

Hyvinvoinnin ulottuvuudet

Ikääntyneen omaishoitajan kokemus
hyvinvoinnistaan

KIRSI GUSTAFSSON
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen
tiedekunta
Sosiaalityön Pro gradu -
tutkielma
Huhtikuu 2017

TAMPEREEN YLIOPISTO
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

GUSTAFSSON, KIRSI: Ikääntyneen omaishoitajan kokemus hyvinvoinnistaan
Pro gradu - tutkielma, 88 s., 5 liitesivua

Sosiaalityö

Ohjaaja: Lasse Rautniemi

Kuukausi Huhtikuu 2017

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check ohjelmalla Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti

Tutkielmani käsittelee ikääntyneiden omaishoitajien hyvinvointia. Tutkimuskysymykseni ovat millaisena ikääntynyt omaishoitaja kokee hyvinvointinsa ja mitkä tekijät omaishoitajan kokemana vahvistavat tai heikentävät hyvinvointia? Tutkimusaineisto koostuu kahdeksan omaishoitajan haastattelusta. Aineiston keruu tapahtui teemahaastattelun avulla. Tutkimusaineiston analysoin sisällön analyysiä hyväksi käyttäen.

Käsittelen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä hyvinvointitutkimuksen klassikon Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksien mukaisesti, jonka mukaan hyvinvoinnin aste määräytyy sen mukaan kuinka hyvin ihmisen perustarpeet on tyydytetty. Perustarpeet määritellään kolmen osa-alueen mukaisesti; elintaso (having), yhteisyyssuhteet (loving) sekä itsensä toteuttaminen (being).

Työni on ajankohtainen, koska ikääntyneiden määrän lisääntyessä kasvaa myös heille suunnattujen palveluiden tarve. Ikääntyneiden ihmisten osuuden arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Vuonna 2012 voimaan tulleen vanhuspalvelulain (980/2012) keskeisenä tavoitteena on lisätä kotona tapahtuvaa hoitoa ja samassa yhteydessä vähentää laitoshoidon määrää. Laitoshoidon vähennettäessä on kehitettävä kotiin annettuja palveluita. Tämä aiheuttaa omaishoidon tarpeen lisääntymisen.

Tulosten perusteella oman ajan saaminen sitovasta hoivatyöstä on tärkein hyvinvointia vahvistava tekijä. Omaishoitajien vapaita suunniteltaessa mahdollisuus yksilöllisiin ratkaisuihin auttaisi vapaiden käyttöä. Lisäksi omaishoitajat kaipaavat enemmän ohjantaa ja tukea omaan jaksamiseensa.

Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä tutkia sosiaalityöntekijöiden kokemuksia omaishoitajien tarpeista ja pohtia kohtaavatko asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja myönnetyt palvelut toisensa.

Avainsanat: ikääntynyt, omaishoito, hyvinvointi, tarpeet, kotihoito

University of Tampere
School of Social Sciences and Humanities

GUSTAFSSON KIRSI: The experience of well-being from the view of elderly caregivers

Master's Thesis, 88 pages, 5 pages appendices

Social Work

Supervisor: Lasse Rautniemi

April 2017

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin Originality Check service in accordance with the quality management system of the University of Tampere

My study examines the well-being of elderly caregivers. My questions of the study are, how the elderly caregiver experiences his/her own well-being and what factors experienced by the caregivers strengthen or weaken the well-being. The data consists of the interview of eight caregivers. The data of my study has been collected by using the methods of theme interviewing. I analyzed the content of the research data using analysis.

I deal with factors that affect the well-being in accordance with the well-being of research by Erik Allardt (1976) classic dimensions of well-being, depending on the degree of well-being of a person. Basic needs are defined according to three parts: having, loving and being.

My research is timely because the amount of elderly increases. This study is timely because of the growing number of older people increasing the number of services aimed at them. The proportion of older people is expected to double by 2030. The main objective of the law 2012, is to increase caring at home and at the same time reduce institutional care. Reducing the institutional care we need to develop in-home services. It causes an increase in the need for informal care.

Based on the findings the most important factor strengthening the well-being from the binding care work is to get your own time. When planning care gives spare time, the possibility of individual solutions would help the use it. In addition the caregivers require more guidance and support to their own well-being.

In the future it would be useful to examine social workers experiences from the needs of caregivers and to think if the individual needs of the customers do meet the services given.

Key words: elderly, caregiver, well-being, needs, home care

Sisälllys

1 Johdanto.....	5
2 Omaishoitoon liittyvien käsitteiden määrittelyä.....	10
2.1 Omaishoito ja omaishoitajuus.....	10
2.2 Omaishoitoon liittyvä lainsäädäntö.....	14
2.3 Omaishoidon sopimus ja tuet.....	16
2.5 Omaishoitoa tukevat muut palvelut.....	18
3 Tutkimukset omaishoitajuudesta.....	21
4 Hyvinvointitutkimus käsitteellisenä kehyksenä.....	27
4.1 Hyvinvoinnin käsite Erik Allardtin mukaan.....	27
4.2 Elintaso.....	29
4.3 Yhteisyyssuhteet.....	33
4.4 Itsensä toteuttaminen.....	37
5 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen metodologia.....	39
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	39
5.2 Aineiston kuvaus ja tutkimuksen eettisyys.....	40
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä.....	43
5.4 Fenomenologinen tutkimus ja kokemuksen tarkastelu.....	46
5.5 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä.....	48
5.7 Tutkimuksen luotettavuus.....	50
6 Analyysin tulokset.....	52
6.1 Omaishoitajuuden taustaa.....	52
6.2 Elintasoa kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät.....	55
6.3 Yhteisyyssuhteita kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät.....	60
6.4 Itsensä toteuttamista kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät.....	64
6.5 Omaishoitajuutta vahvistavat ja heikentävät asiat.....	69
7 Johtopäätökset.....	72
Lähteet.....	76
Liitteet.....	89
1 Tutkimuksen informaatiokirje.....	89
2 Suostumus tietojen käyttöön tutkimuksessa.....	90
3 Teemahaastattelun runko.....	91
4 Haastateltavien esittely.....	93

1 Johdanto

Euroopan valtiot joutuvat lähivuosisikymmeninä pohtimaan ratkaisukeinoja väestön ikääntymisestä aiheutuviin ongelmiin (Airio 2016, 3). Suomen väestörakenne on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuoden 2015 lopussa 65-vuotiaita ihmisiä oli Suomessa 1 123 103 (Tilastokeskus 2015). Ikääntyneiden ihmisten osuuden arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Väestön ikärakenteen muuttumiseen vaikuttaa Suomessa ja muualla Euroopassa sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat. (Surakka 2012, 8.) Ikääntyneiden ihmisten määrän kasvaessa on kyse koko väestörakenteen muutoksesta. Ikääntyneiden määrä on noussut suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Väestön ikääntymisen myötä ikääntyneiden hoivasta onkin muodostunut yhä keskeisempi yhteiskunnallinen ja sosiaalipoliittinen kysymys (Zechner 2008, 259). Samaan aikaan syntyvyys ja kuolleisuus ovat alentuneet. Kuntien lähtökohdat ja tarpeet ovat erilaiset iäkkäiden ihmisten palveluiden suunnittelussa, koska väestönkehitys on maan eri osissa erilaista. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä kasvaa myös heille suunnattujen palveluiden tarve. Muuttuva ikärakenne vaatii yhteiskuntaa entistä laajemmin mukautumaan iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Voimavarat on suunnattava toimiin, joilla pystytään turvaamaan mahdollisimman terveet ja toimintakykyiset vuoden ikääntyneelle ihmiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 11, 13-15.)

Eliniän pidentyessä palvelujen tarpeeseen vaikuttaa minkä kuntoisena lisäelinvuodet eletään. Eliniän pidentymistä edistävät suotuisat elinolosuhteet, terveydenhuoltojärjestelmä ja sairauksien ennaltaehkäisy. Suurin osa kotona asuvista selviää itsenäisesti arjessaan. Säännöllisesti kunnallisia palveluja käyttäviä on noin 140 000, joista noin 90 000 henkilöä saa säännöllistä kotihoitoa ja noin 50 000 henkilöä asuu olosuhteissa, joissa on ympärivuorokautinen hoito- ja huolenpito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 11, 13.)

Kuntien palvelujärjestelmissä kotiin annetun hoidon merkitys kasvaa, kun ikäihmisten palveluissa on meneillään palveluiden rakenteellinen uudistaminen. Omaisen tekemän hoivatyön merkitys korostuu tulevaisuudessa entisestään, johtuen julkisen järjestelmän tavoitteista vähentää laitospainotteisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteissa. (Autio 2014, 10.) Palvelurakenteen uudistamisen tavoitteena on ollut siirtää palvelut laitospainotteisesta avopaineotteiseksi (Hennala 2014, 67). Tavoitteena on, että vain 3 % yli 75-vuotiaista tulisi olemaan laitoshoidon palvelujen piirissä. Vuonna 2012 voimaan tulleen vanhuspalvelulain (980/2012) keskeisenä tavoitteena on ollut lisätä kotona tapahtuvaa hoitoa ja samassa yhteydessä vähentää laitoshoidon määrää vähennetään, on kehitettävä kotiin annettuja palveluita ja tästä yhtälöstä ei suoriuduta ilman omaishoidon kasvavaa osuutta. Suomalaisessa yhteiskunnassa omaishoito onkin noussut julkisia palveluja täydentäväksi hoitomuodoksi. Kuntien kannalta omaishoito on edullinen hoidon järjestämistapa. Yhtä omaishoitajaa kohden tarvittaisiin viisi palkattua hoitajaa vastaamaan samasta hoivatyöstä. (Mäkelä & Purhonen 2011, 21-23.) Omaishoiva näyttäytyy yhteiskunnassamme merkittävänä hyvinvointia tuottavana hoivamuotona (Sointu 2011, 159).

Tutkimusaiheeni kiinnittyy laajasti yhteiskuntatieteen ja erityisesti sosiaalityön osittain myös hoitotieteen tutkimusalueille ja nostan esille omaishoitajien kokemuksia ja ajatuksia omaishoitajuudesta. Omaishoitajuutta voidaan tukea ja kehittää erinäisin sosiaalipoliittisin keinoin, mutta olemassa olevan tiedon lisäksi tarvitaan tietoa omaishoitajan kokemuksista ja tuen tarpeista (Vasara 2014, 4). Käsittelen tutkielmassani ikääntyneen omaishoitajan kokemusta omaan hyvinvointiinsa vaikuttavista tekijöistä hyvinvointitutkimuksen klassikon Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin ulottuvuuksien mukaan. Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa Allardt (1976) on määritellyt hyvinvoinnin tarpeiden tyydyttyneisyyden käsitteen pohjalta. Hyvinvoinnin aste määräytyy sen mukaan kuinka hyvin ihmisen perustarpeet on tyydytetty. Tarpeiden tulee olla tietyssä määrin tyydytetty, jotta ihminen pystyisi elämään mielekästä elämää. Perustarpeet määritellään kolmen osa-alueen mukaisesti; elintaso (having), yhteisyysuhteet (loving) sekä itsensä toteuttaminen (being). Omaishoitajan

tarpeiden tyydyttyneisyydellä on vaikutusta oman elämän kokemukseen mielekkästä elämästä. (Allardt 1976, 17, 32, 37-38.) Ihmisen tarpeet korostuvat eri ikäkausina eri tavoin (Doyal & Gough 1991, 35-36). Omaishoitajan jaksaminen on kiinni monesta tekijästä. Jaksamiseen vaikuttavat omaishoitajan omat kokemukset elämänlaadustaan, identiteetistään sekä omaishoitajan kantamista omista tunnekokemuksista. Jaksamiseen vaikuttavat myös kunnan tarjoamat apu- ja tukitoimet, mahdollisuus vapaa-aikaan sekä vertaistukeen (Kaivolainen 2011, 103).

Omaishoito on tärkeä osa palveluketjua, mutta aivan itsenäinen hoitomuoto se ei voi useinkaan olla. Se on palvelukokonaisuus, jossa omaisen antamaa hoivaa täydennetään kunnan järjestämällä palveluilla tai yksityisillä vaihtoehdoilla palvelusetelin avulla. (Salanko-Vuorela 2010, 12.) Toisaalta myös omaishoiva täydentää kunnan järjestämiä palveluita (Valokivi & Zechner 2009, 126). Omaishoito on suomalaiselle yhteiskunnalle edullinen ja tehokas hoitomuoto, joka täydentää julkisten palvelujen hoitomuotoa. Ikääntyvien ihmisten hoiva järjestyykin yhä useammin julkisten, yksityisten ja epävirallisten palvelujen järjestelmillä. (Kuusinen-James & Seppänen 2013, 315.) Omaishoivan antama hoivapanos on moninkertainen verrattuna yhteiskunnan tuottamaan ammattilaisapuun nähden. Omaishoidon motiivi ei kuitenkaan ole säästöt kunnalle ja työvoimapulan helpottaminen, vaan motiivi on henkilökohtainen tai velvoitteen tunne. Yhteiskunnallisina vaikutuksina nähdään työvoiman tarpeen väheneminen ja sitä kautta jopa suoranaista rahallista säästöä. (Salanko-Vuorela 2010, 13.)

Lainsäädäntö määrittelee omaishoitajaksi henkilön, joka hoitaa omaistaan tai muuta läheistä ja on tehnyt kotikuntansa kanssa omaishoitosopimuksen. Kaikki omaishoitajuus ei ole virallisen tuen piirissä olevaa omaishoitajuutta. Raja läheisten auttamisen ja omaishoitajuuden välillä ei ole aina selkeä ja helposti erotettavissa. Omaishoitajuuteen liittyy vahva sitoutuminen omaisen hoitoon, moraalinen vastuu ja emotionaalinen kiintymys hoidettavaan. Virallinen omaishoitajuus alkaa usein silloin, kun omaisen tarvitsema hoito on edennyt

raskaaseen vaiheeseen, jolloin myös omaishoitajan oma jaksaminen saattaa olla uhattuna. (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 1-15.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet.fi (2016) mukaan virallisen omaishoitotuen sopimuksen tehneitä hoitajia oli vuoden 2015 aikana kaikkiaan 44 107 henkilöä, joista 65-vuotta täyttäneitä hoitajia oli 25 019 henkilöä. Vuonna 2015 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 20.5 %. Suomalaisen väestön ikääntyminen jatkuu edelleen ja vuonna 2020 on laskettu, että yli 65-vuotiaita suomalaisia tulee olemaan 1 125 000, joka tarkoittaa viidennestä koko Suomen väestöstä.

Väestön ikääntyminen on vaikuttanut myös omaishoidon ilmenemismuotoihin. Yli 85-vuotiaiden määrä on noussut suhteessa 50–74 vuotiaisiin. Vanhempiaan hoitavia työikäisiä omaishoitajia on aiempaa vähemmän. Kyseinen ikäryhmä myös toimii työelämässä entistä pidempään. Pidentynyt elinikä on nostanut omaishoitajina toimivien puolisoitten ikää entistä korkeammaksi, joka tuo haasteita palveluiden suunnitteluun. (Helin & von Bonsdorff 2013, 436.)

Omaishoidon tuen määriä on seurattu vuodesta 1994 alkaen. Tuensaajien määrän on todettu nousevan tasaisesti, vaikka vain osa omaishoitajista on tuen saajia ja laskettavissa virallisiin tilastoihin. Omaishoidon tuella hoidetaan pääsääntöisesti ikäihmisiä, joiden hoito ja hoiva ovat raskasta, ilman omaishoitajan apua he olisivat jo laitoshoidon tarpeessa. Kuusinen-James ja Seppänen (2013, 315) ovat todenneet, että nykyisin kodeissa hoidetaan runsaasti hoivaa tarvitsevia henkilöitä, joiden hoito aiemman käytännön mukaisesti edellyttäisi jo laitoksessa tuotettavaa hoivaa. Omaishoidon hoitotuen myöntämiskäytäntöihin ja vapaa-oikeuteen on tullut parannuksia vuoden 2005 voimaan tulleen omaishoitolain myötä (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 16).

lääkkäillä ihmisillä tulisi olla mahdollisuus elää hyvää, omanlaistaan elämää iästä ja toimintakyvystä riippumatta. Hyvä elämänlaatu rakentuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, eriasteisesta hoidon ja huolenpidon tarpeen

arvioinnista sekä tarpeisiin vastaamisesta oikeiden palveluiden avulla. Kyse on laajasti hyvän elämänlaadun ja toimivan arjen turvaamisesta, (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 11, 15), sekä ihmisarvon kunnioittamisesta, joka muodostaa sosiaalityön arvoperustan (McCartt Hess & Feldman 2008, 31).

2 Omaishoitoon liittyvien käsitteiden määrittelyä

Omaishoitajakäsite on otettu käyttöön 1990-luvulla. Omaishoito on ollut näkymätöntä vastuun kantoa jo vuosikymmeniä. (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12-16). Suomen laissa oli aiemmin kirjattu lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja toinen sitova kirjaus oli aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus, jotka molemmat ovat seitsemänkymmentä luvulla poistuneet. (Salanko-Vuorela & Purhonen & Järnstedt & Korhonen 2006, 25.) Omaishoito on epävirallista hoivaa, jossa hoivan antajana on puoliso, omainen tai muu läheinen. Omaishoitoa voi kuvata hoidolliseksi prosessiksi, joka on rakentunut elementeistä, joissa välitetään toisesta ihmisestä ja kannetaan huolta, sekä hoidetaan ja huolehditaan. Huolenpidossa kannetaan vastuuta toisesta ja pyritään toimimaan toisen edun mukaisesti ja huomioonottamisessa tulee esille välittäminen. (Aaltonen 2005, 432.)

2.1 Omaishoito ja omaishoitajuus

Omaishoito mielletään ikäihmisiin liittyväksi, ehkä sen vuoksi, koska omaishoitajista yli puolet on eläkeikäisiä. Omaisen ryhtyessä omaishoitajaksi, siihen vaikuttavat monet tekijät. (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12-16.) Äkillinen omaishoidontarve voi syntyä sairauskohtauksen, tapaturman tai sairaan lapsen syntymisen seurauksena. Hoitosuhde voi kehittyä myös hitaasti, jolloin hoidettavan avuntarve lisääntyy sairauden, vamman, iän tai avuntarpeen mukaan. (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 13; Autio 2014, 17.) Hoivan tarve on yksilöllistä, se vaihtelee tilapäisestä ja kevyestä hoivasta ympärivuorokautiseen laitoshoitoon (Tikkanen 2016, 32). Omaishoitajuuden taustalla onkin monia syitä sanattomia ja itsestään selvyyksiä, kuten rakkaus, velvollisuudentunne ja vastuu läheisestä (Järnstedt 2009, 7). Hoito voi olla pientä päivittäistä avuntarvetta tai raskasta lähes ammatillista hoitotyötä. Omaishoidon tavoitteena on asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12, 16, 18-20.) Omaishoidossa on kyse yhteiskunnan moraalisisista, kulttuurisista ja sosiaalisista normeista, joiden taustalla on henkilökohtaisia motivoivia tekijöitä, kuten kiintymys ja velvollisuus (Valokivi & Zechner 2009, 126). Omaishoidon arvopohja muodostuu samoista arvoista, joita

McCartt, Hess ja Feldman (2008, 38) painottavat sosiaalityön käytännön arvoperustana.

Omaishoitosuhte tulisi aina perustua hoitajan ja hoidettavan vapaaehtoisuuteen. Siihen ei saisi ajautua muiden mahdollisuuksien puuttuessa. Monissa Euroopan maissa on olemassa hoitovelvoite. Suomessakin on ollut hoitoapovelvoite, joka poistui vuonna 1956. Avioliittolaista se poistettiin vuonna 1977. Hoitoavun juuret ovat vahvat ja ne saattavat pitää kiinni vaikeissakin elämäntilanteissa. Puolisoita sitoo avioliittolupaus, joka koetaan sitovan puolisoita niin myötä- kuin vastoinkäymisissäkin. Avioliittolupaus koetaan sitovaksi tilanteessa, jossa kohdataan vaikeita elämän vastoinkäymisiä. (Salanko-Vuorela, 2010, 11,13.)

Mikkola (2009, 193-194) on väitöskirjassaan tutkinut puolisohoivan toimijuutta. Tuloksissaan Mikkola toteaa puolisohoivan vaikutteina olevan keskinäiset suhteet ja yhteenkuuluvuuden tunteen. Rakkaus, kiintymys ja eletty elämä ovat emotionaalisesti sitovia voimia. Hoivan antaminen ja saaminen motivoivat yhteisen elämän jatkumista. Omaishoivaan saattaa sisältyä myös ristiriitaisuuksia ja puhutaan jopa vapaaehtoisesta pakosta. Tunnesuhde saattaa luoda vapaaehtoisen pakon ja velvollisuuksia, johon tukeudutaan sekä hoitajan että hoidettavan taholta (Purhonen & Nissi-Onnela & Malmi 2011, 18-20). Omaishoivassa hoivan saajan ja antajan välinen suhde on tärkeä, koska kyseessä on rakkauden ja velvollisuuden välinen, jopa ristiriitaisuuksien suhde (Valokivi & Zechner 2009, 151-153). Omaishoitajan ja hoidettavan suhde on ainutlaatuinen, jota ei kohdata muissa sosiaalisissa suhteissa. Suhteeseen vaadittavaa ominaisuutta kuvataan sosiaalisesti hyveeksi tai omaisuudeksi. Läheistä sukulaisuussuhdetta kuvataan sosiaalisen hyveen kaltaiseksi (Qreshi & Walker 1989, 204-206), joka voi olla lyhyt tai koko elämän kestävä (Autio 2014, 17).

Tunteet ovat merkittävässä asemassa hoivaan sitoutumisessa. Ihmisen tunteet liittyvät ihmiselämässä aiempiin koettuihin tunteisiin ja kokemuksiin (Weare 2004, 31-32). Tunteet jaetaan kahteen ryhmään positiivisiin ja haluttaviin sekä negatiivisiin ja vastenmielisiin (Csikszentmihalyi 1997, 18). Tunteet ohjaavat

omaishoitajaa toimimaan tavalla, jotka hän kokee eettisen arvopohjansa mukaan hyväksi ja oikeaksi. Arki sisältää iloja, naurua ja tyytyväisyyttä, mutta myös alakuloa, syyllisyyttä ja jopa katkeruutta. Jokaisen omaishoitajan tunnemaailma on yksilöllinen ja eletyllä elämällä on vaikutusta siihen, miten tapahtumat koetaan. Hoitajan ja hoidettavan läheinen rakkaussuhde auttaa jaksamaan elettävää arkea. Ajoittain voidaan kokea jopa tunteiden hiipumista. Tästä huolimatta tunteet ovat kuitenkin mukana jokaisessa päivässä ja tilanteessa. Tunteet toimivatkin ihmisen elämässä mittarina, jotka viestittävät sitä, mitä ihmiselle on tapahtumassa (Weare 2004, 31). Tunteet kuvastavat ihmisen subjektiivisia kokemuksia (Reeve 2005, 293). Omaishoitajuus voi antaa tunteen tarpeellisuudesta ja läheistä hoitaessa voi kokea kokemuksen, että antaa takaisin sen mitä on itse saanut (Kaivolainen 2011, 107-109). Monet omaishoitajat kokevat omaisensa auttamisen normaalina inhimillisenä elämään kuuluvana asiana (Qreshi & Walker 1989, 123).

Läheisen sairaus ja avuntarve voivat muuttaa perheen tilannetta. Muuttuneessa tilanteessa pohditaan sairauden vaikutusta itseen ja läheiseen sekä perheen jäsenten välisiin suhteisiin, rooleihin että lähiympäristön suhteisiin. Omaishoitajuuden rakentumiseen vaikuttaa, se millainen suhde on hoidettavaan, muihin läheisiin sekä suhde palvelujärjestelmässä toimiviin viranomaisiin. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 53.) Hoivatilanteessa monitahoisuutta tuo kohtaamiset muiden palvelua tuottavien kanssa ja etenkin kohtaamisiin liittyvät odotukset puolin sekä toisin (Valokivi & Zechner 2009, 151-153).

Omaishoitajuus rakentuu vähitellen suhteeksi, jossa omaksutaan omaishoitajan identiteetti. Mielikuva itsestä uudessa roolissa voi olla vaikea mahduttaa aiemmin elettyyn elämään. Omaishoitajuuden rakentuminen voi kasvaa hitaasti, mutta tilanne voi muuttua nopeastikin. Silloin elämän tärkeät osa-alueet muuttuvat kerralla ja uuden identiteetin rakentuminen voi olla haastavampaa. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 54.) Omaishoitajuus on toiselle eteenpäin vievä voima ja toiselle ylivoimainen taakka. Omaishoitajaa on tarpeellista auttaa ja tukea identiteetin muotoutumiseen, mutta ei kuitenkaan niin, että se ohjaa ja määrittelee elettävää elämää. Omaishoitajan omat tarpeet saattavat jäädä

kokonaan huomiotta, jos koko identiteetti rakentuu ainoastaan omaishoitajuuden varaan. Omaishoitajan oma käsitys itsestään, vaikuttaa jaksamiseen. Omaishoitajan on pohdittava uhrautumisen ja terveen itsekkyyden välillä. Omaishoitajan identiteetin rakentumisvaiheessa tulisi kaikin tavoin tukea ja painottaa itsestä huolehtimisen tärkeyttä läheisestä huolehtimisen rinnalla. (Nissi-Onnela & Kaivolainen, 2011, 65-66.) Hoiva tehtävä on haastava, koska siinä tarvitaan tietoja ja taitoja, jotka liittyvät omaisen hoitamiseen. Haasteena tiedon ja avun saannissa on palvelujärjestelmän tunteminen, monimutkaisuus ja pirstaleisuus. Palvelut ovat hajallaan ja useassa toimipisteessä. Palvelujen hakemista tukisi järjestelmä, jossa voisi kääntyä hoidettavissa asioissa nimetyn yhteyshenkilön puoleen, joka ohjaisi ja auttaisi palvelujen kartoittamisessa sekä niiden hakemisessa. (Purhonen 2011, 82.)

Omaishoitajan tiedon tarve kohdistuu hoitoon ja huolenpitoon, sairauksiin, apuvälineisiin, kuntoutukseen, palvelujen hakemiseen, taloudelliseen tukeen, kuten Kelan etuuksiin ja eläkkeisiin sekä yksityisiin palveluntuottajiin liittyvissä asioissa. Henkinen- ja vertaistuellinen tuki tukee omaishoitajan jaksamista samalla tavoin kuin osallistuminen omiin vapaa-ajan harrastuksiin mahdollisuuksien mukaan. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76-77.) Vertaistuessa ihmisiä yhdistää samanlainen elämäntilanne, tunteet ja ajatus tulevaisuudesta (Tikkanen 2016, 154). Vertaistuen jakamisessa ja saamisessa korostuu vertaistuen antaminen ja saaminen sekä samanhenkisten ihmisten yhteenkuuluvuuden tunne (Vanhanen 2011, 36-37). Vertaistuessa korostuu empatia sekä toisen ihmisen kohtaaminen myötätuntoa kokien (Tikkanen 2016, 154).

Toisen ihmisen jatkuva hoitaminen voi aiheuttaa fyysistä ja psyykkistä raskautta, joka saattaa tuntua hoitajalleen liiallisena taakkana. Liiallinen rasituksen tunne voi heikentää keskinäisiä kodin sisäisiä ihmissuhteita, jotka voivat uhata kotona selviytymistä ja lisätä omaishoitajan uupumusta. Omaishoitajan uupuminen voi näkyä turvallisuuden tunteen vaarantumisena. (Twigg 2000, 78- 79.)

2.2 Omaishoitoon liittyvä lainsäädäntö

Omaishoidon tuesta on säädetty laissa, laki omaishoidon tuesta 937/ 2005. Lakiin tuli muutoksia kesäkuussa 2016, kun astui voimaan omaishoidon tuesta annetun lain muuttaminen 511/2016.

Omaishoito on ”vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla” (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 2§). Laki pyrkii edesauttamaan hoidon jatkuvuuden onnistumista, mahdollistaa riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita sekä tukee omaishoitajan työtä. Laki koskee lähinnä omaishoitajaa ja omaishoitosuhdetta. Hoidettavia koskevat myös muut sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat säännökset. (Kalliomaa-Puha & Mattila 2010, 19.) Kunnat huolehtivat määrärahojen varaamisesta lakisääteisiin sosiaalipalveluihin, kuten omaishoidon tukeen ja palveluiden järjestämiseen varattujen määrärahojen puitteissa (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005, 30, 11).

Kunta voi myöntää tukea hoitoa tarvitsevalle henkilölle, joka tarvitsee toimintakyvystään johtuen hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden takaamiseksi kotiloissa hoitoa. Hoitajan terveys ja toimintakyky on oltava omaishoidolle asetettujen vaatimusten mukainen. Kodin on oltava olosuhteiltaan hoitotyöhön sopiva ja omaishoidon tuen myöntäminen tulee perustua hoidettavan etuun. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005,3§.)

Omaishoitolain pyrkimys on täsmentää omaishoidon myöntämisen kriteerejä kansalaisten yhdenvertaisen kohtelun varmistamiseksi. Myöntämiskriteerit ovat kuitenkin väljästi tulkittavissa. Yhdeksi erottelutekijäksi nousevat kuntien varaamien määrärajojen rajallisuus. Tästä seuraa, että kunnat pystyvät itsenäisesti vaikuttamaan siihen, miten tuen saajat valikoivat. (Kalliomaa-Puha & Mattila 2010 , 23-24.)

Kaikkia ikääntyneitä koskee ”Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) ”, joka on 1.7.2013 voimaan tullut vanhustalvvelulaksi kutsuttu laki. Tavoitteena laissa on tukea ja mahdollistaa ikääntyneen väestön itsenäinen suoriutuminen omassa kodissaan, tukemalla hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Laki painottaa laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvveluluiden saamista yksilöllisten tarpeiden mukaan riittävän varhaisessa vaiheessa. Laissa myös painotetaan ihmisen omia vaikutusmahdollisuuksia talvvelujen laatuun ja tasoon nähden. Laissa korostetaan ikääntyneen väestön osallistumista ikääntyneille tarkoitettujen talvvelujen kehittämiseen esimerkiksi vanhustalvveluostoissa. Laki painottuu sosiaalihuoltoon ja täydentää muita sosiaali- ja terveydenhuollossa määritettyjä lakeja. Muita talvvelukokonaisuuksia painottavia lakeja ovat terveydenhuollon talvveluista vastaava terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaalihuollon talvveluista vastaavat sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja -huoltoasetus (29.6.1983/607) sekä Kansanterveyslaki (28.11.1972/66).

Viimeisin ikäihmisten talvvelujen kehittämistä koskeva laatusuositus on annettu sosiaali- ja terveystalvveluministeriön toimesta vuonna 2013. Laatusuositus käsittelee ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain toimeenpanoa. Suosituksen tarkoitus on olla iäkkäiden henkilöiden talvvelujen kehittämisen ja arvioinnin tukena. Laatusuositus toimii vanhustalvvelulain mukaisesti ja osa sen suosituksista kohdistuu väestö ja yksilötasolle. (Sosiaali- ja terveystalvveluministeriö 2013, 3, 11.)

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja talvvelujen parantamiseksi painotetaan terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen mahdollisuutta. Keinoina laatusuosituksessa on oikea aikainen, monipuolinen talvvelujen tarpeen selvittäminen ja siihen perustuvat talvvelut, talvvelurakenteen muutokset, tarkoituksenmukainen henkilöstö määrä, henkilöstön osaaminen ja johtaminen. Terveen ja toimintakykyisen elämän turvaaminen ikääntyneiden talvveluissa on parasta varautumista kotona pärjäämiseen. Täysivaltainen osallisuus yhteiskunnassa parantaa elämän laatua ja näin ollen vaikuttaa sosiaali- ja terveystalvveluluiden tarpeeseen ja osallisuus yhteiskunnassa on

mahdollista sitä paremmin mitä terveempänä ikääntynyt pysyy. Kaikki nämä vaikutukset näkyvät myös julkisen talouden kestävydessä. Palvelurakenteen muutoksen on tarkoitus toteutuessaan hillitä kustannusten kasvua sosiaali- ja terveyspalveluissa. Rakenteellisten muutosten ohella myös palveluprosesseja uudistetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 5-6, 11.)

2.3 Omaishoidon sopimus ja tuet

Virallinen omaishoitosuhte määrittellään omaishoidon tukea koskevassa laissa (937/2005). Laki määrittelee virallisen omaishoitosuhteen hoitosuhteeksi josta on tehty kirjallinen omaishoitosopimus joka on toimeksiantosopimus hoidosta vastaavan kunnan ja hoitajan välillä. Laissa on määritelty omaishoitaja henkilöksi, joka hoitaa omaista tai läheistä ja on tehnyt virallisen omaishoitosopimuksen. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 2§.)

Omaishoitolaissa säädetään hoitopalkkion suuruudesta ja perusteista. Hoitopalkkio on osa omaishoidontukea. Sen määrään vaikuttavat omaishoitajan tehtävän vaativuus ja sitovuus. Vuonna 2017 alin hoitopalkkio on 392 € kuukaudessa ja ylin hoitopalkkio raskaassa hoidossa vähintään 784,01 € kuukaudessa, jota vähentää maksettava henkilökohtainen verotus. Kunnilla on oikeus päättää omaishoidon tuen palkkioluokista ja myöntämiskriteereistä lain määrittämässä rajoissa. Hoitopalkkioon ei kuitenkaan vaikuta perheen tulot ja varallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 11/2016.) Laista huolimatta on tiedostettu, että omaishoitajat eivät ole yhdenvertaisessa asemassa. Eriarvoisuutta tuovat kuntien erilaiset suhtautumiset omaishoitoon ja tukeen varattuihin määrärahoihin. (Salanko–Vuorela 2010, 15-16.)

Lakiin omaishoidon tuesta 937/2005 tuli muutos kesäkuussa 2016 jolloin astui voimaan laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 511/2016, muutokset koskivat 4§ 1ja 2 momentti, 7§ 2 momentti sekä lakiin lisättiin 3a pykälä. Muutokset vaikuttivat mm. omaishoitajan vapaa-oikeuteen. Kaikille omaishoitajille kuuluu oikeus vapaihin. Vapaita myönnetään vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohden ja kolme vuorokautta vapaata niille, jotka ovat hyvin sidoksissa päivittäin tai ympärivuorokautisesti. Vapaat voi pitää

halutessaan myös alle vuorokauden mittaisena virkistysvapaana. Kunta voi myös halutessaan järjestää säädettyä enemmän vapaapäiviä. Yksi muutoksista oli, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata kaikki omaishoitajan hoitotehtävää tukevat palvelut sisältöineen. Edelleen määritetään, että omaishoitajalle on myös järjestettävä hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä hyvinvointia tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja. Hoitotehtävään on myös järjestettävä valmennusta ja koulutusta hoitotehtäväänsä, mutta tämä astuu voimaan vasta 1.1.2018. (Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 511/2016.)

Omaishoidon tuen myöntämisen edellytyksistä yksi on se, että hoitajan terveys ja toimintakyky on riittävä hoitotehtävään. Ikääntyneiden omaishoitajien hyvinvointi ja terveystarkastuksista on annettu (12.2.2015) Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote, jossa kuntia tuetaan järjestämään hyvinvointi- ja terveystarkastuksia omaishoitajille. Iäkkäiden omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia määrittää myös Laki (980/2012) ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Terveystarkastukset on suunnattu ensisijaisesti virallisen sopimuksen tehneille omaishoitajille. Tarkastukseen osallistuminen on omaishoitajalle vapaaehtoista. Hyvinvointi- ja terveystarkastusten tarkoituksena on ennalta ehkäistä ongelmien ja sairauksien syntyä, sekä tunnistaa ja hoitaa ne mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Omaishoitajaa opastetaan tekemään valintoja, jotka tukevat ja edistävät omaa hyvinvointia ja terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 12.2.2015.)

Omaishoidon tukea haetaan hoidettavan omasta asuinkunnasta. Hoidettavan asuinkunnan omaishoidon palveluista vastaavan yksikön kautta tehdään omaishoitoperheeseen kotikäynti, jossa arvioidaan tuen tarve. Arvioinnin perusteella tehdään yhteistyössä hoito- ja palvelusuunnitelma asianomaisen ja läheisten kanssa sekä viranomaisen päätös omaishoidon tuen myöntämisestä. Myönteisen päätöksen jälkeen kunta tekee sopimuksen omaishoitajan kanssa. Sopimuksesta ilmenee hoitopalkkion suuruus ja miten se tullaan maksamaan sekä tiedot lakisääteisistä vapaista. Omaishoitosopimus solmitaan toistaiseksi voimassa olevaksi, koska päättymisaikaa ei voi ennakoita. Sopimuksen

irtisanomisaika on hoitajan irtisanoutuessa yksi kuukausi ja kunnan irtisanoessa kaksi kuukautta. Sopimus voidaan päättää myös välittömästi, jos hoito ei vastaa hoidettavan etua tai on jopa vaaraksi jommallekummalle osapuolelle. Sopimuksia saatetaan joutua purkamaan hoitajan huonokuntoisuuden vuoksi. (Purhonen & Mattila & Salanko-Yrjölä 2011, 26-29.) Omaishoitajan työn merkittävin tuki, on oikeus vapaapäiviin (Kalliomaa-Puha & Mattila 2010, 75).

Omaishoitajan oman terveydentilan vakaana pysyminen on tärkeä. Hoidettava ei pysty saamaan apua itselleen, jos omaishoitajan omat fyysiset ja psyykkiset voimat hiipuvat. Kunnalla on lain mukaan vastuu järjestää omaishoitajalle lakisääteiset vapaapäivät ja vapaajakson ajaksi hoidettavalle sijaishoito. Omaishoitajilla on joskus havaittu lomahaluttomuutta, johon on monenlaisia syitä kuten, heikko taloudellinen tilanne, haluttomuus jättää omaisen sijaishoitoon tai pettymys aiempiin hoitokokemuksiin. Yhtenä syynä voi olla myös se, että pelätään hoidettavan taantumista tai laitostumista. Omaishoitaja voi kokea lomanjälkeisen ajan entistä raskaammaksi, koska arjen rutiinien ja hoidon sujuvuuden löytäminen vie aikaa. (Kalliomaa -Puha & Mattila 2010, 75, 84- 85.)

2.5 Omaishoitoa tukevat muut palvelut

Sosiaalityön kehityksen alkuvaiheilla ei tunnistettu lainkaan gerontologista sosiaalityötä. Kiinnostus vanhusten parissa tehtävää työtä kohtaan oli lähes olematon, koska ammatillisessa sosiaalityössä vallitsi psykoanalyttinen näkemys, joka ei tunnistanut vanhuutta mitenkään merkitykselliseksi ikävaiheeksi. Vasta vuosituhannen vaihteessa gerontologinen sosiaalityö alkoi vakiintua Suomessa osaksi sosiaalipalvelujärjestelmää ja vanhuspalveluja vaikkakin kuntakohtaisia eroja on erittäin paljon olemassa. (Seppänen 2006, 23-25.) Kuntien palvelujärjestelmissä omaishoidon merkitys kasvaa. Laitoshoidon vähetessä, on kotona hoitaminen ainoa mahdollisuus. Kotiin annettavien palvelujen lisäksi tarvitaan omaishoitoa vastaamaan hoivan tarpeen kasvuun. Hoivan tarve on yksilöllinen ja se vaihtelee tilapäisestä ja kevyestä hoivasta ympärivuorokautiseen laitoshoitoon. (Tikkanen 2016, 32.)

Pysyvään laitoshoidon siirtymistä voidaan hidastaa avustamalla omaishoitajien työpanosta riittävällä palvelujärjestelmän tuottavalla tuella (Mäkelä & Purhonen 2011, 21-23). Perhe ja muut läheiset ihmiset on omaishoitajan tärkeä tukiverkosto. Hoidettavan avuntarve on aluksi vielä vähäistä, ja silloin perhe yleensä selviää pienellä epävirallisella avulla ilman yhteiskunnan tarjoamia tukimuotoja. Kolmas sektori ja potilasjärjestöt saattavat toimia tukena jo varhaisesta vaiheesta alkaen. Kotona selviytyminen saattaa edellyttää kuitenkin jopa alusta alkaen läheisiltä tiivistä huolenpitoa. Kun tilanne alkaa muuttua tavanomaisesta auttamisesta sitovaan ja vaativaan hoivaan, alkaa nousta esiin kysymys mitä omaishoitaminen tarvitsee tuekseen. Tällöin nousee esille yhteiskunnan tarjoamat tukikeinot, joita on mm. tuki- ja muut palvelut, hoitotarvikkeet, apuvälineet ja tarvittavat kodin muutostyöt. (Järnstedt ym. 2009, 9.)

Omaishoitolaissa mainitaan palveluista hoidettavalle ja hoitajalle. Hoidettavien kannalta yleisimmät tarjottavat palvelut ovat apuvälineet, kotisairaanhoido, kotipalvelu ja tukipalvelut sekä kuljetuspalvelu. Se, mitä palveluja on saatavilla ja kuinka paljon, riippuu kunkin kunnan talousarvioon varaamista määrärahoista. Kuntien palveluja tarjotaan yhä enemmän palveluseteliä käyttämällä. Palvelusetelin avulla kunta kattaa osan palveluhinnasta ja asiakas maksaa loppuosan itse. (Kalliomaa-Puha & Mattila 2010, 72-73.)

Kotihoito koostuu kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Kotipalvelu kattaa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvissa tehtävissä avustamista tai suorittamista. Kotisairaanhoido on kotiin annettua terveyden- tai sairaanhoidon palvelua. Tukipalveluja ovat turva-, ateriat-, vaatehuolto-, siivous-, peseytymis-, kuljetus ja saattajapalvelut. Sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja on päivätoimintana tarjottu ryhmätoiminta. Tukipalvelut voivat olla kunnan itse tuottamia tai ostopalveluina tuotettuja. (Ikonen 2013, 15-17.) Kunnan järjestämän palvelun ohella on nykyään tarjolla palvelusetelin avulla hankittuja palveluita, kuten omaishoitajan vapaan aikainen hoito ja kotipalvelut. Lisäksi

kunnat voivat myöntää erinäisiä virkistys tai asiointiapua. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 30- 31.)

Kotihoidon palveluissa on oleellista palvelutarpeen kokonaisvaltainen kartoittaminen. Hoito- ja palvelusuunnittelu on tavoitteellista vanhustyötä, joka pohjaa arvoihin ja ihmiskäsitykseen. Se ilmenee työyhteisön ja koko palveluyksikön tavassa kohdata asiakasperhe. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa on kokonaisuus asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista ja huolenpidosta. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla asiakkaalle tulisi muodostua kuva yksilöllisestä palvelutarpeesta, valinnoista ja vaikutusmahdollisuuksista omaan hoitoon ja palveluihin, sekä niiden jatkuvaan arviointiin. (Päivärinta & Haverinen 2003 13- 15, 26.)

Kotiin tuotavien palvelujen myötä omaishoitoperheen arkeen tulee joukko ammattilaisia, joille koti on työkenttänä. Ammattilaisten tavoitteena on helpottaa perheen arkea ja tukea omaishoitajaa tehtävässään. Kotiin tuotavat palvelut muuttavat myös perheen omaa arkea ja ehkä totuttuja tapojakin. Perhe joutuu omaksumaan uusia toimintatapoja, hyväksymään uusia ihmisiä ja luopumaan yksityisyydestä. Toisinaan näkökulma kotiin tuotavista palveluista voi myös olla erilainen perheellä ja ammattilaisilla, vaikka tavoite on yhteinen eli mahdollistaa kotona pärjääminen. (Kaivolainen 2011, 158, 160.)

3 Tutkimukset omaishoitajuudesta

Väestön ikärakenteen muutos ja tuleva suurten ikäluokkien ikääntyminen on yksi keskeinen perustelu gerontologisen sosiaalityön ja yleensäkin vanhuspalvelujen kehittämiseksi. Vanhusten määrän lisääntyminen ja palvelutarpeen kasvu nähdään taloudellisena vaateenakin. On kyettävä vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen. (Seppänen 2006, 81.) Omaishoitajuus on yksi osa ajankohtaisista sosiaali- ja vanhuspoliittisista asioista, jonka tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Omaishoitajuudesta on tehty erilaisia tutkimuksia useista eri näkökulmista. (Mikkola 2009, 15.)

Mikkola (2009) on väitöskirjassaan ”Sinusta kiinni”, tutkinut puoliso- ja hoivan arjen toimijuutta. Tutkimuksen näkökulma oli puoliso- ja hoivan keskinäinen toimijuus sekä hoivan antajina, että palvelujen käyttäjinä. Tutkimusaineisto koostui kahdestakymmenestä yhdestä (21) ikääntyvän pariskunnan haastattelusta. Tutkimuksessa yhteisen toimijuuden perusta oli parisuhde, joka perustui puoliso- ja hoivan väliseen vastavuoroiseen kumppanuuteen, vuorovaikutukseen ja läheisyyteen. Hoiva perustui yhteisen elämän jatkumiseen ja tarpeeseen huolehtia puolison hyvinvoinnista. Tutkimuksen mukaan puoliso- ja hoiva toteutuu parhaiten, kun molempien osapuolten tarpeiden tyydyttyminen on mahdollista. Puoliso- ja hoivassa ongelmakohtaksi nousi hoivanantajan lomapäivien pitäminen. Hoivan saaja ei ole aina halukas hyväksymään muuta hoivanantajaa eikä valmis osallistumaan kodin ulkopuoliseen hoitoon. Heino (2011, 33) on kiinnittänyt huomionsa siihen, ettei hoivan antaja itse halua jostain syystä jättää hoidettavaansa hoitopaikkaan. Omaishoitajat kokevat joskus myös ristiriitaisia tunteita ja syyllisyyttä viettäessään omaistaan vapaapäiviensä ajaksi laitoshoidon (Tikkanen 2016, 140). Toisena syynä voi olla omaishoitajan kokema syyllisyys omista tarpeista ja hyvinvoinnista huolehtimisesta (Autio 2014, 89) ja sen vuoksi voidaan kokea, että on helpompi luopua omista vapaapäivistä. Hoivapalvelujen järjestämisessä ongelmalliseksi tulee, jos palveluja ei tarkastella yhteisen asiakkuuden kautta. (Mikkola 2009, 192-199.)

Kirsi (2004) tutki väitöskirjassaan ”Rakasta, kärsi ja kirjoita”, dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden miesten ja naisten hoitokokemuksia. Tutkimuksessa analysoitiin dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemukselleen antamaa merkitystietoa. Miehillä puolison hoivaaminen osoittautui uudeksi ja oudoksi tilanteeksi. Naisille tilanne oli tutumpi, enemmänkin velvollisuus ja halu hoivata puolisoaan, mutta kuitenkin he joutuivat usein oman hoitokyvyn ja hoidon osaamisen rajallisuuden kohtaamiseen. (Kirsi 2004, 7.)

Kehusmaa (2014) on tutkinut väitöskirjassaan heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmistien palvelujen käyttöä, omaishoitoa ja kuntoutusta. Tutkimuksen avulla etsittiin keinoja vaikuttaa suurten ikäluokkien tuomaan menojen kasvuun. Menoihin vaikuttaminen edellyttää tietoa niistä tekijöistä, jotka ovat vaikuttamassa ikääntyneiden ihmisten palvelujen käyttöön ja niistä koituihin menoihin. Tutkimuksen mukaan panostamalla ikääntyneiden sosiaalipalveluihin voidaan hillitä terveyspalvelujen käyttöä ja niistä koituvia menoja. Työnjakoa vanhustenhuollossa tulisi tarkastella uudestaan kokonaisuutena ja miettiä, voisiko painopistettä siirtää enemmän sosiaalipalvelujen suuntaan. (Kehusmaa 2014, 146-149.)

Zehner (2010) tutki väitöskirjassaan ”Informaalihoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa”, omaisten ja läheisten toisilleen antaman hoivan vaihteita ja käytänteitä. Yleispätevää mittaria riittävälle hoivalle ei voi tarkentaa, koska hoiva on niin yksilöllistä. Tutkimuksen mukaan hoivan tarvitsijan kannalta tarpeiden huomioiminen ja vastaanottaminen ovat aktiivista ja vastavuoroista toimintaa. Keskeistä on myös informaalin hoivan monivaiheisuus ja samalla sen yhdistyminen monenlaiseen sosiaalipoliittisten järjestelmien tarjoamaan hoivaan. (Zehner 2010, 5-7.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2014, 2, 3) kansallinen omaishoidon työryhmän loppuraportissa linjattiin omaishoidon strategisia tavoitteita sekä lainsäädännöllisiä että kehittämistoimenpiteitä. Erityistä huomiota raportissa kiinnitettiin omaishoitajien aseman vahvistumiseen, jaksamisen tukemiseen

sekä yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta huolimatta. Raportissa esitettiin omaishoitajien hoitopalkkioihin ja vapaisiin liittyvien tukien nostoa kaikille niille, jotka täyttävät hoitopalkkion saantiperusteet. Edelleen raportissa esitettiin, että kaikilla tulisi olla subjektiivinen oikeus palkkioon ja vapaaseen. Ohjelmassa on esitetty säädettäväksi uusi sopimusomaishoitolaki joka korvaisi aiemman (937/2005) lain omaishoidosta. Laki määritteli omaishoidon saamisedellytykset, sopimukset, palkkioluokat, määrät sekä hoitopalkkion saaminen määriteltäisiin valtakunnallisesti ja sopimusomaishoitoa tukevat palvelut.

Surakka (2012) SUFACARE (Supporting Family Caregivers and Receivers) hanke toteutettiin vuosina 2010-2012. Hankkeen tarkoitus oli tukea omaishoitajia ja hoidettavia koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. Hankkeen tarkoituksena oli arvioida omaishoitosysteemiä Suomen kaupungeissa Helsingissä, Salossa ja Turussa. Toinen hankkeen tavoite oli pyrkimys käytännönläheiseen vaikuttamiseen. Hankkeen kautta saadut tulokset tukivat aiemmin saatua tietoa. Omaishoidon motiivit perustuvat tunnesyihin kuten rakkaus, yhteisestä elinhistoriasta syntynyt kiintymys ja velvollisuuden tunto perheenjäsenenä, jolloin omaishoitoa annetaan yhteiskunnallisten normien määräämänä velvollisuuden pakosta. Valinnanvapaus hoitamiseen ryhtymisessä on merkittävä tekijä kielteisten seurausten välttämiseksi. Merkittävin tulos oli se, että omaishoitajat kokivat saamansa tuen ja neuvonnan riittämättömäksi. Hankkeen tulosten johtopäätöksissä mainittiin, että onnistuneessa omaishoitosuhteessa vallitsee turvallinen ja hyvä elämänlaatu, omaishoitajiin suhtaudutaan positiivisesti, arvostavasti ja heidän työpanoksessaan tunnustetaan kokemus asiantuntijuus, sekä huomioidaan yksilökohtaiset laadukkaat tukitoimet. (Surakka 2012, 19, 34-35.)

Kalliolan senioripalvelusäätiön Kuntokeidas/ Sandels (Hiekkanen & Pulkkinen & Rikberg 2013) toteutti Raha-automaatti yhdistyksen tukemana hankkeen elinvoimaa ja elämänhallintaa omaishoitoperheille vuosina 2009-2013. Tavoitteena oli kartoittaa iäkkäiden omaishoitoperheiden tarpeita kotikäynnillä ja tukea kotona selviytymistä. Omaishoitohanke kohdistui eteläiseen Helsinkiin.

Hankkeen tulosten mukaan oikea-aikainen tuki omaishoitajille ja palveluiden koordinointi ja ohjaus ovat tärkeitä asioita. Riittävät palvelut, työ- ja apuvälineet, esteetön koti ja lähiympäristö varmistavat omaishoitajan jaksamista pidempään läheisensä hoitamisessa. (Hiekkanen & Pulkkinen & Rikberg 2013, 3, 17-18.)

