

**VANHUS KOTONA OMAISHOIDON TURVIN**  
**Omaishoidettavan kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista**

Kati Mäkelä  
Gerontologian pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Liikuntatieteiden tiedekunta  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2013

## **TIIVISTELMÄ**

### **VANHUS KOTONA OMAISHOIDON TURVIN**

#### **Omaishoidettavan kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista**

Kati Mäkelä

Gerontologian pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Julkaisuvuosi 2013

47 sivua, 4 liitettä

---

Tässä tutkimuksessa tutkitaan omaishoitoa omaishoidettavan näkökulmasta ja tarkemmin heidän kokemuksiaan kodista, hoivasta ja rooleista. Tutkimus on tärkeä siksi, että omaishoitajuutta on tutkittu paljon omaishoitajan, mutta ei juurikaan omaishoidettavan näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin temahaastattelun avulla haastattelemalla seitsemää Alavuden kaupungissa asuvaa omaishoidontuen saajaa. Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisesti.

Tutkimustulosten perusteella voidaan nähdä, että kotona oleminen yhdessä läheisen kanssa on vanhukselle tärkeää. Koti nähdään yhteiselon paikkana. Kodin fyysistä sijaintia ei pidetä merkityksellisenä, vaan koti syntyy autonomisuuden ja pärjäämisen tunteesta sekä läheisistä ihmisistä ja tutuista tavaroista. Tutkimukseen haastatellut vanhukset kokivat omaishoidossa saadun hoivan riittäväksi. Omaishoidettavat toivat haastatteluissa esille, etteivät he halua olla taakaksi omaisilleen. Tästä syystä jokainen haastateltavista koki omaishoidon onnistuvan kotona niin kauan kun omaa toimintakykyä on jäljellä. Tutkimustulosten perusteella omaishoitotilanteella ei ole vaikutusta perheen sisäisiin rooleihin. Omaishoidettavat kokivat, ettei hoitotilanne muuttanut totuttuja tapoja tai arjen toimintoja. Kuitenkin kaksi haastatteluun osallistunutta naista, joiden puoliso toimi omaishoitajana, toivat esille parisuhteen muuttuneen pelkäksi hoiva- ja kaverisuhteeksi. Omaishoidettavien antamat merkitykset kodista, hoivasta ja roolista voidaan tiivistää kolmeen pääluokkaan: koti yhteiselon paikkana, toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä sekä roolien pysyminen muuttumattomina.

Tutkimuksessa omaishoidettavat antoivat positiivisia merkityksiä omaishoidosta sekä yhteisestä elämästä läheisten kanssa. Tulokset asettavat haasteita yhteiskunnalle. Tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomioita omaishoitotilanteiden yksilöllisyyteen tukipalveluja järjestettäessä sekä rakentaa lisää palveluasuntoja, jotka mahdollistavat pariskunnan yhteiselon elämään loppuun saakka. Myös omaishoidettaviin kohdistuvaa tutkimusta tarvitaan lisää.

**AVAINSANAT: OMAISHOITO, VANHUS, KOKEMUS, HOIVA, ROOLI, KOTI**

## **ABSTRACT**

### **ELDERLY PEOPLE AT HOME IN CARE OF CLOSE RELATIVES**

#### **Care recipients' experiences of home, the care and the roles**

Kati Mäkelä

Master's thesis

Gerontology and public health

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences

Spring 2013

47 pages, 4 appendices

---

In this thesis, informal care was studied from the care recipients' point of view. Special attention was paid on their perceptions of home, the care and the roles in their relationships. The study is important, because so far informal care has been predominantly studied from caregivers' perspective. Data was collected by interviewing seven informal care recipients living in Alavus. The interviews were transcribed and analyzed by using inductive content analysis.

The findings showed that living at home with relatives was important to the elderly people. Home was perceived as a place of everyday living. The physical location of home was not considered significant, whereas the feeling of autonomy, the close relationships and the familiar things were regarded as important. The interviewees thought that informal care was adequate. However, they brought up that they did not want to be a burden to their close relatives. For this reason, every one of the interviewees felt that the care at home could be continued as long as their own ability to function was not substantially impaired. On the basis of the research, it can be stated that informal care does not have an effect on the roles inside the family. However, two women interviewees who were cared of by their spouses brought up that their marriage relationships had changed into mere friendships and care relationships. Furthermore, the care recipients experienced that the habits and the daily routines at home had not changed in any way. To conclude, the care recipients' experiences could be summarized as follows: home was perceived as a place of everyday living, the care at home could be adjusted to the functional abilities of the care recipient and finally the roles in the majority of these relationships had remained unchanged.

According to the research, the care recipients regarded both informal care and life with close relatives as very important. Therefore, arranging caring services is going to be a major challenge to society: more attention has to be paid on the individuality of informal care and more old people's homes have to be built to enable couples to live together until the end. Nevertheless, further and more comprehensive research on the experiences and life of care recipients is required.

**KEYWORDS: INFORMAL CARE, ELDERLY PEOPLE, EXPERIENCE, CARE, ROLE, HOME**

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 OMAISHOITO VANHUSTENHUOLLOSSA .....</b>	<b>7</b>
2.1 Omaishoidon määritelmä.....	7
2.2 Omaishoidossa olevien vanhusten erityispiirteet .....	8
2.3 Vanhusten omaishoitajat.....	10
2.4 Omaishoitotilanteiden erityispiirteet .....	10
2.5 Omaishoito kotona olemisen mahdollistaja sekä kodin merkitys vanhuudessa .....	12
2.6 Omaishoitotilanteessa syntyvä hoiva ja hoivasuhde .....	13
2.7 Omaishoidon vaikutukset hoidettavan rooliin sekä parisuhteeseen .....	15
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....</b>	<b>17</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT .....</b>	<b>18</b>
4.1 Aiheen valinta ja rajaaminen .....	18
4.2 Tutkimuksen toteuttaminen .....	19
4.3 Teemahaastattelu .....	21
4.4 Aineiston analyysi .....	23
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>25</b>
5.1 Koti yhteiselon paikkana .....	27
5.1.1 Koti on tunnetta .....	27
5.1.2 Läheiset ihmiset ja tutut tavarat kotiutumisen mahdollistajana.....	27
5.2 Toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä .....	29
5.2.1 Omaishoidettavien kokemus hoivan riittävydestä.....	29
5.2.2 Yhdessä eletään välttämättä olemasta taakaksi toiselle.....	29
5.3 Roolien pysyminen muuttumattomina .....	30
5.3.1 Normaalin elämän jatkuminen ja roolien säilyminen.....	30
5.3.2 Ikä tuo mukanaan rajoitteita ja luopumista .....	31
<b>6 POHDINTA.....</b>	<b>33</b>
6.1 Pohdinta tutkimustuloksista.....	33
6.2 Tutkimuksen eettisyys .....	37
6.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	38
6.4 Yhteenveto ja haasteet omaishoidon kehittämiseksi ja jatkotutkimukselle .....	40
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>42</b>

## LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupahakemus

Liite 2: Tutkimuslupa

Liite 3: Saatekirjelmä

Liite 4: Suostumuslomake

## 1 JOHDANTO

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön epävirallista hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla (Saarenheimo 2005, Kattainen ym. 2008). Omaishoidon lähtökohtana on halu huolehtia toisesta ja varmistaa hoidettavan tahdonmukainen hoito (Crist & Speaks 2011). Erona läheisten toisilleen antamaan vastavuoroiseen apuun, omaishoittoon liittyy annetun avun suuri sitovuus tai vaativuus. Omaishoidolla tarkoitetaan tässä työssä puolison tai lapsen antamaa hoivaa vanhuksen omassa kodissa.

Vanhusten omaishoittoon kohdistuu suuria odotuksia (Saarenheimo & Pietilä 2003), koska omaishoito on yksi tekijä mikä mahdollistaa vanhuksen elämisen omassa kodissaan. Ihmiset elävät myös entistä vanhemmiksi ja vanhetessa ihmisen hoivan ja tuen tarve kasvaa (Harrefors ym. 2009). Omaishoidon tuesta on pyritty johdonmukaisesti rakentamaan vakavasti otettava vaihtoehto huonokuntoisten vanhusten hoidossa (Saarenheimo & Pietilä 2003). Omaishoidon tuen piirissä oli vuonna 2010 noin 35 000 henkilöä (Salanko-Vuorela 2010).

Tässä tutkimuksessa kodilla tarkoitetaan vanhuksen omaa kotia, jossa hän asuu yhdessä läheistensä kanssa. Koti on usein vanhukselle tärkeä paikka ja kotona halutaan asua niin kauan kuin on mahdollista ottaen huomioon sairauksien vakavuuden ja toimintakyvyn tason (Harrefors ym. 2009). Kotona olemisen tärkeys on huomioitu myös sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisessa linjauksessa. Tavoitteena linjauksessa on, että 91–92 prosenttia yli 75-vuotiaista vanhuksista tulisi asua kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 30). Kun kotona asuminen on vanhustenhuollon keskeinen politiikkatavoite, on tärkeää nostaa esille vanhusten arjen palvelutarpeet ja mahdollisuudet palvelujen saamiseen sekä niiden riittävyys ja laatu (Andersson ym. 2004).

Viime vuosina omaishoidosta on tehty runsaasti tutkimuksia eri tieteenalojen näkökulmista. On tutkittu esimerkiksi mitä hyvinvoinnin kannalta olennaista omaishoitajille tapahtuu

hoitamisen seurauksena (Esimerkiksi Kuuppelomäki ym. 2003, Ekwall & Hallberg 2007, Balducci ym. 2008, Caress ym. 2009, McKee ym. 2009). Hoidettavan kuuleminen ja huomioiminen on kuitenkin tärkeää omaishoitoa tutkittaessa (Lyons ym. 2002), vaikka usein juuri hoivan saajan näkökulma on unohdettu tutkimuksista (Kalliomaa-Puha 2007, 2, Zechner 2008). Ylinen (2008) tuo tutkimustuloksissaan esille, että vanhusasiakkailta on vain rajalliset mahdollisuudet olla osallisena omaa elämäänsä ja tulevaisuuttaan koskevassa päätöksenteossa. Myös Mikkola (2005) kritisoi sitä, että hoivatutkimuksessa on usein esillä hoivan antajan näkökulma eikä tutkimus ole tehty samassa suhteessa hoivan saajan asemasta tai kokemuksista. Erilaisista tutkimuksista huolimatta tiedetään vain vähän siitä, miten omaishoidettavat selviytyvät kodeissaan ja kuinka hoiva todellisuudessa on järjestetty (Askham 2007).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan omaishoitoa hoidettavan vanhuksen näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada omaishoidettavien ääni kuuluviin ja kunnioittaa heidän oikeuksiaan tulla kuulluksi sosiaalihuollon asiakkaana sekä tuoda esille omaishoidettavien kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista. Aineisto on kerätty yksilöhaastatteluina ennalta suunniteltujen teemojen pohjalta. Haastatteluun osallistui seitsemän alavutelaista omaishoidontuen saajaa. Tutkimuksesta rajattiin pois omaishoidettavat, joiden hoidon tarpeen syy oli muistisairaus. Tämä siksi, että tutkimuksen lähtökohtana oli, että haastatteluun osallistuvat omaishoidettavat henkilöt ymmärsivät mihin ryhtyivät ja tekivät sen vapaaehtoisesti. Tutkimustulosten luotettavuuden takia oli tärkeää, että haastateltavat ymmärsivät kysymykset ja tiedostivat esimerkiksi asuvansa kodissaan ja olevansa omaishoidontuen saajia.

Tutkimuksessa käytetään vanhus sanaa tarkoittamaan ihmisiä, jotka ovat yli 75-vuotiaita. Päädyin käyttämään vanhus sanaa, koska pidän sitä kunnioittavan terminä puhuttaessa ikääntyneistä ihmisistä. Myös kotimaisten kielten tutkimuslaitoksessa on pohdittu olisiko vanhusten kotona selviytymistä käsittelevän tutkimuksen yhteydessä parempi puhua vanhenevasta ihmisestä kuin vanhuksesta. Pohdinnoissa on tultu siihen tulokseen, että vanhus on täsmällisempi sana tällaisessa yhteydessä (Kolehmainen 2008).

## 2 OMAISHOITO VANHUSTENHUOLLOSSA

### 2.1 Omaishoidon määritelmä

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön epävirallista hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla (Saarenheimo 2005, Kattainen ym. 2008). Omaishoidontuki samoin kuin muut sosiaali- ja terveyspalvelut pohjautuvat kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin sekä Suomen perustuslain säännöksiin perus- ja ihmisoikeuksista. Vanhusten oikeudet tulevat määritellyiksi julkisen vallan velvollisuuksina huolehtia tarvittavien palvelujen saatavuudesta (Lehto 2002, 57, Jääskeläinen 2005, 145–146). Suomessa vanhuksilla ei ole subjektiivista oikeutta omaishoidontukeen vaan kunta huolehtii omaishoitotuen järjestämisestä määrärahojensa puitteissa (Lehto 2002, 57). Subjektiivisten oikeuksien puuttumisesta huolimatta vanhuksella on oikeus hoidontarpeen arviointiin sekä oikeus tulla kuulluksi ja hoidetuksi kokonaisvaltaisesti (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 6).

Omaishoidon tuki muodostuu hoidettavan tarvitsemista palveluista, omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta sekä omaishoitoa tukevista palveluista. Nämä asiat tulee olla määriteltynä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Hoito- ja palvelusuunnitelma on työkalu, joka edistää yhteisen tiedon syntymistä ja ottaa vanhuksen mukaan hoidon ja hoivan arviointiin (Andersson ym. 2004). Hoitajan ja hoidettavan osallistuminen suunnitelman laatimiseen ja heidän näkemystensä huomioon ottaminen ovat onnistuneen omaishoidon perusta. Suunnitelman avulla varmistetaan omaishoidon toteuttaminen siten, että omaishoito yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa turvaa hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävät palvelut (Omaishoidon tuki 2006, 34, Salanko-Vuorela ym. 2006, 50–51, Voutilainen ym. 2007, 14–15). Hyvä omaishoito tunnistaa vanhuksen henkiset, psyykkiset ja fyysiset tarpeet (Harrefors ym. 2009).

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) on tullut voimaan vuonna 2006. Omaishoidontukilaissa määritellään omaishoidon tuen myöntämisen edellytykset. Ensimmäinen ehto myöntämiselle on, että hoivan tarvitsijan toimintakyky on alentunut tai hän sairauden tai vamman vuoksi tarvitsee hoivaa tai huolenpitoa. Toinen edellytys on, että hoivan tarvitsijan omainen tai muu läheinen on valmis vastaamaan hoivasta. Tähän vaatimukseen sisältyy myös arviointi

hoivaajan terveydestä ja toimintakyvystä. Hoitajan terveydentilan on oltava sellainen, että hän pystyy huolehtimaan omaisestaan. Myös hoidettavan tulee hyväksyä läheisensä tai omaisensa hoitajakseen. Kolmas edellytys on, että omaishoito yhdessä muiden palvelujen kanssa muodostaa hoivan tarvitsijan edun mukaisen kokonaisuuden. Neljäs ehto on, että hoivan tarvitsijan kodin olosuhteet soveltuvat kotona hoitamiseen (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, Voutilainen ym. 2007, 25).

