

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAPOHJAISEN VERKKOINTERVENTION
VAIKUTTAVUUS JA MUUTOSTA VÄLITTÄVÄT TEKIJÄT YLI 60-VUOTIAILLA
KUORMITTUNEILLA OMAISHOITAJILLA**

Ella Niemistö & Oona Tähtinen

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Maaliskuu 2018

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

NIEMISTÖ, ELLA & TÄHTINEN, OONA: Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen verkkointervention vaikuttavuus ja muutosta välittävät tekijät yli 60-vuotiailla kuormittuneilla omaishoitajilla

Pro gradu -tutkielma, 44 s.

Ohjaajat: Päivi Lappalainen ja Raimo Lappalainen

Psykologia

Maaliskuu 2018

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää omaishoitajien etäkuntoutusinterventioryhmän ja vertailuryhmänä toimivan omaishoitoyhdistysryhmän vaikuttavuutta yli 60-vuotiaiden kuormittuneiden, uupuneiden ja/tai alakuloisten omaishoitajien masennukseen (BDI-II), kuormittuneisuuteen (COPE), ahdistuneisuuteen (GAD-7), elämönhallinnan tunteeseen (SOC-13), elämänlaatuun (WHOQOL-BREF), psykologiseen joustavuuteen (AAQ-2 ja EACQ) ja ajatusten tukahduttamiseen (WBSI). Lisäksi selvitettiin, mitkä psykologiset prosessit välittivät hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan tuetun verkkointervention aikana tapahtunutta muutosta masennuksessa. Tutkimuksen aineistona käytettiin Kelan rahoittaman Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen -tutkimuksen aineistoa. Tähän tutkimukseen osallistui 63 omaishoitajaa, joista 55 osallistui loppumittaukseen. Etäkuntoutusryhmän omaishoitajat osallistuivat 12 viikon tuettuun verkkointerventioon, jonka verkko-ohjelmana oli OMApolku-verkko-ohjelma. Omaishoitoyhdistysryhmän omaishoitajat osallistuivat omaishoitoyhdistyksien tarjoamiin palveluihin. Tulosten mukaan etäkuntoutusinterventio vähensi masennusta ja lisäsi psykologista joustavuutta. Omaishoitoyhdistysten tarjoamat palvelut eivät vähentäneet masennusta tai lisänneet psykologista joustavuutta. Voidaankin siis todeta, että tuettu hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjainen verkkointerventio on hyödyllinen interventiomuoto iäkkäille kuormittuneille omaishoitajille. Omaishoitajien kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi ja ylläpitämiseksi tarvittaisiinkin vertaistukeen ja fyysiseen hyvinvointiin keskittyvien tukimuotojen rinnalle psyykkistä hyvinvointia tukevia kuntoutusmuotoja.

Avainsanat: hyväksymis- ja omistautumisterapia, HOT, verkkointerventio, omaishoitajuus, omaishoitajat, psykologinen joustavuus, OMApolku

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
1.1 Omaishoitajuus	1
1.2 Omaishoitajien tukimuodot	3
1.3 Omaishoitoyhdistykset	3
1.4 Kansaneläkelaitoksen kuntoutuskurssit	3
1.5 Teknologia- ja verkkopohjaiset interventiot	4
1.6 Hyväksymis- ja omistautumisterapia	6
1.7 Psykologinen joustavuus	8
1.8 Hyväksymis- ja omistautumisterapia ikäihmisillä	9
1.9 Hyväksymis- ja omistautumisterapia verkkointerventioissa	9
1.10 Muutosta välittävät tekijät hyväksymis- ja omistautumisterapiassa	10
1.11 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	10
2 MENETELMÄT	11
2.1 Tutkimuksen tausta	11
2.2 Tutkimushenkilöt	12
2.3 Etäkuntoutusintervention kulku	15
2.4 Omaishoitoyhdistysryhmään osallistuneiden aineiston keruu	16
2.5 Verkko-ohjelma	17
2.6 Etäkuntoutusintervention tukihenkilöt	19
2.7 Mittarit	19
2.7.1 Oiremittarit	19
2.7.2 Psykologisen joustavuuden mittarit	21
2.8 Aineiston analysointi	22
3 TULOKSET	23
3.1 Etäkuntoutusintervention ja omaishoitoyhdistyksien tarjoamiin palveluihin osallistumisen vaikuttavuus	23
3.2 Masennusoireiden muutosta välittävät psykologiset prosessit etäkuntoutusinterventiossa	30
4 POHDINTA	33
4.2 Tutkimuksen rajoitukset ja edut	36
4.3 Jatkotutkimustarpeet	36
4.4 Johtopäätökset	37
LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

1.1 Omaishoitajuus

Suomessa väestön ikääntyvien osuus kasvaa nopeasti, mutta samalla kasvaa myös hyväkuntoisten ikäihmisten määrä (Laitalainen ym., 2010). Tämä mahdollistaa sen, että yhä useampi ikäihminen voi tukea läheisensä kotona selviytymistä. Lain (937/2005) mukaan omaishoito määritellään vanhuksen, sairaan henkilön tai vammaisen henkilön läheisen avulla kotiooloissa järjestetyksi huolenpidoksi ja hoidoksi. Vuonna 2012 suurimpia syitä omaishoidon tarpeelle olivat terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja muistisairaudet (Siljander, 2013). Omaishoitaja puolestaan määritellään lain (937/2005) mukaan omaistaan tai muuta läheistään hoitavaksi henkilöksi, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. Sen määrittäminen, milloin läheisen auttaminen muuttuu omaishoitajuudeksi, on kuitenkin vaikeaa (Kehusmaa, Autti-Rämö & Rissanen, 2013). Omaishoitajaksi päädytäänkin usein pikkuhiljaa hoidettavan läheisen terveydentilan heikentyessä. Omaishoitotilanteista kuitenkin vain pieni osa on lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä (Sisäasiainministeriö, 2012). Sisäasiainministeriön (2012) mukaan vuonna 2010 Suomessa oli noin 37 000 omaishoitosopimusta, mikä on vähän yli 10 prosenttia kaikista omaishoitotilanteista. Vuonna 2012 Suomessa arvioitiin sisäasiainministeriön (2012) mukaan olevan yhteensä noin 300 000 omaishoitotilannetta, joista 60 000 oli sitovia ja vaativia.

Omaishoitajuuteen liittyy positiivisia vaikutuksia ja myönteisiä merkityksiä niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta (Kansallinen omaishoidon kehittämissyhmä, 2014). Hyvin toteutuessaan omaishoito muun muassa mahdollistaa kotona asumisen, ylläpitää hoidettavan toimintakykyä vahvistaa perhearvoja, edistää sekä hoidettavan että hoitajan hyvinvointia, on hoitajalle palkitsevaa ja hillitsee julkisten menojen kasvua. Suurin osa ikäihmisistä haluaa asua kodissaan niin pitkään kuin mahdollista (Juntunen, Era & Salminen, 2013), ja omaishoito on kotona asumista edistävästä tukimuodoista yksi keskeisimmistä (Juntunen & Salminen, 2014). Korvaamalla kunnan järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja omaishoito myös säästää virallisen pitkäaikaishoidon menoja (Kehusmaa ym., 2013). Omaishoitajana toimimisen on myös havaittu jopa vähentävän omaishoitajien yleistä kuolleisuutta (O'Reilly ym., 2008; Roth ym., 2013).

Myönteisten merkitysten lisäksi omaishoitoon liittyy myös kielteisiä vaikutuksia, jotka kohdistuvat muun muassa omaishoitajien terveyteen, mielialaan ja toiminnallisiin rooleihin (Juntunen

& Salminen, 2014). Omaishoitajuuden on havaittu vaikuttavan kielteisesti omaishoitajien hyvinvointiin ja fyysiseen terveyteen (Pinquart & Sörensen, 2003). Omaishoitajaksi päädytään usein pikkuhiljaa läheisen toimintakyvyn heikentymisen myötä, jolloin tilanteeseen sopeudutaan kiinnittämättä huomiota avun antajan ponnisteluihin selviytyä omaishoidon ja muun elämän vaatimuksista sekä tilanteen herättämistä tunteista (Juntunen & Salminen, 2014). Yksi mahdollisista omaishoitajuuden kielteisistä vaikutuksista on kuormittuminen, joka voi aiheuttaa psyykkisiä pulmia, kuten masennusta ja vaikeuksia sosiaalisten suhteiden ylläpidossa (Pearlin ym., 1990). Lisäksi kuormittumisesta voi seurata omaishoitajille myös fyysisiä sairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia (Von Känel ym., 2008). Omaishoitajien kuormittumiseen vaikuttavat kuitenkin objektiivisten tekijöiden (Pearlin ym., 1990) lisäksi myös omaishoitajien käyttämät selviytymiskeinot (Sun ym., 2010; del-Pino-Casado ym., 2011). Sunin ym. (2010) ja del-Pino-Casadon ym. (2011) mukaan esimerkiksi ongelmien välttämiseen keskittyvät keinot aiheuttavat kuormittumista, kun taas ongelmien ratkaisuun keskittyvät keinot suojaavat siltä. Omaishoitajuuden on myös havaittu vaikuttavan kielteisesti omaishoitajien ystävyysuhteisiin vaikeuttamalla niiden ylläpitoa (Juntunen & Salminen, 2014). Juntusen ja Salmisen (2014) mukaan omaishoitajat voivat lisäksi joutua kokemaan myös fyysisistä turvattomuutta hoidettavan mahdollisten käytöshäiriöiden vuoksi, joita esimerkiksi muistisairaudet voivat aiheuttaa.

Pinquartin ja Sörensen (2003) meta-analyysin mukaan suurimmat erot omaishoitajien ja ei-omaishoitajien välillä ovat masennuksessa, minäpystyvyydessä ja yleisessä subjektiivisessa hyvinvoinnissa, ja myös omaishoitajien fyysisen hyvinvoinnin taso on merkitsevästi huonompi kuin ei-omaishoitajilla. Jopa 50 prosentilla omaishoitajista on havaittu esiintyvän masennusta ja lievempiä mielialaoireita (Smith ym., 2012; Välimäki ym., 2015). Lisäksi omaishoitajilla on havaittu olevan usein myös heikompi elämänlaatu kuin muilla saman ikäisillä (Juntunen ym., 2013; Välimäki ym., 2016). Omaishoitajuus sitoo omaishoitajia paljon, ja osa omaishoitajista on huomattavan kuormittuneita (Juntunen & Salminen, 2014). Juntusen ym. (2016) mukaan yli 65-vuotiaita hoitavista suomalaisista omaishoitajista noin neljäsosa kokee usein tai aina omaishoitajuuden aiheuttavan kielteisiä vaikutuksia heidän tunne-elämäänsä sekä lähes kolmasosa kokee sen aiheuttavan usein tai aina kielteisiä vaikutuksia heidän fyysiseen terveyteensä. Juntusen ja Salmisen (2014) mukaan omaishoitajista vain puolet kokee tulevansa yleisesti arvostetuksi omaishoitajana usein tai aina. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että alle puolet omaishoitajista kokee saavansa tukea sosiaali- ja terveyspalveluista usein tai aina.

1.2 Omaishoitajien tukimuodot

Iäkkäiden omaishoitajien määrä lisääntyy, mikä tuo mukanaan haasteita tukipalveluiden kehittämiseksi (Linnosmaa ym., 2014). Onnistunut omaishoito edellyttää omaishoitajalta riittäviä resursseja niin tiedollisesti, taidollisesti kuin tahdollisestikin. Omaishoitajien osaamisesta, jaksamisesta ja sosiaalisista verkostoista huolehtiminen on kuitenkin riittämätöntä (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma, 2014). Omaishoitajan ja hänen hoidettavansa turvallisuus voi heikentyä, mikäli omaishoitaja on kuormittunut tai hänen terveytensä on heikentynyt, sillä tällöin hänen voi olla vaikeaa suoriutua tehtävistään (Juntunen & Salminen, 2015). Omaishoitajan ja hänen hoidettavansa hyvinvointi voidaan kuitenkin turvata oikein ajoitetuilla, riittävillä, joustavilla ja yksilöllisesti suunnitelluilla palveluilla. Ennaltaehkäisevä ja kuntouttava tukitoiminta on kuitenkin puutteellista (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma, 2014). Kunnat tarjoavat omaishoitajille erilaisia tukipalveluita, kuten palveluohjausta, neuvontaa ja koulutusta, sosiaalityön palveluita, vertaisryhmätoimintaa, kuntoutuspalveluita, lakisääteisiä vapaapäiviä ja muita tukipalveluita (Linnosmaa ym., 2014). Käytännössä Linnosmaan ym. (2014) mukaan palveluita on kuitenkin saatavilla vain pienelle osalle omaishoitajia, esimerkiksi neuvontaa, ohjausta ja koulutusta sai kuntakyselyn mukaan omaishoitajista vain joka kuudes.

1.3 Omaishoitoyhdistykset

Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry järjestää paikallisyhdistysten kautta omaishoitajille muun muassa vertaistukea, virkistystä, tapahtumia, retkiä, koulutusta, ohjausta ja neuvontaa (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry). Kaikki omaistaan hoitavat ja omaishoidosta kiinnostuneet voivat osallistua paikallisyhdistysten toimintaan myös ilman jäsenyyttä. Paikallisyhdistyksiä on Suomessa tällä hetkellä yhteensä 69. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry on myös virallinen jäsen omaishoitajien eurooppalaisessa yhteistyöverkossa Eurocaressa, jonka tavoitteena on omaishoitajien asian edistäminen Euroopan unionin tasolla ja sitä kautta myös kansallisen toiminnan tukeminen.

1.4 Kansaneläkelaitoksen kuntoutuskurssit

Yksi Suomessa käytössä olevista omaishoidon tukimuodoista on Kelan järjestämät harkinnanvaraiset laitos- ja avomuotoiset kuntoutuskurssit, joita järjestetään kuntoutuslaitoksissa ympäri Suomea (Juntunen & Salminen, 2015). Niillä pyritään lisäämään omaishoitajien tietoja ja taitoja selviytyä vaativassa tehtävässään. Kurseja järjestetään sekä omaishoitajille tarkoitettuina yksilökurseina että omaishoitajalle ja hänen hoidettavalleen tarkoitettuina parikursseina (Kela, 2013). Kelan kuntoutuskurssit kestävät yhteensä 15 vuorokautta ja kurssit toteutetaan kolmessa viiden vuorokauden jaksossa. Yksilökurssien kohderyhmänä ovat sellaiset päivittäin omaishoitajana toimivat ihmiset, joilla on mahdollisia uupumusoireita ja/tai jokin sairaus, mistä johtuen heillä on tarve moniammatillisesti toteutettavalle kurssimuotoiselle kuntoutukselle (Juntunen & Salminen, 2015). Parikursseilla kohderyhmänä on omaishoitajan lisäksi hoidettava puoliso tai aikuinen läheinen. Kuntoutuskurssien tarkoitus on parantaa ja ylläpitää omaishoitajan työ- ja toimintakykyä sekä osallistumista (Juntunen & Salminen, 2015). Niiden tavoitteena on tiedon ja konkreettisten keinojen antaminen oman terveyden ja elämänlaadun ylläpitämiseksi sekä valmiuksien antaminen omaisen hoitamiseen. Kelan kuntoutuskurssien on kuitenkin havaittu edistävän merkittävästi lähinnä omaishoitajien elämänlaadun fyysistä puolta, mutta esimerkiksi masennusoireisiin sillä ei ole havaittu olevan vaikutusta (Juntunen & Salminen, 2015).

1.5 Teknologia- ja verkkopohjaiset interventiot

Yksi tapa tehostaa omaishoitajien kuntoutusta on käyttää erilaisia etäteknologian muotoja. Erilaisten etäteknologian muotojen, kuten puhelimen, tietokoneen tai tablettitietokoneen, tavoitteellista yhteiskäyttöä hyödyntävien sovellusten käyttöä kuntoutuksessa kutsutaan etäkuntoutukseksi (Salminen, Hiekkala & Stenberg, 2016). Etäkuntoutuksella on aina selkeä tavoite, aloitus ja lopetus ja se on ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa. Etäkuntoutuksen etuja ovat muun muassa palvelujen saatavuus, säästöt palvelujen tuottamisen kustannuksissa, kuntoutuksen intensiteetin parantaminen ja kuntoutuksen tuominen asiakkaan omaan toimintaympäristöön. Etäkuntoutus voidaan jakaa reaaliaikaisiin ja ajasta riippumattomiin menetelmiin (Salminen ym., 2016). Reaaliaikainen etäkuntoutus on kyseessä silloin, kun kuntoutuja ja palveluntuottaja ovat toisiinsa yhteydessä etäteknologiaa hyödyntävien sovellusten avulla reaaliajassa. Ajasta riippumaton kuntoutus puolestaan on asiakkaan omatoimisesti etäteknologian avulla toteuttamaa kuntoutusta, jota ammattilainen on suositellut. Se voi olla esimerkiksi verkkomateriaalia.

Omaishoitajille on tehty teknologiasovelluksia muun muassa video-, internet- ja puhelinpohjaisia teknologiasovelluksia, joiden avulla on annettu esimerkiksi koulutusta, konsultaatiota, sosiaalista tukea (Chi & Demiris, 2015). Chin ja Demiriksen (2015) systemaattisessa katsauksessa, jossa tutkittiin teknologiasovelluksia hyödyntävien omaishoitajille suunnattujen interventioiden vaikuttavuutta, yli 95 prosentissa tutkimuksista näkyi tilastollisesti merkitsevää parannusta muun muassa omaishoitajien psykologisessa hyvinvoinnissa, tyytyväisyydessä teleterveyteen ja omaishoitajuuteen liittyvässä tiedon hallinnassa. Internet-pohjaisten interventioiden avulla on mahdollista tukea omaishoitajia etäältä ja vähentää heidän kuormittumistaan uusilla ja helposti saatavilla olevilla tukimuodoilla (Guay ym., 2017). Guay ym. (2017) systemaattisessa katsauksessa kymmenestä internet-pohjaisesta interventiosta seitsemässä tapahtui tilastollisesti merkitsevää edistymistä omaishoitajien oireissa, kuten esimerkiksi masennuksessa ja ahdistuksessa. Näissä interventioissa käytettiin muun muassa verkkopohjaisia harjoituksia ja terveystarkastuksia sekä etätukea ammattilaisilta tai vertaistukea. Myös Scottin ym. (2016) meta-analyysissä havaittiin dementiaomaishoitajille suunnatuilla kognitiivisen käyttäytymisterapian teknologiapohjaisilla interventioilla olevan pieni merkittävä vaikutus masennukseen. Guay ym. (2017) mukaan positiivisia muutoksia omaishoitajilla saavat aikaan erityisesti sellaiset internet-pohjaiset interventiot, jotka sisältävät ammatillista tai sosiaalista tukea ja tarjoavat ohjeita ongelman ratkaisuun ja käyttäytymisen muuttamiseen vuorovaikutuksellisesti. Internet-pohjaisten interventioiden osatekijöiden, käyttäytymisen muuttamisen tekniikoiden ja tulosten välisestä yhteydestä tiedetään kuitenkin vielä vähän (Guay ym., 2017).

Verkkointerventioilta on puuttunut selkeä ja yhtenäinen määritelmä. Barak, Klein ja Proudfoot (2009) ovat pyrkineet selkeyttämään määritelmää nelijakoisella luokittelullaan verkkopohjaisista interventioista. He ovat jakaneet verkkopohjaiset interventiot verkkointerventioihin, verkkoterapiaan ja neuvontaan, terapiaohjelmistoihin sekä muihin verkkoaktiviteetteihin. Verkkointerventioilla he tarkoittavat interventio-ohjelmia, jotka ovat ensisijaisesti itseohjautuvia ja tapahtuvat verkkosivun välityksellä. Ne ovat heidän mukaansa suunnattu kuluttajille, jotka kaipaavat tukea terveyteen ja mielenterveyteen. Interventio-ohjelman tavoitteena positiivisen muutoksen aikaansaaminen ja/tai tietoisuuden ja ymmärryksen parantaminen. Tähän pyritään terveyteen liittyvien materiaalien ja internet-pohjaisen interaktion avulla. Barak ym. (2009) ovat jakaneet verkkointerventiot erikseen vielä verkkopohjaisiin opetusinterventioihin, itseohjautuviin verkkopohjaisiin terapeuttisiin interventioihin ja tuettuihin verkkopohjaisiin terapeuttisiin interventioihin.

Verkkointerventioiden on havaittu olevan esimerkiksi masennuksen hoidossa yhtä tehokkaita kuin kasvokkain tapahtuvat terapiat (Wagner, Horn & Maercker, 2014). Wagnerin ym. (2014) mukaan verkkointerventiot ovat lisäksi kasvokkain tapahtuvia terapioita kustannustehokkaampia.

Verkkointerventioihin kannattaa kuitenkin liittää terapeutista tukea, sillä tukea sisältävien interventioiden on havaittu olevan ei-tuettuja interventioita huomattavasti tehokkaampia (Andersson & Cuijpers, 2009). Richardsin ja Richardsonin (2012) meta-analyysissä masennuksen hoidossa käytettyjen verkkointerventioiden on havaittu olevan vaikuttavia ja niiden intervention jälkeinen efektikoko oli $d=0.56$. Heidän meta-analyysissä havaittiin kuitenkin tuettujen verkko-interventioiden olevan tehokkaampia: terapeuttien tukemien verkko-interventioiden efektikoko oli $d=.78$, muiden kuin terapeuttien tukemien $d=.58$ ja ei-tuettujen $d=.36$. Lisäksi Anderssonin ja Cuijpersin (2009) meta-analyysissä on saatu samankaltaisia tuloksia tuettujen verkkointerventioiden tehokkuudesta. Heidän meta-analyysissään tuettujen verkkointerventioiden efektikoko oli $d=.61$ ja ei-tuettujen $d=.25$.

1.6 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Verkkointerventiot ovat hyvin suurelta osin pohjautuneet kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin. Viime aikoina on kiinnitetty paljon huomiota niin kutsutun kolmannen aallon muotoihin, joista yksi on Steven C. Hayesin kehittämä hyväksymis- ja omistautumisterapia eli HOT (englanniksi acceptance and commitment therapy, ACT) (Hayes, 2004). HOT:ssa yhdistetään hyväksyntä- ja tietoisuusstrategioita elämänarvioihin pohjautuvaan omistautumiseen (Tuomisto & Lappalainen, 2015). Siinä yhdistyvät ainutlaatuisella tavalla tieteellisin menetelmin tehtyihin tutkimuksiin perustuva teoreettinen ja filosofinen analyysi sekä kielen perustutkimus (Lappalainen ym., 2013). HOT perustuu pääosin suhdekehysteoriaan (englanniksi Relational Frame Theory, RFT), joka selittää säännön ohjaamaa käyttäytymistä (Tuomisto & Lappalainen, 2015). Suhdekehysteorian mukaan ihmiset pystyvät kielen ja kognitioiden avulla yhdistämään tapahtumia sattumanvaraisesti yhteen eri konteksteissa ja muuttamaan tapahtumien merkityksiä perustuen niiden välisiin yhteyksiin (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes ym., 2006). Kielen keinoin ihmisten on siis mahdollista johtaa verbaalisia suhteita kahdensuuntaisesti niiden merkityksiä yhdistellen, joka lisää ihmisten kykyä oman toimintansa vaikutusten arviointiin, tulevaisuuden ennustamiseen, menneisyydestä oppimiseen, toimintojen ylläpitämiseen, tiedon siirtämiseen sekä oman ja muiden käytöksen säätelyyn (Lappalainen ym., 2013). Kyky tapahtumien yhdistelemiseen on tärkeä, mutta se voi myös aiheuttaa psykologista kärsimystä, esimerkiksi siten, että henkilö ei pysty toimimaan vaihtoehtoisilla tavoilla eri tilanteissa. Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa hyödynnetään monia erilaisia harjoituksia psykologisen kärsimyksen vähentämiseen, kuten esimerkiksi kotitehtäviä, metaforia,

lomakkeita sekä erilaisia tietoisuus-, hyväksyntä- ja rooliharjoituksia (Tuomisto & Lappalainen, 2015).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian kolme peruseriaa ovat hyväksyminen, omistautuminen omien arvojen mukaiseen elämään ja toimiminen omien arvojen mukaan (Lappalainen ym., 2013). Toisin kuin monissa muissa terapeutisissa lähestymistavoissa, HOT:ssa ei yritetä muuttaa henkilökohtaista kokemusta, vaan sen funktiota tai vaikutusta eli merkitystä. Tähän pyritään esimerkiksi vaikuttamalla yhteyteen, joka yhdistää ajatukset ja tunteet tekoihin ja toimintaan. Hoidon lähtökohdaksi on hyväksymis- ja omistautumisterapiassa inhimillisen kärsimyksen yleismaailmallisuus. Kärsimyksen perussyynä on kielellisten ongelmanratkaisumenetelmien käyttö sellaisiin asioihin ja kysymyksiin, joissa ei toimi kielellinen ratkaisu. Tällöin henkilö esimerkiksi yrittää päästä eroon epämiellyttävistä ajatuksistaan ja tunteistaan. Tämä ei kuitenkaan yleensä onnistu, sillä sisäisten tapahtumien hallinta tai säätely on vaikeaa. Yritykset päästä eroon tai välttää ja paeta epämiellyttäviä ajatuksia ja tunteita johtavat tutkimusten mukaan yleensä niiden lisääntymiseen. Lappalaisen ym. (2013) mukaan henkilöillä, joiden tärkein selviytymisstrategia on välttäminen, on havaittu esiintyvän masennus- ja pakko-oireita muita enemmän. Lisäksi välttäminen näyttää vaikuttavan myös somaattisten tuntemusten kokemiseen. Yhtenä HOT:n perusajatuksena on heidän mukaansa se, miten hyväksyä asioita, joita ei voi tai tarvitse muuttaa, sekä se, kuinka muuttaa asioita, joita voi muuttaa. Psykologista hyvinvointia pyritään lisäämään HOT:ssa kuuden ydinprosessin kautta, jotka ovat tietoinen läsnäolo, arvot, omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan, havainnoiva minä, mielen kontrollin heikentäminen ja hyväksyntä (Hayes ym., 2006). HOT:ssa kiinnitetään huomio objektiivisen totuuden sijaan toimivuuteen ja kaikkea toimintaa tarkastellaan asiakkaan arvojen ja päämäärien kautta (Lappalainen ym., 2013).

Ruizin (2010) katsauksen mukaan useat erilaiset tutkimukset tukevat johdonmukaisesti hyväksymis- ja omistautumisterapian mallia ja sitä, että HOT on tehokas monissa psykologisissa ongelmissa. HOT:a on hyödynnetty moniin tapauksiin ja sen on osoitettu olevan tehokas hoitokeino moniin erilaisiin psykologisiin häiriöihin, kuten ahdistushäiriöihin, masennukseen, päihteiden väärinkäyttöön, univaikeuksiin, krooniseen kipuun, psykoosiin ja diabetekseen (A-Tjak ym., 2015; Bach ym. 2013; Hayes ym., 2006; Lappalainen, (julkaisematon); Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2010; Ritzer ym., 2016; Walser ym., 2015). HOT:n on havaittu olevan tavallista hoitoa (englanniksi treatment as usual) ja plaseboa tehokkaampaa ja lisäksi se saattaa olla masennuksen, ahdistushäiriöiden, riippuvuuksien ja somaattisten terveysongelmien hoidossa yhtä tehokas kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia (A-Tjak ym., 2015).

1.7 Psykologinen joustavuus

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tavoitteena on lisätä psykologista joustavuutta, jonka on monissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin (Tuomisto & Lappalainen, 2015). Psykologinen joustavuus tarkoittaa Tuomiston ja Lappalaisen (2015) mukaan kykyä olla samanaikaisesti läsnä tässä hetkessä, tietoinen omista ajatuksista, tunteista ja tuntemuksista sekä hyväksyä ne ja toimia omien arvojen mukaan. Psykologinen joustavuus voidaan Hayesin ym. (2006) mukaan jakaa kuuteen osa-alueeseen, jotka ovat samat kuin hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosessit. Se koostuu siis tietoisesta läsnäolosta, arvoista, omistautumisesta arvojen mukaiseen toimintaan, havainnoivasta minästä, mielen kontrollin heikentämisestä ja hyväksynnästä. Nämä osa-alueet ovat heidän mukaansa positiivisia psykologisia taitoja eivätkä ainoastaan keinoja välttää psykopatologiaa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian mukaan psykologinen joustamattomuus on tyypillistä psyykkisessä oireilussa (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Psykologisen joustamattomuuden on havaittu olevan yhteydessä psykopatologiaan (Hayes ym., 2006), esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöihin ja mielialahäiriöihin, kuten masennukseen (Kashdan & Rottenberg, 2010; Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010), sekä syömishäiriöihin ja päihteiden väärinkäyttöön (Levin ym., 2014). Lisäksi psykologisen joustavuuden on havaittu olevan yhteydessä muun muassa matalampiin tasoihin ahdistuksessa ja yleisessä psykologisessa stressissä (Ciarrochi ym., 2010) sekä vähentyneeseen itsemurhariskiin ja posttraumaattiseen stressiin (Bryan, Ray-Sannerud & Heron, 2015).

Psykologista joustavuutta voidaan mitata esimerkiksi AAQ-2 -mittarilla (Bond ym., 2011) ja omaishoitajien kohdalla heille erityisesti suunnatulla EACQ -mittarilla (Losada ym., 2014). AAQ-2 -mittarin on havaittu ennustavan yhtäaikaaisesti, pitkittäisesti ja kasaantuvasti monia tuloksia mielenterveydestä työpoissaoloihin ollen yhtenäinen taustalla olevan teorian kanssa (Bond ym., 2011). Lisäksi AAQ-2 -mittarilla on havaittu olevan sopiva erotteluvaliditeetti ja olevan samaa käsitettä mittaavaan AAQ-1 -mittariin verrattuna vahvemmat ja pysyvämmät psykometriset ominaisuudet erilaisissa ryhmissä (Bond ym., 2011). Losada ym. (2014) on tutkinut EACQ -mittarin psykometrisia ominaisuuksia ja todennut ne hyväksyttäväksi ja kliiniseen työhön hyödyllisiksi. Erilaisten spesifien psykologisen joustavuuden mittareiden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu mittaavan paremmin psykologista joustavuutta kuin yleisen psykologisen joustavuuden mittarin esimerkiksi työuupumuksessa ja syömishäiriöissä (Bond, Lloyd & Guenole, 2013; Sandoz ym., 2013). Lisäksi psykologiseen joustamattomuuteen kuuluvaa ajatusten tukahduttamista voidaan mitata

WBSI -mittarilla, joka korreloi muun muassa pakkomielteisten ajatusten, masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden mittareiden kanssa (Wegner & Zanakos, 1994). WBSI -mittarin psykometriset ominaisuudet ovat hyväksyttävät ja tutkimuskertojen välinen reliabiliteetti ja sisäinen johdonmukaisuus ovat korkeat (Muris, Merckelbach & Horselenberg, 1996).

1.8 Hyväksymis- ja omistautumisterapia ikäihmisillä

Teoriat aikuisen kehityksestä ja onnistuneesta ikääntymisestä tukevat sitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapia voi olla hyödyllinen myös iäkkäille aikuisille (Petkus & Wetherell, 2013). Esimerkiksi iäkkäiden aikuisten mieliala- ja ahdistusoireiden piirteiden on havaittu Petkuksen ja Wetherellin (2013) mukaan tukevan hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttöä. Hyväksymis- ja omistautumisterapialla on myös havaittu samankaltaisia tuloksia kuin kognitiivisella käyttäytymisterapialla dementiaa sairastavien läheisten omaishoitajien masennukseen ja ahdistukseen sekä vapaa-ajan ja toimimattomien ajatusten muutoksiin, mutta vain HOT:lla oli vaikutusta psykologiseen joustavuuteen (Losada ym., 2015). Hyväksymis- ja omistautumisterapia näyttää Losadan ym. (2015) mukaan olevan toimintakykyinen ja vaikuttava hoitomuoto dementiaa sairastavien läheisten omaishoitajille.

1.9 Hyväksymis- ja omistautumisterapia verkkointerventioissa

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on sovellettu ja tutkittu viime vuosina enenevässä määrin myös verkkointerventioina. Lappalaisen (2015a) mukaan tuetut hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvat verkkointerventiot vähentävät masennusoireita ja parantavat yleistä hyvinvointia sekä ryhmä- että yksilöinterventiona. Myös muissa tutkimuksissa tuettujen hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvien verkkointerventioiden on havaittu vähentävän merkittävästi masennusoireita. (Pots ym., 2016; Lappalainen ym., 2014). Lappalaisen (2015b) tutkimuksessa masennusoireista kärsivät henkilöt osallistuivat seitsemän viikon pituiseen hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvaan tuettuun verkkointerventioon, joka ei sisältänyt kasvokkaista kontaktia. Interventioon kuului verkon kautta annettuja kotitehtäviä sekä palautetta ja tukea psykologian loppuvaiheen opiskelijoilta, jotka olivat saaneet tehtävään koulutuksen. Tutkimus

vaikutti osallistujien masennusoireisiin, psykologisiin ja fysiologisiin oireisiin, psykologiseen joustavuuteen, mindfulness-taitoihin, automaattisten ajatusten määrään sekä ajatusten välttämiseen verrattuna kontrolliryhmään. Myös esimerkiksi yliopisto-opiskelijoille on tehty tuettuja hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisia verkkointerventioita, joiden on havaittu muun muassa parantavan hyvinvointia, vähentävän stressiä ja masennusoireita sekä edistävän tietoisuustaitoja, elämäntyytyväisyyttä ja itsetuntoa (Räsänen ym., 2016). Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisten verkkointerventioiden on havaittu vaikuttavan lisäksi muun muassa tinnitukseen (Hesser ym., 2012), krooniseen kipuun (Buhrman ym., 2013) ja fibromyalgiaan (Ljótsson ym., 2014). Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisia verkkointerventioita ei ole parhaan tietomme mukaan aiemmin suunnattu iäkkäille omaishoitajille.

1.10 Muutosta välittävät tekijät hyväksymis- ja omistautumisterapiassa

Psykoterapioiden toimivuuden selvittäminen on kliinisen tieteen keskeinen tehtävä ja onkin pystytty osoittamaan, että tietyt terapiat ovat vaikuttavia tiettyihin häiriöihin (Arch ym., 2012). Tästä huolimatta sen osoittaminen, miten psykoterapiat toimivat, on kuitenkin haastavaa ja vaatii tiettyjen muutosta aikaansaavien muuttujien tunnistamista tietyissä hoidoissa tai hoidon välittäjissä (Arch ym., 2012). Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa keskeisin muutokseen vaikuttava tekijä on psykologinen joustavuus (Ciarrochi ym., 2010), jonka tulisi hyväksymis- ja omistautumisterapian teorian mukaan toimia interventioiden ensisijaisena vaikuttavana tekijänä (Wicksell, Olsson & Hayes, 2010). Formannin ym. (2007) tutkimuksessa hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosta välittävinä tekijöinä masennuksessa ja ahdistuksessa toimivat tietoinen toiminta, hyväksyntä ja kokemuksellinen välttäminen, jotka ilmentävät psykologista joustavuutta. Gaudiano, Herbert ja Hayes (2010) ovat havainneet, että psykoosien hoidossa hyväksymis- ja omistautumisterapian muutosta välittävänä tekijänä toimii hallusinaatioiden uskottavuus. Tietääksemme ei ole aiempaa tutkimusta siitä, mitkä tekijät välittävät hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen intervention muutosta omaishoitajilla.

1.11 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

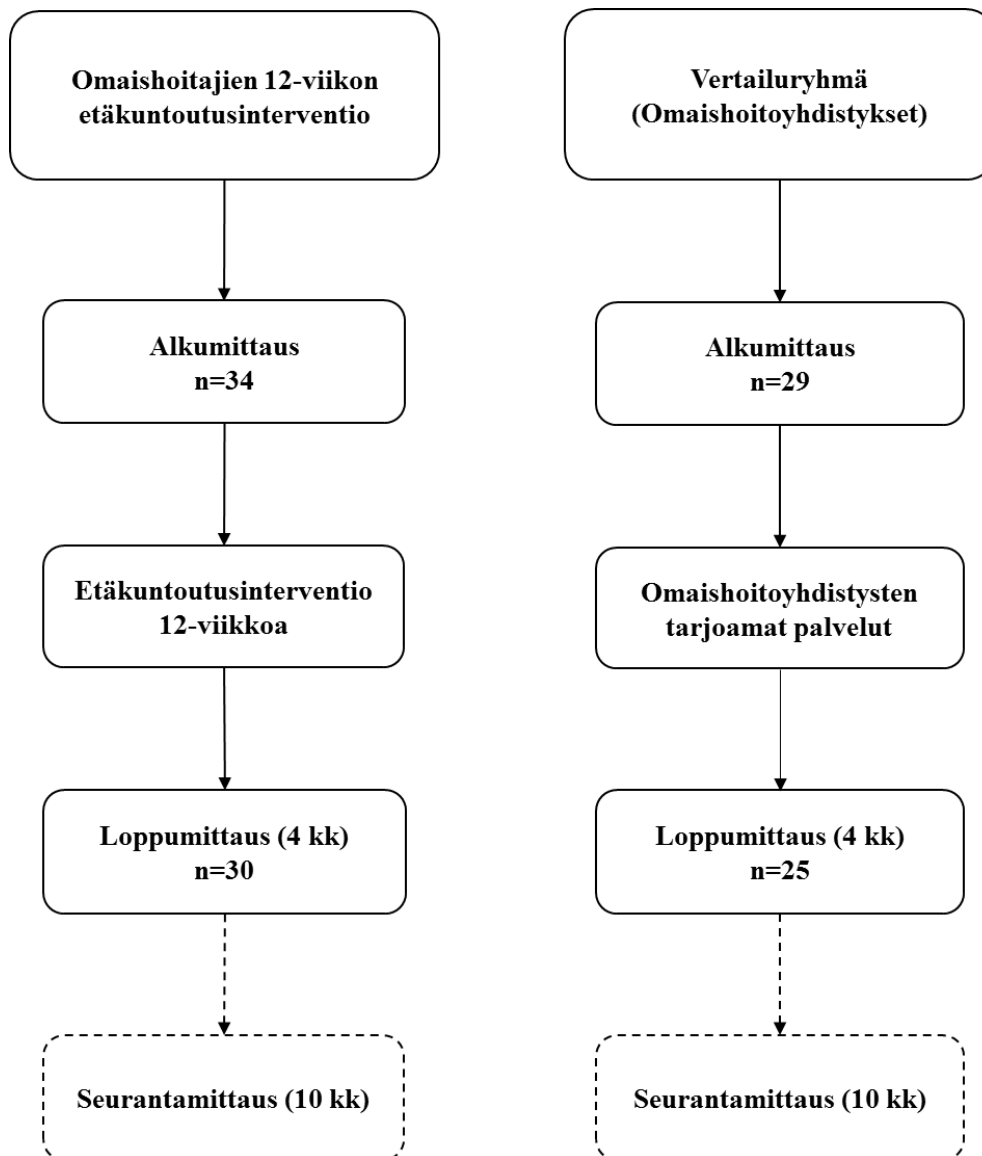
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ensiksi kahden eri ryhmän eli hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaiseen verkkointerventioon osallistuvan etäkuntoutusryhmän ja vertailuryhmänä toimivan omaishoitoyhdistysryhmän vaikuttavuutta omaishoitajien masennukseen (BDI-II), kuormittuneisuuteen (COPE), ahdistuneisuuteen (GAD-7), elämönhallinnan tunteeseen (SOC-13), elämänlaatuun (WHOQOL-BREF), psykologiseen joustavuuteen (AAQ-2 ja EACQ) ja ajatusten tukahduttamiseen (WBSI) loppumittauksessa neljän kuukauden kohdalla. Aiemman tutkimuksen pohjalta oletimme, että verkkointerventiolla on omaishoitajien psykologiseen hyvinvointiin positiivisempi vaikutus kuin omaishoitoyhdistyksen tarjoamilla palveluilla. Toisena tarkoituksena oli selvittää, mitkä psykologiset prosessit välittävät hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan tuetun verkkointervention aikana tapahtuvaa muutosta masennuksessa (BDI-II). Erityisesti oltiin kiinnostuneita psykologisesta joustavuudesta (AAQ-2 ja EACQ) ja ajatusten tukahduttamisesta (WBSI). Aiemman tutkimuksen pohjalta oletimme, että muutokset psykologisessa joustavuudessa ja ajatusten tukahduttamisesta ovat yhteydessä masennusoireiden muutokseen. Oletimme myös, että samat tekijät välittävät masennuksessa tapahtuvaa muutosta alku- ja loppumittauksen välillä.

2 MENETELMÄT

2.1 Tutkimuksen tausta

Tämä tutkimus on osa Kelan rahoittamaa kaksivuotista Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen -kehittämishanketta, joka alkoi elokuussa 2016. Se toteutetaan Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterissä. Tutkimuksen pääasiallisina yhteistyötahoina toimivat Jyväskylän yliopiston psykologian laitos, Gerontologian tutkimuskeskus ja Kuntoutus Peurunka. Tutkimuksen tavoitteena on tehdä Hyvän Elämän Kompassi -etäkuntoutuspalvelusta omaishoitajille soveltuva OMApolku -verkko-ohjelma ja tutkia tämän uuden hyväksymis- ja omistautumisterapiamenetelmiin perustuvan etäkuntoutusintervention vaikutuksia omaishoitajien kuormittuneisuuteen, masennusoireisiin ja elämänlaatuun. Tutkimuksen alkumittaus suoritetaan tutkimuksen alussa (alkumittaus), loppumittaus neljän kuukauden ja seurantamittaus 10 kuukauden kohdalla. Etäkuntoutusinterventiota verrataan sekä omaishoitoyhdistyksen tarjoamiin palveluihin, muun muassa vertaistuki- tai muut harrasteryhmät, sekä Kuntoutus Peurungan, Kuntoutumiskeskus Apilan

ja Kuntoutuskeskus Härmän perinteiseen laitoskuntoutukseen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ainoastaan etäkuntoutusinterventioryhmän ja vertailuryhmänä toimivan omaishoitoyhdistysryhmän alku- ja loppumittauksia. Seurantamittaus jää siis tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma käy ilmi kuviosta 1.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma

2.2 Tutkimushenkilöt

Tämän tutkimuksen tutkimushenkilöiden joukko koostuu etäkuntoutusinterventioon osallistuvista omaishoitajista ja omaishoitoyhdistyksen tarjoamiin palveluihin osallistuvista omaishoitajista. Tutkimushenkilöitä ei satunnaistettu eri ryhmiin, eli tutkimuksen asetelma on kvasikokeellinen. Tutkimushenkilöiksi etäkuntoutusinterventioon haettiin vähintään 60-vuotiaita omaishoitajia, jotka tunsivat itsensä kuormittuneeksi, uupuneeksi ja/tai alakuloiseksi. Lisäksi etäkuntoutusinterventioon osallistuvien omaishoitajien tuli omistaa tietokone ja internetyhteys tai ottaa tablettitietokone lainaan tutkimuksen ajaksi. Näin ollen heillä tuli olla myös tyydyttävät taidot käyttää tietokonetta ja internetiä tai halu oppia käyttämään tablettitietokonetta. Etäkuntoutusinterventioon osallistumisen poissulkukriteerinä olivat vakavat mielenterveyden häiriöt, keskusteluavun saaminen tai muun psykologisen hoidon piiriin kuuluminen.

Etäkuntoutusinterventioon ilmoittautui 40 omaishoitajaa joulukuussa 2016. Yksi omaishoitaja jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle johtuen maantieteellisestä etäisyydestä ja yhden puoliso menehtyi juuri ennen tutkimuksen alkua, minkä vuoksi hän jättäytyi pois tutkimuksesta. Kaksi omaishoitajaa ilmoittautui varsinaisen ilmoittautumisajan päätyttyä ja tämän vuoksi heidät jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Kaksi jo puhelinhaastatteluun osallistunutta jättäytyi tutkimuksen ulkopuolelle ennen alkumittauksia. Toinen näistä omaishoitajista jäi pois 5.1.2017 hoidettavan läheisen kunnan heikkenemisen vuoksi ja toinen 14.2.2017, koska koki lomakkeiden täyttämisen liian työlääksi. Näin ollen etäkuntoutusinterventio aloitti 34 omaishoitajaa. Lisäksi kolme omaishoitajaa keskeytti tutkimukseen osallistumisen intervention aikana. Yksi keskeytti 15.2.2017, koska koki ohjelman henkisesti liian raskaaksi. Toinen keskeytti 27.2.2017, koska ei kokenut verkko-ohjelmaa omakseen. Kolmas keskeytti 13.3.2017, koska ei kokenut itseään omaishoitajaksi. Lisäksi yksi omaishoitajista osallistui loppumittaukseen muuton vuoksi kolmea viikkoa myöhemmin ja tämän vuoksi hänet jätettiin analyysien ulkopuolelle. Kadon jälkeen loppumittaukseen osallistuneita omaishoitajia oli 30.

Omaishoitoyhdistyksen tarjoamiin palveluihin osallistuvia omaishoitajia ilmoittautui tutkimukseen 30. Heistä viisi keskeytti tutkimukseen osallistumisen. Yksi jättäytyi pois tutkimuksesta ennen alkumittauslomakkeiden täyttöö, mutta suoritti fyysisen suorituskyvyn testistön. Näin ollen vertailuryhmään osallistumisen aloitti 29 omaishoitajaa. Muut neljä keskeyttäneitä omaishoitajaa eivät palauttaneet loppumittauksen lomakkeita, mutta heidän keskeyttämisen syytä ei ole tietoa eikä tarkkaa ajankohtaa johtuen siitä, että tämän ryhmän mittaukset suoritettiin fyysisen suorituskyvyn alkumittauksista lukuun ottamatta postitse. Alku- ja loppumittaukseen osallistuneita vertailuryhmän omaishoitajia oli siis yhteensä 25.

Tutkittavia oli molemmissa ryhmissä yhteensä 63 ja loppumittaukseen osallistuneita 55. Tutkittavien keski-ikä oli 71,95 vuotta ja suurin osa heistä oli naimisissa olevia naisia. Suurin osa tutkittavista oli hoitanut läheistään yli viisi vuotta. Useimmilla tutkittavilla oli korkeimpana

koulutuksena ammattikoulu tai ammatillinen opisto. Ryhmien välillä ei ollut eroja taustamuuttujissa siviilisäätystä lukuun ottamatta: etäkuntoutusryhmässä oli enemmän naimisissa olevia kuin omaishoitoyhdistysten ryhmässä. Kaikki tilastolliset oletukset eivät täyttyneet, kun ryhmiä vertailtiin taustatiedoissa tilastollisesti. Näin ollen joissakin taustatietovertailuissa voi olla epävarmuutta. Tutkittavien taustatiedot käyvät ilmi taulukosta 1.

Taulukko 1. Tutkittavien taustatiedot

Osallistujien tausta	Etäkuntoutusryhmä (n=34)	Omaishoitoyhdistysten ryhmä (n=29)	Kaikki (n=63)
Ikä [ka(kh)]	72,56 (6,41)	71,24 (5,53)	71,95 (6,01)
Sukupuoli			
Nainen	25 (73,5%)	25 (86,2%)	50 (79,4%)
Mies	9 (26,5%)	4 (13,8%)	13 (20,6%)
Siviilisäätty			
Naimisissa	32 (94,1%)	21 (72,4%)	53 (84,1%)
Avoliitossa	1 (2,9%)	3 (10,3%)	4 (6,3%)
Naimaton	1 (2,9%)	1 (3,4%)	2 (3,2%)
Leski	-	4 (13,8%)	4 (6,3%)
Korkein koulutus			
Peruskoulu	6 (17,6%)	7 (24,0%)	13 (20,6%)
Ammattikoulu	8 (23,5%)	9 (31,0%)	17 (27%)
Ammatillinen opisto	13 (38,2%)	6 (20,7%)	19 (30,2%)
Yliopisto, amk, muu korkeakoulu	7 (20,6%)	7 (24,1%)	14 (22,2%)
Oma sairaus tai diagnoosi	31 (91,2%)	27 (93,1%)	58 (92,1%)
Läheisen hoitaminen vuosina			
0-2 vuotta	4 (13,0%)	1 (3,4%)	5 (8,3%)
2-5 vuotta	8 (25,8%)	6 (20,7%)	14 (23,3%)
Yli 5 vuotta	19 (61,3%)	22 (75,9%)	41 (68,3%)
Saa omaishoidon tukea	26 (76,5%)	24 (85,7%)	50 (80,6%)
Asumisjärjestelyt			
Samassa taloudessa	28 (82,4%)	27 (93,1%)	55 (87,3%)
Eri talous, sama rakennus	1 (2,9%)	-	1 (1,6%)
Kävelymatkan etäisyydellä	2 (5,9%)	1 (3,4%)	3 (4,8%)
Samalla paikkakunnalla auto- tai bussimatkan etäisyydellä	3 (8,8%)	1 (3,4%)	4 (6,3%)

2.3 Etäkuntoutusintervention kulku

Etäkuntoutusinterventioon rekrytoitiin omaishoitajia kolmen kanavan kautta. Yhtenä kanavana oli erilaiset omaishoitajille suunnatut tilaisuudet, joissa tutkijat kävivät kertomassa tutkimuksesta ja rekrytoimassa siihen tutkimushenkilöitä. Tällaisia tapahtumia olivat omaishoitajien virkistyspäivät 26.10.2016 Kuntoutus Peurungassa, omaishoitajien juhlatilaisuus 23.11.2016 Nikolainkulmassa ja omaishoitajien joulujuhla 8.12.2016 Vesalan leirikeskuksessa. Toisena kanavana olivat tutkimustiedotteet, joita jaettiin omaishoitajien kanssa työskenteleville kaupungin, seurakunnan ja kolmannen sektorin työntekijöille. Kolmantena kanavana oli Keskisuomalaisessa 11.12.2016 julkaistu lehti-ilmoitus.

Omaishoitajat ilmoittautuivat tutkimukseen joko rekrytointitilaisuuksissa, puhelimitse tai sähköpostitse. Niille omaishoitajille, jotka ilmoittautuivat tutkimukseen rekrytointitilaisuudessa tai sähköpostitse, soitettiin 5.-20.12.2016 välisenä aikana. Puhelimessa omaishoitajalle kerrottiin tutkimuksesta lyhyesti, ja jos hän oli kiinnostunut osallistumaan siihen, niin häneltä pyydettiin suullinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tämän jälkeen kysyttiin lupa suorittaa lyhyt haastattelu puhelun aikana. Haastattelu sisälsi yhteensä 29 kysymystä, joihin sisältyi masennusoireita mittaava kymmenen kysymyksen DEPS-seula. Seuraavaksi haastatelluille lähetettiin postitse tutkimustiedote ja kirjallinen suostumuslomake kahtena kappaleena. Puhelinhaastattelut suoritettiin GeroCenterin tutkijoiden toimesta.

Ennen tutkimuksen varsinaisia alkuhaastatteluja suoritettiin pilottikäynnit kolmen omaishoitajan luona 28.11., 29.11. ja 30.11.2016. Käyneillä olivat mukana tutkijat ja tukihenkilöt. Pilottikäynneillä kartoitettiin mittarien täyttämiseen kuluva aikaa ja niiden herättämiä mahdollisia kysymyksiä.

Tammikuun ensimmäisellä viikolla tutkimushenkilöille lähetettiin etukäteen täytettäväksi WHOQOL-BREF-, COPE-, GAD-7-, WBSI- ja SOC-13 -mittarit sekä perustietolomake, jotka kerättiin 19.-27.1.2017 välisenä aikana tukihenkilöiden tekemissä alkuhaastatteluissa. Lisäksi samalla lähetettiin saatekirje, suostumuslomakkeet ja tiedote tutkimuksesta. Tukihenkilöt sopivat alkuhaastattelun ajankohdan olemalla puhelimitse yhteydessä ohjaamiinsa omaishoitajiin. Haastattelut tehtiin pääosin omaishoitajien kotona ja poikkeustapauksissa GeroCenterin tiloissa. Alkuhaastattelussa tutkimushenkilöt täyttivät BDI-II, S5-, AAQ-2- ja EACQ -mittarit ja he suorittivat lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön (SPPB). Lisäksi suoritettiin puolistrukturoitu haastattelu. Se sisälsi 30 kysymystä, joilla kartoitettiin muun muassa omaishoitajien terveyttä, vapaa-aikaa, harrastuksia, ihmissuhteita sekä omaishoitajuuteen ja hoidettavaan läheiseen liittyviä asioita. Lisäksi puolistrukturoidun haastattelun yhteydessä teetettiin omaishoitajille mukautettu ongelmaluettelo, jota

tässä yhteydessä kutsutaan kartoitukseksi. Kartoitus sisälsi 28 kohtaa, joista omaishoitaja merkitsi ne asiat, jotka hän koki ongelmallisiksi sillä hetkellä. Kohdat sisälsivät muun muassa terveyteen, ihmissuhteisiin, talouteen ja ajatuksiin liittyviä ongelmia. Alkuhaastattelujen pohjalta tukihenkilöt tekivät omaishoitajien tilanteista Haynesin ja O'Brienin (1990) käyttäytymisanalyysiin pohjautuvat tapauskuvausmallit. Alkuhaastattelun jälkeen tutkittavat perehtyivät verkko-ohjelman johdantoon ja varsinainen verkkointerventio alkoi 30.1.

Intervention toiseksi viimeisellä viikolla eli viikolla 16 omaishoitajille lähetettiin jälleen etukäteen täytettäväksi WHOQOL-BREF-, COPE-, GAD-7-, WBSI- ja SOC-13 -mittarit, jotka kerättiin 26.4.-6.5.2017 välisenä aikana tukihenkilöiden tekemissä loppumittauksissa. Tarkka ajankohta ja paikka loppumittaukselle sovittiin tukihenkilöiden ja omaishoitajien kesken puhelimitse. Loppumittauksessa tutkimushenkilöt täyttivät BDI-II, S5-, AAQ-2- ja EACQ -mittarit ja he suorittivat lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön. Lisäksi suoritettiin yhdeksän kysymystä sisältävä loppukysely ja kahdeksan kohtaa sisältävä CSQ-8 -asiakastyytyväisyyskysely (Larsen ym., 1979), joilla kartoitettiin muun muassa omaishoitajien tyytyväisyyttä intervention eri osa-alueisiin, kokemuksia intervention hyödyllisyydestä sekä yleistä palautetta. Loppumittauksen yhteydessä teetettiin omaishoitajille myös alkuhaastattelussa käytetty kartoitus. Lisäksi 10 kuukauden kuluttua alkumittauksesta suoritettiin seurantamittaus, joka sisälsi samat mittarit, lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön ja lyhyen haastattelun. Etukäteen täytettävät mittarit lähetettiin viikolla 45.

2.4 Omaishoitoyhdistysryhmään osallistuneiden aineiston keruu

Vertailuryhmään rekrytoitiin omaishoitajia kolmesta omaishoitoyhdistyksestä, jotka olivat Jyvässeudun omaishoitajat ry, Tampereen seudun omaishoitajat ry ja Mikkelin seudun omaishoitajat ja läheiset ry. Tutkijat ottivat yhteyttä kyseisiin omaishoitoyhdistyksiin ja luvan saatuaan menivät heidän järjestämiinsä tapaamisiin kertomaan tutkimuksesta ja rekrytoimaan osallistujia. Omaishoitajille, jotka antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen, teetettiin BDI-II-, COPE-, GAD-7-, WHOQOL-BREF-, SOC-13-, AAQ-2-, EACQ-, WBSI- ja S5 -mittarit. Lisäksi tutkijoiden mukana ollut fysioterapeutti teetti osallistujille lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön. Jyvässeudun omaishoitajat ry:stä suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen antoi kahdeksan omaishoitajaa ja heille tehtiin alkumittaukset 20.2.2017. Loppumittauksen lomakkeet lähetettiin heille kotiin täytettäväksi 22.5.2017 ja osallistujista kuusi palautti lomakkeet. Tampereen seudun omaishoitajat ry:stä suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen antoi 14 omaishoitajaa ja heille

tehtiin alkumittaukset 29.3.2017. Loppumittauksen lomakkeet lähetettiin heille kotiin täytettäväksi 29.6.2017 ja kaikki osallistujat palauttivat lomakkeet. Mikkelin seudun omaishoitajat ja läheiset ry:stä suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen antoi kahdeksan omaishoitajaa ja heille tehtiin alkumittaukset 18.5.2017. Loppumittauksen lomakkeet lähetettiin heille kotiin täytettäväksi 17.8.2017 ja osallistujista viisi palautti lomakkeet. Lisäksi 10 kuukauden kuluttua alkumittauksesta suoritettiin seurantamittaus lähettämällä kotiin täytettäväksi kaikki yhdeksän mittaria.

2.5 Verkko-ohjelma

Tutkimuksen verkko-ohjelmana toimi hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin perustuva OMApolku-ohjelma. Verkko-interventio kesti 12 viikkoa ja se ajoittui välille 30.1.-23.4.2017. Verkko-interventio sisälsi johdannon ja kuusi etappia, joita olivat Omannäköinen elämä, Voimaa teoista, Tunteet, Mieli on tarinankertoja, Hyväksyntä ja Myötätunto (Taulukko 2). Etapit sisälsivät luettavaa, kuunneltavaa, katseltavaa, pohdittavaa, tehtäviä ja hyvinvointiharjoituksia. Verkko-ohjelma sisälsi myös päiväkirjan ja keskustelupalstan. Kukin etappi päättyi hyvinvointiharjoitukseen (katso taulukko 2). Ohjelman ensimmäinen etappi aukesi 30.1.2017. Jokaisen etapin tekemiseen oli varattu aikaa kaksi viikkoa, jonka jälkeen tukihenkilöt soittivat ohjaamilleen omaishoitajille ja antoivat heille palautetta koskien käsiteltyä etappia ja hyvinvointiharjoitusta. Viimeinen etappi päättyi 23.4.2017. Verkko-ohjelman sisältö pysyi kuitenkin omaishoitajien käytettävänä ilman tukea loppumittaukseen asti.

Taulukko 2. OMApolku -verkko-ohjelman sisältö

Verkkointerventio sisältö	Etapin hyvinvointiharjoitus	Hyväksymis- ja omistautumisterapian prosessi
Johdanto	Yleisiä ohjeita ja pohdintaa omasta polusta omaishoitajaksi	
Etappi 1: Oman näköinen elämä	Pohdintaa itselle tärkeistä asioista, elämän mielekkyydestä, jaksamisesta, voimaa ja iloa tuovista asioista ja haaveista	Arvot
Etappi 2: Voimaa teoista	Tee tulevan kahden viikon aikana tekoja, jotka lisäävät hyvää oloa ja hyvinvointia elämääsi.	Omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan
Etappi 3: Tunteet	Pohdintaa tähänastisista harjoituksista ja mitä pieniä tärkeitä askeleita voi ottaa kohti itselle tärkeitä asioita ja hyvinvointia. Harjoitellaan jonkin askareen tietoista ja keskittynyttä tekemistä.	Tietoinen läsnäolo
Etappi 4: Mieli on tarinankertoja	Harjoitellaan suhtautumaan mieleen ikään kuin erillisenä henkilönä tarkkailijan näkökulmasta ja pohditaan näiden viikkojen arvojen mukaista tekoa	Mielen kontrollin heikentäminen
Etappi 5: Hyväksyntä	Pohditaan, onko elämässä jotakin, jonka kanssa kamppailee ja jonka kanssa tarvitsisi irti päästämistä ja hyväksyntää. Harjoitellaan hyväksyntää itse valitsemaa asiaa kohtaan.	Hyväksyntä
Etappi 6: Myötätunto	Pidetään myötätunto- tai kiitollisuuspäiväkirjaa ja pohditaan sen aikaansaamia tuntemuksia ja vaikutuksia.	Havainnoiva minä
Loppusanat	Yhteenvetoa ohjelmasta	

2.6 Etäkuntoutusintervention tukihenkilöt

Tutkimuksessa etäkuntoutusintervention tukihenkilöinä toimivat psykologian opiskelijat, jotka osallistuivat kliinisen psykologian syventävien opintojen kurssille. Kaikki tukihenkilöt olivat naisia ja heidän ikänsä vaihteli 21 ja 46 vuoden välillä mediaanin ollessa 24 vuotta. Tukihenkilöt olivat opiskelleet keskimäärin 3,5 vuotta ja suurin osa heistä oli maisterivaiheen opiskelijoita. Tukihenkilöt saivat tehtävänsä hyväksymis- ja omistautumisterapia- sekä haastattelukoulutuksen, jotka kestivät yhteensä 10 tuntia. Lisäksi he opiskelivat myös omaehtoisesti hyväksymis- ja omistautumisterapiakirjallisuutta. Koulutukseen kuului myös pilottikäynnit kolmen eri omaishoitajan luona ennen tutkimuksen alkua. Kukin tukihenkilö osallistui yhdelle pilottikäynnille, joka oli kestoltaan kaksi tuntia. Pilottikäynnin tarkoituksena oli harjoitella lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön teettämistä ja omaishoitajien avustamista kyselylomakkeiden täyttämässä. Tukihenkilöille järjestettiin intervention aikana kolme työnohjausmuotoista ryhmätapaamista, joista jokainen kesti noin kaksi tuntia. Tapaamisten ajankohdat olivat 17.1.2017, 23.3.2017 ja 19.4.2017.

2.7 Mittarit

Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen -tutkimuksessa käytettiin 11 mittaria, joilla mitattiin omaishoitajien kuormittuneisuutta ja tuen tarvetta (COPE), ajatusten tukahduttamista (WBSI), psykologista joustavuutta (AAQ-2 ja EACQ), ahdistuneisuutta (GAD-7), masennusoireita (BDI-II ja DEPS), elämänlaatua (WHOQOL-BREF), elämäntunnetta (SOC-13), persoonallisuutta (S5) ja fyysistä toimintakykyä (SPPB). Lisäksi tutkittavilta kerättiin perustietolomakkeet, joilla kartoitettiin muun muassa omaishoitajan ikää, siviilisäätystä, asuinalueita, terveydentilaa, aktiivisuutta ja omaishoitajuuteen liittyviä kysymyksiä. Perustietolomake sisälsi myös avustettavan henkilön ikään ja terveydentilaan liittyviä kysymyksiä. Mittareina tässä työssä ovat BDI-II (päämittari), COPE, GAD-7, WHOQOL-BREF, SOC-13, AAQ-2, EACQ ja WBSI.

2.7.1 Oiremittarit

Beck Depression Inventory II -mittarilla (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2004) mitattiin masennusoireita ja se toimi tutkimuksen päämittarina. Mittari koostuu 21 kysymyksestä, joista kustakin vastaaja voi saada 0-3 pistettä riippuen masennusoireiden vahvuudesta. Testin kokonaispistemäärä vaihtelee 0-63 välillä. Alle 14 pistettä tarkoittaa, ettei vastaajalla ole masennusta, 14-19 pistettä lievää masennusta, 20-28 kohtalaista masennusta ja 29-63 vakavaa masennusta. Mittarin sisäisestä yhtenäisyydestä kertova Cronbachin α on 0.92 (Segal ym., 2008). Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alku- ja loppumittauksessa .90.

Carers of Older People in Europe Index -mittarilla (COPE; McKee ym., 2003) kartoitettiin kuormittuneisuutta ja tuen tarvetta. Mittari koostuu kolmesta osa-alueesta, jotka ovat kielteinen vaikutus, myönteinen merkitys ja tuen laatu. Näitä osa-alueita mitataan yhteensä 13 kysymyksellä, joista seitsemän mittaa kielteistä vaikutusta, neljä myönteistä merkitystä ja neljä tuen laatua. Kysymyksiin vastataan neliportaisella asteikolla (aina=4, usein=3, joskus=2, ei koskaan=1, ei koske minua=1). Jokaiselle osa-alueelle lasketaan summapistet. Kielteisissä vaikutuksissa pistemäärä on 7-28, ja mitä enemmän pisteitä saadaan, sitä useammin koetaan kielteisiä vaikutuksia ja suurempaa räsitusta tai kuormitusta. Myönteisissä merkityksissä ja tuen laadussa pistemäärä on 4-16, ja mitä enemmän pisteitä saadaan, sitä enemmän koetaan myönteisiä merkityksiä ja parempaa omaishoitoon liittyvää tuen laatua. Mittarilla ei siis ole tarkkoja viitearvoja. Mittarin Cronbachin α on .87 (Balducci ym., 2008). Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alkumittauksessa .48 ja loppumittauksessa .50.

Generalized Anxiety Disorder -mittarilla (GAD-7; Spitzer ym., 2006) mitattiin ahdistuneisuutta. Mittarissa on seitsemän kysymystä, joihin vastataan neliportaisella asteikolla (ei lainkaan=0, useana päivänä=1, suurimpana osana päivistä=2, lähes joka päivä=3). Pisteet lasketaan suoraan yhteen ja mittarin yhteenlaskettu pistemäärä vaihtelee 0-21 välillä. 0-5 pistettä tarkoittaa lievää ahdistuneisuutta, 6-10 kohtalaista ahdistuneisuutta, 11-15 kohtalaisen vakavaa ahdistuneisuutta ja 15-21 vakavaa ahdistuneisuutta. Mittarin sisäisestä yhtenäisyydestä kertova Cronbachin α on 0.92. Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alkumittauksessa .87 ja loppumittauksessa .85.

Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari WHOQOL-BREF on lyhennetty versio The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-100) -mittarista (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004). WHOQOL-BREF-mittari sisältää 26 kysymystä, jotka kattavat elämänlaadun fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja elinympäristön osa-alueet. Lisäksi mittarissa on kaksi yksittäistä kysymystä, joista toinen mittaa yleistä elämänlaatua ja toinen terveydentilaan liittyvää elämänlaatua. Kysymyksiin vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla, jolloin jokaisesta kysymyksestä voi saada 1-5 pistettä. Laskemalla yhteen tietyn osa-alueen kysymysten pisteet saadaan kokonaispisteet kyseiselle osa-alueelle. Mitä suurempi tämä kokonaispistemäärä on, sitä

parempi elämänlaatu kyseisellä osa-alueella on. Mittarin Cronbachin α on .92 (Skevington & McCrate, 2012). Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alku- ja loppumittauksessa .91.

2.7.2 Psykologisen joustavuuden mittarit

Acceptance & Action Questionnaire -mittarilla (AAQ-2; Bond ym., 2011) mitattiin psykologista joustavuutta. Mittarissa on seitsemän kysymystä, joihin vastataan seitsenportaisella asteikolla (ei koskaan pidä paikkaansa=1, pitää paikkansa hyvin harvoin=2, pitää paikkansa harvoin=3, pitää joskus paikkansa=4, pitää usein paikkansa=5, pitää melkein aina paikkansa=6, pitää aina paikkansa=7). Pisteet lasketaan suoraan yhteen ja mittarin yhteenlaskettu pistemäärä vaihtelee 7-49 välillä. Mittarilla ei ole tarkkoja viitearvoja, mutta korkeampi pistemäärä tarkoittaa vähäisempää psykologista joustavuutta. Mittarin sisäisestä yhtenäisyydestä kertova Cronbachin α on keskimäärin .84. Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alkumittauksessa .91 ja loppumittauksessa .89.

The Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire -mittarilla (EACQ; Losada ym., 2014) mitattiin myös psykologista joustavuutta. Mittarissa on 15 kysymystä, joihin vastataan viisiportaisella asteikolla (ei koskaan pidä paikkansa=1, pitää paikkansa hyvin harvoin=2, pitää paikkansa harvoin=3, pitää joskus paikkansa=4, pitää usein paikkansa=5). Kysymykset muodostavat kolme faktoria, jotka ovat: 1. Aktiiviset välttämiskäyttäytymiset, 2. Suvaitsemattomuus hoidettavaa kohtaan tunteiden negatiivisten ajatusten ja tunteiden suhteen sekä 3. Ymmärrys negatiivisia ajatuksia ja tunteita kohtaan, jotka liittyvät hoitamiseen. Jokaisen faktorin pisteet lasketaan erikseen yhteen ja lisäksi lasketaan niistä koostuva yhteispistemäärä koko mittarille. Mittarilla ei ole tarkkoja viitearvoja, mutta korkeampi pistemäärä viittaa vähäisempään psykologiseen joustavuuteen. Mittarin Cronbachin α on .70. Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alkumittauksessa .77 ja loppumittauksessa .76.

Sense of coherence -mittarilla (SOC-13; Antonovsky, 1987) mitattiin elämänhallinnan tunnetta. Mittarissa on 13 kysymystä, joihin vastataan seitsenportaisella asteikolla. Kysymykset muodostavat kolme faktoria, jotka ovat mielekkäisyys, ymmärrettävyys ja hallittavuus. Mittarin kokonaispistemäärä saadaan laskemalla suoraan yhteen kahdeksan kysymyksen pisteet ja lisäämällä niihin viiden kysymyksen käänteisten pisteiden summa. Mittarilla ei ole tarkkoja viitearvoja, mutta mitä suurempi pistemäärä on, sitä suurempi on elämänhallinnan tunne. Mittarin Cronbachin α vaihtelee .74 ja .91 välillä (Antonovsky, 1993). Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alkumittauksessa .82 ja loppumittauksessa .84.

White Bear Suppression Inventory -mittarilla (WBSI; Wegner & Zanakos, 1994) mitattiin ajatusten tukahduttamista. Mittari koostuu 15 kysymyksestä, joihin vastataan viisiportaisella asteikolla (1=ei pidä lainkaan paikkaansa, 2=ei pidä paikkaansa, 3=siltä väliltä/en osaa sanoa, 4=pitää paikkaansa, 5=pitää hyvin paikkaansa). Pisteet vaihtelevat välillä 15-75, ja mitä enemmän vastaaja saa pisteitä, niin sitä suurempi taipumus hänellä on tukahduttaa ajatuksia. Mittarilla ei kuitenkaan ole tarkkoja viitearvoja. Mittarin Cronbachin α vaihtelee .87 ja .89 välillä. Tässä tutkimuksessa Cronbachin α oli alkumittauksessa .90 ja loppumittauksessa .94.

2.8 Aineiston analysointi

Aluksi selvitettiin khiin neliö -testillä ja t-testillä, eroavatko etäkuntoutusinterventioiryhmä ja vertailuryhmä toisistaan tutkimuksen alussa. Myös poisjääneiden ja osallistuvien taustatietojen eroja tarkasteltiin samojen testien avulla. Seuraavaksi selvitettiin etäkuntoutusryhmän ja vertailuryhmän vaikuttavuutta omaishoitajien masennukseen, kuormittuneisuuteen, ahdistuneisuuteen, elämänhallinnan tunteeseen, elämänlaatuun, psykologiseen joustavuuteen ja ajatusten tukahduttamiseen loppumittauksessa neljän kuukauden kohdalla. Luottamusvälien tarkastelulla ja riippumattomien otosten t-testillä tarkasteltiin, onko ryhmien välillä eroa alkumittauksessa oire- ja prosessimittareilla. Toistettujen mittausten varianssianalyysillä selvitettiin, muuttuvatko etäkuntoutusryhmä ja vertailuryhmä eri tavalla alku- ja loppumittauksen välillä oire- ja psykologisen joustavuuden mittareilla mitattuna. Ryhmien väliset ja sisäiset efektikoot laskettiin alkumittausten ja loppumittausten keskiarvojen ja keskihajontojen avulla käyttäen efektikokolaskuria Internet-osoitteessa <http://www.uccs.edu/~lbecker/>. Effektikoot ilmoitettiin Cohenin d-arvoina. Effektikojen tulkinnoissa käytettiin Cohenin (1988) jaottelua, jonka mukaan efektikoissa arvo 0.2 tarkoittaa pientä, 0.5 keskisuurta ja 0.8 suurta vaikutusta. Ryhmien välisissä efektikoissa intervention jälkeinen efektikoko korjattiin ryhmien välisellä efektikoolla ennen intervention aloittamista. Tämän jälkeen selvitettiin masennuksen muutoksen ja psykologisen joustavuuden mittareiden muutoksen välistä yhteyttä Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimella. Korrelaatiokertoimen raja-arvoja tulkittiin niin, että yhteys oli erittäin korkea, kun $r > .80$, korkea, kun $r > .60$ ja melko korkea, kun $r > .40$ (Metsämuuronen, 2005). Korrelaatio tulkittiin tilastollisesti merkitseväksi, kun $p \leq 0.05$.

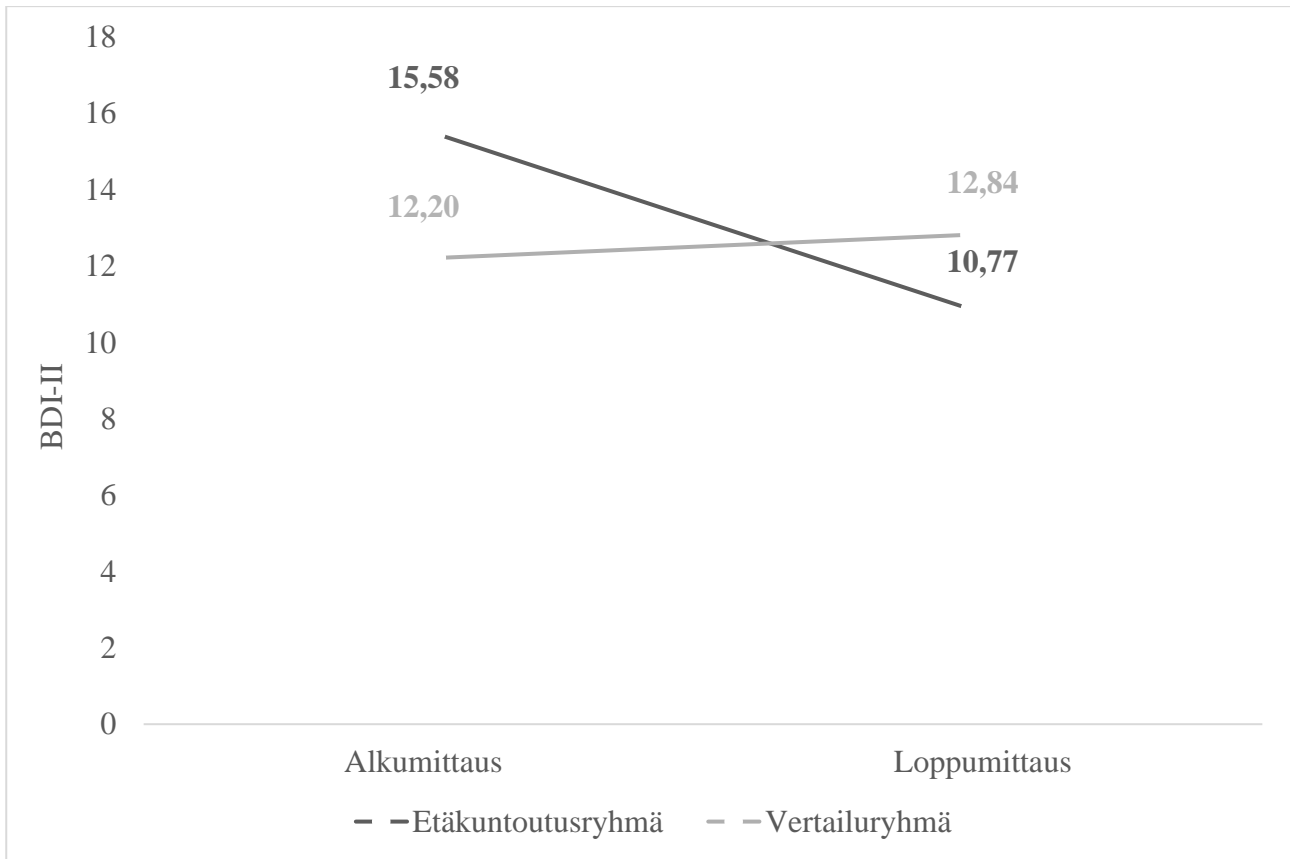
Lopuksi selvitettiin välittäjäanalyysin avulla psykologisen joustavuuden mittareilla, mitkä näistä joustavuuden osa-alueista, joita eri mittarit kuvastivat, välittivät intervention vaikutusta masennuksen muutokseen. Joustavuuden osa-alueen tulkittiin välittävän masennuksen muutosta silloin, kun

intervention vaikutus joustavuusmittarin muutokseen ja tämä joustavuuden muutos olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä 95% luottamusvälin mukaan masennuksen muutokseen (a x b). Analyysissa kontrolloitiin sekä masennuksen että analysoitavan joustavuusmittarin alkumittaustaso. Toisin sanoen analyysissa huomioitiin, ettei masennustaso ja joustavuustaitojen taso alkumittauksessa vaikuta välittäjäanalyysin tulokseen. Aineiston analysoinnit suoritettiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla lukuun ottamatta välittäjäanalyysseja, jotka suoritettiin Mplus -ohjelman kahdeksannella versiolla.

3 TULOKSET

3.1 Etäkuntoutusintervention ja omaishoitoyhdistyksien tarjoamiin palveluihin osallistumisen vaikuttavuus

Ryhmien välillä ei ollut alkumittauksessa eroja masennuksessa, kuormittuneisuudessa ja tuen laadussa, ahdistuneisuudessa, elämänhallinnan tunteessa, elämänlaadussa eikä psykologisessa joustavuudessa. Masentuneisuudessa BDI-II -mittarilla mitattuna ryhmät muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla ($F(1)=11.26$, $p=0.001$; Taulukko 3). Etäryhmässä masennus väheni ja vertailuryhmässä lisääntyi hieman (Kuva 2). Ryhmien välisen efektikoon perusteella masennusoireissa oli ryhmien välillä keskisuuri ero ($d=0.73$). Sisäisten efektikokojen perusteella muutos tutkimusjakson aikana oli etäkuntoutusryhmässä suuri ($d=0.82$) ja vertailuryhmässä hyvin pieni ($d=-0.07$).



Kuva 2. Masentuneisuuden muutos ryhmien välillä BDI-II -mittarilla mitattuna.

Kuormittuneisuutta ja tuen laatua mittaavan COPE -mittarin myönteisen merkityksen osa-alueessa ryhmät muuttuivat tilastollisesti suuntaa antavasti eri tavalla ($F(1)=3.73$, $p=.059$; Taulukko 3). Etäkuntoutusryhmässä omaishoitajuuden myönteinen merkitys lisääntyi hieman ja vertailuryhmässä väheni hieman. Ryhmien välisen efektikoon perusteella omaishoitajuuden myönteisessä merkityksessä oli ryhmien välillä lähes keskisuuri ero ($d=0.47$). Sisäisten efektikokojen perusteella muutos tutkimusjakson aikana oli pieni sekä etäkuntoutus- ($d=-0.32$) että vertailuryhmässä ($d=0.15$). COPE -mittarin omaishoitajuuden kielteisen vaikutuksen ja tuen laadun osa-alueiden muutoksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä.

Ahdistuneisuudessa GAD-7 -mittarilla mitattuna ryhmät eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla (Taulukko 3). Myöskään elämänlaadussa WHOQOL-BREF -mittarilla mitattuna ryhmät eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla (Taulukko 4). Kuitenkin ryhmien välinen efektikoko oli suuri elämänlaadun elinympäristö-osa-alueessa ($d=0.88$) ja molempien ryhmien elämänlaatu tässä osa-alueessa heikentyi hieman. Ryhmien välinen efektikoko oli keskisuuri elämänlaadun psyykkisessä ($d=0.63$) ja sosiaalisessa osa-alueessa ($d=0.65$) ja molemmissa osa-alueissa molempien ryhmien elämänlaatu parantui hieman.

Taulukko 3. BDI-II-, COPE- ja GAD-7 -mittareiden keskiarvot, keskihajonnat, luottamusvälit, varianssianalyysin F-testisuureen arvot, vapausasteet, p-arvot ja efektikoot (d1= ryhmien välinen, d2= ryhmien sisäinen) alku- ja loppumittauksessa.

Mittari/ryhmä	Alku		Loppu		F(df)	p	d1	d2
	ka (kh)	95% CI	ka (kh)	95% CI				
BDI-II					11,26 (1)	.001	0.73	
Etä (n=30)	15,58 (6,45)	(13,17;17,99)	10,77 (5,21)	(8,82;12,71)				0.82
Vertailu (n=25)	12,20 (7,94)	(8,92;15,48)	12,84 (9,80)	(8,79;16,89)				-0.07
COPE							0.26	
Kielteinen vaikutus					1,32 (1)	.256		
Etä (n=29)	16,00 (3,28)	(14,75;17,25)	14,83 (3,97)	(13,32;16,34)				0.32
Vertailu (n=24)	15,63 (3,79)	(14,03;17,22)	15,46 (3,87)	(13,83;17,09)				0.04
Myönteinen merkitys					3,73 (1)	.059	0.47	
Etä (n=29)	12,14 (1,68)	(11,50;12,78)	12,71 (1,83)	(12,01;13,40)				-0.32
Vertailu (n=24)	12,75 (2,01)	(11,90;13,60)	12,42 (2,30)	(11,44;13,39)				0.15
Tuen laatu					0,36 (1)	.553	0.16	
Etä (n=29)	9,76 (1,84)	(9,06;10,46)	9,86 (2,20)	(9,03;10,70)				-0.05
Vertailu (n=24)	10,04 (2,82)	(8,85;11,23)	9,96 (2,94)	(8,72;11,20)				0.03
GAD-7					1,78 (1)	.188	0.38	
Etä (n=29)	6,24 (3,60)	(4,87;7,61)	5,14 (3,96)	(3,63;6,64)				0.29
Vertailu (n=24)	4,96 (4,29)	(3,15;6,77)	4,92 (3,72)	(3,35;6,49)				0.01

Taulukko 4. WHOQOL-BREF -mittarin keskiarvot, keskihajonnat, luottamusvälit, varianssianalyysin F-testisuureen arvot, vapausasteet, p-arvot ja efektikoot (d1= ryhmien välinen, d2= ryhmien sisäinen) alku- ja loppumittauksessa.

Mittari/ryhmä	Alku		Loppu		F(df)	p	d1	d2
	ka (kh)	95% CI	ka (kh)	95% CI				
WHOQOL-BREF								
Fyysinen osa-alue								
Etä (n=29)	61,83 (16,61)	(55,51;68,15)	65,21 (13,45)	(60,09;70,32)	0,69 (1)	.411	0.21	-0.22
Vertailu (n=25)	63,28 (15,22)	(57,00;69,56)	63,40 (15,93)	(56,82;69,98)				-0.01
Psyykinen osa-alue								
Etä (n=29)	50,93 (14,16)	(45,55;56,32)	56,17 (11,78)	(51,69;60,65)	1,59 (1)	.214	0.63	-0.40
Vertailu (n=25)	58,24 (19,56)	(50,17;66,32)	59,36 (18,97)	(51,53;67,19)				-0.06
Sosiaalinen osa-alue								
Etä (n=29)	46,03 (18,58)	(38,97;53,10)	48,93 (21,08)	(40,91;56,95)	0,14 (1)	.712	0.65	-0.38
Vertailu (n=25)	53,56 (21,34)	(44,75;62,37)	54,80 (22,72)	(45,42;64,18)				-0.06
Elinympäristö osa-alue								
Etä (n=29)	62,24 (13,20)	(57,22;67,26)	61,00 (14,07)	(55,65;66,35)	0,08 (1)	.775	0.88	0.09
Vertailu (n=25)	68,24 (16,85)	(61,28;75,20)	67,88 (14,73)	(61,80;73,96)				0.02

Psykologisessa joustavuudessa AAQ-2 -mittarilla mitattuna ryhmät muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla ($F(1)=4.22$, $p=.045$; Taulukko 5). Etäkuntoutusryhmässä psykologinen joustavuus lisääntyi hieman ja vertailuryhmässä väheni hieman. Ryhmien välisen efektikoon perusteella psykologisessa joustavuudessa oli pieni ero ($d=0.37$). Sisäisten efektikojen perusteella muutos tutkimusjakson aikana oli pieni sekä etäkuntoutus- ($d=0.17$) että vertailuryhmässä ($d=-0.19$).

Psykologisessa joustavuudessa EACQ -mittarin summapistemäärällä mitattuna ryhmät muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla ($F(1)=6.65$, $p=.013$; Taulukko 5). Etäkuntoutusryhmässä psykologinen joustavuus lisääntyi ja vertailuryhmässä väheni. Ryhmien välisen efektikoon perusteella psykologisessa joustavuudessa oli keskisuuri ero ($d=0.72$). Sisäisten efektikojen perusteella muutos tutkimusjakson aikana oli pieni sekä etäkuntoutus- ($d=0.39$) että vertailuryhmässä ($d=-0.33$). Psykologisessa joustavuudessa EACQ -mittarin ymmärrys negatiivisia ajatuksia ja tunteita kohtaan, jotka liittyvät hoitamiseen -faktorilla mitattuna ryhmät muuttuivat tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla ($F(1)=8.71$, $p=.005$). Etäkuntoutusryhmässä psykologinen joustavuus tässä faktorissa lisääntyi ja vertailuryhmässä väheni. Ryhmien välisen efektikoon perusteella psykologisen joustavuuden ymmärrys-faktorissa oli suuri ero ($d=0.90$). Sisäisten efektikojen perusteella muutos tutkimusjakson aikana tässä faktorissa oli pieni sekä etäkuntoutus- ($d=0.38$) että vertailuryhmässä ($d=-0.15$). Psykologisessa joustavuudessa EACQ -mittarin suvaitsemattomuus hoidettavaa kohtaan tuntemien negatiivisten ajatusten ja tunteiden suhteen -faktorilla mitattuna ryhmät muuttuivat tilastollisesti suuntaa antavasti eri tavalla ($F(1)=3.05$, $p=.087$). Etäkuntoutusryhmässä psykologinen joustavuus tässä faktorissa lisääntyi ja vertailuryhmässä väheni. Ryhmien välisen efektikoon perusteella suvaitsemattomuus-faktorissa oli keskisuuri ero ($d=0.56$). Sisäisten efektikojen perusteella muutos tutkimusjakson aikana oli pieni sekä etäkuntoutus- ($d=0.39$) että vertailuryhmässä ($d=-0.17$). Psykologisen joustavuuden EACQ -mittarin aktiiviset välttämiskäyttäytymiset -faktorilla mitattuna ryhmät eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla.

Elämänhallinnan tunteessa SOC-13 -mittarilla mitattuna ja ajatusten tukahduttamisessa WBSI -mittarilla mitattuna ryhmät eivät muuttuneet tilastollisesti merkitsevästi eri tavalla (Taulukko 6). Kuitenkin ryhmien välinen efektikoko oli keskisuuri elämänhallinnan tunteessa (SOC-13 summa, $d=0.64$), ja molempien ryhmien elämänhallinnan tunne heikkeni. Ryhmien välinen efektikoko oli suuri elämänhallinnan tunteen ymmärrettävyys-faktorilla ($d=1.12$), ja elämänhallinnan tunne etäkuntoutusryhmällä kasvoi hieman ja vertailuryhmällä väheni.

Taulukko 5. AAQ-2- ja EACQ -mittareiden keskiarvot, keskihajonnat, luottamusvälit, varianssianalyysin F-testisuureen arvot, vapausasteet, p-arvot ja efektikoot (d1= ryhmien välinen, d2= ryhmien sisäinen) alku- ja loppumittauksessa.

Mittari/ryhmä	Alku		Loppu		F(df)	p	d1	d2
	ka (kh)	95% CI	ka (kh)	95% CI				
AAQ-2					4,22 (1)	.045	0.37	
Etä (n=30)	19,57 (8,51)	(16,39;22,74)	18,17 (7,62)	(15,32;21,01)				0.17
Vertailu (n=24)	18,25 (9,21)	(14,36;22,14)	20,08 (9,57)	(16,04;24,13)				-0.19
EACQ								
Summa					6,65 (1)	.013	0.72	
Etä (n=28)	44,50 (8,03)	(41,39;47,62)	41,25 (8,73)	(37,87;44,63)				0.39
Vertailu (n=22)	42,32 (10,92)	(37,48;47,16)	45,68 (9,21)	(41,60;49,76)				-0.33
Välttäminen					1,62 (1)	.210	0.36	
Etä (n=28)	18,39 (3,83)	(16,91;19,88)	17,79 (4,37)	(16,09;19,48)				0.15
Vertailu (n=22)	17,55 (4,47)	(15,56;19,53)	18,50 (4,27)	(16,61;20,39)				-0.22
Suvaitsemattomuus					3,05 (1)	.087	0.56	
Etä (n=28)	13,25 (3,73)	(11,80;14,70)	11,86 (3,34)	(10,56;13,15)				0.39
Vertailu (n=22)	12,55 (4,51)	(10,55;14,55)	13,23 (3,62)	(11,62;14,83)				-0.17
Ymmärrys					8,71 (1)	.005	0.90	
Etä (n=28)	12,86 (3,24)	(11,60;14,12)	11,61 (3,27)	(10,34;12,88)				0.38
Vertailu (n=22)	12,23 (3,65)	(10,61;13,85)	13,95 (3,21)	(12,53;15,38)				-0.15

Taulukko 6. SOC-13- ja WBSI -mittareiden keskiarvot, keskihajonnat, luottamusvälit, varianssianalyysin F-testisuureen arvo, vapausasteet, p-arvot ja efektikoot (d1= ryhmien välinen, d2= ryhmien sisäinen) alku- ja loppumittauksessa.

Mittari/ryhmä	Alku		Loppu		F(df)	p	d1	d2
	ka (kh)	95% CI	ka (kh)	95% CI				
SOC-13								
Summa					1,19 (1)	.281	0.64	
Etä (n=29)	58,67 (9,54)	(55,04;62,30)	58,24 (9,96)	(54,45;62,03)				0.04
Vertailu (n=24)	63,58 (10,32)	(59,23;67,94)	60,04 (13,09)	(54,52;65,57)				0.30
Mielekkyyys								
							0.34	
Etä (n=29)	19,45 (3,68)	(18,05;20,85)	19,45 (4,00)	(17,95;20,97)	1,57 (1)	.217		0.00
Vertailu (n=24)	20,38 (3,55)	(18,88;21,87)	19,13 (4,09)	(17,40;20,85)				0.33
Ymmärrettävyys								
					2,45 (1)	.124	1.12	
Etä (n=29)	20,67 (4,80)	(18,85;22,50)	20,97 (4,40)	(19,29;22,64)				-0.07
Vertailu (n=24)	24,33 (4,00)	(22,65;26,02)	22,42 (5,23)	(20,21;24,63)				0.41
Hallittavuus								
					0,11 (1)	.745	0.16	
Etä (n=29)	18,55 (3,55)	(17,20;19,90)	17,97 (3,49)	(16,64;19,29)				0.16
Vertailu (n=24)	18,71 (5,04)	(16,58;20,84)	18,50 (4,97)	(16,40;20,60)				0.04
WBSI								
					0,84 (1)	.363	0.22	
Etä (n=29)	45,83 (11,17)	(41,58;50,08)	42,62 (11,82)	(38,12;47,12)				0.28
Vertailu (n=25)	43,80 (10,37)	(39,52;48,08)	43,08 (14,86)	(36,94;49,22)				0.06

3.2 Masennusoireiden muutosta välittävät psykologiset prosessit etäkuntoutusinterventiassa

Etäkuntoutusryhmän masennuksen muutos BDI-II -mittarilla mitattuna oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä ajatusten tukahduttamisen muutokseen WBSI -mittarilla mitattuna ja niiden välinen korrelaatio oli keskisuuri ($r = .50$, Taulukko 7). Etäkuntoutusryhmän masennuksen muutos BDI-II -mittarilla mitattuna oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä myös elämönhallinnan tunteen muutokseen SOC-13 mittarilla mitattuna ja niiden välinen korrelaatio oli melko korkea ($r = -.41$). Elämönhallinnan tunteen muutos SOC-13 -mittarilla mitattuna oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ajatusten tukahduttamisen muutokseen WBSI -mittarilla mitattuna ja korrelaatio oli keskisuuri ($r = -.40$). Etäkuntoutusryhmän muiden mittareiden muutokset eivät korreloineet keskenään tilastollisesti merkitsevästi.

Taulukko 7. Etäkuntoutusryhmän masennuksen, psykologisen joustavuuden, elämönhallinnan tunteen ja ajatusten tukahduttamisen muutoksen väliset korrelaatiot

	Masennuksen muutos (BDI-II)	Psykologisen joustavuuden muutos (AAQ-2)	Psykologisen joustavuuden muutos (EACQ)	Elämönhallinnan tunteen muutos (SOC-13)	Ajatusten tukahduttamisen muutos (WBSI)
Masennuksen muutos (BDI-II)	1	.21	.30	-.41*	.50**
Psykologisen joustavuuden muutos (AAQ-2)		1	.06	-.33	-.09
Psykologisen joustavuuden muutos (EACQ)			1	-.22	.18
Elämönhallinnan tunteen muutos (SOC-13)				1	-.40*
Ajatusten tukahduttamisen muutos (WBSI)					1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Ainoastaan yleinen psykologinen joustavuus (AAQ-2, Taulukko 8) välitti masennuksessa tapahtunutta muutosta intervention aikana (a x b on tilastollisesti merkitsevä). Analyysi osoittaa, että etäkuntoutusinterventiolla oli vaikutusta yleiseen psykologiseen joustavuuteen (AAQ-2) myös silloin, kun psykologisen joustavuuden ja masennuksen taso oli kontrolloitu intervention alussa. Lisäksi etäkuntoutusinterventiolla oli vaikutusta omaishoitamiseen liittyvän psykologisen joustavuuden osa-alueen, joka mittaa ymmärrystä hoitamiseen liittyviä negatiivisia ajatuksia ja tunteita kohtaan (EACQ ymmärrys), mutta tässä tapahtunut muutos ei ollut yhteydessä masennuksen muutokseen. Analyysi osoittaa sekä ajatusten tukahduttamisen (WBSI) että elämänhallinnan tunteen (SOC-13 summa) ja sen ymmärrettävyys-faktorin (SOC-13 ymmärrettävyys) muutoksien vaikuttavan masennuksen muutokseen, mutta etäkuntoutusinterventio ei vaikuttanut näihin välittävien tekijöiden muutoksiin.

Taulukko 8. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaverkkointervention masennuksen muutoksen välittävien vaikutusten luottamusvälit, estimaatit, keskivirheet ja p-arvot tähdillä merkittyinä.

Välittäjä	a x b 95 % CI	a Estimaatti (S.E.)	b Estimaatti (S.E.)	c' Estimaatti (S.E.)
AAQ-2	-0,213 ; -3,376	-3.707* (1.456)	0.324* (0.139)	-3.080* (1.546)
EACQ summa	-2,591 ; 0,539	-4.319 (2.438)	0.082 (0.132)	-4.238* (1.905)
EACQ välttäminen	-1,574 ; 0,772	-1.492 (1.187)	0.060 (0.265)	-4.412* (1.845)
EACQ suvaitsemattomuus	-2,067 ; 0,192	-1.096 (1.007)	0.338 (0.233)	-4.279* (1.734)
EACQ ymmärrys	-1,992 ; 0,759	-2.071* (0.837)	0.150 (0.280)	-4.215* (1.840)
SOC-13 summa	-2,164 ; 0,519	1.853 (2.477)	-0.234* (0.091)	-4.020* (1.575)
SOC-13 mielekkyys	-2,326 ; 0,119	1.449 (0.852)	-0.354 (0.277)	-3.980* (1.775)
SOC-13 ymmärrettävyys	-1,634 ; 1,281	0.175 (1.232)	-0.542* (0.164)	-3.563* (1.409)
SOC-13 hallittavuus	-1,002 ; 1,259	-0.133 (0.979)	-0.486 (0.250)	-4.425* (1.574)
WBSI	-1,885 ; 0,544	-1.942 (2.561)	0.226* (0.064)	-4.007* (1.537)

* $p < .05$

a x b = välitetyin vaikutuksen 95% luottamusväli

a = riippumattoman muuttujan vaikutus välittävään muuttujaan

b = välittävän muuttujan vaikutus riippuvaan muuttujaan

c' = suora vaikutus

4 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin ja vertailtiin etäkuntoutusintervention ja omaishoitoyhdistyksen tarjoamiin palveluihin osallistumisen vaikuttavuutta masennukseen, kuormittuneisuuteen, ahdistuneisuuteen, elämänhallinnan tunteeseen, elämänlaatuun, psykologiseen joustavuuteen ja ajatusten tukahduttamiseen. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, mitkä psykologiset prosessit välittävät hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan tuetun verkkointervention aikana tapahtuvaa muutosta masennuksessa.

Tutkimuksen tuloksista selviää, että hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuva etäkuntoutusinterventio vähensi masennusoireita ($d=0.73$) ja lisäsi psykologista joustavuutta (AAQ-2: $d=0.37$ ja EACQ: $d=0.72$) enemmän kuin omaishoitoyhdistysten tarjoamat palvelut. Etäkuntoutusinterventio lisäsi erityisesti psykologiseen joustavuuteen kuuluvaa ymmärrystä hoitamiseen liittyviä negatiivisia ajatuksia ja tunteita kohtaan ($d=0.90$). Ryhmien välillä oli lisäksi tilastollisesti suuntaa antava ero omaishoitajuuteen liittyvässä myönteisessä merkityksessä ($d=0.47$) ja omaishoitajan psykologisen joustavuuden suvaitsemattomuus-faktorissa ($d=0.56$). Verrattaessa etäkuntoutusryhmän masennuksen muutosta Lappalaisen ym. (2014) Suomessa tehdyn tutkimuksen keski-ikältään 42-vuotiaiden vähintään lievästi masentuneiden avohoitopotilaiden masennuksen tason muutokseen ennen ja jälkeen tuetun hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen verkkointervention havaittiin, että muutos oli hyvin saman suuntainen. BDI-II -mittarilla mitattuna tutkimuksemme etäkuntoutusryhmän omaishoitajien masennus oli alkumittauksessa luokiteltavissa lieväksi (15,58) ja loppumittauksessa ei-masennukseksi (10,77), kun taas Lappalaisen ym. (2014) tutkimushenkilöiden masennus oli luokiteltavissa alkumittauksessa kohtalaiseksi (20,79) ja loppumittauksessa ei-masennukseksi (10,26). Lappalaisen ym. (2014) tutkimushenkilöiden masennus väheni siis enemmän verrattuna tutkimuksemme etäkuntoutusryhmän omaishoitajiin. Tämä ero saattaa osin selittyä sillä, että Lappalaisen ym. (2014) tutkimuksessa haettiin erityisesti masentuneita tutkimushenkilöitä, kun taas tässä tutkimuksessa haettiin kuormittuneeksi, uupuneeksi ja/tai alakuloiseksi itsensä kokevia omaishoitajia. Myös muissa tutkimuksissa hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisten interventioiden on havaittu vähentävän masennusta (Ritzer ym., 2016; Walser ym., 2015). Sen sijaan Kelan kuntoutuskurssien ei ole havaittu vaikuttavan masennusoireisiin (Juntunen & Salminen, 2015).

Etäkuntoutusinterventio vaikutti positiivisesti myös omaishoitajien psykologiseen joustavuuteen sekä AAQ-2 mittarilla että EACQ -mittarilla mitattuna. Verrattaessa tutkimuksemme omaishoitajien psykologisen joustavuuden määrää Lappalaisen ym. (julkaisematon) Suomessa tehdyn tutkimuksen

keski-ikäisiin uniongelmissa kärsivien aikuisten psykologisen joustavuuden määrään ennen verkon kautta tapahtuvaa hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan intervention alkua havaittiin, että etäkuntoutusryhmän omaishoitajien psykologinen joustavuuden muutos AAQ-2 -mittarilla mitattuna oli hyvin samansuuntaista ja samansuuruista. Tutkimuksemme etäkuntoutusryhmän omaishoitajien psykologinen joustavuus oli AAQ-2 -mittarilla mitattuna alkumittauksessa 19,57 ja loppumittauksessa 18,17 ja Lappalaisen ym. (julkaisematon) tutkimuksen koeryhmällä alkumittauksessa keskimäärin 17,42 ja loppumittauksessa keskimäärin 15,89. Tutkimuksemme siis vahvistaa sitä, että tuetulla hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisella verkkointerventiolla pystytään lisäämään psykologista joustavuutta. Samansuuntainen muutos psykologisessa joustavuudessa havaittiin myös EACQ -mittarilla mitattuna verrattaessa tutkimuksemme omaishoitajia ja Losadan ym. (2015) tutkimuksen omaishoitajia. Losadan ym. (2015) tutkimuksen keski-ikältään noin 62-vuotiaat omaishoitajat kokivat korkeita masennusoireita, hoitivat dementiaa sairastavaa läheistään ja osallistuivat ryhmämuotoiseen hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventioon. Tutkimuksemme etäkuntoutusryhmän omaishoitajien psykologinen joustavuus oli EACQ -mittarilla mitattuna alkumittauksessa 44,50 ja loppumittauksessa 41,25 ja Losadan ym. (2015) tutkimuksen koeryhmällä alkumittauksessa keskimäärin 43,91 ja loppumittauksessa keskimäärin 37,21. Pieni ero psykologisen joustavuuden muutoksen määrässä voi osittain selittyä sillä, että Losadan ym. (2015) tutkimuksessa omaishoitajat saivat enemmän kasvokkaista tukea verrattuna tutkimuksemme omaishoitajiin. Lisäksi heidän tutkimuksessaan tutkittiin ainoastaan dementiaa sairastavien läheisten omaishoitajia, kun taas tässä tutkimuksessa omaishoitajuuden taustalla olevat diagnoosit vaihtelivat, mikä voi jonkun verran selittää eroa psykologisen joustavuuden muutoksessa. Tutkimuksemme siis tukee sitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaiset interventiot toimivat vanhemmilla omaishoitajilla.

Verrattaessa yleisen psykologisen joustavuuden mittaria (AAQ-2, $p=.045$, $d=0.37$) ja omaishoitajille suunnattua spesifiä psykologisen joustavuuden mittaria (EACQ, $p=.013$, $d=0.72$) havaittiin, että spesifi mittari tavoittaa paremmin omaishoitajien psykologisen joustavuuden ja siinä tapahtuvat muutokset. Tämä tulos tukee aiempia tutkimustuloksia, joissa erilaisten spesifien psykologisen joustavuuden mittareiden on havaittu mittaavan paremmin psykologista joustavuutta kuin yleinen psykologisen joustavuuden mittarin esimerkiksi työuupumuksessa ja syömishäiriöissä (Bond, Lloyd & Guenole, 2013; Sandoz ym., 2013). EACQ -mittarin käyttöä voidaan siis suositella omaishoitajille.

Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa omaishoitajuuden kielteisessä vaikutuksessa, tuen laadussa, ahdistuksessa, aktiivisessa välttämiskäyttäytymisessä, ajatusten tukahduttamisessa eikä elämänlaadun ja elämänhallinnan tunteen missään osa-alueessa. Kuitenkin

elämänlaadun psyykkisessä osa-alueessa ryhmien välillä oli kohtalainen ero efektikoon perusteella, joka viittaa siihen, että etäkuntoutusinterventio vaikuttaa positiivisesti psyykkiseen elämänlaatuun. Tuloksia tulkittaessa onkin syytä ottaa huomioon se, että omaishoitajien tilanne on usein hyvin vaikea ja stressaava, jonka vuoksi voi olla haasteellista saada näkyviin tilastollisesti merkitseviä vaikutuksia. Etäkuntoutusryhmän vaikutukset tulevat kuitenkin näkyviin ryhmien välisissä efektikoissa.

Lisäksi tuloksista käy ilmi, että etäkuntoutusryhmän masennuksen muutos on yhteydessä elämänhallinnan tunteen muutokseen. Korkean elämänhallinnan tunteen on myös aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä masennuksen vähäisyyteen (Eriksson & Lindström, 2005; Rennemark & Hagberg, 1999; Carstens & Spangenberg, 1997; Chumler ym., 2004), joten tutkimuksemme tulos on yhteneväinen aiemman tutkimuksen kanssa. Masennusoireiden muutos oli varsin matalasti yhteydessä yleistä psykologista joustavuutta kuvaaviin mittareihin, vaikka korrelaatiot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Tämä tulos on poikkeava verrattuna aiempaan tutkimustietoon, jossa psykologisen joustamattomuuden on havaittu olevan yhteydessä masennukseen (Hayes ym., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010). Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin syytä ottaa huomioon tutkimuksemme pieni otoskoko, sillä ryhmien välinen ero täytyy olla pienillä otoskoilla huomattavasti suurempi kuin suurilla otoskoilla saman tilastollisen merkitsevyyden saamiseksi (Metsämuuronen, 2008). Masennuksen muutos oli kuitenkin yhteydessä muutokseen ajatusten tukahduttamisessa, joka kuuluu psykologiseen joustavuuteen. Tämä tulos tukee aiempaa tutkimustietoa, jossa vähäisen ajatusten tukahduttamisen on havaittu olevan yhteydessä masennuksen vähäisyyteen (Wegner & Zanakos, 1994). Tämän lisäksi tutkimuksemme ajatusten tukahduttamisen muutos on yhteydessä elämänhallinnan tunteen muutokseen.

Tutkimuksemme välittäjäanalyseista käy ilmi, että yleinen psykologinen joustavuus oli ainoa masennuksen muutosta välittävä tekijä intervention aikana. Psykologisen joustavuuden on myös aiemmissa tutkimuksissa havaittu välittävän hyväksymis- ja omistautumisterapiainervention vaikutusta (Wicksell ym., 2010; Ciarrochi ym. 2010; Formann ym., 2007). Lisäksi etäkuntoutusintervention havaittiin vaikuttavan yleiseen psykologiseen joustavuuteen riippumatta psykologisen joustavuuden ja masennuksen lähtötasosta. Etäkuntoutusinterventio myös lisäsi hieman ymmärrystä hoitamiseen liittyviä negatiivisia ajatuksia ja tunteita kohtaan, mutta tämä ymmärryksen lisääntyminen ei ollut yhteydessä masennuksen muutokseen. Tuloksista käy myös ilmi, että ajatusten tukahduttamisen sekä elämänhallinnan tunteen ja sen ymmärrettävyys-faktorin muutokset vaikuttivat masennuksen muutokseen.

4.2 Tutkimuksen rajoitukset ja edut

Tutkimuksemme tuloksia tulkittaessa on syytä ottaa huomioon tutkimukseemme sisältyvät rajoitukset. Yhtenä tutkimuksemme rajoituksena voidaan pitää kvasikokeellista tutkimusasetelmaa. Ryhmiä ei ollut mahdollista satunnaistaa, jonka vuoksi erilaiset henkilöt ovat voineet hakeutua eri ryhmiin, vaikka taustamuuttujissa ei ollutkaan eroa ryhmien välillä muuta kuin siviilisäädyn suhteen. Tutkittavat ilmoittautuivat tutkimukseen itse eli otos oli valikoitunut. Täten tulokset ovat yleistettävissä vain tutkittuun ryhmään eli kuormittuneiksi, uupuneiksi ja/tai alakuloisiksi itsensä kokeviin yli 60-vuotiaisiin omaishoitajiin. Rajoituksena voidaan pitää myös pientä otoskokoja ja naisten suurempaa osuutta tutkimushenkilöistä, minkä vuoksi tulosten yleistettävyys jää vähäiseksi. Tulosten yleistettävyttä heikentää lisäksi se, että aineistoa ei kerätty koko Suomen alueelta. Lisäksi tässä tutkimuksessa itsearviointiin perustuvien mittareiden luotettavuutta voidaan pitää kyseenalaisena tutkimushenkilöiden korkean iän vuoksi, sillä kysymyslomakkeiden täyttö saattoi olla heille uutta ja haastavaa. Tämän tutkimuksen tulosten merkittävyyttä rajoittaa myös se, että tutkimuksessa ei kontrolloitu sitä, kuinka paljon etäkuntoutusinterventioon osallistuvat tekivät verkko-ohjelman tehtäviä, eikä sitä, kuinka paljon vertailuryhmän omaishoitajat osallistuivat omaishoitoyhdistyksen tarjoamiin palveluihin. Lisäksi on syytä ottaa huomioon, että seurantamittaukset jäivät tämän tutkimuksen ulkopuolelle, jonka vuoksi ei voida arvioida verkkointervention mahdollisia pitkäaikaisia vaikutuksia.

Tutkimuksemme suurimpana etuna voidaan pitää sitä, että se tutki aihetta, josta on vasta hyvin vähän aiempaa tutkimusta omaishoitajilla ja tällä ikäryhmällä. Lisäksi etuna voidaan pitää useiden erilaisten mittareiden käyttöä, joiden avulla saatiin arvokasta tietoa omaishoitajien hyvinvoinnin ja psykologisen joustavuuden tasosta. Etuna voidaan pitää myös sitä, että tutkimusryhmät eivät eronneet toisistaan siviilisäätystä lukuun ottamatta.

4.3 Jatkotutkimustarpeet

Tutkimuksemme nosti esiin myös erilaisia jatkotutkimustarpeita. Olisi mielenkiintoista selvittää tarkemmin, mitkä psykologisen joustavuuden osa-alueet välittävät masennuksessa tapahtuvaa muutosta. Etäkuntoutusinterventio pitkäaikaisten vaikutusten selvittämiseksi tarvittaisiin seurantamittausta, joka mahdollistaisi esimerkiksi sen tutkimisen, jatkuuko psykologisen

joustavuuden kasvu etäkuntoutusintervention päättymisen jälkeen. Omaishoitajille suunnattua psykologisen joustavuuden mittaria (EACQ) ei myöskään tietomme mukaan ole käytetty aiemmin muualla kuin Espanjassa, joten siitä tarvitaan lisää tutkimusta. Tutkimuksemme mukaan omaishoitajille suunnattu psykologisen joustavuuden mittari vaikuttaa olevan tarkempi mittaamaan juuri omaishoitajien psykologista joustavuutta kuin yleinen psykologisen joustavuuden mittari (AAQ-2), mikä tukee aiempaa tutkimustietoa siitä, että spesifejä psykologisen joustavuuden mittareita on perusteltua käyttää ja kehittää edelleen uusille ryhmille. Omaishoitajille ei myöskään ole Suomessa aiemmin suunnattu hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisia verkkointerventioita, joten niistä olisikin hyvä saada lisää tutkimustietoa. Olisi myös mielenkiintoista selvittää, toimiiko vastaavanlainen interventio myös nuoremmilla omaishoitajilla, ja voisiko tällaisesta interventiosta olla hyötyä ennaltaehkäisevästi myös omaishoitajille, jotka eivät koe itseään kuormittuneeksi.

4.4 Johtopäätökset

Tutkimuksemme tärkeimpänä johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että omaishoitajille suunnatulla hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisella verkkointerventiolla on vaikutusta omaishoitajien masennukseen ja psykologiseen joustavuuteen, kun taas omaishoitoyhdistysten tarjoamilla palveluilla ei ole niihin myönteistä vaikutusta. Etäkuntoutusinterventio siis vähentää masennusta ja lisää psykologista joustavuutta. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvaa verkkointerventiota voidaankin pitää hyödyllisenä interventiomuotona myös iäkkäille aikuisille. Tärkeä ja aiempaa tutkimustietoa tukeva johtopäätös on se, että lisäämällä psykologista joustavuutta voidaan todennäköisesti lievittää masennusta. Tämä tulos tukee sitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaiset interventiot ovat toimivia masennuksen hoidossa. Aiempaa tutkimustietoa tukee myös se, että ajatusten tukahduttamisen muutos vaikuttaa masennuksen muutokseen eli vähentämällä ajatusten tukahduttamista voidaan vähentää masennusta. Tutkimuksemme tuo esiin myös sen, että nykyiset omaishoitajille suunnatut tukimuodot eivät ole riittäviä. Omaishoitajien kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi ja ylläpitämiseksi tarvittaisiin siis vertaistukeen ja fyysiseen hyvinvointiin keskittyvien tukimuotojen rinnalle psyykkistä hyvinvointia tukevia kuntoutusmuotoja.

LÄHTEET

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron. "The structure and properties of the sense of coherence scale." *Social science & medicine* 36, no. 6 (1993): 725–733.
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 469–478.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36.
- Bach, P., Gaudiano, B. A., Hayes, S. C., & Herbert, J. D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*, 5(2), 166–174.
- Balducci, C., Mnich, E., McKee, K. J., Lamura, G., Beckmann, A., Krevers, B., ... & 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.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G.K. (2004). *BDI-II – Beckin depressioasteikko*. Käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688.
- Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2013). The work-related acceptance and action questionnaire: Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86(3), 331–347.
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B., & Heron, E. A. (2015). Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among air force personnel. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 263–268.

- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., ... & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307–315.
- Carstens, J. A., & Spangenberg, J. J. (1997). Major depression: a breakdown in sense of coherence?. *Psychological reports*, 80(3_suppl), 1211–1220.
- Chi, N. C., & Demiris, G. (2015). A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of telemedicine and telecare*, 21(1), 37–44.
- Chumbler, N. R., Rittman, M., Puymbroeck, M. V., Vogel, W. B., & Qnin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 944–953.
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change (pp. 51–75). Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications, Oakland, CA.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(11), 2311–2322.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 460–466.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 315–336.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799
- Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), 543–554
- Guay, C., Auger, C., Demers, L., Mortenson, W. B., Miller, W. C., Gélinas-Bronsard, D., & Ahmed, S. (2017). Components and Outcomes of Internet-Based Interventions for Caregivers of Older Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9).

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649–668.
- Hesser, H., Gustafsson, T., Lundén, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., ... & Andersson, G. (2012). A randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 649–661.
- Juntunen, K. & Salminen, A.-L. (2015). Kelan järjestämien omaishoitajien kuntoutuskurssien arviointitutkimus. Helsinki: Kela, Työpapereita 72.
- Juntunen, K., & Salminen, A.-L. (2014) Mikä omaishoitajaa kuormittaa? Omaishoitajien jaksaminen ja tuen tarve COPE-indeksillä mitattuna. Julkaisussa: Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L., Mikkola, H., (toim.) Rakas, mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Helsinki: Kela, Työpapereita 69, 69–79.
- Juntunen, K., Era, P., & Salminen, A. L. (2013). Kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien elämänlaatu ja kokemukset omaishoidossa. *Gerontologia 27 (2013): 1*.
- Juntunen, K., Nikander, R., Törmäkangas, T., Tillman, P., & Salminen, A. L. (2016). Reliability and validity of the COPE Index among caregivers of disabled people. *Applied Nursing Research*, 33, 102–107.
- Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. (2014). Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865–878.
- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Rissanen, P. (2013). Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. *Yhteiskuntapolitiikka 78*: 139–151.
- Kela. (2013). Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. Omaishoitajien palvelulinja. Omaishoitajien kuntoutuskurssit. Voimassa 1.1.2013 alkaen. Helsinki. [viitattu 26.9.2017]. Saatavissa:
<http://www.kela.fi/documents/10180/157956/Omaishoitajien+kuntoutuskurssit,%20kuntoutujat.pdf/bc27cd6d-87ea-4fd0-b2b2-5c23f0b3bef9>.

- Laitalainen, E., Helakorpi, S., Martelin, T., & Uutela, A. (2010). Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa väestöryhmissä. *Suom Lääkäril.*
- Lappalainen, P. (2015a). Act, accept and be mindful: evaluation of three technology-and internet-delivered psychological interventions for mood and well-being. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 538.
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour research and therapy*, 61, 43–54.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J. & Lappalainen, R. (julkaisematon) Internet-delivered ACT for sleep difficulties: A Randomized controlled trial.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015b). Web-based acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: a randomized controlled trial. *Behavior modification*, 39(6), 805–834.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K., Afarri, N., & McCurry, S. (2013). Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. [Applying acceptance and commitment therapy (ACT). A clinical manual, (9. painos)]. *Tampere, Finland: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.*
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2(3), 197–207.
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163.
- Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkkio A, Noro A, Siljander E. (2014). Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, raportti 9/2014.
- Ljótsson, B., Atterlöf, E., Lagerlöf, M., Andersson, E., Jernelöv, S., Hedman, E., & Wicksell, R. K. (2014). Internet-delivered acceptance and values-based exposure treatment for fibromyalgia: a pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 43(2), 93–104.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & López, J. (2014). Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging & mental health*, 18(7), 897–904.

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 760.
- McKee, K. J., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Öberg, B., Krevers, B., & 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.
- Metsämuuronen, J. (2005). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä (3. painos). Vaajakoski: Gummerus.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: Factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5), 501–513.
- Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry:n verkkosivut. [viitattu 26.9.2017]. Saatavissa: <https://omaishoitajat.fi/omaishoitajalle/paikallisyhdistysten-toiminta/>.
- O'Reilly, D., Connolly, S., Rosato, M., & Patterson, C. (2008). Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Social science & medicine*, 67(8), 1282–1290.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 47–56.
- 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.
- Pots, W. T., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A., Peter, M., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 208(1), 69–77.
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73–80.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 78, 30–42.
- Rennemark, M., & Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging & Mental Health*, 3(1), 79–87.

- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 32*(4), 329–342.
- Ritzert, T. R., Forsyth, J. P., Sheppard, S. C., Boswell, J. F., Berghoff, C. R., & Eifert, G. H. (2016). Evaluating the effectiveness of ACT for anxiety disorders in a self-help context: Outcomes from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior therapy, 47*(4), 444–459.
- Roth, D. L., Haley, W. E., Hovater, M., Perkins, M., Wadley, V. G., & Judd, S. (2013). Family caregiving and all-cause mortality: findings from a population-based propensity-matched analysis. *American journal of epidemiology, 178*(10), 1571–1578.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(1).
- Salminen, A.-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J.-H.(toim.) (2016). Etäkuntoutus. Helsinki: Kela.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(1-2), 39–48.
- Scott, J. L., Dawkins, S., Quinn, M. G., Sanderson, K., Elliott, K. E. J., Stirling, C., ... & Robinson, A. (2016). Caring for the carer: a systematic review of pure technology-based cognitive behavioral therapy (TB-CBT) interventions for dementia carers. *Aging & mental health, 20*(8), 793–803.
- 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*, 3–20.
- Siljander, S. (2013). Omaishoidon tuen kuntakysely 2012 - Alustavia tuloksia ja havaintoja. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Sisäasiainministeriö (2012). Turvallisia vuosia ikääntyneille - Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 27/2012.
- Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations, 15*(1), 49–62.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research, 13*(2), 299–310.

- Smith, G. C., Egbert, N., Dellman-Jenkins, M., Nanna, K., & Palmieri, P. A. (2012). Reducing depression in stroke survivors and their informal caregivers: a randomized clinical trial of a Web-based intervention. *Rehabilitation psychology, 57*(3), 196–206.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092–1097.
- Sun, F., Kosberg, J. I., Kaufman, A. V., & Leeper, J. D. (2010). Coping strategies and caregiving outcomes among rural dementia caregivers. *Journal of Gerontological Social Work, 53*(6), 547–567.
- Tuomisto, M. & Lappalainen, R. (2015). Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa M. Huttunen & Kalska (toim.), *Psykoterapiat, 3.*, uudistettu painos, 83-105. Helsinki: Duodecim.
- Välimäki, T. H., Martikainen, J. A., Hallikainen, I. T., Väättäinen, S. T., & Koivisto, A. M. (2015). Depressed spousal caregivers have psychological stress unrelated to the progression of Alzheimer disease: a 3-year follow-up report, Kuopio ALSOVA study. *Journal of geriatric psychiatry and neurology, 28*(4), 272–280.
- Välimäki, T. H., Martikainen, J. A., Hongisto, K., Väättäinen, S., Sintonen, H., & Koivisto, A. M. (2016). Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study. *Quality of Life Research, 25*(3), 687–697.
- Von Känel, R., Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Aschbacher, K., Mills, P. J., ... & Grant, I. (2008). Increased Framingham Coronary Heart Disease Risk Score in dementia caregivers relative to non-caregiving controls. *Gerontology, 54*(3), 131–137.
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders, 152*, 113–121.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behaviour research and therapy, 74*, 25–31.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of personality, 62*(4), 615–640.
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash. *European Journal of Pain, 14*(10), 1059-e1.–1059-e11.