

**HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPIAPOHJAISEN  
RYHMÄINTERVENTION TUOTTAMAT MERKITYSSISÄLLÖT  
OMAISHOITAJIEN KOKEMANA**

Pauliina Puurtinen & Karoliina Äikäs

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu- tut-  
kielma  
Liikuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2021

## TIIVISTELMÄ

Puurtinen, P. & Äikäs, K. 2021. Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen ryhmäintervention tuottamat merkityssisällöt omaishoitajien kokemana. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma, 86 s., (1 liite).

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen ryhmäintervention tuottamia merkityssisältöjä omaishoitajien kokemana. Teoreettisen viitekehyksen tutkimuksellemme muodosti omaishoitajuus, psykologinen joustavuus sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT, engl. Acceptance and Commitment Therapy, ACT). Omaishoitaja voi kokea omaishoitajuuden kuormittavana, mikä saattaa vaikuttaa omaishoitajan henkiseen hyvinvointiin, talouteen ja sosiaaliseen toimintaan. HOT:n tarkoituksena on lisätä ihmisen psykologista joustavuutta erilaisissa elämäntilanteissa kuuden psykologisen joustavuuden osa-alueen ja HOT:n periaatteen kautta: hyväksyntä, mielen kontrollinen heikentäminen, tietoinen läsnäolo, minä havainnoijana, arvot ja arvojen mukainen toiminta. Nämä prosessit ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja menevät osittain päällekkäin.

Tämän tutkimuksen empiirisen osion muodosti laadullinen tutkimus. Keräsimme tutkimusaineiston Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankkeen viimeisistä vertaistukiryhmätapaamisista. Tutkimusaineistomme koostui viidestä omaishoitajien vertaistukiryhmätapaamisesta ja yhteensä 27 osallistujasta (n = 27). Hankkeen sisältämien vertaistukiryhmien kokoontumisten välillä omaishoitajilla oli mahdollisuus hyödyntää OMApolku-verkko-ohjelmaa, joka muodosti sisällöltään samankaltaisen 6-etappisen kokonaisuuden kuin vertaisryhmätoiminta. Sekä OMApolku- että vertaisryhmätoiminta rakentuivat sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian ydinprosessien että psykologisen joustavuuden osa-alueiden ympärille. Analysoimme aineiston teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla hermeneuttista lähestymistapaa noudatellen. Aineiston analyysissä keskityimme omaishoitajien vertaistukiryhmässä tuottamiin kokemuksiin, joista muodostui analyysimme laajemmat merkityssisällöt.

Tutkimuksemme tuloksiksi muodostui seitsemän eri merkityssisältöä; koettuun psykologiseen joustavuuteen liittyvän neljän merkityssisällön (arvot, arvojen mukainen toiminta, tietoisuus-taidot, hyväksyntä) lisäksi esiin nousi kolme muuta laajaa merkityssisältöä; koettu vertaistuki, kokemukset OMApolku-verkko-ohjelmasta ja kokemukset COVID19-pandemiasta. Omaishoitajat kokivat tärkeäksi muun muassa sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen ja oman ajan ottamisen. Tulokset voivat vahvistaa ja täydentää olemassa olevaa tietoa omaishoitajien eri tukimuodoista ja niiden tarpeesta. Tutkimuksemme tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää omaishoitajien eri tukimuotojen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä fyysisesti että etäyhteyksin järjestettävissä palveluissa. Jatkotutkimusta tarvitaan omaishoitajien kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Tulevaisuudessa on syytä selvittää, voidaanko olemassa olevien tukimuotojen rinnalle mahdollisesti tarvita lisää psyykkistä hyvinvointia edistäviä tukimuotoja.

Asiasanat: omaishoitajuus, vertaistuki, hyväksymis- ja omistautumisterapia, ryhmäinterventio, verkkointerventio, psykologinen joustavuus

## ABSTRACT

Puurtinen, P. & Äikäs, K. 2021. Meaningful contents produced by caregivers based on Acceptance and Commitment Therapy-based group intervention. Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 86 pp., (1 appendice).

The purpose of our study was to elucidate the meaningful contents produced by caregivers based on Acceptance and Commitment Therapy-based group intervention. Theoretical framework for our research was based on care giving, psychological flexibility, and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). The caregiver may be overwhelmed, which may affect the carer's mental well-being, cause financial challenges and lack of social activities. The purpose of HOT is to increase a person's psychological flexibility in different life situations through six areas of psychological flexibility and core principles of ACT: acceptance, defusion, contact with the present moment, the observing self, values, and committed action. These processes are strongly interrelated, with therapy being focused on as determined by the client's needs.

The empirical part of this study was based on qualitative research. We collected our research material from the last peer support group meetings of the Verkosta voimaa ja vertaistukea-project. Our research material consisted of five peer support group meetings for caregivers with 27 participants ( $n = 27$ ). Between the peer support group meetings, the caregivers had the opportunity to utilize the OMApolku- online program, which formed a 6-stage entity similar in content to the peer group activities. Both OMApolku- and peer group activities were built around the core principles of ACT and the areas of psychological flexibility. Our theory orientated analysis followed hermeneutical approach. In the analysis of the data, we focused on the experiences produced by caregivers in the peer support group. They formed the broader meaningful contents.

The results of the study were seven different meaningful contents; four meaningful contents related to perceived psychological flexibility (values, committed action, mindfulness, acceptance), and three other broad meaningful contents related to perceived peer support, experiences with the OMApolku -network program and the COVID19-pandemic. It is possible to conclude that it is important for caregivers to for example maintain social relationships and have their own time. Based on the conclusions, further research is needed to promote and maintain the overall well-being of carers. The results confirmed and complemented the existing information on the forms of support for carers and their needs, which can be utilized in the planning and development of different forms of support for carers, both physically and remote connections. In the future, it will be necessary to find out whether, in addition to the existing forms of support, additional forms of support that promote mental well-being are needed.

Key words: care giving, peer support, Acceptance and Commitment Therapy, group intervention, online intervention, psychological flexibility

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	1
2	OMAISHOITAJUUS .....	3
2.1	Omaishoitajuuden moninaisuus.....	3
2.2	Omaishoitajuus COVID19-pandemian keskellä .....	4
2.3	Yhteiskunnallinen tuki omaishoidossa .....	6
2.3.1	Vertaistuki omaishoitajuudessa .....	8
2.3.2	Omaishoitajien verkkopohjaiset vertaistukiryhmät.....	10
3	PSYKOLOGINEN JOUSTAVUUS .....	11
3.1	Psykologisen joustavuuden osa-alueet .....	11
3.2	Hyväksymis- ja omistautumisterapia .....	13
3.3	Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaiset ryhmäinterventiot omaishoitajille	14
3.4	Verkosta voimaa ja vertaistukea-hanke.....	16
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	19
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
5.1	Aineistonhankinta.....	20
5.2	Tutkittavien kuvaus .....	22
5.3	Tutkimustilanteen kulku.....	23
5.4	Aineiston analyysi: tulkitseva lähestymistapa.....	26
5.4.1	Tutkijoiden esioletukset.....	26
5.4.2	Teoriaohjaava sisällönanalyysi.....	27
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	33
6.1	Psykologisen joustavuuden merkityssisällöt omaishoitajuudessa.....	33

6.1.1	Koetut arvot ja omaishoitajuus .....	35
6.1.2	Arvojen mukainen toiminta omaishoitajien kokemana .....	38
6.1.3	Omaishoitajien kokemat tietoisuustaidot.....	41
6.1.4	Koettu hyväksyntä omaishoitajuudessa.....	43
6.2	Muut omaishoitajien tuottamat merkitysisällöt.....	46
6.2.1	Koettu vertaistuki .....	47
6.2.2	Kokemukset OMApolku-verkko-ohjelmasta omaishoitajan tukena .....	51
6.2.3	COVID19-pandemia omaishoitajan kokemana.....	53
7	POHDINTA.....	57
7.1	Tutkimuksen luotettavuus .....	65
7.2	Eettiset kysymykset .....	67
7.3	Johtopäätökset .....	68
8	LÄHTEET .....	70
LIITTEET		

# 1 JOHDANTO

Suomalainen vanhuuspolitiikka rakentuu omassa kodissa asumisen ympärille, mutta vanhusväestön asumisvaihtoehdot kaventuvat avun ja hoivan tarpeen lisääntyessä (Juhila & Kröger 2016). Ikääntyminen omassa kodissa vaatii usein tuekseen yhteiskunnallisia palvelurakenteita (Andersson 2012) ja kotiin tuotavia palveluja (Juhila & Kröger 2016), mutta myös perheen sisäistä hoivaa. Vanhustenhoitoa on ensisijaisesti katsottava julkisen ja yksityisen perheen sisäisen hoivan muodostamana kokonaisuutena (Ilinca ym. 2015). Omaishoidolla voidaan ”mahdollistaa kaikenikäisten toimintakyvyltään heikentyneiden, vammaisten ja sairaiden henkilöiden kotona asuminen” (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014). Omaishoitajat voivat hoitaa ja tukea esimerkiksi vanhempansa, puolisoaan tai muuta läheistään, joka tarvitsee apua fyysisen, psyykkisen ja/tai kognitiivisen toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi (Friedman ym. 2018; Swartz & Collins 2019). Hoidon järjestämisen tavat ilmentävät myös yhteiskunnallisia (Anttonen 2011) ja kulttuuriin liittyviä perhearvoja (Márquez-González ym. 2010).

Ilman omaishoitoa on arvioitu, että vanhustyön hoitokustannukset olisivat Suomessa liki 3,1 miljardia suuremmat (Keväjärvä ym. 2020). Merkittävä osa hoidettavista olisi ilman omaishoitoa joko intensiivisen kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen piirissä (Juntunen & Salminen 2015; Noro 2019). Omaishoitajien tarve ja lukumäärä todennäköisesti kasvaa väestön ikääntyessä (vrt. THL 2021). Omaishoidon vanhuspoliittisesta tärkeydestä huolimatta omaishoidossa ja sen tukimuodoissa on merkittäviä epäkohtia. Omaishoidon rooli virallisen ja epävirallisen hoivatyön (vrt. Anttonen 2011; Ilinca ym. 2015) välimaastossa asettaa omaishoitajat vaikeaan yhteiskunnalliseen asemaan. Nykyiset tukipalvelut ja kuntoutuskäytännöt eivät välttämättä ole riittäviä omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa ja masentuneisuuden lievittämisessä (Juntunen & Salminen 2015). Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimassa I&O-kärkihankkeessa (Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018) selvitettiin suomalaisen omaishoidon tilaa kuntanäkökulmasta, joka vahvistaa Juntusen ja Salmisen (2015) havaintoja; noin 80 % omaishoitajista tekee lähes ympärivuorokautisesti sitovaa omaishoitotyötä, mutta vain puolet pitävät omaishoidonvapaitaan (Leppäaho ym. 2019). Läheisen hoitamiseen liittyy fyysisiä, psykologisia ja taloudellisia rasitteita (Jones ym. 2019; Swartz &

Collins 2019) ja omaishoitotyötä tehdään usein puutteellisin resurssein, työ- ja apuvälinein sekä yksin, ilman työyhteisöön verrattavaa tukea (Keväjärvy ym. 2020). Kun tähän yhdistetään COVID-19-pandemian tuomat lisähaasteet omaishoitotyölle (Canevelli ym. 2020; Makaroun ym. 2020; Park 2020; Cohen ym. 2021; Kehusmaa ym. 2021; Valtokari ym. 2021), voi olla sanomattakin selvää, että omaishoitajat tarvitsevat tukea tekemälleen tärkeälle työlle.

Omaishoitajan voi olla vaikeaa tasapainottaa omia tarpeitaan hoitamansa henkilön tarpeisiin nähden (Jones ym. 2019). Omaishoitajat ovat vaarassa jäädä ilman sosiaalista tukea ja eristäytyä sosiaalisesti (Friedman ym. 2018; Jones ym. 2019). Omaishoitoa saattaa lisäksi varjostaa epävarmuus hoitojärjestelyn pysyvyydestä; terveydelliset seikat sekä hoidettavan että hoitajan ikääntyminen saattavat muuttaa hoitojärjestelyä nopeastikin (Åkerman 2018). Vaikka omaishoitajuus on edellä kuvattu omaishoitajalle raskaaksi tehtäväksi, omaishoitajuuteen liittyy myös paljon myönteisiä puolia. Omaishoitajuus voidaan kokea esimerkiksi henkilökohtaisesti tyydyttäväksi (Jones ym. 2019; Swartz & Collins 2019), eivätkä kaikki omaishoitajat koe omaishoitoon liitettyjä kielteisiä seurauksia (Jones ym. 2019).

Suomalaisessa omaishoidossa tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi on Kunnallissalan kehittämissäitiön selvitystyössä nimetty omaishoidon palvelujärjestelmä, omaishoitajien mielen hyvinvointi sekä tuki- ja liikuntaelinoireiden ehkäisy (Keväjärvy ym. 2020). Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankkeen psykologisen joustavuuden ja hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) ympärille rakennettu toimintamalli pyrkii vastaamaan omaishoitajien mielen hyvinvoinnin tukemiseen (Nikander 2018). HOT:a voidaan toteuttaa joko fyysisesti läsnä ollen (Han ym. 2021) tai verkkopohjaisten ohjelmien avulla (Köhle ym. 2017; Han ym. 2021). HOT:n tarkoituksena on lisätä ihmisen psykologista joustavuutta erilaisissa elämäntilanteissa (Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2010; Tuomisto & Lappalainen 2015). Psykologinen joustavuus voi edistää etenkin ihmisen psyykkistä hyvinvointia (Lappalainen & Lappalainen 2010; Wersbebe ym. 2018) ja sitä voidaan kehittää (Kashdan & Rottenberg 2010). Tällä laadullisella tutkimuksella pyrimme selvittämään omaishoitajien tuottamia merkityssisältöjä hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen ryhmäintervention luomassa kontekstissa. Tutkimustulosten avulla voidaan mahdollisesti kehittää omaishoitajien tukipalveluja ja niiden järjestämistä esimerkiksi etäyhteyksin, joiden avulla voitaisiin paremmin huomioida maantieteelliset etäisyydet ja vallitsevan COVID19-pandemian aiheuttamat rajoitukset sosiaaliselle kanssakäymiselle.

## 2 OMAISHOITAJUUS

### 2.1 Omaishoitajuuden moninaisuus

Suomalaisessa yhteiskunnassa Lain omaishoidon tuesta (937/2005) mukaan omaishoitoa on vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestäminen kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Virallisena omaishoitajuutena pidetään tilannetta, jossa omaishoitajuus perustuu kotikunnan ja omaishoitajan väliseen omaishoitotosopimukseen. Omaishoidolle ei ole ikärajaa. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Tässä tutkimuksessa keskitytään etenkin ikääntyviin omaishoitajiin.

Lakiin omaishoidon tuesta (935/2005) perustuvia omaishoitotosopimuksia tehtiin kuntien ja yli 65-vuotiaiden omaishoitajien välillä yhteensä 27 974 kappaletta vuonna 2019 (Sotkanet 2020). Omaishoidontuen myöntämiseen liittyy yhteiskunnallista eriarvoisuutta: omaishoidontuki on määrärahasidonnainen etuus ja kuntien myöntöperusteissa on eroja (Leppäaho ym. 2019). Näin ollen vain tilastoja katsomalla ei saada kokonaiskuvaa omaishoidon laajuudesta. Omaishoito-liitto (2020) arvioi, että noin miljoona suomalaista auttaa jollain tapaa läheistään. Yhden perheenjäsenen omaishoito koskettaa yleensä koko perhettä (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014).

Omaishoidon valikoituminen ikääntyneen henkilön hoivajärjestelyksi on monen tekijän summa (Åkerman ym. 2018). Yleisimmin omaishoidettavalla läheisellä on muistisairaus (Leppäaho ym. 2019). Yli 65-vuotiaista dementoituneista ihmisistä jopa 34 %:lla on omaishoitaja ja väestön ikääntyessä etenkin muistisairauteen liittyvän omaishoidon odotetaan lisääntyvän (O'Dwyer ym. 2017; Bekhet & Awery 2018; Gulin ym. 2018). Dementian yleistyminen vaikuttaa myös epävirallisen omaishoidon lisääntymiseen (Cross ym. 2018). Suomalaiset omaishoitajat ovat suurelta osin eläkeikäisiä naisia: noin 70 % kaikista virallisista sopimusomaishoitajista on naisia (Noro 2019) ja yli puolet omaishoitajista on puolisoja (Leppäaho ym. 2019). Sukupuolijakauma kuitenkin tasoittuu jonkin verran mitä iäkkäämpi omaishoitaja on (Noro 2019).



Omaishoitoon liittyy kirjoittamattomia normeja lähimmäisen rakkaudesta ja huolenpidosta (Åkerman ym. 2018). Omaishoitajuus voi lisätä henkilökohtaista tyytyväisyyttä, hyödyllisyyden ja tarpeellisuuden tunnetta. Omaishoitaja voi myös löytää merkityksen elämälleen omaishoitotilanteiden kautta (Swartz & Collins 2019). Omaishoitajat voivat olla tärkeä tuki omaishoidettaville ja viivästyttää pitkäaikaishoidon tarvetta (Jones ym. 2019; Ruisoto ym. 2020). Omaishoidon avulla puoliset pystyvät muun muassa asumaan edelleen yhdessä omassa kodissaan ja omaishoito mahdollistaa entisen kaltaisen elämän heikentyneestä terveydestä huolimatta (Åkerman ym. 2018). Omaishoitoon voi sisältyä myös luopumista riippuen omaishoitotilanteen taustoista; luopumista merkityksellisistä asioista elämässä ja lopulta luopumista toisistaan ihmisinä (Tikkanen 2016).

Omien tarpeiden tasapainottaminen hoidettavan henkilön tarpeiden kanssa voi olla haasteellista. Etenkin ikääntyneellä puolisoaan hoitavalla omaishoitajalla voi olla suurentunut riski uupumiseen (THL 2021). Omaishoitotilanteisiin liittyy usein pysyviä, hallitsemattomia ja ennalta arvaamattomia stressitekijöitä (Swartz & Collins 2019; Evans ym. 2014). Omaishoitoon liittyvä fyysinen, psyykinen ja taloudellinen taakka (Jones ym. 2019; Lacey ym. 2019; Swartz & Collins 2019) ilmenee pääasiassa subjektiivisena kuormittuneisuutena, ahdistuksena ja masennusoireina (Lacey ym. 2019; Bateman ym. 2017). Siitä voi seurata myös sosiaalista eristäytymistä ympäristöstä ja omasta lähipiiristä (Roberts & Struckmeyer 2018). Kuormittuneisuuden todennäköisyyttä saattaa lisätä omaishoitajan alhainen koulutustaso, hoidettavan kanssa yhdessä asuminen ja hoidon sitovuus yli 21 tuntia viikossa sekä hoidettavan haasteellinen käytös ja mahdolliset kognitiiviset häiriöt (Swartz & Collins 2019). Omaishoitajat voivat lisäksi kokea, että ovat joutuneet tahtomattaan omaishoitajan rooliin (Tikkanen 2016; Roberts & Struckmeyer 2018; Swartz & Collins 2019). Bateman ym. (2017) mukaan omaishoito voi kokonaisuudessaan heikentää omaishoitajan elämänlaatua ja lisätä kuolleisuutta.

## **2.2 Omaishoitajuus COVID19-pandemian keskellä**

COVID19-pandemia on vaikuttanut luonnollisesti myös omaishoitajien arkeen. COVID19-virus on tarttuvuutensa ja tartuntaa mahdollisesti seuraavien pitkäaikaisvaikutusten vuoksi haitallisin ikääntyneille ihmisille, joilla on ennestään olemassa olevia perussairauksia (Park 2020;

Swinford ym. 2020). Pandemian aikana suositellaan tiukkaa sosiaalista eristäytymistä etenkin ikääntyneille monisairaille ihmisille, joilla on suurin riski vaikeaan COVID19-tautiin ja kuolleisuuteen (Cohen ym. 2020). Swinford ym. (2020) kuitenkin muistuttivat, että ikääntyvä väestöosuus on edelleen heterogeeninen myös COVID19-pandemian aikana, eikä väestöryhmän tasaistaminen ja stereotyyppiset ratkaisut välttämättä sovellu pandemiatilanteen haasteisiin omaishoidossa tai muillakaan vanhustyön osa-alueilla (Swinford ym. 2020).

COVID19-pandemialla on ollut vaikutuksia omaishoitajien jaksamiseen (Heimolehto 2020). Se on muun muassa lisännyt omaishoitajien stressiä hoidettavan terveydentilasta riippumatta (Cohen 2020; Park 2020), mutta myös omaishoidettavat ovat kokeneet lisääntyntä ahdistusta (Cohen 2020). Omaishoitajien kuormittuneisuus on kaiken kaikkiaan lisääntynyt meneillään olevan pandemian aikana ja riski moniin fyysisiin ja psyykkisiin ongelmiin on lisääntynyt (Canevelli ym. 2020; Park 2020). Pandemia on pakottanut omaishoitajat sopeutumaan uusiin, pandemian aiheuttamiin sosiaalisiin ja taloudellisiin olosuhteisiin samalla kun omaishoito jatkuu (Park 2020). COVID19-viruksen herkällä tarttuvuudella on voinut olla suoria vaikutuksia muun muassa omaishoitajien sosiaalisten kontaktien vähenemiseen (Cohen 2020).

Omaishoitajat ovat voineet pitää lakisääteisiä vapaapäiviä entistä vähemmän vapaapäivien järjestämismahdollisuuksien puuttuessa (Valtokari ym. 2021), mutta COVID19-pandemian aiheuttama poikkeustilanne on saattanut muutenkin vaikuttaa omaishoitajien halukkuuteen tai uskallukseen käyttää lakisääteistä oikeuttaan vapaaseen (Heimolehto 2020). Omaishoitajien huolenaiheena on ollut muun muassa hoitajan oma tai hoidettavan sairastuminen (Cohen 2020). Pitämättömillä vapaapäivillä voi olla monenlaisia seurauksia: ne saattavat aiheuttaa muun muassa yksinäisyyttä (Heimolehto 2020). Sosiaalisen eristytymisen välttäminen (Cohen 2020) ja hoitotyön tauottaminen (mm. Roberts & Struckmeyer 2018) ovat kuitenkin olleet tärkeä osa omaishoitajana jaksamista jo ennen pandemiatilannetta.

Omaishoitajan kokemat jaksamisen haasteet on liitetty jo ennen COVID19-pandemiaa hoidettavan kaltoinkohtelun riskiin (Storey 2020). Pandemian on arvioitu Makaroun ym. (2020) mukaan lisäävän ikääntyneiden kaltoinkohtelun riskiä etenkin omaishoitotilanteissa: omaishoitajasuhteiden ulkopuolinen havainnointi esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon puolelta on

vähentynyt (Makaroun ym. 2020). Fyysistä kontaktia hoidettavan kanssa saatetaan vältellä tarunnan pelossa (Cohen 2020; Makaroun ym. 2020). Jos omaishoitajuutta hoidetaan esimerkiksi vain etäyhteyksin, saattaa se johtaa ikääntyvän ihmisen hoidon laiminlyöntiin (Makaroun ym. 2020). Omaishoitajien jaksamisesta pandemian keskellä heräsi huoli myös THL:n ikääntyneiden huoli-ilmoituksia koskevassa tutkimuksessa (Valtokari ym. 2021), joka osoitti, että omaishoidon piirissä olevien ikääntyneiden palvelutarve ja arjen haasteet ovat lisääntyneet COVID19-pandemian aikana. COVID-19-pandemiolla on ollut vaikutuksia etenkin intervallipaikkojen riittävyteen (vrt. Heimolehto 2020). Jos omaishoitajan fyysinen terveydentila heikenee, saattaa se lisätä kaltoinkohtelun riskiä, suoriutumisvaikeuksia päivittäisissä toimissa sekä ihmissuhdeongelmia (Valtokari ym. 2021).

Cohen (2020) mukaan useimmat omaishoidettavien saamat hoidot ja terapiat saatettiin keskeyttää pandemiatilanteen vuoksi (Cohen 2020). Etenkin ikääntyneiden omaishoitajien ja hoidettavien pitkäaikaissairauksien hoidossa ja kontrollikäynneillä turvallisuudentunnetta ja siten hoitomyönteisyyttä pandemia-aikana on kuitenkin saattanut lisätä muun muassa terveydenhuoltoyksiköiden tehostetut turvallisuuskäytännöt ja puhelinvastaanotot (Padala ym. 2020). Myös Swinford ym. (2020) korostivat helppokäyttöisten ja saavutettavien etäyhteyksien mahdollisuutta COVID19-pandemian aiheuttaman sosiaalisen eristäytyneisyyden yhtenä ratkaisuvaihtoehtona (Swinford ym. 2020).

### **2.3 Yhteiskunnallinen tuki omaishoidossa**

Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle kuuluvasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Omaishoidon tuesta vastaa hoidettavan kotikunta (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Kunnan lisäksi omaishoitajan ja hänen hoidettavansa tukena voivat olla läheisverkoston lisäksi Kela ja muut valtion viranomaiset, seurakunnat, kolmannen sektorin toimijat ja yksityisen sektorin palveluntuottajat (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014).

Kelan rooli omaishoitotilanteissa on tarjota mahdollista taloudellista tukea vammaisisuuden muodossa, mikäli vammaisetuslain (570/2007) mukaiset myöntöedellytykset täyttyvät.

Lisäksi Kela järjestää omaishoitajille ja -hoidettaville parikuntoutuskursseja sekä yksin omaishoitajille tarkoitettuja kuntoutuskursseja (Kela 2021). Kuntoutuksen tavoitteena on tukea omaishoitajan toimintakykyä ja elämänlaatua (Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma 2014). Kelan järjestämä omaishoitajakuntoutus havaittiin Shemeikka ym. (2019) mukaan hyödylliseksi: kuntoutuskursseilla voitiin lisätä omaishoitajien psyykkisiä voimavaroja ja vertaistuellalla vahvistaa kuntoutumista. Kuntoutuskurssin aikana selvitettiin myös kuntoutustyöntekijöiden kanssa konkreettisen tuen mahdollisuuksia kotikunnasta (Shemeikka ym. 2019).

Omaishoitoyhdistykset ja muut ikääntyneiden järjestöt ovat tulevaisuudessa avainasemassa tuettaessa omaishoitajien henkistä hyvinvointia ja jaksamista, sillä ne tavoittavat toiminnallaan myös ne omaishoitajat, joilla ei ole omaishoitosopimusta kunnan kanssa. Yhdistysten toiminnan keskiössä on vertaistuen ja virkistykseen tarjoaminen sekä tiedotus omaishoitoon liittyvissä asioissa (Omaishoitajaliitto 2020). Omaishoitajaliiton Ovet-valmennus on yksi esimerkki omaishoitajille järjestötasolla järjestettävästä toiminnasta. Valmennuksessa käsitellään ohjatuissa ryhmissä omaishoitoon liittyviä teemoja; keskeistä on vertaistuen hyödyntäminen. Valmennus koettiin omaishoitajien keskuudessa hyödylliseksi ja se lisäsi tietoa tukipalveluista ja antoi keinoja arvioida omia voimavaroja (Parviainen ym. 2019).

