

OMAISHOITAJAN KUORMITTUNEISUUS JA HYVINVOINTI

NARRATIIVINEN KIRJALLISUUSKATSAUS IKÄIHMISTEN OMAISHOITAJISTA

Sanna Havo
Maisterintutkielma
Sosiaalityö
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2021

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Jyväskylän yliopisto
Tekijä Sanna Havo	
Työn nimi Omaishoitajan kuormittuneisuus ja hyvinvointi- Narratiivinen kirjallisuuskatsaus ikäihmisten omaishoitajista	
Oppiaine Sosiaalityö	Työn tyyppi Maisterintutkielma
Aika: Syksy 2021	Sivumäärä: 52+1 liite
Ohjaaja Johanna Kiili	
<p>Pro-gradu tutkielmani tarkoituksena oli tarkastella iäkkäiden henkilöiden omaishoitajana toimivien kuormittuneisuutta aiheuttavia tekijöitä, ja sitä millä tavoin kuormittavat tekijät vaikuttavat omaishoitajan hyvinvointiin. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä sekä omaishoitajien läheisten että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan tietoisuutta omaishoitajan hyvinvointia kuormittavista tekijöistä, jotta hyvinvoinnin tukeminen mahdollistuisi entistä paremmin. Myös omaishoitajien läheisten on tärkeää saada ymmärrystä henkisesti ja fyysisesti raskaasta työstä.</p> <p>Tutkimuksen keskeiset käsitteet rakentuvat omaishoitajuuden käsitteiden ympärille ja lakiin omaishoidontuesta (2005/937) Teoreettinen viitekehys, jonka mukaan tuloksia tarkastellaan, rakentuu Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksien ympärille. Hyvinvoinnin ulottuvuudet koostuvat elintasosta, kuten terveys ja taloudellinen pärjääminen, yhteissuhteista (perheeltä saatu tuki ja sosiaaliset verkostot) sekä ja itsensä toteuttamisen osatekijöistä (mielekäs vapaa-aika).</p> <p>Tutkimus toteutettiin narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Suomenkielinen aineistonhaku kohdistettiin Jyväskylän yliopiston Arto tietokantaan ja Elektra Doriaan. Englanninkielisen aineiston haku kohdistettiin Wiley online libraryyn, Social services abstractiin (ProQuest) sekä JSTOR:iin. Omaishoitotyö linkittyy sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon, joten Wiley online library on valittu tietokannaksi terveydenhuollon vuoksi. Tutkimukseen valikoitui 12 artikkelia.</p> <p>Tulosten mukaan omaishoitajuus oli kuormittavaa ja sitovaa. Omaishoitotyö kuormitti fyysisesti, psyykkisesti ja henkisesti. Keskeisimpänä tuloksista ilmeni, että omaishoitajuus kuormitti sosiaalisia suhteita. Osa oli joutunut luopumaan kokonaan omasta vapaa-ajasta. Mitä iäkkäämpiä omaishoitajat olivat, sitä heikompi heidän oma terveytensä oli. Sekä omaishoitajan että hoidettavan terveydentila kuormittivat hoitajan hyvinvointia. Lähes kaikilla omaishoidettavilla oli kaksi tai useampi sairaus. Muistisairaudet nousivat sairauksista kuormittavimpina esiin.</p>	
Asiasanat: Omaishoitaja, hyvinvointi, kuormittuneisuus, ikääntynyt, dementia	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja	

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OMAISHOIDON ILMIÖN TARKASTELUA	3
	2.1 Omaishoitajuus.....	3
	2.2 Omaishoitajuuden tukeminen.....	5
	2.3 Aikaisemman tutkimustiedon tarkastelua omaishoidosta	8
3	HYVINVOINNIN ULOTTUVUUDET TUTKIELMAN TEOREETTISENA VIITEKEHYKSENÄ.....	12
	3.1 Elintaso (having)	14
	3.2 Yhteisyyssuhteet (loving).....	16
	3.3 Itsensä toteuttaminen (being).....	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
	4.1 Tutkimuskysymys.....	20
	4.2 Aineiston keruu.....	20
	4.3 Sisällönanalyysi	23
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
	5.1 Elintaso	25
	5.2 Yhteisyyssuhteet ja itsensä toteuttaminen.....	29
6	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	35
7	POHDINTA.....	41
	LÄHTEET	45

LIITTEET

1 JOHDANTO

Suomessa arvioidaan olevan noin 350 000 omaishoitajaa. Omaishoidontuen piiriin omaishoitajista kuuluu vain 48 700. Tällöin omaishoitaja on tehnyt omaishoidosta sopimuksen kunnan kanssa, ja saa työstä lakisääteisen korvauksen. Jopa 60 000 omaishoitotapauksista on arvion mukaan haastavia ja velvoittavia. (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 2021.) Omaishoitosuhte pohjautuu useimmissa tapauksissa sukulaissuhteeseen, kuten puolison tai aikuisen lapsen toimiessa omaishoitajana. Omaisten antama tuki on ensiarvoisen tärkeää, jotta iäkkään tai sairastuneen henkilön on mahdollista asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään. (Perälä ym. 2008, 70.)

Omaishoitotyön tekeminen vaatii uhrauksia omaishoitajalta. Työ on sekä fyysisesti että henkisesti kuormittavaa. Omaishoitajia tulisikin tukea, jotta he jaksavat sekä fyysisesti että henkisesti raskaassa työssä. Hyvinvoinnin tukeminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta omaishoitajien oma vointi pysyisi mahdollisimman hyvänä. (Pursiainen 2010, 149, 180; Kirsi 2004, 76, 82, 89.) Omaishoitajat esimerkiksi altistuvat yksinäisyydelle, jos omasta kodista ei pääse omaishoitotyön vuoksi poistumaan (Riffin ym. (2019, 280; Kauppinen & Silfver-Kuhlampi 2015, 51). Tällöin sosiaalinen elämä kärsii ja yksinäisyys voi aiheuttaa omaan hyvinvointiin lisää haasteita, esimerkiksi mielen-terveydellisiä. Oman lapsen ryhtyessä hoitamaan omaa vanhempansa tai aviopuolison puolisoaan, muuttuu suhde hoivasuhteeksi (Kaakkuriniemi 2014, 10). Eriksson & Svedlund (2006, 328–329) kuvaavat suhteen muuttumista kuormittavana tekijänä hyvinvoinnissa.

Omaishoitotyöllä saadaan säästettyä myös yhteiskunnan varoja. Esimerkiksi Kelan sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset vailla omaishoittoa nousisivat lähes 2,8 miljardia suuremmaksi vuositasolla (Kehusmaa 2014, 80). Ikääntyneiden palveluasumisen kustannukset ovat noin 63 000 e vuodessa ja omaishoidon noin 12 000 e henkilöä kohden (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 2021). Omaishoitajuudella on täten merkityksellinen yhteiskunnallinen asema, ja omaishoitotyön tukeminen tulisi nähdä koko yhteiskuntaa tukevana etuna.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön listauksen mukaisesti Suomessa omaishoidontuen katsotaan kuuluvan gerontologisen sosiaalityön alle. Puolestaan gerontologinen sosiaalityö kuuluu vanhussosiaalityön erityisalueeseen. Seppänen viittaa Koskiseen (2005), joka jakaa vanhussosiaalityön kolmeen näkökulmaan, joita ovat; 1. Vaikeassa elämäntilanteessa väliintulo, 2. Perustarpeiden turvaaminen, 3. Itsemääräämisoikeuden tukeminen. (Seppänen 2017, 260, 263, 265.) Seppänen haluaa korostaa, että sosiaalityötä tehdään myös terveydenhuollon puolella, ja vanhussosiaalityöntekijän tuli-

sikin tehdä tiivistä yhteistyötä terveydenhuollon kanssa. Sosiaaliset ongelmat limittyvät useimmiten terveydellisten haasteiden kanssa yhteen. (emt. 2017, 264, 269.) Kun iäkäs henkilö ei pärjää yksin kotona, on kyseessä useimmiten terveydelliset pulmat, ja tämä yhdistää omaishoidon terveystieteisiin. Tämä tutkimus asemoituu aiheeseen sekä yhteiskuntatieteisiin että hoitotieteisiin, koska lähteinä käytetään eri tieteenalojen tutkimuksia.

Mielenkiintoni omaishoitajien kuormittaneisuutta aiheuttaviin tekijöihin on herännyt tuttavani kokemuksen kautta, ja perehdyttyäni omaishoitajuuteen perheopintojen kurssilla, joka kuuluu maisteritutkintoni opintoihin. Kurssilla tuli pohtia sitä, mitä perheenjäsenten välisille suhteille tapahtuu, jos aikuinen lapsi rupeaa omaishoitosuhteeseen omalle vanhemmalleen. Tuttavallani on vain huonoja kokemuksia omaishoitajien hyvinvoinnin tukemisesta. Omaishoito on lisännyt hänen masentuneisuuttaan ja sosiaalinen verkosto on kaventunut, koska hän ei voi jättää isäänsä hetkessä yksin. Pelkään tuttavani sairastuvan vakavasti.

Tässä tutkimuksessa keskitytään tutkimaan omaishoitajuutta kuormittavia tekijöitä ja millä tavoin kuormittuneisuus vaikuttaa omaishoitajan hyvinvointiin. Tutkimuksessa käydään keskustelua omaishoitajuuteen liittyvistä keskeisistä käsitteistä, siihen liittyvistä lakiteksteistä sekä suomalaisista, että kansainvälisistä tutkimuksista. Teoreettisena viitekehyksenä tutkielmassa hyödynnetään Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksien osatekijöistä, joka ohjaa tulosluvun rakentumista. Tutkimuksen aineisto muodostuu 12 artikkelista, jotka on kohdistettu Suomessa tapahtuvaan iäkkäiden henkilöiden omaishoitajana toimimiseen.

Omaishoitajien hyvinvoinnin kuormittuneisuutta on tutkittu Suomessa huomattavan vähän. Tutkimuksen tavoitteena onkin lisätä tietoisuutta omaishoitajien kuormittuneisuudesta. Saatujen tulosten avulla omaishoitajien hyvinvointia tukevia palveluita on mahdollista kehittää asiakasläheisimmiksi. Omaishoitotyötä on tärkeää tuoda näkyväksi, koska ehkäisemällä omaishoitajia kuormittumasta, ja välittämällä omaishoitajien hyvinvoinnista mahdollistetaan omaishoitotyön jatkuminen mahdollisimman pitkään laadukkaana ja turvallisena. Vaikka omaishoitoa tukevien palveluiden myöntäminen kuuluu kunnan sosiaali- ja terveystieteillä, hyötyy tutkimuksesta myös omaishoitoliitto, joka voi kehittää omaa toimintaansa, joten tutkimus on tarkoitus luovuttaa omaishoitoliiton käyttöön.

2 OMAISHOIDON ILMIÖN TARKASTELUA

2.1 Omaishoitajuus

Omaishoitajuuden taustalla voi olla useita eri syitä. Yleisimmin omaishoitosuhte muodostuu jonkin vamman, sairastumisen tai henkilön vanhenemisen myötä. (Zechner 2016, 55.) Omaishoito mahdollistaa yhtä lailla työikäisen, sairaan lapsen tai iäkkään henkilön hoitamisen kotona (Purhonen ym. 2011, 12). Yhteistä omaishoidolle käsitteenä on, että hoidettava henkilö ei ole kykeneväinen huolehtimaan itsestään ilman apua (STM 2014, 17) ja omaishoitaja mahdollistaa hoidettavan henkilön asumisen kotona mahdollisimman pitkään (Juntunen & Salminen 2011, 3). Tässä kirjallisuuskatsauksessa omaishoidon käsitteen ulkopuolelle jätetään muut kuin ikäihmisen omaishoitajana toimivat, koska esimerkiksi sairaan lapsen hoitaminen on erilaista. Purhosen ym. (2011, 12) mukaan omaishoitotilanteet ovat monimuotoisia (emt.) Iäkkään henkilön kohdalla puolison voinnin heikkeneminen on painavin syy hoitosuhteelle. Tällöin parisuhde muuttuaan hoivasuhteeksi. (Kaakkuriniemi 2014, 10.)

Kun parisuhde muuttuaan hoivasuhteeksi, voi se aiheuttaa useita haasteita. Hoitaja voi kokea yksinäisyyden tunteita eikä aviopuolisoiden välillä ole välttämättä enää läheisyyttä. Edellä mainitut asiat vaikuttavat omaishoitajan hyvinvointiin. (Eriksson & Svedlund 2006, 328–329.) Iäkkään henkilön kohdalla omaishoitajana voi toimia myös aikuinen lapsi. Näin voi tapahtua esimerkiksi sairauskohtauksen myötä tai kun puoliso menehtyy, eikä arjessa pärjää enää yksin. (Kaakkuriniemi 2014, 10.) Muistipotilaiden osuus kasvaa vuosittain muistisaurauksien yleistyttyä (Remes 2018), ja suurin syy toimia iäkkään henkilön omaishoitajana on dementia tai Alzheimerin tauti (Gustavsson ym. 2011, 746). Omaishoitajan terveydentila on myös usein muuta väestöä huonompi (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76).

Suurin vanhempiaan hoitavien joukko koostuu Kirsin (2004, 93) sekä Perälän ym. (2008, 65) mukaan hoidettavien tyttäristä, kun kyseessä ei ole virallinen omaishoitaja, joka saa työstä omaishoidontukea. Avun tarve ei ole aina päivittäistä, ja avun antaminen mahdollistuu työssäkäyvältä aikuiselta lapselta. (emt.) Kun kyse on virallisista omaishoitajista, eli kunnan kanssa on tehty omaishoitosopimus, koostuu omaishoitajien joukko enenevässä määrin puolisoista. Virallisina omaishoitajilla toimivilla esiintyy huomattavasti enemmän avustamiskertoja päivän aikana kuin heillä, jotka toimivat omaishoitajina ilman virallista sopimusta. Samassa taloudessa asuminen ja hoidon intensiteetti selittävät Perälän ja kumppaneiden mukaan asian. Viralliset omaishoitajat keskittyvät hoitotehtävissään kotitöiden tekemiseen, sairauden hoitoon ja kivun

lievitykseen. Sukupuolen lisäksi koulutusasteella on yhteys omaishoitajana toimimiseen. Pelkän kansakoulun käyneet toimivat ylioppilastutkinnon suorittaneita useammin omaishoitajina. (Perälä ym. 2008, 65–66, 68–69.) Työssäkäyvät omaishoitajat ovat korkeammin koulutettuja kuin he, jotka eivät ole ansiotyössä kodin ulkopuolella. (Kauppinen & Silfver-Kuhalampi 2015, 25). Perälä ym. (2008, 63–64) viittaavat Clarkiin (2002) sekä Hirstiin (2003) kirjoittaessaan omaishoitajan ja hoidettavan samassa taloudessa asumisen altistavan masentuneisuuteen ja uupumiseen. Kuitenkin samassa taloudessa asuminen voi myös helpottaa työtaakkaa. (emt.)

Omaishoitotilanteita, joissa omaishoitaja ei edes tiedosta olevansa omaishoitaja, on huomattavan paljon. Esimerkiksi vuonna 2008 on tehty omaishoitotutkimus, jossa selvitettiin henkilökohtaisilla haastatteluilla läheisiään arjessa avustavien kokemuksia hoivan antamisesta. Tulosten mukaan lähes 80 % ei ollut ajatellut olevansa omaishoitaja. Ainoastaan hieman yli 10 % piti itseään omaishoitajana. (Purhonen ym. 2011, 13.) Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelman (2014) mukaan omaishoitajia on noin 350 000 henkilöä (STM 2014, 21). Sotkanet-tietokannasta (2019) ilmenee, että vajaa 50 000 omaishoitotilanteista on lakisääteisen omaishoidontuen piirissä (Omaishoitajat ja läheiset liitto ry 2021). Tästä voi todeta huomattavan suuren määrän toimivan omaishoitajana saamatta siitä korvausta.

Omaishoito on virallisena käsitteenä uudehko, alle 30 vuotta vanha. 1980-luvulla omaishoidon korvasi laitoshoido. Aiemmin omaishoito on nähty enemmänkin näkyvämmänä vastuun kantamisena. (Purhonen ym. 2011, 12.) Lapsilla on ollut ennen 1980-lukua hoitovelvoite omia vanhempia, isovanhempia ja puolisoita kohtaan (Kalliomaa-Puha 2017, 231), mutta nykyään Suomessa aikuisilla lapsilla ei ole juridisesti velvollisuutta toimia oman vanhemman hoivaajana (Anttonen 2009, 59; Kalliomaa-Puha 2017, 227). Suomi on ollut ensimmäisenä maana Euroopan maiden joukossa säättämässä kotihoidontuesta 1980-luvulla. Sosiaalihuoltolakiin on kirjattu asetus ikäihmisten, vammaisten ja pitkään sairastaneiden tukemisesta. Lakiin on vuonna 1993 lisätty asetus omaishoidontuesta. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 25.)

Hoiva voidaan määritellä moniulotteisesti ja sitä pidetään yhteiskuntamme olennaisena osana. Hoivassa keskiöön nousee ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet. Keskiössä on lisäksi keskinäinen riippuvuus. (Anttonen & Zechner 2009, 17–18, 34, 36; Zechner 2016, 55.) Hoiva perustuu myös velvollisuuteen ja rakkauteen hoivattavaa kohtaan (Anttonen & Zechner 2009, 18; Kirsi 2004, 77; Zechner 2016, 55). Puolisolle on useimmiten itsestään selvyys toimia omaishoitajana puolison sairastuttua (Eriksson & Svedlund 2006, 330). Jos parisuhde on ollut ennen omaishoitosuhdetta ristiriitainen,

on puolison omaishoitajaksi ryhtyminen ollut Kirsin (2004) mukaan psyykkisesti raskasta. Omaishoitajat kokevat ristiriitaisia tunteita myös omien tarpeiden ja hoidon sitovuuden välillä. (emt. 75–76.) Kulttuuriset normit määrittävän huomattavasti hoivan käsitettä, ja suvun välinen yhteisöllisyys on muuttunut ajan myötä. Omaiset ja läheiset nähdään yhä tärkeimpinä hoivan tarjoajina ja merkittävänä apuna. 1990-luvulla hoivatutkimuksen kenttä on monipuolistunut, eikä hoivan ole nähty kuuluvan ainoastaan naisille. Vielä 1980-luvulla naisen paikkana pidettiin kotia ja hoivan antaminen kuului naisille. Tämä piti naiset alistetussa asemassa miehiin nähden. (Anttonen & Zechner 2009, 23, 35, 53.) Kuitenkin yhä suurin läheisiä (aikuisia) hoitavien joukko koostuu naisista, joskin miesten osuus hoivan antajina on kasvanut (Anttonen ym. 2009, 10–11; Kirsi 2004, 51).

2.2 Omaishoitajuuden tukeminen

Vanhustyön yhtenä tavoitteena on ikääntyneiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäminen. Ikääntyneiden henkilöiden palveluiden kokonaisuus jaetaan sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä avo- että laitospalveluihin. Iäkkäiden henkilöiden kotona asumista tuetaan avopalveluilla. Kotiin on mahdollista saada myös tukipalveluita. (Sepänen & Koskinen 2010, 408–409, 411.) Kunnilla on velvollisuus tarjota iäkkäille henkilöille kotiin riittävät palvelut, joita ovat esimerkiksi kotihoito, kuntoutus, apuvälineet ja tuetun asumisen muodot (Zechner 2016, 56).

Omaishoitajien ja hoidettavien turvana on laki omaishoidontuesta (2005/937). Lakiin sisältyy sekä omaishoitajalle että omaishoidettavalle kuuluvat palvelut, joita ovat omaishoitoa tukevat palvelut, vapaapäivät ja hoitopalkkio sekä eläke- ja tapaturmavakuutus. Lakia omaishoidontuesta on päivitetty ja nykyinen laki on astunut voimaan vuonna 2006. Omaishoito merkitsee lain 2 § mukaan *”vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun läheisen henkilön avulla.”* Toisin sanoen omaishoitaja on lain piirissä, kun kunnan kanssa on tehty virallinen sopimus omaishoidontuesta. (Laki omaishoidontuesta 2005/937.) Omaishoidontuen lakiin on tehty muutoksia vuonna 2017. Uudistuksen myötä kunta on velvoitettu järjestämään kaksi vapaa päivää kuukaudessa kunnan kanssa virallisen omaishoitosopimuksen tehneille. Ympäri vuorokautista hoitoa tarvitsevien omaishoitajat ovat edelleen oikeutettuja pitämään kolme vapaa päivää kuukaudessa. Kuntien velvollisuus on ollut 2018 vuodesta alkaen järjestää sekä hyvinvointia tukevia sosiaali- ja terveyspalveluita että omaishoitajille suunnattua koulutusta, jotka tukevat omaishoitajia. (Shemeikka ym. 2017, 10.)

Virallisena omaishoitaja toimivan henkilön kanssa omaishoidosta vastaava kunta ja omaishoitaja tekevät omaishoitosopimuksen (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 3 §). Omaishoitotyön tulee olla vaativaa ja sitovaa, jotta omaishoidontukea on mahdollista saada (Zechner 2016, 56). Hoitopalkkioon ei ole oikeutettu ilman virallista omaishoitosopimusta, vaikka tekisi samanlaista- ja sisältöistä työtä kuin esimerkiksi tuttava, joka on tehnyt sopimuksen kunnan kanssa. Sekä omaishoitajan että hoidettavan turvana on hoito- ja palvelusuunnitelma. Kunnan työntekijä tekee ennen omaishoidontuen saamista aina kotikäynnin, jonka perusteella tehdään arvio omaishoidon tarpeesta ja laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. (Purhonen ym. 2011, 12–13; Purhonen ym. 2011, 26–27.) Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään jokaiselle yksilöllisesti ja siihen kirjataan asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne ja tarvittavat palvelut. Omaishoitajan osalta hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattava omaishoitoa tukevat sosiaalihuollon palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulee tehdä yhdessä asiakkaan kanssa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2019; Laki omaishoidontuesta 2005/937, 8 §.) Omaishoitoa tukevista sosiaalipalveluista suunnitelmaan on kirjattava tukipalveluiden määrä, sisältö ja millä tavoin omaishoito järjestetään omaishoitajan ollessa vapaalla (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 31).

Kuntien valtionosuuksien määrää on lisätty vuonna 2006 neljällä miljoonalla eurolla, kun nykyinen omaishoitolaki astui voimaan. Valtion osuuksia lisäämällä on tavoitteena ollut parantaa omaishoitajien asemaa lisäämällä kotipalveluita ja omaishoidontukea. Omaishoitajat ja Läheiset-liitto ry on asiasta eri mieltä. Samaan aikaan uuden omaishoidontuen lain kanssa vuonna 2006 omaishoitajat ja Läheiset-Liitto ry on julkaissut selvityksen hoivaa antajien asemasta. Liiton mukaan uusi omaishoitolaki enemmin heikensi omaishoitajien ja omaishoidettavien etuuksia. Valtionosuuksien rahamäärä ei ole käyttötarkoitukseltaan sidottu, joten kukin kunta saa itse päättää määrärahojen käytöstä. Omaishoitajien liiton mukaan omaishoitajien ja hoidettavien tarve ei kohtaa määrärahan kanssa. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 20–21, 23, 26.) Myös syyt, joiden vuoksi on oikeutettu omaishoidontukeen, ovat kuntakohtaisia. Näiden lisäksi kunnat eivät aina myönnä omaishoitajan ja hoidettavan kotiin tarvitsemia palveluita. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 26, 42–45; Purhonen ym. 2011, 26.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen selvitykseen (2014) osallistuneista kunnista jopa 30 % maksoi omaishoitajille pienempää palkkiota kuin laissa määritelty palkkio on. Raportissa tärkeäksi kehittämiskohteeksi nostetaankin omaishoidontuen myöntämisen kriteereiden yhtenäistämisen kuntien välillä. Joissakin kunnissa on kaksi palkkioluokkaa omaishoidontukeen ja toisissa kunnissa jopa kahdeksan (Linnosmaa, 2014, 20, 25–26). Omaishoidontuki on määrärahasidonnainen tuki ja jos omaishoitoon varatut määrärahat on käytetty, ei etuutta tarvitse myöntää (Kalliomaa-Puha 2017, 230).

Mattilan (2015) mukaan kunnat jopa pienentävät omaishoidontuen määrää, jos hoitaja käyttää erityisen paljon kunnan tarjoamia palveluita omaishoidon ohella (emt.185).

Laki omaishoidontuesta (2005/937) on sopimuksellisuuden näkökulmasta kiinnostava. Mattila (2015) kritisoi lakia omaishoidontuesta liian väljäksi. Laki antaa kunnille liikaa päätäntävaltaa luoda omat kriteerit ja säännöt, millä perustein omaishoidontukea myönnetään. Omaishoidon tulee olla hoidettavan hyvinvointi huomioiden ottaen riittävää ja hoidettavan edun mukaista. Hoidettavan kodin tulee olla omaishoidolle soveltuva. Näiden säännösten tarkempi soveltaminen tapahtuu kuntatasolla eikä Suomessa ole tarkempia valtakunnallisia kriteereitä potilaan kunnosta tai siitä, miten potilaan kunto arvioidaan. (emt. 183–184.) Tämä ajaa omaishoitajat- ja hoidettavat eriarvoiseen asemaan kuntien välillä eikä perustuslaillinen oikeus yhdenvertaisesta (6§) mukaisesta kohtelusta toteudu.

Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman loppuraportin mukaan, jonka Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2014 julkaissut, omaishoidon tukea myönnettiin 40 600 omaishoitajalle (STM 2014, 21). Tukea saavien määrä on kasvanut huomattavasti ja vuonna 2016 omaishoidontukea on myönnetty jo vajaalle 45 000 omaishoitajalle sekä vuonna 2020 vajaalle 49 000 henkilölle (Omaishoitajat ja läheiset liitto ry 2021). Omaishoitotilanteita on ollut vuonna 2005 noin 28 000, joidenka perusteella on ollut oikeutettu omaishoidontukeen (Salanko-Vuorela ym. 2006, 11). Omaishoidontukea ei kuitenkaan aina haeta riittävän varhaisessa vaiheessa, vaan vasta, kun hoito koetaan työläänä. Samaan aikaan omaishoitajan hyvinvointi voi olla koetuksella, ja oma jaksaminen vaarantuu. (Purhonen ym. 2011, 14.)

Omaishoidontuen määrä on noussut vuosien varrella, mutta sen voi todeta yhä olevan matala, etenkin jos omaishoitaja on poissa ansiotyöstä. On tärkeää myös hahmottaa omaishoidontuen määrän alhainen kehitys. Vuonna 2006 omaishoidontuen vähimmäismäärä on ollut 300e kuukaudessa. Jos omaishoitaja on jäänyt pois ansiotyöstä ja hoidettava on ollut hoidollisesti raskaassa siirtymävaiheessa, on omaishoidontuen summa ollut vähintään 600e. Vuonna 2011 summa ei ole ollut kovin paljon suurempi. Vähimmäissumma tuelle on ollut 353, 62e ja hoidollisesti raskaassa siirtymävaiheessa vähintään 707e. Vuonna 2019 summa on ollut vähintään 399,91e ja hoidollisesti raskaassa siirtymävaiheessa 799,81e. (STM 2018.) Vuoden 2021 alusta alkaen summa on noussut indeksitarkastuksen vuoksi ja vähimmäismäärä on 413,45 euroa kuukaudessa. Hoidollisesti raskaan siirtymävaiheessa vähintään 826,90 euroa kuukaudessa. (STM 2020.)

Teinilä (2004) on tutkinut Tampereen kaupungin tekemää selontekoa omaishoidontuen ja palveluasumisen kustannuksista. Omaishoito on maksanut kunnalle kuukaudessa 745 e, palveluasuminen 3200e ja kehitysvammaisten laitospuolitoiminen hoito 3500e alimmassa hintaluokassa. (Salanko-Vuorela ym. 2006, 20.) Vuonna 2019 omaishoidon kustannukset yli 65-vuotiaiden osalta ovat maksaneet Tampereen kaupungille kuukaudessa 633e/asiakas. Omaishoidon vuosikustannukset ovat olleet kokonaisuudessaan 7 348 320e. Tehostetun palveluasumisen kustannukset ovat yhteensä 72 652 577 e vuodessa ja 43 479e vuodessa / asiakas. (Kuusikko-työryhmä 2019, 69–70.) Tästä voi tehdä johtopäätöksen, jonka perusteella on selkeä ero siinä, suunnataanko tuki omaishoittoon vai palveluasumiseen. Kustannusten erolla pitäisi pystyä myös nostamaan omaishoidontuen määrää ja palkkaamaan lisää työntekijöitä.

Kalliomaa-Puha (2017) kirjoittaa omaisolettamasta, jonka mukaan omaisten oletetaan hoitavan vanhusten asioita ja auttavan hoidossa, kun he eivät enää itse ole siihen kykeneväisiä. Oletusta tärkeämpää olisi ottaa huomioon omaisten näkemys ja pohtia, mikä heidän roolinsa on. Lain mukaan sosiaalihuoltolaki, vanhuspalvelulaki ja perustuslaki takaavat iäkkäille henkilöille hyvinvointia tukevat palvelut. (emt. 227–232.) Kuitenkin omaishoitajat myös kieltäytyvät tukitoimista esimerkiksi ennakkoilmoitusten vuoksi. Yksilöllisten palveluiden löytäminen jokaiselle omaishoitoperheelle kuvataan haastavana. (Pursiainen 2010, 108, 121.) Tiedollisen tuen tarve näyttäytyy omaishoitajilla suurimpana omaishoitotilanteen alkuvaiheessa (Pursiainen 2010, 107). Ringin ym. (2021, 26) tutkimuksessa omaishoidon ohjaajat kritisoivat päättäjiä antamalla väärä kuva omaishoitajien tukitoimista. Metterin (2014) mukaan perusterveydenhuoltoon tulisi lisätä terveyssozialityön palveluita sekä moniammatillista yhteistyötä (emt. 302–303, 320). Iäkkäillä henkilöillä terveyssozialityön osuus omaishoidon alkuvaiheessa nähdään tärkeänä, koska sillä voidaan vaikuttaa kuormittuneisuuden määrään. Terveyssozialityö on monialaista työtä, mikä jakautuu esimerkiksi sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseen, verkostotyöhön, arviointiin ja suunnitteluun. (Kananaja 2017, 348–351.)

2.3 Aikaisemman tutkimustiedon tarkastelua omaishoidosta

Omaishoidosta on tehty sekä Suomessa että ulkomailla paljon tutkimuksia. Suomessa tutkimusten näkökulmana omaishoitajan kuormittuneisuutta ja sen yhteyttä hyvinvointiin on tutkittu vähän. Tämä selviää myös muista tutkielmista (ks. esim. Latomäki ym. 2020; Leinonen 2016; Toljamo ym. 2012). Keväjärvy ym. (2020) käsittelevät vuoden vanhassa selvityksessään omaishoitajan hyvinvointia kuormittavia asioita sekä tapoja, joilla kuormitusta voidaan vähentää. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan

omaishoidon kustannuksia. Tutkimus keskittyy pääasiassa erityislasten omaishoitajina työskenteleviin, joten tutkimusta ei voida hyödyntää tämän tutkielman kirjallisuuskatsausaineistona. Keväjärven ym. tutkimuksen tuloksista ilmeni, että omaishoito ja ansiotyön yhteensovittaminen koettiin haastavana. Heikko taloudellinen tilanne kuormitti naisia miehiä enemmän. Lisäksi kuormittavuutta aiheutti byrokratia, sen hitaus, tiedonsaannin vaikeus ja päätösten epäoikeudenmukaisuus. Omaishoityöhön liittyen palveluiden tarjonta ja tukipalveluiden saanti koettiin puutteellisena. Samankaltaisia ajatuksia on Kirsillä (2004) sekä Kniffilla (2012). Palvelujärjestelmän monimutkaistuminen aiheutti Kirsin (2004) tutkimuksen tulosten perusteella omaishoitajien keskuudessa hämmennystä ja epävarmuutta. Kniffin (2012) tutkimuksen mukaan omaishoitajat toivoivat julkisen sektorin tukevan hoivan antamista läheisille. Omaishoitajat eivät kuitenkaan kokeneet tulleen kuulluiksi omaishoivan järjestämiseen liittyvissä asioissa. (emt.)

Kirsi (2004) on tutkinut dementoitunutta puolisoa hoitavien omaishoitokokemuksia. Knif (2012) on puolestaan tutkinut ylisukupolvista hoivaa ja sitä minkälainen rooli omaishoidolla on keski-ikäisten elämässä. Kirsin (2004) tutkimuksessa tärkeänä ilmiönä nostettiin esiin hoitajien itsensä antamat merkitykset hoitamiselle. Puolisot kokivat tutkimuksen tulosten perusteella omaishoidon sekä fyysisesti että psyykkisesti raskaana. Molemmipuolinen toimijuus, toinen toistaan täydentäen koettiin tärkeänä. Miesomaishoitajat joutuivat tutkimuksen mukaan luomaan itselleen uuden identiteetin, koska hoivaamisen on pääasiassa nähty kuuluvaan naisille. Naiset kokivat velvollisuutena hoitaa puolisoaan ja tämä aiheutti tutkimuksen mukaan riittämättömyyden ja epäonnistumisen kokemuksia. Naisten mukaan omaishoito oli heikosti palkitsevaa. (emt.) Myös Kniffin (2012) tutkimuksen tuloksista ilmeni, että osa omaishoidosta perustui velvollisuuteen, ja että omaisten odotettiin osallistuvan ikääntyvien sukulaisten hoitamiseen. Tämän lisäksi tärkeänä pidettiin hoivaajan omaa halua ryhtyä hoitosuhteeseen ja hoivan yhdistämistä muun elämän kanssa. Omaishoitotyön tekeminen vaikutti aikaan, jonka saattoi antaa omalle perheelle. (emt.)

Svendsboen ym. (2016) tutkimuksessa tarkasteltiin omaishoitajien kuormittuneisuutta Norjassa, erityisesti heidän, jotka hoitavat dementiaa ja Alzheimerin tautia sairastavia. Tutkimuksen mukaan sekä puoliso että aikuiset lapset toimivat omaishoitajina. Tuloksista selviää, että hoidettavan sairauksista dementia ja Alzheimerin tauti yhdessä kuormittivat omaishoitajia eniten. Neuropsykiatriset oireet hoidettavalla aiheuttivat omaishoitajalle psyykkistä kuormittuneisuutta. (emt.) Riffin ym. (2019) ovat tutkineet eri tekijöiden vaikutusta omaishoitajien kuormittuneisuudessa Yhdysvalloissa. Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat olivat iältään selkeästi työikäisiä,

omaishoitajien keski-ikä oli 57,1 vuotta, ja yli 25 % oli suorittanut korkeakoulututkinnon. Noin 20 % omaishoitajista koki oman fyysisen terveytensä huonoksi. Tutkimuksen mukaan potilaan huonolla toimintakyvyllä ja itsenäisellä selviytymisellä sekä hoidon intensiteetillä oli selkeä yhteys omaishoitajan kuormittuneisuudessa. Tulosten perusteella omaishoitajuus muutti suhdetta hoidettavaan ja tämä oli yksi kuormitustekijä. (emt.)

Tramonti ym. (2015) ovat tutkineet Italiassa ALS potilaiden omaishoitajina toimivien kuormittuneisuutta suhteessa, ikään, sukupuoleen, sairauksiin ja suhteeseen hoidettavaa kohtaan. Tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista 22 oli miestä ja 48 naista. Hoitoon käytetyllä ajalla on selkeä yhteys kuormittuneisuuteen. Myös hoidettavan toimikyky sekä omaishoitajan oma terveydentila vaikuttivat kuormittuneisuuden kokemukseen. (emt.) Tramontin ym. 2015; ja Chappellin ym. (2015) tutkimuksissa samankaltaiset asiat kuormittavat omaishoitajia kuin Riffinin (ym. 2019) ja Svendsboen (2016) tutkimuksissa. Puolestaan Chappel ym. (2015) ovat tutkineet Kanadassa suhteen ja sukupuolen merkitystä omaishoitotilanteeseen ja kuormittavuuteen. Heidän tutkimukseensa osallistuneista omaishoitajista noin 70 % oli puolisoita ja naisia. Hoidettavien osuus jakaantui suunnilleen tasan, lähes 60 %:lla hoidettavista oli dementia. (emt.)

Omaishoitotyö näyttäytyi Shemeikan ym. (2019) tutkimuksen tulosten perusteella yleisesti liian vaativana. Omaishoitajuuden ei koettu kuormittavan taloudellisesti, mutta joka kolmas omaishoitaja koki olevansa ansassa omaishoitosuhteessa. Shemeikka ym. (2019) ovat toteuttaneet kuntoutussäätiön tutkimuksen vuosien 2017–2019 aikana, jossa tarkasteltiin omaishoitajien kuntoutuskurssien toteutumista, kurssin hyötyjä ja vaikutuksia. Kelalla on pitkä historia kuntoutuskurssien järjestämisestä, 1990 lähtien. Tuloksista on huomioitavissa kuntoutuskurssien merkitys omaishoitajille tukimuotona. Kuntoutuskursseilla on saatu lisättyä omaishoitajien psyykkisiä voimavaroja ja vähennettyä kuormittavuutta. Lisäksi vertaistuella koettiin olevan merkitystä, koska se esimerkiksi lisäsi sosiaalisia kontakteja. Konkreettisen tuen saamista kotipaikkakunnalla pidettiin tärkeänä. Verkostotyö nähdään tässä kohtaa tärkeänä. Yli puolen kuntoutuskurssille osallistuneiden mukaan omaishoitotyö vaikeutti omien sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä. Kuntoutus antoi eväitä omasta terveydestä huolehtimiseen ja oman ajan ottamiseen. Sosiaali- ja terveystaloukselta kaivataan enemmän tukea. (emt.) Riffinin ym. (2019, 280) tutkimuksen mukaan suurin osa omaishoitajista sai tukea ystäviltä ja/tai perheeltä, vaikkakin omaishoitajuuden nähdään kuormittavan ystävyysuhteita ja altistavan yksinäisyydelle (Riffin ym. 2019, 280). Sama ilmiö näyttäytyi myös Svendsboen ym. (2016) tutkimuksen tuloksista (emt. 1079).

Suhteen laadun nähtiin Kniffin (2012) tutkimuksen mukaan vaikuttavan sukupolven väliseen sitoutumiseen. Keväjärven (2020) ym. tutkimuksen tuloksista ilmeni, että omaishoitajana toimiminen kuormitti perhesuhteita sekä aikuissuhteiden ylläpitämistä aiheuttaen yksinäisyyden kokemuksen. Myös sekä Svendsboen ym. (2016) että Riffinin ym. (2019) tutkimuksista voidaan havaita omaishoitajuuden altistavan yksinäisyydelle ja vaikuttavan omaishoitajan sosiaaliseen elämään. Maiden välillä on eroa tuen saannissa. Riffinin ym. (2019) tutkimuksen mukaan Yhdysvalloissa omaishoitajat saivat paljon tukea läheisiltään. Shemeikan ym. (2019) tutkimuksen mukaan Suomessa omaishoitajat saivat harvoin tai joskus tukea läheisiltään. Riffinin ym. (2019) tulosten mukaan lomapäivien pitämättä jättämisellä nähtiin olevan yhteys omaishoitajan kuormittuneisuuteen. Omaishoidettavan puoliso tai aikuinen lapsi koki muita läheisiä enemmän kuormittuneisuutta. (emt.) Shemeikan ym. (2019) tutkimuksen mukaan yksinäisyyden kokemukseen sai tukea muun muassa kuntoutuskursseilta.

Myös Friedemannin ja Buckwalterin (2014) tutkimuksen tulokset vahvistavat edellä mainittujen kansainvälisten tutkimusten tulokset. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan puoliso-omaishoitajat ovat muita omaishoitajia kuormittuneempia. Puoliso-omaishoitajina toimivilla hoitoon käytetty aika on runsaampaa kuin muilla sekä hoitaminen on kokonaisvaltaisempaa. Kuormittuneisuutta on aiheuttanut myös pelko toisen menettämisestä sekä suhteen muuttuminen. Puoliso-omaishoitajat pyytävät muilta tuttavilta huomattavasti enemmän apua kuin muut omaishoitajat. (emt.) Sukupuolen välillä vertailua tehdessä on havaittavissa naisten kuormittuvan enemmän (Tramonti ym. 2015; Chappel ym. 2015; Friedemann ja Buckwalter 2014). Naiset kokivat myös sosiaalista kuormittuneisuutta miehiä useammin. Sosiaalista kuormitusta kokivat kuitenkin enemmän aikuiset lapset, jotka toimivat omaishoitajina kuin puolisona toimivat omaishoitajat. (Tramonti ym. 2015.) Naiset tekevät enemmän hoitotyötä ja tämän kuvattiin aiheuttavan enemmän emotionaalista kuormaa. Naiset kokivat miehiä enemmän velvollisuutta ja sitoutuneisuutta hoidettavaan. (Friedemann ja Buckwalter 2014.) Chappellin ym. (2015) tutkimuksen tuloksista ilmeni erona muihin tutkimuksiin verraten se, että eniten kuormittuneisuutta kokivat hoidettavien tyttäret, eikä puoliset. Puolisoiden tarjoama hoito viikossa oli yli 24 tuntia. Aikuiset lapset antoivat omaishoittoa vähemmän. (emt.)

3 HYVINVOINNIN ULOTTUVUUDET TUTKIELMAN TEOREETTISENA VIITEKEHYKSENÄ

Tämän tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Razilla (1986) on samansuuntainen näkemys hyvinvoinnista kuin Allardtilla. Sekä Razin (1986) että Allardtin (1976a) mukaan hyvinvoinnin täyttymisen ehtona on tarpeiden tyydyttyneisyys. Hyvinvointi ei voi täytyä, jos perustarpeet eivät tule tyydytetyiksi. (Laitinen 2008, 36; Allardt 1976a, 21, 27.) Vastuu tarpeiden tyydyttämisestä on sekä itsellä että toisilla henkilöillä. Jokaisella on velvollisuus myötävaikuttaa toisen hyvinvointiin, ja se voi edistää myös omaa hyvinvointia. Ihminen pyrkii tyydyttämällä tarpeitaan määrättyä tavoitetta kohti ja toisaalta tavoitteen olemassaolo havaitaan tutkimalla tarvepyrkimyksiä. Allardt lisää, että tarpeiden tyydyttämisen kautta nostetaan esiin sosiaalisia arvoja. Arvot merkitsevät esimerkiksi sitä, mitä on kannattavaa tavoitella tai mitä on niukasti. Lopuksi Allardt korostaa, että hyvinvointi ja tarpeet tulee määrittää empiirisesti. (Allardt 1976a, 23, 27–28, 52.) Hyvinvointi on moniulotteinen käsite ja se syntyy monen eri osatekijän myötävaikutuksesta (Allardt 1996, 234).

Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksia on tarkasteltu ja käytetty useiden eri tutkimusten lähestymistapana sekä lastensuojelun että aikuisväestön keskuudessa (esim. Kunnari 2017; Bardy 2009; Turtiainen 2020; Kivipelto & Saikkonen 2018). Kunnari (2017) on väitöskirjassaan kuvannut sekä nuorten että aikuisten hyvinvointiin vaikuttaneita uhkia ja tarkastellut hyvinvointia huonontavia tekijöitä. Tuloksia Kunnari on tarkastellut Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksia mukailleen. Turtiainen 2020 käsittelee tutkimuksessaan eri asuinalueilla asuvien nuorten ajatuksia hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Turtiainen on hyödyntänyt Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksia jäsentäessään nuorten hyvinvointikäsitystä.

Lastensuojeluun liittyvässä tutkimuksessaan Bardy (2009) liittää lastenoikeuksien rinnalle Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuudet. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia painotetaan eri tavoin aikuisilla ja lapsilla, koska esimerkiksi lasten elinolot määrittävät aikuisen mukaan. Bardyn mukaan hyvinvoinnin ulottuvuudet eivät voi korvata toinen toisiaan. Sosiaalisella asemalla voi olla vaikutusta hyvinvoinnin ulottuvuuksien sijoitteluun. Kivipelto ja Saikkonen (2019) ovat tarkastelleet tutkimukseensa osallistuneiden henkilöiden hyvinvointia Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksia mukailleen. Tutkimuksessa on ryhmähaastatteluita tiedonkeruumenetelmänä käyttämällä selvitetty kunnissa palveluiden ja etuuksien sekä sosiaalityön tilannetta ennen

kuin perustoimeentulotuen käsittely siirtyi Kelaan. Tutkimuksen aineiston on kerätty vuonna 2015 osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimushanketta.

Allardt (1976) erottaa hyvinvoinnin ja onnellisuuden käsitteet toisistaan. Onnellisuus on yhteydessä ihmisen subjektiivisiin kokemuksiin ja jokainen voi kokea itsensä joko onnelliseksi tai onnettomaksi. Kukin arvioi itse parhaiten, minkälaiset asiat tekevät onnellisiksi. Hyvinvoinnin kokemuksen Allardt mittaa tarvekäsitteellä ja kuvaa hyvinvoinnin olevan pysyvämpää kuin onnen. (Allardt 1976a, 32; Allardt 1976b, 227–228.) Allardt (1976a) tarkastelee hyvinvointia sekä subjektiivisesti että objektiivisesti (emt. 33). Senin (1973) mukaan ihmisen hyvinvointiin vaikuttaa myös toisen hyvinvointi, eikä oma hyöty ole keskiössä. Ihminen on tarkoitettu toimimaan toisen hyvinvoinnin hyväksi. Jokaisen tulee saada itse päättää, kuinka paljon toisen hyvinvoinnin antaa vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. (emt.)

Allardt jakaa pohjoismaisen hyvinvoinnin rakentavat ulottuvuudet (tarpeet) kolmeen luokkaan: 1. elintason (having) 2. yhteisyyssuhteisiin (loving) ja 3. itsensä toteuttamiseen (being). Lisäksi ulottuvuudet jakautuvat 12 eri osatekijään. Hyvinvointi koostuu sekä menneisyydestä että nykyhetkestä. (1976a, 37–38, 50; Allardt 1976b 231–232.) Allardt (1976a) yhdistää hyvinvoinnin tutkimuksessaan tarve- ja resurssiperustaiset hyvinvoinnin teoriat. Loving ja being koostuvat pääosin tarveperustaisista teorioista. Having käsite edustaa resurssiperustaista teoriaa. (emt. 32–33; Niemelä 2010, 18–19.) Hyvinvointi on siis osapuilleen sekä tarpeiden tyydytystä (objective) että nautintoa ja kokemuksia (subjective) (Allardt 1976a 32–33).

Allardt (1976a) tarkastelee hyvinvointia Maslowin (1943) tarvehierarkiaan viitaten. Maslowin mukaan ylemmät tarpeet eivät voi täytyä ennen alempien perustarpeiden tyydyttymistä. Hyvinvointiin liittyviä arvoja voidaan painottaa eri tavoin. Allardt korostaa Maslowin teoriassa oleellisena tarpeiden kohdistamisen sekä alempiin että ylempiin tarpeisiin. Näistä käytetään nimitystä puutostarpeet ja kehitystarpeet. Puutostarpeilla on tietty yläraja. Esimerkiksi kun ihminen on terve, ei voi enää olla terveempi. Kehitystarpeilla ei ole ylärajaa. Rajat tarpeiden välillä eivät ole kuitenkaan selkeät. Allardt kritisoi Maslowta siinä, että myös köyhillä ihmisillä on yhtäläinen rakkauden tarve kuin taloudellisesti hyvin pärjävillä, eikä elintason arvojen saavuttaminen voi olla ehtona rakkaudelle. (Allardt 1976a, 41–42, 52–53.)

Maslowin (1943) teoria luokittelee ihmisen perustarpeet viiteen kategoriaan: fysiologiset tarpeet, turvallisuus, yhteenkuuluvuus, arvostus ja itsensä toteuttaminen. Tarpeiden täyttymiseksi tulisi aina tavoitella korkeinta tasoa ja mitä enemmän perus-

tarpeet tulee tyydytetyiksi, sitä parempi on henkinen terveys. Muut tarpeet rakentuvat fysiologisten tarpeiden, joita ovat uni, nälkä, jano, kelvollinen pukeutuminen ja seksuaaliset halut, päälle. Turvallisuuden tarpeisiin kuuluvat muun muassa nauttiminen turvallisesta ympäristöstä sekä suojautuminen loukkaantumiselta. Yhteenkuuluvuuden tarpeeseen kuuluvat rakkaus hyväksytyksi tuleminen ja tarve kuulua yhteisöön. Arvostuksen tasoon sisältyy itsenäisyys ja itsekunnioitus. Tason täytyminen saa aikaan itsevarmuuden tunteen. Korkeimpana tasona on itsensä ilmaisemisen tarve. Tason saavuttamiseen vaikuttavat kunkin omat kyvyt tavoittaa asetetut tavoitteet. (Maslow 1943, 376–383.)

Voutilainen ym. (2005) kuvaavat elämässä olevan eri ulottuvuuksia, joilla on vaikutusta kokemukseen hyvinvoinnista. Heidän mukaansa ulottuvuudet koostuvat muun muassa terveydestä, hyvinvoinnista, sosiaalisista suhteista, elintasosta ja toimintakyvyn alenemisesta sekä sairauteen suhtautumisesta. Ihmisen elämänlaadun keskeisenä mittarina pidetään tyytyväisyyttä. Myös iäkkäille henkilöille tarjottavissa palveluissa, kuten omaishoito, tulisi hoidettavan tyytyväisyyden olla keskeinen tavoite. (emt. 11–14.) Allardt (1989, 8) mittaa hyvinvointia myös kunkin omien kokemusten ja asenteiden kautta.

3.1 Elintaso (having)

Allardt (1976) jakaa elintason arvoluokan terveyteen, koulutukseen, työhön, asumisen tasoon ja tuloihin. Elintason osatekijät ovat ihmisille tärkeitä elämässä selviytymiseen ja ne luovat hyvinvoinnin perustan. Elintason osatekijöistä osa edustaa resursseja, joiden kautta on mahdollista saavuttaa muita asioita, ja osa kollektiivisia hyödykkeitä. Esimerkiksi työtä Allardt pitää resurssina. Tulot mahdollistavat muiden hyvien asioiden tavoittelemisen ja niillä on keskeinen vaikutus elintasaan. Hyvä taloudellinen tilanne vaikuttaa positiivisesti hyvinvointiin. Jos elintaso on alhainen, vaikuttaa se ihmisen koko toimintatapaan ja sosiaaliseen järjestelmään. (Allardt 1976a, 32, 40, 50–51, 121; Allardt 1976b 227–228.)

Työnteko voi olla sekä tavoite että väline. Jos henkilöllä ei ole ansiotyötä, nähdään se tulonjaon poikkeavuuden ensisijaisena tekijänä. Allardt viittaa Gröhniin, (1973) jonka mukaan työnteolla on merkitystä joko välillisesti tai välittömästi kaikissa Maslowin tarvehierarkian ryhmissä. Taloudellinen pärjääminen luo turvallisuuden tunteen, joka vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin positiivisesti. Kun ihmisellä on taloudellisen pärjäämisen suhteen turvallisuudentunne, eivät uhkatilat vaikuta hyvinvointiin sitä alentavasti. Tulot korreloivat terveyden kanssa, ja köyhyys tulee nähdä aina

riskinä hyvinvoinnille ja terveydelle. Allardt ottaa huomioon tulonjakoa tarkasteltaessa koko perheen tulot. (Allardt 1976a, 23, 39, 122–123, 126–127, 225.)

Koulutus voihaan nähdä kuuluvan sekä elintason osatekijöihin että itsensä toteuttamisen. Koulutuksen kautta on mahdollisuus toteuttaa itseään. Allardt käsittelee koulutusta elintason osatekijänä, koska näkee sen resurssina. Koulutus vaikuttaa elintasaan, luokkajakoon ja koulutuksen kautta saadaan tuloja. Allardt on tutkinut koulutuksen osuutta hyvinvoinnissa 1970-luvulla, eikä koulutusta ole luultavasti arvoitettu tuona aikana samalla tavoin kuin 2000-luvulla. Allardt'n tutkimuksen mukaan suurin osa oli suorittanut kansakoulun sekä vähintään vuoden ammattikoulutuksen. Vain murto-osalla oli ylioppilastutkinto. (Allardt 1976a, 131–133.)

Allardt (1976a) korostaa terveyden asemaa hyvinvoinnissa ja muistuttaa, että terveys tulee nähdä myös resurssina, koska terveydellä on hyvin voimakas korrelaatio muihin hyvinvoinnin osatekijöihin. Terveydellä on vaikutusta koulutuksen hankkimisesta ja taloudellisessa pärjäämisessä. Terveyden käsitettä tulisi tarkastella useiden eri sairauksien pohjalta. Siihen liittyvät merkittävästi mielenterveyden haasteet, lääkkeiden käyttö, psykosomaattiset sekä krooniset sairaudet. (emt. 134–135, 245.) Omaishoitajalla hyvinvoinnin kokemukseen vaikuttavat sekä omaishoitajan että hoidettavan terveydentila. Omaishoitajan olisi tärkeää pystyä huolehtimaan omasta terveydestään, koska omaishoitaja voi olla suorituskykynsä suhteen ääri rajoilla. (Kaakuriniemi 2014, 12–14.)

Omaishoitajan oma kokemus terveydestään nähdään tärkeämpänä kuin se, kuinka paljon ihmisellä on sairauksia ja toiminnanpuutteita. Ihmisellä voi olla paljon sairauksia ja hän saattaa silti tuntea itsensä terveeksi. Iällä on vaikutusta oman terveydentilan arviointiin ja iän kasvaessa myös arvio terveydestä alentuu. Jokaisen elintavoilla on vaikutusta terveyden arviointiin, ja elintavat vaikuttavat erityisesti fyysiseen suorituskykyyn. Suorituskyky on siten yhteydessä toimintakykyyn. Suotuista ja hyvä fyysinen suorituskyky vaikuttavat mahdollisesti myös vanhemman ikäpolven toiminnanvajakuuksien syntymiseen. Eliniän odote voi pidentyä. (Heikkinen 2000, 227–229.)

Jos asuinolot ovat puutteelliset, voivat ne vaikuttaa hyvinvointiin sitä alentavasti. Lisäksi asuinympäristö ja tila vaikuttavat hyvinvointiin. Allardt mittaa asumistasoa neljän tason mukaisesti. Tilatasoa ja varustetasoa käytetään asumistason mittauksessa eniten. Varustetasolla kuvataan huoneiston varustelua. Tilatasossa puolestaan suhteutetaan asunnon koko huoneistossa asuvien ihmisten määrään. Tiettyyn sosiaaliryhmään kuulumisen vaikuttaa asumistiheyteen. Esimerkiksi työssäkäyvällä väestöllä on suurempi asumistiheys kuin taloudellisesti heikoimmassa asemassa olevilla.

Kolmantena tasona Allardt mittaa asumistasoa asuinkustannusten ja tulojen suhteena toisiinsa ja neljäntenä tasona asuntoa jonottavien määrällä. Allardtin mukaan tilataso on luotettavin indikaattori mitattaessa asumisen tasoa. (Allardt 1976a, 123, 126–127.)

3.2 Yhteisyyssuhteet (loving)

Yhteisyyssuhteita kuvaavina arvoina Allardt (1976a) pitää paikallisyhteisyyttä, perheyhteisyyttä ja ystävyysuhteita. Jokaisella ihmisellä on yhteisyyden ja rakkauden tarve, ja tarve kuulua sosiaaliseen verkostoon. Yhteisöllisyyden tarve ei täyty, jos ei kuulu mihinkään sosiaaliseen verkostoon. Allardt havainnollistaa ystävyysuhteita niiden määrän, intensiteetin ja tiheyden mukaan. Perheyhteisyyttä mitataan perheyyppin, siviilisäädyn, sukulaisuussuhteen ja kasvuajan olosuhteena perheessä mukaisesti. Paikallisyhteisyys rakentuu subjektiivisista elämyksistä, kuten asumisajan pituudesta, juurtumisesta tietyille asuinpaikkakunnalle, naapurien välisestä avuliaisuudesta ja paikallisryhmiin kohdistuvasta yhteisyyden tunteesta. (emt. 43–45, 50, 142, 146, 151, 156.) Allardt muistuttaa, että yhteisyyssuhteissa ei voi olla kyse pelkästään suunnitellusta tarpeen tyydyttämisestä, tai jos näin on, heikentää se suhteiden todellisuutta. Yhtä tärkeänä tulisi nähdä suhteiden spontaanisuus. (Allardt 1976a, 45; Allardt 1976b, 232.) Jokaisen tulee saada itse valita yhteisyyden muoto (Allardt 1976a 145).

Yhteisyyden arvot voi kokea sekä resurssina että tavoitteena. Yhteisyys voi merkitä myös uhrautumista. Uhrautumisella tarkoitetaan hyvinvoinnissa sitä, että myös hädän hetkellä on uskollinen toista kohtaan. Yhteisyys ei aina johda muihin hyviin asioihin ja täten yhteisöllisyyttä ei voi ajatella pelkästään resurssina. Yhteisyyden perustan luovat rakkaus ja huolenpito. Sosiaaliset suhteet rakentuvat symmetrisyydestä. Rakkautta tulisi sekä voida antaa että ottaa. Kun symmetrisyys toteutuu, tulee esiin kokemus tarpeellisuudesta. Tarpeellisuuden kokemus lisää jokaisen omaa hyvinvoinnin tuntemusta. Yhteisyyssuhteita ei voi toteuttaa, jos ei kykene asettumaan toisen asemaan ja ymmärtämään toisen ihmisen tarpeita. (Allardt 1976a, 43, 142; Allardt 1976b, 231–232.) Jos omaishoitaja ei saa rakkautta hoidettavalta, ei rakkaussuhde ole symmetrinen (Kaakkuriniemi 2014, 17). Yhteisyyssuhteita tulkittaessa tarpeiden tyydytyksen nähdään määrittyvän, kun ihminen on suhteessa muiden ihmisten kanssa. Yhteisöllä on vaikutusta sosiaalisuuden lisäksi myös terveydelle. (Allardt 1996, 232.) Yhteisöllisyyden puute voi aiheuttaa kliinisten tutkimusten mukaan esimerkiksi psykoosia (Allardt 1976a, 44).

Ikääntyneiden yksinäisyys näyttäytyy Rahikan ym. (2020) mukaan tavanomaisena. Eläkkeelle jääminen on yksi merkittävä vaihe elämässä, joka altistaa yksinäisyydelle. Eläkkeelle jäämisen jälkeen on ollut haastavaa löytää uutta sosiaalista yhteisöä. Uusia ystävyssuhteita ei ole helppo rakentaa. Sosiaaliset verkostot painottuvat toisiinsa pelkästään perheen pariin. Yksinäisyys aiheuttaa erityisesti naisilla fyysisesti paha oloa, ja heikko taloudellinen tilanne edesauttaa yksinäisyyttä. (emt. 107–112.) Suurin osa iäkkäiden henkilöiden omaishoitajista on eläkkeellä olevia, joten edellä mainittujen yksinäisyyden kokemusten voidaan todeta sopivan myös omaishoitajuuteen.

Omaishoitajien tilanteen arvioinnissa on tärkeää huomioida, että omaishoitajaksi ryhtymiseen ei saa painostaa ketään ja omaishoitosuhteen voi lopettaa ilman syyllisyyden tuntoa. (Kaakkuriniemi 2014, 17; Juntunen & Salminen 2011, 4, 7.) Ihmissuhteisiin, kuten myös omaishoitosuhteeseen kuuluvat Viitakosken (2001) mukaan ristiriidat, johon Marin (2003) viittaa. Ristiriidat on tärkeää ratkaista, jotta omaishoitosuhte ei perustu velvollisuuteen. (Marin 2003, 77.) Yhteisyys resurssina auttaa yksilöä täyttämään muita tarpeita. Allardt kuvaa yhteisyyden olevan hyvinvointiarvona myös ongelmallinen. Jos on kyse tietystä yhteisyydestä, jätetään siihen kuulumattomat sen ulkopuolelle. Tällä tavoin yhteisyys saa aikaan myös ongelmia. Onkin tärkeää täsmentää ne yhteisyydet, jotka eivät rajoita muiden hyvinvointiarvojen täyttymistä. (Allardt 1976a, 43–45.)

Rakkauden ja kiintymyksen tunteet antavat omaishoitajalle voimia jaksaa arjessa. Rakkaus voi muuttaa muotoaan omaishoitosuhteessa, mutta tunneside hoidettavaan säilyy. (Kaivolainen 2011, 108–109.) Kaakkuriniemi (2014, 17) kuvaa rakkauden pysyvän voimavarana omaishoitosuhteessa, jos omaishoitaja saa riittävästi tukea ja tietoa omaishoitotilanteesta ja uudelta elämänvaiheesta. Allardtin (1976a) mukaan perheyhteys on yksi yhteisyys, ja siitä voi saada tukea. Tarve kuulua sosiaaliseen verkostoon ja yhteisyyteen on jokaisella ihmisellä luontainen. Perheyhteisyys on mahdollista kokea myös painostavana ja täten hyvinvointia vähentävänä. Allardt kuvaa perheyhteisyydellä olevan vaikutusta elintasoon, mutta yhteisyyssuhteilla ja paikallisyhteisyydellä ei niinkään. Perheyhteisyydellä selitetään asumistasoa sekä tulotasoa. Yhteisyyssuhteilla sitä vastoin selitetään olevan vaikutusta onneen ja tarpeen tyydytykseen. (emt. 43, 142, 150–151, 246.)

Marinilla (2003) on samankaltainen ajatus Allardtin kanssa hyvinvoinnista. Hyvinvoinnin tukemisessa sosiaalisilla verkostoilla on iso merkitys ja niitä kuvataan tukiverkkoina. Verkot ovat suojakilpenä pahuutta vastaan. Sosiaalisen elämän verkostot vaikuttavat terveyteen ja sairastumisen riskitekijöihin. Hyvillä suhteilla on esimer-

kiksi alentava vaikutus sydäninfarktin ja aivohalvauksen saamiseen, sekä suorituskyky pysyy parempana. Jos suhteita ei ole, on niillä negatiivinen vaikutus terveyteen. Suhteet voivat perustua myös vaatimukseen, eivätkä tällöin vaikuta positiivisesti terveyteen. (emt. 72–73.) Heikkinen (2013, 400) ja Marin (2002, 78) kuvaavat sosiaalisten verkostojen olevan muuttuvia, ja virallisten auttamisverkostojen syntyvän ylipäättään pulmatilanteissa.

3.3 Itsensä toteuttaminen (being)

Itsensä toteuttamisen muotoja Allardtin (1976a) mukaan ovat arvonanto, korvaamattomuus sekä poliittiset resurssit ja vapaa-ajan toiminta. Itsensä toteuttamista on haastava mitata arvoluokkana sen laajuuden vuoksi. Sosiaalihuollon asiakkaat ovat useimmiten sosiaalisesti kaukana muuhun väestöön verraten. Eroa tulisi supistaa ja se onnistuu uudelleenjakamalla sosiaalisia resursseja. Allardt kuvaa sosiaalisten etäisyyksien kaventamista arvonantona. (emt. 46–48, 160–161.) Ihmisenä ei voi kasvaa, jos ei saa arvonantoa muilta ja itsellä ei ole mahdollisuutta arvostaa muita (Allardt 1996, 232). Allardt muistuttaa, että henkilökohtaista arvonantoa ei voida tutkia kuin todellisessa sosiaalisessa tilanteessa, jossa koehenkilön tuntevat henkilöt arvioivat arvonantoa (emt. 1976a, 161).

Allardt nostaa korvaamattomuuden käsitteen esiin perheen ja ystäväpiirin kohdalla. Yksilöä ja omaa persoonaa on haastava korvata. Jos tärkeimmät sosiaaliset kanssakäymiset ovat yhteydessä työntekoon, pidetään korvaamattomuutta työroolissa keskeisenä. Allardt käsittelee korvaamattomuutta kvantitatiivisella (lukumäärän) korvaamattomuudella, kvalitatiivisella korvaamattomuudella (erikoisominaisuudet), korvaamattomuudella ystäväryhmissä sekä korvaamattomuudella yhdistyksissä. Mitä haastavampaa yksilö on korvata, sitä enemmän yksilö nähdään persoonana. Jos yksilö on helppo korvata, muistuttaa yksilö tavaraa tai esinettä. (Allardt 1976a, 47, 164–165.)

Allardt (1989, 7) on myöhemmin täydentänyt havin, loving ja being ulottuvuuksia doing luokalla irrottaen mielekkään vapaa-ajan toiminnon itsenäiseksi ulottuvuudeksi. Tekemisen ulottuvuus kuvaa mielekästä vapaa-aikaa työn ulkopuolella. Myös Hirvilammi ja Helne (2014) tarkastelevat doing-ulottuvuutta (emt. 2169). Kaakkuri-niemi (2014, 16) sekä Hirvilammi ja Helne 2014 (2169) pitävät omaishoitajan omia harrastuksia ja kullekin mielekkäitä vapaa-ajantoimintoja merkittävinä hyvinvoinnin kannalta. Omaishoitaja ei saisi ajatella itseään korvaamattomaksi, mutta he usein syylistävät itseään pitäessään lomaa. Oman elämän vaalimisen nähdään vahvistavan

omaa hyvinvointia. Oman elämän vaalimista tapahtuu liian harvoin ja siksi omaishoitajien jaksamista ja hyvinvointia on tärkeää seurata sosiaali- ja terveydenhuollossa. (emt.)

Vapaa-ajalla on merkittävä vaikutus hyvinvointiin, ja ne ovat yhteydessä korvaamattomuuden tunteen kanssa. Vapaa-ajan kautta ihminen pystyy säilyttämään oman toiminnan ja lopputuloksen välisen yhteyden. Tekemisen avulla ehkäistään vieraantumista ja saadaan toteutettua itseään. Jos vapaa-aika koostuu toiminnoista, jotka eivät edistä hyvinvointia, ei vapaa-ajan toimintaa voida pitää resurssina. Tämänkaltaisia toimintoja ovat esimerkiksi päihteiden käyttö. Älyllisen toiminnan, järjestöaktiivisuuden ja aktiivisen harrastustoiminnan kuvataan korreloivan positiivisesti hyvinvoinnin kanssa. Vapaa-ajan toiminnot voivat korvata toinen toisiaan. Älyllinen toiminta voi olla vaikka sanomalehtien lukemista. (Allardt 1976a, 175–176.)

Poliittiset resurssit kuvaavat ihmisten edellytyksiä vaikuttaa omaan elämään, poliittisiin päätöksiin ja saada käsiteltyä ongelmansa. Poliittisiin resursseihin vaikuttavat niin taloudellinen valta, koulutus kuin byrokraattinen asema. Allardt viittaa Johanssoniin (1971), jolla on näkemys, että poliittisesti voi olla aktiivinen esimerkiksi äänestämällä vaaleissa, kirjoittamalla mielipidekirjoituksen, osallistumalla yhdistystoimintaan tai ottamalla yhteyttä päätöksentekijöihin. (Allardt 1976a, 49, 169–170.) Sosiaalityöllä on poikkeuksellinen suhde politiikkaan, koska sillä on tietty määrä käytettävissä olevia voimavaroja ja poliittiset ratkaisut vaikuttavat niihin (Metteri 2014, 302).

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuskysymys

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella kirjallisuuskatsauksen perusteella omaishoitajuutta kuormittavia tekijöitä ja sitä, miten kuormittuneisuus vaikuttaa hyvinvointiin Allardtin hyvinvointiteoriaa soveltaen.

Tutkimuskysymyksenä on:

1. Mitkä tekijät kuormittavat omaishoitajan hyvinvointia?
2. Millä tavoin kuormittuneisuus näkyy omaishoitajan hyvinvoinnissa?

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksia on olemassa erilaisia. Katsaus voidaan toteuttaa viidellä eri tavalla; perinteisenä, systemoituna, narratiivisena, meta-analyysina tai systemaattisena. (Johansson ym. 2007, 3.) Salminen (2011) käyttää erilaista jakoa ja jakaa kirjallisuuskatsaukset kolmen ryhmään; kuvailevaan, meta-analyysiin ja systemaattiseen. Kuvaileva ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus muodostavat kirjallisuuskatsauksen ytimen. (emt. 6.) Tämä tutkimus toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena.

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kuvaileva katsaus ja sen etuna systemaattiseen katsaukseen pidetään sen väljyyttä. Metodiset säännöt eivät ohjaa tiukasti aineiston valintaa. Tutkimuskysymykset voivat olla väljempiä kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. (Salminen 2011, 6; Johansson ym. 2007, 4.) Salminen (2011) pitää narratiivista kirjallisuuskatsausta metodisesti kevyimpänä. Tavoitteena on antaa laajahko kuva valitusta aiheesta. (emt. 6.) Narratiivinen kirjallisuuskatsaus mahdollistaa levällään olevan tiedon yhteen kasaamisen ja tulkintojen teon tekstistä. Tutkimusten yhteen kasaamisen lisäksi tekstiä tulee analysoida ja aikaansaada kyseessä olevasta asiasta uusi tulkinta. (Paré ym. 2015, 185–186.)

Gregory ja Dennis (2018) jakavat narratiivisen kirjallisuuskatsauksen teon viiteen vaiheeseen. Neljä ensimmäistä vaihetta ovat erilaiset kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Viidettä vaihetta he pitävät samana molemmissa katsauksissa. Ensimmäisessä vaiheessa tulee määrittää aihe ja kuulijakunta. Toisessa vaiheessa etsitään aiheeseen kuuluvaa kirjallisuutta yhä uudestaan ja uudestaan. Kolmannessa

vaiheessa lukemalleen tekstille tulee olla kriittinen. Neljännessä vaiheessa kirjoitetaan teksti ja viidennessä se tarkistetaan. (emt. 894–897.) Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen heikkoutena voidaan pitää toistettavuuden ja aineiston prosessin kuvaamisen puuttumista (Paré ym. 2015, 185–186).

Ennen kirjallisuuskatsauksen aloittamista tutustuin valmiisiin kirjallisuuskat-
sauksiin saaden paremman kuvan katsauksen tekemisestä ja sen toteuttamisesta. Tut-
kimuskysymyksen asettamisen jälkeen olen valinnut tietokannat, joita tutkimuksessa
käytetään sekä määrittänyt hakutermit. Suomenkielisen aineiston haku kohdistetaan
JYKDOK kotimaisten artikkeleiden Arto tietokantaan ja Elektra Doriaan. Englannin-
kielisen aineiston haku kohdistetaan Wiley online libraryyn ja Social services abstrac-
tiin (ProQuest) sekä JSTOR:iin. Wiley online library on valittu tietokannaksi omais-
hoidon terveystieteiden linkittymisen vuoksi. JSTOR otettiin mukaan tietokan-
naksi artikkeleiden vähyysden vuoksi, ja sieltä löytyi yksi artikkeli lisää.

Tietokantoihin tehdyissä alustavissa hauissa käytettiin asiasana- ja vapaasa-
nahakuja seuraavaksi mainituilla hakusanoilla sekä näiden yhdistelmillä: omaishoito,
kuormittuneisuus, hyvinvointi, caregiver, family caregiver, burden, stress, ja finland.
Hakusanaa finland on käytetty, koska aineiston tulee linkittyä Suomessa tapahtuvaan
omaishoitoon. Sisäänottokriteerinä on aineiston saatavuus verkosta vuosien 2011–
2021 aikana sekä kielenä suomi ja englantia. Aineisto tulee lisäksi olla saatavilla säh-
köisesti ilman kustannuksia. Tutkimusten vähäisyyden vuoksi hyvinvointi, burden ja
stress jätettiin pois hakusanoista lopullisessa aineistonhaussa. Lopullisiksi hakusa-
noiksi jäivät omaishoito, caregiver, family caregiver, kuormittuneisuus ja finland. Tar-
kemmat hakulausekkeet esitellään taulukossa 1, sivu 22 Hakuja tehdessä on apuna
hyödynnetty Jyväskylän yliopiston kirjaston informaattikkoa. Lisäksi aineiston haussa
on käytetty manuaalista hakua hakemalla tietoa artikkeleiden lähdeluetteloista ja
muista tutkimuksista. Aineiston haku on toistettu tutkielman kirjoittamisen jälkeen.
Varmistushaun jälkeen tutkielmaan ei otettu lisää aineistoa. Tutkielmaan valikoitu ai-
neisto esitellään taulukossa 2, sivu 23. Katso aineiston tarkempi kuvaus liite 1.

Taulukko 1. Hakulausekkeet

TIETO-KANTA	HAKUSANA-T	RAJAUKSET	POISSULKU-KRITEERIT	OSUMAT/VALITUT
Elektra Doria	Omaishoit*	2010-2021 verkosta saatavilla	Ei liity kuormittu-neisuuteen ja/tai hyvinvointiin	48/2
	Kuormittu-neisuus	2010-2021 verkosta saatavilla	Ei liity omaishoitajuuteen	17/1
Arto	Omaishoit*	2011-2021 suomen kieli verkosta saatavilla	Ei liity kuormittu-neisuuteen ja/tai hyvinvointiin	31/3
	Kuormittu-neisuus	2011-2021 suomen kieli verkosta saatavilla	Ei liity omaishoitajuuteen	15/1
Wiley Online Library	caregiver* OR family caregiver AND finland	2011-2021 englannin kieli open access content	Kirjallisuuskatsaus Ei liity kuormittu-neisuuteen ja hyvinvointiin	190/0
Social Services Abstracts (ProQuest)	caregiver* OR family caregiver AND finland	2011-2021 peer reviewed englannin kieli verkosta saatavilla anywhere except full text - NOFT	Ei liity kuormittu-neisuuteen ja hyvinvointiin Ei liity iäkkäiden omaishoitajana toimimiseen	264/3
JSTOR	caregiver* OR family caregiver AND finland	2011-2021 englannin kieli verkosta saatavilla	Ei liity kuormittu-neisuuteen ja hyvinvointiin Ei liity iäkkäiden omaishoitajana toimimiseen	204/1
Manuaalinen haku				4

Taulukko 2. Tutkimuksen aineisto

Autio. 2014. Puolisoaan hoitavien tunteet omaishoitajakertomusten valossa.	Bremer, Cabrera, Leino-Kilpi, Lethind, Saks, Sutcliffef, Soto, M.G, Zwakhalen & Wübker. 2015. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries.	Juntunen, Era & Salminen. 2013. Kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien elämänlaatu ja kokemukset omaishoidosta.
Juntunen, Salminen, Törmäkangas, Tillman, Leinonen & Nikander. 2018. Perceived burden among spouse, adult child, and parent caregivers.	Latomäki, Runsala, Koivisto, Kylmä & Paavilainen. 2020. Omaishoitajien kokema kuormittuneisuus ja kaltoinkohtelu.	Leinonen. 2011. Informal family carers and lack of personal time: Descriptions of being outside the sphere of formal help.
Stolt, Suhonen, Koskenniemi, Hupli, Katajisto & Leino-Kilpi. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoiossa.	Tikkanen. 2016. Omaishoidon arki, tutkimus hoivan sidoksisista.	Toljamo, Perälä & Laukkala. 2012. Impact of caregiving on Finnish family caregivers.
Välimäki, Martikainen, Hallikainen, Väättäin & Koivisto. 2015. Depressed Spousal Caregivers Have Psychological Stress Unrelated to the Progression on Alzheimer Disease: A 3-Year Follow-Up Report, Kuopio ALSOVA Study.	Välimäki, Martikainen, Hongisto, Väättäin, Sintonen & Koivisto. 2016. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study.	Välimäki, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Koivisto. 2012. Life orientation on Finnish family caregivers of persons with Alzheimer's disease: A diary study.

4.3 Sisällönanalyysi

Laadullisessa analyysissä useimmiten analyysimuotona käytetään sisällönanalyysiä. Tällöin tutkimusaineisto kuvataan kirjallisessa ja tiiviissä muodossa. Alkuperäiset ilmaukset tulee pelkistää ja kirjoittaa ikään kuin luettelomuotoon. Tuomi & Sarajarvi (2018, 103, 108, 139.) Koska tämä tutkielma on kirjallisuuskatsaus, ei aineistoa tarvitse uudestaan kuvata kirjallisessa muodossa, koska se on jo sitä valmiiksi. Aineistoa kuitenkin tiivistetään sisällönanalyysin keinoin ja aineiston ulkopuolelle kuuluvat asiat jätetään pois. Tutkielmassa käytetään teoriaohjaajaa sisällönanalyysia aineiston analysoinnissa. Teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet ovat valmiiksi luotuja. Tässä tutkielmassa Allardtin hyvinvoinnin ulottuvuuksien kolmen eri luokan mukaisesti. Toisessa vaiheessa aineisto tulee ryhmitellä ja luokitella. Kun käsitteitä yhdistää, saa vastauksen tutkimuskysymykseen.

Kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysin avulla pikemminkin järjestetään aineistoa eikä sitä käytetä analyysin välineenä. Yläluokkien muodostaminen riittää aineiston jäsentämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122, 127, 133 140.) Tässä tutkielmassa aineiston eli valmiiden tutkimusten analysointi on aloitettu lukemalla tutkimukset useaan kertaan läpi, ja poimimalla tutkimuksista omaishoitajan hyvinvointia kuormittavat asiat. Kun eri tutkimusten samoja luokkia on yhdistetty, on kullekin tutkimukselle valittu oma väri, jotta tulosten tarkasteluvaiheessa on selvillä, mikä tulos on kustakin tutkimuksesta. Omaishoitajan hyvinvointia kuormittavien asioiden poimimisen jälkeen on ne sijoitettu Allardtin (1976a;1976b) hyvinvoinnin ulottuvuuksien, *having*, *loving* sekä *being* ja *doing* luokkiin. Tämän jälkeen on aloitettu tulosluvun kirjoittaminen. Tulosluku rakentuu hyvinvoinnin ulottuvuuksien mukaisesti ja ne kuvataan seuraavassa luvussa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa alaluvussa käsittelen kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Tuloslukua ohjaa Allardtin kolme hyvinvoinnin ulottuvuutta; elintaso, yhteisyyssuhteet ja itsensä toteuttaminen, sekä niiden osatekijät. Tuloksissa tarkastellaan sitä, mitkä eri tekijät omaishoitosuhteessa kuormittavat omaishoitajan hyvinvointia, ja millä tavoin kuormittavat tekijät vaikuttavat hyvinvointiin. Jokaisen alaluvun alussa avaan hyvinvoinnin ulottuvuuden sisällön, jotta lukijalle avautuu tarkempi kuva siitä, miten kyseessä oleva ulottuvuus liittyy omaishoitajan hyvinvointiin. Tulosten läpinäkyvyyden ja tulosluvun elävöittämisen vuoksi aineistosta nostetaan sekä suomen- että englanninkielisiä suoria lainauksia. Suoria lainauksia käyttämällä tuloslukua on mielenkiintoisempi seurata.

5.1 Elintaso

Allardtin (1976a) mukaan elintaso kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät koostuvat ensisijaisista hyvinvoinnin muodostavista arvoista, kuten tuloista, asumistasosta, työllisyydestä, koulutuksesta ja terveydestä. Elintason osatekijät luovat ihmisten hyvinvoinnille pohjan ja jokainen tarvitsee niitä selviytyäkseen. Työnteon Allardt näkee sekä tavoitteena että välineenä. Tulot, joita työstä saa, mahdollistavat muiden hyvien asioiden tavoittelemisen. Hyvä taloudellinen tilanne vaikuttaa Allardtin mukaan positiivisesti hyvinvointiin. Allardt tarkastelee hyvinvointia eri sairauksien kautta, ja siihen vaikuttavat Allardtin mukaan krooniset sairaudet, mielenterveyden haasteet, lääkitys ja psykosomaattiset sairaudet. Allardt pitää terveyttä tärkeimpänä tekijänä hyvinvoinnin määrittelyssä. Terveys määrittää muita osatekijöitä. (emt. 40–41, 50, 53–54, 123, 127, 134.)

Omaishoitajille jo pelkkä omaishoitajana toimiminen on työntekoa. Osa tutkijaksiin osallistuneista omaishoitajista oli kodin ulkopuolella ansiotyössä ja osa teki pelkkää omaishoitotyötä. Korkeampi keski-ikä oli yhteydessä siihen, että valtaosa omaishoitajista oli hoidettavien puolisoita, asui samassa taloudessa ja oli eläkkeellä. Omaishoitajien keski-ikä oli tutkimuksissa pääasiassa yli 65 vuotta. (Autio 2014, 54; Juntunen ym. 2013; Latomäki ym. 2020, 105; Tikkanen 2014, 49; Juntunen ym. 2018, 2342; Välimäki ym. 2015, 274; Välimäki ym. 2016, 689; Välimäki ym. 2012, 481.) Omaishoitotyön lisäksi ansiotyössä käyvien keski-ikä oli alle Suomessa olevan eläkeiän. Stoltin ym. (2014) tutkimukseen osallistuvista omaishoitajista, joiden keski-ikä oli 65,4 vuotta, oli 32 % ansiotyössä omaishoitotyön lisäksi. Toljamon ym. (2012) tutkimuksen omaishoitajista oli ansiotyössä noin puolet. Hoitajien keski-ikä oli muita tutkimuksia selkeästi alhaisempi, 58 vuotta. Stoltin ym. ja Toljamon ym. tutkimuksen tuloksista on

havaittavissa muihin tutkimuksiin poiketen, että puolet tutkimukseen osallistuvista oli hoidettavien aikuisia lapsia. Hoidon antajat eivät täten asuneet samassa taloudessa. (Toljamo ym. 2012, 213; Stolt 2014, 120.)

Omaishoitajat olivat taloudelliseen tilanteeseen useimmiten tyytyväisiä. Juntunen ym. (2015) mukaan puolella omaishoitajista omaishoitajuus ei kuormittanut taloudellisesti. Heikko taloudellinen tilanne aiheutti kuormitusta usein 16.1 %:lle omaishoitajista, sekä noin 30 %:lle joskus. Omaishoitajilla oli kuitenkin toive, että heidän työtään tuettaisiin taloudellisesti paremmin. (emt. 6.) Kahdessa tutkimuksessa omaishoitajat kokivat taloudellisen tilanteen melko hyvänä tai kohtalaisena ja omaishoitajat olivat pääosin tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseen (Latomäki 2020, 105; Toljamo ym. 2012, 213). Omaishoitajat kokivat taloudellisen tilanteen aiheuttavan kuormittuneisuutta yhdistettynä oman terveydentilan kanssa (Toljamo ym. 2012, 213). Alla olevasta Aution (2014) tutkimuksen suorasta lainauksesta on havaittavissa, että taloudellinen tuki oli merkityksellinen, vaikka sitä ei suoranaisesti koettu kuormittavana tekijänä.

”Aloin saada rahallista korvausta vaimoni hoidosta! Suurihan korvaus ei ollut, mutta kyllä sillä joitakin ”rahanreikiä paikkasi”. Suurin merkitys korvauksella on ollut sairaan mielialaan ja jopa mielenterveyden säilymiseen vaikeina aikoina.” (Autio 2014, 79.)

Välimäen ym. (2015) tutkimuksen mukaan puoliset raportoivat suuremmasta taloudellisesta huolesta kuin ei puoliset. (emt. 277.) Omaishoitajista suurin osa olivat myös eläkeikäisiä, mikä on otettava huomioon tarkasteltaessa ansiotyön osuutta omaishoitajuuden rinnalla.

Omaishoitajan oma terveydentila sekä hoidettavan terveydentila näyttäytyivät monissa tutkimuksissa kuormittuneisuutta aiheuttavina tekijöinä joko yhdessä tai erikseen. Useimmiten hoidettavalla oli enemmän kuin yksi sairaus, joka oli johtanut omaishoitosuhteeseen. Muistisairauden lisäksi monisairaus, Alzheimerin tauti ja Parkinsonin tauti hoidettavalla aiheuttivat kuormittuneisuutta omaishoitajalla. (Juntunen ym. 2013, 4–6; Latomäki ym. 2020, 105; Tikkanen 2016, 98; Juntunen ym. 2018, 2347; Tikkanen 2014, 54; Välimäki ym. 2016, 690; Välimäki ym. 2012, 481; Välimäki ym. 2015, 275.) Omaishoitajien fyysiset ja kognitiiviset vammat olivat vähäisessä roolissa omaishoitajan heikentyneen hyvinvoinnin ennustamisessa Bremerin (2015, 1464–1465) tutkimuksessa.

"Pentillä on monia sairauksia, joista tällä hetkellä kuormittaa eniten muistisairaus ja se, että Pentti puhuu paljon. Riitta kertoo, että toisen auttaminen ja "passaaminen" on hänelle itselleen luontaista." (Tikkanen 2014, 54.)

"Omaishoitajalla on omia sairauksia, jotka vähentävät hänen toimintakykyään ja jaksamistaan, ja samaan aikaan hoidettavan kunto ja voimat heikkenevät. Sitten kun omaishoitaja ei enää jaksa hoitaa, hoidettava joutuu laitokseen kokonaan. Sen ajatteleminen tuntuu raskaalta." Tikkanen 2014, 116.)

Tärkeä havainto on, että osassa tutkimuksista keskityttiin tutkimaan pelkästään Alzheimerin tautia tai dementiaa sairastavien hoidettavien aiheuttamaa kuormittuneisuutta omaishoitajilla (Välimäki ym. 2012; Välimäki ym. 2015; Välimäki ym. 2016. Bremer ym. 2015; Stolt 2014, 126). Dementiaa sairastavilla oli suurempia käyttäytymisongelmia ja matalampi aktiivisuus. Tämä vaikutti omaishoitajan psyykkiseen hyvinvointiin Bremerin ym. (2015, 1464–1465) tutkimuksessa. Juntusen ym. (2013) tutkimuksessa Dementia tai Alzheimerin tauti olivat yleisimpiä sairauksia hoidettavilla, jotka olivat johtaneet omaishoitosuhteeseen. He antavat kuitenkin eriävän näkemyksen demencian osuudesta kuormittavana tekijänä, eikä dementia sairautena kuormittanut hoitajia, vaikka tutkimuksen mukaan 40 %:a hoidettavista kärsi demenciasta. (emt. 6, 9.) Selkeimmin hoidettavan ja hoitajan molempien heikon terveydentilan yhteisvaikutus kuormittavana tekijänä näyttäytyi Stoltin ym. (2014, 133) sekä Toljamon ym. (2012, 131) tutkimuksissa.

Omaishoitajan oma terveys omaishoitosuhteen lähtötilanteessa selitti kahdessa tutkimuksessa masennusoireita ja kuormittuneisuutta muita tekijöitä enemmän (Välimäki ym. 2015, 275; Juntunen ym. 2018, 2343).

"The strongest factor was poor perceived health" (Juntunen ym. 2018, 2343).

Omaishoitajat, jotka hoitivat Alzheimerin tautia sairastavia, oli heillä merkittävästi alhaisempi terveyteen liittyvä elämänlaatu kuin niillä, jotka eivät toimineet Alzheimer potilaan omaishoitajana. Omaishoitajan yleisen terveyteen liittyvän elämänlaadun ja hoidettavan sairauden vakavuuden välillä ei ollut merkittävää yhteyttä kuormittuneisuudessa. (Välimäki ym. 2016, 690–691.) Huolimatta omista sairauksista melkein puolet Toljamon ym. (2012, 213) tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista (keski-ikä 58 v.) olivat melko tai erittäin tyytyväisiä omaan terveydentilaan. Nuoremmat omaishoitajat kokivat jaksavansa paremmin kuin iäkkäät. (emt.) Toisessa tutkimuksessa, jossa yleinen oman terveydentilan arvio ilmeni, oli omaishoitajista lähes 90 % tyytyväinen terveydentilaansa. Vähintään kohtalaisena omaa terveydentilaa pitivät lähes kaikki

omaishoitajat. (Juntunen ym. 2013, 4–5.) Naiset (puolisot) omaishoitajina kokivat miehiä useammin terveystensä huonoksi. Puolet naisomaishoitajista oli masentunut. Naishoitajien huono terveys oli vahvin yksittäinen kuormittava tekijä hoidettavien tyttärien joukossa. (Juntunen ym. 2018, 2243, 2345, 2348.)

Omaishoidettavien toimintakyvyn heikkeneminen yhdistettynä siihen, kun hoidettava ei selvinnyt enää itsenäisesti näkyi omaishoitajia kuormittavana asiana. Jatkuva avuntarve ja siitä johtuva voimavarojen vähyys kuormittivat omaishoitajia. (Autio 2014, 99; Juntunen ym. 2013, 7,9; Toljamo ym. 2012, 215.) Puoliso-omaishoitajilla psyykinen ahdistus ja henkinen stressi lisääntyivät omaishoitosuhteen jatkuessa pitkään (Välimäki ym. 2015, 277; Juntunen ym. 2018, 2344–2345; Autio 2014; Välimäki ym. 2016, 690). Bremerin ym. (2015) tutkimuksen tulosten mukaan hoidon intensiteetin kasvaessa omaishoitajat olivat vanhempia. Hoidon intensiteetti ja sitovuus vaikuttivat kaventavasti omaishoitajan sosiaalisiin aktiviteetteihin ja aiheutti täten henkistä pahoinvointia. (emt. 1462, 1464–1465.)

Omaishoitotyöhön käytetty aika vaihteli eikä se ilmennyt kaikista tutkimuksista. Juntunen ym. (2013, 6), tutkimukseen osallistuvat omaishoitajat käyttivät omaishoitotyöhön noin 95 tuntia viikossa ja noin neljännes avusti ympäri vuorokauden. Latomäen ym. (2020, 105) tutkimuksen omaishoitajat avustivat 8 tuntia päivässä ja 25 % avusti ympäri vuorokauden. Stoltin ym. tutkimuksessa (2014, 130) omaishoitotyöhön käytettiin aikaa 39 tuntia viikossa. Leinosen (2011, 96) tutkimukseen osallistujien omaishoitajien avustaminen oli päivittäistä tai useita kertoja viikossa tapahtuvaa. Bremerin ym. (2015, 1464) tutkimuksessa omaishoitajat avustivat hoidettavaa 3–9 tuntia päivässä. Omaishoitajista noin neljäsosa Välimäen ym. (2015) tutkimuksessa avustivat hoidettavaa kokopäiväisesti (emt. 274).

"Sitovuus ahdistaa" ja "tätä minä teen: 7 kertaa vrk vaipanvaihto + WC käynnit. Aamupalan laitto, päivällisen laitto + illallinen, ulkoiluttaminen." (Juntunen ym. 2013, 7.)

"Omaishoitaja ei pääse käytännössä lähtemään mihinkään ja toteaakin, että "kiinni ollaan" (Tikkanen 2014, 114).

Myös hoidettavan käytöshäiriöt vaikuttivat omaishoitajan kuormittuneisuuteen (Latomäki ym. 2020, 107; Toljamo ym. 2012, 131) ja käytöshäiriöillä nähtiin olevan suurin kuormittava tekijä omaishoitajan hyvinvoinnissa Bremerin ym. (2015, 1464–1465) mukaan.

The strongest predictor for decreased psychological wellbeing was the existence of behavioral problems ” (Bremer ym. 2015, 1465).

Lisäksi Stoltin ym. (2014, 131, 133) mukaan neuropsykiatriset oireet hoidettavalla aiheuttivat psyykkistä kuormittuneisuutta hoitajalle. Poiketen muista tuloksista tärkeä huomion arvoinen seikka on, että Välimäen ym. (2017) tutkimuksen tulosten mukaan potilaan lähtötilanteen sairauden vakavuus, kognitiivinen suorituskyky tai kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista eivät vaikuttaneet tilastollisesti merkitsevästi hoitajan psykologisen ahdistuksen kehityskulkuun. (emt. 275.)

Yhteenvedon tuloksista voidaan todeta, että omaishoitajan omalla terveydentilalla oli suurin kuormittava vaikutus hyvinvointiin. Hoidettavan kohdalla dementia ja Alzheimerin tauti kuormittivat eniten omaishoitajia sekä hoidettavan käytöshäiriöt. Allardt pitää terveyttä tärkeimpänä osatekijänä hyvinvoinnin määrittelyssä ja tarkastelee hyvinvointia eri sairauksien kautta. Allardtin (1976) mukaan terveys vaikuttaa muiden asioiden tavoitteluun. Hyvä taloudellinen tilanne vaikuttaa Allardtin mukaan positiivisesti hyvinvointiin. Tuloksista ei juurikaan ilmennyt omaishoitajuuden kuormittavan taloudellisesti. Hoidon sitovuus ja intensiteetti aiheuttivat kuormittuneisuutta. Jos elintaso on alhainen, vaikuttaa se Allardtin mukaan ihmisen koko toimintatapaan ja sosiaaliseen järjestelmään.

5.2 Yhteisyssuhteet ja itsensä toteuttaminen

Yhteisyssuhteiden ja itsensä toteuttamisen osatekijöitä tarkastellaan samassa luvussa, koska ystävyssuhteiden ylläpitäminen ja mielekäs vapaa-ajan tekeminen liittyvät läheisesti toisiinsa. Yhteisyssuhteita kuvaavat osatekijät koostuvat paikallisyhteisyydestä perheyhteisyydestä ja ystävyssuhteista. Allardtin mukaan yhteisyys on myös joissakin tapauksissa uhrautumista. (Allardt 1976a, 50, 142.) Tarkastelluissa tutkimuksissa yhteisyssuhteet rakentuivat muun muassa perheestä ja ystävästä. Ihmissuhteiden merkitys nousi merkittävänä hyvinvoinnin osatekijänä esiin. Ihmissuhteiden puute koettiin hyvinvointia kuormittavana.

Itsensä toteuttamisen osatekijöiden Allardt (1976a) kuvaa koostuvan arvonannosta, korvaamattomuudesta, poliittisista resursseista ja mielenkiintoisista vapaa-ajan aktiviteeteistä. Itsensä toteuttamista on haastava mitata arvoluokkana sen laajuuden vuoksi. Sosiaalihuollon asiakkaat ovat useimmiten sosiaalisesti kaukana muuhun väestöön verraten. Eroa tulisi supistaa ja se onnistuu uudelleenjakamalla sosiaalisia resursseja. Allardt kuvaa sosiaalisten etäisyyksien kaventamista arvonantona. Ystävä-

piirin ja perheen kohdalla esiin nousee korvaamattomuuden tunne. Itseään on mahdoton korvata persoonana. Mitä haastavampaa yksilö on korvata, sitä enemmän yksilö nähdään persoonana. Jos yksilö on helppo korvata, muistuttaa yksilö tavaraa tai esinettä. (emt. 46–48, 160–161, 164–165.)

Omaishoitajan ja hoidettavan välinen suhteen laatu vaikutti kuormittuneisuuteen. Hyvässä parisuhteessa omaishoitajaksi ryhtyminen koettiin itsestään selvyytenä, ja hyvä parisuhde ehkäisi kuormittuneisuuden määrää. Sitoumus ja rakkaus olivat yksi motiivi ryhtyä puolison omaishoitajaksi. (Juntunen ym. 2013, 7; Toljamo ym. 2012, 216; Tikkanen 2014, 130; Toljamo ym. 2012, 215; Välimäki ym. 2012, 483–484; Juntunen ym. 2018, 2345.)

"Family caregivers' relationship with care recipients...was the single best predictor of positive value." (Toljamo ym. 2012, 215).

"Hyvä parisuhde on liima, joka hyväksyy liittoon "kolmannen" ja puoliso ryhtyy omaishoitajaksi. Omaishoitajan ja hoidettavan, aviopuolisoiden välinen sidos kuvaa poikkeuksellista vastuun ottamista silloin, kun toinen on hauraimmillaan ja avuttomimmillaan." (Tikkanen 2014, 130.)

Vaikka parisuhde oli hyvä, muutti omaishoitosuhteeseen suhteen muotoa, ja tämä aiheutti kuormittuneisuutta. Erityisesti puolison sairastumisen alku oli kuormittavaa aikaa, sekä emotionaalisesti että tiedollisesti. Parisuhde muuttui toimintakyvyn heikkenemisen myötä hoivasuhteeksi. (Autio 2014, 94; Juntunen ym. 2013, 7; Tikkanen 2014, 104, 116; Välimäki ym. 2012, 483; Stolt ym. 2014, 133.)

"Aviosuhde ei aviosuhde vaan "hoitosuhde" (Juntunen ym. 2013, 7).

"Suhde on muuttunut vuosien varrella, kun hyvin pian puolison sairastumisen jälkeen mukaan tuli hoitorooli. Riippuvuus lisääntyi ja viime vuosina hoidettava "on lähinnä isona vauvana, joka makaa liikkumatta ja puhumatta vaipoissa ja on hoidettavana." (Tikkanen 2014, 116.)

Toisaalta hoitaminen koettiin myös itsestäänselvyytenä, kun hoitosuhteessa oli havaittavissa rakkautta (Juntunen ym. 2013, 7). Välimäen (ym. 2012, 484) tutkimuksessa parisuhteessa oleva miesomaishoitaja totesi, että hänen mielestään oli vähintään, mitä hän voi tehdä vaimonsa hyväksi ryhtyessään omaishoitajaksi. Vaimo oli aiemmin huolehtinut päivittäisistä asioista. Mies maksoi sitä nyt takaisin hoitaessaan puolisoaan kotona. (emt.) Itsestäänselvyyden lisäksi omaishoitajat kokivat omaishoito-

suhteen perustuvan elinikäiseen dominointiin, koska aikuisen tyttären antamaa hoitoa omalle äidille pidettiin itsestäänselvyytenä (Leinonen 2011, 102). Välimäen ym. (2012) tutkimuksessa tytär oli ryhtynyt vastoin omaa tahtoaan äitinsä omaishoitajaksi. Roolit kääntyivät toisinpäin. (emt. 484.) Häpeän tunne, myötätunto ja ajatukset siitä, ettei pystynyt millään tavalla auttamaan, herättivät syyllisyyttä (Välimäki ym. 2012, 483; Tikkanen 2014, 116). Omaishoitaja pohtii Välimäen ym. (2015, 483) tutkimuksessa, onko syyllisyyden tunne yksi omaishoitajan näkyvimmistä tunteista.

"I can also no longer be his daughter, now I've become his caregiver against my own will" (Välimäki ym. 2012, 484).

"Omaishoitaja tietää, että laitoshoidojaksot ovat hänelle itselleen tärkeitä, koska ilman niitä hän ei jaksa hoitaa puolisoa. Hän tuntee kuitenkin syyllisyyttä siitä, että puoliso viedään kotoa pois. Laitoksessa käynnit ovat omaishoitajalle henkisesti raskaita. Omaishoitaja pystyisi itse harrastamaan ja tapaamaan ystäviään, mutta hoiva kiinnittää hänet kotiin hoidettavan rinnalle. Toisaalta hän haluaa hoitaa puolisoa kotona niin pitkään kuin mahdollista." (Tikkanen 2014, 116.)

Yhteisyyssuhteita kuvaavista hyvinvoinnin osatekijöistä omaishoitajuus kuormitti eniten ystävyysuhteiden ylläpitämistä, ja omaishoitajat kokivat olevansa ansassa omaishoitosuhteessa. Yksinäisyyden tunne oli läsnä, koska elämä keskittyi kotioloihin. Hoidettavan sairaudet määrittivät arkea ja arki tuli olla ennakkoon suunniteltua. Oman ajan puute korostui ja kaivattiin aikaa ennen omaishoitoa. Harrastuksille ei ollut aikaa, eikä ystäville. (Autio 2014, 101; Juntunen ym. 2013, 7, 9; Välimäki ym. 2012, 483; Tikkanen 2014, 104, 125–126, 195; Stolt ym. 2014, 133; Leinonen 2011, 99.) Huoli omasta äidistä vaikutti myös oman perheen kanssa vietettyyn aikaan (Leinonen 2011, 100).

"Tiedän että elän aivan sairaan oikuilla ja ehdoilla. Eikö omaishoitaja olekaan enää ihminen ja lähimmäinen, vaan eräänlainen vanki ilman omia oikeuksia. Joskus olen niin "täysi", että itken kaiken ulos isoon ääneen. Helpotus on suuri." (Autio 2014, 101.)

"Elämänpiiri on kuitenkin kaventumassa, kun lähtemisestä on tullut vaivalloista. "Se on aina projekti." (Tikkanen 2014, 104.)

"It feels like I'm practically imprisoned, since I can't go out like I used to" (Välimäki ym. 2012, 438).

Poiketen muista tutkimuksista Toljamon ym. (2012) tulosten perusteella omaishoitajat eivät kokeneet olevansa ansassa hoitosuhteessa. Hoitosuhteen ei koettu juurikaan aiheuttavan psyykkistä kuormitusta. Lisäksi yli puolet omaishoitajista oli vastannut, että omaishoito ei aiheuttanut sosiaalista kuormittuneisuutta. Tutkimukseen osallistuvista omaishoitajista lähes puolet oli ansiotyössä omaishoitotyön lisäksi ja hoitajien keski-ikä (58) oli alhainen muihin tutkimuksiin verraten. (emt. 214–216.)

Latomäen ym. (2020) ja Tikkasen (2014) tutkimusten tulosten perusteella sosiaalista kuormittuneisuutta kokivat erityisesti naimattomat, etenkin jos taloudellinen tilanne oli heikentynyt omaishoitosuhteen vuoksi. Puolestaan emotionaalista kuormittuneisuutta kokivat naiset, ja jos oma terveydentila oli huono tai omaishoitoon kohdistui vaatimuksia ja painostusta muilta. Omaishoitajista puolet koki joskus emotionaalista ja sosiaalista kuormittuneisuutta. Eniten koettiin fyysistä ja ajallista sekä itsensä kehittämisen kuormittuneisuutta. (emt. 2020, 107, 111; emt. 2014, 104, 110.) Stoltin ym. (2014, 133) mukaan naiset kuormittuivat miehiä useammin. Välimäen ym. (2015) tutkimuksen tulosten mukaan puoliset kokivat eniten masentuneisuutta ja psykologista stressiä, kun ei-aviopuolisot (emt. 2015, 278).

"Kodin ulkopuolisista harrastuksista Anna joutui luopumaan silloin, kun hoiva satoi hänet kokonaan kotiin. Anna on sitä mieltä, että omaishoitajat ovat melko yksinäisiä ja oppivat ja saavat informaatiota toinen toisiltaan." (Tikkanen 2014, 56.)

Toljamon ym. (2012, 216–217) eikä Aution (2014, 54) tutkimuksista ole havaittavissa naisten kuormittuvan miehiä enemmän (emt.).

Tutkimusten välillä oli huomattavan paljon eroa sen välillä, saiko perheenjäseniltä ja sosiaali- ja terveystalviteuista tukea omaishoitosuhteessa vai ei. Toljamon ym. (2012) mukaan iäkkäämmät omaishoitajat saivat nuorempia omaishoitajia enemmän tukea läheisiltä. Muutenkin avun saanti oli huomattavan suurta. Tulosten perusteella yli 60 % koki saaneensa tukea perheenjäseniltä. Sosiaali- ja terveystalviteuista tuen saanti oli ollut vaihtelevaa, puutteellista ja epävarmaa. Omaishoitajat kokivat myös, että heille ei ollut kerrottu kaikista eduista ja tukimuodoista. (emt. 215–216.)

"A total of 63% of family caregivers felt that they had support from their families, but only 26% from their friends or neighbours. When asked about support from health and social services, 38% replied that they felt they received support, and almost the same amount, 40%, felt they did not receive support. A little over 10% felt they received frequent support from health and social services." (Toljamo ym. 2012, 215.)

Myös Tikkasen (2014, 99) tutkimukseen osallistuvat omaishoitajat saivat tukea ystäviltä ja perheenjäseniltä. Juntusen ym. (2013) mukaan vajaa kolmasosa sai usein perheenjäseniltä tukea. Kuitenkin noin 15 % omaishoitajista koki, että perheenjäseniltä ei saanut apua koskaan. Terveyspalveluista tukea koki saaneen usein noin puolet omaishoitajista. Tutkimuksesta ei selvinnyt, minkälaista terveyspalveluista saatu tuki oli. (emt. 7.)

"Tukea/(säiliä) saa kyllä kunhan ei tarvitse tulla avuksi tai tehdä jotain!" ja "hoitettavan lapset eivät halua olla tukiryhmänä tai auttamassa missään muodossa" (Juntunen ym, 2013, 6).

Välimäen ym. (2012, 483) tutkimuksessa vajaa 40 % omaishoitajista sai apua omilta lapsilta. Puolestaan Leinonen (2011, 100) kuvaa, että muilta perheenjäseniltä ei saanut juurikaan apua. Omaishoitajat pitivät vertaisryhmiin osallistumista tärkeänä ja Tikkasen (2014) tutkimuksessa omaishoitajien vertaisryhmissä käynti oli säännöllistä. Ammattilaisilta odotettiin kuitenkin enemmän yhteistyökumppanuutta. (emt. 2014, 54, 56, 92–99.) Tuen saannilla sekä vertaisryhmiin osallistumisella oli kuormittuneisuutta alentava vaikutus (Juntunen ym. 2018, 2345). Palveluiden käyttöön vaikutti saatavuuden lisäksi niiden laatu ja se, jos omaishoidettava ei halunnut käyttää palveluita (Leinonen 2011, 98).

I'm afraid to tell her I'd like to go away. [. . .] She would feel like she was a burden on me if we used external help. And I would feel bad if she had such thoughts." (Leinonen 2011, 103.)

Allardtin (1976a) mukaan tarve kuulua sosiaaliseen verkostoon on jokaisella luontainen. Yhteisöllisyyden tarve ei täyty, jos ei kuulu mihinkään yhteisöön, ja sillä on vaikutusta terveyteen. Tulosten perusteella yhteisöllisyyden puute aiheutti omaishoitajien hyvinvointiin merkittävän terveysriskin. Allardtin mukaan yhteisyys voi merkitä myös uhrautumista. Uhrautumisella tarkoitetaan hyvinvoinnissa sitä, että myös hädän hetkellä on uskollinen toista kohtaan. Yhteisyys toteutuu, kun asettuu toisen asemaan ja ymmärtää toisen tarpeita. Yhteisyys resurssina auttaa yksilöä täyttämään muita tarpeita. Omaishoitosuhteissa omaishoitajaksi ryhtyminen koettiin pääasiassa itsestään selvyytensä. Omaishoitajuus aiheutti kuitenkin omaishoitajalle tunteen, että on vangissa omassa kodissa. Allardt (1976a) korostaa, että mielekkään vapaa-ajan tekemisen avulla ehkäistään vieraantumista ja saadaan toteutettua itseään. Vapaa-ajalla on merkittävä vaikutus ihmisen hyvinvoinnissa. Tämä ei toteudu omaishoitajien kohdalla, jos hoito on sitovaa eikä tukimuotoja ole riittävästi, jotta omasta kodista pääsee poistumaan.

Tulosten tarkastelu herätti itseni pohtimaan omaishoitajien tilannetta erityisesti Tikkasen (2014) tutkimuksessa ilmenneen näkökulman kautta ja haluan päättää tulosten tarkastelun suoraan lainaukseen Tikkasen tutkimuksesta.

"Omaishoitaja toteaa, että tilanne muuttuu vaikeammaksi, "kun hänellä on kipuja ja minulla on kipuja", ja iän myötä molempien kivut ovat lisääntyneet. Entä sitten, kun hän ei enää jaksaa? Varasuunnitelmaa ei ole." (Tikkanen 2014, 110.)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella omaishoitajien hyvinvointia kuormittavia tekijöitä Allardtin (1976a; 1976b) hyvinvoinnin ulottuvuuksien mukaisesti, sekä sillä tavoin kuormittuneisuus näyttäytyy omaishoitajan hyvinvoinnissa. Allardtin (1976a; 1976b) mukaan hyvinvoinnin perusta muodostuu elintasosta, yhteisöllisyydestä ja itsensä toteuttamisesta, sekä niiden osatekijöistä. Aineisto on kerätty Jyväskylän yliopiston (JYKDOK) viidestä sekä suomenkielisistä että kansainvälisistä tietokannoista. Aineistoon valikoitu 12 tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset keskittyivät iäkkäiden puolisoiden tai oman vanhemman omaishoitajana toimimiseen.

Allardt (1976) mittaa terveyttä tärkeimpänä arvona, joka määrittää muita osatekijöitä (emt. 53–54). Tämän tutkielman tulokset vastaavat Svendsboen ym. (2016) tutkimuksesta saatavia tuloksia, sillä muistisairaudet yleisesti näyttäytyivät suurena hyvinvointia kuormittavana tekijänä, sekä Gustavssonin (2010) että Chappellin ym. (2015), joiden mukaan suurin syy toimia iäkkään omaishoitajana on useimmiten dementia tai Alzheimerin tauti. Dementian lisäksi tutkimuksen tuloksista voidaan havaita omaishoidettavan käytöshäiriöiden kuormittavan omaishoitajaa sekä omaishoitajan oman terveydentilan.¹ Allardt (1976) onkin tarkastellut hyvinvointia eri sairauksien kautta, ja siihen vaikuttavat Allardtin mukaan krooniset sairaudet, mielenterveyden haasteet, lääkitys ja psykosomaattiset sairaudet (emt. 134). Tuloksia tarkasteltaessa on tärkeää muistaa, että suurin osa tutkimuksista keskittyi suoraan muistisairaahan tai Alzheimerin tautia sairastavan iäkkään henkilön hoitamiseen. Tuloksista ei voi täten tehdä luotettavaa johtopäätöstä erityisesti dementian tai Alzheimerin taudin aiheuttavan eniten kuormittuneisuutta omaishoitajan hyvinvoinnissa. Myös muut sairaudet tai vammautuminen voivat johtaa omaishoitajana toimimiseen. Toki on tärkeää muistaa, että harvat ihmiset vanhenevat ilman, että sairastuisivat pitkäaikaissairauteen. Lisäksi Remes (2018) on kirjoittanut, että muistipotilaiden osuus kasvaa vuosittain, koska muistisairaudet ovat yleistyneet.

Tuloksista on havaittavissa toimintakyvyn heikkenemisen ja jatkuvan avun tarpeen aiheuttavan kuormittuneisuutta. Intensiivisin omaishoitotyö oli avustamista ympäri vuorokauden. Kuitenkin merkittävimpana elintason osatekijöistä hyvinvointia kuormittavana tekijänä oli havaittavissa omaishoitajan oman terveydentilan vaikutus, eikä niinkään hoidettavan. Tämä vahvistaa myös Tramontin ym. (2015), Chappellin ym. (2015), Riffinin ym. (2019) sekä Svendsboen (2016) tutkimuksen tuloksia. Lisäksi Malmi & Nissi-Onnela ovat kirjoittaneet, että omaishoitajan terveydentila on

¹ Latomäki 2020; Toljamo ym. 2012

jo usein muuta väestöä huonompi (emt. 2011, 76). Heikkinen (2000) muistuttaa, että on tärkeää huomioida jokaisen oma kokemus terveydestä. Toinen ihminen voi kokea itsensä terveeksi, vaikka omaisi pitkäaikaissairauden, ja toinen taas ei. (emt. 227–229.) Tuloksia tarkasteltaessa omaishoitajat kokivat oman terveydentilan pääasiassa hyvänä tai kohtalaisena omista sairauksista huolimatta. Itseä ei koettu niin sairaaksi, että omaishoitajana ei olisi jaksanut toimia.²

Suurin osa tutkimuksiin osallistuneista omaishoitajista oli yli 65-vuotiaita eivätkä työskennelleet kodin ulkopuolella omaishoitosuhteen lisäksi. Omaishoito oli heidän pääasiallinen työnsä. Tästä johtuen onkin hieman yllättävää, että omaishoidon ei juurikaan raportoitu kuormittavan hyvinvointia taloudellisesti. Täten tutkimuksen tulokset antavat eriävän näkemyksen Allardtin ajatukselle. Allardt (1976a) kuvaa työnteolla olevan merkittävä vaikutus hyvinvoinnissa ja elintason osatekijöihin kuumumisessa. Työnteko on pääasiallinen tulonlähde ja mahdollistaa muita asioita. Taloudellinen pärjääminen luo turvallisuudentunteen, joka vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin positiivisesti. Kun ihmisellä on taloudellisen pärjäämisen suhteen turvallisuudentunne, eivät uhkatilat vaikuta hyvinvointiin sitä alentavasti. Köyhyys tulee nähdä aina riskinä hyvinvoinnille ja terveydelle. (emt. 23, 39.) Toisaalta suurin osa omaishoitajista oli ylittänyt kansaneläkeiän eikä luultavimmin sen vuoksi työskennellyt kodin ulkopuolella.

Vuoden 2021 alusta alkaen omaishoidontuen summa on vähintään 413,45 e ja enintään 826,90e (STM 2020). Summa on alhainen, joten pelkkä omaishoidontuki tulona ei anna paljon mahdollisuuksia kodin ulkopuoliseen toimintaan. Tämäkin voi vaikuttaa kaventuneeseen vapaa-ajan toimintaan. Yhdestä tutkimuksesta³ ilmeni, että puoliso-omaishoitajat toivoivat parempaa taloudellista tukea, mutta sen perusteella ei voida tehdä johtopäätöstä, että omaishoidontuen pieni määrä olisi automaattisesti hyvinvointia kuormittava tekijä. Puolisoiden omaishoitajana toimiminen oli intensiivisempää kuin oman vanhemman, joten muiden töiden tekeminen olisi ollut myös mahdollista. Onkin luonnollista, että ansiotyössäkäyvät omaishoitajat eivät koe taloudellista kuormittuneisuutta, koska heillä on omaishoidontuen lisäksi muita tulonlähteitä.

Puolison omaishoitajana toimiminen muutti aviosuhteen hoitosuhteeksi ja sen nähtiin kuormittavan hyvinvointia. Tästä huolimatta aviopuolisoiden välinen sitoumus ja rakkaus omaishoidettavaa kohtaan näyttäytyivät merkittävimpänä tekijänä omaishoitosuhteeseen ryhtymisessä. Allardt (1976a) ajattelee, että rakkaus ja huolen-

² Esim. Toljamo ym. 2012; Juntunen ym. 2013

³ Juntunen ym. 2015

pito luovat yhteisyyden perustan. Kokemus tarpeellisuudesta lisää jokaisen omaa hyvinvoinnin tuntemusta. Yhteisyyssuhteita ei voi toteuttaa, jos ei kykene asettumaan toisen asemaan ja ymmärtämään toisen ihmisen tarpeita. (emt. 43, 142.) Omaishoitosuhteesta voitaneen todeta, että omaishoitaja kokee itsensä tarpeelliseksi, kun mahdollistaa puolison asumisen omassa kodissa. Allardt (1976a, 43, 142) kirjoittaa rakkauten antamisesta ja saamisesta, jotta symmetrisyys ja tarpeellisuuden kokemus toteutuvat. Tuloksista ei ilmennyt, että omaishoitaja ei olisi saanut rakkautta hoidettavalta. Kun rakkaus muuttaa muotoaan, voi kai rakkauten tunteeksi kokea jo kiitoksen ja kun näkee toisen voivan hyvin. Myös Kaivolainen (2011) on kirjoittanut, että rakkauten ja kiintymyksen tunteet antavat omaishoitajalle voimia jaksaa arjessa. Rakkaus voi muuttaa muotoaan omaishoitosuhteessa, mutta tunneside hoidettavaan säilyy. (emt. 108–109.)

Tuloksista on havaittavissa myös velvollisuuden olevan yksi tekijä ryhtyä omaishoitosuhteeseen. Eräs miesomaishoitaja pohti, että oli vähintään, mitä hän voi vaimonsa hyväksi tehdä, kun ryhtyi omaishoitajaksi. Vaimo oli aiemmin hoitanut kodin ja lapset. Nyt oli hänen vuoronsa. Vaikka suhde omaishoitajan ja hoidettavan välillä muutti muotoaan, tunnetasolla rakkaus pysyi läsnä. Ihmissuhde on ollut olemassa jo ennen omaishoitosuhdetta. Rakkauten vuoksi omaishoitosuhteessa saatetaan pysyä, vaikka omat voivarat olisivat jo loppu. Avun pyytäminen voi olla myös vaikeaa, koska jos kyseessä on puoliso-omaishoitaja, on pariskunta luultavasti hoitanut asiat kahdestaan ennen omaishoitosuhdettakin. Tämän tutkielman tulokset vahvistavat Kalliomaa-Puhan (2017), Anttosen (2019 sekä Erikssonin & Svedlundin (2006) näkemysten, että omaishoitajaksi ryhtyminen koetaan itsestänselvyytenä. Sekä Kalliomaa-Puha (2017, 227) että Anttonen (2009, 59) ovat kirjoittaneet, että Suomessa ei ole hoitovelvoitetta toimia läheisen hoivaajana. Tästä huolimatta puolisolle on useimmiten itsestään selvyys toimia omaishoitajana puolison sairastuttua (Eriksson & Svedlund 2006, 330; Anttonen ym. 2019, 10–11).

Tuloksista ilmeni myös eriävä näkemys. Tulosten perusteella tytär koki, että hän toimi omaishoitajana vastoin omaa tahtoaan.⁴ Toisessa tutkimuksessa hoitosuhteen koettiin perustuvan elinikäiseen dominointiin, kun aikuinen tytär ryhtyi äitinsä omaishoitajaksi.⁵ Kalliomaa-Puha (2017) on kirjoittanut omaisolettamasta. Omaisolettaman mukaan omaisten oletetaan hoitavan iäkkään henkilön asioita ja auttavan hoidossa, kun he eivät enää itse ole siihen kykeneväisiä. Oletusta tärkeämpää olisi ottaa huomioon oma näkemys ja pohtia, mikä kenenkin rooli on. (emt. 227–232.) Tästä

⁴ Välimäki ym. 2012

⁵ Leinonen 2011

voinee tehdä johtopäätöksen, että ne läheiset, jotka eivät ryhdy omaishoitajaksi omaisten painostuksesta huolimatta, tulkitaan hoitovastuusta kieltäytyminen rakkaudettomuudeksi ja välittämisen puutteeksi. Jos omaishoitosuhteeseen ryhtyy pakon sanelema, ei se palvele hoidettavan eikä hoitajan hyvinvointia.

Eniten omaishoitajuus näytti kuormittavan sosiaalisia suhteita. Jos omaishoitajana toimiminen oli intensiivistä ja useita tunteja päivässä tapahtuvaa, oli sosiaalisista suhteista jouduttu luopumaan kokonaan. Tutkielman tulokset vastaavat aiemmista tutkimuksista (ks. mm. Keväjärvä ym. 2020; Svendsboe ym. 2016; Riffin ym. 2019; SHEMEIKKA ym. 2019) saatavia tuloksia siitä, että omaishoitajana toimiminen kuormitti perhesuhteita sekä aikuissuhteiden ylläpitämistä aiheuttaen yksinäisyyden kokemuksen. Tuloksista oli havaittavissa omaishoitajien kokemus ansassa ja vankina olemisesta omaishoitosuhteessa ja omassa kodissa. Tämä vahvistaa myös SHEMEIKAN ym. (2019) näkemysten.

Jokaisella ihmisellä on Allardtin (1976a) mukaan yhteisyyden tarve ja yhteisyys hyvinvoinnin osatekijänä ei toteudu, jos omaishoitosuhte kuormittaa sosiaalisia suhteita. Ystävyysuhteita voidaan mitata niiden tiiveydellä, lukumäärällä, intensiivisyydellä ja/tai kontaktimahdollisuuksien kokemisella. Jos ei kuulu mihinkään sosiaaliseen verkostoon, ei yhteisöllisyyden tarve täyty. (emt. 43–44, 142, 156, 175.) Tutkimuksesta ⁶, jossa omaishoitajien keski-ikä oli alle 60-vuotta yli puolet omaishoitajista raportoiti, että omaishoitajana toimiminen ei kuormittanut sosiaalisia suhteita. Omaishoitajien nuorempi ikä voi olla yksi selittävä tekijä, miksi omaishoitajat eivät kokeneet omaishoitosuhteen kuormittavan sosiaalisia suhteita. Sosiaalisille suhteille oli aikaa ja suhteita pystyi luomaan myös työelämässä. Tutkimuksesta ei selvinnyt omaishoitajuuteen käytetty aika. Se on voinut olla vähäistä, jonka vuoksi aikaa on jäänyt myös muuhun.

Allardt (1976a, 175) pitää hyvinvoinnissa vapaa-ajan merkitystä tärkeänä. Kaakkuriniemellä (2014, 6) on samanlainen näkemys ja tämä korostaakin omista harrastuksista ja vapaa-ajasta kiinni pitämistä. Tutkielman tulosten perusteella omaishoitajilla oli kokemus ansassa olemisesta omaishoitosuhteessa. Aikaa omalle vapaa-ajalle ei ollut. Ring (2021) on tutkinut omaishoidon sopimuksellisuutta psykologisen sopimuksen näkökulmasta. Ringin mukaan omaishoitajan vapaapäivien pitäminen ei takaa välttämättä lepoa. Omaishoitajat kokevat emotionaalista hoivavelvollisuutta ja moraalista riippuvuutta puolisoa kohtaan myös vapaan aikana. (emt. 76). Emotionaalinen hoivavelvollisuus ei kuitenkaan ilmennyt minkään tutkimuksen tuloksista tässä

⁶ Toljamo ym. 2012

tutkielmassa. Sosiaalinen tuki tulee turvata omaishoitajille, jos haluamme omaishoitajien voivan hyvin. Sosiaalisen tuen turvin omaishoitajille mahdollistuu mielekäs oma vapaa-aika. Lisääntynyt vapaa-aika voisi vaikuttaa positiivisesti ystävyysuhtien ylläpitämiseen. Omaishoidontuen laki (2005/937) takaa 2–3 vapaapäivää kuu-kaudessa kaikille virallisina omaishoitajina työskenteleville. Vapaata on kuitenkin huomattavan vähän, jos koko muun ajan joutuu avustamaan hoidettavaa ympäri vuorokauden, joten pystyykö kolmen päivän vapaan aikana kompensoimaan sosiaalisten kontaktien vähyyttä? Varmasti myös käytännön asioita, kuten kodin siistimistä, kaupassa ja apteekissa käyntejä tulee hoitaa vapaiden aikana.

Allardt (1976a, 151) kuvaa perheyhteisyydeltä saatavan tukea, mutta jokainen yksilö tulkitsee perhettä eri tavoin. Tutkimuksen tuloksista oli havaittavissa, että suurimassa osassa omaishoitotilanteissa omaishoitajat saivat sosiaalista tukea. Erityisesti tukea sai muilta perheenjäseniltä, joissakin tapauksissa myös ystäviltä. Yksi tutkimus antoi eriävän näkemyksen. Muilta perheenjäseniltä saatu tuki oli vähäistä.⁷ Sosiaali- ja terveystalvuluista tuen saanti oli vaihtelevaa. Myös vertaisryhmissä käynti koettiin tärkeänä. Ammattilaisilta odotetaan kuitenkin enemmän yhteistyökumppanuutta. Tämä vahvistaa Kniffin (2012) aiemman näkemyksen. Läheiset eivät kokeneet tul- leensa kuulluiksi omaishoivan järjestämiseen liittyvissä asioissa. (emt.) Tuen saan- nilla, ammatillisen tuen sekä läheisiltä saadun tuen, ja vertaisryhmiin osallistumisella oli kuormittuneisuutta alentava vaikutus. Hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että omaishoitajalla olisi tunne, että hän saa tarvittaessa apua perheeltä tai sosiaali- ja ter- veydenhuollosta.

Vain yhdestä tutkimuksesta ilmeni,⁸ että tukipalveluiden käyttöön vaikutti saa- tavuuden lisäksi niiden laatu ja se, jos omaishoidettava ei halunnut käyttää palveluita. Yhden tutkimuksen perusteella ei ole kuitenkaan luotettavaa tehdä johtopäätöstä, että omaishoitajalle tarjottavia tukipalveluita olisi liian vähän tarjolla tai palveluiden laatu olisi huonoa. Kniff (2012) on tarkastellut aiemmin tutkimuksessaan julkisen sektorin tarjoamaa tukea. Kniffin tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että julkisen sekto- rin odotetaan tukevan hoivan antamista läheisille. Lisäksi kunnilla on velvollisuus tarjota iäkkäille henkilöille kotiin riittävät palvelut (Zechner 2016, 56).

Hyvillä suhteilla on Heikkisen (2013) mukaan alentava vaikutus sydäninfarktin ja aivohalvauksen saamiseen, sekä suorituskyky pysyy parempana. Jos suhteita ei ole, on niillä negatiivinen vaikutus terveyteen. Suhteet voivat perustua myös vaatimuk-

⁷ Leinonen 2011

⁸ Leinonen 2011

siin, eivätkä tällöin vaikuta positiivisesti terveyteen. (emt. 400.) Heikkisen (2013) näkemykseen viitaten tuloksista ilmennyt sosiaalisten suhteiden vähyys aiheutti selkeästi vakavan vaaran omaishoitajan sairastumiseen ja psyykkisen pahoinvoinnin lisääntymiseen. Sosiaalisen elämän verkostot vaikuttavat terveyteen ja sairastumisen riskitekijöihin. Entä jos kaikilla ei ole omia lapsia, lapsenlapsia tai ystäviä, joita voisi tavata? Missä omaishoitaja voi tällöin luoda sosiaalisia verkostoja, kun on sidottuna omaan kotiin?

Seppäsen ja Koskisen (2010) mukaan vanhustyön yhtenä tavoitteena on ikääntyneiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäminen (emt. 408–409, 411). Omaishoitajista valtaosa on iäkkäitä ja oma terveys huono. Hoidettavilla oli pitkäaikaisia sairauksia, usein muistisairauksia. Omaishoitajan hyvinvointiin vaikuttavat sekä oma että hoidettavan terveys. Kokonaisvaltaisen tilanteen selvittäminen ja hyvinvoinnin tukeminen pitäisi olla itsestään selvyys omaishoitosuhteessa. Omaishoitajat kokevat itsensä usein yksinäisiksi ja sosiaalisen elämän kaventuneeksi. Kaikilla ei ole ystäviä ja lähi-sukua, tai jos on, ei vaativa omaishoito mahdollista suhteiden ylläpitämistä. Sosiaalinen eristäytyneisyys kaventaa hyvinvointia.

7 POHDINTA

Omaishoitajuutta kuormittavia tekijöitä on tutkittu paljon kansainvälisissä tutkimuksissa. Tutkimukset ovat kohdistuneet Suomen sijasta Pohjoismaihin tai muualle maailmaan. Suomeen kohdistuneiden tutkimusten vähäisyyden vuoksi olisi tulevaisuudessa tärkeää tutkia ilmiönä nimenomaan kuormittuneisuutta aiheuttavia tekijöitä, jotta myös omaishoitajuutta tukevia palveluita osataan kehittää ja kohdistaa oikein. Omaishoitajien oman äänen huomioon ottaminen omaishoitotilanteessa on ensiarvoisen tärkeää, jotta omaishoitajat jaksavat tärkeässä ja raskaassa työssään.

Tutkielman tekemisessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, eettisesti oikeita ja vastuullisia toimintatapoja. Eettisesti kestävän tutkimuksen tekeminen on tärkeää tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa on tärkeää ottaa huomioon, mitä tutkii ja miksi tutkii, onko saatu tieto objektiivista ja totuudenmukainen. Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi aineiston analyysiluvussa tulee kuvata, kuinka aineisto on analysoitu. Se, millä tavoin tulokset on saavutettu, mistä tulokset ovat syntyneet ja mistä aineisto koostuu, tulee kuvata tarkasti. Tulokset ovat sitä luotettavimpia, mitä tarkemmin ne raportoidaan.⁹ Tutkielman aineisto on kokonaisuudessaan esitetty liitteessä yksi, sekä aineiston hakulausekkeet taulukossa yksi. Aineiston analyysi on kuvattu luvussa 4.3.

Tämä tutkielma on tehty noudattaen hyvää tieteellistä, eettistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti muiden tutkijoiden työtä tulee arvostaa. Julkaisuihin tulee viitata asianmukaisella ja kunnioittavalla tavalla.¹⁰ Tämän tutkielman tulokset on raportoitu mitään niihin lisäämättä tai pois jättämättä. Tutkielmaan valikoituja artikkeleita on kaikkia hyödynnetty tulosten tarkastelussa siltä osin kuin artikkelin sisältö on vastannut tutkimuskysymykseen. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019) ei vaadi lausuntoa julkisten ja julkistettujen tietojen tutkimuksessa, johon myös kirjallisuuskatsaus perustuu. Tutkielman valmistumisen jälkeen artikkelit säilötään tutkijan arkistossa. Tulostettavia artikkeleita ei ole tarpeen tuhota, koska ne ovat yleisesti saatavissa internetistä, ja siten artikkeleita säilömällä ei paljasteta henkilökohtaisia tietoja.

Tutkimuksen tekijän on otettava huomioon ja osattava arvioida oma henkilökohtainen vaikutus sekä aineistoon että koko tutkimusprosessiin. Nämä lähtökohdat tulee kuvata tutkimusprosessissa.¹¹ Itselläni oli tutkijana melko vähän kokemusta.

⁹ Tuomi & Sarajärvi 2018, 149–150, 163–165, 231; Hirsjärvi ym. 2009, 231–233

¹⁰ Tutkimuseettinen neuvottelukunta

¹¹ Kylmä & Juvakka 2007, 129

Pro-gradu tason tutkielmista ei ollut aikaisempaa kokemusta lainkaan, yhdestä suppeammasta kirjallisuuskatsauksesta oli. Vähäinen kokemus eri tietokantojen käytöstä saattoi vaikuttaa aineiston löytymiseen. Toisaalta hakulausekkeiden muodostamisessa ja hakujen kohdistamisessa eri tietokantoihin käytettiin apuna Jyväskylän yliopiston kirjaston informaatikkoa. Totesimme yhdessä informaation kanssa, että Suomessa ei ole tutkittu omaishoitajuutta kuormittavia tekijöitä sen enempää, mitä tutkimuksia aineiston haussa löytyi. Aihe valikoitui osittain sen mukaisesti, josta tutkielman tekijällä ei ollut omakohtaista kokemusta, joten tekijän oma kokemus ei ohjannut tulosten analyysiä. Tuttavani huono kokemus omaishoitajuudesta puolestaan vaikutti aiheen valintaan.

Tutkimusten haluttiin keskittyvän Suomessa tapahtuvaan omaishoittoon, joten se luultavasti vaikutti tutkimusten vähyyteen. Tutkielman otoskoko ei ole suuri, mikä varmasti vaikeutti tulosten yleistettävyyttä. Kansainvälisiin tutkimuksiin tutustuminen olisi laajentanut tätä tutkielmaa huomattavasti. Omaishoitajaksi ryhtyminen saattaa olla erilainen prosessi ulkomailla ja omaishoitajuudesta saatu korvaus eri suuruisen. Yhtenä jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista verrata Suomessa ja muualla maailmassa tapahtuvaa omaishoitajuutta ja hyvinvointia kuormittavia tekijöitä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa¹² ja Norjassa tehdystä tutkimuksesta¹³ ilmeni omaishoitajien olevan nuorempia ja omaishoitajana toimi myös muu henkilö kuin puoliso tai aikuinen tytär. Erityisen kiinnostavaa olisi vertailla sosiaalisen tuen muotoja Suomessa ja kansainvälisesti. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla myös tietyille kuntayhtymälle tehty tutkimus, johon haastateltaisiin kunnassa toimivia omaishoitajia. Haastattelua aineistonkeruumenetelmänä käyttämällä selvitetäisiin omaishoitajien omakohtaisia kokemuksia hyvinvointia kuormittavista tekijöistä, ja minkälaisilla tukimuodoilla heidän näkemyksensä mukaan hyvinvointia voitaisiin tukea paremmin. Näin ollen kyseessä oleva kunta tai kuntayhtymä voisi tuloksia hyödyntämällä kehittää saatavilla olevia palveluita. Lisäksi pohdin, että vaikka suurin osa omaishoitajista oli eläkeiän ylittäneitä, ei tutkimuksista selvinnyt eläkkeen määrä. Eläkkeen määrä voi vaihdella huomattavan paljon ja vaikuttaa taloudelliseen kuormittuneisuuteen.

Tutkimuksen toistettavuus on mahdollista, koska hakulausekkeet ja käytetyt tietokannat on kuvattu selkeästi. Validiteetilla tarkoitetaan tutkittavassa aiheessa pysymistä sekä tutkimuksen aitoutta. Reliabiliteetti tarkoittaa saman tuloksen saamista, jos tutkimus toistettaisiin.¹⁴ Tässä tutkielmassa on tarkasteltu iäkkäiden omaishoitajien

¹² Riffin ym. 2019

¹³ Svendsboe ym. 2016

¹⁴ Tuomi & Sarajärvi 2012, 136

hyvinvointia kuormittavia tekijöitä ja sitä millä tavoin kuormittuneisuus näkyy omaishoitajan hyvinvoinnissa, joten validiteetti toteutuu. Tulosten tarkastelussa jonkin verran saattoi vaikuttaa englannin kielen osuus. Tutkijan äidinkieli on suomi eikä voida varmuudella sanoa, että englanninkielisten artikkeleiden ymmärryksessä ei ole tapahtunut virheitä. Englannin kielen vuoksi myös jokin oleellinen asia on voinut jäädä raportoimatta. Omaishoitajuudessa käytetty englanninkielinen sanasto oli tutkielman tekijälle täysin uutta ja aineiston lukeminen ja suomentaminen vei huomattavan paljon aikaa.

Tutkielman tekeminen on kestänyt kaikkiaan vuoden verran, alkuvuodesta 2021 alkaen. Pitkään kestäneen prosessin aikana on toisinaan iskenyt epätoivo, että tutkielma ei tule valmistumaan. Tutkimussuunnitelman kirjoittamisen aikana tuli käytyä pohdintaa aiheen vaihtamisesta. Tuttavani kannustivat siinä kohdin, että ei ole mitään syytä vaihtaa aihetta, koska tutkielman työstäminen oli jo edennyt hyvää vauhtia, ja tutkielman aihe on ajankohtainen. Kevät 2021 oli muutenkin työntäyteinen ja ajattelin, että ei ole rahkeita kirjoittaa tutkielmaa työn ja muiden opintojen ohelle. Työnantajani myöntämä kuukauden graduvapaa tulososion ja johtopäätösten kirjoittamisen aikaan syksyllä 2021 auttoi huomattavasti tutkielman eteenpäin viemisessä. Olen siitä suuresti kiitollinen lähiesimiehelleni Annalle. Ilman hänen tukeaan tutkielma ei olisi valmistunut aikataulussa.

Omat vanhempani ovat vielä työelämässä olevia ja asuvat toisella puolella Suomea, joten heidän ikääntyessään ei ole mahdollisuutta, että rupeaisin itse heidän omaishoitajaksensa. Puolestaan appivanhempani asuvat lähetyvillä, ja he ovat avustaneet paljon lastenhoidossa ja muissa asioissa perhettäni. En ollut koskaan aiemmin ajatellut, että voisin joskus toimia omaishoitajana. Kuitenkin, kun läheiseltä on saanut tukea omassa elämässä ja suhde heihin on läheinen, sai tutkimuksen tekeminen pohtimaan, että miksi ei. Oma koti on tärkeä ja toivon, että appivanhempani saavat asua omassa kodissaan, joka on myös puolisoni lapsuudenkoti, mahdollisimman pitkään.

Tutkielman aihe on ajankohtainen, koska korona on vaikuttanut omaishoitajien palveluihin. Koronaepidemian aikana on jouduttu yleisesti rajoittamaan liikkumista. Kokoontumisrajoitusten vuoksi vapaa-ajan viettopaikkoja on ollut suljettuna, joten esimerkiksi vertaistukiryhmiä ei ole pystytty järjestämään. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tuottaman asiantutjaraportin mukaan koronalla on ollut vaikutusta omaishoitajien hyvinvointiin. Kotihoidon käyntejä ei ole toteutettu kaikilla alueilla eikä tilapäishoitopaikkoja ole ollut tarjolla, joten lakisääteiset vapaat jäävät pitämättä. Koronalla on ollut vaikutusta muun muassa yksinäisyyden kokemukseen.¹⁵ Myös

¹⁵ Kehusmaa ym. 2020

toisesta tutkimuksesta ¹⁶ selviää, että koronaviruksesta johtuvat rajoitustoimet ovat vaikeuttaneet omaishoitajille tarjottujen tukipalveluiden saatavuutta.

¹⁶ Jokinen & Leppäaho 2021

LÄHTEET

- Allardt, E. 1976a. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo. WSOY.
- Allardt, E. 1976b. Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica*, 19 (3), 227–239.
- Allardt, E. 1989. An updated indicator system: having, loving, being. Working papers / Department of Sociology. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Allardt, E. 1996. Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. *Janus* 3 (3), 224–241.
- Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. 2009. Johdanto. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino. 7–15.
- Anttonen, A. 2009. Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino. 54–98.
- Anttonen, A. & Zechner, M. 2009. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino. 16–53.
- Autio, T. 2014. Puolisoaan hoitavien tunteet omaishoitajakertomusten valossa. *Lisensiaatintutkimus*. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto.
- Bardy, M. 2019. Lapsuus, aikuisuus ja yhteiskunta. Teoksessa Tarja Heino, Kirsi Kaikko, Anne Pirinen, Tarja Pösö & Sanna Aaltonen (toim.) *Lastensuojelun ytimissä*. Helsinki: Tevryden ja hyvinvoinnin laitos. 49–70.
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethind, C., Saks, K., Sutcliffe, C., Sotog, M., M.G, Sandra., Zwakhalen, H. & Wübker, A. 2015. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*. Volume 119, Issue 11. 1459–1471.
- Chappell, N., Dujela, C & Smith A. 2015. Caregiver Well-Being: Intersections of Relationship and Gender. *Research on Aging* 37 (6), 623–645.
- Eriksson, M. & Svedlund, M. 2006. 'The intruder': spouses' narratives about life with a chronically ill partner. *Journal of Clinical Nursing* 15(3): 324–33.
- Friedemann, M & Buckwalter, K. 2014. Family Caregiver Role and Burden Related to Gender and Family Relationships. *Journal of Family Nursing*. Vol. 20(3) 313–336.

- Gregory, A. T. & Denniss, A. R. 2018. An introduction to writing narrative and systematic reviews – Task, tips and traps for aspiring authors. *Heart, Lung and Circulation* 27. 893–898.
- Gustavsson, A., Svensson, M. & Jacobi, F. 2011. CDBE2010 Study Group et al., “Cost of disorders of the brain in Europe 2010,” *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 718–779.
- Heikkinen, E. 2000. Terve vanheneminen – Utopia vai realistinen mahdollisuus. Teoksessa Eino Heikkinen & Jouni Tuomi (toim.) *Suomalainen elämäntilanne*. Kustannusosakeyhtiö Vantaa: Tammi. 216–234.
- Heikkinen, E. 2013. Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heikkinen, E.; Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 393–406.
- Hirsjärvi, R., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hirvilampi, T. & Helne, T. 2014. Changing paradigms: a sketch for sustainable wellbeing and ecosocial policy. *Sustainability* (6), 2160–2175.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51.
- Jokinen, S. Leppäaho, S. 2021. Koronavirusepidemian rajoitustoimet heikensivät omaishoitotilanteiden tukea. Tutkimuksesta tiiviisti 34/2021. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Juntunen, K. & Salminen, A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Juntunen, K., Era, P., Salminen, A-L. 2013. Kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien elämänlaatu ja kokemukset omaishoidosta. *Gerontologia* 27(1): 2–12.
- Juntunen, Salminen, Törmäkangas, Tillman, Leinonen & Nikander. 2018. Perceived burden among spouse, adult child, and parent caregivers. *Journal Advanced Nursing*; 74 (10): 2340–2350.
- Kaakkuriniemi, S. 2014. Läheisestä omaishoitajaksi. Teoksessa Sinikka Kaakkuriniemi

- , Laura Kalliomaa-Puha, Helena Korte, Yrjö Mattila, Tuula Mikkola, Eija Palo-
saari. & Marketta Uusitalo (toim.) Omaishoitajan käsikirja. Tallinna: United
Press Global. 9–18.
- Kaivolainen, M. 2011. Myönteisten tunteiden voima. Teoksessa Merja Kaivolainen,
Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela
(toim.) Omaishoito: tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim. 107–112.
- Kalliomaa-Puha, L. 2017. Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama.
Gerontologia, 31(3), 227–242.
- Kauppinen, K. & Silfver-Kuhalampi, M. 2015. Työssäkäynnin ja läheishoivan
yhteensovittaminen- kyselytutkimuksen tuloksia. Teoksessa Kaisa Kauppinen &
Mia Silfver-Kuhalampi (toim.) Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva - työssä jak-
samisen ja jatkamisen tukeminen. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden
laitos. 21–76.
- Kehusmaa, S., Hammar, T., Borodulin, K., Luoma, M-L. & ja Väyrynen, R. 2020. Iäk-
käiden hyvinvointi ja palvelut. Teoksessa Laura Kestilä, Vuokko Härmä &
Pekka Rissanen (toim.) Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelu-
järjestelmään ja kansantalouteen Asiantuntia-arvio. Terveiden ja hyvinvoinnin-
laitos. Raportti 14.
- Kevätjärvi, M., Lindholm, M. & Reiman, A. 2020. Että joku näkee mut-omaishoitajan
hyvinvointi ja tarpeet. KAKS - Kunnallisan kehittämissäätöön julkaisu 36.
- Kirsi, T. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan
hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Akateeminen väitöskirja.
Tampere: Tampere university press.
- Kivipelto, M. & Saikkonen, P. 2018. Hyvinvointia niukkuudesta? Kokemuksia viime-
sijaisesta turvasta. *Janus* vol. 26 (1). 57–72.
- Knif, P. 2012. Keski-ikäiset ikääntyvien omaistensa auttajina? Tutkimus sukupolvien
välisestä informaalista hoivasta. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Edu-
cation, Psychology and Social Research 439. Jyväskylä: Jyväskylä University
Printing House.
- Kunnari, M. 2017. Aikuisväestön hyvinvointiin liittyvät huolet ja hyvinvoinnin hei-
kentäjät. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kuusikko-työryhmä. 2019. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja ter-
veyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2019. Viitattu 22.5.2021. Saata-
vissa: https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/20_08_07_Kuusikko_Vanhusten_palvelut_2019.pdf.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laitinen, A. 2008. Joseph Raz ja hyvinvoinnin ulottuvuudet. Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki: Palmenia. 34–70.
- Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Viitattu 5.1.2021.
Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>.
- Latomäki, M., Runsala E., Koivisto, A-M., Kylmä J. & Paavilainen E. 2020. Omaishoitajien kokema kuormittuneisuus ja kaltoinkohtelu. Tutkimusartikkeli. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. vol.57 no. 2. 100–123.
- Leinonen, K. 2016. Ikääntyneiden mies- ja naisomaishoitajien kuormittuneisuuteen yhteydessä olevat tekijät. Pro-gradu tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Leinonen, A. 2011. Informal family carers and lack of personal time: Descriptions of being outside the sphere of formal help, *Nordic Social Work Research*, 1:2, 91–108.
- Linnosmaa, I., Jokinen, S., Vilkkö, A., Noro, S. & Siljander, E. 2014. Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Malmi, M. & Nissi-Onnela, S. 2011. Omaishoitajan ja omaishoitoperheen tuen tarpeet. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim.
- Marin, M. 2003. Sosiaaliset verkostot. Teoksessa Marjatta Marin & Sinikka Hakonen (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: PS-kustannus. 72–93.
- Maslow, A.H. 1943. A Theory of human motivation. *Brooklyn College*. 370–396.
- Mattila, Y. 2015. Omaishoidon toteutus kunnan työntekijöiden näkökulmasta. *Gerontologia* 29 (3), 181–196.
- Metteri, A. 2014. Terveyssozialityö, eriarvoistava sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen. (toim.) Terveys ja sosiaalityö Jyväskylä: PS-Kustannus. 296–328.
- Niemelä, P. 2010. Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa Pauli Niemelä (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro Oy. 16–37.

- Omaishoitajat ja läheiset liitto ry. 2021. Mitä on omaishoito. Viitattu 10.5.2021. Saatavilla: Omaishoitajaliitto. <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>.
- Paré, G., Trudel, MC., Jaana, M. & Kitsiou, S. 2015. Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews. *Information & Management* 52 (2), 183–199.
- Perälä, M. L. Hammar, T. & Rissanen, P. 2008. Omaisen läheisensä hoitajana kotona. Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoidon työntekijöiden avun määrään. *Yhteiskuntapolitiikka* (73). 63–72.
- Purhonen, M., Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) *Omaishoito: tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Duodecim. 12–23.
- Purhonen, M., Mattila, T. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidontuki ja omaishoitotosopimus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) *Omaishoito: tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Duodecim. 26–29.
- Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelma. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) *Omaishoito: tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Duodecim. 31–32.
- Pursiainen, A. 2010. "KUN NE OTTAS MEIJJÄT TOSISSAAN..." Omaishoitaja terveydenhuollon ja terveyssozialityön asiakkaana - kokemuksia ja kohtaamisia. *Lisensiaatintutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rahikka, A., Annaniemi, V. & Suutari, S. 2020. Ikääntyvien naisten kokema yksinäisyys. *Gerontologia* 34(2). 103–116.
- Remes, A. 2018. Muistipotilaan laadukas hoito tulevaisuudessa - mahdoton haaste yhteiskunnalle? *134(24):2507–8*. *Aikakauslehti Duodecim*.
- Riffin, C., Van Ness, P, H., Wolff, J,L. & Fried, T. 2019. Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*. 67: 277–283.
- Ring, M. 2021. Psykologinen sopimus omaishoidon sopimuksellisuuden ilmentäjänä. *Väitöskirja*. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto.

- Ring, M. A., Laulainen, S., & Rissanen, S. (2021). Omaishoidon tuen järjestelmä sopimuksellisuuspuheena. *Janus. Sosiaalipolitiikan Ja sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*, 29(1), 21–36.
- Saarenheimo M. & Pietilä, M. 2006. Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Ulla Eloniemi-Sulkava, Marja Saarenheimo, Marja-Liisa Laakkonen, Minna Pietilä, Niina Savikko & Kaisu Pitkälä (toim.) Omaishoito yhteistyönä – Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy. 68–80.
- Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. "Hoitaahan ne joka tapauksessa". Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto Ry.
- Sen, A. 1973. Behaviour and the concept of preference. *Economica* 1973; 40 (159): 241–259.
- Seppänen, M. 2017. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa, Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanomaa. 260–270.
- Seppänen, M. & Koskinen, S. 2010. Ikääntymispolitiikka. Teoksessa Pauli Niemelä (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro Oy. 388–414.
- Shemeikka, R., Buchert, U., Pitkänen, S., Pehkonen-Elmi, T. & Kettunen, A. 2017. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviytymiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Valtioneuvoston kanslia.
- Shemeikka, R., Pitkänen, S., Saarinen, T. & Vuorento, M. 2019. Kuntoutuksesta tukea omaishoitajien arkeen. Implementaatiotutkimus omaishoitajien uudistuvien kuntoutuskurssien toteutuksesta, hyödyistä ja vaikutuksista. Työpapereita 152/2019. Helsinki: Kela.
- STM. 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM. 2018. Kuntainfo: Omaishoidon tuen hoitopalkkiot vuonna 2019 Viitattu 10.1.2021. Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-omaishoidon-tuen-hoitopalkkiot-vuonna-2019.
- STM. 2020. Kuntainfo: Omaishoidon tuen hoitopalkkiot vuonna 2021. Viitattu 10.1.2021. Saatavissa: <https://stm.fi/-/kuntainfo-omaishoidon-tuen-hoitopalkkiot-vuonna-2021>.

- Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Stolt, M., Suhonen, R, Koskenniemi, J., Hupli, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoidossa. *Hoitotiede* 26 (2): 125–135.
- Svendsboe, E., Terum, T., Testad I., Aarmland, A., Corbett, A. & Rongve, A. 2016. Caregiver burden in family carers of people with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 31: 1075–1083.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Omaishoidon hoito- ja palvelusuunnitelma. Viitattu 10.1.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/omais-hoito/omais-hoidon-hoito-ja-palvelusuunnitelma>.
- Tikkanen U. 2016. Omaishoidon arki: tutkimus hoivan sidoksista. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Toljamo, M., Perälä, ML. & Laukkala, H. 2012. Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scand J Caring Sci*; 26 (2) :211–218.
- Tramonti, F., Bongioannia, P., Leotta, R., Puppia, I. & Rossia, B. 2015. Age, gender, kinship and caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis. *Health & Medicine* 20 (1), 41–46.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Turtiainen, P. 2020. Nuorten hyvinvointi alueellisen erilaistumisen näkökulmasta. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 17.11.2021. Saatavissa: <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2019. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Viitattu 17.11.2021. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., & Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2005. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

- Välimäki, T., Martikainen, J., Hallikainen, I., Väättäin, S. & Koivisto, A. 2015. Depressed Spousal Caregivers Have Psychological Stress Unrelated to the Progression on Alzheimer Disease: A 3-Year Follow-Up Report, Kuopio ALSOVA Study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. Vol. 28(4). 272–280.
- Välimäki, T., Martikainen, J., Hongisto, K., Väättäin, S., Sintonen, H. & Koivisto, S. 2016. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study. *Quality of Life Research* Vol. 25, No. 3, Special Section: Patient-Reported Outcomes in Non-Standard Settings. pp. 687–697.
- Välimäki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. & Koivisto, A. 2012. Life orientation on Finnish family caregivers of persons with Alzheimer's disease: A diary study. *Nursing and Health Sciences*. 14. 480–487.
- Zechner, M. 2016. Omaishoitosopimus, velvoite vai merkityksetön paperi? Teoksessa Antti Halmetoja, Pertti Koistinen & Satu Ojala (toim.) *Sosiaalipolitiikan lumoa*. Tampere: Tampere University Press. 55–72.

LIITE 1 Tutkimuksen aineisto

Tekijä/ julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Metodi/otos	Keskeiset tulokset
Autio. 2014. Puolisoaan hoitavien tunteet omaishoitajakertomusten valossa. Lisensiaatintutkimus. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto.	Tutkimuksessa tarkastelun kohteena olivat puolison omaishoitajana toimivien kokemukset hoivan jatkamisesta ja lopettamisesta sekä niihin liittyvistä ilmiöistä.	Tutkimus on laadullinen. Aineisto on kerätty omaishoitajien kirjoittamista kirjeistä. Osallistujia 58. Analysoitu induktiivista ja abduktiivista sisällönanalyysia käyttäen.	Omien voimavarojen loppuminen ajoi omaishoitosuhteen lopettamiseen. Puolisoiden välinen suhde muuttui omaishoitosuhteen myötä. Tutkimuksessa tunnistettiin myös erilaisia tuen muotoja. Omalle vapaa-ajalle ei ollut enää aikaa. Hoidon sitovuus oli kuormittavaa.
Bremer, Cabrera, Leino-Kilpi, Lethind, Saks, Sutcliffe, Soto, M.G, Zwakhalen & Wübker. 2015. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. Health Policy. Volyme 119, Issue 11.	Tutkimuksessa tarkasteltiin epävirallisen omaishoidon ja terveyden sekä terveystalouden käytön välistä yhteyttä kahdessa eri Euroopan maassa.	Tutkimus on määrällinen, prospektiivinen kohorttitutkimus 8 Euroopan maassa. Osallistujia 1029. Analysoitu STATA tilasto-ohjelmalla.	Hoidon intensiteetillä oli vaikutusta omaishoitajan terveyteen. Hoito vaikutti psyykkiseen terveyteen ja kokonaisarvioon terveydestä.
Juntunen, Era & Salminen. 2013. Kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien elämänlaatu ja kokemukset omaishoidosta. Gerontologia 27(1).	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kuntoutuskursseille osallistuvien terveydentilaa, elämänlaatua ja omaishoitajuuteen liittyviä myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia.	Tutkimus on määrällinen kyselytutkimus. Osallistujia 118. Analysoitu SPSS tilasto-ohjelmalla	Lähes kaikilla omaishoitajilla itsellään oli vähintään 1 sairaus. Omaishoitajuus kuormitti ystävyssuhteiden ylläpitoa ja aiheutti kokemuksen ansassa olemisesta. Hoidettavan heikko fyysinen kunto ja hoidon intensiteetti aiheuttivat kielteisiä tunteita omaishoidosta.
Juntunen, Salminen, Törämäkangas, Tillman, Leinonen & Nikander. 2018. Perceived burden among spouse, adult child, and parent caregivers. Journal Advanced Nursing, 74 (10).	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa erot hoitajien välillä, jotka ovat joko hoitajan puoliso, aikuinen lapsi tai vanhempi, ja toiseksi tutkia tekijöitä, jotka selittävät hoitajan kuormittuneisuutta.	Tutkimus on määrällinen ja osa laajaa Kansaneläkelaitoksen omaishoitajatutkimushanketta. Aineisto on kerätty kyselytutkimuksella. Analyysiin valikoitui 1062 omaishoitajaa. Analyysi on tehty SPSS tilasto-ohjelmalla.	Hoidettavien alhainen kognitiivinen taso aiheutti kuormittuneisuutta. Omaishoitajien saama tuki vaikutti kuormittuneisuuden määrään alentavasti.
Latomäki, Runsala, Koivisto, Kylmä & Paavilainen. 2020. Omaishoitajien kokemus kuormittuneisuus ja	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella omaishoitajien kokemuksia	Tutkimus on määrällinen kyselytutkimus. Osallistujia 316. Analysoitu SPSS tilasto-ohjelmalla.	Muistipotilaan omaishoitajana toimiminen aiheutti kuormittuneisuutta. Sitä aiheutti hoitajan tervey-

kaltoinkohtelu. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. vol.57 no. 2.	kuormittuneisuudesta ja kaltoinkohtelusta, sekä kuormittuneisuuden yhteys kaltoinkohteluun.		dentila, hoidettavan dementia, hoidon intensiteetti ja odotukset läheisiltä. Myös sosiaalista ja emotionaalista kuormittuneisuutta esiintyi, mutta yllä olevia vähemmän.
Leinonen. 2011. Informal family carers and lack of personal time: Descriptions of being outside the sphere of formal help. Nordic Social Work Research, 1:2.	Tutkimuksessa tarkasteltiin epätavallisten perheiden ilmenemismuotoja ja epävirallisina omaishoitajina toimivien kokemuksia omaishoidosta.	Tutkimus on laadullinen. Osa suurempaa WoCaWo tutkimusta. Aineisto on kerätty 21 haastattelulla. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.	Sitoumus hoidettavaan aiheutti oman ajan puutetta. Sosiaalipalveluilta sai tukea. Tuloksista ilmeni myös se, että hoidettavat eivät halua vastaan ottaa tukipalveluita.
Stolt, Suhonen, Koskeniemi, Hupli, Katajisto & Leino-Kilpi. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoidossa. Hoitotiede 26 (2).	Tutkimuksessa tarkasteltiin, min-kälaiset tehtävät aiheuttavat kuormitusta omaishoitajuudessa, ja miten kuormittuneisuus muuttuu seuraavan 3 kuukauden aikana.	Tutkimus on määrällinen. Aineisto on kerätty haastattelulla 182:lta omaishoitajalta ja heidän läheisiltään. Aineisto on analysoitu SPSS tilasto-ohjelmalla.	Muistopotilaiden hoito kotona oli kuormittavaa. Kuormittuneisuus on monesta eri asiasta johtuva, sekä hoidettavan että hoitajan tilanne vaikuttavat siihen.
Tikkanen. 2016. Omaishoidon arki, tutkimus hoivan sidoksista. Väitöskirja. Helsinki. Helsingin yliopisto.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia sitä, miten omaishoidon arki rakentuu, ja miten arjen sidoksellisuus muuttuu omaishoitosuhteen aikana.	Tutkimus on laadullinen. Aineisto on kerätty haastattelulla. Näiden lisäksi käytetty viikkoseurantalomaketta ja havainnointikäyntejä. Osallistujia 11. Haastattelu aineisto on analysoitu etnografisesti. Muuten analyysi perustui eri aineistojen ristiinluukuun.	Arki kuvastui huokoisena, kuormittavana, painavana ja kiinnipitävänä. Sidoksellisuus aiheutti kokemuksen vankina olemisesta. Itselle tärkeistä asioista joutui luopumaan.
Toljamo, Perälä & Laukka. 2012. Impact of caregiving on Finnish family caregivers. Scand J Caring Sci; 26 (2).	Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella omaishoitajien kokemuksia omaishoitajuudesta.	Tutkimus on määrällinen. Osa suurempaa tutkimusta. Aineisto on kerätty kahdella poikkileikkauslomakkeella hoidettavan kotiutuessa sekä 6 kuukauden kulu-tua. Osallistujia oli 346 ja 252. KA 209 osallistujaa. Analysoitu SPSS tilasto-ohjelmalla.	Noin puolet omaishoitajista koki hoidon näyttävä-tyvän vaativana. Kolmas osa koki ansassa olemisen tunteen omaishoitosuhteessa. Hoidettavaan oli hyvä suhde ja omaishoitajuus koettiin arvokkaana.

<p>Välimäki, Martikainen, Hallikainen, Väättäinen & Koivisto. 2015. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. Vol. 28(4).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksen oli tutkia omaishoitajien kokemaa psyykkistä kuormittuneisuutta Alzheimerin taudin edetessä.</p>	<p>Tutkimus on määrällinen. Alzheimer potilaita seurattiin 36 kk ajan. Tutkimus on osa laajempaa ALSOVA tutkimusta. 256 osallistujaa vuoden 2002-2006 väliseltä ajalta. Analysoitu SPSS tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Puolisot, Alzheimeria sairastavien iäkkäiden henkilöiden hoitajat, joilla oli masennus, kokivat eniten kuormittuneisuutta.</p>
<p>Välimäki, Martikainen, Hongisto, Väättäinen, Sintonen & Koivisto. 2016. Depressed Spousal Caregivers Have Psychological Stress Unrelated to the Progression on Alzheimer Disease: A 3-Year Follow-Up Report, Kuopio ALSOVA Study. Quality of Life Research Vol. 25, No. 3.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin omaishoitajien terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä kolmen vuoden aikana.</p>	<p>Tutkimus on määrällinen. Alzheimer potilaita seurattiin 36 kk ajan Tutkimus on osa laajempaa ALSOVA tutkimusta. Osallistujia 236 vuoden 2002-2006 väliseltä ajalta. Analysoitu käyttämällä SPSS tilasto-ohjelmaa.</p>	<p>Omaishoitajilla oli merkittävästi huonompi yleinen elämänlaatu, kuin muilla samanikäisillä, jotka eivät toimineen omaishoitajana. Alzheimerin taudin asteella oli merkittävä vaikutus omaishoitajan kuormittuneisuudessa.</p>
<p>Välimäki, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Koivisto. 2012. Life orientation on Finnish family caregivers of persons with Alzheimer's disease: A diary study. Nursing and Health Sciences. 14</p>	<p>Tutkimuksessa käsiteltiin omaishoitajien elämysuuntaa ja muutoksia elämysuunnassa ensimmäisen vuoden aikana hoidettavan Alzheimerin taudin toteamisen jälkeen.</p>	<p>Tutkimus laadullinen, on osa monitieteistä ALSOVA tutkimusta 2002-2011 aikaväliltä. Osallistujia 83. Aineisto kerättiin päiväkirjaa kirjoittamalla. Analysoitu induktiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>Alzheimerin taudin puhkeaminen aiheutti elämänmuutoksen, omalle vapaa-ajalle ei ole mahdollisuuksia ja perheen yhteenkuuluvuus muuttuu.</p>