Pro gradu -tutkielmia on tehty useita omaishoitajuuden alueelta. Klemetilä (2014) on tutkinut Pro gradu -tutkielmassaan puoliso-omaishoitajien kokemuksellista elämänlaatua, jossa tutkimusaineistona käytettiin Alsova -päiväkirjoja. Tutkimus tuotti tietoa alzheimerin tautia sairastavien miesten puoliso-omaishoitajina toimivien naisten kuvauksia elämänlaadustaan. Tutkimustulosten mukaan elämänlaatu vaihtelee hoidettavan sairauden erivaiheissa. Hoitosuhteessa olisi myös tiedostettava sen rinnalla kulkeva parisuhde ja kuinka muuttuva tilanne vaatii tietoa ja tukea omaistaan hoitavalle. Omaishoitajille tulisi tarjota emotionaalista tukea sekä riittävästi tietoa taudin tuomista muutoksista hoidettavassa. Perheen kanssa työskentelevien ammattilaisten tulee tiedustella omaishoitajilta heidän vointiaan ja jaksamistaan. (Mt., 2, 53-55.)

Sointu (2008) Pro gradu -tutkielmassaan selvitti ikääntyneen naisen arkea sellaisessa tilanteessa, jossa hoivaa puolisoaan. Tutkimustulosten mukaan omaishoitajan jaksamisen tueksi erilaiset kodinhoito ja hoivapalvelut on merkittävä apu arjen sujumiseksi. Hoivan arki todettiin monimuotoiseksi joten samoin tulisi olla sitä tukevan sosiaalipolitiikankin. (Mt., 87- 91.)

Laitinen (2011) tutki omassa Pro gradu -tutkielmassaan niitä tekijöitä, jotka vaikuttivat omaishoitoon liittyvien palvelujen käyttöön sekä tarpeeseen. Tutkielman mukaan omaishoidossa eniten käytettyjä palveluita olivat avoterveydenhuollon palvelut, kuntoutus, päivittäinen hoitoapu, apuvälineet ja sijaispalvelut. Tarvetta todettiin olevan kotiin annettaville tukipalveluille kuten siivous, arkiaskareet ja kuntoutus sekä omaishoitoon liittyvälle neuvonnalle ja tuelle. Tutkimuksen mukaan suurin osa omaishoitajista asui samassa taloudessa hoidettavan kanssa. Palvelujen tarve todettiin kasvavan sen myötä, kun hoivatunnit lisääntyivät. (Mt., 76- 83.)

Jaakkola (2007) selvitti Pro gradu -tutkielmassaan sitä, minkälaisia sosiaalisen verkoston resursseja omaishoitajat tarvitsevat hoitotyönsä tueksi. Tarvittava tuki on moninaista arjen konkreettisia tekoja, sosiaalista tukea omaisilta ja läheisiltä sekä palvelujärjestelmästä. Aineiston mukaan lasten merkitys oli suuri. Niillä, keillä lapsia oli, lasten rooli näyttäytyi arkisien toimintojen lisätukena. Omaishoitajat eivät kokeneet saaneensa palvelujärjestelmästä kaikkea sitä tukea, joka olisi ollut mahdollista saada. Etuuksien ja palvelujen saannin ehdot näyttäytyivät kohtuuttoman kovina. Palvelujärjestelmän antama arvostus koettiin myös riittämättömänä. Omaishoitajuuden mahdollistamiseksi omaishoitajat tarvitsivat läheisiltään ja palvelujärjestelmältä riittävästi sosiaalista tukea. (Mt., 93- 103.)

Hämäläisen (2015) Pro gradu -tutkielman keskeisistä tuloksista ilmeni, että puoliso-omaishoitajien kokemukset vertaistuesta sekä tunne omasta jaksamisestaan ja hyvinvoinnistaan, oli heille merkityksellinen. Vertaistuki auttoi voimaantumaa, rohkaistumaan ja samaistumaan muihin samassa tilanteessa oleviin vertaisiin. Vähensi stressiä ja ahdistusta, helpotti yksinäisyyttä ja tarjosi peilin jakaa kokemuksia sekä saada ymmärrystä muilta. (Mt., 55.) Omaishoitajaa tukevat voimavarat koostuvat tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvistä reaktioista, joiden avulla hallitaan tunteita, ratkaistaan eteen tulleita ongelmia sekä ylläpidetään psykologista vastuskykyä sekä rohkeutta. Positiiviset tunteet toimivat hyvän elämän rakentajina, Negatiiviset tunteet vaikuttivat omaishoitajan selviytymiseen kuormittumis- ja haastavissa tilanteissa. (Autio 2014, 33, 42, 44.)

Liikanen (2010) tarkasteli Pro gradu -tutkielmassaan työikäisten omaishoitajien kokemuksia arjesta muistisairaiden omaistensa hoivaajina. Tyypillistä työssäkäyvän omaishoitajan tehtäviä olivat kodinhoidolliset tehtävät, kaupassa käynti ja perustoiminnoissa auttaminen kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa. Omaishoiva ja työssäkäynnin yhteistoteutus vaatii lisäksi paljon tuki- ja muita palvelumuotoja. (Mt., 103-111.)

Tutkimukseni kannalta kaikki edellä mainitut tutkimukset vahvistavat oman tutkimukseni oletusta, että hyvinvoinnin perusta on keskeisten tarpeiden yksilöllinen tyydyttyminen, koska jokaisella on omat tarpeensa, toiveensa ja ajatuksensa asioista ja hyvästä elämästä sekä oma elämänsä historia. Ihmisen taustalla, fyysisillä ja psyykkisillä voimilla, halulla, iällä ja motivaatiolla on vaikutusta tarpeiden tyydyttymiseen. Mikkola (2009) totesi, että puoliso hoiva toteutuu parhaiten kun molempien osapuolten tarpeiden tyydyttyminen on mahdollista. Ongelmaksi nousi lomapäivien pitäminen kun hoivan saaja ei halua tai hoivaaja ei halua jättää hoitopaikkaan. Palveluja tulisi tarkastella yhteisasiukkuuksien kautta. Zehner (2010) Painotti hoivan monivaiheisuutta ja yksilöllisyyttä ja samalla yhdistäen se monenlaisten sosiaalipoliittisten järjestelmien tarjoamaan hoivaan. Kansallisen omaishoidon työryhmän raportissa painotettiin omaishoitajan aseman vahvistumista, jaksamisen tukemista sekä yhdenvertaisuutta. Kirsi (2004) Miehille puolison hoiva osoittautui uudeksi ja oudoksi tilanteeksi verrattuna naispuolisiin omaishoitajiin. Kehusmaan (2014) mukaan tulee panostaa ikääntyneiden sosiaalipalveluihin ja niissä tulisi pohtia työnjakoon liittyviä asioita. Surakka (2012) SUFACARE hankkeen raportissa painotti, että merkittävin tulos oli, että omaishoitajat kokivat saamansa tuen ja neuvonnan riittämättömäksi. Pro gradu -tutkielmia oli useita ja niiden tulosten mukaan tulisi tarjota emotionaalista tukea riittävästi sekä tietoa taudin tuomista muutoksista. Tuen tarve oli kahdessa tutkielmassa todettu. Omaishoitajan jaksamisen tueksi erilaiset kodinhoito ja hoivapalvelut on tarpeen, kuten siivous ym. arkiaskareet. Vertaistuen merkityksellisyydestä oli myös keskeisiä tuloksia.

4 Hyvinvointitutkimus käsitteellisenä kehiksenä

Tässä luvussa pyrin määrittämään hyvinvointitutkimuksen klassikon Helsingin yliopiston pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen tutkimusryhmän Suomen Akatemian tutkimusprofessori Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin käsitettä. Erik Allardt (1976, 149) määrittelee hyvinvointi käsitettä yksinkertaisesti hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihmisillä on mahdollisuus saada tyydytettyä keskeiset tarpeensa. Keskeisillä tarpeilla hän tarkoittaa perustarpeita. Tutkimuksessani tarkastelen omaishoitajien hyvinvoinnin kokemusta Allardtin (1976) hyvinvoinnin teoreettisesta viitekehiksestä käsin.

4.1 Hyvinvoinnin käsite Erik Allardtin mukaan

Allardt (1976) jaottelee pohjoismaisen yhteiskunnan kolme hyvinvoinnin rakentavaa ulottuvuutta, jotka ovat: elintaso (having), yhteisyyssuhteet (loving) ja itsensä toteuttaminen (being). Hyvinvoinnin perusta on keskeisten tarpeiden tyydyttyminen. Keskeiset tarpeet jakaantuvat kahteentoista (12) hyvinvoinnin osatekijään, joiden katsotaan muodostuvan pohjoismaisen yhteiskunnan hyvinvoinnin kriteerien näkökulmasta tärkeänä pidetyistä perustarpeista. Hyvinvointianalyyseissä tarpeet ja niiden tyydyttyneisyys on nähty keskeisinä tutkimuskohteina. (Mt., 10, 328- 330.)

Hyvinvointi edellyttää tarpeiden tyydyttyneisyyttä, jonka kautta ilmaistaan myös olemassa olevia sosiaalisia arvoja. Arvot edustavat sellaista, mikä on tavoittelemisen arvoista ja mitä myös tavoitellaan. Arvoja tarkastellaan monesta eri perspektiivistä. Lähinnä nostetaan esiin kysymys, kenen arvoista on kulloinkin kyse. Hyvän yhteiskunnan perusta on hyvinvointi, jota tarkastellaan lähtökohtaisesti väestön tarpeiden ja arvojen näkökulmasta, joita yritetään toteuttaa erilaisten tarvepyrkimysten avulla. (Allardt 1976, 21, 28-29, 32, 37.)

Ihmisen elintasosta ja elämänlaadusta koostuvaa hyvinvointia voidaan tutkia subjektiivisesti sekä objektiivisesti. Ihmisen perustarpeet ja voimavarat yhdistyvät tarkasteltaessa hyvinvoinnin osatekijöitä having, loving, being ja perustarpeiden tyydyttymiseen tarvittavia resursseja. (Allardt 1976, 21, 37-38).

Osatekijöiden arvojärjestyksen vaikutuksesta hyvinvointia saatetaan tarkastella eri näkökulmista. Monesti terveys määritellään tärkeimmäksi arvoksi. Joissain hyvinvointianalyseissä painotetaan eniten niitä hyvinvoinnin osatekijöiden resursseja, joiden avulla pystytään hankkimaan muita resursseja, kuten tuloja. Tulojen avulla yksilö voi ohjailla elinehtojaan. Allardt (1976) viittaa myös Maslowin tarvehierarkiaan, jossa inhimilliset perustarpeet ovat hierarkisesti ja vahvuuksien mukaan järjestäytyneet ja järjestyksessä ensisijaiseksi osoittautuu fysiologisten perustarpeiden tyydyttäminen. Yksimielisyyttä hyvinvointiarvojen tärkeysjärjestyksestä ei ole, mutta vallitsee yksimielisyys, millaiset ovat huonot olosuhteet. Hyvinvointiarvoja voidaan painottaa eri tavoin, vaikka kaikki arvot ovat tärkeitä ja edustavat hyviä asioita. (Mt., 52-53.)

Georg Henrik von Wright (2001) kuvaa ihmisen hyvää laajaksi käsitteeksi, johon sisältyy onnellisuus, hyvä kunto ja hyvinvointi. Hyvinvointia kuvataan kattavaksi käsitteeksi, jossa on kaikki se, mitä kutsutaan ”ihmisen hyväksi”. Ihmisen hyvän osatekijöinä nähdään onnellisuus ja hyvä kunto. Onnellisuuden hän kuvaa olevan hedoninen käsite ja hyvinvointia hän kuvaa utilitaarisena käsitteenä. (von Wright 2001, 147-149.)

Hyvinvointia ja onnellisuutta pidetään jossain yhteydessä synonyymeina, vaikka ne ovat erotettavissa toisistaan. Yhteiskuntafilosofisessa merkityksessä niillä on selkeä ero. Onnellisuus nähdään nautinnon ja ilon tunteen kautta syntyvänä mielihyvänä. Hyvinvointi taas kuvaa hyvää tekeviin tai haitallisiin asioihin liittyvää tilaa ja sitä miten joidenkin asioiden tekeminen ja tapahtuminen vaikuttaa pitkälläkin aikajanelä ihmisen elämään. (Von Wright 2001, 149.) Onni liittyy ihmisen subjektiivisiin elämyksiin ja tunteisiin ja siihen, miten onnelliseksi ihminen itsensä kokee määritellessään oman onnellisuutensa astetta. Onnellisuuden ja hyvinvoinnin käsitettä vertailtaessa nähdään, että hyvinvointi on objektiivisempi käsitteenä kuin onnellisuus. Tyytyväisyyttä ja onnellisuutta voidaan tutkia selvittämällä ihmisen subjektiivisia tunteita ja asenteita. Subjektiivisia tunteita ei voida sivuuttaa määritettäessä hyvinvointia, koska ne vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin kokonaisuudessaan. (Allard 1976, 32.)

Niemelän (2009) tulkinta hyvinvoinnista rakentuu sosiaalitieteelliselle ajattelulle, jossa ihminen nähdään toimivana, yhteisöllisenä ja yhteiskunnallisena olentona. Toiminnallisuus on keskeistä ja sillä tavoitellaan hyvää. Toiminnallinen hyvä sisältää erilaisia toimintoja, joiden taustalla on motiivi, tarve, halu, hyöty, kunnia tai velvollisuudentunto. Se miten ihminen pystyy toiminnallaan vaikuttamaan hyvinvointiinsa, riippuu hänen kyvyistään toimia. (Niemelä 2010, 23-24.)

Voutilaisen, ym. (2005) mukaan elämässä on eri ulottuvuuksia, jotka vaikuttavat ihmisen kokemaan elämänlaatuun. Näitä ulottuvuuksia ovat: terveys ja hyvinvointi, aineellinen elintaso, elämän mielekkyys, sosiaaliset suhteet, tunne oman ympäristön viihtyisyydestä, suhtautuminen sairauteen ja toimintakyvyn laskuun, suhtautuminen hoitoon ja palveluun sekä hengellisen elämään liittyvät asiat. Elämänlaatu koostuu yleisestä elämän tyytyväisyydestä, mielihyvän tunteesta ja onnellisuudesta, tarpeiden tyydyttymisestä ja lopuksi kaikkien edellä mainittujen tekijöiden yhdistymisestä. Ihmisen elämänlaadun keskeinen mittari on tyytyväisyys. Ikääntyneidenkin palveluissa tyytyväinen ihminen on ikääntyneiden hoidon ja palvelun jokapäiväisenä tavoitteena. (Voutilainen, ym. 2005, 11-14.)

4.2 Elintaso

Allardin (1976) mukaan elintasoa rakentaviksi osatekijöiksi määritellään tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus ja terveys. Elintason osatekijät ovat perustavia ja ensisijaisia hyvinvoinnin muodostavia arvoja. Alhainen elintaso vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. (Mt., 41, 50.) Tulot ovat keskeinen elintason vaikuttava osatekijä, koska niiden avulla hyvien asioiden hankkiminen ja saavuttaminen on mahdollista. Tulot ovat osatekijä, jonka avulla ihminen voi ohjailta omia ehtojaan. Tuloja käsiteltäessä puhutaan bruttotuloista ja verotuksen jälkeisistä tuloista eli nettotuloista. Yksi tulokäsitem voi olla bruttotulo, johon on lisätty luontaisedut. Luontaisedut voivat olla muutakin kuin palkan päälle tulevaa rahaa, kuten edustusmenoja, ulkomaanmatkoja, ym. yleishyödykettä. Luontaisedut saattavat olla vaikeasti määriteltävissä, mutta saajalleen tärkeitä. Voidaan todeta, että tuloja tutkittaessa on huomioitava

osatekijöiden moninaisuus ja mitä tulotermillä tarkoitetaan. Työllisyys nähdään hyvinvoinnin kannalta keskeisenä tekijänä, koska työnteko sinänsä on tavoite ja väline. Ansiotyö on hallitseva tulonlähde ja sen puuttuminen on epätasaisen tulonjakauman tärkein tekijä. (Allardt 1976, 121-122, 126-127.)

Omaishoitajalla raha ei ole motiivilistalla ensimmäisenä, vaikka työstä saatu palkkio onkin jokaiselle eri tavoin tärkeä. Omaishoidosta saatavaan tuloon voidaan joskus nähdä sisältyvän tietynlainen kannustinloukku. Vähätuloisissa kotitalouksissa saatetaan joutua laskemaan tarkkaan, mikä hoitomuoto on taloudellisin, mutta ei välttämättä paras vaihtoehto. Omaishoidossa palkkio työstä nähdään myös osana tunnustusta ja arvostamista. (Kalliomaa-Puha 2014, 53.) Elintaso nähdään tärkeänä osana hyvinvointia, joka ei kuitenkaan tarkoita sitä, että rahan määrää mittamaalla pystyttäisiin arvioimaan, voiko rikas paremmin kuin köyhä (Raunio 1995, 301.) Riittävä määrä turvallisuutta vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Taloudellisella turvallisuudentunteella on vaikutusta ihmisen hyvinvointiin myönteisesti, jolloin erilaisilla uhkatilanteilla ole vaikutusta ihmisen hyvinvointiin. Hyvinvointi ja onnellisuus liittyvätkin vahvasti yhteen ihmisen elintason ja elämänlaadun kanssa. (Allardt 1975, 23.) Köyhyys on kuitenkin suuri riski ihmisen terveydelle ja muulle hyvinvoinnille (Allardt 1976, 39).

Koulutus on arvo, joka voi lukeutua itsensä toteuttamisen osatekijöihin. Allardt (1976) painottaa koulutusta resurssina, jonka avulla voi hallita aineellisia elinehtoja. Sodanjälkeisiä pohjoismaisia koulu-uudistuksia on perusteltu koulutuksen vaikutuksella luokkajakoon, tulonjakoon ja yleiseen elintasaan. Koulutuksen vaikutus ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. (Mt., 131-132.)

Asumistasoa mitataan taloudessa asuvien henkilöiden lukumäärällä sekä talouden huonemäärällä. Huoneiden määrittelyt eivät ole yhdenmukaisia kaikissa tutkimuksissa, jossain keittiö lasketaan huoneeksi toisissa paikoissa myös eteinen, kylpyhuone sekä keittokomerokin. Puutteelliset asuinolot voivat vaikuttaa hyvinvointiin alentavasti. Asunnon lisäksi vaikutusta on myös asuinympäristöllä ja tilalla. (Allardt 1976, 41, 123-125.) Suhde kotiin ja koko

elinympäristöön korostuu silloin, kun ihminen sairastuu ja varsinkin niissä tapauksissa, kun ihmistä hoidetaan kotona. Kodilla on ihmiselle tärkeä merkitys, se on paikka, jossa viihdytään ja koetaan hyvinolontunteita. Koti on merkittävä paikka sekä hoidettavalle että hoitajalle, jolle se on myös työpaikka. (Uusitalo 2014, 135.)

Ihmisen ikääntyessä asumisen merkitys korostuu. Asuntojen kunnolla ja varustetasolla on huomattava merkitys viihtyvyyteen ja kotona asumiseen. Koti voi olla pieni mökki maalla, vuokra-asunto tai iso omistusasunto. Koti liittyy aina johonkin ympäristöön. Asuinympäristöllä voi olla suurikin merkitys ihmisen kotona pärjäämisessä. Asuinympäristöä tarkastellaan fyysisten piirteiden näkökulmasta, mutta asumisympäristöön liittyy myös aina tunnesuhteet. Tuttu ja turvalliseksi koettu ympäristö tukee kotona pärjäämistä. Ympäristö voi tarkoittaa ihmiselle myös sosiaalisia suhteita. (Tedre 2003, 62.) Kodin fyysiset tilat ovat keskeinen elementti onnistunutta hoivan arkea. Erityisesti kodin fyysiset tilat ovat ikääntyneen elämässä tärkeitä asioita, koska niillä on vaikutusta ihmisen fyysiseen kykyyn liikkua ja koko toimintakykyyn (Rubinstein & Parmelee 1992, 140).

Terveyttä on usein pidetty hyvinvoinnin keskeisenä tekijänä, vaikka toisaalta on ajateltu, että terveys on resurssi. Resurssin avulla voidaan vaikuttaa muihin osatekijöihin kuten koulutukseen ja työllisyyteen. Kuitenkin terveys halutaan nähdä hyvinvoinnin keskeisenä osatekijänä. Terveuden mitta on laajempi kuin kysymys onko terve. Terveys kokonaisuutena jakaa tietoa koko terveydentilasta. Terveystilaa tutkittaessa siihen on sisällytetty krooniset sairaudet, psykosomaattiset sairaudet, lääkkeiden käyttö ja ahdistuneisuus. (Allardt 1976, 134 -141.)

Heikkisen (2000) mukaan ihmisen kokemus terveydestään kertoo enemmän kuin tieto siitä, mitä sairauksia ja toiminnanvajavuuksia ihmisellä on. Paljon sairauksia omaava ihminen voi kokea itsensä terveeksi, koska terveys on kokemuksellinen asia. Se, miten ihminen arvioi terveyden tilaansa, muuttuu myös iän myötä. Arvio terveydestä heikkenee iän lisääntyessä. Elintavoilla on

vaikutusta siihen millaiseksi ihminen arvioi terveytensä. Elintavat vaikuttavat fyysiseen suorituskyykyyn, joka taas vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn. Fyysinen aktiivisuus ja liikunta vaikuttavat terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen vielä vanhemmallakin iällä. Hyvällä fyysisellä suorituskyyvyllä voi estää joidenkin toiminnanvajaavuuksien syntymistä. Mitä vähemmän on toiminnanvajaavuuksia sitä pitempi on elinajan odote. Elinajan odote on korkeampi fyysisesti aktiivisilla ihmisillä. Terveellinen ravitseminen, tapaturmien ennalta ehkäisy ja hyvä fyysinen suorituskyyky edistää hyvän toimintakyvyn säilymisestä. Keski-ian elintavat ovat merkityksellisiä myös ikääntyessä. Vanhemmalla iällä terveellinen ravitseminen on oleellinen terveyttä ylläpitävä tekijä. Aliravitseminen ja yksipuolinen ruokavalio on yleisempää iäkkäillä, joilla se on myös selkeä terveysriski. Heikkoon ravitsemukseen liittyy toimintakyvyn heikkenemistä ja ennen aikaista kuolleisuutta. (Heikkinen 2000, 227-229.)

Normaaliin elämän kulkuun kuuluu ikääntymisen elämänvaihe, jonka alku on yleensä aktiivista aikaa ja ajan jatkuessa tyypillistä on voimien väheneminen, sairastelu ja riippuvuus toisten ihmisten avusta (Noppari & Koistinen 2005, 15-16.) Suurimmalle osalle ihmisistä terve vanhuus ei ole mahdollista. Elämänkulkuun kuuluu usein erinäisiä pitkäaikaissairauksia. (Heikkinen 2000, 231.) Nykyisin on siirrytty käyttämään käsitettä toimintakyky. Lääketieteellisesti määritelty terveydentila ei ole ratkaisevin, vaan se miten sairauksien kanssa pystyy elämään ja minkälainen on ihmisen todellinen toimintakyky. Kyky suoriutua arjen vaatimuksista mittaa, jopa elossa pysymistä. Toimintakyvystä voidaan käyttää termiä toimijuus, koska pelkkä yksilön kyyvykkyys ei riitä vaan tarvitaan osaamista, haluamista ja täytymistä eli sitä mitä ympäristö odottaa ikäihmiseltä. (Noppari & Koistinen 2005, 15-16.)

Sosiaalisen elämän verkostolla on vaikutusta terveyteen, sairastumisen riskitekijöihin ja kuolleisuus riskeihin. Sosiaaliset suhteet ovat ihmisen elämässä merkittäviä, vaikka huomioitaisiin terveyskäyttäytymisestä johtuvat erot. Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa ihmisen fysiologisiin toimintoihin ja epäsuorasti asenteisiin ja käyttäytymiseen. Hyvät sosiaaliset suhteet alentavat sydäninfarktien ja aivohalvausten mahdollisuutta sekä vähentävät

toimintavajauksia sekä suoristuskyvyn heikkenemistä. Sosiaaliset suhteet voivat vaikuttaa toisinkin päin eli negatiivisesti suhteessa terveyteen. Sosiaaliset suhteet voivat olla vaatimusten, ristiriitojen ja pettymysten täyttämiä, jolloin vaikutus ei ole myönteinen. (Heikkinen 2013, 400.)

4.3 Yhteisyyssuhteet

Yhteisyyssuhteilla (Allardt 1976) tarkoitetaan ihmissuhteita kuten perhettä ja ystävyysuhteita. Ihmisellä on luontainen tarve yhteisöllisyyteen ja toveruuteen. Yhteisyyssuhteet rakentuvat paikallisyhteisyydestä, perheyhteisyydestä sekä ystävyysuhteista. Yhteisyyssuhteet rakentuvat arvoista, jotka näkyvät ihmisen käytöksessä suhteessa muihin. Ihmisellä on yhteisyyden tarve, jota ei voida korvata muiden tarpeiden toteuttamisella. Yhteisyys sisältää rakkauden, toveruuden ja solidaarisuuteen liittyvät tarpeet. Ihmisellä on tarve kuulua sosiaaliseen verkostoon, jossa huolehditaan ja välitetään toisista. Yhteisöllisyyden tarve täyttyy, jos ihminen kuuluu johonkin sosiaaliseen verkostoon. (Mt., 42, 50, 142). Sosiaalinen tuki, keskusteleminen, yhdessä olo ja keskustelu muiden kanssa on tärkeää ihmisen hyvinvoinnille (Ahokas 2010, 223). Yhteisöllisyys ja rakkaussuhteet vaativat yhteistä kieltä, ymmärrystä ja kykyä asettua toisen ihmisen asemaan. Fyysinen kunto ja taloudellinen tilanne vaikuttavat siihen, miten ihminen ylläpitää sosiaalisia suhteitaan ja saa muilta sosiaalista tukea. (Pessi & Seppänen 2001, 303.)

Jokaisella ihmisellä on oma yksilöllinen sosiaalisista suhteista koostunut verkosto tai sosiaalinen yhteisö, joka pitää sisällään ihmisiä usealta eri elämänalueelta. Näitä elämänalueita ovat perhe, suku, työn kautta tullut yhteisö, ystävät, yhteiskunnan viranomaiset ja ammattilaiset. (Forsberg & Wallmark 1998, 10.) Sosiaalinen eristäytyminen ja sosiaalisen tuen puute edistää toimintakyvyn heikkenemistä. Sosiaalisella elämällä ja yhteenkuuluvuuden tunteella ajatellaan olevan elinikää pidentäviä vaikutuksia. Yhteenkuuluvuuden tunne syntyy yhdessä tekemisen- ja toiminnan kautta, joita ovat esimerkiksi erilaiset harrastukset. (Kotiranta ym. 2011, 241-242.) Ystävyysuhteissa yksilöt muodostavat yhteyksiensä kautta verkostoja, joista saa tunnepohjaista tukea,

apua ja tietoa hädän hetkinä. Joskus ystävät saattavat huolehtia jopa muodollisen organisaation laiminlyömistä tehtävistä. (Allardt 1976, 154-156.)

Sosiaalisen verkoston paikka ihmisen elämässä on muuttuva. Muutokseen vaikuttavat monet syyt, kuten omaishoitajan muuttunut rooli. Sosiaalisen verkoston rakenteiden muuttuessa, muuttaa se myös ihmisten välisiä suhteita. Verkoston merkitykset ovat jatkuvassa muutoksessa ihmisen elämänkaaren aikana. (Marin 2003, 78.) Sosiaalisen verkoston muotoutumisen ja syntymisen lähtökohtana on se, että verkostoon pyrkivällä on aina epäsuoria tai suoria yhteyksiä verkoston jäseniin. Lisäksi tarvitaan tunne verkostoon kuulumisen tärkeydestä. (Forsberg & Wallmark 1998, 10.) Ihminen haluaa olla ja hänellä on tarve olla rakastettu, hyväksytty tulla huomatuksi ja kuulluksi sekä tuntea itsensä tarpeelliseksi. Kuuluessaan yhteisöihin ja erilaisiin ryhmiin ihminen kokee kuuluvansa johonkin ja tuntee yhteisöllisyyttä muiden kanssa. Yhteisöllisyydestä sanotaan, että se olemassa olon kannalta välttämätöntä. (Rauramo 2004, 122.)

Sosiaalisissa suhteissa puhutaan symmetrisyydestä, joka tarkoittaa sitä, että suhteissa on vastaanottava ja antava osapuoli. Symmetrisyyden toteutuessa tarpeellisuuden kokemus tulee esille. Itsensä tarpeelliseksi kokeminen lisää ihmisen omaa hyvinvoinnin tunnetta. Pystyäkseen toteuttamaan yhteisyyssuhteita tarvitaan kykyä ymmärtää toista ihmistä ja kykyä asettua toisen ihmisen asemaan. Ihmisellä on yhteisöllisyyden luontainen tarve kuulua sosiaaliseen verkostoon. Jos tämä tarve ei toteudu, ihmiselle saattaa syntyä psyykkisiä ongelmia. (Allardt 1976, 43, 44.) Empaattista ymmärtämystä on mahdollista saada vertaistukiryhmistä, joissa voi jakaa kokemuksiaan ja saada ymmärrystä muilta kunnioittavassa ilmapiirissä. Vertaistukiryhmässä omasta elämäntilanteesta kertominen on helpompaa niille ihmisille, jotka ovat kokeneet samanlaisia asioita. Vertaistukiryhmissä vallitsee ymmärrys siitä, millainen apu hyödyttää omaishoidon arkea. (Mead ym. 2001, 135.) Yhteiset kokemukset auttavat ihmistä ymmärtämään, ettei ihminen ole yksin omassa tilanteessaan.

Yksinäisyyden tutkiminen on nostanut esille yksinäisyysilmiön moniulotteisuuden (Hymel ym. 1999, 80). Yksinäisyys on moniulotteinen käsite, joka kuvaa ihmisen sisäistä kokemusta. Yksinäisyyden mittaaminen koetaan haastavaksi, koska ainoastaan ihminen itse voi arvioida omaa yksinäisyyden kokemustaan (Lampinen 2004, 21). Ihminen voi kokea yksinäisyyden tunnetta, vaikka ympärillä on ihmisiä. Ihmisen kokemaa subjektiivista yksinäisyyden kokemusta on tutkittava kontekstissa, joihin sisältyvät ihmisen omat elämäkokemukset ja nykyhetkeen liittyvät tekijät (Cacioppo & Patrick 2008, 73-74). Objektiivisesti yksin oleva ei koe yksinäisyyttä. Kokemus syntyy ihmisen odotuksista, joista syntyy kielteinen tai myönteinen yksinäisyys. Yksinäisyyttä, sosiaalista eristäytyneisyyttä ja yksin asumista ei voi sekoittaa keskenään. Ne ovat lähellä toisiaan, mutta eivät tarkoita samaa asiaa. Yksin asumista ja sosiaalista eristäytyneisyyttä voidaan mitata sosiaalisen verkoston avulla. Yksinäisyyden kokemuksestaan pystyy kertomaan vain henkilö itse, koska se liittyy omiin odotuksiin. (Noppiari & Koistinen, 2005 20-21.)

Ikääntyneillä henkilöillä yksinäisyys on tavallista. Yksinäisyyden kokemus on eri asia kuin kanssakäymisen määrä. Yksinäisyyttä voi kokea vaikka ympärillä olisi ihmisiä. Tutkimistulosten mukaan yli 75 vuotiaista suomalaisista kotona tai palvelutaloissa asuvista kärsii 40 % yksinäisyydestä. Yksinäisyyden kokemusta ei aina tunnisteta, koska sen kokeminen koetaan häpeälliseksi tai mukana voi olla myös masentuneisuutta. Yksinäisyydellä arvioidaan olevan haitallisia terveysvaikutuksia (Cacioppo & Patrick 2008, 99). Ihmisen kokema yksinäisyys on todettu olevan yhteydessä ihmisen ahdistuneisuuteen, kärsimättömyyteen, suruun ja itsensä torjumiseen (Lampinen 2004, 27). Nämä yksin tai yhdessä johtavat toimintakyvyn alentumiseen ja avun tarpeen lisääntymiseen sekä sen myötä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen ja pahimmassa tapauksessa voi edesauttaa ennenaikaista kuolemaa. Sosiaalisen eristäytyneisyyden ja yksinäisyyden on todettu ennakoivan myös dementoitumista. (Noppiari & Koistinen, 2005, 19.)

Paikallisyhteisyydellä tai yhdessä pysymisellä on vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin. Paikallisyhteisyys on resurssi, jonka vaikutukset eivät aina ole

positiivisia. Paikallisyhteisyyttä on tutkittu subjektiivisten elämysten, asuinpaikkakunnalla pysymisen ja naapurien välisen avuliaisuuden avulla. Pohjoismaisen tutkimuksen mukaan suomalaiset olivat eniten sidoksissa asuinpaikkakuntaansa johon kokivat yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Allardt 1976, 145 -148.) Perheyhteisyys ja perheen tuki voidaan nähdä eritavoin. Joillekin se on yhteisyys, josta saa tukea, jollekin se on kokemus perheen painostamisesta. Perhesuhteet voivat lisätä ja vähentää hyvinvointia. (Allardt 1976, 150-151.) Ihmisillä on tarve toimia ja ajatella tavalla, joka vastaa ympäristön odotuksia. Ympäröivän ryhmän jäsenet voivat vahvistikin kannustaa toimimaan heitä odotusten mukaisesti. (Tuomela & Mäkelä, 2011, 97.)

Perhe merkitsee eri asioita eri ihmisille ja siihen liittyy, se miten henkilö on määritellyt perheensä. Perhe määritellään biologisen, juridisin tai emotionaalisen perustein. Perheen rakenne muodostuu sisäisistä ja ulkopuolisista suhteista. Perheenjäsenten kesken vallitsee riippuvuus toisistaan, toistensa rooleista ja merkityksestä. Perheen rakenne ja roolit muuttuvat elämän muutosvaiheiden mukana. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 11-15.) Perheen ja sukulaisten välillä on tyypillistä keskinäinen apu, joka on omaishoitamisessakin tyypillistä. Läheiset ihmissuhteet rakentuvat kiintymyksen ja lämpimien tunnesiteiden ohella myös ristiriitaisuuksista. Omaishoito voi joskus rakentua rakkauden sijaan velvollisuudelle. (Marin 2003, 77.) Sukulaissuhteisiin kuuluvat moraaliset velvollisuudet ja vastavuoroisuus ja niiden olemassaolon vaikutuksen tiedostaminen auttaa ymmärtämään hoivan antamisen motiivin (Qureshi & Walker 1989, 20).

Ihmisen paikka sosiaalisessa verkostossa on muuttuva. Syitä muuttumiseen on monia, kuten sukupolvien virraksi kuvattu roolien muutos. Kun roolien rakenne muuttuu, vaikuttaa se myös ihmisten välisiin suhteisiin. Ihmisten välisten suhteiden luoma verkosto on jatkuvassa muutoksessa, iän myötä tapahtuva kuolleisuus on luonnollinen muutoksen aiheuttaja. Ikätovereiden poistumista kompensoi usein laajeneva lasten ja lastenlasten sukupolvi. Perheessä voi olla useita sukupolvia ja monimutkaisia perhe- ja sukurakenteita. Uusperheet ovat nykyaikaa ja ne tuovat tullessaan lisää monimutkaisia sosiaalisia verkostoja.

Ihmissuhdeverkostot kaikkienensa voivat olla voimavara, mutta ne voivat sisältää myös jännitteitä ja ristiriitoja. (Marin 2003, 78.)

4.4 Itsensä toteuttaminen

Itsensä toteuttamisen osatekijöitä määrittää se, mitä ihminen on suhteessa yhteiskuntaan. Se muodostuu arvonannosta, korvaamattomuudesta, poliittisista resursseista ja vapaa-ajan toiminnasta. Itsensä toteuttamiseen kuuluvat arvot voidaan yksinkertaistaa sanomalla, että ne ovat vieraantumisen vastakohtia. (Allardt 1976, 50, 159.) Arvonanto arvona on vaikeasti mitattavissa, jossa halutaan tietää ihmisen henkilökohtainen arvonanto, mutta ei asemaa luokkarakenteessa. Ammattiin liittyvä arvonanto perustuu kerrostumajakoon ja sitä kautta muodostaa statusluokan. Ammatti on tärkeä ulkoinen kriteeri, jonka perusteella on vaikea arvioida arvonantoa. Arvon annossa on nähty selvä korrelaatio statuksen kanssa. Poliittiset resurssit tarkoittavat mahdollisuutta vaikuttaa poliittisiin päätöksiin ja poliittisen elämän kehitykseen. Poliittisiin resursseihin vaikuttaa ihmisen taloudellinen valta, koulutus ja byrokraattinen asema. (Allardt 1976, 160-164, 167-169.)

Korvaamattomuus nähdään vastakohtana sille, että ihminen koetaan numerona tai esineenä. Korvaamattomuutta voidaan arvioida työn kautta, miten korvaamaton ihminen työssään on. Liukuhihnalla kaikki on korvattavissa niin kauan kun tilalle on tulijoita. Yhteiskunnallisesti korkeammassa asemassa tilanne on toinen. Korvaamattomuus ystävyyssuhteissa on tärkeää. Perheessä ihminen on useimmiten korvaamaton läheisilleen. (Allardt 1976, 164-165.) Omaishoitajan on pidettävä huolta hoidettavasta, mutta myös omasta hyvinvoinnistaan. Omaishoitajan on huolehdittava omasta terveydestään ja annettava itselleen lomaa omaishoitajuudesta. Omia tarpeita ja toiveita ei saa unohtaa. On vapautettava itsensä tehtävästä kokematta syyllisyyttä. Asia on helpompi sanoa kuin käytännössä kokea, koska monella korvaamattomuuden tunne on vahva. (Kaakkuriniemi 2014, 16-17.)

Usein ajatellaan, ihmisen tekevän asioita tavoitellakseen omaa onnellisuuttaan, hyvinvointiaan. Ihminen voi myös edistää tai turvata jonkun toisen onnellisuutta,

tai tavoitella toisen onnellisuutta välillisen päämäärän kautta, joka voi olla lopullinenkin päämäärä. Von Wright(2001) painottaa hyvän tekemisen vaikutusta toiselle, joka edistävää omaa hyvää, koska sen tekemisestä koituu itselle hyvää. Hyvän tekeminen oman hyvän turvaamiseksi merkitsee siis sitä, että sen laiminlyöntiä pidetään pahana itselle. Tämän ajattelun mukaan jonkun toisen hyvinvointi voi olla myös oman toiminnan päämäärä. Kun ihminen tekee hyvää toiselle tai yleensäkin edistää toisen hyvää oloa, voi toiminnan motiivina olla toivo, mutta myös toisen ihmisen kunnioittaminen. (Von Wright 2001, 314; Allardt 1976, 153.)

Tekemistä voidaan kuvata mielenkiintoisena toimintana varsinaisen työn ulkopuolella. Tekeminen on itsensä toteuttamista ja ehkäisee vieraantumista. Vapaa aika antaa ihmiselle oikeuden nauttia oman toiminnan tuloksista. Vapaa-ajan toiminta on hyvin moninaista jossain tilanteissa. Se voi olla resurssi, mutta esimerkiksi silloin kun, vapaa-ajalla tehdään toimia, jotka tyydyttävät vääriä tarpeita, kuten esimerkiksi juominen, se ei johda parempaan elämään. (Allardt 1976, 175-176.) Omaishoitajat tarvitsevat, omaa elämää, ystäviä, harrastuksia ja aikaa itselleen. Yhtälön toteuttaminen vain on vaikeaa silloin, kun on sidottuna läheiseensä vuorokaudet ympäriinsä. (Kaakkuriniemi 2014, 16.)

5 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen metodologia

Tämän sosiaalityön alaan kuuluvan tutkielman tavoitteena on saada tietoa ikääntyneen omaishoitajan kokemuksesta itseensä kohdistuvista hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä hyvinvoinnin osatekijöiden kautta.

Tutkimusaiheeni kiinnittyy laajasti yhteiskuntatieteen ja erityisesti sosiaalityön osittain myös hoitotieteen tutkimusalueille, joissa kaikissa tavoitteena on ikäihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Suomalaisissa yhteiskunnallisissa keskusteluissa ja tutkimuksissa ikäihmisten omaishoito tutkimusalueena on ajankohtainen ja tarpeellinen suurten ikäluokkien ikääntyessä. Toivon tutkielman avulla saatavan kokemustietoa, jota voisi hyödyntää sosiaalityön ja omaishoidon palveluiden kehittämisessä sekä omaishoitajan jaksamisen tukemisessa.

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tarkastelen hyvinvointia Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin käsitteen avulla, jossa hyvinvoinnin perustana on keskeisten perustarpeiden tyydyttyminen. Tutkimusaineistoni analyysiä ohjaa viitekehys jossa hyvinvointi koostuu kolmesta hyvinvoinnin ulottuvuudesta. Allardtin (1976) mukaan pohjoismaisen yhteiskunnan kolme perustavaa hyvinvoinnin rakentavaa ulottuvuutta ovat elintaso (having), yhteisyyssuhteet (loving) ja itsensä toteuttaminen (being). Hyvinvoinnin perusta on keskeisten tarpeiden tyydyttyminen. Keskeiset tarpeet jakaantuvat kahdeksitoista hyvinvoinnin osatekijäksi, joiden katsotaan vastaavan hyvinvoinnin saavuttamiseksi tärkeitä perustarpeita pohjoismaisessa yhteiskunnassa. (Allardt 1976, 10, 328- 330.)

Tutkimukseni pääkysymys on:

Millaisena ikääntynyt omaishoitaja kokee hyvinvointinsa elintasonsa, yhteisöllisyytensä ja itsensä toteuttamisensa osatekijöiden kautta?

Vastausta tähän kysymykseen haetaan seuraavan tarkentavan alakysymyksen avulla:

Mitkä tekijät ikääntyneen omaishoitajan kokemana vahvistavat tai heikentävät hyvinvointia?

Tutkielmassani selvitän hyvinvoinnin osatekijöiden merkitystä omaishoitajan kokemukseen omasta hyvinvoinnistaan. Oletukseni on, että hyvinvointi koostuu näistä osatekijöistä ja niiden painottuminen on yksilöllistä, koska jokaisella on omat tarpeensa, toiveensa ja ajatuksensa asioista ja hyvästä elämästä sekä oma elämänsähistoriasta. Ihmisillä on samat tarpeet kulttuuritaustasta ja persoonasta riippumatta. Ihmisen taustalla, fyysisillä ja psyykkisillä voimilla, halulla, iällä ja motivaatiolla on vaikutusta tarpeiden tyydyttymiseen. (Kirkevold 2000, 115-117.)

5.2 Aineiston kuvaus ja tutkimuksen eettisyys

Tuomi ja Sarajärvi (2004, 126) pitävät jo tutkimusaiheen valintaa eettisenä kysymyksenä. Omaishoito tutkimusaiheena on arkaluonteinen. Tutkimukseni aineisto koostui kahdeksasta ikääntyneestä omaishoitajasta. Tutkimukseeni osallistuneet tutkittavat olivat kaikki olleet ikäihmisten sosiaalityön palvelujen piirissä virallista omaishoidon tukea saaneena. Seitsemän haastatelluista oli naisia ja yksi oli mies. Seitsemän haastatellun hoiva koski puoliso hoivaa ja yhdellä oli kyse kehitysvammaisesta viisikymmentävuotiaasta tyttärestä. Yhdellä omaishoitajalla hoidettava puoliso oli kuollut noin kaksi kuukautta sitten. Koin haastattelun kannalta, että puolison kuolema ei vaikuttanut haastattelussa saamaani aineistoon, koska omaishoitoon liittyvät asiat oli hänellä vielä hyvässä muistissa. Haastateltavien ikäjakauma oli 68-77 vuotta. Kriteerinä haastatteluun osallistuvilla oli se, että omaishoitaja oli ikääntynyt ja oli virallisen omaishoidontuen piirissä.

Keski-Petäjä (2015, 205) kehottaa pohtimaan tutkimuksen eettisiä kysymyksiä jo ennen tutkimustyöhön ryhtymistä. Tutkimuksen tekemiseen liittyy monia huomioon otettavia eettisiä kysymyksiä. Ensimmäisen eettisen ratkaisun tutkija tekee valitessaan tutkimusaiheensa. Eettisestä näkökulmasta on tärkeää todetta,

ettei tutkittava aihe loukkaa, mitätöi tai väheksy ketään. Tieteellisen tutkimuksen tarkoitus on tuottaa laadukasta täsmällistä tutkimustietoa, jota edellytetään tehtävän loukkaamatta tutkittavien yksityisyyttä (Kuula 2011, 15). Tutkijan asema ja tekemät päätökset liittyvät eettisiin ja moraalisiin valintoihin. Gomm (2004, 298) painottaa tutkijan moraalisia valintoja.

Tutkimusluvan anoin uudellamaalla sijaitsevalta perusturvakuntayhtymältä. Tutkimusluvan saatuani otin yhteyttä omaishoidosta vastaavaan päällikköön ja kerroin tulevasta tutkimuksestani ja esitin tutkimussuunnitelman. Kysyin miten minun olisi mahdollista saada haastateltavia. Hänen ehdotuksensa mukaisesti omaishoidosta vastaavat sosiaalityöntekijät ottivat yhteyttä omaishoitajiin, kertoivat tutkimuksestani ja kysyivät yhteystietojen antamista käyttööni yhteydenottoa varten. Sain neljäntoista omaishoitajan yhteystietoja, joihin otin yhteyttä ja esitin heille haastattelupyynnön. Näistä omaishoitajista kuusi ei halunnut osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvien kanssa sovin tapaamisajan. Kaikki tutkimukseen osallistuvat tapasin ja haastattelin heidän kotonaan.

Tutkimukseni eettinen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen. Kerroin tutkimukseen osallistuville erityisesti osallistumisen vapaaehtoisuutta, luottamuksellisuutta, yksityisyyden sekä anonymiteetin säilyttämistä, myös Gill ja Johnson (2002, 160) korostavat tutkittavien henkilöllisyyden salassapitoa. Tutkittavillani oli mahdollisuus harkita haluavatko he osallistua tutkimukseeni. Keski-Petäjä (2015, 205) kehottaa tutkijaa varovaisuuteen, ettei tutkija paljasta kenenkään nimiä tai tunnistettavia seikkoja kirjoittaessaan tutkimustaan. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 4-6) ohjeistaa tutkijaa olemaan mahdollisimman rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössään sekä arvostamaan ja kunnioittamaan muiden tutkijoiden työtä. Käytettyjen tutkimusmenetelmien ja toimintatapojen tulee olla eettisesti kestäviä. Yksilöiden, ryhmien ja paikkakuntien nimien yhteydessä noudatan tieteellistä toimintatapaa, joka tarkoittaa tutkimukseen osallistuvien tietojen salassa pysymistä (Vilkkä 2005, 113).

Haastateltaville kerroin puhelimitse ja tavatessamme tutkimusaiheestani sekä tarkoituksesta ja korostin erityisesti tutkimukseeni osallistumisen vapaaehtoisuutta. Informoin tutkittavia suullisesti ja kirjallisesti tutkimukseni tavoitteesta, aineiston keruusta, käsittelystä ja säilyttämisestä sekä painottaen luottamuksellisuutta, anonymiteettiä ja oikeutta yksityisyyteen sekä yhteystietoni. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2015; Kuula 2011, 101-106; Mäkinen 2006, 94-96.)

Kahdeksan omaishoitajaa halusi osallistua tutkimukseeni. Alkuperäinen ajatukseni oli haastatella kymmentä omaishoitajaa, mutta päätin aloittaa kahdeksalla ja lisätä, jos aineisto ei tuntuisi riittävältä. Kahdeksannen haastattelun jälkeen totesin, että aineisto on riittävää, eikä ole tarpeen hankkia enempää haastateltavia.

Haastattelujen pituudet vaihtelivat jonkin verran. Lyhin haastattelu kesti 24.37 min ja pisin 46.46 min. Yhteensä litteroitua tekstiä haastatteluista kertyi 47 A4 sivua. Haastatteluun olin varannut yhden tunnin ja joidenkin haastateltavien luona aikaa menikin enemmän, koska tutustuin kodin tiloihin ja käytössä oleviin hoitovälineisiin.

Tutkimuksen eettisyys ei tarkoita ainoastaan tutkimuksessa olevien anonymiteetin suojausta, vaan se koskettaa myös tiedonhankintaa, lähdekirjallisuuden valintaa ja tutkijan tekemiä ratkaisuja tutkimustulosten soveltamisessa. Gill ja Johnson (2002, 160) esittävät, että tutkimuksessa käytetty lähdekirjallisuus vähentää vilpin riskiä. Tutkijana arvostan, kunnioitan ja huomioon muiden tutkijoiden hankkimaa tietoa. Tutkimuksessani se tarkoittaa sitä, että merkitsen tarkasti käyttämäni lähdeviitteet sekä tutkimuksen sisällölliseen osaan että lähdeluetteloon. Tutkijana noudatan avoimuutta ja rehellisyyttä. Pyrin kirjoittamaan tutkimustani niin, etten asenteellista tai leimaa ketään. Tutkimusaineistoani säilytän niin, ettei se joudu asiattomien käsiin.

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää omaishoitajan kokemuksia. Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, jonka avulla koin saavani esille tutkittavien omia kokemuksellisia näkökulmia ja ajatuksia, mutta myös sanatonta tutkimustietoa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Tutkittavien omat kokemukset rakentuivat merkitysten muodostamista kokonaisuuksista (Laine 2015, 43). Teemahaastattelun yhtenä etuna pidin sitä, että tutkittavat pystyivät itse tarkentamaan ja syventämään omilla vastauksillaan teema-alueita (Bell 2006, 161). Teemahaastattelussa tutkija pystyy varmistumaan siitä, minkälaisilta tutkittavilta informaatiota saadaan (LaBiondo-Wood & Haber 2002, 303). Parhaimmillaan teemahaastatteluiden avulla tuotetaan uudenlaista teoriapohjaista tietoa, jota voidaan hyödyntää omaishoidon kehittämisessä.

Ennen varsinaisen haastattelutilaisuuden alkua pohdin sitä mitä ja miten minun tulisi etukäteen huomioida tutkittavien mahdolliset rajoittavat tekijät. Päätelin, että tutkijana minun tulisi ottaa huomioon haastateltavien ikä. Joillakin saattaa olla kuulovaikeuksia, joita he saattavat peitellä eivätkä ehkä käytä kuulolaitetta. Kuulleessaan huonosti ihminen ei välttämättä pyydä esittämään kysymystä uudelleen, eikä siksi pysty vastaamaan esitettyyn kysymykseen. Tutkittava voi vastata esitettyyn kysymykseen tavalla, jonka hän olettaa kysytyn. Riittävä ajan varaaminen haastattelutilanteeseen on myös tarpeellista, koska tutkittavilla saattaa olla tarve keskustella elämästään laajemminkin. (Hirsjärvi & Hurme, 2011, 133-134.) Pohdin myös tutkittavien käyttämää kieltä ja sitä ymmärtäisinkö eri murteella esitettyjä asioita samoin kuin tutkittavani ovat asian ilmaisseet (Allwod 2004, 100).

Toinen pohtimani asia, jonka nostin esille koski tutkittavien nonverbaalista viestintää ja sen merkitystä haastattelutilanteessa. Oma kehon kieleni, eleeni ja ilmeeni voivat viestittää paheksuntaa tai epäluottamusta tutkittaville ja niillä saattaa olla vaikutusta haastattelun onnistumiseen. Mikäli huomaisin haastateltavissa epävarmuutta tai epäluuloisuutta, ottaisin asian puheeksi. Syntyneessä epäluottamustilanteessa on hyvä korostaa anonymiteetin

merkitystä myönteisen haastatteluilmapiirin luomisessa (Davidson & Patel 2011, 68- 69.)

Kolmas asia jota pohdin, liittyi haastattelupaikkaan, joka oli tutkittavien koti. Haastattelupaikkana tutkittavan koti, asettaa tutkijan pohtimaan omaa asemaansa ja tutkimisen eettisyyttä. Koti haastattelupaikkana saattaa luoda jännitteisyyttä erityisesti tutkijalle. (Kilpeläinen 2012, 275.) Eskola ja Vastamäki (2015) kiinnittävät haastattelupaikan valinnassa huomionsa itse haastattelutilanteeseen, jota määrittää sosiaalinen vuorovaikutustilanne. Haastattelutilaa valitessani pyrin ottamaan huomioon tutkittavan näkökulman ja hänen etunsa. Haastateltavan kotikentällä tehtävä haastattelu onnistuu useimmiten sen vuoksi koska, tila on haastateltavalle tuttu ja turvallinen. (Eskola & Vastamäki 2015, 30-31, 39.) Omalla toiminnallani pyrin huomioimaan, arvostamaan ja kunnioittamaan haastateltaviani, jotka ovat tutkimuksellisten ratkaisujen keskiössä (Kilpeläinen 2012, 275).

Neljäs pohtimani asia liittyi tutkittavien tunteisiin. Sensitiivisiä perheeseen liittyviä aiheita tutkittaessa ei voida sivuuttaa tutkimusaiheen vaikutusta niin tutkittaviin kuin tutkijaankin. (Hämäläinen ym. 2014, 57). Haastatteluissa saattaa tutkittaville nousta pintaan tunteita, jotka aiheuttavat tutkittaville kipeitä muistoja koetuista elämäkokemuksista. Esille nousevat tunteet saattavat olla ristiriitaisia, niistä puhuminen voi olla vaikeaa. Vastaavasti haastattelutilanteissa koetut tunteet saattavat toimia tutkittaville voimaannuttavana kokemuksena. Koen kuitenkin samoin kuin Hämäläinen ym. (2014, 65), että on tärkeää saada tietoa sensitiivisistä perheaiheista niiltä ihmisiltä, joilla on niistä kokemuksia.

Ennen varsinaisen haastattelun aloittamista, korostin vielä jokaiselle tutkittavalle haastattelun luottamuksellisuutta ja avoimen vuorovaikutuksen merkitystä. Luottamukselliset haastattelusuhteet syntyvät vuorovaikutuksessa ja kuuntelemalla haastateltavia. (Hämäläinen, ym. 2014, 56). Pyrin omaltani osaltani vaikuttamaan siihen, että haastattelutilanteissa toteutui avoin keskustelunomainen Kvalen (1996, 125) korostama myönteinen ja vapautunut ilmapiiri. Koin myönteisen ilmapiirin haastattelutilanteessa olevan tutkittaville

tärkeä, että he uskalsivat ilmaista omia ajatuksiaan vapaasti ja turvallisesti. Halusin omalta osaltani vakuuttaa tutkittaville, että he saisivat rauhassa harkita omia sanomisiaan, edeten haastattelussa omaa tahtiaan (Thorèn 2011, 27). Eskola ja Vastamäki (2015, 35) kokevat teemahaastattelutilanteen tutkijan ja tutkittavan väliseksi vastavuoroiseksi keskustelutilanteeksi.

Teemahaastattelu on laadullisen tutkimuksen tiedon keräämisen perusmetodi, jossa tutkija esittää tutkimusongelmaan liittyviä avoimia kysymyksiä valitulle yksilölle tai ryhmälle (Metsämuuronen 2009, 220). Teemahaastattelun aihepiirit ja teema-alueet olin etukäteen määritellyt, mutta erityisen valmiita tarkkoja kysymyksiä en ollut aiemmin laatinut (Eskola & Vastamäki, 2015, 29). Etukäteen teemahaastattelun kysymyksiä eikä esittämisjärjestystä ole perusteltua muotoilla kovin tarkasti. Kvale (1996, 124) korostaa tutkijan vapautta kysymysten muotoilussa ja muodoissa. Sen sijaan aihepiiri ja teema-alueiden selkeys ovat tärkeitä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48). Haastattelutilanne muistuttaa vuorovaikutuksellista keskustelua, jota tutkija ohjaa edeten kysymys kysymykseltä haluamaansa suuntaan (Hirsjärvi & Hurme 2011, 103). Esitettyihin kysymyksiin tutkittavat vastaavat omien kielivalintojensa, kokemustensa ja harkintojensa edellyttämällä tavalla (Sörensen & Olsson 2007, 80). Tutkittavien omia näkökulmia pystytään haastattelun kuluessa havainnoimaan sekä saamaan selville heidän ajatuksiaan, tunteitaan ja kokemuksiaan (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66-67).

Haastattelun onnistumiseen vaikutti tapa, jolla ensimmäinen haastattelupyynnö esitettiin haastateltaville. Haastattelukysymykseni olivat avoimia eivätkä ohjanneet tutkittavan ajatuksia. Aloitin haastatteluni yleisillä avauskysymyksillä. Seuraavaksi esitin tutkimukseni käsitteitä selventäviä ja määritteleviä kysymyksiä. Jokaisen teeman kanssa etenin laajoista kysymyksistä täsmällisempiin ja rajatumpiin kysymyksiin. Syventävien ja lisäkysymysten avulla pystyin selventämään itselleni epäselviä kohtia ja laajentamaan tutkittavan vastausta ymmärrettäviksi kokonaisuuksiksi. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 107-112.) Haastattelutilanteessa tutkittavat ilmaisivat ajatuksiaan vapaasti luottamuksellisesti. Sain tutkittavilta Bellin (2006, 157) tarkoittamaa

yksilöllistä tietoa haastateltavien tilanteista. Teemahaastattelun teemat ja kysymykset myötäilivät tutkimusongelmaa, joka satoi haastatteluaineistoni kokonaisuuden yhteen. Tutkimushaastattelussa saamani teemat nousivat teoriasta käsin, jossa teoreettinen käsite muuttui haastatteluteemoiksi. (Eskola & Vastamäki 2015, 35.)

Haastattelutekniikassa hyödynsin Kvalea (1996, 117-125), joka korostaa tutkijan ja tutkittavan vastavuoroista vuorovaikutuksellista suhdetta. Vastavuoroisessa suhteessa tutkija voi hyödyntää omaa persoonallisuuttaan ja herkkyyttään. Koin myös, että minulla oli taito havaita niitä ajatuksia, jotka tutkittavat jättivät haastatteluissaan sanomatta. Kvale (1996, 117-125.) Aistin myös, että tutkittavat eivät ehkä tuoneet esille sensitiivisiä ja herkkiä perheen sisäisiä asioita.

5.4 Fenomenologinen tutkimus ja kokemuksen tarkastelu

Fenomenologisessa tutkimuksessa kiinnostus on ilmiöissä ja ilmiöiden tulkitsemisessa (Metsämuuronen 2008, 18). Keskiössä ovat kokemuksen, merkityksellisyyden ja yhteisöllisyyden käsitteet. Tutkimusajattelussa vallitsee ajatus siitä, että yksilöt määrittyvät siihen maailmaan, jossa he elävät, ja jota he ovat rakentamassa. Tarkastellessa kokemusta, se ilmenee henkilölle itse koettuna, elettyinä maailmana ja osana maailmaa. Tarkoituksena onkin lisätä ymmärrystä inhimilliseen elämään liittyvästä kokemuksesta. (Laine 2015, 29-32, 50.) Kokemuksellinen todellisuus rakentuu ihmisten havainnoista, joihin vaikuttavat yksilön elinhistoria ja omat elämän varrella syntyneet kokemukset. Tutkittaessa kokemuksia on tutkimuksen kohteena kokemuksen merkityssisältö ja sen rakenne. Tutkittava asia on usein muodostunut monista merkityksistä, jotka muodostavat laajamerkityksellisen ilmiön. Merkitykset tulevat esille satunnaisissa yhteyksissä, eikä jäsenneltyinä. (Laine 2015, 30-31, 43.) Fenomenologisen tutkimuksen avulla saatu tieto perustuu jokapäiväiseen elämismaailmaan, jossa todellisuus saa merkityksen. Elämismaailma rakentuu kokoajan ajattelun ja kokemusten kautta. Se miten ihminen kokee todellisuuden, on aina yksilöllinen tapahtuma vaikka vuorovaikutteisena yksilönä jakaa sen muiden kanssa. (Berger & Luckman 1994, 34-37.)

Tutkittavasta ilmiöstä pyritään löytämään olennaisia merkitys olemuksia. Ilmiön ymmärtämisellä tarkoitetaan olennaisten merkitys olemusten välisiä suhteita. Laine (2015) on kuvannut ilmiötä pallona, jonka kokonaisuus tulee esille, kun sitä katsellaan eri puolelta. Ilmiötä ei pystytä selittämään yhden tekijän kautta vaan se on monisäikeinen kokonaisuus. (Laine 2015, 43-45.) Jokapäiväisessä elämässä todellisuus on aina olemassa, se on todellisuus, jossa ihminen elää. Arkeen kuuluu elämänrutiinit ja arjen kokemukset. (Berger & Luckmann 1994, 34-37). Todellisuus on jokaisella ihmisellä omanlaisensa ja omasta todellisuudesta syntynyt kokemus. Toisen kokemuksen ymmärtämiseen vaikuttaa se, millainen on oma merkityskokemus. Tutkijan on pyrittävä säilyttämään ihmisen oma yksilöllinen kokemusmaailma, jota tutkija tarkastelee oman kokemusmaailman kautta. (Perttula 1996, 92-94, 98; Varto 1992, 58.)

Kokemukset ja käsitykset eivät ole samanlaisia, vaan ne eroavat toisistaan. Käsitykset eivät ole syntyneet ihmisen omien kokemusten kautta, vaan ne voivat olla muodostuneet ihmisyhteisöistä, joissa elämme. Kokemuksellisuuden suhde todellisuuteen on yksilöllinen, johon vaikuttaa kokijan omat yhteisölliset vaikutukset. Kokemus ei ole koskaan loppuun ymmärretty, vaan siinä on mukana tiedostamattomat tunteet ja kokemustieto. Kokemuksen ja käsityksen ero konkretisoituu kokemuksessa. Kokemukset koostuvat merkityksistä ja niiden sisällöstä ja rakenteesta. Kokemuksellinen suhde maailmaan syntyy merkitysten värittämänä. (Laine 2015, 29-32, 40-41.)

Yksilöt ovat osana yhteiskuntaa ja yhteisöjä. Heidän elämänsä muodostuvat kokemuksista, jotka ovat syntyneet omista elämäkokemuksista. Yksilöiden kokemusten, käsitysten ja niistä syntyneiden merkitysten avulla voidaan luoda kuvaa yhteiskunnan tilasta. Kokemuksia tutkittaessa on hyväksyttävä se, että tutkittavien kokemukset eivät ole yksiselitteisesti ymmärrettävissä ja lausuttavissa. (Vilkkä 2015, 118.) Kokemuksessa tulee voimakkaasti esiin yksilön henkilökohtainen tilanne, jossa jokainen yksilö on osa yhteiskuntaa ja sitä ympäröivää elämä. Jokainen yksilö kokee oman maailmansa yksilöllisellä tavallaan. Samassa yhteisössä elävät jäsenet ovat suhteessaan omaan elämämaailmaan. Yhteiskunnallisesti on merkittävää yksilöiden oma kokemus

tilastaan. Yhteisöjen jäsenillä on yhteneviä piirteitä ja tapoja kokea maailma. Jokainen yhteisö luo siellä olevalle ihmiselle merkityksperinnettä, jossa yksilön kokemuksen tutkiminen tuo mukanaan tietoa jostain yleisemmästä ilmiöstä. (Laine 2015, 32.)

5.5 Sisällönanalyysi analyysimenetelmänä

Tutkimukseni valitsin haastatteluaineistooni parhaiten sopivan analyysimallin, joka mielestäni on sisällönanalyysi. Analyysillä on tarkoitus selkeyttää saatua aineistoa ja pyrkiä mahdollisesti tuottamaan uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Aineiston luettavuutta ja ymmärrettävyyttä voi helpottaa sisällön analyysin avulla, koska sen avulla on mahdollista tiivistää tekstiä. (Tuomi & Sarajärvi, 2012, 93.) Analyysin avulla kyetään tiivistämään aineisto hävittämättä kuitenkin sen antamaa informaatiota. Informaatio arvo pikemminkin kasvaa, kun hajanaisesta aineistosta kyetään luomaan selkeää ja luettavaa. (Eskola & Suoranta 2003, 137.)

Sisällönanalyysissä aineisto eritellään, etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja sekä tiivistetään aineistoa sekä muodostetaan tiivistetty kuvaus, jonka avulla tulokset sitten kytketään laajempaan kokonaisuuteen ja aiheeseen liittyviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 105.) Sisällönanalyysi voidaan jakaa eri osiin, jolloin aineisto teemoitellaan teorian ja keskeisten käsitteiden mukaisesti. Teemoja tarkastellaan hakien niistä esiintymistiheyttä ja poikkeavuuksia sekä luokitteluun tehdään tarpeen mukaan muutoksia. Tutkija voi luoda aineistosta visuaalisen käsitekartan, jonka avulla on samanaikaisesti mahdollista hahmottaa kokonaisuus ja kokonaisuuden muodostamat osat. Osien välisiä suhteita ja oleellisia asioita pohditaan ja tulkitaan sekä lopuksi tehdään johtopäätöksiä. (Syrjäläinen 1994, 90-94.)

Sisällön analyysissä aineiston analyysitavat voidaan jakaa Eskolan ja Vastamäen (2015) mukaan aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysitapaan. Aineistolähtöisessä analyysissä teorian tarkastelu tapahtuu aineistosta käsin. Teoriasidonnaisessa käsittelyssä on kytkentöjä teoriaan, mutta se ei silti suoraan pohjautu mihinkään teoriaan. Teorialähtöinen analyysi

rakentuu teoriasta käsin ja palaa siihen jälleen empiirisen työstämisen jälkeen. (Mt., 188-89.) Aineistoni analyysitavaksi valitsin teorialähtöisen analyysin, jossa aineistoni analyysia ohjaa Allardin (1976) hyvinvointiteorian malli, jota tarkastelen kolmen ulottuvuuden elintason, yhteisöllisyysuhteiden ja itsensä toteuttamisen avulla ja jokaista ulottuvuutta kuvaavien osatekijöiden kautta. Teorialähtöinen analyysimalli eli deduktiivinen analyysimalli on yksi perinteisistä analyysi tavoista (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95- 99).

Haastatteluiden jälkeen litteroin saadut nauhoitteet ja aloin käsitellä niitä sisällönanalyysin avulla. Jokaiselle omaishoitajalle esitin samat kysymykset, jotka olin muodostanut Erik Allardtin hyvinvointiteorian osatekijöiden mukaisesti. Ainoastaan taustatiedot ja tarkentava kysymykseni hyvinvointia vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä ei seurannut teorian osatekijöitä. Tutustuin litteroituun tekstiin lukemalla sitä useaan kertaan. Aineistoa analysoitaessa, aloitin siirtämällä saatua haastatteluaineistoa hyvinvointiteorian ulottuvuuksien mukaisesti, kolmeen tarpeista muodostuneeseen pääluokkaan, sekä kysymykseni alle omaishoitajuutta heikentävistä ja vahvistavista tekijöistä. Analyysissa avasin myös kohdan taustatiedot. Jokainen pääluokka on jaoteltu osatekijöihin. Elintasaan sisältyvät tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus ja terveys. Yhteisyyssuhteisiin sisältyy paikallisyhteisyys, perheyhteisyys ja ystävyysuhteet. Itsensä toteuttamiseen sisältyy arvonanto, korvaamattomuus, poliittiset resurssit ja tekeminen. (Mt., 21-28, 38-50.) Kun aineisto oli jaettu pääluokkiin, teemoittelin aineiston jokaisen pääluokan alla oleviin osatekijöihin. Aineistoa analysoidessa palasin useasti tutkimusongelmaan sekä teoriaan ja analysoinnin edetessä vertasin omia johtopäätöksiäni aiempiin tutkimuksiin. Huolellisen sisällönanalyysin ja teemoittelun avulla sain luotettavaa tietoa tutkittavieni kokemuksista.

Aineistoa analysoitaessa aineisto jakautui erillisiin merkityskokonaisuuksiin eli ilmiön muodostamiin eri merkityksiin. Tavoitteena on, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan luotua kokonaiskuva uudella tasolla. Erillään olevat merkityskokonaisuudet tuodaan yhteen. Ilmiön kokonaisuus näkyy merkityskokonaisuuksien suhteissa toisiinsa. Ilmiöt voivat olla merkityksellisesti

eri asemassa, jokin ilmiö saattaa olla toisia olennaisempi. Tutkimuksen kautta saatua tietoa ei voida yhdistää kaikkiin ihmisiin, mutta tutkimukseen valitulla ihmisillä on kuitenkin olemassa sisäistä samankaltaisuutta. Tämä samankaltaisuus on nähtävissä yksilöiden sosiaalisessa, kulttuurisessa, yhteiskunnallisessa ja yleisinhimillisessä ulottuvuudessa. (Laine 2015, 46-47.)