## 2.2 Omaishoidossa olevien vanhusten erityispiirteet

Voutilainen ym. (2007) tutkivat omaishoidon tukea sosiaalipalveluna. Selvityksessä he toivat esille omaishoidon tuen erityispiirteet ja vaihtelut vuodesta 1994 vuoteen 2006. Selvityksen mukaan vuonna 2006 omaishoidettavista naisia oli vajaa puolet (46 %) ja miesten vähän yli puolet (54 %). Miesten osuus hoidettavista lisääntyi seuranta-aikana, sillä vuosina 1994 ja 1998 naisten osuus hoidettavista oli miesten osuutta suurempi, mutta vuonna 2002 miesten osuus oli 51 prosenttia. Omaishoidettavista oli vuonna 2006 kolmannes 75–84 -vuotiaita ja kuudennes yli 85-vuotiaita. Hoidettavien ikärakenne oli varsin samankaltainen kuin aikaisempina tutkimusajankohtina (Voutilainen ym. 2007, 28). Vilkon ym. (2010) mukaan vuonna 2009 80 – 84-vuotiaista vanhuksista reilu neljännes sai apua toimintakykynsä alentumisen takia, kun yli 90-vuotiaista apua päivittäisiin toimintoihinsa tarvitsi jo kolme neljästä vanhuksesta. Tutkimukset osoittavat, että avun tarve kasvaa iän myötä (Voutilainen ym. 2007, 29, Sigurdardottir ym. 2011).

Omaishoidossa olevat vanhuksat ovat usein monisairaita (Hellström & Hallberg 2001, Lopez-Hartmann ym. 2012). Omaishoidontuen saajista viidesosalla on hoidon ja huolenpidon tarpeen syynä dementia (Voutilainen ym. 2007, 28). Muut terveysongelmat liittyvät pääasiassa sydämen, verenkierron, aistien tai tuki- ja liikuntaelimestön toimintahäiriöihin tai -vajeisiin. Terveysongelmat johtavat kipuihin, liikkumisrajoituksiin, muistin heikentymiseen, huimaukseen, heikentyneeseen kuulo- ja näköaistiin sekä väsymykseen. Täten hoivatarve on monimutkaisempi tilanne kuin yhden sairauden kanssa eläminen (Hellström & Hallberg 2001).

Hoidettavien vanhusten erityispiirteenä on se, että heillä on sairauksien lisäksi iän tuomaa heikkoutta sekä vajauksia fyysisessä toimintakyvyssä. Lisäksi tilanteen erityisyyttä lisää se,



että hoidettavan tilan ei oleteta muuttuvan paremmaksi (Zehner 2008, Sigurdardottir ym. 2011). Omaishoidossa olevista hoidettavista vähintään puolet olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa (Voutilainen ym. 2007, 31).

Omaishoidon piirissä olevat vanhukset ovat sosiaalihuollon asiakkaita, joten heidän asema ja oikeudet on määritelty sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksia ja asemaa koskevassa laissa (812/2000). Kyseinen asiakaslaki sisältää asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan liittyvät periaatteet. Sosiaalihuollon asiakaslaki painottaa asiakaslähtöisyyttä, asiakassuhteen luottamuksellisuutta ja asiakkaan oikeutta laadukkaaseen hoivaan ja riittäviin palveluihin sekä hyvään kohteluun. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihuoltoa, esimerkiksi omaishoitoa toteutettaessa, tulee ottaa huomioon asiakkaan omat toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä kulttuurista ja äidinkieli. Asiakkaan mahdollisuuteen osallistua ja vaikuttaa hänelle annettaviin palveluihin sekä asiakkaan itsemääräämisen toteutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota (Finlex 2000). Vanhus tulee nähdä yksilönä, yhteisönsä jäsenenä ja laajemmin tietyn väestön osan ja koko yhteiskunnan jäsenenä, johon vaikuttavat lähi- ja laaja ympäristö ja niihin liittyvät tekijät (Mead & Bower 2000, Little ym. 2001).

Jokaisella omaishoidossa olevalla vanhuksella on oikeus tulla kohdelluksi ainutlaatuisena ja tärkeänä yksilönä riippumatta sairaudesta, psyykkisestä tilasta tai elämäntilanteesta. Vanhukselle on tärkeää kuulua johonkin, kokea itsensä tärkeäksi, rakastettavaksi ja erityiseksi. Myös mahdollisuus aitoon vuorovaikutukseen ja osallisuuteen on tärkeää (Harrefors ym. 2009). Omaishoidettavana olevalla vanhuksella osallisuus on enemmän kuin pelkkä osallistuminen. Osallisuus pohjautuu osallistumiseen, toimintaan, mahdollisuuteen vaikuttaa asioihin, tunteeseen yhteenkuuluvuudesta sekä tuen ja arvostuksen kokemuksesta. Osallisuus edellyttää mielipiteiden ilmaisua ja yhteistä päätöksentekoa. Osallisuuden kokonaisuus muodostuu neljästä osallisuuden ulottuvuudesta, joita ovat tieto-, suunnittelu-, päätös- ja toiminta-osallisuus. Tieto-osallisuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että apua tarvitsevalle vanhukselle annetaan tietoa mahdollisista palveluista ja tuista sekä vastataan vanhuksen kysymyksiin. Suunnittelu-osallisuus voi olla muun muassa palvelukokonaisuuden suunnittelua. Päätös-osallisuudessa puolestaan mietitään yhteiset tavoitteet hoivalle ja toiminta-osallisuudessa tuetaan vanhuksen omaa toimintaa ja aktiivisuutta, esimerkiksi itsehoito kotiloissa (Haake & Nikula 2011, 17).

### 2.3 Vanhusten omaishoitajat

Omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen kunnan kanssa (Saarenheimo 2005, Kattainen ym. 2008). Omaishoitaja on ihminen, joka tuntee hoidettavan elämäntarinan, tavat ja tottumukset (Harrefors ym. 2009). Omaishoidon tärkein motiivi onkin läheinen suhde, joka ei ole syntynyt hoidon tarpeen perusteella, vaan on olemassa siitä riippumatta (Mikkola 2005). Omaishoidon motiivit voivat olla myös itsekkäitä, kuten taloudellinen etu, ulkoinen paine, syyllisyydentunne tai muu palkinto (Hartikainen & Kivelä 2001).

Omaishoitajista noin puolet on puolisoita (Shelley 2003, Muurinen ja Valvanne 2005, Vuotilainen ym. 2007, 32, Dahlin-Ivanoff ym. 2007). Toiseksi eniten hoivaa antavat tyttäret. Poikien osuus omaishoitajista on viime vuosina noussut (Anttonen & Zechner 2009), mutta silti poikien ja miesten osuus omaishoitajista on selvästi pienempi kuin naisten, sillä kolme neljäsosaa omaishoitajista on naisia (Muurinen & Valvanne 2005, Vuotilainen ym. 2007, 32). Miehet hoivaavat omaishoitotilanteessa usein omaa puolisoaan. Naimattomat ja eronneet miehet hoivaavat jonkin verran myös omia samassa taloudessa asuvia vanhempiaan (Anttonen & Zechner 2009). Miesten osuus omaishoitajien keskuudessa näyttää olevan nousussa, mikä johtuu osaltaan miesten keskimääräisen elinajan noususta (Neno 2004).

### 2.4 Omaishoitotilanteiden erityispiirteet

Omaishoitotilanteet ovat aina yksilöllisiä ja niiden kesto voi vaihdella suuresti. Omaishoitajuus voi olla lyhytaikainen tai useita kymmeniä vuosia kestävä elämänvaihe. Hoidettavan tarpeet voivat olla moninaisia ja vaihdella ympäristöstä ja olosuhteista toiseen. Avun tarve ja saanti ovat luonnollisesti yhteydessä ikään ja toimintakykyyn (Hellström & Hallberg 2001, Saarenheimo & Pietilä 2003, Tedre 2003, Van Houtven & Norton 2004).

Romorenin (2003) mukaan omaishoito on dynaaminen prosessi, jossa voidaan nähdä olevan kolme kestoltaan eripituista vaihetta. Ensimmäinen vaihe on ajallisesti pitkään kestävä konkreettisen tuen antamisen vaihe. Toinen vaihe on kärjistymisenvaihe, jolloin hoidettava tarvitsee omaiselta paljon apua ja hoivaa. Tätä vaihetta seuraa kolmas vaihe, joka johtaa joko laitoshoittoon tai kuolemaan. Toisessa vaiheessa omaishoidon rinnalle on tärkeää järjestää

muita palveluja, ettei laitoshoidon jouduta turvautumaan liian varhaisessa vaiheessa. Tämä on tärkeää myös siksi, että jopa neljännes omaishoitajista toivoi pystyvänsä hoitamaan läheisensä kotona kuolemaan saakka (Firbank & Johnson-Lafleur 2007).

Omaishoidon rinnalle tarvitaan myös formaalisia eli virallisen palvelujärjestelmän tuottamia palveluita silloin, kun avun tarve on suurta tai hoitajan omat voimavarat tai taidot eivät riitä vastaamaan hoidettavan hoidon tarpeeseen. Vilkkonen ym. (2010) tuovat tutkimustuloksessaan esille vanhuksien toiveen asua kotona loppuun asti formaalisen avun turvin. Heidän tutkimuksessa vanhukset eivät halunneet muuttaa pois kotoaan lisääntyneestä avuntarpeesta huolimatta. Kuitenkin he toivoivat kunnan järjestämää virallista hoitoa omaishoidon rinnalle. Paljon apua tarvitsevista vanhuksista onnellisimpia ilmoittavatkin olevansa ne, jotka saivat sekä epävirallista että virallista hoivaa eivätkä olleet pelkästään jommankumman avun varassa (Blomgren ym. 2006).

Tanskanen ja Danielsbacka (2009) tutkivat vanhusten asenteita siitä kenen vastuu on hoitaa vanhuksia. Heidän tutkimuksensa osoitti, että vain harva pitää auttamista ainoastaan perheen tehtävänä. Ikääntyvät henkilöt arvostavat sitä, että heidän lapsensa välittävät heistä ja ovat yhteydessä, mutta hoivan ja palvelut vanhukset ottavat mieluummin vastaan julkisena ammattityönä kuin velvoittavat siihen lapsensa. Vanhukset pelkäävät riippuvuutta omista läheisistään eivätkä he halua olla taakaksi omille läheisilleen (Harrefors ym. 2009).

Kingston ja Penhalen toivat vuonna 1994 esille, että omaishoidossa olevat vanhukset kokevat enemmän turvattomuutta kuin laitoshoidossa olevat vanhukset. Syynä tähän on se, että omaishoitoa ei valvota vaan luotetaan omaishoitajan hyvántahtoisuuteen ja kykyyn hoitaa omaisiaan. Tiedetään kuitenkin se, että omaishoidossa hoidettavat vanhukset ovat usein huonokuntoisia eivätkä pysty valvomaan oikeuksiaan. Tämän vuoksi fyysinen, psyykkinen tai taloudellinen kaltoin kohtelu ei ole harvinaista omaishoidossa. Kaltoin kohtelun esiintulo on kuitenkin harvinaista, koska tunteisiin perustuvassa emotionaalisessa suhteessa kaltoin kohtelusta ilmoittaminen voi olla hyvin vaikeaa (Kingston & Penhalen 1994).

## 2.5 Omaishoito kotona olemisen mahdollistaja sekä kodin merkitys vanhuudessa

Omaishoitoa pidetään erityisenä siksi, että se mahdollistaa vanhuksen asumisen omassa kodissaan. Harreforsin ym. (2009) tutkimuksen mukaan vanhukset haluavat olla kotona mahdollisimman pitkään. Koti ei ole vain fyysinen paikka, vaan sitä on rakennettu ajan mittaan muiden kanssa ja siten siihen on syntynyt oma tunnelmansa. Kodilla on merkittävä rooli pysyvyyden ja jatkuvuuden tunteen ylläpitäjänä (Marin 2003). Vilkko (2006) on käsitellyt kotia vanhusten näkökulmasta. Hänen mukaansa koti merkitsee vanhuudessa turvaa ja suojaa. Koti on intiimi tila, jossa vanhuksella on mahdollisuus määritellä omaa olemista ja ympäristöä. Koti voidaan tehdä useaan paikkaan ja se voi muuttua monta kertaa elämän aikana. Kodin elementit muuttuvat, mutta kodin merkitys säilyy. Vanhetessa ihmissuhteet määrittelevät kodin, ei fyysinen ympäristö.

Kodin merkitystä vanhukselle on Suomessa tutkittu melko vähän (Vilkko 2006). Kotona asumiseen liitetään kuitenkin voimakkaita kulttuurisesti tuotettuja ihanteita (Tedre 2003). Kotona asuminen on yhteiskunnallinen ihanne ja sen toteuttaminen nähdään selviytymisenä (Andersson 2007, 7). Usein vanhukset eivät voi kuvitella joutuvansa luopumaan kodistaan, koska se on olennainen ja intiimi osa elämää. Kotona oleminen lisää vanhuksen terveyttä, aktiivisuutta, elämänlaatua ja yleistä hyvinvointia. Koti ylläpitää myös itsetuntoa sekä turvallisuuden ja vapauden tunnetta (O'Bryant 1982, Roush & Cox 2000, Andersson 2007, 7-8, Dahlin-Ivanoff ym. 2007, Oswald ym. 2007, Gillsjö ym. 2011). Kotiin liitettäviä ominaisuuksia ovat turvallisuus, perhe, rakkaus, tyytyväisyys, onni ja rauha (Roush & Cox 2000).

Dahlin-Ivanoff ym. (2007) tutkivat Ruotsissa 80–89-vuotiaita vanhuksia ja heidän kodille antamia merkityksiä. Tulokset osoittavat, että kodilla on keskeinen asema vanhuksen elämässä ja että he viettävät kodissaan paljon aikaa. Tässä tutkimuksessa tutkijat olivat luokitelleet kodin merkitykset kahteen keskeiseen pääluokkaan, jotka olivat turvallisuus ja vapaus. Turvallisuutta lisää asuminen tutussa naapurustossa, asunnon ja sen ympäristön toimivuus sekä kodin muistot. Kodin vapautteen kuuluvat vanhuksen itsemääräämisoikeus, koti sosiaalisena kohtauspaikkana ja koti päivittäisten toimintojen areenana (Dahlin-Ivanoff ym. 2007).

Koti voidaan kokea myös ongelmana, jos sinne jäädään yksin ilman tarpeellista apua. Koti ei siten aina ole paras paikka vanhukselle (Tedre 2003, Kalliomaa-Puha 2007, 241). Esimerkiksi paljon apua tarvitseva, dementiaoireinen vanhus voi tuntea olonsa eristetyksi, turvattomaksi ja syrjäytetyksi. Kodista voi siten muodostua ahdistava paikka, mikä saattaa piilottaa avuntarpeita (Leinonen 2009). Kodilla voi olla myös negatiivisia vaikutuksia vanhuksen terveyteen. Huonojen asumisolojen on havaittu olevan yhteydessä sairauksiin, kuten esimerkiksi keuhkohtaumatautiin ja masennukseen. Usein vanhuksien omissa kodeissa on liikkumista haittaavia esteitä, kuten kynnyksiä, jotka voivat heikentää vanhuksen toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä (Donald 2009).

