

IKÄÄNTYVIEN IHMISTEN OMAISHOITAJUUS JA ELINPIIRIN LAAJUUS

Minna Kiviaho

Gerontologian ja kansanterveys
Pro Gradu –tutkielma
Kevät 2014
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Ikääntyvien ihmisten omaishoitajuus ja elinpiirin laajuus

Kiviaho Minna

Pro gradu -tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2014, 44 sivua

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko ikääntyneen ihmisen omaishoitajuus yhteydessä liikkumiseen elinpiirissä ja ovatko sukupuoli, koulutus- tai tulotaso, autoilun määrä, koettu liikuntakyky, koettu terveys, matkustamis- ja lomailumahdollisuus ja ryhmätoimintaan osallistuminen yhteydessä omaishoitajien elinpiirin laajuuteen.

Tässä tutkimuksessa elinpiirillä tarkoitetaan ympäristöä, jonka alueella ikääntynyt omaishoitaja liikkuu. Pienin elinpiiri on oman kodin yksi huone laajentuen kaikkiin kodin huoneisiin, pihapiiriin, naapurustoon, yhteisöön ja yhteisön ulkopuoliseen maailmaan. Omaishoitajalla tarkoitetaan ikääntynyttä ihmistä, joka hoitaa läheistään. Tutkimuksessa ei erotella formaaleja ja informaaleja omaishoitajia toisistaan.

Tutkimuksen aineistona käytettiin ”Life-Space Mobility in Old Age” (LISPE) tutkimushankkeen aineistoa. Tutkimukseen osallistui 848 kotona itsenäisesti asuvaa 75-90-vuotiasta henkilöä Jyväskylän ja Muuramen alueelta. Elinpiirin laajuutta arvioitiin käyttämällä Life-Space Assessment -mittaria. Tilastotieteelliset menetelmät olivat χ^2 -testi ja logistinen regressioanalyysi.

Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä (n=848) toimi omaishoitajina 69 henkilöä. Heistä naisia oli 40 (58%) ja miehiä 29 (42%). Tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajina toimivien henkilöiden keski-ikä oli 79.2 vuotta (SD 4.15). Omaishoitajista 33% huolehti omaishoidettavastaan ympärivuorokautisesti (n= 22). Viikoittaista tai harvemmin tapahtuvaa omaishoivaa tarjosi ikääntyneistä omaishoitajista 67% (n= 45).

Elinpiirin laajuus ei poikennut merkitsevästi omaishoitajien ja ei -omaishoitajien välillä. Naisomaishoitajien elinpiirin laajuus ei myöskään poikennut miesomaishoitajien elinpiirin laajuudesta (p=0.316). Omaishoitajien elinpiirin rajoittumiseen yhteydessä olevia tekijöitä olivat huonoksi koettu terveys ja liikuntakyky. Mies - ja naisomaishoitajien kohdalla säännöllisellä autoilulla oli yhteys laajempaan elinpiiriin. Varsinkin miesomaishoitajien autoilun säännöllisyys moninkertaisti heidän mahdollisuuttaan laajempaan, rajoittamattomaan elinpiiriin.

Omaishoitajuuden yhteydestä elinpiirin laajuuteen ei ole aiempaa tutkimusnäyttöä. Tulokset osoittivat, että omaishoitajien koettu liikkumiskyky, koettu terveys ja autoilun määrä olivat yhteydessä rajoittamattomaan elinpiiriin. Koska omaishoitajille ei ole suoraan suunnattu elinpiiriin ja sen laajuuteen liittyvää tutkimusta, tulevaisuudessa on tärkeää tehdä ko. tutkimusta laajemmalle tutkimusjoukolle.

Avainsanat: ikääntynyt omaishoitaja, puoliso-omaishoitaja, elinpiiri, elinympäristö, liikkuminen

ABSTRACT

The effect of caregiving to the life-space mobility of the elderly caregivers

Kiviahho Minna

Master's thesis

University of Jyväskylä, Faculty of Sport Sciences; Department of Health Sciences, Gerontology and Public Health

Spring 2014, 44 pages

The objective of the research was to study if the life-space mobility of elderly family caregivers is affected by the caregiving, and to evaluate whether age, gender, educational background, income level, the amount of driving, mobility, health, travelling and vacation opportunities, and the participation in group activities can explain the relationship between caregiving and life-space mobility.

The study is part of the Life-Space Mobility in Old Age (LISPE) research project. The data consists of the face-to-face interviews of 848 community-living people aged 75 to 90 in the Muurame and Jyväskylä municipalities. The life-space mobility was assessed by the University of Alabama at Birmingham Life-Space Assessment (LSA)-questionnaire. The data was analysed by χ^2 -test, and logistic regression analysis.

Of the 848 participants, 69 were caregivers, 40 (58%) of whom were women and 29 (42%) men. The average age of the participating caregivers was 79.2 years (SD 4.15). Approximately 33% of the caregivers took care of the care recipients twenty four hours a day (n=22), while daily, weekly and monthly care was given by 67% of the caregivers.

The careful analysis of the data showed no distinct differences in the life-space mobility of the caregivers and non-caregivers. The factors limiting the life-space mobility were identified as poor health and mobility, and the restrictions set by full-time caregiving. Regular driving was found to increase the life-space mobility of both men and women but especially the mobility of the men. The chances for greater life-space mobility among the male caregivers were multiplied with regular driving.

Prior research data discussing the effect of caregiving to the life-space mobility of elderly caregivers did not exist. The results of this study indicated that the mobility, health and amount of driving did have an influence on the life-space mobility of the caregivers. Since no study focusing only on the elderly caregivers and their life-space mobility exists, it is important in future to carry out more extensive research on this subject using more interviewees.

Key words: elderly caregiver, spousal caregiver, life-space, living environment, mobility

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN ELINPIIRI.....	5
2.1 Kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten elinpiiri	5
2.2 Elinpiirin laajuuden arviointi	7
2.3 Kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten elinpiirin laajuuteen vaikuttavia tekijöitä	9
3 OMAISHOITAJUUS	12
3.1 Formaali ja informaali omaishoitajuus.....	12
3.2 Omaishoitajat ja hoidettavat.....	12
3.3 ”Rakkaudesta sinuun” - omaishoitajana ikääntynyt puoliso	13
4 IKÄÄNTYNEIDEN OMAISHOITAJIEN ELINPIIRIN MUUTOKSET	16
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
6 AINEISTO JA MENETELMÄT	20
6.1 Osallistujat.....	20
6.2 Muuttujat	21
6.2.1 Elinpiiri	21
6.2.2 Omaishoitajuus.....	21
6.2.4 Muut muuttujat.....	22
6.3 Tutkimusaineiston analyysi.....	23
7 TULOKSET	25
7.1 Tutkittavien taustatekijät	25
7.2 Elinpiirin laajuuteen liittyvien muuttujien jakautuminen omaishoitajilla	27
7.3 Omaishoitajien elinpiirin laajuuteen yhteydessä olevia tekijöitä	29
8 POHDINTA	31
LÄHTEET	37

1 JOHDANTO

Riittääkö ikääntyneelle omaishoitajalle elinpiiriksi koti ja lähinaapurusto täydennettynä omaishoitajan sitoutuneisuudella eli ”Rakkaudesta sinuun...”? Kansaneläkelaitoksen teettämän Ikä –tutkimuksen mukaan vanhusväestöön kohdistuva omaishoito säästää Suomessa kuntien hoitomenoja vuosittain yli kaksi miljardia euroa. Suomalaisen omaishoitajien erityispiirteitä on se, että he ovat usein iäkkäitä, eläkkeellä olevia (Perälä ym. 2008) ja sitoutuneempia omaishoitajuuteen verrattuna muihin EU –maiden omaishoitajiin (Rodrigues ym. 2012; Kehusmaa ym. 2013).

Omaishoitajuuteen liittyvää tutkimustyötä on tehty jo yli 30 vuoden ajan (Juntunen ym. 2011). Tutkimukset ovat käsitelleet mm. omaishoitajuutta EU –maissa (Rodrigues ym. 2012), omaishoitajien fyysistä ja psyykkistä jaksamista ja selviytymistä omaishoitajan yhä enemmän vaativasta työstä, josta esimerkkinä tutkimus, jossa tutkittiin ikääntyneen ihmisen kokemaa väsymystä ja sen muuttumista kolmen vuoden seuranta-aikana. Tuloksen mukaan väsymys oli tavallisempaa naisilla, jotka toimivat omaishoitajina; fyysinen väsymys oli yhteydessä elinpiirin rajoittumiseen. Tutkimusta on kohdistettu lisäksi omaishoitajan huolenaiheisiin kuten esimerkiksi hoidettavan turvallisuuteen ja hyvinvointiin (Glozman 2004; Roland ym. 2010; Rossheim ym. 2010; Silverman 2013), terveydenhuollon ja omaishoitajien väliseen yhteistyöhön (Perälä ym. 2008; Bursch 2012) sekä omaishoitajuuteen johtaviin syihin (Mikkola 2009). Lisäksi on tutkittu omaishoitajuuden vaikutusta vanhuspalveluiden menoihin ja säästöihin (Kehusmaa ym. 2013; Mattila 2013). Lökk (2009) tutkimuksen tavoitteena oli arvioida virallisen omaishoitaja -statuksen saaneiden hoitajien sosiaalisten suhteiden ja elinpiirin rajoittumista tilanteessa, jossa hoidettava sairasti Parkinsonin tautia. Tutkimuksen mukaan omaishoidettavan elinpiiri rajoittui hoidettavan sairastaessa Parkinsonin tautia. Tukipalveluna tarjottu kotihoitoapu ei näyttänyt vaikuttavan siihen, että omaishoitajien elinpiiri olisi laajentunut tarjotun tuen avulla.

Liikkuminen elinpiirissä on yksi ydinasioista puhuttaessa hyvästä ja aktiivisesta vanhenemisesta; liikkuminen ja elämänlaatu linkittyvät tiiviisti toisiinsa. Liikkuminen voidaan käsittää monella tavalla; se voi olla kävelemistä tilasta toiseen, ajamista autolla, liikkumista taksilla tai julkisella kulkuneuvolla tai vaikkapa lentämistä maasta toiseen.

Liikkumisen apuna voidaan käyttää apuvälineitä tai muut henkilöt voivat auttaa henkilöä, jolla on toimintakyvyn alenemaa (Satariano ym. 2012; Shah ym. 2012; Tomaszewski 2012).

Ihmisen liikkua kodista kodin ulkopuoliseen maailmaan hänen elinpiirinsä laajenee. Elinpiirin ollessa tarpeeksi laaja ihminen kokee kuuluvansa erilaisiin ryhmiin ollen näin vaikuttamassa yhteiskunnassa tapahtuviin asioihin. Webber ym. (2010) ovat esitelleet poikkitieteellisen, holistisen mallin, joka kuvailee ikääntyvän ihmisen elinpiiriä ja elinpiirissä liikkumista. Tässä mallissa elinpiirin kuvaillaan alkavan oman asunnon huoneesta laajeten kodin ulkopuoliseen ympäristöön. Mallissa tuodaan esille liikkumiseen vaikuttavat tekijät, joita ovat kognitiiviset toiminnot, fyysiset toiminnot, ympäristö, psykososiaaliset toiminnot ja taloudelliset tekijät. Liikkumisessa ja elinpiirin laajuudessa saattaa olla sukupuolten välisiä eroja mutta myös eri kulttuureiden välillä on eroja. Ihmisen elämänselityksen merkitys voi olla huomattava, kun puhutaan elinpiiristä ja elinpiirissä liikkumisesta.

Satarianon ym. (2012) mukaan ihmisellä tulee olla oikeus liikkumiseen haluamallaan tavalla. Mahdollisuudet ja kyky liikkua elinpiirissä vaikuttavat positiivisesti ihmisen elämänlaatuun. Tutkimuksen mukaan kodin ulkopuolelle ulottuva elinpiiri on yhteydessä hyvään elämänlaatuun (Rantakokko 2013; Sugiyama ym. 2005). Tutkimuksen mukaan myös omaishoidettavien liikkuminen kodin ulkopuolella vaikutti omaishoitajan jaksamiseen positiivisesti (Werner ym. 2012).

Ikääntyneillä ihmisillä on halu ja tarve liikkua kodin ulkopuolella. Liikkumista kodin ulkopuolella ei koeta vain fyysisenä tarpeena, vaan liikkuminen tuo mukanaan vaihtelua arkeen ja se antaa mahdollisuuden tavata muita ihmisiä (Eronen ym. 2011). On tutkittu, että 20 % kodin ulkopuolelle suuntautuvasta liikkumisesta tehdään sosiaalisten suhteiden vuoksi (Rosso ym. 2013). Tutkimuksen mukaan sosiaaliset suhteet, jotka aktivoivat ikääntyneitä ihmisiä liikkumaan elinpiirissä, eivät kuitenkaan liity pelkästään perheen tai suvun jäsenten välisissä verkoistoissa liikkumiseen. On todettu, että perheenjäsenet tai sukulaiset eivät ole niitä henkilöitä, jotka saavat ikääntyneen ihmisen liikkumaan aktiivisesti. Omaiset ovat henkilöitä, jotka tekevät asioita ikääntyneen puolesta (Litwin ym. 2013).

Toteutuuko omaishoitajien kohdalla ”oikeus liikkumiseen”? Toisaalta voi olettaa omaishoitajien liikkuvan elinpiirissään aktiivisesti siksi, että omaishoitajat ovat yleensä hyväkuntoisia, motivoituneita ja aktiivisia ikääntyneitä ihmisiä. Aihepiiriä sivuavaa

tutkimusta on tehty lähinnä siitä näkökulmasta, miten omaishoitaja kokee irrottautumisen omaishoitajan työstään. Tästä esimerkkinä tutkimus, johon osallistui 2- 14 vuotta omaishoitajina toimineita naisia, joilla oli hoidettavana Parkinsonin tautia sairastava puoliso. Naiset kokivat vaikeana irrottautumisen kodin ulkopuolella. Syitä olivat mm. säännölliset lääkkeiden ottamisajat ja hoidettavan tunnetilojen vaihtelut, jotka omalta osaltaan määrittivät myös omaishoitajan elämänrytmiä ja irrottautumista kodin ulkopuolelle (Roland ym. 2010). Ikääntyneiden omaishoitajien liikkumista ja elinpiirin laajuutta ei ole tutkittu Suomessa aiemmin.