Edellä on kuvattu muutamia olemassa olevia omaishoitoa tukevia julkisen ja kolmannen sektorin keinoja, mutta vielä on paljon tehtävää. Sosiaali- ja terveysministeriön Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) tilaaman omais- ja perhehoidon selvityksessä (Noro 2019) suositeltiin muun muassa omaishoitajien vapaiden mahdollistamista ja sijaistamistapojen monipuolistamista, riittävää palveluohjausta ja mahdollisuutta tukipalvelujen käyttöön, järjestöpohjaisen vertaistuen mahdollistamista, muistisairauksien jatkuvan lisääntymisen huomioimista omaishoidossa, myöntämisperusteiden yhtenäistämistä esimerkiksi maakuntatasolla sekä yleisen omaishoidosta tiedottamisen valtakunnallista vahvistamista (Noro 2019). Myös Swartz & Collins (2019) ja Keväjärvy ym. (2020) korostivat samoja teemoja; omaishoitajia tulisi kannustaa pitämään vapaata hoitotyöstä sekä etsiä hoidettavalle omaiselleen sijaishoitoa (Swartz & Collins 2019; Keväjärvy ym. 2020) tai hyödyntää muita mahdollisia tukipalveluja, vaikka ne vaativat omien taloudellisten resurssien käyttöä. Itsekustannetuilla tukipalveluilla voi myös mahdollisesti pienentää omaishoidon sosiaalista ja emotionaalista taakkaa (Nakagawa ym. 2014).

Erilaisilla tukipalveluilla ja omaishoitajien vertaistukiryhmillä voidaan parantaa etenkin heikomman elämänlaadun omaavien omaishoitajien jaksamista ja heidän käsitystään omaishoitajuudesta (Cross ym. 2018). Omaishoitajien tulisi huolehtia ennaltaehkäisevästi omasta terveydestään, lähteä mukaan vertaistukiryhmään ja ajaa omia etujaan (Swartz & Collins 2019, vrt. Keväjärvä 2020). Omaishoitajan jokapäiväistä elämää voitaisiin myös helpottaa lähipiirin ja yhteiskunnallisen palvelujärjestelmän osoittamalla tahdikkauudella, empatiakyvyllä ja kunnioituksella omaishoittoa kohtaan (Tikkanen 2016).

### **2.3.1 Vertaistuki omaishoitajuudessa**

Vertaistuki voi Mead ym. (2001) mukaan toteutua joko ryhmässä tai yksilöiden välillä. Sosiaaliset ilmiöt rakentuvat ihmisten välisessä toiminnassa ja kielellisissä käytännöissä (Jokinen ym. 2016). Sosiaalisen tuen eri ulottuvuuksien on osoitettu tuovan erityisiä etuja, muun muassa myönteisellä sosiaalisella tuella on havaittu yhteys ikääntyneiden kognitioon (Jones ym. 2019). Sosiaalinen toiminta, kognitiivinen ja fyysinen aktiivisuus sekä päivittäiset rutiinit tukevat myös omaishoitajuutta (Cohen ym. 2020). Vertaisuuden kokemusta voidaan pitää myös tällaisena sosiaalisen tuen ilmentymänä (vrt. Jokinen ym. 2016), joka rakentuu ihmisten välisessä suhteessa.

Vertaistuki on avun/tuen antamisen ja vastaanottamisen järjestelmä, joka perustuu ihmisten väliseen molemminpuoliseen kunnioitukseen, jaettuun vastuuseen ja osallistumiseen (Mead ym. 2001). Vertaistuen lähtökohta on, että henkilöt, jotka kohtaavat samanlaisia elämäntilanteeseen tai terveyteen liittyviä ongelmia, ovat ainutlaatuisessa asemassa ymmärtämään toisiaan tavalla, jota ammattilaiset, ystävät ja perheenjäsenet eivät välttämättä ymmärrä (Helgeson & Gottlieb 2000; Yksi elämä 2020). Näin tulkittuna vertaisuuden ja vertaistuen kokemus voidaan siirtää myös omaishoitajuuteen, jolloin omaishoitokokemusta omaava henkilö voi vastavuoroisesti tukea toista omaishoitajaa (Greenwood ym. 2013).

Omaishoitajilla saattaa olla vaikeuksia hyödyntää sosiaalista tukea. Sosiaalisten suhteiden ylläpito perheen ja ystävien kanssa voi olla haasteellista (Vaughan ym. 2018). Omaishoitajien sosiaalisen tuen parantamiseksi ja edistämiseksi on olemassa erilaisia tukimuotoja, joilla

pyritään vahvistamaan olemassa olevia sosiaalisia suhteita sekä tarvittaessa auttamaan uusien suhteiden luomista (Friedman ym. 2018; Vaughan ym. 2018). Monien omaishoitajien on kuitenkin vaikea hyödyntää omaishoitajille tarkoitettuja tukimuotoja joko vaativan hoitovastuun tai henkilökohtaisen elämäntilanteen vuoksi (Friedman ym. 2018).

Terveydenhuollossa käytetään yleisesti ryhmätyöskentelyä hyväksi muun muassa psykoterapian, koulutuksen ja vertaistuen tarjoamiseksi. Ryhmät tarjoavat mahdollisuuden tavata esimerkiksi muita samanlaisessa terveydentilassa tai elämäntilanteessa eläviä ihmisiä. Ryhmissä voidaan oppia vertaisilta, kehittää itsetietoisuutta sekä antaa ja vastaanottaa palautetta (Smith ym. 2016). Myös omaishoitajille vertaistukea on voitu järjestää joko ryhmämuotisena tai yksilöllisesti (Mahlke ym. 2014) Vertaistukiryhmät tarjoavat omaishoitajille mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja asioita sekä saada emotionaalista tukea henkilöiltä, joilla on samanlaisia kokemuksia ja haasteita (Maas & Specht 2011; Bateman ym. 2017; Roberts & Struckmeyer 2018). Vertaisuuteen perustuva ryhmätoiminta voi tarjota myös hengähdystauon omaishoitajuudesta (Roberts & Struckmeyer 2018).

Vertaistukiryhmissä käyminen ja hoitokuormituksen jakaminen muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa ovat olleet hyödyllisiä stressin lievityskeinoja myös omaishoitajuudessa (Maas & Specht 2011; Cohen ym. 2020). Omaishoitajien vertaistukiryhmät voivat myös auttaa omaishoitajia oppimaan ja käyttämään erilaisia selviytymiskeinoja. Muilta omaishoitajilta voi myös oppia hyväksi havaittuja hoitomenetelmiä (Maas & Specht 2011). Omaishoitajien vertaistukiryhmätoiminnassa tärkeinä pidettiin myös toiminnan luottamuksellisuutta ja ei-tuomitsevuutta (Roberts & Struckmeyer 2018).

Omaishoitajille suunnattu vertaistukitoiminta ei sovellu kaikille. Samaistumista muihin ryhmän jäseniin ei tapahdu, jos vertaistukiryhmä ei vastaa omaa elämäntilannetta. Lisäksi ryhmän vetäjä voi vaikuttaa yksilölliseen vertaistukiryhmä-kokemukseen (Roberts & Struckmeyer 2018). Kun Pillemer & Sutorin (2002) tutkimuksessa vertaistukiryhmän ohjaus jätettiin pois ja maksimoitiin sosiaalisen tuen määrän samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien omaishoitajien välillä, todettiin, että pelkkä vertaistuki ei ollut kuitenkaan riittävä omaishoidon tukimuoto (Pillemer & Sutor 2002).

Myös sosiaalinen eristäytyneisyys tai uusien ihmiskontaktien pelko voi rajoittaa omaishoitajan osallistumista fyysisesti kokoontuvaan vertaistukiryhmään (Banbury ym. 2018). Haasteena fyysisesti kokoontuviin vertaistukiryhmiin osallistumiselle jo aiemmin mainittujen syiden kuten vaativan hoitovastuun tai henkilökohtaisen elämäntilanteen (Friedman ym. 2018) lisäksi voivat olla esimerkiksi huonot kulkuyhteydet, aikataulut ja sijaishoidon heikko saatavuus (Bateman ym. 2017; Banbury ym. 2018).

### **2.3.2 Omaishoitajien verkkopohjaiset vertaistukiryhmät**

Verkkopohjainen tukiryhmä voi olla mikä tahansa virtuaalinen sosiaalinen tila, jossa ihmiset kokoontuvat hankkimaan ja antamaan tietoa tai tukea, oppimaan tai löytämään samankaltaisessa tilanteessa olevia (Preece 2001; Friedman ym. 2018). Internetissä toimivat sosiaaliset tukiryhmät ovat myös edullinen ja helppokäyttöinen vaihtoehto fyysisesti kokoontuville ryhmille ja niiden käyttö on yleistynyt omaishoitajien keskuudessa (Friedman ym. 2018). Verkkopohjaiset vertaistukiryhmät voivat poistaa fyysisesti kokoontuviin ryhmiin liittyneet osallistumisen esteet, jotka voivat asemoitua esimerkiksi omaishoitajan asuinpaikan maantieteelliseen sijaintiin (Bateman ym. 2017; Banbury ym. 2018; Hopwood ym. 2018) tai hänen sosiaalisiin pelkoihinsa (Banbury ym. 2018). Samankaltaisia tuloksia on saatu myös etäyhteyksin toteutetuista terveydenhuoltopalveluista; etäyhteyksien avulla on mahdollista ratkaista terveydenhuollon järjestämisen maantieteellisiä ja resursseihin liittyviä esteitä (Vidal-Alaball ym. 2014).

Verkkopohjaiset- ja fyysisesti kokoontuvat vertaistukiryhmät täydentävät toisiaan. Omaishoitajat kokevat etenkin erilaisten vertaistukimuotojen yhdistämisen hyödylliseksi ja omaan elämäntilanteeseen, arvomaailmaan ja mukavuusalueeseensa (Strand ym. 2020). Myös Banbury ym. (2018) mukaan verkkopohjaisen tukiryhmän hyödyt olivat samanlaisia kuin kasvokkain tapaavissa ryhmissä (Banbury ym. 2018). Jotta omaishoitajille voidaan Cross ym. (2018) mukaan tarjota käytännöllistä ja emotionaalista tukea, on omaishoitajille suunnattuja vertaistuen muotoja ja interventioiden toteutusta suunniteltaessa tärkeä huomioida sosiaalisten suhteiden jatkuvuuden varmistaminen. Tämä saattaa jopa viivästyttää ulkopuolisen avun, kuten kotihoiton, tarvetta (Cross ym. 2018).

### 3 PSYKOLOGINEN JOUSTAVUUS

Psykologinen joustavuus voidaan määritellä yksilön kyvyksi sopeutua ja mukautua vaihteleviin ympäristön ja yksilön sisäisiin vaatimuksiin (Kashdan & Rottenberg 2010). Tuomisto ja Lappalainen (2015) totesivat psykologisen joustavuuden olevan kyky, jonka mukaan ihminen voi samanaikaisesti olla tässä hetkessä läsnä ja tiedostaa omat ajatuksensa, tunteensa ja tuntemuksensa. Lisäksi ihminen kykenee hyväksymään ne ja toimimaan omien arvojen mukaisesti.

Psykologinen joustavuus on osa ihmisen terveyden perustaa: terve ihminen pystyy muuttuvissa olosuhteissa selviytymään psykologisen joustavuuden keinoin (Kashdan & Rottenberg 2010). Psykologinen joustavuus voi edistää ihmisen hyvinvointia merkittävästi (Dawson & Golijani-Moghaddam 2020) ja sen on nähty olevan yhteydessä etenkin ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin (Lappalainen & Lappalainen 2010; Wersebe ym. 2018). Psykologinen joustamattomuus voi puolestaan aiheuttaa kyvyttömyyttä sopeutua ja mukautua yksilön ja ympäristön asettamiin vaatimuksiin (Kashdan & Rottenberg 2010).

Psykologista joustavuutta kuvataan erilaisten prosessien kokonaisuudeksi, jotka auttavat ihmisiä hallitsemaan stressitekijöitä ja sitoutumaan mukautuvaan käyttäytymiseen, joka edistää arvolähtöistä toimintaa (Gloster ym. 2017). Psykologinen joustavuus on transdiagnostinen lähestymistapa, jonka mukaan ihmisillä uskotaan olevan kyky kehittää taitojaan, jotka mukautuvat erilaisiin kontekstuaalisiin vaatimuksiin. Ihmiset voivat muuttaa ajattelutapaansa tai käyttäytymistään yksilöllisten ja sosiaalisten kokemusten aikana ja ylläpitää tasapainoa tärkeiden elämänalueiden välillä. He voivat oppia olemaan avoimia, tietoisia ja sitoutuneita käyttäytymiseen, joka on yhdenmukainen heidän arvojen kanssa (Kashdan & Rottenberg 2010).

#### 3.1 Psykologisen joustavuuden osa-alueet

Hayes ym. (2006) mukaan psykologinen joustavuus voidaan jakaa kuuteen osa-alueeseen, jotka ovat hyväksyntä, mielen kontrollinen heikentäminen, tietoinen läsnäolo, minä havainnoijana, arvot ja arvojen mukainen toiminta. *Hyväksynnän* prosessissa keskeistä on kehittää ja parantaa yksilön halua vastaanottaa ja hyväksyä henkilökohtaisten ajatusten, tunteiden ja kokemusten



olemassaolo (Ciarrochi ym. 2010). Hyväksyntä ymmärretään psykologisessa joustavuudessa yksilön aktiivisena ja tietoisena suhtautumisena ajatuksiin ja tunteisiin yrittämättä muuttaa niiden muotoa tai taajuutta (Hayes ym. 2006). *Mielen kontrollin heikentäminen* kuvaa psykologisen joustavuuden osa-alueena sitä muutosta, joka tapahtuu, kun yksilö tiedostaa, että ajatukset ovat ensisijaisesti havaittuja tapahtumia eivätkä niinkään ehdottomia totuuksia, jotka ohjaavat käyttäytymistä (Ciarrochi ym. 2010; Lappalainen & Lappalainen 2014).

*Tietoinen läsnäolo* rakentuu yksilön omakohtaisista kokemuksista kussakin hetkessä (Ciarrochi ym. 2010). Tietoista läsnäoloa ja siihen vaikuttavia yksilön ja ympäristön tapahtumia pyritään sanoittamaan etenkin kielellisin keinoin (Hayes ym. 2006). *Minä havainnoijana* tarkoittaa psykologisen joustavuuden näkökulmasta sitä, että yksilö voi olla tietoinen omasta kokemustensa virrasta kiintymättä sen enempää yksittäisiin kokemuksiin tai niiden seuraamuksiin (Hayes ym. 2006). Tätä prosessia voidaan vahvistaa muun muassa lisäämällä tietoisuutta itsereflektion jatkuvasta läsnäolosta ja tunnistamalla tilanteita, joissa minäkokemukseen liittyy kontekstuaalisuutta (Ciarrochi ym. 2010).

*Arvot* ovat tietoisesti tai tiedostamatta valittuja ja ne ilmentävät yksilön tarkoituksenmukaista toimintaa ja ohjaavat käyttäytymistä (Hayes ym. 2006; Ciarrochi ym. 2010). Yksilön toimintaan liittyvä arvolataus voidaan todentaa toiminnan eri vaiheista, mutta sen tarkemmin arvoja ei voida konkretisoida (Hayes ym. 2006). *Arvojen mukainen toiminta* ei ole automaatio, vaan se perustuu aina yksilön omiin valintoihin (Ciarrochi ym. 2010). Vaikka itse arvoja ei voida konkretisoida, yksilön arvojen mukaista toimintaa voidaan tiedostetulla käyttäytymisen muutoksella ohjailta haluttuun suuntaan (Hayes ym. 2006). Avoimuus arvojen muutoksille voi lisätä psykologista hyvinvointia ja tyytyväisyyttä omaan elämään. Henkilökohtaisten arvojen mukaan eläminen voi edistää ihmisten hyvinvointia ja antaa elämälle suunnan ja merkityksen (Batten 2011; Haarni & Fried 2017, 26; Ostermann ym. 2017).

### 3.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan niin sanotun kolmannen aallon hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT, engl. Acceptance and Commitment Therapy, ACT, käytämme tässä tutkimuksessa jatkossa hyväksymis- ja omistautumisterapiasta HOT-lyhennettä) tarkoituksena on lisätä yksilön arvojen mukaista merkityksellistä elämää (Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2010) ja psykologista joustavuutta erilaisissa elämäntilanteissa (Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2010; Tuomisto & Lappalainen 2015).

HOT perustuu ihmisen kielen ja kognition toiminnalliseen kontekstuaaliseen lähestymistapaan, suhdekehysteoriaan (engl. Relational Frame Theory, RFT) (Lappalainen & Lappalainen 2014), jonka avulla säännön ohjaamaa käyttäytymistä voidaan selittää (Tuomisto & Lappalainen 2015). Teoria selittää, miksi omien ajatusten ehdoton totena pitäminen (kognitiivinen fuusio) ja kokemuksellinen välttäminen ovat sekä kaikkialla läsnä olevaa että haitallista (Hayes ym. 2006). Suhdekehysteoria korostaa yksilön kykyä yhdistellä ajatuksen tasolla asioiden välisiä suhteita (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Hayes ym. (2006) ja Ciarrochi ym. (2010) mukaan psykologisen joustavuuden kuusi osa-aluetta (hyväksyntä, mielen kontrollinen heikentäminen, tietoinen läsnäolo, minä havainnoijana, arvot ja arvojen mukainen toiminta) ovat yhtenevät HOT:n ydinprosessien kanssa. Nämä prosessit ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa, joihin HOT:ssa keskitytään asiakkaan tarpeiden määrittämällä tavalla (Hayes ym. 2006; Ciarrochi ym. 2010). Ciarrochi ym. (2010) mukaan HOT-prosessi voidaan jakaa kahteen pääkomponenttiin. Ensimmäinen sisältää tiedostamisen ja hyväksymisen prosessin (hyväksyntä, mielen kontrollin heikentäminen, tietoinen läsnäolo ja havainnoiva minä), ja toinen omistautumisen ja käyttäytymisen muutosten prosessin (arvot, arvojen mukainen toiminta, tietoinen läsnäolo ja havainnoiva minä). Tietoinen läsnäolo ja havainnoiva minä voi siis esiintyä molemmissa HOT:n pääkomponentissa (Ciarrochi ym. 2010).

Keskeisenä muutoksen mahdollistajana HOT:ssa pidetään psykologista joustavuutta (Hayes ym. 2006; Ciarrochi 2010; Wersebe ym. 2018; Coto-Lesmes ym. 2020). HOT:n keinoin voidaan vaikuttaa psykologiseen joustavuuteen muun muassa vähentämällä ihmisen toimintaa

rajoittavien ajatusten uskottavuutta, auttamalla ihmistä hyväksymään henkilökohtaiset sisäiset kokemuksensa paremmin ja vähentää toiminnan esteeksi muodostuneiden henkilökohtaisten kokemusten eli ajatusten ja tunteiden vaikutuksia (Ciarrochi ym. 2010). HOT:n keinoin pyritään muuttamaan sitä tapaa, jolla ihminen on vuorovaikutuksessa omien ajatustensa kanssa luomalla uusia asiayhteyksiä ajattelun ja toiminnan välille (Hayes ym. 2006). HOT perustuu käsitukseen, jonka mukaan muun muassa kipu, suru, menetykset, pettymykset, sairaudet, pelot ja ahdistus ovat väistämättömiä tapahtumia ihmiselämässä. HOT:n tavoite ei ole näiden kokemusten poistaminen tai tukahduttaminen, vaan se painottaa pikemminkin itselle tärkeiden elämänalueiden ja -suuntien, kuten läheisten suhteiden, mielekkään työn ja henkilökohtaisen kasvun etsimistä ihmisen kohdatessa näitä epämiellyttäviä kokemuksia (Hayes ym. 2011; vrt. Petkus ym. 2013).

HOT:ssa keskitytään metaforiin sekä kokemus- ja tietoisuusharjoituksiin, joissa ihmisiä kannustetaan suoriin kontakteihin muun muassa epämiellyttävien tunteiden, ajatusten ja kokemusten kanssa (Lappalainen ym. 2004; Hayes ym. 2013). Metaforien ja erilaisten harjoitusten avulla HOT-terapeutit voivat auttaa asiakkaita oppimaan suhtautumaan kokemuksiinsa joustavammin uusien tiukkojen sääntöjen ja käyttäytymismallien luomisen sijaan (Hayes ym. 2013). Lappalaisen & Lappalaisen (2014) mukaan etenkin tietoisuusharjoitusten avulla voidaan päästä lähelle niitä tunteisiin ja ajatuksiin liittyviä esteitä, jotka vaikeuttavat ihmistä toimimasta oman hyvinvointinsa edellyttämällä tavalla. Tietoisuusharjoitusten tehokkuus perustuu aikaisemmin mainittuun HOT:n suhdekehysteoreettiseen taustaan (Lappalainen & Lappalainen 2014).

### **3.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaiset ryhmäinterventiot omaishoitajille**

Hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisia (HOT) ryhmäinterventioita on tutkittu viimeisen vuosikymmenen aikana myös verkkopohjaisesti toteutettujen interventioiden osalta (Han ym. 2021). Omaishoitajuutta koskeva tutkimustieto painottui muun muassa Han ym. (2021) meta-analyysin mukaan vanhemman ja alaikäisen lapsen väliseen omaishoitajasuhteeseen, kun tässä tutkielmassa keskiössä ovat ikääntyvät omaishoitajat.

Ikääntyviä ihmisiä hoitaville omaishoitajille on tehty enemmän fyysiseen läsnäoloon perustuvia HOT-pohjaisia yksilöinterventioita ryhmiin kohdistuvien interventioiden sijaan (Han ym. 2021). Losadan ym. (2015) tutkimuksessa HOT yksilöinterventiona vähensi muistisairasta omaistaan hoitavien omaishoitajien masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Losadan ym. (2015) interventio pohjasi Márquez-González ym. (2010) omaishoitajille suunnittelemaan HOT-intervention, joka perustui ajatukseen omaishoittoon sisältyvästä välttämiskäyttäytymisestä. Intervention kehys muodostui sisäisten tapahtumien (kuten epämurkavien tunteiden ja ajatusten) hyväksymisen ja niitä provosoivien omaishoittoon liittyvien ärsykkeiden sekä henkilökohtaisiin arvoihin sitoutumisen ja kirkastamisen ympärille. HOT-yksilöintervention osallistuneiden omaishoitajien välttämiskäyttäytyminen väheni. Vaikka tutkimus toteutettiin yksilöinterventiona, toivat tutkijat esille, että mallia voidaan hyödyntää myös ryhmämuotoisissa interventioidissa (Márquez-González ym. 2010).

HOT-interventioita on toteutettu myös omatoimisen aiheeseen perehtymisen kautta. Davis ym. (2020) tutkimuksessa palliatiivisen hoidon vaiheessa olevien ihmisten omaishoitajista koostuva interventioryhmä sai käyttöönsä HOT-lähtöisen itsehoito-opas sekä heitä lähestyttiin puhelimitse tukisoiholla. Tulokset eivät tuottaneet psyykkisen hyvinvoinnin ja surun kokemuksen osalta tulosta, mutta tutkimus kuitenkin osoitti, että menetelmä hyväksyttiin omaishoitajien keskuudessa vaikean surun hetkellä (Davis ym. 2020). Myös Potter ym. (2020) tutkivat HOT-pohjaisen intervention vaikutuksia vertailemalla kolme eri ryhmää MS-tautia sairastavien omaishoitajien parissa. Tutkimuksessa verrattiin HOT-perusteista itsehoitoa, HOT-perusteista itsehoitoa ja puhelimitse viikoittain toteutettavaa HOT-perusteista tukea tavalliseen omaishoitajan saamaan tukeen. Ryhmien välillä ei havaittu eroa (Potter ym. 2020). Potterin (2020) tutkimus tuki Davis ym. (2020) saatua tulosta menetelmän hyväksyttävyydestä omaishoitajilla, mutta sillä erotuksella, että omaishoitajat kokivat etenkin omatoimisen tietoon perehtymisen ja sen ajoittamisen omassa elämässään haasteelliseksi. Omaishoitajien masennus- ja ahdistuneisuusoireissa HOT-yksilöinterventio havaittiin myös yhtä toimivaksi menetelmäksi kuin muun muassa kognitiivisbehavioristinen lähestymistapa (Márquez-González ym. 2020).

Pots ym. (2016) toivat ilmi, että verkkopohjaiset HOT:an perustuvat ohjelmat soveltuivat monille eri ihmisryhmille. Verkon kautta toteutetun HOT-työskentelyn todettiin lisäävän osallistujien psykologista joustavuutta (Lappalainen ym. 2014; Lappalainen ym. 2015; Brown ym.

2016; Kelson ym. 2017) sekä vähentävän psykologista joustamattomuutta (Fledderus ym. 2012; Trompeter ym. 2015; Pots 2016), kuormitusta ja masennusoireita (Swartz & Collins 2019). Köhle ym. (2017) saivat samansuuntaisia tuloksia omassa tutkimuksessaan, jossa selvitettiin verkkopohjaisen, HOT:an pohjautuneen intervention vaikutuksia syöpää sairastavien potilaiden puolisoitten kokemuksiin ja itseä kohtaan koettuun myötätuntoon. Verkkopohjainen ohjelma auttoi puolisoita reflektoimaan elämäntilanteeseen liittyviä tunteita ja lähentymään parisuhteessa (Köhle ym. 2017).

Verkkovälitteiset HOT-pohjaiset psykologiset ohjelmat on otettu hyvin vastaan: ne ovat tehokkaita, ja niillä on psyykkisten oireiden vähentämisen lisäksi positiivinen vaikutus elämänlaatuun, psykologiseen joustavuuteen ja akateemiseen suoriutumiskykyyn (Lappalainen 2015). Lappalaisen ym. (2019) mukaan muun muassa puhelimen, älypuhelinsovellusten, videoneuvottelujen ja Internetin välityksellä voitiin enenevässä määrin tukea omaishoitajia alhaisemmilla kustannuksilla ja paremmalla tavoitettavuudella. Verkkopohjaiset interventiot voivat vähentää omaishoitajien masennusta ja kuormittuneisuutta sekä parantaa heidän elämänlaatuaan samalla tavalla kuin perinteisesti toteutettavilla interventioilla (Lappalainen ym. 2019). Tätä saattaa kuitenkin vaikeuttaa omaishoidon vaativuus ja omaishoitajan mahdollisuudet löytää sopiva aika ja paikka itsenäiselle verkkovälitteiselle työskentelylle (vrt. Potter ym. 2020).

