

**OMAISHOITAJAT OMAPOLULLA:  
PSYYKKISEN HYVINVOINNIN MUUTOKSEN YHTEYS  
VERKKO-OHJELMAAN SITOUTUMISEEN  
JA KOKEMUKSIA VERKKO-OHJELMASTA**

Aino Jokinen & Tia-Maria Ojaluoma

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Heinäkuu 2021

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

JOKINEN, AINO & OJALUOMA, TIA-MARIA: Omaishoitajat OMApolulla: Psykkisen hyvinvoinnin muutoksen yhteys verkko-ohjelmaan sitoutumiseen ja kokemuksia verkko-ohjelmasta

Pro gradu -tutkielma, 39 s. (1 liite)

Ohjaaja: Päivi Lappalainen

Psykologia

Heinäkuu 2021

---

Tämä tutkimus on osa Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen -etäkuntoutushanketta, joka toteutettiin Kelan rahoittamana vuosina 2016-2018 Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterissä yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Kuntoutus Peurungan kanssa. Etäkuntoutuksen välineenä käytettiin yli 60-vuotiaille omaishoitajille suunniteltua 12 viikon pituista OMApolku-verkkointerventiota. Ohjelma perustuu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, tapahtuuko omaishoitajien psyykkisessä hyvinvoinnissa eli masennusoireilussa (BDI-II), psykologisessa joustavuudessa (AAQ-II, EACQ) ja ajatusten tukahduttamisessa (WBSI) muutosta verkkointervention aikana, ja onko mahdollinen muutos yhteydessä ohjelmaan sitoutumiseen. Lisäksi kartoitettiin omaishoitajien omia kokemuksia ohjelmasta. Etäkuntoutusryhmään ilmoittautui 65 omaishoitajaa, joista tässä työssä tarkastellaan loppumittaukseen osallistuneita (n = 53).

Omaishoitajien psyykkinen hyvinvointi koheni tilastollisesti merkitsevästi jokaisella psyykkisen hyvinvoinnin mittarilla alku- ja loppumittauksen välillä. Psykkisen hyvinvoinnin muutos ei ollut yhteydessä ohjelmaan sitoutumiseen koko otoksella, mutta nuorimpien omaishoitajien ryhmässä (59-68-vuotiaat) havaittiin positiivinen korrelaatio ohjelman vierailupäivien ja psykologisen joustavuuden muutoksen (AAQ-II ja EACQ) välillä. Sisällönanalyysi osoitti omaishoitajien kokemukset ohjelmasta pääosin positiivisiksi, joskin joitakin kehitysehdotuksia löytyi. Omaishoitajien kokemuksista löydettiin neljä pääluokkaa, jotka olivat ohjelman sisältö, ohjelmasta saadut hyödyt, sosiaalinen tuki sekä mahdollisuus sitoutua ohjelmaan. Tutkimuksen tulokset puoltavat OMApolku-ohjelman käyttöä ikääntyneiden omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin tukena. Verkkointerventioita kehitettäessä ja tarjottaessa on kuitenkin huomioitava ikääntyneiden ja omaishoitajien yksilölliset piirteet, kuten tuen ja perehdytyksen tarpeet sekä ajalliset rajoitteet.

Avainsanat: OMApolku, omaishoitajat, hyväksymis- ja omistautumisterapia, HOT, verkkointerventio, psyykkinen hyvinvointi, psykologinen joustavuus, verkkointerventioon sitoutuminen, adherenssi

# SISÄLLYS

<b>1 Johdanto</b> .....	<b>1</b>
1.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapia .....	3
1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia ikääntyneillä ja omaishoitajilla.....	4
1.3 Verkkopohjaiset interventiot ikääntyneillä ja omaishoitajilla .....	5
1.4 Verkkointerventioon sitoutuminen ja interventiosta hyötyminen.....	6
1.5 Ikääntyneiden ja omaishoitajien kokemuksia HOT- ja verkkointerventioista.....	8
1.6 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit.....	9
<b>2 Menetelmät</b> .....	<b>11</b>
2.1 Tutkimusprojekti.....	11
2.2 Tutkittavat .....	12
2.3 Intervention kuvaus.....	14
2.4 Psykkisen hyvinvoinnin mittarit .....	17
2.5 Määrällisen aineiston analyysi .....	18
2.6 Sisällönanalyysi .....	19
<b>3 Tulokset</b> .....	<b>22</b>
3.1 Psykkisen hyvinvoinnin muutos.....	22
3.2 Ohjelmaan sitoutuminen .....	23
3.3 Psykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välinen yhteys .....	23
3.4 Omaishoitajien kokemuksia OMApolku-verkkointerventiosta .....	24
3.4.1 Ohjelman sisältö.....	25
3.4.2 Ohjelmasta saadut hyödyt .....	27
3.4.3 Sosiaalinen tuki.....	29
3.4.4 Mahdollisuus sitoutua ohjelmaan.....	31
<b>4 Pohdinta</b> .....	<b>33</b>
4.1 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset .....	37
4.2 Jatkotutkimusehdotukset.....	38
4.3 Johtopäätökset.....	39
<b>Lähteet</b> .....	<b>40</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>50</b>

# 1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä suhteessa muuhun väestöön on kasvussa, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden resurssit eivät ole kasvaneet samassa suhteessa ikääntyneiden tarpeisiin nähden (Rehunen ym., 2016.) Resurssien niukkuus voi lisätä omaishoitajien tarvetta ja toisaalta myös kuormittaa omaishoitajien arkea aiempaa enemmän, mikä tekee omaishoitajuudesta ajankohtaisen tutkimuksen aiheen. Omaishoitajuudesta on kyse silloin, kun sairastuneen, vammautuneen tai vanhuksen omainen tai muu läheinen auttaa tätä arjessa säännöllisesti ansiotyön ohella tai täyspäiväisesti (Omaishoitajaliitto, 2021). Vuonna 2020 omaishoidon tukea sai Suomessa noin 50 000 omaishoitajaa (Sotkanet, 2021). On kuitenkin huomioitava, että merkittävä osa omaishoitajista toimii hoitajana läheiselleen ilman virallista omaishoitosopimusta eikä siten saa omaishoidon tukea. Tavallisimmin omaishoitaja on yli 65-vuotias nainen, joka toimii omaishoitajana muistisairaalle puolisolleen (Omaishoitajaliitto, 2021).

Omaishoitajana toimiminen voi olla riski hyvinvoinnille ja toimintakyvylle (Juntunen & Salminen, 2014). Esimerkiksi masennuksen on todettu olevan ainakin kaksi kertaa todennäköisempää ikääntyneillä omaishoitajilla kuin muilla ikääntyneillä (Alexopoulos, 2005). Ikä ja oman puolison hoitaminen näyttäisivät lisäävän riskiä entisestään. Puolisoaan hoitavat ikääntyneet omaishoitajat ovat kuormittuneempia ja raportoivat mielenterveyden ongelmia useammin kuin nuoremmat, lastensa omaishoitajat (Oldenkamp ym., 2016). He kokevat myös fyysisistä kuormittuneisuutta enemmän kuin ne, jotka hoitavat vanhempansa (Pinquart & Sörensen, 2011). Omaishoitajuuden onkin todettu olevan yhteydessä heikompaan fyysiseen terveydentilaan (Chang ym., 2010), mikä voi yhä lisätä arjen kuormittavuutta. Omaishoitajilla voi olla myös lisääntynyt sosiaalisen tuen tarve, sillä on havaittu, että erityisesti puolisoaan hoitavat ikääntyneet omaishoitajat kokevat enemmän yksinäisyyttä kuin ikääntyneet, jotka eivät ole omaishoitajia (Lavela & Ather, 2010). Sosiaalisen tuen puute on edelleen yhteydessä vähäisempään psyykkiseen hyvinvointiin, muun muassa masennukseen ja ahdistukseen (Ali & Kausar, 2016).

Omaishoitajuustilanne voi herättää omaishoitajassa monenlaisia ajatuksia ja tunteita, jotka voivat olla vaikeita ja tuskallisiakin. Hoidettavan tilaan liittyvät peruuttamattomat muutokset, kuten käyttäytymisen tai muistin ongelmat (Losada ym., 2014), voivat aiheuttaa surua ja vihaa. Lisäksi omaishoitajilla näyttäisi olevan taipumus asettaa korkea vaatimustaso hoitotyölleen ja tuntea syyllisyyttä liittyen esimerkiksi hoitotilanteen herättämiin tunteisiin tai omaan vapaa-aikaansa (Gallego-Alberto ym., 2019). Omaishoitaja saattaa yrittää paeta vaikeiksi miellettyjä tunteitaan

välttelemällä niitä aktivoivaa toimintaa, jolloin esimerkiksi itsestä huolehtiminen ja vapaa-aika voivat jäädä vähäiseksi (Gallego-Alberto ym., 2019). Tällainen välttämiskäyttäytyminen viittaa psykologiseen joustamattomuuteen, jolla tarkoitetaan omien ajatusten ja tunteiden ylivaltaa toiminnan ohjaajana suhteessa omiin arvoihin (Hayes ym., 2006). Tämä on riskitekijä omaishoitajan hyvinvoinnille. Esimerkiksi Kishita ja kollegat (2020) ovat todenneet psykologisen joustamattomuuden ennustavan omaishoitajan masennusta ja ahdistuneisuutta (ks. myös Romero-Moreno ym., 2016). Omaishoitotilanteesta johtuvien kuormitustekijöiden ohella onkin aiheellista pohtia, miten omaishoitajaan itseensä liittyviin psyykkiselle pahoinvoinnille altistaviin tekijöihin voitaisiin puuttua.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia saattaisi tukea omaishoitajan psyykkistä hyvinvointia paitsi oman kontrollin ulottumattomissa olevan tilanteen, myös omien ajatusten ja tunteiden hyväksynnän myötä. Sen onkin todettu voivan vähentää omaishoitajan masennus- ja ahdistusoireilua (Losada ym., 2015). Omaishoitajan työ on kuitenkin hyvin aikaan ja paikkaan sidottua, ja siksi saattaisi olla tarpeen keskittyä heidän hyvinvointinsa tukemiseen ainakin osittain heidän kotonaan. Käytännössä tämä tarkoittaisi interventioiden toteuttamista teknologiaa hyödyntäen. Omaishoitajille suunnatut teknologiapohjaiset interventiot ovatkin viime vuosina yleistyneet (esim. Wasilewski ym., 2017), joskaan aiempaa tutkimusta hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvista omaishoitajien verkkointerventioista ei juuri ole, etenään ikääntyneillä. Kishita ja kollegat (2020) ovatkin ehdottaneet tutkittavaksi verkossa toteutettavaa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa omaishoitajille, sillä omaishoitotyö edellyttää usein suuria työtuntimääriä.

Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin yhteistyönä on suunniteltu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuva OMApolku-verkkointerventio, jonka tarkoituksena on tukea ikääntyneiden omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää verkko-ohjelman vaikutuksia yli 60-vuotiaiden omaishoitajien hyvinvointiin, kokemuksia heille kohdennetusta OMApolku-verkkointerventioista sekä sitä, miten he sitoutuivat verkossa toteutettavan ohjelman käyttöön. Tämän päivän ikääntyneiden teknologian käyttö on varsin vaihtelevaa, mikä saattaa heijastua ohjelman käyttökokemuksiin. Kokemusten kartoittaminen onkin tärkeää, jotta voitaisiin kehittää juuri tämän kohderyhmän erityisiin tarpeisiin soveltuvia tuen muotoja.

## 1.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT; *Acceptance and Commitment Therapy, ACT*) on kolmannen aallon kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin kuuluva terapiamuoto, jonka tavoitteena on auttaa ihmistä tunnistamaan ja kohtaamaan omat ajatuksensa ja tunteensa sekä elämään omien arvojensa mukaista elämää (Hayes, 2004; Hayes ym., 2006). HOT perustuu kontekstuaaliseen tieteenfilosofiaan sekä suhdekehysteoriaan (*Relational Frame Theory*), jonka mukaan ihminen voi oppia kielen ja kognitioiden avulla yhdistämään asioita sattumanvaraisesti toisiinsa, johtaa niiden välisiä suhteita ja siirtää näitä kontekstista toiseen (Hayes 2004; Hayes ym., 2006). Automaattiset suhdeoletukset voivat hyödyllisyydestään huolimatta aiheuttaa kärsimystä, ja psyykkisen pahoinvoinnin ajatellaankin syntyvän kielen ja kognitioiden ohjassa yksilön toimintaa siten, ettei se ole yhdenmukaista omien arvojen kanssa (Hayes ym., 2006). Tämä voi ilmetä esimerkiksi tuskaa aiheuttavien tilanteiden välttelyä (*experiential avoidance*) tai pyrkimyksinä tukahduttaa vaikeita ajatuksia, tunteita ja tuntemuksia (*suppression*) (Hayes, 2004). Vaikka tällaiset hallintayritykset voivat helpottaa oloa hetkellisesti, ne aiheuttavat lopulta vahinkoa kapeuttaen elämää. Välitöntä pahan olon poistamista tavoitellessaan voi kadottaa sen, mitä elämältään haluaa (Hayes ym., 2006). Yksikään ajatus, tunne tai tuntemus ei siis ole haitallinen, vaan ongelma syntyy pyrkimyksistä päästä eroon vaikeiksi mielletyistä ajatuksista ja tunteista (Hayes, 2004).

HOT-interventioissa opetellaan heikentämään välttämiskäyttäytymiseen johtavan sanallisen tiedonkäsittelyn sisällön merkitystä ja lisäämään itselle merkityksellisiä tekoja arjessa (Hayes, 2004). Tähän pyritään harjoittelemalla psykologista joustavuutta (*psychological flexibility*), joka on Hayesin ja kollegojen (2006) mukaan kykyä olla tietoisesti läsnä kussakin hetkessä itse valittuja elämänarvoja toteuttaen. Toisin sanoen, psykologisesti joustavan ihmisen toimintaa ohjaavat tietoisesti valitut arvot oman mielen sisällön sijaan. Psykologinen joustavuus muodostuu kuudesta ydinprosessista, joita Hayesin ja kollegojen (2006) mukaan voi ajatella psykologisina taitoina. 1) Hyväksyntä (*acceptance*) on halua vastaanottaa kaikenlaiset ajatukset ja tunteet, vastakohtana välttämiskäyttäytymiselle. 2) Tietoinen läsnäolo (*being present*) on kykyä tarkkailla sisäisiä ja ulkoisia tapahtumia sellaisenaan, tuomitsematta. 3) Mielen kontrollin heikentäminen (*cognitive defusion*) viittaa pyrkimykseen muuttaa suhtautumistapaa omiin sisäisiin kokemuksiin sen sijaan, että yritettäisiin muuttaa itse kokemuksia ja 4) minän havainnointi (*self as context*) on omien sisäisten kokemusten tietoista tarkastelua niihin juuttumatta. 5) Arvot (*values*) ovat itse valittuja, tarkoituksellisen toiminnan taustalla olevia kvaliteetteja, joita ei koskaan voi täysin saavuttaa, mutta joita voi toteuttaa kussakin hetkessä 6) sitoutumalla niiden mukaiseen toimintaan (*committed action*). Neljä ensimmäistä ovat kuin työvälaineitä, joilla voi tavoitella omien arvojen mukaista elämää (Hayes

ym., 2006).

HOT-interventiot eivät ensisijaisesti tähtää oireiden poistamiseen, mutta oireet monesti vähenevät sisäisten kokemusten hyväksynnän ja itselle merkitykselliseen elämään sitoutumisen lisääntyessä (A-Tjak ym., 2015; Dimidjian ym., 2016). Transdiagnostisena mallina se soveltuu monien ongelmien (Dindo ym., 2017), kuten ahdistuneisuushäiriöiden, masennuksen, riippuvuuksien sekä somaattisten sairauksien hoitoon (A-Tjak ym., 2015; Bai ym., 2020; Swain ym., 2013). Koska kyseessä ei kuitenkaan ole vain metodi, jolla psyykkistä pahoinvointia voi vähentää (Hayes ym., 2006), psyykkisen hyvinvoinnin voi ajatella olevan taito, jota jokainen voi harjoitella. Siten hyväksymis- ja omistautumisterapia tarjoaa mahdollisuuden myös mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisyyn ja yleisemmin psyykkisen hyvinvoinnin lisäämiseen.

## **1.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia ikääntyneillä ja omaishoitajilla**

Hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltuvuudesta ikääntyneille on tämänhetkisen tiedon mukaan tutkimusta suhteellisen vähän, mutta tutkimustulokset sen vaikuttavuudesta ovat samansuuntaisia kuin nuoremmilla. Alustavaa näyttöä on saatu ainakin kroonisen kivun (McCracken & Jones, 2012; Wetherell ym., 2016; Whitney ym., 2017), kuolemanpelon (Bayati ym., 2017) sekä masennuksen ja ahdistuksen (Kishita ym., 2017; Roberts & Sedley, 2016; Wetherell ym., 2011) hoidossa. Roberts ja Sedleyn (2016) tapaustutkimuksessa 89-vuotiaan masentuneen ja ahdistuneisuushäiriöisen naisen masennus väheni kliinisesti merkitsevästi kuuden viikon HOT-intervention jälkeen. Myös psykologinen joustamattomuus ja välttämiskäyttäytyminen vähenivät. Wetherell ja kollegat (2011) saivat samansuuntaisia tuloksia pilottitutkimuksessaan yli 60-vuotiailla ahdistuneisuushäiriöisillä (GAD) aikuisilla: masennusoireilu ja huolestuneisuus vähenivät kahdentoista tunnin yksilösession jälkeen, silloinkin, kun terapeutti oli kokematon. Tutkijoiden mukaan intervention vaikuttavuus oli kuitenkin pienempää kuin nuoremmilla GAD-aikuisilla aiemmissa tutkimuksissa (Wetherell ym., 2011). Kishitan ja kollegojen (2017) meta-analyysissä puolestaan todettiin tietoisuustaitoihin perustuvien kognitiivisten käyttäytymisterapioiden (HOT, MBCT; *Mindfulness Based Cognitive Therapy*) olevan vaikuttavia yli 60-vuotiaiden masennus- ja ahdistusoireiden hoidossa.

Vaikka näyttö on vielä vähäistä, kuten Petkus ja Wetherell (2013) toteavat, teoriat aikuisen kehityksestä ja hyvästä ikääntymisestä antavat aihetta olettaa, että HOT olisi toimiva

tukimuoto tässäkin elämänvaiheessa. Ensinnäkin ikääntymiseen liittyy väistämättä muutoksia terveydentilassa ja menetyksiä ihmissuhteissa. Näihin kohdistuvat huolet voivat olla hyvin realistisia, jolloin hyväksyntään perustuva lähestymistapa saattaisi olla hyödyllinen (Petkus & Wetherell, 2013). Toiseksi, ikääntyneillä esiintyy monesti useita samanaikaisia ongelmia, kuten psykiatrisia diagnooseja (Wolitzky-Taylor ym., 2011), mutta myös fyysisiä ja kroonisia sairauksia (Loi & Chiu, 2011; Tiwari ym. 2014). HOT voisikin soveltua ikääntyneiden tukemiseen myös transdiagnoosiensa ansiosta (Petkus & Wetherell, 2013), kun yhdellä menetelmällä olisi mahdollista puuttua useampiin ongelmiin samanaikaisesti.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian voisi olettaa soveltuvan myös omaishoitajien psykologisen hyvinvoinnin edistämiseen, ja joitakin lupaavia tuloksia on jo saatu. Losadan ja kollegojen (2015) satunnaistetussa kontrollikokeessa tutkittiin HOTin vaikuttavuutta keskimäärin 60-vuotiaiden omaishoitajien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden hoidossa, ja niiden todettiin vähenevän. Gallego-Alberto ja kollegat (2019) saivat samankaltaisia tuloksia pilottitutkimuksessaan, jossa selvitettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin sekä hyväksyntä- ja itsemyötätuntotekniikoihin perustuvan ryhmäintervention mahdollisuuksia ikääntyneillä omaishoitajilla. Kahdeksan session jälkeen kolmella neljästä ilmeni kliinisesti havaittavaa muutosta syyllisyydentunteissa sekä ahdistus- ja masennusoireilussa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan käytetty kontrolliryhmää eikä seurantamittauksia, joten tuloksiin on suhtauduttava varauksella. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että ikääntyneet ja omaishoitajat ovat varsin vähän tutkittu ryhmä, ja laadukasta tutkimusta heille soveltuvista tuen muodoista tarvitaan vielä lisää.

### **1.3 Verkkopohjaiset interventiot ikääntyneillä ja omaishoitajilla**

Teknologia on osa nykypäivän terveydenhuoltoa, ja niinpä myös erilaiset teknologia-avusteiset interventiot tarjoavat vaihtoehdon perinteiselle kasvokkain toteutettavalle terapialle ja muulle psykososiaaliselle tuelle. Erityisesti kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin sekä niiden kolmatta aaltoa edustavaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvien verkkointerventioiden toimivuudesta on saatu enenevässä määrin näyttöä viime vuosina. Meta-analyysit ja katsaukset ovat todenneet verkkopohjaisen HOTin soveltuvan ainakin aikuisten ahdistuneisuuden (Kelson ym., 2019) ja masennuksen (Brown ym., 2016) hoitoon, jonka lisäksi sen on todettu lisäävän psykologista joustavuutta ja kohentavan elämänlaatua (Thompson ym., 2021).



Ikääntyneillä verkkopohjaisia interventioita on tutkittu vain vähän, ja sen kohteena on ollut lähinnä perinteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT; *Cognitive Behavioral Therapy, CBT*). Dear ja kumppanit (2015) osoittivat verkkopohjaisen KKT:n toimivan yli 60-vuotiaiden stressi- ja ahdistusoireiden lievittämisessä. Xiang kollegoineen (2020) puolestaan totesivat katsauksessaan verkkopohjaisen KKT:n käyttökelpoiseksi ikääntyneiden lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Iän todettiin kuitenkin korreloivan negatiivisesti ohjelman vaikuttavuuteen, minkä vuoksi verkkopohjaisen KKT:n vaikutusten oletetaan hieman vähenevän iän myötä (Xiang ym., 2020; ks. myös Grist & Cavanagh, 2013). Syiksi iän myötä tapahtuvalle hyödyn vähenemiselle on ehdotettu ikääntyneiden kokemia teknologisia haasteita sekä sitä, että verkkointerventioiden osiot soveltuisivat ikääntyneille heikommin kuin nuoremmille (Xiang ym., 2020).

Mahdollisista iän mukanaan tuomista haasteista huolimatta verkkopohjaisilla interventioilla on etunsa, joina voidaan mainita esimerkiksi kustannustehokkuus (Musiat & Tarrier, 2014; Dear ym., 2015), riskiryhmään kuuluvien tavoittaminen varhaisemmassa vaiheessa sekä riippumattomuus ajasta ja paikasta (Buntrock ym., 2016), joihin omaishoitajan työ puolestaan on hyvin sidottua. Omaishoitajille suunnattuja verkkointerventioita on kehitelty viime vuosikymmenen aikana useampia (ks. esim. Wasilewski ym., 2017), ja ne näyttäisivät tarjoavan lupaavan mahdollisuuden omaishoitajan psykologisen hyvinvoinnin tukemiseen, vähentäen esimerkiksi masennus- ja ahdistusoireilua sekä stressiä (Guay ym., 2017; Hopwood ym., 2018; Leng & Wang, 2020). Tutkimusta aiheesta tarvitaan silti lisää, sillä monien katsauksiin sisällytettyjen tutkimusten laatu voisi olla korkeampi, ja vain harvassa tutkimuksessa tutkittavat omaishoitajat ovat olleet ikääntyneitä. Myöskään HOT-pohjaisia, juuri ikääntyneille omaishoitajille kohdennettuja verkkointerventioita ei tämänhetkisen tiedon mukaan ole muita kuin OMApolku.

#### **1.4 Verkkointerventioon sitoutuminen ja interventiosta hyötyminen**

Verkkointerventioon sitoutumisella (*adherenssi*) tarkoitetaan tavallisesti sitä, kuinka laajasti osallistuja hyödyntää ohjelman sisältöjä (Christensen ym., 2009) tai miten tarkasti hän noudattaa ohjelmaa (Donkin ym., 2011). Toisin sanoen, sitoutuminen viittaa yleensä siihen, missä määrin osallistujan aktiivisuus ohjelmassa on sellaista kuin ohjelman tekijät ovat sitä edellyttäneet (Donkin ym., 2013). Interventioon sitoutumista voidaan tarkastella monella tavalla, esimerkiksi tutkimalla ohjelmaan kirjautumisten lukumäärää, ohjelman parissa vietettyä aikaa tai sen osa-alueiden, eli

moduulien, suorittamisen määrää (Donkin ym., 2011). Lisäksi voidaan hyödyntää subjektiivisia mittareita, kuten itsearviointilomakkeita, haastatteluja ja päiväkirjamerkintöjä (Yardley ym., 2016).

Interventioon sitoutuminen on keskeistä siitä hyötymisen kannalta. Vaikka HOT-verkkointerventioihin sitoutuminen onkin usein melko korkeaa (Thompson ym., 2021), ei sitoutumista voida pitää itsestäänselvyytenä. Richardin ja Richardsonin (2012) meta-analyysissä verkkointerventioiden keskeyttämisprosentti todettiin suuremmaksi kuin kasvokkain toteutettavissa interventioissa, mutta tarjotun tuen havaittiin vähentävän niiden keskeyttämisä jopa 30–40 %. Myös Baumeister kollegoineen (2014) sekä Musiat ja Tarrier (2014) ovat todenneet tuettuihin verkkointerventioihin sitoutumisen olevan ei-tuettuja parempaa. Tuetut verkkointerventiot onkin useissa tutkimuksissa osoitettu ei-tuettuja vaikuttavammiksi (Andersson & Cujpers, 2009; Baumeister ym., 2014; Richards & Richardson, 2012; Spek ym., 2007; Thompson ym., 2021). Näyttäisi siltä, että vähäiselläkin terapeutin (Wagner, 2014) tai tukihenkilön (Lappalainen ym., 2014) tuella voidaan saada ainakin yhtä hyviä tuloksia kuin kasvotusten toteutettavilla interventioilla.

Verkkointerventioon sitoutumisen yhteyttä interventiosta hyötymiseen on tutkittu erilaisten ongelmien yhteydessä. Enriquen ja kumppanien (2019) tutkimuksessa verkkointerventiosta hyötyneet masentuneet käyttivät enemmän aikaa ohjelmaan, minkä lisäksi ohjelmaan kirjautumisten ja tehtyjen harjoitusten lukumäärä olivat yhteydessä tuloksellisuuteen. Myös Donkin kollegoineen (2013) totesivat verkkointerventiosta hyötyneiden masentuneiden käyttävän tavallisesti enemmän aikaa ohjelmaan ja tekevän useampia harjoituksia. Toisaalta Donkinin ja kollegojen (2011) katsauksessa psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen kohdennetuissa verkkointerventioissa kirjautumisten lukumäärä tai käyttöaika ei korreloinut tuloksellisuuteen. Sen sijaan suoritettujen moduulien lukumäärä oli yhteydessä masennusoireiden vähenemiseen (Donkin ym., 2011). Ohjelmaan kirjautumisten esitettiin korreloivan ohjelmasta hyötymiseen lähinnä fyysiseen terveyteen kohdennetuissa interventioissa, kun taas psyykkisten ongelmien hoidossa suoritettavat moduulit olisivat merkityksellisiä (Donkin ym., 2011).

Adherenssin monet määritelmät ovat haaste johtopäätösten tekemisen kannalta. On myös mahdollista, ettei yhteys ohjelmaan sitoutumisen ja siitä hyötymisen välillä edes ole näin suoraviivaista. Se, miten intensiivisesti tekee harjoituksia, ei välttämättä näy käyttöajassa tai tehtyjen harjoitusten määrässä, vaikka ohjelma koettaisiinkin hyödylliseksi (Donkin ym., 2013). Intensiteetin ja hyödyllisyyden kokemusten tavoittamiseksi tarvitaan subjektiivisia mittareita, kuten kyselylomakkeita ja haastatteluja.

On myös huomioitava, että nykypäivän ikääntyneiden teknologian käyttö on vaihtelevaa, mikä saattaa vaikuttaa verkko-ohjelmaan sitoutumiseen ja siten myös siitä hyötymiseen. Ikääntyneiden teknologian käyttöön vaikuttavina tekijöinä on ehdotettu esimerkiksi ikää ja koulutusta

(Zambianchi ym., 2019), henkilökohtaisia asenteita ja teknologisia haasteita (Similä ym., 2018), teknologian käyttöön kohdistuvia ahdistuksen tunteita (Chen & Chan, 2014; Askari ym., 2020), teknologian käytöstä koettua hyötyä (Lin ym., 2020), helppoutta sekä itsearvioitua kykyä käyttää sitä (Askari ym., 2020). Tämänkaltaiset tekijät saattavat vaikuttaa myös siihen, miten tutkimamme yli 60-vuotiaat omaishoitajat käyttivät verkko-ohjelmaa OMApolkua.

### **1.5 Ikääntyneiden ja omaishoitajien kokemuksia HOT- ja verkkointerventioista**

Edellä esitelty tutkimus on pyrkinyt pitkälti määrällisen tiedon avulla osoittamaan HOT- ja verkkointerventioiden mahdollisuuksia ikääntyneillä ja omaishoitajilla. Laadullisen datan avulla voi kuitenkin kokonaisvaltaisemmin ymmärtää, miten interventio vaikuttaa omaishoitajan kokemukseen omasta terveydentilastaan sekä omaishoitajuudesta (Wasilewski ym., 2017). Ikääntyneille omaishoitajille suunnattuja HOT-pohjaisia verkkointerventioita ei kuitenkaan tämänhetkisen tiedon mukaan juuri ole, eikä siten voida tietää, mitä asioita näissä arvostetaan. Joitakin aihetta sivuavia tutkimuksia on toteutettu (Köhle ym., 2017; Similä ym., 2018), mutta näiden perusteella ei vielä voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Similän ja kollegojen (2018) pilottitutkimuksessa selvitettiin HOT-pohjaisen Oiva-mobiilisovelluksen soveltuvuutta ikääntyneille, joista osa oli omaishoitajia. Köhle ja kumppanit (2017) puolestaan tutkivat syöpäpotilaiden puolisoitten kokemuksia HOT- ja itsemyötätuntomenetelmiin perustuvasta verkkointerventiosta. Molempien ohjelmien koettiin kirkastaneen omia arvoja sekä lisänneen itsetuntemusta. Köhlen ja kollegojen (2017) tutkittavat myös kokivat ohjelman auttaneen selviytymään omien negatiivisiksi miellettyjen tunteiden ja ajatusten kanssa sekä lisänneen itsemyötätuntoa ja omaa aikaa.

HOT-interventioissa kokemukselliset harjoitukset ovat keskeisessä asemassa (Hayes, 2004), olipa kyseessä verkossa- tai perinteisesti kasvokkain toteutettava interventio. Kokemukset niistä näyttäisivät vaihtelevan. Williamsin ja kollegojen (2014) tutkimuksessa osa omaishoitajista koki harjoitukset hyödyllisinä, kun taas osan mielestä ne olivat ahdistavia. Ne voidaan myös kokea haastavina: Losadan ja kollegojen (2015) tutkimuksessa omaishoitajat kokivat HOT-harjoitukset perinteisiä KKT-kotitehtäviä vaikeammiksi. Harjoitusten ymmärtämisen onkin koettu vaativan toistoa (Similä ym., 2018), mutta niiden säännöllisen tekemisen myötä niistä on myös koettu olevan hyötyä omassa arjessa (Similä ym., 2018; Williams ym., 2014). Omaishoitajat ovat kuitenkin kokeneet vaikeaksi löytää aikaa harjoituksille kiireisen arkensa keskellä, minkä lisäksi sovelluksen

on arveltu soveltuvan paremmin nuoremmille aikuisille (Similä ym., 2018).

Yleisesti omaishoitajien verkkointerventioissa arvostetaan omaishoitajan yksilöllisiin tarpeisiin sekä hoidettavan sairauden kontekstiin kohdennettua ohjelmaa, jossa myös vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys (Wasilewski ym., 2017). Sosiaalinen tuki on yleensä arvostettua, olipa se ammattilaisen tai vertaisten tarjoamaa (Guay ym., 2017; Hopwood ym., 2018; Wasilewski ym., 2017). Toisaalta Köhlen ja kollegojen (2017) tutkittavat kaipasivat tukihenkilöltään henkilökohtaisempaa tukea, mutta vertaistuki ei ollut niinkään kaivattua. Similän ja kollegojen (2018) tutkittavat taas kokivat vertaistuen tärkeämpänä kuin itse ohjelman. On kuitenkin huomioitava, että tutkittavien määrä oli vähäinen, eikä kyseinen sovellus ole kohdennettu erityisesti ikääntyneille tai omaishoitajille. On osin epäselvää, millaiset asiat juuri ikääntyneiden omaishoitajien verkkopohjaisissa HOT-interventioissa koetaan hyödyllisiksi. Osana tätä tutkimusta tarkastellaankin OMApolku-verkkointerventioon osallistuneiden omaishoitajien kokemuksia ohjelmasta.

## 1.6 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää yli 60-vuotiaiden omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin muutosta, OMApolku-ohjelmaan sitoutumista sekä ohjelmaan sitoutumisen yhteyttä omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin muutokseen. Lisäksi tarkasteltiin kyselylomakkeilla ja haastatteluilla kerättyä tietoa omaishoitajien kokemuksista verkkointerventiosta. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Tapahtuuko tutkittavien psyykkisessä hyvinvoinnissa eli masennusoireilussa, psykologisessa joustavuudessa ja ajatusten tukahduttamisessa muutosta OMApolku-ohjelman aikana?

Hypoteesi 1: Tutkittavien psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuu muutosta. Oletetaan, että tutkittavien masennusoireilu sekä ajatusten tukahduttaminen vähenee ja psykologinen joustavuus lisääntyy. Omaishoitajille kohdennettujen verkkointerventioiden on aiemmin todettu vähentävän omaishoitajan masennusoireita (Hopwood ym., 2018; Leng & Wang, 2020) ja HOT-interventioiden on osoitettu vähentävän omaishoitajan masennusoireita sekä psykologiseen joustamattomuuteen viittaavaa välttämiskäyttäytymistä (Gallego-Alberto ym., 2019; Losada ym., 2015).

2. Onko mahdollinen muutos yhteydessä OMApolku-ohjelmaan sitoutumiseen eli verkkointervention prosentuaaliseen suoritusasteeseen, vierailupäiviin, vierailuviikkoihin ja intervention käyttöaikaan?

Hypoteesi 2: Ohjelmaan sitoutuminen on positiivisesti yhteydessä tutkittavien psyykkisen hyvinvoinnin muutokseen. Aiempi tutkimus osoittaa, että suurempi aktiivisuus verkko-ohjelmassa on yhteydessä interventiosta hyötymiseen (Donkin ym., 2011; Donkin ym., 2013; Enrique ym., 2019), joskin mittarista riippuen tulokset vaihtelevat.

3. Millaisia omaishoitajien kokemukset ovat OMApolku-verkkointerventiosta?

Koska omaishoitajien kokemuksia tutkitaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, hypoteeseja ei aseteta.

## 2 MENETELMÄT

### 2.1 Tutkimusprojekti

Tämä tutkimus on osa aiempaa Kelan rahoittamaa Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen -etäkuntoutushanketta, joka toteutettiin vuosina 2016-2018 Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterissä yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen sekä Kuntoutus Peurungan kanssa. Etäkuntoutushankkeen tavoitteena oli tutkia hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan etäkuntoutusohjelma OMApolun vaikutusta yli 60-vuotiaiden omaishoitajien psyykkiseen hyvinvointiin sekä selvittää omaishoitajien kokemuksia verkko-ohjelmasta. Intervention vaikuttavuutta tutkittiin näennäiskokeellisessa asetelmassa, jossa kolmea ryhmää verrattiin toisiinsa: yksi ryhmä osallistui 12 viikon OMApolku-etäkuntoutusohjelmaan (n = 60), toinen omaishoitajien laitoskuntoutukseen (n = 52) ja kolmas omaishoitoyhdistysten tarjoamaan toimintaan (n = 39). Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena olivat omaishoitajien kokemukset verkko-ohjelma OMApolusta, ja siksi tarkastelun kohteeksi valikoituivat ainoastaan etäkuntoutukseen osallistuneet omaishoitajat.

Omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia arvioitiin kyselylomakkeilla ja haastatteluilla tutkimuksen alussa, intervention päätyttyä neljän kuukauden mukanaolon jälkeen sekä kymmenen kuukauden seurannassa. Kyselylomakkeilla arvioitiin omaishoitajien masennusoireita, koettua elämänlaatua, kuormittuneisuutta, psykologista joustavuutta sekä taipumusta tukahduttaa omia ajatuksia. Arviointi toteutettiin itsearviointina, ja lomakkeet postitettiin tutkittaville. Tutkimuksen alussa tutkittavat saivat kyselylomakkeiden lisäksi kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta sekä suostumuslomakkeen. Etäkuntoutusryhmän omaishoitajia myös haastateltiin puolistrukturoidussa asetelmassa tutkimuksen alussa ja ohjelman päätyttyä. Tässä yhteydessä tutkittavat tekivät myös lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön. Haastattelut ja fyysisen suorituskyvyn testit toteutti tutkittavan oma tukihenkilö, joka myös perehdytti tutkittavan OMApolku-ohjelman käyttämiseen tutkimuksen alussa.

Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin arvioimisen ohella kyselylomakkeilla ja haastatteluilla selvitettiin omaishoitajien kokemia hyötyjä ja kehitysehdotuksia OMApolku-ohjelmaan liittyen. Lisäksi tutkittavilta kerättiin tietoa OMApolku-ohjelmaan sitoutumisesta, eli ohjelman käytön määrästä. OMApolku-verkkoalustan lokitietojen avulla voitiin tarkastella muun muassa ohjelman suoritusprosenttia, vierailuviikkojen ja -päivien lukumäärää, ohjelman käyttöaikaa,

tehtyjen hyvinvointiharjoitusten määrää sekä keskustelupalstan viestien määrää. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin kyselylomakkeita ja haastatteluja ohjelman käyttökokemuksista sekä verkkoalustan lokitietoja OMApolku-ohjelmaan sitoutumisesta verkkointervention päätyttyä neljän kuukauden jälkeen.

## 2.2 Tutkittavat

Tutkimuksen kohteena olivat yli 60-vuotiaat omaishoitajat, jotka kokivat itsensä kuormittuneeksi, uupuneeksi ja/tai alakuloiseksi. Tutkittavilla ei kuitenkaan saanut olla vakavia mielenterveyden häiriöitä tai samanaikaista säännöllistä psykologista hoitoa. Lisäksi etäkuntoutukseen osallistuvien oli omistettava tietokone internet-yhteydellä sekä omata riittävät tietotekniset valmiudet sen käyttämiseksi, tai lainata tablettitietokone tutkimuksen ajaksi ja haluta oppia käyttämään sitä.

Omaishoitajia rekrytoitiin mukaan tutkimukseen Keski-Suomen ja Pirkanmaan alueelta joulukuun 2016 ja marraskuun 2017 välisenä aikana hankkeen työntekijöiden yhteistyöverkostoja hyödyntäen sekä lehti-ilmoituksin (Keskisuomalainen 11.12.2016; Suur-Jyväskylän lehti 16.8.2017; Aamulehti 30.8.2017). Etäkuntoutusryhmään ilmoittautui yhteensä 65 omaishoitajaa, joista kaksi vetäytyi pois ennen alkumittauksia syinä hoidettavan kunnon heikentyminen tai lomakkeiden täyttämisen työläys. Lisäksi yksi ilmoittautunut ei täyttänyt tutkimuskriteerejä, yksi ei ilmoittautunut ajoissa ja yksi asui tutkimusalueen ulkopuolella. Intervention alussa etäkuntoutusryhmän koko oli siis 60 omaishoitajaa. Etäkuntoutusinterventio toteutettiin kahdessa aallossa. Ensimmäinen ryhmä (Keski-Suomi) toteutettiin ajalla tammikuusta 2017 huhtikuuhun 2017 ja toinen (Keski-Suomi ja Pirkanmaa) syyskuusta 2017 joulukuuhun 2017. Verkkointervention aikana kuudestakymmenestä omaishoitajasta seitsemän keskeytti tutkimuksen. Keskeytyksen syinä mainittiin muun muassa ohjelman koettu kuormittavuus sekä hoidettavan kunnon heikkeneminen. Tutkimusasetelma on esitetty kuvassa 1.

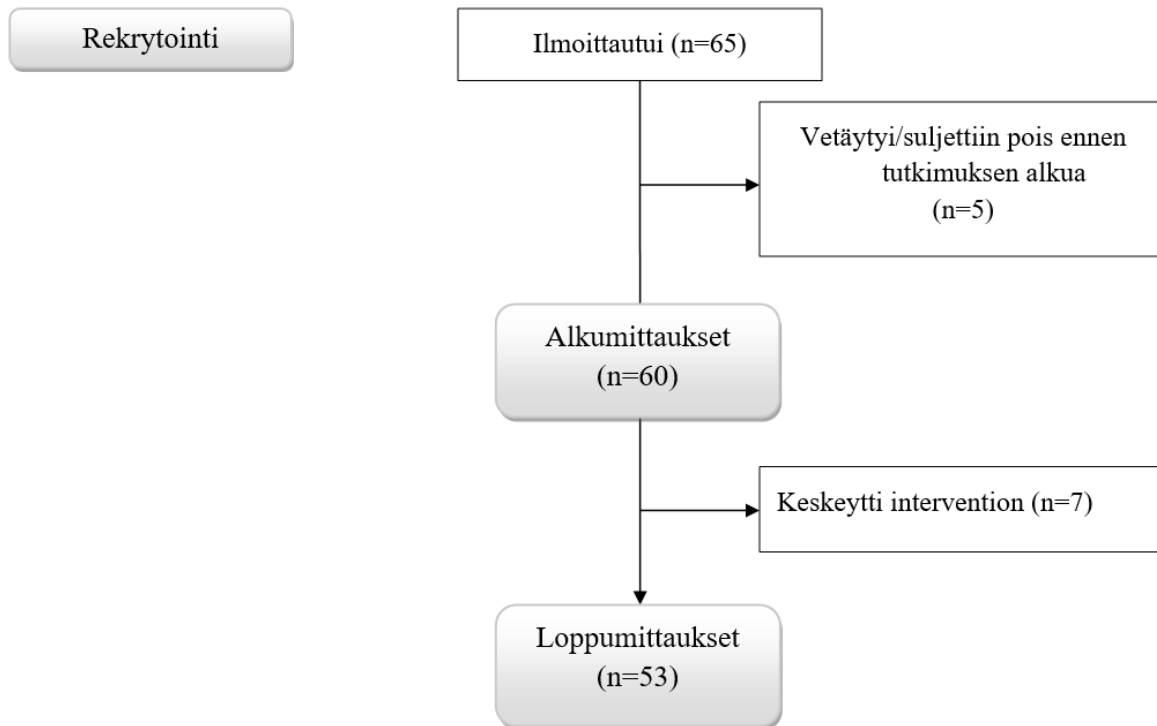
Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin siis 53 etäkuntoutusinterventioon osallistunutta omaishoitajaa. Tutkittavien keski-ikä oli 72,2 vuotta. Heistä suurin osa oli naisia (84,9 %) ja naimisissa (92,5 %). Tutkittavista 92,5 % hoiti puolisoaan ja oli toiminut omaishoitajana ainakin 5 vuotta. Samassa taloudessa hoidettavan kanssa asui 84,9 % omaishoitajista, ja 71,7 % sai omaishoidon tukea. Tutkittavat olivat tyypillisimmin ammatillisen opiston (35,8 %) tai korkeakoulun (28,3 %) käyneitä. Yleisin syy omaishoidolle oli hoidettavan muistisairaus (Alzheimer, Parkinson).

Lisäksi omaishoitajista itsellään 92,5 %:lla oli jokin oma sairaus tai diagnoosi. Omaishoitajien fyysinen toimintakyky oli kuitenkin pääosin hyvä. Tutkimuksen alussa etäkuntoutusryhmään osallistuneet omaishoitajat eli tämän tutkimuksen tutkittavat kokivat enemmän masennusoireilua ja arvioivat psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaatusa heikommaksi kuin laitoskuntoutukseen tai omaishoitoyhdistysten toimintaan osallistuneet omaishoitajat. Tutkittavien taustatiedot on koottu taulukkoon 1.

**Taulukko 1.** Omaishoitajien taustatiedot etäkuntoutusryhmässä (n = 53).

<b>Ikä [ka(kh)]</b>	72,25 (6,38)
<b>Sukupuoli</b>	
Nainen	45 (84,9 %)
Mies	8 (15,1 %)
<b>Siviilisäät</b>	
Naimisissa	49 (92,5 %)
Avoliitossa	1 (1,9 %)
Naimaton	1 (1,9 %)
Eronnut	2 (3,8 %)
<b>Koulutus</b>	
Peruskoulu	6 (11,3 %)
Lukio	3 (5,7 %)
Ammattikoulu	10 (18,9 %)
Ammatillinen opisto	19 (35,8 %)
Yliopisto, amk, muu korkeakoulu	15 (28,3 %)
<b>Oma sairaus tai diagnoosi</b>	49 (92,5 %)
<b>Hoidettava läheinen</b>	
Puoliso/kumppani	49 (92,5 %)
Isä/äiti	2 (3,8 %)
Sisarus	1 (1,9 %)
Lapsi	1 (1,9 %)
<b>Aika omaishoitajana</b>	
Alle vuosi	3 (5,7 %)
1 – 2 vuotta	3 (5,7 %)
2 – 5 vuotta	19 (35,8 %)
Yli 5 vuotta	25 (47,2 %)
<b>Saa omaishoidon tukea</b>	38 (71,7 %)
<b>Asumisjärjestely hoidettavan kanssa</b>	
Samassa taloudessa	45 (84,9 %)
Eri taloudessa, sama rakennus	2 (3,8 %)
Asuu muualla	6 (11,3 %)





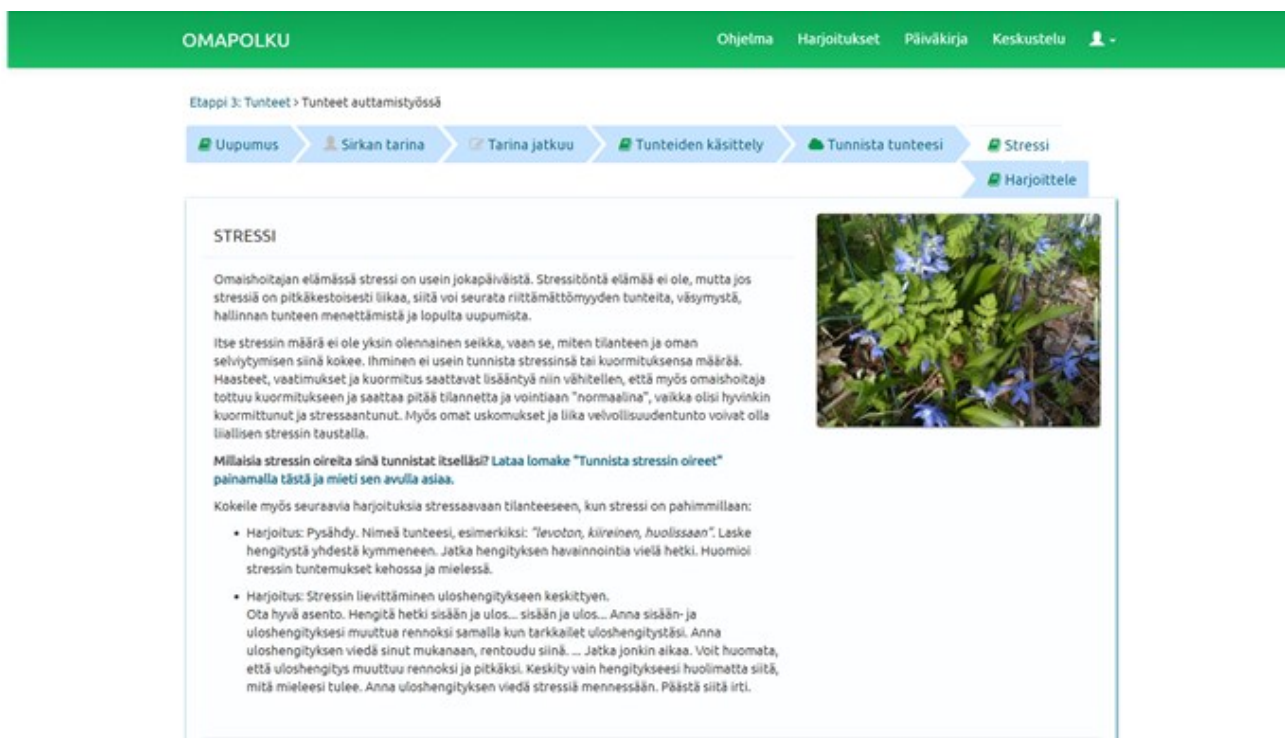
**Kuva 1.** Tutkimusasetelma.

### 2.3 Intervention kuvaus

OMApolku on kahdentoista viikon mittainen omaishoitajille suunnattu hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin perustuva tuettu verkkointerventio, jolla pyritään lievittämään omaishoitajien masentuneisuutta ja kuormittuneisuutta sekä kohentamaan elämänlaatua. Ohjelmaa voidaan käyttää tietokoneella tai tabletilla, ja se sisältää lyhyitä tekstejä, video- ja äänitallenteita sekä kokemuksellisia harjoituksia ja muita tehtäviä omaishoitajan psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi (ks. kuva 2). Ohjelma koostuu johdannosta sekä kuudesta etapista, jotka heijastelevat hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosesseja: 1) *Omannäköinen elämä* (arvot), 2) *Voimaa teoista* (arvojen mukaiset teot), 3) *Tunteet* (tietoinen läsnäolo), 4) *Mieli on tarinankertoja* (mielen kontrollin heikentäminen), 5) *Hyväksyntä* (hyväksyntä) sekä 6) *Myötätunto* (havainnoiva minä). Omaishoitajilla oli aikaa tehdä kutakin etappia kahden viikon ajan. Jokainen etappi päättyi kirjalliseen tehtävään eli hyvinvointiharjoitukseen, jonka avulla omaishoitajan tuli pohtia kyseisen etapin sisältöjä suhteessa omaan elämäänsä. Ohjelmassa oli myös mahdollista kirjoittaa henkilökohtaista verkkopäiväkirjaa. Lisäksi omaishoitajille tarjottiin mahdollisuus keskinäiseen vertaistukeen keskustelupalstalla, joka oli

heidän käytettävissään koko intervention ajan. Ohjelman tarkempi sisältö on kuvattu taulukossa 2.

Verkko-ohjelman ohella jokaiselle omaishoitajalle kuului henkilökohtaisen tukihenkilön tuki, jonka tarkoituksena oli kannustaa omaishoitajia käyttämään ohjelmaa antamalla palautetta tehdyistä hyvinvointiharjoituksista puhelimitse kunkin etapin päätteeksi. Tukihenkilöt olivat psykologian (n = 23) ja terveystieteiden (n = 1) maisterivaiheen opiskelijoita. Tukihenkilöiden puhelujen kestot vaihtelivat viidestä viiteenkymmeneen minuuttiin (5–50 min). Palautteen antamisen lisäksi tukihenkilöiden tehtäviin kuului alku- ja loppumittauksien toteuttaminen haastatteluineen henkilökohtaisen tapaamisen yhteydessä, jolle oli varattu aikaa kaksi tuntia. Loppumittauksia toteutettiin vielä intervention varsinaisen päättymisajan jälkeen, ja verkko-ohjelma oli omaishoitajan käytettävissä ilman tukihenkilön tukea aina loppumittaukseen asti.



