

IÄKKÄIDEN OMAISHOITAJIEN MASENNUSOIREET JA NIITÄ SELITTÄVÄT TEKIJÄT

Viivi Järvinen

Gerontologian ja kansanterveyden
pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

Järvinen, V. 2017. Iäkkäiden omaishoitajien masennusoireet ja niitä selittävät tekijät. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 44 s.

Ikäihmisten määrän kasvaessa omaishoito pitkäaikaishoidon järjestämisen mahdollisuutena on yhä varteenotettavampi hoitomuoto. Omaishoitajilla on havaittu esiintyvän enemmän masennusoireita muuhun väestöön verrattuna, ja ne vaarantavat omaishoitajan jaksamisen sekä koko omaishoitosuhteen. Aiempien tutkimusten mukaan hoidettavan käytösoireet, omaishoitoon käytetty aika, omaishoitajan taloudelliset vaikeudet sekä tuen puute selittävät masennusoireita. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoitus on selvittää iäkkäiden omaishoitajien masennusoireisiin yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimusaineisto koostuu osasta Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin, Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen, Gerontologian tutkimuskeskuksen ja Kuntoutus Peurungan kehittämishankkeen etäkuntoutusinterventiota omaishoitajille, jonka interventio- ja kontrolliryhmän tutkittavien alkumittausten tuloksista tutkielma on toteutettu poikkileikkausasetelmalla. Tässä tutkielmassa masennusoireita tarkasteltiin BDI-II -mittarilla ja muista psykologisista muuttujista tarkasteltiin koherenssin tunnetta SOC-13 -mittarilla ja kuormittuneisuutta COPE -indeksillä mitattuna. Lisäksi tarkasteltiin fyysisistä suorituskykyä SPPB -mittarilla ja iän ja sukupuolen yhteyksiä muihin muuttujiin. Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssijakaumien ja korrelaatioiden tarkastelua sekä lineaarista regressioanalyysiä.

Tutkielman aineisto koostui 54 henkilöstä, jotka olivat iältään 59-88 vuotiaita. Ikääntyneistä omaishoitajista 49%:lla esiintyi jonkinasteisia masennusoireita ja 51%:lla ei ollut masennusoireita. Regressioanalyysissä voimakkaampi koherenssin tunne oli yhteydessä masennusoireiden vähäisyyteen (B -0,42; 95%CI -0,57 - -0,27) ja suurempi kuormittuneisuus oli yhteydessä voimakkaampiin masennusoireisiin (B 0,51; 95%CI 0,08- 0,94). Koherenssin tunne ja koettu kuormittuneisuus selittivät 58% masennusoireiden vaihtelusta, kun mallin kokonais selitysosuus oli 60% ($p < 0,001$).

Tutkielman johtopäätöksinä todetaan, että omaishoitajien kokema voimakas koherenssin tunne on yhteydessä vähäisempiin masennusoireisiin, kun suurempi kuormittuneisuuden kokeminen on yhteydessä voimakkaampaan masennusoireiluun. Tulosten perusteella näyttäisi, että koherenssin tunteen yhteys masennusoireisiin tulisi huomioida omaishoitajien hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemisessa ja tukitoimien oikea-aikaisessa kohdentamisessa. Lisätutkimusta masennusoireisiin vaikuttavista tekijöistä tarvitaan pitkittäisasetelmassa.

Avainsanat: ikääntynyt, omaishoitaja, masennus, koherenssi, kuormittuneisuus

ABSTRACT

Järvinen, V. 2017. Predictors of Depressive Symptoms among Caregivers at Old Age. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Gerontology and public health, Master's thesis, 44 pp.

Caregiving is more a relevant way to arrange long-term care when the amount of elderly people is increasing. Informal caregivers have more depressive symptoms compared to the population. According to earlier studies, the misbehaviour of the care recipient, time spent in caregiving per day, challenges with economical situation and lack of support explain level of depressive symptoms. The aim of this master's thesis is to find out factors that explain depressive symptoms of elderly informal caregivers.

The data have been collected as part of study of GeroCenter Foundation, Department of psychology in University of Jyväskylä and Rehabilitation Center Peurunka. This master's thesis is a cross-sectional study based on baseline measurements of the intervention and control group from the original trial. Depressive symptoms were measured using BDI-II coherence with Sense of coherence scale (SOC-13), and perceived burden using COPE-index. In addition, physical performance was measured with Short physical performance battery (SPPB) and information on gender and age were also collected. Frequencies were used as descriptive data, and correlations with linear regression analysis were performed to observe predictive factors for depressive symptoms.

Data included results from 54 people whose age range was between 59 and 88 years. 49 % of the caregivers had depression symptoms while 51% did not have depression symptoms at all. According to regression analysis, greater experience of coherence was associated with lower level of depression symptoms (B -0,42; 95%CI -0,57 - -0,27) and greater burden with greater amount of depressive symptoms (B 0,51; 95%CI 0,08- 0,94). Sense of coherence and experienced burden explained 58% of variation in depressive symptoms when the model explained 60% of the variance ($p < 0,001$).

We conclude that greater sense of coherence is associated with lower level of depressive symptoms and greater burden with higher level of depressive symptoms. Based on our findings, it seems that the association between the sense of coherence and depressive symptoms should be taken into account when supportive interventions and allocation of resources and will be planned. A longitudinal study of factors that has an effect on depression symptoms is needed.

Key words: elderly people, informal caregiver depression, sense of coherence, burden

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
1 JOHDANTO.....	1
2 OMAISHOITAJUUS	2
2.1 Omaishoito nyt ja tulevaisuudessa	3
2.2 Omaishoitojärjestelmä ja omaishoidon tuki Suomessa	4
3 OMAISHOITAJAN PSYKKINEN TERVEYS JA MASENNUSOIREET	6
3.1 Omaishoitajien masennus	8
3.2 Omaishoitajan masennusoireiden seuraukset omaishoitotilanteeseen	10
3.3 Omaishoitajan stressinhallinta.....	11
3.3 Tukitoimet omaishoitajan hyvinvoinnin tukemiseksi	12
4 IKÄÄNTYNEEN OMAISHOITAJAN FYYSSINEN SUORITUSKYKY.....	14
4.1 Fyysinen suorituskyky seniori-ikäisillä.....	14
4.2 Fyysinen toimintakyky omaishoidon näkökulmasta	15
5 OMAISHOITAJUUDEN EROT SUKUPUOLTEN VÄLILLÄ	17
5.1 Sukupuolten väliset erot omaishoitotilanteissa.....	17
5.2 Sukupuolierot omaishoitajien eläköitymisessä.....	18
5.3 Sukupuolierot omaishoitajien masennuksessa	18
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
7 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	21
7.1 Tutkimushenkilöt.....	21
7.2 Mittarit.....	23
7.3 Tutkimusaineiston analyysi	28
8 TULOKSET	29
8.1 Taustatiedot	29
8.2 Masennusoireisiin yhteydessä olevat tekijät.....	31
9 POHDINTA.....	33
LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

Ikäihmisten määrän kasvu asettaa yhteiskunnan haasteen eteen pitkäaikaishoidon järjestämisessä. OECD-maissa yli 80-vuotiaiden määrän on sadassa vuodessa (1950-2050) ennustettu kasvavan 1%:sta 10%:iin, joka tarkoittaa hauraiden, avun varassa elävien ikäihmisten määrän nopeaa kasvua (Francesca ym. 2011, 13). Samanaikaisesti apua tarvitsevien ikäihmisten hoitamisen perheiden sisällä ennustetaan vähenevän naisten työssäkäynnin lisääntymisen sekä eläkeiän kohoamisen seurauksena (Francesca ym. 2011, 13; Van Houtven & Norton 2004). Riittävä toimintakyky kotona asumiseksi riippuu yksilön omista tavoitteista ja perheen tai ulkopuolisen tuen saatavuudesta (Laukkanen 2008).

Omaishoito on edullinen pitkäaikaishoidon muoto, ja tämän vuoksi myös yhteiskunnallisesti merkittävä ikääntyneiden hoitomuoto (Kehusmaa 2014). Omaishoidolla on kuitenkin myös negatiiviset puolensa. Omaishoitajista 21%:lla esiintyy masennusoireita, kun yli 65-vuotiailla sen esiintyvyys on väestössä n. 15 % ja muilla keskimäärin 8%. (Gottfries 2001; Pinguart & Sörensen 2003; Hiel 2015). Tehtyjen tutkimusten perusteella oireita selittävät mm. omaishoitoon käytetyt tunnit ja omaishoitosuhteen kesto, hoidettavan käytösoireet, omaishoitajan kokemat taloudelliset vaikeudet sekä tuen puute (Chappell ym. 2014; Pinguart & Sörensen 2003; Wolfs ym. 2012). Myös naissukupuoli on todettu mahdolliseksi riskitekijäksi lisääntyneelle kuormitukselle (Chappell ym. 2014). Omaishoitajien kokema kuormittuneisuus, työn sitovuus ja aktiivisuusrajoitteet voivat vaikuttaa omaishoitajien psyykkiseen hyvinvointiin ja autonomian ja elämänhallinnan kokemiseen (Chappell ym. 2014; Malhotra ym. 2012), jonka vuoksi psyykkisten tekijöiden huomioiminen on tärkeää omaishoitajien tukemisessa. Omaishoitajan kuormittuneisuuden on havaittu lisäävän hoidettaviin kohdistuvaa kaltoinkohtelua verrattuna niiden omaishoitajien käytökseen, jotka eivät kärsi masennusoireista (Beach ym. 2005), jolloin omaishoitajien masennusoireet ovat merkittävä riski koko omaishoitosuhteelle.

Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitetään masennusoireiden voimakkuuteen yhteydessä olevia tekijöitä noin 60-vuotiailla ja sitä vanhemmilla omaishoitajilla. Riskitekijöiden tunteminen ja tunnistaminen ovat tärkeitä tekijöitä tukitoimien oikea-aikaiseen kohdentamiseen omaishoitotyötä tekevien jaksamisen tueksi.

2 OMAISHOITAJUUS

Omaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka ”pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä avun tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti” (Omaishoitajien ja -läheisten liitto 2016). Tällaisen tilanteen eteen voidaan joutua esimerkiksi läheisen sairastuessa tai vammaisen lapsen syntyessä perheeseen (Halmesmäki ym. 2015). Omaishoitajana voi toimia puoliso, sisar, oma lapsi tai muu läheinen henkilö (Castora-Binkley ym. 2010; Halmesmäki ym. 2015) ja usein omaishoidon taustalla on jo ennen omaishoidon alkua olemassa ollut ihmissuhde (Halmesmäki ym. 2015). Suomessa 58%:ssa omaishoitotilanteita omaishoitajana toimii puoliso ja 14%:ssa lapsi (THL 2012). Vieras ihminen ei voi toimia virallisena omaishoitajana (Kehusmaa 2014) ja muiden kuin puolisojen tai lapsien tarjoama omaishoito on harvinaista (Pickard ym. 2000).

OECD-maissa noin 10% yli 50-vuotiaista tarjoaa jonkinlaista omaishoitoon verrattavaa apua sukulaisilleen (Francesca ym. 2011, 13). Vuonna 2014 Suomessa oli 42 100 lakisääteistä omaishoidon tukea saavaa omaishoitajaa. (Suomen kuntaliitto 2015). Kokonaisuudessaan noin 350 000 henkilöä toimii maassamme pääasiallisena auttajana läheiselleen ja 60 000 auttajalla hoitotilanne on vaativa ja sitova (Halmesmäki ym. 2015; Omaishoitajat ja -läheiset ry 2016). Tämä tarkoittaa omaishoidon olevan yleistä myös tukijärjestelmän ulkopuolella. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006 osoittaa omaishoidon tuen ulkopuolella olevista omaishoitajista noin 60% olevan yli 65-vuotiaita ja puolisoita noin 75% (Salanko-Vuorela ym. 2006). Tilastoissa enemmistö omaishoitajista on naisia ja useimmiten omaishoitaja on itsekin seniori-ikäinen (Francesca ym. 2011, 86). Omaishoidon saaminen ei kuitenkaan ole kaikille mahdollista, sillä sen saamista voi hankaloittaa esimerkiksi yksin asuminen, lapsettomuus ja naimattomuus (Dale ym. 2008). Tällöin läheiset, yleisimmin omaishoitosuhteille tyypilliset ihmissuhteet puuttuvat.

Vaikka omaishoitosuhteita olisi olemassa, se ei sulje pois muun avun saamista ja usein omaishoidon rinnalla hoidettava käyttää myös julkisia palveluita (Paraponaris ym. 2012). Julkiset palvelut ja omaishoito tai muu perheapu toimivatkin usein toisiaan täydentävinä avun muotoina (Dale ym. 2008). Toisaalta Navaie-Waliserin ym. (2002) tutkimuksessa kävi ilmi, että noin 80% amerikkalaisaineiston omaishoitajista ei saanut muuta apua. Omaishoidon onkin todettu korvaavan julkisten palveluiden käyttöä erityisesti vanhusten pitkäaikaishoidossa (Van Houtven & Norton 2004).

Kulttuurilla näyttäisi olevan jonkin verran vaikutusta omien vanhempien omaishoidon yleisyydessä. Esimerkiksi espanjalaisista omaishoitajista vanhempiaan hoiti noin 46%, kun taas Ruotsissa osuus oli lähempänä Suomen tilannetta ollen noin 19% (Bergvall ym. 2011). Kulttuurilliset ja historialliset erot vaikuttavat ikääntyneiden henkilöiden omaishoittoon myös muiden tekijöiden kautta. Esimerkiksi Daveyn ym. (1999) tutkimuksessa Ruotsin ja USA:n omaishoitotilanteita verrattaessa tuli esiin erot maiden historiassa ja kulttuurissa. Ruotsissa aikuisten lasten ja vanhempien yhteisasuminen on ollut harvinaisempaa kuin USA:ssa. Tämä voi vaikuttaa myös perheavun tarjoamisen yleisyyteen. Myös julkisten palveluiden kehittyminen ja saatavuus eroavat maiden välillä. (Davey ym. 1999)

2.1 Omaishoito nyt ja tulevaisuudessa

Ikäihmisten määrä lisääntyy ikärakenteen muuttuessa ja tämän seurauksena hoidon tarve tulee lähivuosina lisääntymään (Francesca ym. 2011, 13; Kehusmaa 2014). Omaishoito on jo nykyisellään tärkeä osa kokonaisuutta vanhusten pitkäaikaishoidon järjestämisessä ja sen roolia pyritään vahvistamaan (Kehusmaa 2014).