Omaisien hoitaminen saattaa sitoa ikääntyneen omaishoitajan kotiin ja rajoittaa ulkona liikkumista. Tutkimusten mukaan omaishoitajat ovat huolestuneita hoidettaviensa turvallisuudesta siinä määrin, etteivät he välttämättä uskalla luovuttaa omaishoidettavaansa ulkopuolisten hoiviin, vaan omaishoidettavat mieluummin rajoittavat omaa, kodin ulkopuolelle suuntautuvaa toimintaa. Lisäksi omaishoitajia huolestuttaa, miten muut arvioivat heidän tapaansa hoivata omaistaan. Välttyäkseen ulkopuolisen tahon arvioilta omaishoitajat rajoittavat avun vastaanottamista (Wiles 2003; Roland ym. 2010). Löck (2009) on tutkinut omaishoitajia, joista 98% oli puoliso-omaishoitajia ja pisimmät hoivasuhteet olivat kestäneet jopa 30 vuotta. Tutkimuksen mukaan pitkät omaishoitajasuhteet ja perussairauden eteneminen vaikuttivat omaishoitajan sosiaaliseen verkoston kaventumiseen selkeästi. Eniten em. tilanteessa kärsivät ystävyysuhteet ja suhteet omiin vanhempiin (Löck 2009). Omaishoidettavan kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen tuo mukanaan uusia ongelmia päivittäiseen toimintaan. Tilanne koettelee omaishoitajan jaksamista (Sherwood ym. 2005). On todennäköistä, että em. tilanne vaikuttaa omaishoidettavan elinpiiriin rajoittavasti, koska hän ei voi jättää hetkeksikään hoidettavaansa yksin.

Jotta mahdollisimman moni ikääntynyt ihminen pystyy turvallisesti asumaan ja elämään omassa kodissaan puoliso-omaishoitajansa kanssa, olisi tärkeää huolehtia omaishoitajien hyvinvoinnista ja jaksamisesta (Juntunen ym. 2011). Omaishoitajalla tulisi olla mahdollisuus jatkaa liikkumista myös kodin ulkopuolella huolimatta omaishoitajan tehtävästä (Wiles 2003; Ziegler ym. 2011; Werner ym. 2012). Omaishoitajuuden lisäksi muiden merkityksellisten asioiden tekeminen kotona ja omassa elinpiirissä tukee ihmisen itsellisyttä, terveyttä ja sosiaalista osallisuutta (Andersson 2012). Muun muassa Pynnönen ym. (2007) toteavat ikääntyvien ihmisten osallistumisen erilaisiin yhteisöllisiin ja yhteiskunnallisiin produktiivisiin toimintoihin olevan yhteydessä pienempään kuolleisuuden riskiin.

Ikääntyneiden omaishoitajien elinpiiriin liittyvää tutkimusta ei ole tehty. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten ikääntyneen ihmisen rooli omaishoitajana on yhteydessä hänen elinpiiriinsä laajuuteen.

2 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN ELINPIIRI

2.1 Kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten elinpiiri

Webberin ym. (2010) mukaan pienin elinpiiri on ihmisen oman kodin yksi huone laajentuen kaikkiin kodin huoneisiin, pihapiiriin, naapurustoon, yhteisöön ja yhteisön ulkopuoliseen maailmaan. Näissä elinpiireissä edetään yksinkertaisesta, helposta liikkumisesta yhä vaikeampaan ja myös itsenäisempään liikkumiseen ja aktiivisuuteen laajentaen omaa elinpiiriä. Mallin päätekijät on jaettu viiteen kategoriaan: kognitiiviset toiminnot, fyysiset toiminnot, ympäristötekijät, psykososiaaliset toiminnot ja taloudelliset tekijät. Nämä edellä mainitut tekijät vaikuttavat ikääntyneen ihmisen liikkumiseen ja elinpiirin laajuuteen. Päätekijöiden lisäksi Webber ym. (2010) mainitsevat tekijöitä, joilla katsotaan olevan suuri merkitys ikääntyvän ihmisen liikkumiseen kaikkien viiden pääkategorioiden alueella. Näitä tekijöitä ovat sukupuoli, kulttuuri ja elämänhistoria (biografia). Näihin kolmeen tekijään liittyvät ikääntyneiden ihmisten kokemukset, mahdollisuudet ja kunkin yksilön oma käyttäytymismalli.

Tomaszewski (2012) toteaa elinpiirin ja sen laajuuden olevan ydinasia tarkasteltaessa ikääntyvän ihmisen elämänlaatua. Ikääntyneillä ihmisillä on yleensä aikaa liikkumiseen, mutta kuitenkin elinpiiri rajoittuu toimintakyvyn heikkenemisen myötä. Tutkimusten mukaan ikääntyneen ihmisen elinpiiri rajoittuu yleisen toimintakyvyn heikkenemisen myötä; esim. liikkumisvaikeudet, aisti- ja muistiongelmät vähentävät liikkumista (Heikkinen 2013, Tomaszewski 2012).

Positiivinen asia on se, että ikääntyneiden ihmisten sosiaalinen verkosto on usein laajempi verrattuna nuorempiin ikäpolviin. Ikääntyneillä ihmisillä, jotka ovat asuneet pitkään samalla asuinalueella, sosiaalinen verkosto on suurempi kuin useasti muuttaneilla henkilöillä. Naisten sosiaaliset kontaktit ovat miehiin verrattuna laajemmat. Miehillä on tietty erakoitumisvaara olemassa. Koulutustaustalla ja ammatilla näyttäisi olevan merkitystä ikääntyneen ihmisen elinpiirissä liikkumiseen ja osallistumisaktiivisuuteen (Tomaszewski 2012).

Koti on ikääntyneille ihmisille tärkeä ja tunteita herättävä oma ”paikka”. Kotiin liittyy paljon erilaisia muistoja ja koti on paikka, johon kiinnytään ja sitoudutaan. Kodin lisäksi kiinnitytään myös asuinympäristöön, jossa koti sijaitsee (Leith 2006; Peace ym. 2011; Rossheim ym. 2010; Hammarström ym. 2012). Oma koti merkitsee ikääntyvälle ihmiselle itsemääräämisoikeuden säilymistä, osallisuutta ja yhteisöön kuulumista ja mielekästä tekemistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Sosiaaliset suhteet, läheiset ja ystävät sekä osallisuus näiden suhteiden ylläpitämiseen ovat tärkeitä ikääntyvälle ihmiselle ja hänen hyvinvoinnilleen (Andersson 2012).

Peace ym. (2011) toteavat, että ihmisen ikääntyessä paikan merkitys korostuu vaikuttaen mm. itseluottamukseen, terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Samaan johtopäätökseen on tullut myös Powell Lawton, joka tutki asiaa jo 1970-luvulla. Lawtonin mukaan ympäristötekijöiden merkitys kasvaa varsinkin ihmisen toimintakyvyn laskiessa (Vuorinen 2009). Cutchinin (2003) tutkimuksessa tuli esiin, että vanhuksat pitivät tärkeänä, että he kuuluivat ryhmään. Osallistumisen kautta kodin lähiympäristö tulee vanhukselle tutummaksi ja auttaa häntä integroitumaan alueeseen.

Webber ym. (2010) korostavat liikkumisen ja liikkumistapojen monipuolisuutta ja niiden vaikutusta ikääntyvän ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin samoin kuin Satariano ym. (2012) toivat esille omassa kannanotossaan. Liikkumiseen tulisi olla siis oikeus ja mahdollisuus missä ja milloin vain, jotta ikääntyvän ihmisen elinpiiri ei rajoittuisi ainoastaan omaan kotiin ja sen pihapiiriin. Liikkuminen tuo mukanaan positiivisia asioita kuten kontaktien luomisen, vaikuttamisen ja psyykkisen hyvinvoinnin. Elinpiirin vaihdellessa ikääntynyt ihminen voi kokea olevansa itsenäinen ihminen (Ziegler ym. 2011).

Ikääntyneet ihmiset ovat itse kuvailleet liikkumisen olevan tietynlaista dynaamisuutta ja liikkeellä pysymistä, joka antaa elämään oman tärkeän osansa kodin ulkopuolisessa maailmassa. Liikkumisen avulla kokoonnutaan ja kuulutaan joukkoon. Liikkuminen kodin ulkopuolisessa elinpiirissä pitää kiinni elämässä lisäten itsenäisyudentunnetta, aktiivisuutta ja hyvinvointia. Liikkumisen muodot voivat olla erilaisia; liikkuminen ei siis ole pelkästään kävelemistä, vaan liikkumisen käsite on huomattavasti laajempi pitäen sisällään mm. autoilun, (Ziegler ym. 2011; Webber 2012).

Satariano ym. (2012) tuovat esille ongelmia ja haasteita, joita ikääntyvän väestön liikkumattomuus ja sitä kautta elinpiirin rajoittuminen tuovat tullessaan. Liikkumisen rajoittuminen aiheuttaa sen, ettei ikääntynyt ihminen pääse välttämättä erilaisten palvelujen ääreen. Tästä esimerkkeinä mainitaan lähialueen pienet kaupungit verrattuna elinpiirin ulkopuolella oleviin suurempiin kaupunkeihin ja niiden laajempaan valikoimaan tai liikkumisen ongelmat voivat aiheuttaa myös sen, ettei ikääntynyt ihminen pääse yhtä helposti terveyspalvelujen piiriin. Edellä mainittu tilanne voi johtaa ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn heikkenemiseen.

Osallistumisen kautta ikääntynyt ihminen kokee kuuluvansa yhteisöön ja hän on yksi jäsen muiden joukossa. Vanhuksen hyvinvointi lisääntyy ja toimintakyky säilyy. Liikennejärjestelyillä on suuri merkitys, jos palvelut ja koti ovat kaukana toisistaan. Lehningin (2012) mukaan vanhuksen turvallista ajamista voitaisiin pyrkiä pidentämään käyttämällä selkeitä liikennemerkkejä ja esim. yksinkertaistamalla risteys- ja liittymiä. Jos oman auton käyttö ei ole mahdollista, yhteiskunnan tulisi järjestää kutsuohjattua joukkoliikennettä. Samoja näkökulmia ovat käsitelleet myös Ziegler ym. (2011) tutkimalla mahdollisuuksia kodin ulkopuoliseen liikkumiseen omalla autolla tai julkisen liikenteen avulla.

2.2 Elinpiirin laajuuden arviointi

Ihmisen elinpiirin laajuuden arviointiin käytetään itsearviointia, jolloin henkilö arvioi omaa liikkumistaan elinpiirin eri tasoilla liikkumiseen. Kuten aiemmin mainittiin, elinpiiri kuvaa alueen laajuutta, jossa ihminen liikkuu tietyn ajan kuluessa, kuinka usein hän liikkuu ja millaista apua hän tarvitsee liikkuaan (Stalvey ym.1999; Baker 2003). Ihmisen elinpiiri alkaa kodin makuuhuoneesta ja kodin muista sisätiloista ja kodin ulkopuolisesta välittömästä ulkoympäristöstä kuten piha tai rappukäytävä, kodin lähiympäristö ja naapurusto, asuinkunta tai kaupunki laajentuen asuinkunnan ulkopuolella sijaitseviin paikkoihin (Stalvey ym. 1999). Elinpiirin laajuuden arvioinnissa otetaan huomioon yksilön käyttämät kompensointikeinot, jotka helpottavat elinpiirissä liikkumista ja näin ollen voivat vaikuttaa merkittävästi elinpiiriin laajuuteen. Näitä kompensointikeinoja ovat mm. erilaiset apuvälineet (rollaattori,

kävelytelineet, pyörätuoli, sähkömopo) tai toiselta henkilöltä saatava apu (Peel ym. 2005; Webber ym. 2012)

Ikääntyvien omaishoitajien liikkumiseen liittyvää toimintaa voidaan arvioida mm. RAI -mittarin avulla. RAI -mittarin tarkasteltavia osa-alueita ovat arjesta suoriutuminen, psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi sekä terveydentila, ravitsemus ja kipu. Tästä mittarista voidaan nostaa esille sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi, jotka kuvaavat ikääntyneen omaishoitajan sosiaalisia verkostoja muihin kuin omaan hoidettavaan (Mattila 2013).

Sosiaalisen osallistumisen mittarilla mitataan sosiaalista aktiivisuutta. Mittari kertoo ikääntyneen ihmisen toimintakyvystä. Mittaria käytettäessä tulevat esille esteettömyyteen liittyvät tekijät, joita ovat mm. fyysinen ja sosiaalinen esteettömyys. Fyysinen esteettömyys liittyy ympäristöön ja tekijöihin, jotka saattavat vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti fyysisen esteettömyyden toteutumiseen. Sosiaalinen esteettömyys liittyy vallitsevaan ilmapiiriin, asenteisiin ja toimintaympäristöön. Esimerkiksi Irlannissa RAI -mittaria käytetään määrittelemään omaishoitajien tilaa ja asemaa (Mattila 2013).

Jotta omaishoitajuuteen liittyviä ominaisuuksia pystyttäisiin arvioimaan ja tarjoamaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ja muuta tarvittavaa tukea, meidän pitäisi pystyä mittaamaan luotettavalla ja monipuolisella mittarilla omaishoitajuuteen liittyviä asioita esim. kuormittuneisuutta, liikkumista elinpiirissä ja ikääntyneen omaishoitajan sosiaalisia suhteita. Yksi uusimmista mittareista on COPE -mittari (Carers of Older People in Europe). COPE -indeksi on mittari, jonka avulla arvioidaan iäkästä omaista tai läheistä hoitavan omaishoitajan tuen tarvetta. COPE -mittari on yksinkertainen mittari, jonka avulla voidaan suhteellisen nopeasti arvioida omaishoitajan tilanne; esim. tarvitseeko omaishoitaja apua tai tukea työhönsä. COPE -mittarin avulla voidaan jollain tasolla arvioida omaishoitajan liikkumista ja sosiaalisten suhteiden tilannetta eli sitä, rajoittuuko omaishoitajan elinpiiri omaishoitajuuden myötä (Juntunen ym. 2011).

Elinpiirissä liikkumista voidaan arvioida myös elektronisten laitteiden avulla. Tutkimusta on tehty mm. paikantavan gps -laitteen käytöstä kohdistuen yli 65 -vuotiaisiin ikääntyviin ihmisiin. Henkilöt kantoivat mukaan ympärivuorokauden, 28 vuorokauden ajan

rannekellomaista gps-paikantajaa, joka tallensi henkilöiden liikkumisen esim. kävellen ja autoillen. Lisäksi tallettui nopeudet, liikkumisen pituudet (km), kuinka paljon aikaa käytettiin liikkumiseen sekä liikkumisen tiheydet. Saadun tuloksen mukaan henkilön korkeampi ikä oli yhteydessä rajoittuneeseen liikkumiseen elinpiirissä (Shoval ym. 2010).

2.3 Kotona asuvien ikääntyneiden ihmisten elinpiirin laajuuteen vaikuttavia tekijöitä

Tutkimuksen mukaan yli 85-vuotiaat henkilöt ovat kotona jopa 90% ajasta. Tämä luo haasteen ikääntyvien ihmisten sosiaaliselle aktiivisuudelle eli osallistumiselle yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen toimintaan. Ikääntyvät ihmiset näyttäisivät tutkimuksen mukaan luopuvan harrastus- ja vapaa-ajantoiminnoista, joka joka liikkumisen vähenemiseen ja elinpiirin rajoittumiseen (Tomaszewski 2012).

Muuttaminen omasta kodista uuteen, pienempään asuntoon voi johtaa elinpiirin rajoittumiseen. Esimerkiksi muutto palvelutaloon, jossa palvelut tarjotaan valmiina pakettina, voi johtaa siihen, että ei välttämättä tarvitse lähteä talon ulkopuolelle. Elinpiirin rajoittumisen lisäksi seurauksena voi olla fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen vähäisen fyysisen harjoituksen vuoksi (Cress ym. 2011).

Asuinympäristön hahmottaminen saattaa vaikeutua vanhuksella iän myötä. Hahmottamisen lisäksi liikkuminen vaikeutuu ja lisäksi hahmottamisongelmaa voivat hankaloittaa näön- ja kuulon alenemat (Rantakokko 2011). Toimintakyvyn alentuminen voi johtaa vanhuksen pelkoon liikkua kotinsa ulkopuolella. Tämän vuoksi tärkeä tavoite on suunnitella ja rakentaa ympäristöjä, josta löytyy tarvittavat palvelut läheltä, liikkuminen tulisi olla esteetöntä, helppoa ja turvallista. Wahl ym. (2012) toteavat, että em. mainittua kehittämistyötä tulisi lisätä selkeästi, jotta yhteiskunta pystyisi vastaamaan ikääntyvän väestön tarpeisiin.

Satariano ym. (2012) mainitsevat ikääntyneiden ihmisten rajoittuneesta liikkumisesta aiheutuvat tapaturmat, jotka voivat johtaa sairaalakierteeseen ja toimintakyvyn alenemiseen ja sitä kautta elinpiirin kaventumiseen. Muita ongelmia, joita vähäinen liikkuminen voi aiheuttaa ikääntyneen ihmisen terveydelle ovat mm. ylipaino-ongelmat, sydän- ja verisuonisairauksien eteneminen sekä depressio. Terveydelliset ongelmat saattavat johtaa elinpiirin rajoittumiseen, sosiaalisen verkoston kutistumiseen ja eristäytymiseen.

Liikkuminen elinpiirissä pitää yllä fyysistä kuntoa ja toimintakykyä tuoden mukanaan hyvinvointia ihmisen elämään (Liubicich ym. 2012; Mahmood ym. 2012). Tästä huolimatta liikkuminen jää monta kertaa liian vähäiseksi (Sundquist ym. 2011). Kansallisen liikuntatutkimuksen (2009-2010) mukaan 25% suomalaisista vanhuksista ei liiku viikoittain ja täysin liikkumattomia vanhuksia oli tutkimustuloksen mukaan 5%. Ruotsalaistutkimukseen osallistuneista vanhuksista 23 % ilmoitti, ettei osallistunut eri aktiviteetteihin, vaikka halua osallistumiseen ehkä olisikin ollut (Ståhl ym. 2008). Muina syinä liikkumattomuuteen vanhukset ovat ilmoittaneet motivaation puutteen, huonon fyysisen kunnan ja energian puutteen (Bird ym. 2009). Edellä luetellut asiat vaikuttavat elinpiirin laajuuden muutoksiin ikääntyneillä ihmisillä.

Vanhukset ovat tuoneet esille asuinympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat heidän liikkumisaktiivisuuteen. Turvalliseen asuinympäristöön liittyviä asioita ovat mm. kunnossapitoon liittyvät asiat, liikennejärjestelyt, joiden avulla hillitään liikenneuhkia tai autoilijoiden ylinopeuksia ja asuinalueen imagoon liittyvät tekijät (Mahmood ym. 2012). Salvador ym. (2010) toivat esille tutkimuksessaan brasilialaisvanhusten hankaluuden liikkua ulkona, missä oli lukematon määrä autoja. Liikenneonnettomuuksien määrä oli suuri ja vanhukset pelkäsivät joutuvansa auton töytäisemäksi. Ståhl ym. (2008) tutkimuksessa vanhukset kokivat pelottavan sen, että pyöräilijät ja mopoilijat saivat käyttää samaa kävelytietä, missä jalankulkijat liikkuvat.

Liikkumisen haasteina vanhukset mainitsevat mm. kapeat jalkakäytävät, korkeat katukiveykset, jalkakäytävälle jätetyt esteet (esim. auton parkkeeraus jalkakäytävälle), portaat, kävelyalustan epätasaisuus, kuopat, asuinalueen huono valaistus ja alueen rauhattomuus (rikollisuus, huumeet, ryöstöt) (Mahmood ym. 2012). Pohjoismaisessa tutkimuksessa nousi esille luonnonolosuhteiden aiheuttamat ongelmat eli lumen paljous ja sen aiheuttamat ongelmat liikkumisessa; vanhusten oli vaikeaa liikkua auraamattomilla jalkakäytävillä ja tien liukkaus aiheutti kaatumisen pelkoa (Ståhl ym. 2008).

Esteetön liikkumismahdollisuus lisää ikääntyneiden ihmisten lähtemistä ulos omasta kodistaan, kuten myös Iwarsson ym. (2007) ovat todenneet. Turvallisuus, viihtyisyys, sopiva haastavuus ja virikkeet kannustavat vanhuksia liikkumaan enemmän (Ståhl ym. 2008). Ydinajatuksena oli kodin ja elinympäristön ratkaiseva merkitys terveille vanhenemiselle.

Erilaisten asumisympäristöjen tulisi mahdollistaa vanhuksen autonomian, osallistumisen ja hyvinvoinnin. On myös huomioitava, että ikääntyneiden ihmisten joukosta löytyy selkeitä riskiryhmiä, joilla voi olla suurentunut riski elinpiirin rajoittumiseen. Näitä riskiryhmiä ovat terveysongelmista kärsivät ihmiset, maahanmuuttajat, eronneet, yksinasuvat, leskeksi jääneet ikääntyneet ihmiset sekä ikääntyneet omaishoitajat.

Hyvä, toimiva lähiympäristö auttaa vanhuksia selviytymään itsenäisesti arjessa. Oman asunnon, pihapiirin ja lähialueen esteettömyys mahdollistavat liikkumisen ja asioiden hoitamisen itsenäisesti. Vanhuksen aktiivisuus ylläpitää ja jopa edistää toimintakykyä ja luo hyvää elämänlaatua. Sopiva asumisympäristö tarjoaa vanhukselle sosiaalisia kontakteja, jotka ovat erittäin tärkeitä – ikääntynyt ihminen kuuluu yhteisöön, joka koostuu eri ikäisistä ihmisistä. Sosiaalisten kontaktien vastapainoksi vanhuksen omassa kodissa on mahdollisuus yksityisyyteen (Kyllönen & Kurenniemi 2003; Vuorinen 2009; Peace ym. 2011; Lehning 2012).

Saavutettavuus, liikkumisen helppous ja asuinalueen virikkeellisyys koettiin myös tärkeiksi liikkumista edistäviksi tekijöiksi. Vanhukset toivoivat, että asuinalueelta löytyisi riittävästi palveluja ja virkistysalueita, joita he voisivat käyttää suhteellisen vaivattomasti (Mahmood ym. 2012; Salvador ym. 2010). Liikkumisen tueksi vanhukset tarvitsevat kuljetuspalveluja, joiden toimivuus tulisi taata. Kuljetuspalvelujen osalta vanhukset huomioivat seuraavia asioita; bussivuorojen riittävyys, aikataulujen paikkansapitävyys ja asianmukaiset bussikatokset. Liikkumisen helppoutta edistäviä asioita vanhusten mukaan ovat: hyvässä kunnossa olevat jalkakäytävät, levähdyspaikat, rampit ja käsituet. Virikkeellisen ympäristön vanhukset totesivat edistävän aktiivista osallistumista ja toimintakyvyn ylläpitoa (Ståhl 2008; Mahmood ym. 2012). Jos levähdyspaikkoja olisi tarjolla riittävästi, vanhus voisi asettaa tavoitteen kävellä pidemmälle. Ranskalaisessa tutkimuksessa (Rioux ym. 2011) on noussut esille edellä mainituista asioista mm. kuljetuspalvelujen ja kodin ulkopuolella olevan ympäristön helppokulkuisuus.

3 OMAISHOITAJUUS

3.1 Formaali ja informaali omaishoitajuus

Suomessa oli voimassa vuoteen 1970 saakka ns. omaisten hoitovelvoite. Tuolloin poistettiin laista lasten velvollisuus huolehtia omista vanhemmistaan ja isovanhemmistaan. Vuonna 1984 kirjattiin kotihoidon tukeen liittyviä asioita sosiaalihuoltolakiin. Asetus omaishoidontuesta annettiin vuonna 1993. Lakisääteinen vapaapäivä kirjattiin omaishoitajille vuonna 1998. Vapaapäivien määrää nostettiin kahteen päivään kuukaudessa vuonna 2002 (Salanko-Vuorela ym. 2006) ja nykyään omaishoitajilla on kolme vapaapäivää kuukaudessa (Mattila 2013).

Kun puhutaan omaishoitajan antamasta hoivasta läheiselleen käytetään termejä formaali ja informaali hoiva ja hoito. Virallista eli formaalia hoivaa ja hoitoa tuottaa julkinen palvelujärjestelmä kuntien, valtion tai järjestöjen kautta. Virallinen (formaali) omaishoitajuus synnyttää kustannuksia yhteiskunnalle. Epävirallinen, informaali omaishoitajuus on palkatonta työtä, jota perheen jäsenet tuottavat hoidettavalle omaiselleen (Kehusmaa ym. 2012; Kehusmaa ym. 2013).

Huomioitavaa on se, että ikääntyvä omaishoitaja voi jäädä omasta tahdostaan ja tietoisesti epäviralliseksi omaishoitajaksi, koska hän haluaa pitää omaishoitajuuden perheen sisäisenä asiana säilyttäen perheen yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden. On myös perheitä, joiden hyvä taloudellinen tilanne sallii sen, ettei heidän tarvitse hakeutua viralliseksi omaishoitajaksi. Informaaliin omaishoitajuuteen voi ajautua myös sen vuoksi, ettei ole ikääntynyt omaishoitaja ole tietoinen yhteiskunnan tarjoamasta avusta tai hänen on vaikeaa tehdä aloitetta tuen hakemiseen (Kaskiharju ym. 2013).

Tässä tutkimustyössäni en erottele formaalia ja informaalia hoivaa tai hoitoa, vaan työssä käsitellään molempia omaishoitajuuden muotoja; sekä virallista että ei -virallista omaishoittoa.

3.2 Omaishoitajat ja hoidettavat

Omaishoitajia arvioidaan olevan noin 14%:ssa Suomen kotitalouksista. Suuri osa omaishoitajista on ikääntyneitä, eläkkeellä olevia ihmisiä. Omaishoidontukea sai vuonna 2010 noin 37 000 omaista (Kehusmaa ym. 2013). Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen tuottaman

tilaston mukaan vuonna 2012 formaaleja omaishoitajia oli arviolta noin 40 000 henkilöä ja informaaleja noin 18 000 henkilöä. On arvioitu, että sitovaa omaishoitajan työtä tekee 60 000 ihmistä (Kehusmaa ym. 2013) ja että lähes miljoona omaista pitää huolta jollain tasolla ikääntyvästä omaisestaan (Kaskiharju ym. 2013).

Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen mukaan vuonna 2012 omaishoidettavista suurin osa oli miespuolisia hoidettavia (58%) ja omaishoitajista valtaosa oli naisia (69%). Omaishoitajista yli 65 – vuotiaita oli yli puolet kaikista omaishoitajista (53 %). Terveyden – ja hyvinvointilaitoksen mukaan vuoden 2012 omaishoidettavista yli 75 –vuotiaita oli 12 900 omaishoidettavaa. (Kaskiharju ym. 2013).

3.3 ”Rakkaudesta sinuun” - omaishoitajana ikääntynyt puoliso

Yli 80-vuotias, itsekin invalidisoitunut mies ei enää jaksaisi pitää yllä kotisairaalaan. ”Omaishoitajuudesta irtipääseminen ei ole helppoa”, hän sanoo. ”Yli vuoden verran olemme nyt odottaneet, että vaimolle löytyisi hoivakotipaikka. Kuukaudesta kolme viikkoa olen ympärivuorokauden kiinni vaimoni hoitamisessa. Tunnen suurta riittämättömyyttä. Pian meitä voi olla kaksi hoidettavaa...” (Esse 2011).

Ikääntynyt puoliso saattaa ajatua vähitellen omaishoitajan rooliin. Aluksi autetaan pienissä asioissa avun tarpeessa olevaa puolisoa. Jossain vaiheessa herää kysymys siitä, onko minun puolisolllani kaikki hyvin? Avustamista jatketaan yhä useammin, koska halu auttaa toista on suuri. Taustalla oleva avioliitto merkitsee ikääntyneille ihmisillä antamisen ja saamisen sopimusta. Puolisoiden välinen suhde, historia ja yhdessä eletty elämä antavat omat merkityksensä omaishoitajasuhteelle. Keskinäisen auttamisen halu voi olla suuri ja tähän auttamisen haluun vaikuttaa mm. puolisoloiden riippuvuus toinen toisistaan (Mikkola 2009; Zechner 2010).

Kun puolison sairaus tai sairaudet on diagnosoitu, rooli auttavasta puolisolosta muuttuu omaishoitajan rooliksi (Salin 2008; Zechner 2010). Omaishoidon myötä aviopuolisoiden suhde saattaa muuttua; kyseessä ei ole ehkä enää tyydytystä tuova romanttinen parisuhde (Hubley ym. 2003), vaan hoivasuhde. Davies ym. (2010) suuntasivat tutkimuksen omaishoitajiin, jotka huolehtivat dementiaa sairastavasta puolisolostaan; omaishoitajat

kuvailivat parisuhteen muuttuvan. Suhteessa ei koettu seksuaalisuutta ja tunteiden näyttäminen oli vaikeaa; parisuhde hiipui omaishoidettavan sairauden edetessä. Parisuhteen ylläpitämiseen ja ”hoitamiseen” suositeltiin erilaisia interventioita riittävän ajoissa, jolloin molemmat osapuolet hyötyivät niistä.

Omaishoidon tarpeen kolme selkeintä syytä näyttää olevan fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaudet ja pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma. Melko paljon tai runsaasti hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia hoidettavia oli lähes 70% kaikista omaishoidettavista (Vuorela-Salanko ym. 2006; Mikkola 2009).

Omaishoidon kuormittavuutta alettiin tutkia jo 1960 –luvulla, jolloin kohteena olivat lähinnä omaishoitajien psyykkiset oireet ja sairaudet. Seuraavaksi tutkimus laajeni selvittämään omaishoitajana olemisen yhteyttä terveydentilaan ja sen muutoksiin. Nykyään tutkimusta tehdään tekijöistä, joiden uskotaan suojaavan omaishoitajia kuormittumiselta ja tekijöistä, jotka ovat omaishoitajalle palkitsevia (Juntunen ym. 2011).

Omaishoitajan sosiaaliset kontaktit kodin ulkopuolelle saattavat heikentyä ja tämä aiheuttaa yksinäisyyttä ja elinpiirin rajoittumista (Salin 2008; Lökk 2009). Toisaalta Chappell ym. (2002) tuovat esille sen, että omaishoitajat saattavat olla kuormittuneita mutta silti heillä on mahdollisuus hyvään elämänlaatuun. Wallenius (1998) toteaa artikkelissaan ihmisten itsensä muotoilemien tavoitteiden olevan merkityksellisiä ihmisen oman elämän kannalta. Henkilökohtaiset projektit, pyrkimykset ja elämäntehtävät nostavat ihmisen motivaatiotasoa. Kun tavoitteet saavutetaan, koetaan mielihyvää ja onnistumista. Tavoitteiden asettelun ja suunnittelun avulla pyritään selviytymään omista ja ympäristön asettamista vaatimuksista. Kaskiharjun ym. (2013) mukaan ikääntyneet omaishoitajat kokivat hoivaamisen auttamiseksi ja auttamisen he kokivat myönteiseksi ja normaaliin elämään kuuluvaksi toiminnaksi, vaikka omaishoivaan tilanteet tuntuivat joskus raskailta ja vaativilta.

Salinin (2008) tutkimuksessa kuvattiin lyhytaikaisen laitoshoidon merkitystä vanhuksen kotihoidon osana. Tutkimuksessa omaishoitajan suhdetta hoidettavaan kuvasi joko halu olla yhdessä tai pakko olla yhdessä. Puolisohoitajat, jotka halusivat olla yhdessä eivät kokeneet hoitavansa puolisoaan, vaan he kokivat olevansa tilanteessa aviopuolisona, auttajana. Ryhmässä, jossa koettiin yhdessä olemisen olevan pakonsanelemaa, kuvattiin hoitamisen olevan huolenpitosuhde. Huolenpitosuhde oli pakonsanelemaa toimintaa. ”Rakkaudesta sinuun” –omaishoitajat kokivat intervallijaksojen aikana ikävää ja yksinäisyyttä, mutta he

pyrkivät hyödyntämään vapaa-aikaansa esim. vierailemalla sukulaisten luona tai hakeutumalla kuntoutukseen. ”Pakko olla yhdessä” –ryhmään kuuluvat tunsivat helpotusta omaishoidettavan intervallijakson aikana. He kokivat voivansa elää omaa elämäänsä, kun omaishoidettava ei ollut kotona (Salin 2008).

Ikääntyvällä ihmisellä on todettu olevan hyvä minän joustavuus, joka voi omaishoitajuuden osalta tulla esille mm. tehtävän palkitsevuutena ja omaishoitajan voimaantumisenä. Brandtstädterin mukaan ihminen käyttää joko assimilaatiota (sulauttaminen), jolloin hän pyrkii muuttaa tilanteen kohti positiivista suuntaa. Toinen mahdollisuus on akkommodaatio (mukauttaminen), jolloin ihminen voi esim. muuttaa vaatimustasoa tai hän voi irtautua tilanteesta, jossa tavoitteet eivät näytä toteutuvan (Brandtstädter 1997).

4 IKÄÄNTYNEIDEN OMAISHOITAJIEN ELINPIIRIN MUUTOKSET

Omaishoitajien elinpiiriä ei ole aikaisemmin tutkittu. Lähinnä artikkeleissa on viitattu koti - ympäristössä tapahtuvaan hoivan antamiseen omaishoidettavalle (mm. Gitlin ym. 2003; Mehta 2006; Dassel ym. 2008; Salin 2008) tai tehdyissä tutkimuksissa on todettu elinpiirin rajoittuvan omaan kotiin, kun kyseessä on omaishoitajuussuhde puolisojen välillä (Wiles 2003; Werner ym. 2012).

Peace ym. (2011) toteavat, että ihmisen ikääntyessä paikan merkitys korostuu vaikuttaen mm. itseluottamukseen, terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Samaan johtopäätökseen on tullut myös Lawton ja Nahemow, joka tutkivat asiaa jo 1970-luvulla. Lawtonin mukaan ympäristötekijöiden merkitys kasvaa varsinkin ihmisen toimintakyvyn laskiessa (Vuorinen 2009).

Ikääntyneiden ihmisten elämässä on tapahtumia, jotka vaikuttavat sosiaaliseen elämään. Näitä tapahtumia ovat mm. eläköityminen, terveysongelmat, puolison kuolema, avioero tai muut henkilökohtaiset syyt. Muina syinä on mainittu esimerkiksi pitkät välimatkat, jotka estävät yhteydenpitoa tai etääntyneet suhteet (Leith 2006; Hall ym. 2007). Ikääntyneen ihmisen rooli omaishoitajana voi muuttua puolisojen välistä suhdetta; lämmin rakkaussuhde muuttuu huolehtivaksi hoivasuhteeksi (Wiles 2003; Davies ym. 2010). Tasa-arvoisessa parisuhteessa saattaa tapahtua muutoksia, kun hoitajan roolin ottavan valta kasvaa hoidettavaan nähden. Toisaalta voi käydä myös toisin päin. Hoidettava voi olla vaativa ja hän sitoo puoliso – omaishoitajan itsensä hoitamiseen rajoittaen omaishoitajana toimivan elinpiiriä.

On todettu ikääntyvien ihmisten pyrkivän pitämään yllä sosiaalista verkostoaan luottaen siihen, että sen avulla he pysyvät fyysisesti ja psyykkisesti aktiivisimpina (Hall ym. 2007). Andersson (2012) viittaa samaan asiaan; positiivisella ja aktiivisella asenteella ikääntyneiden ihmisten on mahdollisuus solmia uusia sosiaalisia suhteita ja näin ollen ikääntyvä ihminen kokee olevansa osallisena jostakin tärkeästä. Sosiaalisten verkostojen avulla vanhuksat mahdollistavat merkityksellisen tekemisen ja osallistumisen; he saavat käyttää taitojaan ja tietojaan. Onnistuneen vanhenemisen perustana ovat siis sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen, mahdollisuus osallistua harrastustoimintaan ja osallistuminen elinympäristön ja yhteiskunnan sosiaaliseen toimintaan (Hall ym. 2007; Roland ym. 2010; Means ym. 2012).

Sosiaalisten suhteiden niukkuus voi johtaa eristäytymiseen ja elämänlaadun huononemiseen (Cohen-Mansfield ym. 2010; Werner ym. 2012).

Tutkimustuloksen mukaan sosiaaliset suhteet, jotka on solmittu vieraiden ihmisten kanssa, tukevat paremmin vanhuksen kognitiivista toimintaa kuin se, että sosiaaliseen verkostoon kuuluisivat pelkästään omaiset (Glei ym. 2005). Läheiset ja hyvät naapurisuhteet lisäävät vanhuksen hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta. Naapuruston merkitys ei tutkimuksen mukaan ole vain tukea antavaa, vaan sosiaalinen. Naapuruston merkitys kehittyy päivittäisessä kanssakäymisessä. Naapuruston merkitys koetaan tärkeäksi osa-alueeksi; ikääntynyttä ihmistä ei pidä eristää muusta yhteisöstä (Cristoforetti 2011; Gardner 2011; Rioux ym. 2011; Greenfield ym. 2012). Ng ym. (2005) ovat todenneet, että vanhuksen lähellä olevalla elinympäristöllä (koti, naapurusto) olevan huomattavasti tärkeämmän merkityksen kuin laajemmalla elinpiirillä. Tässä tutkimuksessa laajemmalla elinpiirillä tarkoitettiin ikääntyneen ihmisen asuinpaikkakuntaa.

Riippuvuussuhde, joka syntyy omaishoitajan ja hoidettavan välille, rajoittaa omaishoitajan elinpiiriä. Tavoitteena tulisi olla omaishoitajan oman toivon ylläpitäminen, jotta hän pystyisi näkemään ja kokemaan ympäristöään myös muista näkökulmista kuin omaishoitajan roolissa. Yllättävää tutkimustuloksessa oli se, että vaikka omaishoitajille järjestettiin kunnan kautta kotihoidonpalveluja, omaishoitajien sosiaaliset verkostot kapenivat. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että näissä perheissä omaishoidettavan ongelmat ovat jo niin laajat ja kuormittavat, että omaishoitajien elinpiiri rajoittuu jo sen vuoksi (Löck 2009).

Monet eri tekijät voivat olla yhteydessä ikääntyneiden omaishoitajien elinpiirin rajoittumiseen. Wiles (2003) toteaa tiettyjen rutiinien rytmittävän omaishoitajan ja hänen hoidettavan päivärytmiä; lääkkeet täytyy ottaa tiettyyn aikaan, ruokailut rytmittävät päivän kulun samoin kuin esim. lepohetket. Toisaalta nämä rutiinit voivat tuoda mukanaan turvallisuuden tunteen sekä omaishoitajalle että hoidettavalle, mutta samalla ne johtavat siihen, että kodista tulee keskiö, josta ei juurikaan lähdetä ulos.

Wernerin ym. (2012) mukaan omaishoidettavan vähäinen liikkuminen kodin ulkopuolella aiheuttaa omaishoitajalle lisätaakkaa, koska esim. omaishoidettavan psyykkiset ongelmat saattoivat lisääntyä liian rajoittuneen elinpiirin myötä. Liikkuminen kodin ulkopuolella on siis tärkeää molemmille osapuolille. Huomioitavaa on se, että hoidettavan tilanne sanelee

omaishoitajan oman elämän suunnittelua ja toteuttamista; puoliso hoitaja saattaa jopa menettää oman itsenäisyytensä (Roland ym. 2010).

Kuten on todettu aiemmin, omaishoitajan rooli muuttuu alun auttamishalusta vuosien mittaan annettavaksi hoivaksi. Hoiva, jota puoliso tarjoaa puolisolleen voi olla hyvinkin vaativaa. Tämä vaativuus voi tarkoittaa sekä toimenpiteitä mutta myös henkisesti vaativaa läsnäoloa ja ymmärtämistä (Voutilainen 2007); elämä keskittyy puolison hoitamiseen. Myös Silverman (2013) toteaa omaishoitajien siirtävän johdonmukaisesti syrjään omat tarpeensa, jolloin omaishoitajan oma jaksaminen ja elämänlaatu saattavat kärsiä. Oletan, että omaishoitajien kohdalla elinpiirin rajoittumisen riski kasvaa sen mukaan, mitä sitovampaa omaishoidettavalle annettava hoiva on.

Werner ym. (2012) ovat kuvailleet omaishoitajien ja omaishoidettavien monipuolista liikkumista ja sen merkitystä ihmisten hyvinvoinnille. Heidän mukaan kodin ulkopuolelle suuntautuva liikkuminen lisäsi sekä omaishoitajan että omaishoidettavan elämänlaatua. Terveystila koettiin paremmaksi, yksinäisyys lievittyi, itsenäisyyden tunne kohentui ja kuuluminen joukkoon koettiin tärkeäksi. Omaishoitajan oma hyvä terveystilanne ja positiivinen suhtautuminen liikkumiseen mahdollisti paremmin myös omaishoidettavan liikkumismahdollisuudet. Oletan, että iältään nuoremmat omaishoitajat hoidettavineen liikkuvat enemmän kodin ulkopuolella, koska toimintakyky voi olla molemmilla vielä suhteellisen hyvä. Ikävuosien karttuessa toimintakyky laskee ja elinpiiri rajoittuu, kuten tapahtuu myös ei -omaishoitajilla.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä pro gradu –tutkielmassa selvitetään ikääntyneiden omaishoitajien elinpiiriä ja elinpiirin laajuuteen yhteydessä olevia tekijöitä.

1. Onko ikääntyneen ihmisen omaishoitajuus yhteydessä elinpiirissä liikkumiseen?
2. Ovatko sukupuoli, koulutus- tai tulotaso, autoilun määrä, koettu liikuntakyky, koettu terveys, koettu elämänlaatu, matkustamis- ja lomailumahdollisuudet ja ryhmätoimintaan osallistuminen yhteydessä mies- ja naisomaishoitajien elinpiirin laajuuteen?