## 2.6 Omaishoitotilanteessa syntyvä hoiva ja hoivasuhde

Hoiva on käsite, jonka avulla voidaan tehdä näkyväksi huolenpitoon kuuluvien rutiinien ja luonnollisten suhteiden aikaansaamaa toimintaa. Omaishoidossa hoiva voidaan määrittellä kokonaisvaltaiseksi vanhuksesta huolehtimiseksi (Sipilä 2003, Tedre 2003). Hoiva sisältää jokapäiväistä psykologista, sosiaalista, emotionaalista ja fyysistä hoivaa sekä huolenpitoa. Hoivasta puhuttaessa korostetaan huolenpidon jatkuvuutta ja ruumiillisuutta. Hoivan käsite on kytkettävissä hyvinvointivaltion kehitykseen, jossa hoiva on eriytynyt perheen ja suvun parissa tehdystä työstä osaksi yhteiskunnallista työnjakoa ja erikoistunutta osaamista (Sipilä 2003).

Hoidon ja hoivan käsitteitä käytetään usein tarkoittamaan samaa asiaa. Käytännössä hoito korvataan sanalla hoiva silloin, kun palvelun antamisen paikka on vanhuksen koti (Aaltonen 2005). Laajemmin hoivan käsite sisältää kaiken sen työn ja toiminnan, jonka ensisijainen tehtävä ei ole sairaanhoidollinen tai terveydenhoidollinen. Vanhusten hoivalla onkin kiinteä yhteys heidän jokapäiväiseen arkeensa ja sen sujuvuudesta huolehtimiseen (Anttonen & Sointu 2006, 82). Kivelän (2006, 17) mukaan vanhusten yksilöllinen arvostaminen, koskettaminen, seurustelu ja huumori ovat osa hoivaa. Julkusen (2006, 245) mukaan hoivaan liitettäviä ominaisuuksia ovat välittäminen, tarpeiden määrittely yhdessä omaishoitajan kanssa, kokonaisvaltaisuus ja kunnioittava kohtelu. Huomioitavaa on, että sairauksista ja toimintakyvyn vajauksesta huolimatta vanhus ei ole omaishoitotilanteissa pelkkä hoidon vastaanottaja, vaan hän on vastavuoroisessa suhteessa hoitajaansa, osallinen arjessa ja vastuullinen toimija elämässään (Fine & Glendinning 2005). Tämä on huomioitava, jotta

vanhus ei jää hoitonsa passiiviseksi vastaanottajaksi, vaan että hän määritteli itse hoidon tarvettaan (Little ym. 2001).

Hoivalla on vahva asema suomalaisessa yhteiskunnassa. Se perustuu erityiseen, henkilökohtaiseen ihmistenväliseen suhteeseen sekä tunteisiin ja kiintymykseen liittyvään vastuuntuntoon (Sipilä 2003). Läheisten antamalla omaishoidolla voidaan suojata vieraan tai virallisen avun varaan joutumiselta. Vanhojen pariskuntien arjessa selviytyminen merkitsee heidän haluaan toimia autonomisesti, yhdessä tekemistä eli tuen saamista toisiltaan ja kodin jatkuvuuden ylläpitämistä. Se merkitsee heille sellaista itsenäisyyttä ja riippumattomuutta, joka mahdollistaa pysyttelemisen poissa palvelujen piiristä (Dahlin-Ivanoff ym. 2007).

Vanhusten hoivan tarpeen taustalla on avuttomuus tai toimintakyvyn vaje sekä niistä johtuva tuen ja avun tarve (Tedre 2003). Hoivan tavoite on vanhuksen toimintakyvyn tukeminen ja hoivan tarpeeseen vastaaminen. Vanhuksen kannalta avun ja hoivan saamisessa on tärkeää omien tottumusten ja tapojen huomiointi (Leinonen 2009). Tämä siksi, että vanhukset eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan he eroavat toisistaan toimintakykynsä, terveydentilansa, taloudellisten, henkisten ja sosiaalisten voimavarojensa sekä elämäkokemuksensa suhteen. Näillä seikoilla on vaikutusta siihen, miten vanhus kokee oman hoivan tarpeensa, miten hän toimii sen suhteen ja millaista hoivaa hän haluaa (Zehner 2008).

Zehner (2008) on kuvannut hoivaa siten, että vanhus ja hänen toimintansa ovat tarkastelun keskiössä. Hoiva on jaettu neljään vaiheeseen, joista ensimmäinen on aikaisemmat elämäkokemukset, toinen hoivatarpeen arviointi, kolmas hoivatarpeesta neuvottelemineen ja neljäs hoivan varsinainen vastaanottaminen. Nämä neljä hoivan vaihetta kuvaavat sitä, miten oma avuttomuus huomataan, kuinka elämäkokemus auttaa uuteen tilanteeseen sopeutumisessa ja miten hoivan tarpeeseen reagoidaan. Vaiheiden avulla on huomioitavissa, että vanhus voi valmistua ennakolta tuleviin hoivan tarpeisiin sekä vanhuksilla on monenlaisia kykyjä ja taitoja, joita he voivat käyttää hoivan tarpeeseen mukautumiseen ja jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen hoivan tarpeesta huolimatta (Zehner 2008).

Hoivan sisällön tulee vastata vanhuksen yksilöllisiä tarpeita ja voimavaroja (Leinonen 2009). Harreforsin ym. (2009) tutkimuksen mukaan omaishoito ei aina riitä takaamaan hyvää hoitoa kotona. Tutkimuksen mukaan kotona hoidettavat vanhukset toivovat saavansa asiantuntijoilta apua niihin ongelmiin, joista he eivät selviydy kouluttamattomuutensa takia. Kalliomaa-

Puhan (2007, 241-242) mukaan omaishoitaja ei aina hyvästä yrityksestään huolimatta jaksa, osaa tai halua hoitaa hyvin. Vanhusten perheissä tapahtuu väkivaltaa. Huomioitavaa on, että vanhuksien voi olla vaikea puhua siitä, että he jäävät ilman hoitoa tai kokevat väkivaltaa. Puutteista puhumalla vanhus joutuu tuottamaan negatiivista kuvaa itsestään. Samoin hoivan rajattomuus ja epämääräisyys vaikeuttavat hoitovajeen arviointia (Zechner 2008).

Vanhuksen hoivan kannalta on ongelmallista, ettei yleispätevää mittaria riittävälle hoivalle voida luoda. Hoidettavan fyysinen toimintakyky ja sen edellyttämä avuntarve on mitattavissa, mutta vanhuksen subjektiivinen kokemus omista tarpeistaan ja koetusta terveydestä on vaikea tuoda mittaamalla esille. Toimintakyky sekä vanhuksen omat mieltymykset määrittävät jokaisen kohdalla yksilöllisesti sen, mikä on riittävää hoivaa niin määrällisesti kuin laadullisesti. Tärkeää on, että vanhus saa tarvitsemansa avun oikeaan aikaan ja oikeassa muodossa (Zehner 2008).

Vanhuksen hoivan ja avun tarve johtaa väistämättä jonkinasteiseen riippuvuussuhteeseen. Riippuvuus koetaan usein häpeällisenä ja negatiivisena asiana. Riippuvuutta on monenlaista, kuten esimerkiksi taloudellista, oikeudellista, psykologista tai fyysistä riippuvuutta. Riippuvuus voidaan tulkita myös myönteiseksi, esimerkiksi puolisoiden väliseksi riippuvuussuhteeksi, joka tuo jatkuvuutta ja turvallisuutta vanhuuteen. Vanhusten omaishoitotilanteissa riippuvuutta on todettu sekä omaishoitajalla että hoidon vastaanottajalla (Fine & Glendinning 2005). Avuttomuudesta lähtöisin oleva hoiva voi olla vanhukselle alistavaa, koska hoivasuhde on väistämättä epätasainen valtasuhde (Twigg 2000, 210).

## 2.7 Omaishoidon vaikutukset hoidettavan rooliin sekä parisuhteeseen

Omaishoidossa voidaan erotella erilaisia rooleja, kuten terveen ja sairaan roolit sekä hoitajan ja hoidettavan roolit. Voidaan puhua myös kumppanista tai auttajan roolista, jolloin korostuu perheenjäsenten yhdenvertaisuus. Omaishoitotilanteissa pidetään usein itsestään selvänä, että terveempi ja parempikuntoinen osapuoli ottaa hoitajan roolin (Kim & Keshian 1994). Omaishoitotilanteissa on merkityksellistä vastavuoroisuus ja ihmisten välinen tunneside. Auttaja ja autettava ovat siis sekä antavassa että saavassa roolissa (Firbank & Johnson-Lafleur 2007). Näin paljon apua tarvitsevan ja häntä hoitavan omaisen välille syntyy riippuvuussuhde,

joka määrittelee molempien elämää. Uudessa elämäntilanteessa sekä omaishoitaja että hoidettava tarvitsevat tukea, ohjausta ja neuvontaa (Saarenheimo & Pietilä 2003).

Hoidettavan rooli on usein haasteellinen. Avun tarve muuttaa vanhuksen totuttuja tapoja ja käytäntöjä sekä tuo elämään sattumanvaraisuutta ja haurautta (Mikkola 2005). Hoidettavana oleva vanhus joutuu psyykkisesti sopeutumaan oman terveyden ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä siitä seuraavaan avuttomuuden ja kyvyttömyyden kokemukseen. Tämän takia avun vastaanottaminen läheisiltä voidaan kokea epämieluisana (Rajaniemi 2006) ja koska hoiva mielletään monesti naisten tekemäksi työksi, voi naisten olla vaikeaa vastaanottaa miesten antamaa hoivaa. Esimerkiksi Romorenin (2003) tutkimustulosten perusteella äidit eivät halua poikiensa hoitavan heidän intiimejä tarpeitaan.

Omaishoitosuhte vaikuttaa myös parisuhteeseen. Puolisoiden väliset roolit voivat muuttua. Zechnerin (2008) mukaan puolisoitten parisuhde ei omaishoitajuuden myötä kutistu pelkäksi hoivasuhteeksi vaan puolisoit pyrkivät pitämään kiinni parisuhteen aikaisemmasta merkityksestä. Yhteinen elämänhistoria on mukana hoivan antamisessa ja saamisessa. Puolison sairaus on yhteinen kokemus, jolloin hoivan antamisesta ja saamisesta tulee osa yhteistä elämää. Toisaalta puolison omaishoitajuus voi aiheuttaa puolisoitten välille jännitteitä. Hoitajan ja hoidettavan rooleihin kiinnijääminen voi kaventaa parisuhteen pelkäksi hoitosuhteeksi. Oma vanhempaansa hoitava voi taas kokea roolin vaihtuneen, vanhemmasta tulee lapsi ja hoitajasta tulee äiti tai isä omalle vanhemmalleen. Vanhempaansa hoitavan onkin usein vaikeaa kohdata tilanne, jossa oma vanhempi ei enää ole tuen ja turvan antaja (Lund 2005).



### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia omaishoidettavien kokemuksia omaishoidosta teemahaastattelun avulla. Pyrkimys on tuoda esille omaishoidettavien kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- Minkälaisia merkityksiä omaishoidettavat vanhukset antavat kodille?
- Minkälaisia kokemuksia omaishoidettavana olevilla vanhuksilla on hoivasta ja hoivasuhteesta?
- Minkälaisia kokemuksia omaishoidettavilla vanhuksilla on rooleista ja mahdollisista roolimutoksista?

## 4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Aiheen valinta ja rajaaminen

Idea tutkia haastattelemalla omaishoidontuen saajia syntyi Jyväskylän yliopistoon tekemäni opinnäytetyön seurauksena. Aiempaan kirjallisuuteen perehtyminen herätti mielenkiintoni tutkia omaishoitajuutta ja siihen liittyviä merkitysrakenteita syvällisemmin. Tutkimustuloksia omaishoidosta löysin paljon, mutta omaishoitotutkimukset kohdistuvat omaishoitajiin ja heidän antamiin merkityksiin. Tutkimustuloksia siitä, kuinka omaishoidettavat kokevat omaishoidon ei juuri ollut, joten minulla vahvistui näkemys omaishoidettaviin keskittyvän tutkimuksen tarpeellisuudesta. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että olen saanut läheltä seurata erilaisia omaishoitotilanteita.

Toteutin tutkimuksen käyttämällä laadullista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta lisää tutkijan objektiivisuus tulosten raportoinnissa. Tämä edellyttää tutkijalta refleksiivisyyttä (Kylmä & Juvakka 2007). Tämä tarkoitti sitä, että minun tuli tietoisesti nostaa esille omat kokemukseni tutkittavasta aiheesta. Tiedostan omien ennakkokäsitykseni vaikuttavan tutkimukseen ja siitä saataviin tuloksiin, joten teen käsitykseni mahdollisimman näkyväksi (Eskola & Suoranta 2005, 20-22).

Oma ymmärrykseni omaishoidosta on muodostunut koulutuksen ja työkokemuksen kautta, mutta myös seurattessani isoäitini toimimista omaishoitajana isoisälleni vuosina 2006 – 2010. Ensimmäiset kontaktit omaishoidettaviin sain toimiessani kymmenen vuotta osastotyössä Kuortaneen vanhainkoti Kuismankartanossa, jossa oli kaksi huonetta varattu omaishoidettavien intervallihoitoihin. Monet omaishoidettavista olivat kolme viikkoa kotona ja yhden viikon vuorohoidossa. Muistan sen, että monet heistä ikävöivät kotiin tämän viikon vuorohoitojakson aikana. Koti tuntui olevan se paikka, mikä toi mielenrauhan omista toiminnanvajeista huolimatta.

Geronomi opinnoissani käsiteltiin omaishoitoa hoitajan näkökulmasta. Pääpaino oli omaishoidontuen kriteereissä ja hoitoa tarkasteltiin omaishoitajan näkökulmasta. Omaishoitotilanteisiin pääsin tutustumaan lähemmin toimiessani palveluohjaajana vuosina 2008–2009. Tällöin vastuualueenani oli omaishoidon kokonaisvaltainen hoitaminen. Silloin

tapasin sekä hoitajia että hoidettavia. Omaishoidontuen päätökseen liittyvällä kotikäynnillä käytiin läpi avun tarve ja hoitajan mahdollisuus vastata avun tarpeeseen. Syvämmästä ei keskusteltu siitä, mitä omaishoitoon pääseminen tai joutuminen merkitsee hoidettavalle. Oma kokemukseni tilanteista oli, että oleellista omaishoidettaville oli saada olla kotona, kokea olonsa turvalliseksi, jatkaa yhteiselämää läheisten kanssa ja yleisesti arjen jatkuminen mahdollisimman muuttumattomana. Tämä esiymmärrys vahvistui seurattessani oman isoisäni oloa omaishoidettavana kotona. Hän arvosti suuresti saada asua toimintavajeistaan huolimatta isoäitini kanssa kotona. Liikuntavajeiden heikkouden hän sivuutti sanomalla, että on se hyvä kun on tuo järki säilynyt. Jatkuvasti hänellä oli kuitenkin huoli siitä, että jos toimintakyky heikkenee, niin sitten kotona asuminen ei enää onnistu. Hän tiedosti isoäitini rajalliset mahdollisuudet hoitaa huonokuntoista ihmistä kotona. Viimeisen vuoden isoisäni joutui elämään terveyskeskuksessa.

Työ- ja opiskelukokemusten perusteella koen omaishoitotilanteiden ja koko prosessin olevan liian vähän omaishoidettavan kokemuksia huomioiva. Omaishoidettavan kohdalla huomioidaan hänen toimintakyvyn vajauksensa ja niitä peilataan hoitajan mahdollisuuteen vastata hoidon tarpeeseen. Kokemuksieni mukaan hoidettavat ovat tyytyväisiä siitä, että saavat jatkaa elämäänsä kotona. Näiden edellä esiin tuotujen asioiden pohjalta rajasin tutkimuksen käsittelemään omaishoidettavien kokemuksia omaishoidosta ja heidän antamiin merkityksiin kodista, hoivasta ja rooleista.

#### 4.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen toteuttamispaikaksi valitsin Alavuden kaupungin. Alavuden kaupunki ja Töysän kunta kuuluvat kuusiokuntien terveystayhtymän yhteistyö alueeseen sekä Alavus-Töysä kuntaliitoksesta tehtiin valtioneuvopäätös 14.6.2012. Toimin Töysän kunnan vanhustyönjohtajana ja tulevaisuudessa kuntaliitoksen myötä 1.1.2013 alkaen myös uuden Alavuden kaupungin vanhustyönjohtajana. Tämän takia olin kiinnostunut omaishoidettavien antamista merkityksistä ja mahdollisista kehittämistarpeista Alavuden kaupungissa.

Tutkimusluvan (liite 1) anoin henkilökohtaisesti Alavuden perusturvajohtaja Maria-Liisa Nurmelta 20.4.2012. Viranhaltijapäätös tutkimusluvan myöntämisestä tuli postitse 27.4.2012.

Lupa oli myönnetty 24.4.2012 (liite 2). Haastateltavien valinnan tutkimukseen teki Alavuden kaupungin omaishoidosta vastaava palveluohjaaja osallistumiseen määriteltyjen kriteerien pohjalta. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli yli 75 vuoden ikä, yli vuoden omaishoidon piirissä olo, hyvä kognitiivinen toimintakyky sekä riittävä kuulo haastatteluun osallistumiseen. Alavuden kaupungilla oli vanhusten omaishoidontuen piirissä yhteensä 81 asiakasta, joista yli 75-vuotiaita oli 38. Näistä 38 poistettiin dementoivaa sairautta sairastavat omaishoidontuen saajat, joita oli 21. Samoin esikarsinnassa poistettiin alle vuoden omaishoidontuen piirissä olleet asiakkaat, joita oli neljä sekä kolme asiakasta joiden oli vaikea osallistua haastatteluun huonon kuulon vuoksi. Seulonnan jälkeen jäi 10 omaishoidontuen saajaa, jotka täyttivät tutkimukseen osallistumiseen määritellyt kriteerit. Kaikille näille lähetin saatekirjelmän 30.5.2012 (liite 3). Saatekirjelmän mukaisesti soitin kaikille 7.6.2012. Puhelin keskustelut loivat pohjaa luottamukselliselle tapaamiselle ja antoivat mahdollisuuden haastateltavan kieltäytyä tapaamisesta. Soittojen perusteella seitsemän omaishoidettavaa oli kiinnostunut haastattelusta ja näiden kanssa sovin haastatteluajankohdat. Kolme kieltäytyi haastatteluun osallistumisesta. Kotikäynnillä ennen haastattelun alkua omaishoidettavat allekirjoittivat henkilökohtaisesti kahtena kappaleena suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta (liite 4). Ennen allekirjoitusta kävin heidän kanssaan läpi, mikä on tutkimuksen tavoite ja kuinka haastatteluaineistoa käytetään. Toinen suostumuslomake jäi haastateltavalle ja toinen minulle.

Haastateltavissa oli neljä naista ja kolme miestä. Tutkimukseen osallistujista nuorin oli 75-vuotias ja vanhin 86-vuotias, keskiarvon ollessa 79,6 vuotta. Virallisen omaishoidontuen piirissä he olivat olleet lyhyimmillään yhden vuoden ja pisimmillään viisi vuotta, joten heillä oli kokemus omaishoidettavana olosta. Viidellä haastateltavalla omaishoitajana toimi puoliso, kahdella ystävä ja yhdellä tytär. Haastattelut suoritettiin 7.6. – 18.7.2012 välisenä aikana. Kaikki haastattelut tein haastateltavien kotona. Neljä haastateltavista asui rivitalossa, kaksi omakotitalossa ja yksi kerrostalossa. Syy omaishoidontuen saamiselle perustui kaikilla liikuntakyvyn vajavuuteen. Kaikki haastateltavat omaishoidettavat olivat omaishoidon ensimmäisessä vaiheessa eli konkreettisen tuen antamisen vaiheessa (vrt. Romoren 2003).

Kokonaisvierailuaika asiakkaiden kotiin kesti puolestatoista tunnista aina kolmeen tuntiin asti. Jokainen vierailu noudatti yhteneväistä kaavaa. Ensin minut ottivat vastaan sekä omaishoitaja että omaishoidettava. Esittelyjen jälkeen keskusteltiin yleisiä asioita elämäntilasta, kuten esimerkiksi lapsista ja tehdystä työurasta, nykyisestä asunnosta sekä sairauksista.

Keskustelusta sain kattavan kuvan omaishoitoon johtaneesta tilanteesta. Tällaisen luottamusta herättäneen keskustelun jälkeen hoitaja poistui paikalta ja aloitin varsinaisen haastattelun omaishoidettavan kanssa. Näistä hoitajan mukana olleista aloituskeskusteluista tein muistiinpanoja, jotka kirjasin tutkimuspäiväkirjaan. Hoidettavan kanssa käydyt kahdenkeskiset keskustelut nauhoitin. Haastattelut toteutin teemahaastatteluna.

Haastattelut kestivät 37 minuutista aina 74 minuuttiin asti. Haastattelut litteroin sanatarkasti viikon sisällä haastattelusta. Litteroitua materiaalia kertyi 59 A4 -sivua fonttikoon ollessa 12 ja rivivälin 1 ½. Haastatteluiden ja litteroidun tekstin yhdenmukaisuuden tarkistin ennen aineiston analyysiä (Kylmä & Juvakka 2007, 65). Tämä tapahtui siten, että kuuntelin nauhat läpi ja samalla tarkistin litteroidun tekstin yhteneväisyyden kuulemaani. Litteroidun tekstin analysoin sisällön analyysin avulla.

#### 4.3 Teemahaastattelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia teemahaastattelun avulla omaishoidettavien kokemuksia omaishoidosta. Teemahaastattelussa haastattelut kohdensin tiettyihin aihepiireihin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47). Tämän tutkimuksen pyrkimys oli tuoda haastattelujen avulla esille omaishoidettavien kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista. Tutkimuksen teema-alueet oli johdettu omasta esiymmärryksestäni, jotka olivat muodostuneet opinto- ja työkokemuksista sekä aikaisemmista tutkimuksista, jotka ovat käsitelleet yleisesti vanhuksen antamia merkityksiä kodista (Vilkko 2006, Harrefors ym. 2009), hoivasta (Little ym. 2001, Fine & Glendinning 2005) ja rooleista (Zechnerin 2008). Omaishoidettavat valitsin haastattelun kohteeksi siksi, että omaishoidettavien kokemuksia omaishoitajuudesta ei juuri ole aikaisemmin tutkittu.

Haastattelumenetelmäksi valitsin teemahaastattelun, koska tutkimuksen kohteena oli vähän tutkittu alue. Haastattelukysymykset olivat luonteeltaan avoimia ja haastatteluissa vältin johdattelevia tai rajoittavia kysymyksiä. Haastattelutilanteissa pyrin luotettavan ilmapiirin luomiseen, keskustelevuuteen ja tarjota omaishoidettavalle mahdollisuuden tuoda itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti esille. Teemahaastattelu soveltui haastateltavien ajatuksien, kokemusten sekä tuntemuksien tutkimiseen sellaisesta asiasta tai tilanteesta, minkä haastateltavat olivat kokeneet. Haastattelun avulla sain selville haastateltavien subjektiivisia kokemuksia. Merkityksellistä teemahaastattelussa onkin tuoda tutkittavien ääni

kuuluviin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48). Tutkimukseen osallistui seitsemän Alavuden kaupungin omaishoidettavaa. Haastattelut perustuivat haastateltavien vapaaehtoisuuteen sekä kykyyn ja halukkuuteen keskustella aiheesta (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 79-80).

Teemahaastattelussa haastattelun aihe ja teemat olivat määritetty etukäteen, mutta kysymykset eivät olleet tarkassa muodossa tai järjestyksessä (Eskola & Suoranta 2005, 87). Teemat loivat haastattelulle rajat, mutta tarkan strukturoidun rakenteen puuttuminen antoi haastateltaville mahdollisuuden hyvinkin vapaaseen mielipiteen ilmaisuun (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48). Teema-alueita tarkensin kysymyksillä vasta haastattelutilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66). Haastattelu tarjosi mahdollisuuden selventää vastauksia ja syventää saatavia tietoja (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Teemahaastattelu antoi myös haastateltavalle mahdollisuuden omilla vastauksillaan tarkentaa ja syventää teema-alueita (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66, Bell 2006, 161). Haastattelua johdatin kysymällä omaishoidettavan kokemuksia kodista ja kuinka tärkeänä omaishoidettava kokee kotiin saatavan hoivan ja mitkä asiat tekevät kodin, miten omaishoidettava kokee omaishoidossa saatavan hoivan sekä onko omaishoidettavan olo muuttanut omaa roolia perheessä. Haastattelut etenivät keskustellen. Oma roolini oli viritellä lisäkysymyksillä keskustelun syvyyttä. Haastattelutilanteissa huomioin Fontanan ja Freyn (2005) esiin tuoman asian, että haastattelu ei ollut ainoastaan neutraali vuorovaikutus, jossa kysyttiin kysymyksiä ja saatiin vastauksia vaan se oli paljon syvällisempi vuorovaikutus. Haastattelussa luotiin tarinaa vastavuoroisesti. Haastatteluprosessin aikana haastattelijan ja haastateltavan välille kehittyi suhde, jossa tuotettiin mahdollisimman puolueeton kertomus. Haastattelussa ei haastattelijalla voi kuitenkaan koskaan olla täysin neutraali ja puolueeton. Silti haastattelu on yksi tavallisin ja parhain tapa tutkia ihmisten ajatuksia. Haastattelun avulla saatuun tulokseen luotetaan ja sitä pidetään täsmällisenä ja tarkkana. Tärkeää on, että haastattelijalla tunnustaa oman kantansa asiaan (Fontana & Frey 2005).

Teemahaastattelu soveltuu myös hyvin tilanteisiin, joissa halutaan tietoa intiimeistä tai aroista aiheista tai heikosti tiedostetuista asioista (Metsämuuronen 2006, 41). Omaishoidettavien haastattelun voi nähdä käsittelevän arkoja asioita eli hoidettavan omia kokemuksia. Tämän takia tein haastattelut yksilöhaastatteluina omaishoidettavien omassa kodissa eli haastateltavalle turvallisessa ympäristössä. Yksilöhaastattelu valitsin myös siksi, etteivät muut henkilöt vaikuttaneet haastattelun kulkuun ja siinä esiin nouseviin asioihin.

#### 4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin toteutin aineistosta lähtevän sisällön analyysin avulla, jota kutsutaan induktiiviseksi sisällön analyysiksi (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällön analyysiprosessin toteuttamiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tutkija saa kehittää oman luokittelujärjestelmänsä, joka sopii parhaiten nimenomaisen aineiston haltuunottoon ja jäsentämiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Aineiston merkityskokonaisuudet sain esille paneutumalla riittävästi aineistoon (Tuomi & Sarajärvi 2009, 102). Haastattelin omaishoidettavat itse ja nauhoitin haastattelut, litteroin nauhoitukset ja kuuntelin haastattelut läpi monta kertaa. Aineiston analysoimisen aloitin heti haastatteluhetkellä ja jatkoin sitä haastattelujen litteroinnissa ja litteroitua tekstiä lukiessani. Tämän tutkimuksen induktiivisessa sisällön analyysissä siirryin aineistolähtöisesti konkreettisista asioista käsitteelliseen kuvaukseen, joka sisälsi aineiston pelkistämisen, ryhmittelämisen ja abstrahoinnin.

Pelkistämisessä koodasin aineistosta ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Lukiessani aineistoa merkitsin tekstiin kolmella eri värillä kohdat missä mainittiin joko koti, hoiva tai rooli. Näiden kolmen sanan alle kirjasin esiin tulleet suorat lainaukset. Ryhmittelyssä etsin suorien ilmausten erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistin samaan alaluokkaan ja annoin luokalle sen sisältöä kuvaavan nimen. Koti teemasta suorien ilmauksien yhdistely johti seitsemään alaluokkaan, hoiva-teema neljään alaluokkaan ja rooli viiteen alaluokkaan (taulukko 1). Analyysin jatkuessa yhdistin samansisältöisiä luokkia ja muodostin niistä yläluokkia. Jokaisesta tutkimusteemasta muodostin kaksi yläluokkaa (taulukko 1). Ala- ja yläluokkien muodostaminen vaati haastattelujen ja litteroidun tekstin lukemista useaan kertaan. Silvermanin (2005, 179) mukaan materiaalin lukemista on jatkettava niin pitkään ja usein, että uutta tietoa ei enää synny, jolloin puhutaan kylläntymisestä eli saturaatiosta.

Abstrahointia jatkoin yhdistelemällä luokkia niin kauan kuin se sisällön kannalta oli mahdollista (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Yläluokista muodostin yhden pääluokan (taulukko 1). Tutkimuksen tulokset raportoin analyysissa muodostettujen luokkien mukaan. Aineistolähtöisessä analyysissä päätin, millä perusteella eri ilmaisut kuuluivat samaan tai eri luokkaan. Tehtyjä luokkia vertasin aiemmin tehtyihin ja

pohdin, sopivatko uudet käsitteet vanhoihin vai tuleeeko muodostaa uusia luokkia. Luokkien muodostamisen koin analyysin kriittisimmäksi vaiheeksi (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Tuomi & Sarajärvi 2002, 102–103, Kylmä & Juvakka 2007, 66).



## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksissa käsitellen omaishoidettavien antamia merkityksiä kodista, hoivasta ja omista rooleista sekä roolimutoksista. Esitän tulokset taulukko 1. mukaisesti pääluokkien toimiessa pääotsikkoina ja yläluokkien alaotsikkoina. Esitän tulokset samassa järjestyksessä mikä toteutui myös haastatteluissa. Ensimmäisessä haastatteluteemassa omaishoidettavat kertoivat kodistaan ja mitä koti heille merkitsee sekä mitkä asiat ovat auttaneet kotiutumaan uuteen kotiin. Haastateltavista kuusi oli muuttanut uuteen kotiin viimeisen viiden vuoden aikana. Muuton syynä oli ollut joko omaishoidettavan tai hoitajan toimintakyvyn heikentyminen. Toinen haastatteluteema nosti esiin omaishoidettavan kokemukset hoidon riittävydestä ja hoitosuhteesta. Tähän läheisesti liittyi haastattelun kolmas teema eli hoidettavan kokemukset omasta roolista ja sen muutoksista omaishoitotilanteen aikana. Omaishoidettavien antamat merkitykset kodista, hoivasta ja rooleista voidaan tiivistää kolmeen pääluokkaan; koti yhteiselon paikkana, toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä sekä roolien pysyminen muuttumattomina (taulukko 1).

**Taulukko 1.** Omaishoidettavien haastattelussa esiin nousseiden asioiden pohjalta luodut alaluokat, yläluokat ja pääluokat teemoittain.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>I teema: KOTI</p> <p>Kokemus helppouden ja tuttuuden tunteesta.            Kokemus saada olla oma itsensä.            Kokemus pärjäämisestä.            Kokemus elää puolison tai muun läheisen kanssa.            Kokemus omista tutuista tavaroista.            Kokemus sopeutumisesta.            Kokemus ikävästä ja kaipuusta edelliseen kotiin.</p>	<p>Koti on tunnetta.</p> <p>Läheiset ihmiset ja tutut tavarat kotiutumisen mahdollistajana.</p>	<p>Koti yhteiselon paikkana.</p>
<p>II teema: HOIVA</p> <p>Kokemus yhdessäelön jatkamisen tärkeydestä.            Kokemus omaishoidossa hoivan riittävydestä.            Kokemus taakkana ja/tai täysin toisen varassa olemista.            Kokemus omien voimavarojen ja toimintakyvyn tarpeesta hoidon onnistumiselle kotona.</p>	<p>Omaishoidettavan kokemus hoidon riittävydestä.</p> <p>Yhdessä eletään välttäen, ettei ole taakaksi toiselle.</p>	<p>Toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä.</p>
<p>III teema: ROOLI</p> <p>Kokemus normaalin elämän jatkumista.            Kokemus oman roolin säilyttämisestä mahdollisimman pitkään.            Kokemus luopumisen tunteesta.            Kokemus riittämättömyyden ja tarpeettomuuden tunteesta.            Kokemus iän tuomien vajauksien hyväksymisestä.</p>	<p>Normaalin elämän jatkuminen ja roolien säilyminen.</p> <p>Ikä tuo mukanaan rajoitteita ja luopumista.</p>	<p>Roolien pysyminen muuttumattomina.</p>

## 5.1 Koti yhteiselön paikkana

Haastatteluista nousi esiin kokemuksia ja merkityksiä, jotka liittyivät omaishoidon saajan kotiin ja siihen mitkä asiat tekevät kodin. Merkityksinä haastateltavien puheesta nousi kokemus helppouden ja tuttuuden tunteesta, kokemus saada olla oma itsensä, kokemus pärjäämisestä, kokemus elää puolison tai muun läheisen kanssa, kokemus omista tutuista tavaroista, kokemus sopeutumisesta sekä kokemus ikävästä ja kaipuusta edelliseen kotiin. Nämä merkitykset tiivistin kahteen yläluokkaan: koti on tunnetta sekä läheiset ihmiset ja tutut tavarat kotiutumisen mahdollistajana.

### 5.1.1 Koti on tunnetta

Kotiin liitettiin tunteita, kuten tunne helppoudesta, tuttuudesta ja pärjäämisestä. Koti on intiimi tila, jossa vanhuksella on mahdollisuus määritellä omaa olemista ja ympäristöä. Haastattelujen perusteella koti merkitsee omaishoidettaville halua toimia autonomisesti.

”Kyllä eiköhän se koti ole myös sitä helppouden tunnetta, lupaa saada vain olla.”

### 5.1.2 Läheiset ihmiset ja tutut tavarat kotiutumisen mahdollistajana

Kotona olemisen tärkeys nousi esille haastatteluissa. Tutkimustulosten perusteella koti voidaan rakentaa monta kertaa elämässä eikä kotia määrittele fyysinen ympäristö vaan eläminen läheisten kanssa ja tutut tavarat. Tärkeimmäksi asiaksi nousi eläminen yhdessä läheisen kanssa.

”Mutta kyllä tuo isäntä tekee kodin yhdessä on hyvä olla ja tutuus, mutta kyllä se on pääasia, että saadaan olla yhdessä.”

”No sitä me ollaan ajateltu, jos me joudutaan muuttamaan niin molemmat muuttaa sitten samaan paikkaan.”

Tavaroille tai millekään materiaalille ei annettu suurta merkitystä. Jokaisella tuntui kuitenkin olevan joku tärkeä huonekalu, taulu tai tekstiili minkä haluttiin ottaa mukaan kodin muuton yhteydessä.

”Koti voi tulla mihin vain missä omia tavaroita. Mutta sitten jos mennään ihan tuota noin hupsis sellaiseen, ettei ole mitään omaa kotiin niin kuin minä vain. Niin sitä ei minun kohdalla ole tapahtunut, ettei tiedä mitä se olisi. Kyllä aina pitäisi aina saada jotain mukaan.”

Haastateltavista kuusi oli muuttanut monta kertaa elämässään. Ainoastaan yksi haastateltavista oli asunut samassa pihapiirissä elämänsä. Hän oli kuitenkin miettinyt aikaa, kun ei enää omassa kodissa pärjää ja tullut siihen tulokseen, että koti on siellä missä saa tarvittavan määrän hoivaa. Haastatteluissa tuli esille omaishoidettavien kyky sopeutua elämässä tapahtuviin muutoksiin. Kaikki olivat pohtineet tulevaisuutta ja olivat hyvin realistisia siitä kuinka kauan kotona pärjätään.

”No koti on siellä mihinä ihminen asuu. Ei siinä tarvitse mieltänsä pahoittaa vaikka uuteen paikkaan meneekin. Enpä ole ajatellut miksei joka paikassa olisi hyvä olla. Koti on siellä missä asuu ja kotona on ihmisen hyvä olla. Paikkoja on elämän aikana niin monenlaisia missä on pakko olla.”

Aikaisemmat kodit tulivat haastatteluissa monesti esille ja niihin sisältyi paljon muistoja. Muistot liittyivät moniin toimintoihin, kuten kotitöihin, harrastuksiin ja toimeentulon hankkimiseen. Osa muistoista toi helpotusta siihen, että kovan työnteon oli saanut jättää taakse, mutta omaishoidettavat toivat esille myös kaipuun entisiin koteihinsa. Kaikilla haastatetuilla muutto uuteen kotiin oli johtunut joko oman tai hoitajan toimintakyvyn heikentymisen takia.

”Ei siitä kaipaa enää. Tietää ettei mitään niitä askareita kykenisi enää tekemään. Niin ei sitä kaipaa enää. Minä olen jopa unohtanut.”

Vaikka muuttaminen uuteen kotiin hyväksyttiin osana iän mukana tuomia rajoitteita, kaipuu ja ikävä edelliseen kotiin tuli esiin useimpien haastattelussa.

”No toki se pahalta tuntui, mutta kun oli pakko muuttaa. Se on silloin määrätty niin. Tottahan kotona on hyvä olla niin kauan kuin mahdollista, mutta kun ei enää voi, niin sitten pitää vaan yrittää siinä järjestää päivänsä niin hyväksi kun vain voi.”

## 5.2 Toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä

Haastattelutilanteissa keskustelin omaishoidettavien kanssa, missä asioissa he tarvitsevat apua ja siitä, vastaako hoiva avun tarpeeseen. Merkityksinä haastatteluista nousivat esille kokemus taakkana ja/tai täysin toisen varassa olemisesta, kokemus omien voimavarojen ja toimintakyvyn tarpeesta hoidon onnistumiselle kotona, kokemus yhdessäolon jatkamisen tärkeydestä ja kokemus omaishoidossa hoivan riittävydestä. Nämä merkitykset tiivistin kahteen yläluokkaan: omaishoidettavien kokemus hoivan riittävydestä ja yhdessä eletään välttäen, ettei ole taakaksi toiselle.

### 5.2.1 Omaishoidettavien kokemus hoivan riittävydestä

Haastateltavat pitivät saamaansa hoitoa riittävänä tai eivät ainakaan osanneet nimetä lisäavun tarvetta tähän elämäntilanteeseen. Haastateltavat olivat vähään tyytyväisiä. Heille riitti arjen jatkuvuus ja perustarpeiden tyydyttäminen kuten pesut, ruoka ja turvallisuuden tunne. Jokainen haastateltavasta toi esille sen, että omaa toimintakykyä tulee olla jäljellä hoidon onnistumiseksi. Kotona hoitamiselle rajoitteita tuo esimerkiksi kodin fyysiset tilat. Monissa haastatteluissa tuli esille, että liikkumaan tulee päästä. Haastateltavien oma toive ei ollut, että omaiset hoitavat siinä vaiheessa, kun jää vuoteen omaksi. He eivät uskoneet siihen, että jollakin omaisella olisi valmiuksia suorittaa hoitoa vuoteeseen käsin.

”Kyllä liikkumaan pitää päästä. Meilläkin on tuo pesutila tuota niin niin tuolla alakerrassa, että jos ei liikkumaan pääse niin ei täällä kotona pääse eres pesulle, joten jalkojen pitää kantaa ei täällä muuten pärjää tai ainakin tuota niin niin paljon muutoksia pitäisi tähän taloon sitten tehdä.”

”Huominen tulee tuoden omat asiat tullessaan ja jos vointi heikkenee tulee tarve olla jossakin muualla kuin kotona.”

### 5.2.2 Yhdessä eletään välttäen olemasta taakaksi toiselle

Haastattelutilanteissa tuli esille se, etteivät hoidettavat halua olla taakaksi ja vaivaksi läheisilleen. Heillä oli huoli läheisen jaksamisesta. He puhuivat myös siitä, että toivovat läheisen pystyvän elämään myös omaa elämää eikä sitoutuvan pelkästään omaishoitajana olemiseen. Tämän vuoksi omaishoidettavat toivovat virallista formaalista hoitoa tai muuttoa hoitokotiin siinä vaiheessa, kun avun tarve lisääntyy.

”No kyllä niin kauan, kun ei muut ala väsymään. Kyllä minä sitten enemmän siirryn pois syrjään ja annan toisten hoitaa.”

Kaikki viisi omaishoidettavaa, joilla oli omia lapsia ja lapsenlapsia eikä lapsi toiminut omaishoitajana kokivat, ettei lapsien tarvitse ottaa vastuuta hoidosta. He eivät kokeneet sitä mahdolliseksi lapsen kiireisen elämän vuoksi eivätkä he halunneet olla taakaksi lapsilleen.

”Auttaahan ne, mutta en minä niille taakaksi kylläkään rupea. Jokaisella on omat työnsä ja ristinsä. Työssäkäyviä ihmisiä. Liikaakin tulevat ja auttavat.”

Hoitajan jaksamisen lisäksi hoidettavat toivat esille pohdintoja myös siitä kuinka kauan kotona oleminen tuntuu mielekkäältä ja turvalliselta.

”Ei löyry sellaista hoitajaa joka hoitaisi eikä se olisi enää turvallista tai siis mä en tuntisi sitä enää turvalliseksi. Mutta kun suurimman osan tekee itse niin tällöin se vielä menee, mutta ei enää sitten kun joutuu täysin turvautumaan toisten apuun.”

### 5.3 Roolien pysyminen muuttumattomina

Haastattelutilanteissa omaishoidettavat toivat esille oman roolin säilyttämisen tärkeyden. He nostivat esille kokemukset normaalin elämän jatkumisesta, oman roolin säilyttämisestä mahdollisimman pitkään, luopumisen tunteesta, riittämättömyyden ja tarpeettomuuden tunteesta sekä iän tuomien vajauksien hyväksymisestä. Nämä kokemukset tiivistin kahden yläluokan alle: normaalin elämän jatkuminen ja roolien säilyttäminen sekä ikä tuo mukanaan rajoitteita ja luopumista.

#### 5.3.1 Normaalin elämän jatkuminen ja roolien säilyminen

Haastatteluista tuli esille omaishoidettavien halu säilyttää elämä vajeista huolimatta mahdollisimman samanlaisena, kun se on ollut ennen omaishoitajuutta. Tutkimustulosten perusteella hoidettava ei vajeistaan huolimatta ole omaishoitotilanteissa pelkkä hoidon vastaanottaja, vaan hän on vastavuoroisessa suhteessa hoitajaansa, osallinen arjessa ja vastuullinen toimija elämässään. Roolit pyritään pitämään mahdollisimman muuttumattomina

tai roolimuuutos oli tapahtunut jo ennen omaishoitajuustilannetta esimerkiksi hoidettavan jäädessä eläkkeelle.

”Näin kun on jäänyt on eläkkeellä ei sitä roolia enää ole muutenkaan. Siihen se jäi mun rooli siihen maatilalle kun se vei koko elämän. Työtä tehtiin aamusta iltaan ja vaimo hoito korin ja sitten kun maatilan touhut loppu niin mikä se mun paikka nyt sitten enää. Jatkaa elämää niin kuin ennenkin, mutta ilman sitä mahrotonta työn määrää.”

”Eletty niin tiviisti yhdessä. Meille se on ollut hyvin luontaista ja helppoa. Meillä on ollut iän kaiken nämä samat roolit ja ei ne siitä muutu. Ei niitä kannata enää hakea uudestaan.”

Negatiivista riippuvuussuhdetta ei haastatteluissa tullut esille. Tämä selittyy osittain siksi, että yksikään haastateltavista omaishoidettavista ei ollut täysin toisen hoidon varassa, vaan jokaisella oli vielä omaa toimintakykyä jäljellä. Tässä tutkimuksessa esiin tulleet riippuvuussuhteet olivat myönteisiä. Ne toivat jatkuvuutta ja turvallisuutta vanhuuteen.

”En minä tiedä kyllä ei mua ole sillalaila yhtään ettei voi sanoa, että mua olisi alistettu. Minä olen justin sellainen kun tavallista, että akat sanoo ja neuvoo joka asiasta ja minä uskallan ihan samalla lailla puhua ja määrätä kuin ennenkin.”

### 5.3.2 Ikä tuo mukanaan rajoitteita ja luopumista

Iän tuomat muutokset hyväksyttiin ja niitä pidettiin luonnollisena. Haastatteluissa havaitsin kahdenlaista suhtautumista iän tuomiin rajoitteisiin. Toisaalta psyykkinen sopeutuminen vajeisiin oli haasteellista ja toisaalta oltiin helpottuneita siitä, ettei tarvitse enää yrittää vastata arjen haasteisiin. Haluttiin antaa nuorempien tehdä työt.

”No on se tietenkin tai tuota noin ei se mukavaa aina ole hyväksyä sitä ettei kykene enää samaan kuin ennen, mutta toisaalta on helpottavaa, kun ei tarvitsekkaan kyetä. Antaa niiden nuorten olla ja touhuta ja meidän vanhojen jo olla ja huilata.”

Iän mukanaan tuomat luopumiset koettiin haastavana. Luopumista tapahtui esimerkiksi ystävistä, terveydestä, harrastuksista ja työstä.

”Kyllä ystävät katoavat siinä vaiheessa, kun ihminen alkaa sairastamaan. Niin se vain on. Joku sanoo, että ei ystävät kaikkoo, mutta kyllä ne kaikkoo, kun alkaat

sairastamaan. Mutta ei ne vielä aivan kaikki ole kaikonnut. Kyllä osa käy ja jutteloo ja sillalaila jotta. Ajan kanssa ne katoaa kaikki. Kyllä mä sen tierän. Kaikki katoaa.”

Omaishoitajuus ei ollut vaikuttanut suurelta osin rooleihin. Terveiden heikentyminen oli kuitenkin muuttanut parisuhteen hoivasuhteeksi. Tämän toivat esille naiset, jotka olivat omaishoidettavina. Parisuhteesta oli tullut kaverisuhde, joita hoidettavat pitivät hyvänä, mutta olivat samalla pahoillaan kumppaninsa puolesta, ettei normaalia parisuhdetta enää ollut.

”Kyllä se on jäänyt. Jää se, kun toisesta ei ole enää mihinkään. Kyllä tämä on enemmän kaveri- ja hoitosuhde. Ei kai sitä parisuhteeksi voi enää sanoa, kun läheisyyttä ei sillalaila enää ole, kun toinen haluaisi.”

”Niin kyllä mun mielestä ainakin, koska se on jo tässä iässä semmoista ihan kauheeta kaveruutta, jos ei sitä olisi niin ei siitä tulisi mittään. Kaverisuhde on paras suhde. Se kestää.”



## 6 POHDINTA

### 6.1 Pohdinta tutkimustuloksista

Tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää omaishoidettavan antamia merkityksiä kodista, hoivasta ja hoivasuhteesta sekä omasta roolista sekä mahdollisista roolimutoksista. Omaishoidettavien valitseminen omaishoitajien sijaan oli tietoinen valinta, sillä hoidettavien kuuleminen ja huomioiminen on tärkeää omaishoitoa tutkittaessa (Lyons ym. 2002) ja usein juuri hoivan saajien näkökulma on unohdettu tutkimuksista (Zechner 2008). Tutkimus toteutin teemahaastattelulla haastatteleamalla seitsemää Alavuden kaupungin omaishoidon tuen saajaa. Tutkimukseen osallistuneilla ei kenelläkään ollut dementoivaa sairautta. Tutkimuksen tulokset voidaan tiivistää kolmeen pääluokkaan, joita olivat koti yhteiselon paikkana, toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä sekä roolien pysyminen muuttumattomina.

Aiempien tutkimustulosten perusteella omaishoitoon voidaan liittää monia positiivisia asioita, kuten mahdollisuus elää vanhuudessa omassa kodissa ja elämän jakaminen omaisten kanssa, jotka parhaiten ymmärtävät hoidettavan menneisyyden. Koti koettiin terveyttä ja hyvinvointia edistäväksi paikaksi (vrt. Roush & Cox 2000, Andersson 2007, Dahlin-Ivanoff ym. 2007, Oswald ym. 2007, Gillsjö ym. 2011). Tässä tutkimuksessa omaishoidettavat toivat esille, ettei koti ole pelkästään fyysinen rakennus vaan koti syntyi tuttuuden tunteesta, joka tarkoitti läheisten ihmisten läsnäoloa, tuttuja tavaroita edellisestä kodista sekä arjen jatkumista mahdollisimman muuttumattomana.

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että koti oli jokaiselle haastateltavalle tärkeä paikka. Samoin kuin Vilkko (2006) on tuonut esille, ilmeni tutkimustuloksissa, että koti merkitsee vanhuudessa turvaa ja suojaa. Tutkimustuloksissa oli yhteneväisyyttä myös Dahlin-Ivanoff ym. (2007) saamien tutkimustuloksien kanssa, joiden mukaan koti merkitsee vanhuksille sellaista itsenäisyyttä ja riippumattomuutta, joka mahdollistaa pysyttelemisen poissa palvelujen piiristä. Tutkimustuloksissa tuli kuitenkin esille omaishoidettavien halun päästä kotoa pois siinä vaiheessa, kun avun tarve kasvaa. Haastateltavien mukaan avun tarve lisää sellaista turvattomuutta, johon esimerkiksi iäkäs puoliso hoitaja ei voi vastata. Samaan tulokseen on tullut Leinonen (2009), jonka mukaan toimintakyvyn heikkeneminen ja sairaudet aiheuttavat vanhukselle turvattomuuden tunnetta. Itsensä turvattomaksi kokeville vanhuksille koti ei ole paras paikka asua.

Avun tarpeen lisääntyessä omaishoidettavat kokivat, etteivät he halua olla taakaksi omaisilleen. He toivoivat hoitopaikkaa siinä vaiheessa, kun avun ja hoivan tarve on suurta. Tutkimustulokset osoittivat, että avun tarpeen lisääntyessä vanhukset toivovat formaalia hoitoa informaalisen hoivan sijaan (vrt. Harrefors ym. 2009, Vaarama ym. 2006, 121). Käsillä olevassa tutkimuksessa omaishoidettavat kokivat, etteivät hoitajien voimavarat tai taidot riitä vastaamaan vaativan hoidon tarpeeseen. Nämä tulokset ovat ristiriitaiset Vilkon ym. (2010) tutkimuksen kanssa, jossa vanhukset toivovat pystyvänsä asumaan kotona loppuun asti formaalisen avun turvin. Heidän tutkimuksessa vanhukset eivät halunneet muuttaa pois kotoaan avun tarpeen lisääntymisestä huolimatta. Kuitenkin he toivoivat myös kunnan järjestämää virallista hoitoa. Käsillä olevassa tutkimuksessa omaishoidettavat toivat esille, että he toivovat kotoa poismuuttoa yhdessä läheisen kanssa siinä vaiheessa, kun avun tarve lisääntyy. Omaishoidettavat puhuivat hoitokodista, vanhainkodista, laitoksesta ja sairaalasta. Tärkeää oli, että paikassa on koulutettu ja palkattu henkilökunta. Haastateltavat toivat esille, että virallisissa hoitolaitoksissa hoitajille hoitaminen on heidän työnsä eikä hoidettava tarvitse kokea olevansa taakaksi toiselle. Jokainen haastateltavista toi esille, että omaishoitajalla tulee olla myös oma elämä. Ero tutkimustulosten välillä voi selittyä sillä, että tässä tutkimuksessa haastatellut omaishoidettavat olivat fyysisistä rajoitteista kärsiviä, mutta muuten hyväkuntoisia vanhuksia. Kotoa poismuuttaminen tai lisäävun tarve ei ollut ajankohtainen asia omaishoidettavien keskuudessa.

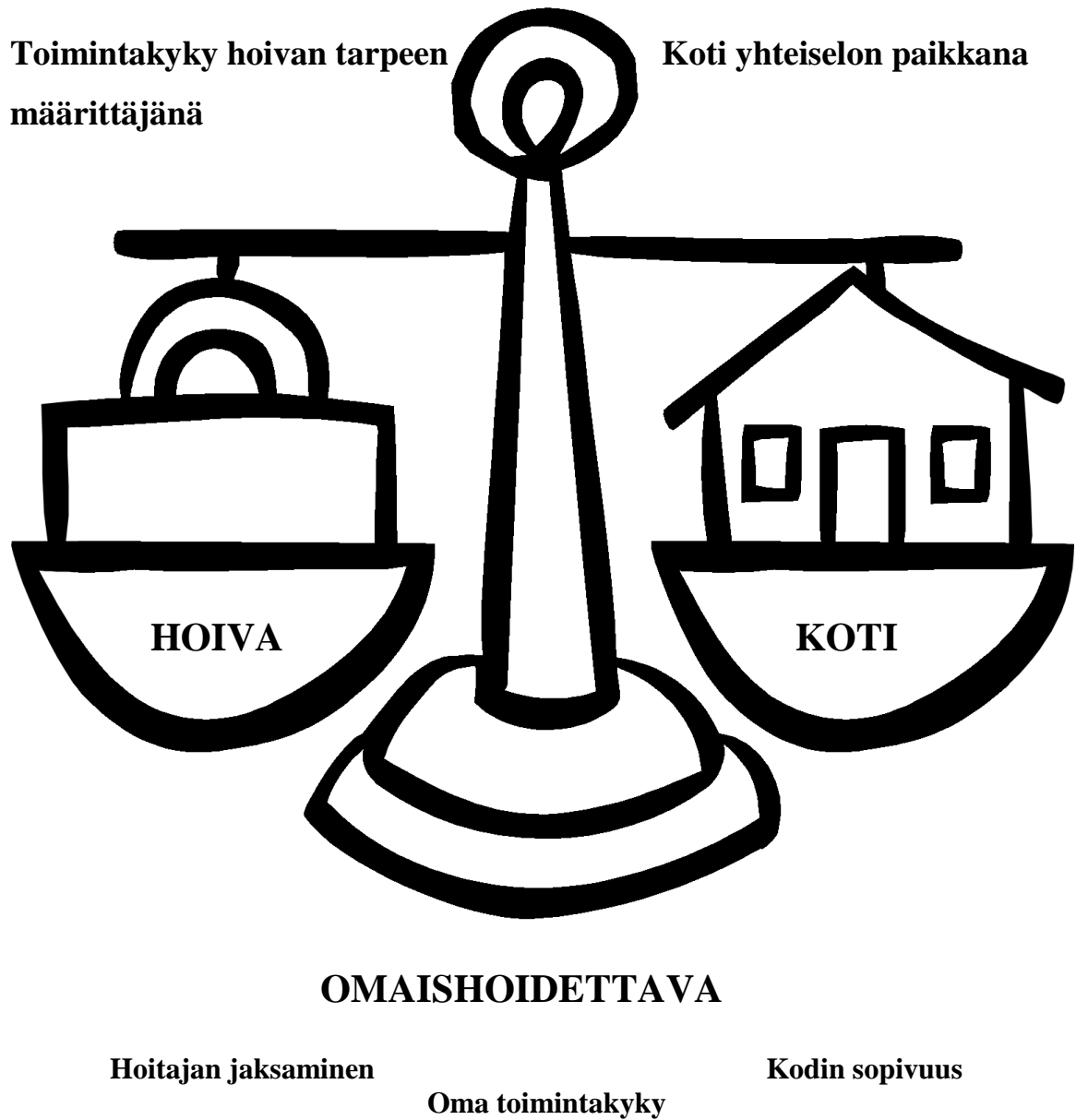
Tutkimustuloksissa kävi ilmi, etteivät omaishoidettavat kokeneet lasten velvollisuudeksi hoitaa ja huolehtia vanhemmistaan. Omaishoidettavien mielestä lapsilla on kiireinen oma elämä ja tarpeeksi tekemistä ilman uusia velvollisuuksia. Monet toivat esille, että hyvä kun edes kerkiävät joskus käymään. Tutkimustulos on yhtenevä Tanskasen ja Danielsbackan (2009) tutkimuksen kanssa. He tutkivat vanhusten asenteita siitä, kenen vastuu on hoitaa vanhuksia. Heidän tutkimuksensa osoitti, että vain harva pitää auttamista ainoastaan perheen tehtävänä. Vanhukset arvostavat sitä, että heidän lapsensa välittävät heistä ja ovat yhteydessä, mutta hoivan ja palvelut vanhukset ottavat mieluummin vastaan julkisena ammattityönä kuin velvoittavat siihen lapsensa. Myös Harreforsin ym. (2009) mukaan vanhukset pelkäävät riippuvuutta omista läheisistään eivätkä he halua olla taakaksi omille läheisilleen. Tutkimustuloksia voi tulkita kuten Harrefors ym. (2009), joiden mukaan tämä heijastaa nykyajan perhearvoja, joiden mukaan lapset ovat tärkeä osa perhettä, mutta heidän ei oleteta huolehtivan vanhemmistaan siinä vaiheessa, kun vanhemmat tarvitsevat hoitoa.

Haastatteluista tuli esille omaishoidettavien halu säilyttää elämä vajeista huolimatta mahdollisimman samanlaisena kuin se oli ollut ennen omaishoitotilannetta. Tämä on yhtenevä Finen ja Glendinningin (2005) tuloksen kanssa, jonka mukaan vajeistaan huolimatta vanhus ei ole omaishoitotilanteissa pelkkä hoidon vastaanottaja vaan hän on vastavuoroisessa suhteessa hoitajaansa, osallinen arjessa ja vastuullinen toimija elämässään. Jokainen haastateltava tunsi oman roolinsa pysyneen samanlaisen omaishoitotilanteesta huolimatta. Huomioitavaa on, että haastateltavista kenelläkään ei ollut kognitiivista kyvyttömyyttä, vaan ainoastaan fyysisiä rajoitteita. Tämä tutkimustulos voisi muuttua, jos tutkittaisiin esimerkiksi dementiaa sairastavien roolien muutosta omaishoitotilanteessa. Tässä tutkimuksessa esiin tullut riippuvuussuhteet olivat myös myönteisiä suhteista, jotka toivat jatkuvuutta ja turvallisuutta vanhuuteen (vrt. Fine & Glendinning 2005). Kukaan ei tuonut esille negatiivista riippuvuussuhdetta hoitajaansa.

Haastattelussa kaksi naisomaishoidettavaa, joiden puoliso toimi omaishoitajan toivat esille parisuhteen muuttuneen hoivasuhteeksi. Zechnerin (2008) mukaan puolisoiden parisuhde ei omaishoitajuuden myötä kutistu pelkäksi hoivasuhteeksi, vaan puoliset pyrkivät pitämään kiinni parisuhteen aikaisemmasta merkityksestä. Tämä ei tullut esille tässä tutkimuksessa, vaan molemmat naiset olivat kokeneet parisuhteen muuttuneet pelkäksi hoivasuhteeksi. He olivat surullisia puolison puolesta, että näin oli käynyt, mutta toisaalta toivat esille kuinka vuosien varrella parisuhde oli muuttunut antoisaksi kaverisuhteeksi. Yhteinen elämänhistoria oli luonut kaverisuhteen, joka kestää.

Tulokset voidaan tiivistää kolmeen pääluokkaan eli koti yhteiselon paikkana, toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä sekä roolien pysyminen muuttumattomina. Pääluokat liittyvät toisiinsa. Yhdistävä tekijä on normaalin elämän jatkuminen mahdollisimman muuttumattomana. Haluttiin pitää kiinni yhteisestä elämästä läheisen kanssa ja yhteisen elämän näyttämönä on oma koti. Tärkeänä nähtiin oman toimintakyvyn ylläpitäminen niin, että se mahdollistaa yhdessä pärjäämisen sekä estää hoitajan kuormittumisen. Samalla mahdollistetaan omaishoitotilanteissa hoitosuhteesta huolimatta omat roolit perheessä. Haastattelujen perusteella omaishoidettavat tasapainottelevat näiden asioiden kanssa miettiessä kuinka kauan omaishoito pystyy vastaamaan hoivan tarpeeseen ja kotona oleminen on mielekästä (KUVIO1).

## Roolien pysyminen muuttumattomana



**Kuvio 1.** Omaishoidettavien antamat merkitykset kodista, hoivasta ja rooleista sekä kuvaus omaishoidettavan tasapainottelusta merkityksien välillä.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisten kysymysten huomioiminen on keskeistä tutkimuksen kannalta. Jo aiheen valinta on merkittävä eettinen ratkaisu, jonka kohdalla on tärkeä pohtia sen oikeutusta ja sensitiivisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Tutkimuksen lähtöajatus oli saada omaishoidettavien ääni kuuluviin ja kunnioittaa heidän oikeuksiaan tulla kuulluksi sosiaalihuollon asiakkaana.

Tutkimuksen alkuvaiheissa tulee pohtia tutkimusprosessin seurauksia. Tutkimusmenetelmien tulee olla eettisesti oikeutettuja ja tutkimuksen toimijoiden aseman tulee olla oikeudenmukainen eikä heille saa koitua minkäänlaista haittaa tutkimuksesta (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Yksi tutkijan tärkeimmistä eettisistä kysymyksistä on siten yksilön yksityisyyden kunnioittaminen sekä se, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt ymmärtävät, mihin ryhtyvät ja tekevät sen vapaaehtoisesti. On huomioitava myös, että tuloksia voi käyttää vain siihen tarkoitukseen, joihin on saatu vastaajien lupa (Uusitalo 2001, 31, Oliver 2004, 45). Tämä tutkimus on perustunut haastateltavien vapaaehtoisuuteen. Haastatteluun osallistuneilla oli valmius ja halu puhua kokemuksistaan. Toin heille ennen haastattelujen alkua useassa eri vaiheessa esiin tutkimuksen tarkoitus ja miten tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Ensimmäisen yhteyden haastateltaviin otin itse. Eettisesti olisi ollut parempi, jos ensimmäisen yhteydenoton ja halukkuuden tutkimuksen osallistumisesta olisi selvittänyt Alavuden kaupungin omaishoidosta vastaava palveluohjaaja. Itse tulen olemaan Alavuden kaupungin työntekijä virallisesti vasta 1.1.2013 eli en ollut sitä vielä tutkimusta tehdessä. Haastateltaville toin kuitenkin tiedoksi ensimmäisessä kirjallisessa yhteydenotossa (liite 3) tutkimuksesta vastuussa olevasta tahosta sekä sen, mistä heitä koskevat yhteystiedot olin saanut.

Haastattelut tallensin nauhurin avulla. Nauhoitukseen on saatava haastateltavan lupa (Mäkinen 2006, 94). Tässä tutkimuksessa kysyin haastattelutilanteissa haastateltavilta luvan nauhurin käytöstä ja vielä kerran varmistin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden (liite 4). Haastattelut tein haastateltavien kotona, joten ympäristö oli heille tuttu ja turvallinen. Haastattelun jälkeen annoin vielä aikaa jutteluun, jossa haastateltavilla oli mahdollisuus reflektoida tuntemuksiaan.

Aineistoa analysoitaessa tulee suojella haastateltavia, jottei heitä ei voida tunnistaa (Vilka 2005, 35). Tutkimusraportista olen tarkoituksella jättänyt pois suorien ilmauksien alta haastatellun sukupuolen ja iän. Samoin kaikki haastatteluissa esiin tulleet nimet olen poistanut

tutkimusraportista. Koko tutkimusprosessi ajan olen pitänyt haastateltavien nimet ja yhteistiedot lukitussa kaapissa samoin kun haastattelunauhat ja litteroidut tekstit. Nauhat purin litterointien ja kuuntelujen jälkeen. Myös litteroidut tekstit tulen hävittämään tutkimuksen tarkastamisen jälkeen, koska haastateltavat antoivat luvan haastattelujen käyttöön vain tämän tutkimuksen osalta ja aineiston käytöstä muihin tarkoituksiin ei ole tutkittavien lupia.

Tutkimuksen tulokset tulee raportoida avoimesti, rehellisesti, tarkasti ja tutkimukseen osallistujien kuvausten mukaisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 137, 143–155). Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa (Kyngäs & Vanhanen 1999), ja että tutkimus tähtää luotettavaan tuloksiin (Uusitalo 2001, 30–31). Haastattelut litteroin sanatarkasti ja tutkimusraportissa esitän suoria lainauksia tuomaan esille, kuinka merkityksiin on päädytty. Tutkimus ei perustunut kenenkään toimeksiantoon, vaan haluan antaa omaishoidettaville mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan ja siten lisätä ymmärrystä omaishoidosta ja sen mahdollisuudesta vastata vanhusten tarpeisiin.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Tutkimuksen uskottavuuden toteutuminen vaatii, että tutkijan on varmistettava tutkimustulosten vastaavuus tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksien kanssa (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimusprosessissa nauhoitin haastattelut ja purin ne sanatarkasti. Haastattelutilanteissa sekä haastattelija että haastateltavat pystyivät varmistamaan, jos jokin asia jäi epäselväksi. Haastattelukäynneistä kirjoitin tutkimuspäiväkirjaa, jossa ilmeni ennen haastatteluja esiin tulleet asiat sekä päivämäärät ja haastattelujen kestot. Tutkimuksen vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja sen kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusraportissa olen pyrkinyt suorien lainauksien avulla esittämään kuinka luokat ovat muodostuneet. Tutkimustulosten luotettavuutta olen lisännyt tarkalla ja totuudenmukaisella kirjaamisella. Kolmanteen luotettavuuden kriteeriin eli refleksiivisyyteen olen pyrkinyt tiedostamalla oman vaikutukseni aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusraportissa olen avannut oman esiyymmärrykseni omaishoidosta ja

olen tietoisesti välttänyt sen vaikutusta tutkimustuloksia analysoidessani. Hyväksyn kuitenkin sen, että ehdotonta objektiivisuutta on mahdoton saavuttaa (Kvinge ym. 2002). Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksesta saatujen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Tulosten siirrettävyys voidaan nähdä tulosten validiteettina. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja yleistettävyydellä tulosten tarkkuutta eli tutkimus tulisi olla toistettavissa samanlaisin tuloksin (Denzin & Lincoln 2005). Silvermanin (2005, 210) mielestä validiteetti on totuuden synonyymi. Tämän tutkimuksen toteuttaminen täysin samanlaisin tuloksin ei ole mahdollista. Keskusteluun kokemuksista vaikuttavat aina kyseinen hetki ja haastatteluun osallistuneiden vuorovaikutus ja haastattelun ilmapiiri. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin omaishoidontuen saajiin. Tämä johtuu osaltaan haastateltavien vähäisestä määrästä, heidän elämäntilanteestaan ja hoivan tarpeen yhteneväisyydestä. Kaikilla tähän tutkimukseen osallistuneista oli omaa toimintakykyä jäljellä eikä heillä ollut esimerkiksi dementoivaa sairautta. Tutkittaessa dementoituneita tai toimintakyvyltään heikommassa kunnossa olevia omaishoidontuen saajia voisi heidän antamat merkitykset kodista, hoivasta ja rooleista olla tästä tutkimuksesta poikkeavia.

Tutkimustulokset analysoin sisällön analyysillä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sisällön analyysin haasteellisuutena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan kategoriat niin, että ne kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. Päärooli on tutkijan ajattelulla, mutta siinä hyväksytään se, että ajattelu ja päättely eivät synny tyhjiössä ilman minkäänlaista teoreettista välineistöä ja vihjeitä. Tämän seikan ymmärtäminen on tutkimuksen tekemisessä keskeistä: tulokset ovat aina kontekstisidonnaisia ja subjektiivisuus on väistämättä läsnä tutkimuksessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tämän tutkimuksen yhteys aineiston ja tutkimustulosten välillä olen esittänyt tutkimusraportissa olevien suorien lainauksien avulla. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että haastateltavat olivat vapaaehtoisia ja haastattelutilanne oli rauhallinen ja kiireetön. Tämä takasi sen, että haastateltavat pystyivät turvallisen vuorovaikutuksen ansioista kertomaan kokemuksistaan.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut lisätä triangulaation avulla. Silvermanin (2005, 212) mukaan triangulaation avulla pyritään pääsemään lähemmäs totuutta, koska siinä voidaan yhdistää erilaisia lähestymistapoja. Jos tutkimuksen aineistonkeruuseen, analysointiin ja tulkintaan osallistuu useita tutkijoita, puhutaan tutkijatriangulaatiosta (Tuomi & Sarajarvi

2002, 142). Tässä tutkimuksessa useamman tutkijan osallistuminen haastatteluprosessin ja aineiston analysoitiin, olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta.

#### 6.4 Yhteenveto ja haasteet omaishoidon kehittämiseksi ja jatkotutkimukselle

Tutkimustulosten mukaan omaishoidettavat antamat merkityksestä kodista, hoivasta ja rooleista voidaan tiivistää kolmeen pääluokkaan: koti yhteiselon paikkana, toimintakyky hoivan tarpeen määrittäjänä sekä roolien pysyminen muuttumattomina. Tutkimus osoittaa, että omaishoidettavat antavat positiivisia merkityksiä omaishoidosta. Omaishoito mahdollistaa elämän jatkumisen kotona läheisen kanssa, se ylläpitää totuttuja arjen toimintoja sekä oman roolin säilymistä. Omaishoidettavat näkevät kuitenkin rajallisena omaisten mahdollisuuden hoitaa heitä kotona siinä vaiheessa, kun oma toimintakyky heikkenee. Omaishoidon rinnalle tulee täten tarjota aktiivisesti hoitoa tukevia tukitoimia. Haasteena tukitoimien järjestämiselle on omaishoitotilanteiden yksilöllisyys. Ei voida ajatella, että jokin tietty tukitoimenpide sopii jokaiseen omaishoitotilanteeseen. Omaishoidossa tulee täten huomioida sekä hoitaja että hoidettava sekä lähipiiri.

Yksi iso yhteiskunnallinen haaste on rakentaa riittävästi sellaisia palvelukeskuksia mihin pariskunnat voivat yhdessä muuttaa, sitten kun ei enää pärjätä omin voimin omassa kodissa. Tutkimustuloksen mukaan omaishoidettavat pitivät tärkeänä saada asua läheisen kanssa loppuelämän samassa paikassa myös omaishoidon loppumisen jälkeen.

Tämän tutkimuksen perusteella nousee ajatus siitä, missä vaiheessa parisuhteesta tulee yhteiskunnallisesti tuettava hoitosuhde. Haastatellut puolisoitoidossa olleet omaishoidettavat kokivat arjen jatkuneen entiseen malliin ja roolien pysyneen samana. Onko tällöin kyse normaalin parisuhteen jatkumisesta? Normaaliin parisuhteeseen kuuluu toisen auttaminen. Yhteiskunnallisesti on tehty linjaus, että omaishoidontukea ja siihen liittyviä tukitoimia tulee tehostaa. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma sisältää kansallisen omaishoidon kehittämissuunnitelman valmistelun, jonka yhtenä tavoitteena on hoidettavien ja omaishoitajien toimintakyvyn, voimavarojen ja palvelutarpeen arvioinnin parantaminen, jotta tuki voidaan kohdentaa yksilöllisesti, tavoitteellisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Tutkimustyöryhmän mukaan kaiken kaikkiaan epävirallista läheisapua omaisilleen, tuttaviltaan tai ystävilleen antavia henkilöitä oli Stakesin vuonna 2006 tekemän Hyvinvointi ja palvelut -kyselyn



(HYPA) mukaan yli miljoona suomalaista (Valtioneuvoston hankerekisteri – HARE, 2011). Kaikkien näiden epävirallisen hoivan antajien tukeminen omaishoidontuella on tuskin yhteiskunnallisesti mahdollista. Tämän tutkimuksen perusteella herää ajatus, tulisiko omaishoidontuki tukitoimineen keskittää paljon apua tarvitsevien hoitoon ja jättää puolisoiden yhteiselön jatkuminen toinen toistaan tukien tukitoimien ulkopuolelle.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat kognitiivisesti hyväkuntoisia. Heillä oli fyysisiä rajoitteita kotona selviämässä. Täten tutkimustulokset eivät ole kovin laajasti yleistettävissä. Jatkotutkimuksella tulisi selvittää omaishoidon mahdollisuudet vastata hoidettavien avun tarpeeseen elämän eri tilanteissa. Tutkimuksen avulla olisi tarpeen selvittää, onko omaishoitajan ja omaishoidettavan näkemykset yhteneväisiä. Erilaisin tutkimuksin tulisi selvittää kuinka esimerkiksi dementiaa sairastavan hoito toteutuu omaishoidon turvin. Dementia on kuitenkin hoidon ja huolenpidon tarpeen syynä viidesosalla omaishoidontuen saajista (Voutilainen ym. 2007, 28). Dementiaa sairastavien osalta mielenkiinnon kohteena voisi olla omaishoidettavan itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen oman hoidon suunnittelussa omaishoitoprosessin aikana.

Tämän tutkimuksen tekemisen jälkeen yhdyn Saarenheimon (2005b) esille tuomiin epäkohtiin siitä, että omaishoidon tutkimuksia heikentää se, että mielenkiinto kohdistetaan aina yhteen henkilöön kerralla ja omaishoidon tutkijat ovat varovaisia vaikeiden omaishoitosuhteiden tarkastelussa sekä niihin liittyvien kielteisten tunteiden ja vuorovaikutustyylien analysoinnissa. Omaishoitotutkimuksissa tulisi tarkastella sekä hoitajaa että hoidettavaa samanaikaisesti.

## LÄHTEET

Aaltonen E. Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005;70(4):432-439.

Andersson S. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. *Stakes. Sosiaali - ja terveysalan tutkimus - ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia* 169. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 2007.

Andersson S, Haverinen R, Malin M. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 2004;69(5):481-94.

Anttonen A, Zechner M. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen A, Valokivi H, Zechner M (toim.) *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 2009:16–53.

Anttonen A, Sointu L. Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. *Stakes. Raportteja* M 232. Edita. Helsinki, 2006.

Askham J. Care at Home for People with Dementia: as in a Total Institution? *Ageing and Society* 2007;27(1): 3–24.

Balducci C, Mnich E, McKnee K, Lamura G, Beckmann A, Krevers B, Wojszel BZ, Nolan M, Prouskas C, Bien B, Öberg B. Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a Six-Country Sample of Carers. *The Gerontologist* 2008;48(3):276-86.

Bell J. *Doing your Research Project. A guide for first-time researchers in education, health and social science*. Berkshire: Open University Press, 2006.