### **3.4 Verkosta voimaa ja vertaistukea-hanke**

Verkosta voimaa ja vertaistukea -hanke on omaishoitajille suunnattu mielen hyvinvointia, osallisuutta, elämänhallintaa ja digiosaamista lisäävä projekti, jossa jalkautetaan verkkopohjainen mielen hyvinvoinnin malli (OMAPolku-verkko-ohjelma). Sen vaikuttavuutta on jo aiemmin testattu Kelan rahoittamassa etäkuntoutushankkeessa (Pakkala ym. 2019). Hankkeen tarkoituksena on lisätä yleistä tietoisuutta omaishoitajien mielen hyvinvoinnin tukemisen tärkeydestä sekä omaishoitajien osallisuutta ja mielen hyvinvointia OMAPolku-verkko-ohjelman ja vertaistukiryhmien yhdistämisen avulla. Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen omaishoitajien ryhmätapaamiset ovat etukäteen suunniteltu ja ne toteutetaan ohjaaja-vetoisesti samansisältöisinä kaikille omaishoitajaryhmille. Omaishoitajaryhmien vetäjinä toimivat koulutetut ohjaajat (Nikander 2018).

Vaikeassa elämäntilanteessa olevien omaishoitajien mielen hyvinvoinnin, osallisuuden ja elämänhallinnan tukemisessa keskeinen osa toteutusta on uudenlainen verkkopohjainen mielen hyvinvoinnin malli (OMApolku), joka sisältää verkossa tapahtuvaa työskentelyä (Lappalainen & Pakkala 2016). Verkkotyöskentelyä täydennetään ohjatuilla, sekä fyysisesti että etäyhteyksin toteutetuilla, vertaisryhmätapaamisilla. OMApolku-verkko-ohjelman sisältö perustuu psykologisen joustavuuden ja HOT:n osa-alueisiin (ks. taulukko 1) ja sen yhtenä päätavoitteena on vahvistaa omaishoitajien kykyä kohdata vaikeita tunteita sekä ajatuksia hyväksyvällä tavalla. Lisäksi OMApolku-ohjelmaan sisältyy digitaalinen keskustelupalsta, joka on avoinna koko ohjelman ajan ja tarjoaa mahdollisuuden keskusteluun ja ajatusten vaihtoon muiden ohjelmaan osallistuvien omaishoitajien välillä (Nikander 2018).

OMApolku-ohjelma sisältää kuusi etappia, joiden kesto on kaksi viikkoa ja ohjelman kokonaiskesto on siten yhteensä 12 viikkoa. OMApolku-verkko-ohjelmaa täydentää kuusi ryhmätapaamiskertaa aina kunkin etapin päätyttyä (Nikander 2018). Ryhmätapaamisten yleinen kulku on kuvattu seuraavaksi (Lappi ym. 2019):

- 1 Ohjaaja toivottaa tervetulleeksi ja käynnistää tapaamisen
- 2 Esittely/Mitä kuuluu -kierros
- 3 Teeman alustus
- 4 Keskustelu pareittain tai ryhmässä
- 5 Keskustelu ryhmässä/Miltä nyt tuntuu -kierros
- 6 Mindfulness- tai muu harjoitus
- 7 Välitehtävästä sopiminen: Sovitaan, mikä OMApolun etapeista on välitehtävä
- 8 Seuraavasta tapaamisesta sopiminen tai muistutus

OMApolku-ohjelman jokaisella etapilla on oma teemansa: omannäköinen elämä, voimaa teoista, tunteet, mieli on tarinankertoja, hyväksyntä ja myötätunto. Ryhmätapaamisten teemat sijoittuvat siis aina kulloinkin vuorossa olevan OMApolku-verkko-ohjelman etapin teeman mukaisesti (Nikander 2018). Etappien ja tapaamiskertojen sisällöt on kuvattu seuraavassa taulukossa (taulukko 1):

TAULUKKO 1. OMApolku-verkko-ohjelman sisältö (Lappi ym. 2019).

Tapaamiskerrat	Sisältö	Psykologisen joustavuuden/ HOT:n osa-alue
Etappi 1: Omannäköinen elämä	Keskustelua omaishoitajuudesta ja itsestä huolehtimisen tärkeydestä haastavassa tilanteessa sekä niistä asioista, jotka auttavat jaksamaan.	Arvot
Etappi 2: Voimaa teoista	Pohdintaa esteiden tunnistamisesta ja käsittelystä. Mikä on elämässä ja juuri tässä elämäntilanteessa tärkeää. Mitä pieniä arvojen mukaista toimintaa haluaa arjessa tehdä.	Arvojen mukainen toiminta
Etappi 3: Tunteet	Oman ajan vaalimiseen ja omaan hyvinvointiin panostamiseen liittyvää pohdintaa. Keskustelua miten esteitä voi tunnistaa ja käsitellä.	Tietoinen läsnäolo
Etappi 4: Mieli on tarinankertoja	Kehitellään tapoja käsitellä ajatuksia rakentavasti siten, että ne eivät ole museravia. Tarkastellaan omaa mieltä ja sen tuottamia ajatuksia ja harjoitellaan saamaan välimatkaa niihin.	Mielen kontrollin heikentäminen
Etappi 5: Hyväksyntä	Keskustelua elämäntilanteista ja -tapahtumista, joille ei voida mitään. Pohdintaa siitä, miten omia vaikeita ajatuksia ja tunteita voi hyväksyä.	Hyväksyntä
Etappi 6: Myötätunto	Keskustelua myötätunnosta itseä kohtaan, jota tarvitaan erityisesti vaikeissa tilanteissa ja vastoinkäymisten hetkellä. Pohditaan itsemyötätuntoa taitona, jota voi ja kannattaa harjoittaa, koska se parantaa hyvinvointia.	Havainnoiva minä

#### **4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaishoitajien kokemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen ryhmäintervention tuottamista merkityssisällöistä. Tutkimuskysymyksiksi näin ollen asetimme:

1. Millaisia psykologisen joustavuuden merkityssisältöjä hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjainen ryhmäinterventio tuotti omaishoitajien kokemana?
2. Millaisia muita merkityssisältöjä hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjainen ryhmäinterventio tuotti omaishoitajien kokemana?



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen empiirisen osion muodostaa laadullinen tutkimus. Keräsimme aineiston omaishoitajien vertaistukiryhmien tapaamisten keskusteluaineistoista ja analysoimme aineiston hyödyntämällä teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, joka soveltuu hyvin omaishoitajien puheessa tuottamien merkityssisältöjen tarkempaan tulkintaan (vrt. Tesc 1992, 60). Valitsimme laadullisen lähestymistavan myös siksi, että pyrimme tutkimuksella tavoittamaan sellaista omaishoitajien kokemuksellista tietoa, jota erilaisin määrällisin mittarein mitattuna ei pystytä saavuttamaan (vrt. Koivisto ym. 2014): maailma näyttäytyy ihmisille merkityksinä, jotka ovat rakentuneet kokemuksista (Laine 2015).

Laadullinen lähestymistapa soveltuu tähän omaishoitajia koskevaan tutkimukseen hyvin, koska sen tarkoitus on luoda käsitteitä, tutkia merkityksiä ja kuvata useita todellisuuksia sekä arvioida asioiden ja ilmiöiden useita eri näkökulmia (Nicholls 2009a). Laadullinen tutkimus ei vaadi erillistä hypoteesia, jota tutkimuksella testattaisiin: on vain ongelma tai tutkittava kysymys (Nicholls 2009a). Näistä asetelmista huolimatta laadullinen tutkimus mahdollisti meille aineistolähtöisen lähestymistavan teoriataustaa hyödyntäen, eikä meidän tutkijoiden tarvinnut kiistää aikaisemman tiedon vaikutusta tulosten tulkintaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–109).

### 5.1 Aineistonhankinta

Tässä tutkimuksessa tutkittavien rekrytointi tapahtui Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen työntekijöiden ja paikallisten omaishoitoyhdistysten yhteistyönä (Keski-Suomen ja Pirkanmaan seutu). Omaishoitoyhdistykset levittivät tietoa hankkeesta omille jäsenilleen sekä muille alueen omaishoitajille hyödyntäen verkostojaan ja muita sidosryhmäkontaktejaan. Hankkeen työntekijät järjestivät yhdessä omaishoitoyhdistysten kanssa tiedotustilaisuuksia hankkeesta ja osallistuivat omaishoitajien rekrytointiin aktiivisesti (Nikander 2018). Tutkijoina emme osallistuneet rekrytointiprosessiin. Tutkimuksemme tarvittavat tutkimusluvut sisältyivät hankkeen toimintaan, tämän tutkimuksen osalta meidän oli tarpeellista pyytää ainoastaan nauhoitus- ja tutkimuslupa osallistujilta kirjallisena (liite 1).

Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeessa oli tutkimusaineistomme keräämisen ajankohtana marras- joulukuussa 2020 käynnissä kaikkiaan viisi ikääntyville omaishoitajille suunnattua ryhmää. Kuvaamme taulukossa 2 tarkemmin aineistonkeruun näissä omaishoitajaryhmissä. Kuva- tun aineistonkeruun lisäksi lisäsimme tarkentavia lisäkysymyksiä, joita ryhmässä mukana ollut tutkija esitti tarvittaessa ja soveltuvin osin omaishoitajaryhmälle. Lisäkysymykset esittelemme tarkemmin taulukossa 4. kohdassa 7. Kysymykset olivat tarkentavia ja pohjautuivat taulukossa 1 esittelemiimme teemoihin. Meillä tutkijoina oli tältä osin aktiivinen rooli tarkkailla ja kuun- nella omaishoitajien keskustelua jokaisella tapaamiskerralla ja täydensimme tarvittaessa aineis- toa lisäkysymyksillä.

TAULUKKO 2. Aineistonkeruu omaishoitajaryhmistä

Omaishoitajaryhmä	Tutkija	Omais-hoi- tajien luku- määrä	Toteutustapa	Päivä- määrä	Tapaami- sen kesto	Litteroitu materiaali
Ryhmä 1	Puurtinen	8	Kasvokkain	16.11.2020	120 min	13 sivua
Ryhmä 2	Puurtinen	5	Kasvokkain	17.11.2020	130 min	26 sivua
Ryhmä 3	Äikäs	3	Kasvokkain ja etäyhteyksin (tutkija Äikäs)	9.12.2020	105 min	9 sivua
Ryhmä 4	Puurtinen	5	Kasvokkain	9.12.2020	150 min	28 sivua
Ryhmä 5	Äikäs	6	Etäyhteyksin	10.12.2020	120 min	8 sivua

Tutkija Puurtinen nauhoitti kasvokkaiset tapaamiskerrat digitaaliselle sanelimelle (Sony ICD-PX470) ja hän kuunteli litteroinnin toteuttamiseksi aineiston Sound Organizer 2 – ohjelman avulla. Tutkija Äikäs taltioi etäyhteyksin toteutuneet tapaamiskerrat Zoom-videoyhteyden avulla tiedostomuotoiseksi tallenteeksi. Litteroimme tapaamiskertojen nauhoitukset ja tallen- teet oman osallistumisemme mukaisesti. Teimme litteroinnit Word-asiakirjalle (A4) rivivälillä 1, fontilla Calibri ja fonttikokona 11. Aloitimme litteraateissa uuden puheenvuoron uudelta ri- viltä. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 84 sivua. Teimme litteroinnin perustasoisesti eli kir- joitimme tapaamiskertojen keskustelut auki niin kuin ne nauhoitteissa ja tallenteissa kuuluivat. Tutkittavien reaktiot taltioimme litteraatteihin niiltä osin, kuin ne olivat ilmeisiä ja kuuluivat selvästi nauhalta. Tällaisia olivat esimerkiksi naurahdukset tai tutkittavien surullisuus sekä ryh- män myötäilyt, joita ei voitu henkilöidä. Ryhmäkeskusteluissa ilmeni luonnollisesti myös

jonkin verran päällekkäin puhumista. Jos emme saaneet selvää keskustelusta, kirjoitimme sen tietona litteraattiin ja aihepiiriin, jota päällekkäinen keskustelu koski. Tällaisia aihepiirejä olivat esimerkiksi omaishoidon tuen myöntöedellytykset ja kuntoutuksen järjestäminen hoidettavalle. Litteroinnin yhteydessä pseudonymisoimme (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679, 4 artikla) kirjallisen aineiston henkilö- tai tunnistettavuustietojen osalta.

Rajasimme litteraateista pois ohjaajan alustuksen myötätunto-aihepiiriin ja ohjeistukset tapaa-miskerran harjoitteisiin. Lisäksi rajasimme jo litterointivaiheessa aineistomme ulkopuolelle esimerkiksi ohjelmarunkoon kuuluneet omaishoitajien pari- ja pienryhmäkeskustelut, joita ei ollut mahdollista päällekkäisen puheen vuoksi aukottomasti litteroida. Litteraatteihin jätimme ohjaa-jan ja mahdollisten yhteistyötahojen eli tapaamisessa järjestäjinä mukana olleiden tahojen osal-listumisen keskusteluun. Vaikka tutkimuksemme koski omaishoitajia ja käsitelimme analyys-sissämme vain omaishoitajien tuottamaa aineistoa, osa keskusteluista oli yhteydessä ohjaajan tai yhteistyötahojen esittämiin kysymyksiin, havaintoihin ja vastauksiin. Tällöin asiayhteyden varmistamiseksi oli tärkeää, että jätimme myös nämä edellä mainitut osuudet litteraatteihin.

## **5.2 Tutkittavien kuvaus**

Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeessa tavoitteena oli löytää tutkimukseen haasteellisessa elämäntilanteessa olevia ikääntyviä omaishoitajia. Mukana oli sekä kaupunki- että maaseutu-alueilla asuvia omaishoitajia. Verkosta voimaa ja vertaistukea- hankkeen ja siten tämän tutki-muksen kohderyhmänä olivat erityisesti ne omaishoitajat, jotka kokivat mielialan laskua ja joi-den osallisuus ympäröivään yhteiskuntaan oli heikentynyt sitovan omaishoitotilanteen seurauk-sena (Nikander 2018). Taustatiedot tutkittavista saimme hanketyöntekijältä ja taustatiedot pe-rustuivat hankkeen alussa tehtyyn alkukyselyyn.

Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen ikääntyneille omaishoitajille suunnattuun toimin-taan osallistui 27 omaishoitajaa syksyllä 2020 (taulukko 3). Tutkittavista omaishoitajista kaksi oli miehiä ja 25 naisia. Tutkittavien keski-ikä oli 70,5 vuotta ja yli puolet heistä hoitivat puoli-soaan (n=15). Tutkittavista omaishoidon tukea sai seitsemän omaishoitajaa. Omaishoidontukea ei saanut 11 omaishoitajaa ja kysymykseen jätti vastaamatta yhdeksän omaishoitajaa.

Hoidettavan läheisen taustatiedot ovat omaishoitajan antamia tietoja. Omaishoidettavien keski-ikä oli 70 vuotta. Suurin hoidontarpeen syy kaikista vastauksista oli muistisairaus, tutkittavista yhdeksän jätti vastaamatta omaishoidettavan avuntarpeen syyhyn/diagnoosiin. Omaishoidon kesto oli tutkittavilla omaishoitajilla keskimäärin kahdeksan vuotta. Kaikki tutkittavat omaishoitajat eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin omaishoidon tuen saamisen ja avuntarpeen syyn/diagnoosin kohdalla. Tutkittavien taustatiedot käyvät ilmi taulukosta 3.

TAULUKKO 3. Tutkittavien taustatiedot

<b>Osallistujat (n=27)</b>	
<b>Sukupuoli</b>	
mies	2 (7 %)
nainen	25 (93 %)
<b>Omaishoitajan ikä</b>	
alin	67,5
ylin	73,5
keskiarvo	70,5
<b>Omaishoidettava</b>	
puoliso	15 (56 %)
isä/äiti	4 (15 %)
lapsi	6 (22 %)
muu läheinen	2 (7 %)
<b>Omaishoidon tuki</b>	
saa	7 (26 %)
ei saa	11 (41 %)
ei vastausta	9 (33 %)
<b>Omaishoidettavan ikä (v)</b>	
alin	59
ylin	81
keskiarvo	70
<b>Avuntarpeen syy/diagnoosi</b>	
muistisairaus	8 (30 %)
neurologinen sairaus	4 (15 %)
psykkinen sairaus	4 (15 %)
vanhuus	2 (7 %)
ei vastausta	9 (33 %)

### 5.3 Tutkimustilanteen kulku

Tutkimuksemme aineistoksi muodostunut viimeinen Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen vertaistukiryhmien tapaamiskerta noudatteli pääsääntöisesti taulukossa 4 esittämäämme runkoa ryhmäkohtaisin poikkeuksin, jotka suurelta osin aiheutuivat aikataulun tiukkuudesta ja

viivästyksistä tapaamisen aloittamisessa. Tapaamiskerralle oli varattu aikaa 2 tuntia, joka käytettiin eri ryhmissä taulukossa 2 esittelemämme keston mukaisesti. Kuvasimme viimeisen tapaamiskerran rungon taulukossa 4.

Kaikki ryhmät kävivät läpi vaiheet 1.–4. ja 6. Kohdan 5. mukaisia harjoitteita tehtiin aikataulun puitteissa niin, että ryhmät tekivät joko molemmat harjoitteet tai vain toisen niistä. Ohjaaja pystyi tältä osin soveltamaan viimeisen kerran ohjelmaa. Kohdan 6. yhteenveto tehtiin varioiden (joko sanallisesti kierroksena ryhmässä tai tarralapuille kirjoitettuna), mutta niin että kaikki ryhmiin osallistuneet omaishoitajat tuottivat palautteen taulukossa 4 esitettyjen apukysymysten ympärille.

Kohdassa 7. esitettyjä lisäkysymyksiä esitimme tarpeen mukaan täydentämään jo olemassa olevaa keskusteluaineistoa. Läsnaolomme tutkijoina oli viimeisellä tapaamiskerralla tärkeää, jotta pystyimme omien havaintojemme pohjalta esittämään tarvittavat lisäkysymykset omaishoitajaryhmille. Aikataulun tiukkuus kuitenkin vaikeutti myös lisäkysymystemme esittämistä, jottei viimeisen tapaamiskerran asiarunko poikkeaisi suunnitellusta.

Ohjaajan, omaishoitajien ja tutkijoiden lisäksi hankkeen työntekijä oli mukana omaishoitajien viimeisellä tapaamiskerralla keräämässä suullista ja kirjallista palautetta verkko-ohjelmasta sekä siihen liittyvistä ryhmätapaamisista (Nikander 2018). Viimeisiin omaishoitajaryhmien tapaamisiin osallistuivat myös yhteistyötahojen edustajat.

TAULUKKO 4. Verkosta voimaa ja vertaistukea-ryhmien 6. tapaamiskerran sisältö (Lappi ym. 2019).

Vaihe	Sisältö
1. Tervetuloa!	Ohjaaja toivotti omaishoitajat tervetulleeksi ja käynnisti tapaamisen
2. Mitä kuuluu?	Jokainen omaishoitaja sai kertoa vuorollaan omat kuulumisensa edellisen kerran jälkeen. Omaishoitajat myös kertoivat, olivatko käyttäneet OMApolku-verkko-ohjelmaa tapaamisten välissä.
3. Johdattelu päivän teemaan: Myötätunto	Ohjaaja alusti lyhyesti myötätunto -teemasta.
4. Pari/pienryhmätehtävä	Keskustelu pienryhmissä korttien avulla myötätunto -teemasta mm. seuraavia apukysymyksiä hyödyntäen: <i>Oletko hankalassa tilanteessa? Tarvitsetko jonkinlaista apua tai tukea? Suotko itsellesi sen avun, mitä tarvitset? Kuinka autat itseäsi? Pysytkö osittamaan itsellesi samaa myötätuntoa ja ymmärrystä kuin läheiselle ystävälle, joka on vaikeassa tilanteessa?</i>  Keskustelujen anti jäi parien ja pienryhmien väliseksi, eikä niitä purettu koko ryhmän kesken.
5. Harjoitukset yksin ja parin kanssa/ pienryhmässä	Itsenäinen tietoisuusharjoitus, jossa silmät suljettuina kuunneltiin omaa hengitystä ja kehoa. Myötätuntoharjoitus tehtiin parin kanssa tai pienryhmissä, harjoitteessa keskeistä oli katsekontakti.
6. Yhteenveto ryhmätoiminnasta	Yhteenvedossa hyödynnettiin seuraavia apukysymyksiä: <i>Mitä kertoisit muille omaishoitajille? Mitä haluaisit "opettaa" muille? Helmihetkiä (ryhmästä, ohjelmasta, ryhmän aikaisesta elämästä)?</i>
7. Tutkijoiden lisäkysymykset (osuus ei kuulu viralliseen ryhmäohjelmaan)	Lisäkysymyksillä täydennettiin soveltuvin osin keskusteluaineistoa, mikäli aikataulun salli. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mitä omaishoitajuus sinulle merkitsee? Onko kokemus omaishoitajuudestasi muuttunut ryhmätoiminnan aikana? Jos, niin miten?</i></li> <li>• <i>Olette miettineet ryhmätoiminnan aikana olemassa olevia vahvuuksia ja voimavaroja. Miten OMApolku-verkko-ohjelma on kehittänyt vahvuuksiasi omaishoitajana? Kertokaa esimerkkejä.</i></li> <li>• <i>Oletteko löytäneet tekijöitä, jotka auttavat teitä jaksamaan arjessa? Mitkä konkreettiset asiat auttavat sinua jaksamaan?</i></li> <li>• <i>Minkälaisia keinoja olet saanut itsestä huolehtimiseen? kerro esimerkki.</i></li> <li>• <i>Mitä keinoja olet saanut vastoinikäymisten kohtaamiseen ja ennakointiin? Tunnistatko niitä helpommin?</i></li> <li>• <i>Mitä keinoja olet saanut vaikeiden ajatusten käsittelemiseen ja niiden hyväksyntään?</i></li> <li>• <i>Mitä konkreettista tähän ryhmään osallistuminen on tuonut arkeesi?</i></li> <li>• <i>Mitä osallistuminen vertaistukiryhmätoimintaan on merkinnyt korona-aikana? Etäyhteyksin toteutettava ryhmä: Miten olette kokeneet osallistumisen etäyhteyksien kautta?</i></li> </ul>

## 5.4 Aineiston analyysi: tulkitseva lähestymistapa

Tämä laadullinen tutkimus pohjautuu hermeneuttiseen tieteenfilosofiseen ja metodologiseen lähestymistapaan sisällönanalyysissä. Hermeneutiikka on tieteellinen menetelmä, joka liittyy tulkintaan ja tutkimuskohteen ymmärtämiseen (Gadamer 1988). Hermeneuttiseen lähestymistapaan perustuva tutkimus etenee hermeneuttisen kehän mukaisesti, missä heijastuu jatkuva kiertoliike yksittäisen ilmiön ja kokonaisuuden välillä (Gadamer 1988; Schleiermacher 1998; Tuomi & Sarajärvi 2018, 40). Toisin sanoen tutkija on tutkimuksellisessa dialogissa tutkimusaineiston kanssa, jonka perusteella tieto syntyy (Laine 2015).

Ymmärtämisen ei nähdä alkavan tyhjästä, vaan se perustuu siihen, miten kohde ymmärretään ennestään (Tuomi & Sarajärvi 2018, 40). Tulkintaprosessissa ymmärryksen perustana on siis tutkijan oma esiymmärrys, jota avasimme tässä tutkimuksessa alaluvussa 5.4.1. Tulkinnan edessä kehämäisenä liikkeenä tutkijan esiymmärrys korjautuu ja syvenee vaikuttaen uusiin tulkintoihin, jotka muovaavat uutta ymmärrystä. Tulkinnat tapahtuvat siis hermeneuttisen kehän johdattamana, minkä tavoitteena on löytää ”todennäköisin ja uskottavin tulkinta siitä, mitä tutkittava on tarkoittanut” (Laine 2015). Päättelyssä ja johtopäätöksien teossa hermeneuttisessa menetelmässä voidaan perinteisien päättelyn päätyyppien induktiivisen ja deduktiivisen ohella käyttää ns. abduktiivista päättelyä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Tässä tutkimuksessa hermeneuttiseen lähestymistapaan perustuvaa tulkintaa teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä avasimme tarkemmin kohdassa 5.4.2.

### 5.4.1 Tutkijoiden esioletukset

Ymmärtääksemme tutkimuksen kohteena olevia omaishoitajia ja heidän kokemuksiaan, tuli meillä ymmärtämisen taustalla olla esioletuksia (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 40). Tutkijoina ja oimme monilta osin yhteisen esioletuksen omaishoitajuudesta. Kummallakaan meistä ei ollut subjektiivista omaishoitajakokemusta, olimme ainoastaan kohdanneet työtehtävissämme omaishoitajia erilaisissa asiayhteyksissä. Omaishoitajuudella on tärkeä merkitys yhteiskunnassamme. Ilman ikääntyvien ihmisten omaishoitoa tehostetun palveluasumisen määrä ja kustannukset lisääntyisivät huomattavasti. Esioletuksiemme mukaan omaishoito on usein raskasta ja

sitovaa, mutta ainoastaan noin 40 prosenttia kaikista omaishoitajista saavat hoidostaan palkkion ja lakisääteiset vapaapäivät (THL 2021). Omaishoitajan uupumus voi äärimmillään johtaa siihen, että sekä hoitaja että hoidettava joutuvat tehostetun palveluasumisen piiriin (vrt. Noro 2019). On mahdollista, että tarpeenmukaisella, oikea-aikaisella ja hyvin koordinoitulla tuella voidaan ehkäistä omaishoitajien uupumusta ja tukea sekä hoitajan että hoidettavan hyvinvointia (THL 2021). Oletimme, että COVID19-pandemia asettaa haasteita ikääntyneelle väestöllä ja sitä kautta myös omaishoitajuudelle. Tätä näkemystä tuki muun muassa THL:n pandemia-aikaa käsittelevä asiakastutkimus vanhuspalvelujen asiakkaille (Kehusmaa. ym. 2021).

Meille tarjoutui mahdollisuus kerätä aineistoa Verkosta voimaa- ja vertaistukea hankkeessa ja näin ollen tutkia omaishoitajien kokemuksia hoitotyöstään psykologisen joustavuuden näkökulmasta. Aiheena tämä on tärkeä, koska hanke voi mahdollisesti edistää omaishoitajien psykologista hyvinvointia (Lappalainen & Lappalainen 2010; Wersbe ym. 2018). Oli tärkeää saada lähestyä omaishoitajaryhmiä, joiden voitiin ajatella jakavan yhteisen kokemuksen omaishoitajuudesta ja jotka olivat halukkaita ja kykeneviä puhumaan rehellisesti omista kokemuksistaan (vrt. Nicholls 2009b).

#### **5.4.2 Teoriaohjaava sisällönanalyysi**

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi noudatteli Tuomen ja Sarajärven (2018) teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, jossa teoria toimi analyysin tukena, mutta ei täysin pohjautunut siihen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109). Kuvaamme seuraavaksi tätä lähestymistapaa tarkemmin.

Verkosta voimaa ja vertaistukea -hanke perustui hyväksymis- ja omistautumisterapian pääperiaatteisiin ja psykologisen joustavuuden osa-alueisiin, joita esittelimme luvussa 3. Näin ollen psykologisen joustavuuden (Hayes ym. 2006) tuoma teoreettinen taustanäkemyks oli nähtävissä itse aineistossa (vrt. taulukko 4) ja osana sen analyysiä. Kuitenkaan taustateorian olemassaolo ei pakottanut aineiston analyysiä tiettyyn muottiin emmekä tällä analyysillä tavoitelleet Hayes (2006) esittämän teorian testaamista (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018).



Teoriaohjaavuus mahdollisti myös aineistolähtöisyyden (Tuomi & Sarajärvi 2018, 113), joka oli tärkeä näkökulma tämän tutkimusaineiston kokonaisvaltaisessa hahmottamisessa. Teoreettiset käsitteet tuodaan teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä valmiina, ilmiöstä valmiiksi tiedettynä (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 133). Teoriaohjaavassa analyysissä tutkija voi ”lähestyä aineistoa sen omilla ehdoilla ja vasta analyysin edetessä pakottaa sen tiettyyn sopivaksi katsomaansa teoriaan” (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 133). Tässä tutkimuksessa toteutimme teoriaohjaavan analyysin edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti.

Tuomen ja Sarajärven (2018) mallin mukaisesti teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä ja aineistolähtöisellä analyysillä on yhteisiä vaiheita, joita noudatimme myös omassa analyysissämme. Ennen varsinaista aineiston analyysiä päätimme analyysiyksikön, joka saa olla esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109, 132–133). Käytimme tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuutta, joka parhaiten huomioi tutkimukselle asetetun tutkimuskysymyksen ja käytössä olleen keskusteluaineiston luonteen. Päädyimme siihen, että analyysiyksikkö voi tässä tutkimuksessa kuitenkin olla ajatuskokonaisuus, lause tai sana: tätä kulloistakin valintaa määrittivät meidän tutkijoiden tekemä tulkinta analyysiyksikön asiayhteydestä. Siksi myös pitäydyimme analyysiyksikön käsitteessä, emmekä eritelleet sitä tutkimuksen edetessä ajatuskokonaisuudeksi, lauseeksi tai yksittäiseksi sanaksi. Tässä tutkimuksessa käytettyjen analyysiyksiköiden erilaisuutta voi hahmottaa taulukossa 3 esitettyjen esimerkkien avulla.

Aineistomme analyysi noudatteli Tuomen ja Sarajärven (2018) kuvaamaa aineiston sisällönanalyyttistä prosessia, jossa lähestyimme aineistoa aluksi aineistolähtöisesti. Tutustuimme aineistoon sekä kuuntelemalla nauhoitteita että lukemalla litteraatteja. Perusteellisen aineistoon tutustumisen jälkeen aloitimme itsenäisen pelkistettyjen ilmausten etsimisen aineistosta. Itsenäisellä työskentelyllä tarkoitamme tässä tutkimuksessa sitä, että teimme itsenäisesti analyysien eri vaiheet. Jokaisen analyysivaiheen jälkeen kävimme yhdessä läpi analysoidut aineistot ja keskustelimme analyysivaiheiden yhteneväisyyksistä ja eroavaisuuksista. Tällä työskentelytavalla pyrimme lisäämään tutkimuksemme luotettavuutta estämällä valikoivan tarkastelun riskiä ja toisaalta mahdollistamaan analyysin yhdenmukaisen vertailun meidän tutkijoiden välillä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123, 163–164).

Tutkimuskohteen ymmärtäminen, aineiston tulkinta, asemointi ja lopulta luokittelu vaativat kuitenkin meiltä molemmilta tutkijoilta palaamista alkuperäisen aineistoon lukuisia kertoja analyysin edetessä (vrt. Gadamer 1988; Schleiermacher 1998; Tuomi & Sarajärvi 2018, 40). Pala-simme litteroituun aineistoon yhdessä ja erikseen omilla tahoillamme. Tulkintojen ympärillä käymämme keskustelut olivat tärkeitä ja syvensivät yhteistä näkemystämme hermeneuttisen kehän (Gadamer 1988) periaatteita mukaillen.

Siirsimme suorista aineistolainauksista muodostuneet analyysiyksiköt Excel- tiedostoon ja ni-mesimme ne. Näin muodostimme aineistostamme pelkistetyt ilmaukset. Tämän jälkeen läh-dimme tunnistamaan pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja eroja. Näin yksittäisistä ajatuskokonaisuuksista muodostui alaluokkia, joiden sisällöissä oli yhteneväisyyksiä. Tässä vaiheessa teoriaohjaavuus tuli mukaan analyysimme tueksi (vrt. Tuomi ja Sarajärvi 2018, 133). Psykologisen joustavuuden eri osa-alueiden sisällöt muodostuivat aineistolähtöisesti, mutta määrittelimme ne myös teoreettisessa viitekehyksessä (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 111). Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen sisältämät OMApolku-verkko-ohjelma ja vertaistukiryhmäta-paamiset perustuivat psykologisen joustavuuden osa-alueisiin, mikä on avattu tarkemmin kap-paleessa 3.4. Tästä johtuen perehdyimme psykologisen joustavuuden osa-alueisiin (Hayes ym. 2006) jo tutkimuksen alkuvaiheessa.

Teoriaohjaavuus helpotti meitä alaluokkien muodostamisessa; tutkijoina pystyimme paremmin erottamaan psykologisen joustavuuden teemoja aineistosta ja toisaalta tunnistamaan sen aineis-toaineksen, joka ei soveltunut psykologisen joustavuuden osa-alueiden alle. Psykologisen jous-tavuuden osa-alueet (Hayes ym. 2006) auttoivat meitä tutkijoita hahmottamaan alaluokkien si-sällöt yläluokiksi. Näin yläluokiksi saimme muodostettua tietyt psykologisen joustavuuden osa-alueet. Taulukossa 5 esittelemme teoriaohjaavan sisällönanalyysin vaiheita esimerkkien avulla psykologisen joustavuuden näkökulmasta.

TAULUKKO 5. Aineiston pelkistäminen ja luokkien muodostuminen teoriaohjaavassa sisälönanalyysissä psykologisen joustavuuden näkökulmasta.

Analyysiyksikkö	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Psykologisen joustavuuden osa-alue
<i>Ja sitten kun on huono liikkumaan ja huono muistinen, niin ei hän muista sanoakaan.</i>	hoidettavan terveydentilan hyväksyminen	hoidettavan terveydentilan hyväksyminen	Omais-hoitajuuden roolin hyväksyminen	Hyväksyntä
<i>Minäkin aina aattelen, että kyllä sillä ihmisellä on ihanaa, kun sillä on hyvä puoliso ja minulla vaan on semmonen! (Naurua)</i>	Vaikean asian kääntäminen leikiksi	Huumorilla suhtautuminen	Marttyyrius	Tietoisuustaidot
<i>Kyllä mun täytyy sanoa, että aina mä odotan hirveesti sitä vapaapäivää, mutta sitten tuota nyt esmes viime kerralla oli semmonen jakso, että ei oikein... ei tainnu kukaan oikein käydä ja mä olin aika yksinäinen, enkä yksin viittiny... eikä nyt enää niinku yksin paljon tee mieli lähteekään mihinkään aina kauppoille, eikä nyt saiskaan näinä aikoina enää lähteä. Niin mä jo aattelin, että on se kuitenkin kiva, kun se kohta tulee kotia.</i>	Puoliso tärkeä osa elämää	Parisuhde	Läheiset	Arvot
<i>Ja mulla on aika semmonen kynnys, että sitä on semmosta sukupolvea ollu, että pitää venyä ja venyä vaan.</i>	Omaan sukupolveen liitetyt arvoasenteet omassa toiminnassa	Ikäluokkaan liittyvät asenteet	Velvollisuudentunne	Arvot
<i>Joo, mulla on ihan sitä sammaa nyt mitä on ollutkin mennessä, mutta nyt kun se on viikon taas tuolla (perhehoitopaikassa omaishoitajan vapaapäivien ajan), niin sit taas vähän helepottaa</i>	omaishoitajan vapaat	Oma aika (omahoidon vapaat)	Itsestä huolehtiminen	Arvojen mukaiset teot
<i>Minen oo käyny missään.</i>	Omaishoidon sitovuus estää itsestä huolehtimisen	Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen	Oman ajan puute	Arvojen mukaiset teot

Kaikki aineistosta havaitsemamme alaluokat eivät kuuluneet psykologisen joustavuuden osa-alueiden alle, vaan ne muodostivat muita sisällöltään yhteneviä yläluokkia. Kuvaamme näiden yläluokkien muodostumista esimerkein taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Aineiston pelkistäminen ja luokkien muodostuminen teoriaohjaavassa sisälönanalyysissä psykologisen joustavuuden ulkopuolella.

Analyysiyksikkö	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>Joo! Se nimenomaan on kanssa helpottanu, et mä aika paljon huomaan, että samanlaiset on – samanlaisia on nämä, niinku on sanottuki toisillemme tässä, että meillä on samanlaista ku teilläki... niin se jotenkin niinku helpottaa, että se on sitten normaalia, etten mä ite aattele vaan näin.</i>	Samankaltainen elämäntilanne yhdistävänä tekijänä	Vertaisuuden kokemus	Vertaistuki
<i>Mutta sehän on hyvä apu! Me ollaan molemmat tahdistinkäyttöisiä, patterikäyttöisiä puolison kanssa. Mulla on ollut muutama vuos jo ja ei siitä oo mitään. Mää vaan kyllä kaikille, joka vaan tarttee, niin ei muuta kun tahdistimet vaan ja... - Patterit vaan! -Mut ei se auta siihe väsymykseen!</i>	Samasta terveydentilasta voidaan olla eri mieltä	Vertaisuuden kokemus	Vertaistuki
<i>Ja tossa, aattelin tosta – tosta, tästä polusta (OMApolku), että tuota kun luin, luin siitä myötätunnosta: mä aattelin, et itelle tuli niinku just nappiin --</i>	OMApolun sisältö kohottaa omaishoitajan tarpeen	OMApolkuverkko-ohjelman käyttö	OMApolkuverkko-ohjelma omaishoitajuuden tukena
<i>En oo käynyt siellä OMApolussa, Mut kyllä minä siellä sitten kun tää joulun aika menee ohi, tai sil-lai niin.</i>	OMApolun käyttöön vaikuttaa muu elämäntilanne	OMApolkuverkko-ohjelman käyttö	Oman ajan rajallisuus
<i>Tämä on ollut ainakin minulle ihan ainut. Kun ei oo mitään, kaikki nää yhdistykset mihin määhin kuulun, niin kaikki on – ei oo mitään. Tää on nyt tää kurssi ollut ainut, että must tää on ollut tosi kiva. Ainut, mihin pääsee sitten.</i>	Ryhmätoimintaan osallistuminen poikkeusai-kana	Koetut korona-ajan vaikutukset omaishoitajan elämään	Korona-ajan tuo-mat mahdollisuudet
<i>Ja sitten tuo päiväkeskus on kiinni, jossa puoliso kävi kerran viikossa.</i>	Omaishoitajan oman ajan mahdollistavat tilan-teet	Koetut korona-ajan vaikutukset omaishoitajan elämään	Korona-ajan rajoit-tavat tekijät

Aineiston tulkinnan edetessä päädyimme aineistolähtöisesti siihen, että emme voineet käsitellä aineistosta eriteltyjä sisältöjä ja luokkia huomioimatta sitä, että omaishoitajat tuottivat sekä positiivisia että negatiivisia ilmauksia eri alaluokkien sisällä (taulukko 7). Näin myös yläluokat rakentuivat positiivisesti tai negatiivisesti. Positiivisten ja negatiivisten yläluokkien merkitystä käsitellään tarkemmin tutkimustulosten yhteydessä luvussa 6.

TAULUKKO 7. Positiiviset ja negatiiviset merkityssisältöjen tulkinnot

Analyysiyksikkö	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Psykologisen joustavuuden osa-alue	+ / -
<i>Ja sitten kun on huono itikkumään ja huono muistinen, niin ei hän muista sanookkaan.</i>	hoitettavan terveydentilan hyväksyminen	hoitettavan terveydentilan hyväksyminen	Omaishoitajuuden roolin hyväksyminen	Hyväksyntä	+
<i>Minkään aina aattelin, että kylä sillä ihmisellä on ihanaa, kun sillä on hyvä puoliso ja minulla vaan on semmonen! (Naurua)</i>	Vaikean asian kääntäminen leikkisi	Huumorilla sulautuminen	Marttyyrius	Hyväksyntä	-
<i>Kyllä mun täytyy sanoa, että aina mä odotan hirveesti sitä vapaapäivää, mutta sitten tuota nyt esmes viime kerralla oli semmonen jakso, että ei oikein... ei tainnu kukaan oikein käydä ja mä olin aika yksinäinen, enkä yksin viittäny... eikä nyt enää niinku yksin paljon tee mieli lähteekkään mihinään aina kauppoille, eikä nyt sais-kaan näinä aikoina enää lähteä. Niin mää jo aattelin, että on se kuitenkin kivä, kun se (puoliso) kotia tulee hoitaa.</i>	Puoliso tärkeä osa elämää	Parisuuhde	Läheiset	Arvot	+
<i>Ja mulla on aika semmonen hymyys, että sitä on semmosta sukupolvea ollu, että pitää verryä ja verryä vaan.</i>	Omaan sukupolveen liitetyt arvoasteet omassa toiminnassa	Ikäluokkaan liittyvät asenteet	Velvollisuudentunne	Arvot	-
<i>Joo, mulla on ihan sitä sammuuta nyt mitä on olluakin mennessä, mutta nyt kun se on viikon taas tuolla (perhehoitopaikassa omaishoitajan vapaapäivien ajan), niin sit taas vähän helpottaa</i>	omaishoitajan vapaat	Oma aika (omaishoidon vapaat)	Itsestä huolehtiminen	Arvojen mukaiset teot	+
<i>Minen oo käynny missään</i>	Omaishoidon sitovuus estää itsestä huolehtimisen	Omaista hyvinvoinnista huolehtiminen	Oman ajan puute	Arvojen mukaiset teot	-
<i>Joo! Se nimenomaan on kanssa helpottanu, et mä aika paljon huomaan, että samanlaiset on – samanlaisia on nämä, niinku on sanottu tositilomme tässä, että meillä on samanlaisia ku teilläki... niin se jotenkin niinku helpottaa, että se on sitien normaalia, etten mä te aattele vaan näin.</i>	Samankaltainen elämäntilanne yhdistävänä tekijänä	Vertaisuuden kokemus	Vertaistuki		+
<i>Mutta sehän on hyvä apu! Me ollaan molemmat tahdistinkäytöisiä, patterikäyttöisiä puolison kanssa. Mulla on ollut muutama vuosi jo ei siitä oo mitään. Mää vaan kylä kaikille, joka vaan tarttee, niin ei muuta kun tahdistimet vaan ja... -Patterit vaan! -Mut ei se auta siibe väsymykseen!</i>	Samasta terveydentilasta voidaan olla eri miellä	Vertaisuuden kokemus	Vertaistuki		-
<i>Ja tossa, aattelin tosta – tosta, tästä polusta (OMApolku), että tuota kun luin, luin siitä myötätunosta: mä aattelin, et teille tuli niinku, just nappiin,</i>	OMApolun sisältö kohtaa omaishoitajan tarpeen	OMApolku-verkko-ohjelman käyttö	OMApolku-verkko-ohjelman toteutus Oman ajan rajallisuus		+
<i>En oo käynny siellä OMApolussa. Mut kylä minä siellä sitten kun tää joulun aika menee ohi, tai silloin niin</i>	OMApolun käyttöön vaikuttaa muu elämäntilanne	OMApolku-verkko-ohjelman käyttö			-
<i>Tämä on ollut ainakin minulle ihan ainut. Kun ei oo mitään, kaikki näi yhdistykset mihin mäkin kuulun, niin kaikki on – ei oo mitään. Tää on nyt tää kurssi ollut ainut, että must tää on ollut tosi kivä. Ainut, mihin pääsee sitten.</i>	Ryhnytöimintaan osallistuminen poikkeusaikana	Koetut korona-ajan vaikutukset omaishoitajan elämään	Korona-ajan tuomat mahdollisuudet		+
<i>Ja sitten tuo päiväkeskus on kiinni, jossa puoliso kävi herran viikossa.</i>	Omaishoitajan oman ajan mahdollistavat tilanteet	Koetut korona-ajan vaikutukset omaishoitajan elämään	Korona-ajan rajoittavat tekijät		-

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä tutkimuksessa esitimme omaishoitajien kokemukset ja sitä kautta tämän tutkimuksen tulokset merkityssisältöjen kautta: ”Kun tutkitaan kokemuksia, tutkitaan kokemusten merkityssisältöjä ja sen rakennetta” (Laine 2015). Muodostimme merkityssisällöt aineiston analyysivaiheessa analyysiyksiköistä johdetuista yläluokista, joiden sisältöä alaluokat eli osa-alueet tarkemmin määrittivät.

Käymme läpi teoriaohjaavan sisällönanalyysin tuloksia kokonaisuutena taulukoissa 8 ja 9. Taulukossa 8 keskityimme omaishoitajien tuottamiin psykologisen joustavuuden merkityssisältöihin ja taulukossa 9 esitämme kootusti muut omaishoitajien tuottamat merkityssisällöt. Omaishoitajien tuottamia psykologisen joustavuuden merkityssisältöjä osa-alueineen avaamme tarkemmin alaluvussa 6.1. Muita omaishoitajien tuottamia merkityssisältöjä eli koettua vertaistukea, verkkovälitteistä ohjelmaa omaishoitajuuden tukena sekä tutkimushetkellä vallitsevaa pandemiatilannetta omaishoitajuuden näkökulmasta tarkastelemme osa-alueineen alaluvussa 6.2. Alaluvuissa avaamme tarkemmin myös positiivisen ja negatiivisen näkökulmien ilmentymistä omaishoitajien kokemusten merkityssisällöissä.

Esitämme tässä tutkimuksessa suorat aineistolainaukset *kursiivilla*. Harmaalla tekstillä aineistolainauksissa pyrimme kuvaamaan paremmin varsinaisen aineistolainauksen asiayhteyttä. Aineistolainauksiin merkitsimme tapaamiskerran (T) ja osallistujan (O) perään numeron, joka tuo esiin mistä tapaamiskerrasta tai kenestä osallistujasta on kyse. Osallistujien anonymiteetin suojaamiseksi aineistolainauksia emme ole tämän tarkemmin yksilöineet.

### 6.1 Psykologisen joustavuuden merkityssisällöt omaishoitajuudessa

Omaishoitajien keskusteluissa korostui neljä psykologisen joustavuuden merkityssisältöä; omaishoitajan oma arvomaailma ja arvojen mukainen toiminta omassa elämässään sekä tietoisuustaidot ja hyväksyntä (taulukko 8). Tutkimuksessamme tietoisuustaidot (eli tiedostamisen prosessi vrt. Ciarrochi ym. 2010) kattavat psykologisen joustavuuden osa-alueista tietoisien

läsnäolon, havainnoivan minän ja mielen kontrollin heikentämisen. Tässä alaluvussa tarkastelemme omaishoitajien tuottamia näihin merkityssisältöihin liittyviä osa-alueita.

TAULUKKO 8. Omaishoitajien tuottamat psykologisen joustavuuden merkityssisällöt

Psykologisen joustavuuden merkityssisällöt	Positiivinen osa-alue	Negatiivinen osa-alue
Arvot	<p><b>Läheiset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-lähimmäisenrakkaus</li> <li>-perhe (lapset, lapsenlapset) ja lähipiiri (ystävät, naapurit)</li> <li>-parisuhde</li> <li>-yhteydenpito läheisiin (etäyhteydet mahdollistajana)</li> </ul> <p><b>Oma hyvinvointi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-itsestä huolehtiminen</li> <li>-itsekunnioitus</li> <li>-harrastukset</li> <li>-ulkopuolelta ja lapsilta saatu apu sisältäen omaishoidon vapaiden hoitojärjestelyt</li> </ul>	<p><b>Velvollisuudentunne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-lähimmäisen rakkaus</li> <li>-myötä- ja vastamäki</li> <li>-ikäluokkaan liittyvät asenteet</li> </ul>
Arvojen mukainen toiminta	<p><b>Itsestä huolehtiminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-oma hyvinvointi</li> <li>-oma aika (omaishoidon vapaat)</li> <li>-harrastukset</li> <li>-itsemyötätunto</li> <li>-hyvien asioiden muistelu</li> </ul> <p><b>Sosiaaliset suhteet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-parisuhde</li> <li>-muut ihmissuhteet</li> <li>-avun vastaanottaminen</li> </ul>	<p><b>Oman ajan puute:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-omasta hyvinvoinnista huolehtiminen</li> <li>-omaishoitajan oman ajan mahdollistavat tilanteet vähäisiä</li> <li>-omaishoidon vapaat eivät toteudu</li> <li>-sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen haasteet</li> <li>-hoidettavan heikko tilanne vaikeuttaa hoitajan tilannetta</li> </ul>
Tietoisuustaidot (tietoinen läsnäolo, havainnoiva minä ja mielen kontrollin heikentäminen)	<p><b>Omaan jaksamiseen liittyvien tekijöiden tunnistaminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tietoinen läsnäolo eri tilanteissa</li> <li>-tunnetilat</li> <li>-hoidettavan tilanne</li> <li>-huumori</li> <li>-omaishoitotyön kuormittavuus</li> <li>-stressinsietokyky</li> </ul> <p><b>Myötätunto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-armollisuus itseä ja muita kohtaan</li> <li>-oma ikääntyminen</li> <li>-empatia</li> </ul>	<p><b>Omaa jaksamista heikentävät tekijät:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-epäselvyys tulevasta</li> <li>-mahdollisuus ennakoitiin vähäistä</li> <li>-oma terveydentila</li> <li>-hoidettavan terveydentila</li> <li>-myötätunnon puute</li> <li>-fyysinen ja psyykkinen väsyminen</li> <li>-negatiivisten tunteiden hyväksyminen</li> </ul> <p><b>Marttyyrius:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-omaishoidon kuormittavuuden kieltäminen</li> <li>-huumorilla suhtautuminen</li> <li>-ansaitseeko kaikkea hyvää?</li> </ul>
Hyväksyntä	<p><b>omaishoitajuuden roolin hyväksyminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-hoidettavan terveydentilan hyväksyminen</li> <li>-ulkopuolisen avuntarpeen hyväksyminen</li> <li>-eläminen senhetkisen tilanteen mukaisesti</li> <li>-optimismi</li> <li>-omaishoito elämäntapana</li> <li>-tilanteiden vaihtuvuuden hyväksyminen</li> </ul>	<p><b>Omaishoitajuuden vaihtelevat vaatimukset:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-omaan pärjäämiseen uskominen</li> <li>-tilanteiden vaihtuvuuden hyväksyminen</li> <li>-ulkopuolisen avun tarve</li> <li>-elämän rytmin muuttuminen hoidettavan sairauden myötä</li> <li>-hoidettavan vaatimusten hyväksyminen</li> <li>-lähipiiri ei ymmärrä omaishoidon tarvetta</li> <li>-hoidettavan terveydentila</li> </ul>

## 6.1.1 Koetut arvot ja omaishoitajuus

Esitämme koetut arvot omaishoitajuudessa kootusti kuviossa 1.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<b>Läheiset:</b> -lähimmäisenrakkaus -perhe (lapset, lapsenlapset) ja lähipiiri (ystävät, naapurit) -parisuhde -yhteydenpito läheisiin (etäyhteydet mahdollistajana)	<b>Velvollisuudentunne:</b> -lähimmäisen rakkaus -myötä- ja vastamäki -ikäluokkaan liittyvät asenteet
<b>Oma hyvinvointi:</b> -itsestä huolehtiminen -itsekunnioitus -harrastukset -ulkopuolelta ja lapsilta saatu apu sisältäen omaishoidon vapaiden hoitojärjestelyt	

### KUVIO 1. Arvoihin liittyvä merkityssisältö ja sen osa-alueet omaishoitajuudessa

Omaishoitajat toivat keskusteluissa ilmi, että heidän arkensa on usein haasteellista ja itsestä huolehtiminen unohtuu helposti. Tässä kontekstissa korostui, että omaishoitajien tärkeimmät ihmissuhteet liittyvät omaan puolisoon ja perheeseen (yleisimmin lapset ja lasten perheet). Puolison ja perheen hyvinvointi koettiin kokonaisuudessaan omaishoitajien keskuudessa tärkeäksi. Myös ystävät ja naapurit muodostivat omaishoitajien elämässä tärkeän osan, vaikkei yhteydenpidolle ollut aina aikaa. Mutta kun aikaa löytyi, se osattiin myös positiivisessa hengessä käyttää:

*”-Nyt on kyllä... hyvä on tota, että pääset taas lepuuttamaan ja sitä omaa aikaa, ettei sitten pelkkää mitään kaappien puunausta tai mittään...! -Ei, mä lähen huomenna Ravintolaan syömään kaverin kanssa!” (T2/O4)*

Omaishoitajien keskusteluissa korostui lähimmäisen rakkaus ja avioliittoon perustuva huolenpitolupaus. Näihin arvoihin liittyen moni omaishoitaja kertoi kuitenkin tinkineensä omista tarpeistaan:

*”Minä taas ajattelen, että mulla on puolison kanssa niin pitkä – 56 vuotta oltu yhdessä ja jotenkin että, se on niin monia hyviä hetkiä ja hyviä kokemuksia, et se niinku kantaa, vaikka onkin nyt vaikea tilanne.” (T4/O4)*



Taustalla saattoi vaikuttaa myös ikäluokkasidonnaiset arvot ja asenteet, joita omaishoitajien tuottamissa kokemuksissa ilmeni:

*”Ja mulla on aika semmonen kynnys, että sitä on semmosta sukupolvea ollu, että pitää venyä ja venyä vaan.” (T4/O4)*

*”...että se ihminen on kuitenkin ollut joskus ja jos ei vieläkin rakkaampi, kuin ennen, että se täytyy muistaa, kuinka onnellinen oli, kun menin naimisiin ja sanoit tahtovansa. Niin kyllä sitä tahtoo vieläkin, että tämä on sitä omaishoitajuutta ja minä olen se läheisin henkilö.” (T5/O3)*

Vaikka puolison ja perheen hyvinvointi koettiin omaishoitajien keskuudessa tärkeäksi, saattoi se samalla tämän aineiston mukaan aiheuttaa kuormitusta. Mahdollinen kuormittuneisuus ilmeni omaishoitajien keskusteluissa negatiivisina merkityssisältöinä, joiden yhdistävänä tekijänä tämän aineiston perusteella oli velvollisuuden tunne. Omaishoitajia saattoi tämän lisäksi sitoa jo aikaisemmin mainitut ikäluokkaan liittyvät asenteet, lähimmäisen rakkaus ja muun muassa avioliittoon perustuva lupaus huolehtia puolisosista hyvinä ja huonoina aikoina:

*”Jos puolison velvollisuus on, että mun pitää hoitaa!” (T2/O1)*

*”Että mulla täytyy tähän joku... ja sitten vielä se, että kun toinen lähtee siis: että joutuu niinku yllättäen hoitoon. Vaikka oli ajatus, että eletään sitä luonnollista elämää ja minä yritän se yöt ja päivät ja kaikki... ja että järjestää niin, että meillä menis hyvin.” (T4/O2)*

*”Ja joskus voisi ajatella näin aviopuolisona, että se on velvollisuus, mutta se ei ole oikeastaan velvollisuus, vaan se on tahdon kysymys: tahdonko minä ja minä sanon tässä, että tahdon. Ihan samalla tavalla, kuin siellä alttarilla, mutta sitten sen muoto, että näin se suhde muuttuu, vaikka kuinka tahtoisi, niin silti täytyy myös nyt itse vastaanottaa apua ja hyväksyä se, että asiat muuttuu ja elää niissä ihanissa muistoissaan.” (T5/O6)*

Avun vastaanottamiseen lähipiiriltä tai lähipiirin ulkopuolelta liittyi omaishoitajien keskusteluihin perustuen erilaisia tulkintoja, jotka voivat olla kiinteästi yhteydessä omaishoitajien arvo maailmaan. Heidän kokemustensa mukaan ulkopuolelta saatu apu saattoi tukea omaishoitajana jaksamista, vaikka sen vastaanottaminen ei välttämättä ollut aina mutkatonta.

*”Ja kun 40 vuotta on suurin piirtein yhdessä ollut, niin se on sitä yhteistä taivalta... Lasten kautta ja ystävien kautta ja muiden kautta myös se omaishoitajana jatkaminen on helpompaa. Ja sitten vielä lisäksiin tuohon, että nyt saa kyllä tukea, että on mahdollista saada kaupungilta tukea ja muualtakin. Ja että mulla on tuo kiva hoitaja touhuamassa miehen kanssa, niin sehän auttaa paljon ja merkitsee paljon, että ei ole yksin.” (T3/O2)*

Esimerkiksi omaishoidon vapaiden hoitojärjestelyt antoivat joillekin omaishoitajille luvan hengähtää hoitotyöstä. Etenkin perhehoito koettiin omaishoitajien keskusteluissa onnistuneeksi omaishoidonvapaiden järjestelytavaksi:

*”Ja ne on niinku täysihoidossa (omaishoidon vapaat perhehoidossa), ne saa kaikki palvelut, että tavallaan se voittaa kotiolut! Et siinä ollaan aina paikalla ja niitä viedään saunaan ja lenkille ja on harrastuksia. Ja mää soitin hänelle niin hän sano, et täällä on ihan kivaa!” (T2/O5)*

*”No voisin sen verran nyt sanoa, että kun olen saanut virkistysvapaa-aikaa 3 tuntia viikossa ja mennä omaan harrastukseen, niin se on tosi iso juttu. Ja kun harrastus loppuu, niin saan käytyä kauppa-asioilla ja hammaslääkärissä ja sun muuta. Kun olin käyttänyt osan omaishoidon vapaista lauantaina sillä lailla, että olin koko päivän töissä, niin se on sellainen, minkä itselleen suo ja jossain vaiheessa mietin, että onko se ihan jo se tarve, mutta hyväksi se on osoittautunut.” (T3/O3)*

Kaikille tapaamisissa mukana olleille omaishoitajille omaishoidon vapaiden hyödyntäminen ei ollut yhtä helppoa tai omaishoidon vapaita ei voitu hyödyntää lainkaan. Syynä yleisimmin saattoi olla hoidettavan suostumattomuus lähteä sijaishoitopaikkaan:

*”En mä oo näitä vapaa... omaishoidon vapaita pitänyt tänä vuonna ... No se kun hän oli julkisen laitoshoidon yksikössä, että siellä terveystieteiden keskuksen jatkeena pitäisi mennä laitoshoidon yksikköön, mutta hän ei olisi millään lähtenyt, ei millään lähde kun tuo ... Sekin on sellainen tenkapoo.” (T4/O4)*

Osa omaishoitajista ei ollut hakenut omaishoidon tukea tai saanut myönteistä omaishoidon tuen päätöstä. Oman ajan järjestäminen saattoi tällöin olla aineiston mukaan vain satunnaista ja riippua hoidettavan terveydentilasta:

*”Ainoa mikä oli tänä kesänä kun mä olin yksin, kun puoliso oli sairaalassa.-- niin kolme päivää mä olin sillon; kaks yötä mä olin yksin. Mä nautin siitä olostani! Jo se oli mulle kun mä sain olla kaks yötä ja kolme päivää yksinään. --Niin mä vaan sen halusin kertoa, että ihan kolme päivääkin, kun mä saisin olla itekseen, niin mä nauttisin siitä! Niin vähästä.” (T2/O1)*

Vaikka omaishoitajien koettu arki oli tämän aineiston perusteella vaihtelevan haasteellista ja aikaa itsestä huolehtimiselle oli rajallisesti, oma hyvinvointi koettiin kuitenkin tärkeäksi:

*Tässä mä oikeestaan tein tämmösen niinku lauseen vaan, että kelle tahansa, joka hoitaa läheisiään; ”Olet arvokas ja tärkeä, välität läheisistäsi, muista myös välittää itsestäsi”. (T1/O4)*

Aineistosta nousi esiin erityisesti itsestä huolehtimisen, itsekunnioituksen, harrastusten tärkeys sekä ulkopuolisen avun rooli oman hyvinvoinnin kokemuksessa. Käymme seuraavassa kappaleessa läpi itsestä huolehtimisen keinoja, jotka kuvaavat tarkemmin omaishoitajien koettua arvojen mukaista toimintaa.

## 6.1.2 Arvojen mukainen toiminta omaishoitajien kokemana

Esitämme kootusti arvojen mukaisen toiminnan omaishoitajien kokemana kuviossa 2.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<p><b>Itsestä huolehtiminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-oma hyvinvointi</li> <li>-oma aika (omaishoidon vapaat)</li> <li>-harrastukset</li> <li>-itsemyötätunto</li> <li>-hyvien asioiden muistelu</li> </ul> <p><b>Sosiaaliset suhteet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-parisuhde</li> <li>-muut ihmissuhteet</li> <li>-avun vastaanottaminen</li> </ul>	<p><b>Oman ajan puute:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-omasta hyvinvoinnista huolehtiminen</li> <li>-omaishoitajan oman ajan mahdollistavat tilanteet vähäisiä</li> <li>-omaishoidon vapaat eivät toteudu</li> <li>-sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen haasteet</li> <li>-hoidettavan heikko tilanne vaikeuttaa hoitajan tilannetta</li> </ul>

KUVIO 2. Arvojen mukaiseen toimintaan liittyvä merkitysisältö ja sen osa-alueet omaishoitajilla

Aineistostamme nousi esiin keinoja, joilla omaishoitajat huolehtivat itsestään ja edistivät omaa hyvinvointiaan. Näitä olivat muun muassa oman ajan ottaminen, harrastukset, itsemyötätunnon harjoittaminen ja hyvien asioiden muistelu. Kuten jo aikaisemmin totesimme, omaishoitajat kokivat omasta hyvinvoinnista huolehtimisen tärkeäksi. He saattoivat havahtua siihen esimerkiksi itseään kuuntelemalla:

*”Itselleni ainakin sain paljon tästä, sillä lailla että mä huomaan monia asioita ... että pitää hoitaa itseä enemmän. Ja tietääkin tämän, että sellaisia hyviä asioita.” (T2/O1)*

*”Kun on puhuttu tässä siitä, että tuota nyt on niinku ollu pakko kiinnittää huomiota siihen omaan jaksamiseen ja omaan terveyteen.” (T2/O2)*

*”Olen opetellut olemaan kotona ja olen huomannut, että se on todella tärkeää, että ja kun vein hänet sinne, niin mulla oli puristava tunne rinnassa, mutta kun tulin kotiin, niin se laukesi. Kotona oleminen on todella tarpeen ja olen sen viikon kotona ja puoliso on säännöllisesti intervallissa. Mä en ole käynyt kertaakaan, enkä aio käydä intervallin aikana kertaakaan katsomassa.” (T5/O6)*

*”Se elämä on nyt tätä, että on se joskus ollut onnellista ja mukavata, mutta tällaisia koittaa noukia sieltä menneisyydestä ne hyvät puolet ja muistella niitä.” (T5/O5)*

Itsestä huolehtimisen osalta seuraavan kaltainen näkemys toistui useamman omaishoitajan puheenvuorossa hoidettavaan liittyen:

*”Omasta itsestä huolehtiminen on äärettömän tärkeää, muuten ei jaksa sitä toista.” (T2/O5)*

Tähän tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat olivat aktiivisia harrastamaan, jos sille muodostui hoitotyön rinnalla mahdollisuus. Vapaa-ajan harrasteet valikoituivat omaishoitajien omien mielenkiinnon kohteiden mukaisesti, ja sen mukaan mikä tuntui heistä itsestä hyvälle:

*”--mä oon osannu ottaa niinku itelleni aikaa ja mä olen kans tai niinku käyny teatterissa, et siitä on niinku nauttinu siinä vaiheessa--” (T1/O5)*

*”-Mitä aiotte tänään tai tällä viikolla vielä tehdä? - No minulle tässä tuli aika monta asiaa mieleen, mutta sauvakävellessä eilen oikeastaan sieltä kampaajalta tullessani ajattelin, että sitä pitäisi ihan päivittäin päästä harrastamaan ja siivota tämä kirjoituspöytä, kun se on täynnä tavaraa... Ja tuota keittää kasviskeittoa ja sitten tutkia tuo vaatehuone, joka on pullollaan ja sitten minä sain hierojalle ajan, kun tuntuu, että niskat on jumissa... Ja sitten joulukortteja on vielä kirjoittamatta. Ja sitten ... on yksi muistisairas ystävä, jota pitäisi keretä käydä tapaamassa maskin kanssa. No nuo nyt ainakin. (T3/O2)*

Moni omaishoitaja puhui itsemyötätunnosta ja oli tunnistanut itsemyötätunnon merkityksen omalle hyvinvoinnilleen. Omaishoitajat korostivat keskusteluissaan muun muassa armollisuutta itseä kohtaan, josta he myös muistuttivat toisia ryhmäläisiä:

*”- No mä olen vähän huono oppilas kun...*

*- Hei, sä et saa manata itseäsi!*

*- Niin itsemyötätunto!*

*- Hei, mutta sallikaan mulle nyt nämä ajatukset, mitä mulla on! (naurua ryhmässä)” (T1/O2, O1, O4, O1)*

Aineistosta nousi esiin myös sosiaalisten suhteiden ylläpidon merkitys. Ystävien tapaaminen ja toimiva parisuhde olivat monelle omaishoitajalle tärkeitä asioita elämässä. Negatiivisesti itsestä

huolehtimiseen ja hyvinvointiin vaikutti omaishoitajien keskusteluissa erityisesti oman ajan puute. Omaishoitajan oman ajan mahdollistavia tilanteita ei välttämättä ollut, esimerkiksi omaishoidon tukeen liittyvät lakisääteiset vapaapäivät eivät aina toteutuneet. Oman ajan puuttuessa myös sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen saattoi hankaloitua omaishoitajien kokemuksissa. Ulkopuolisen avun vastaanottaminen (tätä merkityssisältöaihepiiriä avattiin tarkemmin jo edellisessä arvoja koskevassa alaluvussa 6.1.1) kuvattiin omaishoitajien keskusteluissa sekä myönteisessä että kielteisessä asiayhteydessä. Keskusteluissa nousi esiin huoli tulevaisuudesta ja mahdollisesta avuntarpeen lisääntymisestä:

*”Et on vielä niinku jaksanu, et mä en tiedä miten myö sitten pärjätään, kun ei tuota niin, enää jaksu kävellä niitä (portaita), että...” (T4/O5)*

Lisäksi hoidettavan heikentynyt terveydentila saattoi vaikeuttaa omaishoitajan mahdollisuutta huolehtia omasta hyvinvoinnistaan:

*”Mutta tota, tää on tää elämä ihan kaoottista oikeestaan, kun aattelee. Se on se muistihomma, kun se on niin huono, kun se kerta kaikkiaan voi olla.” (T2/O4)*

### 6.1.3 Omaishoitajien kokemat tietoisuustaidot

Kuvasimme omaishoitajien kokemat tietoisuustaidot kootusti kuviossa 3.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<b>Omaan jaksamiseen liittyvien tekijöiden tunnistaminen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-tietoinen läsnäolo eri tilanteissa</li><li>-tunnetilat</li><li>-hoidettavan tilanne</li><li>-huumori</li><li>-omaishoitotyön kuormittavuus</li><li>-stressinsietokyky</li></ul>	<b>Omaa jaksamista heikentävät tekijät:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-epäselvyys tulevasta</li><li>-mahdollisuus ennakoitiin vähäistä</li><li>-oma terveydentila</li><li>-hoidettavan terveydentila</li><li>-myötätunnon puute</li><li>-fyysinen ja psyykinen väsyminen</li><li>-negatiivisten tunteiden hyväksyminen</li></ul>
<b>Myötätunto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-armollisuus itseä ja muita kohtaan</li><li>-oma ikääntyminen</li><li>-empatia</li></ul>	<b>Marttyyrius:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-omaishoidon kuormittavuuden kieltäminen</li><li>-huumorilla suhtautuminen</li><li>-ansaitseeko kaikkea hyvää?</li></ul>

KUVIO 3. Tietoisuustaitojen merkityssisältö ja sen osa-alueet omaishoitajilla

Omaan jaksamiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen koettiin omaishoitajien keskusteluissa tärkeäksi. Aineistomme perusteella tähän vaikuttivat sekä hoidettavan kulloinkin tilanne että omaishoitotilanteeseen liittyvä kuormittavuuden kokemus. Myös omien tunnetilojen ja muun muassa väsymyksen tunnistamisen vaikutukset itseän, hoidettavaan omaiseen ja muihin ihmisiin vaikuttivat omaishoitajien jaksamisen kokemukseen:

*"No kyllä minä olen melko ankara itseäni kohtaan ja siinä on parantamista, kun joku asia jää tekemättä, niin se on semmonen vaikea. Aina en sitä tuo esille muuta ku omassa päässäni, siinä on varmaan parantamisen varaa." (T4/O1)*

*"Niin, ja mää huomasin, että mä alan kauheen kärsimättömäks ja sit mä en itelleni anna anteeks sitä, jos mä töksäyttelen, kun se ei kuulu mun luonteeseen. Mutta mä huomasin, jos ihminen väsy, niin sit tulee vähän semmoseks ilkeeks suoraan sanottuna. Mut sitten mää huomasin, et nyten sai taas levätä niin on kun eri ihminen." (T2/O5)*

Negatiiviset ajatukset ja myötätunnon puute sekä itseä että muita kohtaan saattoivat heikentää tämän aineiston perusteella omaishoitotilanteisiin suhtautumista:

*"Et niinku pää niinku, on niin täynnä, että ei jaksaa ees sitä itsemyötätuntoa siihen lisätä." (T1/O2)*

*”Kun me niin helposti käännytään itteemme vastaan ja ruvetaan arvosteleen ja...” (T2/O5)*

Vaikeita asioita kohdattiin myös omaishoitajien kokemuksissa huumorin keinoin, vaikka osittain tämä saattoi kääntyä omaishoitajien vertaistukiryhmien tapaamisissa omaishoitotilannetta vastaan. Marttyyriyden käsite on kärjistävä, mutta sen avulla pyrimme kuvaamaan niitä omaishoitajien keskusteluissa nousseita tilanteita, joissa omaishoidon kuormitusta ei otettu vakavasti sekä omaa itseä ja omia tarpeita vähäteltiin. Huumori koettiin kuitenkin myös positiiviseksi keinoksi omaishoitajana jaksamiselle:

*”--puoliso ei muista yhtään, vaikka kuinka suur vänkä tulee, niin se sanoo mulle, että minä en sitten puhu mitään. Ollaan suutuksissa. Mä sanon, että kyllä se vaan passaa. Niin minuutti menee ja se alottaa, siitä samasta jatketaan! (Naurua)” (T2/O4)*

*”Että vissiin kotiolot voittaa (omaishoitaja kuvasi perhehoitoa omaishoitajan vapaiden ajalta).” (T4/O3)*

Tässä yhteydessä käsitelimme myös myötätuntoa. Aineistomme perusteella omaishoitajat kokivat, että myötätuntoinen armeliaisuus itseä ja muita kohtaan saattoi auttaa omaishoitajia jaksamaan. Myönteinen suhtautuminen omaan ikääntymiseen auttoi mahdollisesti suhtautumaan myönteisesti myös omaishoitajuuden vaatimukseen:

*”Vanhennutaan kaikki ajallamme...Se kuuluukin meidän vanhuuteen, että muisti menee vähän.” (T2/O1)*

## 6.1.4 Koettu hyväksyntä omaishoitajuudessa

Kuvasimme koetun hyväksynnän omaishoitajuudessa kootusti kuviossa 4.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<b>Omaishoitajuuden roolin hyväksyminen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-hoidettavan terveydentilan hyväksyminen</li><li>-ulkopuolisen avuntarpeen hyväksyminen</li><li>-eläminen senhetkisen tilanteen mukaisesti</li><li>-optimismi</li><li>-omaishoito elämäntapana</li><li>-tilanteiden vaihtuvuuden hyväksyminen</li></ul>	<b>Omaishoitajuuden vaihtelevat vaatimukset:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-omaan pärjäämiseen uskominen</li><li>-tilanteiden vaihtuvuuden hyväksyminen</li><li>-ulkopuolisen avun tarve</li><li>-elämän rytmin muuttuminen hoidettavan sairauden myötä</li><li>-hoidettavan vaatimusten hyväksyminen</li><li>-lähipiiri ei ymmärrä omaishoidon tarvetta</li><li>-hoidettavan terveydentila</li></ul>

KUVIO 4. Koettu hyväksynnän merkityssisältö ja sen osa-alueet omaishoitajuudessa

Tutkimusaineistomme mukaan hyväksynnän merkityssisällön osa-alueet konkretisoituivat omaishoitajien kokemuksissa sen hetkiseen elämäntilanteeseen ja hetkessä elämiseen. Tämä saattoi olla negatiivista ja vaikuttaa omaishoitajan koettuun jaksamiseen:

*”Ja koita nyt saava jotaki päiväksi apua tai jotain, mutta se yö ei hyövy... yöhän se vaikein on. Päivän jaksan.” (T4/O4)*

Omaishoitajien keskusteluissa ilmeni myös positiivisia asiayhteyksiä sen hetkiseen elämäntilanteeseen liittyen:

*”No meillä nyt on tätä arkea harjoiteltu ja aika hyvin siinä on päästykin alkuun.” (T4/O3)*  
*”Ja tota, mun lapsen ... kanssa, niin tota nyt eletään kanssa vähän semmosta tota hyvää vaihetta sikäli, että kaljottelu on jäänyt nyt vähemmälle ja kun on kova työnhaku meneillään ja katotaan taas, mutta semmosta päivä kerrallaan elelyä on oikeestaan se.” (T1/O3)*

Hyväksyntä arkiseen hoitotyöhön ja hoidettavan tilanteeseen liittyen saatettiin ilmaista omaishoitajien kokemuksissa myös epäsuorasti:

*”Ja kohta kysyy uudestaan, että kuka ihme sinä olet ja mitä sinä täällä teet. Samaa taas sanoin ja selvitan siinä sitten, että minä ohjaa sinua ja katson sinun lääkkeit. Mutta hyvinhän meillä on mennyt...” (T5/O5)*



*”Mutta nyt mennään näin ja katotaan tässä sitten.” (T4/O3)*

Aineistomme perusteella omaishoitajan roolin hyväksymiseen liittyi etenkin konkreettisia ja arkisia asioita. Omaishoitajat korostivat keskusteluissaan, että jokapäiväisessä elämässä oli huomioitava ensisijaisesti hoidettavan terveydentila ja sen muutokset. Lisäksi ulkopuolisen avun tarve oli hyväksyttävä nyt tai tulevaisuudessa omaishoitajuuden mahdollistajana. Tapaa-  
misissa keskusteltiin ja jaettiin kokemuksia muun muassa vanhuspalvelujen mahdollisuuksista sekä neuvottiin toisia omaishoitajia niiden hakemisessa:

*”Mutta kuka on palveluohjaaja? Onko hän joka... nyt on taas tässäkin se semmonen, että tuota niinku kunnan taholta... tarkotatko sää sitä?” (T4/O2)*

*”-Mikä se paikka on?*

*- Onks se yksityinen?*

*- Intervallihoito.*

*- Mut missä se on?*

*- Se on perhehoito. Kaupungilla on kolme tämmöstä paikkaa ja ne on ne parhaat paikat.” (T2/O1, O2, O5, O2, O5)*

Vaikka ulkopuolinen apu tuki aineiston mukaan omaishoitajien koettua jaksamista, se myös saattoi haastaa omaishoitajuutta muun muassa siten, että ulkopuolista hoitohenkilökuntaa oli päästettävä omaan kotiin ja jaettava mahdollisesti hoitovastuuta toisen tahon kanssa. Omaishoitajien keskusteluista ilmeni, että ajankohtaista saattoi olla myös hoidettavan siirtyminen pitkäaikaiseen laitoshoitoon nyt tai tulevaisuudessa:

*”Kyllä mä olen jonkin verran miettinyt ja sit se tulee semmonen vaan semmonen vaikee olo, että... kun meillä ei lähtis mihinkään semmoseen intervallihoitoonkaan, eikä... sitten pitäis lähteä kokonaan pois...” (T4/O4)*

Optimistinen suhtautuminen omaishoitajuuteen auttoi keskusteluaineiston perusteella omaishoitajia hyväksymään arkeen liittyviä haasteita, mutta omaishoitajuuteen liitettiin myös omaishoitajien kokemuksissa monia edellä mainittuihin tekijöihin liittyviä vastakkaisia vaatimuksia. Nämä saattoivat aineistomme mukaan heikentää omaishoitajien hyväksynnän kokemusta. Eläminen hoidettavan sairauden ehdoilla saattoi aiheuttaa huolta omasta selviytymisestä omaishoitajana. Tämän lisäksi omaishoitajuuteen saattoi sisältyä jatkuvaa valmiustilassa elämistä sekä tilanteiden ja elämänrytmin muutoksia. Omaishoitajien kokema lähimpiin vähättelevä tai

tietämätön suhtautuminen omaishoitotilanteeseen mahdollisesti heikensi myös omaishoitajuuteen liittyvää hyväksynnän kokemusta:

*”Mää huomaan omasta lapsestani, se on nyt aikuinen --, mutta mä huomaan, että se pitää vanhempaansa niinku... se ei niinku tajua, miten paljon se on pois tästä elämästä jo.” (T2/O1)*

*”Olla ja tehdä niin paljon kuin suinkin jaksaa, siis tota tämmösessäkin tilanteessa, että tututkin sanoo vaan, että koita nyt jaksaa.” (T4/O4)*

Omaishoitajan omaa hyväksynnän kokemusta saattoi aineiston mukaan heikentää epävarmuus tulevasta ja hoidettavan terveydentilan muutoksista sekä näihin liittyvä mahdollisten ennakoitumahdollisuuksien puuttuminen. Huolta omaishoitajien hyväksynnän kokemisessa aiheutti myös oma terveydentila ja usko omaan pärjäämiseen. Keskusteluissa nousi esiin myös omaishoitajuuteen liittyvän jatkuvan hälytysvalmiuden kokemus, joka koettiin kuormitusta aiheuttavana tekijänä:

*”Mulla on niinku koko ajan semmonen jännitys päällä: minä haluaisin tehdä hänen puolestaan, vaikken pysty tekemään. Että tuota, se jotenkin rassaa.” (T2/O2)*

Jatkuva hälytysvalmius voitiin kuitenkin hyväksyä osaksi omaishoitajuuden kokonaisuutta:

*”--kyllähän se niinku tavallaan se omaishoitajuus on sitä, mutta tuota niin niin, se että tiedostaa sen.” (T2/O3)*

## 6.2 Muut omaishoitajien tuottamat merkityssisällöt

Omaishoitajien vertaistukiryhmien keskusteluissa toistuivat myös muut kuin psykologisen joustavuuden osa-alueisiin liittyvät merkityssisällöt. Aineistolähtöisesti omaishoitajien kokemuksissa korostuivat etenkin vertaistuki, OMApolku-verkko-ohjelma sekä vallitseva COVID19-pandemiatilanne. Omaishoitajien tuottamat muut merkityssisällöt kuvaamme kokonaisuutena taulukossa 9. Avaamme näitä omaishoitajien kokemuksia tarkemmin seuraavaksi.

TAULUKKO 9. Koetun vertaistuen, OMApolku-verkko-ohjelman ja COVID19-pandemian merkityssisällöt omaishoitajien tuottamina

Muut omaishoitajien tuottamat merkityssisällöt	Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
Vertaistuki	<p><b>Samankaltainen elämäntilanne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-vertaisuus, et ole yksin</li> <li>-vaikeiden ajatusten jakaminen</li> </ul> <p><b>Vertaistukiryhmätoiminta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ryhmän toimintaperiaatteet</li> <li>-vastavuoroisuus ja läsnäolo</li> <li>-vertaistukiryhmätoiminnan voima</li> </ul>	<p><b>Samanlainen, mutta erilainen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-vertaistuen saamiselle ei ole yhtäläiset edellytykset</li> <li>-ihmisten erilaisuus</li> </ul>
OMApolku-verkko-ohjelma	<p><b>OMApolku-ohjelma omaishoitajuuden tukena:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-helppokäyttöisyys</li> <li>-etappien selkeys ja ymmärrettävyys</li> <li>-yhdistäminen omaan elämäntilanteeseen</li> <li>-entuudestaan tuttuja asioita</li> <li>-ryhmätoimintaa täydentävä tekijä</li> <li>-ei aikasidonaisuutta käyttämiselle</li> </ul>	<p><b>Oman ajan rajallisuus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-vähentyneet mahdollisuudet OMApolun käyttöön</li> <li>-ajankohdan esteet</li> <li>-ohjelmassa käsiteltyjen asioiden unohtuminen arjessa</li> </ul>
COVID19-pandemia	<p><b>COVID19-pandemian tuomat mahdollisuudet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ryhmätoimintaan osallistuminen</li> <li>-sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen</li> <li>-ajankäyttö</li> <li>-etäkontaktit</li> <li>-kotiolojen rauhoittuminen</li> </ul>	<p><b>COVID19-pandemian rajoittavat tekijät:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-konkreettisen tuen tarve</li> <li>-ryhmätoimintaan osallistumisen esteet</li> <li>-hyvinvoinnista huolehtiminen</li> <li>-sosiaalisten kanssakäymisten väheneminen (rajoitukset)</li> <li>-huoli tulevaisuudesta</li> <li>-digiosaamisen haasteet ja vähäinen käyttö</li> </ul>

## 6.2.1 Koettu vertaistuki

Omaishoitajien kokeman vertaistuen kuvasimme kootusti kuviossa 5.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<b>Samankaltainen elämäntilanne:</b> -vertaisuus, et ole yksin -vaikeiden ajatusten jakaminen	<b>Samanlainen, mutta erilainen:</b> -vertaistuen saamiselle ei ole yhtäläiset edellytykset -ihmisten erilaisuus
<b>Vertaistukiryhmätoiminta:</b> -ryhmän toimintaperiaatteet -vastavuoroisuus ja läsnäolo -vertaistukiryhmätoiminnan voima	

KUVIO 5. Koettu vertaistuen merkityssisältö ja sen osa-alueet omaishoitajilla

Tulkintamme mukaan omaishoitajien vertaistuen kokemus liittyi pääosin Verkosta voimaa ja vertaistukea- hankkeen vertaistukiryhmätoimintaan. Koetun vertaistuen merkityssisällön osa-alueet jakautuivat aineistomme perusteella samankaltaiseen elämäntilanteeseen sen positiivissa ja negatiivisissa merkityksissä sekä vertaistukiryhmätoimintaan.

Omaishoitajat puhuivat tapaamisissa siitä, mitä vertaisuus on ja mikä vertaisia omaishoitajia yhdistää. Samankaltainen elämäntilanne ja sitä kautta muodostuva ymmärrys ilmeni monissa omaishoitajien keskusteluissa: samankaltaisessa tilanteessa oleva omaishoitaja voi ymmärtää toista samassa tilanteessa olevaa omaishoitajaa. Elämäntilanteiden samankaltaisuutta saatettiin aineistossa kuvata monella eri tavalla:

*”Joo! Se nimenomaan on kanssa helpottanu, et mä aika paljon huomaan, että samanlaiset on – samanlaisia on nämä, niinku on sanottuki toisillemme tässä, että meillä on samanlaista, ku teillä... niin se jotenkin niinku helpottaa, että se on sitten normaalia, etten mä ite aattele vaan näin.” (T2/O1)*

*”Saa avautua ryhmässä siitä, mistä ei voi muualla puhua ja tietää, että tämä on tuttua ja että tämä tiedetään, että kaikilla on se sama tilanne.” (T5/O3)*

*”Ja se, että kokee, että minä en ole tässä ainoa, että on paljon muitakin ja selviää ja jaksaa. Ja sitten sitä avoimuutta, että tässä ryhmässä on voitu avoimesti keskustella ja kertoa myös muille, että kannattaa mennä tämmösiin ryhmiin. Ja ollaan voitu avoimin mielin kuunnella, mitä muilla on, niin oppii itsekin.” (T3/O2)*

Omaishoitajien elämäntilanteiden samankaltaisuutta kuvattiin myös toisesta näkökulmasta. Henkilö, joka ei jaa samankaltaista elämäntilannetta, ei voisi omaishoitajien kokemusten mukaan ymmärtää omaishoitotilanteen vaatimuksia:

*”...niin se jo se asia yhdistää sillä lailla, että on niin helppo jutella. Ei tarvii yhtään väentää rautalangasta, toinen ymmärtää heti, että tuo tarkoittaa nyt tota ja mulla on kans näin. Niin se on mahottoman; se on semmonen voimavara, se on voimaannuttava juttu, että tapaa ihan samassa tilanteessa olevia. Kun sitten jos tapaa noita, joilla ei oo tää tilanne, niin ne ei niinku oikein ymmärrä!” (T2/O5)*

Vertaisuutta ja ymmärrystä toisen omaishoitajan kokemuksia kohtaan tuotettiin tämän aineiston perusteella myös vähäisin sanoin läsnäolevissa omaishoitajaryhmissä. Omaishoitajien toisilleen osoittama myötäily keskustelun lomassa ilmeni vertaisryhmätapaamisissa esimerkiksi näin:

*”-Kävelee ja sillei, ne heti näki sitten että mitä se liikkuminen on. Et tuota saunassa ei oo enää käyty. Hän käy nyt suihkussa ja vähän kun ei oo apua, niin minä sanoin, että minä en ota stressiä siitä.*

*-Kyllä.*

*-Hyvä!”*

*(T2/ O3, O5, O2)*

*”-Ja sitten justiin kun muillakin on näitä samoja ongelmia, niin...*

*-Joo, nimenomaan.” (T2/O4, O1)*

*”-Että mullekin alkaa tehdä jo ne raput vaikeeta, niin tuota... Lapsi aina sanoo, että et saa... kyllä sun täytyy jotakin keksiä... että et sää saa ruveta passaamaan, että sää joka kerran juokset, kun...*

*-Niin! Ihan totta.” (T4/ O4, O1)*

Omaishoitajien keskusteluissa vertaistueksi tulkitsemaamme kiinnostusta osoitettiin myös toisten ryhmäläisten elämäntilanteisiin esimerkiksi tarkentavilla lisäkysymyksillä:

*”Jaksat sää olla, vaikka puoliso tuiskis, jaksat sää olla sellanen hyväntuulinen? Jaksat sä aina olla?” (T2/O1)*

Omaishoitajien keskusteluissa jaettiin ajatuksia myös siitä, että kukaan ei ole yksin omaishoidon tilanteessa. Aineiston perusteella omaishoitajat kokivat, että vaikeista asioista kertominen toiselle voi auttaa:

*”Kyllä mä aattelen, että me ollaan semmonen niinku --omaisten tai läheisten tämmönen ryhmä, sillä lailla, että... et mulla ainakin on niinku ollu arvokasta se, että ollaan... meillä on kuitenkin jotain yhdistäviä tekijöitä, mitä ei normaalisti ihmisillä ole. Ja meidän on helppo puhua ja kertoa, toisillemme jakaa sitä... sanoo niinku, et mikä se oikeesti se kissa tässä pöydällä on, mikä on se, ne asiat mitkä on niinku hankalia elämässä, joiden kanssa ollaan tekemisissä.”(T1/O6)*

*”Saa avautua ryhmässä siitä, mistä ei voi muualla puhua ja tietää, että tämä on tuttua ja että tämä tiedetään, että kaikilla on se sama tilanne.” (T5/O3)*

Toinen keskeinen vertaistuen osa-alue omaishoitajien keskusteluissa oli vertaisryhmätoiminta. Omaishoitajat keskustelivat tapaamisissa muun muassa vertaisryhmätoiminnan toimintaperiaatteista, anonymiteetistä ja luottamuksellisuudesta:

*” siis se oli musta hyvä, että täällä ei sanottu niinku ammattia tai sitä oikeeta taustaa, mistä sä, mistä minä tulin. Mä silloinkin, jotenkin silloinkin sitä että, koska jos mä sanoisin ammattini, en oo ryöväri, niin tota monelle niinku nousee karvat pystyyn tai tulee... useemmille tulee kurja... tai niille tulee semmonen olo, et ne sanoo et: Voi ei, tommone ammatti! Niin se aiheuttaa sen, että minulle tulee paha olo. Niin musta se oli ihanaa ja sitten sekin oli ihanaa, että ei sanottu sitä koko nimee, mä en edes kattonu oliko siinä jossakin listassa se kokonimi, mä en sitä, koska mullahan on sellanen nimi, että heti tiiätte kuka mä oon, jos mun nimi sanotaan. Meitä on niin vähän Suomessa, meidän nimisiä. Että, sekin oli mun mielestä semmonen niinku, että, että ei sanottu sitä. Vaikka ei se asiaa pahenna, mutta se antaa jonkunlaista, sanoisinkohan mä turvaa tai jotain. Vaikka kuinkakin ne asiat, mitä täällä kerrotaan, niin niitä ei kerrota kolmansille, mutta siltikin mä koen, että se on hyvä, että niitä ei sanottu.” (T1/O1)*

Etätoteutetussa omaishoitajien ryhmätapaamisessa henkilökohtaista tilaa ja tunnistamattomuutta voitiin säädellä myös kameran käytöllä:

*”Minä nautin tästä kasvottomana olemisesta, mutta että voin laittaa sen päälle, että mulla on tämmönen apinasuodatin tässä päällä.”(T3/O3)*

Vertaistukiryhmän toiminta perustui omaishoitajien mukaan myös vastavuoroisuuteen, joka ilmeni omaishoitajien kokemuksissa tasapuolisena osallistumisena ryhmän keskusteluissa:

*”Ja tuota, nämä ryhmätapaamiset, niin näistä on saanut niin paljon voimavaroja, että joka kerta tämän jälkeen on niinku virtaa täynnä ja jaksaa taas seuraavaan hetkeen.” (T3/O1)*

*”Nää nyt on ollut, nää keskustelut on ollu musta kaikkein parhaita. Kun jokainen keskustelee ...”  
(T4/O5)*

Aineistomme mukaan omaishoitajat pystyivät mahdollisesti tuomaan keskusteluihin oman kokemuksensa:

*”...mitä mä mitä mä, tota voisin kertoa, niin oman tarinani, en sen enempää.” (T1/O2)*

Omaishoitajat kuitenkin totesivat keskusteluissaan sen, että vertaistuki ei ole kaikkien omaishoitajien saavutettavissa:

*”Mutta tää on kuulkaa niin laaja piiri, että tää työ mitä me tehdään, että ihmiset ei uskalla tulla mukaan tänne, että me ollaan vaan se ko jäävuoren huippu. Et ku tää tekis hyvää mahdollisimman monelle tulla.” (T1/O5)*

Omaishoitajien vertaistuen kokemukseen saattaa myös aineistomme mukaan vaikuttaa yksilölliset erot arvoissa ja asenteissa. Vertaistukea ei voida omaishoitajien kokemusten perusteella irrottaa ihmisen yksilöllisestä arvomaailmasta:

*”-Ja tuota niin, kannattaako sun joka päivä käydä siellä sitten?  
-Totta kai! Että mä... että mä nään ees hänet ennään (itkua). Kun se ei pitkä matka oo.”  
(T3/O1, O2)*

## 6.2.2 Kokemukset OMApolku-verkko-ohjelmasta omaishoitajan tukena

Omaishoitajien kokemukset OMApolku-verkko-ohjelmasta omaishoitajan tukena on kuvattu kootusti kuviossa 6.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<b>OMApolku-ohjelma omaishoitajuuden tukena:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-helppokäyttöisyys</li><li>-etappien selkeys ja ymmärrettävyys</li><li>-yhdistäminen omaan elämäntilanteeseen</li><li>-entuudestaan tuttuja asioita</li><li>-ryhmätoimintaa täydentävä tekijä</li><li>-ei aikasidonaisuutta käyttämiselle</li></ul>	<b>Oman ajan rajallisuus:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-vähentyneet mahdollisuudet OMApolun käyttöön</li><li>-ajankohdan esteet</li><li>-ohjelmassa käsiteltyjen asioiden unohtuminen arjessa</li></ul>

KUVIO 6. Koetun OMApolku-verkko-ohjelman merkityssisältö ja sen osa-alueet omaishoitajilla

OMApolku-verkko-ohjelman käytön merkityssisällön osa-alueet omaishoitajien keskusteluissa ilmenivät positiivisessa mielessä omaishoitajuutta tukevana tekijänä:

*”OMApolulla olen käynyt oikein urakalla ja hyvä että se on jatkossakin käytettävissä, että kyllä se on hyvin tuttua tarinaa mitä sieltä tulee.” (T5/O6)*

Omaishoitajien OMApolku-verkko-ohjelman käyttöön saattoi negatiivisesti vaikuttaa omaishoitotilanteen aiheuttama oman ajan rajallisuus:

*”Joo en mitenkään oo kerinny, että...” (T2/O4)*

OMApolku-verkko-ohjelman käyttöön yhdistettiin positiivisia kokemuksia liittyen etenkin sen helppokäyttöisyyteen sekä etappien selkeyteen ja ymmärrettävyyteen:

*”--Siitä kuitenkin määhän kuitenkin pääsin jyvälle et, mistä puhutaan.” (T4/O3)*



OMApolku-verkko-ohjelman sisältämät etapit koettiin olevan helposti yhdistettävissä omaan elämäntilanteeseen. Omaishoitajat kokivat, että ohjelma sisälsi myös entuudestaan tuttuja asioita:

*”Ja tossa, aattelin tosta – tosta, tästä polusta, että tuota kun luin, luin siitä myötätunnosta: mä aattelin, et itelle tuli niinku just nappiin.” (T2/O2)*

*”Mutta olihan siellä oikein hyviäkin pointteja. Mutta paljon tuttuakin kyllä.” (T4/O4)*

Omaishoitajien kertomusten perusteella OMApolku-verkko-ohjelma koettiin ryhmätoimintaa täydentävänä tekijänä ilman aikarajoitteita:

*” Mä ajattelen, että se OMApolku kyllä hyvin täydentää tätä silleen, että sitä voi rauhassa sulatella ja miettiä ja tuota sitä vitososaa olen useammankin kerran käynyt miettimässä ja katsele-massa.” (T3/O1)*

*” OMApolun kautta on tullut paljon miettimistä... Tämä koneella olo tässä hetkessä voi olla sel-lainen, ettei aina pysty keskittymään ja riippuu vähän, että minkälainen oma filis on. Että se OMApolku hyvin täydentää tätä ja ajattelen sillä lailla, että se antaa sen mahdollisuuden omilla aikatauluilla toimia.” (T3/O3)*

*”Ajattelen sillä lailla, että jos olisi pelkästään tämä verkkojuttu, niin se jäisi ehkä sillä lailla yksittäisenä kertana aika paljon kapeammaksi, että siinä mielessä, että sitä OMApolku-materiaa-lia voi lukea ja sulatella ja miettiä rauhassa välillä.” (T3/O1)*

Oman ajan rajallisuus ja käytön ajankohta korostui omaishoitajien kokemuksissa OMApolku-verkko-ohjelman käyttöä vähentävänä tekijänä:

*” En oo käynyt siellä OMApolussa, Mut kyllä minä siellä sitten kun tää joulun aika menee ohi, tai sillai niin. ” (T4/O1)*

” Ööö, no en käyny OMApolulla, mullon niin vilkasta aina, että mä käytin koko sen loma-ajan siihen, et mä tapasin ystäviäni. Kun mä oon täysin laiminlyöny ystäviä.” (T2/O5)

Omaishoitajien keskusteluissa yhdeksi verkko-ohjelman käytön haasteeksi nousi muun muassa se, että OMApolku-verkko-ohjelmassa käsitellyt asiat saattoivat unohtua arjessa:

”Ja samoin tossa OMApolullakin, niin et se niinkun... ne siinä arjessa unohtuu. Ne on tavallaan niinkun itsestäänselvyyksiä, mutta siinä arjessa ne unohtuu, mutta tuota kun on tietty aika, kun niistä muistutetaan ja käydään läpi.” (T2/O2)

### 6.2.3 COVID19-pandemia omaishoitajan kokemana

Omaishoitajien kokemukset COVID19-pandemiasta on kuvattu kootusti kuviossa 7.

Positiiviset osa-alueet	Negatiiviset osa-alueet
<b>COVID19-pandemian tuomat mahdollisuudet:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-ryhmätoimintaan osallistuminen</li><li>-sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen</li><li>-ajankäyttö</li><li>-etäkontaktit</li><li>-kotiolojen rauhoittuminen</li></ul>	<b>COVID19-pandemian rajoittavat tekijät:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-konkreettisen tuen tarve</li><li>-ryhmätoimintaan osallistumisen esteet</li><li>-hyvinvoinnista huolehtiminen</li><li>-sosiaalisten kanssakäymisten väheneminen (rajoitukset)</li><li>-huoli tulevaisuudesta</li><li>-digiosaamisen haasteet ja vähäinen käyttö</li></ul>

KUVIO 7. Koetun COVID19-pandemian merkitysisältö ja sen osa-alueet omaishoitajilla

Koetun COVID19-pandemian merkitysisällön osa-alueet vaihtelivat omaishoitajien keskusteluissa pandemian tuomien mahdollisuuksien ja rajoitteiden välillä. Omaishoitajien keskusteluissa korostui kokemus ryhmätoiminnan järjestämisen merkityksestä COVID19-rajoitusten aikana:

”Jokuhan sanokin tuolta, että justiin tämä, että pääsee vähän ihmisiä tapaan, kun nyt ei niin paljon ole mitään.” (T2/O5)

*”Tämä on ollut ainakin minulle ihan ainut. Kun ei oo mitään, kaikki nää yhdistykset mihin määhän kuulun, niin kaikki on – ei oo mitään. Tää on nyt tää kurssi ollut ainut, että must tää on ollut tosi kiva. Ainut, mihin pääsee sitten.” (T4/O4)*

Omaishoitajien kokemuksen mukaan pandemia-aika saattoi lisätä uusia joustavia keinoja sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen ja ajankäytön hallintaan esimerkiksi etäyhteyksien avulla:

*”Nämä Teamsit ja Zoomit mahdollistaa sen, että voi olla kotona enemmän, ja että jos on kaksi tai kolmekin kokousta päivässä, niin saa olla täällä kotona läsnä ja ettei tarvitse aina olla jonnekin menossa.” (T3/O1)*

*”Niin onhan näissä monia hyviäkin puolia. Rauhoitutaan ja ettei tarvitse lähteä, eikä tarvita tarvitse kammata tukkaa joka päivä.” (T3/O3)*

*”Monessa on näkyvissä nuo naamat, että voi sitäkin kautta sen vuorovaikutuksen kokea.” (T3/O2)*

*”Silleen ajattelen, että tämmöinen ryhmä varsinkin korona-aikana voi olla, että tätä ei voisi toteuttaa. Ja ja sitten kun me ollaan eri puolilta ... niin matkan takia ei voida toteuttaa, kun ei haluaisi lähteä korona-riskiin toiselle paikkakunnalle. Että sillä tavalla tämä tekninen mahdollisuus etenkin korona-aikana on hyvä ja että tavallaan pienillä paikkakunnilla ei muuten välttämättä olisi sellaisia ryhmiä.” (T3/O3)*

Omaishoitajien keskusteluissa korostui lisäksi se, että pandemia-aika on positiivisella tavalla rauhoittanut omaishoitajien kotielämää:

*”Minä kyllä koen, että tuo korona on minua rauhoittanut, sillä lailla, että ei tarvitse lähteä mihinkään kylään, eikä kutsua ketään välttämättä. Ei tarvitse ajatella, että hei tänään on minun vuoroni järjestää, että pitäisikö järjestää jotain, niin saa olla aivan rauhassa.” (T3/O1)*

*”Mä nautin puolison kanssa olemisesta edelleenkin ja meillä ei ole täällä kumminkaan mitään hätää täällä metsän keskellä tämän koronan kanssa.” (T3/O3)*

Pandemia-ajan tuomat rajoitukset vaikuttivat mahdollisesti omaishoitajien konkreettisen tuen tarpeeseen, mikä ilmeni myös heidän keskusteluissaan:

*”Ja nyt on siellä ja eilen oli pikkusen parempi, mutta kun sekin on niin että kun tämä korona tekkee niin paljon harmia minulle, mä tartten enemmän – kun puhutaan myötätunnosta – mä tarttisin enemmän sitä myötätuntoa, kuin vain sanoissa. Mää tarttisin; nyt meillä on semmonen tilanne...” (T4/O2)*

Pandemia-ajan rajoitusten vuoksi esimerkiksi monet liikuntapaikat sulki ovensa ja harrastustoiminta on tauolla. Omaishoitajien kokemusten mukaan omasta ja hoidettavan hyvinvoinnista huolehtiminen saattoi tästä syystä olla haastavaa. Tämä ilmeni myös omaishoitajien kokemuksissa:

*”--että voi tulla semmoinen aika myös, että se suljetaan ja sinne ei pääse käymään, että varsinkin silloin, jos sinne menee korona, niin niin se on sitten se lamauttava juttu kyllä.” (T5/O5)*

*”Aikasemminhan meillä oli näissä taloissa paljon kaikkea yhteistä ohjelmaa. Kaikki seisokissa. Kuntosali ei toimi ja...” (T2/O4)*

*”Ja sitten tuo päiväkeskus on kiinni, jossa puoliso kävi kerran viikossa.” (T2/O3)*

*”Uimahallissa nythän ei oo voinu käydä, mutta...” (T4/O5)*

Omaishoitajien keskusteluista ilmeni kokemukset siitä, että pandemia-ajan rajoitteet olivat vaikuttaneet myös omaishoitajien fyysiseen läsnäoloon perustuviin sosiaalisiin suhteisiin ja niiden ylläpitämiseen. Myös huoli tulevasta saattoi olla arjessa läsnä sosiaalisten suhteiden näkökulmasta:

*”--ku ajattelee jälkikäteen jotaki asioita nyt ku paljon tulee oltua yksin, kun yksin asuu ja on tän ikänen ja varsinkin näin korona-aikaan niin... kyllä ne asiat alkaa pyöriä aika tavalla sen oman*

*itsen ympärillä, että se on aika kurjaa ollu tuo, kun huomaa sen itsekin olevan jo ihan itsellekin haitaksi” (T1/O8)*

*”Sit ei kukaan tuu kylässä käymään eikä voi mihinkään mennä. Se on jo muutenkin aika raskasta.” (T2/O3)*

*”Kun minä siellä käyn, niin minä hänet syötän ja että olen ihan lähikontaktissa ollut ja eikä ne ole siitä sitten moittineet. Hanskat on kädessä ja maski kasvoillani. Joulukuu tulee, mutta tämä on nyt ensimmäinen joulukuu hänellä siellä sairaalassa. Mutta tälleen ajattelen, että voi tulla semmoinen aika myös, että se suljetaan ja sinne ei pääse käymään, että varsinkin silloin, jos sinne menee korona, niin niin se on sitten se lamauttava juttu kyllä.” (T5/O5)*

*”Mutta kyllähän sitten, kun ajatellaan joulukuuta, niin ei sitä vähääkään sitten pysty enää olemaan äitin kanssa, että kyllä se vähän haikeaksi sitten käy, kun ainoastaan sitä pystyy siinä aulassa tapaamaan, mutta se on nyt tätä aikaa ja se on meille kaikille sama.” (T5/O3)*

Vaikka osa omaishoitajista koki pandemia-ajan tuoneen mukanaan uusia joustavia keinoja sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseksi muun muassa etäkontaktien avulla, joillekin se saattoi muodostua haasteeksi digiosaamisen ja vähäisen käyttökokemuksen vuoksi:

*”Ja ja ainoa, mikä mua harmittaa on tämä digiosaaminen, että minä en usko, että se on minusta kiinni, kun mä olen aika monessa Zoomissa ollut. Että se on näistä koneista nyt kiinni mulla ja yhteyksistä.” (T3/O2)*

*”Riippuu vähän, että minkä ikäisiä omaishoitajia tai minkälaisella taustalla voi olla, että siitä (ryhmistä) valikoituu jo pois, joille tämä tekniikka ei ole helppoa tai asiat ei ole niin helppoa.” (T3/O3)*

## 7 POHDINTA

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaishoitajien kokemuksia hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen ryhmäintervention tuottamista merkityssisällöistä. Päätelemät tehtiin hermeneuttiseen lähestymistapaan ja teoriaohjaavaan sisällönanalyysiin perustuen (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Tutkimuksen tuloksissa korostuivat omaishoitajien omat kokemukset omaishoitajuuden merkityssisältöjen positiivisista ja negatiivisista osa-alueista. Psykologisen joustavuuden näkökulmasta merkityssisältöinä korostuivat koetut arvot, arvojen mukainen toiminta, tietoisuustaidot ja hyväksyntä. Lisäksi muita aineistosta nousevia merkityssisältöjä omaishoitajilla olivat vertaistuki, OMApolku-verkko-ohjelman käyttö ja COVID19-pandemia.

Tutkimuksemme osallistuneista omaishoitajista suurin osa (93 %) oli ikääntyviä naisia, jotka hoitivat ikääntyvää puolisoaan (56 %). Suurin syy avuntarpeelle oli hoidettavan muistisairaus (30 %). Suomessa yleisin syy omaishoidon tarpeelle on hoidettavan muistisairaus (THL 2021) ja omaishoitajista noin puolet ovat puolisoja (Leppäaho ym. 2019). Omaishoitajat olivat joko virallisia (26 %) tai epävirallisia (41 %) omaishoitajia vaihdellen hoidettavan terveydentilan mukaan (taulukko 3). Taustatietojen valossa tutkimukseen valikoituneet omaishoitajat edustavat suhteellisen hyvin valtakunnallista omaishoitotilannetta Suomessa (vrt. Leppäaho ym. 2019). Tutkimuksellamme on rajoituksia, jotka ovat tarkemmin esitelty alaluvussa 7.1.

Psykologisen joustavuuden eri osa-alueiden erottaminen toisistaan ei ollut täysin selkeää tässä aineistossa. Omaishoitajien tuottamat kokemukset saattoivat heijastua monelle eri psykologisen joustavuuden osa-alueelle korostaen psykologisen joustavuuden kokonaisvaltaisuutta (mm. Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2014; Gloster ym. 2017). Etenkin arvojen ja arvojen mukaisen toiminnan välillä oli selvästi päällekkäisyyksiä. Psykologisen joustavuuden osa-alueet eivät olleet selkeärajaisia ja ne saattoivat mennä osittain päällekkäin (Ciarrochi ym. 2010; Lappalainen & Lappalainen 2014). Tiedostimme aineiston analyysin edetessä tämän teoriaohjaavan sisällönanalyysin kannalta haastavan tilanteen: omaishoitajien tuottamat tietoisien läsnäolon, havainnoivan minän ja mielen kontrollin heikentämisen merkityssisällöt ovat lähellä toisiaan. Toisin sanoen tietoisien läsnäolon, havainnoivan minän ja mielen kontrollin

heikentämisen tunnistaminen aineistosta ei ollut yksiselitteistä huomioiden tutkijoiden kompetenssi gerontologian opiskelijoina.