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) 2012 tekemässä kansallisessa kyselyssä käy ilmi, että hoidettavista 67 % on yli 65-vuotaita ja myös omaishoitajista suuri osa on iäkkäitä (Kehusmaa 2014, THL 2012). Omaishoidon on argumentoitu vähentävän työvoimaa (Francesca ym. 2011, 14), mutta suurimman osan omaishoitajista ollessa eläkeläisiä, tämä ongelma ei ole merkittävä (Kehusmaa ym. 2013; THL 2012). Pohjoismaissa omaishoitajien poistuminen työmarkkinoilta ei juurikaan ole vaikuttanut työvoiman heikentyneeseen saatavuuteen, sen sijaan Etelä-Euroopan maissa vaikutus on näkynyt selkeämpänä (Francesca ym. 2011, 91)

Omaishoidon tulevaisuuden haasteena voi olla lapsimäärän vähentyminen, sinkkuna elämisen yleistyminen ja avioliittojen harvinaistuminen. Tämän seurauksena puolisojen ja lapsien omaishoitajina toimiminen on vaarassa vähentyä. (Kehusmaa ym. 2013; Van Houtven & Norton 2004) Toisaalta omaishoitoa saavien määrä näyttäisi tulevaisuudessa kasvavan nopeammin kuin ilman hoitoa jäävien (Pickard ym. 2000). Omaishoidon saatavuuteen näyttäisi vaikuttavan enemmän perherakenteiden muuttuminen ja avioliittojen vähentyminen, joka lisää

ikäihmisten yksin asumisen yleisyyttä. Tämä tulee heikentämään omaishoitajien tarjoaman avun saatavuutta (Pickard ym. 2000).

Omaishoidon saatavuuteen vaikuttaa myös tehtävän kokonaisvaltainen luonne, joka vaatii omaishoitajalta vahvaa sitoutumista. Omaishoitajuus kaikkine vaatimuksineen aiheuttaa yleisesti kuormittuneisuutta ja on aiempien tutkimusten mukaan yhteydessä mm. lisääntyneisiin masennusoireisiin (mm. Pinquart & Sörensen 2003). Omaishoitajuudella on myös positiivisia vaikutuksia. Walker ym. (1995) toteavat omaishoitajuuden tuottavan tyydytystä, parantavan omaishoidettavan ja -hoitajan välistä suhdetta ja luovan merkityksellisyyden tunnetta.

2.2 Omaishoitajärjestelmä ja omaishoidon tuki Suomessa

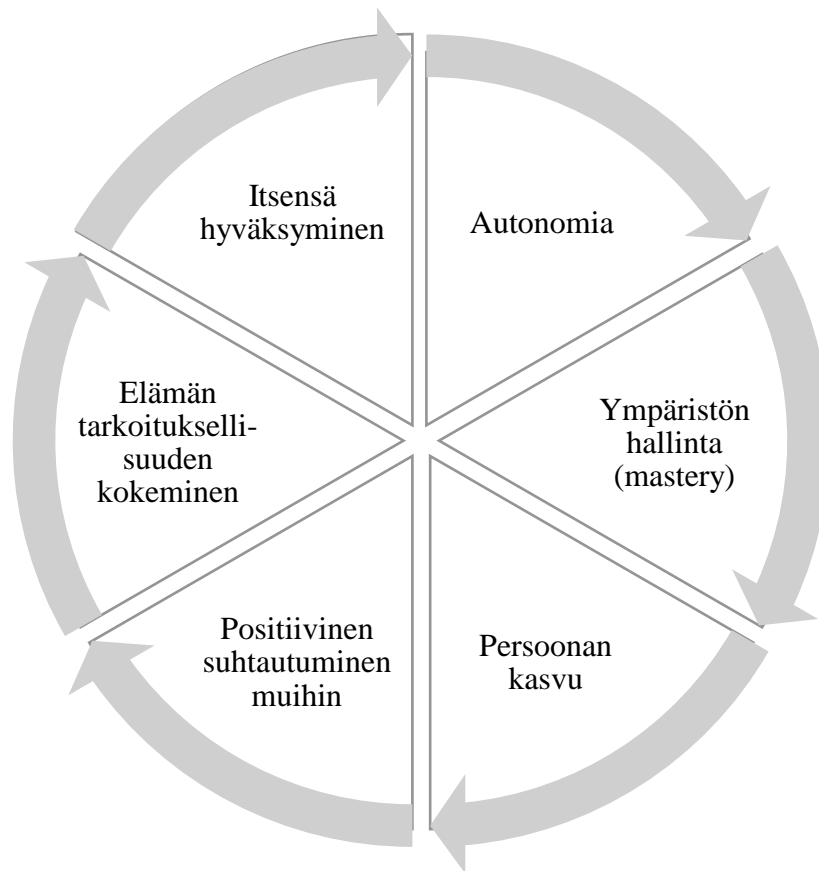
Omaishoidon tuki on sosiaalipalvelu, johon ovat oikeutettuja kotikunnan kanssa omaishoitosopimuksen tehneet omaishoitajat (Halmesmäki ym. 2015; Finlex 2016; Suomen kuntaliitto 2015). Omaishoidon tuesta on säädetty laki (937/2005), joka määrittelee omaishoitajan oikeuksia ja vähimmäiskorvauksen annetusta hoidosta. Se on säädetty koskemaan omaishoitajien tuen myöntämisedellytyksiä, omaishoitosopimusta, annettavia palveluita, omaishoitajan vapaata, vähimmäiskorvausta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa (Finlex 2016; Suomen kuntaliitto 2015). Kunnat saavat itse päättää omaishoidon palkkioista sekä järjestämistään omaishoidon tukitoimista lain mukaisten vähimmäisvaatimusten puitteissa (Halmesmäki ym. 2015; Suomen kuntaliitto 2015). Kuntien lisäksi Kansaneläkelaitos KELA tarjoaa harkinnanvaraisia kuntoutuskursseja ja parikursseja (KELA 2013).

Omaishoitosopimukset ovat toistaiseksi voimassa olevia, ja niissä kunta tekee omaishoitajan kanssa kirjallisen sopimuksen mm. omaishoitajan palkasta ja vapaista Omaishoidon tuen sisältämä hoitopalkkio vaihtelee hoidon sitovuuden ja vaativuuden sekä kuntien varaamien resurssien mukaan. (Suomen kuntaliitto 2015) Enemmistö omaishoitajista tekee työtään kuitenkin ilman palkkiota omaishoitosopimuksen ulkopuolella (Halmesmäki ym. 2015). Omaishoitosopimuksessa määritellään omaishoitajalle tarkoitetut sosiaalihuollon palveluiden sisältö sekä määrä. Omaishoitajalla on mahdollisuus kolmeen vapaapäivään kuukaudessa niissä tapauksissa, kun omaishoito on luonteeltaan ympärivuorokautisesti tai päivittäin sitovaa. Lisäksi kunnat voivat harkintansa mukaan järjestää myös pidempiä virkistysvapaita sitovaa omaishoitotyötä tekeville (Suomen kuntaliitto 2015).

Omaishoito on hyvin kustannustehokas hoitomuoto ollen henkilöä kohden noin 20 000€ vuodessa edullisempi verrattuna perinteiseen hoitoon. Ilman omaishoitoa vuosittaiset julkisen sektorin hoitomenot olisivat kaksinkertaiset. (Kehusmaa ym. 2013) Omaishoito perustuu vapaaehtoisuuteen ja on tämän vuoksi saatavuudeltaan epävarma hoitomuoto. Pitkäaikaishoidon tarpeen lisääntyessä onkin tulevaisuudessa mietittävä, kannattaako omaishoidon varaan luottaa hoitojärjestelmän suunnittelun linjauksissa (Pickard ym. 2000).

3 OMAISHOITAJAN PSYKKINEN TERVEYS JA MASENNUSOIREET

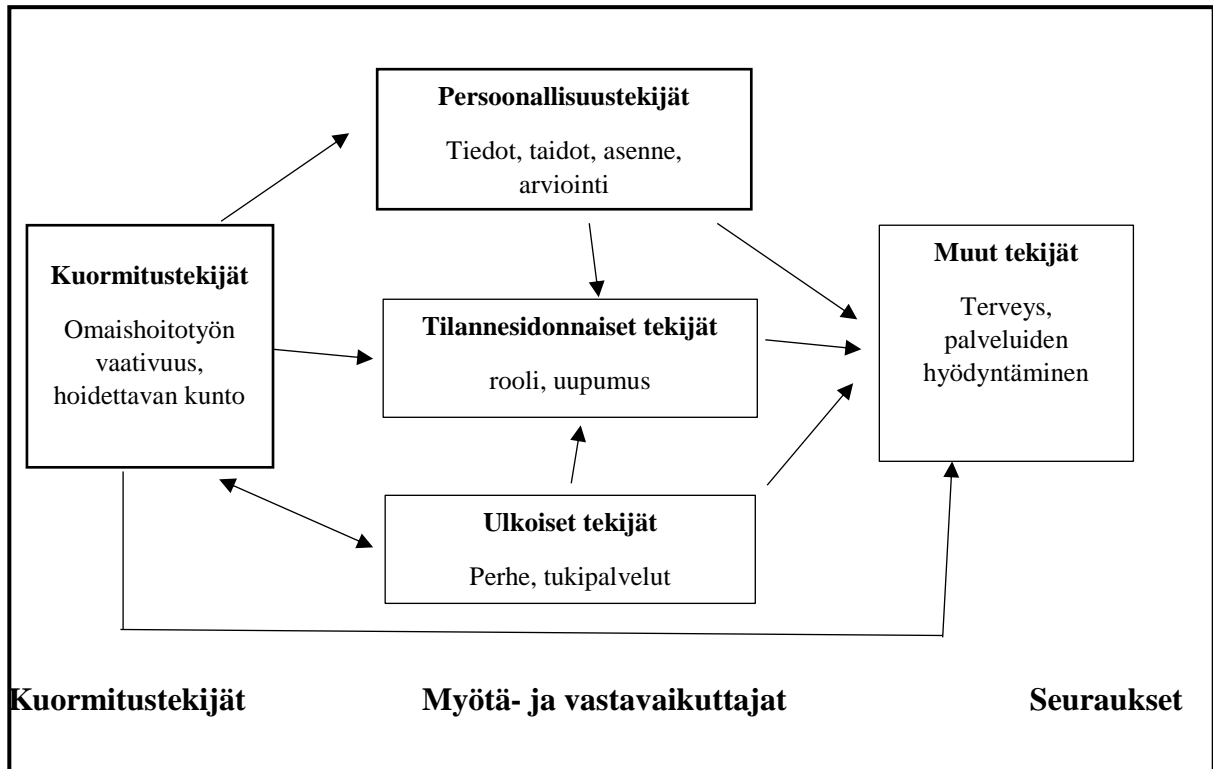
Omaishoitajan psyykkiseen hyvinvointiin liittyy monia eri osa-alueita, joiden kehittämällä voidaan tukea yleistä hyvinvointia. Gale ym. (2013) määrittelevät psyykkisen hyvinvoinnin tilana, jolloin henkilö kokee hallitsevansa elämäänsä, pystyy kokemaan nautintoa ja on autonominen. Psyykinen terveys käsittää kolme eri osa-alueetta: sosiaalisen, psykologisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin, jotka voidaan jakaa edelleen kuuteen eri ulottuvuuteen (KUVIO 1) (Westerhof & Keyes 2010).



KUVIO 1. Psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet Ryffin & Keyesin (1995) mukaan.

Omaishoitajilla voi Ryffin ja Keyesin (1995) mallin mukaisessa psyykkisen hyvinvoinnin kokonaisuudessa olla uhkana aktiivisuusrajoitteet elämässä ja työn sitovuus ja kuormittavuus,

jotka heikentävät autonomiaa ja ympäristön hallinnan kokemista (Chappell ym. 2014; Malhotra ym. 2012). Toisaalta omaishoitotyöstä saatu tyydytys voi lisätä elämän tarkoituksellisuuden kokemista ja näin ollen lisätä hyvinvointia (Hoefman ym. 2011). Psykkisen hyvinvoinnin kokonaiskuvaan vaikuttavat niin ulkoiset kuin yksilön sisäisetkin tekijät (KUVIO 2).



KUVIO 2. Kuormittavuuden seuraukset ja stressinhallintakeinojen kehys Lewisiä (2005) mukailten

Omaishoitajuuden aiheuttamien terveyshaittojen pysyvyydestä saadut tiedot ovat toistaiseksi ristiriitaisia. Naisista koostuvassa aineistossa omaishoitajuuden todettiin aiheuttavan merkittäviä lyhytaikaisia negatiivisia vaikutuksia mielenterveyteen, mutta kuitenkin niiden vähenevän omaishoitovuosien lisääntyessä (Schmitz & Westphal 2015). Omaishoitajuudesta seuraavat terveyshaitat voivat myös johtaa jopa korkeampaan kuolleisuuteen (Schultz & Beach 1999).

3.1 Omaishoitajien masennus

Masennuksella tarkoitetaan masennustilaa, ohimenevää masentunutta mielialaa tai erilaisten sairaustilojen tai psykologisten häiriöiden oiretta ja sitä käytetäänkin usein yleiskäsitteenä. Masennusoireella taas tarkoitetaan psykiatrisen sairaustilan oiretta. Masennustilalla tai depressiolla taas tarkoitetaan masennusoireiden perusteella diagnosoitua oireyhtymää. (Depressio 2016) Masennusoireet ovat yksi vaaratekijä psyykkiselle hyvinvoinnille, joskin siihen voivat vaikuttaa myös muut tekijät, kuten talous- tai terveyshuolet (Gale ym. 2013). Psyykkistä hyvinvointia uhkaavien masennusoireiden esiintyminen on omaishoitajilla yleistä (Pinquart & Sörensen 2003), erityisesti dementoitunutta läheistään hoitavilla (Pinquart & Sörensen 2003; O'Rourke & Tuokko 2000).

Omaishoitajien on havaittu kokevan masennusta 12-kertaa yleisemmin kuin ei-omaishoitajien ja myös muut koetut psykologiset haittavaikutukset ovat omaishoitajilla selkeästi ei-omaishoitajia yleisempiä (Mausbach ym. 2013). Suuressa eurooppalaisaineistossa masennusta todettiin omaishoitajista n. 21%:lla ja noin 23% koki terveytensä huonoksi (Hiel ym. 2015). Koko väestössä masennusta esiintyy 5-8%:lla ja ikääntyneistä (yli 65-vuotiailla) arviolta n. 15%:lla (Gottfries 2001). Masennuksen esiintyvyyden on todettu lisääntyvän omaishoitajana vietettyjen vuosien lisääntyessä (Hiel ym. 2015). Suuri osa omaishoitajista on yli 65-vuotiaita (THL 2012) ja masennuksen esiintyvyys lisääntyy tässä ikäryhmässä iän myötä (Gottfries 2001). Omaishoitajat ovat siis jo pelkästään ikänsä perusteella suuremmassa riskissä sairastua masennukseen. Usein ikääntyneiden masennukseen liittyy kuitenkin erilaisia sairauksia, kuten aivotapahtumien jälkitilat tai dementiat (Gottfries 2001).

Omaishoitajien masennuksen on todettu olevan kohtalaisesti yhteydessä omaishoitajilla yleiseen ylikuormittuneisuuteen (Leblanc ym. 2004). Masennusoireita esiintyy omaishoitajilla paljon myös ilman diagnosoitua masennustilaa (Malhotra ym. 2012). Omaishoitajien fyysisen ja psyykkisen terveyden ongelmat näyttäisivät olevan suoraan yhteydessä masennusoireiden lisääntymiseen (Hoefman ym. 2011; Malhotra ym. 2012). Näitä terveysongelmia esiintyy enemmän iäkkäämmillä omaishoitajilla (Pinquart & Sörensen 2003; Pinquart & Sörensen 2011; Leblanc ym. 2004). Iän, sukupuolen ja perhesuhteiden lisäksi myös taloustilanteen vaikeudet saattavat edesauttaa masennusoireiden syntymistä (Li & Lewis 2013; Leblanc ym. 2004;

Pinquart & Sörensen 2011). Toisaalta Hoefmanin ym. (2011) tutkimuksessa talousvaikeudet eivät nousseet merkitseväksi kuormittuneisuuden aiheuttajaksi.

Masennusoireilta suojaaviksi tekijöiksi on havaittu korkea koulutustaso ja työstä saatu tyydytys (Hoefman ym. 2011), korkea koherenssin tunne (Eriksson & Lindström 2006) sekä hyväksi koettu fyysinen terveys (Leblanc ym. 2004).

TAULUKKO 1. Omaishoitajan masennuksen riskitekijät jaoteltuna omaishoitaja- ja hoidettavalähtöisiin tekijöihin

OMAISHOITAJAN	HOIDETTAVAN
Hoitosuhteen vaativuus	Vaativa hoitosuhde
Naissukupuoli	IADL-rajoitteet
Yksinäisyys	Käyttöoireet
Käytetyt työtunnit	Manipuloiva/kontrolloiva käytös
Avun ja tuen puute	Kognitiivisten kykyjen heikentyminen
Arvostuksen puute	Uniongelmat
Aktiivisuusrajoitteet	
Vähäinen koherenssin tunne	
Fyysiset oireet	
Taloudelliset vaikeudet	
Negatiivinen tunnevaikutus	
Huono unenlaatu	
Tunnesidonnaisen stressinhallintakeinin käyttö	

(Bobinac ym. 2010; Bergvall ym. 2011; Chappell ym. 2014; Eriksson & Lindström 2006; Haley ym. 1987; Hoefman ym. 2011; Känel ym. 2012; Malhotra ym. 2012; Smith ym. 2011; Li & Lewis 2013; Leblanc ym. 2004; Pinquart & Sörensen 2003; Vitaliano ym. 2004; Hiel ym. 2015; Wolfs ym. 2012; Yee & Schulz 2000)

Omaishoitajan iän on huomattu mahdollisesti olevan yhteydessä heikentyneeseen koettuun terveyteen ja kuormittuneisuuteen, joka saattaa johtua terveysongelmien lisääntymisestä iän karttuessa (Vitaliano ym. 2004; Hiel ym. 2015; Wolfs ym. 2012). Toisaalta Pinquartin ja Sörensenin (2003) katsauksessa todetaan nuorempien omaishoitajien raportoivan useammin

kuormittuneisuutta iäkkäämpiin verrattuna. Iän lisäksi myös perhesuhteet voivat vaikuttaa kuormittuneisuuden kokemiseen. Vanhempiaan hoitavat omaishoitajat kokevat suurempaa kuormittuneisuutta kuin puoliso-omaishoitajat, jotka kokevat kuormittuneisuutta vain vähän (Chappell ym. 2014; Pinguart & Sörensen 2011). Puoliso-omaishoitajat kokevat kuitenkin taloudellisen, fyysisen ja ihmissuhdekuormituksen osa-alueet suuremmiksi kuin vanhempiaan tai appi-vanhempiaan hoitavat omaishoitajat (Pinguart & Sörensen 2011).

Omaishoidettavan fyysisten rajoitteiden ei ole yleisesti todettu lisäävän omaishoitajan masennusoireita (O'Rourke & Tuokko 2000). Vanhempiaan hoitavat omaishoitajat kokivat niiden lisäävän kuormittuneisuutta (Chappell ym. 2014). Sen sijaan hoidettavan heikentynyt kyky suoriutua päivittäisistä toiminnoista lisää omaishoitajan kuormittuneisuutta ja tämän kautta myös masennusoireita (Bergvall ym. 2011; Malhotra ym. 2012). Myös omaishoitajan oman elämän aktiivisuuden rajoittuminen omaishoitotyön sitovuuden vuoksi lisää masennusoireiden esiintymisen riskiä (Malhotra ym. 2012; Smith ym. 2011).

Omaishoitajan kokema kuormitus ei koostu välttämättä pelkästään hoitotehtävien aiheuttamasta kuormituksesta. Usein hoidettavana on perheenjäsen, jolloin läheisen ihmisen sairastumisen vaikutukset omaishoitajan tunne-elämään vaikuttavat myös tämän terveyteen. Hoidettavan terveydentilalla on todettu olevan lähes yhtä suuri vaikutus omaishoitajan hyvinvointiin kuin itse hoitotoimenpiteiden aiheuttamalla kuormituksella. Tätä kuvataan ”perhevaikutukseksi”. Sen arvioidaan olevan yleisempi uhka omaishoitajan hyvinvoinnille silloin, kun hoidettava on nuori tai kun hoidettavan sairaus on akuutti. (Bobinac ym. 2010)

3.2 Omaishoitajan masennusoireiden seuraukset omaishoitotilanteeseen

Omaishoitajan masennusoireet ovat selvä riski myös hoidettavan hyvinvoinnille. Haitallinen käyttäytyminen hoitotilanteissa, kuten hoidettavalle huutaminen ja epäasiallinen kielenkäyttö saattavat lisääntyä omaishoitajan kokiessa masennusoireita (Beach ym. 2005; Christie ym. 2009). Toisaalta Smith ym. (2011) eivät todenneet masennusoireiden lisäävän epäkunnioittavan käytöksen määrää. He kuitenkin toteavat henkisen ja fyysisen terveyden ongelmien heikentävän omaishoidon laatua (Smith ym. 2011). Christien ym. (2009) mukaan myös muut tekijät vaikuttavat epäasialliseen käyttäytymiseen hoitotilanteissa. Hoidettavat raportoivat epäasiallista hoitokäyttäytymistä todennäköisemmin, jos omaishoitajana toimii heidän

puolisonsa, kuin muiden omaishoitajien kohdalla. Nuoremmat hoidettavat raportoivat vanhempia enemmän epäasiallista käyttäytymistä ja myös naisten antama omaishoito koettiin miesten antamaa hoitoa useammin epäasialliseksi. (Christie ym. 2009)

3.3 Omaishoitajan stressinhallinta

Koherenssi. Koherenssi kertoo ihmisen kyvystä kohdata elämässään stressaavia tilanteita (Lindström & Eriksson 2005), kuten esimerkiksi selvitä omaishoitajuuden tuomista haasteista. Koherenssilla tarkoitetaan yksilön kykyä ymmärtää ja arvioida vallitsevaa tilannetta ja toimia terveyttään edistävällä tavalla (Lindström & Eriksson 2005). Se koostuu siitä, kuinka paljon yksilö kokee maailmassa olevan mahdollisuuksia vaikuttaa ja kuinka ymmärrettävänä ja merkityksellisenä maailmaa pitää (Nurmi ym. 2008, 244). Koherenssin ajatellaan kehittyvän ihmisen elinkaaren aikana yksilön oppiessa käsittelemään elämäntapahtumia iän myötä (Eriksson & Lindström 2005) ja sen on todettu olevan yhteydessä koettuun terveyteen erityisesti mielenterveyden osalta (Lindström & Eriksson 2006). Koherenssin tunteen syntymistä voidaan käsittää myös psykologiseen puskurointikykyyn liittyvien tekijöiden kautta, joita ovat mm. älykkyys, tieto, stressinhallintakeinot, sosiaalinen tuki ja kulttuurisidonnainen pysyvyyden tunne. Nämä tekijät vahvistavat koherenssin tunnetta ja suurempi määrä näitä resursseja lisää koherenssin tunnetta. (Antonovsky 1993; Lindström & Eriksson 2005) Näistä muun muassa stressinhallintakeinot vaihtelevat aikuisiän aikana ja iäkkäämpien henkilöiden on todettu käyttävän usein tehokkaampia strategioita stressinhallintaan ja tunteiden säätelyyn (Aldvin 2011). Liikunta-aktiivisuuden, kognitiivinen kyvykkyyden sekä miesten tapauksessa avo- tai avioliitossa elämisen on todettu ylläpitävän yksilön koherenssia (Nurmi ym. 2008, 244).

Stressinhallintakeinot. Hyvä tunteiden hallinta vähentää masennus- ja ahdistusoireita, lisää sosiaalista toimintakykyä ja itsearvostusta (Nurmi ym. 2008, 186). Ihminen käyttää erilaisia stressinhallintakeinoja kohdatessaan elämän haasteita (Pruchno & Rech 1989). Niillä voidaan käsitellä tunteita ja pyrkiä myös muuttamaan niitä (Nurmi ym. 2008, 186). Ne vähentävät myös tehokkaasti psykologista kuormitusta ja tukevat psykologista hyvinvointia lyhyellä ja pitkällä aikavälillä (Snyder 1999).

Stressinhallintakeinot ovat tietoisia tunteenkäsittelymekanismeja, mutta voivat paljon käytettyinä myös automatisoitua (Snyder 1999). Ne jaotellaan yleisimmin tunnesidonnaisiin ja ongelmanratkaisukeskeisiin malleihin, joita voidaan edelleen jakaa useammilla tavoilla alaluokkiin (Pruncho & Rech 1989; Rantanen & Mauno 2010). Tunnekeskeistä stressinhallintakeinoa käyttävä henkilö pyrkii vaikuttamaan koettuihin tunteisiin, joita esiintyy ongelmia kohdatessa. Sitä käytetään yleisimmin ongelmatilanteissa, joissa itse ongelmaan ei pystytä vaikuttamaan (Rantanen & Mauno 2010). Ongelmanratkaisukeskeistä tapaa käyttävä henkilö sitä vastoin pyrkii vaikuttamaan aktiivisesti ongelman syyhyn (Pruncho & Rech 1989). Tämän prosessoinnin seuraus voi olla positiivinen tai negatiivinen ja johtaa joko negatiiviseen tai positiiviseen tunnereaktioon, joista jälkimmäinen seuraus vahvistaa stressinhallintakeinon käyttöä myös tulevien haasteiden käsittelyssä (Folkman 2008).

Eri stressinhallintakeinojen käytön välillä on todettu eroja mm. masennuksen ja muiden psykologisten ongelmien esiintyvyyteen (Lewis ym. 2005) ja omaishoitajien stressinhallintakeinoja on tutkittu jonkin verran. Esimerkiksi Lewis ym. (2005) havaitsivat tutkimuksessaan, että puolisoitajat, jotka käsittelivät omaishoitajuutta laajemmassa perspektiivissä kohdellen hoidettavaa elämänkaaren aikana syntyneen läheisen suhteen kehyksissä, kokivat vähemmän negatiivisia oireita (mm. masennusta) kuin omaishoitajat, jotka käyttivät reaktiivista (tunnepainotteista) stressinhallintakeinoa, ongelmanratkaisukeskeistä, ulkoa päin tilannetta katsovaa keinoa tai rooliin muuntautumisen keinoa tilanteeseen sopeutuen. Haley ym. (1987) havaitsivat tunnekeskeisen stressinhallintakeinon käytön olevan merkitsevästi yhteydessä masennuksen esiintyvyyden kanssa, kun taas ongelmanratkaisukeskeisen stressinhallintakeinon ja loogisen ajattelun käyttäminen olivat negatiivisesti yhteydessä masennukseen.

3.3 Tukitoimet omaishoitajan hyvinvoinnin tukemiseksi

Omaishoitajan työ on usein vaativaa, jolloin hoitajalle tarjottu tuki on tärkeää jaksamisen ylläpitämiseksi (Castora-Binkley ym. 2010). Ilman tukitoimia köyhyyden riski kasvaa, työvoiman tarjonta vähenee ja terveyden henkisen osa-alueen ongelmat lisääntyvät (Francesca ym. 2011, 14). Omaishoitajan mahdollisuuden tauottaa työtään on todettu vähentävän koettua kuormitusta (Chappell ym. 2014). Omaishoitajille on kokeiltu erilaisia tukitoimimalleja, mm.

psykoterapiaa, tukiryhmiä, tietoa tarjoavia koulutuksia ja omaishoidettaville tarjottuja hoitopalveluita (Bank ym. 2006). OECD-maissa hyödyllisiksi tukitoimiksi on todettu omaishoitajan palkkioiden maksaminen, työelämän joustavuuden ja tasapainoisuuden sekä tukipalveluiden kehittäminen (Francesca ym. 2011, 14). Viimeinen on myös osa kansallista omaishoidon kehittämisohjelmaamme (Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelma 2014). Suomessa Kela järjestää kuntoutuskursseja omaishoitajan roolissa jaksamisen edistämiseksi (Omaishoitajat- ja läheiset -liitto ry, 2015). Lisäksi kunnat saavat vapaasti määrittellä omaishoitajille tarjoamia tukipalveluita (Kehusmaa 2014; Suomen kuntaliitto 2015).

Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006 (Salanko-Vuorela ym. 2006) toi esille epäkohtia omaishoitajien tukitoimien toteutumisessa. Omaishoitajien vapaapäiviä jätetään käyttämättä ja määrärahat omaishoidon tukeen ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Vapaapäivien käyttämättömyyden syitä selittää mm. hoidettavien tilapäisiksi hoitopaikoiksi soveltuvien paikkojen vähäisyys. Myös omaishoitajan tunnesiteet hoidettavaa kohtaan vaikuttavat lomien ja vapaiden pitämättä jättämiseen, sillä omaishoito koetaan vastuuksi, jota ei haluta luovuttaa muille. Syynä voi myös olla hoidettavan vastahakoisuus hyväksyä itselleen muita hoitajia. Kuntien tarjoamat tukipalvelut vaihtelevat maamme sisällä ja selvityksen mukaan 4/5 omaishoitajista pitää kuntien omaishoidon tuen resursseja riittämättöminä (Salanko-Vuorela ym. 2006).

4 IKÄÄNTYNEEN OMAISHOITAJAN FYYSINEN SUORITUSKYKY

Vuonna 2012 tehdyssä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksessä todettiin suomalaisten tukea saavien omaishoitajista noin 55%:n olevan yli 65-vuotiaita. Yli 75-vuotiaita omaishoitajia oli selvityksen mukaan n. 29%. (Linnosmaa ym. 2014) Ikääntymiseen vaikuttavat biologiset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät sekä terveys (Nurmi ym. 2008, 206). Sekä psyykinen että fyysinen toimintakyky heikkenevät luonnollisesti ikääntymisen seurauksena (Heikkinen, E. 2013). Myös sensorinen ja kognitiivinen toiminta saattaa heikentyä iän myötä. Ennaltaehkäisyllä voidaan kuitenkin vaikuttaa suotuisasti ikääntymismuutosten ilmenemiseen (Heikkinen, E. 2013). Omaishoitajista suuri osa on iäkkäitä (Linnosmaa ym. 2014) ja heitä koskee samat vanhenemisilmiöt kuin muitakin ikäihmisiä.

Ikääntyvillä ihmisillä fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollistaa itsenäisen toiminnan ja riippumattomuuden muista ihmisistä. Toimintakyky ja fyysinen kunto voivat vaihdella vanhempien ikäluokkien sisällä suuresti. Fyysisesti heikkokuntoisten määrä on yli 75-vuotiaissa kuitenkin hyväkuntoisia suurempi. (Spirduso ym. 2005, 262.) Ikäluokan sisäisiä fyysisen kunnan eroja selittävät mm. geneettiset tekijät, elintavat ja sairaudet, kulttuuriympäristö ja koulutus sekä kyky kompensoida vanhenemismuutoksia (Spirduso ym. 2005, 34, 262; Laukkanen 2008). Omaishoitajana toimiminen voi aiheuttaa kuormitusta (Pinquart & Sörensen 2003), joka nostaa stressitasoa ja on täten haitallinen tekijä vanhenemisen näkökulmasta (Spirduso ym. 2005, 38). Ikääntyneillä heikentyneen toimintakyvyn osa-alueiden korvaamiseen käytetyt strategiat voivat vaikuttaa fyysisen toimintakyvyn tasoon. (Spirduso ym. 2005, 39).

4.1 Fyysinen suorituskyky seniori-ikäisillä

Spirduso ym. (2005) jakaa ikääntyneet (yli 75-vuotiaat) viiteen fyysisen suorittamisen tasoon ”eliittikuntoisista” fyysisesti toisista riippuvaisiin henkilöihin. Tasot kuvaavat fyysisen toimintakyvyn eroavaisuuksia saman ikäluokan kesken (Spirduso ym. 2005, 262). Ikäihmisillä päivittäisissä toiminnoissa (ADL) esiintyvät rajoitteet lisääntyvät iän myötä. Ensimmäisenä ikääntymisen tuomat rajoitteet näkyvät kuitenkin instrumentaalisissa päivittäisissä toiminnoissa (IADL), joita ovat esimerkiksi ruoan valmistus tai puhelimen käyttö. (Laukkanen

2008) Naisilla rajoitteet esiintyvät miehiä aikaisemmassa vaiheessa. Yli 70-vuotiaista miehistä 33% kokee useamman kuin yhden ADL-toiminnon rajoitteita, kun saman ikäisistä naisista rajoitteita on noin puolella (Spirduso ym. 2005, 39). Fyysisen aktiivisuuden on kuitenkin todettu olevan ADL-toiminnan rajoitteilta suojaava tekijä (Sjölund ym. 2015). Rajoitteiden määrän lisääntyminen lisää ulkopuolisen avun ja hoidon tarvetta (Wolfs ym. 2012). Ikäihmisten hoitomuotona omaishoitajuus lisääntyy hoidettavan toiminnanrajoitteiden lisääntymisen seurauksena (Sjölund ym. 2015).

4.2 Fyysinen toimintakyky omaishoidon näkökulmasta

Omaishoitajista suuri osa on yli 65-vuotiaita (THL 2012), joilla perustoimintojen rajoitteet alkavat iän karttumisen seurauksena yleistyä (Sihvonen ym. 2008). Toimintakykyisten elinvuosien määrä on noussut viime vuosikymmeniltä, joka tarkoittaa ikäihmisten elävän paremmassa kunnossa pidempään (Sihvonen ym. 2008). Tämä kehitys on positiivista myös ikääntyneiden omaishoitajien toimintakykyä ajatellen. Omaishoitajista enemmistö on naisia (THL 2012), mutta miesten ja naisten väliset terveyserot eivät nykyisin ole merkittäviä elintapojen ja terveystyötytymisen samankaltaistumisen myötä (Sihvonen ym. 2008).

Omaishoitajana toimimisella voi olla haitallisia vaikutuksia fyysisen toimintakyvyn osaluokkiin (Hiel ym. 2015; Pinquart & Sörensen 2003). Tutkimustieto omaishoitajuuden vaikutuksista fyysiseen terveyteen on kuitenkin ristiriitaista, esimerkiksi Schmitz & Westphal (2015) eivät havainneet sillä olevan vaikutuksia omaishoitajanaisten fyysiseen terveyteen lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä. Spirduson ym. (2005, 273) mukaan mm. masennus ennustaa fyysisen toimintakyvyn heikentymistä. Omaishoitajilla muita ikäryhmänsä jäseniä useammin esiintyvät masennusoireet (Mausbach ym. 2013) voivat näin ollen mahdollisesti nopeuttaa fyysisen toimintakyvyn laskua.

Fyysisen aktiivisuuden on todettu suojaavan päivittäistoiminnoissa esiintyviltä rajoitteilta (Kim ym. 2005; Sjölund ym. 2015). Fyysisen aktiivisuuden määrän ja omaishoitajuuden välillä ei ole havaittu yhteyttä iäkkäillä henkilöillä, joskin psykologisen stressin on todettu olevan yhteydessä vähäisempään fyysiseen aktiivisuuteen (Lim ym. 2005), jonka esiintyminen on

omaishoitajilla yleistä (Mausbach ym. 2013). Nuoremman iän ja mm. miessukupuolen on havaittu olevan positiivisesti yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen (Lim ym. 2005).

5 OMAISHOITAJUUDEN EROT SUKUPUOLTEN VÄLILLÄ

Omaishoitajat ovat jakautuneet selvästi sukupuolen mukaan omaishoitajista suurimman osan ollen naisia. Omaishoidon tuen kuntakyselyn (THL 2012) mukaan omaishoitajista naisia on 69% ja miesten 31%. Hoidettavista taas miehiä on 58% ja naisia 42% (THL 2012). Tilanne kuitenkin vaihtelee maiden välillä ja kulttuuri näyttäisi vaikuttavan jonkin verran omaishoitajien sukupuolijakaumaan. Esimerkiksi Bergvallin ym. (2011) tutkimuksessa miehiä omaishoitajista oli Espanjassa noin 29% kun taas Ruotsissa miehiä oli selvästi enemmän, noin 45%. Omaishoitajista naisten osuus on ennen ollut selkeästi suurempi, mutta naisten työssäkäynnin lisääntyä erot ovat pienentyneet (Carmichael & Charles 2003). Aikaisempien tutkimusten mukaan psyykkiseen terveyteen liittyvät haasteet ovat naisilla yleisempiä, jonka vuoksi seuraavassa käsitellään omaishoitajien eroja sukupuolten kesken.

5.1 Sukupuolten väliset erot omaishoitotilanteissa

Miesten ja naisten välillä on havaittu joitain eroja omaishoitosuhteita koskien. Naisomaishoitajien hoidettavat ovat useammin heikompikuntoisia ja he ovat lisäksi myös itse terveydeltään heikommassa kunnossa miesomaishoitajiin verrattuna (Navaie-Waliser ym. 2002). Naiset ovat miehiä useammin naimisissa, toimivat pääasiallisina omaishoitajina hoidettavalleen ja ovat iäkkäämpiä kuin miesomaishoitajat. Heidän tarjoama omaishoito on usein intensiivisempää ja hoidettavalla on useampia ADL- ja IADL- rajoitteita. Naiset kokevat miehiä useammin myös emotionaalisia haasteita omaishoittoon liittyen ja enemmän ongelmia perheen ja työn yhteen sovittamisessa omaishoitajuuden kanssa. (Navaie-Waliser ym. 2002) Pinquart & Sörensen (2006) toteavat meta-analyysissään naisten kokevan miehiä enemmän masennus- ja kuormittuneisuusoireita, heikompaa hyvinvointia, olevansa fyysisesti miehiä heikommassa kunnossa, toteuttavan enemmän hoitotehtäviä ja raportoivan useammin hoidettavan käytösongelmista. Meta-analyysissä todetaan miesten ja naisten välillä olevan kuitenkin pääosin pieniä (Pinquart & Sörensen 2006). Miehillä on todettu Sense of coherence -asteikolla (SOC) arvioituna suurempaa koherenssin tunnetta naisiin verrattuna (Eriksson & Lindström 2005). Erot koherenssin tunteessa saattavat mahdollisesti vaikuttaa yhtenä tekijänä

koettuun työn kuormittavuuteen. Sukupuolten on todettu käyttävän melko saman verran aikaa omaishoittoon, miesten kuluttaessa kuitenkin 10% vähemmän aikaa naisiin verrattuna (Dentinger & Clarkberg 2002).

Naisten on todettu kokevan omaishoitajina toimiessaan enemmän kuormitusoireita verrattuna miesomaishoitajiin (Chappell ym. 2014). Schmitzin & Westphalin (2015) tutkimuksessa todetaan naisten kokevan 20% enemmän mielenterveysongelmia ensimmäisenä omaishoitajavuotenaan ei-omaishoitajana toimiviin naisiin verrattuna. Oireiden todetaan kuitenkin vähenevän omaishoitovuosien lisääntyessä (Schmitz & Westphal 2015).

5.2 Sukupuolierot omaishoitajien eläköitymisessä

Ikääntyvät työntekijät kohtaavat usein lähipiirissään avun tarpeessa olevia henkilöitä, esimerkiksi omat vanhempansa (Salanko-Vuorela 2006). Omaishoitajana toimiminen saattaa välillisesti vaikuttaa yksilön aikaisempaan eläköitymiseen. Dentingerin ja Clarkbergin (2002) mukaan tähän vaikuttavat omaishoitajuuden asettamat vaatimukset, siihen kulutettu aika, käytössä olevat taloudelliset resurssit sekä suhteen laatu omaishoitajan ja -hoidettavan välillä. Lisäksi omaishoitajan sukupuoli voi vaikuttaa eläköitymiseen naisiin kohdistuvan kulttuuriperinteen vuoksi. Naisiin kohdistuvat normit työn ja perheen vaatimusten priorisoinnissa lisäävät omaishoitajaksi ryhtymistä, toisin kuin miehillä. Naisen ryhtyessä omaishoitajaksi, eläköityy hän ikätovereitaan aikaisemmassa vaiheessa, kun taas miehet eläköityvät ikätovereitaan myöhemmin toimiessaan puolisonsa omaishoitajana. Tätä voidaan mahdollisesti selittää miesten kokemalla perinteisellä vastuulla perheen taloudesta (Dentinger & Clarkberg 2002).

5.3 Sukupuolierot omaishoitajien masennuksessa

Naisten on todettu kokevan enemmän masennusoireita kuin miesten ja Yeen & Schultzin (2000) mukaan tämä pätee niin puolisoitaan kuin vanhempiaan hoitaviin. CES-D:n (Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale) avulla arvioituna suuri osa naisista on riskissä sairastua masennukseen, kun taas miehet yleisesti eivät mittarin perusteella ole riskiryhmässä.

Yee & Schulz (2000) toteavat katsauksessaan kuitenkin naisilla yleisestikin todettavan kyseisellä mittarilla mitattuna miehiä korkeampia tuloksia.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on selvittää omaishoitajan masennusoireita ennustavia tekijöitä.

Tutkimuskysymykset ovat

- *Onko omaishoitajan kuormittuneisuuden määrä tai koherenssin tunne yhteydessä masennusoireiden voimakkuuteen?*

- *Onko omaishoitajan fyysisellä suorituskyvyllä, sukupuolella tai iällä yhteyttä masennusoireiden voimakkuuteen?*

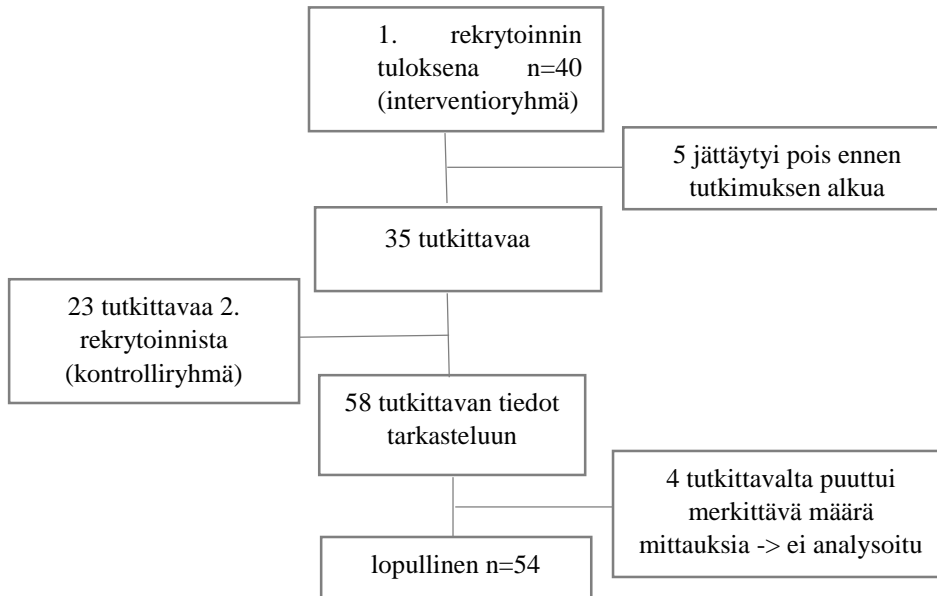
7 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkielman aineisto on osa Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin, Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen, Gerontologian tutkimuskeskuksen ja Kuntoutus Peurungan kehittämishanketta. Kehittämishankkeessa tutkitaan etäkuntoutus- ja laitostuntoutusinterventioita vaikuttavuutta omaishoitoyhdistystoimintaan verrattuna. Etäkuntoutusryhmään osallistuvat suorittavat 12 viikon ajan verkkopohjaista hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvaa verkko-ohjelmaa ja tällä ajanjaksolla heillä on käytössään myös tukihenkilöt. Kontrolliryhmän jäsenet osallistuvat omaishoitoyhdistyksen tarjoamaan toimintaan. Kolmantena ryhmänä tutkimuksessa on perinteiseen laitostuntoutukseen osallistuvat. Tutkimus on saanut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuseettisen toimikunnan hyväksynnän 24.11.2016 (Diaarinumero 3E/2016). Tässä pro gradu -tutkielmassa interventioryhmällä tarkoitetaan etäkuntoutusinterventioon osallistuneita. Pro gradu -tutkielma on toteutettu interventio- ja kontrolliryhmän tutkittavien alkumittausten tuloksista poikkileikkausasetelmalla.

7.1 Tutkimushenkilöt

Tutkimusta varten rekrytoitiin omaishoitajia Keski-Suomen omaishoito-yhdistyksistä lokajoulukuussa 2016 omaishoitajille tarkoitetuissa tapahtumissa. Kontrolliryhmään osallistuvia rekrytoitiin pelkästään omaishoitoyhdistysten kautta Jyväskylän seudulta sekä lisäksi Tampereelta kevään 2017 aikana. Lisäksi tutkittavia rekrytoitiin lehti-ilmoituksella joulukuussa 2016. Myös Jyväskylän kaupungille, SPR:lle, seurakunnille ja Jyvässeudun omaishoitajat ry:lle lähetettiin tietoa tutkimuksesta rekrytointia varten. Interventioryhmään ilmoittautui 40 omaishoitajaa, joista viisi jäi pois tutkimuksesta ennen sen alkua. Poisjääneistä yksi henkilö asui maantieteellisesti liian kaukana, yhden henkilön puoliso menehtyi ennen tutkimuksen alkua, kaksi henkilöä ilmoittautui ilmoittautumisajan jälkeen ja yhden henkilön kunto laski niin, ettei hän pystynyt osallistumaan tutkimukseen. Interventioryhmä koostui näin ollen 35 tutkittavasta. Kontrolliryhmään rekrytoitiin 23 omaishoitajaa, minkä jälkeen aineisto koostui 58 tutkittavasta. Neljältä tutkittavalta puuttui merkittävä määrä mittauksia eikä heitä

sen vuoksi otettu mukaan lopulliseen analyysiin. Tämän tutkielman aineisto koostui näin ollen yhteensä 54 tutkittavasta (kuvio 3).



KUVIO 3. Tutkittavien rekrytoinnin kulkukaavio

Tutkimushenkilöiden sisäänottokriteereinä oli omaishoitajuus, ikä ≥ 60 vuotta, uupumus- tai masennusoireilu ja kotona oleva, internet-yhteydellä varustettu tietokone tai kyky/halu oppia käyttämään tietokonetta sekä halu osallistua hankkeeseen. Tietotekniikankäyttövaatimukset olivat sisäänottokriteereissä mukana kehittämishankkeen luonteen vuoksi, koska tutkimuksen keskiössä oli internet-yhteydellä toteutettava etäkuntoutus. Tämä sisäänottokriteeri ei kuitenkaan koskenut kontrolliryhmän tutkittavia, samoin eivät myöskään uupumus- tai masennusoireilu. Poissulkukriteerinä varsinaisen tutkimuksen interventioryhmän tutkittaville oli tutkimushankkeen aikainen keskusteluapu, muu psykologinen hoito tai muu kuntoutusryhmään osallistuminen.

Mittaukset ja kyselyt, joihin kerätty aineisto perustuu, suoritettiin omaishoitajille alkuhaastattelussa, jotka pidettiin joko omaishoitajan kotona, GeroCenterin tiloissa (interventioryhmä) tai omaishoitoyhdistysten tiloissa (kontrolliryhmä). Tukihenkilöt toteuttivat

alkuhaastattelut interventioryhmän tutkittaville tammikuun lopulla 2017 ja samalla toteutettiin fyysisen suorituskyvyn mittaus Lyhyellä fyysisen suorituskyvyn testistöllä (SPPB) (TOIMIA 2014). Muut ryhmät osallistuivat fyysisen suorituskyvyn testistöön ja alkukartoitukseen kevään 2017 aikana, jossa tutkijat olivat tarvittaessa apuna kyselylomakkeiden täytössä. Tapaamisen aikana tutkittaville kerrottiin tutkimuksesta suullisesti sekä annettiin luettavaksi tiedote tutkimuksesta. Tutkittavat allekirjoittivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta, vastasivat osaan kyselyistä ja heille tehtiin lyhyt fyysistä suorituskykyä mittava testi (Short Physical Performance Battery, SPPB)(TOIMIA 2014). Lisäksi varsinaiseen interventiotutkimukseen kontrolliryhmän jäsenenä osallistuneille kerrottiin mahdollisuudesta käyttää itsenäisesti etäkuntoutusryhmälle tutkimushankkeessa tarjottavaa Omapolku-ohjelmaa varsinaisen pitkittäistutkimuksen päättymisen jälkeen. Tutkittavat täyttivät osan kyselylomakkeista yhteisessä tapaamisessa tutkijoiden avustaessa lomakkeiden täyttöä tarvittaessa. Osa kyselylomakkeista annettiin tutkittaville kotiin täytettäväksi ja myöhemmin palautettaviksi. Näiden lomakkeiden tiedot tarkistettiin tapaamisen aikana yhdessä tutkijan kanssa.

7.2 Mittarit

Tässä pro gradu -tutkielmassa mittareista hyödynnettiin BDI-II masennuskyselyn, COPE -indeksin, SOC-13 koherenssikyselyn ja SPPB lyhyen suorituskykytestistön tuloksia tutkimuskysymyksen selvittämiseen.

Taustamuuttajat. Tutkittavat täyttivät ikää koskevat tiedot taustatietokyselylomakkeeseen. Koulutustausta valittiin vaihtoehdoista: 1) kansakoulu, 2) kansalaiskoulu, 3) peruskoulu, 4) keskikoulu, 5) lukio, 6) ammattikoulu, 7) ammatillinen opisto, ja 8) yliopisto, amk tai muu korkeakoulu. Tässä tutkielmassa nämä tiivistettiin kolmeen luokkaan: 1) perus- /kansa- /kansalaiskoulu, 2) ammattikoulu/ ammatillinen opisto ja 3) amk, yliopisto tai muu korkeakoulu.

Omaishoitajat valitsivat suhteen hoidettavaan vaihtoehdoista 1) puoliso/kumppani, 2) äiti/isä, 3) sisarus, 4) lapsi, 5) muu perheenjäsen ja 6) ystävä/naapuri. Koetun terveyden kohdalla

tutkittavat valitsivat vaihtoehtoista 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) kohtalainen, 4) melko huono ja 5) huono, jotka tähän tutkielmaan tiivistettiin luokkiin 1) hyvä-melko hyvä ja 2) kohtalainen-huono. Myös omaishoitotyön kestoa mitattiin.

Masennusoireiden mittaaminen. Omaishoitajien masennusoireiden mittaamiseen käytettiin tutkimuksessa Beckin depressioasteikkoa (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2004). Se on Geriatric Depression Scalen (GDS) lisäksi yleisimmin ikääntyneiden masennuksen arvioinnissa käytetty mittari (Jefferson ym. 2001). BDI-II on itsearviointikysely, jossa 21 kohtaa arvioidaan Likertin asteikolla 0-3 (Reinecke & Franklin-Scott 2004). Kyselyssä henkilöä pyydetään arvioimaan tuntemuksiaan viimeisen kahden viikon ajalta (Jefferson ym. 2001). Suurempi arvo kuvaa mittarissa tuntemuksen voimakkuuden lisääntymistä ja kokonaispistemäärä vaihtelee 0-63 välillä (Reinecke & Franklin-Scott 2004). Mittarissa pistearvot 0-13 kuvaavat ”ei masennusta – lievää masennusta”, pistemäärät 14-19 ”lievää – keskivaikeaa masennusta”, 20-28 ”keskivaikeaa – vakavaa masennusta” ja pistemäärät 29-63 ”vakavaa masennusta”. Mittari arvioi masennuspotilailla yleisesti kliinisesti todettujen tekijöiden eri muotoja kattavasti: tunteita, uskomuksia, asenteita ja koettuja oireita. BDI-II on kliinisesti arvostettu mittari ja arvioitu validiksi masennus- ja ahdistusoireiden arvioimiseen, ja se soveltuu myös hyvin tutkimuskäyttöön (Beck 2004; Reinecke & Franklin-Scott 2004). BDI-II on todettu olevan validi mittari myös ikääntyneiden masennuksen arviointiin (Segal ym. 2008; Jefferson ym. 2001).

Kuormittuneisuuden mittaaminen. Omaishoitajan kuormittuneisuuden mittaamiseen käytettiin COPE-indeksiä (Carers of Older People in Europe, COPE-index). Se on kehitetty eurooppalaisena yhteistyönä iäkkäiden henkilöiden omaishoitajien jaksamisen ja kuormittuneisuuden arvioimiseen (Juntunen & Salminen 2011). Indeksillä perustuu itsearviointiin, ja siinä arvioidaan positiivisia ja negatiivisia tekijöitä, joiden on todettu olevan merkityksellisiä omaishoitajien mielenterveyden ja elämänlaadun kannalta (McKee ym. 2003). Se sisältää yhteensä 17 arvioitavaa kohtaa (McKee ym. 2003). COPE-indeksin kysymykset käsittelevät kolmea eri osa-aluetta: omaishoitajuuden myönteisiä ja kielteisiä merkityksiä sekä saadun tuen laatua. Kielteinen vaikutus -osion suuri pistemäärä kuvaa ylikuormittuneisuutta, myönteinen vaikutus -osion suuri pistemäärä taas suurta työstä saatua tyydytystä. Tuen laadun

suuri pistemäärä kuvaa saadun tuen riittävyttä omaishoitotyössä. Omaishoitajan tuen arvioinnin tulee huomioida erikseen jokaisen osa-alueen pistemäärät kokonaiskuvan luomiseksi. Mittari käyttää neliportaista asteikkoa 1 (ei koskaan) – 4 (aina) ja sen kokonaispistemäärässä suurempi pistemäärä kuvaa suurempaa kielteistä vaikutusta (Juntunen & Salminen 2011). Kokonaispistemäärät eri vaikutusten arvioinnissa vaihtelevat kielteisessä merkityksessä 7-28, myönteisessä merkityksessä 4-16 ja tuen laadussa niin ikään 4-16. Kliinisessä arvioinnissa pistemäärät yli 15 Kielteinen vaikutus osa-alueessa, alle 10 positiivinen merkitys osa-alueessa tai alle 6 pistettä Tuen laatu -osa-alueessa edellyttävät tarkempaa perehtymistä omaishoitajan tilanteen arviointiin (Juntunen & Salminen 2011).

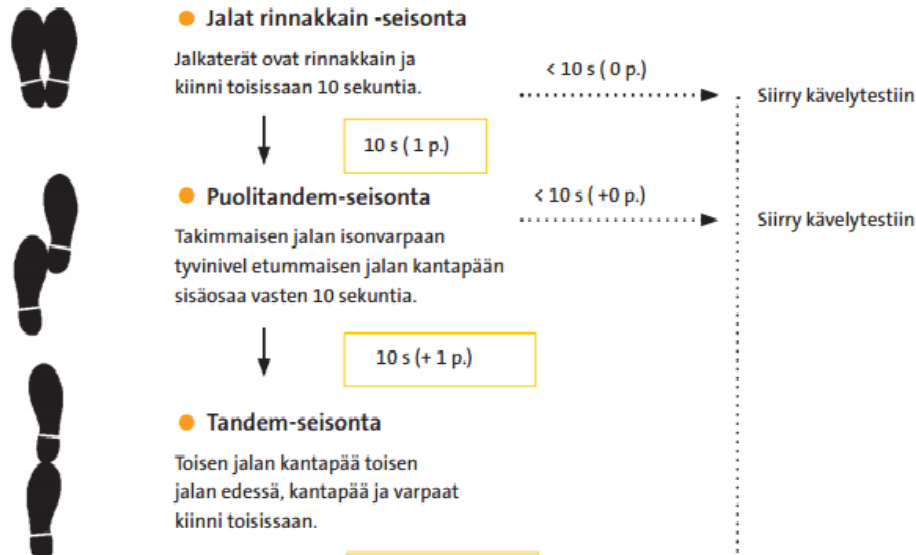
Mittarin validiteetti on testattu käyttämällä yleisesti kultaisena standardina käytettyjä mittareita (The General Health Questionnaire, The Hospital Anxiety and Depression Scale ja Life-BREF) yhtenäisyyden arvioinnissa (McKee ym. 2003). Mittarin on todettu korreloivan hyvin erityisesti hyvinvointimittareiden kanssa (Balducci ym. 2008). Se on todettu reliabeliksi erityisesti kielteinen vaikutus- ja positiivinen vaikutus -osoiden osalta, joissa korrelaatio oli korkea. Tuen saamista mittaavan osion kohdalla yhtenäisyys eri maiden välillä ei ollut niin suuri ja korrelaatio jäi kohtalaiseksi (McKee ym. 2003). Myös suomenkielinen versio on validoitu ja tulokset olivat samansuuntaisia englanninkielisen version kanssa (Juntunen & Salminen 2011).

Koherenssin mittaaminen. Koherenssia mitattiin Sence of coherence -asteikolla, joka on kansainvälisesti, etenkin länsimaissa, laajasti käytetty mittari koherenssin tunteen mittaamiseen. Alkuperäisiä versioita siitä ovat 13- ja 29-osaiset mittarit. Lisäksi asteikosta on tehty lukuisia eripituisia versioita. (Antonovsky 1993) SOC-asteikko testaa koherenssin kolmea eri osa-aluetta: Neljä kysymystä testaa mielekkyyttä, viisi ymmärrettävyyttä ja neljä hallittavuutta. Näihin kysymyksiin vastataan Likertin asteikolla 1-7, jolloin SOC-13 versiossa maksimipistemääräksi voi saada 91 pistettä. Summapistemäärässä suuri arvo tarkoittaa vahvaa koherenssin tunnetta. Lyhyenä mittarina sen vastausaika on myöskin kohtuullisen lyhyt. (Antonovsky 1993) Se on todettu reliabeliksi ja validiksi koherenssin tunteen mittaamenetelmäksi ja todettu helppokäyttöiseksi myös iäkkäämmillä tutkittavilla ja eri kulttuuritaustaisilla ihmisillä, joskin sen haasteena on koherenssin tunteen muuttuminen iän myötä. SOC-13 mittarin sisäisen konsistenssin on todettu olevan hyvä (ka. $\alpha = 0.82$), joskin

hieman 29-osaista versiota heikompi (ka. $\alpha=0.91$). (Antonovsky 1993; Eriksson & Lindström 2005).

Fyysisen suorituskyvyn mittaaminen. Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen käytettiin Short Physical Performance Battery (SPPB). Se on lyhyt ja yksinkertainen toimintakyvyn mittari, jonka toteuttamiseen tarvitaan vain tuoli ja sopiva tila. Testaamista varten ei tarvita terveydenhuollon koulutusta, vaan mittariin perehtymisen jälkeen mittauksen voi suorittaa kuka vain (TOIMIA 2014). Testi sisälsi seisomatasapainoa, kävelynopeutta ja alaraajojen lihasvoimaa testaavat osiot. Suoritukset pisteytettiin 0-4 siten, että 0 pistettä tarkoitti, ettei testattava kykene suoriutumaan tehtävästä ja 4 hyvää suoriutumista. Semi-tandem, tandem- ja jalat rinnakkain seisoita mittasivat seisomatasapainoa (kuviot 4). Kussakin asennossa pyrittiin säilyttämään asento 10 sekunnin ajan. Täydet pisteet sai pystyessään säilyttämään tasapainon kaikissa asennoissa. Kävelynopeutta mitattiin neljän metrin kävelymatkalla, joka ohjeistettiin kävelemään normaalia kävelynopeutta. Ajanottaja käveli tutkittavan perässä aloittaen ajanoton tutkittavan jalan ylittäessä lähtöviivan ja pysäyttäen ajanoton tutkittavan jalan ylittäessä maaliviivan. Saadakseen täydet neljä pistettä, tuli matkaan käytetyn ajan olla alle 4,84 sekuntia. Alaraajojen lihasvoimaa mitattiin tuolilta ylösnousu -testillä, jossa noustiin tuolilta viidesti, kädet ristissä rinnan päällä. Täydet pisteet testistä sai suoriuduttuaan tehtävästä alle 11,19 sekunnissa. Mikäli testattava ei pystynyt nousemaan ylös ohjeistetussa asennossa, sai hän testausosion pisteeksi 0. Testin osioista laskettiin kokonaispistemäärä (0-12), joka kuvaa toimintakykyä. Alle 10 oleva kokonaispistemäärä kertoo testattavan henkilön alaraajojen toimintakyvyn alkaneen heikettä. (Guralnik ym. 1994; TOIMIA 2014) Liikkumiskyvyn rajoitteiden riskin on todettu kasvavan testituloksen kokonaispistemäärän laskun myötä. 7-9 pistettä saaneiden riski liikuntakyvyn rajoitteeseen on lähes kaksinkertainen verrattuna kokonaispistemääräksi 10-12 saaneisiin. Alle 10 pisteen tuloksissa alaraajojen toimintakyvyn voidaan katsoa alkaneen heikettä. (TOIMIA 2014)

1. TASAPAINO



KUVIO 4. SPPB:n ensimmäisen osion suoritustekniikka suomennetusta versiosta. (Pajala 2016)

SPPB:n on todettu soveltuvan hyvin iäkkäiden henkilöiden alaraajojen toimintakyvyn mittaamiseen ja se on helppo ja nopea toteuttaa. (Guralnik ym. 1994; TOIMIA 2014) Sen ennustevaliditeetti on osoitettu olevan erinomainen ja alentuneen pistemäärän on osoitettu olevan yhteydessä mm. aikaisempaan laitoshoitoon joutumiseen, kuolleisuuteen ja ADL-toimintojen heikentymiseen. Myös sen reliabiliteetti on todettu hyväksi ja ylläpitävyysvaliditeetti on todettu hyväksi useiden mittarien kanssa. (Freiberger ym. 2012) Sen muutosherkkyydestä tarvitaan kuitenkin vielä lisää tutkimusta (TOIMIA 2014).

7.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineistoa analysoitiin tilastollisesti SPSS 24.0 -ohjelmalla. Aineiston päävastemuuttujana tarkasteltiin masennusoireiden voimakkuutta. Tästä riippuvina muuttujina tarkasteltiin ikää, sukupuolta, koherenssin tunnetta, kuormittuneisuutta ja fyysistä suorituskykyä. Jatkuvin muuttujina käsiteltiin ikää, BDI-II:n, COPE-indeksin, SOC-13:n ja SPPB:n tuloksia. Luokiteltuina muuttujina käsiteltiin omaishoitajan suhdetta hoidettavaan, omaishoitajan koulutusta ja koettua terveyttä. Kategorisina muuttujina käsiteltiin sukupuolta sekä suhdetta hoidettavaan.

Aineistoa analysoitiin frekvenssijakaumia ja korrelaatioita tarkastelemalla sekä lineaarisella regressioanalyysillä. Korrelaatioiden tarkastelun yhteydessä tarkasteltiin myös keskiarvojen eroja ryhmien välillä, jotka oli jaettu masennusoireiden esiintymisen perusteella. Keskiarvojen vertailuun käytettiin jatkuvilla muuttujilla kahden riippumattoman otoksen t-testiä ja kategoristen ja luokiteltujen muuttujien vertailuun khiin neliötestiä (χ^2). Muuttujien normaalijakaumaa arvoitiin muuttujien jakaumien vinoutta ja huipukkuutta tarkastelemalla.

8 TULOKSET

8.1 Taustatiedot

Tutkimusjoukosta (n=54) naisia oli 43 (80%) ja miehiä 11 (20%). Tutkittavien keski-ikä oli noin 71,4 (SD 5,8) vuotta. Nuorin tutkimukseen osallistuja oli 59 -vuotias ja vanhin 88-vuotias. 49 henkilöä omaishoitajista (91%) hoiti puolisoaan, kolme lastaan (6%) ja kaksi vanhempansa (4%). Enemmistö (65%) oli hoitanut läheistään yli viisi vuotta. Tutkittavien yleisin koulutus oli ammattikoulu/-opisto (57%) ja korkeakoulutettuja heistä oli noin viidennes (22%).

Tutkittavien ryhmästä 26 (48 %) koki jonkinasteisia masennusoireita ja 28 (52 %) ei kokenut minkäänasteisia masennusoireita. Masennusoireita kokevilla keskimääräinen pistemäärä vastasi keskivaikeaa masennusta. Naisista 51% ja miehistä 36% raportoi jonkinasteisia masennusoireita, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ei havaittu ($p=0,381$). Masennusoireita kokevien ryhmässä 58 % tutkittavista raportoi koetun terveytensä huonoksi tai kohtalaiseksi, kun vastaava osuus oli 39% niiden joukossa jotka eivät raportoineet masennusoireita. Edellä mainittu ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,18$).

Masennusoireiden mukaan jaetuissa ryhmissä masennusoireita kokevien summapistemäärä (ka 21,0; SD 4,5) erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p<0,001$) niistä, jotka oli luokiteltu ryhmään missä masennusoireita ei ollut (ka 8,7; SD 3,0). Myös koherenssin tunteen keskiarvo erosi masennusoireita kokevien (ka 54,5; SD 6,7) ja oireettomien (ka 67,1; SD 10,1) välillä ($p<0,001$). Kuormittuneisuus-indeksin kielteisen vaikutuksen osa-alueen osalta masennusoireita kokevien (ka 17,6; SD 3,5) ja oireettomien ryhmä (ka 13,9; SD 3,4) erosi toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ($p<0,001$), mutta myönteisen merkityksen osa-alueen keskiarvot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p=0,005$). Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti iän, sukupuolen, koulutuksen, omaishoitosuhteen keston tai omaishoitosuhteen luonteen perusteella (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Tutkittavien taustatiedot sekä tiedot masennusoireista, kuormittuneisuudesta, koherenssin tunteesta ja fyysisestä suorituskyvystä.

OMAISHOITAJALLA			
	Ei masennusoireita ⁽¹⁾	Jonkinasteisia masennusoireita ⁽²⁾	t-testin merkitsevyys
	n=28	n=26	
	ka (SD)	ka (SD)	p-arvo
Ikä	71,4 (5,4)	71,3 (6,3)	0,96
Masennusoireiden voimakkuus			
BDI-II	8,7 (3,0)	21,0 (4,5)	<0,001
Koherenssin tunne			
SOC-13	67,1 (10,1)	54,5 (6,7)	<0,001
COPE -indeksin summa			
kielteinen vaikutus	13,9 (3,4)	17,6 (3,5)	<0,001
myönteinen vaikutus	13,0 (1,5)	11,6 (2,0)	0,005
Fyysinen suorituskky SPPB	10,4 (1,6)	10,6 (1,5)	0,689
	n (%)	n (%)	χ²
Sukupuoli			
nainen	21 (75)	22 (85)	
mies	7 (25)	4 (15)	0,381 ^a
Koulutus			
kansa-/kansalaiskoulu, peruskoulu	4 (14,3)	7 (26,9)	
ammattikoulu/amatillinen opisto	18 (64,3)	13 (50)	
ammattikorkeakoulu/yliopisto	6 (21,4)	6 (23,1)	0,460 ^a
Omaishoidettavan suhde omaishoitajaan	26 (92,9)	23 (88,5)	
puoliso	0 (0)	2 (7,7)	
äiti/isä	2 (7,1)	1 (3,8)	0,294 ^a
lapsi			
Omaishoitotyön kesto			
0-5 vuotta	9 (13,1)	9 (36)	
yli 5 vuotta	15 (57,1)	16 (64)	0,918
Koettu yleinen terveys			
hyvä-melko hyvä	17(60,7)	11 (42,3)	
kohtalainen-melko huono	11 (39,3)	15 (57,7)	0,176

⁽¹⁾ = Omaishoitajalla BDI-II:n pistemäärä 0-13 pistettä: ei masennusta – lievää masennusta

⁽²⁾ = Omaishoitajalla BDI-II:n pistemäärä 14-63: lievä masennus – vaikea masennus

^a= frekvenssioletus ei täyty

ka= keskiarvo, SD= keskihajonta, tummennetut p-arvot tilastollisesti merkitseviä

8.2 Masennusoireisiin yhteydessä olevat tekijät

Muuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa kuormittuneisuus-indeksin kielteinen vaikutus - osio oli alustavan korrelaatioanalyysin perusteella suoraan verrannollisesti yhteydessä masennusoireiden voimakkuuden kanssa ($r= 0,579$, $p<0,01$; taulukko 3). Lisäksi voimakkaampi koherenssin tunne oli kääntäen verrannollisesti yhteydessä masennusoireiden voimakkuuteen ($r=-0,725$, $p<0,01$). Suurempi kuormittuneisuus oli heikosti suoraan yhteydessä naissukupuoleen ($r= 0,270$, $p<0,05$) ja kohtalaisesti kääntäen verrannollisesti pienemmän koherenssin tunteen kanssa ($r= -0,537$, $p<0,01$). Fyysisellä suorituskyvillä tai iällä ei ollut yhteyttä masennusoireiden voimakkuuteen.

TAULUKKO 3. Korrelaatiomatriisi omaishoitajilta kerättyjen mittaustulosten alkutilanteen poikkileikkauksesta (n=54)

	BDI-II	Sukupuoli	Ikä	COPE, kielteinen vaikutus	SOC-13	SPPB
BDI-II ⁽¹⁾	1					
Sukupuoli (m=0, n=1)	0,130	1				
Ikä	-0,022	-0,110	1			
COPE, kielteinen vaikutus ⁽²⁾	0,579**	0,270*	-0,101	1		
SOC-13 ⁽³⁾	-0,725**	-0,140	-0,003	-0,537**	1	
SPPB ⁽⁴⁾	-0,055	0,086	-0,248	-0,164	0,235	1

*= $p<0,05$

**= $p<0,01$

⁽¹⁾ = suurempi arvo kuvaa vakavampia masennusoireita

⁽²⁾ = suurempi arvo kuvaa suurempaa kuormittuneisuutta

⁽³⁾ = suurempi arvo kuvaa suurempaa koherenssin tunnetta

⁽⁴⁾ = suurempi arvo kuvaa parempaa fyysistä suorituskkyä

Muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin korrelaatioanalyysin lisäksi lineaarisen regressioanalyysin avulla (taulukko 4). Regressioanalyysissä voimakkaampi koherenssin tunne (B -0,42; 95%CI -0,57 - -0,27) oli yhteydessä vähäisiin masennusoireisiin ja suurempi kuormittuneisuus oli

yhteydessä voimakkaampiin masennusoireisiin (B 0,51; 95%CI 0,08- 0,94). Koherenssin tunne ja koettu kuormittuneisuus selittivät 58% masennusoireiden vaihtelusta, kun mallin kokonaisselitysosuus oli 60% (p<0,001; taulukko 4).

TAULUKKO 4. Lineaarinen regressioanalyysi iän, sukupuolen, koherenssin tunteen (SOC-13), kuormittuneisuuden (COPE kielteinen) sekä fyysisen suorituskyvyn (SPPB) yhteydestä masennusoireiden voimakkuuteen (BDI-II).

	B	95% CI
Ikä	0,055	-0,19 - 0,30
Sukupuoli ⁽¹⁾	-0,566	-4,02 – 2,88
SOC-13 ⁽²⁾	-0,420	-0,57 - -0,27
COPE, kielteinen vaikutus ⁽³⁾	0,511	0,08 – 0,94
SPPB ⁽⁴⁾	0,714	-0,23 – 1,66
R²	0,60	

B = Lineaarisen regression regressiokerroin

95%CI = 95%:n luottamusväli regressiokertoimelle

⁽¹⁾ = mies=0, nainen=1

⁽²⁾ = suurempi arvo vastaa suurempaa koherenssin tunnetta

⁽³⁾ = suuri arvo vastaa suurempaa kuormittuneisuutta

⁽⁴⁾ = suuri arvo vastaa suurempaa fyysistä suorituskykyä

9 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että voimakkaampi koherenssin tunne oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vähäisempiin masennusoireisiin ja suurempi kuormittuneisuus puolestaan voimakkaampiin masennusoireisiin. Koherenssin tunne oli voimakkaasti ja kuormittuneisuus kohtalaisesti yhteydessä masennusoireisiin. Nämä muuttujat yhdessä selittivät 58% masennusoireiden voimakkuuden vaihtelusta, kun muut mallissa mukana olevat tekijät selittivät vain 2% masennusoireiden vaihtelusta. Koherenssin tunteen ja kuormittuneisuuden yhteys masennusoireisiin säilyi merkitsevänä myös, kun sukupuoli, ikä ja fyysinen suorituskyky oli mallissa vakioitu. Muiden muuttujien tarkastelussa naissukupuoli oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä suurempaan kuormittuneisuuden kokemiseen, joskin yhteys oli heikko. Masennusoireiden on aiemmin todettu vaikuttavan fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen (Spiridon ym. 2005, 273). Tässä tutkimuksessa fyysisen suorituskyvyn ja masennuksen yhteyttä ei havaittu. Fyysisellä suorituskyvyllä ei todettu olevan yhteyttä myöskään muihin tarkasteltuihin muuttujiin.

Koko väestössä masennusta on arvioitu olevan 15%:lla yli 65 –vuotiaista, kun omaishoitajista masennusta raportoi arviolta 21% (Hiel ym. 2015; Gottfries 2001). Tässä tutkimuksessa jonkinasteisia masennusoireita havaittiin 48%:lla omaishoitajista, joka on selvästi aiempia tutkimuksia suurempi määrä. Aiemmassa tutkimuksessa on todettu masennuksen yleisyyden lisääntyvän omaishoitajana vietettyjen vuosien myötä (Hiel ym. 2015), mikä voi osaltaan vaikuttaa masennusoireiden kokemisen yleisyyteen tähän tutkimukseen osallistuneiden joukossa, sillä yli puolet (n=31, 57 %) oli ollut läheisensä omaishoitajana yli 5 vuotta. Lisäksi tutkittavista lähes puolet (n=26, 48%) koki terveytensä joko huonoksi tai korkeintaan kohtalaiseksi. Aiemmassa tutkimuksessa omaishoitajista 23% koki terveytensä huonoksi (Hiel ym. 2015), mutta tämän tutkimuksen tutkittavien korkeampi ikä saattaa selittää omaishoitajien koetun terveyden heikkoutta.

Tutkittujen muuttujien yhteys masennusoireisiin mukaili pääosin aiempaa tutkimustietoa, sillä tässä tutkimuksessa havaittu koherenssin tunteen vahva yhteys masennusoireisiin on havaittu myös aiemmassa tutkimuksessa (Eriksson & Lindström 2006). Aiemmin on todettu myös, että hyvä tunteiden hallinta vähentää masennusoireita (Nurmi ym. 2008, 186) ja eri stressinhallintakeinot vaikuttavat masennusoireiden esiintymiseen (Antonovsky 1993; Lindström & Eriksson 2005). Hyvä tunteiden hallinta ja stressinhallintakeinot liittyvät

psykologisina puskureina myös koherenssin kokemiseen. Voimakas koherenssin tunne olikin yksittäisenä muuttujana vahvin ennustaja vähäiselle masennusoireiden kokemiselle.

Kuormittuneisuuden osalta tämän poikkileikkaustutkimuksen tulokset ovat osittain yhteneväisiä aiemman tutkimustiedon kanssa (Leblanc ym. 2004). Sen sijaan aiemmin todettua suuren kuormittuneisuuden yhteyttä korkeaan ikään ei tässä tutkimuksessa havaittu (Vitaliano ym. 2004; Hiel ym. 2015; Wolfs ym. 2012). Tätä voi osittain selittää tutkimuksen sisäänottokriteerinä ollut vähintään 60 vuoden ikä, jonka seurauksena tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli kaiken kaikkiaan kohtalaisen korkea, keskimäärin 71,4 vuotta.

Naisomaishoitajien on aiemmin todettu kokevan enemmän masennusoireita ja kuormittuneisuutta kuin miesomaishoitajien (Pinquart & Sörensen 2006; Yeen & Schultzin 2000). Tämän tutkimuksen tulokset mukailivat aiempia tutkimustuloksia kuormittuneisuuden ja naissukupuolen yhteyden osalta, mutta sukupuolen ja masennusoireiden välistä yhteyttä ei tässä tutkimuksessa havaittu. Fyysisen kunnan osalta aiempi tutkimus on paljastanut omaishoitajana toimivien naisten olevan fyysisesti miehiä heikommassa kunnossa (Pinquart & Sörensen 2006), mutta tässä tutkimuksessa yhteyttä fyysisen suorituskyvyn ja sukupuolen välillä ei myöskään havaittu. Lisäksi sukupuolen ja koherenssin tunteen välillä ei havaittu eroa, joissa aiemman tutkimuksen mukaan miehet kokisivat suurempaa koherenssin tunnetta naisiin verrattuna (Eriksson & Lindström 2005). Tässä tutkimuksessa miesten määrä oli tosin verrattain pieni (n=11), minkä vuoksi sukupuolten välistä vertailua voi pitää vain suuntaa antavana.

Fyysinen suorituskyky ei osoittautunut olevan yhteydessä muihin tarkasteltuihin muuttujiin. Tätä saattaa selittää tutkittavien saamat hyvät suorituskyvyn pistemäärät, keskimäärin yli 10 pistettä. Mittarin pisteissä alle kymmenen pisteen tuloksista voidaan päätellä tutkittavan alaraajojen lihasvoiman alkaneen heiketä, eli tutkittavien alaraajojen lihasvoima oli keskimäärin hyvällä tasolla. Siksi toimintakyvyn arvioiminen ja erottelemine parempi- ja heikompikuntoisiin olisi vaatinut herkemmän mittarin. Lisäksi fyysistä suorituskykyä arvioitiin alaraajojen toimintaa arvioivalla testillä, jolloin yläraajojen toimintakyvyn heikkoudet jäävät

tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Omaishoitajan työssä kehon kokonaisvaltaisen hyvinvointi on tärkeää, joskin omaishoitajien työn fyysisyys vaihtelee omaishoidettavan tarpeiden mukaan.

Tutkimuksen eettisyys. Alkuperäinen kehittämishanke on saanut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuseettisen toimikunnan hyväksynnän (Dnro 3E/2016), jossa tutkimuksen toteutus on todettu olevan eettinen. Tutkittavien tietoja käsiteltiin anonymisti koko tutkimuksen ajan ja tietoja säilytetään lukituissa tiloissa. Tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, kulusta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Lisäksi he allekirjoittivat suostumuksensa tutkimukseen ennen siihen osallistumista. Näin voitiin varmistua osallistujien vapaaehtoisuudesta sekä riittävästä tiedonsaannista.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Tämä tutkimus oli toteutettu poikkileikkausasetelmassa, jonka vuoksi tuloksista ei voi arvioida muuttujien vaikutuksia toisiinsa. Tuloksista voi kuitenkin arvioida eri tekijöiden yhteyksiä masennusoireiden esiintymiseen, arvioida yleisesti omaishoitotyön kuormittavuutta ja karkeasti omaishoitajien hyvinvoinnin tasoa. Lisäksi masennusoireisiin mahdollisesti yhteydessä olevat muuttujat valittiin etäkuntoutustutkimuksessa käytetyistä mittareista, joka rajasi mahdollisuuksia eri muuttujien valintaan. Tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä kerättiin tietoa kyselylomakkeiden ja suorituskykytestin perusteella, jolloin mahdollisia muita masennusoireisiin yhteydessä olevia tekijöitä ei voitu arvioida. Tutkielman haasteena oli pieni tutkimusjoukko, joka vähensi aineiston tilastollista voimaa. Saadut tulokset olivat kuitenkin samansuuntaisia aiemman tutkimustiedon kanssa, mikä lisää todennäköisyyttä tulosten oikeansuuntaisuudesta. Pienen tutkimusjoukon vuoksi aineiston tarkastelussa jouduttiin yhdistämään useita luokkia, jolloin tiedon tarkkuus saattoi heikentyä. Muun muassa tutkittavien jakaminen masennusoireita kokeviin ja oireettomiin sisälsi vain karkeasti kuvattua tietoa siitä, minkä asteisia masennusoireita tutkittavat kokivat, sillä luokka sisälsi kaikki lievistä vakaviin masennusoireita kokeneet. Toisaalta varsinaiseen analysointiin näitä uudelleen luokiteltuja muuttujia ei käytetty.

Tutkimuksen vahvuutena oli käytetyt validoidut, laajasti käytössä olevat ja arvostetut mittarit, jotka soveltuvat hyvin käytettäväksi ikääntyvillä omaishoitajilla ja lisäsivät tämän tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksessa käytettiin pääosin kyselylomakkeita, joiden täyttööön tutkittavat

saivat tarvittaessa apua. Tämä vähensi väärinymmärrysten mahdollisuutta ja paransi tulosten luotettavuutta. Käytetyt mittarit soveltuivat pääpiirteittäin hyvin tämän pro gradun tutkimuksen tarpeisiin. Mittareista Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB) on yksinkertainen suorituskyvyn mittari, joka arvioi alaraajojen toimintakykyä ja on todettu soveltuvan hyvin ikääntyville henkilöille. Myös testin ennustevaliditeetin on osoitettu olevan hyvä mm. ADL - rajoitteiden syntymisen osalta ja sen yhtäpitävyys on todettu useiden mittareiden kanssa (Freiberger ym. 2012). Sen perusteella ei kuitenkaan voida arvioida yksityiskohtaisemmin toimintakyvyn tasoa, sillä tässä tutkimuksessa mukana olleille, suhteellisen hyväkuntoisille tutkittaville, testistö oli pääosin helppo suorittaa ja pistemäärät olivat siten keskimäärin korkeita. Tutkimustuloksissa fyysinen toimintakyky ei ollut yhteydessä muihin muuttujiin, mutta tämän tutkimustuloksen luotettavuutta saattaa heikentää mittarin karkea erottelevuus.

Tutkittavista suuri osa kävi omaishoitajien vertaistukiryhmissä, joka on saattanut vaikuttaa positiivisesti heidän psyykkisiin voimavaroihinsa. Lisäksi kodin ulkopuolella liikkuvat omaishoitajat saattavat olla myös fyysisesti paremmassa kunnossa verrattuna omaishoitajiin, jotka eivät juuri poistu kotoaan. Tämän vuoksi saattaa olla, että tutkimukseen osallistuneet olivat psyykkisiltä sekä fyysisiltä voimavaroiltaan paremmassa asemassa niihin henkilöihin verrattuna, jotka eivät saa vertaistukea tai muita kohdennettuja tukitoimia omaishoitajan roolissa toimimiseen. Omaishoitajien rekrytoinnissa tutkimukseen haasteellista onkin tavoittaa heidät, jotka elävät omaishoitajan arkeaan pääasiassa kotona, eivätkä pysty jättämään hoidettavaa yksin.

Kliiniset implikaatiot. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää omaishoitajille suunnattujen tukitoimien kehittämisen apuna. Saadut tulokset vahvistavat omaishoitajien masennusoireiden olevan yleisiä ja tätä tietoa voivat käyttää omaishoitajia työssään tapaavat henkilöt, mm. omaishoidon koordinaattorit. Koherenssin tunteen vahva yhteys vähäisten masennusoireiden esiintymiseen vahvistaa oletusta omaishoitajien psyykkisten voimavarojen tukemisen tärkeydestä. Omaishoitajan kyky ymmärtää ja arvioida vallitsevaa tilannetta sekä toimia terveyttään edistävällä tavalla on siis yhteydessä vähäisempiin masennusoireisiin, jonka vuoksi tähän tulisi kiinnittää huomiota omaishoitajien tukitoimien toteutuksessa. Lisäksi masennusoireiden yleinen esiintyvyys omaishoitajilla tulisi ottaa huomioon omaishoitosuhteiden aikana esimerkiksi seulontojen ja säännöllisten tilanteiden kartoittamisen muodossa omaishoitajien uupumisen välttämiseksi ja tukitoimien oikea-aikaiseksi

kohdentamiseksi. Naissukupuoli oli ikääntyneillä omaishoitajilla tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä suurempaan kuormittuneisuuteen, jonka vuoksi saattaa olla perusteltua kiinnittää huomiota erityisesti naisten jaksamiseen omaishoitajan roolissaan.

Toisaalta kuormittuneisuuteen saattavat vaikuttaa useat muut tekijät, joita ei tässä tutkimuksessa tarkasteltu. Muun muassa hoidettavan sairaus ja siihen liittyvät haasteet saattavat lisätä omaishoitajan kokemaa taakkaa. Aiemmin on todettu muistisairaiden omaishoitajilla esiintyvän muita enemmän masennusoireita muihin omaishoitajiin verrattuna (Pinquart & Sörensen 2003; O'Rourke & Tuokko 2000). Tämän vuoksi kokonaisvaltainen omaishoitajan voimavarojen kartoittaminen on todennäköisesti perustellumpaa, kuin yksittäisen tekijän tarkastelu kuormittuneisuuden ehkäisemiseksi.

Johtopäätökset. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että koherenssin tunteella oli vahva yhteys masennusoireiden voimakkuuteen. Siksi tulosten perusteella voidaan pohtia, suojaako korkea koherenssin taso masennusoireilta, ja altistaako vastaavasti korkea kuormittuneisuus masennusoireille. Tämä tieto tulisi varmistaa pitkittäisasetelmassa, ja mikäli tulos pysyy samana, huomioida myös omaishoitajien kuntoutuksen suunnittelussa. Omaishoitajille tulisi kehittää lisää soveltuvia psyykkistä hyvinvointia tukevia kuntoutusmuotoja. Etäkuntoutushanke tuottaa osaltaan valmistuttuaan tietoa siitä, kuinka psyykkisiin voimavaroihin keskittyvä kuntoutus vaikuttaa omaishoitajien koherenssin tunteeseen ja masennukseen. Tässä tutkimuksessa fyysisen toimintakyvyn ei todettu olevan yhteydessä masennusoireisiin. Olisi kuitenkin tarpeen tarkastella omaishoitajien psyykkistä terveyden yhteyttä fyysiseen toimintakykyyn tarkempia ja kokonaisvaltaisempia fyysisen osa-alueen mittareita käyttämällä. Tällä hetkellä omaishoitajien kuntoutuskursseilla fyysinen toimintakyky näyttölee suurta roolia. Fyysisen kuntoutuksen osuutta ja sen sisältöä on mahdollisesti syytä pohtia uudelleen, mikäli fyysistä osa-aluetta painottava kuntoutus ei vaikuta omaishoitajan arjessa jaksamiseen.

LÄHTEET

- Aldwin, C., 2012. Stress and coping across the lifespan. Teoksessa: Folkman, S. (Toim.) The Oxford handbook of stress, health, and coping, 15-34.
- Antonovsky, A., 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Balducci, C., Mnich, E., McKee, K.J., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., Wojszel, Z.B., Nolan, M., Prouskas, C., Bień, B. and Öberg, B., 2008. Negative impact and positive value in caregiving: validation of the COPE index in a six-country sample of carers. *The Gerontologist*, 48(3), 276-286.
- Bank, A.L., Arguelles, S., Rubert, M., Eisdorfer, C., Czaja, S.J. 2006. The value of telephone support groups among ethnically diverse caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*, 46(1),134-138.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. 2005. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255-261.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. 2004. BDI II Beckin depressioasteikko. Käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.
- Bergvall, N., Brinck, P., Eek, D., Gustavsson, A., Wimo, A., Winblad, B., & Jönsson, L. 2011. Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 23(01), 73-85.
- Bobinac, A., Van Exel, N. J. A., Rutten, F. F., & Brouwer, W. B. 2010. Caring for and caring about: disentangling the caregiver effect and the family effect. *Journal of health economics*, 29(4), 549-556.
- Carmichael, F., & Charles, S. 2003. The opportunity costs of informal care: does gender matter?. *Journal of health economics*, 22(5), 781-803.
- Chappell, N. L., Dujela, C., & Smith, A. 2014. Spouse and Adult child differences in caregiving burden. *Canadian Journal on Aging*, 33(4), 462–472.

- Christie, J., Smith, G. R., Williamson, G. M., Lance, C. E., Shovali, T. E., & Silva, L. C. 2009. Quality of informal care is multidimensional. *Rehabilitation psychology*, 54(2), 173.
- Davey, A., Femia, E. E., Shea, D. G., Zarit, S. H., Sundström, G., Berg, S., & Smyer, M. A. 1999. How many elders receive assistance? A cross-national comparison. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 199-220.
- Dentinger, E., & Clarkberg, M. 2002. Informal caregiving and retirement timing among men and women gender and caregiving relationships in late midlife. *Journal of Family Issues*, 23(7), 857-879.
- Depressio. 2016. Käypä hoito -suositus Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.2.2017. www.kaypahoito.fi.
- Eriksson, M. and Lindström, B., 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 60(5), 376-381.
- Folkman, S., 2008. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14.
- Francesca, C., Ana, L. N., Jérôme, M., & Frits, T. 2011. OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care (Vol. 2011). OECD Publishing.
- Freiberger, E., De Vreede, P., Schoene, D., Rydwick, E., Mueller, V., Frändin, K. and Hopman-Rock, M., 2012. Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age and ageing*, 41(6), 712-721.
- Gale, C.R., Cooper, C., Deary, I.J., Sayer A.A. 2013. Psychological well-being and incident frailty in men and women: the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine* 44, 697-706.
- Gottfries, C.G., 2001. Late life depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251, 57-61.

- Guralnik, J.M., Simonsick, E.M., Ferrucci, L., Glynn, R.J., Berkman, L.F., Blazer, D.G., Scherr, P.A. and Wallace, R.B., 1994. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of gerontology*, 49(2), M85-M94.
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L. and Bartolucci, A.A., 1987. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and aging*, 2(4), 323.
- Halmesmäki, A-M., Herranen, L., Järnstedt, P., Kauppi, S., Lamminen, M., Malmi, M., Pitkänen, A-M., Väisänen, M. (toim.) 2015. Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoidosta. 2. painos. Ulvila: Plusprint.
- Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (Toim.) *Gerontologia*. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 393-406.
- Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J., Burdorf, A., & Croezen, S. 2015. Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive medicine*, 70, 64-68.
- Hoefman, R. J., van Exel, N. J. A., De Jong, S. L., Redekop, W. K., & Brouwer, W. B. 2011J. A new test of the construct validity of the CarerQol instrument: measuring the impact of informal care giving. *Quality of Life Research*, 20(6), 875-887.
- Jefferson, A. L., Powers, D. V., & Pope, M. 2001. Beck depression inventory-II (BDI-II) and the geriatric depression scale (GDS) in older women. *Clinical gerontologist*, 22(3-4), 3-12.
- Juntunen, K., & Salminen, A. L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 78.
- Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Viitattu 30.9.2016. julkaisut.valtioneuvosto.fi.

- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., & Rissanen, P. 2013. Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. *BMC health services research*, 13(1), 317.
- KELA. 2013. Kela tarjoaa yhteistä kuntoutusta omaishoitajille ja omaisille. Viitattu 17.5.2017. <http://www.kela.fi/-/kela-tarjoaa-yhteista-kuntoutusta-omaishoitajille-ja-omaisille>.
- Känel von, R., Mausbach, B.T., Ancoli-Israel, S., Dimsdale, J.E., Mills, P.J., Patterson, T.L., Ziegler, M.G., Roepke, S.K., Chattillion, E.A., Allison, M. and Grant, I., 2012. Sleep in spousal Alzheimer caregivers: a longitudinal study with a focus on the effects of major patient transitions on sleep. *Sleep*, 35(2), 247-255.
- Laukkanen, P., 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (Toim.) *Gerontologia*. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 261-272.
- Leblanc, A. J., Driscoll, A. K., & Pearlin, L. I. 2004. Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging & mental health* 8(5), 410-421.
- Li, C. Y., & Lewis, F. M. 2013. Expressed emotion and depression in caregivers of older adults with dementia: results from Taiwan. *Aging & mental health*, 17(8), 924-929.
- Lim, K. and Taylor, L., 2005. Factors associated with physical activity among older people—a population-based study. *Preventive medicine*, 40(1), 33-40.
- Lindström, B. & Eriksson, M., 2005. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and community health*, 59(6), 440-442.
- Linnosmaa, I., Jokinen, S., Vilkkö, A., Noro, A. and Siljander, E., 2014. Omaishoidon tuki-Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti: 2014_009.
- Malhotra, C., Malhotra, R., Østbye, T., Matchar, D., & Chan, A. 2012. Depressive symptoms among informal caregivers of older adults: insights from the Singapore Survey on Informal Caregiving. *International Psychogeriatrics*, 24(08), 1335-1346.

- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., Patterson, T. L., & Grant, I. 2013. A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 21(1), 5-13.
- McKee, K.J., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Öberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bien, B., Parker, C., Nolan, M.R. and Szczerbinska, K., 2003. The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health* 7(1), 39-52.
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P. H. 2002. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical care*, 40(12), 1249-1259.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L., Ruoppila, I. 2008. Ihmisen psykologinen kehitys. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Omaishoitajat ja -läheiset liitto ry. 2015. Mitä omaishoito on? Viitattu 22.9.2016. <http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>.
- O'Rourke, N. & Tuokko, H. 2000. Supporting caregivers and caregiving in an aging Canada. *The Journal of Applied Gerontology* 19(4), 389-404.
- Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. 4. painos. Tampere: Juvenes print -Suomen yliopistopaino Oy.
- Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health Economics*, 13(3), 327-336.
- Pickard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Davies, B., & Darton, R. 2000. Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing and Society*, 20(6), 745-772.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. 2003. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. 2006. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45.

- Pruchno, R. A., & Resch, N. L. 1989. Mental health of caregiving spouses: Coping as mediator, moderator, or main effect? *Psychology and Aging*, 4(4).
- Reinecke, M.A., Franklin-Scott, R.L. 2004. Assessment of suicide: Beck's scales for Assessing Mood and Suicidality. Teoksessa Yufit, R. I., & Lester, D. (Toim.). *Assessment, Treatment, and Prevention of Suicidal Behavior* 1. painos. Hoboken, US: Wiley. 29-61.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. 1995. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69(4), 719-727.
- Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P., & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006.". Hoitaahan ne joka tapauksessa". Pori: Kehitys, 25.
- Schmitz, H., & Westphal, M. 2015. Short-and medium-term effects of informal care provision on female caregivers' health. *Journal of health economics*, 42, 174-185.
- Schulz, R., & Beach, S. R. 1999. Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215–2219.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. 2008. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory—II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32(1), 3-20.
- Sihvonen, A-P., Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P., Aromaa, A. 2008. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. (Toim.) *Gerontologia*. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 51-63.
- Sjölund, B. M., Wimo, A., Engström, M., & von Strauss, E. 2015. Incidence of ADL Disability in Older Persons, Physical Activities as a Protective Factor and the Need for Informal and Formal Care—Results from the SNAC-N Project. *PloS one* 10(9),
- Smith, G. R., Williamson, G. M., Miller, L. S., & Schulz, R. 2011. Depression and quality of informal care: a longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology and aging*, 26(3), 584.
- Snyder, C.R. Dinoff, B.R. 1999. Coping – Where have you been. Teoksessa: Snyder, C.R. (toim.) *Coping – The Psychology What Works*. 1. painos. New York: Oxford University Press, 3-19.
- Spiriduso, W.W., Francis, K.L., MacRae, P.G. 2005. Physical dimensions of aging. 2. painos.

- Suomen kuntaliitto. 2015. Omaishoidon tuki. Viitattu 22.9.2016.
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/omaishoidontuki/Sivut/default.aspx#kohde3>.
- TOIMIA. 2014. SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Viitattu 30.1.2017.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/>.
- Van Houtven, C. H., & Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of health economics*, 23(6), 1159-1180.
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Zhang, J. 2004. Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Eddy, L. 1995. Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 402-411.
- Wolfs, C. A., Kessels, A., Severens, J. L., Brouwer, W., de Vugt, M. E., Verhey, F. R., & Dirksen, C. D. 2012. Predictive factors for the objective burden of informal care in people with dementia: a systematic review. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 26(3), 197-204.
- Yee, J.L., Schulz, R., 2000. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 2, 147–164.