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Osallistujat

Tämä tutkimus on osa iäkkäiden ihmisten liikkumiskykyä ja elinpiiriä tutkivan ”Life-Space Mobility in Old Age” (LISPE) tutkimushanketta, jonka alkumittausaineisto kerättiin vuonna 2012. LISPE –hankkeen tavoitteena on tutkia ikääntyneiden ihmisten koti- ja lähiympäristön piirteitä ja henkilöiden toimintakykyä ja em. asioiden vaikutusta elinpiirin laajuuteen ja elämänlaatuun. Kyseessä oleva hanke on kaksivuotinen kohorttitutkimus (Rantanen ym. 2012).

Tutkimukseen valittiin mukaan satunnaisotoksella väestökisteristä 75 - 90 -vuotiaita ikääntyneitä ihmisiä, joista 848 henkilöä todettiin soveltuviksi tutkimukseen. Osallistujille lähetettiin kirje, jossa kerrottiin LISPE –tutkimuksesta. Kirjeessä kerrottiin vastaanottajille tulevasta yhteydenotosta puhelimitse, joka tapahtui 1 – 2 viikkoa kirjeen vastaanottamisesta. Puhelinkontaktin aikana henkilöiltä tiedusteltiin halukkuudesta osallistua tutkimukseen ja samalla tehtiin lyhyt haastattelu Tutkimukseen osallistuneiden haastattelut suoritettiin tutkittavien kotona (Rantanen ym. 2012).

Soveltuvuuskriteereiksi tutkimukseen osallistumiseen oli määritelty itsenäinen asuminen, kyky kommunikoida, asuminen Jyväskylän tai Muuramen alueella sekä halukkuus osallistua tutkimukseen.

Tämä tutkimus perustuu LISPE -tutkimuksen baseline -aineistoon.

6.2 Muuttajat

6.2.1 Elinpiiri

Elinpiiriä ja sen laajuutta kartoitettiin henkilökohtaisten haastattelujen avulla. Life-Space Assessment (LSA) mittari sisältää 15 osiota, joiden avulla arvioidaan sitä, miten laajalla alueella tutkittava henkilö on liikkunut arviointia edeltäneen neljän viikon aikana. Elinpiirin eri tasoihin kuuluvat kodin makuuhuone ja muut sisätilat, kodin välitön ulkoympäristö (rappukäytävä, piha, naapurusto), asuinkunta tai kaupunki sekä asuinkunnan ulkopuolella sijaitsevat paikat. LISPE -tutkimuksessa kartoitettiin tutkittavien liikkumista eri tasoilla ja liikkumistiheyttä. Lisäksi selvitettiin tarvitsivatko henkilöt apuvälineitä tai toisen ihmisen apua liikkumiseen (Rantanen ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa elinpiirin laajuutta kartoitettiin kysymyksiin vastattiin ”kyllä” tai ”ei” vastauksella: ”Oletteko kuluneen 4 viikon aikana ollut kotinne muissa huoneissa kuin siinä missä nukutte?”, ” Oletteko kuluneen 4 viikon aikana ollut kotinne ulkopuolella, sen välittömässä läheisyydessä kuten esim. kuistilla, terassilla, parvekkeella, rappukäytävässä, autotallissa, omassa pihassa tai pihatiellä?”, ” Oletteko kuluneen 4 viikon aikana ollut ulkona kotinne lähiympäristössä tai naapurustossa, muualla kuin talonne omassa pihassa?”, ”Oletteko kuluneen 4 viikon aikana ollut kauempana kuin kotinne lähiympäristössä, mutta omassa asuinkunnassanne?”, ”Oletteko kuluneen 4 viikon aikana ollut oman asuinkuntanne ulkopuolella?”. Analyysivaiheessa käytettiin dikotomista mittaria (LSlim), jossa 1= elinpiiri rajoittuu naapurustoon (makuuhuone, muut huoneet, kodin välitön ulkoympäristö naapurusto), 2= elinpiiri on rajoittamaton (oma asuinkunta, asuinkunnan ulkopuoli).

6.2.2 Omaishoitajuus

Omaishoitajana toimimista kartoitettiin kysymällä, pitääkö henkilö huolta omaisestaan, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti (ei liity viralliseen omaishoitaja -statukseen , eikä tarkoita lastenlasten hoitamista). Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei.

Omaishoitajan työpanosta kartoitettiin kysymällä ”Kuinka usein hoidatte omaistanne tai kuinka paljon aikaa käytätte omaisenne hoitoon?” Vastausvaihtoehdot olivat: kerran kuukaudessa tai harvemmin, 2 – 3 kertaa kuukaudessa, kerran viikossa, muutaman kerran viikossa, päivittäin, lähes ympärivuorokautisesti tai vastausvaihtoedolla ”ei ole omaishoitaja”. Tässä tutkimuksessa avustamistiheyttä kuvaava luokitus muutettiin analyysivaiheessa kaksiluokkaiseksi: 1)viikoittain tai harvemmin ja 2) päivittäin tai ympärivuorokauden. Analyysistä jätettiin pois vaihtoehto ”ei ole omaishoitaja”.

6.2.3 Muut muuttujat

Taloudellista tilannetta arvioitiin kysymyksellä ” Mitä mieltä olette taloudellisesta tilanteestanne?” Vastausvaihtoehdot olivat erittäin huono, huono, kohtalainen, hyvä ja erittäin hyvä. Analyyseissä koettu taloudellinen tilanne muutettiin kolmiluokkaiseksi ja samalla likert -asteikko käännettiin toisinpäin: 1) erittäin hyvä tai hyvä, 2) kohtalainen tai 3) huono tai erittäin huono.

Koettua liikuntakykyä kartoitettiin kysymyksellä ”Millainen on liikuntakykynne?” Luokitus erittäin huono, huono, kohtalainen, hyvä tai erittäin hyvä muutettiin analyysivaiheessa kolmiluokkaiseksi ja samalla likert -asteikko käännettiin toisinpäin: 1) hyvä tai erittäin hyvä, 2) kohtalainen ja 3) huono tai erittäin huono.

Koettua elämänlaatua kartoitettiin kysymyksellä ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?” Vastausvaihtoehdot olivat: erittäin huonoksi, huonoksi, ei hyväksi eikä huonoksi, hyväksi tai erittäin hyväksi. Tämän tutkimuksen analyysivaiheessa luokitus muutettiin kolmiluokkaiseksi ja likert -asteikko muutettiin toisinpäin: 1) hyvä tai erittäin hyvä, 2) kohtalainen ja 3) huono tai erittäin huono).

Koettua terveyttä kartoitettiin kysymyksellä ”Millaiseksi koette terveytenne tällä hetkellä?”. Vastausvaihtoehdot: erittäin hyvä, hyvä, keskinkertainen, huono tai erittäin huono. Analyysivaiheessa luokitus muutettiin kolmiluokkaiseksi hyvä tai erittäin hyvä, kohtalainen ja huono tai erittäin huono.

Koulutustaustaa arvioitiin kysymällä osallistujilta, montako vuotta henkilö on yhteensä saanut koulutusta. Tämän tutkimuksen analyysivaiheessa koulutusvuodet jaettiin kahteen luokkaan koulutusvuosien mediaanin mukaan: 1) alle 8 vuotta tai 2) yli 8 vuotta.

Kodin ulkopuolista toimintaa ja osallistumista kartoitettiin kysymällä: ”Osallistutteko ryhmätoimintaan tai kerhoihin, esimerkiksi kuoroon, liikuntaryhmiin, järjestö- tai seurakuntatoimintaan (kodin ulkopuoliset ryhmäharrastukset)?” LISPE -tutkimukseen osallistuneet henkilöt arvioivat harrastamisaktiivisuuttaan 7 -luokkaisella asteikolla: päivittäin tai lähes päivittäin, noin kerran viikossa, 2 – 3 kertaa kuukaudessa, noin kerran kuukaudessa, muutaman kerran vuodessa, harvemmin tai en lainkaan. Tässä tutkimuksessa ryhmätoimintaan osallistumista kuvaavat muuttujat muutettiin analyysejä varten kolmiluokkaiseksi: 1) viikoittain, 2) kuukausittain 3) vuosittain tai harvemmin.

Edellisen kysymyksen lisäksi kodin ulkopuolista toimintaa kartoitettiin kysymällä henkilön mahdollisuutta matkustamiseen ja lomailuun vastusvaihtoehdoilla erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen, huono tai erittäin huono. Analyysivaiheessa luokitus muutettiin kolmiluokkaiseksi: 1) hyvä tai erittäin hyvä, 2) kohtalainen ja 3) huono tai erittäin huono.

Autoilua kartoitettiin kysymyksellä ”Kuinka usein ajatte autoa itse?”. Vastausvaihtoehtoina: päivittäin tai lähes päivittäin, muutaman kerran viikossa, muutaman kerran kuukaudessa, muutaman kerran vuodessa, harvemmin kuin kerran vuodessa, en koskaan, en olekoskaan ajanut autoa, en koskaan, olen lopettanut autolla ajamisen. Analyysivaiheessa autoilua kartoittava kysymys luokiteltiin kahteen luokkaan: 1) kuukausittain tai useammin, 2) muutaman kerran vuodessa tai harvemmin.

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysi suoritettiin SPSS 20.0 -ohjelmalla. Tilastollisten testien merkitsevyytasoksi määriteltiin kaikkiin testeihin $p < 0.05$. Tutkittavien taustatietoja sekä liikuntakykyä ja osallistumista kuvaavat tekijät verrattiin omaishoitajien ja ei -omaishoitajien välillä. Aineistoa tarkasteltiin t-testin lisäksi muuttujien keskiarvoina ja keskihajontoina sekä frekvensseinä. Muuttujien jakaumien normalisuuden tarkastelu suoritettiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Logistisessa regressioanalyysissä olivat mukana vain omaishoitajana toimivat henkilöt.

Elinpiiriin laajuuteen liittyvien muuttujien jakautumista mies- ja naisomaishoitajilla selvitettiin ristiintaulukoinnin ja khiin – neliön testillä. Tarkastelu tehtiin luokitelluilla muuttujilla ja mukana analyysissä olivat omaishoitajat (n=69).

Logistisen regressioanalyysin avulla selvitettiin muuttujien yhteyttä omaishoitajien elinpiirin laajuuteen. Malli vakioitiin sukupuolella. Malliin lisättiin yksitellen ikä (ikäryhmittäin), koettu liikuntakyky, autoilu ja koettu talous.

7 TULOKSET

7.1 Tutkittavien taustatekijät

Tutkimukseen osallistuneiden taustatekijät on esitelty taulukossa 1. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä naisia oli 526 (62%) ja miehiä 322 (38%). Tutkittavista henkilöistä omaishoitajina toimi 69 henkilöä. Heistä naisia oli 40 (58%) ja miehiä 29 (42%). Tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajina toimivien henkilöiden keski-ikä oli 79.2 vuotta (SD 4.15). Ei -omaishoitajina toimivien henkilöiden keski-ikä oli 80.2 vuotta (SD 4.26). Tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien ja ei -omaishoitajien koulutusvuodet eivät poikenneet toisistaan ($p=0.658$).

Elinpiirin laajuudessa (rajoittunut naapurustoon tai rajoittamaton) ei ollut omaishoitajien ja ei-omaishoitajien välillä eroa ($p=0.192$). Myöskään koetussa taloudellisessa tilanteessa ($p=0.102$), koetussa liikuntakyvyssä ($p=0.556$), koetussa elämänlaadussa ($p=0.187$), koetussa terveydessä ($p=0.383$) ja osallistumisessa ryhmätoimintaan ($p=0.825$) ei ollut merkittäviä eroja omaishoitajien ja ei -omaishoitajien välillä.

Omaishoitajien mahdollisuudet matkustamiseen ja lomailuun ovat huonommat kuin ei -omaishoitajilla ($p= 0.073$). Autoilun osalta ero oli merkitsevä omaishoitajien ja ei -omaishoitajien välillä; ikääntyneet omaishoitajat autoilivat useammin verrattuna ei -omaishoitajiin ($p=0.05$).

Taulukko 1. Tutkittavien taustatiedot ja omaishoitajuutta, liikuntakykyä, osallistumista sekä elämänlaatua kuvaavat tekijät jaoteltuna sen mukaan onko omaishoitajana vai ei.

	Omaishoitaja				p-arvo *
	Kyllä n = 69		Ei n = 779		
	ka	(SD)	ka	(SD)	
Ikä (vuosina)	79.2	4.15	80.2	4.26	0.068
	f	%	f	%	p-arvo **
Sukupuoli					0.469
Naisia	40	58.0	486	62.4	
Miehiä	29	42.0	293	37.6	
Elinpiiri					0.192
rajoittuu naapurustoon	15	21.7	227	29.1	
rajoittamaton	54	78.3	552	70.9	
Koulutus					0.658
< 8 vuotta	32	47.8	391	50.6	
> 8 vuotta	35	52.2	382	49.4	
Koettu terveys					0.383
hyvä/erittäin hyvä	30	43.5	273	35.1	
kohtalainen	33	47.8	426	54.8	
huono/erittäin huono	6	8.7	78	10.0	
Koettu taloudellinen tilanne					0.102
hyvä tai erittäin hyvä	29	42.0	398	51.2	
kohtalainen	40	58.0	360	46.3	
huono tai erittäin huono	0	0	19	2.4	
Koettu liikuntakyky					0.556
hyvä tai erittäin hyvä	38	55.1	405	52.1	
kohtalainen	25	36.2	269	34.6	
huono tai erittäin huono	6	8.7	103	13.3	
Matkustamis- ja lomailumahdollisuus					0.073
hyvä tai erittäin hyvä	26	37.7	404	52.0	
kohtalainen	23	33.3	205	26.4	
huono tai erittäin huono	20	29.0	168	21.6	
Osallistuminen ryhmätoimintaan					0.688
viikoittain	29	42.0	338	43.5	
kuukausittain	11	16.0	96	12.3	
vuosittain tai harvemmin	29	42.0	344	44.2	
Koettu elämänlaatu					0.187
hyvä tai erittäin hyvä	45	65.2	581	74.6	
kohtalainen	23	33.3	183	23.5	
huono tai erittäin huono	1	1.4	15	1.9	
Autoilu					0.05
Kuukausittain tai useammin	39	56.5	305	39.2	
Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	30	43.5	474	60.8	

* keskiarvojen yhtäsuuruus testattu t -testillä

** yhteyksiä testattu χ^2 -testillä, ka= keskiarvo, SD= keskihajonta, f = frekvenss

7.2 Elinpiirin laajuuteen liittyvien muuttujien jakautuminen omaishoitajilla

Elinpiirin laajuuteen yhteydessä olevien muuttujien jakautumista mies- naisomaishoitajilla selvitettiin ristiintaulukoinnin ja khiin -neliön avulla. Taulukossa 2 on esitelty avustamistiheyden, koetun taloudellisen tilanteen, koetun liikuntakyvyn, matkkustamismahdollisuuksien, ryhmätoimintaan osallistumisen, koetun elämänlaadun, koulutusvuosien koetun terveyden ja autoilun yhteyttä elinpiirin laajuuteen sekä nais- että miesomaishoitajilla.

Omaishoitajana toimivista naisista ja miehistä suurin osa kuului rajoittamattoman elinpiirin omaaviin henkilöihin ($p=0.316$). Tässä tutkimuksessa ympärivuorokautinen sitoutuminen hoidettavaan ei vaikuta nais- eikä miesomaishoitajan elinpiirin laajuuteen rajoittamalla sitä ($p=0.081$).

Koetulla elämänlaadulla, koulutusvuosilla tai koetulla taloudellisella tilanteella, osallistumisella ryhmätoimintaan ja matkkustamismahdollisuuksilla ei ollut yhteyttä omaishoitajien elinpiirin laajuuden rajoittumiseen.

Autoilun säännöllisyydellä on merkitsevä yhteys elinpiirin laajuuteen ($p=0.005$). Koettu hyvä terveys on myös yhteydessä laajempaan, rajoittamattomaan elinpiiriin ($p=0.003$). Omaishoitajilla, jotka arvioivat liikuntakykynsä kohtalaiseksi tai huonoksi /erittäin huonoksi, elinpiiri oli rajoittunut naapurustoon ($p=0.037$).

Taulukko 2. Elinpiirin laajuuteen liittyvien muuttujien jakautuminen mies- ja naisomaishoitajilla.

ELINPIIRI	OMAISHOITAJA								
	NAISET				MIEHET				p- arvo
	rajoittunut (n=7)		rajoittamaton (n=33)		rajoittunut (n=8)		rajoittamaton (n=21)		
f	%	f	%	f	%	f	%		
Omaishoitajuus	7	17.5	33	82.5	8	27.6	21	72.4	0.316
Avustamistiheys (n=67)									0.081
Viikoittain tai harvemmin	7	100	21	63.6	5	71.4	12	60.0	
Päivittäin/ympäri vuorokauden	0	0	12	36.4	2	28.6	8	40.0	
Koettu taloudellinen tilanne									0.371
Hyvä/erittäin hyvä	2	28.6	13	39.4	3	37.5	11	52.4	
Kohtalainen	5	71.4	20	60.6	5	62.5	10	47.6	
Koettu liikuntakyky									0.037
Hyvä/erittäin hyvä	0	0	21	63.6	4	50.0	13	61.9	
Kohtalainen	4	57.1	10	30.3	4	50.0	7	33.3	
Huono/erittäin huono	3	42.9	2	6.1	0	0	1	4.8	
Matkustamismahdollisuudet									0.266
Hyvä/erittäin hyvä	1	14.3	13	39.4	2	25.0	10	47.6	
Kohtalainen	2	28.6	12	36.4	4	50.0	5	23.8	
Huono/erittäin huono	4	57.1	8	24.2	2	25.0	6	28.6	
Osallistuminen ryhmätoimintaan									0.905
Viikottain	2	28.6	16	48.5	4	50.0	7	33.3	
Kuukausittain	1	14.3	4	12.1	1	12.5	5	23.8	
Vuosittain tai harvemmin	4	57.1	13	39.4	3	37.5	9	42.9	
Koettu elämänlaatu									0.494
Hyvä/erittäin hyvä	4	57.1	21	63.7	4	50.0	16	76.2	
Kohtalainen	3	42.9	11	33.3	4	50.0	5	23.8	
Huono/erittäin huono	0	0	1	3.0	0	0	0	0	
Koulutus (n=67)									0.624
< 8 vuotta	4	57.1	17	51.5	4	50.0	7	36.8	
> 8 vuotta	3	42.9	16	48.5	4	50.0	12	63.2	
Koettu terveys									0.003
Hyvä/erittäin hyvä	0	0	19	57.6	2	25.0	9	42.9	
Kohtalainen	5	71.4	13	39.4	4	50.0	11	52.4	
Huono/erittäin huono	2	28.6	1	3.0	2	25.0	1	4.8	
Autoilu									0.005
Kuukausittain tai useammin	1	85.7	10	30.3	7	87.5	21	100	
Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	6	14.3	23	69.7	1	12.5	0	0	

Ristiintaulukointi: χ^2

7.3 Omaishoitajien elinpiirin laajuuteen yhteydessä olevia tekijöitä

Muuttujien yhteyttä omaishoitajien elinpiirin laajuuteen tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla. Selitettävänä muuttuja oli elinpiirin laajuus eli regressioanalyysin avulla pyrittiin selittämään rajoittamattomaan elinpiiriin kuulumisen todennäköisyyttä.

Koetulla hyvällä tai erittäin hyvällä liikuntakyvyllä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys rajoittamattomaan elinpiiriin verrattuna huonoon tai erittäin huonoon liikuntakyvyn omaaviin mies- ja naisomaishoitajiin. Vertaillessa naisomaishoitajia ja miesomaishoitajia, naisomaishoitajilla, joilla koettu liikuntakyky oli hyvä tai erittäin hyvä, todennäköisyys rajoittamattomaan elinpiiriin on korkeampi verrattuna miesomaishoitajiin.

Säännöllisesti autoilevilla miespuolisilla omaishoitajilla oli yli 9-kertainen todennäköisyys rajoittamattomaan elinpiiriin verrattuna harvoin autoileviin miehillä ja naisilla vastaava todennäköisyys oli 3.8 -kertainen verrattuna harvoin autoileviin naisiin. Tutkimustulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä.

Omaishoitajina toimivilla miehillä, jotka kuuluivat tutkimuksen nuorimpaan ikäryhmään (75 - 79 -vuotta), oli 1.3 -kertainen todennäköisyys kuulua rajoittamattoman elinpiiriin omaaviin ikääntyneisiin omaishoitajiin verrattuna vanhimpaan 85 - 89 -vuotiaiden omaishoitajien ikäryhmään. Naisilla vastaava todennäköisyys oli 1.8 -kertainen. Iän karttuessa 80 - 84 -vuoteen, todennäköisyys rajoittamattoman elinpiiriin väheni sekä miehillä että naisilla.

Koettu taloudellinen tilanne ei ollut tilastollisesti merkitsevä mies- tai naispuolisilla omaishoitajilla, kun tarkastellaan muuttujan yhteyttä elinpiirin laajuuteen.

Taulukko 3. Muuttujien yhteys omaishoitajien elinpiirin laajuuteen*. Malli vakioitu sukupuolella. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusväli (CI) (logistinen regressioanalyysi)

	Mies (n=29)		Nainen (n=40)	
	OR	CI 95%**	OR	CI 95%**
Ikä (vuosina)				
75 - 79	1.33	0.09 - 20.71	1.80	0.13 - 24.16
80 - 84	0.67	0.05 - 8.16	0.50	0.04 - 5.76
85 - 89	1.00		1.00	
Koettu liikuntakyky				
hyvä/erittäin hyvä	24.10	9.94 - 58.39	38.41	18.58 - 79.39
kohtalainen	7.28	3.10 - 17.11	5.95	3.02 - 11.73
huono/erittäin huono	1.00		1.00	
Autoilu				
Kuukausittain tai useammin	9.10	4.84 - 17.10	3.76	2.10 - 6.74
Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	1.00		1.00	
Koettu talous				
hyvä/eritt. hyvä	1.83	0.35 - 9.72	1.63	0.27 - 9.66
kohtalainen/huono	1.00		1.00	

*selitettävänä muuttujana elinpiirin laajuus ts.rajoittumaton elinpiiri, johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään

**ristitulosuhteen (OR) luottamusväli

*** viite- eli referenssiryhmä merkitty 1.00

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen mukaan elinpiirin laajuus ei poikennut merkitsevästi omaishoitajien ja ei-omaishoitajien välillä. Naisomaishoitajien elinpiiri oli laajempi verrattuna miesomaishoitajien elinpiiriin. Omaishoitajien elinpiirin rajoittumiseen yhteydessä olevia tekijöitä olivat huonoksi tai erittäin huonoksi koettu terveys ja huonoksi tai erittäin huonoksi koettu liikuntakyky. Mies - ja naisomaishoitajien kohdalla säännöllisellä autoilulla oli yhteys laajempaan elinpiiriin mutta varsinkin miesomaishoitajien autoilun säännöllisyys moninkertaisti heidän mahdollisuuttaan laajempaan elinpiiriin.

Elinpiirin rajoittuminen ei ole tämän tutkimuksen mukaan yhteydessä omaishoitajana toimimiseen. Tätä tutkimustulosta tukee Wilesin (2003) saama tutkimustulos, jonka mukaan omaishoitajat liikkuvat elinpiirissä aktiivisemmin, mitä heidän oletetaan liikkuvan. Liikkumiskertoja saattaa tulla useita viikossa, koska omaishoitaja ei voi jättää pitkäksi ajaksi omaishoidettavaa ilman valvontaa ja sen vuoksi naapuruston ulkopuolelle suuntautuvia käyntejä on tiheämmin käyntien ollessa lyhyempiä (Wiles 2003).

Sosiaalisia suhteita ja verkostoja kerätään pääsääntöisesti liikkumalla elinpiirin eri tasoilla; omasta kodista kodin ulkopuoliseen ympäristöön. Parhaimmillaan elinympäristö tarjoaa ikääntyneelle ihmiselle sosiaalisia kontakteja, jotka ovat erittäin tärkeitä – ikääntynyt ihminen kuuluu yhteisöön, joka koostuu eri ikäisistä yksilöistä. Sosiaalisten kontaktien vastapainoksi vanhuksen omassa kodissa on mahdollisuus yksityisyyteen (Kyllönen & Kurenniemi 2003; Vuorinen 2009; Peace ym. 2011; Lehning 2012).

Liikkuminen elinpiirissä ja hyvä sosiaalinen verkosto ovat siis yhteydessä toisiinsa (Bentley ym. 2012; Rantakokko ym. 2013; Tixier ym. 2009). Kaikki ihmiset tarvitsevat sosiaalisia suhteita voidakseen hyvin. Kontaktien solmiminen ja yhteydenpito muihin ihmisiin on tärkeä tekijä psyykkisen (Sixsmith ym. 2014; Heikkinen 2013) ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä (Young ym. 2004) ja lisäksi näillä tekijöillä on yhteys pitkäikäisyyteen (Heikkinen 2013). Psyykkisten ja fyysisten ongelmien on todettu kaventavan ikääntyneen ihmisen elinpiiriä (Snih ym. 2012)

Japanilaisen tutkimuksen mukaan elinpiiriin laajuuteen yhteydessä oleva tekijä oli palvelujen tarve ja niiden saavuttaminen liikkumalla elinpiirissä.. Omaishoitajien kohdalla on myös todettu, että heillä on olemassa tietty suunnitelmallisuus kodin ulkopuolella liikkumisesta;

prioriteettijonon kärjessä ovat omaishoidettavan tarpeet (lääkäri-, laboratorio- ja kuntoutuskäynnit). Edellä mainitussa tutkimuksessa kartoitettiin päivittäisen aktiivisuuden määrää, elinpiirin laajuutta, terveydentilaa ja psyykkistä toimintakykyä. Vanhimmilla ikäluokilla elinpiiri oli selkeästi kaventunut. Tämä tulos tukee nyt tehdyn tutkimuksen tulosta, jonka mukaan nuoremmalla ikäryhmällä (75 - 79 -vuotiaat) oli suurempi todennäköisyys kuulua ryhmään, jolla on laajempi elinpiiri verrattuna vanhimpaan ikäryhmään (85 - 89 -vuotiaat). Muita tekijöitä, joilla oli yhteys kaventuneeseen elinpiiriin olivat sairauksien lukumäärä, toimintakyvyn alentumat, huono koettu terveys, sosiaalisten suhteiden vähyys ja huono taloudellinen tilanne (Sugiyama ym. 2005).

Naiset harrastavat enemmän kuin miehet mutta miehillä on taas liikunnallinen aktiivisuus naisia suurempi (Heikkinen 2013). Wiles ym. (2009) tutkimustuloksen mukaan elinpiiri rajoittuu, kun autoilun määrä vähenee ikääntymisen myötä. Autoilun lopettaminen oli kolmanneksi yleisin syy, kun tarkastellaan rajoittunutta elinpiiriä. Werner ym. (2012) ovat todenneet, että autoilun merkitys korostuu miehillä. Autoileminen lisää miesten itsenäisyyttä, vaikka esim. toimintakyvyssä olisi jo alenemaa. Autoilun tuoma itsenäisyys taas merkitsi liikkumista paikasta toiseen tuoden mukanaan hyvinvointia. Edellä mainitut tutkimustulokset tukevat tämän tutkimuksen tulosta, jossa kuvataan miespuolisten omaishoitajien elinpiirin laajuutta autoilun näkökulmasta.

Wernerin ym. (2012) tutkimustuloksen mukaan omaishoidettavien ja omaishoitajien liikkuminen kodin ulkopuolella vaikutti positiivisesti molempien osapuolien hyvinvointiin ja lisäten mm. mielekästä tekemistä, itsenäisyyttä ja osallisuuden tunnetta. Tutkimuksen mukaan hoidettavan toimintakyky vaikuttaa omaishoitajan elinpiirin laajuuteen (Wiles 2003). Boylen ym. (2010) seurantatutkimuksen mukaan kaventunut elinpiiri on yhteydessä suurempaan kuolemanriskiin ($p < .001$); kuolemanriski oli 1.6 -kertainen kaventuneen elinpiirin omaavilla ihmisillä verrattuna niihin ihmisiin, joilla oli laajempi elinpiiri. Tämän vuoksi on tärkeää tukea ja ohjata omaishoitajia huomaamaan liikkumisen merkitys terveydelle ja elämänlaadulle. Voinen todeta provosoivasti, että vanhuksella on aikaa liikkumiseen - mihin into häviää? Mielestäni ikääntyviin ihmisiin tulisi kohdistaa huomattavasti enemmän ennaltaehkäisevää työtä liikkumiseen liittyvien näkökulmien avulla, koska tutkimustulokset osoittavat monipuolisen liikkumisen tärkeyden ikääntyvän ihmisen kohdalla.

Toisaalta on myös tutkimustuloksia, jotka kertovat omaishoitajuuden vaikuttavan elinpiirin laajuuteen rajoittaen sitä. Elinpiiriä rajoittavina tekijöinä voivat mm. omaishoidon sitovuus

tai se, että asuu yhdessä omaishoidettavansa kanssa (Wiles 2003; Lökk 2009; Werner 2012). Omassa tutkimuksessani ympärivuorokautinen omaishoiva ei rajoittanut ikääntyneiden omaishoitajien elinpiiriä. Tutkimustulokseen saattaa vaikuttaa tutkittavien pieni määrä (n=69).

Yksityisyyden tarve on noussut esille omaishoitajien ja hoidettavien keskuudessakin; pariskunta toivoo yksityisyytensä säilyvän ja sen vuoksi kodin ulkopuolelle ulottuva liikkuminen vähenee. Uotilan (2011) mukaan puoliset, jotka asuvat yhdessä, tarjoavat toisilleen apua ja kumppanuutta ja tämä voi vähentää tarvetta muihin, ulkopuolisiin kontakteihin. Mikkolan (2009) toteaa kodin nousevan päivittäisen elämän keskiöksi, kun on kyse ikääntymisestä ja puolisoahoivasta. Omaishoitajuus ei saisi kuitenkaan edellyttää uhrautumista, joka tarkoittaa sitä, että elämän eläminen liikkumisineen kodin ulkopuolelle siirretään syrjään ja omistaudutaan vain omaishoitajana toimimiselle.

On muistettava ikääntyneiden ihmisten ryhmä, joka ei ole nuorempaanakaan liikkunut paljon kodin ulkopuolella. Tämän ryhmän liikkuminen ja sosiaalisten kontaktien hakeminen on siis suhteellisen minimaalista koko elinkaaren ajan (Rosso ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta vertailla virallisen omaishoitajastatuksen omaavia omaishoitajia ja epävirallisia omaishoitajia. Virallisen hoivasopimuksen tehneillä omaishoitajilla on mahdollisuus viettää omaishoitajille kuuluvia vapaapäiviä, jolloin heillä on mahdollisuus liikkumiseen kodin ulkopuolella. Jotta tällainen etuus tulee hyödynnettyä, tarvitaan lisäksi omaishoitajan omaa aktiivisuutta ja motivoitumista liikkumiseen kodin ulkopuolella.

Omaishoitajien taloudellinen tilanne konkretisoituu varsinkin naisten kohdalla. Tämän päivän ikääntyneistä naisista moni on ollut kotirouvana, joten heille ei ole kertynyt suurta eläkettä. Toimimalla virallisina omaishoitajina he ovat saaneet nostettua taloudellista statustaan korkeammalle. Jos miespuolinen ”perheenpää” viedään laitokseen, miehen eläkkeestä viedään suurin osa laitospalveluihin, jotka perustuu kuukausituloihin. Tämän lisäksi vaimo menettää omaishoitajatuon.

Naisilla on enemmän solmittuja ihmissuhteita kuin miehillä, mutta vaikuttaako tämä asia laajentaen naisten elinpiiriä? Snih ym. (2012) tutkimustuloksen mukaan Meksikossa asuvilla amerikkalaisnaisilla (75 -vuotiaat ja sitä vanhemmat) elinpiiri oli rajoittunut koskemaan vain omaa kotia, piha-aluetta ja lähinaapurustoa. Naissukupuolen lisäksi riskitekijöitä kaventuneelle elinpiirille olivat ylipaino, masentuneisuus, aivoverenvuodot ja päivittäisen toimintakyvyn lasku. Pohdintaa aiheuttaa mahdollinen kaksisuuntainen vaikutus; onko syytä

rajoittuneeseen elinpiiriin todellakin vain naissukupuoli vai onko suurempi syy merkittävä ylipaino ja sen vaikutus rajoittuneeseen liikkumiseen. Lisäksi on huomioitava mahdolliset kulttuuriset erot.

Wiles ym. (2009) kuvailevat ikääntyneiden ihmisten kiinnittymistä omaan kotiin ja naapurustoon. He toteavat ikääntyvien ihmisten elinpiirin rajoittuvan, mutta siitä huolimatta ikääntyneet ihmiset eivät välttämättä koe asiaa negatiivisena. Rajoittunutta elinpiiriä pyritään kompensoimaan muilla keinoilla; esim. tuttu sosiaalinen verkosto tulee ikääntyneen ihmisen luokse, jos liikkuminen on hankaloitunut. Wilesin (2009) mukaan omaishoitajien elinpiiri rajoittuu, koska vastuunkantaminen omaishoidettavasta siirtää omaishoitajan omat tarpeet syrjään. Toisaalta tätä kodin ulkopuolella tapahtuvan liikkumisen puuttumista on alettu kompensoida. Liikkumisen käsitettä on selitetty myös internetin, puhelimen ja television mukanaan tuomien mahdollisuuksien näkökulmista. Liikkumista voidaan siis kompensoida edellä mainituilla tavoilla niin, ettei elinpiirin laajuus säilyisi mahdollisimman rajoittumattomana; tunne osallisuudesta, uuden näkeminen, kokeminen, muistot, tulevaisuuden toiveet (Rosso ym. 2013; Ziegler ym. 2011).

Ikääntyneiden ihmisten kohdalla lähinaapuruston tärkeys korostuu. Naapurustolla katsotaan olevan positiivisen fyysisen ja psyykkisen merkityksen ikääntyneelle ihmiselle. Tuttu ja turvallinen naapurusto aktivoi ikääntyvää ihmistä liikkumaan, jonka seurauksena hyvinvointi lisääntyy ja elämänote on aktiivisempi (Young ym. 2004, Roland ym. 2010).

Tutkimusaineiston kerääminen suoritettiin haastattelemalla tutkittavia henkilökohtaisesti. Haastattelut suoritettiin tutkittavien kotona; tämän ansiosta tutkimushenkilöiden heikentynyt terveydentila tai toimintakyvyn rajoitukset eivät estäneet tutkimukseen osallistumista ja lisäksi puuttuvan tiedon osuus tutkimusaineistossa jäi alhaiseksi. Tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet ihmiset olivat kenties hieman parempikuntoisia, kuin ikääntyneet ihmiset keskimäärin ja kaikkein vaikeimmista liikkumisvaikeuksista kärsivät ikääntyneet henkilöt ovat näin aliedustettuina. Edellä mainittu valikoituminen on väestötutkimuksessa tyypillistä (Rantanen ym. 2012).

Tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä ja mittareilla on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan hyvä validiteetti ja reliabiliteetti. Life - Space Assessment -mittarin (LSA), jonka avulla arvioidaan elinpiirin laajuutta, on raportoitu olevan hyvä toistettavuus (Baker ym. 2003). Koska tutkimuksessa käytetyt mittarit on todettu soveltuviksi menetelmiksi

ikäntyneiden ihmisten parissa, voidaan tämän tutkimuksen tuloksia pitää myös luotettavina. Tutkimuksessa käytössä ollut LISPE -aineisto oli laaja mutta toisaalta selkeästi jaoteltu ja ymmärrettävä. Käytettävät analyysimenetelmät sopivat tähän aineistoon hyvin.

Tässä tutkimuksessa omaishoitajien joukko oli yllättävän pieni (n=69). Hyvä asia oli se, että tässä joukossa oli mukana sekä naisia että miehiä, jotta saatiin esille mahdollisia sukupuolten välisiä eroja. Formaalien ja informaalien omaishoitajien määrää ei tiedetty tässä tutkimuksessa, joten heidän eroja ei voitu tarkastella. Tutkimuksessa ei tullut selkeästi esille se, ketä omaishoitaja hoitaa. Kyselylomakkeessa rajattiin pois oman lapsenlapsen hoitaminen mutta emme voi olla varmoja siitä, miten asia on käyty läpi haastatteluvaiheessa ja miten ikääntynyt ihminen on ymmärtänyt kysymyksen ja käsitteen omaishoitaja. Tutkimusanalyysi on ns. sekundaarianalyysi eli tutkimus ei ole suunniteltu käsittelemään omaishoitajuutta, joten tämä puoltaa jatkotutkimusta, joka kohdistetaan laajempaan omaishoitajien joukkoon.

Tutkimustuloksiin saattaa vaikuttaa ns. ”Terve työntekijä” -efekti. Tämän efektin myötä tutkimustuloksissa voi esiintyä epävarmuutta. Tutkimusjoukon pienuuden lisäksi haasteen tutkimukselle tuo se, että omaishoitajina toimivat usein toimintakyvyltään hyväkuntoiset ja aktiiviset ikääntyneet ihmiset. He ovat sitoutuneet ja motivoituneet tekemään omaishoitajan työtä. Tutkimustulosten vertailu voi olla vaikeaa ja tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä (Divyang 2009).

Tutkimusaiheena omaishoitajien elinpiirin tarkastelu on uusi ja mielenkiintoinen. Tutkimustuloksia ei tästä aiheesta ole suoranaisesti vielä paljoakaan saatavilla, joka saattoi hieman hankaloittaa kirjallisuuskatsauksen työstämistä. Jos pohditaan omaishoitajuuden merkitystä yhteiskunnallisella tasolla, kyseessä on merkittävä asia taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna. Sen vuoksi koen, että tutkimustieto omaishoitajuudesta, sen yhteyksistä eri asioihin, on arvokasta. Tutkimustiedon avulla tulee löytää mahdollisuuksia ennaltaehkäisevään työhön, joka mielestäni on kaiken kaikkiaan melko vähäistä tänä päivänä keskusteltaessa ikääntyneiden omaishoitajien kanssa.

Omaishoitajien ohjaukseen ja tukemiseen liittyvät toimenpiteet eivät saisi rajoittua vain hoiva- ja palvelusuunnitelman päivittämiskertoihin liittyväksi tapahtumaksi, vaan monipuolisen ohjaamisen ja kannustamisen tulee olla johdonmukaista ja tavoitteena tulisi olla ikääntyneiden omaishoitajien elinpiirin mahdollisimman vähäinen rajoittuminen. Tutkimuksen avulla voisi tuottaa tietoa siitä, millä tavoin ikääntyneisiin omaishoitajiin kohdistuva ennaltaehkäisevä työ on järjestetty. Suomessa on paljon myös informaaleja

omaishoitajia, jotka jäävät virallisen järjestelmän ulkopuolelle. Jatkossa tulisikin tutkia, miten informaalien ja formaalien omaishoitajien elinpiirin laajuus eroavat toisistaan?

Tämän tutkimuksen mukaan omaishoitajien elinpiirin laajuus näyttäisi ulottuvan kodin ulkopuolelle mutta onko näin, jos tarkasteltavana olisi suurempi tutkittavien joukko? Kuten olen aiemmin todennut, ennaltaehkäisevän työn merkitystä tulee korostaa omaishoitajien kohdalla. Ikääntyneet omaishoitajat tarvitsevat oman työterveyshuoltonsa tarkastuksineen, toimintakyvyn mittauksineen ja ohjauksineen. Näillä toimenpiteillä voidaan tukea ikääntyneen omaishoitajan liikkumista laajemmassa elinpiirissä kuin vain kotiympäristössä. Hyvien käytänteiden avulla voisimme olla rakentamassa hyvää elämänlaatua ja ennen kaikkea hyvää vanhuusikää omaishoitajille.

Omaishoitajuuden yhteydestä elinpiirin laajuuteen ei ole aiempaa tutkimusnäyttöä. Tulokset osoittivat, että omaishoitajien koettu liikkumiskyky, koettu terveys ja autoilun määrä olivat yhteydessä laajempaan elinpiiriin. Koska omaishoitajille ei ole suoraan suunnattu elinpiiriin ja sen laajuuteen liittyvää tutkimusta, tulevaisuudessa on tärkeää tehdä ko. tutkimusta laajemmalle tutkimusjoukolle.

LÄHTEET

- Andersson, S. 2012. Ageing in Place – Ikäihmisten asumisen ongelmat ja sosiaaliset suhteet. *Gerontologia* 26, 2-13.
- Baker, P. S., Bodner E. V. & Allman R. M. 2003. Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults.. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51, 1610-1614.
- Bentley, J. P., Brown, C. J., McGwin, G. Jr, Sawyer, P., Allman, R. M. & Roth D. L. 2012. Functional Status, Life-Space mobility, and quality of life: a longitudinal mediation analysis. *Qual Life Res* 22, 1621-1632. DOI 10.1007/s 11136-012-0315-3.
- Bird, S., Radermacher, H., Feldman S., Sims, J., Kurowski, W., Browning, C. & Thomas, S. 2009. Factors influencing the physical activity levels of older people from culturally-diverse communities: an Australian experience. *Ageing and Society* 29, 1275-1294.
- Boyle, P.A., Buchman, A.S., Barnes, L.L., James, B. D.& Bennet, D.A. 2010. Association Between Life Space and Risk of Mortality in Advanced Age. *Journal of The American Geriatrics Society* 58, 1925-1930.
- Brandtstädter, J. 1997 Elämänhallinta ja hyvinvointi ikääntyessä. *Gerontologia* 2, 116-124.
- Bursch, H.C. & Butcher H. K. 2012. Caregivers' Deepest Feelings in Living with Alzheimer's Disease. A Ricoeurian Interpretation of Family. *Research in Gerontological Nursing* 5, 207-215.
- Chappell, N. & Colin, R. 2002. Burden and well-being among Caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist* 42, 772-780.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin D. & Hazan, H. 2010. The Impact of Homebound Status in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 58, 2358-2362.
- Cress M. E., Orini, S & Kinsler, L. 2011. Living Environment and Mobility of Older Adults. *Gerontology* 57, 287-294. DOI: 10.1159/000322195.
- Cristoforetti A, Gennai F, Rodescihini G. 2011. Home sweet home: The emotional construction of places. *Journal of Aging Studies* 25, 225-232.
- Cutchin, M.P. 2003. The process of mediated aging in place: a theoretically and empirically based model. *Social Science & Medicine* 57, 1077-1090.

- Dassell, K. B. & Schmitt, F. A. 2008. The Impact of Caregiver Executive Skills on Reports of Patient Functioning. *The Gerontologist* 48, 781-792.
- Davies, H. D., Newkirk, L. A., Pitts, C.B., Coughlin C. A., Strihar, S. B, Zeiss, L. M & Zeiss, A.M. 2010. The Impact of dementia and mild memory impairment (MMI) on intimacy and sexuality in spousal relationships. *International Psychogeriatrics* 22, 618-628.
- Divyang, S. 2009. Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational Environment Medicine* 13, 77-79.
- Eronen, J., Rantanen, T. & von Bonsdorff, M. 2011. Iäkkäiden henkilöiden fyysinen aktiivisuus ja eriarvoisuus. *Gerontologia* 2, 131-135.
- Esse. Espoon seurakunta. Omaishoitajan täysi arki. Oma elämä jää elämättä. 24.11.2011, 10.
- Gardner, P. 2011. Natural neighborhood networks – Important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies* 25, 263-271.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M. P, Schinfeld, S. & Hauck, W.W. 2013. Effects of the Home Environmental Skill-Building Program on the Caregiver-Care Recipient Dyad: 6 –Month Outcomes From the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist* 43, 532-546.
- Glei, D. A, Landau, D.A, Goldman, N., Chuang, Y.L, Rodriguez, G & Weinstein, M. 2005. Participating in social activities helps preserve cognitive function; an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology* 34, 864-871.
- Glozman, J. M. Quality of Life of Caregivers. 2004. *Neuropsychology Review* 14, 183-195.
- Greenfield, E. A., Scarlach, A., Lehning, A. & Davitt, J. K. 2012. A conceptual framework for examining the promise of the NORC program and Village models to promote aging in place. *Journal of Aging Studies* 26, 273-284.
- Hall, C., Brown, A., Gleeson, S. & Zinn, J. 2007. Keeping the thread: older men's social networks in Sydney, Australia. *Quality of Ageing* 8, 10-17.
- Hammarström, G. & Torres, S. 2012. Variations in subjective well-being when aging in place – a matter of acceptance, predictability and control. *Journal of Aging Studies* 26, 192-203.
- Heikkinen, R-L. 2013. Sosiaalinen toimintakyky ja sen arviointikeinot. *Gerontologia* 27, 386-396.

- Hubley, A. M., Hemingway, D. & Michalos, A. C. 2003. A Comparison of older informal caregivers and non –caregivers living in non –Metropolitan areas. *Social Indicators Research* 61, 241-258.
- Iwarsson, S., Wahl, H. W., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, A., Sixsmith, J., Szèman, Z., Tomsone, S. 2007. *The Gerontologist* 47, 78-84.
- Juntunen, K. & Salminen, A.L. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. Cope-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriön selosteita 2011:78. Helsinki.
- Kaskiharju, E., Sulander, T., Oesch-Börman, C., Kälkäinen, S. & Heimonen, S.L. 2006. Omaishoidon tuki mietityttää iäkkäitä omaishoitajaperheitä. *Gerontologia* 27, 322-326.
- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., Hinkka, K., Valaste, M. & Rissanen, P. 2011. Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly *Health Services Research* 12, 204
- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I. & Rissanen, P. 2013. Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. *Yhteiskuntapolitiikka* 78, 138-51.
- Kyllönen, E. & Kurenniemi, M. Asunto ja elämänkaari. Katsaus asumisen laatua koskevaan tutkimukseen. *Stakes aiheita* 23:2003.
- Lehning, A. J. 2012. City Governments and Aging in Place: Community Design, Transportation and Housing Innovation Adoption. *The Gerontologist* 52(3) 345 -356.
- Leith, K. H. 2006. “Home is where the heart is...or is it?” A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies* 20, 317-333.
- Litwin, H. & Stoeckel, K. J. 2013. Social network and mobility improvement among older Europeans: the ambiguous role of family ties. *European Journal of Ageing* 10, 159-169. DOI 10.1007/s10433-013-0269-5.
- Liubicich, M. E., Magistro, D., Candela, F., Rabaglietti, E. & Ciairano, S. 2012. Physical Activity and Mobility Fuction in Elderly People Living in Residential Care Facilities. “Act on Aging”: A Pilot Study. *Advances in Physical Education* 2, 54-60.
- Lökk, J. 2009. Reduced life-space of non-professional caregivers to Parkinson’s disease duration with increased disease duration. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 111, 583-87.

- Mahmood, A., Chaudhury, H., Michael, Y. L., Campo, M., Hay, K. & Sarte, A. 2012. A photovoice documentation of the role of neighborhood physical and social environments in older adults' physical activity in two metropolitan areas in North America. *Social Science and Medicine* 74, 1180-1192.
- Mattila, Y. 2013. Omaishoitajat toimivat maailmanlaajuisesti etujensa parantamiseksi. *Hoivapalvelut* 3, 52-55.
- Means, R., Evans, S. 2012. Communities of place and communities of interest? An exploration of their changing role in later life. *Ageing & Society* 32, 1300-1318.
- Mehta, K. K. Stress among Family Caregivers of Older Persons in Singapore. 2006. *J Cross Cult Gerontol* 20, 319-334. DOI 10.1007/s10823-006-9009-z.
- Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni – tutkimus puolisoahoivan arjen toimijuuksista. Akateeminen väitöskirja. Diakonia –ammattikorkeakoulu. A tutkimuksia 21. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Mäkelä, T., Karisto, A., Valve, R. & Fogelholm, M. 2010. Iäkkäiden väsymys ja sen taustat: muutokset kolmen vuoden seuranta-aikana. *Gerontologia* 2, 179-186.
- Ng, S. H., Kam, P. K. & Pong R. 2005. People living in ageing buildings: Their quality of life and sense of belonging. *Journal of Environmental Psychology* 25, 347-360.
- Omaishoitajaliitto. Viitattu 10.10.2013. <http://www.omaishoitajaliitto.fi>.
- Peace, S., Hollard, C. & Kellaheer, L. 2011. "Option recognition" in later life: Variations in ageing in Place. *Ageing & Society* 31, 734-757.
- Peel, C., Sawyer Baker, P., Roth, D. L., Brown, C. J., Bodner, E. & Allman, R. M. 2005. Assessing Mobility in Older Adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment.
- Perälä, M. L., Hammar, T. & Rissanen, P. 2008. Omainen läheisensä hoitajana kotona. Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoidon työntekijöiden avun määrään. 2008. *Yhteiskuntapolitiikka* 73, 63-72.
- Pynnönen, K., Sakari-Rantala, R. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden ihmisten laitoshoidon sijoittumista. *Gerontologia* 1, 27-36.
- Rantakokko, M. 2011. Outdoor environment, mobility decline and quality of life among older people. Jyväskylän yliopisto.
- Rantakokko, M., Portegijs, E. & Viljanen, A. 2013. Life-Space mobility and quality of life in community-dwelling older people. , 1830-1832. *Journal of the American Geriatrics Society*

- Rantanen, T., Portegijs, E., Viljanen, A., Eronen, J., Saajanaho, M., Tsai, L-T., Kauppinen, M. & Palonen, E-M., Sipilä, S., Iwarsson, S. & Rantakokko, M. 2012. Individual and environmental factors underlying life space of older people - study protocol and design of a cohort study on life-space mobility in old age (LISPE). *BMC Public Health* 12: 1471-2458.
- Rioux, L. & Werner, C. 2011. Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology* 201, 158-169.
- Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (toim.). 2012. Facts and figures on Healthy Ageing and Long-Term Care. Itävalta: European Centre for Social and Welfare policy and Research: Vienna.
- Roland, K. P., Jenkins, M.E. & Johnson, A. M. 2010. An Exploration of the Burden Experienced by Spousal Caregivers of Individuals with Parkinson's Disease. *Movement Disorders* 25, 189-193.
- Rossheim, B. N. & McAdams, C. R. 2010. Addressing the Chronic Sorrow of Long-Term Spousal Caregivers: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development* 88, 477-482.
- Rosso A. L., Taylor J.A., Tabb P. L. & Michael Y. L. 2013. Mobility, Disability, and Social Engagement in Older Adults. *Journal of Aging and Health* 25, 617-637. DOI:10.1177/0898264313482489.
- Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta. Pori: Kehitys Oy.
- Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityttö vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1346. Tampere: Tampere University Press.
- Satariano, W. A, Guralnik, J. M, Jackson, R. J, Marotolli, R. A, Phelan, E.A & Prohaska T.R. 2012. Mobility and Aging: New directions for Public Health Action. *American Journal of Public Health* 102, 1508-1515.

- Salvador E. P., Reis R. S. & Florindo A. A. 2010. Practice of walking and its association with perceived environment among elderly Brazilians living in a region of low socioeconomic level. *International of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3-7. <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/67>
- Scharlach, A. Creating Aging Friendly Communities in the United States. 2012. *Ageing Int* 37, 25-38.
- Shah, R.C., Maitra, K., Barnes, L.L., James, B. D., Leurgans, S. & Bennet, D. A. 2012. Relation of Driving Status to Incident Life Space Constriction in Community-Dwelling Older Persons: A Prospective Cohort Study. *Journal of Gerontology* 67, 984-989.
- Sherwood, P. R., Given, B. A. & von Eye, A. 2005. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging Health* 17, 125 - 147.
- Shoval, N., Auslander, G., Cohen-Shalom, K., Isaacson, M., Landau, R. & Heinik, J. 2010. What can we learn about the mobility of the elderly in the GPS era? *Journal of Transport Geography* 18, 603-612.
- Silverman, M. 2013. Sights, smiles, and worried glances: How the body reveals women caregivers' lived experiences of care to older adults. *Journal of Aging studies* 27, 288-297.
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Malmgren Fänge, A., Naumann, D., Kucera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S. & Woolrych, R. 2014. Healthy ageing and home: The perspectives of very old people old people in five European Countries. *Social Science & Medicine* 106, 1-9.
- Snih, S. A., Peek, K. M., Sawyer, P., Markides, K. S., Allman, R. M. & Ottenbacher, K. J. 2012. Life-Space Mobility in Mexican Americans Aged 75 and Older. *Journal of the American Geriatrics Society* 60, 532-537. DOI 10.1111/j.1532-5415.2011.03822.x
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Juvenes Print.
- Stalvey, B. T., Owsley, C., Sloane, M. E. & Ball, K. 1999. The Life Space Questionnaire: A Measure of the Extent of Mobility of Older Adults. *Journal of Applied Gerontology* 18, 460-78.
- Starck, H. 2010. Liikuntatekoja iäkkään hyväksi 3. Hyviä toimintatapoja voima- ja tasapainoharjoitteluun. Hyvät käytännöt 2/2010. Helsinki: Ikäinstituutti.

- Ståhl, A., Carlsson, G., Hovbrandt, P. & Iwarsson, S. 2008. "Let's go for a walk!": identification and prioritization of accessibility and safety measures involving elderly people in a residential area. *European Journal of Ageing* 5, 265-273.
- Sundquist, K., Eriksson, U., Kawakami, N., Skog, L., Ohlsson, H. & Arvidsson D. 2011. Neighborhood walkability, physical activity, and walking behavior: The Swedish Neighborhood and Physical Activity (SNAP) study. *Social Science and Medicine* 72, 1266-1273.
- Sugiyama, T. & Ward Thompson, C. 2005. Environmental support for outdoor activities and older people's Quality of Life. *Journal of Housing for the Elderly* 19, 169-187.
- Sundquist, K., Eriksson, U., Kawakami, N., Skog, L., Ohlsson, H. & Arvidsson D. 2011. Neighborhood walkability, physical activity, and walking behavior: The Swedish Neighborhood and Physical Activity (SNAP) study. *Social Science and Medicine* 72, 1266-1273.
- Tixier, M., Gaglio, G. & Lewkowicz. 2009. Translating Social Support Practices into online Services for Family Caregivers , 71-79.
- Tomaszewski, W. 2012. Living Environment, Social Participation and Wellbeing in Older Age. The Relevance of Housing and Local Area Disadvantage. *Population Ageing*. DOI:10.1007/s12062-012-9077-5.
- Uotila, H. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyydenkokemuksista, niiden merkityksestä ja tulkinnoista. *Acta Universitatis Tamperensis* 1651, Tampere 2011.
- Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. Omaishoidontuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994 - 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007: 28. Helsinki
- Vuorinen, L. 2009. Ikääntyminen maalaiskylässä. Sosiaalipolitiikan väitöskirja. Helsingin yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan laitos. Lahti: M & P Paino.
- Välikangas, Katariina. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Ympäristöministeriön raportteja 13. Helsinki 2009.
- Wahl H. W., Iwarsson, S. & Oswald, F. 2012. Aging Well and the Environment: Toward an Interactive Model and Research Agenda for the Future. *The Gerontologist* 52 (3), 306-316.
- Wallenius, M. Elämä – tavoitteiden kudelma. 1998. *Gerontologia* 3, 134-142.

- Webber, S. C, Porter, M. M. & Menec, V. H. 2010. Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework. *The Gerontologist* 50, 443-450.
- Werner, S., Auslander, G. K., Shoval, N., Gitlitz, T., Landau, R. & Heinik, J. 2012. Caregiving burden and out- of – home mobility of cognitively impaired care-recipients based on GPS –tracking. *International Psychogeriatrics* 24, 1836-1845.
- Wiles, J. L, Allen, R, Palmer, A. J, Hayman, K. J., Keeling, S. & Kerse, N. 2009. Older People and their social spaces: A study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand. *Social Science & Medicine* 68, 664-671.
- Wiles, J. 2003. Daily geographies of caregivers: mobility, routine, scale. *Social Science Medicine* 75, 1307-1325.
- World Health Organization (WHO). 2001. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva.
- Zechner, M. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Väitöskirja. 2010. Universitatis Tamperensis. Tampere: Tampere University Press.
- Ziegler, F. & Schwanen, T. 2011. ”I like to go out to be energised by different people”: an exploratory analysis of mobility and wellbeing in later life. *Aging and Society* 31, 758-781.
- Ympäristöministeriö 2012. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-a2017. Valtion periaatepäätös 18.4.2013
- Young, A. F., Russell, A. & Powers, J. R. 2004. The Sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well-being in older women? *Social Science & Medicine* 59, 2627-2637.