Teimme tutkijoina rajaavan ratkaisun perustuen esioletuksiimme ja osaamiseemme; tietoisien läsnäolon, havainnoivan minän ja mielenkontrollin heikentämisen mahdolliset osa-alueet yhdistettiin tietoisuustaitojen merkitysisällöksi. Tämä jako noudatteli myös Ciarrochi ym. (2010) tekemää tulkintaa tietoisuustaidoista, jonka mukaan ihminen tiedostaa ja havainnoi miten esimerkiksi ajatukset ja tuntemukset vaihtelevat ihmismielessä. Meille oli haastavaa tunnistaa aineistostamme erillisiä tietoisuustaitojen osa-alueita, koska osa-alue saattoi sisältää elementtejä kaikista kolmesta tietoisuustaitojen osa-alueesta. Koimme, että teoriaohjaavan aineiston kannalta oleellista oli ensisijaisesti saada omaishoitajien tuottamasta keskusteluaineistosta nousevat psykologisen joustavuuden merkitysisällöt ja niiden osa-alueet raportoitua huomioiden psykologisen joustavuuden osa-alueiden päällekkäisyys ja ristikkäisyys (Ciarrochi ym. 2010; Lappalainen & Lappalainen 2014). Teoriaohjaavuus antoi meille tutkijoille mahdollisuuden tehdä kyseinen tietoisuustaitojen erittely tässä analyysissä.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa arvotyöskentelyn merkitys korostuu (Batten 2011), joka näkyi myös tässä tutkimuksessa: omaishoitajat puhuivat paljon *arvoistaan* ja niiden *asemoimisesta omaan arkeensa*. Etenkin lähipiirin merkitys korostui omaishoitajien kokemuksissa; tärkeinä pidettiin sosiaalisia suhteita omaan puolisoon, lapsiin, lapsenlapsiin, naapurustoon ja ystäviin. Vaikka omaishoitajien arvoissa korostui yhteydenpito läheisiin, saattoi kuitenkin sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen jäädä vähäiseksi oman ajan puutteen vuoksi (vrt. Roberts & Struckmeyer 2018), mikä saattoi heikentää omaishoitajien kokemaa arvojen mukaista toimintaa.

Omat päivittäiset valinnat vaikuttavat terveyteen ja hyvinvointiin enemmän kuin yleisesti tiedostetaan. Pienikin valinta ja teko voi olla hyvinvoinnille merkityksellinen. Laittamalla asioita tärkeysjärjestykseen ja asettamalla sen mukaisia tavoitteita voi tehdä pieniä arkipäivän valintoja, jotka tuntuvat mielekkäiltä ja auttavat jaksamaan. Itsestä saa ja pitää huolehtia (Haarni & Fried 2017, 26). Omaishoitajat kokivat mielekkäiksi esimerkiksi arkiset askareet ja kotityöt sekä muut mielenkiinnon kohteet. Tutkimuksessamme korostui, että omaishoitajien oman ajan

toteutuminen vaihteli yksilöllisesti, mutta kaiken kaikkiaan sen ottamista pidettiin erittäin tärkeänä: jopa tunnin kestävä hengähdystauko hoitotyöstä auttoi omaishoitajaa jaksamaan (vrt. Roberts & Struckmeyer 2018). Aineistostamme nousi esiin myös se, mitä Ostermann ym. (2017) korostivat; elämän kuluessa hyvinvointiin liittyvät ja sen taustalla vaikuttavat arvot voivat pysyä samoina tai muuttua. Myös ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset saattoivat vaikuttaa tähän tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien kokemaan arvomaailmaan.

Yhteiskunnallisilla tukitoimilla tulisi omaishoitajille voida tarjota enemmän omaa aikaa hyvinvointinsa tueksi (Keväjäarvi ym. 2020). Omaishoidon tukipalvelut voivat antaa hetken tauon omaishoitajuudesta ja sitä kautta mahdollistaa myös etäisyyden ottamisen omaishoitotilanteeseen (vrt. Roberts & Struckmeyer 2018). Voidaan olettaa, että omaishoitajan oma aika heijastui myös positiivisesti hoidettavan hyvinvointiin (vrt. Makaroun ym. 2020; Storey 2020; Valtokari ym. 2021). Myös tämän tutkimuksen mukaan omaishoitajat tunnistivat oman ajan merkityksen omaan ja hoidettavan hyvinvointiin. Yhteiskunnalliset tukimuodot, kuten omaishoitajille suunnatut kuntoutuskurssit (Shemeikka ym. 2019), eivät kuitenkaan olleet kaikkien omaishoitajien saavutettavissa.

Omaa hyvinvointia tukevien tekojen esteenä saattoi kuitenkin olla omaishoitajien kokemus velvollisuudentunne, jonka voimme rinnastaa myös Åkerman ym. (2018) ja Tikkasen (2016) kuvaamiin ihmissuhteisiin liittyvään lähimmäisenrakkauteen ja huolenpitovelvoitteeseen. Esimerkiksi puolisoa hoidettaessa korostui kokemus avioliiton solmimisen yhteydessä tehdystä ”myötä- ja vastamäessä” -lupauksesta.

*Tietoisuustaitojen* merkityssisältö ja sen osa-alueet olivat tutkimuksessamme laaja käsite omaan jaksamiseen liittyvien tekijöiden tunnistamisessa. Aineistomme perusteella muun muassa omaishoitajien kriittisellä huumorilla saattoi olla yhtymäkohtia Losadan ym. (2015) kuvaamaan ajatukseen omaishoitoon sisältyvästä koettujen epämukavien tunteiden ja ajatusten välittelemisestä. Losadan ym. (2015) päätelmiä vasten voimme tulkita, että huumori saattoi toimia omaishoitajilla jaksamista lisäävänä keinona, mutta sen avulla saatettiin myös pitää ikävät asiat kauempana omista ajatuksista. Huumorilla saatettiin suhtautua hyvinkin vakaviin



omaishoitotilanteisiin. Voimme tulkita huumorin ja sen ymmärtämisen olevan omaishoitajia yhdistävä tekijä. He voivat toisin sanoen jakaa saman huumorin ja ymmärtää toisiaan.

Jatkuva huoli saattoi kuormittaa omaishoitajia (Evans ym. 2014), minkä myös havaitsimme tämän aineiston perusteella. Huolta omaishoitajilla aiheutti etenkin tulevaisuus ja se, mihin suuntaan sekä oma että hoidettavan terveydentila eteni. Omaishoitajien kokemuksissa korostui se, että tulevaisuuden ennakointi oli mahdotonta; he kokivat, että on tärkeä elää tässä hetkessä ja hyväksyä olemassa oleva tilanne.

Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankkeen viimeisen tapaamiskerran teemana oli myötätunto, joka saattoi vaikuttaa omaishoitajien kokemusten ilmaisemiseen ja myötätunnon korostumiseen omaishoitajien keskusteluissa. Myötätunto saattoi lisätä omaishoitajien kokemaa armollisuutta itseä ja muita kohtaan (mm. Hayes ym. 2006). Se saattoi olla myös keino auttaa omaishoitajia jaksamaan heidän kokemustensa perusteella. Omaishoitajat käyttivät keskusteluissaan armollisuuden käsitettä. Keskusteluissa korostui itsemyötätunnon merkitys sekä omaa jaksamista lisäävänä että heikentävänä tekijänä. Omaishoitajien keskusteluissa korostui lisäksi omaan jaksamiseen liittyvien psyykkisten tekijöiden tunnistaminen. Poiketen omista esioletuksista, omaishoitajat eivät niinkään korostaneet omaishoitotyön fyysisen kuormittavuuden vaikutusta. Omaishoitotyötä voidaan tehdä yksin ja puutteellisissa olosuhteissa (Keväjärvy ym. 2020), mutta tämän aineiston perusteella omaishoitajat eivät juuri kokeneet fyysistä kuormittavuutta, mikä on ristiriidassa esimerkiksi Keväjärvy ym. (2020) tutkimuksen kanssa.

*Hyväksyntä* omaishoitajuuden kokemuksissa vaihteli tässä tutkimuksessa selvästi ja hyväksyntään liitettiin monia positiivisia ja negatiivisia näkökulmia. Tämä voi vahvistaa Hayes ym. (2006) määritelmää hyväksynnästä yksilön aktiivisena ja tietoisena suhtautumisena omiin tunteisiin ja oman elämänsä tapahtumiin. Pääasiallisesti omaishoitajan rooli hyväksyttiin omaishoitajien keskuudessa, mutta sen vaatimukset herättivät runsasta keskustelua. Etenkin ikääntyvien ihmisten kohdalla on tärkeää keskittyä olemassa oleviin resursseihin tilanteen muuttamisen sijaan (Petkus ym. 2013). Tämän tutkimuksen havainnot olivat samankaltaisia (vrt. Petkus ym. 2013): omaishoitajien keskusteluissa korostuivat omaishoitotilanteiden hyväksyminen. Omaishoitajat olivat pääosin optimistisia ja suhtautuivat omaishoittoon elämäntapana.

Tarpeen vaatiessa omaishoitajat hyväksyivät ulkopuoliseen apuun turvautumisen, joka osittain mukailee Nakagawa ym. (2014) tuloksia itsekustannettavien tukipalvelujen käytön hyödyistä suhteessa omaishoittoon liitettyyn sosioemotionaaliseen taakkaan. Ulkopuolisen avun tarve koettiin pääosin johtuvan hoidettavan terveydentilan heikkenemisestä, mikä aiheutti omaishoitajille riittämättömyyden tunnetta: usko omaan pärjäämiseen saattoi heiketä hoidon vaatimusten lisääntyessä. Lähipiirin kannustava suhtautuminen omaishoitajuuteen voisi parhaimmillaan tukea omaishoitajan jokapäiväistä elämää (vrt. Tikkanen 2016), mutta omaishoitajien kokemusten mukaan lähipiiri ei välttämättä ymmärtänyt omaishoidon vaativuutta.

Omaishoitajien keskusteluissa korostuivat myös muut kuin edellä mainitut psykologiseen joustavuuteen liittyvät merkityssisällöt. *Vertaistuki* näyttäytyi tässä aineistossa laajana merkityssisältönä ja pääosin positiivissävytteisenä kokemuksena omaishoitajien ryhmätapaamisissa. Vertaisryhmätoiminta luonnollisesti korostui Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankkeessa (Nikander 2018), koska tapaamiset toteutuivat vertaistukiryhmissä. Vertaistuen kokemukset korostuivat myös omaishoitajien keskusteluissa. Omaishoitajien kokemuksissa korostuivat samankaltainen elämäntilanne, joka mahdollisti vertaisuuden, vastavuoroisuuden ja vaikeiden ajatusten jakamisen ryhmätapaamisissa. Tärkeä on muistaa, että pelkkä vertaistuki ei ole kuitenkaan riittävä omaishoidon tukimuoto (Pillemer & Suitor 2002), vaan voi vaatia rinnalleen erilaisia tukimuotoja omaishoidon yksilöllinen tilanne huomioiden (esim. Vaughn ym. 2018; Jones ym. 2019; Swartz & Collins 2019; Keväjärvä ym. 2020).

Omaishoitajat saattoivat kokea vertaistymätoiminnan lisäävän omia voimavarojaan omaishoitajana. Omaishoitajien kokemusten mukaan oli tärkeää saada jakaa omia kokemuksia, mutta myös vastavuoroisesti oppia toisten omaishoitajien kokemuksista. Toisaalta omaishoitajat kokivat, että kaikilla ei ole samoja mahdollisuuksia saada vertaistukea: kaikki eivät välttämättä halua jakaa omaa kokemustaan omaishoitajana tai vertaistuen saamiselle ei ollut ajallista mahdollisuutta. Tähän saattoivat vaikuttaa myös omaishoitajien asuinpaikan maantieteellinen sijainti ja etäisyydet tai etäyhteyksien puute (vrt. Vidal-Alaball ym. 2014; Banbury ym. 2018).

Etäyhteyksin toteutetut vertaistukiryhmät voivat kuitenkin antaa mahdollisuuden sosiaalisesti eristäytyneille tai uusia ihmiskontakteja välttäville ihmisille. Banbury ym. (2018) mukaan

etäyhteyksistä saatava vertaistuellinen hyöty vastaa fyysisesti tapaavien ryhmien hyötyjä. Maantieteelliset etäisyydet voivat kuitenkin rajoittaa pääsyä terveydenhuollon palveluihin, mutta esimerkiksi etäyhteyksillä on mahdollista vähentää palvelujen järjestämisen maantieteellisiä ja resursseihin liittyviä esteitä. Etäyhteyksien avulla voidaan tavoittaa maaseudulla asuvia ihmisiä tai lisätä palveluja paikkakunnilla, joissa terveyspalvelut voivat olla puutteellisia (Vidal-Alaball ym. 2014). Samaa korosti myös Banbury ym. (2018) omaishoitajien vertaisryhmätapaamisten osalta. Vertaistuesta puhuttiin etenkin ryhmätapaamisissa, joissa omaishoitajat olivat fyysisesti läsnä. Näissä ryhmissä vertaistukea tuotettiin hyvinkin pienin sanoin ja elein, mutta tätä samaa ei havaittu etäyhteydellä toteutetussa tapaamisessa. Suuria yleistyksiä aiheesta ei voida tehdä yhden täysin etäyhteydellä toteutetun ryhmän perusteella, mutta tärkeä on huomata etäyhteyksiin sisältyvät mahdolliset rajoitteet; otetaanko puheenvuoro vain, kun on asiaa ja silloin äänessä olevalta jää kuulematta ja havaitsematta muiden etätapaamisessa läsnäolleiden reaktiot. Jäimme pohtimaan, vahvistavatko etätapaamiset vertaistuen kokemusta samoin kuin läsnä olevat tapaamiset.

Kuten vertaisryhmätoiminta, myös *OMApolku-verkko-ohjelma* rakentui hyväksymis- ja omistautumisterapian pääperiaatteiden (mm. Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2010) ja psykologisen joustavuuden (mm. Hayes ym. 2006) osa-alueiden ympärille. OMApolku-verkko-ohjelma ja omaishoitajien ohjatut kasvokkain tapahtuvat vertaisryhmätapaamiset oli suunniteltu täydentämään toisiaan (Nikander 2018). Omaishoitajien kertomusten perusteella OMApolku-verkko-ohjelma koettiin mahdollisesti ryhmätoimintaa täydentävänä tekijänä ilman aikarajoitteita.

OMApolku-verkko-ohjelman käyttö korostui omaishoitajien kokemuksissa ensisijaisesti sen vähäisenä käyttönä. Heidän kokemuksiansa perusteella omatoiminen OMApolku-verkko-ohjelmaan perehtyminen ja sen ajoittaminen saattoi olla haastavaa (vrt. Potter 2020; Davis ym. 2020). Pääosin syynä verkko-ohjelman vähäiseen käyttöön oli oman ajan puute ja hektinen elämänvaihe. Aikaa verkkopohjaisen ohjelman hyödyntämiseen ei välttämättä ollut, joka tuki myös Potterin (2020) tekemiä havaintoja omaishoitajien omatoimisesta tiedonhyödyntämisestä. Vaikka aikaa ei ollut, OMApolku-verkko-ohjelma kuitenkin hyväksyttiin myös tämän aineiston perusteella omaishoitoa tukeväksi toiminnaksi (vrt. Köhle ym. 2017; Davis 2020; Potter 2020) johtuen sen helppokäyttöisyydestä ja selkeydestä. Lisäksi omaishoitajat kokivat, että etappien

sisällöt olivat hyvin yhdistettävissä omaan elämäntilanteeseen, vaikka käsiteltyjen asioiden ylläpito arjessa koettiin haasteelliseksi. OMApolku-verkko-ohjelmaan sisältyi myös keskustelupalsta, joka mahdollisti omaishoitajille vertaistuellisen keskustelun ja ajatusten vaihdon (Nikander 2018). Tämä mahdollisuus ei noussut lainkaan esiin omaishoitajien keskusteluissa, joten sen merkitystä emme voineet tässä tutkimuksessa arvioida (vrt. Bateman ym. 2017; Banbury ym. 2018; Strand ym. 2020).

Toisaalta omaishoitajat kokivat etäyhteydet ja digiosaamisen haasteelliseksi johtuen niiden vähäisestä käytöstä. Etäyhteydet kotiin ovat toteutettavissa, mutta niiden toteuttaminen vaatii hyvää IT-tukea. Kuitenkin etäyhteyksien on todettu olevan hyvä vaihtoehto kotiin tuotaville palveluille (Banbury ym. 2018; vrt. Parviainen ym. 2019). Myös omaishoitajien kokemuksista ilmeni, että etäyhteys voi olla toimiva yhteydenpitokeino, kun sen muodostamiseen saa riittävästi tukea. Tämän aineiston perusteella emme voi kuitenkaan tutkijoina ottaa kantaa siihen, vahvistiko OMApolku-verkko-ohjelman käyttö omaishoitajien digiosaamista (vrt. Nikander 2018).

Etenkin tulevaisuudessa omaishoidon laaja-alainen tukeminen voi edellyttää uusien innovaatioiden tarjoamista tekniikan ja etäyhteyden avulla. Omaishoitajien olisi hyvä osata käyttää digitaalisia oppimateriaaleja ja olla yhteydessä muihin hoitajiin verkon välityksellä. Verkkopohjaisten ohjelmien käyttö voi olla vaihtoehto omaishoitajien tukikuilun poistamiseksi etenkin niille, joiden on vaikea lähteä kotoa tai jotka tarvitsevat joustavuutta hoitovastuun vuoksi. Verkkopohjaisten tukitoimien etuna voi olla suhteellisen alhaiset kustannukset, ja tuomalla ohjelma kotiin, voi sillä olla myös merkitystä hoidon aiheuttaman sosiaalisen eristyneisyyden vähentämisessä (Bateman ym. 2017; Banbury ym. 2018; Hopwood ym. 2018).

Tässä aineistossa eivät korostuneet omaishoitajien kokemukset ikääntymisen vaikutuksesta omaishoitajien jaksamiseen (vrt. THL 2021). *COVID19-pandemialla* voi kuitenkin olla vaikutuksia omaishoitajien jaksamiseen (Cohen ym. 2020; Heimolehto 2020) ja palvelutarpeen lisääntymiseen (Valtokari ym. 2021). Tämän aineiston perusteella voimme todeta, että omaishoitajien lakisääteisiä vapaapäiviä ei jäänyt COVID19-pandemian vuoksi pitämättä (vrt. Heimolehto 2020), vaan pikemminkin vaikutti siltä, että muun muassa perhehoitona järjestetyt omaishoidon vapaapäivät toteutuivat hyvin (vrt. Valtokari ym. 2021).

Psykologisella joustavuudella voi olla merkitystä siihen, miten COVID19-pandemian pitkäaikaiset haasteet ja rajoitteet vaikuttavat yksilöön ja hänen selviytymiseensä: psykologinen joustavuus voi vähentää COVID19-pandemiaan liittyvää ahdistusta ja masennusta (Dawson & Golljani-Moghaddam 2020). Omaishoitajien kokemusten mukaan COVID19-pandemia on tuonut heille erilaisia mahdollisuuksia, kuten etäyhteyksiä mahdollistamaan ryhmätoimintaan osallistumisen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen. Etäyhteys koettiin helpoksi ja nopeaksi tavaksi ottaa yhteyttä ihmisiin, mikä osaltaan rauhoitti kotiooloja ja vapautti omaishoitajan aikaa. Toisaalta COVID19-pandemian tuomat rajoitteet toivat esteitä sosiaalisten suhteiden ylläpitämiselle ja omasta hyvinvoinnista huolehtimiselle (vrt. arvojen mukainen toiminta). Omaishoitajat kokivat haasteita myös ryhmätoimintaan osallistumisessa (vrt. vertaistuki) sekä huolta tulevaisuudesta (vrt. tietoisuustaidot). Valtokarin ym. (2021) esiintuomat COVID19-pandemian yhteydet omaishoidettavien kaltoinkohteluun eivät näyttäytyneet tämän aineiston perusteella omaishoitotilanteissa. Emme voi kuitenkaan arvioida tämän aineiston perusteella, mikä tilanne on tällä hetkellä, koska aineistomme keruun aikana COVID19-pandemiatilanne oli suhteellisen rauhallinen.

Omaishoitajien psykologinen joustamattomuus saattaa vaikuttaa kykyyn sopeutua ja mukautua yksilön ja ympäristön asettamiin vaatimuksiin (Kashdan & Rottenberg 2010). Pohdimme, voimmeko tulkita omaishoitajien tuottamat psykologisen joustavuuden merkityssisältöjen negatiiviset osa-alueet psykologiseksi joustamattomuudeksi. Omaishoitajana toimimista haastivat yksilölliset tekijät kuten omasta hyvinvoinnista huolehtimisen ja sosiaalisten suhteiden ylläpidon vaikeudet. Omaishoitajuuteen liitetyt ympäristöstä tulevat vaatimukset saattoivat muodostua haasteeksi hallita omaishoidon ympärille muodostunutta elämäntilannetta. Tällaisia olivat esimerkiksi ennakoimattomat muutokset hoidettavan terveydentilassa tai lähipiirin ymmärtämättömyys omaishoidon vaativuudesta. Nämä tekijät saattoivat heikentää omaishoitajan uskoa omaan pärjäämiseen, ja sitä kautta johtaa ulkopuolisen avun tarpeeseen. Emme voi myöskään ottaa kantaa siihen, vähensikö Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankkeen toteuttama HOT-interventio omaishoitajien psykologista joustamattomuutta (vrt. Fledderus ym. 2012; Trompetter ym. 2015; Pots 2016).

Keskeisenä aineistossamme korostui monen eri merkitysisällön (mm. arvojen mukainen toiminta, hyväksyntä, OMApolku-verkko-ohjelma ja COVID19-pandemia) osa-alueessa esiin tullut omaishoitajien kokema oman ajan puute. Oman ajan puute saattoi estää omaishoitajaa muutumasta omaishoidon ja oman henkilökohtaisen elämän vaatimuksiin sekä niiden tasapainottamiseen. Omaishoitajat tunnistivat oman ajan ja sen mahdollisen puutteen merkitykset oman terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

## 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tätä tutkimusta tehdessä pyrimme välttämään virheitä ja arvioimaan tekemämme tutkimuksen luotettavuutta. Olemme arvioineet tekemämme tutkimuksen luotettavuutta Tuomen ja Sarajärven (2018) esittämien kahdeksan eri osa-alueen mukaan (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 163–164). Avoin tutkimuksen eri vaiheiden auki kirjoittaminen voi lisätä myös tutkimuksen validiteettia (pätevyys, engl. validity) ja reliabiliteettia (luotettavuus, engl. reliability) (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160, 163). Myös hermeneuttiseen lähestymistapaan (Gadamer 1988) liittyvä esioletus-temme avaaminen oli yksi osa tutkimuksen luotettavuuden lisäämistä.

Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimus nähdään kokonaisuutena, jonka arvioinnissa painottuu sen johdonmukaisuus. Analyysin kannalta luokittelun luotettavuuden arviointiin vaikuttavat monet eri tekijät. Tutkijatriangulaatiolla voimme mahdollisesti vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 168). Koska laadukas laadullinen tutkimus rakentaa vankan teorian läpinäkyvän analyysimenetelmän avulla (Nicholls 2009b), kuvasimme tässä tutkimuksessa mahdollisimman tarkasti eri analyysivaiheet ja tehtyjen tulkintojen taustat.

Tutkimuksemme tuloksia tulkittaessa oli huomioitava myös tutkimukseemme sisältyviä rajoituksia. Tutkimuksessa korostui Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen rooli aina tutkittavien rekrytointiprosessista aineiston keruuseen asti. Hankeohjelma (Nikander 2018) sisälsi itsessään psykologisen joustavuuden ja hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen näkökulman, jonka ympärille koko hanke ja sen toimintamalli perustui. Tutkimuksemme teoreettinen viitekehys oli myös välttämätöntä näistä syistä muodostaa hankkeen toimintamallin mukaiseksi.

Hankkeen roolia ei siten voida jättää huomiotta tutkimuksen tuloksia tulkittaessa. Hanketyöntekijät saivat kommentoida tutkimustamme teoreettisen viitekehyksen ja tulosten raportoinnin muotoilun osalta.

Tutkimuksemme kohteena olevien omaishoitajien vertaistukiryhmät muodostuivat siten, että omaishoitoyhdistysten paikalliset toimijat ja Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankkeen työntekijät rekrytoivat hankkeen näkökulmasta relevantteja osallistujia, joten otos oli valikoitunut. Hankkeessa kerätyistä omaishoitajien taustatiedoista ei ilmennyt omaishoitajien elämäntilanteen haasteellisuus, joten emme tutkijoina voineet ottaa kantaa sen merkitykseen tutkimustuloksissa. Täten voitiin vain olettaa, että tulokset olivat yleistettävissä hankkeella tavoiteltuun haasteellisessa elämäntilanteessa olevien omaishoitajien ryhmään (vrt. Nikander 2018). Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen vaikutukset aineiston muodostumiseen saattoivat kuitenkin vaikuttaa otoksen edustavuuteen, vaikka otoskoko olikin laadulliselle tutkimuksellemme riittävä (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 97–99). Aineisto kerättiin suppealta maantieteelliseltä alueelta, joka saattoi mahdollisesti heikentää tulosten siirrettävyyttä huomioiden muun muassa virallisen ja epävirallisen omaishoidon alueelliset eroavaisuudet (vrt. Noro 2019; Keväjärvy ym. 2020). Myös COVID19-pandemia saattoi vaikuttaa omaishoitajien vertaistukiryhmiin osallistumiseen, otoksen kokoon ja edustavuuteen. Omaishoitajat saattoivat jättää osallistumatta ryhmätoimintaan tartunnan pelossa (vrt. Cohen 2020).

Tällä tutkimuksella ei voitu arvioida hankkeen pitkäaikaisia vaikutuksia, koska omaishoitajien viimeistä tapaamiskertaa edeltävät ja mahdollinen jatkossa tapahtuva toiminta jäivät tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Olisimme voineet mahdollisesti saada lisää näkökulmia tutkittavaan aiheeseen, mikäli olisimme olleet mukana hankkeen toiminnassa alusta alkaen ja havainnoineet ryhmien muutkin tapaamiset. Omaishoitajien käymät keskustelut saattoivat erityisesti kohdistua viimeisen tapaamiskerran myötätunto-aiheeseen. Koska viimeisellä tapaamiskerralla käsiteltiin kokonaan uusi aihe, se saattoi rajoittaa suullisen palautteen antamiselle jäävää aikaa tapaamiskerran keston säilyessä samana. Tutkimuksemme kannalta optimaalisinta olisi ollut, että yhteenveto- ja palautekeskustelu olisi käyty erillisellä kerralla, joka olisi mahdollistanut ajallisesti paremmin myös tutkimukseemme liittyvien lisäkysymysten esittämisen. Lisäkysymysten esittämistä rajoitti ryhmätapaamisille suunniteltu aikataulu ja kaikkia haluttuja kysymyksiä ei voitu ajan puutteen vuoksi esittää. Tutkijoina meillä oli myös rajallinen näkemys

omaishoitajien antamaan ryhmätoimintaa koskevaan palautteeseen, koska käytössämme oli ainoastaan viimeisellä tapaamiskerralla kysytty suullinen palaute. Hanketyöntekijät keräsivät omaishoitajilta myös kirjallisen loppupalautteen, jota emme käsitelleet tässä tutkimuksessa.