OMAPOLKU

Ohjelma Harjoitukset Päiväkirja Keskustelu -

Etappi 3: Tunteet > Tunteet auttamistyössä

Uupumus Sirkan tarina Tarina jatkuu Tunteiden käsittely Tunnista tunteesi Stressi Harjoittele

### STRESSI

Omaishoitajan elämässä stressi on usein jokapäiväistä. Stressitöntä elämää ei ole, mutta jos stressiä on pitkäkestoisesti liikaa, siitä voi seurata riittämättömyyden tunteita, väsymystä, hallinnan tunteen menettämistä ja lopulta uupumista.

Itse stressin määrä ei ole yksin olennainen seikka, vaan se, miten tilanteen ja oman selviytymisen sinä kokee. Ihminen ei usein tunnista stressinsä tai kuormituksensa määrää. Haasbeet, vaatimukset ja kuormitus saattavat lisääntyä niin vähitellen, että myös omaishoitaja tottuu kuormitukseen ja saattaa pitää tilannetta ja vointiaan "normaalina", vaikka olisi hyvinkin kuormittunut ja stressaantunut. Myös omat uskomukset ja liika velvollisuudentunto voivat olla liiallisen stressin taustalla.

**Millaisia stressin oireita sinä tunnistat itselläsi? Lataa lomake "Tunnista stressin oireet" painamalla tästä ja mieti sen avulla asiaa.**

Kokeile myös seuraavia harjoituksia stressaavaan tilanteeseen, kun stressi on pahimmillaan:

- Harjoitus: Pysähdy. Nimeä tunteesi, esimerkiksi: "levoton, kiireinen, huolissaan". Laske hengitystä yhdestä kymmeneen. Jatka hengityksen havainnointia vielä hetki. Huomioi stressin tuntemukset kehossa ja mielessä.
- Harjoitus: Stressin lievittäminen uloshengitykseen keskittyen. Ota hyvä asento. Hengitä hetki sisään ja ulos... sisään ja ulos... Anna sisään- ja uloshengityksesi muuttua rennoksi samalla kun tarkkailet uloshengitystäsi. Anna uloshengityksen viedä sinut mukanaan, rentoudu siinä. ... Jatka jonkin aikaa. Voit huomata, että uloshengitys muuttuu rennoksi ja pitkäksi. Keskity vain hengitykseesi huolimatta siitä, mitä mieleesi tulee. Anna uloshengityksen viedä stressiä mennessään. Päästä siitä irti.

**Kuva 2.** OMApolku-ohjelman etapit sisältävät tekstejä, äänitallenteita, videoita ja erilaisia harjoituksia.

**Taulukko 2.** OMApolku-verkkointervention sisältö.

<b>Verkkointervention sisältö</b>	<b>Etapin hyvinvointiharjoitus</b>	<b>Hyväksymis- ja omistautumisterapian prosessi</b>
Johdanto	Yleisiä ohjeita sekä pohdintaa omasta polusta omaishoitajaksi.	
Etappi 1: Oman näköinen elämä	Itselle tärkeiden asioiden kartoittamista, pohdintaa elämän mielekkyydestä sekä omasta jaksamisesta, voimavaroista ja unelmista.	Arvot
Etappi 2: Voimaa teoista	Hyvää oloa ja hyvinvointia lisäävien tekojen toteuttamista.	Arvojenmukaiset teot
Etappi 3: Tunteet	Pohdintaa aiemmista harjoituksista sekä siitä, mitä pieniä askelia voi ottaa kohti itselle tärkeitä asioita ja hyvinvointia. Jonkin askareen tekemistä tietoisesti.	Tietoinen läsnäolo
Etappi 4; Mieli on tarinankertoja	Omaan mieleen suhtautumisen harjoittelua erillisenä henkilönä (tarkkailijanäkökulma). Pohditaan arvojen mukaisia tekoja.	Mielen kontrollin heikentäminen
Etappi 5: Hyväksyntä	Pohdintaa oman elämän haasteista, jotka tulisi hyväksyä. Hyväksynnän harjoittelua itse valittua aihetta kohtaan.	Hyväksyntä
Etappi 6: Myötätunto	Myötätunto- tai kiitollisuuspäiväkirja sekä pohdintaa sen herättämistä tunteuksista ja vaikutuksista.	Havainnoiva minä
Loppusanat	Yhteenvedo ohjelmasta.	

## 2.4 Psyykkisen hyvinvoinnin mittarit

Tässä tutkimuksessa omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia arvioitiin mittaamalla heidän masennusoireitaan, psykologista joustavuuttaan sekä taipumustaan tukahduttaa ajatuksia. Näitä tarkasteltiin neljällä itsearviointikyselyllä sekä ennen interventiota että intervention jälkeen neljän kuukauden kuluttua ensimmäisestä mittauksesta.

*Masennusoireet.* Omaishoitajien masennusoireita kartoitettiin Beckin (2004) BDI-II-mittarin (Beck Depression Inventory) avulla. Kyseessä on yli 12-vuotiaiden nuorten sekä aikuisten masennusoireiden arviointiin kehitetty itsearviointilomake, jolla arvioidaan koettuja masennusoireita viimeisen kahden viikon ajalta. Mittarissa on 21 osiota, joista kustakin voi saada 0-3 pistettä (esim. *“En pidä itseäni arvottomana”* 0 p. - *“Tunnen olevani aivan arvoton”* 3 p.). Summapisteet vaihtelevat 0-63 välillä suuremman pistemäärän kuvatessa vakavampaa oirehdintaa. Viitteellisten raja-arvojen mukaan 14-19 pisteen tulos arvioidaan lieväksi masennukseksi, 20-28 keskivaikeaksi masennukseksi ja 29-63 pistettä vakavaksi masennukseksi (Smarr & Keefer, 2011). Mittari on laajalti hyväksytty ja käytetty masennuksen seulonnassa ja arvioinnissa niin psykiatrisissa otoksissa kuin muissakin kohderyhmissä (Smarr & Keefer, 2011). Esimerkiksi masentuneilla ikääntyneillä mittarin sisäinen johdonmukaisuus on todettu korkeaksi (Cronbachin  $\alpha = .90$ ) (Steer, Rissmiller & Beck, 2000). Tässä aineistossa BDI-II -mittarin reliabiliteetti todettiin korkeaksi sekä alkumittauksessa ( $\alpha = .859$ ) että loppumittauksessa ( $\alpha = .829$ ).

*Psykologinen joustavuus.* Psykologista joustavuutta arvioitiin kahdella eri mittarilla. Bondin ja muiden (2011) kehittämään AAQ-II -kyselyyn (Acceptance and Action Questionnaire) kuuluu 7 kysymystä, joihin vastataan asteikolla 1-7 (1 = ei pidä koskaan paikkaansa, 7 = pitää aina paikkaansa). Kyselyllä arvioidaan hyväksyntää, kokemuksellista välttämistä sekä psykologista joustamattomuutta (esim. *“Tuskallisten muistojeni ja kokemusteni takia en voi elää sellaista elämää, jota pitäisin arvossa”*). Mittarilla ei ole käytössä tarkkoja raja-arvoja, mutta suurempi pistemäärä viittaa suurempaan psykologiseen joustamattomuuteen. Mittari on hyväksyttävä psykometrisilta ominaisuuksiltaan, Cronbachin alfakertoimen ollessa keskimäärin .84 (Bond, ym., 2011). Tässä aineistossa AAQ-II -mittarin reliabiliteetti todettiin korkeaksi alkumittauksessa ( $\alpha = .913$ ) ja loppumittauksessa ( $\alpha = .908$ ).

Psykologista joustavuutta arvioitiin myös Losadan ja kollegojen (2014) kehittämällä EACQ-kyselyllä (The Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire), joka on suunniteltu omaishoitajille. Lomake sisältää 15 kysymystä (esim. *“Omaishoitajalla ei pitäisi olla kielteisiä ajatuksia siitä henkilöstä, jota hoitaa”*), joihin vastataan viisiportaisella asteikolla (1 = ei koskaan pidä paikkaansa, 5 = pitää usein paikkaansa). Tälläkään mittarilla ei ole tarkkoja raja-arvoja, mutta

korkeampi pistemäärä viittaa suurempaan psykologiseen joustamattomuuteen. Mittari on hyväksyttävä psykometrisilta ominaisuuksiltaan, koko asteikon reliabiliteetin ollessa hyvä (Cronbachin  $\alpha = .70$ ) (Losada ym., 2014). Tässä aineistossa EACQ-kyselyn reliabiliteetti oli alkumittauksessa matalahko ( $\alpha = .602$ ) ja loppumittauksessa hieman korkeampi ( $\alpha = .749$ ).

*Ajatusten tukahduttaminen.* Omaishoitajien taipumusta esimerkiksi mielialaoireiluun yhdistettyyn ajatusten tukahduttamiseen mitattiin Wegnerin ja Zanakoksen (1994) kehittämällä WBSI-mittarilla (White Bear Suppression Inventory). Mittarin 15 kysymykseen (esim. “*Minulla on ajatuksia, joita haluan välttää*”) vastataan asteikolla 1-5 (1 = ei pidä lainkaan paikkaansa, 5 = pitää täysin paikkaansa). Mittarilla ei ole tarkkoja raja-arvoja, mutta korkeamman pistemäärän ajatellaan kertovan suuremmasta taipumuksesta ajatusten tukahduttamiseen. Mittarin reliabiliteetti on todettu hyväksi (Cronbachin  $\alpha = .89$ ) (Muris, Merckelbach & Horselenberg, 1996). Tässä aineistossa WBSI-mittarin reliabiliteetti todettiin korkeaksi sekä alkumittauksessa ( $\alpha = .930$ ) että loppumittauksessa ( $\alpha = .919$ ).

## 2.5 Määrällisen aineiston analyysi

Ensiksi tutkittiin omaishoitajien psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuvaa muutosta intervention alku- ja loppumittausten välillä. Parittaisten otosten t-testillä tarkasteltiin masennuksen (BDI-II), psykologisen joustavuuden (AAQ-II, EACQ) sekä ajatusten tukahduttamisen (WBSI) kokonaispistemääriä kullakin mittarilla ennen tutkimuksen alkua ja intervention päätyttyä neljän kuukauden kuluttua ensimmäisestä mittauskerrasta. Mittauskertojen välisen muutoksen suuruutta eli intervention vaikuttavuutta tarkasteltiin efektikoon avulla. Cohenin d-arvon ollessa  $d \geq 0.2$  efektikoko tulkittiin pieneksi,  $d \geq 0,5$  arvo keskisuureksi ja  $d \geq 0,8$  arvo suureksi (Cohen, 1977).

Toiseksi tutkittiin, onko omaishoitajien psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneen muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välillä yhteyttä. Interventioon sitoutumista tarkasteltiin ohjelman prosentuaalisen suoritusasteen, vierailupäivien, vierailuviikkojen ja intervention käyttöajan avulla. Prosentuaalinen suoritusaste laskettiin jakamalla tehtyjen harjoitusten lukumäärä ohjelmaan sisältyvien harjoitusten kokonaismäärällä. Vierailupäivät laskettiin ohjelmaan kirjautumisten lukumäärän mukaan, vaikka omaishoitaja ei muuten olisi ollut aktiivinen ohjelmassa. Vierailuviikot laskettiin ohjelmassa vierailtujen viikkojen määrän mukaan. Intervention käyttöaika saatiin summaamalla yhteen aktiivinen aika ohjelmassa lokimerkintöjen avulla siten, että yli 20 minuutin

passiivisuutta lokimerkintöjen välissä ei laskettu intervention käyttöaikaan mukaan.

Yhteyttä psyykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välillä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella. Korrelaatiotarkasteluja varten kullekin psyykkisen hyvinvoinnin mittarille muodostettiin uudet muutosluku-muuttujat vähentämällä niiden alkupisteiden keskiarvosta loppupisteiden keskiarvo. Näin Pearsonin korrelaatiokertoimella voitiin tarkastella, ovatko masennuksen, psykologisen joustavuuden ja ajatusten tukahduttamisen muutosluvut yhteydessä intervention suoritusasteeseen, vierailupäiviin, vierailuviikkoihin ja intervention käyttöaikaan. Korrelaatiokertoimia tulkittiin siten, että yli .80 arvo merkitsee erittäin korkeaa korrelaatiota, .60-.80 suuruinen arvo korkeaa korrelaatiota ja .40-.60 suuruinen arvo melko korkeaa tai kohtalaista korrelaatiota (Metsämuuronen, 2011).

Lisäanalyysinä tarkasteltiin iän ja ohjelmaan sitoutumisen välisiä korrelaatioita sekä psyykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välisiä korrelaatioita ikäluokittain kolmessa ryhmässä, sillä aiempi tutkimus olettaa verkkointerventioiden hyödyn hieman laskevan iän myötä (ks. esim. Xiang ym., 2020; Grist & Cavanagh, 2013). Ikä-muuttujalle tehtiin tertiilijako, jolloin tutkittavat jaettiin kolmeen luokkaan niin, että kuhunkin luokkaan tuli noin 33 % tutkittavista. Ensimmäisen ikäluokan muodostivat 59-68-vuotiaat (n = 17), toisen ikäluokan 69-74-vuotiaat (n = 15) ja kolmannen 75-88-vuotiaat (n = 21). Kaikki määrälliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla.

## 2.6 Sisällönanalyysi

Omaishoitajien kokemuksia tuetusta verkko-ohjelmasta tarkasteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin tarkoitus on saada tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä tiivistetty, yleispiirteinen kuvaus (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Sisällönanalyysin vahvuutena on kirjallisen materiaalin systemaattinen ja objektiivinen analysointi (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Tämän aineiston sisällönanalyysi eteni Schreierin (2012, s. 6) sisällönanalyysin vaiheiden mukaisesti, alkaen tutkimusaiheen valinnasta ja päättyen analyysikehyksen kokeilun ja muokkauksen myötä lopullisen analyysin tekoon.

Aluksi loppukyselyjen ja loppuhaastattelujen vastaukset luettiin läpi useaan kertaan aineiston kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Sen jälkeen omaishoitajien kokemukset verkkointerventiosta eli loppukyselyjen ja -haastattelujen vastaukset siirrettiin digitaaliseen muotoon

sellaisenaan. Vastauksia kertyi yhteensä noin 30 sivua fonttikoolla 12 (Times New Roman) ja rivivälillä 1. Sen jälkeen vastaukset siirrettiin taulukkomuotoon. Vastaukset koodattiin taulukkoon siten, että koodin ensimmäinen numero kuvaa tutkittavan tutkimusnumeroa ja jälkimmäinen loppukyselyn tai -haastattelun kysymyksen numeroa. Koska sekä loppukyselyn että -haastattelun kysymykset alkoivat numerosta 1, koodin loppuun merkittiin kirjain kuvaamaan sitä, kummasta lomakkeesta vastaus oli peräisin (esim. loppukyselystä 2:3k ja loppuhaastattelusta 2:3h).

Sisällönanalyysiä varten aineistosta määritettiin analyysiyksiköt. Analyysiyksikkönä toimii usein tietty yhtenäinen teksti, kuten haastattelu (Schreier, 2012, s. 130). Koska tämän sisällönanalyysin aineistoon kuului sekä avoimia kysymyksiä loppukyselystä että loppuhaastattelu kokonaisuudessaan (ks. Liite 1), määritettiin analyysiyksiköksi yksittäinen vastaus kuhunkin loppukyselyn ja -haastattelun kysymykseen. Seuraavaksi analyysiyksiköistä alettiin etsimään merkitysyksiköitä. Koodaus- eli merkitysyksiköt ovat analyysiyksiköitä pienempiä tekstin osia, jotka voidaan luokitella eri luokkiin tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti (Schreier, 2012, s. 131). Loppukyselyjen ja -haastatteluiden vastauksista löytyi merkitysyksiköitä, jotka saattoivat olla sanoja, lauseita tai pidempiä tekstin osia, jotka muodostivat yhtenäisen ajatuskokonaisuuden. Yhdestä vastauksesta eli analyysiyksiköstä löytyi tavallisesti useita eri merkitysyksiköitä. Tällöin jokainen merkitysyksikkö eroteltiin analyysiyksiköistä selkeästi. Lopuksi merkitysyksiköt pelkistettiin. Pelkistyksiä kertyi yhteensä noin 960 kappaletta.

Tämän jälkeen pelkistyksistä alettiin etsiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joiden perusteella aloitettiin luokittelu. Luokkia korjailtiin ja muokattiin useita kertoja analyysin edetessä. Luokittelussa pyrittiin siihen, että luokat olisivat mahdollisimman toisensa poissulkevia ja niiden sisällöt olisivat mahdollisimman yhdenmukaisia. Analyysin etenemistä on kuvattu taulukossa 3. Alaluokkia kertyi lopulta 11 ja pääluokkia 4. Pääluokat olivat ohjelman sisältö, ohjelmasta saadut hyödyt, sosiaalinen tuki ja mahdollisuus sitoutua ohjelmaan. Pääluokista muodostui sisällönanalyysin teema, joka on omaishoitajien kokemuksia OMApolku-verkkointerventiosta.

**Taulukko 3.** Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä.

<b>Koodi</b>	<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistys</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Pääluokka</b>
15:8k	Psyykkistä voimaa antavat videoinnit.  Ehkä kolmen viikon etappi olisi parempi.	Videot  Kolmen viikon etapit parempi	Luentovideot  Etapit	Ohjelman sisältö  Ohjelman sisältö
82:5k	Sai ajattelemaan omaa itseäni ja hyvinvointiani	Oman itsen ja hyvinvoinnin ajattelu	Itsetuntemus ja itsemyötätunto	Ohjelmasta saadut hyödyt
22:2h	Tulin entistä vakuuttuneemmaksi siitä, että vertaistuki olisi hyvä, keskustelupalsta oli hyvä siis. Toisaalta harjoituksista ei kokenut enää hyötyä tällä iällä, enemmän tuli kirjoitettua työstä, mitä tekee kotona.	Vakuuttui siitä, että vertaistuki on tärkeää  Harjoituksista ei niin hyötynyt	Keskustelupalstalta saatu tuki  Harjoitukset	Sosiaalinen tuki  Ohjelman sisältö
94:2h	Omien tunteiden hyväksyminen, tietoinen läsnäolo.	Omien tunteiden hyväksyminen  Tietoinen läsnäolo	Hyväksyntä  Mielen tarkkailu	Ohjelmasta saadut hyödyt  Ohjelmasta saadut hyödyt
27:4h	Tabletti ei ole niin helppokäyttöinen (ollut lainassa yliopistolta). On näppärä kun pääsee sinuiksi. Ei ole paikkaan sidottu.	Tabletin käyttö aluksi hankalaa, mutta totuttelun jälkeen kätevä	Kokemus teknologian käytöstä	Mahdollisuus sitoutua ohjelmaan
18:2h	Tukihenkilön puhelut piristivät arkea ja niitä odotti innolla.	Tukihenkilön puhelut piristäviä	Tukihenkilön tuki	Sosiaalinen tuki
16:9k	Minulla ei ole ollut aikaa riittävästi OMApolku ohjelmaan syventymiseen ja en ole jaksanut koska tämä kevätkausi on ollut raskas hoidettavan ja oman terveyteni suhteen.	Ajanpuute ja jaksaminen vaikuttanut tekemiseen	Terveys ja ajankäyttö	Mahdollisuus sitoutua ohjelmaan



### 3 TULOKSET

#### 3.1 Psyykkisen hyvinvoinnin muutos

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli tutkia omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin muutosta, jota tarkasteltiin mittaamalla tutkittavien masennusoireita (BDI-II), psykologista joustavuutta (AAQ-II, EACQ) sekä ajatusten tukahduttamista (WBSI) ennen tutkimuksen alkua ja intervention päätyttyä neljän kuukauden kuluttua ensimmäisestä mittauksesta.

Muutos mittauskertojen välillä oli tilastollisesti merkitsevä jokaisella mittarilla eli ensimmäinen hypoteesi sai tukea. Tutkittavien masennuspisteet laskivat keskimäärin 4,03 pistettä ( $t(52) = 4,735$ ,  $p < .001$ ) ja muutos oli efektikoon perusteella keskisuuri ( $d = 0.66$ ). Psykologinen joustamattomuus väheni keskimäärin 1,85 pistettä AAQ-II-mittarilla ( $t(52) = 2,825$ ,  $p = .007$ ) ja efektikoon osoittama muutos oli pieni ( $d = 0.22$ ). EACQ-mittarilla mitattuna psykologinen joustamattomuus väheni keskimäärin 3,74 pistettä ( $t(50) = 3,401$ ,  $p = .001$ ) efektikoon ollessa lähes keskisuuri ( $d = 0.47$ ). Ajatusten tukahduttaminen väheni tutkittavilla keskimäärin 4,02 pistettä ( $t(50) = 3,246$ ,  $p = .002$ ) efektikoon ollessa pieni ( $d = 0.33$ ). Intervention voidaan siis todeta olevan vaikuttava edellä mainituilla mittareilla mitattuna. Tulokset on koottu taulukkoon 4.

**Taulukko 4.** BDI-II-, AAQ-II-, EACQ- ja WBSI-mittarien alku- ja loppumittausten pistemäärien keskiarvot ja keskihajonnat, 95 %:n luottamusvälit, t-testisuureen arvot, vapausasteet, p-arvot ja efektikoot.

Mittari	Alku		Loppu		t (df)	p	d
	ka (kh)	95 % CI	ka (kh)	95 % CI			
BDI-II (n = 53)	14,99 (6,32)	(13,25;16,73)	10,96 (5,82)	(9,35;12,56)	4,735 (52)	.001	.66
AAQ-II (n = 53)	19,55 (8,75)	(17,14;21,96)	17,70 (7,93)	(15,51;19,88)	2,825 (52)	.007	.22
EACQ (n = 51)	46,3 (7,24)	(44,27;48,34)	42,57 (8,72)	(40,46;45,26)	3,401 (50)	.001	.47
WBSI (n = 51)	45,45 (12,66)	(42,06;49,06)	41,43 (12,05)	(38,02;44,67)	3,246 (50)	.002	.33

### 3.2 Ohjelmaan sitoutuminen

Ohjelman prosentuaalinen suoritusaste oli keskimäärin 90,40 % (kh 19,08) vaihteluvälin ollessa 19 % - 100 %. Tutkittavat vierailivat OMApolku-ohjelmassa keskimäärin 34,8 päivänä (kh 26,35). Vierailupäivien määrä vaihteli 5 ja 116 välillä. Vierailuviikkoja tutkittaville kertyi keskimäärin 7,42 (kh 5,66). Vierailuviikkojen määrä vaihteli 0 ja 16 viikon välillä. Koska tutkittavat suorittivat interventiosta vähintään 19 % ja vierailivat OMApolku-sivustolla vähintään 5 päivänä, tarkoittaa vierailuviikkojen nollaluku sitä, että interventio käytiin nopeimmillaan läpi alle viikossa. Interventioon käytettiin aikaa keskimäärin 12 tuntia ja 5 minuuttia (kh 7 h 59 min). Intervention suoritus aika oli vähimmillään 2 tuntia ja 12 minuuttia ja enimmillään 38 tuntia ja 36 minuuttia. Omaishoitajan iän todettiin olevan negatiivisesti ja tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ohjelman suoritusasteeseen ( $r = -.428^{**}$ ,  $p < .01$ ), mutta muiden ohjelmaan sitoutumista kuvaavien muuttujien ja iän välillä ei löydetty yhteyksiä.

### 3.3 Psykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välinen yhteys

Toisena tutkimuskysymyksenä haluttiin selvittää, onko ohjelmaan sitoutumisen ja omaishoitajan psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneen muutoksen välillä yhteyttä. Odotusten vastaisesti korrelaatioita ei löydetty. Tässä aineistossa omaishoitajan iän kuitenkin todettiin korreloivan negatiivisesti ohjelman suoritusasteen kanssa ( $r = -.428^{**}$ ,  $p < .01$ ), ja siksi päätettiin tarkastella ohjelmaan sitoutumista kuvaavien muuttujien sekä psyykkisen hyvinvoinnin mittarien muutos pisteiden välisiä yhteyksiä uudelleen siten, että ikä jaettaisiin kolmeen kutakuinkin yhtä suureen luokkaan.

Kolmeen luokkaan jaettaessa aineiston nuorimpien omaishoitajien ryhmässä (59-68-v.) psyykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välillä voitiin havaita joitakin yhteyksiä. 59-68-vuotiailla omaishoitajilla psykologisen joustavuuden muutos (AAQ-II) korreloi positiivisesti ja tilastollisesti merkitsevästi ohjelman vierailupäivien kanssa ( $r = .504^{*}$ ,  $p < .05$ ). Samassa ikäryhmässä myös toisen psykologisen joustavuuden mittarin (EACQ) muutoksen ja vierailupäivien välinen korrelaatio oli tilastollisesti merkitsevä ( $r = .633^{**}$ ,  $p < .01$ ). Tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä vierailupäivien ja masennusoireilun muutoksen tai vierailupäivien ja ajatusten tukahduttamisen muutoksen välillä ei kuitenkaan havaittu tässä ikäluokassa. Myöskään 69-74-

vuotiaiden tai 75-88-vuotiaiden ikäluokissa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä yhdenkään psyykkisen hyvinvoinnin mittarin pistemäärän muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen mittarin välillä. Nuorimmassa ikäryhmässä havaitut korrelaatiot on koottu taulukkoon 5.

**Taulukko 5.** Psykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen väliset korrelaatiot 59-68-vuotiailla (n = 17), joilla tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä havaittiin.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. BDI-II muutos	1									
2. AAQ-II muutos	.416	1								
3. EACQ muutos	.329	.536*	1							
4. WBSI muutos	.673**	.279	.208	1						
5. Suoritusaste	.310	.157	.276	.041	1					
6. Vierailupäivät	.306	.504*	.633**	.296	.374	1				
7. Vierailuviikot	.266	-.389	.039	.144	.052	.071	1			
8. Käyttöaika	.163	.205	.476	.064	.178	.646**	.201	1		

\* p < .05, \*\* p < .01

### 3.4 Omaishoitajien kokemuksia OMApolku-verkkointerventiosta

Omaishoitajien kokemuksia verkko-ohjelma OMApolusta tarkasteltaessa havaittiin, että omaishoitajat pitivät ohjelmaan osallistumista yleisellä tasolla mielenkiintoisena kokemuksena. He myös kokivat omaishoitajuuteen liittyvien asioiden äärelle pysähtymisen ja niiden käsittelyn olleen tarpeellista. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä löydettiin neljä pääluokkaa, jotka olivat: ohjelman sisältö, ohjelmasta saadut hyödyt, sosiaalinen tuki sekä mahdollisuus sitoutua ohjelmaan. Taulukossa 6 on esitelty sisällönanalyysin pää- ja alaluokat.

**Taulukko 6.** Omaishoitajien kokemuksia OMApolku-verkkointerventiosta. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä löydetyt pääluokat ja alaluokat.

<b>OMAISHOITAJIEN KOKEMUKSIA OMAPOLKU-VERKKOINTERVENTIOSTA</b>			
<b>Ohjelman sisältö</b>	<b>Ohjelmasta saadut hyödyt</b>	<b>Sosiaalinen tuki</b>	<b>Mahdollisuus sitoutua ohjelmaan</b>
Etapit	Mielen tarkkailu	Keskustelupalstalta saatu tuki	Terveys ja ajankäyttö
Luentovideot	Tunteiden käsittely	Tukihenkilön tuki	Kokemus teknologian käytöstä
Harjoitukset ja metaforat	Hyväksyntä		
	Itsetuntemus ja itsemyötätunto		

### 3.4.1 Ohjelman sisältö

Suuri osa tutkittavista viittasi kokemuksissaan ohjelman sisällöllisiin piirteisiin, joista mainituiksi tulivat erityisesti ohjelman temaattiset moduulit eli etapit, joilla pyrittiin lisäämään omaishoitajan psykologista joustavuutta sekä keinot, joilla tätä tavoiteltiin. Käytännössä tämä näkyi mainintoina lyhykäisistä videoluennoista sekä auditiivisessa ja kirjoitetussa muodossa ohjeistetuista harjoituksista ja metaforista.

**Etapit.** OMApolku-ohjelman etapit koettiin enimmäkseen mielekkäiksi. Moni omaishoitaja koki, että kaikki etapit olivat omalla tavallaan hyödyllisiä ja ne muodostivat hyvän kokonaisuuden. Kahden viikon välein vaihtuvan teeman mukaan elämistä ja teemaan liittyvien harjoitusten tekemistä kuvailtiin muun muassa terapeuttiseksi. Oli tavallista, että omaishoitajat nimesivät hyödyllisimmäksi tai mielenkiintoisimmaksi etapiksi useamman etapin. Eniten mainintoja saivat kolmas ja viides etappi eli *“Tunteet”* ja *“Hyväksyntä”*. Myös neljäs ja kuudes etappi eli *“Mieli on tarinankertoja”* ja *“Myötätunto”* saivat useita mainintoja. Sen sijaan kaksi ensimmäistä etappia (*“Arvot”* ja *“Voimaa teoista”*) mainittiin vain muutamia kertoja. Valintoja tehtiin muun muassa sen pohjalta, millaisia asioita omaishoitaja ei ollut ennen elämässään käsitellyt ja toisaalta sen perusteella, mitkä asiat tuntuivat itselle tärkeimmiltä.

*”Kaikissa [etapeissa] oli mielestäni jotain hyvää ja jotain oppimista. Antoivat ajattelemisen aiheita.” (17:5h)*

*”Näissä etapeissa [4: ”Mieli on tarinankertoja”, 5: ”Hyväksyntä” ja 6: ”Myötätunto”] avattiin tunnepuolen juttuja ja ajatuksia, joita ei ole itse pohtinut ollenkaan.” (7:5h)*

Monet omaishoitajat kuitenkin kokivat, että aikaa kunkin etapin tekemiseen olisi saanut olla enemmän. Tätä perusteltiin sillä, että pidempi aika olisi auttanut syventämään harjoiteltuja asioita. Eräs omaishoitaja myös mainitsi, että ohjelman keskustelupalstan käyttö olisi helpottunut, jos etappeja olisi saanut tehdä rauhallisempaan tahtiin.

*”Välillä tuntui, ettei aika tahdo riittää kunnolliseen ”pohdiskeluun” itsensä kanssa. Olisin halunnut tehdä harjoituksia paremmin ja vierailta keskustelupalstalla (edes lukea) enemmän.” (33:8k)*

**Luentovideot.** Ohjelmaan sisältyvät luentovideot saivat yleisesti ottaen kiitosta, ja niitä olisi toivottu olevan ohjelmassa enemmänkin. Luentovideoita kuvailtiin muun muassa rentouttaviksi ja rauhallisiksi. Toisaalta osa omaishoitajista koki ne liian teoreettisina ja vaikeaselkoisina, jolloin videoiden sisällön ymmärrys saattoi jäädä puutteelliseksi. Eräs omaishoitajista ajatteli, että asiat olisi voinut esittää hyödyntäen enemmän konkretiaa.

*”...videot mieluisia, rauhallisia, kuin puhuisi juuri minulle.” (87:1h)*

*”...videot vähän liian pitkiä ja teoreettisia, asiat olisi voinut ilmaista käytännöllisemmin.” (68:9h)*

**Harjoitukset ja metaforat.** Omaishoitajat pitivät harjoituksia pääosin hyvinä ja miellyttävinä. Osa omaishoitajista kuvasi joitakin harjoituksia raskaiksi, mutta silti hyödyllisiksi. Omaishoitajien mukaan harjoitukset auttoivat muun muassa pohtimaan sitä, miten omasta hyvinvoinnista voisi huolehtia paremmin. Omaishoitajat nimesivät useita eri harjoituksia, jotka olivat jääneet mieleen. Näistä useamman maininnan sai Hyväksyntä-etapin Linnunpönttö-harjoitus, jossa kehoitetaan antamaan tilaa kaikenlaisille ajatuksille ja tunteille. Linnunpönttö-harjoitusta kuvattiin muun muassa virkistäväksi ja opettavaiseksi.

*”Harjoitukset oli hyviä, pistivät todella miettimään, mitä voi tehdä, että itsellä olisi parempi olla.” (31:2h)*

*”Linnunpönttövertaus oli hyvä, että ymmärtää että ajatukset ja tunteet tulevat ja menevät. Ja että niiden pitääkin tulla ja mennä.” (8:5h)*

Toisaalta kaikki omaishoitajat eivät pitäneet ohjelman harjoituksista. Ne saattoivat herättää omaishoitajissa ärsyyntymisen tunteita tai tuntua epäolennaisilta. Jotkut kokivat osan harjoituksista

olevan teoreettisia ja vaikeaselkoisia, minkä vuoksi ne eivät toimineet toivotulla tavalla. Osa omaishoitajista olisi toivonut ohjelman harjoituksiin konkreettisempaa sisältöä, jota olisi voinut helpommin hyödyntää myös omassa arjessa. Lisäksi moni omaishoitaja olisi toivonut saavansa ohjelmasta käytännön neuvoja omaishoitotilanteeseen. He miettivät esimerkiksi omaishoitoon liittyviä tukimahdollisuuksia sekä sitä, mistä voisi hakea apua vaikeissa tilanteissa.

*”Minulle ainakin arkielämän pyörteissä harjoitukset ja ”tarkkailut” liian vaativia, tuppasivat unohtumaan. Ehkä liikaa opeteltavaa liian lyhyessä ajassa.” (89:9k)*

*”Tarvitsisin ohjausta muistisairaahan kohtaamisessa ja hoitamisessa.” (72:9k)*

### 3.4.2 Ohjelmasta saadut hyödyt

Ohjelmasta saadut hyödyt ilmenivät uudenlaisina ajatuksina ja näkökulmina suhteessa itseen, hoidettavaan ja vallitsevaan tilanteeseen. Nämä uudet ajatukset ja näkökulmat näyttäytyivät kykynä tarkkailla tietoisemmin omaa mieltä, omien tunteiden käsittelyä sekä lisääntyneenä itsetuntemuksena, itsemyötätuntona ja hyväksyntänä. Ohjelman aikana opitun ylläpito myös jatkossa koettiin merkitykselliseksi.

**Mielen tarkkailu.** Osa omaishoitajista mainitsi kykynsä oman mielen liikkeiden eli omien ajatusten ja tunteiden tietoiseen tarkkailuun lisääntyneen ohjelman ansiosta. Tällainen itsen tutkistelu saattoi olla osalle omaishoitajista täysin uusi kokemus.

*“... Alkoi itseään tutkiskella ja alkoi ensimmäistä kertaa ajatella omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Ennen vain mennyt ja touhunnut...” (7:1h)*

*“Piti keskittyä siihen, että tarkastelee ajatuksia, toimintaa ja tunteita ulkopuolelta. Oli hyödyllistä...” (2:2h)*

**Tunteiden käsittely.** Useimmat omaishoitajat kokivat saaneensa ohjelmasta apua tunteiden käsittelyyn, erityisesti tunteiden tunnistamiseen ja säätelyyn. Tämä saattoi ilmetä esimerkiksi kykynä rauhoittua sekä lisääntyneenä kärsivällisyytenä. Osa koki tunteiden käsittelyn olevan omaishoitajille erityisen hyödyllistä, sillä se jää vaativassa arjessa helposti vähemmälle.

*”Jokaisella omaishoitajalla on pulmia, joihin tän tyylisestä voi olla apua jaksamiseen, tunnepuolen asiat, niistä selviäminen.” (24:7h)*

*”Omia ajatuksia ja tunteita joutuu erittelemään ja tutkailemaan. Sitä ei muuten tule omaishoitajan arjessa tehtyä.” (2:7h)*

**Hyväksyntä.** Omaishoitajien kokemukset hyväksynnän lisääntymisestä näyttäytyivät omaan elämäntilanteeseen liittyvien tosiasioiden, kuten esimerkiksi hoidettavan käytökseen liittyvien seikkojen hyväksymisenä tai valmistautumisena puolison kuolemaan. Hyväksyntä näkyi myös omien vaikeiksi miellettyjen ajatusten ja tunteiden hyväksymisenä. Hyväksynnän myötä koettiin paremmin ymmärrettävän sitä, mihin asioihin on mahdollista vaikuttaa ja mihin taas ei.

*“...muistaa paremmin, että kaikenlaiset tunteet ovat sallittuja ja tunteiden voi antaa tulla ja mennä...” (90:2h)*

*“Kaikkien omaishoitajien pitäisi pystyä hyväksymään itsensä ja tilanteensa ja siinä tämä ohjelma on hyödyksi.” (35:7h)*

**Itsetuntemus ja itsemyötätunto.** Monet omaishoitajat raportoivat suhtautumisensa itseensä muuttuneen. Omaishoitajat kertoivat itsetuntemuksensa lisääntyneen ohjelman myötä. Lisäksi moni heistä koki ohjelman itsemyötätuntoon keskittyvän teeman tärkeäksi ja opettavaiseksi. Itsemyötätunnon lisääntyminen näkyi omaishoitajien vastauksissa itsen armahtamisena ja syyllisyydentunnon vähenemisenä sekä itsen ja oman hyvinvoinnin pohtimisena. Itsemyötätunto ulottui omaishoitajan vastauksissa myös sitä tukevien tekojen pohtimiseen. Moni omaishoitaja kertoi, että omaan hyvinvointiin keskittymiseen ja itselle mielekkäiden asioiden tekemiseen tulisi yhä järjestää aikaa, mahdollisesti jopa aiempaa enemmän.

*”Oppii itseään ymmärtämään ja armahtamaan. Ei tarvitse syyllistää itseänsä...” (8:3h)*

*“Jatkan harrastuksia ja ystävien tapaamista ja aikomus pitää omaishoitajavapaata. Oman itsensä huomioiminen siis.” (80:3h)*

Monet omaishoitajista kertoivat aikovansa palata ohjelman pariin vielä intervention päätyttyä, jotta voisivat ylläpitää ohjelman aikana opittuja asioita tai ymmärtää ohjelman sisältöjä aiempaa paremmin. Esimerkiksi omien tunteiden äärelle pysähtyminen koettiin merkityksellisenä, ja harjoitusten uudelleen läpi käymisen avulla tähän arveltiin voitavan saada vielä lisää keinoja.

*“... aion teksteihin palata, en tiedä vielä mikä näiden merkitys on minulle. Huomasin, että kaikki ei selviä heti, pitää lukea useamman kerran, sisäistäminen vie aikaa...” (85:9h)*

*“... voiko vaan antaa tunteen mennä ohi. Kun käy vielä harjoituksia läpi, ehkä löytää vielä lisää konsteja tähän.” (87:3h)*

Toisaalta osa omaishoitajista koki ohjelman vaativan tietynlaisen suhtautumistavan, eikä sen ajateltu soveltuvan jokaiselle. Osa tutkittavista myös koki oman itsen pohtimisen vieraana asiana, tai että ohjelman aikana käsitelty ei muuten tuntunut omalta. Lisäksi osa ajatteli omaishoitajuuden vaiheen vaikuttavan siihen, miten hyödyllinen ohjelma voi omaishoitajalle olla. Joidenkin mielestä ohjelma toimisi paremmin aloittelevilla omaishoitajilla, joilla uupumus ei ole vielä päässyt kasautumaan. Eräs omaishoitaja myös ehdotti, että ohjelmassa voisi huomioida omaishoitajuuden vaiheen tekemällä eri ohjelmat vasta-alkajille ja useampia vuosia omaishoitajina toimineille.

*“Olen ehkä liian käytännöllinen ihminen, asiat ohjelmassa eivät oikein tuntuneet omilta... Olen enemmän kuuntelija kuin omien asioideni pohdiskelija ja selostaja.” (12:1h)*

*“Varmasti ohjelmasta olisi paljon enemmänkin hyötyä, jos olisi vaikkapa juuri aloittanut omaishoitajana, nuorempi tai jäänyt yksin tilanteensa kanssa.” (12:2h)*

### 3.4.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen merkitys nousi omaishoitajien kokemuksissa keskeiseksi, mikä näkyi kommentteina sekä ohjelmaan sisältyvästä keskustelupalstasta että tukihenkilön tuesta. Monet omaishoitajat kokivat molemmat näistä tärkeiksi, jopa ohjelman parhaiksi puoliksi. Keskustelupalstan mielekkyydessä korostettiin vuorovaikutusta ja vertaistukea sekä uusia näkökulmia suhteessa omaan tilanteeseen. Tukihenkilön tuessa puolestaan oli keskeistä kuulluksi tuleminen omien kokemusten kanssa sekä motivointi tehtävien tekemiseen.

***Keskustelupalstalta saatu tuki.*** Keskustelupalstalla vuorovaikutuksellisuus sekä vertaistuen tarjoaminen ja saaminen olivat merkittävässä roolissa useamman omaishoitajan kohdalla. Moni omaishoitaja piti siitä, että sai vapaasti jakaa asioita keskustelupalstalla. Useammat omaishoitajat myös kertoivat, että muiden kokemuksia oli mielenkiintoista lukea ja ne herättivät heissä myötätuntoa ja samaistumisen tunteita. Osa omaishoitajista kuitenkin huomasi, että joillakin omaishoitajilla arki on vaikeampaa kuin heillä itsellään. Se sai monen omaishoitajan ajattelemaan, että oma hoitotilanne on vielä suhteellisen hyvä.



*”[Keskustelupalstalla] ollut iso myönteinen merkitys, voitu jakaa omia ajatuksia ja tunteita...” (68:6h)*

*”Sai nähdä, että on muita samassa tilanteessa olevia, joilla on vielä vaikeampaa. Omat murheet saa suhteellisuutta ja tietää, ettei ole yksin...” (12:2h)*

Vaikka keskustelupalsta oli omaishoitajien keskuudessa suosittu, eivät kaikki siitä kuitenkaan pitäneet tai kokeneet sitä riittäväksi. Osa mainitsi syyksi sen, että ei ole tottunut keskustelemaan tuntemattomien kanssa ja arvostaa enemmän kasvotusten tapahtuvaa vuorovaikutusta. Useat toivoivatkin yhteisiä tapaamisia muiden omaishoitajien kanssa. Jotkut omaishoitajat puolestaan kokivat, että pohtivat asioita mieluummin yksin kuin muiden omaishoitajien kanssa. Osa heistä kuitenkin tunnisti, että joillekin muille keskustelupalstalta saatu tuki voi silti olla merkittävää.

*”Koneelle vaikeampi avautua, ihmiseltä saa vahvistusta, myötätuntoa.” (78:2h)*

*”Kävin siellä [keskustelupalstalla], mutten osallistunut. Tuntemattomien kanssa keskustelu ei ole oikein oma juttu. Jollekulle varmaan toimii hyvänä vertaistukena...” (12:6h)*

**Tukihenkilön tuki.** Omaishoitajat kokivat tukihenkilön tuen pääasiassa tärkeäksi osaksi ohjelmaa. Joidenkin mielestä se oli jopa välttämätöntä ja “ohjelman parasta antia”. Tukihenkilön puhelut olivat osalle omaishoitajista odotettu tapahtuma, ja niiden mainittiin esimerkiksi motivoivan jatkamaan ohjelman parissa. Lisäksi monet kokivat tärkeäksi saada kertoa omia kuulumisiaan ja tulla kuulluksi kokemustensa kanssa.

*”Tukihenkilö parasta antia, kiva kun kyseltiin omia kuulumisia.” (6:9h)*

*”Hyvä potkija, muuten aina vaan ‘huomenna’...” (67:8h)*

Osalle omaishoitajista puhelinkontakti tukihenkilöön ei kuitenkaan ollut mieleinen, ja useampi kertoikin arvostavansa enemmän kasvokkaista kontaktia. Puhelimessa omista asioista kertominen oli toisille vaikeaa, ja kotiolot saattoivat vaikuttaa siihen, miten avoimesti tilanteestaan pystyi kertoa. Lisäksi puheaika saattoi olla riittämätöntä. Monet kokivat myös turhauttavaksi sen, että tukihenkilöillä oli pääsy ainoastaan kunkin etapin päätteeksi tehtyyn hyvinvointiharjoitukseen, jolloin aiemmin etapin aikana vastaantulleista välitehtävistä oli vaikea keskustella. Osaa myös arvelutti tukihenkilön kokemattomuus, ja he olivat odottaneet syvällisempiä puheluita. Monet olisivatkin toivoneet tukea kokeneemalta henkilöltä tai ammattilaiselta, esimerkiksi valmistuneelta psykologilta.

*“Puhelimessa hankala välillä puhua avoimesti asioista, kun hoidettava kuulee asiat, joita puhelimessa puhutaan...” (8:9h)*

*“Tukihenkilö oli mukava, empaattinen henkilö. Silti minusta joskus tuntui, että olisiko kokeneempi henkilö osannut paneutua omaishoitajan rooliin paremmin.” (87:8k)*

Lisäksi useat omaishoitajat arvelivat, että tilanteesta riippuen joillakin omaishoitajilla tuen tarve saattaa olla suurempaa kuin toisilla. Osalle puhelut olivat riittäviä, kun taas toiset olisivat kaivanneet enemmän kasvokkaista kontaktia. Useat olisivat toivoneet myös mahdollisuutta ottaa itse yhteyttä tukihenkilöönsä. Muutamat taas eivät kokeneet tarvitsevansa tukihenkilöä lainkaan tai kokivat tämän roolin jääneen epäselväksi. Kehityskohteena mainittiinkin tuen yksilöllistäminen.

*“Tapaamisia voisi olla esimerkiksi yksi enemmän...” (2:8h)*

*“Tukihenkilöpuhuteluiden ja tapaamisten frekvenssiä voisi miettiä (yksilöllisesti), jotkut on tosi yksin...” (12:9h)*

#### **3.4.4 Mahdollisuus sitoutua ohjelmaan**

Omaishoitajat kertoivat myös ohjelman ulkopuolisista asioista, jotka vaikuttivat OMApolku-ohjelman tekemiseen eli ohjelmaan sitoutumiseen. Nämä asiat liittyivät omaishoitajan ja -hoidettavan terveydentilaan ja omaishoitajan ajalliseen mahdollisuuteen käyttää OMApolkua sekä omaishoitajan ikään ja kokemukseen teknologian käytöstä.

***Terveys ja ajankäyttö.*** Jos omaishoitajan oma tai puolison terveydentila oli heikko tai heikkeni yllättäen, se saattoi vaikuttaa ohjelman käyttöön. Näin kävi muutamalle tutkimukseen osallistuneelle omaishoitajalle. Lisäksi omaishoitajat kuvasivat, että ohjelma vaatii paneutumista ja toistoa, jotka vievät aikaa. Osa omaishoitajista koki, että heillä ei ollut mahdollisuutta käyttää tarpeeksi aikaa ohjelmaan. Tämä saattoi johtua esimerkiksi juuri oman tai puolison heikentyneestä terveydentilasta tai muun elämän kiireestä.

*”Fyysinen sairastuminen kesken kevään vaikutti kaikkeen: kuukauteen ei ollut oikein voimia tehdä arkiaskareita tai OmaPolkua...” (2:9h)*

*”Olisi tarvinnut enemmän aikaa paneutua, työtahti häiritsi ohjelmaan perehtymistä.” (19:1h)*

**Kokemus teknologian käytöstä.** Omaishoitajien aiempi kokemus teknologian käyttämisestä oli vaihtelevaa. Osa kuvasi teknisiä taitojaan heikoiksi, jolloin jo ohjelmaan sisäänkirjautuminen saattoi olla vaikeaa. Monet kokivat teknologian itselleen vieraana, minkä vuoksi he pitivät tietokoneen tai tablettitietokoneen avulla tehtävää ohjelmaa huonona ratkaisuna. Muutama omaishoitaja kertoi kuitenkin kirjoittaneensa ajatuksiaan paperille. Osa omaishoitajista arveli myös ikänsä vaikuttaneen siihen, miten käytti ohjelmaa.

*“En tehnyt tehtäviä... Tietokone ei ole oikein työvälineenä mieleinen... Ehkä ikäkin vaikuttaa...” (12:1h)*

*“... hyvin vähän käyttökokemusta tietokoneista eikä koskaan ennen ole käyttänyt tablettia, jonka nyt sai lainaan. Ohjelman käyttö oli siis todella vaikeaa ja tästä johtuen etapit jäivät tekemättä...” (18:1h)*

Toisaalta myös vastakkaisia kokemuksia löydettiin. Alun totuttelun jälkeen esimerkiksi tablettitietokoneen käyttäminen saattoi alkaa sujua, ja monet kokivat ohjelman tekniseltä toteutukseltaan helppokäyttöiseksi. Jotkut tutkittavat mainitsivat etäkuntoutuksen olevan toimiva ratkaisu omaishoitajalle, sillä se ei ole aikaan tai paikkaan sidottua.

*“Toimii etenkin sellaisille, joilla pitkä matka hoitoon, helppo tehdä kotona omalla ajalla...” (71:1h)*

*“Tietokoneella tehtävä hyvä, kun pystyi oman aikataulun mukaan eikä sido liikaa...” (80:9h)*

## 4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, tapahtuuko yli 60-vuotiaiden omaishoitajien psyykkisessä hyvinvoinnissa muutosta OMApolku-verkkointerventioon osallistumisen aikana. Lisäksi tarkasteltiin omaishoitajien ohjelmaan sitoutumista ja sen yhteyttä mahdolliseen psyykkisen hyvinvoinnin muutokseen. Kokonaisvaltaisemman ymmärryksen muodostamiseksi kartoitettiin myös omaishoitajien omia kokemuksia verkkointerventiosta.

Ensimmäisenä tutkittiin, muuttuiko omaishoitajien psyykinen hyvinvointi ohjelman aikana. Psyykinen hyvinvointi koheni jokaisella hyvinvointimittarilla mitattuna: masennusoireilu (BDI-II), psykologinen joustamattomuus (AAQ-II ja EACQ) ja ajatusten tukahduttaminen (WBSI) vähenivät tilastollisesti merkitsevästi. Näin ollen hypoteesi 1 sai tukea. Tämä on linjassa aiempien tutkimusten kanssa, joissa HOT-interventioiden on osoitettu vähentävän omaishoitajan masennusoireilua (Gallego-Alberto ym., 2019) sekä psykologiseen joustamattomuuteen viittaavaa välttämiskäyttäytymistä (Losada ym., 2015). Myös omaishoitajille suunnattujen verkkointerventioiden on osoitettu vähentävän masennusoireilua (Hopwood ym., 2018; Leng & Wang, 2020), joskaan aiempaa tutkimusta heille suunnatuista HOT-verkkointerventioista ei juuri ole. Tämä tutkimus antoi uutta tietoa niiden käyttökelpoisuudesta tässä kohderyhmässä.

Toiseksi tutkittiin, oliko OMApolku-ohjelmaan sitoutuminen yhteydessä omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin muutokseen. Odotuksista poiketen korrelaatioita ei löydetty yhdenkään hyvinvoinnin ja sitoutumisen mittarin välillä koko aineistoa tarkasteltaessa. Sen sijaan lisäanalyysissä havaittiin, että nuorimpien omaishoitajien ryhmässä (59–68-vuotiaat) psykologisen joustavuuden muutos oli sekä AAQ-II- että EACQ-mittarilla mitattuna tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ohjelman vierailupäiviin: mitä useampana päivänä omaishoitaja ohjelmaan kirjautui, sitä enemmän hänen psykologinen joustavuutensa lisääntyi ohjelman aikana. Hypoteesi 2 sai siis osin tukea. Muiden psyykkisen hyvinvoinnin ja ohjelmaan sitoutumisen mittarien välillä ei kuitenkaan havaittu yhteyksiä nuorimmassakaan ikäryhmässä. Tämä poikkeaa aiemmista tutkimuksista, joissa suuremman aktiivisuuden verkko-ohjelmassa on todettu korreloivan masennusoireiden vähenemiseen (Donkin ym., 2011; Donkin ym., 2013; Enrique ym., 2019). Erot saattavat johtua ainakin osittain käytetyistä menetelmistä.

Se, että psykologisen joustavuuden muutoksen ja vierailupäivien välinen yhteys löytyi ainoastaan aineiston nuorimmilla omaishoitajilla, on kiinnostavaa ja sopii aiempaan tutkimukseen, jossa iän on todettu voivan olla yhteydessä teknologian käyttöön (Zambianchi ym., 2019). Tässä tutkimuksessa iän havaittiin myös korreloivan negatiivisesti ohjelman suoritusasteen kanssa, eli nuorimmat omaishoitajat suorittivat tavallisesti useampia etappeja kuin vanhimmat omaishoitajat.

Toisaalta koko aineistoa tarkasteltaessa ohjelmaan sitoutuminen suoritusasteella mitattuna oli korkeaa (ka 90,4 %), ja suurin osa tutkittavista oli vanhempia kuin he, joilla psykologisen joustavuuden ja vierailupäivien välinen yhteys havaittiin. On myös huomioitava, että psyykkinen hyvinvointi koheni tilastollisesti merkitsevästi koko otoksella, ei ainoastaan nuorimmilla omaishoitajilla. Ohjelmaan kirjautumisten lukumäärä on aiemmin yhdistetty masennusoireiden vähenemiseen (Enrique ym., 2019), mutta myös suoritettujen moduulien on ehdotettu olevan keskeisiä psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen keskittyvissä interventioissa (Donkin ym., 2011). Tässä tutkimuksessa kuitenkin vain vierailupäivät korreloivat psykologisen joustavuuden muutokseen nuorimmilla omaishoitajilla, mikä saattaa liittyä esimerkiksi ikääntymisen myötä tapahtuviin kognitiivisiin muutoksiin, jotka voivat hidastaa oppimista (Karrasch ym., 2015). Tämä saattoi näkyä vierailupäivien määrässä, jolloin riittävä toisto saattoi mahdollistaa nuorimpien omaishoitajien psykologisen joustavuuden lisääntymisen. Aineiston vanhimmilla omaishoitajilla toisto ei ehkä ollut riittävää, jolloin psykologisen joustavuuden muutoksen ja vierailupäivien välinen yhteys jäi ei-merkitseväksi. Luotettavien johtopäätösten tekemiseksi tutkimusta iän, intervention vaikuttavuuden ja interventioon sitoutumisen välisistä suhteista tarvitaan kuitenkin lisää.

Kolmanneksi tarkasteltiin omaishoitajien kokemuksia OMApolku-ohjelmasta. Omaishoitajat kuvailivat kokemustaan mielenkiintoiseksi ja kokivat ohjelman teemoihin liittyvien asioiden käsittelyn olleen tarpeellista. Kokemukset ohjelmasta luokiteltiin neljään pääluokkaan: 1) ohjelman sisältö, 2) ohjelmasta saadut hyödyt, 3) sosiaalinen tuki ja 4) mahdollisuus sitoutua ohjelmaan.

*Ohjelman sisällöstä* etapit, luentovideot ja harjoitukset saivat kehuja. Etappeja kuvailtiin miellyttäväiksi ja terapeuttisiksi, kun taas luentovideoita kuvailtiin rentouttaviksi. Harjoitukset miellettiin opettavaisiksi ja ne auttoivat omaishoitajia pohtimaan oman hyvinvointinsa kohentamista. Osa kuitenkin koki ohjelman sisällön epämieluisaksi ja liian teoreettiseksi. Myös aiempi tutkimus on todennut, että osa tutkittavista kokee HOT-harjoitukset hyödyllisinä ja osa haastavina (Losada ym., 2015; Williams ym., 2014). Niiden ymmärtämisen onkin koettu vaativan toistoa (Similä ym., 2018), mitä monet omaishoitajat kuvasivat tässäkin tutkimuksessa. Tässä toiston tarve saattaa liittyä edellä raportoituun yhteyteen vierailupäivien ja psykologisen joustavuuden muutoksen välillä, jolloin ohjelman sisällön kertaaminen useampana päivänä mahdollisesti johti myös suurempiin koettuihin hyötyihin. Osa omaishoitajista kuitenkin koki kahden viikon etapit kestoltaan liian lyhyiksi. Kaikilla ei ehkä ollut aikaa riittäväälle toistolle, jolloin ohjelmasta koettu hyöty saattoi jäädä vähäisemmäksi. Omaishoitajat toivoivatkin etappien tekemiseen olevan enemmän aikaa. Ohjelmaan kaivattiin myös käytännön tietoa esimerkiksi hoitotyöstä. Koska OMApolku-ohjelman ensisijainen tarkoitus on kuitenkin tukea omaishoitajan psyykkistä hyvinvointia, voisi

ohjelmaan sisällyttää linkkejä, joista omaishoitaja löytäisi apua käytännön ongelmiin.

*Ohjelmasta saadut hyödyt* näyttäytyivät uusina ajatuksina ja näkökulmina ennen kaikkea suhteessa itseen, mutta myös hoidettavaan ja sairauden mukanaan tuomaan tilanteeseen. Oman mielen tarkkailu ja tunteiden käsittely oli monelle uutta ja hyödyllistä. Omia ajatuksia ja tunteita opittiin paitsi tunnistamaan paremmin, myös suhtautumaan niihin hyväksyvämmiin silloinkin, kun ne koettiin vaikeiksi. Hyväksyntä näyttäytyi myös suhteessa hoidettavan sairauteen liittyviin tekijöihin, jolloin omaishoitaja saattoi oppia tunnistamaan, mihin asioihin voi itse vaikuttaa ja mihin ei. Itsetuntemuksen sekä itsemyötätunnon koettiin lisääntyneen, jolloin itsestä huolehtiminen ja oman ajan lisääminen nostettiin tärkeysjärjestyksessä aiempaa korkeammalle. Ohjelmasta saadut hyödyt näyttäisivät olevan osittain yhteneväisiä hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosessien kanssa, joten psykologisen joustavuuden lisääntyminen kuului myös omaishoitajien omassa kokemuksissa.

Myös aiemmissa aiheita sivuavissa tutkimuksissa HOT-pohjaisen verkkointervention on koettu auttaneen omien ajatusten ja tunteiden käsittelyssä sekä lisänneen itsemyötätuntoa ja itsetuntemusta (Köhle ym., 2017; Similä ym., 2018). Kiinnostavaa on, että vaikka HOT-interventioissa arvotyöskentely on keskeisessä asemassa (Hayes ym., 2006), ja aiemmissa tutkimuksissa myös ikääntyneet ja ikääntyvät ovat kokeneet arvojensa kirkastuneen sen myötä (Köhle ym., 2017; Similä ym., 2018), eivät tämän tutkimuksen omaishoitajat juurikaan maininneet hyötynensä tästä osasta ohjelmaa. Aiempien tutkimusten otos on tosin ollut käsillä olevaakin pienempi. Onkin mahdollista, että myöhemmässä elämänvaiheessa tällaiset perustavanlaatuiset asiat on usein osattu jo pitemmän aikaa tunnistaa eikä ohjelma tässä suhteessa tarjonnut uusia oivalluksia. Toisaalta monet omaishoitajat mainitsivat ohjelman myötä ymmärtäneensä omasta itsestä huolehtimisen ja vapaa-ajan lisäämisen olevan tärkeää. Tällaiset kommentit luokiteltiin itsemyötätunto-alaluokkaan, mutta niiden voisi tulkita edustavan myös arvoja ja arvojen mukaisia tekoja. Suoria viittauksia arvoihin löytyi kuitenkin vain muutama.

Osa omaishoitajista puolestaan koki ohjelman vaativan erilaisen suhtautumistavan kuin itsellä oli, jolloin siitä saatu hyöty saattoi jäädä vähäiseksi. Jotkut myös ajattelivat hoitopolun vaiheen voivan vaikuttaa ohjelmasta hyötymiseen siten, että omaishoitajataipaleensa alussa olevat hyötyisivät ohjelmasta enemmän kuin pidempään omaishoitajina toimineet. Tämä on tärkeä löydös, joka sopii myös aiempaan tutkimukseen, jonka mukaan verkkopohjainen HOT soveltuisi erityisesti varhaisen vaiheen interventioksi (Lappalainen ym., 2015). Omaishoitajan jaksamista ja hyvinvointia tulisikin tukea mahdollisimman varhain omaishoitajuuden alettua, jolloin kuormitustekijät eivät ehkä vielä ole päässeet kasautumaan. Yhtä lailla olisi tärkeää kehittää interventioita kohdennetummin myös pitkään omaishoitotyötä tehneille, joilla tuen tarve voi olla suurempaa kuin aloittelevilla omaishoitajilla.

*Sosiaalinen tuki* koettiin enimmäkseen merkitykselliseksi sekä vertaisten että

tukihenkilön antamana. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa omaishoitajat ovat arvostaneet verkkointerventiossa tarjottua tukea (Guay ym., 2017; Hopwood ym., 2018; Wasilewski ym., 2017). Keskustelupalstalta saatiin vertaistukea ja näkökulmia omaan tilanteeseen. Osa tutkittavista ei kuitenkaan pitänyt keskustelupalstasta tai kokenut sitä tarpeelliseksi. Myös aiempien tutkimusten valossa kokemukset vertaistuesta vaihtelevat. Se on koettu sekä tarpeelliseksi (Similä ym., 2018) että enimmäkseen tarpeettomaksi (Köhle ym., 2017). Tässä tutkimuksessa moni omaishoitaja olisi toivonut kasvotusten tapaamisia muiden omaishoitajien kanssa. Tämä voi heijastella esimerkiksi tottumattomuutta verkon käyttöön vuorovaikutuksen välineenä, mutta myös tarvetta oman ajan ja sosiaalisen tuen lisäämiselle. Sosiaalinen tuki voi olla tarpeellista erityisesti puolisoaan hoitaville ikääntyneille omaishoitajille (Lavela & Ather, 2010), jotka asuvat hoidettavien kanssa samassa taloudessa ja ovat siten sidottuja työhönsä ympärivuorokautisesti. Ikääntyneiden omaishoitajien verkkointerventioihin tulisi sisällyttää mahdollisuus vertaisten kanssa keskusteluun kunkin yksilölliset tarpeet huomioiden. Jos interventioon ei kuulu tapaamisia kasvotusten, olisi syytä harkita esimerkiksi videopuhelumahdollisuuden sisällyttämistä ohjelmaan, jolloin kommunikointi saattaisi olla ikääntyneille omaishoitajille luontevampaa.

Tukihenkilötoiminnassa omaishoitajat arvostivat mahdollisuutta kertoa omia kuulumisiaan, minkä lisäksi sen koettiin motivoineen jatkamaan mukana ohjelmassa. Verkkointerventioissa tarjotun tuen onkin monesti todettu lisäävän ohjelmaan sitoutumista (Baumeister ym., 2014; Musiat & Tarrier, 2014; Richards & Richardson, 2012). Kokemukset tuen tarpeesta kuitenkin vaihtelivat omaishoitajien välillä. Osa olisi tarvinnut enemmän tukea kasvotusten tai puhelimitse, kun taas muutamat eivät kokeneet tarvitsevansa tukihenkilöään lainkaan. Omaishoitajat itse ehdottivatkin tuen yksilöllistämistä. Verkkointerventioita perustellaan muun muassa niiden kustannustehokkuudella (Musiat & Tarrier, 2014; Dear ym., 2015), ja tästäkin näkökulmasta tuen yksilöllistäminen voisi olla järkevää. On selvää, että siinä missä itsenäinen työskentely oman hyvinvoinnin kysymysten äärellä on yhdelle riittävää, toinen tarvitsee tuekseen toisen ihmisen läsnäoloa. Tuen yksilöllistäminen mahdollistaisi resurssien kohdentamisen heille, joilla tuen tarve on suurempaa. Mielenkiintoista kuitenkin on, että tukihenkilön kokemattomuus arvelutti monia omaishoitajia. Aiemman tutkimuksen perusteella psykologian opiskelijoiden tarjoama tuki HOT-verkkointerventiossa on riittävää (Lappalainen ym., 2014; Lappalainen ym., 2015), ja ikääntyneet ovat hyötynet perinteisestäkin HOT-interventiosta, vaikka terapeutti olisi ollut kokematon (Wetherell ym., 2011). Tässäkin tutkimuksessa tukihenkilön kokemattomuus ei ollut este interventioista hyötymiselle. Voidaan ajatella, että OMApolku itsessään on vaikuttava interventio, ja tukihenkilön rooli oli ennen kaikkea ohjelman tekemiseen kannustava.

Omaishoitajan *mahdollisuuteen sitoutua ohjelmaan* liittyi omaishoitajan tai -

hoidettavan heikko terveydentila tai sen muutos ja näistä johtuva vähäisempi ajankäytön mahdollisuus. Myös omaishoitajien kokemukset teknologian käytöstä vaihtelivat ja osa piti verkossa toteutettavaa ohjelmaa huonona vaihtoehtona. Nämä tekijät mahdollisesti vaikuttivat OMApolku-ohjelman käyttöön siten, että jokin etappi tai joitakin etappeja jäi tekemättä tai ohjelma keskeytettiin kokonaan. Aiemmissa tutkimuksissa omaishoitajien on todettu olevan vaikea löytää aikaa ohjelman käytölle (Similä ym., 2018). Lisäksi on saatu näyttöä siitä, että esimerkiksi ikä (Zambianchi ym., 2019), koetut teknologiset haasteet sekä henkilökohtaiset asenteet teknologian käyttöä kohtaan (Similä ym., 2018) voisivat vaikuttaa teknologian käyttötottumuksiin. Tässäkin tutkimuksessa teknologian käyttö oli osalle vaikeaa, mikä hidasti ohjelman suorittamista tai jopa esti sen suorittamisen loppuun asti. Osa omaishoitajista koki, ettei teknologia ole toimiva tai itselle mieluinen apuväline, ja jotkut ajattelivat ikänsä vaikuttavan tähän kokemukseen.

On mahdollista, että OMApolku-ohjelman käyttöön perehdytys ei ollut kaikille riittävää. Tähän olisikin jatkossa kiinnitettävä enemmän huomiota, joskin riittävää perehdytystä voi olla vaikea tarjota, mikäli omaishoitaja on hyvin kokematon teknologian käytössä. Voidaan kuitenkin olettaa, että tulevaisuudessa ikääntyneiden teknologisten taitojen ja teknologiaan kohdistuvien asenteiden eroavaisuudet pienenevät. Jo tässä aineistossa merkittävä osa omaishoitajista piti ohjelman käyttöä helppona ja etätoteutusta hyvänä vaihtoehtona perinteisille kasvotusten toteutettaville interventioille. Pidempi aika etappien läpikäymiseen voisi silti olla paikallaan tulevaisuuden verkkointerventioissa. Näin ohjelman voisi käydä rauhassa läpi huolimatta hetkellisistä tauoista ohjelman käytössä.

#### **4.1 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset**

Ikääntyneille omaishoitajille suunnatuista HOT-pohjaisista verkkointerventiosta ei juurikaan ole aiempaa tietoa. Tämän tutkimuksen vahvuutena onkin uusi tieto aiheesta, joka ajankohtaisuudestaan ja tärkeydestään huolimatta on saanut vain vähän huomiota. Tutkimuksen toisena vahvuutena voidaan pitää määrällisen ja laadullisen tutkimusotteen yhdistämistä. Ikääntyneiden omaishoitajien omaa ääntä kuulemalla saatiin arvokasta, syvällisempää tietoa ohjelman käyttökelpoisuudesta sekä ohjelmaan sitoutumisen taustalla mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksella on myös joitakin rajoituksia. Ensinnäkin tutkittavien lopullinen määrä jäi varsin pieneksi (n = 53). Isommalla otoskoolla yhteyksiä psyykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja



ohjelmaan sitoutumisen välillä olisi mahdollisesti voitu löytää myös koko otosta tarkasteltaessa. Toiseksi on mahdollista, että ohjelmaan sitoutumisen mittarit eivät olleet riittäviä tavoittamaan koko ilmiötä. Ohjelmaan sitoutumista olisi voinut tarkastella myös esimerkiksi tehtyjen hyvinvointiharjoitusten kirjainmerkkimäärän avulla. Tämä olisi voinut antaa tietoa harjoitusten tekemisen intensiivisyydestä, jota ei välttämättä pystytä mittaamaan perinteisten sitoutumisen mittarien, kuten käyttöajan tai suoritusasteen, avulla (Donkin ym., 2013). Kolmas rajoitus koskee sisällönanalyysin aineistoa. Loppukyselylomakkeet olivat omaishoitajien itsensä täyttämiä, kun taas loppuhaastattelulomakkeet olivat haastattelijoiden eli tukihenkilöiden täyttämiä. Haastatteluja ei nauhoitettu, joten osa tärkeästä informaatiosta on voinut jäädä pois. Tukihenkilöiden kirjaustavoissa oli eroavaisuuksia, mikä toisinaan vaikeutti aineiston analyysiyksiköiden hahmottamista ja merkitysyksiköiden löytämistä. Olisi tärkeää, että haastattelut nauhoitettaisiin ja litteroitaisiin, jolloin ikääntyneiden omaishoitajien oma ääni tulisi varmasti kuuluviin eikä olennaista tietoa jäisi pois. Tämä tekisi aineistosta jatkotutkimuksen kannalta hedelmällisemmän mahdollisten analyysimenetelmien suhteen.

#### **4.2 Jatkotutkimusehdotukset**

Teknologian hyödyntäminen psyykkisen hyvinvoinnin edistämässä ja tukemisessa on alati kasvussa jokaisessa ikäluokassa. Tänä päivänä ikääntyneiden joukossa on kuitenkin vielä paljon sellaisia, joille teknologian käyttö ei ole luontevaa. Tulevaisuudessa teknologian käyttöön liittyvät ongelmat ja huolet eivät todennäköisesti enää näy samalla tavalla verkkointervention käyttökokemuksissa, jolloin voidaan saada hyvinkin erilaisia tuloksia kuin tässä tutkimuksessa. Ikääntyneille omaishoitajille kohdennettujen verkkointerventioiden vaikuttavuutta sekä käyttökokemuksia niistä onkin hyvä tutkia lisää, jotta omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia voitaisiin tukea mahdollisimman hyvin ja joustavasti.

Tässä tutkimuksessa psyykkisen hyvinvoinnin muutoksen ja ohjelmaan sitoutumisen välisiä yhteyksiä tarkasteltiin jatkoanalyysissa vain eri ikäluokissa. Tutkimustulokset olisivat voineet olla erilaiset, jos muitakin taustamuuttujia olisi kontrolloitu ennen pääanalyysia. Tulevaisuudessa olisi hyvä tarkastella esimerkiksi omaishoitajan työtuntien määrää ja sen yhteyttä omaishoitajan psyykkiseen hyvinvointiin, sillä sitä tukevia tuloksia on saatu ainakin omaishoitajan

masennusoireilun osalta (Kishita ym., 2020). Lisäksi ehdotetaan edellä esitettyä ohjelman tehtyjen harjoitusten kirjainmerkkimäärän huomioimista ohjelmaan sitoutumisen mittarina.

### 4.3 Johtopäätökset

Omaishoitajille suunnattu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuva OMApolku-ohjelma näyttäisi soveltuvan omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen. Ohjelma vähensi omaishoitajien masennusoireilua sekä ajatusten tukahduttamista ja lisäsi heidän psykologista joustavuuttaan. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvat psyykkistä hyvinvointia tukevat verkkointerventiot on aiemmissa tutkimuksissa todettu vaikuttaviksi nuorilla ja aikuisilla, ja niiden soveltuvuudesta myös ikääntyneille on saatu alustavaa näyttöä. Tämän tutkimuksen myötä saatiin lisää näyttöä siitä, että HOT-pohjaiset verkkointerventiot tarjoavat mahdollisuuden myös ikääntyneiden omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Ikääntyneiden omaishoitajien kokemuksia HOT-pohjaisista verkkointerventioista ei juuri ole aiemmin tutkittu. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että omaishoitajien kokemukset OMApolku-ohjelmasta olivat suurelta osin positiivisia. Ohjelman sisältö sai omaishoitajilta enimmäkseen kehuja ja siitä saatiin hyötyjä omaan arkeen. Ohjelmassa tarjottu sosiaalinen tuki koettiin tärkeänä. Osa omaishoitajista ei kuitenkaan pystynyt sitoutumaan ohjelmaan toivotulla tavalla eri syistä riippuen, mikä on hyvä huomioida tulevaisuudessa verkkointerventioita kehitettäessä. Etätukimuotoja ikääntyneille omaishoitajille on syytä kehittää lisää, sillä tällä hetkellä niitä ei juurikaan ole saatavilla. Ne näyttäisivät kuitenkin soveltuvan hyvin myös tälle kohderyhmälle, tarkasteltiinpa sitten omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin muutosta tai heidän itse sanoittamia kokemuksiaan.

## LÄHTEET:

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet (British Edition)*, 365(9475), 1961-1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)

Ali, N. & Kausar, R. (2016). Social Support and Coping as Predictors of Psychological Distress in Family Caregivers of Stroke Patients. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 587-608.

Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205. <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>

Askari, M., Klaver, N. S., van Gestel, T. J. & Klundert, J. (2020). Intention to use medical apps among older adults in the netherlands: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e18080. <https://doi.org/10.2196/18080>

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. <https://doi.org/10.1159/000365764>

Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S. & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>

Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet interventions : the application of information technology in mental and behavioural health*, 1(4), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>

Bayati, A., Abbasi, P. & Ziapour, A. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety and Death Obsession in the Elderly. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*, 15(10), 122-128. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93148>

Beck A, Steer R, Brown G. *BDI II-Beckin depressioasteikko*. Käsikirja. Helsinki: Psykologien kustannus, 2004.

Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., . . . Zettle, R. (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.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E. & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 18(8), e221.  
<https://doi.org/10.2196/jmir.6200>
- Buntrock, C., Ebert, D., Lehr, D., Smit, F., Riper, H., Berking, M. & Cuijpers, P. (2016). Effect of a web-based guided self-help intervention for prevention of major depression in adults with sub-threshold depression: A randomized clinical trial. *JAMA*, 315(17), 1854-63.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.4326>
- Chang, H., Chiou, C. & Chen, N. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 267-271.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.006>
- Chen, K. & Chan, A. H. S. (2014). Gerontechnology acceptance by elderly Hong Kong Chinese: A senior technology acceptance model (STAM). *Ergonomics*, 57(5), 635–652.  
<https://doi.org/10.1080/00140139.2014.895855>
- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e13.  
<https://doi.org/10.2196/jmir.1194>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (uudistettu painos). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Sheehan, J., . . . Titov, N. (2015). Clinical and Cost-Effectiveness of Therapist-Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults With Symptoms of Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*, 46(2), s. 206-217. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.007>
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N. & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of “Third Wave” Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior therapy*, 47(6), 886-905.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>

- Dindo, L., Van Liew, J. & Arch, J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Hickie, I. B., & Glozier, N. (2011). A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of e-therapies. *Journal of Medical Internet research*, 13(3), e52. <https://doi.org/10.2196/jmir.1772>
- Donkin, L., Hickie, I. B., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Cockayne, N. L., & Glozier, N. (2013). Rethinking the dose-response relationship between usage and outcome in an online intervention for depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e231. <https://doi.org/10.2196/jmir.2771>
- Enrique, A., Palacios, J. E., Ryan, H., & Richards, D. (2019). Exploring the relationship between usage and outcomes of an internet-based intervention for individuals with depressive symptoms: Secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(8), e12775. <https://doi.org/10.2196/12775>
- Gallego-Alberto, L., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I. & Losada, A. (2019). Pilot study of a psychotherapeutic intervention for reducing guilt feelings in highly distressed dementia family caregivers (Innovative practice). *Dementia (London, England)*, 20(2) 759-769. <https://doi.org/10.1177/1471301219886761>
- Grist, R. & Cavanagh, K. (2013). Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Common Mental Health Disorders, What Works, for Whom Under What Circumstances? A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9243-y>
- 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), e313. <https://doi.org/10.2196/jmir.7896>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hopwood, J., Walker, N., Mcdonagh, L., Rait, G., Walters, K., Iliffe, S., . . . Davies, N. (2018). Internet-Based Interventions Aimed at Supporting Family Caregivers of People With Dementia: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 20(6), e216. <https://doi.org/10.2196/jmir.9548>
- Jackson, D., Roberts, G., Wu, M. L., Ford, R., & Doyle, C. (2016). A systematic review of the effect of telephone, internet or combined support for carers of people living with Alzheimer's, vascular or mixed dementia in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 218–236. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.archger.2016.06.013>
- Juntunen, K. & Salminen, A-L. (2014). Mikä omaishoitajaa kuormittaa? Omaishoitajien jaksaminen ja tuen tarve COPE-indeksillä mitattuna. Julkaisussa P. Tillman, L. Kalliomaa-Puha & H. Mikkola, (toim.), *Rakas, mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia*. Helsinki: Kela, Työpapereita 69: 69–79.
- Karrasch, M., Hokkanen, L., Hänninen, T. & Hietanen, M. (2015). Normaali ikääntyminen ja muistisairaudet. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki, L. Paavola & J. Vilkki (toim.) *Klininen neuropsykologia* (1. painos) (s. 224–244). Helsinki: Duodecim.
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B. & Campbell, A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 21(1), e12530. <https://doi.org/10.2196/12530>
- Kenwright, M., Marks, I., Graham, C., Franes, A. & Mataix-Cols, D. (2005). Brief scheduled phone support from a clinician to enhance computer-aided self-help for obsessive-compulsive disorder: Randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61 (12), 1499-150. <https://doi.org/10.1002/jclp.20204>
- Kishita, N., Contreras, M. L., West, J., & Mioshi, E. (2020). Exploring the impact of carer stressors and psychological inflexibility on depression and anxiety in family carers of people with dementia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.005>
- Kishita, N., Takei, Y. & Stewart, I. (2017). A meta-analysis of third wave mindfulness-based cognitive behavioral therapies for older people. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(12), 1352-1361. <https://doi.org/10.1002/gps.4621>

- Kohle, N., Drossaert, C. H. C., Jaran, J., Schreurs, K. M. G., Verdonck - De Leeuw, I. M. & Bohlmeijer, E. T. (2017). User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: A qualitative study.(Report). *BMC Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4121-2>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.006>
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support: A Randomized Controlled Trial. *Behavior modification*, 39(6), 805-834. <https://doi.org/10.1177/0145445515598142>
- Lavela, S. L. & Ather, N. (2010). Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. *Chronic illness*, 6(1), 67-80. <https://doi.org/10.1177/1742395309356943>
- Leng, M. & Wang, Z. (2020). Internet-based supportive interventions for family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*, 16, n/a. <https://doi.org/10.1002/alz.042783>
- Leppäaho, S., Kehusmaa, S, Jokinen, S., Luomala, O., & Luoma, M.L. (2018). Kaikenikäisten omaishoito - Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa A. Noro (toim.) *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015-2018: Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2>
- Lin, T. T. C., Bautista, J. R. & Core, R. (2020). Seniors and mobiles: A qualitative inquiry of mHealth adoption among singapore seniors. *Informatics for Health & Social Care*, 45(4), 360–373. <https://doi.org/10.1080/17538157.2020.1755974>
- Loi, S. & Chiu, E. (2011). Medical comorbidity in psychogeriatric patients. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 355-358. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283454d9e>
- 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. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.896868>

- 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. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- McCracken, L. M., & Jones, R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: A preliminary study of acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13(7), 860–867. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01407.x>
- Metsämuuronen, J. (2011). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*: E-kirja opiskelijalaitos. Helsinki: International Methelp, Booky.fi.
- Munsell, E. P., Kilmer, R. P., Cook, J. R. & Reeve, C. L. (2012). The Effects of Caregiver Social Connections on Caregiver, Child, and Family Well-Being. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 137-145. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01129.x>
- 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(5-6), 501. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00005-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00005-8)
- Musiat, P., & TARRIER, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: A systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine*, 44(15), 3137–3150. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1017/S0033291714000245>
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Slaets, J., Stolk, R., Wittek, R. & Smidt, N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: Results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatrics*, 16(1), urn:issn:1471-2318. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0387-y>
- Omaishoitajaliitto (2021). Mitä on omaishoito? Haettu 15.4.2021 osoitteesta <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004>



- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2011). Spouses, Adult Children, and Children-in-Law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. *Psychology and Aging*, 26(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0021863>
- Rehunen, A., Reissell, E., Honkatukia, J., Tiitu, M. & Pekurinen, M. (2016). Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41*, Valtioneuvoston kanslia. Haettu 6.5.2021 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79724/Sosiaali-%20ja%20terveyspalvelujen%20tarpeen,%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20ja%20tuottamisen%20alueelliset%20muutokset.pdf?sequence=1>
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 329-342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Roberts, S. L. & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Case Study of an 89-Year-Old with Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*, 15(1), 53-67. <https://doi.org/10.1177/1534650115589754>
- Romero-Moreno, R., Losada, A., Márquez-González, M. & Mausbach, B. T. (2016). Stressors and anxiety in dementia caregiving: Multiple mediation analysis of rumination, experiential avoidance, and leisure. *International psychogeriatrics*, 28(11), 1835-1844. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001009>
- Schreier, M. 2012. *Qualitative content analysis in practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Shieh, S., Tung, H. & Liang, S. (2012). Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 223-231. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01453.x>
- Similä, H., Immonen, M., Toska-Tervola, J., Enwald, H., Keränen, N., Kangas, ym. (2018). Feasibility of mobile mental wellness training for older adults. *Geriatric nursing (New York)*, 39(5), 499-505. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.001>
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2020). Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care & Research*, 72, 608-629. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1002/acr.24191>
- Sotkanet (2021). Sotkanet.fi. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy4PAwA=&region=s07MtDZMtNZNKgQA&year=sy5zBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740>

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>

Steer, R. A., Rissmiller, D. J. & Beck, A. T. (2000). Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour research and therapy*, 38(3), 311-318. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00068-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00068-6).

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965–978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>

Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492–507. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.beth.2020.07.002>

Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Kayrouz, R., Klein, B., Gandy, M., & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 193–205. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.beth.2014.09.008>

Tiwari, S., Tripathi, R., Kumar, A., Kar, A., Singh, R., Kohli, V. & Agarwal, G. (2014). Prevalence of psychiatric morbidity among urban elderlies: Lucknow elderly study.(Original Article)(Report). *Indian Journal of Psychiatry*, 56(2), 154. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.130496>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi* (6. painos). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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*, 152–154(1), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.032>

- Wasilewski, M. B., Stinson, J. N. & Cameron, J. I. (2017). Web-based health interventions for family caregivers of elderly individuals: A Scoping Review. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 103, 109-138. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.04.009>
- Wegner D, Zanakos S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 62(4) 615–640. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ym. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: A Preliminary Report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Alonso, F. M., Bower, E. S., Steiner, A. R. W., & Afari, N. (2016). Age moderates response to acceptance and commitment therapy vs. Cognitive behavioral therapy for chronic pain. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 302–308. <https://doi.org/10.1002/gps.4330>
- Whitney, S., Daly, A., Lin, Y. & Mccracken, L. (2017). Treatment of Chronic Pain for Adults 65 and Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psychological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 18(2), 252-264. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw073>
- Williams, J., Vaughan, F., Huws, J. & Hastings, R. (2014). Brain injury spousal caregivers' experiences of an acceptance and commitment therapy (ACT) group. *Social Care and Neurodisability*, 5(1), 29-40. <https://doi.org/10.1108/SCN-02-2013-0005>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A. & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- Xiang, X., Wu, S., Zuverink, A., Tomasino, K.N., An, R., & Himle, J.A. (2020). Internet-delivered cognitive behavioral therapies for late-life depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, Vol.24(8), 1196-1206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590309>
- Yardley, L., Spring, B. J., Riper, H., Morrison, L. G., Crane, D. H., Curtis, K., . . . Blandford, A. (2016). Understanding and promoting effective engagement with digital behavior change interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 833-842. doi:<https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/j.amepre.2016.06.015>

Zambianchi, M., Rönnlund, M. & Carelli, M. (2019). Attitudes towards and use of information and communication technologies (ICTs) among older adults in Italy and Sweden: The influence of cultural context, socio-demographic factors, and time perspective. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 34(3), 291–306. <https://doi.org/10.1007/s10823-019-09370-y>

## **LIITE 1.**

### **Loppukysely**

5. Minkälaista hyötyä olet saanut tutkimuksessa mukanaolosta?
7. Mikä OMApolku-ohjelmassa oli mielestäsi toimivaa/hyvää?
8. Millä tavoin haluaisit parantaa/kehittää OMApolku-ohjelmaa?
9. Sana on vapaa! Mitä muuta haluaisit kertoa meille?

### **Loppuhaastattelu**

1. Minkälainen kokemus osallistuminen ohjelmaan oli?
2. Saitko hyötyä osallistumisesta tähän ohjelmaan? Jos kyllä, kerro minkälaista hyötyä. Jos et hyötynyt, kerro miksi.
3. Mitä olet oppinut? Mitä oppimastasi voisit ylläpitää jatkossa?
4. Oliko OMApolku-ohjelma mielestäsi helppokäyttöinen? Jos vastasit ei, kerro, mihin haluaisit parannuksia.
5. Mistä OMApolku-ohjelman eri etapeista pidit eniten tai koit saaneesi eniten hyötyä? Voit mainita useamman. Miksi?
6. Mitä pidit keskustelupalstasta?
7. Voisitko suositella OMApolku-ohjelmaa muille omaishoitajille? Perusteluja suosittelemiselle/ei-suosittelemiselle.
8. Mitä omaishoitajille tarjottavassa etäkuntoutusmallissa olisi jatkossa mielestäsi hyvä olla mukana?
9. Muita ajatuksia? Vapaa keskustelu.