 2015).

Tutkimuskysymyksenä oli, miten teknologisista menetelmistä aiheutuneet häiriötilanteet vaikuttivat hoitoprosessiin asiakkaan kokemana, kun yhden vuoden pituinen terapiahoitajakso toteutettiin kokonaan videovälitteisesti. Erityisesti kiinnostuksen kohteena oli tutkia erilaisten teknisten häiriöiden vaikutusta asiakkaan kokemukseen terapiasuhteesta ja sitä, estivätkö tekniset häiriöt asiakkaan psykoterapialleen asetetun tavoitteen saavuttamista. Asiakkaan asettamat

terapeuttiset tavoitteet liittyivät subjektiivisesti koettuun parempaan oloon, oireiden helpottumiseen ja toimintakyvyn paranemiseen. Tätä asiakkaan subjektiivista kokemusta turvallisesta terapiasuhteesta ja terapialle asetetun tavoitteen saavuttamisesta verrattiin tutkimuksessa käytettyjen oire- ja prosessimittareiden tuloksiin. Tämä vertailu antoi mahdollisuuden arvioida asiakkaan kokeman allianssin laadun ja vaikuttavuuden välistä yhteyttä. Kirjoittajan tiedossa ei ole sellaisia asiakkaan näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia, joissa olisi huomioitu edellä mainittuja seikkoja.

Tämä tutkimus tuottaa tietoa 1) videomenetelmässä ilmenevistä häiriöistä ja niiden vaikutuksesta psykoterapiaprosessiin, 2) kokemuksia videomenetelmällä toteutetun terapian palvelun muodosta ja saadusta hoidosta, 3) yhden vuoden pituisista tutkimusterapioista ja niiden seurannasta puolitoista vuotta hoidon loppumisen jälkeen ja 4) terapiahoidosta asiakkaan ollessa kotona tai muualla asiakkaan senhetkisessä olinpaikassa (esim. sukulaisen luona tai ulkomailla matkalla). Aiemmin on osoitettu, että videovälitteinen psykoterapia on vaikuttavaa (Bouchard ym., 2020; Fernandez ym., 2021) mutta asiakkaan kokemusta teknisten ongelmien vaikutuksesta terapiasuhteeseen ja terapian tavoitteiden saavuttamiseen videovälitteisessä psykoterapiassa on tutkittu vähemmän. Oletuksena oli, että teknisillä häiriöillä on vaikutusta asiakkaan kokemukseen terapiasta.

2. MENETELMÄT

2.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus on naturalistinen tutkimus, jossa tutkitaan todellisia potilasryhmiä luonnollisessa ympäristössä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Tutkimusasetelma on kvasikokeellinen, koska valintavaiheessa tapahtui valikoitumista samoin kuin sitä syntyy aidossa hoitoonvalikoitumisprosessissa. Siten ei ole tiedossa, kuinka moni asiakas kieltäytyi terapiahoidosta, koska kyseessä oli videovälitteisen psykoterapian tutkimus. Tutkimusterapiat toteutettiin yhden vuoden pituisena Kelan myöntämänä kuntoutuksena. Tutkimusasiakkaat ohjautuvat hoitoon psykiatrian erikoislääkäreiden ohjaamina ja heidän tutkimukseen soveltumisensa arvioi lähettävä taho. Hoitava psykiatri teki tarvittaessa myös B-lausunnon. Tutkimusasiakkaat osallistuivat videovälitteisesti toteutettuun kognitiiviseen psykoterapiaan omasta kodistaan käsin. Ainoastaan yksi kaksoistunnin pituinen (2 x 45 min) tutustumiskäynti hoidon alussa tapahtui vastaanotolla. Tutkimusryhmään ohjautuvat henkilöt olivat kaikki Lapin läänistä, ja psykoterapeutti toimi Oulusta

käsin omalta vastaanotoltaan. Mahdollisuutta tarjottiin kaikille, jotka täyttivät Kelan kuntoutuskriteerit ja tutkimuksen diagnostiset sisäänottokriteerit. Lapin läänin alueen kuntien mielenterveystoimiston työntekijöille ja johtaville lääkäreille tiedotettiin tutkimuksesta ja mahdollisuudesta tarjota videovälitteisesti toteutettua psykoterapiaa niille henkilöille, jotka olivat oikeutettuja lakisääteiseen Kelan kuntoutuspsykoterapiaan, mutta joille sitä ei muuten voitaisi järjestää. Kelan kuntoutusterapiassa terapian kustannukset jakautuivat asiakkaan itse maksaman omavastuuosuuden ja Kelan korvaaman tuen kesken.

Kaikki tutkimusterapiat toteutti sama psykoterapeutti, jolla oli tutkimuksen alkaessa noin 10 vuoden kokemus psykoterapiatyöstä. Psykoterapeutti oli koulutukseltaan laillistettu psykologi, jolla oli kognitiivisen psykoterapian koulutus. Tutkimusterapioiden antamisen aikana psykoterapeutti sai työnohjausta.

Tutkimukseen osallistuville kerrottiin tutkimuksen kulusta ja pyydettiin vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen ensimmäisellä tutustumiskäynnillä. Jyväskylän yliopiston eettinen toimikunta myönsi tutkimukselle tutkimusluvan 22.6.2010.

2.2 Kohderyhmä

Tutkimusasiakkaat saivat Kelan kuntoutuspsykoterapiaa. Tutkimukseen pääsyn kriteerinä oli Kelan korvaaman kuntoutuspsykoterapian edellytykset: Hakija oli 16–67 –vuotias, ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hyvän hoitokäytännön mukaisessa hoidossa ja psykiatrian erikoislääkäri oli arvioinut hänen kuntoutustarpeensa ja hänen työ- tai opiskelukykynsä oli mielenterveydenhäiriön vuoksi uhattuna. Kohderyhmänä olivat masennuksesta kärsivät ihmiset, joiden päädiagnoosina on masennus tai toistuva masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö (ICD-10 diagnoosijärjestelmän mukaan F31, F32 tai F33 pois lukien psykoottistasonen masennus; F32.3 tai F33.3) tai jokin ahdistuneisuushäiriö (F40-F42) tai ahmimishäiriö (F50.2).

Tutkimukseen ilmoittautui alun perin 13 henkilöä. Tutkimuksen keskeytti kolme henkilöä vastaanotolla tapahtuneen ensimmäisen tapaamisen jälkeen. Keskeyttämisen syinä olivat myönteinen elämäntilanteen muutos, jonka vuoksi asiakas ei enää kokenut tarvetta terapiaan, yksi ei halunnut tutkimushoitoa ja kolmas liittyi tutkimuksessa käytettävään käyttöjärjestelmään. Tutkimuksessa käytettävä video-ohjelma oli Windows-pohjainen ja asiakkaalla oli käytössä Mac OS käyttöjärjestelmään pohjautuva tietokone eikä ohjelmasta ollut saatavilla Mac OS järjestelmäversiota. Tutkimukseen osallistui näin ollen 10 vapaaehtoista täysi-ikäistä henkilöä, joista kuusi kärsi masennuksesta, yksi kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, yksi sekamuotoisesta ahdistus- ja

masennustilasta, yksi pakko-oireisesta häiriöstä ja yksi ahmimishäiriöstä. Kolmella tutkimusasiakkaista oli kaksoisdiagnoosi (ahdistuneisuushäiriö, vaikea masennus, epävakaa persoonallisuushäiriö). Tutkittavat olivat iältään 31–59 vuotta, keski-ikä ollessa 42 vuotta. Tutkittavista kaksi oli miehiä. Kaikki tutkittavat olivat Lapin läänistä ja yhdensuuntainen välimatka terapeutin luokse vaihteli 160–510 km välillä. Tutkimusterapiat alkoivat 5/2011 ja 12/2011 välisenä aikana ja terapian kesto oli yksi vuosi. Tapaamiset pidettiin kerran viikossa. Yhdellä tutkittavalla tapaamiset olivat kaksoistunteja (2 x 45 min). Yksi tutkimushenkilö asui terapiavuoden aikana puoli vuotta ulkomailla ja tutkimusterapiat toteutettiin tänä aikana normaalisti kertaviikkoisena videovälitteisenä kuntoutuspsykoterapiana. Tutkimusterapioita oli kaiken kaikkiaan yhteensä 343 istuntoa.

Kolmella tutkimushenkilöllä oli ollut vähintään yhden vuoden pituinen psykoterapiahoitojakso ennen tutkimusterapiaa ja heistä yhdellä oli meneillään oleva psykoterapia, mutta hän oli tyytymätön olemassa olevaan terapiaan ja halusi vaihtaa terapeuttia. Kahdella oli ollut sairaalajakso ennen tutkimusterapioiden alkua ja yhdellä henkilöllä ei pitkän etäisyyden vuoksi olisi ollut mahdollisuutta muuhun psykoterapiaan kuin tutkimusterapiaan.

2.3 Interventiomenetelmät

Tutkimuspsykoterapiat toteuttanut psykoterapeutti käänsi tätä tutkimusta varten Kuykenin ym. (2009) laatiman psykoterapeuttisia esitietoja kartoittavan Elämänhistorialomakkeen (Aid to History Taking Form; liite 3). Elämänhistorialomake lähetettiin ennen terapian alkua asiakkaille, jonka he täyttivät ja toivat mukanaan ensimmäiselle kasvokkain tapahtuvalle terapiaistunnolle. Tämän lomakkeen pohjalta asiakas ja psykoterapeutti suunnittelivat yhdessä terapian tavoitteita ja rakensivat alustavaa kognitiivisen psykoterapian mukaista asiakkaan ongelmien käsitteellistämismallia. Käsitteellistämismallin pohjalta tehtiin yhteistyössä asiakkaan kanssa alustavaa suunnitelmaa käytettävistä menetelmistä, joiden avulla asiakkaan terapialleen asettamia tavoitteita pyritään saavuttamaan.

Tutkimusterapioissa käytettiin erilaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä siten, että ne painottuivat kognitiivisen terapian menetelmiin (Beck ym., 1979) ja hoitoon sisällytettiin ns. ”kolmannen aallon” menetelmiä, kuten dialektista käyttäytymisterapiaa (Linehan, 1993), hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), metakognitiivista terapiaa (Wells, 2009), myötätuntokeskeistä terapiaa (Gilbert, 2009), skeematerapiaa (Young ym., 2003), tunnepainotteista terapiaa (Greenberg & Paivio, 1997) ja altistusterapiaa (Abramowitz 2011).

2.4 Tutkimuksen tekninen toteutus

Tutkimukseen osallistuminen edellytti nettiyhteyttä ja perustietoja tietokoneen käytöstä (esim. nettiyhteyden avaaminen ja nettiselaimen ja webbikameran käyttäminen). Mikäli asiakkaalla ei olisi ollut laajakaistayhteyttä tai olemassa oleva internet-yhteys ei olisi riittänyt videoyhteyden muodostamiseen, asiakasta olisi opastettu riittävän nopean nettiyhteyden hankkimiseen. Kaikilla asiakkailla kuitenkin oli nettiyhteys, joka riitti videoyhteyden muodostamiseen. Teknisissä ongelmatilanteissa terapian aikana terapeutti otti puhelinyhteyden asiakkaaseen ja auttoi oman osaamisensa puitteissa ongelmatilanteen ratkaisussa. Käytössä oli myös palveluntarjoajan yleinen HelpDesk-tuki. Asiakkaan etätapaamispaikasta kotona keskusteltiin erikseen kunkin osallistujan kanssa yksilöllisesti siten, että yksityisyys voitiin turvata ja että kotona olevat muut perheenjäsenet eivät haitanneet terapiaistuntoa. Tutkimuksessa noudatettiin Psykologiliiton asettamia eettisiä ohjeita hyvän hoidon periaatteista (Pohjoismaiden psykologien ammattieettiset säännöt, 2010).

Tutkittavat käyttivät yhteydenpidossa omia tietokoneitaan, joissa verkkoyhteys oli muodostettu joko kiinteän laajakaistayhteyden tai USB-modeemin avulla. Asiakkailla oli käytössä sekä pöytätietokoneita että kannettavia tietokoneita. Joskus terapiaistunto saatettiin pitää muualla kuin asiakkaan omassa kodissa, esim. asiakas oli vierailulla sukulaisen luona tai matkoilla ulkomailla. Tutkimusterapioiden aikana yhteysnopeudet vaihtelivat 128 kbit/s ja 384 kbit/s välillä. Tutkimusterapioissa käytetty videoneuvotteluohjelma oli tavallinen kaupallinen videoneuvotteluohjelma, josta maksettiin kuukausittainen lisenssimaksu. Videoneuvotteluohjelmassa käytettiin AES-salausmenetelmään perustuvaa videoneuvotteluyhteyttä, joka täyttää JUHTA:n (Julksen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta) vuonna 2008 asettaman suosituksen tietoturva vaatimuksesta terveydenhuollon etäteknikan käytöstä (JHS-suositus, 2008). Asiakas latsi videoneuvotteluohjelman ja asennusohjeen palveluntarjoajan lähettämässä sähköpostissa olevan ftp-linkin kautta omalle tietokoneelleen. Asennuksen jälkeen videoyhteyden toimivuus testattiin koe-yhteyden avulla, jossa samalla sovittiin ensimmäisen terapiatapaamisen ajankohta.

2.5 Arviointimenetelmät

Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen professori Raimo Lappalaisen tutkimusryhmä lähetti tutkimuslomakkeet tutkittaville ja huolehti lomakkeiden säilyttämisestä.

Tekniset ongelmat hoitojakson aikana

Videomenetelmään liittyvien ja terapiaa häiritsevien teknisten häiriöiden dokumentointi tapahtui terapian aikana. Terapeutti kirjasi istunnon aikana tai heti istunnon jälkeen kaikki menetelmästä aiheutuneet häiriötilanteet ja häiriön keston (taulukko 2).

Käytettävyys ja kokemukset

Videomenetelmän käytettävyttä ja tutkimushenkilöiden kokemuksia terapiasta tutkittiin puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella. Käytettävyyden käsitteen määrittelemiseen sovellettiin ISO 9241-11 -standardia (ISO 9241-11:1998; ISO 9241-11:2018; Bevan ym., 2015), jonka mukaan käytettävyydellä tarkoitetaan vaikuttavuutta, tehokkuutta ja tyytyväisyyttä, jolla tietyt määritellyt käyttäjät saavuttavat määritellyt tavoitteet tietyssä ympäristössä. Käytettävyys (usability) jaetaan määritelmän mukaan kolmeen alakäsitteeseen, jossa 1) vaikuttavuudella (effectiveness) tarkoitetaan, miten tarkoin ja täydellisesti käyttäjä saavuttaa tavoitteensa, 2) tehokkuus (efficiency) tarkoittaa tavoitteiden saavuttamista suhteutettuna käytettyihin resursseihin, ja 3) tyytyväisyydellä (satisfaction) tarkoitetaan käyttäjän tyytyväisyyttä laitteen tai järjestelmän käyttöön sekä tyytyväisyyttä vuorovaikutuksen sujuvuuteen ja sen tulokseen. Haastattelulomakkeen kysymykset (liite 2) jakaantuivat näin ollen vaikuttavuuteen (11 kysymystä), tehokkuuteen (vastaukset tulivat esille osana muita kysymyksiä) ja tyytyväisyyteen laitteen tai järjestelmän käytöstä (18 kysymystä) ja tyytyväisyyteen vuorovaikutuksen sujuvuuteen ja sen tulokseen (6 kysymystä) liittyviin kysymyksiin. Tyytyväisyyttä videomenetelmään eli laitteen tai järjestelmän käyttöön, selvitettiin neljä erilaisen kysymystyyppin avulla: 1) yhdellä yleisellä kysymyksellä (”Kuinka tyytyväinen olet videomenetelmällä toteutettuun hoitoosi?”), jossa vastausta mitattiin viisiportaisen Likert-asteikon tyytymätön – tyytyväinen -akselilla, 2) yhdeksällä kyllä/ei -kysymyksellä (esim. ”Voisitko suositella videomenetelmällä toteutettua hoitoa muille?”; ”Olisitko tavannut terapeutin mieluummin kasvokkain?”), 3) viidellä avoimella kysymyksellä (esim. ”Mitkä asiat olivat erityisen vaikeita käsitellä videomenetelmän avulla?”) ja 4) kolmella 1-10 asteikkokysymyksellä (esim. ”Kuinka helppo- tai vaikeakäyttöinen videoyhteyden käyttö oli?”). Lisäksi yhdellä kysymyksellä kartoitettiin vapaita ajatuksia tutkimushoidosta ja videoterapiakokeilusta. Haastattelu suoritettiin puhelimitse ja sen suorittivat Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tutkimusryhmän tutkimusavustajat 12–17 kk hoidon aloittamisesta (ka. 14,5 kk).

Terapiasuhte

Tyytyväisyyden alamääritelmään sisältyy yhtenä alueena tyytyväisyys vuorovaikutukseen. Vuorovaikutusta tutkittiin haastattelun lisäksi terapiasuhteen laatua mittaavalla Working Alliance

Inventory Short Form Revised -kyselyllä (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006). WAI-SR -kysely on 12 kysymyksestä koostuva itsearviointimittari, jonka avulla tutkittavat arvioivat terapiasuhdetta viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = erittäin vähän, 5 = erittäin paljon). Raakapisteen vaihteluväli on 12–60 pistettä. WAI-SR -mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on osoitettu hyväksi. Lomake mittaa terapiasuhdetta kolmella asteikolla: terapiasuhteen, yhteisen tavoitteen ja yhdessä sovitun työskentelytavan asteikoilla. Terapiasuhdetta arvioitiin kolme kuukautta terapian aloittamisesta ja hoidon loppumisen jälkeen.

Hoidon vaikuttavuus

Hoidon vaikuttavuutta arvioitiin hoidon alussa, lopussa (n. 12 kk) ja seurannassa (n. 30 kk aloituksesta). Vaikuttavuutta arviointiin mittaamalla elämänlaatua ja psyykkisten oireiden esiintymistä. Lisäksi selvitettiin prosessimittareiden avulla, onko hoito vaikuttanut siihen tapaan, jolla käsitellään ajatuksia ja tunteita.

Elämänlaatu

Yleistä elämänlaatua arvioitiin mittaamalla kahta hyvinvoinnin osa-aluetta, tyytyväisyys elämään ja itseluottamus, jatkuvalla numeerisverbaalisella vertikaalisella luokitusasteikolla 0–100 (Ojanen 2001). Asteikoissa on jokaisen kymmenluvun kohdalla sanallinen kuvaus ja tutkittava arvioi yhdentoista lauseen asteikolta omaa tilannettaan ja vetää poikkiviivan pystysuoran janan yli itseään parhaiten kuvaavan kuvauksen kohdalla. Tyytyväisyys elämään -osiossa arvioitavat kuvaukset vaihtelevat välillä: ”Erittäin tyytymätön – 0 – Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.” ja ”Erittäin tyytyväinen – 100 – Olen erittäin tyytyväinen elämään. Asiani eivät voisi olla paremmin. Minulla on kaikkea, mitä tarvitsen ja toivon.”. Itseluottamus -osiossa arvioitavat kuvaukset vaihtelevat välillä: ”Erittäin heikko itseluottamus – 0 – Minulla on tunne, että en pysty juuri mihinkään. Epäonnistuin kuitenkin kaikessa mihin ryhdyn.” ja ”Erittäin vahva itseluottamus – 100 – En koskaan epäile mahdollisuuksiani ja edellytyksiäni, vaan luotan aina itseeni. Mihin todella paneudun ja kokoan voimani, siinä tunnen onnistuvani. Vaikka epäonnistuisinkin jossakin asiassa, se ei vaikuta itseluottamukseeni”.

Lisäksi elämänlaatua mitattiin arvioimalla sosiaalista toimintakykyä Jokapäiväisestä elämästä selviytyminen -kyselyllä (JES; Bosc ym., 1997). Kyselylomakkeessa on 21 arjen toimintakykyä selvittävää kysymystä, joista kustakin voi saada 0–3 pistettä. Kysymykset liittyvät tutkittavan harrastuksiin, perhe- ja ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. Kokonaispistemäärä vaihtelee

0–63 pisteen välillä. Pisteitä tulkitaan siten, että suuri pistemäärä viittaa hyvään selviytymiseen ja vaihteluväli 35–52 merkitsee normaalia toimintakykyä.

Psyykkiset oireet

Psyykkisiä ja fyysisiä oireita mitattiin Symptom Checklist 90 -kyselyn (SCL-90; Derogatis ym., 1973) suomenkielisellä versiolla (Holi ym., 1998). Kysely on laaja itsearviointilomake, jossa on 90 tutkittavan elämää, psyykkisiä ja fyysisiä tuntemuksia, koskevaa väitettä. Väittämiin vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan, 4 = erittäin paljon) ja kokonaispistemäärä vaihtelee 0–360 pisteen välillä. Oireiden vakavuutta kuvataan GSI-indeksillä (Global Severity Index; Holi, 2003), jossa vastausten kokonaispistemäärä on jaettu kysymysten lukumäärällä, eli 90:llä. Korkea kokonaispistemäärä ja GSI-luku merkitsee voimakasta psyykkistä ja fyysistä oireilua.

Mielialamuutoksia seurattiin The Beck Depression Inventory -kyselyllä (BDI-II; Beck ym., 1996). Kyselylomakkeessa on 21 masennusoireita selvittävää kysymystä, joista kustakin voi saada 0–3 pistettä. Kokonaispistemäärä vaihtelee 0–63 pisteen välillä. Pisteitä tulkitaan siten, että alle 14 pistettä merkitsee, että vastaajalla ei ole masennusoireita tai niitä on vain vähän, 14–19 viittaa lievään masennukseen, 20–28 kohtalaiseen masennukseen ja 29–63 vakavaan masennukseen. Lisäksi mielialaa arvioitiin jatkuvalla numeeris-verbaalisella vertikaalisella luokitusasteikolla 0–100 (Ojanen 2001). Asteikoissa on jokaisen kymmenluvun kohdalla sanallinen kuvaus ja tutkittava arvioi yhdentoista lauseen asteikolta omaa tilannettaan ja vetää poikkiviivan pystysuoran janan yli itseään parhaiten kuvaavan kuvauksen kohdalla (Ojanen 2001). Mieliala -osiossa arvioitavat kuvaukset vaihtelevat välillä: ”Erittäin huono mieliala – 0 – Mielialani on erittäin synkkä ja raskas. Oloni on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.” ja ”Erittäin hyvä mieliala – 100 – Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katsoen koskaan huonolla tuulella.”.

Ahdistuneisuutta mitattiin Beck Anxiety Inventory -kyselyllä (BAI; Beck ym., 1988). Kyselylomakkeessa on 21 ahdistuneisuusoireita selvittävää kysymystä, joista kustakin voi saada 0 (ei lainkaan) – 3 (paljon) pistettä. Kysymyksistä 14 liittyy somaattisiin ja 7 psykologisiin oireisiin. Kokonaispistemäärä vaihtelee 0–63 pisteen välillä. Pisteitä tulkitaan siten, että alle 8 pistettä merkitsee, että vastaajalla ei ole ahdistusoireita tai niitä on vain vähän, 8–15 viittaa lievään ahdistukseen, 16–25 kohtalaiseen ahdistukseen ja 26–63 vaikeaan ahdistukseen.

Prosessimittarit

Prosessimittareilla tutkittiin terapian aikana tapahtuvia ajatus- ja tunneprosessien muutoksia. Henkilöiden psykologista joustavuutta arvioitiin Acceptance and Action Questionnaire -kyselyllä (AAQ-2; Hayes ym., 2004; Bond ym., 2011). Kyselylomakkeessa on 10 hyväksyntään ja kokemukselliseen välttämiseen liittyvää väitettä. Väittämiin vastataan seitsenportaisella Likert-asteikolla (1 = ei koskaan pidä paikkaansa, 7 = pitää aina paikkansa) ja kokonaispistemäärä vaihtelee 7–70 pisteen välillä. Pisteitä tulkitaan siten, että suuri pistemäärä viittaa suurempaan kokemukselliseen välttämiseen ja välttämiskäyttäytymiseen ja pieni pistemäärä viittaa parempaan hyväksyntään ja arvojen mukaiseen toimintaan, eli psykologiseen joustavuuteen. Pistemääriä 24–28 pidetään raja-arvoina psyykkisten oireiden, kuten masennuksen tai ahdistuksen, esiintymiselle.

Tietoisuustaitoja arvioitiin Kentucky Inventory of Mindfulness Skills -kyselyllä (KIMS; Baer ym., 2004). Kyselylomakkeessa on 39 tietoisuustaitoihin liittyvää väitettä. Väittämiin vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = ei pidä koskaan tai harvoin paikkaansa, 7 = pitää paikkansa hyvin usein tai aina) ja kokonaispistemäärä vaihtelee 39–195 pisteen välillä. Tietoisuustaitojen tasoa arvioidaan asteikon neljän osa-alueen avulla: havainnointi (observing), kuvailu (describing), tietoinen toiminta (acting with awareness) ja hyväksyminen ilman arviointia (accepting without judgement). Osa kysymyksistä pisteitetään kääntäen ja pisteitä tulkitaan siten, että suuri pistemäärä viittaa parempiin tietoisuustaitoihin.

2.6 Aineiston analysointi

Tutkimusasiakkaiden kokemuksia kuvattiin lukumäärinä (esim. teknisten häiriöiden määrä) ja raportoimalla suoria esimerkkejä asiakkaiden antamasta palautteesta (esim. suositteleeko vai ei videoterapiaa ja miksi). Elämänlaatu-, oire- ja prosessimittareilla hoidon vaikutuksia tarkasteltiin ei-parametrisellä Wilcoxon Signed Ranks -testillä. Tulokset tulkittiin käyttäen yksisuuntaisia oletuksia tilastollisissa merkitsevyyksissä (oletettiin hoidolla olevan vaikutusta). Kliinisen merkitsevyyden arviointiin käytettiin efektikokoa (effect size, ES) osoittavaa Hedgesin g-arvoa (bias corrected Cohenin d -arvo), jota suositellaan käytettäväksi pienellä otoskoollla. Efektikokoa voidaan tulkita siten, että muutos on pieni, kun d on vähintään $d = 0.20$, keskisuuri kun d on vähintään $d = 0.50$ ja muutos on suuri, kun d on vähintään $d = 0.80$ tai suurempi (Cohen 1988). Efektikoko laskettiin siten, että ensin laskettiin alku- ja loppumittausten keskiarvojen ero, joka jaettiin keskihajontojen keskiarvolla. Tutkimuksessa suoritettiin myös seuranta 1,5 vuotta hoidon lopettamisen jälkeen (30 kk

alkumittauksesta). Tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics 28.0 -ohjelmistolla. Efektikoon laskemiseen käytettiin verkossa saatavilla olevaa efektikokolaskuria (<https://www.cem.org/effect-size-calculator>).

3. TULOKSET

3.1 Videomenetelmään liittyvät tekniset ongelmat hoitojakson aikana

Videomenetelmään liittyviä teknisiä ongelmatilanteita tutkittiin video-ohjelman asennukseen ja video-ohjelman ja tietokoneen käyttöön liittyvillä tilanteilla sekä verkkoyhteyden toimivuuteen liittyvillä tilanteilla.

Video-ohjelman toimittamisessa ja asentamisessa esiintyi yhdellä asiakkaalla ongelmia ftp-palvelimen osoitteen kanssa, jossa video-ohjelman latauslinkki oli jakaantunut sähköpostissa kahdelle eri riville, jolloin linkki ei toiminut, eikä ohjelmaa voinut ladata. Ongelma saatiin ratkaistua terapeutin avulla. Video-ohjelman versiot muuttuivat hoidon aikana palveluntarjoajan tehdessä omaa tuotevalikoimaansa liittyvää kehitystyötä. Tämän seurauksena joillakin tutkittavilla oli eri versiot video-ohjelmasta kuin terapeutilla ja asiakkaiden ohjelmaversioissa osittain vaihteli englannin kieli ja suomen kieli. Näistä aiheutui alussa joitakin ongelmatilanteita silloin, kun terapeutti ohjeisti ohjelman käytössä, esimerkiksi videokameran valintavalikon löytymisessä. Käyttöjärjestelmätasolla oli yhdellä asiakkaalla alussa ongelmia äänen kuuluvuuden kanssa, ja tämä edellytti useampia testikertoja ja konsultaatiota paikalliselta tietokoneliikkeeltä, jonka jälkeen ongelma ratkaistiin. Yhdeltä viikolta piti peruuttaa neljän asiakkaan terapiaistunnot, koska palveluntarjoajan omat verkkoyhteydet olivat poikki.

Verkkoyhteyden toimivuuteen liittyviä tilanteita tutkittiin laskemalla kaikista terapiakerroista keskeytysten ja terapiaa haittaavien häiriöiden määrä ja teknisen ongelman laatu. Tutkimusterapioita oli yhteensä 343 istuntoa, joista noin 34 % istunnoista (118 istuntoa) oli katkoksia tai terapiaa häiritseviä häiriöitä ja noin 66 % istunnoista (225 istuntoa) oli täysin häiriöttömiä istuntoja tai häiriön laatu oli niin pientä, että se ei haitannut terapiaistuntoa (esim. pientä särinää kaksi sekuntia tai kuva pysähtyi kolmeksi sekunniksi, mutta ääni kuului) (taulukko 2).

Taulukko 2.

Teknisten häiriöiden määrä ja häiriöttömien terapiaistuntojen määrä yhden vuoden kestävässä psykoterapiassa.

Tutkimus henkilö	Videoyhteyksien määrä	Häiriöllisten yhteyksien määrä ja niiden laatu	Häiriöttömien yhteyksien määrä
1	40 (2 x 45 min)	20 uutta yhteydenottoa	20
2	34	4 istuntoa keskeytyi 8 istunnossa häiriötä - ääni huojui + viivettä - 384 kbit/s → 192 kbit/s usein USB-modeemin nopeus ei riitä	22
3	31	1 uusi yhteydenotto 3 ajan siirtoa (nettikameraa lainattu työpaikalta) 1 puhelinterapia, (kamera jäänyt kotiin) 1 video pysähtyi 6 min, ääni ok (- häiritsevä kaiku useissa istunnoissa)	25
4	40 - 23 (Suomessa) - 17 (ulkomailla)	2 uutta yhteydenottoa (Suomessa) 6 istuntoa (ulkomailla): - ääni katosi 5 min alusta - puhelin + video	21 (Suomessa) 11 (ulkomailla)
5	40	34 uutta yhteydenottoa - särinää	6
6	32	2 uutta yhteydenottoa 1 ei nettiyhteyttä, uuden ADSL yhteyden hankinta	29
7	40	11 uutta yhteydenottoa + 1 puhelinterapiajatkoo 4 istuntoa 5–10 s. voimakasta särinää	25 (pienää särinää, mutta kuulee)
8	29	3 uutta yhteydenottoa 2 istuntoa: ääni jäi kiertämään ja jumitti hetkeksi	24
9	21	3 uutta yhteydenottoa (Alussa 7 testiyhteydenottoa, ääniongelmia: - ei kuulunut lainkaan - ääni kaikuu - ohjelma vaati kuulokkeet USB-liitännällä - kuulokkeet piti olla kiinni käynnistettäessä - Windows Vista -käyttöjärjestelmän ongelmia)	18

10	36	8 uutta yhteydenottoa 4 istuntoa: - koira keskeytti - 2 krt ohjelman hidaskäynnistyminen (8–10 min)	24
Yhteensä	343 istuntoa	118 istuntoa	225 istuntoa

3.2 Tutkimushenkilöiden kokemukset videomenetelmän käytettävyydestä

Haastattelulomakkeen kysymykset jaoteltiin käytettävyyden alakäsitteiden mukaan vaikuttavuuteen, tehokkuuteen ja tyytyväisyyteen. Tulokset esitellään alakäsitteisiin jaoteltuna.

3.2.1 Videomenetelmän vaikuttavuus

Käytettävyyden tutkimuksessa vaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, miten tarkoin ja täydellisesti käyttäjä saavuttaa tavoitteensa. Haastateltavia johdateltiin tähän teemaan haastattelulomakkeen kysymyksellä ”Minkälaista hyötyä olet saanut videomenetelmällä toteutetusta hoidosta?” ja tutkimushenkilöt vastasivat tarkentaviin lisäkysymyksiin kyllä/ei -asteikolla (taulukko 3). Taulukosta 3 voidaan nähdä, että kaikki tutkittavat kokivat hyötynsä videomenetelmällä toteutetusta psykoterapiasta. Tämä hyöty tuli esille tutkittavan nykyhetken ongelmien helpottumisena ja hyvinvointia lisäävien taitojen oppimisena. Lisäksi kolme tutkimushenkilöä vastasi avoimeen lisäkysymykseen ”Muu, mikä?”, joissa tuli esille menneitä vatvovasta ajattelumallista eroon pääseminen, ongelmia ylläpitävistä ajatus-tunne-käyttäytyminen noidankehistä irtautuminen, minäkuvan rakentuminen ja lapsuuden kokemusten vaikutuksen ymmärtäminen.

Taulukko 3.

Tutkimushenkilöiden (n = 10) kokemukset terapian vaikuttavuudesta.

Minkälaista hyötyä olet saanut videomenetelmällä toteutetusta hoidosta?		
	Kyllä	Ei
1. En koe saaneeni hyötyä	--	10
2. Mielialani on kohentunut	10	--

3. Ahdistuneisuuteni on vähentynyt	10	--
4. Muut ongelmat ovat vähentynyt	9	1
5. Jaksamiseni on parantunut	10	--
6. Liikunnan määrä on lisääntynyt	6	4
7. Olen saavuttanut paremman terveydentilan	8	2
8. Haluni parantaa terveydentilaani on lisääntynyt	10	--
9. Minulla on selvempi käsitys omaan hyvinvointiini vaikuttavista asioista	10	--
10. Olen oppinut uusia keinoja jokapäiväisistä haasteista selviytymiseen	10	--
11. Olen oppinut uusia keinoja käsitellä ahdistusta/stressiä/mielialaongelmia/muita ongelmia	10	--

3.2.2 Videomenetelmän tehokkuus

Käytettävyyden tutkimuksessa tehokkuus tarkoittaa tavoitteiden saavuttamista suhteutettuna käytettyihin resursseihin. Tässä tutkimuksessa resurssinäkökulmalla tarkoitettiin psykoterapian toteutumista videovälitteisesti tutkittavan ollessa kotona verrattuna terapiavastaanotolle matkustamiseen käytettyä aikaa ja kustannuksia. Haastattelulomakkeessa ei ollut pelkästään tätä kartoitettavia erillisiä kysymyksiä, vaan tehokkuutta mittaavat vastaukset tulivat esille avoimissa vastauksissa vaikuttavuuteen ja tyytyväisyyteen liittyvissä kysymyksistä. Tutkittavien vastauksista ilmeni, että videovälitteisyys alensi kynnystä terapian aloittamiseen: Pitkät ajomatkat terapiavastaanotolle olisivat vieneet paljon voimavaroja ja sen takia esim. masentuneella ei olisi ollut voimia pitkäaikaiseen viikoittaiseen vastaanotolla toteutettavaan terapiaan. Lisäksi vastauksissa tuli esille yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset terapiamatkojen korvaamisesta, jos asiakas kulkisi pitkiä matkoja terapeutin vastaanotolle. Tutkittavien vastauksista tuli esille myös ajankäytön ongelma: matkustaminen vastaanotolle olisi vaatinut paljon aikaa.

Tutkimusasiakkaiden edestakainen matka terapeutin vastaanotolle vaihteli asuinpaikasta riippuen noin 320 km ja 1020 km välillä. Jos tutkittavat olisivat tulleet vastaanotolle omalla autolla, olisi yhden terapiakäynnin matkoihin käytettävä aika 80 km keskinopeudella vaihdellut noin 4–12 tunnin välillä. Kela korvaa asiakkaalle terapiakäynnistä aiheutuneet matkakulut halvimmalla julkisen

kulkuneuvon mukaan. Julkisen liikenteen matkakustannukset yhdeltä terapiakäynniltä vaihtelisivat vuoden 2012 hintatasolla noin 55–163 € välillä, jolloin kuukausittaiset matkakustannukset vaihtelisivat 220–652 € välillä. Videoyhteyden kustannukset olivat henkilöä kohti 50 € kuukaudessa. Videoyhteyskulut olivat kuukausiperusteisia, jolloin yhden terapiakerran videoyhteyskulut riippuivat istuntokertojen määrästä. Kertaviikkoisessa terapiassa yhden istunnon videoyhteyskulut olivat 12,50 €. Kela ei korvaa videoyhteyden kuluja, joten ne jäivät asiakkaan itse maksettavaksi.

3.2.3 Tyytyväisyys videomenetelmään

Käytettävyyden tutkimuksessa tyytyväisyydellä tarkoitetaan käyttäjän tyytyväisyyttä laitteen tai järjestelmän käyttöön ja tyytyväisyyttä vuorovaikutuksen sujuvuuteen ja sen tulokseen.

3.2.3.1 Käyttäjän tyytyväisyys laitteen tai järjestelmän käyttöön

Yleistä tyytyväisyyttä videomenetelmään selvitettiin kysymyksellä ”Kuinka tyytyväinen olet videomenetelmällä toteutettuun hoitoosi?”. Tyytyväisyyttä mitattiin viisiportaisen Likert-asteikon tyytymätön – tyytyväinen -akselilla. Kaikki tutkittavat kokivat olevansa tyytyväisiä videomenetelmään. Taulukkoon 4 on koottuna ne tyytyväisyyttä selvittävät kysymykset, joihin vastausvaihtoehtona oli kyllä/ei –vastaus. Taulukosta 4 nähdään, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista koki, että jotkut asiat voivat olla helpompia käsitellä videovälitteisellä menetelmällä verrattuna kasvokkain hoitoon. Videoyhteyden ei myöskään koettu vähentävän turvallisuudenkokemusta terapiaistuntojen aikana.

Taulukko 4.

Tutkimushenkilöiden (n = 10) tyytyväisyys videomenetelmään.

Kysymys	Kyllä	Ei
Voisitko suositella videomenetelmällä toteutettua hoitoa muille?	10	--
Olisitko tavannut terapeutin mieluummin kasvokkain?	2	8

Onko mahdollista, että jotkut asiat voivat olla helpompia käsitellä videomenetelmän avulla?	8	2
Tuntuiko videomenetelmä turvalliselta omien asioiden käsittelyyn?	10	--
Oliko menetelmän käytännön järjestelyistä annettu ohjeistus riittävä?	8	2
Saitko apua teknisiin ongelmiisi? Keneltä?	8	2*
Häirittiinkö sinua terapiaistunnon aikana?	6	4
Näetkö videomenetelmässä myönteisiä asioita?	10	--
Vastasiko videomenetelmällä toteutettu terapia odotuksiasi?	10	--

*ei tarvinnut apua

Osa tutkittavista vastasi taulukon 4 kysymyksien avoimeen tarkentavaan kysymykseen kyllä/ei – vastauksen lisäksi. Seuraavassa on esimerkkejä avoimista vastauksista.

Kysymykseen ”Voisitko suositella videomenetelmällä toteutettua hoitoa muille?” kaikki tutkittavat olivat valmiita suosittelemaan videomenetelmällä toteutettua hoitoa muille.

”Erittäin pitkien välimatkojen takia. Kynnyskysymys avun hakemiselle, 130 km lähimpien terapeuttien luo... voimavarat menisi siihen...mahdottomuus silloin kun on huonossa kunnossa...masentunut”

”Fyysiset välimatkat eivät rajoitteena, ihmiset tarvitsisivat hoitoa, ...syrjäseuduilla ei pätevää hoitoa”

”Ei välttämättä kaikille, tekniikan käytön ongelmia, henkilökohtainen kontakti, läheisyys”

Kysymykseen ”Olisitko tavannut terapeutin mieluummin kasvokkain?” vastauksista tuli esille, että yksi alkutapaaminen kasvokkain oli riittävä ja videoyhteys koettiin yhtä hyvänä kuin kasvokkain tapaaminen. Kaksi tutkittavaa olisi mieluummin tavannut terapeutin kasvokkain, jos se olisi ollut mahdollista.

”Kyllä” vastauksia:

”Jos matka olisi ollut kohtuullinen niin kyllä”

”Totta kai, jos mahdollista. Mutta hyvä juttu oli kasvokkain alkutapaaminen...läsnäoleva... oli tuttu jo kun videotterapia aloitettiin ”

”Ei” vastauksia:

”Videotilanteesta joitain haasteita, muuten ei eronnut kasvokkain tapaamisesta”

”Toiminut ihan yhtä hyvin kuin kasvotusten, ensi tapaaminen aloitti erittäin hyvin terapiasuhteen. Yhteistyö ratkaisevaa.”

Kysymykseen ”Onko mahdollista, että jotkut asiat voivat olla helpompia käsitellä videomenetelmän avulla?” tutkittavien vastauksissa ilmeni, että videomenetelmällä on helpompaa puhua vaikeista ja ahdistavista asioista, koska etäisyys ja kodin tuoma kontrollin tunne antavat turvallisuuden tunnetta. Ei-vastauksissa ei koettu eroa videomenetelmän ja kasvokkain tapahtuvan tapahtuvan terapian välillä.

”Ahdistavista asioista puhuminen helpompaa”

”Kotona esimerkiksi tunteenpurkaukset helpommat”

”Fyysinen etäisyys ja kotona oleminen voi antaa turvaa”

Kysymykseen ”Tuntuiko videomenetelmä turvalliselta omien asioiden käsittelyyn?” tutkittavien vastaukset liittyivät videoyhteyden salaukseen ja tietoturvaan, joka koettiin luotettavana, kodin tuomaan turvallisuuden tunteeseen ja luottamukseen terapeuttia kohtaan.

”Koko ajan kotona, tuttu ympäristö eikä tarvitse odotella omaa vuoroa...laskee kynnystä lähteä terapiaan”

”Alussa oli hieman outoa...mietin tietoturvajuttuja mutta lopulta tuntui turvalliselta”

”Luotin ohjelmistoon, jota käytettiin...luotin myös terapeuttiin...tärkeää, että on rauhallinen tila, jossa voi olla”

Kysymykseen ”Oliko menetelmän käytännön järjestelyistä annettu ohjeistus riittävä?” tutkittavien vastaukset olivat pääosin myönteisiä ja ohjeistus koettiin riittävänä.

”Kyllä” vastauksia:

”Aika tottunut tietokoneisiin, riittävä ohjeistus”

”terapeutti antoi selkeät ohjeet...oli puhelimesta neuvomassa ja tehtiin testiyhteys...ei oloa, että olisi jätetty yksin koneen kanssa”

”Ei” vastauksia:

”Pari ensimmäistä kertaa meni opetteluksi, paremminkin olisi voinut mennä”

”(tieto)koneen vaatimukset ja nettiyhteyden laitevaatimukset...vanhan koneen ongelmat...rahakysymys”

Kysymykseen ”Saitko apua teknisiin ongelmiisi? Keneltä?” tutkittavat vastasivat saaneensa apua, jos he olivat sitä tarvinneet. Apua saatiin terapeutilta ja video-ohjelman toimittajalta.

”Kyllä” vastauksia:

”terapeutilta ja myös ohjelmiston toimittajan kautta”

” terapeutilta ja palvelun tarjoajalta”

”Ei” vastauksia:

”Ei tarvinnut, selvisin itsekin”

”ATK-palvelu vieressä, olisi saanut apua, jos olisi tarvinnut”

Kysymykseen ”Häirittiinkö sinua terapiaistunnon aikana?” tutkittavien vastaukset häirintätilanteista terapian aikana liittyivät perheenjäsenen ovelle koputtamiseen, naapurissa käynnissä olevaan remonttiin tai puhelimen soimiseen.

Kysymykseen ”Näetkö videomenetelmässä myönteisiä asioita?” kaikkien tutkittavien vastauksissa tuli esille terapian saatavuus. Lisäksi vastauksista ilmeni ajankäytön tehostuminen, taloudellinen säästö ja se, että videovälitteisessä psykoterapiassa oma huono vointi ei ole esteenä terapiaan menemiselle.

”Hyvä keino syrjäseudun asiakkaille, sopii niille, jotka osaavat käyttää tietokonetta”

”Saatavuus, välimatkat on tosi iso juttu! Ehdottomasti saatava kaikille”

”Lähteminen kotoa vaikeaa, menetelmä hyvä”

Kysymykseen ”Vastasiko videomenetelmällä toteutettu terapia odotuksiasi? Millä tavoin? Jos ei, millä tavoin ei vastannut?” kaikki tutkittavien vastauksissa tuli esille tutkittavien omien tavoitteiden saavuttaminen ja tutkittavien videovälitteiseen terapiaan liittyvien ennakko-odotusten myönteinen ylittyminen.

”Odotin paljon ja sain sen ennakkoluuloista huolimatta”

”Ylitti odotukset, alussa jännitti mutta yllätti positiivisesti”

”Ylitti odotukset, luulin, ettei terapia saa mitään aikaiseksi”

”Mahdollisti työskentelyn etänä ylipäänsä. Auttoi saamaan ymmärrystä tilanteeseen, ongelmaan”

Tutkimushenkilöiden tyytyväisyyttä järjestelmän käyttöön tutkittiin myös viiden avoimen kysymyksen avulla. Kunkin kysymyksen yhteydessä kootaan eriteltynä kaikki vastaukset ja lisäksi taulukkoon 5 on poimittu joitakin esimerkkejä näistä vastauksista.

Kysymykseen ”Mitkä asiat olivat erityisen vaikeita käsitellä videomenetelmän avulla?” viisi tutkittavaa ei kokenut asioiden olevan vaikeita käsitellä videomenetelmällä. Kolme tutkittavaa toi esille, että terapeutin piirtämiä kuvia oli vaikea nähdä. Kaksi tutkittavaa toi esille, että vaikeista asioista kertominen on vaikeaa, oli menetelmä mikä tahansa.

Kysymykseen ”Mitkä asiat koit helpoiksi käsitellä videomenetelmän avulla?” kuusi tutkittavaa koki kaikkien asioiden olevan yhtä helppoa käsitellä kuin kasvokkain. Kaksi tutkittavaa koki videomenetelmän tuoman etäisyyden helpottavan vaikeista asioista puhumista ja niiden työstämistä. Kaksi tutkittavaa ei vastannut kysymykseen.

Kysymykseen ”Miltä terapeutin kysymyksiin vastaaminen videomenetelmällä tuntui?” tutkittavien vastauksissa tuli esille vastaamisen luontevuus. Kaksi tutkittavaa koki, että terapian alussa piti hieman totutella vastaamaan videoyhteyden kautta, mutta alun jälkeen se oli luontevaa.

Kysymykseen ”Millaisia teknisiä ongelmia videomenetelmän käytössä oli (esim. asennus, ohjelman käyttö, videoyhteys, videokuva, äänen laatu)?” kahdeksan tutkittavan vastaukset liittyivät yhteysongelmiin ja äänen pätkimiseen, yksi tutkittava raportoi tietokoneen omaan käyttöjärjestelmään liittyvistä ongelmista ja yhdellä tutkittavalla ei ollut ongelmia.

Kysymykseen ”Millä tavoin haluaisit kehittää videomenetelmällä toteutettavaa terapiaa?” vastaukset liittyivät videovälitteisen terapian saatavuuden lisäämiseen, teknisiin asioihin, kuten kuvien tekemiseen piirtopöydällä, jolloin terapeutti ja asiakas voivat piirtää yhdessä, parempaan kameraan

ja neuvonnan lisäämiseen laitteiden käytössä. Yksi koki videomenetelmän tutuna työtapana muista yhteyksistä, eikä kokenut siinä olevan kehittämisen tarvetta.

Taulukko 5.

Tutkimushenkilöiden kokemuksia videomenetelmästä psykoterapian antamisen välineenä.

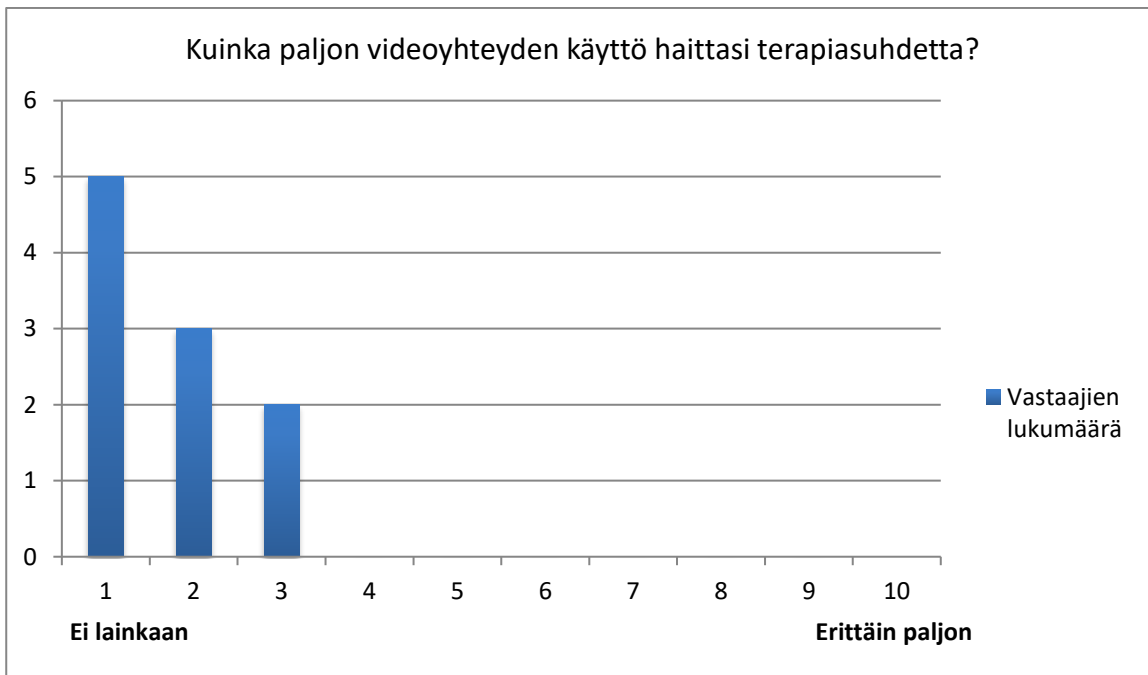
Mitkä asiat olivat erityisen vaikeita käsitellä videomenetelmän avulla?	Mitkä asiat koit helpoiksi käsitellä videomenetelmän avulla?	Miltä terapeutin kysymyksiin vastaaminen videomenetelmällä tuntui?	Millaisia teknisiä ongelmia videomenetelmän käytössä oli (esim. asennus, ohjelman käyttö, videoyhteys, videokuva, äänen laatu)?	Millä tavoin haluaisit kehittää videomenetelmällä toteutettavaa terapiaa?
<p>”Aluksi vaikea ylipäätään totutella systeemiin. Jos vaikea keksiä sanoja, niin vähän hankalaa olla siinä tilanteessa...olla enemmän naamatusten kuin normi face to face -terapiassa”</p> <p>”Lapsuuden kokemukset mutta suurimmaksi osaksi videomenetelmä ei haitannut, tuloksia tuli kyllä ja tavoitteet saavutettiin”</p> <p>”Ei sellaisia oikeastaan ollut. Päinvastoin.”</p>	<p>”Vaikeista asioista on ehkä helpompi puhua tällä tavoin kuin kasvotusten”</p> <p>”Kaikki muut lukuun ottamatta lapsuuden kokemuksia... ilmapiiri oli välitön, helppo ottaa asiat puheeksi”</p> <p>”...kaikki helppoa. Ilmeet ynnämuut näkyy... terapeutti pystyy helposti tulkitsemaan 'mitä meneillään' ”</p>	<p>”Yllättävän pelottavaa huomioida se, että tultiin niin tutuiksi... läheisyyden tunne paljon suurempi kuin kasvokkain..., ja Pasin kykyä tulkita bodylanguagea pelkän naaman perusteella..., todenmukaista, läsnäolevaa... molemmat läsnä, esimerkiksi kasvojen ilmeet”</p> <p>”Ei vaikeuttanut, melkeinpä helpotti. Vaikeista asioista oli ehkä helpompaa puhua”</p> <p>”Välillä vaikealta... suurimmaksi osaksi OK. Joutui selittämään paljon mutta niin olisi tavallisessakin terapiassa joutunut”</p> <p>”Ei mitään eroa kasvokkain vastaamiseen”</p>	<p>”Windows Vistassa ei toiminut äänen säätämissetukset”</p> <p>”Vaikeuksia saada videoyhteys syntymään. Kuvan ja äänen laadussa oli jonkin verran ongelma. Ongelmat saatiin kuitenkin ratkaistua”</p> <p>”Yhteys ei toiminut, pari kertaa, joten puhelimesta soitto, joskus piti katkaista yhteys ja aloittaa uudestaan...kuva ja ääni ok, säädettävissä olevia”</p>	<p>”Ei kehitettävää, työtapana (video) tuttu ja toimiva... ihan kuin olisi ollut terapiavastaanotolla”</p> <p>”Terapeutin valinta ydinkysymys. Ammattitaito! Yleisesti käytettävissä kaikille... pienten terveyskeskusten valikoimissa kaikille pitäisi olla saatavilla, erityisesti Lappi... pitkät välimatkat”</p> <p>”Sellaisten ihmisten, joilla ei ole paljoa kokemusta laitteiden käytöstä ja myös masentuneiden, olisi hyvä saada enemmän konkreettista neuvontaa. Mahdollisuuksien mukaan ehkä paikan päällä. Selkeät kirjalliset ohjeet.”</p>

Lisäksi tutkimushenkilöiden tyytyväisyyttä videomenetelmän käyttöön tutkittiin kolmella asteikkokysymyksellä (ks. kuva 1, kuva 2 ja kuva 3). Kuvista 1, 2 ja 3 näkyy, että suurin osa

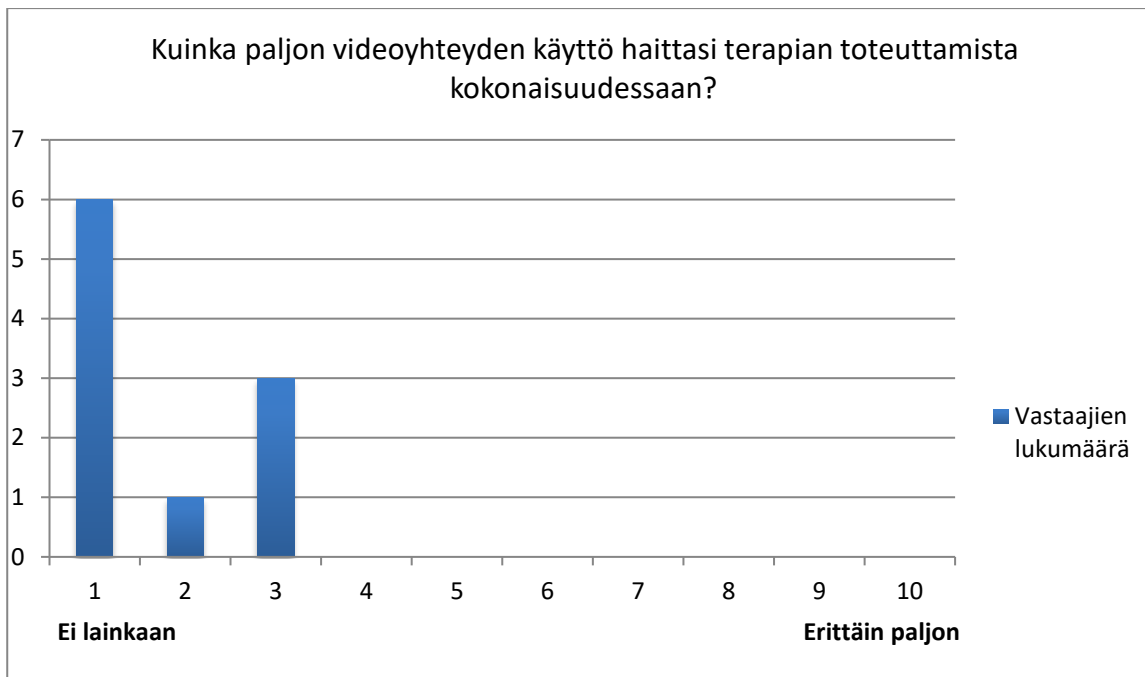
tutkimukseen osallistuvista ei kokenut videoyhteyden estävän tai vaikuttavan haitallisesti psykoterapian toteutumiseen.



Kuva 1. Tutkittavien kokemus videoyhteyden käytöstä.



Kuva 2. Tutkittavien kokemus videoyhteyden vaikutuksesta terapisuhteeseen.



Kuva 3. Tutkittavien kokemus videoyhteyden käytöstä terapian toteuttamiseen.

3.2.3.2 Tyytyväisyys vuorovaikutukseen ja terapiasuhteeseen

Kysymykseen ”Oliko sinulla riittävästi aikaa vastata terapeutin kysymyksiin?” kaikki tutkittavat kokivat aikaa vastaamiseen olleen sopivasti. Yksi tutkittava koki yhden terapiatunnin (45 min) olevan joillakin kerroilla liian lyhyt aika syvälliseen asioiden käsittelyyn.

Kysymykseen ”Oliko kontaktin määrä terapeutin kanssa hoidon aikana mielestäsi sopiva / liian vähäinen / liiallinen?” kaikki tutkittavat vastasivat kontaktin määrän olevan ”sopiva”.

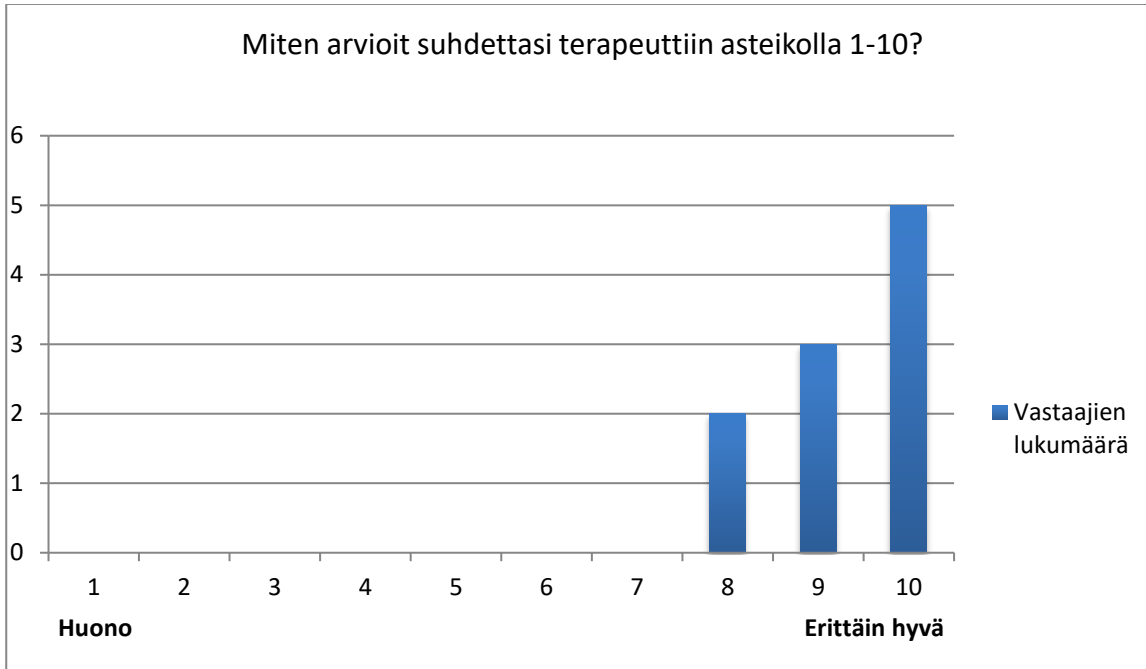
Avoimeen kysymykseen ”Millaisena koit suhteen terapeutin kanssa hoidon aikana?” kaikkien tutkittavien vastauksissa tuli esille luottamuksellinen ja hyvä suhde terapeuttiin. Seuraavassa esimerkkejä vastauksista.

”Hyvä suhde, luottamuksellinen, helppo, hirveän hyvin toiminut vuorovaikutus keskenään”

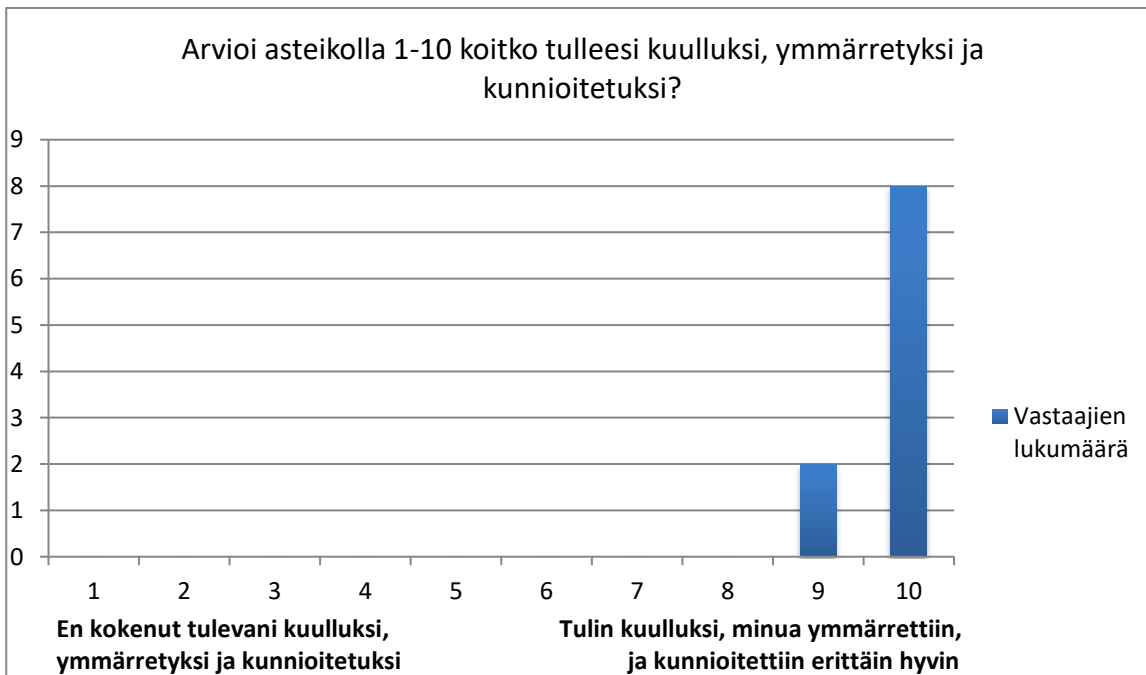
”Empatia, tulkinta ilmeistä ja eleistä”

”Terapeutin...joskus outoa, että terapeutti tunsikin (minut) paremmin kuin kukaan muu mutta itse ei tiennyt terapeutista mitään, myötätuntoinen, asiantunteva”

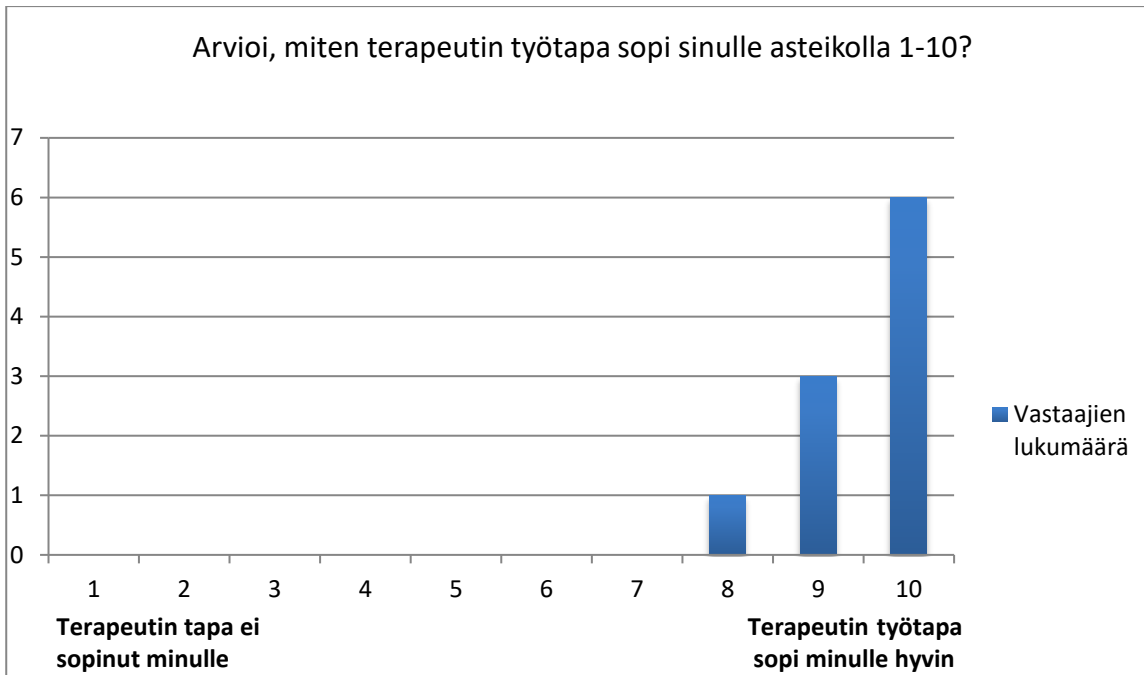
Lisäksi tutkimushenkilöiden tyytyväisyyttä vuorovaikutuksen sujuvuuteen tutkittiin kolmella asteikkokysymyksellä (ks. kuva 4, kuva 5 ja kuva 6). Kuvista ilmenee, että tutkittavat pitivät vuorovaikutusta hyvänä ja kokivat tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi.



Kuva 4. Tutkittavien kokemus suhteestaan terapeuttiin.



Kuva 5. Tutkittavien kokemus kuulluksi tulemisesta.



Kuva 6. Tutkittavien kokemus terapeutin työtavasta.

Tutkittavien tyytyväisyyttä vuorovaikutukseen arvioitiin myös terapiasuhdetta mittaavalla WAI-SR-mittarilla noin kolmen kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta ja hoidon loppumisen jälkeen. Hoidon aikana pisteiden keskiarvo oli 53,89 (n = 9; kh = 4,57; vaihteluväli 48–60 pistettä) ja hoidon loppumisen jälkeen pisteiden keskiarvo oli 56,10 (n = 10; kh = 3,54; vaihteluväli 51–60 pistettä). Tyytyväisyyttä vuorovaikutukseen kuvaava keskiarvo oli korkea ja asettui mittarin yläpäähän (mittarin pisteiden vaihteluväli on 12–60 pistettä). Tämä on yhdenmukainen haastattelulomakkeessa esille tulleiden tulosten kanssa, jossa terapiasuhte koettiin myönteisenä.

3.3 Vaikuttavuus elämänlaatu-, oire ja prosessimittareilla mitattuna

Kaikkien elämänlaatu-, oire- ja prosessimittareiden tutkimustulokset olivat yhdenmukaiset haastattelulomakkeessa esille tulleeseen kokemukseen, jossa asiakkaat raportoivat saavuttaneensa terapialleen asettamia tavoitteita. Taulukossa 6 näemme, että kaikkien elämänlaatumittareiden osalta tapahtui tilastollisesti merkitsevä myönteinen muutos hoidon aikana (muutos alusta 12:sta kuukauteen). Ryhmän sisäinen efektikoko oli keskisuuri tai suuri (vaihteluväli $g = 0.59 - 1.14$). Seurantaan, joka suoritettiin puolitoista vuotta (30 kk alkumittauksesta) hoidon lopettamisen jälkeen, osallistuneiden (n = 7) osalta voidaan huomata, että keskiarvojen perusteella myönteinen elämänlaadun muutos säilyi kohtuullisen hyvin hoidon jälkeisessä seurannassa. Seurantaryhmässä

muutos oli 30 kuukauden kuluttua keski-suuri tai suuri (vaihteluväli $g = 0.51 - 0.95$) mutta ero alkumittaukseen ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä. On huomattava, että tutkittavien pieni määrä vaikutti mahdollisuuteen havaita tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 6. Elämänlaatumittareiden tulokset (keskiarvot ja -hajonnat, tilastollinen merkitsevyys ja sisäinen efektikoko g -arvona) ennen hoitoa ja kolme kuukautta hoidon loppumisen jälkeen ($n = 10$) sekä 30 kk seurantaan osallistuneiden ($n = 7$) tulokset alussa, lopussa ja seurannassa.

	Ka (kh) ennen	Ka (kh) jälkeen	Ka (kh) 30 kk seuranta	Ennen- jälkeen p-arvo	Ennen-jälkeen ES (g)
				Ennen- seuranta p-arvo	Ennen- seuranta ES (g)
JES (n=10)	34,30 (7,13)	39,50 (9,48)		.016*	-0.59
Seuranta (n=7)	32,71 (6,80)	36,14 (6,79)	39,14 (5,73)	.055	-0.95
Tyytyväisyys elämään (n=10)	49,80 (14,27)	69,10 (17,83)		.008*	-1.14
Seuranta (n=7)	46,43 (15,74)	63,14 (18,33)	57,14 (22,84)	.188	-0.51
Itseluottamus (n=10)	52,50 (19,21)	68,10 (16,34)		<.001*	-0.84
Seuranta (n=7)	49,00 (13,69)	62,29 (14,71)	60,71 (20,35)	.109	-0.63

JES: sosiaalinen toimintakyky

Tyytyväisyys elämään: Ojasen (2001) asteikko (0-100)

Itseluottamus: Ojasen (2001) asteikko (0-100)

p-arvo = Related-Sample Wilcoxon Signed Rank Test, 1-sided/tailed significance

* $p < 0.05$, significant change

Effect Size (ES) = Hedges g (bias corrected Cohen's d)

Masennus-, ahdistus- ja yleisten psyykkisten oireiden kohdalla (Taulukko 7) sisäinen efektikoko viittasi oireiden suureen vähenemiseen ($g = -1.04 - 1.43$). Seurantaan osallistuneiden osalta ($n=7$) nähdään, että oiremuutokset olivat seurannassa edelleen suuria ($g > 0.80$) vaikka kaikki muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myös oireluokkatarkastelu osoitti hoidon vaikuttavuutta. Yhdeksällä ($n = 9/10$) asiakkaalla oli joko kohtalainen tai vakava asteinen masennus BDI:n perusteella ($BDI > 19$) hoidon alussa. Hoidon lopussa kolmella asiakkaalla ($n = 3$) oli joko kohtalainen tai vakava asteinen masennus. Myös heillä masennusoireet olivat vähentyneet, mutta

hieman vähemmän kuin niillä, jotka olivat siirtyneet oireluokasta toiseen. Vastaavasti kohtalaista tai vakavaa ahdistuneisuutta ($BAI > 15$) raportoi kuusi (6/10) asiakasta hoidon alussa. Hoidon lopussa kohtalaista tai vakavaa ahdistusta ei ollut yhdelläkään asiakkaalla. Kaikki asiakkaan olivat siirtyneet hoidon lopussa alempaan tai alempiin oireluokkiin.

Taulukko 7. Oiremittareiden tulokset (keskiarvot ja -hajonnat, tilastollinen merkitsevyys ja sisäinen efektikoko g -arvona) ennen hoitoa ja kolme kuukautta hoidon loppumisen jälkeen ($n = 10$) sekä 30 kk seurantaan osallistuneiden ($n = 7$) tulokset alussa, lopussa ja seurannassa.

	Ka (kh) ennen	Ka (kh) jälkeen	Ka (kh) 30 kk seuranta	Ennen- jälkeen p-arvo	Ennen-jälkeen ES (g)
				Ennen- seuranta p-arvo	Ennen-seuranta ES (g)
BDI (n=10)	24,30 (7,79)	12,10 (9,89)		.002*	1.31
Seuranta (n=7)	24,43 (9,03)	15,86 (9,41)	10,71 (8,50)	.039*	1.46
Mieliala (n=10)	42,20 (21,58)	67,10 (24,14)		.002*	-1.04
Seuranta (n=7)	34,29 (17,49)	61,43 (25,41)	58,71 (23,45)	.109	-1.10
BAI (n=10)	17,10 (8,48)	6,90 (4,63)		<.001*	1.43
Seuranta (n=7)	18,43 (9,52)	8,43 (4,61)	8,71 (7,02)	.047*	1.08
SCL-90, GSI (n=10)	1,15 (0,59)	0,49 (0,37)		.003*	1,28
Seuranta (n=7)	1,29 (0,66)	0,63 (0,37)	0,69 (0,58)	.109	0.90

BDI: masennusoireet

Mieliala: Ojasen (2001) asteikko (0-100)

BAI: ahdistuneisuusoireet

SCL-90: psyykkiset oireet

p-arvo = Related-Sample Wilcoxon Signed Rank Test, 1-sided/tailed significance

* $p < 0.05$, significant change

Effect Size (ES) = Hedges g (bias corrected Cohen's d)

Myös prosessimittareiden osalta muutokset olivat tilastollisesti merkitseviä hoidon aikana (Taulukko 8). Psykologisen joustavuuden muutoksen efektikoko oli suuri ($g = -1.24$) ja tietoisuustaitojen efektikoko keskisuuri ($g = -0.53$). Myönteiset muutokset säilyivät 30 kuukauden seurannassa,

psykologisen joustavuuden osalta muutos oli edelleen suuri, kun taas tietoisuustaidoissa muutos oli pieni. Mutta muutokset verrattuna alkumittaukseen eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Taulukosta 8 voidaan kuitenkin nähdä, että seurantaan osallistuneella ryhmällä ($n = 7$) prosessimittareiden muutokset säilyivät seurannassa samalla tasolla kuin millä ne olivat olleet hoidon lopussa.

Taulukko 8. Prosessimittareiden tulokset (keskiarvot ja -hajonnat, tilastollinen merkitsevyys ja sisäinen efektikoko g -arvona) ennen hoitoa ja kolme kuukautta hoidon loppumisen jälkeen ($n = 10$) sekä 30 kk seurantaan osallistuneiden ($n = 7$) tulokset alussa, lopussa ja seurannassa.

	Ka (kh) ennen	Ka (kh) jälkeen	Ka (kh) 30 kk seuranta	Ennen- jälkeen p-arvo	Ennen-jälkeen ES (g)
				Ennen- seuranta p-arvo	Ennen-seuranta ES (g)
AAQ-2 ($n=10$)	34,60 (8,82)	47,50 (10,98)		.002*	-1.24
Seuranta ($n=7$)	30,71 (7,48)	42,43 (8,98)	42,00 (13,49)	.289	-0.96
KIMS ($n=10$)	112,80 (19,98)	123,30 (17,78)		.004*	-0.53
Seuranta ($n=7$)	110,14 (23,26)	121,57 (20,72)	120,00 (23,04)	.172	-0.40

AAQ-II: psykologinen joustavuus, pisteytyksessä käännetty asteikko

KIMS: tietoisuustaidot

p-arvo = Related-Sample Wilcoxon Signed Rank Test, 1-sided/tailed significance

* $p < 0.05$, significant change

Effect Size (ES) = Hedges g (bias corrected Cohen's d)

4. POHDINTA

Aikaisemmista tutkimuksista on saatu näyttöä, että asiakkaat ovat keskimäärin tyytyväisiä videomenetelmään hoitomuotona (Simpson ym., 2021) ja voidessaan valita hoitomuodon, asiakkaat kieltäytyvät videovälitteisestä terapiasta harvemmin kuin kotona tai vastaanotolla toteutetusta psykoterapiasta (Peterson ym., 2022). Näissä tutkimuksissa terapiat ovat usein olleet kestoaltaan alle 20 käyntikertaa, asiakkaat ovat terapiaistuntojen aikana sairaalassa tai vastaavassa terveydenhuollon palveluja tarjoavassa yksikössä tai tutkimusasiakkaiden valintakriteerit eivät ole vastanneet todellisia

palvelujärjestelmän potilasryhmiä (esim. Richardson ym., 2009). Videovälitteisen terapian tutkimuksessa ei ole aiemmin tutkittu välineestä eli videoyhteydestä aiheutuvien teknisten häiriöiden vaikutusta asiakkaan kokemukseen vuoden kestävässä psykoterapiassa, jossa terapiaistunnot pidettiin kerran viikossa ja asiakas oli kotona tai muussa turvallisessa yksityisessä paikassa (sukulaisen luona, lomamatkalla järjestetty tietoturvallinen tila).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat videomenetelmän olevan tutkittavien kokemana käyttökelpoinen hoitomenetelmä vuoden kestävä kognitiivisen psykoterapian toteuttamiseen siten, että asiakas on kotona ja terapeutti omalla vastaanotolla. Tutkimusasiakkaiden kokemukset videovälitteisen kognitiivisen psykoterapian käytettävyydestä olivat myönteisiä kaikilla käytettävyyden alamääritelmillä (vaikuttavuus, tehokkuus ja tyytyväisyys) ja terapiasuhdetta mittaavalla mittarilla (WAI-SR) mitattuna huolimatta siitä, että hoitjakson aikana ilmeni teknisiä häiriöitä 34 % kaikista tutkimusterapioista. Vähimmillään häiriöitä ilmeni kolmessa istunnossa 32:sta istunnosta ja enimmillään 34 istunnossa 40 istunnosta. Tämä tulos ei anna tukea Di Nuovon ja Narzisin (2021) sekä Moellerin ja kumppaneiden (2022) katsauksessaan esittämälle arviolle, jossa jatkuvien häiriöiden esiintymisten katsottiin estävän terapiasuhteen syntymistä. Myöskään olettaus videovälitteisen terapian paremmasta sopivuudesta lievempien häiriöiden ja kevyempien asioiden kuin vaikeampien ongelmien käsittelyyn (Moeller ym., 2022) ei saanut tukea tästä tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa istuntojen aikana esiintyneet tekniset ongelmat eivät haitanneet terapian toteutumista vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivillä asiakkailla. Teknisistä häiriöistä huolimatta terapiassa käsiteltiin mm. voimakkaiden traumakokemusten herättämiä emootioita eivätkä häiriöt heikentäneet terapiasuhdetta asiakkaiden kokemana.

Videomenetelmän vaikuttavuutta eli terapian tavoitteiden toteutumista selvitettiin hoidosta saadun hyödyn näkökulmasta. Asiakkaiden itselleen asettamia tavoitteita omalle terapiatyölle olivat yleinen halu voida paremmin ja tätä halua lisämääritteli usein yksityiskohtaisempi omaan ongelma-alueeseen liittyvä toive, esimerkiksi saada helpotusta masennukseen tai oppia terveellinen tapa suhtautua ruokaan ja syömiseen. Varsinainen hyötyä selvittävä kysymys (”En koe saaneeni hyötyä”) oli tarkoituksellisesti käänteinen kysymys, jotta tutkittava joutuisi tietoisemmin miettimään omaa kokemustaan hoidosta ja antamaan kieltävä vastaus halutessaan sanoa saaneensa hyötyä hoidosta. Kaikki tutkittavat kokivat saaneensa hyötyä hoidosta. Muut vaikuttavuutta selvittävät kymmenen kysymystä liittyivät yleiseen elämänhallintaan suhteessa itseen (esim. itseymmärryksen syveneminen ja omien tunteiden hallinta) ja suhteessa arjen tilanteisiin (esim. oppinut uusia selviytymiskeinoja ongelmatilanteissa). Nämä vaikutukset voitiin todeta myös niillä tutkittavilla, jotka eivät kokeneet terveydentilansa parantuneen tai muiden ongelmien vähentyneen. Yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkittavat kokivat myös muiden elämän ongelmien vähentyneen oman elämänhallinnan

parantumisen seurauksena. Tässä tutkimuksessa aktiivisuuden voitiin ajatella näkyneen haluna hyödyntää terapiaa laajemmin elämässään, ylitse kohdeoireen, ja haluna sitoutua ja osallistua oman terapiatavoitteen saavuttamiseen. Tämä tulos tukee Dayn ja Schneider (2002) tekemää tutkimusta, jossa asiakkaan osallistuminen ja aktiivisuus oli suurempaa videovälitteisessä terapiassa verrattuna kasvokkain tapahtuvaan terapiaan. Tutkimusasiakkaiden terapialleen asettamien tavoitteiden toteutumisen voidaan tulkita osoittavan, että asiakkaat saivat saman hyödyn videomenetelmällä toteutetusta psykoterapiasta kuin vastaanotolla toteutetusta terapiasta.

Videomenetelmän tehokkuuden arvioinnissa arvioitiin ensin videomenetelmän vaikuttavuutta eli tutkittavien omien tavoitteiden saavuttamista videovälitteisessä psykoterapiassa. Tässä tutkimuksessa vaikuttavuus osoittautui hyväksi ja tutkittavat saavuttivat tavoitteitaan eli kokivat saamansa hoidon tuoneen hyötyä elämäänsä. Tutkimusasiakkaiden itselleen asettamat tavoitteet toteutuivat samoin kuin oletettavasti olisivat toteutuneet vastaanotolla toteutetussa terapiassa, mutta he käyttivät vähemmän aikaa (matkustusajan väheneminen) tavoitteen saavuttamiseen. Ilman videomenetelmää tutkittavat eivät olisi saaneet lainkaan kuntoutuspsykoterapiaa Lapin maakuntien pitkien välimatkojen ja psykoterapeuttien vähyden vuoksi. Tutkimusasiakkaiden meno-paluumatkat tutkimusterapiat toteuttavan terapeutin vastaanotolle vaihtelivat noin 320 km ja 1020 km välillä ja matkoihin (viikoittain) käytettävät ajat (80 km keskinopeudella) noin 4 tunnin ja 12 tunnin välillä. Ajansäästö videovälitteisessä psykoterapiassa oli selkeä etu. Videomenetelmä toi myös kustannussäästöjä yhteiskunnalle ja tutkimusasiakkaille, koska Kelan ei tarvinnut korvata viikoittaisista kuntoutuspsykoterapiakäynneistä aiheutuvia matkakuluja eikä asiakkaille jäänyt matkakulujen omavastuuosuutta maksettavaksi. Tässä tutkimuksessa vuoden 2012 hintatasolla saavutettu säästö matkakuluista vaihteli tutkittavan asuinpaikan ja toteutuneiden terapiakertojen mukaan ollen keskimäärin noin 2 200–6 500 € vuodessa. Mikäli etäyhteys toteutettaisiin video-ohjelmien ilmaisversioilla, kuten Teams, Zoom tai Doxy.me, ei asiakkailta olisi lainkaan videoyhteyskuluja. Huolimatta videoyhteyskuluista videovälitteinen psykoterapia on hoitomenetelmänä kustannustehokkaampi hoitomuoto kuin vastaanotolla toteutettu terapia silloin, kun välimatkat ovat pitkiä.

Tyytyväisyyttä videomenetelmään tutkittiin tutkittavien kokemuksella järjestelmän käytöstä ja vuorovaikutuksen sujuvuudesta. Kahdeksan tutkittavaa kertoi menetelmän käytännön järjestelyiden ohjeistuksen olleen riittävää ja kaksi koki videomenetelmän opettelu ja tietokoneelta edellytettävien teknisten vaatimusten selvittämisen olleen riittämätöntä. Kaikki kokivat saaneensa apua tarvittaessa hoidon aikana ilmenneisiin ongelmatilanteisiin. Kaksi ei tarvinnut ollenkaan apua, koska he olivat tottuneita tietokoneen käyttäjiä. Lähes kaikki tutkittavat kertoivat yhteyden katkeamisiin sekä äänen ja kuvan laatuun liittyvistä teknisistä ongelmatilanteista. Yhdellä tutkittavalla alun ongelmat liittyivät

Windows-käyttöjärjestelmän ääniasetuksiin eivätkä sinänsä videomenetelmään. Yksi tutkittava raportoi, että teknisiä ongelmia ei ollut. Teknisistä ongelmista huolimatta videomenetelmään liittyvänä myönteisenä asiana kaikki tutkittavat toivat esille psykoterapian saatavuuden. Muina hyvinä puolina koettiin kustannussäästöt yhteiskunnalle, oman ajankäytön tehostuminen ja mahdollisuus mennä terapiaan silloinkin, kun oma huono vointi ei mahdollistaisi vastaanotolle menemistä. Videoyhteyden käyttö koettiin pääsääntöisesti helppona. Yksi tutkittava koki videoyhteyden olleen jonkin verran vaikeakäyttöinen.

Videomenetelmän käyttöönottoon ja videoyhteyden teknisiin ongelmiin liittyvistä ongelmatilanteista huolimatta vuorovaikutus koettiin hyvänä eikä videoyhteyden koettu haittaavan terapiasuhdetta. Avointen kysymysten ja terapiasuhdekyselyn perusteella tutkittavat olivat tyytyväisiä terapiasuhteeseen. Tulokset osoittivat terapiasuhteen paranevan hoitovuoden aikana. Tutkittavat kokivat tulleen kuulluksi, ymmärretyksi ja kunnioitetuksi ja terapeutin käyttämä kognitiivisen terapian työtapaa koettiin hyvänä. Lähes kaikki tutkittavat kokivat, että videovälitteinen terapia toimi niin hyvin, että sen koettiin vastaavan kasvokkain toteutettua terapiaa, eikä heillä siten ollut erityistä halua kasvokkain toteutettuun terapiaan. Tulos tukee Chenin tutkimusryhmän (2021) tutkimusta, jossa pohdittiin, että videovälitteinen terapia voi tuoda suuremman läheisyyden kokemuksen kuin vastaanotolla toteutuva terapia. Kaksi tutkittavaa olisi mieluummin tavannut terapeutin kasvokkain, mutta toisaalta he olivat tyytyväisiä videovälitteiseen terapiaan. Kuusi tutkittavaa toi esille kasvokkain toteutettavan ensitapaamisen merkityksen videomenetelmällä toteutettavalle psykoterapialle. Terapeutin koettiin olevan jo tuttu, kun terapiaa jatkettiin videomenetelmällä. Tämä tulos tukee Fruehin ja muiden (2005) tutkimushavaintoa ja myös Moeller tutkimusryhmineen (2022) esittivät katsauksessaan, että asiakkaiden kokemus hyvästä terapiasuhteesta koettiin vahvistuvan, jos etäterapia alkoi kasvokkain tapaamisella ja että se myös lisäsi etäterapian kiinnostavuutta.

Tutkimusterapioissa pyrittiin vahvistamaan terapiasuhteen kaikkia osatekijöitä Bordinin (1979, 1994) mallin mukaisesti. Ensimmäisellä tapaamisella toteutunut elämänhistorialomakkeen (Kuyken ym., 2009) käsittely kognitiivisen terapian tutkivan yhteistyön periaatteiden mukaisesti saattoi osaltaan voimistaa terapiasuhdetta. Lomakkeen pohjalta keskusteltiin terapiatyön tavoitteista ja niiden saavuttamiseen liittyvistä menetelmistä. Itsetuhoisten potilaiden videoterapiassa on myös korostettu tutkivan yhteistyön merkitystä ensimmäisellä kerralla tehdyn itsearviointilomakkeen täyttämässä (Jobes ym., 2020). Asiakkaan ongelmien avoin ja yhteinen tutkiminen edesauttaa myös turvallisen tunnesidoksen syntymistä. Tämänkaltainen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan sovellettava terapeutin työote saattoi edesauttaa myös vaikeasta tai useasta samanaikaisesta mielenterveyden häiriöstä kärsivien potilaiden myönteistä kokemusta videoterapiasta. Miu ja muut

(2021) toivat esille videovälitteisen terapian sovellettavuudesta vaikeiden mielenterveyden häiriöiden, kuten päihdeongelmien, skitsofrenian, trauman ja vakavan masennuksen hoitoon osana julkisen terveydenhuollon palvelua. Heidän tutkimuksessaan tapaamiset toteutuivat noin kerran kuukaudessa, mutta tämä tutkimus osoittaa, että videovälitteisyys soveltuu hyvin myös tiiviissä kertaviikkoisessa vuoden kestävässä psykoterapiassa. Turvallinen terapiasuhte edesauttaa ongelmien käsittelyä. Videovälitteisessä psykoterapiassa ongelmat voivat liittyä siihen, miten yhteyden katkeamisen ja uuden yhteyden ottamisen tai videokuvan pysähtymisen vaikutusta käsitellään, kun häiriöt tulevat kesken herkän ja vaikeaan asiaan kohdistuvan terapiakeskustelun ja siten keskeyttävät asiakkaan emotionaalisen prosessoinnin. Tämä saattaa selittää myös häiriöiden vähäistä vaikutusta. Vaikka häiriöllisiä istuntoja kaikista istunnoista esiintyi yhteensä 34 %:ssa istunnoista, saattoi tutkimusasiakkaiden raportoima hyvä terapiasuhte osaltaan kumota tutkimuksessa esiintyneiden suuren teknisten häiriöiden määrän haitallista vaikutusta. Tämä tutkimustulos antaa myös vastauksen pohdintaan, jonka Thomas ja muut (2021) esittivät kognitiivisen psykoterapian menetelmien (esim. Sokrateen dialogi, itsereflektiota vauhdittavat havainnointitehtävät) soveltumisesta videovälitteiseen terapiaan. Tekniset häiriöt eivät haitanneet kognitiivisten menetelmien käyttöä.

Tässä tutkimuksessa käytetty terapiaistuntojen yleinen rakenne, istuntojen pituus ja tiheys, koettiin kaikkien tutkittavien osalta sopivana. Samoin terapeutin kysymyksiin vastaamiseen koettiin olevan riittävästi aikaa paitsi yhden tutkimushenkilön osalta, jossa yksi istuntoaika (45 min) ylittää koettiin lyhyenä aikana asioiden riittävän syvälliseen käsittelyyn. Videomenetelmän ei koettu haittaavan vuorovaikutusta ja vastaaminen koettiin luontevana. Kolme tutkittavaa koki terapian aikana tehtyjen graafisten analyysikuvausten olevan välillä vaikeita nähdä kameran välityksellä. Tämä ongelma on korjattavissa valkotaulun avulla, joka on terapeutin vierellä ja johon piirtämällä kuvasta tulee riittävän iso ja selkeä, jotta asiakas voi nähdä sen tai piirtopöydän avulla, jolloin kuvat näkyisivät kummankin näyttöruudulla ja ne olisivat tallennettavissa.

Tutkittavista kuusi toi esille tilanteita, joissa he kokivat tullessa häirityksi terapiaistunnon aikana. Nämä tilanteet aiheutuivat tavallisista arjen asioista kuten, että puhelin oli jäänyt päälle, asiakkaan tai terapeutin vastaanoton naapurissa oli huoneiston remontti meneillään tai joku perheenjäsen koputti ovelle ja tiedusteli jotakin asiaa. Osa istunnoista estyi kokonaan ja silloin sovittiin uusi aika samalle viikolle tai siirrettiin seuraavalle viikolle. Tällaiset tilanteet johtuivat esimerkiksi kunnan rakennustyöntekijöiden katkaistua teleoperaattorin maanalaiset tietokonekaapelit. Monet tutkimuksessa koetut häiriötilanteet olivat samoja, joita voi tapahtua myös vastaanotolla (esim. puhelin jää päälle, taloyhtiön remontti, kollega koputtaa oveen, asiakkaan tai terapeutin auto menee rikki eikä pääse terapiaan). Huolimatta edellisen kaltaisista ennakoimattomista tilanteista asiakkaiden kokemus videoterapiasta oli myönteinen. Tulos ei vahvista Smithin ja

kumppaneiden (2021) olettamusta, että terapiaprosessi vaarantuisi asiakkaan ollessa kotona videoterapian aikana.

Kaikki tutkittavat kokivat videomenetelmän turvalliseksi tavaksi asioiden käsittelyyn. Turvallisuuden kokemus liittyi videoyhteyden tietoturvallisuuteen, luottamukseen terapeuttia kohtaan ja kodin tuomaan turvallisuuden tunteeseen. Videomenetelmän ei koettu tuovan erityistä vaikeutta asioiden käsittelyyn, vaan sen koettiin olevan yhtä helppoa kuin vastaanotolla asioiden käsittelyyn. Vaikeiden asioiden kertomisen koettiin olevan vaikeaa menetelmästä riippumatta. Kaksi tutkittavaa koki, että videomenetelmällä toteutetussa terapiassa on helpompaa puhua vaikeista ja ahdistavista asioista kuin kasvotusten, koska etäisyyden, kotona olemisen ja tutun ympäristön koettiin antavan kontrollin ja turvallisuuden tunnetta. Esimerkiksi, jos terapeutin sukupuoli on asiakkaalle aluksi vaikea asia traumakokemuksesta johtuen, asiakas kokee turvalliseksi, että terapeutti on kaukana näyttöruudun takana (Simpson ym., 2021). Tulos tukee havaintoa, jossa terapiasuhte koettiin asiakkaan kokemana olevan videoterapiassa parempi kuin kasvokkain (Simpson ym., 2021; Watts ym., 2020). Lähes kaikki tutkittavat kokivat myös, että videovälitteisessä terapiassa voi olla helpompaa käsitellä vaikeita ja ahdistavia asioita kuin vastaanotolla tapahtuvassa terapiassa. Lisäksi tuloksen voidaan tulkita olevan samansuuntainen myös Bouchardin tutkimusryhmän (2011) tekemän havainnon kanssa, jossa psykoterapiassa käsiteltävät asiat ovat emotionaalisesti voimakkaita ja näitä tunteita kuvaavien sanojen käyttö lisää asiakkaan läsnäolon kokemusta terapeutin kanssa (telepresence), joka puolestaan vahvistaa tunnesidosta ja terapiasuhdetta. Tarkkaavuuden siirtymisen käsitteen yhteys läsnäolon kokemukseen (Witmer & Singer, 1998) voi selittää edellä mainittua tulosta. Asiakkaat pystyivät keskittymään omaan vaikeaan asiaan huolimatta videomenetelmästä ja siinä esiintyneistä teknisistä häiriöistä, kotona tapahtuvista häiriötilanteista ja huomion siirtymisestä pieneksi hetkeksi pois käsiteltävästä asiasta. Tämän voisi ajatella osin johtuvan juuri siitä, että joillakin asiakkailla kotona tapahtuvat häiriöt terapian aikana ovat asiakkaalle ”tuttuja ja turvallisia asioita”, joten terapiassa tapahtuvien häiriötilanteiden tarvitsema tietoinen kognitiivinen prosessointi on pienempää ja automaattisempaa, jolloin huomion siirtäminen häiritsevästä asiasta takaisin oman asian käsittelyyn ja ”paluu” terapiaistuntoon ja läsnäolokokemukseen terapeutin kanssa olisi helpompaa.

Kaikki tutkittavat olivat tyytyväisiä videomenetelmällä toteutettuun hoitoon ja kokivat, että omat terapialle asetetut odotukset ja tavoitteet tulivat täytetyksi hyvin. Nämä myönteiset kokemukset olivat myös niillä tutkittavilla, joita aluksi videovälitteinen psykoterapia jännitti hieman tai jotka raportoivat omista ennakkoluuloistaan ylipäättään terapiaa kohtaan tai jotka raportoivat videoyhteyden vaikuttaneen terapian toteutumiseen (ks. asteikkokysymys videoyhteyden haitasta). Tutkimusasiakkaiden raportoima korkea tyytyväisyys terapiasuhteeseen ja kokemus omien

tavoitteiden saavuttamisesta voidaan tulkita tukevan aiempia tuloksia, joiden mukaan hyvä allianssitaso vaikuttaa hyvään terapiatulokseen (Falkenström ym., 2014; Xu & Tracey, 2015). Kuusi tutkimushenkilöä raportoi, että videoyhteys ei haitannut terapian toteuttamista millään lailla. Tutkittavien tyytyväisyys videomenetelmään liittyi menetelmän mahdollistamaan hoitoon pitkistä välimatkoista huolimatta, saavutettuihin terapiatuloksiin ja mahdollisuuteen osallistua terapiaan kotoa käsin. Kehittämiskohteina raportoitiin videovälitteisen terapian saatavuuden lisääminen, tussitaulun tai piirtopöydän käyttäminen ja neuvonnan lisääminen sitä tarvitseville. Kaikki tutkittavat olivat valmiita suosittelemaan videovälitteistä psykoterapiaa muille. Yksi tutkittava vastasi lisäksi, että menetelmä ei välttämättä sovi ihmisille, joille on tärkeää fyysinen kontakti ja läheisyys.

Tutkimuksessa selvitettiin hoidon vaikuttavuutta haastattelulomakkeen lisäksi myös mittaamalla elämänlaatua ja psyykkisten oireiden esiintymistä, sekä selvitettiin prosessimittareiden avulla, onko hoito vaikuttanut siihen tapaan, jolla käsitellään ajatuksia ja tunteita. Tulokset osoittivat, että kaikkien elämänlaatu-, oire- ja prosessimittareiden tutkimustulokset olivat yhdenmukaiset haastattelulomakkeessa esille tulleisiin kokemuksiin, joissa asiakkaat raportoivat saavuttaneensa terapialleen asettamia tavoitteita. Nämä tulokset säilyivät kohtalaisen hyvin myös seurannassa puolitoista vuotta hoidon lopettamisen jälkeen. Haastattelulomakkeiden, terapiasuhteen- ja elämänlaatu-, oire- ja prosessimittareiden avulla saadut tulokset antavat tukea videomenetelmän käytettävyydestä yhden vuoden pituisessa psykoterapiassa huolimatta istuntojen aikana ilmenneistä teknisistä häiriöistä.

Tämän tutkimuksen rajoituksena on tutkittavien pieni määrä, vain kymmenen tutkimushenkilöä. On huomattava, että pienellä tutkimusaineistolla efektikoolla on taipumus tulla suuremmaksi verrattuna laajempiin aineistoihin. Myös tilastollisten analyysit eivät ole yhtä luotettavia kuin suuremmilla aineistoilla. Tutkimuksessa ei ole myöskään käytetty vertailuryhmää. Näin ollen mittausten ja muiden mahdollisten tekijöiden vaikutusta tuloksiin ei voida sulkea pois. Kaksi tutkittavaa kävi tutkimusterapioiden aikana noin kerran kuukaudessa sairaalassa omahoitajan seurantakäynneillä, joten näiden käyntien vaikutusta tutkimusterapioiden tulokseen ei voida arvioida. Lisäksi osa tutkittavista sai samanaikaisesti lääkehoitoa, minkä vaikutusta tutkittavan oirekuvan ja toimintakyvyn muutokseen tutkimushoidon aikana ei voida tietää. Myöskään tutkimushenkilöiden valintaprosessissa ei dokumentoitu niiden asiakkaiden määrää, jotka kieltäytyivät tarjotusta terapiaohjelmasta, koska olivat haluttomia kokeilemaan videomenetelmää. Siten ei voida tietää, edustaako tutkimusasiakkaat tavanomaista terapia-asiakkaiden joukkoa.

Jatkotutkimuksessa olisi hyvä saada lisätietoa terapiasuhteen tekijöistä videoterapiassa. Tämä tutkimus osoitti, että suurikaan määrä videomenetelmän teknisistä ongelmia ei haitannut asiakkaan kokemusta hyvästä terapiasuhteesta. Kun häiriöillä ei näytä olevan merkitystä, voisi

lisätutkimuksessa selvittää terapiasuhteen eroja videoterapian ja perinteisen vastaanotolla toteutetun kasvokkain terapian välillä. Tällaisella kysymyksenasettelulla on yhteys läsnäolo-tutkimukseen (telepresence) ja lisätutkimuksen avulla voisi saada lisätietoa tekijöistä (esim. terapeutin toiminta), joilla videoterapian terapiasuhdetta voisi entisestään vahvistaa. Lisäksi tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tarvitaan suuremmille ryhmille tehtyjä tutkimuksia.

5. LOPPUPÄÄTELMÄT

Etähoidon kehittäminen yhdeksi käytännön menetelmäksi, jolla on yleisesti hyväksytty asema osana psykologisia hoitoja, on tärkeää hoidon saatavuuden tasa-arvoisuuden kannalta. Tämän tutkimuksen kohteena oleva videovälitteinen kognitiivinen psykoterapia on yksi etähoidon muoto, joka mahdollistaa tarvittavan avun ihmisille, jotka eivät saa tarpeellista hoitoa joko pitkien matkojen tai psykoterapeuttien alueellisen vähyiden takia. Videovälitteisen psykoterapian yleistymiselle on kuitenkin vielä esteitä, vaikka COVID-19 pandemia pakottikin laajentamaan terapeuttista hoitoa myös videovälitteiseen etäterapiaan. Ammattilaisten ja hoitoa kustantavien tahojen keskuudessa esitettyjä perusteita perinteisen vastaanotolla tapahtuvan terapian puolesta on aiemmin ollut oletettamus, että videomenetelmällä toteutetun psykoterapian kliinisestä vaikuttavuudesta ei ole riittävästi näyttöä ja asiakkaiden oletetaan olevan haluttomia uusia etähoidon menetelmiä kohtaan. Lisäksi yhtenä ongelmana ovat olleet ennakoasenteet ja pelko teknologian kielteisestä vaikutuksesta psykoterapiaprosessiin. Videomenetelmän on pelätty haittaavan tai jopa estävän mm. herkkää emotionaalista kokemista terapiasuhteessa ja vuorovaikutukseen liittyvää nonverbaalisen viestinnän tulkitsemista. Tämän pelon takana ovat kuitenkin enemmän hoitohenkilöstön omat negatiiviset asenteet uusia menetelmiä kohtaan, sillä tämänhetkinen tutkimusnäyttö puoltaa videovälitteisen terapian vaikuttavuutta ja hyväksyttävyyttä (Drago ym. 2016; Fernandez ym. 2021; Keinonen ym. 2022; Lin ym. 2019; Matsumoto ym. 2021; McClellan ym. 2022; Rees ym. 2015; Sunjaya ym. 2020).

Vertailtavuuden osalta (videomenetelmä vs. kasvokkain) tämän tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä ja vahvuutta kuitenkin lisää se, että kahdella tutkimushenkilöllä oli pitkä, yli vuoden kestävä, psykoterapiahoitajakso takana. Lisäksi osalla tutkimushenkilöistä oli lyhyempiä supportiivisia terapiakäyntejä tai useamman kuukauden sairaalahoitajakso, joihin oli sisältynyt omahoitajakeskusteluja. Myös teknologinen kehitys tiedonsiirtonopeuksien kasvussa on vaikuttanut käytettäviin yhteyksiin ja laitteisiin. Tutkimusterapioiden toteuttamisen ajankohtana, vuosina 2011–2012, videoyhteyden hitaus vaikutti osaan tutkimuksessa raportoituihin teknisiin häiriöihin.

Tutkimusterapioiden yhteydet muodostettiin laajakaistayhteyden tai USB-modeemin avulla ja tiedonsiirtonopeuksien vaihteluväli oli 128 kbit/s ja 384 kbit/s, joka vastaa 0.128 Mbit/s ja 0.384 Mbit/s. Vertailun vuoksi Liikenne- ja viestintävirasto Traficom (Valtioneuvosto, 2021) on asettanut vuonna 2021 tarkoituksenmukaisen internetyhteyspalvelun yleispalvelunopeudeksi 5 Mbit/s ja miniminopeudeksi vähintään 3,5 Mbit/s. Traficom (2022) tilaston mukaan vuonna 2021 kotitalouksien laajakaistaliittymien määrä Suomessa oli noin 1.7 miljoonaa, joista alle 10 Mbit nopeuksia oli vain 3 %:lla. Siten tutkimus tukee videomenetelmän käyttökelpoisuutta osoittamalla, ettei edes suuri määrä teknisiä häiriöitä estä asiakkaiden myönteistä kokemusta videoterapiasta ja yhteysnopeuksien voimakas kasvu entisestään parantaa kokemusta videoyhteydellä tehdystä psykoterapiasta häiriöiden jäädessä vähemmälle.

Tämä tutkimus selvitti vaikeasta tai useammasta samanaikaisesta mielenterveyden häiriöstä kärsivien asiakkaiden kokemuksia yhden vuoden pituisesta videovälitteisestä psykoterapiasta ja miten videomenetelmässä esiintyneet tekniset ongelmatilanteet vaikuttivat asiakkaiden kokemukseen videomenetelmän käytettävyydestä. Tutkimustulokset antavat tukea videovälitteisen psykoterapian käytettävyydestä yhtenä hoitomuotona silloin, kun kasvokkain toteutettu terapia ei ole mahdollista. Lisäksi tulokset antavat viitettä videovälitteisen terapian eduista verrattuna vastaanotolla toteutettuun terapiaan. Hoidon saatavuuden lisäksi myös psykoterapiaprosessin sisällöllinen syvyys saattaa joissakin tapauksissa olla parempi videovälitteisessä terapiassa verrattuna vastaanotolla tapahtuvaan terapiaan. Koti ja etäisyys luo turvan ja hallinnan tunnetta, jolloin vaikeista, ahdistavista ja häpeää tuottavista asioista puhuminen on osalle ihmisistä helpompaa videovälitteisesti kuin samassa tilassa kasvotusten keskusteleminen. Koska nämä kokemukset vaihtelevat ihmisillä, olisi tärkeää, että videovälitteistä ja kasvokkain toteutettua psykoterapiaa ei vertailtaisi paremmuushuonommuus akselilla, vaan että ne ovat yhtä hyviä hoitoja, mutta muodoltaan erilaisia ja vastaavat eri tarpeisiin, jolloin enemmän pitäisi mahdollistaa asiakkaiden valinnanmahdollisuutta videovälitteisen terapian, asiakkaan kotona toteutetun ja vastaanotolla toteutetun terapian välillä (Peterson ym., 2022). Smith ym. (2021) ja Watts ym. (2020) esittivät tarpeen tehdä lisää videovälitteisen terapian tutkimuksia, jotta lisääntyvän tutkimustiedon avulla voidaan varmemmin arvioida, että onko asiakkaan kotona tekemä videoterapiahoito suositeltavaa. Tämä tutkimus osoittaa, että videovälitteinen kognitiivinen psykoterapia, johon asiakas osallistuu kotoa käsin, on käytettävyydeltään ja kliiniseltä vaikuttavuudeltaan hyvä psykologinen hoitomuoto.

6. LÄHTEET

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. The Guilford Press.
- Agarwal, S., Labrique, A. B., Lefevre, A. E., Mehl, G. L., Tamrat, T., Vasudevan, L., & Zeller, K. (2016). *Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and assessment*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252183/9789241511766-eng.pdf>
- Alvandi, E. O. (2019). Cybertherapogy: A conceptual architecting of presence for counselling via technology. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 6(1), 30–45.
<https://doi.org/10.17220/ijpes.2019.01.004>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychological services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191–206.
<https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bergman Nordgren, L., Carlbring, P., Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for

- anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR research protocols*, 2(1), e4. <https://doi.org/10.2196/resprot.2292>
- Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2018). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 25(6), 435–446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family practice*, 36(1), 53–63. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz072>
- Berthiaume, M., Bouchard, S., Brisebois, C., Robillard, G. (2018). The validation of a telepresence scale for psychotherapy delivered in videoconference. Proceeding published in the *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine (ARCTT)*, 2018(16), (s.131-136). San Diego (CA): Interactive Media Institute. <https://sites.google.com/site/unicatt-it-arctt-teams-edition-backup/volume-16-summer-2018>
- Bevan N., Carter J., & Harker S. (2015). ISO 9241-11 Revised: What Have We Learnt About Usability Since 1998?. Teoksessa M. Kurosu (toim.), *Human-Computer Interaction: Design and Evaluation*. HCI 2015. Lecture Notes in Computer Science, vol 9169. (s. 143–151) Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-319-20901-2_13
- Biocca, F., Harms, C., & Burgoon, J. (2003). Toward a More Robust Theory and Measure of Social Presence: Review and Suggested Criteria. *Presence: Teleoperators and virtual environments*, 12(5), 456–480. <https://doi.org/10.1162/105474603322761270>
- Bischoff, R. J., Hollist, C. S., Smith, C. W., & Flack, P. (2004). Addressing the Mental Health Needs of the Rural Underserved: Findings from a Multiple Case Study of a Behavioral Telehealth Project. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26(2), 179–198. <https://doi.org/10.1023/B:COFT.0000031242.83259.fa>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. Teoksessa A. O. Horvath & L. S. Greenberg (toim.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (s. 13–37). John Wiley & Sons.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(Suppl 1), S57–S70. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(97\)00420-3](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(97)00420-3)
- Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L. G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing Psychotherapy for Panic Disorder and Agoraphobia: Outcome and Treatment Processes From a Non-randomized Non-inferiority Trial. *Frontiers in psychology*, 11, 2164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Michaud, M., & Gougeon, V. (2011). Telepresence experienced in videoconference varies according to emotions involved in videoconference sessions. Teoksessa B. K. L. Wiederhold, S. Bouchard, & G. Riva (toim.) Proceeding published in the *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine* (ARCTT), 2011(9), (s.105–107). San Diego (CA): Interactive Media Institute <https://sites.google.com/site/unicatt-it-arctt-teams-edition-backup/volume-9-summer-2011>
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 10(1), 13–25. <https://doi.org/10.1089/153056204773644535>
- Bouchard, S., & Robillard, G. (2006). Telepresence in videoconference scale. Cyberpsychology Lab of University of Quebec at Hull.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva. G. (2007). Presence and the Bond Between Patients and their Psychotherapists in the Cognitive-Behavior Therapy of Panic Disorder with Agoraphobia Delivered in Videoconference. Teoksessa L. Moreno & Starlab Barcelona S.L. (toim.) *Proceedings 10th Annual International Workshop on Presence 2007* (s. 89–95). <http://matthewlombard.com/ISPR/Proceedings/2007/Bouchard,%20Robillard,%20Marchand,%20and%20Riva.pdf>
- Bruder, M., Dosmukhambetova, D., Nerb, J., & Manstead, A. S. (2012). Emotional signals in nonverbal interaction: dyadic facilitation and convergence in expressions, appraisals, and feelings. *Cognition & emotion*, 26(3), 480–502. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.645280>

- Chen C. K., Nehrig N., Wash L., Schneider J. A., Ashkenazi S., Cairo E., Guyton A. F., & Palfrey A. (2021). When distance brings us closer: leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 554–567.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1779031>
- Cluver, J. S., Schuyler, D., Frueh, B. C., Brescia, F., & Arana, G. W. (2005). Remote psychotherapy for terminally ill cancer patients. *Journal of telemedicine and telecare*, 11(3), 157–159.
<https://doi.org/10.1258/1357633053688741>
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge Academic.
- Dausch, B. M., Miklowitz, D. J., Nagamoto, H. T., Adler, L. E., & Shore, J. H. (2009). Family-focused therapy via videoconferencing. *Journal of telemedicine and telecare*, 15(4), 211–214.
<https://doi.org/10.1258/jtt.2009.081216>
- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy Using Distance Technology: A Comparison of Face-to-Face, Video, and Audio Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 49(4), 499-503. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.4.499>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacology bulletin*, 9(1), 13–28.
- Di Nuovo, S. F., & Narzisi, V. (2021). Telepsychology: Acceptability of online assessment and treatment in users and professional psychologists. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3), 1-15. <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3261>
- Drago, A., Winding, T. N., & Antypa, N. (2016). Videoconferencing in psychiatry, a meta-analysis of assessment and treatment. *European Psychiatry*, 36, 29–37.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, 24(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985>.
- Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A., Pham, T., Gleich, B., & Aboujaoude, E. (2021). Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1535–1549.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2594>
- Ferran, C., & Watts, S. (2008). Videoconferencing in the field: A heuristic processing model. *Management Science*, 54(9), 1565-1578. <https://doi.org/10.1287/mnsc.1080.0879>

- Fitt, S., & Rees, C. (2012). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder By Videoconference: A Preliminary Study. *Behaviour Change*, 29(4), 213-229.
<https://doi.org/10.1017/bec.2012.21>
- Fletcher, T. L., Hogan, J. B., Keegan, F., Davis, M. L., Wassef, M., Day, S., & Lindsay, J. A. (2018). Recent Advances in Delivering Mental Health Treatment via Video to Home. *Current psychiatry reports*, 20(8), 56. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0922-y>
- Frueh, B. C., Deitsch, S. E., Santos, A. B., Gold, P. B., Johnson, M. R., Meisler, N., Magruder, K. M., & Ballenger, J. C. (2000). Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(12), 1522–1527.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.12.1522>
- Frueh, B. C., Henderson, S., & Myrick, H. (2005). Telehealth service delivery for persons with alcoholism. *Journal of telemedicine and telecare*, 11(7), 372–375.
<https://doi.org/10.1258/135763305774472060>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.
<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 38(1), 42–53. <https://doi.org/10.1080/16506070802473494>
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 13(1), 29–35.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0139>
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life Challenges*. Constable and Robinson Ltd.
- Goss, S., & Anthony. K. (2003). *Technology in Counselling and Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-50015-0>

- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., Gershkovich, M., Glassman, L. H., Rabin, S. J., & Goldstein, S. P. (2013). Delivering exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder via videoconference: Clinical considerations and recommendations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 137–145.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.01.003>
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Griffiths, L., Blignault, I., & Yellowlees, P. (2006). Telemedicine as a means of delivering cognitive-behavioural therapy to rural and remote mental health clients. *Journal of telemedicine and telecare*, 12(3), 136–140. <https://doi.org/10.1258/135763306776738567>
- Hassija, C. M., & Gray, M. J. (2009). Telehealth-Based Exposure Therapy for Motor Vehicle Accident-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Case Studies*, 8(1), 84–94.
<https://doi.org/10.1177/1534650108326975>
- Hassija, C., & Gray, M. J. (2011). The effectiveness and feasibility of videoconferencing technology to provide evidence-based treatment to rural domestic violence and sexual assault populations. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 17(4), 309–315. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0147>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.
<https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578.
<https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., & Hanna, G. L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1821–1829.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.010>

- Himle, M. B., Freitag, M., Walther, M., Franklin, S. A., Ely, L., & Woods, D. W. (2012). A randomized pilot trial comparing videoconference versus face-to-face delivery of behavior therapy for childhood tic disorders. *Behaviour research and therapy*, 50(9), 565–570. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.009>
- Holi, M. (2003). Assessment of Psychiatric Symptoms Using the SCL-90 [dissertation] (University of Helsinki, 2003). <https://tinyurl.com/6n7xam4s>
- Holi, M. M., Samallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 42–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb09961.x>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Ijsselstein, W. A., Freeman, J., & de Ridder, H. (2001). Presence: where are we?. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 4(2), 179–182. <https://doi.org/10.1089/109493101300117875>
- JHS-Suositus. (2008). *JHS 168 Videoneuvottelun käyttö julkisessa hallinnossa*. <https://www.suomidigi.fi/sites/default/files/2020-06/JHS168.doc>
- ISO 9241-11:1998 (1998). *Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDTs) — Part 11 : Guidance on usability*. <https://www.it.uu.se/edu/course/homepage/acsd/vt09/ISO9241part11.pdf>
- ISO 9241-11:2018 (2018). *Ergonomics of human-system interaction — Part 11: Usability: Definitions and concepts*.
- Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., & Johnson, K. (2015). Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 21(8), 652–660. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0165>
- Jobes, D. A., Crumlish, J. A., & Evans, A. D. (2020). The COVID-19 pandemic and treating suicidal risk: The telepsychotherapy use of CAMS. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 226-237. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000208>

- Keinonen, K., Lappalainen, A.-L., Lappalainen, P. & Lappalainen, R. (2022). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus mielenterveyden ongelmien etäkuntoutuksen ja -hoidon menetelmistä. Kelan Tietotarjotin. <https://tietotarjotin.kela.fi/documents/20124/343726/Keinonen-Systemaattinen-kirjallisuusatsaus-mielenterveyden-ongelmien-etakuntoutuksen-ja-hoidon-menetelmista.pdf/6a1d5837-f6c7-2bfb-1e33-95a65202f3a9?t=1667233698365>
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, D. J., Araya, R., Hollinghurst, S., & Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374(9690), 628–634. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61257-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61257-5)
- Kuulasmaa, A., Wahlberg, K. E., & Kuusimäki, M. L. (2004). Videoconferencing in family therapy: a review. *Journal of telemedicine and telecare*, 10(3), 125–129. <https://doi.org/10.1258/135763304323070742>
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Guilford Press.
- Leuchtenberg, S., Gromer, D., & Käthner, I. (2022). Videoconferencing versus face-to-face psychotherapy: Insights from patients and psychotherapists about comparability of therapeutic alliance, empathy and treatment characteristics. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(2), 389-403. <https://doi.org/10.1002/capr.12538>
- Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 101, 38–49.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Manchanda, M., & McLaren, P. (1998). Cognitive behaviour therapy via interactive video. *Journal of telemedicine and telecare*, 4 Suppl 1, 53–55. <https://doi.org/10.1258/1357633981931452>
- Marcotte-Beaumier, G., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., Marchand, A., & Dugas, M. J. (2021). The Role of Intolerance of Uncertainty and Working Alliance in the Outcome of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder Delivered by

- Videoconference: Mediation Analysis. *JMIR mental health*, 8(3), e24541.
<https://doi.org/10.2196/24541>
- Marks, I. M., Cavanagh, K., Gega, L. (2007). *Hands-on help: computer-aided psychotherapy*. Psychology Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Matsumoto, K., Hamatani, S., & Shimizu, E. (2021). Effectiveness of Videoconference-Delivered cognitive behavioral therapy for adults with psychiatric disorders: systematic and meta-analytic review. *Journal of medical Internet research*, 23(12), e31293.
- McClellan, M. J., Osbaldiston, R., Wu, R., Yeager, R., Monroe, A. D., McQueen, T., & Dunlap, M. H. (2022). The effectiveness of telepsychology with veterans: A meta-analysis of services delivered by videoconference and phone. *Psychological Services*, 19(2), 294-304.
- Miu, A. S., Vo, H. T., Palka, J. M., Glowacki, C. R., & Robinson, R. J. (2021). Teletherapy with serious mental illness populations during COVID-19: telehealth conversion and engagement. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 704–721.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1791800>
- Moeller, A. M., Christensen, L. F., Hansen, J. P., & Andersen, P. T. (2022). Patients' acceptance of video consultations in the mental health services: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Digital health*, 8, 20552076221075148.
<https://doi.org/10.1177/20552076221075148>
- Mohr, D. C., Vella, L., Hart, S., Heckman, T., & Simon, G. (2008). The Effect of Telephone-Administered Psychotherapy on Symptoms of Depression and Attrition: A Meta-Analysis. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 15(3), 243–253. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00134.x>
- Monnier, J., Knapp, R. G., & Frueh, B. C. (2003). Recent advances in telepsychiatry: an updated review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 54(12), 1604–1609.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.12.1604>
- Morland, L. A., Raab, M., Mackintosh, M. A., Rosen, C. S., Dismuke, C. E., Greene, C. J., & Frueh, B. C. (2013). Telemedicine: a cost-reducing means of delivering psychotherapy to rural

combat veterans with PTSD. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 19(10), 754–759. <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0298>

Morgan, R. D., Patrick, A. R., & Magaletta, P. R. (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 158–162.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.158>

Nelson, E., & Duncan, A. B. (2015). Cognitive Behavioral Therapy Using Televideo. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 269–280. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.03.001>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>

Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S., & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 797–808.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2315>

Oakes, J., Battersby, M. W., Pols, R. G., & Cromarty, P. (2008). Exposure therapy for problem gambling via Videoconferencing: a case report. *Journal of gambling studies*, 24(1), 107–118.

<https://doi.org/10.1007/s10899-007-9074-4>

Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa.

Teoksessa S. Talo (toim.), *Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen*. Turku: *KELAn Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia*, 49, 207-225.

Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M., & Smolenski, D. J. (2013). Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Depression and anxiety*, 30(11), 1058–1067.

<https://doi.org/10.1002/da.22165>

Peterson, A. L., Mintz, J., Moring, J. C., Straud, C. L., Young-McCaughan, S., McGeary, C. A., McGeary, D. D., Litz, B. T., Velligan, D. I., Macdonald, A., Mata-Galan, E., Holliday, S. L., Dillon, K. H., Roache, J. D., Bira, L. M., Nabity, P. S., Medellin, E. M., Hale, W. J., & Resick, P. A. (2022). In-office, in-home, and telehealth cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in veterans: a randomized clinical trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 41.

<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03699-4>

Pohjoismaiden psykologien ammattieettiset säännöt 2010. Suomen psykologiliitto.

https://www2.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/psyk2020_ennakkomateriaali_pohjoismaiden-psykologien-ammattieettiset-saannot.pdf

Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259–264.

Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653.

<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>

Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 16(3), 323–338. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x>

Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., & Schrieken, B. (2007). E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: a randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, 36(3), 179–192. <https://doi.org/10.1080/16506070701381863>

Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy Via Videoconferencing: A Route to Client Empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 156–165.

<https://doi.org/10.1002/cpp.436>

Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Morrow, E., Johnston, A. L., & Brebner, J. (2006). Does Video Therapy Work? A Single Case Series of Bulimic Disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 226–241. <https://doi.org/10.1002/erv.686>

Simpson, S. G., & Slowey, L. (2011). Video therapy for atypical eating disorder and obesity: a case study. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 7, 38–43.

<https://doi.org/10.2174/1745017901107010038>

Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *The Australian journal of rural health*, 22(6), 280–299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>

Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(2), 409–421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>

- Smith, K., Moller, N. P., Cooper, M., Gabriel, L., Roddy, J. K., & Sheehy, R. (2021). Video counselling and psychotherapy: A critical commentary on the evidence base. *Counselling & Psychotherapy Research*, 22(1), 92–97. <https://doi.org/10.1002/capr.12436>
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e258. <https://doi.org/10.2196/jmir.2564>
- Sunjaya, A. P., Chris, A., & Novianti, D. (2020). Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42, 102–110.
- Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., Gosselin, P., & Watts, S. (2015). Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 65(1), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2014.10.001>
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and psychotherapy*, 94(3), 854–883. <https://doi.org/10.1111/papt.12332>
- Thompson-de Benoit, A., & Kramer, U. (2021). Work with emotions in remote psychotherapy in the time of covid-19: A clinical experience. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3–4), 368–376. <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2020.1770696>
- Traficom. (2022). Kiinteän verkon laajakaistaliittymät. <https://tieto.traficom.fi/fi/tilastot/kiintean-verkon-laajakaistaliittymat>
- Tuerk, P. W., Keller, S. M., & Acierno, R. (2018). Treatment for Anxiety and Depression via Clinical Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 16(4), 363–369. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027>
- Tuckson, R. V., Edmunds, M., & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *The New England Journal of Medicine*, 377(16), 1585–1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>
- Vaitheswaran, S., Crockett, P., Wilson, S., & Millar, H. (2012). Telemental health: Videoconferencing in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(5), 392–398. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.111.008904>

- Valtioneuvosto. (2021). Valtioneuvoston asetus LVM/2021/120.
<https://valtioneuvosto.fi/paatokset/paatokset?decisionId=0900908f80764cbd>
- Warmerdam, L., Smit, F., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of medical Internet research*, 12(5), e53. <https://doi.org/10.2196/jmir.1436>
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000223>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, NY; London: Guilford Press
- Witmer, B. G., & Singer, M. J. (1998). Measuring presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 7(3), 225–240.
<https://doi.org/10.1162/105474698565686>
- Wittson C. L., Affleck D. C., & Johnson V. (1961) Two-way television in group therapy. *Psychiatric services*, 12(11), 22–23 <https://doi.org/10.1176/ps.12.11.22>
- WHO Global Observatory for eHealth. (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
- Xu, H., & Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351–359.
<https://doi.org/10.1037/cou0000089>.
- Yip, M. P., Chang, A. M., Chan, J., & MacKenzie, A. E. (2003). Development of the Telemedicine Satisfaction Questionnaire to evaluate patient satisfaction with telemedicine: a preliminary study. *Journal of telemedicine and telecare*, 9(1), 46–50. <https://doi.org/10.1258/135763303321159693>
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., Goodwin, C., & Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 389–397.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.002>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Publications.

7. LIITTEET

Liite 1. Käsiteluettelo

Luettelo sisältää 88 teleterveydenhuollon tutkimuksen käyttämää käsitettä, joilla viitataan videovälitteiseen tutkimukseen. Käsitteet ovat koottu tutkimusartikkeleista, joita on käytetty tämän tutkimuksen tekemiseen teleterveydenhuollon tutkimuksissa vuosina 1959 – 2022.

<ul style="list-style-type: none">- two-way television- e-therapy- e-health, e-mental health care- cybertherapogy- cybertherapy- cybersupervision- cyber-psychology- webcounseling- virtual therapy- online video therapy (OVT)- online psychotherapy, - therapy, - counseling- remote consultation, - treatment, - methods- remote psychotherapy, - therapy, - counseling- remote communication technologies- therapy via the internet, - via telehealth- treatment via the internet- internet psychotherapy, - therapy- internet assisted therapy, - counseling- internet therapy services- therapist-assisted internet therapy service- internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT)- internet based (psychological) interventions- internet-based video-phones- internet-based videoconferencing- internet-mediated psychological services- behavioral tele-health- teleconferencing- televideo- telepsychology, rural telepsychology- telepsychotherapy, in-home telepsychotherapy	<ul style="list-style-type: none">- teletherapy, -psychiatry- via telecommunication- telecommunications, - media- via audiovisual technology- psychotechnologies- computer-mediated communication- computer-based treatment- interactive televideo communications- interactive television- Interactive video- interactive videoconferencing- video-assisted psychotherapy- video-delivered psychotherapy (VDP)- video therapy- video to home (VTH)- video-based therapy (VBT)- psychotherapy via videoconferencing- videophones- video-conferencing, - technology- video teleconferencing- videoconferencing teletherapy- videoconference, - access, - treatment,- videoconferencing utility- videoconferencing for clinical purposes- videoconferencing for mental health- videoconferencing psychotherapy- videoconference-delivered cognitive behavioral therapy (VCBT)- therapy administered by videoconference- consultation through video-conferencing- live remote psychotherapy via videoconferencing
--	--

<ul style="list-style-type: none">- telemedicine, - methods- telehealth, - technology- telehealth-mediated delivery- telemental health, - services- telemental healthcare	<ul style="list-style-type: none">- live interactive two-way audio-video communication- using the internet to deliver therapy- web-camera delivered cognitive-behavioral therapy
---	--

Liite 2. Haastattelulomake

TUTKITTAVAN NRO: _____

PVM: _____

HAASTATTELIJAN NIMI: _____

Kuinka tyytyväinen olet videomenetelmällä toteutettuun hoitoosi?

- Tyytymätön
- Aika tyytymätön
- En tyytymätön enkä tyytyväinen
- Aika tyytyväinen
- Tyytyväinen

Kommentti:

Minkälaista hyötyä olet saanut videomenetelmällä toteutetusta hoidosta?

1. En koe saaneeni hyötyä.....Kyllä [] Ei []
 2. Mielialani on kohentunut.....Kyllä [] Ei []
 3. Ahdistuneisuuteni on vähentynyt.....Kyllä [] Ei []
 4. Muut ongelmat ovat vähentynyt.....Kyllä [] Ei []
 5. Jaksamiseni on parantunut.....Kyllä [] Ei []
 6. Liikunnan määrä on lisääntynyt.....Kyllä [] Ei []
 7. Olen saavuttanut paremman terveydentilan.....Kyllä [] Ei []
 8. Haluni parantaa terveydentilaani on lisääntynyt.....Kyllä [] Ei []
 9. Minulla on selvempi käsitys omaan hyvinvointiini vaikuttavista asioista.....Kyllä [] Ei []
 10. Olen oppinut uusia keinoja jokapäiväisistä haasteista selviytymiseen..... Kyllä [] Ei []
 11. Olen oppinut uusia keinoja käsitellä ahdistusta/stressiä/mielialaongelmia/muita ongelmia.....Kyllä [] Ei []
- Muu, mikä? _____

Voisitko suositella videomenetelmällä toteutettua hoitoa muille?

Kyllä

En

Jos, Kyllä/Ei: Miksi?

Olisitko tavannut terapeutin mieluummin kasvokkain?

Kyllä

En

Jos, Kyllä/Ei: Miksi?

Mitkä asiat olivat erityisen vaikeita käsitellä videomenetelmän avulla?

Mitkä asiat koit helpoiksi käsitellä videomenetelmän avulla?

Onko mahdollista, että jotkut asiat voivat olla helpompia käsitellä videomenetelmän avulla?

Kyllä

Ei

Miksi?

Kuinka helppo- tai vaikeakäyttöinen videoyhteyden käyttö oli? Minkä arvosanan antaisit skaalalla 1-10 (1 ei lainkaan vaikea, 10 erittäin vaikea)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1= Ei lainkaan vaikea					10 = Erittäin vaikea				

Kuinka paljon videoyhteyden käyttö häirtasi terapiasuhdetta? (1 ei lainkaan, 10 erittäin paljon)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1= Ei lainkaan					10 = Erittäin paljon				

Kuinka paljon videoyhteyden käyttö häirtasi terapian toteuttamista kokonaisuudessaan? (1 ei lainkaan, 10 erittäin paljon)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1= Ei lainkaan					10 = Erittäin paljon				

Tuntuiko videomenetelmä turvalliselta omien asioiden käsittelyyn?

Kyllä

Ei

Miksi?

Miltä terapeutin kysymyksiin vastaaminen videomenetelmällä tuntui?

Oliko sinulla riittävästi aikaa vastata terapeutin kysymyksiin?

Sopivasti

Liian vähän

Liikaa

Oliko menetelmän käytännön järjestelyistä annettu ohjeistus riittävä?

Kyllä Ei

Miksi? _____

Oliko kontaktin määrä terapeuttiisi kanssa hoidon aikana mielestäsi

Sopiva

Liian vähäinen

Liiallinen

Millaisena koit suhteen terapeuttiisi hoidon aikana?

Miten arvioit suhdettasi terapeuttiin asteikolla 1-10 (jossa 1=huono, 10=erittäin hyvä)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1= Huono

10= Erittäin hyvä

Arvioi asteikolla 1-10 koitko tullee kuulluksi, ymmärretyksi ja kunnioitetuksi

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1= En kokenut tulevani kuulluksi,

10= Tulin kuulluksi, minua ymmärrettiin ja kunnioitettiin erittäin hyvin

ymmärretyksi ja kunnioitetuksi

Arvioi, miten terapeutin työtapa sopi sinulle asteikolla 1-10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1= Terapeutin tapa ei sopinut minulle

10= Terapeutin työtapa sopi minulle hyvin

Millaisia teknisiä ongelmia videomenetelmän käytössä oli (esim. asennus, ohjelman käyttö, videoyhteys, videokuva, äänen laatu)?

Saitko apua teknisiin ongelmiisi? Keneltä?

Kyllä

En

Häirittiinkö sinua terapiaistunnon aikana?

Kyllä

Ei

Millä tavalla?

Näetkö videomenetelmässä myönteisiä asioita?

Kyllä

En

Millaisia?

Millä tavoin haluaisit kehittää videomenetelmällä toteutettavaa terapiaa?

Vastasiko videomenetelmällä toteutettu terapia odotuksiasi?

Kyllä

Ei

Millä tavoin? Jos ei, millä tavoin ei vastannut?

Vapaita ajatuksia mistä tahansa hoitoon ja kokeiluun liittyvästä:

Kiitos!

Liite 3. Elämänhistorialomake

Elämänhistorialomake

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on saada tietoa taustastasi, mikä voi auttaa ymmärtämään paremmin tämän hetken elämäntilannettasi. Jos lomakkeessa on jokin kohta, johon et osaa vastata, niin jätä ne kohdat täyttämättä ja keskustelemme niistä vastaanotolla. Jos haluat apua jonkin kohdan täyttämässä, niin voit ottaa yhteyttä. **Kaikki antamasi tiedot ovat luottamuksellisia.**

Henkilötiedot

Nimi		Sivillisääty	
Syntymäaika		Puhelin työ/koti	
Ammatti		Päivämäärä	

Vaikeutesi ja hoidolle asettamasi tavoitteet

1. Luettele lyhyesti, kolme tärkeintä syytä, miksi hakeuduit psykoterapiaan.

1.
2.
3.

2. Kerro lyhyesti mitä tavoitteita asetat hoidollesi.

--

Lapsuuden perhesuhteet

1. Mikä on Sinun syntymäpaikkasi? _____

2. Tietoja **isästäsi** (jos tiedossa)

- Minkä ikäinen hän on nyt? _____
- Jos hän on kuollut, niin minkä ikäisenä hän kuoli? _____
- Minkä ikäinen olit kun hän kuoli? _____
- Mikä hänen ammattinsa on/oli? _____

Voitko seuraavaksi kuvailla isääsi, hänen luonnettaan ja Sinun suhdettasi häneen.

3. Tietoja **äidistäsi** (jos tiedossa)

- Minkä ikäinen hän on nyt? _____
- Jos hän on kuollut, niin minkä ikäisenä hän kuoli? _____
- Minkä ikäinen olit kun hän kuoli? _____
- Mikä hänen ammattinsa on/oli? _____

Voitko seuraavaksi kuvailla äitiäsi, hänen luonnettaan ja Sinun suhdettasi häneen.

4. Jos suhteesi vanhempiin on tai on ollut ongelmallinen, niin mitkä ovat kaikista suurimmat ongelmat, joita Sinulla on/oli vanhempiesi kanssa.

Kuinka paljon ne vaivaavat sinua nyt? (ympyröi vastaus)

Ei ollenkaan

Vähän

Jonkin verran

Hyvin paljon

Ei voisi vaivata
enempää

Tietoja **sisarussuhteista** (jos tiedossa)

5. Kuinka monta lasta perheessäsi on (itsesi mukaanlukien)? _____

Täydennä alla olevia tietoja aloittaen **vanhimmasta** sisaruksesta. Lisää myös omat tietosi. Mikäli Sinulla on sisaruspuolia tai perheessäsi on adoptiolapsia, niin lisää myös heidät.

Nimi	Ammatti	Ikä	Muita tietoja (esim. adoptio)

6. Onko joku sisarussuhteistasi Sinulle erityisen merkityksellinen, joko myönteisesti tai kielteisesti? Jos on, niin kuvaile millä tavalla.

7. Miten kuvailisit kotisi ilmapiiriä?

8. Onko lapsuus- tai nuoruusiässäsi ollut merkittäviä elämänmuutoksia, kuten muuttoja tai muita erityisiä tapahtumia? Jos olet joutunut olemaan erillään perheestäsi, niin kuvaile tarkemmin miksi näin on tapahtunut. Kerro myös missä ikävaiheissa elämänmuutoksia on ollut.

9. Oliko Sinulla lapsena ketään muuta tärkeätä perheen ulkopuolista ihmistä (esim. isovanhemmat, täti/setä, perhetuttu)? Jos oli, niin kerro heistä.

10. Onko kukaan perheestäsi saanut hoitoa mielenterveyshäiriöihin? Kyllä Ei En tiedä
11. Onko kellään perheestäsi ollut mielenterveyshäiriötä tai alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttöä? Kyllä Ei En tiedä

Jos on ollut, niin täydennä alla olevia tietoja:

Perheenjäsen	Kuvaus mielenterveyshäiriöstä, alkoholi- tai päihdeongelmasta

12. Onko kukaan perheestäsi koskaan yrittänyt itsemurhaa? Kyllä Ei

Jos kyllä, niin kuka? _____

13. Onko kukaan perheestäsi tehnyt itsemurhan? Kyllä Ei

Jos kyllä, niin kuka? _____

Koulutus

1. (a) Millainen koulutus / tutkinto sinulla on?

(b) Piditkö koulunkäynnistä? Liittyykö koulu-aikaan jotain erityisiä saavutuksia tai vaikeuksia? Kuvaile merkittävimmät tapahtumat?

Kuinka paljon ne vaivaavat sinua nyt? (ympyröi vastaus)

Ei ollenkaan Vähän Jonkin verran Hyvin paljon Ei voisi vaivata enempää

Työhistoria

1. Mikä on työtilanteesi / työtehtäväsi tällä hetkellä?
2. Kuvaile työhistoriaasi ja millaista työtä olet tehnyt?
3. Oletko joutunut hankaliin tilanteisiin työurasi aikana? Kuvaile vaikeimmat tilanteet?

Järkyttävät tapahtumat

1. Joskus ihminen kohtaa järkyttäviä asioita. Tällaisia tapahtumia voivat olla hengenvaaralliset tilanteet kuten suuronnettomuus, muu vakava onnettomuus tai tulipalo; pahoinpitelyn tai raiskauksen kohteeksi joutuminen; läheiselle ihmiselle tapahtuvan onnettomuuden, kuten kuoleman tai vakavan loukkaantumisen näkeminen, tai kauhistuttavasta tapahtumasta kuuleminen. Onko Sinulle koskaan tapahtunut tällaisia asioita elämäsi aikana?

Kyllä Ei

Jos kyllä, niin kuvaile lyhyesti tapahtuma/t, milloin se tapahtui ja minkä ikäinen olit tapahtuman aikaan.

Kuvaus tapahtumasta	Aika (kuukausi/vuosi)	Ikä

Jos olet kokenut järkyttäviä tapahtumia, ne voivat toistua usein painajaisunissa, takaumina tai ajatuksina, joista ei pääse eroon. Onko Sinulle koskaan käynyt näin? Kyllä Ei

Jos ei ole, niin järkytytkö tilanteissa, jotka muistuttavat Sinua näistä tapahtumista? Kyllä Ei

2. Onko Sinua lapsena koskaan pahoinpidelty? Kyllä Ei En tiedä

3. Oletko aikuisena koskaan joutunut pahoinpitelyn kohteeksi? Kyllä Ei En tiedä

4. Onko Sinua lapsena koskaan käytetty seksuaalisesti hyväksi? Kyllä Ei En tiedä

5. Onko Sinua koskaan raiskattu (mukaanlukien seurustelu- tai parisuhteessa)? Kyllä Ei En tiedä

6. Oletko lapsena koskaan joutunut henkisen väkivallan kohteeksi? Kyllä Ei En tiedä

7. Oletko aikuisena koskaan joutunut henkisen väkivallan kohteeksi? Kyllä Ei En tiedä

Nykyinen pari- ja perhesuhteesi

1. Tietoja **parisuhteesta** (jos niitä on)

(a) Kuvaile lyhyesti tärkeimmät parisuhteesi aikajärjestyksessä. Kuinka kauan ne kestivät ja miksi ne päättyivät Sinun mielestäsi.

(b) Oletko parisuhteessa tällä hetkellä? Jos olet,

Minkä ikäinen kumppanisi on? _____

Mikä on hänen ammattinsa? _____

Kuinka kauan olette olleet yhdessä? _____

(c) Kuvaile kumppaniasi, hänen luonnettaan ja suhdettasi häneen. Mistä pidät parisuhteessanne?

(d) Jos parisuhteessasi on ongelmia, niin kuvaile merkittävimmät ongelmat.

Kuinka paljon ne vaivaavat sinua nyt? (ympyröi vastaus)

Ei ollenkaan Vähän Jonkin verran Hyvin paljon Ei voisi vaivata
enempää

2. Onko nykyinen sukupuolielämäsi tyydyttävä? Koetko minkäänlaisia ongelmia siinä? Jos koet, niin yritä kuvailla millaisia.

Kuinka paljon ne vaivaavat sinua nyt? (ympyröi vastaus)

Ei ollenkaan Vähän Jonkin verran Hyvin paljon Ei voisi vaivata
enempää

3. Tietoja **lapsistasi**?

(a) Täydennä alla olevia tietoja ikäjärjestyksen mukaisesti. Jos Sinulla on lapsia aikaisemmasta avo- tai avioliitosta tai adoptiolapsia, niin merkitse heidätkin.

Nimi	Ammatti	Ikä	Muita tietoja

(b) Kuvaile suhdettasi lapsiisi. Jos suhteessasi lasten kanssa on minkäänlaisia hankaluuksia, niin kuvaile suurimmat ongelmat.

Kuinka paljon ne vaivaavat sinua nyt? (ympyröi vastaus)

Ei ollenkaan Vähän Jonkin verran Hyvin paljon Ei voisi vaivata
enempää

Aiempi mielenterveyteen liittyvä hoito

1. Oletko ollut sairaalahoidossa minkään mielenterveyshäiriön takia? Kyllä Ei

Jos olet saanut sairaalahoitoa, niin kuinka monta kertaa? _____

Täydennä alla olevia tietoja:

Milloin	Sairaalan nimi	Osastohoidon syy	Auttoiko hoito?

2. Oletko koskaan ollut avohoidossa? Kyllä Ei

Jos olet ollut avohoidossa, niin täydennä alla olevia tietoja:

Milloin	Missä / kenen hoidossa olit?	Hoidon syy	Auttoiko hoito?

3. Käytätkö mitään psyykenlääkkeitä? Kyllä Ei

Jos käytät, niin täydennä alla olevia tietoja:

Lääke	Annostus	Kuinka usein otat lääkettä	Mihin vaivaan / sairauteen

4. Oletko koskaan yrittänyt tehdä itsemurhaa? Kyllä Ei

Jos olet, niin kuinka montaa kertaa? _____

Milloin	Millä tavalla vahingoitit itseäsi?	Jouduitko sairaalahoitoon?

Sairaushistoria

1. Milloin viimeksi kävit terveystarkastuksessa? _____

2. Oletko viimeisen vuoden aikana saanut hoitoa johonkin sairauteen
tai ollut sairaalassa? Kyllä Ei

Jos olet, niin minkälaista hoitoa? _____

3. Onko terveydentilassasi ollut muutoksia viimeisen vuoden aikana? Kyllä Ei

Jos on ollut, niin minkälaisia muutoksia? _____

4. Käytätkö mitään reseptilääkkeitä (muita kuin psyykenlääkkeitä)
tai itsehoitovalmisteita? Kyllä Ei

Lääke	Annos	Kuinka usein otat lääkettä	Mihin vaivaan / sairauteen

5. Onko Sinulla tai onko koskaan ollut (rastita)

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Halvaus | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sydänleikkaus |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Sydämen sivuääni | <input type="checkbox"/> Sydänkohtaus |
| <input type="checkbox"/> Tuberkuloosi | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Rintakipu |
| <input type="checkbox"/> Haavaumia | <input type="checkbox"/> Korkea tai matala verenpaine | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasongelmia |

6. Oletko raskaana tai epäiletkö olevasi raskaana? Kyllä Ei

7. Onko Sinulla koskaan ollut kouristuskohtauksia tai epilepsia? Kyllä Ei

8. Onko Sinulla sydämen läppäproteesi? Kyllä Ei

9. Onko Sinulla lääke- tai ruoka-aineallergioita? Kyllä Ei

Jos on, niin millaisia? _____

Päihteiden käyttö

- | | | |
|--|-------|----|
| 1. Onko alkoholin käyttö koskaan aiheuttanut ongelmia Sinulle? | Kyllä | Ei |
| 2. Onko kukaan koskaan sanonut Sinulle, että alkoholin käyttösi on ongelmallista tai huomauttanut Sinulle juomisestasi? | Kyllä | Ei |
| 3. Onko huumeiden käyttö koskaan aiheuttanut Sinulle ongelmia? | Kyllä | Ei |
| 4. Onko kukaan koskaan sanonut Sinulle, että huumeiden käyttösi on aiheuttanut ongelmia tai huomauttanut Sinulle huumeiden käytöstä? | Kyllä | Ei |
| 5. Oletko koskaan ollut riippuvainen reseptilääkkeistä tai ottanut niitä enempi kuin oli määrätty? | Kyllä | Ei |

Jos olet, niin mitä lääkkeitä? _____

- | | | |
|---|-------|----|
| 6. Oletko koskaan ollut sairaalassa, katkaisuhoidossa tai kuntoutuksessa alkoholin tai huumeiden käytön vuoksi? | Kyllä | Ei |
|---|-------|----|

Jos olet, niin milloin ja missä? _____

Tulevaisuuden tavoitteesi

1. Mihin asioihin olet erityisen tyytyväinen perhe-elämässäsi, työssäsi tai muilla tärkeillä elämänalueilla?

2. Kuvaile tulevaisuuden suunnitelmiasi, toiveitasi ja odotuksiasi?

3. Voisitko lopuksi kertoa, miltä tämän lomakkeen täyttäminen tuntui Sinusta?

KIITOS

© From Kuyken, Padesky, and Dudley Collaborative Case Conceptualization. Translated and printed by permission of The Guilford Press, New York © 2009 Kuyken, Padesky and Dudley. Permission is limited to Finnish Association of Cognitive and Behavioural Therapies (FACBT) membership.

Elämänhistorialomake © Tekijät. Suomeksi: Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry/ Pasi Häll