Tutkijoina perehdyimme tutkimuksen aikana moniin uusiin teorioihin ja metodeihin. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin tekeminen keskusteluaineistolle ei ollut meille kummallekaan tutkijalle entuudestaan tuttua. Hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä psykologinen joustavuus olivat molemmat käsitteinä meille vieraita. Tämä kaikki saattoi vaikuttaa aineiston analysointiin ja tulkintaan. Omaishoito puolestaan oli meille tutkijoille ennestään tuttu ilmiö työhön liittyvien aiempien kokemustemme kautta. Tutkimuksemme yhtenä etuna voidaan pitää sitä, että tutkimme ajankohtaista aihetta, josta on rajallisesti aiempaa tutkimusta tämän ikäryhmän omaishoitajilla.

## **7.2 Eettiset kysymykset**

Tässä tutkimuksessa pyrimme noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä sekä rehellistä, huolellista ja tarkkaa toimintatapaa tutkimuksen eri vaiheissa: suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa. Tutkimuksessa pyrimme noudattamaan kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Olemme pyrkineet tekemään tämän tutkimuksen lähdeviittaukset Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan kirjoitusohjeiden mukaisesti (Nieminen ym. 2019). Oikeaoppisilla lähdeviittauksilla kunnioitimme ja osoitimme arvostusta muiden kirjoittajien, kuten tutkijoiden ja asiantuntijoiden tekemää työtä kohtaan (TENK 2012). Tutkimuksessa noudatimme periaatetta, jossa tutkittavista kerätään ainoastaan tietoja, jotka ovat tutkimuksen kannalta oleellisia (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679).

Tässä tutkimuksessa pyrimme huomioimaan omaishoitajien tietosuojan kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Toteutimme tutkimuksen pseudonyymisti niin, että tutkittavia ei pystytä tunnistamaan tutkimusraportista (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679). Käsitelimme omaishoitajien tiedot siten, että turvasimme ja suojasimme niiden asiattoman käytön. Tässä tutkimuksessa erillinen eettinen ennakoarviointi ei ollut tarpeen, koska tutkimus oli osa GeroCenterin hallinnoimaa Verkosta voimaa ja vertaistukea -hanketta, johon tarvittavat luvat olivat jo hankkeen



yhteydessä haettu ja pyydetty. Tutkijoina osallistuimme vertaisryhmätoiminnan viimeisille tapaamiskerroille ja tämä osaltaan saattoi vaikuttaa tapaamiseen osallistuneisiin omaishoitajiin ja heidän ryhmädynamiikkaansa. Eettiseksi kysymykseksi aineistonkeruun yhteydessä muodostui se, miten omaishoitajat kokivat osallistumisemme luottamuksellisuuteen ja yksityisyyteen perustuvan ryhmän toimintaan. Huomioitava myös on, että vaikuttiko osallistumisemme ryhmädynamiikkaan eri tavoin fyysisesti kokoontuvissa ja etäyhteyksin järjestetyissä ryhmissä.

Käsittelimme tutkimuksessa henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-asetus, 679/2016, Henkilötietolaki 523/1999) mukaisesti. Ennen tutkimuksemme alkamista hanketyöntekijät olivat informoineet omaishoitajia asianmukaisesti mahdollisten henkilötietojen käsittelystä. Omaishoitajat saivat Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen kautta henkilötietojen käsittelyä koskevat tiedot, kuten tutkimustiedotteen ja tietosuojailmoituksen. Hanketyöntekijät olivat informoineet omaishoitajia tutkimuksestamme etukäteen. Pyysimme tutkimuksen alussa omaishoitajilta vielä erillisen kirjallisen nauhoitus- ja tutkimusluvan (liite 1). Yhteistyö hanketyöntekijöiden ja omaishoitoryhmien vetäjän kanssa oli sujuvaa ja se onnistui myös etäyhteyksien kautta hyvin.

Aineiston keruu ei ymmärryksemme mukaan ole aiheuttanut vaaraa tai haittaa tutkimukseen osallistuneille omaishoitajille. Hävitimme henkilötiedot, nauhoitteet ja litteroidun tutkimusaineiston tietoturvallisesti heti kun se oli tutkimuksen kannalta mahdollista. Nauhoitettu aineisto oli ainoastaan meidän tutkijoiden käytössä, eikä päätynyt missään vaiheessa tutkimuksen ulkopuolisten henkilöiden käyttöön. Tallensimme vertaistukiryhmien tapaamisten nauhoitteet ja litteroinnit omille lukituille tietokoneillemme.

### **7.3 Johtopäätökset**

Tämän tutkimuksen tulokset voivat tukea olemassa olevaa tutkimustietoa omaishoitajuudesta. Tutkimuksessamme korostui seitsemän eri omaishoitajien tuottamaa ja kokemuksiin perustuvaa merkityssisältöä. Koettuun psykologiseen joustavuuteen liittyvän neljän merkityssisällön (arvot, arvojen mukainen toiminta, tietoisuustaidot, hyväksyntä) lisäksi esiin nousi kolme muuta laajaa merkityssisältöä; koettu vertaistuki, kokemukset OMApolku-verkko-ohjelmasta

ja kokemukset COVID19-pandemiasta. Tutkimuksemme perusteella oman ajan mahdollistaminen ja vertaistuki voivat tukea ikääntyvän omaishoitajan hyvinvointia ja jaksamista. Tutkimuksellamme voi olla merkitystä Verkosta voimaa ja vertaistukea-hankkeen yhteiskunnallisen roolin vahvistamisessa yhtenä omaishoitajien tukemisen muotona. Jatkotutkimusta tarvitaan omaishoitajien kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämiseksi ja ylläpitämiseksi, koska nykyiset tukimuodot eivät välttämättä ole riittäviä. Tulevaisuudessa on syytä selvittää, voidaanko olemassa olevien omaishoidon tukimuotojen rinnalle mahdollisesti tarvita lisää psyykkistä hyvinvointia ja sosiaalisia kontakteja edistäviä tukimuotoja.

## 8 LÄHTEET

- Andersson, S. 2012. Ageing in place – Ikäihmisten asumisen ongelmat ja sosiaaliset suhteet. *Gerontologia* 26 (1), 2–13.
- Anttonen, A. 2011. Hoivan sosiaaliset merkitykset. Teoksessa T. Kotiranta, P. Niemi & R. Haaki. *Sosiaalisen toiminnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus, 135-151.
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. & Parkinson, L. 2018. Telehealth Interventions Delivering Home-based Support Group Videoconferencing: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 20(2), 25. <https://doi.org/10.2196/jmir.8090>
- Bateman, D.R., Brady, E. & Callahan, C.M. 2017. Comparing Crowdsourcing and Friendsourcing: A Social Media-Based Feasibility Study to Support Alzheimer Disease Caregivers. *JMIR research protocols*, 6(4), 56. [doi.org/10.2196/resprot.6904](https://doi.org/10.2196/resprot.6904)
- Batten, S.V. 2011. *Essentials of Acceptance and Commitment Therapy*. London: Sage Publications Ltd.
- Bekhet, A. & Avery, J. 2018. Resilience from the Perspectives of Caregivers of Persons with Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 19-23.
- Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E. & John, A. 2016. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8), 221.
- Canevelli, M., Valletta, M., Blasi, M. T., Remoli, G., Sarti, G., Nuti, F., Sciancalepore, F., Ruberti, E., Cesari, M., Bruno, G. 2020. Facing dementia during the COVID-19 outbreak. *Journal of the American Geriatrics Society* 68(8), 1673–1676. <https://doi.org/10.1111/jgs.16644>.
- Ciarrochi J; Bilish, L. & Godsell, C. 2010. Psychological Flexibility as a Mechanism of Change in Acceptance and Commitment Therapy. Teoksessa R.A. Baer. *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients*, 51-75.
- Cohen, S. A., Kunicki, Z. J., Drohan, M. M., & Greaney, M. L. 2021. Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. *Gerontology and Geriatric Medicine*. <https://doi.org/10.1177/2333721421999279>.

- Cohen, G., Russo, M. J., Campos, J. A., & Allegri, R. F. 2020. Living with dementia: increased level of caregiver stress in times of COVID-19. *International psychogeriatrics* 32(11), 1377–1381. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001593>.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C. & González-Fernández, S. 2020. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 263, 107-120.
- Cross, A., Garip, G. & Sheffield, D. 2018. The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Psychology & Health* 33 (11), 1321-1342.
- Davis, E.L., Deane, F.P., Lyons, G.C.B., Barclay, G.D., Bourne, J. & Connolly, V. 2020. Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology* 25(3), 322–339. doi:10.1177/1359105317715091.
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. 2020. COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of contextual behavioral science* 17, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Evans, B. C., Coon, D. W. & Belyea, M. J. 2014. Worry among mexican american caregivers of community-dwelling elders. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 36 (3), 344-365. doi:10.1177/0739986314536684.
- Euroopan Parlamentin ja Neuvoston asetus (EU) 2016/679. Luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojasetus). Viitattu 13.4.2021. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:02016R0679-20160504&from=FI>.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E. & Schreurs, K. M. G. 2012. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485–495.
- Friedman, E. M., Trail T. E., Vaughan C. A. & Tanielian, T. 2018. Online peer support groups for family caregivers: are they reaching the caregivers with the greatest needs? *Journal of the American Medical Informatics Association* 25 (9), 1130–1136.

- Gadamer, H.-G. 1988. On the circle of understanding. In J. Connolly & T. Keutner (Eds.), *Hermeneutics versus science? Three German views* (pp. 69–78). University of Notre Dame Press.
- Gloster, A. T., Meyer, A. H. & Lieb, R. 2017. Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science* 6 (2), 166-171.
- Greenwood, N., Habibi, R., Mackenzie, A., Drennan, V. & Easton, N. 2013. Peer Support for Carers: A Qualitative Investigation of the Experiences of Carers and Peer Volunteers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 28 (6), 617-626.
- Gulin, S., Perrin, P., Peralta, S., McDonald, S., Stolfi, M., Morelli, E., Pena, A. & Arango-Lasprilla J. 2018. The Influence of Personal Strengths on Quality of Care in Dementia Caregivers from Latin America. *Journal of Rehabilitation* 84 (1), 13-21.
- Haarni, I. & Fried, S. 2017. *Mielen hyvinvointia miettimässä. Opas varttuneiden vertaisryhmille*. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Han, A., Yuen, H.K. & Jenkins, J. 2021. Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology* 26 (1), 82-102. doi:10.1177/1359105320941217.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. 2006. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44 (1), 1-25. doi:10.1016/j.bra
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson K. 2011. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L. & Pistorello, J. 2013. Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy* 44 (2), 180-198.
- Heimolehto, K. 2020. Korona-aika koettelee omaishoitajien jaksamista – vapaapäiviä jäänyt pitämättä, yksinäisyys tullut osaksi arkea. Viitattu 28.3.2021. <https://yle.fi/uutiset/3-11661238>
- Helgeson, V.S. & Gottlieb, B.H. 2000. Support groups. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists* 221, 45.
- Henkilötietolaki 523/1999.

- Hopwood, J., Walker, N., McDonagh, L., Rait, G., Walters, K., Iliffe, S., Ross, J. & Davies, N. 2018. Internet-Based Interventions Aimed at Supporting Family Caregivers of People With Dementia: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 20 (6): 216. doi:10.2196/jmir.9548
- Ilinca, S., Leichsenring, K., & Rodrigues, R. 2015. From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. Policy Brief Vol. (December 2015): European Centre.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 2016. Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö. Tampere: Vastapaino.
- Jones, S., Woodward, M. & Mioshi, E. 2019. Social support and high resilient coping in carers of people with dementia. *Geriatric Nursing* 40, 584-589.
- Juhila, K. & Kröger, T. 2016. Esipuhe. Teoksessa K. Juhila & T. Kröger (toim.) Siirtymät ja valinnat asumispoluilla. *SoPhi* 133, 5-10.
- Juntunen, K. & Salminen, A.-L. 2015. Kelan järjestämien omaishoitajien kuntoutuskurssien arviointitutkimus. Työpapereita 72/2015. Kela: Helsinki. Viitattu 15.4.2021. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154649/Tyopapereita72.pdf?sequence=1>
- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. 2010. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review* 30 (7), 865-878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001.
- Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Helsinki.
- Kehusmaa, S., Siltanen, S. & Leppäaho, S. 2021. Hyvinvointi korona-aikana -tuloksia vanhuspalvelujen asiakastyytyväisyyskyselystä. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2021. Viitattu 19.3.2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141069/URN\\_ISBN\\_978-952-343-633-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141069/URN_ISBN_978-952-343-633-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Kela. 2021. Omaishoitajan kuntoutuskurssit. Viitattu 3.4.2021. <https://www.kela.fi/omaishoitajat-sopeutumisvalmennuskurssit>.
- Kelson, J. N., Lam, M. K., Keep, M. & Campbell, A. J. 2017. Development and evaluation of an online acceptance and commitment therapy program for anxiety: Phase I iterative design. *Journal of Technology in Human Services*, 35(2), 135–151.
- Keväjärvä, M., Lindholm, M. & Reiman, A. 2020. Että joku näkee mut – omaishoitajan hyvinvointi ja tarpeet. KAKS – Kunnallisan alan kehittämissäätiö. Viitattu 12.12.2020.

[https://kaks.fi/wp-content/uploads/2020/09/36\\_etta-joku-nakee\\_omaishoitajan-hyvinvointi-ja-tarpeet\\_versio\\_2.pdf](https://kaks.fi/wp-content/uploads/2020/09/36_etta-joku-nakee_omaishoitajan-hyvinvointi-ja-tarpeet_versio_2.pdf)

- Koivisto, K., Sandelin, P. & Perttula, J. 2014. Hyvinvointi subjektiivisena kokemuksena- fenomenologisen erityistieteen näkökulma. Teoksessa A. Nieminen, A. Tarkiainen & E. Vuorio (toim.) Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Tampere: Suomen yliopistopaino, 42–53.
- Köhle, N., Drossaert, C. H. C., Jaran, J., Schreurs, K. M. G., Leeuw, Irma M. Verdonck de & Bohlmeijer, E. T. 2017. User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: A qualitative study. . doi:10.1186/s12889-017-4121-2.
- Laine, T. 2015. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: Bookwell Oy, 29–51.
- Lacey, R., McMunn, A., & Webb, E. 2019. Informal caregiving patterns and trajectories of psychological distress in the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 49(10), 1652–1660. doi:10.1017/S0033291718002222
- Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.
- Laki vammaisetuuksista 11.5.2007/570.
- Lappalainen, P. 2015. Act, accept and be mindful: evaluation of three technology-and internet-delivered psychological interventions for mood and well-being. Univeristy of Jyväskylä: Jyväskylä studies in education, psychology and social research 538.
- Lappalainen, R., & Lappalainen, P. 2010. Painon ja mielen psykologiaa. Hyväksymis- ja omistautumisterapia & kognitiivinen käyttäytymisterapia painonhallinnassa. Ohjaajan opas. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos Oy.
- Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. 2014. ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 43–54.
- Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2014. Tietoisuustaidot hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmasta. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteet. 1.painos. Tampere, Tampere University Press, 83–95.

- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A. & Lappalainen, R. 2015. Webbased acceptance and commitment therapy for depressive symptoms with minimal support: A randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 39(6), 805–834.
- Lappalainen, P. & Pakkala, I. 2016. OMApolku-verkko-ohjelma.
- Lappalainen, P., Pakkala, I. & Nikander, R. 2019. CareACT - internet-based intervention for enhancing the psychological well-being of elderly caregivers – a study protocol of a controlled trial. *Geriatrics* 19:72. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1071-9>.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Hayes, S. C., Batten, S., Gifford, E., Wilson, K., Afarri, N., & McCurry, S. M. 2004. Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. Applying acceptance and commitment therapy (ACT). A clinical manual. 7. painos. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.
- Lappi, M., Keinonen, K. & Lappalainen, P. 2019. Verkosta voimaa ja vertaistukea-ryhmäohjelma.
- Leppäaho, S., Kehusmaa, S., Jokinen, S., Luomala, O. & Luoma, M-L. 2019. Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa A. Noro (toim.) Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018: Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Viitattu 12.12.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161377>, 26-32.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V. & Nogales-González, C. 2015. Cognitive–behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83 (4), 760–772. doi:10.1037/ccp0000028.
- Maas, M.L. & Specht, J.P. 2011. Caregiver Support Groups: Led by Peers, Professional, or Both. Teoksessa R. Toseland, D. Haigler & D. Monahan (toim.) Education and Support Programs for Caregivers. *Caregiving: Research, Practice, Policy*. Springer, New York, NY, 73-84. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8031-1\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8031-1_6).
- Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Beckerc, T. & Bock, T. 2014. Peer support in mental health services. *Current opinion in Psychiatry* 27, 276–281.



- Makaroun L.K., Bachrach R.L. & Rosland A.-M. 2020. Elder Abuse in the Time of COVID-19— Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 28 (8), 876–880.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., Olmos, R., Pérez-Miguel, A. & Losada, A. 2020. Tailored versus manualized interventions for dementia caregivers: The functional analysis-guided modular intervention. *Psychology and Aging* 35 (1), 41-54. doi:10.1037/pag0000412.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & Losada, A. 2010. Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. In N. Pachana, K. Laidlaw, & B. Knight (toim.), *Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice*, 33–53. New York, NY: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780199583553.003.0003>.
- Mead, S, Hilton, D., Curtis, L. 2001. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J.* 25 (2), 134.
- Nakagawa, Y., Yamada, R. & Nasu, S. 2014. Characteristics of care-givers and care recipients influencing the impact of paid care services on family care-giver burdens. *Ageing and Society* 34 (8), 1314-1334. doi:10.1017/S0144686X13000081.
- Nicholls, D. 2009a. Qualitative Research: Part One – Philosophies. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(10), 522-536.
- Nicholls, D. 2009b. Qualitative Research: Part Two – Methodologies. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(11), 586-593.
- Nieminen, P., Ojala, A-L., Pullinen, T., Häkkinen, M., Sillanpää, E. & Waller, K. 2019. Seminaaritoiden muotoilu. Liikuntatieteellisen tiedekunnan kirjoitusohjeet. Viitattu 5.4.2021. [https://www.jyu.fi/sport/fi/opiskelu/opiskelijan-ohjeet/opiskelu/kirjoitusohjeet/tuula\\_tutkija/view](https://www.jyu.fi/sport/fi/opiskelu/opiskelijan-ohjeet/opiskelu/kirjoitusohjeet/tuula_tutkija/view).
- Nikander, R. 2018. Avustushakemus: Verkosta voimaa ja vertaistukea -hankeavustus.
- Noro, A. 2019. Päätelmät ja suositukset jatkotoimiksi. Teoksessa A. Noro (toim.) *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018: Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi*. Viitattu 3.4.2021. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161377>, 14-16.
- O'Dwyer, S., Moyle, W., Taulor, T., Creese, J. & Zimmer-Gembeck, M. 2017. In Their Own Words: How Family Carers of People with Dementia Understand Resilience. *Behavioral Sciences* 7: doi:10.3390/bs7030057.

- Omaishoitajaliitto. 2020. Mitä on omaishoito? Viitattu 12.12.2020. <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>
- Ostermann, M., Huffziger, S., Kleindienst, N., Mata, J., Schmahl, C., Beierlein, C., Bohus, M., & Lyssenko, L. 2017. Realization of Personal Values Predicts Mental Health and Satisfaction with Life in a German Population. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(8), 651–674.
- Paakkari, L., Tynjälä, P., & Kannas, L. 2011. Critical aspects of student teachers' conceptions of learning. *Learning and Instruction*, 21(6), 705–714.
- Padala, P. R., Jendro, A. M., Gauss, C. H., Orr, L. C., Dean, K.T., Wilson, K. B., Parkes, C. M. & Padala, K. P. 2020. Participant and caregiver perspectives on clinical research during covid-19 pandemic. *JAGS* 68(6), 14–18. doi:10.1111/jgs.16500.
- Pakkala, I., Lappalainen, P. & Nikander, R. 2019. ”Ei tää hullumpi ole”. Yli 60-vuotiaiden omaishoitajien etäkuntoutuksen vaikuttavuus ja kuntoutujien kokemukset. Teoksessa A.-L. Salminen & S. Hiekkala (toim.) *Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia*. Viitattu 4.4.2021. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/302635/Kokemuksia\\_etakuntoutuksesta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/302635/Kokemuksia_etakuntoutuksesta.pdf?sequence=1&isAllowed=y), 94–115.
- Park, S.S. 2020. Caregivers' mental health and somatic symptoms during COVID-19. *The Journals of Gerontology* 76(4), 235–240.
- Parviainen, K., Timoskainen, J. & Tervonen, S. 2019. Tukea omais- ja läheishoitajille. Teoksessa A. Noro (toim.) *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018: Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi*. Viitattu 3.4.2021. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161377>, 81-84.
- Petkus, A. J. & Wetherell, J. L. 2013. Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice* 20 (1), 47-56. doi:10.1016/j.cbpra.2011.07.004
- Pillemer, K. & Suitor, J. J. 2002. Peer support for alzheimer's caregivers. *Research on Aging* 24 (2), 171–192. doi:10.1177/0164027502242001.
- Pots, W. T. M., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G. & Bohlmeijer, E. T. 2016. How and for whom does web-based acceptance and commitment therapy work? mediation and moderation analyses of web-based ACT for depressive symptoms. *BMC Psychiatry* 16 (1), 158. doi:10.1186/s12888-016-0841-6.

- Potter, K., Golijana-Moghaddam, N., Evangelou, N., Mhizha-Murira, J. R. & das Nair, R. 2020. Self-help acceptance and commitment therapy for carers of people with multiple sclerosis: A feasibility randomised controlled trial. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. doi:10.1007/s10880-020-09711-x.
- Preece, J. 2001. Sociability and usability in online communities: determining and measuring success. *Behav Inf Technol*. 20 (5), 347–356.
- Roberts, E. & Struckmeyer, K. M. 2018. The impact of respite programming on caregiver resilience in dementia care: A qualitative examination of family caregiver perspectives. *Inquiry (Chicago)* 55, 46958017751507. doi:10.1177/0046958017751507.
- Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Serra, L., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F. & Rivera-Navarro, J. 2020. Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 86: 103952. doi: 10.1016/j.archger.103952
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 7.3.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus>.
- Shemeikka, R., Pitkänen, S., Saarinen, T. & Vuorento, M. 2019. Kuntoutuksesta tukea omaishoitajien arkeen. Implementaatiotutkimus omaishoitajien uudistuvien kuntoutuskursien toteutuksesta, hyödyistä ja vaikutuksista. Viitattu 3.4.2021. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308784/Tyopapereita152\\_saavutettava.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308784/Tyopapereita152_saavutettava.pdf?sequence=4&isAllowed=y).
- Schleiermacher, F. 1998. *Schleiermacher: hermeneutics and criticism and other writings*. Cambridge University Press.
- Schreier, M. 2013. *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- Smith, C., McNaughton, D.A. & Meyer S. 2016. Client perceptions of group education in the management of type 2 diabetes mellitus in South Australia. *Australian Journal of Primary Health* 22(4): 360–367. doi: 10.1071/PY15008.
- Sotkanet. 2020. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut. Vuodet 2017–2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.12.2020.

- <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy4PBwA=&region=s07MBAA=&year=sy6rsjbs0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741>
- Storey, J. E. 2020. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 50, 101339. doi:10.1016/j.avb.2019.101339.
- Strand, M., Eng, L. S. & Gammon, D. 2020. Combining online and offline peer support groups in community mental health care settings: a qualitative study of service users' experiences. *Int J Ment Health Syst* 14, 39. doi.org/10.1186/s13033-020-00370-x.
- Swartz, K. & Collins, L. 2019. Caregiver Care. *American Family Physician* 99 (11), 699- 706.
- Swinford, E., Galucia, N. & Morrow-Howell, N. 2020. Applying gerontological social work perspectives to the coronavirus pandemic. *Journal of Gerontological Social Work* 63 (6-7), 513-523. doi:10.1080/01634372.2020.1766628.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Omaishoito ja perhehoito. Viitattu 7.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/omaishoito-ja-perhehoito>.
- Tesc, R. 1992. *Qualitative research: Analysis types and software tools*. New York: Falmer Press.
- Tikkanen, U. 2016. *Omaishoidon arki: Tutkimus hoivan sidoksista*. University of Helsinki. Viitattu 31.3.2021. <https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/11/Omaishoidon-arki-Ulla-Tikkanen.pdf>.
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M. & Schreurs, K. M. G. 2015. Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66–80.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi: Uudistettu laitos*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomisto, M. & Lappalainen, R. 2015. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa M. Hutunen & Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 83–105.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa*. Helsinki: TENK.
- Valtokari, M., Alastalo, H. & Luoma, M-L. 2021. Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen huoli-ilmoituksen avulla. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2021. Viitattu

- 31.3.2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140906/URN\\_ISBN\\_978-952-343-619-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140906/URN_ISBN_978-952-343-619-0.pdf?sequence=1).
- Vaughan, C., Trail, T.E. & Friedman, E. 2018. Informal Caregivers' Experiences and Perceptions of a Web-Based Peer Support Network: Mixed-Methods Study. *Journal of medical Internet research* 20 (8),257. doi:10.2196/jmir.9895
- Vidal-Alaball, J., Franch-Parella, J., Seguí, F. L., Cuyàs, F. G. & Peña, J. M. 2019. Impact of a Telemedicine Program on the Reduction in the Emission of Atmospheric Pollutants and Journeys by Road. *Environmental Research and Public Health* 16, 4366. doi:10.3390/ijerph16224366
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, F. & Gloster, A. T. 2018. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 18(1), 60-68.
- Yksi elämä. 2020. Yhteistä ymmärrystä vertaistoimintaan. Viitattu 23.1.2020. <https://www.yksielama.fi/vertaistoimintaa>
- Åkerman, S., Nyqvist, F. & Nygård, M. 2018. Man får hjälp då man behöver” - äldre närståendevårdtagares vårdval ur ett livsloppsperspektiv. *Gerontologia* 32 (2), 102–114. doi:10.23989/gerontologia.66720.

## Liite 1



### **NAUHOITUS- JA TUTKIMUSLUPA**

Pauliina Puurtinen ja Karoliina Äikäs: Pro gradu -tutkielma omaishoitajien kokemuksista vertaistukiryhmien ja digitaalisen verkko-ohjelman yhdistämiseen liittyen.

Täten annan oikeuden tallentaa omaishoitajien vertaistukiryhmän 6. tapaamiskerran tutkimusta varten. Nauhoitus tulee nimettömänä vain tutkijaryhmän käyttöön. Nauhoitetta tullaan käyttämään ainoastaan tutkimustarkoituksessa. Nauhoite tullaan säilyttämään lukituissa olosuhteissa ja hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Jyväskylässä \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 2020

---

Tutkittava

---

Pauliina Puurtinen  
Pro gradu -tutkielman tekijä  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto

---

Karoliina Äikäs  
Pro gradu -tutkielman tekijä  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto