

760

# **MS-TAUTIA SAIRASTAVIEN STRESSAANTUNEISUUS JA COPING-STRATEGIAT**

Pia Pajari

Pia Polo

Erityispedagogiikan

pro gradu -tutkielma

Kevät 1998

Erityispedagogiikan laitos

Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kognitiivisen psykologian näkökulmasta MS-tautia sairastavien henkilökohtaista hyvinvointia stressaantuneisuuden ja coping-strategioiden kautta sekä kuvailevalla että selittävällä lähestymistavalla ja tuottaa uutta perustietoa Suomen MS-liiton palveluiden kehittämiseen. MS-tautia sairastavien hyvinvointia ja yksilöllisiä piirteitä selvitettiin stressiteoreettisen viitekehyksen yksilöpsykologisesta näkökulmasta.

Kyselylomakkeet postitettiin 500:lle satunnaisotannalla valitulle MS-tautia sairastavalle. Tutkimuksen lopullinen koehenkilömäärä oli 293. Heistä naisia oli 204 ja miehiä 89. Stressaantuneisuuden mittaamiseksi käytettiin Cohenin, Kamarckin ja Mermelsteinin (1983) stressimittaria sekä coping-strategioiden mittaamiseksi Carverin, Scheierin ja Kumari Weintraubin (1989) coping-mittarista lyhennettyä versiota. Mittarit suomennettiin tätä tutkimusta varten. Lisäksi tutkittiin apuvälineiden käytön useutta, arkuutta ja riittävyttä taustatietojen ohella.

MS-tautia sairastavien naisten ja miesten stressaantuneisuudessa ei ollut eroa. Coping-strategioiden ja stressaantuneisuuden välisten yhteyksien tutkiminen osoitti, että naisilla coping-strategioista käytöksellinen sitoutumattomuus, suunnitteleminen, aktiivinen coping, hyväksyminen, sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä sekä keskittyminen ja tunteiden purkaminen olivat yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia naiset olivat, sitä enemmän he käyttivät käytöksellistä sitoutumattomuutta sekä keskittymistä ja tunteiden purkamista stressistä selviytymiskeinoinaan. Coping-strategioista suunnittelemista, aktiivista copingia, hyväksymistä sekä sosiaalisen tuen etsimistä emotionaalisista syistä naiset käyttivät sitä vähemmän, mitä stressaantuneempia he olivat.

Miehillä coping-strategioista keskittyminen ja tunteiden purkaminen, käytöksellinen sitoutumattomuus, suunnitteleminen, aktiivinen coping, positiivinen tulkinta ja kasvu sekä itsehillinnän coping olivat yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia miehet olivat, sitä enemmän he käyttivät coping-strategioinaan keskittymistä ja tunteiden purkamista sekä käytöksellistä sitoutumattomuutta. Coping-strategioista suunnittelemista, aktiivista copingia, positiivista tulkintaa ja kasvua sekä itsehillinnän copingia miehet käyttivät sitä vähemmän, mitä stressaantuneempia he olivat. Coping-strategiat selittivät naisilla 30% ja miehillä 43% stressaantuneisuuden vaihtelusta.

MS-tautia sairastavat eivät olleet kovin stressaantuneita. Naiset olivat miehiä taipuvaisempia käyttämään tunnekeskeistä copingia stressistä selviytymiseen. Tutkimustuloksia voitaisiin soveltaa MS-tautia sairastavien sopeutumisvalmennuksessa kiinnittämällä huomiota coping-strategioihin ja muihin yksilöllisiin piirteisiin.

**Asiasanat:** stressi, coping, MS-tauti

# SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	2
1 JOHDANTO.....	5
2 MS-TAUTI.....	7
2.1 Taudinkulku.....	7
2.2 Oireet ja niistä johtuvia haittoja.....	8
2.3 Esiintyminen.....	10
2.4 MS-taudin syistä.....	11
3 STRESSI JA COPING.....	13
3.1 Stressi.....	13
3.2 Psykologinen stressi.....	14
3.3 Kognitiivinen arviointi.....	14
3.4 Coping.....	21
4 TUTKIMUSONGELMAT.....	27
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
5.1 Koehenkilöiden valinta.....	29
5.2 Koehenkilöt.....	29
5.3 Muuttajat ja niiden mittaaminen.....	31
5.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
5.4.1 Validiteetti.....	33
5.4.1.1 Ulkoinen validiteetti.....	33
5.4.1.2 Sisäinen validiteetti.....	34
5.4.2 Reliabiliteetti.....	38
5.4.2.1 Ulkoinen reliabiliteetti.....	38
5.4.2.2 Sisäinen reliabiliteetti.....	39
5.5 Aineiston analysointi.....	41

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	42
6.1 Apuvälineiden käyttö .....	42
6.2 Coping-strategiat .....	46
6.3 Stressaantuneisuus .....	52
6.4 Miten coping-strategiat selittävät stressaantuneisuutta? .....	53
7 POHDINTA .....	59
7.1 Tulosten arviointia .....	59
7.2 Tutkimusmenetelmän arviointia .....	61
7.3 Tulosten soveltaminen .....	63
LÄHTEET .....	65
LIITTEET .....	75

## 1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kognitiivisen psykologian näkökulmasta MS-tautia sairastavien henkilökohtaista hyvinvointia stressaantuneisuuden ja coping-strategioiden kautta sekä kuvailevalla että selittävällä lähestymistavalla ja tuottaa uutta perustietoa Suomen MS-liiton palveluiden kehittämiseen. Tietoa coping-strategioiden käytöstä ja niiden yhteydestä stressaantuneisuuteen tarvitaan, jotta MS-tautia sairastaville voitaisiin antaa psykologista tukea mm. arjesta selviytymiseen.

MS-tautia sairastavien hyvinvointia on tutkittu mm. masentuneisuuden (McIvor, Riklan & Reznikoff 1984) ja emotionaalisen stressin kautta (Warren, Greenhill & Warren 1982; Warren, Warren & Cockerill 1991). Franklinin, Nelsonin, Heatonin, Burksin & Thompsonin (1988) tutkimuksessa on tutkittu MS-taudin pahenemisvaiheiden ja stressaantuneisuuden suhdetta. MS-tautia sairastavien hyvinvointia ei juurikaan ole tutkittu stressin ja copingin näkökulmasta. MS-tauti on yksilöllisesti etenevä pitkäaikaissairaus (Walsh & Walsh 1989, 793), mikä vaikuttaa MS-tautia sairastavien yksilölliseen hyvinvointiin. Tällöin hyvinvoinnin tutkiminen stressiteoreettisesta näkökulmasta on perusteltua. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa, miten MS-potilaita voidaan ohjata kognitiivisten terapiamenetelmien avulla käyttäytymään ja selviytymään coping-strategioiden avulla tehokkaammin stressistään.

MS-tautia sairastavien hyvinvointia ja yksilöllisiä piirretekiöitä on selvitetty stressiteoreettisen viitekehyksen yksilöpsykologisesta näkökulmasta. Lähestymistapana on käytetty kognitiivista stressimallia ja tulkintaa etupäässä Lazaruksen (1966) sekä Lazaruksen ja Folkmanin (1984) mukaan. Tämän mallin mukaan psykologinen stressi on yksilön ja ympäristön välinen suhde, jota yksilö arvioi (Lazarus & Folkman 1984, 19).

Tässä tutkimuksessa on käytetty stressi- ja coping-mittareita. Pitkäaikaissairaiden hyvinvointia on tutkittu näin, koska tutkimuksen lähtökohtana on ollut olettaus, että MS-tautia sairastavien tukemisessa on tärkeää ymmärtää sairauden seuraamusten yksilöllinen kokeminen. Holmes ja Rahe (1967) esittelevät vaihtoehtoisen tavan tulkita psykologista stressiä. Vaikea vamma tai sairaus oli Holmesin ja Rahen (1967,

213-216) tutkimuksen mukaan kuudenneksi kuormittavimmaksi koettu elämäntapahtuma puolison kuoleman, eroamisen, avioeron, vankila-ajan ja läheisen perheenjäsenen kuoleman jälkeen. Selyen (1993, 7) fysiologisen stressimallin mukaan stressi on elimistön epäspesifinen mentaalinen tai somaattinen seuraus mihin tahansa kehon ulkopuoliseen vaatimukseen.

Fysiologisten (Selye 1976; Selye 1993) ja psykologisten stressimallien lisäksi on olemassa sosiologisia stressimalleja. Sosiologisista stressimalleista esimerkkeinä ovat kaksois-ABCX -malli ja Family Adjustment and Adaptation Response (FAAR) -malli (Lavee, McCubbin & Patterson 1985; McCubbin & Patterson 1983; Patterson 1988).

Stressiä on tutkittu monenlaisissa konteksteissa. On tutkittu mm. lasten stressiä (Sorensen 1993), lahjakkaiden koululaisten luokkahuonestressiä (Fimian, Fastenau, Tash & Cross 1989), yliopisto-opiskelijoiden stressiä (Towbes & Cohen 1996), vanhempien stressiä (Abidin & Wilfong 1985; Hadadian & Merbler 1996; Miner 1986), vammaisten ja kroonisesti sairaiden perheiden stressiä (Innocenti, Huh & Boyce 1992; Holroyd ja Guthrie 1986), vanhusten ja pitkäaikaissairaiden huoltajien stressiä (Wallsten 1993; Quayhagen ja Quayhagen 1988) ja työstressiä esimerkiksi eri ammattiryhmissä (Burke & Greenglass 1993; Daniels & Guppy 1995; Johnson, Thomas & Riordan 1994; Sheffield, Dobbie & Carroll 1994; Van der Pompe & De Heus 1993).

Pitkäaikaissairaiden stressiä on tutkittu mm. nuoruusiän reumaa sairastavilla (Timko, Stovel, Baumgartner & Moos 1995), syöpää, nivelreumaa ja verenpainetautia sairastavilla aikuisilla (Revenson & Felton 1985), diabetesta (Krause 1995; Revenson & Felton 1985), sirppisoluanemiaa (Thompson, Gil, Abrams & Phillips 1992) ja kroonista obstruktiivista keuhkosairautta sairastavilla aikuisilla (Leidy 1990). Pitkäaikaissairaiden coping-strategioita on tutkittu sirppisoluanemiaa sairastavilla aikuisilla (Thompson et al. 1992), välimerenanemiaa sairastavilla nuorilla (Zani, DiPalma & Vullo 1995) ja aikuisilla nivelreumapotilailla (Revenson ja Felton 1989). Syöpäpotilaiden hyvinvointia on tutkittu analysoimalla copingin tehokkuutta (Filipp, Klauer, Freudenberg & Ferring 1990).

## 2 MS-TAUTI

### 2.1 Taudinkulku

MS-tauti eli multippeliskleroosi eli pesäkekovettumatauti on keskushermoston tulehduksellinen sairaus (Tienari, Palo, Wikström & Palotie 1994, 741). Tauti on etenevä pitkäaikaissairaus (Walsh & Walsh 1989, 793), joka aiheuttaa muutoksia isoissa aivoissa, pikkuaivoissa ja selkäytimessä. Muutokset ovat pesäkkeittäisiä, sattumanvaraisia ja hajallaan keskushermoston valkeassa aineessa eli myeliinissä, joka muodostuu hermoston tukisoluista. Myeliinin rakenteen rikkoutuessa hermosolun sähköinen toiminta estyy. Tästä aiheutuvat erilaiset hermoston häiriöt ilmenevät potilailla moninaisina oireina. (Ruutiainen 1989, 4; Ruutiainen 1991, 3-5; Wikström, Nurmi & Panelius 1985, 7.)

MS-tauti on etenevä, oireet vaihtelevat suuresti ja ovat yksilöllisiä. On tavallista, että oireiden lukumäärä lisääntyy ja laatu vaihtelee MS-taudille tyypillisten pahenemisvaiheiden aikana. Pahenemisvaiheet eivät ole etukäteen ennustettavissa, koska taudinkulku ja etenemistapa ovat yksilöllisiä. (Wikström et al. 1985, 37.)

MS-tautiin sairastunut toipuu ensimmäisistä pahenemisvaiheista yleensä täysin. Myöhempien pahenemisvaiheiden myötä oireita jää pysyviksi. (Ruutiainen 1991, 19.) Tyypillisesti MS-taudin pahenemisvaihe kestää 5-12 viikkoa (Wikström & Panelius 1992, 79). Pahenemisvaiheen jälkeen oireet häviävät noin 1-2 viikon aikana. Pahenemisvaiheiden välillä on pitkiä jaksoja, jolloin oireet ovat vähäisiä ja sairaus tuntuu pysähtyneen. Pahenemisvaiheet loppuvat yleensä noin kymmenen sairastamisvuoden kuluessa, jonka jälkeen sairaus etenee tasaisemmin. (Ruutiainen 1991, 19.) MS-tauti voi pysyä elinikäisesti oireettomana tai se voi johtaa pysyvään liikuntakyvyttömyyteen vajaassa vuodessa (Ruutiainen 1992, 101).

MS-taudin oireita ja taudinkulkua on vaikea ennustaa (Ruutiainen 1992, 101). Merkittävin taudinkulun ennustaja on kuitenkin sairastumisikä. Alle 35-vuotiailla sairaus etenee aaltomaisesti, koska nuorella elimistöllä on hyvä palautumiskyky. Yli 35-vuotiailla sairaudenkulku on tasaisempaa. (Wikström & Panelius, 1992.) Alusta

asti tasaisesti etenevä MS-tauti on ennusteeltaan kaikkein huonoin (Wikström & Panelius 1992, 78).

## 2.2 Oireet ja niistä johtuvia haittoja

MS-taudin oireet riippuvat siitä, mikä keskushermoston osa on tulehtunut. Tulehtuneita pesäkkeitä saattaa olla monessa paikassa, jolloin myös oireita on enemmän. Tulehtuneen alueen koko voi vaihdella, mutta laaja-alainen tulehdus ei aina merkitse voimakkaita oireita. Tulehduspesäke voi olla myös oireeton. (Wikström et al. 1985, 30.)

MS-taudin oireet ovat hyvin moninaiset. Yleisin oire on väsymys, joka voi olla myös taudin ainoa oire (Ruutiainen 1992, 101). MS-tautiin liittyy usein myös tunto-oireita (tuntoaistin herkistyminen, kutina, nipistely ja puutuminen), joista osa voi olla kivuliaita sekä erilaisia näköoireita. Niitä ovat esimerkiksi näön hämärtyminen hetkellisesti mm. ruumiillisen rasituksen jälkeen tai saunassa, kivut silmiä liikutellessa, katseen kohdistamis- ja pysäyttämistä vaikeudet sekä kaksoiskuvat. Näköhermon tulehduksessa toisen tai molempien silmien näkö hämärtyy nopeasti lähes kokonaan. Normaalisti näkö palautuu ennalleen muutaman päivän tai viikon kuluessa. (Ruutiainen 1991, 13-14; Ruutiainen 1992, 102.)

Yksi tyypillinen oire on lihasvoiman heikkous, joka on yleisempää alaraajoissa kuin yläraajoissa. Heikentyneisiin lihaksiin ilmaantuu jäykkyyttä eli spastisuutta. Tämä ilmenee käytännössä liikkeiden kankeutena. (Ruutiainen 1991, 14-15; Wikström et al. 1985, 30.) Lihasvoiman heikkous haittaa etenkin ruumiinvoimaa vaativia töitä (Ruutiainen 1992, 101). Alaraajahalvaus, joka on epätavallinen MS-potilailla, sekä lihasjäykkyys voivat haitata itsenäistä siirtymistä pois pyörätuolista, pukeutumista ja wc-toimia. Yläraajojen hallitsematon koordinaatiohäiriö, joka on yksittäisistä vajaatoiminnoista invalidisoivin, vie omatoimisuuden melkein kaikista henkilökohtaisista toiminnoista. (Ruutiainen 1991, 14; Ruutiainen 1992, 103.)



Tasapainohäiriöt, jotka ovat oireita pikkuaivojen, aivorungon tai selkäytimen alueen vaurioista, potilas kokee mm. epävarmuutena, huimauksena ja käsien vapinana (Ruutiainen 1991, 15; Ruutiainen 1992, 102; Wikström et al. 1985, 30). Tasapainohäiriöt korostuvat sellaisissa tilanteissa, joissa potilas ei pysty varmistamaan omaa asentoaan katseellaan (Wikström et al. 1985, 30). Tasapainovaikeudet voivat täydellisesti estää kodin ulkopuolella asioimisen varsinkin, jos MS-potilaalla on lisäksi heikko näkö ja lihasvoima tai virtsanpidättämisen vaikeuksia. Potilaan liikkuminen portaissa, maastossa, jäällä, sateessa ja pimeässä vaikeutuu. Pahasta koordinaatiohäiriöstä kärsivät eivät pysty käyttämään käsiään juuri ollenkaan. Vartalon hallintavaikeudet estävät hankalimmillaan istumisen pyörätuolissa ilman turvavyötä. (Ruutiainen 1992, 102.)

MS-potilailla virtsarakon toimintahäiriö on vain harvoin alkuaireena. Heillä esiintyy virtsan varastoinnin ongelmia, tyhjenemisvaikeuksia tai molempia yhdessä. Tyhjenemisvaikeuksien hoidossa voidaan käyttää toistokatetrointia. (Puolakka 1992, 95-98.) Yleisimpiä oireita ovat tihentynyt virtsaamistarve ja virtsan pidätyskyvyn heikentyminen (virtsan karkailu) ponnistusten yhteydessä (Ruutiainen 1991, 15; Wikström et al. 1985, 31). On tärkeää yrittää ehkäistä virtsatulehdukset kuten muutkin tulehdukset, koska ne laukaisevat usein MS-taudin pahenemisvaiheen (Ruutiainen 1991, 15, 19). Virtsarakon toimintahäiriöt saattavat hankaloittaa sosiaalista kanssakäymistä, koska tihentynyt virtsaamistarve aiheuttaa tavallista useampia wc-käyntejä.

Sukupuolielämän ongelmat ovat yleisiä MS-potilailla (Minderhound, Leemhuis, Kremer, Laban & Smiths 1984, 305; Puolakka 1992, 98). Sairauteen voi kuulua seksuaalisen mielenkiinnon vähentymistä, joka on ohimenevää. Tämä voi rasittaa parisuhdetta. (Ruutiainen 1991, 16; Ruutiainen 1992, 103.) MS-muutokset selkäytimessä aiheuttavat joskus erektiovaikeuksia miehille ja orgasmivaikeuksia naisille, ja ne korjaantuvat usein itsestään. (Ruutiainen 1991, 16.) Kirjallisuuden perusteella seksuaalihäiriöiden syyt eivät ole yksiselitteiset, eivätkä tutkijatkaan ole aina asiasta yhtä mieltä. Sukuelinten samoin kuin virtsarakon ja suoliston oireet johtuvat selkäytimen tulehduksesta. Psykkiset tekijät voivat myös osittain selittää sukupuolista kyvyttömyyttä. (Wikström et al. 1985, 31.)

Ruutiainen (1992, 102) mukaan masennus on tavallisin MS-tautiin liittyvä mielenterveyden häiriö. Masennus johtuu siitä, että sairauden ennusteesta ei ole tarkkaa tietoa ja erilaiset oireet voivat rajoittaa elämää. Nämä masennusvaiheet menevät yleensä ohi itsestään. (Ruutiainen 1991, 16-17.) McIvorin, Riklanin ja Reznikoffin (1984, 1031) tutkimuksen mukaan mitä masentuneempi MS-potilas on, sitä useammin hän tuntee saavansa vähän tai ei ollenkaan sosiaalista tukea.

Muita MS-taudin oireita ovat mm. ummetus, muistihäiriöt ja epäselvä puhe (Ruutiainen 1991, 16, 18; Plummer & Michael 1983, 5). Nämä ovat harvinaisia, eikä niitä mainita edes kaikissa MS-taudin oireita käsittelevässä kirjallisuudessa.

Työntekoa haittaavia ongelmallisimpia oireita ovat yläraajojen dysmetria, virtsankarkailu ja kognitiivisen tason lasku. Omatoimisuus pysyy tavallisesti sairauden viimeisiin vuosiin ja pitkälle vanhuuteen saakka. (Ruutiainen 1992, 103.) Kolme neljästä MS-potilaasta voi itse huolehtia päivittäisistä tarpeistaan ja elämä on melko normaalia (Plummer & Michael 1983, 5).

MS-potilaat voivat syrjäytyä helposti sosiaalisesta elämästä. Työ on ihmisen psyykkiselle hyvinvoinnille merkittävä asia. Yksilön siirtyessä eläkkeelle katoaa tärkeitä vuorovaikutuksia ja ihmiskontakteja. Monet luopuvat entisistä harrastuksistaan liikuntakyvyn huonontumisen, virtsankarkailun ja silmäoireiden vuoksi. (Ruutiainen 1992, 103.) Sosiaaliset ongelmat lisääntyvät, kun fyysisiä ongelmia on enemmän. Fyysinen kykenemättömyys on merkittävin tekijä yksilön sosiaaliselle ja fyysiselle hyvinvoinnille. (Stenager, Knudsen & Jensen 1991, 127.)

### **2.3 Esiintyminen**

Maassamme on noin 5000 MS-tautia sairastavaa (Suomen MS-liitto ry). MS-tautiin sairastuminen on epätodennäköistä alle 15- ja yli 55-vuotiaana. Suurin osa (2/3) saa tiedon sairastumisestaan 20-40 vuoden iässä. (Ruutiainen 1991, 6.) Sairaus on naisilla 1,5-2 kertaa yleisempi kuin miehillä (Tienari 1993, 5; Tienari et al. 1994, 74).

Esiintymistiheys vaihtelee huomattavasti maittain ja maanosittain. Korkean elintason maissa tauti on yleisempää. Runsaimmin MS-tautia esiintyy Skandinaviassa, Keski-Euroopassa, USA:n pohjoisosissa, Kanadassa, Etelä-Australiassa ja Uudessa-Seelannissa. (Wikström et al. 1985, 6.)

Arktisilla alueilla, lähellä päiväntasaajaa olevissa maissa, Japanissa, Intiassa ja Kiinassa tauti on erittäin harvinaista. Afrikan mustassa väestössä tautia ei esiinny lainkaan. (Wikström et al. 1985, 6.) Esiintyvyyserojen on arveltu johtuvan ympäristö- ja perintötekijöistä (Tienari et al. 1994, 742).

Suomessa on MS-tautia sairastavia eniten Pohjanmaalla. MS-taudin esiintymistiheys ilmoitetaan sairastavuutena, mikä on sairastapausten lukumäärä 100 000 asukasta kohti tietyllä hetkellä. Pohjanmaalla sairastavuus on yli 100. (Wikström et al. 1985, 6.) Vuonna 1975 tehdyn tutkimuksen mukaan Vaasassa sairastavuus on 60,8, kun se on koko Suomessa 39,6 (Wikström 1975, 175). Suomi kuuluu MS-taudin maiden välisten esiintyvyyksien vertailussa suuren riskin alueeseen. Itä- ja Länsi-Suomen väliset esiintyvyyserot tukevat käsitystä siitä, että geneettiset tekijät ovat yhteydessä sairastumiseen. (Wikström & Panelius 1992, 78.) Kirjallisuudesta ei selvinnyt tarkkoja syitä alueellisiin eroihin Suomessa.

## **2.4 MS-taudin syistä**

Epidemiologisten tutkimusten mukaan MS-taudin aiheuttaa ulkoinen tekijä, joka vaikuttaa elimistöön lapsuudessa tai varhaisessa nuoruudessa. MS-taudin syynä voivat olla lapsuuden aikaiset ympäristötekijät. Yhdistämällä epidemiologian ja virologian havainnot on arveltu, että taudin aiheuttajina saattaisivat olla tavalliset lapsuudessa sairastetut virustaudit. Itse multippeliskleroosivirusta ei ole kuitenkaan löydetty. (Wikström & Panelius 1992, 77.)

MS-tautia ei voida pitää perinnöllisenä. Kuitenkin sairastumisalttius määräytyy ainakin osittain perinnöllisten tekijöiden mukaan. Lähisukulaisilla sairastumisriski on suurempi. (Ruutiainen 1991, 7.) Suurin riski sairastua on identtisellä kaksosella (250-

400-kertainen). Seuraavaksi suurin riski on sisaruksilla (20-kertainen). 10-kertainen riski sairastua on MS-potilaan lapsilla. Sukulaisuuden muuttuessa edellä mainittuja etäisemmäksi sairastumisvaara pienenee ja sairauden todennäköisyys ei ole normaalia suurempi. (Ruutiainen 1991, 7; Tienari et al. 1994, 743.) Pohjanmaalla suvuittain sairastuminen on yleisintä. Tautia esiintyy sisaruksissa 25 kertaa useammin kuin muussa väestössä. (Wikström et al. 1985, 20.)

### 3 STRESSI JA COPING

#### 3.1 Stressi

Lazaruksen (1966, 2) mukaan monet tieteenalat kuten psykologia, sosiologia ja antropologia tutkivat stressiä. Stressin vaikutus käyttäytymiseen näyttää Lazaruksen mukaan olevan suuri. Stressille ei ole olemassa yhteistä sovittua terminologiaa. Lazarus (1966, 29) tarkastelee stressi-käsitettä lähellä psykologian termejä tunne ja sopeutuminen. Vaikka stressi-termillä on paljon merkityksiä, stressin kriittiset, teoreettiset ja empiiriset kysymykset ja asiat ovat aina samoja. Näitä ovat ulkoisten ja sisäisten voimien tuottamat stressireaktiot, näiden reaktioiden muoto sekä rakenteet ja prosessit, jotka tapahtuvat stressiärsyksen ja -reaktion välillä. Lazarus (1966, 4) katsoo stressireaktioiden johtuvan olosuhteista, jotka häiritsevät tai vaarantavat esimerkiksi sosiaalisille arvoille altistuneita ihmisiä. Lazaruksen (1966, 5) mukaan stressiä tarkasteltaessa stressiärsyke määritellään reaktion kautta, kun taas stressireaktio määritellään sen suhteesta stressiärsykkeeseen.

Haanin (1993, 258) mukaan on todettu, että stressin tutkiminen tieteellisesti on vaikeaa. Stressi on pelkistäen kaikkea sitä, mikä stressaa ihmistä. Stressi -käsitteen olennaiset ominaisuudet eivät ole kuitenkaan selviä. Stressi, coping ja puolustautuminen määritellään mahdollisimman yksiselitteisesti, jotta asioista voidaan keskustella. Stressi on myös Stoyvan & Carlsonin (1993, 724) mukaan vaikea käsite. Siihen yhdistetään käytännöllisesti katsoen kaikki se, mistä ei pidetä. Stressiin liittyviä häiriöitä käsiteltäessä esitetään tiettyjä pääkomponentteja, joista yksi on coping/lepolottuvuus. Aktiivisen copingin vaiheesta sekä lepovaiheesta voidaan katsoa, miten yksilö reagoi stressiin. Haanin (1993, 258) mukaan stressiä esiintyy silloin, kun ihmisen omasta näkemyksestä jokin tilanne on huono jokapäiväisessä elämässä. Haanin (1993, 259) mukaan stressin kokeminen ei aina johda henkilön huononemiseen/rappeutumiseen. Odotettaessa henkilön huononemista stressin takia odotetaan kuitenkin päinvastoin stressin hyödyntävän ihmistä tekemällä hänet kestävämmäksi, hellemmäksi ja vaatimattommaksi.

### 3.2 Psykologinen stressi

Lazaruksen ja Folkmanin (1984, 19, 21) mukaan psykologinen stressi on yksilön arvioima itsensä ja ympäristönsä välinen suhde, jonka hän voi kokea kuluttavaksi tai resurssit ylittäväksi ja hyvinvoinnin vaarantavaksi. Asia, joka on stressaava jollekin yksilölle, ei välttämättä ole stressaava toiselle. (Lazarus & Folkman 1984, 19, 21.) Ne tekijät, jotka aiheuttavat psykologista stressiä eri yksilöille, riippuvat siis sekä yksilön ominaisuuksista että ympäristöllisten tapahtumien luonteesta. Stressi määritellään yksilöiden ja tilanteiden välisinä vuorovaikutuksina, eikä pelkästään yksilön tai tilanteen kautta. (Lazarus 1966, 5; Lazarus & Folkman 1984, 19, 21.) Tätä yksilön ja ympäristön välistä suhdetta voidaan tarkastella kognitiivisen arvioinnin ja copingin kautta. (Lazarus & Folkman 1984, 19, 21.)

Lazarus (1966, 22) olettaa, että tärkeät yksityiskohdat psykologisen stressin tuottamisessa ja vähentämisessä eroavat riippuen siitä, millä kehitystasolla (esim. vauva, pieni lapsi, kypsä aikuinen) ihminen on. Olosuhteet, jotka tuottavat stressireaktioita sekä reaktiot itsessään näyttävät vaihtelevan myös kulttuurin mukaan (Lazarus 1966, 22). Universaalit prosessit, kuten syyllisyys, masennus ja tietyt asiat, joista ihminen tuntee syyllisyyttä, vaihtelevat kulttuurimallien ja yksilön arvojen sisäistämisen mukaan (Lazarus 1966, 23).

### 3.3 Kognitiivinen arviointi

Lazaruksen ja Folkmanin (1984, 19) mukaan kognitiivinen arviointi määrittää miksi ja kuinka stressaava tietty tapahtuma tai tapahtumasarja yksilön ja ympäristön välillä on. Coping on prosessi, jonka avulla yksilö selviytyy sekä stressaavista yksilön ja ympäristön välisen suhteen vaatimuksista että niistä tunteista, joita yksilö-ympäristö -suhde synnyttää.

Lazarus nimittää yksilön hyvinvoinnille merkittävän tapahtuman arviointia primääriksi arvioinniksi. Tapahtuma voi olla irrelevantti, suotuisa-positiivinen tai stressaava. Stressaava arvio voi olla haitta, uhka tai haaste. Haitta voi olla mm. itsearvostuksen vähentyminen. Uhka voi viitata samantyyppiseen vaurioon kuin haitassa tai

vahingossa. Erona on se, että vauriota ei ole tapahtunut, vaan se on odotettavissa tai ennakoitavissa. Haasteella viitataan tilaisuuteen kasvaa, hallita tai saavuttaa jotakin. (Lazarus 1981, 192-193; Lazarus & Folkman 1984, 32-33.)

Primaari arviointi sisältää palautteen mahdollisuuden yksilön ja ympäristön välisen suhteen muutoksista. Lazarus kutsuu tätä uudelleenarvioinniksi. Tunteemme muuttuvat jatkuvasti sekä intensiteetiltään että laadultaan, koska jatkuvasti arvioimme ja uudelleenarvioimme tapahtumia. (Lazarus 1981, 193-194.)

Sekundaari arviointi on päätös siitä, mitä voisi ja voi tehdä selviytyäkseen jostakin uhkaavasta tai haastavasta tilanteesta. Sekundaarissa arvioinnissa huomioidaan saatavilla olevat coping-vaihtoehdot ja arvioidaan, saako coping-keino aikaan sen, mitä sen oletetaan saavan sekä pystyykö yksilö soveltamaan tiettyä strategiaa tehokkaasti. (Lazarus & Folkman 1984, 35.) Näistä odotuksista voidaan käyttää nimityksiä lopputulos- ja pystyvyysodotukset. Lopputulosodotus on yksilön arvio siitä, että käyttäytyminen johtaa tiettyyn lopputulokseen. Pystyvyysodotus viittaa yksilön vakaumukseen, että hän osaa suorittaa onnistuneesti vaaditun käyttäytymisen tuottaakseen lopputuloksen. (Bandura 1977, 193.)

Coping-termillä viitataan strategioihin, joilla käsitellään uhkaa (Lazarus 1966, 151). Uhka ja stressireaktiot ovat coping-prosessien heijastumia tai seurauksia, joiden tarkoituksena on vähentää uhkaa. Coping-prosessit ovat riippuvaisia kognitiivisesta aktiviteetista samalla tavoin kuin ensisijaisessa eli primaarissa arvioinnissa. Tämä viittaa kognitiiviseen aktiviteettiin, joka kuuluu copingissa toissijaiseen eli sekundaariin arviointiin, johon liittyvät uhkan aste, tekijät ärsykkeeseen ulkomuodossa sekä psykologisen rakenteen vaikutus toissijaisen arvioinnin prosessissa. (Lazarus 1966, 25, 152) Toissijaisen arvioinnin erottaa ensisijaisesta arvioinnista informaatiolähde. Toissijaiseen arviointiin kuuluvat minkä tahansa coping-toiminnan seuraukset, kun taas ensisijaisen copingin aluetta ovat uhkaavat haitat. (Lazarus 1966, 208.)

Uhka on ilmaisu tilalle, jossa yksilö ennakoi selkkauksen jossakin haitallisessa olosuhteessa. Ärsykkeet, jotka ovat seurausta uhkaaville tai ei-uhkaaville reaktioille,

ovat yksilölle vihjeitä tulevista olosuhteista. Nämä ja muut vihjeet voidaan arvioida kognitiivisten prosessien arvioinnin kautta, joka on riippuvainen sekä ärsykkeen ulko-muototekijöistä että yksilön psykologisen rakenteen tekijöistä. (Lazarus 1966, 25.)

Lazaruksen mukaan motiivit ovat tärkeitä copingia määriteltäessä, koska ne kertovat, minkälaiset toiminnot tuovat esiin lisäuhkia. Tietyt egon voimavarat vaikuttavat suoraan copingiin eivätkä arviointien kautta. Piirteiden paljouden on todettu panevan toimeen sen, että yksilö puolustautuu tietyllä tavalla uhkaa vastaan. Yleiset uskomukset ympäristöstä ja yksilöiden coping-resursseista vaikuttavat myös yksilön tapaan selviytyä uhkasta. (Lazarus 1966, 256.)

Uhka on todennäköisempi silloin, kun nimenomainen ympäristö on vaarallinen tai vihamielinen ja yksilöltä puuttuvat resurssit tilanteen hallitsemiseksi (Lazarus 1981, 193). Kun on havaittu uhkaava ärsyke, käynnistyvät kognitiivisesta aktiviteetista riippuvat coping-prosessit. (Lazarus 1966, 25.)

Tapahtumaan liittyvät arvot, sitoumukset ja päämäärät vaikuttavat siihen, miten yksilö tulkitsee tilanteen ja siten myös tunteisiin, joita yksilö kokee (Lazarus & Folkman 1984, 284). Coping on avaintekijä emootioissa. Se ei ainoastaan seuraa emootioita, vaan myös muovaa myöhempiä tunteita. Ongelmakeskeinen coping sisältää menettelyjä, jotka muuttavat yksilön ja ympäristön välistä suhdetta vaikuttamalla joko suoraan yksilöön tai ympäristöön. Emootioihin keskittyvä coping muuttaa ainoastaan sitä, mitä yksilöllä on mielessä joko välttelemällä tai muuttamalla tapahtuman merkitystä (esim. kieltämällä). (Lazarus 1991b, 830) Tunne, fyysiset muutokset, käyttäytymismotoriset ilmaisut ja mukautettu toiminto määrittelevät termiä emootio. (Lazarus 1966, 10.) Emootio on reaktio merkitykseen. Jos merkitystä muutetaan, myöhemmissä emootiossa tapahtuu myös muutos. (Lazarus 1991b, 830.) Emootiot vaikuttavat myös voimakkaasti ihmisten välisiin sosiaalisiin suhteisiin sekä siihen, miten ihmiset ajattelevat ja toimivat (Lazarus 1993b, 21). Lazarus (1993b, 24) kategorisoi emootiot seurauksiksi haitoista, menetyksistä ja uhkista tai eduista ja hyödyistä. Emootiot voivat olla rajatapauksia, kuten toiveikkaus ja tyytyväisyys tai sitten emootioita ei esiinny.



Emootio -teoria käsittelee sitä, miten motivaatio ja kognitio tuottavat emootioita. Emootio on niiden arviointien merkityksen tulos, mitä on tapahtunut yksilön persoonalliselle hyvinvoinnille. Emootio on reaktio kognitiiviseen aktiivisuuteen. Ajatukset kykenevät tuottamaan emootioita, mutta emootioita ei voi ilmetä ilman jonkinlaisia ajatuksia. Emootiot sisältävät siis kognition. (Lazarus 1991a, 352-353.)

Smithin ja Lazaruksen (1993, 233-234) emootio -tutkimuksessa on kokeellisesti testattu spesifien arviointien osuuksia neljän emootion (viha, syyllisyys, pelko/ ahdistus ja suru) kokemisessa. Arviointi on arvio siitä, mikä yksilön suhteessa ympäristöön viittaa yksilön hyvinvointiin. Emotionaalisen reaktion oletetaan valmistavan ja mobilisoivan yksilöä selviytymään. Tutkimustulokset antavat merkittävästi tukea teoreettisesti täsmennetyille arviointi-emootio -suhteille muiden (vihan, syyllisyyden, pelon/ ahdistuksen) paitsi surun osalta. Heikompi arvioitavuus surun osalta on voinut johtua osittain olennaisten arviointien manipuloinnista. (Smith & Lazarus 1993, 233-234.)

Frijdan (1987, 116-117) mukaan empiirinen aineisto oletetuista vastaavuuksista erityisten emootioiden ja kognitiivisten rakenteiden välillä ei ole tarpeeksi vahvaa. Se osoittaa erityisten kognitiivisten rakenteiden ja erityisten emootioiden välisen suhteen olemassaolon. On siis olemassa vastaavuutta, mutta ei yksimielisyyttä/konsensusta koskien arviointitulottuvuuksien mukanaoloa. Empiirinen aineisto on keskittynyt arviointien rakenteisiin. Frijdan mukaan voidaan kuitenkin olla eri mieltä siitä, että emotionaalinen kokemus sisältää myös tietoisuutta reaktioista tai reaktiosuunnasta sen yhtenä pääaspektina. (Frijda 1987, 116-117.)

Lazaruksen ja Folkmanin (1984, 55-58, 80) mukaan sitoumukset ja uskomukset ovat kaksi persoonallisuuden piirrettä, jotka vaikuttavat kognitiiviseen arviointiin. Ne määrittävät, mikä on tilanteessa huomattavaa hyvinvoinnille muovaamalla yksilön ymmärtämystä tilanteesta, omista tunteistaan ja coping-yrityksistään sekä varustamalla perustan lopputulosten arvioimiseksi. Yksilölle tärkeät ja merkittävät asiat ilmaistaan sitoumuksissa. Ne ovat yksilön valintojen pohjana ja vaikuttavat kognitiiviseen arviointiin ohjaamalla yksilön tilanteeseen tai pois tilanteesta. Mitä suurempi on

sitoutuminen, sitä enemmän yksilö on haavoittuvaisempi psykologiselle stressille. (Lazarus & Folkman 1984, 55-58, 80.)

Arviointiin vaikuttavat myös tilanteelliset tekijät. Tilanteellisia tekijöitä ovat uutuus, ennustettavuus, tapahtuman epävarmuus ja ajalliset, temporaaliset tekijät. Uusi tilanne on stressaava ainoastaan silloin, kun jokin tilanteen aspekti on aikaisemmin psykologisesti kytketty vahinkoon, vaaraan tai hallintaan. (Lazarus & Folkman 1984, 83-84.) Temporaalisia tekijöitä ovat uhka, kesto ja ajallinen, temporaalinen epävarmuus. Mitä uhkaavampi tilanne, sitä kiireellisempi ja voimakkaampi arviointi yleensä on. Jos tilanne on vähemmän uhkaava, arviointiprosessi on monimutkaisempi. (Lazarus & Folkman 1984, 92, 115.)

On arveltu, että ihmisillä saattaisi olla sellaisia hyvin yleisiä uskomusjärjestelmiä itsestään ja ympäristöstään (Bandura 1977, Lazarus 1966), jotka vaikuttavat erityisten tilanteiden arviointiin (Lazarus 1981, 193). Tällaiset yksilön omat uskomukset tapahtumista ovatkin keskeisessä roolissa coping-prosessissa (Derogatis & Coons 1993, 203).

Uskomukset määrittävät sen, miten yksilö arvioi ympäristönsä tapahtumia (Lazarus & Folkman 1984, 63). Uskomukset voidaan jakaa uskomuksiin persoonallisesta kontrollista ja eksistentiaaliin uskomuksiin (Lazarus & Folkman 1984, 63-69; Lazarus & DeLongis 1983, 252). Uskomuksia persoonallisesta kontrollista ovat yleiset uskomukset kontrollista eli uskomukset siitä, kuinka yksilöt olettavat pystyvänsä kontrolloimaan tapahtumia ja asioiden lopputuloksia, sekä tilanteelliset kontrolliarvioinnit, jotka tarkoittavat sitä, kuinka paljon yksilö uskoo pystyvänsä muovaamaan tai vaikuttamaan tiettyyn stressaavaan yksilö-ympäristö -suhteeseen (Lazarus & Folkman 1984, 63-69.) Eksistentiaaliset uskomukset ovat yleisiä uskomuksia, jotka tekevät ihmisen kykeneväksi luomaan elämälle tarkoituksen ja ylläpitämään toivoa. (Lazarus & Folkman 1984, 77.) Eksistentiaalisia uskomuksia ovat esimerkiksi usko Jumalaan tai kohtaloon. (Lazarus & Folkman 1984, 77; Lazarus & DeLongis 1983, 252.)

*Jämäkkä* (hardy) persoonallisuus on yksi tärkeimmistä stressin vastustuskeinoista aikuisilla (Kobasa 1979, 1). *Jämäkkyys* (hardiness) hillitsee stressiä ja vaikuttaa stressin kognitiiviseen arviointiin siten, että tapahtuman stressaavuus vähenee ja psykologinen ilmentymä muuttuu (Wiebe 1991, 96). Arvellaan, että jämäkät ihmiset korostavat erityisesti stressitekijöiden positiivisia Aspekteja, koska he näkevät muutokset ja hajaannukset elämässään haastavina ja suotavina (Rosenbaum 1990, 10). Kobasan (1979), Kobasan (1982) sekä Kobasan, Maddin ja Kahnin (1982) tutkimuksissa jämäkkyyttä pidetään resurssina, joka vastustaa stressiä. Näin osoitetaan, miten jämäkkyys toimii muiden resurssien, kuten sosiaalisen tuen, kanssa suojelemaan yksilön henkistä ja fyysistä terveyttä (Kobasa, Maddi, Puccetti & Zola 1985; Ouellette, Kobasa & Puccetti 1983). Näissä tutkimustuloksissa stressaavissa tapahtumissa on ristiriitoja jämäkkyuden riippumattomuuden suhteen (Kobasa et al. 1982). Samoin ristiriitoja on myös väestöä koskevissa tekijöissä, kuten koulutuksessa ja iässä (Kobasa 1979; Kobasa, Maddi & Courington 1981; Kobasa et al. 1982).

Joissakin uudemmissa tutkimusraporteissa kritisoidaan alkuperäistä jämäkkyys-tutkimusta ja tarjotaan tilalle vaihtoehtoisia lähestymistapoja terveyteen ja persoonallisuuteen (Funk & Houston 1987; Hull, Van Treuren & Virnelli 1987). Joissakin tutkimuksissa puolestaan vahvistetaan tai laajennetaan jämäkkyys-tutkimusten tuloksia uusiin konteksteihin (Bartone 1989; Bartone, Ursano, Wright & Ingraham 1989; Keane, Pucette & Adler 1985). Jämäkkyys-tutkimusten tuloksista löytyy erilaisia tulkintoja stressin ja jämäkkyuden välisestä suhteesta. Toisaalta on osoitettu jämäkkyuden vaikutus yksilön stressin arviointiin (Allred & Smith 1989; Hull, Van Treuren & Proptom 1988; Rhodewalt & Agustsdottir 1984; Rhodewalt & Zone 1989; Roth, Wiebe, Fillingim & Shay 1989, Wiebe 1991), toisaalta ei taas ole löydetty vuorovaikutusta stressin ja jämäkkyuden väliltä (McCranie, Lambert & Lambert 1987; Roth et al. 1989).

*Opittu avuttomuus* -teorian mukaan yksilöt, jotka lukevat epäonnistumisen vakiintuneeksi, globaaliksi ja sisäisistä tekijöistä johtuvaksi, osoittavat opittua avuttomuutta ennemmin kuin ne, jotka lukevat epäonnistumisen pysymättömäksi, spesifiseksi ja ulkoisista syistä johtuvaksi (Zimmerman 1990, 71). Abramsonin, Seligmanin ja Teasdalen (1978, 49-74) mukaan opitun avuttomuuden oletetaan syntyvän siten, että

yksilö päättelee epäonnistumisen johtuvan itseensä liittyvistä, sisäisistä ja pysyvistä syistä. Yksilö ajattelee, ettei voi vaikuttaa omalla toiminnallaan tärkeinä pitämiinsä asioihin. Abramsonin, Garberin ja Seligmanin (1980, 4) mukaan tilanteiden tulkinta synnyttää opittua avuttomuutta, joka vaikuttaa yksilön motivaatioon, kognitiivisiin toimintoihin ja tunteisiin.

Vaihtoehtoinen lähestymistapa opitulle avuttomuudelle on *opittu toiveikkuus* -teoria. Opittu toiveikkuus keskittyy positiivisiin seurauksiin kontrollia käytettäessä. Kokeusten kautta välittyvät tilaisuudet tajutun kontrollin lisäämiseksi auttavat yksilöitä selviytymään stressistä ja ratkaisemaan henkilökohtaisia ongelmia. (Zimmerman 1990, 73.) Kun yksilö odottaa tulevaisuuden tapahtumien olevan kontrolloimattomissa, opitun avuttomuuden oireita (vetäytyminen, vieraantuminen ja depressio) tulee esille. Kun taas tulevaisuuden tapahtumien odotetaan olevan kontrolloitavissa, ilmestyy opitun toiveikkuuden piirteitä. Niitä ovat psykologisen valtuuttamisen lisääntyminen, proaktiivinen käyttäytyminen ja vähentynyt vieraantuminen. (Zimmerman 1990, 74.)

*Opittu neuvokkuus* (learned resourcefulness) on samantapainen opitun toiveikkuusteorian kanssa (Zimmerman 1990, 82). Opitussa neuvokkuudessa yksilö voi säännöstellä sisäisiä reaktioitaan inhottaviin tilanteisiin (Weisenberg, Wolf, Mittwoch & Mikulinger 1990, 101). Opitun neuvokkuuden oletetaan vaikuttavan yksilön pystyvyyssuskomuksiin (vrt. Bandura) ja kausaaliattribuutioihin. Opittu neuvokkuus koostuu uskomuksista sekä itsekontrollitaidoista ja käyttäytymisistä. (Rosenbaum 1990, 14.)

*Haavoittuvuuden* (vulnerability) käsite liittyy läheisesti kognitiiviseen arviointiin. Haavoittuvan yksilön coping-resurssit ovat riittämättömät. Vaikka resurssit ovatkin riittämättömät, psykologiseen haavoittuvuuteen tarvitaan myös sitä, että vajuus viittaa johonkin, joka on yksilölle merkityksellistä. (Lazarus & Folkman 1984, 50-51).

### 3.4 Coping

Coping voidaan määritellä koko ajan muuttuviksi kognitiivisiksi ja behavioraalisiksi yrityksiksi selviytyä sellaisista ulkoisista ja/tai sisäisistä vaatimuksista, jotka yksilö arvioi omia resurssejaan rasittavaksi tai ne ylittäviksi (Lazarus & Folkman 1984, 141; Folkman & Lazarus 1988, 310). Copingin funktiot ovat 1) ongelmanratkaisu tai instrumentaalinen funktio, 2) emotionaalisen hädän itsesäätely, 3) tilanteen muuttaminen paremmaksi mikäli mahdollista ja 4) selviytyminen stressiin suhteutettujen somaattisten ja subjektiivisten komponenttien kanssa siten, etteivät ne ole hallitsemattomissa tai vahingoita tai tuhoa moraalista ja sosiaalista toimintaa. (Lazarus 1981, 197.) Tilanteiden hillitseminen ei vaikuta suoraan coping-toiminnon suuntaan, vaan se auttaa estämään tai rohkaisemaan coping-toimintojen ilmenemistä (Lazarus 1966, 209).

Coping voidaan jakaa ongelmakeskeiseen copingiin ja tunnekeskeiseen copingiin (Folkman & Lazarus 1980; Folkman & Lazarus 1988, 310; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter & Gruen 1986, 993). Ongelmakeskeinen coping on todennäköisempi silloin, kun yksilö arvioi tilanteen sellaiseksi, jota voi muuttaa. Coping on tunnekeskeinen silloin, kun yksilö arvioi vahingollisen, uhkaavan tai haastavan ympäristöllisen tilanteen sellaiseksi, ettei sitä pysty muuttamaan. (Folkman & Lazarus 1980; Folkman et al. 1986.) Ihmiset käyttävät tunnekeskeistä copingia mm. ylläpitämään toivoa ja optimismia, kieltääkseen tosiasiat ja seuraamukset ja käyttäytyäkseen niin kuin tapahtuma ei merkitsisi mitään (Lazarus & Folkman 1984, 151).

Lazaruksen (1993a, 241) mukaan copingin mittaamisessa tyyli- ja prosessilähestymistapa antavat erilaisia vastauksia copingista. Coping-tyyli korostaa persoonallisia piirteitä tai persoonallista mielenlaatua, mikä jossakin laajuudessa voittaa tilannekontekstin ja ajan vaikutukset valittaessa coping-strategiaa. Coping-prosessi taas painottaa ajallisia ja kontekstisidonnaisia vaikutuksia selviytymisessä muutoksien liittyessä niihin. (Lazarus 1993a, 241.)

Lazaruksen (1981, 199-201) mukaan coping-mallit voidaan jakaa neljään eri malliin. Mallit palvelevat sekä ongelmanratkaisu- että tunnesäätelyfunktioita. Nämä mallit

ovat informaation tavoittelu, välitön toiminta, toiminnan ehkäisy ja intrapsyykkiset prosessit. Informaation tavoittelussa yksilö silmäilee stressaavan tilanteen piirteitä voidakseen tehdä järkevän coping-päätöksen tai arvioida uudelleen vahingon tai uhkan. Välittömäksi toiminnaksi sanotaan mitä tahansa tekemistä, jota yksilö tekee käsitelläkseen stressaavaa tapahtumaa. Tehokas coping vaatii usein myös pidättäytymistä haittaavista toimintaimpulsseista (toiminnan ehkäisy). Intrapsyykkisillä malleilla tarkoitetaan kaikkia niitä kognitiivisia prosesseja, joilla yksilö säännöstelee emootiota. Intrapsyykkisiä mekanismeja ovat defenssit; kieltäminen, reaktionmuodostus ja projektio, uhkan välttely ja siitä eristäytyminen, jotta yksilö saavuttaisi kontrollin tunteen. (Lazarus 1981, 199-201.)

Moos ja Schaefer (1993, 238) katsovat persoonallisten coping-prosessien olevan monimutkainen yhdistelmä persoonallisuutta, asenteellisuutta ja kognitiivisia tekijöitä, jotka antavat copingille osan psykologisesta kontekstista. Persoonalliset voimavarat ovat suhteellisen pysyviä asetettuja ominaisuuksia, jotka vaikuttavat coping-prosessien ja arviointien valintaan. Toisaalta niitä voidaan muuntaa näiden prosessien kumulatiivisten seurauksien kautta. Egon kehityksen mittaamista ovat mm. itsetehokkuus, optimismi, yhtenäisyyden käsitys, kognitiiviset tyyli, puolustautuminen ja coping-tyylit sekä ongelmanratkaisutaidot. (Moos & Schaefer 1993, 238.)

Terveellä ihmisellä on enemmän energiaa käytettävissään copingiin kuin sairaalla. Oman itsensä kokeminen positiivisena on tärkeä copingin psykologinen resurssi. (Lazarus & Folkman 1984, 159.) Odotukset omasta persoonallisesta tilanteiden hallinnasta (pystyvyysusko - self efficacy) vaikuttavat sekä coping-käyttäytymisen aloittamiseen että jämäkkyteen (Bandura 1977, 193). Pystyvyysuskon arvioinnilla on myös vaikutus siihen, millaisia toimintoja ja toimintaympäristöjä yksilö valitsee (Bandura 1982, 123; Bandura 1977, 194). Yleensä ihminen, jolla on paljon pystyvyysuskoa, näyttää lähestyvän haastavia tilanteita aktiivisesti ja sinnikkäästi. Vähän pystyvyysuskoa omaavat ihmiset taas näyttävät välttävän tällaisia haastavia tilanteita, joista he eivät usko selviytyvänsä, ja he ovat vähemmän aktiivisia. (Bandura 1977, 194; Moos & Schaefer 1993, 239.)

Kognitiiviset coping-strategiat, joihin liittyy informaation etsiminen, liittyvät läheisesti yhteen positiivisen tunteen kanssa. Emotionaaliset strategiat, joista erityisesti ne, jotka sisältävät välttelemistä, häpeää ja emotionaalista pohdintaa, liittyvät läheisesti negatiiviseen tunteeseen ja huonompaan sairauteen sopeutumiseen. (Felton, Revenson & Hinrichsen 1984, 889.) Strategiat, joita luonnehtii negatiivinen ajattelu, ovat yhteydessä heikompaan selviytymiseen kroonisen sairauden kanssa (Gil, Abrams, Phillips & Keefe 1989, 725).

Kestolla Lazarus ja Folkman (1984) tarkoitetaan esiintyvän tapahtuman ajallista pituutta. Kesto on pääasiallinen tekijä sairaudessa. Oletuksena on, että krooninen stressitekijä kuluttaa yksilöä psykologisesti ja fyysisesti. (Lazarus & Folkman 1984, 98, 115.) Temporaalinen epävarmuus on sitä, ettei tiedetä milloin tapahtuma tapahtuu. Tämä saa aikaan stressiä lisäävän coping-toiminnan. (Lazarus & Folkman 1984, 100, 115-116.)

Coping-prosessien luokitteluun ei ole olemassa Moosin ja Schaeferin (1993, 234) mukaan yhtä ainoa tapaa. Monet tutkijat luokittelevat ne joko korostaen coping-keskeisyyttä (focus of coping) tai korostaen copingin metodia. Coping-keskeisyys tarkoittaa henkilön orientaatiota ja aktiviteettia reagoinnissa stressitekijään. Coping-metodin korostamisella tarkoitetaan sitä, että ihminen käyttää coping-metodia joko reaktion aiheuttaessa ensisijaisesti kognitiivista tai käytöksellistä ponnistusta.

Moosin ja Schaeferin (1993, 243) mukaan keskityttäessä yksilön orientaatioon stressitekijää kohtaan ja erotettaessa coping kahteen alueeseen: lähestymiseen ja välttämiseen, jotka jaetaan kognitiivista ja käytöksellistä copingia heijastaviin luokituksiin, saadaan neljä coping-prosessien perustyyppiä. Ne ovat copingin kognitiivinen lähestyminen, copingin käytöksellinen lähestyminen, copingin kognitiivinen välttely ja copingin käytöksellinen välttely.

Ihmiset, jotka käyttävät coping-keinonaan kieltämistä tai välttämistä stressaavassa tilanteessa, eivät koe aluksi niin paljon stressiä kuin ne ihmiset, jotka kohtaavat uhkan heti alussa. Uhkan heti alussa kohtaavat ihmiset kokevat vähemmän stressiä myöhemmissä tilanteissa, koska he ovat paremmin valmistautuneita vaatimuksiin

kuin ne, jotka kieltävät tai välttävät uhkan heti alussa. Sairauden yhteydessä kieltäminen tai vältteleminen on tehotonta, koska yksilö epäonnistuu ongelmakeskeisen copingin käytössä. Ongelmakeskeinen coping vähentää sairauden vaaraa tai vahinkoa. (Lazarus & Folkman 1984, 134-135.)

Coping voidaan jakaa suoraan toimintaan ja defensseihin. Suoraa toimintaa ovat kaikki yksilön behavioraaliset yritykset, joilla hän käsittelee haittaa, uhkaa tai haastetta. Defenssimekanismien avulla eliminoidaan tai siedetään uuvuttavia stressiemootion kehollisia, motorisia tai affektiivisiä piirteitä. (Lazarus 1976, 75.)

Coping-keinot, joiden avulla ihmiset selviytyvät, riippuvat yksilöllisten ja ympäristöllisten tekijöiden lisäksi myös paljon niistä resursseista, joita on yksilön saatavilla. Coping-resursseja ovat terveys ja energia (fyysiset resurssit), positiiviset uskomukset (psykologiset resurssit), ongelmanratkaisu ja sosiaaliset taidot (pätevyudet) sekä sosiaaliset ja materiaaliset resurssit. Ihmiset, joilla on rahaa, selviytyvät yleisesti ottaen paremmin, mikäli heillä on taito käyttää rahaa tehokkaasti, koska rahalla saa lääkinnällisiä, taloudellisia, laillisia ja muita ammattimaisia palveluja (Lazarus & Folkman 1984, 164). Ongelmanratkaisutaitoihin kuuluu kyky etsiä tietoa, analysoida tilanteita, punnita eri vaihtoehtoja ja valita ja toteuttaa sopiva toiminta. (Lazarus & Folkman 1984, 158-164.)

Haanin (1993, 260) mukaan yleisessä kielenkäytössä coping -käsite ei tarkoita pelkästään trauman aiheuttamaa toimintaa. Coping ei ole myöskään puolustus. Itsesuojeleva maneeeri voi olla näkyvä coping-reaktio vaarallisen tukahduttavassa tilanteessa. Se, onko maneeeri copingia vai ei, voidaan päättää vain tietyssä kontekstissa. Coping ei takaa menestyviä tuloksia, koska kaikki tilanteet eivät salli sitä tai kohtuullisia ratkaisumalleja. Haanin (1993, 264) mukaan kaksi tapaa mitata copingia ja puolustusta ovat havainnointi, jonka suorittavat ammattilainen tai stressatun henkilön uskottu ihminen sekä omat raportit käyttäytymisestä tai reaktiosta testiasioihin.

Stressiin liittyvien ongelmien, joita ovat mm. unettomuus, jännityspäänsärky, olennainen liiallinen jännittäminen, äkäinen suolisyndrooma ja esiintymisahdistus (Stoyva & Carlson 1993, 735-741), päivittäisestä käytännöstä on opittu, että yhden



tekniikan interventio sinällään johtaa vain hoidon marginaalisiin vaikutuksiin. Mutta kahden tai kolmen tekniikan käytössä yhdistelmänä stressistä selviytymisessä voi esiintyä summavaikutusta, joka on tarpeeksi laajaa ollakseen täysin merkittävää kliinisesti. (Stoyva & Carlson 1993, 734.)

Sosiaaliset taidot ovat tärkeitä siksi, että ne viittaavat kykyyn kommunikoida ja käyttäytyä toisten ihmisten kanssa sosiaalisesti hyväksyttävällä ja tehokkaalla tavalla. Sosiaaliset taidot lisäävät todennäköisyyttä saada toisilta ihmisiltä tukea ja olla heidän kanssaan yhteistyössä sekä antavat yksilölle enemmän kontrollia sosiaalisista vuorovaikutuksista. (Lazarus & Folkman 1984, 163.)

Durkheimin urauurtava tutkimus itsemurhista 1900-luvun alussa innosti sosiaalitie-  
teiden tutkijoita pohtimaan sosiaalisten siteiden tärkeyden merkitystä. Durkheim uskoi sosiaalisen integraation puutteen olevan vastakkaista psykologiselle hyvinvoinnille. (Brownell & Shumaker 1984, 1.) Huolimatta sosiaaliseen tukeen liittyvistä käsitteellisistä hämmennyksistä ja metodologisista ongelmista, voidaan saatavilla olevan tiedon perusteella todeta sosiaalisen tuen olevan todennäköisesti tärkeä tekijä ylläpidettäessä terveyttä sekä lievennettäessä stressin vaikutusta (Brownell & Shumaker 1984, 5). Shumaker ja Brownell (1984, 11) määrittelevät sosiaalisen tuen kahden yksilön välisenä resurssien vaihtona huomioiden tarjoajan ja vastaanottajan aikomuksen lisätä vastaanottajan hyvinvointia. Folkmanin ja Lazaruksen (1985, 160) mukaan yksilön sosiaalisen tuen systeemiä tai sosiaalisen tuen verkostoa voidaan tarkastella coping-resurssina. Brownellin ja Shumakerin (1984, 6) mukaan sosiaalinen tuki on nykyisin yksi tutkituimmista ilmiöistä sosiaali- ja terveystieteissä. Depnerin, Wethingtonin ja Ingersoll-Daytonin (1984, 37-38) mukaan sosiaalista tukea koskeva kirjallisuus on vakiintunut siteeksi sosiaalisen tuen ja stressaaviin tilanteisiin sopeutumisen välillä.

Shinnin, Lehmannin ja Wongin (1984, 55) mukaan tyypilliset sosiaalisen tuen tutkimusmallit ovat liian yksinkertaisia. Ensinnäkin sosiaalista tukea pidetään ulkoisten syiden aiheuttamana. Tällaiset tutkimusmallit yhdistävät sosiaalisen tuen vaikutuksen stressitekijöihin ja psykologiseen ahdinkoon jättäen kuitenkin huomiomatta stressitekijöiden vaikutukset, psykologisen ahdinon, vastaajan persoonalliset

luonteenpiirteet ja tukeen liittyvän ympäristön siteen. Toiseksi sosiaalisen tuen tutkimusmallit keskittyvät tyypillisesti sosiaalisen vuorovaikutuksen positiivisiin seurauksiin, vaikka vuorovaikutuksessa voi esiintyä myös negatiivisia seurauksia.

Heppner, Cook, Wright ja Jonson (1995, 279) kuvaavat tutkimuksessaan pysyvien coping-tyylien moniulotteisen mittarin kehittymistä keskittymällä ongelmakeskeisen copingin pyrkimyksiin joko ongelmanratkaisua helpottamalla tai vaikeuttamalla. Tutkimuksessa arvioidaan yleisemmin paikkaan sitoutumatonta coping-tyyliä vastakohtana tilannesidonmaiselle copingille. Heppner, Cook, Wright ja Jonson (1995) noudattavat samaa linjaa Carverin, Scheierin & Kumari Weintraubin (1989) kanssa siinä, että he pitävät tunne- ja ongelmakeskeisen copingin uudelleen käsitteellistämistä tarpeellisena. Heppner, Cook, Wright ja Jonson (1995, 280) käsitteellistävät ja operationaalistavat ongelmakeskeisen copingin sisällyttämällä siihen kognitiivisen copingin, käytöksellisen copingin ja tunne-copingin aktiviteetit, jotka tähtäävät stressaavan ongelman aiheuttajan muuttamiseen. Coping-strategioiden ja sosiaalisen tuen eroja on tutkittu mm. kroonista väsymistä sairastavien ja suolisyndroomaa potevien välillä (Lewis, Cooper & Bennett 1994).

## 4 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää yksilöpsykologisesta näkökulmasta MS-tautia sairastavien coping-strategioiden käyttöä ja yhteyttä heidän stressaantuneisuuteensa. Pääongelmana on selvittää, miten stressaantuneita MS-potilaat ovat ja miten yksilölliset coping-strategiat selittävät stressaantuneisuutta. Lisäksi tutkitaan apuvälineiden käytön merkitystä (apuvälineiden käytön useutta, arkuutta ja riittävyttä) riippumattomana muuttujana kuvailevien taustatietojen ohella. Yksilöidyt tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaisia coping-strategioita MS-tautia sairastavat käyttävät stressin hallintakeinona?
2. Miten stressaantuneita MS-tautia sairastavat ovat?
3. Miten MS-tautia sairastavien taustatiedot selittävät heidän coping-strategioitaan ja stressaantuneisuutta?
  - 3.1 Onko sukupuolella yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.2 Onko siviilisäädellä yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.3 Onko koulutuksella yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.4 Onko sairauden kestolla yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.5 Onko elämäntilanteella yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.6 Onko vanhemmuudella yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.7 Onko apuvälineiden käytöllä yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.8 Onko apuvälineiden käytön useudella yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?
  - 3.9 Onko apuvälineiden käytön arkuudella yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?

3.10 Onko apuvälineiden käytön riittävydellä yhteyttä coping-strategioihin ja stressaantuneisuuteen?

4. Miten coping-strategiat selittävät MS-tautia sairastavien stressaantuneisuutta?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Koehenkilöiden valinta

Tutkimuksessa on mukana Suomen MS-liiton jäseninä olevia MS-potilaita. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomakkeet toimitettiin Suomen MS-liittoon 14.2.1997. Suomen MS-liitto postitti kyselylomakkeet 500:lle satunnaisotannalla valitulle MS-potilaalle helmikuun lopulla 1997. Osoiterekisterinä käytettiin liiton jäsenrekisteriä, jonka käyttöön pyydettiin lupa MS-yhdistyksiltä toimintatiedotteessa 1/1997 (7.1.1997). Tutkimuksen tekijät eivät tutkimuksen missään vaiheessa nähneet osoitetietoja, jotka liitettiin valmiisiin kirjekuoriin. Kyselytutkimuksessa vastausprosentin nostamiseksi kaikki lähetekirjeet allekirjoitettiin omakätisesti. Lähetekirjeen allekirjoittajan nimellä on vaikutusta palautusprosentin suuruuteen palautusprosenttia korottavasti (Nissinen, Kauhanen & Myllykangas 1994, 135).

Kyselylomakkeiden viimeiseksi postituspäiväksi oli lomakkeistoon merkitty 10.3.1997. Tämän jälkeen kaikille niille, jotka eivät olleet postittaneet kyselyä merkittyyn päivämäärään mennessä, lähetettiin muistutuskirje. Siinä korostettiin tutkimukseen osallistumisen tärkeyttä ja pyydettiin palauttamaan lomake viimeistään 27.3.1997. Kyselylomakkeita palautui yhteensä 319, jolloin palautusprosentti oli 63.8%. Palautuneista kyselylomakkeista tähän tutkimukseen otettiin mukaan 293 lomaketta (58.6%). Kaikkia lomakkeita ei otettu tarkasteluun mukaan. Palautuneista lomakkeista 11 (3.4%) oli tyhjiä ja viidellätoista (4.7%) oli muu diagnoosi kuin MS-tauti, kuten esimerkiksi Sjögrenin syndrooma, amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS) tai Parkinsonin tauti.

### 5.2 Koehenkilöt

Koehenkilöinä oli 293 MS-tautia sairastavaa. Heistä 204 (69.6%) oli naisia ja 89 (30.4%) oli miehiä. Naimattomia oli 35 (12.0%), avoliitossa 37 (12.7%), avioliitossa

172 (59.1%), eronneita 35 (12.0%) ja leskiä oli 12 (4.1%). Kaksi koehenkilöä ei ilmoittanut tietoja siviilisäädystään.

Koehenkilöiden ikä vaihteli 22-85 vuoden välillä. Keskiarvo oli 48.22 vuotta ja keskihajonta 11.73. Kahden koehenkilön ikätiedot puuttuivat. Naisten ikä vaihteli 22-85 vuoden (ka = 48.08, sd = 11.92) ja miesten ikä 25-75 vuoden (ka = 48.54, sd = 11.35) välillä. Tiedot kaikkien koehenkilöiden sekä erikseen naisten ja miesten koulutuksesta, sairauden kestosta ja elämäntilanteesta on esitetty taulukossa 1.

**TAULUKKO 1. Koehenkilöiden koulutus, sairauden kesto ja elämäntilanne**

Taustamuuttuja	Kaikki		Naiset		Miehet	
	n	%	n	%	n	%
<b>Koulutusaste</b>						
Kansakoulu/peruskoulu/lukio	112	38.4	83	40.9	29	32.6
Ammatillinen koulutus (ammattikoulut/kurssit)	81	27.7	48	23.6	33	37.1
Keskiasteen ammatillinen koulutus (opistoaste)	59	20.2	43	21.2	16	18.0
Korkea-asteen koulutus	40	13.7	29	14.3	11	12.3
Yhteensä	292	100.0	203	100.0	89	100.0
<b>Sairauden kesto vuosina</b>						
alle 5	53	18.1	42	20.6	11	12.4
5-10	64	21.8	43	21.1	21	23.6
10-15	52	17.8	30	14.7	22	24.7
yli 15	124	42.3	89	43.6	35	39.3
Yhteensä	293	100.0	204	100.0	89	100.0
<b>Elämäntilanne</b>						
Työssä	65	22.4	50	24.7	15	17.1
Opiskelija	3	1.0	2	1.0	1	1.1
Työtön	12	4.1	10	5.0	2	2.3
Uudelleen koulutuksessa	3	1.0	2	1.0	1	1.1
Työkokeilussa	2	0.7	1	0.5	1	1.1
Kotona	6	2.1	6	3.0		
Eläkkeellä	199	68.7	131	64.8	68	77.3
Yhteensä	290	100.0	202	100.0	88	100.0

Yli kolmanneksella vastanneista oli koulutuksena kansakoulu, peruskoulu tai lukio. Vähiten oli korkea-asteen koulutuksen saaneita. Naisista suurin osa oli käynyt

kansakoulun/peruskoulun/lukion, miehistä suurin osa oli saanut ammatillisen koulutuksen. Suuri osa koehenkilöistä oli sairastanut MS-tautia yli 15 vuotta. Muuten sairauden kesto oli melko tasaisesti jakautunut. MS-tautia sairastavista suurin osa oli eläkkeellä. Seuraavaksi eniten oli työssäkäyviä. Opiskelijoita, työttömiä, uudelleen koulutuksessa tai työkokeilussa sekä kotona olevia oli yhteensä alle 10 prosenttia. Tilastollisia analyyseja varten elämäntilanne luokiteltiin kolmeen ryhmään: työssäkäyvät, eläkkeellä olevat ja muut.

### 5.3 Muuttajat ja niiden mittaaminen

Liikkumista helpottavien apuvälineiden käyttöä tutkittiin neljällä tätä tutkimusta varten laaditulla osiolla. Ensimmäisessä apuvälineisiin liittyvässä osiossa kysyttiin, onko koehenkilöllä käytössään apuvälinettä/apuvälineitä vai ei. Kolmessa muussa apuvälineisiin liittyvässä osiossa tutkittiin apuvälineiden käytön useutta, arkuutta ja riittävyttä asteikolla 1-4 (liite 1). Apuvälineiden käytön useuden ja arkuuden vastausvaihtoehdot olivat 1) en koskaan, 2) joskus, 3) usein ja 4) aina. Apuvälineiden käytön riittävyteen voitiin vastata joko 1) ei, 2) melko, 3) hyvin tai 4) täysin riittävät. Apuvälinemuuttujista ei muodostettu summamuuttujaa heikkojen keskinäisten korreloitumisten vuoksi.

"The Ways of Coping" eli "Coping-tapojen asteikko" on moniulotteinen kyselylomake copingista, joka arvioi eri tavoin sitä, miten ihmiset reagoivat stressiin (Carver et al. 1989, 267). Mittari suomennettiin ja lyhennettiin tätä tutkimusta varten (liite 1). Vastausasteikko oli 1-4, jossa vastausvaihtoehdot olivat: 1) Tavallisesti en toimi ollenkaan näin, 2) Tavallisesti toimin näin jossain määrin, 3) Tavallisesti toimin näin kohtalaisen paljon ja 4) Tavallisesti toimin näin erittäin paljon. Yksi osio (Juon alkoholia tai käytän huumeita, jotta ajattelisin sitä vähemmän) jätettiin pois tästä tutkimuksesta.

"The Ways of Coping" -mittarissa on kahdentyypistä copingia. Ongelmakeskeisen copingin päämääränä on ratkaista ongelma tai tehdä jotakin ongelman lähteen muuttamiseksi. Tunnekeskeinen coping tähtää tiettyyn tilanteeseen liittyvän emotio-

naalisen tuskan vähentämiseen tai siitä selviytymiseen. Viisi ulottuvuutta mittaa käsitteellisesti erillään olevia puolia ongelmakeskeisestä copingista: aktiivinen coping, suunnitteleminen, kilpailevien aktiviteettien torjuminen, itsehillinnän coping ja sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä. Tunnekeskeistä copingia mittaa kyselylomakkeessa viisi ulottuvuutta: sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä, positiivinen tulkinta ja kasvu, hyväksyminen, kieltäminen sekä uskonto. Kolme ulottuvuutta mittaa coping-reaktioita, jotka ovat kyseenalaisesti vähemmän hyödyllisiä. Nämä ovat keskittyminen ja tunteiden purkaminen, käytöksellinen sitoutumattomuus sekä henkinen sitoutumattomuus. (Carver et al. 1989, 267.)

Stressin mittaamiseen käytettiin Cohenin, Kamarckin ja Mermelsteinin (1983) kehittämää The Perceived Stress Scale (PSS) -mittaria, joka suomennettiin tätä tutkimusta varten. PSS -mittarilla mitataan sitä astetta, jolla tilanteet yksilön elämässä koetaan stressaavina (Cohen et al. 1983, 385-386). PSS-mittarissa on 14 osiota, ja mittari on esitetty liitteessä 1. Vastausasteikko oli 0-4: 0) ei koskaan, 1) ei juuri koskaan, 2) joskus, 3) melko usein ja 4) hyvin usein.

Stressi- ja coping-tyyli -mittareita testattiin yliopisto-opiskelijoilla talvella 1996-1997 (n=50). Tulosten perusteella coping-asteikkoa lyhennettiin puolella ja valittiin tähän tutkimukseen kutakin ulottuvuutta kohti kaksi parhaiten keskenään yhteydessä olevaa osiota. Alkuperäisessä coping-asteikossa on 53 osiota. Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoituksenmukaista käyttää alkuperäisen laajuista coping-mittaria, koska se olisi ollut liian pitkä MS-potilaiden täytettäväksi. Kuvattujen muuttujien ja mittareiden lisäksi lomakkeeseessa oli kysymyksiä sukupuolesta, siviilisäädystä, iästä, koulutuksesta, diagnoosista, sairauden kestosta ja elämäntilanteesta, jotka laadittiin tätä tutkimusta varten (liite 1).

#### 5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus sisältää validiteetin ja reliabiliteetin. Sillä tarkoitetaan mittauksen ja mittarin yleistä käyttökelpoisuutta. (Hirsjärvi 1983, 117.) Coping -mittarin validiteettia tutkittiin konfirmatorisella faktorianalyysillä Oblimin-rotatiolla. Faktorien



lukumääräksi asetettiin 13 Carverin et al. (1989) tutkimuksen coping-ulottuvuuksien lukumäärän mukaisesti. Osioiden reliabiliteetteja arvioitiin kommunaliteettien kautta ja summamuuttujille laskettiin Cronbachin alfa-kertoimet.

#### 5.4.1 Validiteetti

Validiteetti on mittauksen pätevyys eli mittauksen kyky mitata niitä käsitteitä, joita mittaamaan mittaväline on laadittu (Bryman & Cramer 1990, 72; Hirsjärvi 1983, 200). Validiteetista erotetaan sisäinen ja ulkoinen validiteetti (Moberg & Tuunainen 1989; Switzky & Heal 1990).

##### 5.4.1.1 Ulkoinen validiteetti

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten hyvin tulokset ovat yleistettävissä (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994). Satunnaisotanta valinnassa ja varsin hyvä palautusprosentti (63.8%) yhdessä vaikuttivat siihen, että otos on edustava suhteessa perusjoukkoon. Vastanneiden osuutta suhteessa Suomen MS-liiton jäsenrekisteriin arvioitiin prosenttilukujen erotuksen z-testillä (Karma & Komulainen 1990, 70-71). Mitkään ikäryhmät: 1. ikäryhmä 20-29 vuotta, 2. ikäryhmä 30-39 vuotta, 3. ikäryhmä 40-49 vuotta, 4. ikäryhmä 50-65 vuotta ja 5. ikäryhmä yli 66-vuotiaat, eivät korostuneet tässä tutkimuksessa verrattuna jäsenrekisteriin. Tutkimuksen tulokset ovat näin ollen hyvin yleistettävissä Suomen MS-liiton jäseniin. Naisten osuus tässä tutkimuksessa oli hieman suurempi kuin jäsenrekisterissä, joten tulokset painottuvat hieman naisvaltaisesti. Koehenkilöiden edustavuusvertailun tulokset on esitetty taulukossa 2.

**TAULUKKO 2. Otoksen edustavuus suhteessa Suomen MS-liiton jäsenrekisteriin**

Ikäryhmä	MS-tautia sairastavat				
	Suomen MS-liiton jäsenrekisteri		Tutkimuksen koehenkilöt		z
	n	%	n	%	
20 - 29 v.	164	5,0	19	6.5	-.28
30 - 39 v.	599	18.3	51	17.5	.14
40 - 49 v.	979	29.9	89	30.6	-.14
50 - 65 v.	1178	36.0	112	38.5	-.53
66 - v.	344	10.5	20	6.9	.52

#### 5.4.1.2 Sisäinen validiteetti

Sisäinen validiteetti liittyy teoreettisten termien operationaalistamiseen (Alkula et al. 1994). Apuvälineiden käytön muuttujista ei voitu muodostaa summamuuttujaa, koska niiden keskinäinen korreloituminen oli hyvin vähäistä ( $r = -.15 - -.04$ ). Vaikka yhteen osioon perustuva operationaalistaminen on validiteetiltaan ongelmallinen ratkaisu, apuvälineiden käytön useus, arkuus ja riittävyys ovat kuitenkin oletettavasti käsitteellisesti selkeitä MS-tautia sairastaville. Näin ollen näitä ulottuvuuksia arvioitiin vain yhdellä kysymyksellä, ja niiden käsitevaliditeetti on kohtalaisen hyvä.

Coping-mittarin rakennevaliditeettia tutkittiin konfirmatorisella faktorianalyysillä (taulukko 3). Teoreettisesti faktorianalyysistä odotettiin 13 faktorin ratkaisua, jolloin yhdessä faktorissa olisi aina kaksi osiota. Jos ominaisarvo olisi ollut yli yksi, olisi päädytty viiden faktorin ratkaisuun. Tämä osoitti, että osioiden keskinäinen korreloituminen ei ollut täysin johdonmukainen odotetun faktorirakenteen kanssa. Kahdeksan faktoria (kieltäminen, käytöksellinen sitoutumattomuus, henkinen sitoutumattomuus, uskonto, positiivinen tulkinta ja kasvu, itsehillinnän coping, hyväksyminen sekä keskittyminen ja tunteiden purkaminen) olivat teoreettisen rakenteen mukaisia, jolloin näitä faktoreita voidaan pitää sisäiseltä validiteetiltaan luotettavina ulottuvuuksina. Viidessä faktorissa osiot eivät järjestäytyneet odotetulla tavalla, vaan osiot 4, 6 ja 24 olisivat muodostaneet faktorin, samoin osiot 7 ja 9 sekä osiot 20, 25 ja 26. Kumpikaan osioista 16 tai 17 ei valikoitunut minkään muun osion kanssa samaan faktoriin. Nämä viisi faktoria olivat sisäiseltä validiteetiltaan alhaisimpia. Faktori henkinen sitoutumattomuus, joka sisälsi osiot 5 "Menen elokuvaan tai katson televisiota, jotta ajattelin sitä vähemmän" ja osio 24 "Käännyn työn tai muiden korvaavien toimintojen puoleen saadakseni ajatukseni pois asiasta", jätettiin pois faktorianalyysin, Cronbachin alfan ja korrelaatiokertoimien tutkimisen jälkeen, jolloin lopulliseksi faktorimääräksi jäi 12 (ks. sisäinen reliabiliteetti).

AULUKKO 3. Konfirmatorinen faktorianalyysi coping-mittarin osioista (Oblimin-rotatio)

fuuttuja	Faktorit											$h^2$		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13
ope10	.59	.04	-.06	-.03	.02	-.09	-.05	.03	.13	.09	-.02	.00	.03	.52
ope22	.40	.21	.01	-.05	-.24	.01	.03	-.17	.01	.05	-.01	.05	.06	.51
ope21	.08	.82	-.08	-.06	-.06	.07	.02	-.02	-.06	-.04	-.04	.04	.03	.78
ope6	.00	.79	.04	-.00	.03	-.02	.00	.04	.08	-.04	.05	.07	-.05	.67
ope4	-.03	.42	.07	.11	.07	-.00	.01	.08	.07	.11	-.15	.30	.02	.49
ope12	-.03	-.02	.85	.01	-.08	-.06	.06	-.02	-.06	.06	-.03	.01	-.05	.69
ope2	.01	.05	.54	-.09	.05	.09	-.14	.04	.02	-.07	.05	-.06	.11	.42
ope8	-.02	.01	.03	-.92	.06	-.03	.02	-.00	.06	.01	-.03	.01	-.05	.86
ope18	.02	.01	.02	-.92	-.02	.05	-.00	.01	.01	.04	-.04	.01	.00	.87
ope13	-.03	-.05	.09	.14	-.76	.04	-.01	-.04	.17	-.01	-.03	.02	-.04	.65
ope19	.14	.05	-.01	-.13	-.55	-.06	-.06	.02	-.12	.01	-.03	.04	.06	.43
ope23	-.02	-.09	-.01	-.05	-.02	.92	-.07	-.01	-.02	-.03	-.01	.08	.04	.83
ope14	-.02	.21	.02	.06	.00	.58	.14	-.01	-.01	.04	.00	-.04	-.17	.55
ope1	-.07	.01	.00	.00	.02	.04	-.85	.06	-.04	.07	-.06	-.12	.07	.72
ope3	.07	-.04	.06	.02	-.11	-.08	-.71	-.08	.06	-.10	.06	.13	-.07	.62
ope16	-.04	-.02	-.01	.01	.02	.02	.01	-.84	.03	.01	-.01	-.04	.05	.72
ope9	.07	-.04	.02	-.11	-.06	-.02	.00	-.04	.61	-.03	-.09	.01	.12	.51
ope7	.04	.10	-.13	.03	.01	-.03	-.02	-.03	.59	.12	.04	.03	-.10	.51
ope25	-.05	.05	-.04	.01	.00	-.03	.05	.07	.19	.74	-.00	-.10	.13	.73
ope26	.13	-.11	.04	-.07	.02	.02	-.03	-.11	-.07	.70	.02	.15	-.07	.59
ope20	-.01	.18	-.15	-.01	-.29	-.07	-.02	-.13	.07	.32	-.04	-.12	.08	.46
ope24	-.03	-.02	-.01	-.06	-.05	-.01	.02	-.01	.02	-.03	-.68	.01	.00	.47
ope5	.16	.00	.05	.07	.19	.07	-.18	-.06	-.01	.03	-.19	.01	-.06	.21
ope17	-.01	.15	-.05	-.05	-.06	.08	.03	.03	.03	.04	-.04	.71	.10	.70
ope15	.02	.00	.05	.05	.06	-.16	-.04	-.19	.01	.05	-.02	.16	.71	.76
ope11	.31	-.07	.08	.12	-.16	.02	.03	.04	.14	.08	-.00	-.08	.36	.46
ominisarvo	4.13	2.58	1.96	1.73	1.09	.93	.79	.69	.49	.37	.37	.31	.29	15.73
selittää yhteisvarianssia	26.3	16.4	12.4	11.1	6.9	5.9	5.0	4.5	3.1	2.3	2.3	2.0	1.8	100.0
selittää kokonaisvarianssia	15.9	9.9	7.5	6.7	4.2	3.6	3.0	2.7	1.9	1.4	1.4	1.2	1.1	60.5

Maan ulottuvuutta mittaavat coping-osioiden arvot on lihavoitu ja kehystetty taulukkoon.

Carverin et al. (1989) tutkimuksessa neljä coping-osiota muodosti yhden ulottuvuuden lukuunottamatta alkoholi-ulottuvuutta, johon kuului vain yksi osio. Tässä tutkimuksessa coping-mittarin kaksi osiota kuului samaan ulottuvuuteen, jotka nimettiin alkuperäisen Carverin et al. (1989) coping-mittarin ulottuvuuksien mukaan. Taulukossa coping-osio tarkoittaa coping-mittarin kysymysnumeroa. Coping-osiot ja -ulottuvuudet on esitetty taulukossa 4.

#### TAULUKKO 4. Coping-osiot ja ulottuvuudet

Tunnekeskeinen coping	Ongelmakeskeinen coping	Vähemmän hyödyllinen coping
Coping-osiot	Coping-osiot	Coping-osiot
Kieltäminen: 1 + 3	Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä: 4 + 17	Käytöksellinen sitoutumattomuus: 2 + 12
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionallisista syistä: 6 + 21	Suunnitteleminen: 7 + 25	Henkinen sitoutumattomuus 5 + 24
Uskonto: 8 + 18	Aktiivinen coping: 9 + 20	Keskittyminen ja tunteiden purkaminen: 14 + 23
Positiivinen tulkinta ja kasvu: 10 + 22	Itsehillinnän coping: 11 + 15	
Hyväksyminen: 13 + 19	Kilpailevien aktiviteettien torjuminen 16 + 26	

Carverin et al. (1989) erottelemat coping-strategiat korreloivat keskenään varsin paljon. Coping-strategiat eivät ole toisistaan riippumattomia ulottuvuuksia, vaan niiden välillä on teorian perusteella yhteyksiä. Tässä tutkimuksessa korrelaatioiden vaihteluväli oli  $-.33 - .60$  (liite 2). Kaksi korkeimmin korreloituvaa ulottuvuutta olivat suunnitteleminen ja aktiivinen coping ( $r = .60, p < .001$ ) sekä sosiaalisen tuen etsimi-

nen välineellisistä syistä ja sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä ( $r = .60$ ). Samat coping-uloottuvuudet korreloivat keskenään voimakkaimmin myös Carverin et al. (1989) tutkimuksessa. Vastaavat korrelaatiokertoimet olivat .67 ja .69.

Tämän tutkimuksen coping-mittarin sisäiseen validiteettiin on vaikuttanut osioiden vähentäminen. Osioiden vähentämisen seurauksena mittarin rakenne todennäköisesti muuttui niin paljon, ettei faktorianalyysi tuottanut niin selkeää rakennetta kuin Carverin et al. (1989) tutkimuksessa. Summamuuttujia muodostettaessa validiteettiin ja reliabiliteettiin liittyvistä ongelmista huolimatta päätettiin säilyttää Carverin et al. (1989) teorian mukainen rakenne.

Stressi -mittarin osioista muodostettiin summamuuttuja. Sanamuodoltaan käännteisten stressi-osioiden suunta muutettiin, jolloin suurempi arvo tarkoittaa suurempaa stressaantuneisuutta. Muunnetut osiot olivat: 4) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette käsitellyt menestyksekkäästi hermostuttavia 'häslinkejä' elämässänne?", 5) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein on tuntunut siltä, että olette selviytynyt tehokkaasti tärkeiden muutoksien kanssa, joita on tapahtunut elämässänne?", 6) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut itsenne itsevarmaksi kyvyssänne käsitellä henkilökohtaisia ongelmianne?", 7) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut, että asiat menevät haluamallanne tavalla?", 9) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette kyennyt kontrolloimaan suuttumusta elämässänne?", 10) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut, että selviydytte asioista?" ja 13) "Kuinka usein viimeisen kuukauden aikana olette kyennyt kontrolloimaan tapaa, jolla olette viettänyt aikaanne?". Stressi-mittarin osioista muodostettiin summamuuttuja laskemalla osioiden pistemäärät yhteen ja jakamalla se osioiden lukumäärällä. Alkuperäinen vastausasteikko säilytettiin. Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimilla tutkittiin stressi-osioiden keskinäisiä yhteyksiä, jotka on esitetty liitteessä 3.

Stressi-mittarin sisäistä validiteettia arvioitiin alkuperäisen Cohenin et al. (1983) PSS-mittarin ennuste- ja rinnakkaisvaliditeetin perusteella. Tutkimuksessa todettiin PSS-mittarin olevan validi mittaamaan koettua stressitasoa sairauden etiologiassa. Näin

myös tässä tutkimuksessa käytetyn suomennetun stressi-mittarin sisäinen validiteetti on todennäköisesti varsin hyvä.

Sekä coping- että stressi-mittarien osiot vastaavat tämän tutkimuksen teoreettista viitekehystä. Näiden mittarien osioiden voidaan katsoa käsitteellisesti mittaavan niitä käsitteitä, joita mittaamaan osiot on laadittu. Stressimittarin sisällönvaliditeetti on todennäköisesti varsin hyvä ja coping-mittarin kohtalainen.

## **5.4.2 Reliabiliteetti**

### **5.4.2.1 Ulkoinen reliabiliteetti**

Ulkoinen reliabiliteetti viittaa mittauksen pysyvyyden asteeseen (Bryman & Cramer 1990, 70; Switzky & Heal 1990, 5). Tässä tutkimuksessa tehtiin mittaukset vain kerran, joten mittausten pysyvyyttä ei voida empiirisesti arvioida.

Carverin et al. (1989) mukaan coping-strategiat ovat henkilöillä suhteellisen pysyviä. Esimerkiksi uskonto-ulottuvuuden korrelaatio oli kahdeksan viikon jälkeen .86 ja kuuden viikon jälkeen .89. Alfakertoimet ja otoskorrelaatiot on esitetty taulukossa 5. Näin ollen voidaan olettaa, että myös lyhennetyn version pysyvyys olisi varsin hyvä.

**TAULUKKO 5. Coping-ulottuvuuksien Cronbachin alfa-kertoimet ja otoskorrelaatiot Carverin et al. (1989) tutkimuksessa**

Coping-ulottuvuus	$\alpha$	$r_1$	$r_2$
Aktiivinen coping	.62	.56	.69
Suunnitteleminen	.80	.63	.69
Kilpailevien aktiviteettien torjuminen	.68	.46	.64
Itsehillinnän coping	.72	.51	-
Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	.75	.64	.76
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä	.85	.77	.72
Positiivinen tulkinta ja kasvu	.68	.48	.63
Hyväksyminen	.65	.63	.61
Uskonto	.92	.86	.89
Keskittyminen ja tunteiden purkaminen	.77	.69	-
Kieltäminen	.71	.54	-
Käytöksellinen sitoutumattomuus	.63	.66	.42
Henkinen sitoutumattomuus	.45	.58	.56

1 8 viikkoa

2 6 viikkoa

Cohenin et al. (1983) tutkimuksessa selvitettiin stressimittarin pysyvyyttä. Kahden päivän ajanjaksolla mittauksen korrelaatio oli .85 ja kuuden viikon jälkeen .55. Tämä osoittaa, että stressaantuneisuuden kokemus ei ollut erityisen pysyvä, vaan se on psykologisena ilmiönä tilanneherkkä ja vaihtelee elämäntilanteiden mukaan.

#### 5.4.2.2 Sisäinen reliabiliteetti

Coping-ulottuvuuksien osioreliabiliteetteja voidaan tarkastella faktorianalyysistä saatujen kommunaliteettien kautta. Lataukset ovat faktoreiden ja muuttujien välisiä korrelaatioita. Latauksen neliö osoittaa, kuinka suuren osan faktori pystyy selittämään muuttujan vaihtelusta. (Alkula et al. 1994, 270-271, 276.) Mitä suurempia kommunaliteetit ovat, sitä paremmin ne mittaavat faktorirakennetta (Nummenmaa, Kontinen, Kuusinen & Leskinen 1997, 244).

Coping-mittarista jätettiin pois ulottuvuus henkinen sitoutumattomuus, joka sisälsi osiot 5 ja 24. Näin meneteltiin, koska osion 5 kommunaliteetti jäi alhaiseksi ( $h^2 = .21$ ). Reliabiliteettien alarajana voidaan pitää .30 (Roponen 1994, 92).

Sisäisen reliabiliteetin arvioimiseksi käytetään Cronbachin alfakerrointa. Sisäinen reliabiliteetti on silloin hyvä, kun Cronbachin alfakerroin on .80 tai sen yli (Bryman & Cramer 1990, 70-71). Carverin et al. (1989) coping-tutkimuksessa Cronbachin alfa-kertoimet vaihtelivat .45 - .92 välillä (ks. taulukko 5). Tässä tutkimuksessa alfa-kertoimet vaihtelivat välillä .40 - .82. Alfa-kertoimet coping-ulottuvuuksittain on esitetty taulukossa 6. Alhaisin alfakerroin oli aktiivisella copingilla (.40) ja seuraavaksi alhaisin kilpailevien aktiviteettien torjumisella (.42). Korkeimmat alfa-kertoimet olivat sosiaalisen tuen etsimisellä emotionaalisista syistä (.82) ja kieltämisellä (.75).

#### TAULUKKO 6. Cronbachin alfa-kertoimet coping-ulottuvuuksittain

Summamuuttujat	$\alpha$
Kieltäminen	.75
Käytöksellinen sitoutumattomuus	.63
Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	.65
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä	.82
Suunnitteleminen	.55
Uskonto	.57
Aktiivinen coping	.40
Positiivinen tulkinta ja kasvu	.59
Itsehillinnän coping	.60
Hyväksyminen	.59
Keskittyminen ja tunteiden purkaminen	.73
Kilpailevien aktiviteettien torjuminen	.42
Stressi	.78

Neljätoista osion stressi-mittarille saatiin Cronbachin alfa-kertoimeksi .78 (Taulukko 7). Reliabiliteetin voidaan katsoa olevan hyvä. Stressimittarin osio 4) "Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette käsitellyt menestyksekkäästi hermostuttavia



'häslinkejä' elämässänne?" korreloi vähän muiden osioiden kanssa. Sen poistaminen olisi nostanut Cronbachin alfa-kertoimen .80:een. Se ei kuitenkaan olisi olennaisesti lisännyt reliabiliteettia, joten osiota ei poistettu. Kokonaisuutena coping-strategiat ovat sisäiseltä reliabiliteetiltään kohtalaisia ja stressi-mittarin reliabiliteetti on varsin hyvä.

### 5.5 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi tehtiin SPSS 6.1 ja 7.5 -ohjelmilla. Tutkimusongelmien vastaamiseen tarkoitettujen menetelmien esitetään taulukossa 7. Tilastollisissa vertailuissa käytetään yhden prosentin riskirajaa alfa-virheen kontrolloimiseksi (Stevens 1986, 3-4). Ainoastaan regressioanalyysien yhteydessä käytetään viiden prosentin riskirajaa, koska miesten lukumäärä verrattuna naisten lukumäärään oli alhainen.

**TAULUKKO 7. Aineiston analyysimenetelmät**

Tutkimusongelma	Tarkoitus	Menetelmä
1. Millaisia coping-strategioita MS-tautia sairastavat käyttävät stressin hallintakeinona?	summamuuttujien kuvailu	keskiarvo keskihajonta
2. Miten stressaantuneita MS-tautia sairastavat ovat?	summamuuttujien kuvailu	keskiarvo keskihajonta
3. Miten MS-tautia sairastavien taustatiedot selittävät heidän coping-strategioitaan ja stressiä?	yhteyksien osoittaminen	t-testi variانسianalyysi tulomomenttikorrelaatio-kerroin regressioanalyysi
4. Miten coping-strategiat selittävät MS-tautia sairastavien stressaantuneisuutta?	selitysosuuksien osoittaminen	tulomomenttikorrelaatio-kerroin regressioanalyysi

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 6.1 Apuvälineiden käyttö

Koehenkilöistä liikkumista helpottavia apuvälineitä käytti 163 (56.2%) ja 126 (43.4%) ei käyttänyt apuvälineitä. Apuvälineitä ei käyttänyt koskaan 107 (38.6%) koehenkilöä. Apuvälineitä joskus käyttäviä oli 24 (8.7%), usein käyttäviä 37 (13.4%) ja aina käyttäviä 109 (39.4%). Apuvälineiden käytön useuden keskiarvo oli 2.53 ja keskihajonta 1.35.

Apuvälineitä ei arastellut käyttää 197 (82.8%) koehenkilöä. Apuvälineitä arasteli käyttää joskus 26 (10.9%), usein 5 (2.1%) ja aina 10 (4.2%). Apuvälineiden käytön arkuuden keskiarvo oli 1.28 ja keskihajonta 0.71. Käytössä olevat apuvälineet täysin riittäviksi koki 71 (37%) koehenkilöä, hyvin riittäviksi 69 (35.9%) ja melko riittäviksi 44 (22.9%). Käytössä olevia apuvälineitä ei kokenut riittäviksi 8 (4.2%) koehenkilöä. Apuvälineiden käytön riittävyyden keskiarvo oli 3.06 ja keskihajonta 0.88.

*Sukupuolen ja koulutuksen yhteys apuvälineiden käytön useuteen.* Sukupuolen ja koulutuksen merkitys tutkittiin 2x4 varianssianalyysillä (taulukko 8). Sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä pääefekti ( $p < .01$ ) apuvälineiden käytön useuteen. Miehet käyttivät apuvälineitä useammin ( $ka = 2.88$ ,  $sd = 1.37$ ) kuin naiset ( $ka = 2.39$ ,  $sd = 1.31$ ).

Koulutuksella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ( $p < .001$ ) apuvälineiden käytön useuteen. Scheffen post hoc -vertailujen mukaan koulutusluokkien kansakoulu/peruskoulu/lukio ja keskiasteen ammatillinen koulutus (opistoaste) apuvälineiden käytön useuden keskiarvojen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .01$ ). Kansakoulun/peruskoulun/lukion käyneet käyttivät apuvälineitä useammin ( $ka = 2.94$ ,  $sd = 1.30$ ) kuin opistoasteen käyneet ( $ka = 2.12$ ,  $sd = 1.23$ ). Muiden koulutusluokkien apuvälineiden käytön useuden keskiarvojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Sukupuolella ja koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää interaktiota apuvälineiden käytön useuteen, arkuuteen tai riittävyyteen. (Ks. taulukko 8.)

**TAULUKKO 8. Sukupuolen ja koulutuksen yhteys apuvälineiden käytön useuteen, arkuuteen ja riittävyteen, coping-strategioihin sekä stressiin**

Muuttuja	Sukupuoli	Koulutus	Sukupuoli x koulutus
Apuvälineiden käytön useus	8.21**	7.14***	.08
Apuvälineiden käytön arkuus	.15	1.87	.03
Apuvälineiden käytön riittävyys	3.47	.95	.17
Kieltäminen	.01	.68	.22
Käytöksellinen sitoutumattomuus	2.05	7.04***	.67
Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	17.12***	1.61	2.72
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä	25.27***	2.38	3.58
Suunnitteleminen	.08	10.10***	.32
Uskonto	9.59**	.67	1.01
Aktiivinen coping	.44	5.82**	1.97
Positiivinen tulkinta ja kasvu	3.94	.91	1.22
Itsehilinnän coping	1.03	.75	.87
Hyväksyminen	.00	.65	.08
Keskittyminen ja tunteiden purkaminen	2.22	1.84	.07
Kilpailevien aktiviteettien torjuminen	2.81	1.99	1.19
Stressi	.30	5.82**	1.78

\*\* p<.01 \*\*\*p<.001

Luokat: kansakoulu/peruskoulu/lukio, keskiasteen ammatillinen koulutus (opistoaste), ammatillinen koulutus (ammattikoulu/kurssit), korkea-asteen koulutus

*Sukupuolen ja sairauden keston yhteys apuvälineiden käyttöön.* Sukupuolen ja sairauden keston merkitys muuttujiin tutkittiin 2x4 varianssianalyysillä (taulukko 9). Sukupuolella ja koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää interaktiota apuvälineiden käytön useuteen.

Sairauden kestolla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ( $p < .001$ ) apuvälineiden käytön useuteen. Scheffén post hoc -vertailujen mukaan alle viisi vuotta sairastaneiden ja 5-10 vuotta sairastaneiden apuvälineiden käytön keskiarvojen välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < .001$ ). Samoin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < .001$ ) oli alle viisi vuotta ja yli 15 vuotta sairastaneiden keskiarvojen välillä. Alle viisi vuotta sairastaneiden ja 10-15 vuotta sairastaneiden apuvälineiden käytön keskiarvojen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .01$ ). Alle viisi vuotta sairastaneet käyttivät apuvälineitä vähemmän ( $ka = 1.37$ ,  $sd = 0.90$ ) kuin 5-10 vuotta sairastaneet ( $ka = 2.54$ ,  $sd = 1.33$ ), 10-15 vuotta sairastaneet ( $ka = 2.42$ ,  $sd = 1.39$ ) ja yli 15 vuotta sairastaneet ( $ka = 3.03$ ,  $sd = 1.20$ ). (Ks. taulukko 9.)

**AULUKKO 9. Sukupuolen ja sairauden keston yhteys apuvälineiden käytön useuteen, arkuuteen ja riittävyteen, coping-strategioihin sekä stressiin**

	Sukupuoli	Sairauden kesto`	Sukupuoli x sairauden kesto
Auuttuja	9.30**	19.91***	.13
Apuvälineiden käytön useus	.15	.04	1.20
Apuvälineiden käytön arkuus	3.47	.65	.44
Apuvälineiden käytön riittävyys			
Kieltäminen	.01	1.09	.73
Käytöksellinen sitoutumattomuus	1.94	1.55	.71
Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	16.78***	1.71	.82
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalista syistä	24.83***	3.23	1.11
Suunnitteleminen	.07	1.03	.37
Jskonto	9.95**	2.60	2.45
Aktiivinen coping	.41	.79	1.06
Positiivinen tulkinta ja kasvu	3.86	.38	.03
Itsehilinnän coping	1.03	.83	.62
Hyväksyminen	.00	.89	.21
Keskittyminen ja tunteiden purkaminen	2.26	.35	2.95
Kilpailevien aktiviteettien torjuminen	2.84	4.01**	.31
Stressi	.28	.28	.70

\*\* p < .01 \*\*\* p < .001

Luokat: alle 5 vuotta, 5-10 vuotta, 10-15 vuotta, yli 15 vuotta

## 6.2 Coping-strategiat

Koehenkilöt käyttivät coping-strategioinaan eniten aktiivista copingia ( $ka = 2.93$ ,  $sd = 0.67$ ) ja hyväksymistä ( $ka = 2.91$ ,  $sd = 0.76$ ). Vähiten he taas käyttivät kieltämistä ( $ka = 1.66$ ,  $sd = 0.78$ ). Koehenkilöiden coping-strategioiden keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty liitteessä 2.

Coping-strategioiden järjestys eniten käytetystä vähiten käytettyyn naisilla oli: aktiivinen coping, hyväksyminen, sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä, positiivinen tulkinta ja kasvu, itsehillinnan coping, suunnitteleminen, sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä, kilpailevien aktiviteettien torjuminen, keskittyminen ja tunteiden purkaminen, uskonto, käytöksellinen sitoutumattomuus sekä kieltäminen. Miesten käyttämien coping-strategioiden vastaava järjestys oli: aktiivinen coping, hyväksyminen, itsehillinnan coping, positiivinen tulkinta ja kasvu, suunnitteleminen, kilpailevien aktiviteettien torjuminen, sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä, keskittyminen ja tunteiden purkaminen, sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä, kieltäminen, käytöksellinen sitoutumattomuus sekä uskonto. Keskiarvot ja keskihajonnat on esitetty taulukossa 10.

*Apuvälineiden käytön yhteys coping-strategioihin.* Apuvälineiden käytön ("Onko Teillä käytössänne liikkumista helpottava apuväline/apuvälineitä?") merkitys coping-strategioihin tutkittiin kahden riippumattoman otoksen t-testeillä. Apuvälineiden käytöllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kieltämiseen, käytökselliseen sitoutumattomuuteen, sosiaalisen tuen etsimiseen välineellisistä syistä, sosiaalisen tuen etsimiseen emotionaalisista syistä, suunnittelemiseen, uskontoon, aktiiviseen copingiin, positiiviseen tulkintaan ja kasvuun, itsehillinnan copingiin, hyväksymiseen sekä keskittymiseen ja tunteiden purkamiseen. (Ks. taulukko 11.)

Erittäin merkitsevä yhteys apuvälineiden käytöllä oli kilpailevien aktiviteettien torjumiseen. Koehenkilöt, jotka käyttivät apuvälineitä, käyttivät enemmän stressistä selviytymisstrategianaan kilpailevien aktiviteettien torjumista kuin koehenkilöt, jotka eivät käyttäneet apuvälineitä. Apuvälineitä käyttävien sekä koehenkilöiden, jotka

eivät käyttäneet apuvälineitä, coping-strategioiden keskiarvot, keskihajonnat, t-testien t-arvot, vapausasteet (df) ja p-arvot on esitetty taulukossa 11.

*Vanhemmuuden yhteys coping-strategioihin.* Lasten merkitys coping-strategioihin tutkittiin kahden riippumattoman otoksen t-testeillä (taulukko 12). Vanhemmuudella ei ollut yhteyttä kieltämiseen, sosiaalisen tuen etsimiseen välineellisistä syistä, sosiaalisen tuen etsimiseen emotionaalisista syistä, suunnittelemiseen, aktiiviseen copingiin, positiiviseen tulkintaan ja kasvuun, itsehillinnän copingiin, hyväksymiseen, keskittymiseen ja tunteiden purkamiseen sekä kilpailevien aktiviteettien torjumiseen.

Vanhemmuudella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys käytökselliseen sitoutumattomuuteen ja uskoon. Koehenkilöt, joilla oli lapsia, käyttivät stressistä selviämiseen käytöksellistä sitoutumattomuutta ja uskontoa enemmän kuin ne, joilla ei ollut lapsia. Sekä koehenkilöiden, joilla ei ollut lapsia että lapsettomien henkilöiden coping-ulottuvuuksien keskiarvot, keskihajonnat, t-testien t-arvot, vapausasteet (df) ja p-arvot on esitetty taulukossa 12.

*Sukupuolen ja koulutuksen yhteys coping-strategioihin.* Sukupuolen ja koulutuksen vaikutus muuttujiin (taulukko 8) tutkittiin 2x4 varianssianalyysillä. Koulutuksella oli erittäin merkitsevä pääefekti ( $p < .001$ ) käytökselliseen sitoutumattomuuteen. Scheffén post hoc -vertailujen mukaan koulutusluokkien kansakoulu/peruskoulu/lukio ( $ka = 1.98$ ,  $sd = 0.78$ ) ja korkea-asteen koulutus ( $ka = 1.43$ ,  $sd = 0.72$ ) keskiarvojen välillä käytöksellisessä sitoutumattomuudessa oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .01$ ). Kansakoulun/peruskoulun/lukion käyneet käyttivät coping-strategianaan käytöksellistä sitoutumattomuutta enemmän kuin korkea-asteen koulutuksen saaneet.

Sukupuolella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ( $p < .001$ ) sosiaalisen tuen etsimiseen välineellisistä syistä (taulukko 8). Naiset käyttivät coping-strategianaan sosiaalisen tuen etsimistä välineellisistä syistä enemmän ( $ka = 2.32$ ,  $sd = 0.79$ ) kuin miehet ( $ka = 1.90$ ,  $sd = 0.75$ ). Sukupuolella oli erittäin merkitsevä yhteys ( $p < .001$ ) sosiaalisen tuen etsimiseen emotionaalisista syistä. Naiset käyttivät coping-strategia-

naan sosiaalisen tuen etsimistä emotionaalisista syistä enemmän ( $ka = 2.70$ ,  $sd = 0.88$ ) kuin miehet ( $ka = 2.12$ ,  $sd = 0.92$ ).

Koulutuksella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ( $p < .001$ ) suunnittelemiseen. Scheffen post hoc -vertailujen mukaan koulutusluokkien kansakoulu/peruskoulu/lukio ja korkea-asteen koulutus keskiarvojen välillä suunnittelemisessa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < .001$ ). Koulutusluokkien ammatillinen koulutus ja korkea-asteen koulutus keskiarvojen välillä on tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .01$ ). Korkea-asteen koulutuksen saaneet käyttivät suunnittelemista enemmän ( $ka = 2.87$ ,  $sd = 0.86$ ) kuin kansakoulun/peruskoulun/lukion käyneet ( $ka = 2.12$ ,  $sd = 0.79$ ) ja enemmän kuin ammatillisen koulutuksen saaneet ( $ka = 2.18$ ,  $sd = 0.88$ ).

Sukupuolella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p < .01$ ) uskonto -strategiaan. Naiset käyttivät coping-strategiaanaan uskontoa enemmän ( $ka = 2.17$ ,  $sd = 1.63$ ) kuin miehet ( $ka = 1.57$ ,  $sd = 0.95$ ).

Koulutuksella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys aktiiviseen copingiin ( $p < .01$ ). Scheffen post hoc -vertailujen mukaan koulutusluokkien kansakoulu/peruskoulu/lukio ja korkea-asteen koulutus keskiarvojen välillä aktiivisen copingin käytössä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .01$ ).

*Sukupuolen ja sairauden keston yhteys coping-strategioihin.* Sukupuolen ja sairauden keston merkitys muuttujiin tutkittiin  $2 \times 4$  varianssianalyysillä. Sukupuolella ja sairauden kestolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää interaktiota mihinkään coping-strategiaan (taulukko 9). Sairauden kestolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p < .01$ ) kilpailevien aktiviteettien torjumiseen. Pääefekti oli tilastollisesti merkitsevä;  $F(3, 267) = 4.33$ ,  $p < .01$ , mutta mikään post hoc -vertailuista ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Minkään sairauden keston luokkien välillä ei siis ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kilpailevien aktiviteettien torjumisessa.



**Taulukko 10. Coping-strategioiden sekä stressin väliset tulomomenttikorrelaatiokertoimet, keskiarvot ja keskihajonnat sukupuolittain**

Summamuuttuja	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	ka	sd
														miehet	naiset
1) kieltäminen	-	.30**	-.04	-.13	-.05	-.06	.01	.22	.18	-.01	.02	.23	.22	1.66	0.78
2) käytöksellinen sitoutuminen	.29***	-	-.28	-.36**	-.27	-.02	-.24	-.09	.09	.17	.23	-.07	.30**	1.66	0.77
3) sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	-.05	.06	-	.44***	.21	-.00	.15	.17	.13	-.11	-.03	.19	-.08	1.90	0.75
4) sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalista syistä	-.18	-.04	.62***	-	.19	.00	.14	.22	.08	-.05	.09	.15	-.07	2.12	0.92
5) suunnitteleminen	-.09	-.23**	.24**	.31***	-	.07	.61***	.40***	.32**	.03	-.17	.31**	-.33**	2.36	0.93
6) uskonto	-.08	.06	.03	-.02	-.03	-	.14	.09	-.02	.05	-.03	.01	-.03	1.57	0.95
7) aktiivinen coping	.01	-.10	.20**	.25***	.57***	.04	-	.48***	.38***	.25	-.18	.33**	-.32**	2.89	0.67
8) positiivinen tulkinta ja kasvu	.14	-.02	.29***	.28***	.40***	.04	.46***	-	.50***	.07	-.33**	.28	-.31**	2.49	0.79
9) itsehillinnän coping	.21**	.13	.17	.00	.29***	.00	.44***	.42***	-	.19	-.37**	.33**	-.35**	2.71	0.72
10) hyväksyminen	.14	.03	.22**	.19	.23**	.12	.43***	.46***	.39***	-	-.04	-.06	-.04	2.90	0.72
11) keskittyminen ja tunteiden purkaminen	-.14	.03	.19	.27***	-.15	-.03	-.26***	-.09	-.31***	-.16	-	.01	.51***	1.95	0.90
12) kilpailevien aktiviteettien torjuminen	.04	-.10	.16	-.05	.36***	.17	.35***	.38***	.31***	.25**	-.12	-	-.12	2.37	0.74
13) stressi	.13	.37***	-.01	-.20**	-.29***	.03	-.32***	-.19	-.12	-.27***	.22**	-.08	-	1.62	0.54
ka (naiset)	1.66	1.80	2.32	2.70	2.33	2.17	2.94	2.70	2.61	2.91	2.12	2.21	1.66		
sd (naiset)	0.76	0.76	0.79	0.88	0.84	1.63	0.66	.81	0.78	0.79	0.84	0.70	0.54		

Huom. Taulukon ylemmässä puoliskossa on coping-strategioiden ja stressin väliset korrelaatiot miehille ja alemmässä puoliskossa naisille.

1 (naiset) = 129 - 204

1 (miehet) = 63 - 89

ka = keskiarvo

d = keskihajonta

\*\* p<.01 \*\*\* p<.001

AULUKKO 11. Apuvälineiden käytön yhteys coping-strategioihin sekä stressiin (kahden riippumattoman otoksen t-testit)

Muuttujat	Ei apuvälineitä käyttävät		Apuvälineitä käyttävät		t	df
	ka	sd	ka	sd		
Tietäminen	1.62	.79	1.69	.78	-.71	237
Käytöksellinen sitoutumattomuus	1.70	.71	1.82	.84	-1.26	235
Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	2.30	.83	2.11	.77	1.84	237
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalista syistä	2.70	.96	2.42	.91	2.36	237
Luunnitteleminen	2.51	.81	2.23	.91	2.49	237
Jskonto	1.89	1.04	1.88	1.04	.06	237
Aktiivinen coping	3.00	.69	2.87	.65	1.54	237
Positiivinen tulkinta ja kasvu	2.57	.82	2.71	.83	-1.31	237
Tsehällinnän coping	2.60	.79	2.67	.76	-.61	237
Iyväksyminen	2.84	.79	2.97	.72	-1.28	237
Keskittyminen ja tunteiden purkaminen	2.09	.83	2.05	.89	.35	237
Ylpailevien aktiviteettien torjuminen	2.07	.63	2.40	.74	-3.69***	235
Stressi	1.63	.57	1.63	.52	-.05	237

\*\*\*p<.001

TULUKKO 12. Vanhemmuuden yhteys coping-strategioihin sekä stressiin (kahden riippumattoman otoksen t-testit)

Muuttujat	Ei ole lapsia		On lapsia		t	df
	ka	sd	ka	sd		
Kieltäminen	1.47	.59	1.72	.82	-2.56	132
Käytöksellinen sitoutumattomuus	1.52	.72	1.83	.79	-2.69**	240
Sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	2.24	.87	2.19	.78	.45	240
Sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä	2.62	.99	2.53	.92	.62	240
Suunnitteleminen	2.42	.88	2.33	.88	.69	240
Jskonto	1.58	.88	2.00	1.07	-3.04**	115
Aktiivinen coping	2.93	.67	2.93	.67	.02	240
Positiivinen tulkinta ja kasvu	2.53	.77	2.69	.84	-1.33	240
Tsehillinnän coping	2.50	.76	2.68	.78	-1.52	240
Hyväksyminen	2.86	.71	2.92	.77	-.49	240
Keskittyminen ja tunteiden purkaminen	2.14	.85	2.05	.86	.64	240
Silpailevien aktiviteettien torjuminen	2.14	.67	2.28	.71	-1.34	240
Stressi	1.54	.51	1.66	.55	-1.50	240

\*\* p &lt; .01

### 6.3 Stressaantuneisuus

Koehenkilöiden stressaantuneisuuden keskiarvo oli 1.63 ja keskihajonta .54. Naisten stressaantuneisuuden keskiarvo oli 1.66 (sd = 0.54) ja miesten 1.62 (sd = 0.54).

*Sukupuolen yhteys stressaantuneisuuteen.* Sukupuolen yhteyttä stressaantuneisuuteen tutkittiin vertailemalla naisten ja miesten stressaantuneisuutta kahden riippumattoman otoksen t-testillä (taulukko 8). Naisten (ka = 1.65, sd = 0.54) ja miesten (ka = 1.60, sd = 0.54) stressaantuneisuudessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

*Lasten vaikutus stressaantuneisuuteen.* Lasten vaikutusta stressaantuneisuuteen tutkittiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Vanhemmuudella ei ollut yhteyttä koehenkilöiden stressaantuneisuuteen (taulukko 12).

*Siviilisäädyn yhteys stressaantuneisuuteen.* Siviilisäätiryhmien välisiä keskiarvoeroja stressaantuneisuudessa tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Siviilisäädyllä ei ollut yhteyttä stressaantuneisuuteen. Avioliitossa olevat (ka = 1.67, sd = 0.53) olivat stressaantuneimpia. Avoliitossa olevat (ka = 1.54, sd = 0.55) olivat vastaavasti vähiten stressaantuneita. Kaikkien ryhmien keskiarvo oli 1.64 ja keskihajonta 0.54.

*Sairauden keston yhteys stressaantuneisuuteen.* Sairauden keston välisiä keskiarvoeroja stressaantuneisuudessa tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Sairauden kestolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä stressaantuneisuuteen. MS-tautia 10-15 vuotta sairastaneet ovat stressaantuneempia (ka = 1.70, sd = 0.53) kuin alle viisi vuotta sairastaneet (ka = 1.65, sd = 0.48), 5-10 vuotta sairastaneet (ka = 1.62, sd = 0.57) ja yli viisitoista vuotta sairastaneet (ka = 1.64, sd = 0.54). Stressaantuneisuutta oli vähiten 5-10 vuotta sairastaneilla. Kaikkien sairauden keston luokkien yhteinen keskiarvo oli 1.65 ja keskihajonta 0.54.

*Elämäntilanteen yhteys stressaantuneisuuteen.* Työssä käyvien, eläkkeellä olevien ja muut -ryhmän välisiä keskiarvoeroja stressaantuneisuudessa tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Näiden ryhmien välillä ei ollut eroa stressaantuneisuudessa. Elämäntilanteella ei siis ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä stressaantuneisuuteen.

Eläkkeellä olevat olivat stressaantuneempia ( $ka = 1.66$ ,  $sd = 0.52$ ) kuin työssä käyvät ( $ka = 1.60$ ,  $sd = 0.59$ ) sekä muut ( $ka = 1.64$ ,  $sd = 0.50$ ). Kaikkien ryhmien keskiarvo oli 1.64 ja keskihajonta 0.54.

*Sukupuolen ja koulutuksen yhteys stressaantuneisuuteen.* Sukupuolen ja koulutuksen vaikutus tutkittiin 2x4 varianssianalyysillä (taulukko 8). Sukupuolella ja koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää interaktiota stressaantuneisuuteen. Koulutuksella oli tilastollisesti merkitsevä pääefekti ( $p < .01$ ) stressaantuneisuuteen. Scheffen post hoc -vertailujen mukaan kansakoulun/peruskoulun/lukion ja korkea-asteen koulutuksen keskiarvojen välillä oli stressaantuneisuudessa tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .01$ ). Kansakoulun, peruskoulun tai lukion käyneet olivat stressaantuneempia ( $ka = 1.80$ ,  $sd = 0.47$ ) kuin korkea-asteen koulutuksen saaneet ( $ka = 1.40$ ,  $sd = 0.52$ ).

#### **6.4 Miten coping-strategiat selittävät stressaantuneisuutta?**

Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimilla tutkittiin yhteyttä coping-strategioiden ja stressaantuneisuuden välillä (liite 2). Kieltäminen, sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä, sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä, uskonto sekä kilpailevien aktiviteettien torjuminen eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen.

Positiivinen tulkinta ja kasvu, itsehillinnan coping sekä hyväksyminen olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia henkilöt olivat, sitä vähemmän he käyttivät positiivista tulkintaa ja kasvua, itsehillinnan copingia sekä hyväksymistä. Käytöksellinen sitoutumattomuus, suunnitteleminen, aktiivinen coping sekä keskittyminen ja tunteiden purkaminen olivat erittäin merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia koehenkilöt olivat, sitä enemmän he käyttivät coping-strategioinaan käytöksellistä sitoutumattomuutta sekä keskittymistä ja tunteiden purkamista. Mitä stressaan-

tuneempia koehenkilöt olivat, sitä vähemmän he käyttivät coping-strategioinaan suunnittelemista ja aktiivista copingia.

Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimilla tutkittiin yhteyttä myös sukupuolittain (taulukko 10). Naisilla käytöksellinen sitoutumattomuus, suunnitteleminen, aktiivinen coping sekä hyväksyminen olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia naiset olivat, sitä enemmän he käyttivät coping-strategianaan käytöksellistä sitoutumattomuutta. Coping-strategioista suunnittelemista, aktiivista copingia sekä hyväksymistä naiset käyttivät sitä vähemmän, mitä stressaantuneempia he olivat.

Naisilla sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä sekä keskittyminen ja tunteiden purkaminen olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä heidän stressaantuneisuuteensa. Mitä enemmän naiset käyttivät coping-strategianaan sosiaalisen tuen etsimistä emotionaalisista syistä, sitä vähemmän stressaantuneita he olivat. Mitä stressaantuneempia naiset olivat, sitä enemmän he käyttivät keskittymistä ja tunteiden purkamista stressistä selviytymiskeinonaan.

Miehillä keskittyminen ja tunteiden purkaminen oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia miehet olivat, sitä enemmän he käyttivät coping-strategianaan keskittymistä ja tunteiden purkamista. Käytöksellinen sitoutumattomuus, suunnitteleminen, aktiivinen coping, positiivinen tulkinta ja kasvu sekä itsehillinnän coping olivat miehillä tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen. Mitä stressaantuneempia miehet olivat, sitä enemmän he käyttivät käytöksellistä sitoutumattomuutta stressistä selviytyäkseen. Coping-strategioista suunnittelemista, aktiivista copingia, positiivista tulkintaa ja kasvua sekä itsehillinnän copingia miehet käyttivät sitä vähemmän, mitä stressaantuneempia he olivat. Muut coping-strategiat eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä stressaantuneisuuteen miehillä.

Regressioanalyysillä (ENTER) tutkittiin, miten paljon coping-strategiat selittävät yhdessä stressaantuneisuuden vaihtelusta. Coping-strategiat selittivät naisilla 30% stres-

saantuneisuuden vaihtelusta;  $F(12, 156) = 5.66, p < .001$ . Miehillä coping-strategiat selittivät 43% stressaantuneisuuden vaihtelusta;  $F(12, 61) = 3.90, p < .001$ .

Taulukossa 13 on esitetty coping-strategioiden ja stressin sekä taustatietojen väliset tulomomenttikorrelaatiokertoimet, keskiarvot ja keskihajonnat naisille ja miehille. Naisilla mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi kieltämisen kanssa. Miehillä ainoastaan apuvälineiden käytön arkuus liittyi kieltämiseen. Mitä arempia miehet olivat apuvälineiden käytössä, sitä enemmän he käyttivät coping-strategianaan kieltämistä. Naisilla apuvälineiden käytön useus ja ikä liittyivät käytökselliseen sitoutumattomuuteen. Mitä useammin naiset käyttivät apuvälineitä ja mitä iäkkäämpiä he olivat, sitä enemmän he käyttivät käytöksellistä sitoutumattomuutta. Apuvälineiden käytön useus ja ikä yhdessä selittivät naisilla käytöksellisen sitoutumattomuuden vaihtelusta 5%;  $F(2, 175) = 4.93, p < .01$ . Miehillä taas käytökselliseen sitoutumattomuuteen liittyivät apuvälineiden käytön arkuus ja sairauden kesto. Mitä arempia miehet olivat apuvälineiden käytön suhteen ja mitä kauemmin he olivat sairastaneet MS-tautia, sitä enemmän he käyttivät coping-strategianaan käytöksellistä sitoutumattomuutta. Apuvälineiden käytön arkuus ja sairauden kesto yhdessä selittivät miehillä käytöksellisen sitoutumattomuuden vaihtelusta 12%;  $F(2, 63) = 4.12, p < .05$ .

Naisilla sairauden kesto ja ikä liittyivät sosiaalisen tuen etsimiseen välineellisistä syistä. Mitä kauemmin he olivat sairastaneet ja mitä iäkkäämpiä he olivat, sitä vähemmän he käyttivät sosiaalisen tuen etsimistä välineellisistä syistä. Sairauden kesto ja ikä yhdessä selittivät naisilla sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä -strategian vaihtelusta 5%;  $F(2, 180) = 4.25, p < .05$ . Miehillä mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä -strategian kanssa.

Apuvälineiden käytön useus, sairauden kesto ja ikä liittyivät naisilla sosiaalisen tuen etsimiseen emotionaalisista syistä. Mitä useammin naiset käyttivät apuvälineitä, mitä kauemmin he olivat sairastaneet ja mitä iäkkäämpiä he olivat, sitä vähemmän he käyttivät sosiaalisen tuen etsimistä emotionaalisista syistä. Apuvälineiden käytön

useus, sairauden kesto ja ikä yhdessä selittivät naisilla sosiaalinen tuen etsiminen emotionaalisisista syistä -strategian vaihtelusta 13%;  $F(3, 174) = 8.65, p < .001$ . Miehillä mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisisista syistä -strategian kanssa.

Naisilla ja miehillä ainoastaan ikä liittyi coping-strategiaan suunnitteleminen. Mitä iäkkäämpiä miehet ja naiset olivat, sitä vähemmän he käyttivät suunnittelemista. Apuvälineiden käytön useus, sairauden kesto, lasten lukumäärä ja ikä liittyivät naisilla uskontoon. Mitä useammin naiset käyttivät apuvälineitä, mitä kauemmin he olivat sairastaneet, mitä enemmän heillä oli lapsia ja mitä iäkkäämpiä he olivat, sitä enemmän he käyttivät coping-strategianaan uskontoa. Apuvälineiden käytön useus, sairauden kesto, lasten lukumäärä ja ikä yhdessä selittivät naisilla uskonto -strategian vaihtelusta 11%;  $F(3, 139) = 5.94, p < .001$ . Miehillä mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi uskonto -strategian kanssa.

Naisilla mikään taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi aktiivisen copingin kanssa. Miehillä ainoastaan ikä liittyi aktiiviseen copingiin. Mitä iäkkäämpiä miehet olivat, sitä vähemmän he käyttivät aktiivista copingia. Naisilla ainoastaan apuvälineiden käytön arkuus liittyi positiiviseen tulkintaan ja kasvuun. Mitä arempia naiset olivat apuvälineiden käytön suhteen, sitä vähemmän he käyttivät coping-strategianaan positiivista tulkintaa ja kasvua. Mikään taustamuuttujista miehillä ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi positiivisen tulkinnan ja kasvun kanssa.

Apuvälineiden käytön riittävyys ja lasten lukumäärä liittyivät naisilla hyväksymiseen. Mitä riittämättömämmiksi naiset kokivat apuvälineet, sitä enemmän he käyttivät hyväksymistä ja mitä enemmän heillä oli lapsia, sitä vähemmän he käyttivät hyväksymistä coping-strategianaan. Apuvälineiden käytön riittävyys ja lasten lukumäärä yhdessä selittivät naisilla hyväksyminen -strategian vaihtelusta 7%;  $F(2, 86) = 3.23, p < .05$ . Miehillä mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi hyväksymisen kanssa.



Apuvälineiden käytön useus, sairauden kesto ja ikä liittyivät naisilla kilpailevien aktiviteettien torjumiseen. Mitä useammin naiset käyttivät apuvälineitä, mitä kauemmin he olivat sairastaneet ja mitä iäkkäämpiä he olivat, sitä enemmän he käyttivät kilpailevien aktiviteettien torjumista. Apuvälineiden käytön useus, sairauden kesto ja ikä yhdessä selittivät naisilla kilpailevien aktiviteettien torjumisen vaihtelusta 11%;  $F(3, 174) = 7.07, p < .001$ . Miehillä mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi kilpailevien aktiviteettien torjumisen kanssa.

Apuvälineiden käytön arkuus ja lasten lukumäärä liittyivät naisilla stressaantuneisuuteen. Mitä arempia naiset olivat apuvälineiden käytön suhteen ja mitä enemmän heillä oli lapsia, sitä stressaantuneempia he olivat. Apuvälineiden käytön arkuus ja lasten lukumäärä yhdessä selittivät naisilla stressaantuneisuuden vaihtelusta 4%,  $F(2, 121) = 3.30, p < .05$ . Miehillä ainoastaan ikä liittyi stressaantuneisuuteen. Mitä iäkkäämpiä miehet olivat, sitä stressaantuneempia he myös olivat.

Mikään tutkittavista taustamuuttujista ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi itsehillinnän copingin tai keskittymisen ja tunteiden purkamisen kanssa naisilla tai miehillä. Eniten tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita löytyi iän suhteen.

Naisten ja miesten coping-strategioiden ja stressaantuneisuuden välisten tulomomenttikorrelaatiokertoimien eroja selvitettiin kahden korrelaation erotuksilla (Karma & Komulainen 1990, 71-72). Suurin korrelaatiokertoimien erotus oli uskonnon ja sairauden keston välillä (naiset  $r = .23$ , miehet  $r = -.14$ ). Naisten ja miesten sairauden keston ja uskonto-strategian korrelatiiviset yhteydet erosivat tilastollisesti merkitsevästi;  $Z = 2.80, p < .01$ .

Naisten ja miesten välillä olivat tilastollisesti merkitsevät erot seuraavissa coping-strategioiden tulomomenttikorrelaatiokertoimissa: hyväksyminen x positiivinen tulkinta ja kasvu;  $Z = 3.19, p < .01$ , käytöksellinen sitoutumattomuus x sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä;  $Z = 2.58, p < .01$ . Muut naisten ja miesten korrelatiiviset yhteydet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi.

**TAULUKKO 13. Coping-strategioiden ja stressin sekä taustatietojen väliset tulomomenttikorrelaatiokertoimet, keskiarvot ja keskihajonnat sukupuolittain**

summaamuuttuja	naiset	apuvälineiden käyttö		apuvälineiden käytön riittävyys		sairauden kesto		lasten lukumäärä		ikä
		.08	.03	.03	.03	.00	.00	-.05	.09	
1) kieltäminen	miehet	-.05	.25*	.00	.17	.17	.21	-.04	.21	
2) käytöksellinen sitoutumattomuus	naiset	.21**	.08	-.15	.09	.09	.17*	.07	.17*	
	miehet	-.02	.27*	.13	.23*	.23*	.22	.23	.22	
3) sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä	naiset	-.12	-.10	-.09	-.17*	-.17*	-.20**	-.13	-.20**	
	miehet	.04	-.09	.06	-.04	-.04	-.07	-.13	-.07	
4) sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalista syistä	naiset	-.21**	-.07	.02	-.23**	-.23**	-.35***	-.14	-.35***	
	miehet	.03	-.05	-.05	-.10	-.10	-.18	-.03	-.18	
5) suunnitteleminen	naiset	-.14	-.10	.05	-.08	-.08	-.16*	-.09	-.16*	
	miehet	-.21	.03	.16	-.12	-.12	-.28*	-.07	-.28*	
6) uskonto	naiset	.16*	-.08	-.03	.23**	.23**	.27***	.28**	.27***	
	miehet	.04	-.11	.03	-.14	-.14	-.03	.17	-.03	
7) aktiivinen coping	naiset	-.05	-.08	.03	.00	.00	-.04	-.10	-.04	
	miehet	-.21	.02	.23	-.16	-.16	-.28*	.13	-.28*	
8) positiivinen tulkinta ja kasvu	naiset	.12	-.21*	-.04	.04	.04	.02	-.11	.02	
	miehet	-.08	.13	.16	-.00	-.00	-.19	-.22	-.19	
9) itsehillinnän coping	naiset	.07	-.05	.14	.04	.04	.10	-.11	.10	
	miehet	-.09	.14	.16	.07	.07	-.14	-.04	-.14	
10) hyväksyminen	naiset	.03	-.11	.20*	.10	.10	.02	-.23**	.02	
	miehet	.04	.09	.04	-.03	-.03	.04	.08	.04	
11) keskittyminen ja tunteiden purkaminen	naiset	.02	.13	-.12	-.02	-.02	-.07	.01	-.07	
	miehet	-.04	.09	.01	-.03	-.03	.10	.19	.10	
12) kilpailevien aktiviteettien torjuminen	naiset	.24**	.05	-.08	.17*	.17*	.28***	-.03	.28***	
	miehet	.08	-.15	-.05	.07	.07	.00	.19	.00	
13) stressi	naiset	.06	.21**	-.13	.01	.01	.14	.17*	.14	
	miehet	.14	.10	-.24	.01	.01	.25*	.14	.25*	
ca (naiset)		2.39	1.29	3.14	2.81	2.81	48.08	2.11	48.08	
ca (miehet)		2.88	1.25	2.89	2.91	2.91	48.54	2.25	48.54	
sd (naiset)		1.31	0.71	0.89	1.20	1.20	11.92	1.07	11.92	
sd (miehet)		1.37	0.69	0.83	1.06	1.06	11.35	1.47	11.35	

i (naiset) = 129 - 204, n (miehet) = 63 - 89

ca = keskiarvo, sd = keskihajonta

\* p < .01 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten arviointia

Yleisesti ottaen voidaan todeta, että naisten ja miesten stressaantuneisuus keskiarvoina tarkasteltuina ei ollut mitenkään korkea. Tästä voidaan päätellä, että MS-tautia sairastavien elämänlaatu stressaantuneisuuden kautta arvioituna näyttää olevan vähintäänkin kohtalainen. Naiset olivat keskimäärin stressaantuneempia kuin miehet. Tässä aineistossa naisten ja miesten stressaantuneisuudessa ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Sekä naiset että miehet käyttivät coping-strategioinaan eniten aktiivista copingia ja hyväksymistä. Koska aktiivinen coping kuuluu ongelmakeskeiseen copingiin, se on stressin hallinnan coping-strategiana toimiva. Yleensäkin kaikki ongelmakeskeiseen copingiin kuuluvat strategiat ovat hyödyllisiä stressistä selviytymisessä (vrt. Folkman & Lazarus 1980). Koehenkilöt käyttivät coping-strategioista vähiten kieltämistä. Lazaruksen ja Folkmanin (1984) mukaan sairauden yhteydessä kieltäminen on tehotonta, koska yksilö epäonnistuu ongelmakeskeisen copingin käytössä.

Carverin et al. (1989) tutkimuksessa coping jaettiin tunnekeskeiseen (sosiaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä, positiivinen tulkinta ja kasvu, hyväksyminen, kieltäminen, uskonto), ongelmakeskeiseen (aktiivinen coping, suunnitteleminen, kilpailevien aktiviteettien torjuminen, itsehillinnan coping, sosiaalisen tuen etsiminen välineellisistä syistä) ja vähemmän käyttökelpoiseen copingiin (keskittyminen ja tunteiden purkaminen, käytöksellinen sitoutumattomuus). Sukupuolella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys coping-strategioista sosiaalisen tuen etsimiseen välineellisistä syistä, sosiaalisen tuen etsimiseen emotionaalisista syistä ja uskuntoon. Tässä tutkimuksessa naiset käyttivät enemmän kuin miehet stressistä selviytymisstrategioinaan uskontoa sekä sosiaalisen tuen etsimistä välineellisistä ja emotionaalisista syistä. Tästä voi päätellä, että MS-tautia sairastavat naiset käyttävät stressaavissa tilanteissa pääsääntöisesti tunnekeskeistä copingia enemmän kuin miehet. Tällöin naiset arvioivat miehiä enemmän vahingollisen, uhkaavan tai haastavan sellaiseksi, jota ei voi muuttaa (vrt. Folkman & Lazarus 1980; Folkman et al. 1986).

Sukupuolella sekä keskittyminen ja tunteiden purkaminen -strategialla oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys. Naiset keskittyivät ja purkivat stressitilanteissa tunteitaan enemmän kuin miehet. Tämä strategia on Carverin et al. (1989) mukaan vähemmän hyödyllinen stressin hallinnan kannalta. Tällöin tämän strategian sijaan kannattaisi keskittyä stressistä selviytymisen kannalta hyödyllisempiin strategioihin eli ongelmakeskeiseen copingiin. Sukupuolella ei ollut yhteyttä kieltämiseen, käytökselliseen sitoutumattomuuteen, suunnittelemiseen, aktiiviseen copingiin, positiiviseen tulkintaan ja kasvuun, itsehillinnän copingiin, hyväksymiseen ja kilpailevien aktiviteettien torjumiseen.

Koulutuksella oli merkitystä stressaantuneisuuteen. Korkeasti koulutetut olivat vähiten stressaantuneita. Vanhemmuudella, siviilisäädellä eikä sairauden kestolla ollut yhteyttä stressaantuneisuuteen. Sairauden keston tulos oli toisaalta yllättävä, koska olisi voinut odottaa lyhimmän aikaa sairastaneiden olevan vähiten stressaantuneita ja kaikista kauimmin aikaa MS-tautia sairastaneiden olevan stressaantuneimpia. Toisaalta taas Ruutiaisen (1991) mukaan pahenemisvaiheet loppuvat yleensä noin kymmenen sairastamisvuoden kuluessa, jonka jälkeen sairaus etenee tasaisemmin. Tällä voi olla vaikutus siihen, että kauimmin sairastaneet eivät olleet kaikkein stressaantuneimpia.

Coping-strategiat selittivät naisilla vajaan kolmanneksen ja miehillä melkein puolet stressaantuneisuuden vaihtelusta. Naisilla coping-strategioiden käyttö stressaavissa tilanteissa ei ole niin merkittävässä asemassa kuin miehillä. Stressaantuneisuuden vaihtelua on teoriassa selitetty monesta eri näkökulmasta: esimerkiksi jämäkkyuden (Kobasa 1979; Kobasa et al. 1985), opitun avuttomuuden (Abramson et al. 1978; Zimmerman 1990), opitun toiveikkuuden (Zimmerman 1990), opitun neuvokkuuden (Weisenberg et al. 1990; Zimmerman 1990) ja haavoittuvuuden (Lazarus & Folkman 1984) näkökulmasta. Näillä hyvinvointiin vaikuttavilla kognitiivisilla yksilöllisillä piirre-eroilla voi olla enemmän merkitystä stressin selittämisessä kuin tässä tutkimuksessa tutkituilla taustamuuttujilla. Näiden yksilöllisten piirre-erojen merkitysten tutkiminen stressaantuneisuuden selittämisessä on yksi jatkotutkimusaihe.

Tutkittavat taustamuuttajat: apuvälineiden käytön useus, apuvälineiden käytön arkuus, apuvälineiden käytön riittävyys, sairauden kesto, lasten lukumäärä ja ikä eivät juurikaan selittäneet coping-strategioiden vaihtelusta. Eniten tilastollisesti merkitseviä korrelaatioita löytyi iän suhteen, mistä voidaan päätellä, että iällä on eniten merkitystä coping-strategioiden käytössä. Tähän tutkimukseen valittujen taustamuuttajien kautta ei siis päästy korkeisiin selitysosuuksiin. Samoin stressaantuneisuutta ei tässä tutkimuksessa pystytty selittämään taustamuuttajien kautta juuri ollenkaan. Coping-strategioiden ja stressaantuneisuuden ymmärtäminen muiden kuin tässä tutkimuksessa käytettyjen taustamuuttajien kannalta olisi tarpeellinen jatkotutkimusaihe. Muita coping-strategioita ja stressaantuneisuutta selittäviä taustamuuttajia voisivat olla esimerkiksi MS-taudin oireet, harrastukset ja MS-taudin vaikutus työelämään.

## 7.2 Tutkimusmenetelmän arviointia

Tässä tutkimuksessa MS-tautia sairastavien hyvinvointia on tutkittu stressin ja copingin näkökulmasta. Yksittäisen hyvinvoinnin mittarin käyttäminen ei ole riittävä tutkittaessa yksilön hyvinvointia, koska hyvinvointi on moniulotteinen käsite (ks. Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger 1993). Tämän tutkimuksen tulokset eivät siis anna kattavaa kuvaa MS-tautia sairastavan henkilön koko hyvinvoinnista, koska tutkimuksessa käytettiin ainoastaan stressi- ja coping-mittareita. Tässä tutkimuksessa mitattiin MS-tautia sairastavien elämänlaatua subjektiivisesta näkökulmasta, koska MS-tautia sairastavat itse täyttivät kyselylomakkeen ja täten myös arvioivat omaa hyvinvointiaan subjektiivisesti. Objektivistä näkökulmaa ei tässä tutkimuksessa ollut, mikä voidaan katsoa jonkinlaiseksi puutteeksi. Elämänlaatu on luonteeltaan kuitenkin olennaisesti subjektiivinen (Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger 1993, 508). Hyvinvointia on tarpeellista tutkia myös muista näkökulmista.

Tutkimuksessa käytetyt mittarit soveltuvat hyvin coping-strategioiden ja stressaantuneisuuden mittaamiseen. Sekä coping- että stressi-mittarin osiot vastaavat tämän tutkimuksen teoreettista viitekehystä. Tutkimuksessa käytetty globaali stressimittari sopii hyvin MS-tautia sairastavien hyvinvoinnin tutkimiseen, koska Cohenin et al. (1983) tutkimuksessa sairauden etiologiassa epäspesifiksi arvioitun stressin tutkimi-

seksi ja koetun stressitason mittaamiseksi on ehdotettu käytettäväksi PSS-mittaria. PSS-mittarin etuna on se, että monissa tapauksissa yksilöiden kokemat tietyt tapahtumat voidaan tunnistaa kysymättä tapahtuman esiintymisestä (Cohen, Kamarck & Mermelstein 1983, 385-386). Voi olla, että nimenomaan pitkäaikaissairaiden stressin mittaamiseksi on kehitetty mittari, joka soveltuisi vielä paremmin mittaamaan MS-potilaiden tai muiden pitkäaikaissairaiden stressiä.

Otos tässä tutkimuksessa on edustava, jolloin tulokset ovat melko hyvin yleistettävissä MS-tautia sairastavia koskeviksi. Coping-mittarin kohdalla mittauksen validiteetti on voinut heikentyä lyhentämisen vaikutuksesta. Tulokset eivät siis ole alkuperäiseen coping-mittariin nähden vertailukelpoisia. Coping-ulottuvuudet säilytettiin, ja vastausasteikko pidettiin samana. Löydösten varmistamiseksi tarvittaisiin tutkimusta, jossa käytetään alkuperäistä Carverin et al. (1989) coping-mittaria.

Mietittäväksi jää, onko järkevää mitata coping-strategioita näin hienojakoisesti. MS-potilaan ajatusmaailmassa strategiat eivät ole niin itsenäisiä kuin Carver et al. (1989) ovat ajatelleet. Asia vaatii lisää tutkimista. Tämän tutkimuksen kannalta ei ollut kuitenkaan tarkoituksenmukaista muokata copingia muutoin kuin Carverin et al. (1989) tutkimuksen tavoin. Coping-mittarin muokkaaminen olisi ollut itsenäinen tutkimushanke.

Enemmistö tutkimukseen vastanneista on voinut olla MS-liiton aktiivisia jäseniä, joita tutkimus on kiinnostanut enemmän. On hyvin todennäköistä, että ihmiset, joita tutkittavat asiat kiinnostavat, vastaavat suuremmalla todennäköisyydellä kuin ne, joita asiat eivät kiinnosta. Otos voi tällöin olla hieman vino, vaikka sitä voidaan pitää satunnaisotannan ja palautusprosentin perusteella edustavana.

Vaikeasti vammainen MS-tautia sairastava henkilö ei todennäköisesti ollut pystynyt vastaamaan kyselylomakkeeseen itsenäisesti. Avustajaa ei ollut välttämättä saatavilla avuksi ollenkaan. Toisaalta vastaaja ei ehkä ollut halunnut käyttää avustajaa omien henkilökohtaisten ajatustensa ja tuntemustensa kirjaamiseen. Tämän vuoksi MS-tautia sairastavien hyvinvointia olisi tärkeä tutkia haastattelumenetelmin.

### 7.3 Tulosten soveltaminen

Sopeutumisvalmennuksessa voitaisiin opettaa MS-potilaita käyttämään kognitiivista uudelleenstrukturointia stressin arvioinnin muuttamiseksi. Muiden adaptiivisten coping-metodien käyttö, kuten esimerkiksi sosiaalisen tuen etsiminen, voisi tukea stressin käsittelyä (Thompson et al. 1992, 438). Koska sosiaalista tukea voidaan tarkastella coping-resurssina, MS-tautia sairastavien hyvinvoinnin edistäminen myös sosiaalisen tuen näkökulmasta on tärkeää (vrt. Folkman & Lazarus 1985; Shumaker & Brownell 1984).

Stoyvan ja Carlsonin (1993, 743) mukaan viimeisten vuosikymmenten aikana on todettu vankkaa kehitystä menettelytapojen suunnittelussa, jotta stressi-coping -reaktioita voidaan muuntaa. Tämä kehitys tarkoittaa lisäksi sitä, että saatavilla on erilaisia lisäteknikoita yhdistettyjen interventioiden kehittämiseen. Uusia tekniikoita ovat esimerkiksi hengitysmallien uudelleen harjoittelu, fyysinen harjoittelu ja kognitiivinen käyttäytymisterapiateknikka vihan kontrollointiin. MS-tautia sairastavien hyvinvoinnin parantaminen lähtee interventioiden tunnistamisesta ja kognitiivisista tulkinnoista. Vaikuttamalla kognitioihin voidaan vaikuttaa MS-tautia sairastavien hyvinvointiin. (Stoyva & Carlson 1993, 743.) MS-tautia sairastavien kohdalla voitaisiin soveltaa ja kehittää kognitiivista terapiaa heille sopivaksi. Nixonin (1993, 182) mukaan kognitiivinen terapia on kehitetty itseään negatiivisista tapahtumista syyttävälle ihmisille. Siinä kuvaillaan muutamia erityisiä kognitiivisia uudelleen strukturoituja strategioita ja tekniikoita ihmisten auttamiseen muuttamalla automaattista ajattelua, kognitiivisia vääristymiä ja toimimattomia skeemoja. (Nixon 1993, 182.)

Jatkotutkimushankkeena haastattelututkimuksella saisi erilaista ja syvempää tietoa MS-tautia sairastavien henkilökohtaisesta hyvinvoinnista. Yksilölliset selviytymiskertomukset olisivat tarpeellista vertaismateriaalia, jota voitaisiin käyttää MS-potilaille suunnatuilla kursseilla ja kuntoutuksessa.

Coping-ulottuvuuksista alkoholiosion poisjättäminen ei ollut välttämättä perusteltua, koska jotkut ihmiset voivat turvautua alkoholiin tai lääkkeisiin stressaavassa

tilanteessa. Tässä tutkimuksessa alkoholin tai lääkkeiden mahdollista käyttöä ei saatu selville.



## LÄHTEET

- Abidin, R. & Wilfong, E. 1985. Parenting stress: Maternal & child health correlates. ERIC, ED 267314. Los Angeles.
- Abramson, L., Garber, J. & Seligman, M. E. P. 1980. Learned helplessness in humans: An attributional analysis. Teoksessa J. Garber & M. E. P. Seligman. Human helplessness. New York: Academic Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. 1978. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 87, 1, 49-74.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Allred, K. D. & Smith, T. W. 1989. The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluate threat. *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 2, 257-266.
- Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 2, 191-215.
- Bandura, A. 1982. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37, 2, 122-147.
- Bartone, P.T. 1989. Predictors of stress-related illness in city bus drivers. *Journal of Occupational Medicine* 31, 10, 857-863.
- Bartone, P.T., Ursano, R.J., Wright, K.M. & Ingraham, L.H. 1989. The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 6, 317-328.
- Brownell, A. & Shumaker, S. A. 1984. Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues* 40, 4, 1-9.
- Bryman, A. & Cramer, D. 1990. Quantitative data analysis for social scientists. London: Routledge.
- Burke, J. & Greenglass, E. 1993. Work stress, role conflict, social support, and psychological burnout among teachers. *Psychological Reports* 73, 2, 371-380.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Kumari Weintraub, J. 1989. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 2, 267-283.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. 1983. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24, 4, 385-396.
- Daniels, K. ja Guppy, A. 1995. Stress, social support and psychological well-being in British accountants. *Work and Stress* 9, 4, 432-447.
- Dennis, R. E., Williams, W., Giangreco, M. F. & Cloninger, C. J. 1993. Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children* 59, 6, 499-512.
- Depner, C. E., Wethington, E. & Ingersoll-Dayton, B. 1984. Social support: Methodological issues in design and measurement. *Journal of Social Issues* 40, 4, 37-54.
- Derogatis, L.R. & Coons, H.L. 1993. Self-report measures of stress. Teoksessa L. Goldberger & S. Brenitz (toim.) *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. (Toinen painos)*. New York: The Free Press, 21-39.
- Felton, B., Revenson, T. & Hinrichsen, G. 1984. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine* 18, 10, 889-898.
- Filipp, S-H, Klauer, T., Freudenberg, E. & Ferring, D. 1990. The regulation of subjective well-being in cancer patients: An analysis of coping effectiveness. *Psychology and Health* 4, 4, 305-317.
- Fimian, M. J., Fastenau, P. A., Tashner, J. H. & Cross, A. H. 1989. The measure of classroom stress and burnout among gifted and talented students. *Psychology in the Schools* 26, 2, 139-153.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. 1980. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. 1985. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology* 48, 1, 150-170.

- Folkman, S. & Lazarus, R. S. 1988. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine* 26, 3, 309-317.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, A. & Gruen, R. 1986. The dynamics of a stressful encounter. Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 50, 2, 992-1003.
- Franklin, G. M., Nelson, L. M., Heaton, R. K., Burks, J. S. & Thompson, D. S. 1988. Stress and its relationship to acute exacerbations in multiple sclerosis. *Journal of Neurological Rehabilitation* 2, 1, 7-11.
- Frijda, N. H. 1987. Emotion, cognitive structure, and action tendency. *Cognition and Emotion* 1, 2, 115-143.
- Funk, S.C. & Houston, B. K. 1987. A critical analysis of the hardiness scales validity and utility. *Journal of Personality and Social Psychology* 53, 3, 572-578.
- Gil, K. M., Abrams, M. R., Phillips, G. & Keefe, F. J. 1989. Sickle cell disease pain: Relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 6, 725-731.
- Haan, N. 1993. The assessment of coping, defense, and stress. Teoksessa L. Goldberger & S. Brenitz (toim.) *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. (Toinen painos)*. New York: The Free Press, 21-39.
- Hadadian, A. ja Merbler, J. 1996. Mother's stress: Implications for attachment relationships. *Early Child Development and Care* 125, 1, 59-66.
- Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. M. & Jonson, W. C. Jr. 1995. Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology* 42, 3, 279-293.
- Hirsjärvi, S. (toim.) 1983. *Kasvatustieteen käsitteistö*. Keuruu: Otava.
- Holmes, T. & Rahe, R. 1967. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11, 2, 213-218.
- Holroyd, J. & Guthrie, D. 1986. Family stress with chronic childhood illness: cystic fibrosis, neuromuscular disease, and renal disease. *Journal of Clinical Psychology* 42, 1, 552-561.

- Hull, J. G., Van Treuren, R. R. & Propsom, P. M. 1988. Attributional style and the components of hardiness. *Personality and Social Psychology Bulletin* 14, 3, 505-513.
- Hull, J.G., Van Treuren, R. R. & Virnelli, S. 1987. Hardiness and health: A critique and alternative approach. *Journal of Personality and Social psychology* 53, 3, 518-530.
- Innocenti, M. S., Huh, K. & Boyce, G. C. 1992. Families of children with disabilities: Normative data and other considerations on parenting stress. *Topics in Early Childhood Special Education* 12, 3, 403-427.
- Johnson, G. D., Thomas, J. S. & Riordan, C. A. 1994. Job stress, social support and health amongst shrimp fishermen. *Work and Stress* 8, 4, 343-354.
- Karma, K. & Komulainen, E. 1990. Käyttäytymistieteiden tilastomenetelmien jatkokurssi. Helsinki: Yliopistopaino.
- Keane, A., Pucette, J. & Adler, D. 1985. Stress in ICU and non-ICU nurses. *Nursing Research* 34, 4, 231-236.
- Kobasa, S. C. 1979. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1, 1-11.
- Kobasa, S. C. 1982. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. Teoksessa G.S. Sanders & J. Suls (toim.) 1982. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Courington, S. 1981. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior* 22, 4, 368-378.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. 1982. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 42, 1, 168-177.
- Kobasa, S.C., Maddi, S. R., Puccetti, M. C. & Zola, M. 1985. Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 5, 525-533.
- Kobasa, S. C. & Puccetti, M. C. 1983. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology* 45, 4, 839-850.

- Krause, N. 1995. Stress and diabetes mellitus in later life. *International Journal of Aging and Human Development* 40, 2, 125-143.
- Lavee, Y., McCubbin, H. & Patterson, J. 1985. The double ABCX model of family stress and adaptation: An empirical test by analysis of structural equations with latent variables. *Journal of Marriage and The Family* 47, 1, 811-825.
- Lazarus, R. S. 1966. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill. Lazarus, R. S. 1976. *Patterns of adjustment*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. 1981. The stress and coping paradigm. Teoksessa C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman & P. Maxim (toim.) *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Lazarus, R. S. 1991(a). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist* 46, 4, 352-367.
- Lazarus, R. S. 1991(b). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist* 46, 8, 819-834.
- Lazarus, R. S. 1993a. Coping theory and research: Past, Present, and future. *Psychosomatic Medicine* 55, 3, 234-247.
- Lazarus, R. S. 1993b. Why we should think of stress as a subset of emotion. Teoksessa L. Goldberger & S. Breznitz. *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Second edition. New York: The Free Press.
- Lazarus, R. S. & DeLongis, A. 1983. Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist* 38, 1, 245-253.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leidy, N. 1990. A structural model of stress, psychosocial resources, and symptomatic experience in chronic physical illness. *Nursing Research* 39, 4, 230-236.
- Lewis, S., Cooper, C. L. & Bennett, D. 1994. Psychosocial factors and chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine* 24, 3, 661-671.

- McCubbin, H. & Patterson, J. 1983. The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. Teoksessa H. McCubbin, M. Sussman & J. Patterson. *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research*. *Marriage & Family Review* 6, 1/2, 7-37.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A. & Lambert, C.E. 1987. Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research* 36, 5, 374-378.
- McIvor, G. P., Riklan, M. & Reznikoff, M. 1984. Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. *Journal of Clinical Psychology* 40, 4, 1028-1032.
- Minderhound, J. M., Leemhuis, J. G., Kremer, J., Laban, E. & Smiths, M. L. 1984. Sexual disturbances arising from multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica* 70, 4, 299-306.
- Miner, J. 1986. Stress and social support in parents of hyperactive children. ERIC, ED 282131. Washington.
- Moberg, S. & Tuunainen, K. 1989. *Erytispedagogiikan metodologinen perusta*. Jyväskylä: Atena.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. 1993. Coping resources and processes: Current concepts and measures. Teoksessa C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman & P. Maxim (toim.) *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Nissinen, A., Kauhanen, J. & Myllykangas, M. 1994. *Kansanterveystiede*. Juva: WSOY.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. *Tutkimusaineiston analyysi*. Porvoo: WSOY.
- Ouellette Kobasa, S. C. & Puccetti, M. C. 1983. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology* 45, 4, 839-850.
- Patterson, J. 1988. Families experiencing stress. *Family System Medicine* 6, 2, 202-237.

- Plummer, N. & Michael, N. (toim.) 1983. Multiple sclerosis. ERIC, ED 251708. Indiana University.
- Puolakka, V-M. 1992. MS-potilaan virtsarakon ja sukupuolitoimintojen häiriöt ja niiden hoito. *Duodecim* 108, 93-100.
- Quayhagen, M. P. & Quayhagen, M. 1988. Alzheimer's stress: coping with the caregiving role. *Gerontologist* 28, 3, 391-396.
- Revenson, T. & Felton, B. 1985. Perceived stress in chronic illness: a comparative analysis of four diseases. ERIC, ED 263498. New Orleans.
- Revenson, T. & Felton, B. 1989. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 3, 344-348.
- Rhodewalt, F. & Agustsdottir, S. 1984. On the relationship of hardiness to the type a behavior pattern: Perception of life events versus coping with life events. *Journal of Research in Personality* 18, 2, 212-223.
- Rhodewalt, F. & Zone, J. B. 1989. Appraisal of life change, depression and illness in hardy and non-hardy women. *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 1, 81-88.
- Roponen, S. 1994. SPSS for Windows tutkijan työkaluna. Menetelmäraportteja ja käsikirjoja 1/1994.
- Rosenbaum, M. 1990. The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. Teoksessa M. Rosenbaum (toim.) *Learned resourcefulness on coping skills, selfcontrol, and adaptive behavior*. New York: Springer Publishing Company.
- Roth, D. L., Wiebe, D. J., Fillingim, R. B. & Shay, K. 1989. Life events, fitness, hardiness and health: A simultaneous analysis of proposed stressresistance effects. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1, 136-142.
- Ruutiainen, J. 1989. Lyhyt katsaus multippeliskleroosiin - MS-tautiin. *Multippeliskleroosi -pieni tietopaketti*. Masku: Suomen MS-liitto.
- Ruutiainen, J. 1991. Minulla on MS: tärkeää tietoa sairastuneelle. Masku: Suomen MS-liitto.
- Ruutiainen, J. 1992. MS-tautia sairastavan kuntoutus. *Duodecim* 108, 101-106.
- Selye, H. 1976. *Stressi*. Tampere: Tampereen kirjapaino Oy Tamprint.

- Selye, H. 1993. History of stress concept. Teoksessa L. Goldberger & S. Brenitz (toim.) Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. (Toinen painos). New York: The Free Press, 21-39.
- Sheffield, D., Dobbie, D. & Carroll, D. 1994. Stress, social support, and psychological and physical wellbeing in secondary school teachers. *Work and Stress* 8, 3, 235-243.
- Shinn, M., Lehmann, S. & Wong, N. W. 1984. Social interaction and social support. *Journal of Social Issues* 40, 4, 55-76.
- Shumaker, S. A. & Brownell, A. 1984. Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues* 40, 4, 11-36.
- Nixon, C. D. 1993. Reducing self-blame and guilt in parents of children with severe disabilities. Teoksessa G. H. S. Singer & L. E. Powers (toim.) Families, disability, and empowerment. Active coping skills and strategies for family interventions. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Smith, C. A. & Lazarus, R. S. 1993. Appraisal components, core relational themes, and emotions. *Cognition and Emotion* 7, 3/4, 233-269.
- Sorensen, E. 1993. Children's stress and coping: A family perspective. ERIC, ED 375921. New York.
- Stenager, E., Knudsen, L. & Jensen, K. 1991. Multiple sclerosis: The impact of physical impairment and cognitive dysfunction on social and sparetime activities. *Psychotherapy and Psychosomatics* 56, 3, 123-128.
- Stevens, J. 1986. Applied multivariate statistics for the social sciences. Lontoo: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Stoyva, J. M. & Carlson, J. G. 1993. A coping/rest model of relaxation and stress management. Teoksessa C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman & P. Maxim (toim.) Models for clinical psychopathology. New York: Spectrum.
- Suomen MS-liitto ry. Paula Sjöblom. Suullinen tiedonanto 29.4.1996.
- Switzky, H. N. & Heal, L. W. 1990. Research methods in special education. Teoksessa R. Gaylor-Ross (toim.) Issues and research in special education, Volume 1. New York: Teachers College Press.



- Thompson, R., Gil, K., Abrams, M. & Phillips, G. 1992. Stress, coping and psychological adjustment of adults with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 3, 433-440.
- Tienari, P. 1993. Genetic susceptibility in multiple sclerosis. University of Helsinki. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Tienari, P., Palo, J., Wikström, J. & Palotie, L. 1994. Geenit ja multipeliskleroosi. *Duodecim* 110, 741-748.
- Timko, C., Stovel, K., Baumgartner, M. & Moos, R. 1995. Acute and chronic stressors, social resources, and functioning among adolescents with juvenile rheumatic disease. *Journal of Research on Adolescence* 5, 3, 361-385.
- Towbes, L.C. & Cohen, L.H. 1996. Chronic stress in the lives of college students: Scale development and prospective prediction of distress. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 2, 199-217.
- Van der Pompe, G. & De Heus, P. 1993. Work stress, social support, and strains among male and female managers. *Anxiety, Stress, and Coping* 6, 3, 215-229.
- Wallsten, S. 1993. Comparing patterns of stress in daily experiences of elderly caregivers and noncaregivers. *The International Journal of Aging and Human Development* 37, 1, 55-68.
- Walsh, A. & Walsh, P. A. 1989. Love, self-esteem, and multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*. 29, 7, 793-798.
- Warren, S., Greenhill, S & Warren, K. G. 1982. Emotional stress and the development of multiple sclerosis: Case-control evidence of a relationship. *Journal of Chronic Diseases* 35, 11, 821-831.
- Warren, S., Warren, K. G. & Cockerill, R. 1991. Emotional stress and coping in multiple sclerosis (MS) exacerbation. *Journal of Psychosomatics Research* 35, 1, 37-47.
- Weisenberg, M., Wolf, Y., Mittwoch, T. & Mikulinger, M. 1990. Learned resourcefulness and perceived control of pain: A preliminary examination of construct validity. *Journal of Research in Personality* 24, 1, 101-110.

- Wiebe, D. J. 1991. Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology* 60, 1, 89-99.
- Wikström, J. 1975. Studies on the clustering of multiple sclerosis in Finland II: microepidemiology in one high-risk county with special reference to familial cases. *Acta Neurologica Scandinavica* 51, 3, 173-183.
- Wikström, J. & Panelius, M. 1992. MS-taudin esiintyvyys, kulku ja ennuste. *Duodecim* 108, 76-81.
- Wikström, J., Nurmi, A & Panelius, M. 1985. *Multippeliskleroosi - mitä se on?* Raisio: Suomen MS-yhdistysten liitto.
- Zani, B., DiPalma, A. & Vullo, C. 1995. Psychosocial aspects of chronic illness in adolescents with thalassaemia major. *Journal of Adolescence* 18, 4, 387-402.
- Zimmerman, M. 1990. Toward a theory of learned hopefulness: a structural model analysis of participation and empowerment. *Journal of Research in Personality* 24, 1, 71-86.

## Liite 1: Saatekirje ja kyselylomakkeisto

Hei!

Opiskelemme erityispedagogiikkaa Jyväskylän yliopistossa ja teemme pro gradu -tutkielmaa MS-tautia sairastavien tilanteesta Suomessa. Vastatkaa myös siinä tapauksessa, jos sairastatte muuta neurologista sairautta kuin MS-tautia. Teidän apunne olisi ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa MS-liitolle sen jäsenten tämän hetken selviytymisestä.

Nimenne ja osoitteenne eivät tule tutkimuksen missään vaiheessa tietoomme, koska kyselylomakkeiden jakamisen Teille hoitaa Suomen MS-liitto. Vastauksenne tulevat ainoastaan tutkimuskäyttöön, ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Pyydämmekin, että olette totuudenmukaisia vastauksissanne ja että vastaatte kaikkiin kysymyksiin. Kyselylomakkeita täyttäessänne voitte tarvittaessa käyttää apunanne avustajaa. Mikäli haluatte lisää tietoa tutkimuksesta, ottakaa meihin yhteyttä. Vastaamme mielellämme kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Ohessa ovat kyselylomakkeet ja palautuskirjekuori.

Pyydämme Teitä postittamaan lomakkeet meille mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 31.1.1997. Kiitämme vaivannäöstänne!

Jyväskylässä 12.11.1996

Pia Pajari  
Polttolinja 9 B 31  
40520 JYVÄSKYLÄ  
puh. 014-641918

Pia Polo  
Polttolinja 10 C 35  
40520 JYVÄSKYLÄ  
puh. 014-644423

Markku Leskinen  
Yliassistentti, kasvatustieteiden tohtori  
Tutkimuksen ohjaaja  
Erityispedagogiikan laitos, JYVÄSKYLÄ  
puh. 014-601627

(jatkuu)





## Liite 1 (jatkuu)

## LOMAKE 2

OHJEET: Tämän skaalan kysymykset selvittävät tunteitanne ja ajatuksianne viimeisen kuukauden ajalta. Jokaisessa kohdassa Teitä pyydetään arvioimaan, kuinka usein tunsitte tai ajattelitte tietyllä tavalla. Vaikka jotkut kysymyksistä ovat samanlaisia, niiden välillä on eroja ja Teidän pitäisi käsitellä jokaista erillisenä kysymyksenä. Paras tapa on vastata jokaiseen kysymykseen melko nopeasti. Älkää yrittäkö laskea, kuinka monta kertaa tunsitte tietyllä tavalla, vaan merkitkää vaihtoehto, joka tuntuu järkevältä arviolta. Valitkaa jokaiseen kysymyksen edessä olevalle tyhjälle viivalle sopivin seuraavista vaihtoehtoista:

- 0 ei koskaan
- 1 ei juuri koskaan
- 2 joskus
- 3 melko usein
- 4 hyvin usein

- \_\_\_ 1. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette menneet tolaltanne jonkin odottamattoman tapahtuman vuoksi?
- \_\_\_ 2. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut, ettette ole pystynyt kontrolloimaan elämänne tärkeitä asioita?
- \_\_\_ 3. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut itsenne hermostuneeksi ja stressaantuneeksi?
- \_\_\_ 4. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette käsitellyt menestyksekkäästi hermostuttavia "häslinkejä" elämässänne?
- \_\_\_ 5. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein on tuntunut siltä, että olette selviytynyt tehokkaasti tärkeiden muutoksien kanssa, joita on tapahtunut elämässänne?
- \_\_\_ 6. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut itsenne itsevarmaksi kyvyssänne käsitellä henkilökohtaisia ongelmianne?
- \_\_\_ 7. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut, että asiat menevät halullamallanne tavalla?
- \_\_\_ 8. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette huomannut, ettette pysty selviytymään kaikista niistä asioista, joita Teillä oli tehtävänä?
- \_\_\_ 9. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette kyennyt kontrolloimaan suuttumusta elämässänne?
- \_\_\_ 10. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette tuntenut, että selviydytte asioista?
- \_\_\_ 11. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette ollut vihainen sen takia, ettette ole voinut kontrolloida tapahtumia?
- \_\_\_ 12. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein olette huomannut ajattelevanne asioita, jotka Teidän täytyy suorittaa loppuun?
- \_\_\_ 13. Kuinka usein viimeisen kuukauden aikana olette kyennyt kontrolloimaan tapaa, jolla olette viettänyt aikaanne?
- \_\_\_ 14. Viimeisen kuukauden aikana, kuinka usein Teistä on tuntunut siltä, että vaikeudet kasaantuivat niin, ettette pystynyt ratkaisemaan niitä?

(jatkuu)

## Liite 1 (jatkuu)

## LOMAKE 3

Olemme kiinnostuneita siitä, miten ihmiset reagoivat, kun he kohtaavat vaikeita tai stressaavia tilanteita elämässään. On olemassa paljon tapoja yrittää käsitellä stressiä. Tämä kyselylomake pyytää Teitä ilmaisemaan, mitä yleensä teette ja miten tunnette, kun koette stressaavia tapahtumia. On selvää, että erilaiset tapahtumat tuovat esiin erilaisia reagoititapoja, mutta miettikää, mitä tavallisesti teette, kun Teillä on paljon stressiä. Merkitkää Teitä parhaiten kuvaava numero väittämän edessä olevalle tyhjälle paikalle.

- 1 Tavallisesti en toimi ollenkaan näin
- 2 Tavallisesti toimin näin jossain määrin
- 3 Tavallisesti toimin näin kohtalaisen paljon
- 4 Tavallisesti toimin näin erittäin paljon

1. Teeskentelen, että sitä ei oikeastaan tapahtunut.
2. Luovun yrityksestä saada, mitä haluan.
3. Käyttäydyn ikään kuin sitä ei olisi edes tapahtunut.
4. Kysyn ihmisiltä, joilla on ollut samanlaisia kokemuksia, mitä he tekivät.
5. Menen elokuviin tai katson televisiota, jotta ajattelin sitä vähemmän.
6. Puhun jollekin siitä, mitä tunnen.
7. Yritän päätyä strategiaan, mitä tehdä.
8. Etsin Jumalan apua.
9. Teen, mitä täytyy tehdä, askel kerrallaan.
10. Yritän nähdä sen eri valossa saadakseni näyttämään sen positiivisemmalta.
11. Varmistan, etten pahenna asioita toimimalla liian äkkiä.
12. Luovun vain yrityksestä saavuttaa päämääräni.
13. Hyväksyn tosiasian todellisuuden, että se tapahtui.
14. Hermostun ja päästän tunteeni ulos.
15. Hillitsen itseni, etten tekisi mitään liian äkkiä.
16. En anna muiden ajatusten ja toimintojen tulla häiritsemään itseäni.
17. Yritän saada neuvoa joltakin, mitä tehdä.
18. Yritän löytää lohtua uskonnostani.
19. Opin elämään sen kanssa.
20. Keskityn omiin pyrkimyksiini tehdä asialle jotakin.
21. Keskustelen tunteistani jonkun kanssa.
22. Etsin jotain hyvää siitä, mitä on tapahtumassa.
23. Hermostun ja olen todella tietoinen siitä.
24. Käännyn työn tai muiden korvaavien toimintojen puoleen saadakseni ajatukseni pois asiasta.
25. Teen toimintasuunnitelman.
26. Panen muut asiat syrjään, jotta voin keskittyä siihen asiaan.

Liite 2: Coping-strategioiden ja stressin väliset tulomomenttikorrelaatiokertoimet, keskiarvot ja keskihajonnat

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
amuuttuja													
elämäinen													
ytöksellinen sitoutumattomuus	.28***	-											
siaalisen tuen etsiminen välieneellisistä syistä	-.06	-.03	-										
siaalisen tuen etsiminen emotionaalisista syistä	-.15	-.12	.60***	-									
unnitteleminen	-.07	-.24***	.24***	.27***	-								
konto	-.07	.06	.11	.14	.01	-							
tiivinen coping	.04	-.15	.20**	.21**	.60***	.14	-						
ositivinen tulkinta ja kasvu	.17**	-.04	.29***	.30***	.41***	.12	.47***	-					
sehiliinnän coping	.19**	.09	.13	.03	.31***	-.05	.42***	.46***	-				
väksyminen	.08	.07	.09	.13	.19**	.06	.43***	.37***	.35***	-			
skittyminen ja tunteiden purkaminen	-.10	.10	.12	.20**	-.17**	.01	-.22***	-.15	-.33***	-.14	-		
lpallevien aktiviteettien torjuminen	.11	-.10	.11	-.03	.35***	.09	.36***	.38***	.31***	.14	-.11	-	
ressi	.14	.35***	-.03	-.13	-.31***	.03	-.31***	-.21**	-.21**	-.22**	.34***	-.08	-
	1.66	1.76	2.20	2.55	2.35	1.90	2.93	2.65	2.63	2.91	2.07	2.24	1.63
	0.78	0.78	0.80	0.94	0.87	1.04	0.67	0.82	0.77	0.76	0.86	0.70	0.54

.01 \*\*\* p<.001

43

keskiarvo

keskihajonta



Liite 3: Stressi-osioiden väliset tulomomenttikorrelaatiokertoimet

Stressi- osio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1) stressi 1	-													
2) stressi 2	.58***	-												
3) stressi 3	.54***	.48***	-											
4) stressi 4	-.28***	-.09	-.28***	-										
5) stressi 5	-.02	.14	.09	.39***	-									
6) stressi 6	.00	.18**	.12	.20**	.38***	-								
7) stressi 7	.14	.25***	.23***	.12	.40***	.30***	-							
8) stressi 8	.17**	.31***	.33***	.01	.20**	.21***	.28***	-						
9) stressi 9	.05	.06	-.00	.26***	.26***	.25***	.18**	.08	-					
10) stressi 10	.19**	.37***	.23***	.20**	.45***	.27***	.51***	.43***	.29***	-				
11) stressi 11	.38***	.44***	.47***	-.05	.17**	.17**	.32***	.50***	.12	.39***	-			
12) stressi 12	.27***	.18**	.33***	-.20**	-.12	.01	-.02	.16**	-.01	-.07	.19**	-		
13) stressi 13	.03	.17**	.11	.16**	.25***	.18**	.32***	.20**	.23***	.43***	.12	-.12	-	
14) stressi 14	.43***	.50***	.52***	-.11	.18**	.20**	.41***	.52***	.11	.41***	.57***	.30***	.11	-
keskiarvo	1.24	1.30	2.09	2.18	1.65	1.71	1.47	1.99	1.35	1.12	1.66	2.62	1.25	1.54
keskihajonta	1.10	1.14	1.11	1.09	1.05	1.02	0.89	1.10	1.01	0.92	1.13	1.12	1.02	1.19
n	283	284	285	282	280	283	283	282	280	283	283	281	280	283

\*\*p&lt;.01 \*\*\*p&lt;.001