Blomgren J, Martikainen P, Martelin T, Koskinen S. Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006;71(2):167-78.

Caress A-L, Luker KA, Chalmers KI, Salmon MP. A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:479-91.

Crist J, Speaks P. Keeping it in the family: when Mexican American older adults choose not to use home healthcare services. *Home Healthcare Nurse* 2011;29(5):282-90.

Dahlin-Ivanoff S, Haak M, Fänge A, Iwarsson S. The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2007;14(1):25–32.

Denzin N, Lincoln Y. Introduction. The discipline and Practice of Qualitative Research. Teoksessa Denzin N, Lincoln Y. (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005;1-32.

- Donald IP. Housing and health care for older people. *Age and Ageing* 2009;38:364-67.
- Ekwall AK, Hallberg IR. The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:832-44.
- Eskola J, Suoranta J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2005.
- Fine M, Glendinning C. Dependence, Independence or Inter-dependence? Revisiting the Concepts of "Care" and "Dependency". *Ageing and Society* 2005;25(4):601-21.
- Finlex. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. [www-dokumentti] 22.9.2000 [haettu 8.5.2012] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Firbank OE, Johnson-Lafleur J. Older Persons Relocating With a Family Caregiver: Processes, Stages, and Motives. *Journal of Applied Gerontology* 2007;26(2):182-207.
- Fontana A, Frey J. The Interview. From Neutral Stance to Political Involvement. Teoksessa Denzin N, Lincoln Y. (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications 2005;695-728.
- Gillsjö C, Schwartz-Barcott D, Post I. Home: The place the older adult cannot imagine living without. *BMC Geriatrics* 2011;11:10-24.
- Haake N, Nikula T. Osallisuus, luottamus ja elinympäristö. Terveyden edistämisen kansalaisyksely. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus, 2011.
- Harrefors C, Sävenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009;23:353-60.
- Hartikainen S, Kivelä S-L. Ikääntyvien ja iäkkäiden kuntoutus. Teoksessa Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I (toim.) *Kuntoutus*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2001:440-451.
- Hellström Y, Hallberg IR. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community* 2001;2:61-71.
- Hirsijärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2000.
- Hirsijärvi S Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2004.
- Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. *Stakes*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.
- Jääskeläinen A. Pakotteet ja vanhuksen itsemääräämisoikeus. Teoksessa Kankare H, Lintula H (toim.) *Vanhuksen äänen kuuleminen*. Vantaa: Tammi, 2005.

Kalliomaa-Puha L. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy 2007.

Kattainen E, Muuri A, Luoma ML, Voutilainen P. Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 2008:218-321.

Kim JJ, Keshian JC. Old Old Caregivers: A Growing Challenge for Community Health Nurses. *Journal of community health nursing* 1994;11(2):63-70.

Kingston P, Penhale B. A major problem needing recognition. Assessment and management of elder abuse and neglect. *Professional nurse* 1994;2:343-47.

Kivelä, S-L. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki, 2006.

Kolehmainen T. Milloin vanha on vanhus? Kotimaisen kielen tutkimuskeskus. [www-dokumentti] 7.7.2008 [haettu 3.4.2012] <http://www.kotus.fi/index.phtml?s=1190>

Kuuppelomäki M, Sasaki A, Yamada K, Asakawa N, Shimanouchi S. Family carers for older relatives: sources of satisfaction and related factors in Finland. *International Journal of Nursing Studies* 2003;41:497-505.

Kvinge K, Gjengedal E, Kirkevold M. Gaining access to the life-world of women suffering from stroke: methodological issues in empirical phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40:61-68.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita, 2007.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 1999;11(1):3-12.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. [www-dokumentti] 2.12.2005 [haettu 8.5.2012] <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Latvala E, Vanhanen-Nuuttinen L. Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimukset hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy 2001:21-43.

Leinonen A. Hoivatyöntekijöiden muutostoiveiden topografia. Kannanottoja vanhuksen kohteluun, henkilöstöresursseihin ja ikääntymispolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;74(2):132-48.

Lehto J. Ikääntyneille sosiaali- ja terveyspalveluja tarvetta vastaavasti. Teoksessa Lehto J, Natunen K (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen vanhusten tarpeisiin. Acta nro 144. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 2002.

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 2001;323:908-11.

- Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care* 2012;12:1-16.
- Lund M. Caregivers, Take Care. *Geriatric Nursing* 2005;26(3):152-53.
- Lyons KS, Zarit HS, Sayer AG, Whitlach CJ. Caregiving as a dyadic process: Perspectives from caregiver and receiver. *Journal of Gerontology*, 2002;57b(3): 195–204.
- Marin M. Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa Marin M, Hakonen S (toim.) *Seniori ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Jyväskylä: PS –kustannus, 2003:22-43.
- McKee K, Spazzafumo L, Nolan M, Wojszel B, Lamura G, Bien B. Components of the difficulties, satisfactions and management strategies of carers of older people: A principal component analysis of CADI-CASI-CAMI. *Aging & Mental Health* 2009;13(2):255-64.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000;51:1087-110.
- Metsämuuronen J. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: International Methelp Ky, 2006.
- Mikkola T. Puolisohoiva on yhdessä elämistä, hoivan antamista ja saamista. *Gerontologia* 2005;4:173–81.
- Muurinen S, Valvanne J. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. *Gerontologia* 2005;19:65-71.
- Mäkinen O. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi, 2006.
- Neno R. Male carers: myth or reality? *Nursing Older People* 2004;16(8):14-6.
- O'Bryant SL. The Value of Home to Older Persons, Relationship to Housing Satisfaction. *Research on ageing* 1982;4(3):349-63.
- Oliver P. *The Student's Guide to Research Ethics*. Berkshire: Open University Press, 2004.
- Oswald F, Wahl H-W, Schilling O, Nygren C. Relationships Between Housing and Healthy Aging in Very Old Age. *The Gerontologist* 2007;47(1):96-107.
- Rajaniemi J. Arkea tukevat verkostot – ikääntyneiden kokemuksia arjen sujumisesta. *Gerontologia* 2006;20(4):169-81.
- Romoren TI. The carer careers of son and daughter primary carers of their very old parents in Norway. *Ageing and Society* 2003;(23): 471-85.
- Roush CV, Cox JE. The Meaning of Home: How It Shapes the Practice of Home and Hospice Care. *Home Healthcare Nurse* 2000;18(6):388-94.

Saaranen-Kauppinen A, Puusniekka A. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [www-dokumentti] 2006 [haettu 26.9.2012] <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Saarenheimo M. Vanhusten omaishoidon tutkimus. *Gerontologia* 2005;19(3):143-47.

Saarenheimo M. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Teoksessa Saarenheimo M, Pietilä M (toim.) Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummeruksen kirjapaino Oy 2005b:25-52.

Saarenheimo M, Pietilä M. Iäkkäät omaishoitajat – omaisia vai hoitajia? *Gerontologia* 2003;3(17):139-48.

Salanko-Vuorela, M. Omaishoidon yleisyys Suomessa. Teoksessa Meriranta M (toim.) Omaishoitajan käsikirja. Kuopio: Unipress Oy, 2010:7-18.

Salanko-Vuorela M, Purhonen M, Järnsted P, Korhonen A. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006 ”Hoitaahan ne joka tapauksessa”. Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry. Pori: Kehitys Oy, 2006.

Silverman D. *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage Publications, 2005.

Shelley M. Burden of home care borne by women. *Canadian Medical Association Journal* 2003;168:1459.

Sigurdardottir SH, Sundstrom G, Malmberg B, Bravell ME. Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;(0):1-9.

Sipilä J. Hoivan organisointi: Vaivaistalosta markkinatavaraksi. *Janus* 2003;11(1):23-38.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.

Tanskanen A, Danielsbacka M. Perheen vai yhteiskunnan vastuu? Suurten ikäluokkien auttamisasenteiden tarkastelua. *Janus* 2009;17(2):20-35.

Tedre S. Vanhusten avohuollon avaamattomat kysymykset. *Gerontologia* 2003;2(5):98-102.

Twigg J. *Bathing – The body and community care*. London: Routledge, 2000.

Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. painos. Helsinki: Tammi, 2009.

Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi, 2002.

Uusitalo H. *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. Juva: WS Bookwell Oy, 2001.

Vaarama M, Luoma M-L, Ylönen, L. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto M (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Stakes, 2006:104–136.

Valtioneuvoston hankerekisteri – HARE. [www.dokumentti] 2011 [haettu 30.9.2012] [http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h\\_iID=18085&tVNo=1&sTyp=Selaus](http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_iID=18085&tVNo=1&sTyp=Selaus)

Van Houtven C, Norton E. Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics* 2004;23:1159-180.

Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy, 2008.

Vilkkä H. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi, 2005.

Vilkkö A, Muuri A, Finne-Soveri H. Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2010:60-77.

Vilkkö A. Kotia ja palveluasumista pitää lähentää. *Vanhustenhuollon Uudet Tuulet verkkolehti* 3/2006. [haettu 5.4.2012] [http://www.valli.fi/lehti\\_3\\_2006.htm](http://www.valli.fi/lehti_3_2006.htm)

Voutilainen P, Kattainen E, Heinola R. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.

Ylinen S. Eettiset ongelmat gerontologisen sosiaalityön ”välitiloissa”. *Janus* 2008;16(2):112–26.

Zechner M. Kykyjä kyvyttömyyden tasolla: hoivan vaiheet vanhusten kertomana. *Janus* 2008;16(4):295–310.

ALAVUDEN KAUPUNKI  
Perusturvajohtaja Marja-Liisa Nurmi

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa ja pääaineeni on gerontologia ja kansanterveystyö. Haen tutkimuslupaa opintoihini kuuluvan pro gradu – työn tekemiseksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tutkimuskohteena olevien omaishoidettavien kokemuksia omaishoidosta. Tutkimuksen tutkimustehtävä on kuvailla millaisia kokemuksia kotona omaishoidettavana olevilla vanhuksilla on omaishoidosta. Tarkoitukseni on valita yhdessä Alavuden palveluohjaajan kanssa Alavuden kaupungin omaishoidettavista noin 10 haastatteluun kykenevää omaishoidettavaa. Haastattelut olisi tarkoitus toteuttaa kesä- elokuun 2012 aikana. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua joulukuun 2012 loppuun mennessä.

Tutkijana sitoudun noudattamaan voimassaolevia tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tietosuojalainsäädäntöön (mm. salassapitosäännökset) liittyviä ohjeita. Tutkimus perustuu osallistujan vapaaehtoisuuteen.

Omaishoidon tuesta on pyritty johdonmukaisesti rakentamaan yhtä vakavasti otettavaa vaihtoehtoa huonokuntoisten vanhusten hoidossa. Uskon, että tutkimuksestani on hyötyä suunniteltaessa ja kehitettäessä omaishoitajuutta. Annan mielelläni tutkimuksesta myös lisätietoja, yhteystiedot alla.

\_\_\_ / \_\_\_ 2012

---

Kati Mäkelä



LIITE 2



ALAVUDEN KAUPUNKI

Perusturvaryhmä  
Perusturvajohtaja

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS

Päivämäärä  
24.4.2012

Pykälä  
53 §

Asia	Kati Mäkelän tutkimuslupahakemus	
Päätös ja sen perustelut	<p>Kati Mäkelä hakee tutkimuslupaa Jyväskylän yliopistolle terveystieteiden maisterin tutkintoon kuuluvan pro gradu työn tekemiseen omaishoidettavien kokemuksista. Tutkimusta varten haastatellaan 10 omaishoidon tuella hoidettavaa Alavudella.</p> <p>Päätös: Myönnän tutkimusluvan anomuksen mukaisesti. Tutkimuksessa tulee noidattaa hyviä tutkimuseettisiä periaatteita.</p>	
Allekirjoitus	Allekirjoitus	Virka-asema
	 Maria-Liisa Nurmi	Perusturvajohtaja Puh. (06) 25251 200
Pöytäkirjan nähtävilläpito	Tämä pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi	Alavuden kaupunginvirastossa 7.5.2012
	Allekirjoitus	Virka-asema
Muutoksen hakuosoitus	OIKAISUVAATIMUS	Perusturvalautakunta Kuulantie 6 63300 ALAVUS
	Milloin asianomainen on ollut tyytymätön tähän päätökseen, hänellä on oikeus saada asia yllämainitun viranomaisen käsiteltäväksi, jos hän neljäntoista (14) päivän kuluessa päätöksestä tiedon saatuaan sitä vaatii.	

Töysässä 30.5.2012

## **HYVÄ OMAISHOIDON PIIRISSÄ OLEVA ASIAKAS**

Lähestyn Sinua koskien tutkimustani. Olen Jyväskylän yliopistossa terveystieteiden maisterin tutkintoa suorittava opiskelija. Olen aidosta kiinnostunut omaishoidosta ja sen kehittämistä. Tästä syystä opintoihini liittyvä tutkimukseni käsittelee omaishoidettavien kokemuksia omaishoitajuudesta. Tavoitteenani on käyttää laadullista tutkimusmenetelmää. Menetelmän käyttö edellyttää avoimia, keskustelunomaisia haastatteluja kanssasi kahden kesken. Haastattelu vie aikaa 1 ½ - 2 tuntia. Tarvittaessa voidaan tavata kaksi kertaa. Haastattelut toteutan kesällä 2012. Haastattelut nauhoitetaan. Henkilöllisyytesi ei tule tutkimuksessa esille, eikä tietojasi anneta ulkopuolisten käyttöön. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Yhteystietonne olen saanut Alavuden kaupungin palveluohjaajalta ja minulla on Alavuden kaupungin perusturvalautakunnan lupa tutkimuksen tekemiseen. Olen yhteydessä teihin puhelimitse 7.6.2012, jolloin meillä on mahdollisuus sopia tapaaminen.

Ystävällisin terveisin:

Kati Mäkelä  
Vanhustyön johtaja

## SUOSTUMUSLOMAKE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkija: Kati Mäkelä  
Töysän vanhustyönjohtaja

Tutkimuksen tarkoitus on kuvata omaishoidettavien kokemuksia omaishoidosta. Tutkija opiskelee Jyväskylän yliopistossa pääaineena gerontologia ja kansanterveystyö. Tutkimustuloksia tutkija käyttää pro gradu työn tekemiseen. Tutkimuksen on tarkoitus valmistua vuoden 2012 aikana. Tutkimustuloksista toivotaan olevan hyötyä suunniteltaessa ja kehitettäessä omaishoitajuutta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhat puretaan sanatarkasti. Tutkijana vakuutan, ettei kukaan ulkopuolinen pääse kuuntelemaan nauhoja eikä missään tutkimuksen vaiheessa tutkittavan henkilöllisyys tule esille litteroidusta aineistoista. Litteroinnin jälkeen nauhat tyhjennetään.

Tällä allekirjoituksella Te todistatte osallistumisenne tutkimukseen olevan vapaaehtoista, hyväksytte nauhurin käytön haastattelutilanteessa sekä keskustelussa esiin tulevien asioiden käyttämisen tutkimustarkoitukseen.

---

Päiväys

Haastateltavan allekirjoitus

---

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus

