

Itla arvioi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille sekä heidän perheilleen suunnattujen mielenterveyttä edistävien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta. Arvioon vaikuttavat menetelmäkuvaus ja vaikuttavuusnäyttö. Lisätietoja arvioinnista saat tämän katsauksen liitteestä 2, arviointioppaasta (Merikukka ym., 2025) ja verkkosivuilta itla.fi/menetelmapankki

Tämä ja muut menetelmäarviot ovat luettavissa myös Kasvun tuen menetelmäpankissa.

TRT (Teaching recovery techniques) -menetelmän arvio vaikuttavuudesta – systemaattinen kirjallisuuskatsaus (2. arvio)

Menetelmää käyttävä ammattilainen ja menetelmän kotipesien, Punaisen Ristin Nuorten turvatalon ja Mannerheimin lastensuojeluliiton (MLL) Uudenmaan piirin edustajat ovat tarkistaneet menetelmää koskevat yksityiskohdat.

Tiivistelmä

Johdanto: TRT on ryhmämuotoinen interventio, joka perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja sisältää useita yhteisiä elementtejä Traumafokusoidun käyttäytymisterapian (TF-KKT) kanssa. Se on kehitetty tukemaan sodan tai aseellisten konfliktien, luonnonkatastrofien tai ilman huoltajaa maahan saapumisen seurauksena traumalle altistuneiden lasten selviytymiskeinoja ja toipumista.

Tavoite ja tutkimuskysymys: Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan *Teaching Recovery Techniques* (TRT) -menetelmän vaikuttavuutta tutkimuskirjallisuuden perusteella. Katsaus vastaa kysymykseen: Onko TRT-menetelmällä näyttöön perustuvaa ja Suomeen sovellettavaa vaikuttavuutta lasten ja nuorten selviytymiskeinojen lisääntymiseen sekä trauma- ja stressioireiden vähenemiseen?

Aineisto ja tutkimusmenetelmät: Systemaattinen kirjallisuushaku tehtiin kartoitettaville kirjallisuuskatsauksille tyypillisellä *Population, Concept, Context* (PCC) -hakustrategialla, joka kohdistui kysymykseen: Mitä tutkimusta TRT (*Teaching Recovery Techniques*) -menetelmästä on tehty? Hakusanoina käytettiin: P = Lapset, nuoret ja heidän vanhempansa, C = *Teaching recovery techniques* (TRT). Konteksti (C) jätettiin pois hakutulosten liiallisen rajaamisen välttämiseksi. Ensijaisena kiinnostuksenkohteena haussa olivat menetelmästä tehdyt vaikuttavuustutkimukset, mutta mukaan otettiin myös muilla asetelmilla tehtyjä tutkimuksia. Kirjallisuushaku tehtiin kuuteen viitetietokantaan: MEDLINE, APA PsycInfo, CINAHL, ERIC, Web of Science ja Scopus. Lisäksi suomenkielisiä julkaisuja haettiin Finna.fi-palvelusta ja hakua täydennettiin manuaalisella haulla. Myös Suomessa TRT-menetelmä on suunnattu sota-, konflikti- ja katastrofialueilta kotoisin oleville lapsille ja nuorille, ja siksi tässä katsauksessa ei käytetty alueellista maarajausta.

Tulokset: Kirjallisuushaun perusteella systemaattiseen katsaukseen otettiin mukaan 12 vaikuttavuustutkimusta. Näistä kaksi oli pohjoismaisia, neljä Maailmanpankin luokituksen mukaisia korkean tulotason maan ja kuusi matalan tai keskitulotason maan tutkimuksia. Tutkimuksista valtaosassa tutkittiin TRT-menetelmän vaikuttavuutta sota- ja konfliktitilanteissa ($k = 7$). Näistä kaksi tutkimusta oli toteutettu korkean tulotason maissa ja viisi matalan tai keskitulotason maissa. Neljä tutkimusta käsitteli menetelmän vaikuttavuutta ilman huoltajaa maahan tulleisiin lapsiin korkean tulotason maissa, ja yhdessä oli tarkasteltu vaikuttavuutta luonnonkatastrofien jälkeisessä tilanteessa. Vaikuttavuustutkimusten tulokset osoittavat, että TRT-menetelmällä on vaikuttavuutta lasten ja nuorten trauma- ja stressioireiden vähenemiseen sekä tapahtuneen kanssa selviytymistä tukevien keinojen lisääntymiseen silloin, kun lapset ja nuoret ovat altistuneet sodalle tai luonnonkatastrofille tai ovat yksin maahan tulleet pakolaisia. Vaikuttavuus näyttäisi olevan vahvinta tilanteissa, joissa traumatisoiva olosuhde ei enää jatku (esim. sota on päättynyt, tai nuori on saanut oleskeluluvan). Menetelmä on kuvattu tarkasti ja monipuolisesti manuaaleissa, ja niitä on päivitetty tarvittaessa. Menetelmän käyttöönoton tuki täyttyi viidessä seitsemästä osa-alueesta, mikä tukee TRT-menetelmän onnistunutta implementointia. Tutkimusten laatu vaihteli heikosta hyvään. Menetelmäkuvaus ja käyttöönoton tuki arvioitiin hyviksi. Katsauksen rajoitteena on se, ettei suomalaisia vaikuttavuustutkimuksia ole eikä pohjoismaisissa tutkimuksissa ollut vertailuryhmää. Arvioiduissa tutkimuksissa menetelmän toteutus ei myöskään ollut täysin yhteneväinen manuaalin kanssa. Katsauksen perusteella arvioitiin, että TRT-menetelmä soveltuu käytettäväksi suomalaisessa kontekstissa, vaikka useimmissa tutkimuksissa siitä oli karsittu joitakin elementtejä, kuten tapaamiskertoja tai niiden kestoja. Jatkossa tarvitaan erityisesti Suomessa toteutettua vaikuttavuus- ja implementoitutkimusta.

Vaikuttavuusarvio: TRT on todennetun vaikuttavuusnäytön menetelmä (4/5), joka on sovellettavissa hyvin käyttöön suomalaisessa kontekstissa. Vaikuttavuusnäytön perusteella TRT-menetelmällä on vaikuttavuutta lasten ja nuorten trauma- ja stressioireiden vähenemiseen sekä tapahtuneen kanssa selviytymistä tukevien keinojen lisääntymiseen silloin, kun lapset ja nuoret ovat altistuneet sodalle tai luonnonkatastrofille tai kun he ovat ilman huoltajaa maahan tulleet pakolaisia.

Johdanto

Itä arvioi lapsille ja alle 23-vuotiaille nuorille sekä heidän perheilleen suunnattujen psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta. Menetelmien eli esimerkiksi interventioiden, toimintamallien ja ohjelmien tavoitteena on edistää lasten ja nuorten mielenterveyttä ja hyvinvointia tai ehkäistä ja hoitaa varhaisessa vaiheessa heidän mielenterveysongelmiaan. Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus arvioi TRT-menetelmän tutkimusperustaista vaikuttavuutta eli sitä, miten paljon ja minkä tasoista vaikuttavuusnäyttöä menetelmästä on.

Menetelmän tausta

Teaching Recovery Techniques -menetelmä (myöhemmin artikkelissa TRT tai TRT-menetelmä) on kohdennettu ennaltaehkäisevän mielenterveystyön (sekundääripreventiivinen) ryhmäinterventio traumalle altistuneille lapsille ja nuorille sekä heidän vanhemmilleen. Menetelmän kehittäjinä ovat olleet ammattilaiset Iso-Britanniassa toimivasta Lontoon psykiatrian instituutista (Institute of Psychiatry in London) ja Norjassa toimivasta Bergenin kriisipsykologian keskuksesta (Klinikk for krisepsykologi). TRT-menetelmän ensimmäinen manuaali kehitettiin vuonna 1998, ja sen tarkoituksena oli tukea sodassa traumalle altistuneiden lasten ja nuorten toipumista sekä edesauttaa tapahtuneen kanssa selviytymistä antamalla osallistujille tietoa traumalle altistumisen vaikutuksista ja opettamalla keinoja niiden lievittämiseen ja hallintaan. Jo seuraavana vuonna menetelmä laajeni kattamaan traumalle altistumisen katastrofeissa. Sen jälkeen menetelmästä on kehitetty manuaalipohjaisia versioita myös muihin traumaattisiin tilanteisiin.

Kognitiiviseen traumafokusoituun terapiaan perustuvaa menetelmää kehitettäessä on huomioitu, että suuri osa sodista ja muista katastrofeista tapahtuu alueilla, joissa resurssit ovat vähäisimpiä. TRT-menetelmän kansainvälisenä kotipesä ja oikeuksien omistaja on säätiö *Children and War Foundation*, joka toimii Norjassa ja Englannissa ja on sitoutunut levittämään menetelmää siten, että käyttäjille aiheutuu mahdollisimman vähän kustannuksia. Tämän takia menetelmän manuaalit ja muut tarvittavat materiaalit, kuten kyselyt, ovat saatavissa ilmaiseksi säätiön sivuilla, ja ne on luvallista kääntää tarvittaville kielille.

Menetelmäkuvaus

Kohderyhmä

TRT-menetelmä on alun perin tarkoitettu 8–18-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen tai huoltajilleen, jotka ovat altistuneet sodassa tai aseellisessa konfliktissa traumaattisille kokemuksille joilla on trauman jälkeisiä oireita. Menetelmän kohderyhmiä on myöhemmin laajennettu koskemaan myös lapsia ja nuoria sekä heidän vanhempiaan, joilla on traumaattisia kokemuksia luonnonkatastrofeista tai traumaattisesta surusta, ja ilman huoltajaa maahan tulleita lapsia ja nuoria. Lisäksi menetelmästä on adaptoitu eli muokattu suunnitelmallisesti malli käytettäväksi 6–8-vuotiaille traumalle altistuneille lapsille. Menetelmä on kehitetty käytettäväksi myös olosuhteissa, joissa on vain vähän resursseja, mutta paljon tukea tarvitsevia lapsia, ja se on otettavissa käyttöön suhteellisen lyhyen koulutuksen pohjalta (Sarkadi ym., 2018).

Mukaanottokriteerit ovat:

- altistus määritetylle samankaltaiselle traumalle
- sama kieli- ja ikäryhmä
- jonkinasteista oireilua, jossa näkyy tyypilliset traumaperäisen stressihäiriön (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) oireyppäät tai joitain niistä (tunkeutuvuus, ylivireys, välttely)
- vanhempien suostumus.

Ryhmään sopivuuden arvioinnin tukena ohjataan käyttämään *Children's Revised Impact of Event Scale* -mittaristoa (CRIES-8) ja yksilöllistä arviointia.

Poissulkukriteerit ovat:

- ei altistusta määritetyille traumalle
- ei vastaa ikäryhmää
- ei lainkaan oireilua tai vaikeita tai useita samanaikaisia oireita
- vakavat tai akuutit mielenterveysongelmat
- vanhempien vastustus.

Ilmiö

TRT- menetelmän ensimmäinen ja pääasiallinen käyttötarkoitus on sodan tai konfliktin tai luonnonkatastrofin aiheuttama trauma ja sille altistumiseen liittyvät oireet. Traumaan liittyvät reaktiot on jaoteltu kolmeksi reaktioryhmäksi (World Health Organization, 2022):

- jatkuvat muistikuvat tai hetkelliset voimakkaan takaumat tai muistot, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta
- pyrkimys työntää muistot pois mielestä yrittämällä olla ajattelematta tapahtuneesta muistuttavia asioita tai olla puhumatta tai etäällä niistä eli välttely
- fyysinen ylivireisyys.

Traumaattiselle stressille tyypillisiä reaktioita aiheuttaa tapahtuman voimakas, ahdistava muisto, joka voi tunkeutua tahtomatta mieleen. Luonnollinen reaktio tähän on yrittää työntää muisto pois tai vältellä kaikkea siitä muistuttavaa. Välttely estää muiston täyttä käsittelyä ja tunkeutuvat muistikuvat lisäävät ylivireyttä sekä hankalia mielikuvia tai tuntemuksia aiheuttavien asioiden tai toiminnan välttelyä. Lopulta tämä vaikuttaa lapsen toimintakykyyn ja voi vaikeuttaa sosiaalisia suhteita ja esimerkiksi koulunkäyntiä.

Sota ja siihen liittyvät menetykset altistavat lapset traumaattisille kokemuksille. Pakolais- ja turvapaikanhakijalapsilla mielenterveysongelmat ovat huomattavan yleisiä. Yli puolet maailman pakolaisväestöstä on enintään 18-vuotiaita. Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), ahdistus ja masennusoireet ovat yleisiä, ja niiden esiintyvyys on suurimmillaan uuteen asuinmaahan muuton jälkeisten kahden vuoden aikana. Varhainen tuki maahanmuuton jälkeen voi ehkäistä uudelleen traumatisoitumista sekä auttaa integroitumisessa. (Blackmore ym., 2020).

Tavoitteet ja vastemuuttajat

Menetelmä on sekundääripreventiivinen, ja sen tavoitteena on ennaltaehkäistä posttraumaattisen stressihäiriön (PTSD) muodostumista tai komplisoitumista silloin, kun lapsella tai nuorella on traumalle altistumisesta seuranneita oireita. Oireet ovat samankaltaisia traumanaiheuttajasta riippumatta. TRT-menetelmän tarkoituksena on tukea määärätyille traumoille altistuneita lapsia ja nuoria toipumisessa sekä parantaa heidän selviytymistään normalisoimalla tiedon ja vertaiskokemusten avulla traumalle altistumisen vaikutuksia ja siitä johtuvia reaktioita sekä opettamalla osallistujille konkreettisia keinoja traumaoireiden lievittämiseen ja hallintaan.

Traumaperäisen stressihäiriön oireiden lisäksi TRT-menetelmällä voi olla vaikutusta masennukseen, ahdistuneisuuteen, surureaktioihin sekä käyttäytymisongelmiin (Smith ym., 2018). Traumaattisen stressihäiriön oireiden lisäksi muita tutkittuja vasteita ovat masennusoireet (Barron ym., 2013; 2017; Qouta ym., 2016), traumaattinen suru (Barron ym., 2013), dissosiaatio (Barron ym., 2017), koulusuoritus (Barron ym., 2013) ja resilienssi (Diab ym., 2015).

Teoriaperusta

TRT-menetelmä perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja sisältää useita yhteisiä elementtejä traumafokusoidun käyttäytymisterapian (TF-KKT) kanssa (Heltne ym., 2023). Traumafokusoitu käyttäytymisterapia yhdistää traumojen hoidossa ja kognitiivisbehavioraalisessa psykoterapiassa käytetyt

menetelmät, ja se on mainittu Käypä hoito -suosituksissa tehokkaaksi lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa (Haravuori ym., 2020). Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas sodassa traumatisoituneiden lasten ja nuorten hoitomuoto (Jordans ym., 2009; Lawton & Spencer 2021; Peltonen & Punamäki, 2010).

Ydinelementit ja joustavuus

Menetelmän ydinelementtejä ovat psykoedukaatio, traumaan liittyvien oireiden hallintaa tukevien keinojen harjoittelu, vertaistuki, huoltajien tukeminen ja tulevaisuuteen suuntautumisen vahvistaminen.

TF-KTT:n mukaisesti TRT-menetelmä alkaa psykoedukaatiolla eli traumaa ja sen vaikutuksia koskevan tiedon antamisella lapsille ja nuorille itselleen sekä heidän vanhemmilleen. Psykoedukaation tarkoituksena on normalisoida traumaan liittyviä reaktioita ja antaa tietoja yleisten reaktioryhmien (ylivireys, takauamat ja välttely) ilmenemisestä kehossa, toiminnassa sekä ajatuksissa ja tunteissa. TRT-menetelmässä autetaan lasta oman kokemuksen ja sen vaikutusten käsittelyssä. TRT-menetelmässä harjoitellaan erilaisia konkreettisia keinoja, jotka auttavat lasta tai nuorta selviytymään traumaoireiden kanssa ja jotka lisäävät mahdollisuuksia vaikuttaa omaan vointiin. Viimeisessä ryhmätapaamisessa kerrataan jo opittuja taitoja ja autetaan lasta suuntamaan ajatuksia tulevaan.

TRT-ryhmässä lapset ja nuoret saavat kokemuksen siitä, että muillakin vastaavaa kokeneilla on samoja tai samankaltaisia oireita ja reaktioita. Harjoiteltavat keinot lisäävät lapsen omaa itsesääätelyä, hallinnan tunnetta ja toimijuutta esimerkiksi antamalla konkreettisia keinoja, miten lapsi voi tunnistaa ja säädellä omaa ylivireystilaansa tai miten hän voi toimia toisin mieleen tunkeutuvien traumamuistojen suhteen. Ryhmän ohjaajan tehtävänä on varmistaa ryhmän turvallisuus, jota strukturoitu ja ennakoitava toteutus tukee.

Huoltajien tapaamisten tavoitteena on vahvistaa lapsen toipumista ja lisätä vanhempien ymmärrystä traumaoireiden vaikutuksesta lapsen käyttäytymiseen. Vanhemmat oppivat myös itse samoja keinoja, ja heitä kannustetaan tukemaan lasta näiden keinojen harjoittelussa.

Menetelmän muokkaus

Menetelmää voidaan muokata vastamaan lasten ja nuorten kokemuksia ja kontekstia esimerkiksi käyttämällä lapsille ymmärrettävää kieltä ja esimerkkejä. Manuaaleissa kannustetaan huomioimaan lasten ja nuorten kokemus sekä käyttämään kulttuurillisesti sopivia ilmaisuja.

Manuaalit varmistavat, että menetelmäuskollisuus toteutuu. TRT-menetelmän manuaalit on rakennettu yksinkertaisiksi ja helppokäyttöisiksi. Niissä on huomioitu se, että TRT-ryhmänohjaajilla voi olla erilaisia taitotasoja, mutta menetelmän ydinasiat tulevat katetuiksi seuraamalla mahdollisimman tarkasti manuaaleja. Manuaaleissa on myös joitain vaihtoehtoisia tekniikoita, joita kokeneemmat ohjaajat voivat hyödyntää. (Heltne ym., 2023)

Sotatraumoihin kehitetyn TRT-ryhmämallin lisäksi menetelmän kotipesä *Children and War Foundation* on kehittänyt tai muokannut TRT:stä mallin, joka sopii kuuteen erilaiseen trauma-altistukseen. Ne on kuvattu kappaleessa Opas toteuttajille.

Manuaaleissa esitettyjen käyttötarkoitusten lisäksi TRT-menetelmää on dokumentoidusti pilotoitu esimerkiksi lastensuojelun laitossijoituksessa olevilla nuorilla ja jengiväkivallalle altistuneilla lapsilla ja nuorilla Skotlannissa ja Brasiliassa (Barron ym., 2017; 2021). Näitä pilotteja koskeva vaikuttavuustutkimus on jätetty tämän vaikuttavuusarvioinnin ulkopuolelle, sillä menetelmän soveltamisesta niihin ei ole käytettävissä virallista manuaalia.

Suomessa menetelmää on käytetty myös kriisityössä ja seksuaalisen hyväksikäytön kokeneilla uhreilla sekä viimeisimpänä koulukiusaamista kokeneiden tukena. Näiden lisäksi TRT-menetelmästä on tehty Suomessa dokumentoitu ja suunnitelmallinen adaptaatio kouluissa tapahtuviin ampumis- ja muihin vakaviin väkivaltatilanteisiin. Näistä kohderyhmistä ei ole tehty Suomessa vertaisarvioitua tutkimusta, eikä menetelmän käytöstä Suomessa ole tutkimukseen perustuvaa vaikuttavuusnäyttöä.

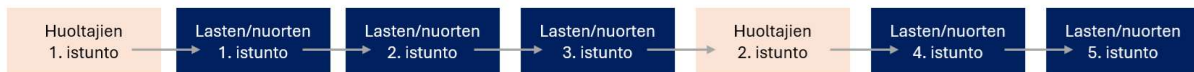
Toteuttajat

Suomessa menetelmää käyttävät koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon tai kasvatus- ja opetusalan ammattilaiset, jotka kohtaavat työssään traumalle altistuneita lapsia ja nuoria sekä heidän vanhempiaan. TRT-ryhmässä toimii kaksi ohjaajaa, jotka molemmat on käyneet TRT-koulutuksen. Ohjaajilla tulee olla koulutus sosiaali-, terveydenhuolto-, kasvatus- tai opetusosalta sekä mielellään kokemusta lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa työskentelystä ja ryhmämuotoisesta työskentelystä.

Koska menetelmän koulutus on suhteellisen lyhyt ja menetelmästä on saatavilla strukturoitu manuaali, jota noudattamalla ryhmää voi ohjata, voidaan kouluttaa muitakin kuin ammattilaisia, kuten vapaaehtoisia ja avustusjärjestöjen työntekijöitä. *Children and War Foundationin* mukaan on mielekästä käyttää mielenterveystyön ammattilaisia ryhmien toteutuksessa aina, kun se on mahdollista.

Toteutustavat

TRT on ryhmämenetelmä, joka toteutetaan suljetun ryhmän periaatteella. Ryhmät on suunniteltu 6–10 osallistujalle, mutta ryhmässä voi manuaalin mukaan olla enintään 15 osallistujaa. Ryhmätapaamiset on tarkoitettu pidettäväksi viikoittain, ja niiden kesto on 90 minuuttia. Menetelmä sisältää viisi lasten ja kaksi vanhempien ryhmätapaamista. Lasten osallistumiseen tarvitaan vanhempien lupa. Vanhemmille tai huoltajille järjestetään samanaikaisesti lasten ryhmän kanssa kaksi omaa tapaamista. Kuviossa 1 on esitetty lasten ja vanhempien ryhmätapaamisten rakenne. Ennen varsinaista TRT-työskentelyn aloittamista voidaan pitää tutustumisistunto ja TRT-istuntojen jälkeen seurantaistunto, jossa vahvistetaan opittua.



Kuvio 1. TRT-ryhmämenetelmän rakenne (Kokkola, 2024).

Keinot

TRT-manuaalissa on jokaista ryhmäkertaa vastaava käsikirjoitus, joka sisältää ryhmässä huomioitavat asiat ja harjoitukset. Ensimmäiset kaksi ryhmäkertaa käsittelemieleen unkeutuvia ajatuksia ja tunteita: ongelmia kuten järkyttävät muistot, painajaiset ja takamat. Kolmas kerta käsittelee lasten ylivireisyyttä, esimerkiksi vaikeutta rentoutua, keskittyä tai nukkua. Neljäs ja viides ryhmäkerta käsittelee välttelyä eli lasten pelkoja ja vaikeuksia kohdata sotatapahtumista muistuttajia ja muistoja. Ensin tarkastellaan välttelykäyttäytymistä ja sen jälkeen kognitiivista välttelyä. Viimeisellä kerralla myös autetaan lasta suuntaamaan tulevaisuuteen ja kerrataan lyhyesti opittua.

Alaikäisenä yksin maahan tulleille suunnatussa mallissa käsittelyjärjestystä on muokattu siten, että ensin käsitellään ylivireyttä ja sen jälkeen tunkeutuvia ajatuksia ja muistoja ja viimeiseksi välttelyä. Yksin maahan tulleet alaikäiset ovat usein iältään vanhempia kuin sodalle altistuneiden lasten ryhmään osallistuvat, ja heillä voi olla useampia trauma-altistuksia. Lisäksi he kokevat useammin sekä kotimaan tapahtumiin että tulomaahan jäämiseen liittyvää epävarmuutta. Tämän vuoksi yksin maahan tulleiden lasten ja nuorten TRT-ryhmämalliin on lisätty kaksi tapaamista, joista ensimmäinen on tutustumistapaaminen ja toinen käsittelee epävarmuuden kanssa elämistä.

Ryhmät on mahdollista toteuttaa ilman lisämateriaalia, mutta ohjaaja voi halutessaan käyttää esimerkiksi piirustus- tai muovailuvälineitä tai pehmoleluja auttamaan lapsia. Ryhmä voidaan järjestää lähellä lasten arkea esimerkiksi koulussa tai vastaanottokeskuksessa. Ryhmätila on hyvä mahdollisuuksien mukaan järjestellä kutsuvaksi ja rennoksi sekä välttää luokkahuonemaista järjestystä.

Jokaisella ryhmällä on oltava kaksi ohjaajaa, joista toisen vastuulla on ryhmän ohjaaminen ja toinen voi kiinnittää enemmän huomiota lasten reaktioihin ja mahdollisiin tuen tarpeisiin. Samat ohjaajat vastaavat myös vanhempien ryhmän ohjaamisesta. Ryhmiä kootessa tulee huomioida, että samassa ryhmässä tulee olla vain samalle traumalle altistuneita.

TRT-ryhmissä tulisi käyttää lasten äidinkieltä tai muuta heidän hyvin ymmärtämää kieltä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ryhmässä voi olla myös tulkki tai joissain tilanteissa tulkkeja. Käytettäessä tulkkia ryhmän tarkoitus, sisältö ja ohjaamisen periaatteet on hyvä käydä läpi ennen ryhmän alkua ja pyrkiä siihen, että ryhmässä on sama tulkki. Tulkkia käytettäessä on hyvä huomioida mahdollinen sijaistraumatisoituminen.

Vanhempien tapaamisten tavoitteena on normalisoida lasten ja nuorten reaktioita traumaattisen tapahtuman jälkeen, lisätä ymmärrystä lapsen käyttäytymistä kohtaan ja antaa vanhemmille keinoja tukea omaa lastaan. Vanhempien kanssa käydään läpi myös taitoja ja keinoja, joita lapset harjoittelevat omassa ryhmässään, jotta he osaavat tukea omaa lastansa niiden harjoittelussa. Vanhemmat saavat myös keinoja itsepuun ja vertaistukea. Manuaaleissa on erillisenä osana lapsen ja nuoren traumaattista surua käsittelevä osuus. Se sisältää materiaalia, jonka avulla lapsi tai nuori voi tehdä surutyötä. Sitä voidaan sisällyttää viimeiseen ryhmätapaamiseen tai käyttää erillisen sururyhmän ohjaamiseen.

Opas toteuttajille

TRT-ryhmämallista on seitsemän manualisoitua mallia. Näistä suomeksi on käännetty

- Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta lapsille
- Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta ilman huoltajaa tulleille alaikäisille
- Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta vanhemmille.

Taulukossa 1. on kuvattu kaikki TRT-manuaalit sekä niiden kohderyhmät ja käyttötarkoitus, manuaalien nimi ja niiden päivitykset alkaen ensin kehitetystä *Children and War* -manuaalista.

Taulukko 1. TRT-menetelmän manuaalit ja niiden käyttötarkoitus.

Manuaalit (alkuperäisessä kehittämisjärjestyksessä)	Kohderyhmä ja käyttötarkoitus	Viimeisimmän päivityksen vuosi (suluissa aiemmat päivitykset)
TRT Children and War (Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta lapsille)	8–18-vuotiaat sodalle tai aseelliselle konfliktille altistuneet	2018 (2002, 2011, 2015)
TRT Manual for Children Aged 5-8 Years	6–8-vuotiaat sodalle tai aseelliselle konfliktille altistuneet	2016 (2002, 2011, 2015)
TRT Children and Disaster	8–18-vuotiaat (luonnon)katastrofille altistuneet	2023 (2002, 2011, 2015, 2018)
TRT Adolescent Unaccompanied Minors (Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta ilman huoltajaa tulleille alaikäisille)	Ilman huoltajaa maahan tulleet 8–18-vuotiaat erilaisille traumoille lähtömaassa tai uuteen maahan siirtymän aikana altistuneet lapset ja nuoret	2020 (2002, 2011, 2015, 2018, 2019)
TRT Writing for Recovery Manual	12–18-vuotiaat traumaattiselle tapahtumalle altistuneet (luonnonkatastrofi, sota)	2005
TRT Children and Grief Manual	11–18-vuotiaat sota- tai luonnonkatastrofi- tai muulle vastaavalle traumalle altistuneet tai läheisensä tilanteessa menettäneet	2022 (2011)
TRT Plus Parenting (Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta vanhemmille)	Vanhemmat tai huoltajat (aikuinen, joka ensisijaisesti pitää huolta lapsesta ko. hetkellä), jonka/joiden lapsi on altistunut traumaattiselle tapahtumalle	2023 (2020)

Materiaalit menetelmän saajille

Kansainvälisen kotipesän verkkosivustolla on ladattavissa joitain manuaaleja ja kyselyitä. Manuaalien lisäksi on käytettävissä suositellut kyselylomakkeet, traumaperäisen stressioireiden arviointiin tarkoitettu CRIES-8-traumaoirekysely ja *Depression self-rating scale for children* (DSRS) -masennusoirekysely.

TRT-ohjaaja voi halutessaan ja sopivaksi arvioidessaan käyttää muista menetelmän sisältöjä tukevia materiaaleja, kuten tunnemittaria tai toimintapäiväkirjaa sekä esimerkiksi piirustusmateriaalia, mutta TRT-ryhmän voi toteuttaa myös ilman mitään materiaaleja.

Kustannukset

Suoria kustannuksia ovat manuaalin tulostuskulut, mahdollisten apuvälineiden hankinta sekä lapsille tarjottavat eväät. TRT on kehitetty toteutettavaksi niukkojen resurssien toimintaympäristöissä, eikä menetelmällä ole lisenssi- tai käyttökorvauskustannuksia.

TRT-ryhmän suurin kustannus on ohjaajien ryhmän ohjaamiseen ja siihen valmistautumiseen kuluva työaika sekä mahdolliset tulkkauspalkkiot ja sijaiskulut. Muita mahdollisia välillisiä kuluja ovat koulutuksen ja tukitapaamisten työaika sekä toimitilakustannukset. Lapsilla ja nuorilla voi olla useita tuen tarpeita tai tarvetta intensiivisempään tukeen, jolloin jatko-ohjaus on hyvä huomioida resursseja mietittäessä.

Käyttöönoton tuki

Kohderyhmän rekrytoiminen

Ryhmään ohjautuminen vaihtelee sen mukaan, mikä taho toimii ryhmän järjestäjänä. Ryhmän voi järjestää ulkopuolinen toimija esimerkiksi koulussa tai vastaanottokeskuksessa. Lapsi, nuori tai vanhempi voi ehdottaa ryhmään osallistumista. Kouluissa opetus- tai oppilashuollon henkilökunta voi tehdä aloitteen ryhmään osallistumisesta. Vastaanottokeskuksissa tai pienryhmäkodeissa ryhmään osallistuminen voi tapahtua omaohjaajan tai muun henkilökunnan aloitteesta. Ryhmiä voidaan järjestää myös muuhun toimintaan kuuluvana rakenteena.

Lapsille ja nuorille on saatavilla oma suomenkielinen infokirje ja esite, jossa kerrotaan ryhmän tarkoituksesta ja toteutuksesta. Osallistuvien lasten vanhemmille on oma infokirjeensä. Infokirje on saatavilla myös ukrainan ja venäjän kielillä.

Pätevyysvaatimukset

Menetelmää voivat käyttää koulutetut sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteen sekä näiden lähialojen ammattilaiset, jotka kohtaavat työssään lapsia ja nuoria. Koulutukseen osallistujan ei ole välttämätöntä olla mielenterveysalan ammattilainen, vaan oleellista on kokemus lasten, nuorten ja ryhmien kanssa työskentelystä. Eduksi katsotaan ryhmänohjaustaitojen lisäksi aiempi osaaminen traumaista ja niiden vaikutuksesta lapseen, nuoreen ja vanhemmuuteen sekä kohderyhmän kanssa työskentelystä. Kokemuksen perusteella TRT- ohjaajat hyötyvät näiden aiheiden osaamisesta (Heltne ym., 2023). *Children and War Foundation* on kouluttanut myös vapaaehtoisia, jotka voivat toimia TRT-ohjaajina olosuhteissa, joissa on paljon tukea tarvitsevia lapsia.

Kouluttaminen

Koulutuksia järjestää eri puolilla maailmaa menetelmän kansainvälinen kotipesä *Children and War Foundation* (CAW). Suomessa koulutuksia on järjestetty 2000-luvun alusta lähtien, ja ne ovat olleet pääsääntöisesti tilauskoulutuksia, joita ovat järjestäneet yksityiset kouluttajakoulutuksen saaneet psykotraumatologian asiantuntijat. Vuosina 2024–2025 Suomen Punaisen Ristin (SPR) Nuorten turvatalo on tarjonnut menetelmäkoulutusta kolmepäiväisenä verkkokoulutuksena. Koulutuksien yhteydessä on tehty yhteistyötä sekä *Children and War Foundationin* että suomalaisten asiantuntijoiden kanssa. Ruotsinkielistä koulutusta Suomessa järjestää Folkhälsan.

Kolmepäiväinen TRT-ryhmäohjaajakoulutus käydään monimuotoisina verkko-opintoina, ja se sisältää luentoja, pienryhmäkeskusteluja sekä harjoituksia, jotka perustuvat TRT-manuaaliin. Menetelmään on sisällytetty mahdollisuus kouluttaa TRT-menetelmää edelleen esimerkiksi sisäisesti omassa organisaatiossa, kun ohjaaja on saanut riittävästi eli vähintään yhden ryhmäkokonaisuuden verran kokemusta TRT-ryhmien ohjaamisesta. TRT-manuaalissa on kuvattu koulutuksen sisältö.

Pätevöityminen

Koulutus antaa valmiudet TRT-ryhmäohjaajana toimimiseen. Koulutukseen osallistuneille annetaan todistus.

Tuki ja ohjaus

Itäla järjesti vuosina 2022–2025 koulutuksen käyneille työnohjausta tukemaan ensimmäisen ryhmän ohjaamisessa, vahvistamaan osaamista ja menetelmäuskollisuutta sekä kannustamaan menetelmän käyttöön omassa työssä. Koulutusta tarjoava SPR:n Nuorten turvatalo on kevästä 2025 alkaen tarjonnut säännöllisiä tukitapaamisia koulutuksen käyneille. Lisäksi TRT-ohjaajien tueksi on ollut käytössä tukiverkosto (Teams-alustalla), materiaalikirjasto ja lisäkoulutustapaamisia (2024–2025). Keväällä 2024 TRT-ohjaajille tehdyssä kyselyssä menetelmää säännöllisesti käyttävät organisaatiot raportoivat, että ne ovat järjestäneet

sisäisesti menetelmää käyttäville erilaisia tuen muotoja, kuten työnohjausta, yhteisiä tukitapaamisia ja konsultaatiota.

Seurannan ja ylläpidon välineet

SPR:n Nuorten turvatalo seuraa koulutuksen osallistujien määrää, hyvinvointialuetta ja toimialaa. Koulutuksen tuloksellisuutta seurataan kyselyllä, joka mittaa muun muassa traumaosaamista ennen koulutusta ja sen jälkeen sekä osallistujien valmiuksia ottaa menetelmä käyttöön. Ryhmien toteutumista seurataan vapaaehtoisella tiedonkeruulomakkeella, jossa kysytään ryhmien kohderyhmä ja se, minkä manuaalin pohjalta ryhmä on toteutettu. Muuta kansallista seurannan välinettä ei ole käytettävissä.

Toistotarkkuuden varmentaminen

Koulutuksissa ja tukitapaamisissa tarjotaan tietoa menetelmän toistotarkkuuden merkityksestä. Suomessa ei ole käytössä systemaattista mittaria tai välinettä toistotarkkuuden seuraamiseksi. Barron kumppaneineen (2021) on pilotoinut TRT-menetelmän uskollisuuden eli fideliteetin seurantaan tarkoitetun mittarin, jota ei ole käännetty tai otettu systemaattisesti käyttöön Suomessa.

Tutkimuskysymys

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan TRT-menetelmän vaikuttavuutta tutkimuskirjallisuuden perusteella. Vaikuttavuuden arvioimiseksi menetelmän on oltava riittävän hyvin kuvattu, jotta voidaan varmistaa, että tutkimuksissa käytetty menetelmä vastaa kotipesän kuvausta riittävällä tarkkuudella. Katsaus vastaa tutkimuskysymyksiin:

- Miten tarkasti psykososiaalinen TRT-menetelmä on kuvattu?
- Onko TRT-menetelmällä näyttöön perustuvaa ja Suomeen sovellettavaa vaikuttavuutta lasten ja nuorten selviytymiskeinojen lisääntymiseen sekä trauma- ja stressioireiden vähenemiseen?

Aineisto ja tutkimusmenetelmät

Systemaattisella kirjallisuushaulla haettiin TRT-menetelmää koskeva tutkimuskirjallisuus. Kirjallisuushakua ohjasi kysymys: Mitä tutkimusta TRT-menetelmästä on tehty? Haulla haettiin erityisesti vaikuttavuustutkimusartikkeleita, mutta myös kustannusvaikuttavuus- ja implementointitutkimusartikkeleita.

Hakustrategia ja tiedonlähteet

Hakustrategian muodostamisessa käytettiin populaatio, konsepti ja konteksti (PCC) -strategiaa (Peters ym., 2020), josta konteksti jätettiin pois hakutulosten liiallisen rajaamisen välttämiseksi. PCC-lähestymistapa valittiin, jotta haku olisi riittävän laaja ja kattaisi menetelmää koskevan tutkimusnäytön monipuolisesti.

Hakusanat muodostettiin PCC-strategian mukaisesti käyttämällä kahta PCC:n osa-aluetta (P + C). Haun kohteena olivat ensisijaisesti vaikuttavuustutkimukset, joiden tuloksissa on raportoitu menetelmän tavoitteisiin liittyviä muuttujia. Vaikuttavuustutkimukset raportoidaan tuloksissa PICO-lausekkeen avulla.

P = Lapset, nuoret ja heidän vanhempansa

C = *Teaching recovery techniques* (TRT)

Kirjallisuushaku toteutettiin 2.9.2024 systemaattisena hakuna seuraaviin viitetietokantoihin: MEDLINE, APA PsycInfo, CINAHL, ERIC, Scopus ja Web of Science. Lisäksi suomenkielisiä viitteitä haettiin Finna.fi-hakupalvelusta, ja hakua täydennettiin manuaalisella haulla 11.3.2025. Hakustrategia on nähtävissä liitteessä 1. Kirjallisuushaku toistettiin 25.4.2025 jolloin haku rajattiin edellisen haun jälkeiseen ajanjaksoon.

Ennalta määritetyt mukaanottokriteerit vaikuttavuustutkimuksille

- Tutkimuksen kohderyhmä on menetelmäkuvauksen mukainen.
- Menetelmän vaikuttavuutta on tutkittu Maailmanpankin maaluokituksen mukaisessa korkean tulotason maassa.
- Tutkimus on vertaisarvioitu alkuperäistutkimus tai niistä koostuva systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi.

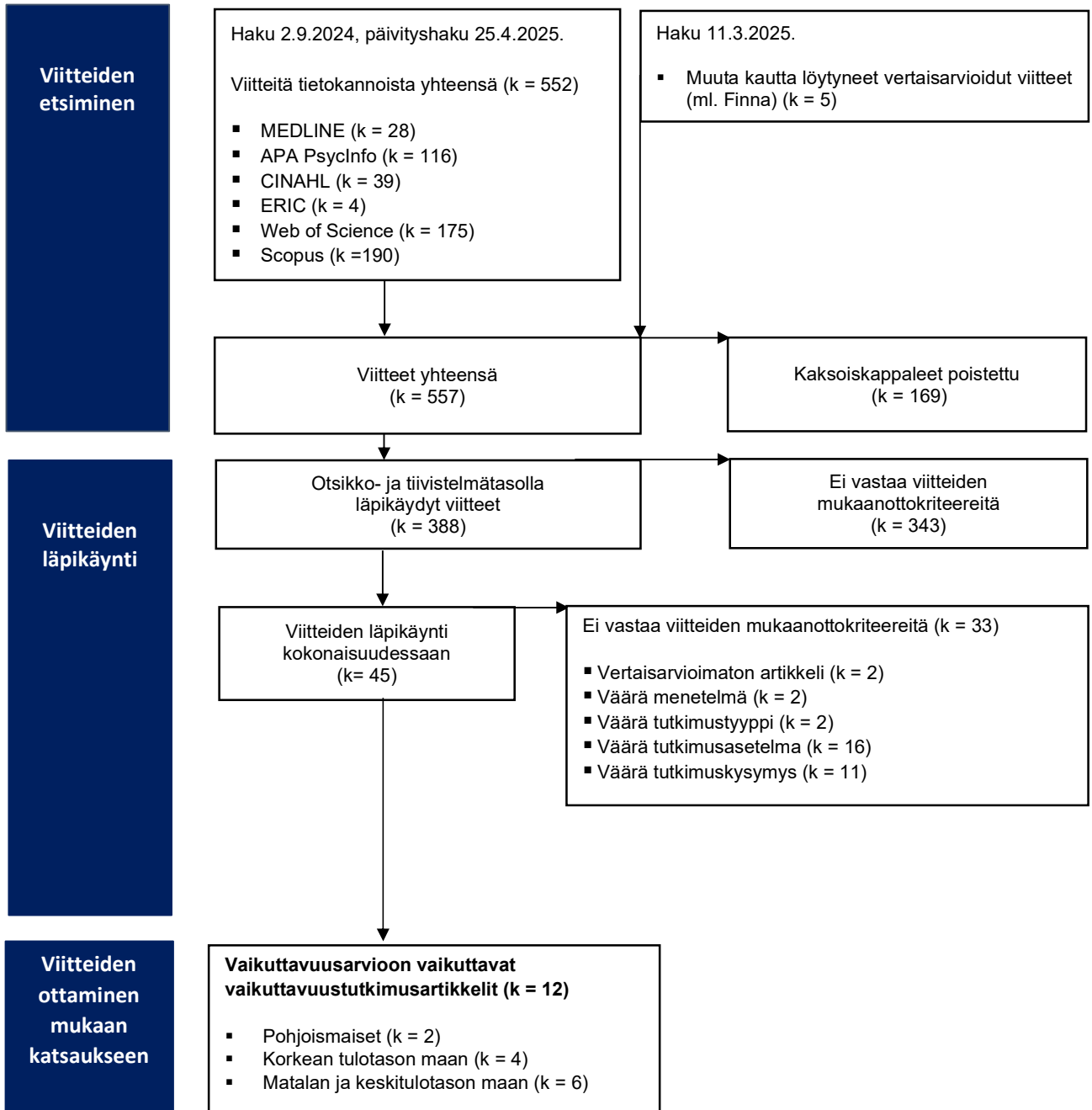
Ennalta määritetyt poissulkukriteerit vaikuttavuustutkimuksille

- Tutkimuksen kohderyhmä ei ole menetelmäkuvauksen mukainen.
- Vaikuttavuustutkimus on tehty Maailmanpankin maaluokituksen mukaisessa matalan tai keskitulotason maassa.
- Tutkimusartikkeli on vertaisarvioimaton. Ulkopuolelle jätetään myös pääkirjoitukset ja kommentaarit.

Tutkimusten valinta

Liitteen 1 mukaisella hakustrategialla löydettiin yhteensä 552 viitettä 2.9.2024 ja 25.4.2025 tehdyillä hauilla. Lisäksi menetelmää katsottiin Finna.fi-hakupalvelun kautta suomenkielisten viitteiden löytämiseksi. Finna.fi-hakupalvelun ja muiden lähteiden kautta löytyneitä vertaisarvioituja viitteitä oli 5. Kaksoiskappaleiden (k = 169) poiston jälkeen jäljelle jäi 388 viitettä. Otsikoiden ja tiivistelmien läpikäynnin jälkeen kokotekstivaiheen tarkasteluun jäi 45 viitettä. Otsikot ja tiivistelmät kävi läpi yksi tutkijataustainen asiantuntija, joka konsultoi epäselvissä tilanteissa toista asiantuntijaa. Kaksi tutkijataustaista asiantuntijaa kävi viitteet läpi kokonaisuudessaan. Haun eteneminen on kuvattu vuokaaviossa kuviossa 2. Vaikuttavuustutkimusartikkelit valittiin ennalta määritettyjen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Tässä kirjallisuuskatsauksessa

mukaanottokriteereihin tehtiin lisäys TRT-menetelmän kohderyhmän ja kontekstin vuoksi. Mukaan hyväksyttiin myös vaikuttavuustutkimuksia, joiden aineisto oli muista kuin Maaailmanpankin maaluokituksen korkean tulotason maista. Näistä matalan ja keskitulotason maiden tutkimuksista mukaan otettiin ne, joissa päävastemuuttuja mittasi tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia vasteita.



Kuvio 2. Vuokaavio TRT-menetelmän systemaattisen kirjallisuushaun viitteiden valinnasta.

Menetelmäkuvauksen arviointi

Vaikuttavuuden arvioimiseksi menetelmän on oltava riittävän hyvin kuvattu, jotta voidaan varmistaa, että tutkimuksissa käytetty menetelmä vastaa kotipesän kuvausta menetelmästä. Menetelmäkuvaukseen arvioidaan osana tätä katsausta. Lähteinä arvioinnissa käytetään johdannossa esiteltyjä menetelmäkuvauksen osa-alueita, jotka on raportoitu kotipesän toimittamien kirjallisten materiaalien pohjalta.

Vaikuttavuusnäytön arviointi

Vaikuttavuuden osoittamiseksi tarvitaan tutkimusasetelma, jossa koeryhmän muutoksia verrataan vertailu- tai kontrolliryhmään. Vertailuryhmälle voidaan antaa esimerkiksi psykoedukaatiota tai toteuttaa toinen vaikuttavaksi todettu menetelmä, jolla on sama tavoite kuin arvioitavalla menetelmällä. Vaihtoehtoisesti kontrolliryhmä voi saada tavanomaista hoitoa (*treatment as usual*) tai odottaa palvelun alkamista jonotuslistalla.

Vaikuttavuustutkimusten tulokset

Efektikokojen ohjeelliset tulkintasäännöt:

- Cohenin d on pieni, kun $d = 0,20 - 0,49$; keskiuuri, kun $d = 0,50 - 0,79$ ja suuri, kun $d = 0,80 -$ (Cohen, 1988).
- Osittainen etan neliö η_p^2 on pieni, kun $\eta_p^2 = 0,01 - 0,05$; keskiuuri, kun $\eta_p^2 = 0,06 - 0,13$ ja suuri, kun $\eta_p^2 = 0,14 -$

Tilastollisesti merkitsevien tulosten ryhmien väliset efektikoot yli ajan ja niiden 95 prosentin luottamusvälit laskettiin artikkeleiden lukujen perusteella, mikäli niitä ei ollut raportoitu. Laskemiseen käytettiin *Campbell Collaboration* -tutkimusverkoston laskuria (Wilson, 2023).

Vaikuttavuustutkimusten luotettavuuden arviointi

Vaikuttavuustutkimusten luotettavuutta on arvioitu lomakkeen avulla (Merikukka ym., 2025, s. 51) asteikolla heikosta erittäin hyvään (1–4 p.) viiden osa-alueen osalta: mittaaminen, tilastoanalyysit, harhattomuus, toistotarkkuus sekä yleistettävyyt. Kaksi kirjoittajaa pisteytti osa-alueet itsenäisesti siten, että yksi piste tarkoitti heikkoa, kaksi pistettä tyydyttävää, kolme hyvää ja neljä erittäin hyvää. Mikäli osa-aluetta ei ollut raportoitu tai tutkittu, annettiin nolla pistettä. Lopulliset pisteet annettiin keskustelujen jälkeen yhdessä.

Vaikuttavuuden arviointi keskeisissä kansainvälisissä menetelmätietokannoissa

Kirjallisuushaun lisäksi tehtiin haku keskeisiin psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta arvioiviin menetelmätietokantoihin. Haetut tietokannat olivat ruotsalainen *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* (SBU, 24.10.2025), norjalainen *Ungsinn* (24.10.2025) ja isobritannialainen *Foundations Guidebook* sekä yhdysvaltalaiset *Blueprints for Healthy Youth Development* (24.10.2025) ja *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (CEBC, 24.10.2025). TRT-menetelmää ei ollut arvioitu missään edellä mainituista tietokannoista.

Käyttöönoton tuen arviointi

Jotta menetelmä voisi olla vaikuttava myös käytännössä, se on otettava käyttöön suunnitelmallisesti. Kotipesän tarjoama käyttöönoton tuki arvioidaan osana tätä katsausta.

Tulokset

Menetelmäkuvauksen arviointi

TRT-menetelmän kohderyhmä ja mukaanottokriteerit sekä poissulkukriteerit on kuvattu selkeästi. Tosin menetelmää kerrotaan Suomessa sovelletun myös lasten ja nuorten kanssa, jotka ovat kokeneet muita traumaattisia tapahtumia kuin ne, joihin menetelmä on kehitetty ja joihin on olemassa erilliset käsikirjat.

Traumaattisen stressin ilmiö ja sen vaikutukset on kuvattu selkeästi samoin kuin menetelmän tavoitteet. Päävastemuuttujana on tukea traumaperäisestä stressihäiriöstä toipumista, minkä lisäksi on kuvattu useampia toissijaisia vastemuuttujia. Menetelmä perustuu laajasti tunnettuun ja käytettyyn traumafokusoituun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (TF-KKT). Menetelmän ydinelementit on johdettu loogisesti teoriapohjasta. Menetelmää on muokattu niin, että käsikirjat on tehty viidelle eri kohderyhmälle, joista yksi on tarkoitettu toteutettavaksi kirjallisina tehtävinä ryhmätapaamisten sijaan, ja käsikirjoja on päivitetty useasti. Käsikirjoissa kannustetaan muokkaamaan menetelmää vastaamaan lasten ja nuorten kokemuksia ja kontekstia esimerkiksi käyttämällä kulttuurillisesti ymmärrettäviä esimerkkejä ja sopivia ilmaisuja.

Menetelmä on rakennettu huomioimaan, ettei ryhmäohjaajien tarvitse olla alan ammattilaisia (vaikka se onkin suositus), vaan menetelmän koulutus ja käsikirja antavat riittävät eväät menetelmän toteuttamiseen. Suomessa menetelmää kuitenkin toteuttavat koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon tai kasvatus- ja opetusalan ammattilaiset. Ryhmämenetelmän toteutus ja siinä käytettävät keinot on kuvattu selkeästi. Käsikirjoista kolme on käännetty suomeksi. Manuaalien lisäksi toteuttajan käytettävissä on suositellut kyselylomakkeet, traumaoirekysely ja masennusoirekysely. Menetelmään ei kuulu menetelmän saajille jaettavaa materiaalia. Kustannukset on kuvattu riittävästi. Taulukossa 2 on kuvattu menetelmäkuvauksen arviointi.

Taulukko 2. TRT-menetelmäkuvauksen arviointi.

Menetelmäkuvauksen osa-alueet	Ei kuvattu lainkaan	Kuvattu, mutta ei riittävästi	Kuvattu riittävästi
Menetelmän ydinsisältö			
Kohderyhmä	☐	☐	☒
Ilmiö	☐	☐	☒
Tavoitteet ja vastemuuttujat	☐	☐	☒
Teoriaperusta	☐	☐	☒
Ydinelementit ja joustavuus	☐	☐	☒
Menetelmän muokkaus	☐	☐	☒
Menetelmän käyttö			
Toteuttajat	☐	☐	☒
Toteutustavat	☐	☐	☒
Keinot	☐	☐	☒
Materiaalit ja kustannukset			
Opas toteuttajille	☐	☐	☒
Materiaalit menetelmän saajille	☐	☐	☒
Kustannukset	☐	☐	☒

Vaikuttavuusnäytön arviointi

Seuraavaksi kuvataan vaikuttavuusarvion asettamiseen vaikuttavat tutkimukset. Näiden tutkimusten PICO-lausekkeet on esitetty taulukossa 3. Taulukossa kuvataan arvioitavan menetelmän ja siitä tehtyjen vaikuttavuustutkimusartikkeleiden kohderyhmä (*population*, P), menetelmän ja sen kuvauksen ero kotipesän menetelmäkuvaukseen (*intervention*, I), vertailumenetelmä (*comparison*, C), vastemuuttajat (*outcome*, O), aika ja paikka sekä tutkimusasetelmat. Taulukon ensisijainen tavoite on vertailla yksittäisten tutkimusartikkeleiden vastaavuutta tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykseen perustuvaan PICO-lausekkeeseen. Vertailu tekee näkyväksi sen, mitä vaikuttavuusnäyttöä arvioitavasta menetelmästä on olemassa. Taulukon tavoitteena on tehdä näkyväksi myös yksittäisten tutkimusten menetelmäindikaatio eli menetelmän ja vertailumenetelmän ero. Vertailuryhmällisten vaikuttavuustutkimusten tulokset on esitetty taulukossa 4.

Vaikuttavuustutkimukset

Taulukko 3. TRT-menetelmän vaikuttavuustutkimukset.

Tutkimus	Kohderyhmä (P)	Tutkittava menetelmä (I)	Vertailumenetelmä (C)	Vastemuuttajat (O)	Aika ja paikka
TRT-menetelmän vaikuttavuuden arviointi (ko. systemaattinen kirjallisuuskatsaus)	8–18-vuotiaat lapset, nuoret ja heidän vanhempansa Lapset altistuneet • sodan tai aseellisen konfliktin traumaattiselle kokemukselle • traumaattiselle luonnon katastrofille • traumaattiselle surun kokemukselle • yksin maahan tulolle	Kuvauksen mukainen TRT	Jokin toinen vaikuttavaksi todettu menetelmä tai tilanne, jossa menetelmää ei lainkaan tarjottaisi	- Lasten ja nuorten stressioireet - Selviytymiskeinot	2020-luvun Suomi TRT-menetelmää on toteutettu Suomessa vastaanottokeskuksissa, ryhmäkodeissa, kouluissa sekä kolmannen sektorin palveluissa. TRT-ryhmät on pääasiassa suunnattu sota- ja konfliktialueilta yksin tai huoltajan kanssa tululle lapsille ja nuorille.
Satunnaistetut vertailukoetutkimukset					
Barron ym., 2013	11–14-vuotiaat Länsirannalla sodasta kärsineet palestiinalaiset koululaiset, joilla oli kliinisen rajapisteen ylittävät PTSD-oireet (CRIES-8 $\geq$ 17 p) (N = 140). 90 lasta koeryhmässä 50 lasta kontrolliryhmässä	Menetelmä toteutettiin manuaalin mukaisesti, ja se sisälsi viisi 90 minuutin mittaista ryhmätapaamista. Ryhmien toteutukseen käytettiin arabiankielistä käännöstä manuaalista.	Jonotuslistakontrolli. Jonotuslistalla olevat saivat tavanomaista koulun terveyskasvatusta. Arvioinnin päätyttyä heille tarjottiin sama menetelmä.	<u>Päävastemuuttajat:</u> - Posttraumaattiset stressioireet (CRIES-13) depressiiviset oireet (DSRS) - Traumaattinen suru (TGIC) - Koulusuoriutumisen (ISPS) - Mielenterveyshästeet yleisesti (SDQ) <u>Muut muuttajat:</u> - Sotatapahtumille altistuminen. (EWSQ), joka oli kokeellinen mittari. - Fideliteettiä arvioitiin kyselyllä ja havainnoinnilla. - Osallistujien ja ohjaajien tyytyväisyyttä ja subjektiivista kokemusta arvioitiin	Tutkittavat rekrytoitiin Nablusissa, Palestiinassa. Nablus valittiin paikkakunnaksi menetelmän toteuttamiselle, sillä siellä on jatkuvasti paljon väkivaltaa. <u>Mittaukset:</u> 1 kk ennen menetelmää 2 vk ennen menetelmää 2 vk jälkeen menetelmän (ajankohtia ei mainita)

				fokusryhmähaastattelulla.	
				Informanteina olivat oppilaat, opettajat, vanhemmat.	
Diab ym., 2015	Gazassa 10–13-vuotiaat palestiinalaislapset, jotka ovat altistuneet merkittävälle sotatraumalle (N = 482). • 242 lasta koeryhmässä • 240 lasta kontrolliryhmässä	Noudatettiin arabiankielistä käsikirjaa, jossa oli joitakin muutoksia, esimerkiksi harjoitusten järjestyksessä (esim. "Safe place method" kolmannella viikolla ensimmäisen sijaan). Traumaoireiden mittari oli eri kuin kotipesän kuvauksessa mainitut.	Jonotuslistakontrolli. Kontrolliryhmä sai saman TRT-menetelmän sen jälkeen, kun menetelmä- ja kontrolliryhmien 6 kk seurantamittaus oli tehty.	<u>Päävastemuuttajat:</u> • Resilienssi, joka määriteltiin hyväksi mielenterveystasoksi trauma-altistuksesta huolimatta. Hyvä mielenterveys tarkoitti tässä tutkimuksessa sitä, että henkilö sai suuret pisteet psykososiaalisen hyvinvoinnin (MHC-SF) ja prososiaalisen käyttäytymisen (SDQ) mittauksissa. <u>Toissijaiset vastemuuttajat:</u> • Äidin kiintymys (<i>Willingness to Serve as a Secure Base for the Child</i>) • Perheilmapiiiri (<i>Family Ambiance Scale</i>) Informanteina olivat lapset, paitsi äidin kiintymyksessä informanteina olivat äidit.	Osallistujien rekrytointi: Gazan sodan (tammikuu 2009) jälkeen kouluista Gazassa, Palestiinassa. Menetelmän toteutus: neljä kuukautta Gazan sodan päättymisen jälkeen. <u>Mittaukset:</u> • Alkumittaus • Loppumittaus • 6 kk:n seurantamittaus
Ooi ym., 2016	Sodalle tai väkivallalle altistuneet alle 7 vuotta Australiassa asuneet (10–17-vuotiaat) lapset, joilla lievä tai kohtalainen PTSD-taso (UCLA PTSD <i>Reaction Index</i> for DSM-IV -pisteet = 4–38) (N = 82). 45 lasta koeryhmässä 37 lasta kontrolliryhmässä.	Menetelmä toteutettiin tässä tutkimuksessa kahdeksana 60 minuutin istuntona koulun aikataulujen vuoksi, vaikka se oli alun perin suunniteltu 5 istunnoksi, joiden kesto on 2 tuntia. Tutkimuksessa ei toteutettu menetelmään kuuluvia vanhempien ryhmiä.	Jonotuslistakontrolli. Kontrolliryhmän osallistujat eivät saaneet mitään menetelmää odotusaikana. Heille tarjottiin menetelmää kokeen päätyttyä.	<u>Päävastemuuttajat:</u> • Posttraumaattinen stressihäiriö (CRIS-13) • Masennus (DSRS) • Sisäänpäin ja ulospäin suuntautuvat ongelmat (HSC-37A) • Psykososiaalinen toimintakyky • (SDQP <i>Total Difficulties</i> ja SDQP <i>Prosocial</i>) Informanteina lapset ja aikuiset.	Osallistujat rekrytoitiin 16.3.2010 ja 24.5.2011 välisenä aikana <i>Perth Metropolitan</i> -alueen 11 koulusta Australiasta. <u>Mittaukset:</u> • Alkumittaus • Loppumittaus • 3 kk:n seurantamittaus
Pityaratstian ym., 2015	Tsunamille altistuneet 10–15-vuotiaat lapset, joilla oli diagnosoitu PTSD 4 vuotta tsunamin jälkeen ja jotka asuivat sisäoppilaitoksessa Phang-ngan provinssissa (N = 36).	Ohjelman toteutuksen rakenne poikkesi kotipesän kuvauksesta: käytössä oli TRT-käsikirjasta modifioitu versio, jossa ohjelmaa toteutettiin kolmen päivän ajan kaksi tuntia päivässä. (Manuaalissa 5 x 90 min).	Jonotuslistakontrolli. Jonotuslistalla olevat osallistujat saivat samanlaisen TRT-menetelmän sen jälkeen, kun he olivat täyttäneet viimeiset kyselyt. Odotusperiodin aikana ei ollut yhteyttä	<u>Päävastemuuttaja:</u> • PTSD-oireet (CRIS, PTSD-RI) <u>Toissijaiset vastemuuttajat:</u> • Diagnoosin menetys (CRIS) • Oirevakavuuden lasku (PTSD-RI)	Tutkimus suoritettiin Thaimaassa. Osallistujat rekrytoitiin elokuusta lokakuuhun 2009, yli 4 vuotta tsunamin jälkeen. <u>Mittaukset:</u> • Alkumittaus • Loppumittaus

	18 lasta koeryhmässä 18 lasta vertailuryhmässä	Lisäksi ohjelmaan lisättiin ryhmämenetelmän jälkeinen kuukauden mittainen itsearviointi ja päivittäiset kotitehtävät.	terapeutteihin tai hallintohenkilöstöön.	Informanteina lapset ja nuoret.	1 kk:n seurantamittaus
Punamäki ym., 2021	Palestiinalaisperheet, joista osallistui sekä äiti että isä ja yksi lapsi, iältään 10–13 vuotta. Lapset ovat kokeneet sotaa ja asuvat Gazan pommitetuilla alueilla (N = 325) Koe- ja kontrolliryhmien koko epäselvä.	Ohjelma koostui kahdesta viikoittaisesta kahden tunnin istunnosta ja kesti neljä viikkoa. Tämä poikkeaa kotipesän kuvauksesta (5 x 90 min).	Tavanomainen hoito.	<u>Päävastemuuttujat:</u> - PTSD-oireet (CRIES-13) - Emotionaaliset ongelmat (SDQ) - Psykososiaaliset ongelmat (SDQ) - Positiiviset resurssit (MHC-SF) - Prososiaalinen käyttäytyminen (SDQ)	Aineisto oli alaotos aiemmasta suuremmasta satunnaistetusta menetelmätutkimuksesta, jossa valittiin kaksi voimakkaasti pommitettua aluetta Gazan kaistalta ja sieltä koululuokkia osallistumaan tutkimukseen. <u>Mittaukset:</u> - Alkumittaus - Loppumittaus (3 kk) 6 kk:n seurantamittaus
Qouta ym., 2012	10–13-vuotiaat sodasta kärsineet palestiinalaislapset Gazassa (N = 482). 242 lasta koeryhmässä 240 lasta vertailuryhmässä	Menetelmä kesti neljä viikkoa ja sisälsi kaksi 120 minuutin istuntoa viikossa. Tämä poikkeaa kotipesän kuvauksesta, jossa TRT-menetelmän toiminta on jäsennelty viiteen ryhmäistuntoon, joista kukin kestää noin 90 minuuttia.	Jonotuslistakontrolli.	<u>Päävastemuuttujat:</u> - Posttraumaattiset stressioireet (CRIES) - Depressiiviset oireet (DSRS-C) - Emotionaaliset ja käyttäytymisen ongelmat sekä hyperaktiivisuus (SDQ) <u>Toissijaiset vastemuuttujat:</u> - Peritraumaattinen dissosiaatio (PDEQ-8). Tämä arvioitiin vain alkumittauksessa ja sen moderoivaa roolia tutkittiin. Informanteina olivat lapset.	Pohjois-Gazasta ja Gaza Citystä satunnaisesti valitut koululuokat satunnaistettiin ryhmiin. <u>Mittaukset:</u> - Alkumittaus - Loppumittaus 6 kk:n seurantamittaus
Kvasikokeelliset vertailututkimukset					
Ehnholt ym., 2005	11-15-vuotiaat lapset, jotka olivat pakolaisia tai turvapaikanhakijoita sotaa kokeneista maista ja olivat kokeneet traumaattisia tapahtumia (N = 26) 15 lasta koeryhmässä 11 lasta vertailuryhmässä	Rinnakkaisistuntoja aikuisille ei ollut mahdollista järjestää tässä tutkimuksessa.	Jonotuslistakontrolli.	<u>Päävastemuuttujat:</u> - PTSD-oireet (R-IES) <u>Toissijaiset vastemuuttujat:</u> - Depressio (DSRS) - Ahdistus (RCMAS) - Psykososiaaliset vaikeudet (SDQ) Informanteina muissa lapset, paitsi psykososiaalisissa vaikeuksissa opettajat.	Rekrytointi tapahtui kahdessa toisen asteen koulussa Lontoossa. Ajankohtaa ei mainita tarkasti, mutta artikkeli on julkaistu vuonna 2005. <u>Mittaukset:</u> - Alkumittaus - Loppumittaus menetelmän jälkeen (koeryhmä) tai 6 viikon jonotuslistan jälkeen (kontrolliryhmä)

					2 kk:n seurantamittaus 2 (osalle koeryhmästä)
Durbeej ym., 2024 ^a	Ruotsalaisissa yläkouluissa opiskelevat maahanmuuttajanuoret (N = 61). Kelpoisuuskriteereinä olivat suostumus osallistumiseen (alle 15-vuotiailta huoltajien suostumus), oleskelu Ruotsissa enintään 6 vuotta ja PTSD-oireiden seulonnan positiivinen tulos (CRIES-8 ≥ 17 p).	Toteutus oli yksin maahan tulleiden pakolaislasten ja -nuorten käsikirjan mukainen. Vanhempien ryhmää tarjottiin ennen nuorten istuntojen alkua sekä toisen ja neljännen istunnon välissä, mutta kukaan huoltajista ei osallistunut näihin.	Jonotuslistakontrolli, jota ei kuitenkaan huomioitu analyyseissa alhaisen osallistujamäärän vuoksi.	<u>Päävastemuuttujat:</u> - PTSD-oireet (CRIES-8) <u>Toissijaiset vastemuuttujat:</u> - Psykososiaaliset ongelmat (SDQ)	Koulujen rekrytointi alkoi elokuussa 2018 ja päättyi ennenaikaisesti joulukuussa 2020 COVID-19-pandemian vuoksi. Tutkimus toteutettiin Ruotsin yläkouluissa sekä kaupunki- että maaseutualueilla. Alkumittaukset tehtiin syyskuun 2019 ja kesäkuun 2020 välisenä aikana luokkahuoneissa jokaisessa koulussa. <u>Mittaukset:</u> - Alkumittaus - Loppumittaus 3 kk:n seurantamittaus
Kvasikokeelliset tutkimukset ilman vertailuryhmää					
Sarkadi ym., 2018	Yksin maahan tulleet 13–18-vuotiaat pakolaisnuoret, jotka saivat vähintään 17 pistettä CRIES-8 -mittarilla ja pystyivät nimeämään yli 18-vuotiaan henkilön, joka suostui osallistumaan TRT:n hoitajien/huoltajien sessioihin (N = 60).	Menetelmää kuvattu tutkimuksessa riittävästi. Ei olennaisia poikkeamia kotipesän kuvaamasta menetelmästä.	Ei vertailuryhmää. Vaikutuksia arvioitiin vertaamalla tuloksia aiemmissa tutkimuksissa arvioituun luonnolliseen oireiden vähenemiseen (<i>natural remission</i>).	<u>Päävastemuuttujat:</u> - PTSD-oireet (CRIES-8) - Masennusoireet (MADRS-S) <u>Toissijaiset vastemuuttujat:</u> - Itsemurha-ajatukset tai -suunnitelmat (MADRS-S:n kysymys 9) - Elämäntapahtumat (positiiviset ja negatiiviset, kysytty perheeseen, ystäviin, kouluun, asumiseen ja maahanmuuttoprosessiin liittyviä) - Laadulliset kokemukset ohjelmasta (sosiaalinen tuki, normalisaatio, arvokkaat työkalut, ymmärrettävyys, hallittavuus, merkityksellisyys, sitoutuminen, identiteetin luominen) Informantteina olivat nuoret.	Rekrytointi ja TRT:n toteutus tapahtui Ruotsissa, neljässä eri ympäristössä: turvapaikanhakijoiden terveydenhuoltokeskus, Punaisen Ristin traumakeskus, kouluterveydenhuolto ja ryhmäkodit kolmessa kunnassa. Rekrytoinnin tekivät tutkimusryhmän jäsenet tai TRT:hen koulutettu paikallinen henkilöstö. <u>Mittaukset:</u> - Alkumittaus - Loppumittaus kaksi viikkoa menetelmän viimeisen session jälkeen eli 6 viikkoa perusmittauksesta 3–6 kk:n seurantamittaus ja laadulliset haastattelut (ei raportoitu)
Solhaug ym., 2023	Yksin tulleet turvapaikanhakija- ja pakolaislapset, jotka puhuivat daria, pashtua, arabiaa,	Tutkimus perustui alkuperäiseen käsikirjaan eli oli kuvauksen mukainen.	Ei vertailuryhmää.	<u>Päävastemuuttujat:</u> Elämäntyytyväisyyss (Cantril Ladder)	Osallistujat on rekrytoitu kesäkuun 2017 ja toukokuun 2018 välisenä aikana kaikilta Norjan

	tigrinjaa tai somalia ja saapuivat Norjaan vuosina 2015 tai 2016. Osallistujilla oli kliinisen rajapisteen ylittävät PTSD-oireet (CRIES-8 $\geq$ 17 p), tai pistemäärä oli vähän alle, ja he olivat itse pyytäneet saada osallistua TRT:hen (N = 147)			Informantteina osallistujat itse. Tutkimuksessa huomioidut muut indikaattorit (ei varsinaisesti toissijaisia vastemuuttujia, mutta vaikuttavat tuloksiin): Menetelmän toteutuksen indikaattorit (menetelmän compliance): TRT-kurssin arviointi (tyytyväisyys asteikolla 1–4), osallistumiskerrat (1–5 istuntoa) ja tekniikoiden harjoittelu (asteikolla 1–5, kuinka usein harjoiteltu). Myös turvapaikkastatus oli mukana kontekstimuuttujana.	alueilta. Rekrytointi tehtiin 15 paikallisesta laitoksesta: turvapaikkakeskuksista ja lastensuojelu- tai pakolaispalveluista. <u>Mittaukset:</u> • Alkumittaus • Loppumittaus • 8 vk:n seurantamittaus
Solhaug ym., 2025	Yksin tulleet turvapaikanhakija- ja pakolaislapset, jotka puhuivat daria, pashtua, arabiaa, tigrinyaa tai somalia ja saapuivat Norjaan vuosina 2015 tai 2016. Osallistujilla oli kliinisen rajapisteen ylittävät PTSD-oireet (CRIES-8 $\geq$ 17 p) (N = 120)	Tutkimuksessa ei kuvattu TRT-menetelmän implementaatiota, fokuksessa oli TRT-menetelmän jälkeinen psykologinen kehitys.	Ei vertailuryhmää. Tutkimuksessa ei ollut perinteisiä koe- ja vertailuryhmiä, vaan tutkittavat olivat kaikki osallistuneet TRT-ohjelmaan, ja tutkimus oli pitkittäissuuntainen kartoittava tutkimus tässä yhdessä ryhmässä.	<u>Päävastemuuttujat:</u> • Elämäntyytyväisyys (<i>Cantril Ladder</i>) • Itseluottamus (GSE:n lyhyt versio) • Depressiiviset oireet (MADRS) Informantteina nuoret itse.	Osallistujat rekrytoitiin vuosina 2017–2018 norjalaisista turvapaikkakeskuksista ja hoitokeskuksista sekä uudelleensijoittamiskunnista eri puolilta Norjaa. <u>Mittaukset:</u> • Alkumittaus • 8 vk:n seurantamittaus Mittausten välissä oli noin 14 viikkoa eli 3,5 kuukautta.
Yavna ym., 2024	Sodalle altistuneet 7–23-vuotiaat ukrainalaiset lapset ja nuoret sekä Ukrainassa että ulkomailla (N = 4511)	TRT-menetelmä toteutettiin vaihtelevasti 4–6 ryhmätapaamisen kokonaisuutena. Ryhmätapaamisten kesto oli 90 min., ja ne voitiin toteuttaa joko kasvokkain tai verkossa. Ohjaajina toimivat koulutetut psykologit pareittain.	Ei vertailuryhmää. Vertailu perustuu ennen–jälkeen-mittauksiin (CRIES-8-kyselyt). Menetelmä toteutettiin sekä kasvokkain että verkossa, ryhmäkoko 1–15, ohjaajina 200 koulutettua psykologia. Ei satunnaistettua asetelmaa, vaan avoin, laajamittainen menetelmä sotaolosuhteissa.	<u>Päävastemuuttujia:</u> • PTSD-oireet (CRIES-8)	Osallistujia rekrytoitiin touko–joulukuussa 2022 Ukrainasta sekä 26 Euroopan ja Pohjois-Amerikan maasta, johon lapsia ja nuoria oli muuttanut. CRIES-8-kyselyt ennen ja jälkeen TRT:n itsenäisesti täytettynä. Ennen ryhmää: Kysely täytettiin juuri ennen TRT-ryhmän alkua. Ryhmän jälkeen: Kysely täytettiin välittömästi ryhmän päätyttyä, ei viiveellä. TRT-menetelmä tarjottiin ilmaiseksi ja ilman valintaa kaikille halukkaille ukrainalaisille lapsille ja nuorille (ikä 7–23 v),

jotka olivat Ukrainassa tai muuttaneet ulkomaille sodan vuoksi. Rekrytointi tapahtui laajasti eri puolilla Ukrainaa ja 26 muussa maassa, joissa ukrainalaisia lapsia ja nuoria oli sodan vuoksi.

PICO-lausekkeen mukaiset kohdat: P (*population*), I (*menetelmän*), C (*comparison*) ja O (*outcome*) (Davies, 2011).

a Tutkimuksesta on tehty protokolla-artikkeli: Durbeej ym., 2021

CRIES: *Children's Revised Impact Event Scale*; **DSRS:** *Depression self-rating scale for children*; **DSRS-C:** *Depression self-rating scale for children*; **EWSQ:** *the Exposure to War Stressors Questionnaire*; **GSE:** *Generalized Self-Efficacy Scale*; **HSCL-37A:** *Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents*; **ISPS:** *Impact on School Performance scale*; **MADRS-S:** *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, self assessment*; **MHC-SF:** *Mental Health Continuum-Short Form*; **SDQ:** *Strengths and Difficulties Questionnaire*; **SDQP:** Vanhemmille suunnattu SDQ; **PDEQ-8:** *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*; **PTSD-R:** *UCLA PTSD Reaction Index*; **RCMAS:** *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*; **R-IES:** *Children's Revised Impact of Event Scale*; **TGIC:** *Traumatic Grief Intervention for Children*.

Pohjoismaiset vaikuttavuustutkimukset

Durbeej ym., 2024: Alun perin klusterisatunnaistetuksi vertailukokeeksi (cRCT) suunniteltu tutkimus muutettiin toteutettavuustutkimukseksi osallistujamäärien jäätyä pieniksi. Tavoitteena oli arvioida TRT-menetelmän vaikutuksia hiljattain maahan tulleilla yläkoululaisilla, joilla oli PTSD-oireita, sekä menetelmän käytännön toteutettavuutta kouluympäristössä. Tutkimukseen rekrytoitiin monietnisiä kouluja, joissa vähintään 30 prosenttia oppilaista oli ei-ruotsalaistaustaisia. Mukaanottokriteereinä olivat enintään kuusi vuotta Ruotsissa asuminen, CRIES-8-pistemäärä suurempi kuin 17 sekä se, ettei nuori ollut samanaikaisessa mielenterveysterapian piirissä. Kaikkiaan 531 oppilaasta 61 täytti kriteerit. TRT-interventioon osallistui 55 koululaista, joista 49 sisältyi lopullisiin analyysihin. Keskimääräinen osallistujan ikä oli 15,5 vuotta, ja yleisin muuttosyy oli sodan pakeneminen (51 %). Vaikuttavuutta arvioitiin ennen–jälkeen-asetelmalla (alkumittaus, loppumittaus, 3 kk:n seurantamittaus) käyttäen kahta opiskelijamittaria: CRIES-8 (PTSD-oireet) ja SDQ *total difficulties* (psykososiaaliset vaikeudet). PTSD-oireet vähenivät erittäin merkitsevästi ajan myötä ($p < 0,001$), ja samankaltainen mutta maltillisempi muutos havaittiin SDQ-pisteissä ($p < 0,001$). Kolmen kuukauden seurannassa luokitelluista oppilaista 35 prosenttia täytti kliinisen toipumisen kriteerit PTSD-oireiden osalta ja 20 prosenttia psykososiaalisten vaikeuksien osalta. Sukupuoli, ikä tai muuttosyy eivät olleet yhteydessä hoitovasteeseen. Tutkimuksen vahvuutena oli intervention toteuttaminen autenttisessa kouluympäristössä ja kahden seuranta-ajankohdan käyttö. Rajoitteita olivat vertailuryhmän puuttuminen, pieni otoskoko, kyselyiden (erityisesti SDQ:n ja CRIES-8:n) vaikea ymmärrettävyys osallistujille sekä se, ettei vanhemmille suunnattuihin tapaamisiin osallistunut ketään. Lisäksi ohjelman toteutettavuutta heikensivät koulujen vaihteleva sitoutuminen ja pandemian aiheuttamat keskeytykset. Tutkijat korostivat tulevaisuuden tutkimuksissa tärkeänä koulujen varhaisempaa sitouttamista, paikallisen koordinaattorin tarvetta sekä kannustimien tarjoamista myös verokkikouluille.

Sarkadi ym., 2018: Ruotsalainen kvasikokeellinen tutkimus arvioi TRT-ryhmämenetelmän vaikutuksia ilman huoltajaa saapuneille pakolaisnuorille, joilla oli traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) oireita. Ohjelma toteutettiin nuorten arkiympäristöissä, kuten ryhmäkodeissa ja kouluissa, tavallisen henkilöstön avulla. Tavoitteena oli selvittää menetelmän vaikutus PTSD- ja masennusoireisiin sekä nuorten kokemukset ohjelmasta. Tutkimukseen seulottiin 139 nuorta, joista 126 täytti PTSD-oireiden kriteerit. Menetelmän aloitti 60 nuorta, ja lopulliseen analyysiin hyväksyttiin 46 osallistujaa (93 % poikia, keski-ikä 16 vuotta). Oireita mitattiin ennen ohjelmaa ja sen jälkeen kahdella itsearviointilomakkeella (CRIES-8 ja MADRS-S). Kontrolliryhmää ei ollut, joten tuloksia verrattiin kuvailevasti aiemmissa tutkimuksissa raportoituun luonnolliseen paranemiseen. Tulokset osoittivat TRT-ryhmän sisäistä tilastollisesti merkitsevää oireiden vähenemistä: PTSD-oireet ($d = 0,49$) ja masennusoireet ($d = 0,44$). PTSD-oireista 22 prosenttia ja masennusoireista 33 prosenttia luokiteltiin toipuneiksi ohjelman jälkeen. Erityisesti nuoret, joilla oli alussa itsetuhoisia ajatuksia, hyötyivät masennusoireiden osalta selvästi enemmän (noin kymmenkertainen todennäköisyys oireiden vähenemiseen). Ohjelman aikana 62 prosenttia osallistujista koki kielteisiä elämäntapahtumia, mikä korostaa tulosten merkitystä. Nuorten kokemukset olivat pääosin myönteisiä: he kuvasivat saaneensa sosiaalista tukea, ymmärrystä omille reaktioilleen ja konkreettisia keinoja oireiden hallintaan, kuten hengitys- ja rentoutusharjoituksia. Tutkimuksen vahvuutena oli menetelmän käyttö arkiympäristössä, mikä lisää käytännön sovellettavuutta. Rajoituksena oli vertailuryhmän puuttuminen, mikä heikentää vaikutusten varmuutta.

Solhaug ym., 2023: Norjalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa selvitettiin, voiko TRT-menetelmä lisätä elämäntyytyväisyyttä yksin tulleiden turvapaikanhakija- ja pakolaisnuorten keskuudessa. Tutkimus toteutettiin 15 turvapaikka- ja lastensuojeluyksikössä eri puolilla Norjaa. Kohderyhmänä olivat vuosina 2015–2016 maahan saapuneet nuoret, jotka puhuivat daria, paštua, arabiaa, tigrinjaa tai somalia. PTSD-oireet seulottiin CRIES-8-mittarilla, ja TRT:hen kutsuttiin nuoret, joiden pistemäärä oli vähintään 17. Lopulliseen otokseen kuului 147 nuorta (88 % poikia, keski-ikä 16,6 vuotta), joista kaksi kolmasosaa oli Afganistanista.

Elämäntyytyväisyyttä mitattiin *Cantril Ladder* -asteikolla (0–10) ennen ohjelmaa, kaksi viikkoa sen jälkeen ja kahdeksan viikon seurantamittauksessa. Kontrolliryhmää ei ollut, joten muutoksia arvioitiin ennen–jälkeen-asetelmalla. Tulokset analysoitiin lineaarisilla sekamalleilla, ja iän ja sukupuolen vaikutukset kontrolloitiin. Tulokset osoittivat tilastollisesti merkitsevää kasvua elämäntyytyväisyydessä: alkumittauksesta loppumittaukseen ($p < 0,01$, $d = 0,25$) ja edelleen seurantaan ($p < 0,01$, $d = 0,37$). Myönteinen arvio TRT:stä ja osallistumiskertojen määrä liittyivät suurempaan kasvuun. Turvapaikkastatus oli merkittävä tekijä: oleskeluluvan saaneilla elämäntyytyväisyys nousi selvästi ($d = 0,34$ – $0,44$), kun taas lupaa odottavilla muutokset eivät olleet merkitseviä. Ryhmien väliset erot olivat suuria oleskeluluvan saaneiden hyväksi (esim. jälkimittauksessa $d = -1,66$). Johtopäätöksenä on, että TRT voi parantaa elämäntyytyväisyyttä, mutta vaikutus näyttää riippuvan turvapaikkaprosessin epävarmuudesta. Menetelmä on jo muokattu huomioimaan tähän liittyvät stressitekijät. Koska vastaavia tutkimuksia on vähän, tarvitaan lisää korkealaatuista tutkimusta tulosten vahvistamiseksi.

Solhaug ym., 2025: Norjassa toteutettu eksploratiivinen pitkittäistutkimus oli osa laajempaa *Coping among Asylum-Seeking and Refugee Minors* -hanketta. Tutkimuksessa tarkasteltiin elämäntyytyväisyyden, minäpystyvyyden ja depressiivisten oireiden keskinäisiä yhteyksiä ilman huoltajaa maahan tulleilla turvapaikanhakija- ja pakolaisnuorilla noin 3,5 kuukauden ajanjaksolla sekä sitä, miten nämä muuttajat liittyivät TRT-ryhmäinterventioon. Osallistujat rekrytoitiin neljästä vastaanottokeskuksesta ja seitsemästä kunnasta, joihin oleskeluluvan saaneita oli sijoitettu. Mukaan pääsi 120 nuorta (86 % poikia, keski-ikä 17,2 vuotta), joista 61 prosenttia oli Afganistanista. Kaikilla oli kliinisen tason PTSD-oireita (CRIES-8 > 17), eikä kukaan ollut aiemmin osallistunut TRT:hen. Mittaukset tehtiin viikko ennen interventiota ja noin kahdeksan viikkoa sen jälkeen. Elämäntyytyväisyyttä mitattiin *Cantril Ladder* -asteikolla (0–10), minäpystyvyyttä lyhyellä *Generalized Self-Efficacy Scale* -versiolla (5–20) ja depressiivisiä oireita MADRS-S:llä (0–54). Tilastollinen analyysi tehtiin ristiviivepaneelimallilla (CLPM). Elämäntyytyväisyys kasvoi merkitsevästi alkumittauksesta seurantaan ($p < 0,01$, $d = 0,54$) ja depressiiviset oireet vähenivät ($p < 0,01$, $d = 0,43$), kun taas minäpystyvyys pysyi keskimäärin muuttumattomana. Oleskelulupa oli merkittävä taustatekijä: luvan saaneilla oli aluksi suurempi elämäntyytyväisyys ja minäpystyvyys sekä pienemmät depressiiviset oireet. Ristiviiveanalyysi osoitti, että suurempi elämäntyytyväisyys ennen interventiota ennusti myöhempää minäpystyvyyttä ja pienempiä depressiivisiä oireita, mutta ei päinvastoin. Kaikki kolme muuttujaa oli suhteellisen pysyviä ajassa ja kehittyi samansuuntaisesti: kun elämäntyytyväisyys lisääntyi, minäpystyvyys kasvoi ja depressiiviset oireet vähenivät. Koska tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää, muutoksia ei voida suoraan liittää TRT-menetelmään, mutta tulokset viittaavat siihen, että elämäntyytyväisyys voi parantua lyhyessä ajassa ja liittyä parempiin mielenterveyden tuloksiin. Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta elämäntyytyväisyyden roolista resilienssin vahvistajana yksin tulleilla nuorilla.

Korkean tulotason maiden vaikuttavuustutkimukset

Ehntholt ym., 2005: Britanniassa toteutettiin Lontoon julkisissa kouluissa kvasikokeellinen vertailututkimus, jossa selvitettiin, voidaanko lyhyt, manuaaliin perustuva kognitiivis-behavioraalinen TRT-menetelmä toteuttaa koulussa ja auttaako se pakolaislapsia, joilla oli PTSD-oireita useiden sodan aiheuttamien traumaattisten kokemusten vuoksi. Tutkimukseen osallistui 26 lasta (11–15-vuotiaita), jotka opettajat olivat valinneet psykologisten ongelmien perusteella. Lapset jaettiin TRT-ryhmään ($n = 15$) ja jonotuslistakontrolliryhmään ($n = 11$), mutta ryhmäjako ei ollut satunnaistettu. Hoitoryhmä sai kuusi viikoittaista tunnin mittaista ryhmäistuntoa, mikä poikkesi manuaalin viidestä 90 minuutin istunnosta. Vastemuuttujina olivat lasten itse raportoimat PTSD-oireet (R-IES), masennus (DSRS) ja ahdistus (RCMAS) sekä opettajien arvioimat psykososiaaliset vaikeudet (SDQ). Ryhmien välisiä eroja arvioitiin kovarianssianalyysillä (ANCOVA). Tulokset osoittivat, että TRT-hoitoryhmä parani merkittävästi heti ohjelman jälkeen verrattuna kontrolliryhmään, joka ei parantunut odotusaikana. PTSD:n kokonaisuoreiden vakavuus väheni erittäin merkitsevästi ryhmien välillä ($p = 0,003$) ja hoitoryhmän sisällä ($p = 0,011$). Traumaan liittyvät

mieleen tunkevat oireet, kuten takauamat ja painajaiset, laskivat erityisen selvästi ($p = 0,002$), ja ero ryhmien välillä oli erittäin merkitsevä ($p = 0,005$). Myös kokonaisahdistuksessa havaittiin merkitsevä ero ryhmien välillä ($p = 0,018$). Opettajien arvioimissa psykososiaalisissa vaikeuksissa ja emotionaalisissa oireissa TRT-ryhmässä tapahtui merkitsevä lasku (kokonaisvaikeudet: $p = 0,027$; emotionaaliset oireet: $p = 0,010$). Masennuksessa tai välttelyoireissa ei havaittu merkitseviä eroja ryhmien välillä. Kahden kuukauden seurantamittaukset tehtiin vain pienelle osajoukolle ($n = 8$), eivätkä TRT:n positiiviset vaikutukset säilyneet, vaan oirepisteet palasivat lähelle alkumittautasoa. Tutkimus osoitti vain lyhytaikaista vaikutusta PTSD-oireiden ja käyttäytymisvaikeuksien vähenemiseen. Tutkijat päättelivät, että kuuden istunnon tiivistetty ohjelma oli todennäköisesti riittämätön ja suosittelevat tulosten pysyvyyden varmistamiseksi jatkossa lisäistuntoja sekä ohjelmaan kuuluvia vanhemmille suunnattuja rinnakkaisia istuntoja, joita tässä ei toteutettu.

Ooi ym., 2016: Australiassa toteutettiin klusterisatunnaistettu vertailukoetutkimus, jossa käytettiin asetelmaa esitesti – jälkitesti – kolmen kuukauden seuranta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka tehokas TRT-menetelmä on parantamaan tunne-elämää ja käyttäytymistä sota-alueilta Australiaan muuttaneilla lapsilla. Menetelmä toteutettiin kouluympäristössä 11 koulussa Perthin metropolialueella. Osallistujien tuli ilmoittaa altistuneensa sodalle tai väkivallalle, olla asunut Australiassa alle seitsemän vuotta ja saada lievä tai kohtalainen PTSD-pistemäärä (4–38) UCLA PTSD *Index* -mittarilla. Poissulkukriteerejä olivat kliininen PTSD-taso (≥ 38 pistettä), rajallinen englannin taito ja käynnissä oleva psykologinen hoito. Tutkimukseen osallistui 82 lasta (pääosin 10–17-vuotiaita), jotka satunnaistettiin kouluittain TRT-ryhmään ($n = 45$) tai jonotuslistakontrolliin ($n = 37$). Tulokset analysoitiin tilastollisilla menetelmillä, jotka huomioivat koulujen ja oppilaiden ryhmittäisen rakenteen, ja lisäksi tarkasteltiin, oliko havaittu muutos oireissa luotettavaa eikä sattumanvaraista. Vastemuuttajina olivat PTSD-oireet (CRIES-13), masennus (DSRS), sisäänpäin ja ulospäin suuntautuvat ongelmat (HSCL-37A) sekä psykososiaalinen toimintakyky (SDQ). Useimmat mittaukset olivat itsearviointeja, mutta toimintakykyä arvioivat vanhemmat. Masennusoireet vähenivät TRT-ryhmässä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin kontrolliryhmässä ($p = 0,024$, $\eta^2_p = 0,07$), ja tämä ero säilyi kolmen kuukauden seurannassa ($p = 0,001$, $\eta^2_p = 0,20$). PTSD-oireiden väheneminen oli havaittavissa, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi suurempaa kuin kontrolliryhmässä ($p = 0,081$, $\eta^2_p = 0,04$). Myöskään käyttäytymisen tai psykososiaalisen toimintakyvyn osalta ei havaittu merkittäviä eroja ryhmien välillä. Kun jonotuslistalla olleet saivat menetelmän viiveellä, heidän tuloksensa eivät parantuneet tilastollisesti merkitsevästi. Tutkijat päättelivät, että TRT:stä voi olla hyötyä erityisesti masennusoireiden lievittämisessä, mutta se ei osoittanut vaikutusta PTSD-oireisiin tai muihin tutkittuihin tuloksiin verrattuna kontrolliryhmään. Tulosten puuttuminen PTSD:n osalta saattoi johtua pienestä otoskoosta tai lyhyestä menetelmäkestosta. Jatkossa suositellaan pidempää interventiota ja vertailua aktiiviseen kontrolliryhmään.

Matalan tulotason ja keskitulotason maiden vaikuttavuustutkimukset

Barron ym., 2013: Satunnaistetussa vertailukoetutkimuksessa arvioitiin TRT-menetelmän vaikuttavuutta olosuhteissa, joissa lapset elävät jatkuvan väkivallan ja konfliktin keskellä. Tutkimus toteutettiin Palestiinassa, ja siinä verrattiin TRT-ryhmää kontrolliryhmään, joka sai tavanomaista koulun terveysneuvontaa. Lisäksi tarkasteltiin menetelmän toteutuksen uskollisuutta ja osallistujien kokemuksia. Tutkimus toteutettiin useissa Länsirannan kouluissa 11–14-vuotiaille oppilaille 2010-luvun alussa. Mukaan valittiin korkean PTSD-oireilun perusteella (CRIES-13 ≥ 17), ja jokaisesta luokasta otettiin mukaan 10 korkeimmat PTSD-pisteet saanutta oppilasta. Kuraattorit satunnaistivat tutkimusryhmät. Alkuperäinen otos oli 140 oppilasta (90 lasta koeryhmässä, 50 lasta kontrolliryhmässä). Tutkimuksessa mitattiin PTSD-oireita (CRIES-13), masennusta (DSRS), traumaattista surua (*Traumatic Grief Intervention for Children*, TGIC), vaikutuksia koulusuoriutumiseen (*Impact on School Performance scale*, ISPS) ja yleistä mielenenterveyttä (*The Strength and Difficulties Questionnaire*, SDQ) sekä altistusta sotaan liittyville tapahtumille (*the Exposure to War Stressors Questionnaire*, EWSQ). Mittaukset tehtiin ennen ja jälkeen TRT-ryhmän, ja tiedot kerättiin oppilailta,

vanhemmilta ja opettajilta. Vanhempien ja opettajien SDQ-arvioiden luotettavuus jäi heikoksi ($\alpha = 0,19$ ja $\alpha = 0,46$), minkä vuoksi ne jätettiin pois lopullisista analyyseistä. Tulokset osoittivat, että TRT-ryhmään osallistuneilla psyykkiset oireet vähenivät tilastollisesti merkittävästi ennen–jälkeen-mittauksessa. Kontrolliryhmässä ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. Ryhmien väliset efektikoot olivat suuria useilla mittareilla (PTSD: $d = 0,76$; masennus: $d = 1,24$; mielenterveysvaikeudet: $d = 0,90$; traumaattinen suru: $d = 0,96$) mutta koulusuoriutumisen osalta vähäisempiä ($d = 0,35$). Sukupuoli, ikä tai koulutyyppi eivät vaikuttaneet hyötyyn. Oppilaiden kokemukset ohjelmasta olivat erittäin myönteisiä, ja kuraattorit pitivät ohjelmaa laadukkaana ja ammatillisesti kehittäväenä. Toteutuksen uskollisuus oli hyvä, vaikka sisältöä mukautettiin osin oppilaiden tarpeisiin. Tutkimus osoitti, että TRT-malli voi olla tehokas PTSD-oireiden, masennuksen ja traumaattisen surun vähentämisessä konfliktialueen lapsilla, mutta monet oppilaat olisivat tarvinneet pidempikestoista tukea. Menetelmäuskollisuuden seuranta lisäsi tietoa menetelmän mukauttamistarpeista konteksteissa, joissa lapset altistuvat jatkuvalle väkivallalle.

Diab ym., 2015: Tutkimus toteutettiin Gazassa satunnaistetulla vertailuasetelmalla, jossa satunnaistaminen tehtiin koululuokittain TRT-menetelmä- ja kontrolliryhmiin. Pää tavoitteena oli selvittää, kuinka tehokas TRT-menetelmään perustuva psykososiaalinen ohjelma on lisäämään resilienssiä palestiinalaislapsilla, jotka olivat altistuneet merkittävälle sodan traumalle. Resilienssi määriteltiin tässä tutkimuksessa hyväksi mielenterveystasoksi (psykososiaalinen hyvinvointi ja prososiaalinen käyttäytyminen) huolimatta traumaattisista kokemuksista. Lisäksi tarkasteltiin, moderoivatko perhetekijät (äidin kiintymyssuhdevalmius ja perheilmapiiri) menetelmän vaikutusta. Tutkimus toteutettiin Gazan sodan (2008/2009) jälkeen. Mukaan valittiin 10–13-vuotiaita lapsia, jotka olivat altistuneet sodan traumalle. Suunniteltu otoskoko oli 500, ja lopullinen otos oli 482 lasta (242 lasta koeryhmässä, 240 lasta kontrolliryhmässä). Seurannan aikana 16 prosenttia osallistujista putosi pois, poisjääneissä pojat olivat yliedustettuina. Trauma-altistus mitattiin 14 traumaattisen tapahtuman summamuuttujalla. Resilienssiä arvioitiin positiivisilla mielenterveyden indikaattoreilla: psykososiaalinen hyvinvointi (MHC-SF) ja prososiaalinen käyttäytyminen (SDQ:n alaskaala). Perhetekijöitä mitattiin erillisillä mittareilla. Tulokset osoittivat, että TRT ei lisännyt resilienssiä sodalle altistuneilla lapsilla. Kuuden kuukauden seurannassa menetelmäryhmässä oli tilastollisesti merkitsevästi vähemmän lapsia, jotka ylsivät prososiaalisen käyttäytymisen normaaliin tasoon kuin kontrolliryhmässä ($RR = -0,50$; 95 % lv $-0,80$ – $-0,20$). Tutkijat arvioivat, että tämä negatiivinen tulos oli todennäköisesti satunnaisvaihtelua, sillä prososiaalisen käyttäytymisen tasossa ei havaittu merkittävää muutosta. Myöskään perhesuhteiden laadulla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta menetelmän tehoon. Johtopäätöksissä todettiin, että menetelmän tehottomuutta voivat osin selittää Gazan olosuhteet: pitkäaikainen sotilaallinen piiritys, jatkuva väkivalta ja kansainvälinen boikotti estivät perheitä palaamasta normaaliin elämään sodan jälkeen, mikä saattoi heikentää resilienssin vahvistumista.

Pityaratstian ym., 2015: Thaimaassa toteutetun satunnaistetun vertailukoetutkimuksen tavoitteena oli testata TRT-menetelmästä mukautetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) tehoa lapsilla ja nuorilla, joilla oli posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD) tsunamin jälkeen. PTSD on tunnettu ja toimintakykyä heikentävä seuraus luonnonkatastrofeista, ja tutkimuksella pyrittiin sopeuttamaan hoito tilanteeseen, jossa mielenterveysresurssit olivat rajalliset. Tutkimus suoritettiin sisäoppilaitoksessa yli neljä vuotta vuoden 2004 tsunamin jälkeen. Tutkimukseen osallistui yhteensä 36 lasta ja nuorta, jotka olivat 10–15-vuotiaita. Tutkittavien mukaanottokriteerinä oli lastenpsykiatrien kliinisellä haastattelulla vahvistettu DSM-IV-TR:n mukainen ensisijainen PTSD-diagnoosi. Tutkimuksesta suljettiin pois ne, joilla oli kehitysvammaisuus, laaja-alaisia kehityshäiriöitä, psykoottisia oireita tai psykiatrinen lääkitys. Osallistujat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään: 18 lasta koeryhmään ja 18 lasta jonotuslistakontrolliryhmään. TRT-menetelmä oli lyhennetty kolmipäiväiseksi (kaksi tuntia päivässä) ja modifioitu niin, että ryhmää seurasi kuukauden mittainen oireiden itsearviointi ja päivittäiset kotitehtävät. Vastemuuttujina käytettiin itsearviointiasteikkoja, joilla mitattiin PTSD-oireiden vakavuutta: *Children Revised Impact of Events Scale* (CRIES) ja *UCLA PTSD Reaction Index* (PTSD-RI). Sokkoutetut arvioijat tekivät mittaukset lähtötilanteessa,

välittömästi hoidon jälkeen ja kuukauden seurantamittauksessa. Ryhmien välisiä eroja analysoitiin kovarianssianalyysillä, joka kontrolloi lähtötilanteen oirevakavuuden. Heti hoidon päätyttyä ei löytynyt selkeää eroa PTSD-oireiden määrässä TRT-hoitoa saaneiden ja jonotuslistalla olleiden lasten välillä (CRIES ja PTSD-RI: $p > 0,05$). Toisin sanoen hoito ei näyttänyt heti tehonneen. Sen sijaan kuukauden kuluttua tilanne oli toinen. TRT-ryhmän lapset ja nuoret olivat toipuneet PTSD-oireista selvästi enemmän kuin jonotuslistaryhmän lapset (CRIES: $p < 0,05$; $d = 0,69$; PTSD-RI: $p < 0,05$; $d = 0,41$). Lisäksi kahdeksalla TRT-ryhmän 18 osallistujasta PTSD-diagnoosi ei enää täytynyt CRIES-mittarin raja-arvon perusteella kuukauden seurannassa, kun taas jonotuslistaryhmässä vastaava luku oli 1/18. Hoidon vaikutus oli heti hoidon jälkeen pieni (CRIES: $d = 0,24$; PTSD-RI: $d = 0,21$), mutta kuukauden kuluttua keskiuuri (CRIES: $d = 0,69$). Tutkijat päättelivät, että lyhyt ja koulussa toteutettu ryhmämuotoinen TRT-hoito voi olla tehokas tapa hoitaa tsunamin kokeneiden lasten ja nuorten PTSD-oireita. Tulokset korostavat erityisesti kotitehtävien ja oireiden seurannan tärkeyttä paranemisen kannalta. Tällainen lyhytkestoinen malli voi olla käyttökelpoinen etenkin silloin, kun mielenterveyspalvelujen resurssit ovat rajalliset.

Punamäki ym., 2021: Tutkimus oli laajemman satunnaistetun menetelmätutkimuksen toissijainen analyysi ($N = 325$ perhettä), jossa tarkasteltiin perhejärjestelmätyyppien yhteyttä TRT-ryhmämenetelmän vaikuttavuuteen sodan kokeneilla 10–13-vuotiailla lapsilla Gazassa. Perhejärjestelmätyypit (turvalliset ja positiiviset, turvattomat ja negatiiviset, ristiriitaiset sekä kohtalaisen turvalliset ja neutraalit suhteet) oli tunnistettu aiemmin klusterianalyysillä. Tutkimuksessa verrattiin menetelmä- ja vertailuryhmää kolmessa mittauspisteessä (lähtötilanne, 3 kk ja 6 kk). Tutkimuksen vastemuuttajat olivat lasten itse ilmoittamat posttraumaattisen stressin oireet (CRIES-13), tunne- ja käytöshäiriöt (SDQ), positiiviset voimavarat (MHC-SF) sekä prososiaalinen käyttäytyminen (SDQ). Vanhemmat ilmoittivat demografiset muuttajat. Tuloksia tarkasteltiin kolmen vaikutusmallin kautta: kompensatorinen vaikutus (menetelmä hyödyttää erityisesti lapsia, joiden perhe ympäristö tarjoaa vähän tukea), additiivinen vaikutus (menetelmän ja myönteisen perhe ympäristön yhteisvaikutus) sekä suojaava vaikutus (turvallinen perhe ympäristö vähentää intervention lisähyötyä). Perhejärjestelmän tyyppi oli merkittävä tekijä menetelmän vaikuttavuudessa, ja menetelmän ja perhetyyppien välillä havaittiin merkitseviä yhteyksiä lasten tunneongelmiin ja positiivisiin voimavaroihin (molemmissa $p < 0,01$). Tulokset tukivat erityisesti kompensatorista vaikutusta: TRT-menetelmä hyödytti eniten lapsia, joilla perhesuhteet olivat turvattomat ja negatiiviset. Näillä lapsilla tunneongelmat vähenivät tasaisesti lähtötilanteesta seurantaan, ja positiiviset voimavarat lisääntyivät menetelmän jälkeen, vaikka vaikutus heikkeni seurannassa. Vastaava mutta lyhytkestoisempi voimavarojen kasvu havaittiin lapsilla, joilla perhesuhteet olivat ristiriitaiset. Suojaava vaikutus tuli esiin tunneongelmien osalta. Lapsilla, joilla oli turvalliset ja positiiviset perhesuhteet, tunneongelmat vähenivät menetelmäryhmässä, mutta samankaltainen väheneminen havaittiin myös vertailuryhmässä lapsilla, joiden perhesuhteet olivat turvalliset tai kohtalaisen turvalliset. Tämä viittaa siihen, että myönteinen perhe ympäristö oli yhteydessä oireiden lievittymiseen myös ilman psykososiaalista interventiota. Additiivinen vaikutus sai vain rajallista tukea, sillä menetelmä ei johdonmukaisesti lisännyt hyötyä lapsilla, joilla perheolosuhteet olivat jo valmiiksi myönteiset. Menetelmällä oli merkitsevä päävaikutus: PTSD-oireet vähenivät ja prososiaalinen käyttäytyminen lisääntyi menetelmäryhmässä verrattuna vertailuryhmään. Lisäksi perhetyypeillä oli vahva päävaikutus lasten tunneongelmiin, käytösoireisiin, positiivisiin voimavaroihin ja prososiaaliseen käyttäytymiseen (kaikissa $p < 0,0001$). Lasten traumaattiset sotakokemukset eivät olleet merkitsevä kovariaatti.

Qouta ym., 2012 ja erratum Qouta ym., 2018: Tutkimus toteutettiin Gazassa suuren sodan jälkeen klusterisatunnaistetulla vertailukoeasetelmalla. Siinä arvioitiin TRT-menetelmän vaikutusta sodasta kärsineiden 10–13-vuotiaiden palestiinalaislasten mielenterveyteen sekä sitä, vaikuttaako lasten traumatilanteessa kokema dissosiaatio menetelmän hyötyyn. Tutkimukseen osallistui 482 lasta (49 % tyttöjä, 51 % poikia), jotka satunnaistettiin koululuokittain TRT-ryhmään ($n = 242$) tai jonotuslistakontrolliin ($n = 240$). Kontrolliryhmä sai ohjelman kuuden kuukauden kuluttua. Oireita mitattiin lasten itsearvioina kolmessa

vaiheessa: lähtötilanteessa, heti ohjelman jälkeen ja kuuden kuukauden seurannassa. Keskeisiä mittareita olivat PTSD-oireet (CRIES), masennusoireet (DSRS) ja psykologinen ahdistus (SDQ). Dissosiaatio mitattiin vain lähtötilanteessa. Alkuperäiset analyysit viittasivat siihen, että TRT hyödytti erityisesti tyttöjä ja niitä, joilla oli matala dissosiaatiotaso. Myöhemmin tehty korjausanalyysi, jossa huomioitiin useiden vertailujen vaikutus Bonferronin menetelmällä, kuitenkin osoitti, että tilastollinen merkitsevyys hävisi (luottamusväli 99,88 %). Luottamusvälit sisälsivät silti kliinisesti merkittäviä muutoksia, kuten noin 10 pisteen laskun PTSD-oireissa tytöillä. TRT-ryhmässä ei havaittu yksilötason heikkenemistä, kun taas kontrolliryhmässä PTSD-oireet hieman pahenivat (2 %). Tutkijat päättelivät, että TRT:n tehokkuus oli vaatimaton verrattuna joihinkin muihin vastaaviin tutkimuksiin. Tulokset korostavat dissosiaation merkitystä riskitekijänä ja tarvetta seuloa osallistujat etukäteen sekä räätälöidä menetelmiä erityisesti niille, joilla on korkea dissosiaatiotaso. Tulokset ovat yleistettävissä lähinnä tilanteisiin, joissa lapset ovat kokeneet laajamittaista sotilaallista väkivaltaa.

Yavna ym., 2024: Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan helmikuussa 2022 lisäsi tarvetta tarjota nopeasti traumatukea isolle joukolle ukrainalaisia lapsia ja nuoria. Ukrainassa toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida *Teaching Recovery Techniques* (TRT) -menetelmän vaikuttavuutta tilanteessa, jossa lapset ja nuoret altistuivat laajamittaiselle sodan aiheuttamalle traumalle Venäjän hyökkäyksen jälkeen vuonna 2022. Tutkimuksessa arvioitiin myös maantieteellisen riskitason ja pakolaisuuden vaikutusta PTSD-oireisiin. Tutkimus toteutettiin laajana kenttäprojektina, jossa koulutettiin nopeasti 200 ukrainalaista psykologia TRT-ohjaajiksi. Koulutetut ohjaajat tarjosivat pareittain maksuttomia TRT-ryhmiä 7–23-vuotiaille lapsille ja nuorille Ukrainassa ja ulkomailla. Ryhmiä toteutettiin verkossa tai kasvotusten, ja ne sisälsivät 4–6 tapaamista, joista jokainen oli kestoltaan 90 minuuttia. Ryhmiin osallistuminen oli maksutonta, eikä osallistujia valikoitu oireiden perusteella. Ryhmän vaikuttavuutta arvioitiin ennen–jälkeen-asetelmalla. Keskeisenä mittarina käytettiin PTSD-oireita mittaavaa CRIES-8-kyselyä, joka täytettiin ennen TRT-menetelmän käyttöä ja heti sen jälkeen (PTSD:n todennäköisyyden raja-arvo: $\geq 17/40$). Kyselyn neljä kysymystä mittasivat mieleen tunkeutuvia oireita ja neljä välttelyoireita. Kyselyssä selvitettiin myös ikä, sukupuoli, asuinpaikan sodan riski ja muuttaminen. Kaikkiaan 6 877 lasta tai nuorta osallistui TRT-ryhmiin. Alkukyselyyn vastasi 4 511 osallistujaa ja loppukyselyyn 2 737. Lopullisen tutkimusotoksen muodostivat 1 798 osallistujaa, jotka olivat täyttäneet sekä alku- että loppumittauksen ja joiden tulokset olivat luotettavasti liitettävissä maantieteelliseen aineistoon. Osallistujat jaettiin kolmeen sodan riskitasoon (matala, korkea tai erittäin korkea riski) asuinpaikan perusteella. Riskin arvioinnissa huomioitiin, oliko osallistuja pysynyt paikkakunnallaan, muuttanut saman riskitason sisällä, muuttanut eri riskitason alueelle vai muuttanut ulkomaille. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että todennäköinen PTSD oli yleisempää tytöillä (65 %) kuin pojilla (52 %, $p < 0,001$) ja että oireilu väheni iän myötä erityisesti pojilla. TRT-menetelmä tulkittiin vaikuttavaksi sillä 68 prosentilla osallistujista, joka alkukyselyssä sai 17 pistettä tai enemmän (/40 p) ja joka ei täyttänyt PTSD-kriteerejä menetelmän jälkeisessä kyselyssä. Hyöty oli suurin 11–14-vuotiailla (pojilla 78 %, tytöillä 73 %). Ohjaajien kokemuksen karttuessa hyötyprosentti kasvoi merkittävästi ($p < 0,00001$). Verkko- ja lähiryhmien tulokset olivat samankaltaisia. Muutto pois erittäin suuren riskin alueelta pienemmän riskin alueelle tai ulkomaille ei lisännyt TRT-menetelmästä saatavaa hyötyä. Hyötyprosentti oli suurempi niillä, jotka pysyivät erittäin korkean riskin alueella mutta muuttivat sen sisällä (pojat 91 %, tytöt 92 %), verrattuna niihin, jotka eivät muuttaneet lainkaan (pojat 60 %, tytöt 55 %). Ulkomaille muuttaminen ei lisännyt hyötyä verrattuna paikallaan pysymiseen riippumatta siitä, oliko lähtöalue suuren vai pienen riskin alue. Yhteenvetona tutkimus osoitti, että TRT voidaan ottaa käyttöön nopeasti, laajasti ja kustannuksiltaan edullisesti myös kriisitilanteessa ja sillä voidaan saavuttaa merkittävä lyhyen aikavälin hyöty lasten ja nuorten PTSD-oireiden vähentämisessä. Ohjelman vaikuttavuus oli hyvä sukupuolesta, iästä, asuinalueesta ja toteutustavasta riippumatta. Tutkimus osoittaa myös, että pelkkä fyysinen siirtyminen turvallisemmalle alueelle ei automaattisesti vähennä PTSD-oireita tai paranna TRT-menetelmän vaikuttavuutta. Psykologinen tuki ja TRT-ohjelman laatu sekä fasilitaattorien kokemus vaikuttivat enemmän kuin maantieteellinen sijainti. Rajoituksena oli, että sodan sekavuus vaikeutti kaikkien kyselyvastausten keräämistä ja että tutkimuksessa ei

seurattu vaikutuksia vaan jälkeen-mittaus suoritettiin välittömästi ryhmän päätyttyä. Pitkäaikaisia vaikutuksia ei ole vielä tutkittu.

Taulukko 4. TRT-menetelmän vaikuttavuustutkimusten tulokset – ryhmien väliset efektikoot vertailuajankohdten välillä ja efektikokojen luottamusväli.

Vastemuuttuja (mittari)	Vertailuajankohdat	p-arvo	Ryhmien välinen efektikoko	Efektikoon 95 %:n luottamusväli
Ehnholt ym., 2005				
PTSD-oireet (R-IES Total)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,003	Ei raportoitu	Ei raportoitu
PTSD-oireet (R-IES Intrusion)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,005	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Ylivireysoireet (R-IES Arousal)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,040	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Välttelyoireet (R-IES Avoidance)	Alkumittaus vs loppumittaus	Ei tilastollisesti merkitsevä	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Masennus (DSRS Total)	Alkumittaus vs loppumittaus	Ei tilastollisesti merkitsevä	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Ahdistus (RCMAS Total)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,018	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Psykososiaaliset vaikeudet (SDQ Total Difficulties)	Alkumittaus vs loppumittaus	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Emotionaaliset vaikeudet (SDQ Emotional symptoms)	Alkumittaus vs loppumittaus	Ei raportoitu	Ei raportoitu	Ei raportoitu
Diab ym., 2015			<i>b</i>	
Psykososiaalinen hyvinvointi (MHC-SF)	Alkumittaus vs loppumittaus (2 kk)	Ei raportoitu	-0,76	Ei raportoitu
	Alkumittaus vs 6 kk:n seurantamittaus	Ei raportoitu	-1,06	-5,48–3,35
Prososiaalinen käyttäytyminen (SDQ)	Alkumittaus vs loppumittaus (2 kk)	Ei raportoitu	-0,30	-0,74–0,13
	Alkumittaus vs 6 kk:n seurantamittaus	Ei raportoitu	-0,50	-1,03–0,04
Prososiaalisten lasten osuus (%) (SDQ)	Alkumittaus vs loppumittaus (2 kk)	0,017	RR = -0,15	-0,26–(-0,03)
	Alkumittaus vs 6 kk:n seurantamittaus	0,001	RR = -0,50	-0,80–(-0,20)
Pityaratstian ym., 2015			<i>d</i>	
PTSD-oireet (CRIES 13)	Alkumittaus vs loppumittaus	> 0,05	0,24	Ei raportoitu
PTSD-oireet (CRIES-13)	Alkumittaus vs 1 kk:n seurantamittaus	< 0,05	0,69	Ei raportoitu
PTSD-oireet (PTSD-RI)	Alkumittaus vs loppumittaus	> 0,05	0,21	Ei raportoitu
PTSD-oireet (PTSD-RI)	Alkumittaus vs 1 kk:n seurantamittaus	< 0,05	0,41	Ei raportoitu
Ooi ym., 2016			η^2_p	
PTSD (CRIES-13)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,081	0,04	Ei raportoitu
Masennus (DSRS)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,024	0,07	Ei raportoitu
Internalisoiva käyttäytyminen (HSCL-37A Internalizing)	Alkumittaus vs loppumittaus	> 0,05	0,00	Ei raportoitu
Ulkoistava käyttäytyminen (HSCL-37A Externalizing)	Alkumittaus vs loppumittaus	> 0,05	0,01	Ei raportoitu
Psykososiaalinen toimintakyky (SDQP Total difficulties)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,28	0,00	Ei raportoitu
Prososiaalinen käyttäytyminen (SDQP Prosocial, Vanhemman arvio)	Alkumittaus vs loppumittaus	0,07	0,00	Ei raportoitu

CRIES-13 (R-IES): Children's Revised Impact of Event Scale, **DSRS:** Total, Depression Self-rating Scale for Children, **HSCL-37A:** Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents, **MHC-SF:** Mental Health Continuum–Short Form, **PTSD-RI:** UCLA PTSD Reaction Index, **RCMAS:** Revised Children's Manifest Anxiety Scale, **SDQ:** Strengths and Difficulties Questionnaire, **SDQP:** Vanhemmille suunnattu SDQ.

Vaikuttavuustutkimusten luotettavuuden arviointi

Vaikuttavuustutkimusten pisteet viiden arvioitavan luotettavuuden osa-alueen osalta on esitetty taulukossa 4. Osa-alueiden yhteenvedot vaikuttavuustutkimuksista on kuvattu taulukon alla.

Taulukko 4. TRT-menetelmän vaikuttavuustutkimusten luotettavuus.

Vaikuttavuustutkimusartikkelin arvioitava luotettavuuden osa-alue						
Tutkimus	Mittaaminen	Tilastoanalyysit	Harhattomuus	Toistotarkkuus	Yleistettävyyys	Keskiarvo
Satunnaistetut vertailukoetutkimukset						
Barron ym., 2013	2,5 p	3 p	1,5 p	3,5 p	3,5 p	2,8 p
Diab ym., 2015	3,5 p	3,5 p	3,5 p	4 p	2,5 p	3,4 p
Ooi ym., 2016	3 p	3 p	3 p	3 p	3 p	3 p
Pityaratstian ym., 2015	2,5 p	3,5 p	4 p	2,5 p	2 p	2,9 p
Punamäki ym., 2021	2,5 p	2 p	2 p	4 p	2 p	2,5 p
Qouta ym., 2012; erratum Qouta ym., 2018	3 p	2,5 p	2,5 p	3 p	3 p	2,8 p
Kvasikokeelliset vertailututkimukset						
Ehnholt ym., 2005	1,5 p	1 p	1 p	2,5 p	1 p	1,4 p
Durbeej ym., 2024	1,5 p	2 p	1 p	1 p	1 p	1,3 p
Kvasikokeelliset tutkimukset ilman vertailuryhmää						
Sarkadi ym., 2018	1,5 p	2 p	1 p	0 p	2 p	1,3 p
Solhaug ym., 2023	2 p	2 p	1 p	1 p	1 p	1,4 p
Solhaug ym., 2025	2,5 p	1,5 p	1 p	0 p	1 p	1,2 p
Yavna ym., 2024	2 p	1,5 p	1 p	2,5 p	1 p	1,6 p

p = pistettä. 0 p = ei raportoitu tai tutkittu, 1 p = heikko, 2 p = tyydyttävä, 3 p = hyvä, 4 p = erittäin hyvä.

Mittaaminen

Tutkimuksissa mittaamisen laatu vaihtelee lähes tyydyttävästä lähes hyvään (1,5–2,5 pistettä). Analysoiduista tutkimuksista kaksi (Diab ym., 2015; Qouta ym., 2012) saivat arvosanan hyvä tai lähes erinomainen (3–3,5 pistettä). Tutkimusten merkittävin ansio on se, että niissä käytetään johdonmukaisesti standardisoituja mittareita, joita on sovellettu kansainvälisesti toistettavissa olevissa vaikuttavuustutkimuksissa. Keskeisiä mittareita (kuten CRIES-13/8, DSRS, MADRS-S, MHC-SF) on käytetty traumaperäisten oireiden, masennuksen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin arviointiin. Lisäksi useimmissa tutkimuksissa on raportoitu mittareiden, erityisesti CRIES-13:n ja MHC-SF:n, hyvästä sisäisestä luotettavuudesta. Mittareiden mukauttaminen ja kääntäminen kansallisille kielille oli usein huomioitu. Merkittävin heikkous oli kuitenkin mittaamisen painottuminen lasten itsearviointiin. Monien mittareiden (kuten R-IES:n ja DSRS:n) psykometriset ominaisuudet eivät olleet vakiintuneet juuri pakolais- tai sota-alueiden populaatioille. Sokkouttamisen osalta tulokset olivat vaihtelevia: vain muutamissa RCT-tutkimuksissa osallistujat ja mittaajat olivat sokkoutettuja (mm. Pityaratstian ym., 2015; Qouta ym., 2012).

Tilastoanalyysit

Tilastoanalyysien laatu vaihtelee heikosta lähes erittäin hyvään (1–3,5 pistettä). Kolme tutkimusta (Barron ym., 2013; Diab ym., 2015; Pityaratstian ym., 2015) saivat arvosanan hyvä tai lähes erinomainen (3–3,5 pistettä). Tutkimuksissa on käytetty monipuolisesti tilastomenetelmiä. Vain harvassa tutkimuksessa oli tehty riittävä voimalaskelma. Useat tutkimukset kärsivät pienestä otoskoosta tai siitä, että kontrolloitu asetelma epäonnistui. Keskeyttäminen oli ongelma useissa tutkimuksissa, etenkin pitkissä seurannoissa, ja keskeyttämis- tai poissaoloanalyysijä olikin tehty. Puuttuvien tietojen käsittelyjä oli tehty useammassa tutkimuksessa (mm. Durbeej ym., 2024; Ooi ym., 2016; Qouta ym., 2012; 2018; Solhaug ym., 2025), monessa

myös monivertailun huomiointia (mm. Diab ym., 2015; Ooi ym., 2016; Qouta ym., 2012; 2018). Useat artikkelit olivat osa suurempia tutkimusprojekteja, tai niistä tehtiin myöhemmin uusia analyyskejä.

Harhattomuus

Harhattomuuden laatu vaihtelee heikosta erittäin hyvään (1–4 pistettä), mutta painottuu kuitenkin heikkoon. Merkittävin heikkous on menetelmän kausaalivaikutusten puutteellinen näyttö useissa tapauksissa. Useat suunnitellut RCT-tutkimukset epäonnistuivat käytännössä joko kontrolliryhmän pienen koon (esim. Durbeej ym., 2024: N = 6) tai puuttumisen vuoksi, mikä heikentää mahdollisuutta verrata tuloksia luonnolliseen toipumiseen. Arvioituista 12 tutkimuksesta kuusi oli toteutuneelta asetelmaltaan RCT-tutkimuksia.

Toistotarkkuus

Myös toistotarkkuuden laatu vaihtelee heikosta erittäin hyvään (1–4 pistettä), minkä lisäksi kahden tutkimuksen toistotarkkuutta ei pystytty arvioimaan. Neljään pisteeseen ylsi Pityaratstian kumppaneineen (2015). Menetelmät perustuivat pääsääntöisesti käsikirjaan, ja useimmissa tutkimuksissa menetelmän antajille oli järjestetty myös koulutus. Merkittävänä pisteitä laskevana heikkoutena oli laadunvarmistuksen tai sen dokumentoinnin puuttuminen.

Yleistettävyyys

Yleistettävyyden pistemäärät vaihtelevat heikosta lähes erittäin hyvään (1–3,5 pistettä). Menetelmät on usein toteutettu realistisissa, vähäisen resurssin olosuhteissa, mikä parantaa sovellettavuutta. Kuitenkin otosten edustavuus, kieltäytymisasteet ja seurannan puuttuminen tai lyhyys heikentävät merkittävästi tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta. Useimmissa tutkimuksissa kohderyhmä oli tarkasti määritelty sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerit ilmoitettu.

Käyttöönoton tuen arviointi

Menetelmän käyttöönoton tuki toteutuu kohtalaisesti. Kohderyhmän rekrytoiminen vaihtelee järjestäjän mukaan, mutta on monipuolista. Lapsille ja nuorille sekä osallistuvien vanhemmille on saatavilla infokirjeet suomeksi, ukrainaksi ja venäjäksi. Suomessa edellytettävät pätevyysvaatimukset ovat selkeät, ja kotipesä tarjoaa koulutusta, joka on kehitetty yhteistyössä menetelmän kehittäneen *Children and War Foundationin* kanssa. Koulutusta on saatavilla myös ruotsinkielisenä. Koulutuksen suorittaminen pätevoittaa menetelmän käyttämiseen. Kouluttautunut ohjaaja pätevöityy yhden ryhmän toteuttamisen jälkeen myös kouluttamaan muita menetelmään. Menetelmää säännöllisesti käyttävät organisaatiot raportoivat, että ne ovat järjestäneet sisäisesti menetelmää käyttäville erilaisia tuen ja ohjauksen muotoja. Käytössä ei kuitenkaan ole systemaattista tapaa, jonka avulla menetelmän käytön määrää Suomessa tai asiakkaiden saamaa hyötyä seurattaisiin. Suomessa ei ole käytössä systemaattista mittaria tai välinettä toistotarkkuuden seuraamiseksi.

Taulukko 5. TRT-menetelmän käyttöönoton tuen arviointi.

Käyttöönoton tuen vauhdittajat	Onko menetelmän kannalta olennainen?		Toteutuuko?	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Kohderyhmä				
Kohderyhmän rekrytoiminen	☒	☐	☒	☐
Koulutus				
Pätevyysvaatimukset	☐	☒	☒	☐
Kouluttaminen	☒	☐	☒	☐
Pätevöityminen	☒	☐	☒	☐
Tuki, ohjaus ja dokumentaatio				
Tuki	☒	☐	☒	☐
Ohjaus	☒	☐	☒	☐
Seurannan ja ylläpidon välineet	☒	☐	☐	☒
Toistotarkkuuden varmentaminen	☒	☐	☐	☒
Yhteensä	7		6	
Käyttöönoton tuki	5/7			

Tulosten yhteenveto

Kirjallisuushaun perusteella systemaattiseen katsaukseen otettiin mukaan 12 vaikuttavuustutkimusta. Näistä kaksi oli pohjoismaista, neljä korkean tulotason maan ja kuusi matalan tai keskitulotason maan tutkimuksia. Valtaosassa tutkittiin TRT-menetelmän vaikuttavuutta sota- ja konfliktitilanteissa (n = 7), ja näistä kaksi oli korkean tulotason maan ja viisi matalan tai keskitulotason maan tutkimusta. Neljä tutkimusta selvitti menetelmän vaikuttavuutta ilman huoltajaa maahan tulleiden lasten osalta korkean tulotason maissa. Yhdessä oli tarkasteltu vaikuttavuutta luonnonkatastrofien jälkeisessä tilanteessa.

Vaikuttavuustutkimusten tulokset osoittavat, että TRT-menetelmällä on vaikuttavuutta lasten ja nuorten trauma- ja stressioireiden vähenemiseen sekä selviytymiskeinojen lisääntymiseen silloin, kun lapset ja nuoret ovat altistuneet sodalle tai luonnonkatastrofille tai ovat yksin tulleita pakolaisia.

- PTSD-oireet (CRIES) vähenivät selvästi useimmissa tutkimuksissa. Neljässä vertailuryhmän sisältävässä tutkimuksessa (Barron ym., 2013; Ehntholt ym., 2005; Ooi ym., 2016; Pityaratstian ym., 2015) saatiin tilastollisesti merkitseviä positiivisia tuloksia, joskin yksi niistä oli lyhytaikainen (Ehntholt ym., 2005). Ryhmien väliset efektikoot vaihtelivat pienestä keskisuureen. Myös ryhmän sisäisiä positiivisia muutoksia löydettiin (Durbeej ym., 2024; Punamäki ym., 2021; Sarkadi ym., 2018; Solhaug ym., 2025; Yavna ym., 2024). Kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa ei havaittu PTSD-oireiden vähenemistä tai merkittävää eroa kontrolliin verrattuna.
- Masennusoireiden osalta (DSRS ja MADRS-S) kahdessa vertailuryhmän sisältävässä tutkimuksessa todettiin positiivisia vaikutuksia. Yhdessä (Ooi ym., 2016) oli tilastollisesti merkitsevä keskisuuri efektikoko, ja toisessa (Barron ym., 2013) havaittiin suuri efektikoko. Tämänkin osalta löydettiin ryhmän sisäisiä positiivisia muutoksia (Sarkadi ym., 2018; Solhaug ym., 2025). Kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa ei havaittu masennusoireiden vähenemistä tai merkittävää eroa kontrolliin verrattuna.
- Selviytymisen lisääntymistä tukevia tuloksia löytyi myös. Käytös- ja tunne-elämän oireiden osalta (SDQ) yhdessä vertailuryhmän sisältävässä tutkimuksessa (Barron ym., 2013) todettiin positiivisia vaikutuksia suurella efektikoolla. Toisessa tutkimuksessa (Punamäki ym., 2021) todettiin, että prososiaalinen käyttäytyminen lisääntyi tasaisesti erityisesti ryhmässä, jolle tarjottiin TRT-menetelmää, mutta vaikutus heikkeni seurantavaiheessa. Ryhmän sisäisinä positiivisinä muutoksina elämäntyytyväisyys lisääntyi (Solhaug ym., 2023; 2025). Barronin ja kumppaneiden (2013) tuloksista

traumaattisen surun väheneminen ja kouluuoriutumisen paraneminen viittaavat hyvinvoinnin kasvuun. Toisaalta Diabin ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa todettiin, ettei TRT lisännyt resilienssiä.

Pohdinta

Vaikuttavuusarvio

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin *Teaching Recovery Techniques* (TRT) -menetelmän vaikuttavuutta. Katsauksen tavoitteena on selvittää, onko TRT-menetelmällä näyttöön perustuvaa ja Suomeen sovellettavaa vaikuttavuutta kohderyhmän selviytymiskeinojen vahvistamisessa sekä trauma- ja stressioireiden lievittämisessä. Tutkimuskysymykseen pyrittiin vastaamaan hakemalla tutkimuskirjallisuutta systemaattisesti sekä arvioimalla kirjallisuus, menetelmäkuvaus ja käyttöönoton tuki huolellisesti. Kirjallisuushaussa löydettiin kuusi korkean tulotason maan vaikuttavuustutkimusta (Durbeej ym., 2024; Ehntholt ym., 2005; Ooi ym., 2016; Sarkadi ym., 2018; Solhaug ym., 2023; 2025) ja kuusi sota- tai katastrofialueilla tehtyä matalan tulotason maan vaikuttavuustutkimusta (Barron ym., 2013; Diab ym., 2015; Pityaratstian ym., 2015; Punamäki ym., 2021; Qouta ym., 2012; Yavna ym., 2024). Tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että TRT-menetelmällä on vaikuttavuutta lasten ja nuorten trauma- ja stressioireiden vähenemiseen sekä selviytymiskeinojen lisääntymiseen silloin, kun he ovat altistuneet sodalle tai luonnonkatastrofille tai kun he ovat yksin tulleita pakolaisia. Tutkimukset antavat kuitenkin myös viitteitä siitä, että TRT-menetelmä on vaikuttava silloin, kun traumatisoiva olosuhde ei enää jatku, eli sota on päättynyt tai yksin tullut pakolaisnuori on saanut oleskeluluvan. Tutkimuksista kuudessa ei ollut vertailuryhmää. Muissa ryhmien väliset efektit koot painottuivat pieniin tai keskisuuriin vaikutuksiin, mutta suuriakin efektitkokoja saavutettiin varhaisemmissa tutkimuksissa (Barron ym., 2013; Ehntholt ym., 2005). Tutkimusten laatu vaihteli heikon ja hyvän välillä. Vaikuttavuusnäyttöä tukee se, että arvion perusteella menetelmä on kuvattu hyvin, ja menetelmän ylläpitäjän tarjoama käyttöönoton tuki on kohtalaista. Vaikuttavuusarvio asettuu näin ollen tasolle 4/5.

Systemaattisen kirjallisuushaun kautta katsaukseen valitut tutkimukset ovat painottuneet sotatrauman kokeneisiin ($k = 7$) ja yksin tulleisiin pakolaisiin ($k = 4$). Lisäksi oli yksi luonnonkatastrofiin liittyvä tutkimus. Tutkimusten tietoa ei suoraan voi soveltaa muihin kohderyhmiin, joille Suomessa menetelmää käytetään. Useissa tutkimuksissa (5) menetelmän toteutus ei ollut ryhmäistuntojen frekvenssin tai niiden keston osalta samanlainen kuin manuaalissa on kuvattu, jota Suomessa käytetään. Poikkeamat eivät olleet suuria, mutta tunninkin ero on tuntuva menetelmässä, joka on suunniteltu viisi kertaa 90 minuutin pituiseksi eli kestoaltaan yhteensä seitsemän ja puolen tunnin mittaiseksi. Lisäksi jäi epäselväksi, pystyttiinkö kaikki menetelmän ydinelementit toteuttamaan vähemmässä ajassa. Toisaalta vaikuttavuustulokset voivat olla myös heikompia kuin Suomen toteutustavalla olisi, sillä tutkimuksissa menetelmään ei kuulunut tai ei saatu toteutettua vanhempainryhmää, joka kuitenkin on selkeästi rakennettu menetelmään lasten stressioireiden vähentämistä tukeväksi ja siten myös vaikuttavuutta lisääväksi elementiksi. Tutkimukset, jotka oli tehty sodan tai luonnonkatastrofin kokeneille lapsille ja nuorille, oli tehty paikoissa, joissa nämä traumatisoivat olosuhteet olivat olleet. Vaikka sota tai luonnonkatastrofi oli jo ohi, lapset elivät vielä ympäristössä, jossa tapahtuman aiheuttamat tuhot ja muut seuraukset eivät olleet kokonaan poistuneet. Ukrainassa sota ei edes ollut ohi, ja vaikka palestiinalaisten tutkimukset ajateltiin toteutetun sodan loputtua, niin Gazassa tilanne oli jatkuvasti jännitteinen. ja alueella oli mielenosoituksia, yhteydenottoja ja yksittäisiä iskuja. Näitä aiheita käsitelleiden kuuden tutkimuksen tuloksia sovellettaessa suomalaiseen kontekstiin tämä on huomioitava.

Menetelmästä on hyvät oppaat ja useita vaikuttavuustutkimuksia, joissa menetelmää saaneita verrataan vertailuryhmään. Menetelmä ei kuitenkaan yllä tasolle viisi, sillä ei ollut tutkimuksia, joissa menetelmää olisi toteutettu samoin kuin Suomessa eli käsikirjan mukainen määrä vanhempainistuntoineen. Tutkimuksia suomalaisesta kontekstista ei ollut, eikä pohjoismaisissa tutkimuksissa ollut vertailuryhmää.

Tiedoksi annettavat tutkimukset

TRT-menetelmästä on tehty myös muuta kuin vaikuttavuustutkimusta. Alla tiivistetään tiedoksi seitsemän tutkimusta (Barron ym., 2017; Garoff ym., 2019; Gupta ym., 2024; Kankaanpää ym., 2022; Lampa ym., 2021; Oppedal ym., 2019; Thell ym., 2025).

Oppedal ym., 2019 implementointi: Norjassa toteutetun implementointitutkimuksen tavoitteena oli arvioida TRT-menetelmän vaikutuksia pakolaistaustaisten alaikäisten PTSD-oireisiin ja elämänlaatuun sekä selvittää menetelmän käyttöönottoa tukevia ja estäviä tekijöitä eri vastaanotto- ja hoivayksiköissä sekä sijoituskunnissa asuvien alaikäisten arjessa. Aineistona oli 170 lasta ja nuorta, joilla PTSD-oireet ylittivät kynnyksarvon alkumittauksessa. PTSD-oireita mitattiin alkumittauksen lisäksi ennen interventiota, kaksi viikkoa intervention jälkeen ja kahden kuukauden seurannassa. Menetelmäkokemuksia kerättiin myös henkilökunnan ja lasten haastatteluilla. Osallistujat jaoteltiin iän ja asuinpaikan mukaan kolmeen pääryhmään: vanhempien kanssa vastaanottokeskuksissa asuvat, ilman huoltajaa olevat alle 15-vuotiaat hoivayksiköissä sekä ilman huoltajaa olevat 15 vuotta täyttäneet nuoret vastaanottokeskuksissa; lisäksi mukana oli alle 15-vuotiaita, jotka asuivat sijoituskunnissa oleskeluluvan saamisen jälkeen. Analyysit tehtiin bayesiläisellä sekamallilla, jossa huomioitiin aika, sukupuoli, käytyjen TRT-moduulien määrä ja turvapaikkaprosessin tilanne. Tulokset vaihtelivat ryhmittäin: oleskeluluvan saaneilla PTSD-oireet vähenivät ja elämänlaatu parani, kun taas vanhempien kanssa vastaanottokeskuksissa asuneilla elämänlaatu ei parantunut, vaikka PTSD-oireet vähenivät muita enemmän. Ilman huoltajaa olevien ryhmissä ei voitu päätellä, oliko interventiolla yhteyttä PTSD-oireisiin. TRT:n ja elämänlaadun välillä havaittiin yhteys erityisesti 15 vuotta täyttäneillä vastaanottokeskuksissa ja sijoituskunnissa asuvilla lapsilla, mutta aineisto ei mahdollistanut vaikutuksen koon arviointia. Alle 15-vuotiailla hoivayksiköissä menetelmällä ei havaittu yhteyksiä oireisiin tai elämänlaatuun. Haastatteluaineiston perusteella osallistujat jakautuivat kolmeen ryhmään: (1) hyötynneet ja oireiltaan lievittyneet, (2) subjektiivisesti hyötynneet ilman mitattavaa oireiden vähenemistä ja (3) ei-hyötyjät. Ilman hyötyä jääneet olivat kaikki ilman huoltajaa Suomeen saapuneita, ja he kuvasivat olevansa liian kuormittuneita oppiakseen menetelmän taitoja. Menetelmän käyttöönottoa vaikeuttivat erityisesti se, ettei kaikilla osallistujilla ollut aikuista tukemassa harjoittelua, henkilöstön ajanpuute ja menetelmän heikko juurtuminen organisaatioihin. Henkilökunta suhtautui menetelmään myönteisesti ja koki osaamisensa vahvistuneen. Tutkijat suosittelevat TRT:tä ensivaiheen tueksi traumaoireisille alaikäisille turvapaikanhakijoille, mutta korostavat menetelmän mukauttamista ilman huoltajaa olevien nuorten tarpeisiin sekä vankkaa organisatorista tukea onnistuneessa implementoinnissa.

Barron ym., 2017 pilottitutkimus/adaptaatio: Skotlannissa toteutetussa pilottitutkimuksessa arvioitiin TRT-menetelmän implementointia nuorille kaltoinkohdelluille ja turvataloon sijoitetuille nuorille, joilla oli kotiympäristöön liittyviä traumaattisia kokemuksia. Tarkoituksena oli tutkia menetelmän vaikutusta traumaoireiluun verrattuna jonotuslistalla oleviin nuoriin. Lisäksi selvitettiin menetelmän adaptointitarvetta sekä nuorten ja ohjaajien kokemuksia. Menetelmää mukautettiin kohderyhmää varten asettamalla pienemmät ryhmäkoot, lisäämällä visuaalisia materiaaleja ja tekemällä yhteistyötä henkilökunnan kanssa. Ryhmien vertailussa käytettiin satunnaistettua koeasetelmaa, ja analyysit tehtiin monimuuttujavarianssianalyysillä (MANOVA) sekä t-testeillä. Kokemuksia ja adaptointia tutkittiin laadullisin menetelmin videoimalla tapaamisia ja haastatteleamalla osallistuvia nuoria ja ohjaajia. Aineistona oli yhden asumisyksikön 20 nuorta (koeryhmä $n = 10$ ja vertailuryhmä $n = 7$). Menetelmäryhmän traumaan liittyvä negatiivisen tunteen voimakkuus subjektiivisella häiriöskaalalla (SUD) mitattuna väheni merkitsevästi kontrolliryhmään verrattuna, ja efektikoko oli suuri ($d = 1,10$). Muussa oireilussa ja käytöksessä havaittiin toipumiseen viittaava trendi. Tutkijoiden mukaan menetelmää on mahdollista käyttää myös tutkitulle kohderyhmälle turvatalossa, mutta menetelmän mukauttaminen on tärkeää osallistujien motivaatio- ja keskittymisvaikeudet sekä käytöshäiriöt huomioiden. Lisäksi on tärkeää, että nuoret ymmärtävät menetelmään liittyvien harjoitusten tarkoituksen. Tutkimuksen mukaan ohjelman työntekijöiden ymmärrys nuorten traumaoireilusta ja toipumisesta parani ohjelman toteutuksen myötä.

Garoff ym., 2019 pilottitutkimus, kehittivät oman menetelmän: Suomessa toteutetussa pilottitutkimuksessa selvitettiin ryhmämenetelmän käyttöönottoa ilman huoltajaa Suomeen tulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja oleskeluluvan saaneiden asumisyksiköissä. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, onko ryhmäpohjainen menetelmä käytännöllinen ja relevantti asumisyksiköiden kontekstissa. Toisena tutkimuskysymyksenä haluttiin selvittää, kohtaako ryhmäpohjainen menetelmä mielenterveystyön tarpeet ja parantaako se yksin maassa oleskelevien pakolaistaustaisten alaikäisten päivittäistä toimintakykyä. Tutkimusta varten kehitettyä ryhmämenetelmää toteutettiin kolmessa asumisyksikössä ja tutkittiin sekä laadullisin että kvantitatiivisin menetelmin. Aineistona oli osallistujien oirekyselyiden vastaukset ja haastattelut, menetelmän toteutuksessa mukana olleiden henkilökunnan jäsenten fokusryhmähaastattelut ja ryhmänohjaajien täyttämät ryhmäkertakohtaiset kyselyt. Kysymykseen menetelmän käytettävyydestä haettiin vastausta henkilökunnan ryhmähaastatteluilla ($n = 11$) ja osallistujien ryhmä- tai yksilöhaastatteluilla ($n = 3$). Menetelmän tuloksellisuutta selvitettiin osallistujien haastatteluilla ($n = 18$) ja oirekyselyillä. Kvantitatiivinen aineisto sisälsi 13 osallistujan oirekyselyt, jotka analysoitiin riippuvien otosten t-testeillä. Osallistujien oireissa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä muutoksia, mutta sekä osallistujat että henkilökunta raportoivat luottamuksen ja kommunikaation parantuneen asumisyksiköissä menetelmän myötä. Menetelmän jälkeen henkilökunta koki kykenevänsä toteuttamaan menetelmää jatkossa itsenäisesti, ja menetelmän koettiin sopivan asumisyksiköiden kontekstiin, vaikkakin alkuun nuorten motivoiminen osallistumaan vaati resursseja henkilökunnalta. Tutkimuksen mukaan ryhmämenetelmä edisti sosiaalista vuorovaikutusta ja rakensi luottamusta asumisyksiköissä.

Lampa ym., 2021 implementointi: Ruotsissa tehdyn laadullisen implementointitutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa onnistuneen yhteisöpohjaisen TRT-ryhmämenetelmän toteuttamista ja ylläpitoa helpottaneita tekijöitä ja toimijoita. Tarkoituksena oli valottaa tekijöitä, jotka ovat mahdollistaneet TRT:n onnistuneen käyttöönoton alueella. Aineistona oli seitsemän TRT-menetelmää toteuttaneen ammattilaisen puolistrukturoidut haastattelut kuudelta toteutuksessa onnistuneelta alueelta. Onnistuneina alueina pidettiin toimipisteitä, joissa on järjestetty vähintään kaksi TRT-ryhmää ja menetelmän toteutus jatkuu. Haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä teemojen ja kategorioiden tunnistamiseksi. Analyysissä havaittiin yksi pääteema, joka oli *aktiivinen verkostoituminen ja yhteistyö*. Pääteemaan liittyviä kategorioita löytyi kolme: *potentiaalisten (menetelmän) vastaanottajien luokse meneminen, resurssien saatavuus ja hallinta ja tulkin integroiminen mukaan toimintaan*. Tutkimuksen perusteella menetelmän osallistujien rekrytointia helpotti heidän tavoittelemisen sieltä, missä he jo olivat, kuten esimerkiksi kouluista ja vastaanottokeskuksista. Resurssien saatavuus ja hallinta -kategoriassa tulivat esiin puutteelliset resurssit. Haasteeksi menetelmän toteutuksessa koettiin riittämätön, usein lyhytkestoinen rahoitus sekä toiminnalle resursoitu liian vähäinen työaika. Tulkkien hyödyntäminen kulttuurien välisen kuilun kaventamisessa ja tulkkien integroiminen toimintaan perehdyttämällä heidät menetelmän sisältöön koettiin menetelmän toteutusta edistäviksi tekijöiksi. Tulkkien käytössä tulisi kuitenkin huomioida tulkin sopivuus ja kyky toimia sensitiivisten aiheiden parissa, tuttuus yhteisössä sekä mahdolliset tulkin omat traumakokemukset. Tutkijoiden mukaan TRT-menetelmästä kehitetty verkkototeutus voisi mahdollisesti vastata todettuihin implementoinnin haasteisiin tulevaisuudessa. Verkkototeutus voisi parantaa tavoitettavuutta, helpottaa tulkkien käyttöä ja hyödyntää tehokkaammin käytössä olevia resursseja.

Kankaanpää ym., 2022 protokolla-artikkeli: Protokolla-artikkelissa esiteltiin tutkimusasetelma, jolla oli tarkoitus tutkia kahden yhtäaikaisen menetelmän (INSETT ja TRT) ja yhden erikseen toteutettavan menetelmän (PIER) vaikuttavuutta Suomessa koulua käyvien ulkomaalaistaustaisten ja suomalaisten nuorten mielenterveyteen verrattuna jonotuslistalla olevaan kontrolliryhmään. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, ovatko tutkitut menetelmät tehokkaita vähentämään nuorten psyykkistä oireilua ja vahvistamaan heidän resilienssiään. Toisena tutkimuskysymyksenä haluttiin tutkia, mitkä opiskelijoihin, kouluihin ja vanhempiin liittyvät tekijät välittävät interventioiden mahdollista positiivista vaikutusta. Kolmanneksi aiottiin selvittää, mitkä ryhmät hyötывät menetelmästä eniten. Tutkimukseen oli tarkoitus rekrytoida 16 koulua, joiden maahanmuuttaja- ja pakolaistaustaisten opiskelijoiden osuus luokissa on suuri

(30–50 %). Informantteja olivat osallistuvat nuoret, heidän vanhempansa ja opettajat. Aineistoa oli aikomus analysoida polkuanalyysiä ja konfirmatorista faktorianalyysiä hyödyntävällä rakenneyhtälömallilla. Osallistuvien koulujen rekrytoinnissa ilmeni haasteita, ja vaikka aineiston keruu saatiin alkuun, vuonna 2019 alkanut COVID-19-pandemia (ilmeisesti) vaikutti tutkimuksen kulkuun. Tutkijat esittävät, että hyvinvointia edistävä ja psyykkistä oireilua ennaltaehkäisevä menetelmä yhdistettynä post-traumaattiseen stressiin kohdistuvaan interventioon voisi tarjota koko ryhmän tarpeisiin vastaavan, taloudellisen ja holistisen pakettiratkaisun.

Gupta ym., 2024 implementointi: Ruotsissa toteutetussa implementointitutkimuksessa haluttiin selvittää, kuinka maahanmuuttajavanhempien osallistaminen TRT-menetelmään toimii käytännössä ja kuinka tutkimukseen osallistuneet nuoret, heidän vanhempansa ja ohjaajat kokivat vanhempien osallistumisen. Tarkoituksena oli hyödyntää tutkimustuloksia myös käyttöönoton kehittämiseen ja laajemmassa kontekstissa maahanmuuttajavanhempien osallistamiseen mielenterveyttä edistäviin interventioihin. Tutkimus toteutettiin laadullisena, ja aineistona oli 30 puolistrukturoitua haastattelua menetelmään osallistuvilta nuorilta (n = 11), vanhemmilta (n = 8) ja ohjaajilta (n = 11). Haastattelut analysoitiin temaatteisella verkostanalyysillä. Pääteemaksi nousi, että vanhempien osallistuminen traumasta toipumiseen vaatii erityistä huomiota. Teemaan sisältyi kolme alateemaa: 1) roolien vaihtuminen uuteen ympäristöön sopeutuessa, 2) taipumus pitää vanhemmat etäällä ja 3) se, että vanhempien tapaamiset eivät tapahdu itsestään. Roolien vaihtumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä tilannetta, jossa nuori maahanmuuttaja joutuu ottamaan normaalisti vanhemmille kuuluvaa vastuuta asioiden hoitamisesta, esimerkiksi vanhemman sairauden tai nuoren paremman kielitaidon vuoksi. Kaikkien nuorten vanhemmat eivät osallistuneet interventioon, ja syitä löytyi useita: Osa nuorista osallistujista oli salannut osallistumisensa suojatakseen vanhempiaan suuremmalta kuormitukselta. Toiset olivat salanneet osallistumisen suojatakseen omaa yksityisyyttään ja autonomiaansa sekä välttyäkseen vanhempiensa mahdollisesti negatiivisilta reaktioilta. Joillakin vanhemmilla havaittiin ennakkoluuloisia asenteita ja pelkoja sosiaalipalveluita kohtaan. Tutkijat suosittelevat, että TRT-ohjaajien koulutukseen lisättäisiin tietoa traumoihin sekä maahanmuuttoon liittyvistä stressitekijöistä ja muutoksista perhedynamiikassa. Vanhempien osallistumisen mahdollistamiseksi ohjaajat tarvitsevat kulttuurisesti sensitiivisiä tapoja esitellä vanhemmille menetelmään osallistumisesta ja tukea nuoria kertomisessa vanhemmilleen osallistumisesta. Vanhemmille suunnattuun ohjelmaan olisi hyvä sisällyttää positiivisten vanhemmuustaitojen vahvistamista, jotta nuorten motivaatio kutsua vanhempansa mukaan lisääntyisi. Ohjaajilla tulisi olla valmius kohdata ja havaita vanhempien mahdolliset mielenterveyden haasteet sekä ohjata heidät asianmukaisten palvelujen piiriin tarvittaessa. Lisäksi aika ja resurssit suhteiden ja luottamuksen luomiseksi ovat tärkeitä onnistuneen osallistumisen kannalta.

Thell ym., 2025 mobiilisovelluksen kehitys ja käytettävyys: Ruotsalaisessa tutkimuksessa kehitettiin ja testattiin TRT-menetelmään perustuvaa mobiilisovellusta, joka tarjoaa nuorille työkaluja traumaoireiden hallintaan. Tutkimuksen tavoitteena oli soveltaa lasten oikeuksiin perustuvaa osallistavaa lähestymistapaa, kun kehitetään mobiilisovellusta nuorten kanssa, joilla on henkilökohtaisia traumakokemuksia, ja toteuttaa sovellukselle käytettävyystutkimus siten, että nuoria on mukana myös tutkijan roolissa. Mukana olleet nuoret (n = 7) osallistuivat aktiivisesti sovelluksen kehitystyöhön, ja heille opetettiin tutkimusmenetelmien käyttöä. Tämän jälkeen he toteuttivat käytettävyystutkimuksen toisilla kokeiluun rekrytoituilla nuorilla (n = 10), joilla ei ollut traumakokemuksia. Menetelminä käytettiin ajattele ääneen -metodia, käytettävyyskyselyä (System Usability Scale, SUS) ja laadullisia seurantakysymyksiä. Lopullisen sovelluksen traumaoireiden hallintakeinot sisältävät psykoedukaatiota, normalisaatiota, rentoutusharjoituksia ja keinoja huomion siirtämiseen pois häiritsevästä ajatuksista (*cognitive shifting*) useissa eri muodoissa (teksti, audio, video). Sovelluksen käytettävyys todettiin hyväksi, vaikkakin joitakin teknisiä ominaisuuksia parannettiin käyttäjäkokemusten perusteella. Olennainen muutos sovelluksen sisällössä oli ”kuuntele muiden tarinoita”-ominaisuuden poistaminen emotionaalisen taakan minimoimiseksi. Traumaa kokeneiden nuorten osallistuminen sovelluksen kehitystyöhön ja toimiminen avustavina tutkijoina toi arvokasta tietoa heidän ikätovereidensa tarpeista ja mieltymyksistä mobiilisovellusta kehitettäessä.

Vahvuudet ja rajoitukset

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin *Teaching Recovery Techniques* (TRT) -menetelmän vaikuttavuutta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toteutettu huolellisesti ja laajasti, ja siinä on hyödynnetty useita kansainvälisiä viitetietokantoja sekä manuaalista hakua. Katsauksessa on selkeästi määriteltty mukaanotto- ja poissulkukriteerit, ja vaikuttavuustutkimusten valinta on dokumentoitu perusteellisesti. Katsaus vastaa hyvin kysymykseen TRT-menetelmän vaikuttavuudesta lasten ja nuorten selviytymiskeinojen lisääntymiseen sekä trauma- ja stressioireiden vähenemiseen. Katsauksessa on huomioitu sekä Maailmanpankin luokituksen mukaisten korkean tulotason maiden että sota- ja katastrofialueiden tutkimukset, mikä antaa laajan näkökulman menetelmän sovellettavuudesta. Katsauksen rajoitteena on se, ettei suomalaisia vaikuttavuustutkimuksia ole eikä pohjoismaisissa tutkimuksissa ollut vertailuryhmää. Arvioiduissa tutkimuksissa menetelmän toteutus ei myöskään ollut täysin yhteneväinen Suomessa käytettävän manuaalin kanssa.

Tutkimuksissa on käytetty standardoituja mittareita (esim. CRIES, DSRS, MADRS-S), ja puolet tutkimuksista on toteutettu satunnaistettuina vertailukokeina. Tulokset osoittavat, että TRT-menetelmällä on vaikuttavuutta sodan, luonnonkatastrofin tai pakolaisuuden kokeneiden lasten ja nuorten trauma- ja stressioireiden vähenemiseen sekä selviytymiskeinojen lisääntymiseen. Menetelmä on osoittautunut lupaavaksi silloin, kun traumatisoiva olosuhde ei enää jatku. Menetelmän soveltaminen muihin kuin alkuperäisiin kohderyhmiin (esim. koulukiusaamisen uhrin Suomessa) ei ole vielä tutkimusnäytön piirissä.

Johtopäätökset ja jatkotutkimus

TRT-menetelmä perustuu traumafokusoituun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, joka on kansainvälisesti tunnustettu ja tehokas hoitomuoto lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Menetelmä on joustava ja sitä on muokattu eri kohderyhmille, kuten sodan, luonnonkatastrofin, traumaattisen surun tai yksin maahan tulleiden lasten ja nuorten tarpeisiin. Manuaalit ovat selkeitä ja helposti saatavilla, ja menetelmä on suunniteltu toteutettavaksi myös vähäisin resurssein. Ohjaajille tarjotaan koulutusta ja tukea, ja menetelmä on mahdollista ottaa käyttöön suhteellisen lyhyellä koulutuksella. Tulokset osoittavat, että TRT-menetelmällä on vaikuttavuutta sodan, luonnonkatastrofin tai pakolaisuuden kokeneiden lasten ja nuorten trauma- ja stressioireiden vähenemiseen sekä selviytymiskeinojen lisääntymiseen.

Jatkotutkimusta tarvitaan erityisesti suomalaisessa kontekstissa, jotta voidaan arvioida menetelmän soveltuvuutta ja vaikuttavuutta kotimaisessa ympäristössä. On tärkeää tutkia TRT-interventioita, jotka on toteutettu menetelmän käsikirjan mukaisesti, jotta ne vastaavat Suomessa toteutettavia ryhmiä. Lisäksi tässä katsauksessa arvioitujen tutkimusten perusteella on olennaista selvittää, miten traumatisoivan olosuhteen jatkuminen, kuten yksintulleilla pakolaisilla oleskeluluvan puuttuminen, vaikuttaa lasten toipumiseen ja ryhmämenetelmän tehokkuuteen. Vanhempien ryhmien roolia tulisi tarkastella syvemmin, erityisesti sen suhteen, miten heidän osallistumisensa tukee lasten hyvinvointia. Tutkimuksissa olisi hyvä huomioida myös ryhmän ohjaajien tausta: Onko kyseessä vapaaehtoinen vai lasten kanssa toimimisen ammattilainen, ja miten tämä vaikuttaa ryhmän dynamiikkaan ja tuloksiin? Samoin lapsen perheen ja kotimaan kulttuurin suhtautuminen mielenterveyden ongelmiin ja traumoihin saattaa olla keskeinen tekijä, joka voi vaikuttaa sekä hoidon vastaanottamiseen että sen vaikuttavuuteen.

Kirjoittajat:

KM, kehitysjohtaja Sari Laaksonen, Ensi- ja turvakotien liitto ry

PsT, dosentti, vanhempi tutkija, Eeva-Leena Kataja, Turun yliopisto

TtM, väitöskirjatutkija, asiantuntija, Jonna Lehtikoinen, Itla

Sidonnaisuudet:

Jonna Lehtikoinen on toiminut vuosina 2024–2025 asiantuntijana Itlassa käynnissä olleen hankkeen *Kansallinen implementointiosaaminen lasten ja nuorten kasvun tueksi* alahankkeessa Vahvan näytön menetelmät. Tässä tehtävässä hän on tukenut SPR:n Nuorten turvataloja TRT-menetelmän implementointi- ja kotipesäarakenteiden kehittämisessä ja mallintamisessa sekä koordinoanut verkostoyhteistyötä menetelmää käyttävien organisaatioiden kanssa. Lehtikoinen ei ole kouluttanut menetelmään tai käyttänyt sitä.

Sari Laaksonella ja Eeva-Leena Katajalla ei ole sidonnaisuuksia. He eivät toteuta menetelmää.

Kiitokset:

Kiitos erityisasiantuntija Heidi Backmanille ja tiedeasiantuntija Marko Merikukalle arviointityön ohjaamisesta ja tukemisesta sekä käsikirjoituksen arvokkaista kommentteista. Kiitos E2 Tutkimus -tutkimuslaitokselle kirjallisuushakujen tekemisestä.

Lähteet

Vaikuttavuusarvioon vaikuttavat tutkimukset

Vaikuttavuustutkimukset

Barron, I. G., Abdallah, G. & Smith, P. (2013). Randomized Control Trial of a CBT Trauma Recovery Program in Palestinian Schools. *Journal of Loss and Trauma International Perspectives on Stress & Coping*, 18(4), 306–321. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.688712>

Diab, M., Peltonen, K., Qouta, S. R., Palosaari, E. & Punamäki, R.-L. (2015). Effectiveness of psychosocial intervention enhancing resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abuse & Neglect*, 40, 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.12.002>

Durbееj, N., Salari, R., Sarkadi, A., Kankaanpää, R., Derluyn, I., Verelst, A. & Osman, F. (2024). Evaluation of the Teaching Recovery Techniques intervention among newcomer students in Swedish schools: a randomised controlled trial turned into a feasibility study. *BMC Public Health*, 24, 1921. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19412-x>

Ehnholt, K. A., Smith, P. A. & Yule, W. (2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 235–250. <https://doi.org/10.1177/1359104505051214>

Ooi, C. S., Rooney, R. M., Roberts, C., Kane, R. T., Wright, B. & Chatzisarantis, N. (2016). The Efficacy of a Group Cognitive Behavioral Therapy for War-Affected Young Migrants Living in Australia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 1641. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01641>

Pityaratstian, N., Piyasil, V., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Ularntinon, S. & Pariwatcharakul, P. (2015). Randomized Controlled Trial of Group Cognitive Behavioural Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Exposed to Tsunami in Thailand. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 549–561. <https://doi.org/10.1017/s1352465813001197>

Punamäki, R.-L., Peltonen, K., Diab, M. & Qouta, S. R. (2021). How Family Relationships Predict the Effectiveness of a Psychosocial Group Intervention among War-Affected Children. *Journal on Education in Emergencies*, 7(2), 253–288. <https://doi.org/10.33682/004f-n6d4>

Qouta, S. R., Palosaari, E., Diab, M. & Punamäki, R. L. (2012). Intervention Effectiveness Among War-Affected Children: A Cluster Randomized Controlled Trial on Improving Mental Health. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 288–298. <https://doi.org/10.1002/jts.21707>

Qouta, S. R., Palosaari, E., Diab, M. & Punamäki, R. L. (2018). Erratum for “Intervention Effectiveness Among War-Affected Children: A Cluster Randomized Controlled Trial on Improving Mental Health”. *Journal of Traumatic Stress*, 31, 163–164. <https://doi.org/10.1002/jts.22225>

Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., Fängström, K. & Salari, R. (2018). Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 467–479. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9>

Solhaug, A. K., Oppedal, B. & Røysamb, E. (2025). Life Satisfaction, Self-Efficacy, and Depressive Symptoms Among Unaccompanied Asylum-Seeking and Refugee Minors: An Exploratory Study. *Adversity and Resilience Science*, 6, 139–154. <https://doi.org/10.1007/s42844-025-00169-0>

Solhaug, A. K., Røysamb, E. & Oppedal, B. (2023). Changes in life satisfaction among unaccompanied asylum-seeking and refugee minors who participated in teaching recovery techniques (TRT). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17, 50. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00595-x>

Yavna, K., Sinelnichenko, Y., Zhuravel, T., Yule, W. & Rosenthal, M. (2024). Teaching Recovery Techniques (TRT) to Ukrainian children and adolescents to self-manage post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following the Russian invasion of Ukraine in 2022 – The first 7 months. *Journal of Affective Disorders*, 351, 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.206>

Tiedoksi annettavat tutkimukset

Barron, I., Mitchell, D. & Yule, W. (2017). Pilot study of a group-based psychosocial trauma recovery program in secure accommodation in Scotland. *Journal of Family Violence*, 32(5), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9921-8>

Garoff, F., Kangaslampi, S. & Peltonen, K. (2019). Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60, 7–15. <https://doi.org/10.1111/sjop.12497>

Gupta, S. L., Sarkadi, A. & Warner, G. (2024). “There is a mental resistance”: Experiences of involving refugee parents in a youth trauma recovery program from the perspective of participating youth, parents and facilitators. *Journal of Child and Family Studies*, 33, 3767–3781. <https://doi.org/10.1007/s10826-024-02947-3>

Kankaanpää, R., Aalto, S., Vänskä, M., Lepistö, R., Punamäki, R.-L., Soye, E., ... & Peltonen, K. (2022). Effectiveness of psychosocial school interventions in Finnish schools for refugee and immigrant children, “Refugees Well School” in Finland (RWS-FI): A protocol for a cluster randomized controlled trial. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05715-6>

Lampa, E., Sarkadi, A. & Warner, G. (2021). Implementation and maintenance of a community-based intervention for refugee youth reporting symptoms of post-traumatic stress: Lessons from successful sites. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010043>

Oppedal, B., Solhaug, A. K., Friberg, O. & Biele, G. (2019). Mestring i Mottak og Kommuner Implementering og evaluering av Teaching Recovery Techniques i asylmottak og bosettingskommuner i Norge (Rapport 2019). Folkehelseinstituttet.

Thell, M., Edvardsson, K., Aljeshy, R., Ibrahim, K. & Warner, G. (2025). A trauma support app for young people: Co-design and usability study. *JMIR Formative Research*, 9, e57789. <https://doi.org/10.2196/57789>

Muut lähteet

Barron, I., Freitas, F. & Bosch, C. A. (2021). Pilot Randomized Control Trial: Efficacy of a Group-Based Psychosocial Program for Youth with PTSD in the Brazilian Favelas. *Journ Child Adol Trauma*, 14, 335–345. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00328-8>

Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. *Adolescence*, 42(165), 51.

Birleson, P. (1981). Birleson Depression Self-Rating Scale for Children. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00533.x>

Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic review and meta-analysis: The prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705–714. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>

Blueprints for Healthy Youth Development. (24.10.2025). *Program Search*.
<https://www.blueprintsprograms.org/program-search/>

California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (24.10.2025). *Alphabetical List of Programs*.
<https://www.cebc4cw.org/search/by-program-name/>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioural sciences* (2. painos). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Davies, K. S. (2011). Formulating the evidence-based practice question: A review of the frameworks. *Evidence based library and information practice*, 6(2), 75–80. <https://doi.org/10.18438/B8WS5N>

Durbeej, N., McDiarmid, S., Sarkadi, A., Feldman, I., Punamäki, R. L., Kankaanpää, R., ... & Osman, F. (2021). Evaluation of a school-based intervention to promote mental health of refugee youth in Sweden (The RefugeesWellSchool Trial): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 98.
<https://doi.org/10.1186/s13063-020-04995-8>

Foundations Guidebook. (24.10.2025). *Guidebook*. <https://foundations.org.uk/toolkit/guidebook/>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Haravuori, H. & Luoma, I. (2020). Traumafokusoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian teho lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa [Näytönastekatsaus]. Käypä hoito.
<https://www.kaypahoito.fi/nak09471>

Heltne, U. M., Sarkadi, A., Lien, L. & Dybdahl, R. (2023). Training non-specialists in teaching recovery techniques (TRT) to help traumatised children in humanitarian settings: a qualitative analysis of experiences gained from 20 years of practice. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 187.
<https://doi.org/10.1186/s12939-023-01999-z>

Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Komproe, I. H., & de Jong, J. V. T. M. (2009). Systematic review of evidence and treatment approaches: Psychosocial and mental health care for children in war. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(1), 2–14. <https://doi.org/10.1111/camh.2009.14.issue-1>

Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(3), 181–192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>

Kokkola, J. (2024). TRT-kouluttajan koulutusmateriaali. Henkilökohtainen tiedonanto

Merikukka, M., Backman, H., Heikkilä, L. & Kurki, M. (2025). Lasten ja nuorten mielenterveyttä edistävien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuus – Opas näytön systemaattiseen arviointiin. Itlan oppaat ja käsikirjat 2025:1.

Lawton, K., & Spencer, A. (2021). A full systematic review on the effects of cognitive behavioural therapy for mental health symptoms in child refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(3), 624–639.
<https://doi.org/10.1007/s10903-021-01151-5>

Peltonen K, Punamäki RL. Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. *Aggress Behav.* 2010 Mar-Apr;36(2):95-116. doi: 10.1002/ab.20334. PMID: 19998393.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping reviews (2020 version). Teoksessa E. Aromataris & Z. Munn (toim.), Joanna Briggs Institute reviewer's manual, JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057–1063. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240031005>

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271–280. <https://doi.org/10.1007/BF00919131>

Smith, P., Dyregrov, A. & Yule, W. (2018). Teaching Recovery Techniques, TRT: Manuaali menetelmän ohjaajille selviytymistaitojen opettamisesta lapsille. Children and War Foundation.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (24.10.2025). *Publications*. <https://www.sbu.se/en/publications2/>

Ungsinn. (24.10.2025). *Tiltak*. <https://uit.no/ungsinn/tiltak>

World Health Organization (WHO). (2022). International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). World Health Organization. <https://icd.who.int/>

Liite 1. TRT-menetelmää koskevan tutkimuskirjallisuuden hakukriteerit viitetietokannoittain.

Haku 2.9.2024 + päivityshaku 25.4.2025.

MEDLINE (Ovid)

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P (title/abstract/keywords)	child* OR adolescen* OR teen* OR teenager OR scholar OR boy* OR girl* OR pediatric* OR paediatric* OR preschool* OR pre-school* OR school* OR juvenil* OR minor* OR underage* OR "young adult" OR "young people" OR young OR "young person*" OR youth* OR student* OR pupil* OR kid* OR youngster* OR newcom* OR parenting OR parent* OR caregiver* OR "parent-child relation*" OR "parent child relation*" OR "parent-child*" OR carer* OR caregiver* OR guardian* OR famil* OR mother-child* OR father-child* OR mother* OR father*	8 124 675
C (all fields)	teaching recovery techniques	30
P AND C		27 + 1

APAPsycInfo (Ovid)

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P (abstract)	child* OR adolescen* OR teen* OR teenager OR scholar OR boy* OR girl* OR pediatric* OR paediatric* OR preschool* OR pre-school* OR school* OR juvenil* OR minor* OR underage* OR "young adult" OR "young people" OR young OR "young person*" OR youth* OR student* OR pupil* OR kid* OR youngster* OR newcom* OR parenting OR parent* OR caregiver* OR "parent-child relation*" OR "parent child relation*" OR "parent-child*" OR carer* OR caregiver* OR guardian* OR famil* OR mother-child* OR father-child* OR mother* OR father*	2 051 939
C (all fields)	"teaching recovery techniques"	114
P AND C		105 + 11

Eric (EBSCO)

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P (all fields)	child* OR adolescen* OR teen* OR teenager OR scholar OR boy* OR girl* OR pediatric* OR paediatric* OR preschool* OR pre-school* OR school* OR juvenil* OR minor* OR underage* OR "young adult" OR "young people" OR young OR "young person*" OR youth* OR student* OR pupil* OR kid* OR youngster* OR newcom* OR parenting OR parent* OR caregiver* OR "parent-child relation*" OR "parent child relation*" OR "parent-child*" OR carer* OR caregiver* OR guardian* OR famil* OR mother-child* OR father-child* OR mother* OR father*	1 547 229
C (all fields)	teaching recovery techniques	4
P AND C		4 + 0

CINAHL (EBSCO)

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P (all fields)	child* OR adolescen* OR teen* OR teenager OR scholar OR boy* OR girl* OR pediatric* OR paediatric* OR preschool* OR pre-school* OR school* OR juvenil* OR minor* OR underage* OR "young adult" OR "young people" OR young OR "young person*" OR youth* OR student* OR pupil* OR kid* OR youngster* OR newcom* OR parenting OR parent* OR caregiver* OR "parent-child relation*" OR "parent child relation*" OR "parent-child*" OR carer* OR caregiver* OR guardian* OR famil* OR mother-child* OR father-child* OR mother* OR father*	4 093 062
C (all fields)	teaching recovery techniques	40
P AND C		38+0

Web of Science

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P (abstract)	child* OR adolescen* OR teen* OR teenager OR scholar OR boy* OR girl* OR pediatric* OR paediatric* OR preschool* OR pre-school* OR school* OR juvenil* OR minor* OR underage* OR "young adult" OR "young people" OR young OR "young person*" OR youth* OR student* OR pupil* OR kid* OR youngster* OR newcom* OR parenting OR parent* OR caregiver* OR "parent-child relation*" OR "parent child relation*" OR "parent-child*" OR carer* OR caregiver* OR guardian* OR famil* OR mother-child* OR father-child* OR mother* OR father*	6 805 016
C (all fields)	"teaching recovery techniques"	36
P AND C		32+2

Scopus

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
P (title/abstract/keywords)	child* OR adolescen* OR teen* OR teenager OR scholar OR boy* OR girl* OR pediatric* OR paediatric* OR preschool* OR pre-school* OR school* OR	13 871 584

	juvenil* OR minor* OR underage* OR "young adult" OR "young people" OR young OR "young person*" OR youth* OR student* OR pupil* OR kid* OR youngster* OR newcom* OR parenting OR parent* OR caregiver* OR "parent-child relation*" OR "parent child relation*" OR "parent-child*" OR carer* OR caregiver* OR guardian* OR famil* OR mother-child* OR father-child* OR mother* OR father*	
C (all fields)	"teaching recovery techniques"	197
P AND C		173 + 17

Finna

Haun osa-alue	Hakulausekkeet	Hakutulosten määrä
C	TRT OR "Teaching recovery techniques"	7

Liite 2. Vaikuttavuusarvion tasot ja kasaantuvat vaatimukset tasoilla 1–5. Lisätietoja arviointioppaasta (Merikukka ym., 2025, s. 32).

Menetelmä- arvioluokka	Menetelmäarviotaso			Kasaantuva kehitys menetelmäarviotasoilla
	Numeerinen	Sanallinen suomeksi	Sanallinen englanniksi	
		Kielteisiä vaikutuksia	<i>Negative effects</i>	• Vähintään tutkimusnäyttöä menetelmän kielteisistä vaikutuksista on olemassa jonkin vastemuuttujan osalta. Noudatettava varovaisuusperiaatetta.
		Ei vaikutusta	<i>No effect</i>	• Vertaisarvioitua riittävää vaikuttavuusnäyttöä siitä, että menetelmällä ei ole vaikuttavuutta.
Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu menetelmä	1	Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu	<i>Described and theoretically based</i>	• Menetelmä on kuvattu tyydyttävästi. • Menetelmästä on enintään vertaisarvioimatonta tutkimusta (esim. opinnäytetyöt).
	2	Jonkin verran tutkimusta	<i>Some research</i>	• Menetelmästä on olemassa vertaisarvioitua tutkimusta (esim. laadulliset tutkimukset ja tyytyväisyystutkimukset), mutta vaikuttavuustutkimusta ei ole tai se ei ole laadultaan riittävää.
Lupaava menetelmä	3	Tuloksellisuus- tai vaikuttavuus- tutkimusta	<i>Outcome or effectiveness studies</i>	• Menetelmästä on vertaisarvioitua ennen-jälkeen-tutkimusta ryhmän sisäisesti tai ryhmien välillä.
Vaikuttava menetelmä	4	Hyvää vaikutta- vuustutkimusta	<i>Satisfactory effectiveness studies</i>	• Menetelmästä on opas, jossa menetelmä on kuvattu hyvin. • Menetelmästä on vaikuttavuustutkimusta, jossa menetelmää verrataan luotettavaan vertailu- tai kontrolliryhmään.
	5	Vahvaa vaikutta- vuustutkimusta	<i>Strong effectiveness studies</i>	• Menetelmällä on kotipesä, joka tarjoaa käyttöä tukea.

- **Kuvattu ja teoreettisesti perusteltu menetelmä:** Menetelmän mukaanottokriteerit arviointiin täyttyvät. Menetelmällä voi olla vaikuttavuutta, mutta riittävä tutkimus- ja vaikuttavuusnäyttö puuttuu.
- **Lupaava menetelmä:** Menetelmästä on tuloksellisuustutkimusta, alustavaa vaikuttavuustutkimusta tai ei riittävää vaikuttavuustutkimusta, jotta menetelmäarvio ylittäisi tasolle 4.
- **Vaikuttava menetelmä:** Menetelmä tuottaa hyötyä tai lisäarvoa asiakkaalle tai potilaalle vertailuryhmään verrattuna (menetelmän tavoitteen mukaisessa ilmiössä, mittarissa tai vastemuuttujassa) (mukaillen esim. Malmivaara, 2023).