Tutkimuksessani en hae yksilöllisiä merkitysrakenteita, joten tuloksia selvitetessä ei ole tarpeen selvittää yksilöllisiä merkityksiä. Esimerkkien avulla, kuvaillaan miten tuloksiin on päädytty. Yhteisille merkityksille tulee rakenne, jonka kautta ymmärretään tutkittavien kokemuksellista suhdetta ilmiöön eli yhteistä merkitystä asialle. (Laine 2015, 48-49.)

5.7 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisessä tutkimuksessa ensisijainen vaatimus on tutkimuksen luotettavuus. Luotettavuus eli reliabiliteetti on asia, johon on kiinnitettävä huomio koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusta tarkasteltaessa on arvioitava vastaako tutkimustulos ja johtopäätökset tutkimuskohdetta ja alkuperäistä tutkimusaihetta. Tutkimuksen luotettavuus vaaditaan, jotta tutkimuksen pätevyys eli validiteetti toteutuu. Kun kysytään tutkimuksen validiteetista, kysytään silloin onko tutkimuksesta saadut tulokset ja päätelmät uskottavia ja onko saatu tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–228; Tuomi & Sarajärvi 2004, 133–138.)

Tutkimuksessani luotettavuus perustuu selkeään tutkimus kysymykseen, joka on tiiviisti sidoksissa teoreettiseen viitekehykseen. Aihetta lähestyin kvalitatiivisella tutkimusotteella. Aineiston keräämisen toteutin haastatteluiden avulla. Tutkimuksessani selvitin tutkittavien kokemuksia ja sen vuoksi valitsin aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, sillä sen avulla sain esille tutkittavien omia näkökulmia, ajatuksia ja tunteita. Haastattelun teema alueet ja kysymykset on laadittu niin, että ne ovat sidoksissa tutkimuksen teoriaan, tutkimusympäristöön ja aiempiin tutkimustuloksiin. Tutkimukseni aineisto koostui kahdeksan ikääntyneen omaishoitajan haastattelusta. Heistä jokainen oli toiminut virallisena omaishoitajana lyhimmillään yhdeksän kuukautta ja

pisimmillään seitsemän vuotta. Jokainen haastattelu tehtiin ilman ulkopuolisia henkilöitä, tosin kahdessa haastattelussa hoidettava kävi hetkellisesti tervehtimässä.

Tutkimusanalyysissa monipuolinen aineisto ja sen jatkuva vertailu tutkimuksen teoriaan varmistaa tutkimuksen validiteettia. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan, miten teoreettinen viitekehys, tutkimuskysymykset ja tutkimusmenetelmät kulkevat linjassa. Aineistonkeruu menetelmät on oltava sopivat ja tutkimuksen kannalta uskottavat. Oleellinen kysymys on se, että tutkimuksessa tutkittu tieto sitä mitä oli tavoitteena tutkia. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-228; Tuomi & Sarajärvi 2004, 133-138.)

Tutkimukseni lopuksi pohdin vielä sen toteutusta ja onnistumista. Tutkimuksestani voin todeta, että tutkimukseni vastasi niitä tavoitteita mitä olin tutkimukselleni esittänyt.

6 Analyysin tulokset

Seuraavassa siirryn tarkastelemaan haastatteluissa saamiani tuloksia. Etenen tulosten käsittelyssä teoriamallin ja haastattelurungon mukaisesti. Aineistoni analyysia ohjaa Allardin (1976) hyvinvointiteorian malli, jota tarkastelen kolmen ulottuvuuden elintason, yhteisöllisyysuhteiden, itsensä toteuttamisen avulla ja jokaista ulottuvuutta kuvaavien osatekijöiden kautta. Aloitan avaamalla taustakysymysten kautta saadun materiaalin, edeten hyvinvointiteoriamallin ulottuvuuksiin ja lopuksi vielä käsittelen tarkentavan alakysymykseni tuomaa tietoa, mitkä tekijät ikääntyneen omaishoitajan kokemana vahvistavat tai heikentävät hyvinvointia?

Allardt (1976) viittaa myös Maslowin tarvehierarkiaan, jossa inhimilliset perustarpeet ovat hierarkisesti ja vahvuuksien mukaan järjestäytyneet. Järjestyksessä ensisijaiseksi osoittautuu fysiologisten perustarpeiden tyydyttäminen. Yksimielisyyttä hyvinvointiarvojen tärkeysjärjestyksestä ei ole, sen sijaan yksimielisyys valitsee siitä, mitkä ja millaisia ovat huonot olosuhteet. Hyvinvointiarvoja voidaan painottaa eri tavoin, vaikka kaikki arvot ovat tärkeitä ja edustavat hyviä asioita. (Allardt 1976, 52-53.)

6.1 Omaishoitajuuden taustaa

Tutkimukseen osallistui kahdeksan omaishoitajaa. Kaikki omaishoitajat olivat eläköityneet omasta siviilityöstään. Tutkittavien ikäjakauma oli 68-77 vuotta. Puolisohoiva oli seitsemällä omaishoitajista ja yhdellä hoiva koski omaa kehitysvammaista lasta. Puolisohoiva alkoi hoidettavan sairauden pahennuttua pikkuhiljaa. Hoivan tarve ei alkanut äkillisesti kellään. Hoivaa tarvitsevien sairaudet olivat erilaisia muistisairaudesta elimellisiin sairauksiin ja eritasoisia pientä apua vaativista täysin autettaviin. Virallisen omaishoitajuuden kestot vaihtelivat yhdeksästä kuukaudesta seitsemään vuoteen.

Haastatteleman omaishoitajat olivat aloittaneet virallisen omaishoitajuuden eläkkeelle jäätyään. Virallista omaishoitajuutta edelsi haastateltavillani aina epävirallinen omaishoitajuus, kehitysvammaista lastaan hoitaneella jopa viisikymmentä vuotta.

”...Heti kun tulin töistä alkoi hoitajuus, eläkepäiviä en ole ehtinyt viettää”. H8

”...Omaishoitajuus alkoi siitä, kun lapsi syntyi, onhan tässä ollut noin kolmekymmentä vuotta omaishoitajuutta virallista ja epävirallista”. H2

Purhonen, Nissi-Onnela, Malmi (2011) sekä Aution (2014) mukaan omaishoito on ollut näkymätöntä vastuunkantoa jo vuosikymmeniä. Omaishoito mielletään ikäihmisiin liittyväksi, koska omaishoitajista lähes puolet on ikäihmisiä. On myös tilanteita joissa hoitosuhde käynnistyy äkillisesti. Hoivan tarve on yksilöllistä vaihdellen kevyestä hoivasta raskaaseen ympärivuorokautiseen hoivaan. (Mt.,12-16; Mt.,17.) Haastateltavien hoivan tarve oli eritasoista.

”...näkövamma on sitten paha, kun hän on kiinnostunut kaikesta mitä tapahtuu, hänellä järki pelaa ihan täydellisesti ja muisti on ihan valtava”. H1

”...tulee enää harvoin sitä puhetta, semmosta keskustelua ei tule lainkaan, pukeutuminen, peseytyminen ja vessaan viennit pitää auttaa. Onhan se aiemmin sanonut kaikki vessaan menot, mutta kaikki on nyt jäänyt”. H2

Klemettilä (2014) Pro gradu -tutkielmassaan selvitti puoliso-omaishoitajien kokemuksellista elämänlaatua. Tutkimuksessa tuli ilmi, että elämänlaatu vaihtelee hoidettavan sairauden erivaiheissa. Haastatellukseni omaishoitajia, haastattelun valossa mietin myös samaa asiaa, kuinka erilaisessa tilanteessa heistä jokainen on ja miten se vaikuttaa hyvinvoinnin kokemukseen. Jokaisen omaishoitajan tilanne oli hyvin yksilöllinen.

Tausta kysymyksissä kysyin, saako omaishoitaja hoivansa tueksi joitain oheispalveluja ja koetaanko palvelut riittävinä? Kahdeksasta omaishoitajasta seitsemän suoriutui ilman muita hoidollisia apuja, kuten kotihoidon palveluita.

Yksi omaishoitajista kertoi hoidettavan tilanteen olevan niin vaikea ja sen vuoksi hoitoa tarvittiin enemmän. Heidän luonaan kotihoito kävi auttamassa perushoitoon liittyvissä tehtävissä useamman kerran vuorokaudessa.

"...ei ole mitään muita palveluita, ihan yksin hoidan". H6

"...kolme kertaa käy kotihoito".H4

Kotihoidon palveluiden käyttö riippuu täysin hoidettavan kunnosta. Sointu (2008) pro gradu -tutkielmassaan totesi, että omaishoitajan jaksamista tukee erilaiset kodinhoito ja hoivapalvelut.

Osa omaishoitajista mietti ikkunoiden pesuun ja siivoukseen hankittavaa apua. Eräs omaishoitajista oli ottanut apua nurmikon leikkaamiseen ja toinen käytti yksityistä siivouspalvelua joka kuudes viikko. Neljällä omaishoitajista lapset auttoivat isommissa kodin askareissa. Omaisensa hoitoon kotiin annettuja apuja oli vain yhdellä omaishoitajista. Kaupassa käynneistä omaishoitajat huolehtivat itse vaikka kokivatkin ne aika suuritöiseksi. Omaishoitaja, joka hoiti täysin autettavaa puolisoaan, kertoi kaupassa käynnin toteutuksesta.

*"...Kyllä me mennään yhdessä kauppaan, se on erittäin suuri projekti, mutta kyllä me mennään" ja jatkoi vielä, että
"...erittäin kiva kun pääsee vähän näistä nurkista kun pääsee kauppaan". H6*

Kaksi omaishoitajista antoi ymmärtää, että saatavilla olevista palveluista ei tiedä riittävästi. Osalla omaishoitajilla oli epätietoisuutta sosiaali- ja terveystalouden tarjonnasta. Eräs itsekin terveydenhuoltoalalla työskennellyt omaishoitaja totesi, että helpotti, kun tiesi miten järjestelmässä liikutaan.

"...maallikon pitäisi osata itse tää systeemi, että mitä sä haet ja pyydät ja mihin otat yhteyttä, jos mä en ne olisi ollut

hoitaja, en olisi osannut sinne muistipoliklinikallekaan mennä hänen kanssaan”. H7

”...mistä saa apua jos tarvitsee”. H6

Jaakkola (2007) toteaa Pro gradu -tutkielmassaan, etteivät omaishoitajat saaneet palvelujärjestelmästä kaikkea sitä tukea, jota olisi ollut mahdollista saada.

6.2 Elintaso kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät

Allardt (1976) kuvaa elintason osatekijöitä perustaviksi ja ensisijaisiksi hyvinvointia muodostaviksi arvoiksi. Elintaso rakentuu tulojen, asumistason, työllisyyden, koulutuksen ja terveyden mukaan. (Mt. 41, 50.) Allardt (1975) mukaan tunne taloudellisesta turvallisuudentunteesta vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin myönteisesti, eikä tällöin erilaisilla uhkatilanteilla ole vaikutusta ihmisen hyvinvointiin. (Mt., 23). Haastattelussani lähdin hakemaan vastauksia elintason vaikutuksesta omaishoitajan hyvinvointiin.

Haasteltavistani kaikilla tulot koostuivat eläkkeestä ja hoitotuesta. Osalle omaishoitajista saatu hoitotuki oli tarpeellinen lisä pienen eläkkeen lisäksi. Mainitsivat mm. lääkekulujen olevan iso menoerä. Hoitotuen määrä vaihteli hoidettavan hoitoisuuden perusteella, kuten siitä menevän veronkin määrä vaihteli, kolmestakymmenestä prosentista kuuteenkymmeneen prosenttiin. Omaishoitaja, jolla eläketulot olivat suuremmat, ei rahallinen korvaus muodostunut niinkään merkittäväksi, vaan hän arvosti enemmän hoidettava kotona oloa kuin rahaa.

”...mul on niin pieni eläke, että tota se on mulle rahallisestikin ihan hyvä juttu”. H5

”...emmä koe sitä rahaa tärkeäksi vaan tärkeä on niinku olla toisen kanssa ja hoitaa”. H1

Omaishoitolaissa säädetään hoitopalkkion suuruudesta ja perusteista. Hoitopalkkio on osa omaishoidontukea. Sen määrään vaikuttavat omaishoitajan tehtävän vaativuus ja sitovuus. Vuonna 2017 alin hoitopalkkio on 392 € kuukaudessa ja vastaavasti ylin hoitopalkkio raskaassa hoidossa vähintään 784,01 € kuukaudessa, jota vähentää maksettava henkilökohtainen verotus. Kunnilla on oikeus päättää omaishoidon tuen palkkioluokista ja myöntämiskriteereistä lain määrittämässä rajoissa. Hoitopalkkioon ei kuitenkaan vaikuta perheen tulot ja varallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 11/2016.)

Palkkion pienuutta kritisoitiin sekä sitä miten yhteiskunta hoidattaa hoidettavan pienellä palkkiolla. Hoidettavan kuolema aiheutti muutoksia taloudelliseen tilanteeseen, etenkin silloin, jos toisen eläke on ollut talouden kannalta merkittävä. Eräs haastateltavista nosti esille sen, että taloudellisia seikkoja joudutaan pohtimaan niissä tapauksissa, jos hoidettava siirtyy laitoshoidon.

"...se on siis naurettavan pieni". H7

"...se oli niinku se suurin turva, että nyt onkin sitten vähän tenkapoo miten tästä eteenpäin". H8

"...se on iso raha eläkkeellä ja se on mun mielestä täysin väärin kun joudun ajattelemaan taloudellisia seikkoja". H6

Kalliomaa-Puhan (2014, 53) mukaan omaishoitajalla raha ei ole motiivillistalla ensimmäisenä, vaikka työstä saatu palkkio onkin jokaiselle eri tavoin tärkeä. Omaishoidosta saatavaan tuloon voidaan joskus nähdä sisältyvän tietynlainen kannustinloukku. Vähätuloisissa kotitalouksissa saatetaan joutua laskemaan hyvinkin tarkkaan, mikä hoitomuoto on taloudellisin, joka ei välttämättä ole paras vaihtoehto. Omaishoidossa palkkio työstä nähdään myös osana tunnustusta ja arvostamista.

Asuinympäristöllä voi olla suuri merkitys ihmisen kotona pärjäämisessä. Asuinympäristöä tarkastellaan fyysisten piirteiden näkökulmasta, mutta

asumisympäristöön liittyy myös aina tunnesuhteet. Tuttu ja turvalliseksi koettu ympäristö tukee kotona pärjäämistä. (Tedre 2003, 62.) Kodin fyysiset tilat ovat keskeinen elementti onnistunutta hoivan arkea. Erityisesti kodin fyysiset tilat ovat ikääntyneen elämässä tärkeitä asioita, koska niillä on vaikutusta ihmisen fyysiseen kykyyn liikkua ja koko toimintakykyyn (Rubinstein & Parmelee 1992, 140).

Omaishoitajista viisi asui omakotitalossa. Neljä taloista oli enemmän kuin yksikerroksisia taloja. Eräs perheistä asui kerrostalossa ja yksi asui vanhustentalossa. Omakotitaloissa asujat olivat siirtäneet makuutilansa alempaan kerrokseen. Ovia oli jouduttu leventämään, jotta sähkökäyttöinen sänky oli saatu makuutilaan. Pesutilat oli seitsemällä omaishoitajista käytettävissä. Yhtä hoivan tarvitsijoista käytettiin peseytymispalveluissa pesuhuoneen kapean oven vuoksi. Tein haastateltaville tarkentavia kysymyksiä kodin muutostarpeista. Neljä omaishoitajista kertoi muutostarpeistaan ja kahdella oli ongelmia, kun hoidettava on pyörätuolissa, tai uhka joutua pyörätuoliin jolloin muutoksia jouduttaisiin tekemään pesu- ja wc tiloihin. Erään haastateltavan kotona odoteltiin kynnyksen poistamista, josta oli tehty jo korjauspyyntö. Joillakin oli tarvetta pyörätuoliluiskalle luiskalle, jotta kesällä ulospääsy on mahdollista.

”...kävely on jo pikkasen sellaista, että pitäisi rullatuoli vai mikä se on ottaa, silloin pitää siitä uloimmaisesta eteisestä laittaa oviaukko, että pääsee”. H2

Omaishoitaja, jonka puoliso oli menehtynyt kaksikuukautta sitten, kertoi siitä, että yksikerroksinen koti olisi ollut helpompi tällaisessa tilanteessa.

”...näin jälkeen ajatellen koti ois pitänyt olla yksikerroksinen ja se oli selvä. Kokoajan me haaveiltiin sitä, että vaihdettais johonkin muuhun asuntoon, mutta sitten se aina vaan jäi jostain syystä”. H8

Haastateltavien koulutus- ja työurat olivat vaihtelevia. Puolella omaishoitajista oli jokin ammatillinen koulutus. Kuuden työura oli rakentunut perustyötä tehden. Eräs omaishoitajista oli toiminut johtavissa tehtävissä ja yksi oli ollut yrittäjänä.

Omaishoidon tuen myöntämisen edellytyksenä on se, että hoitajan terveys ja toimintakyky ovat riittävät hoitotehtävään. Ikääntyneiden omaishoitajien hyvinvointi ja terveystarkastuksista on annettu (12.2.2015) Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote, jossa kuntia tuetaan järjestämään hyvinvointi- ja terveystarkastuksia omaishoitajille. Hyvinvointi- ja terveystarkastusten tarkoituksena on ennalta ehkäistä ongelmien ja sairauksien syntyä, sekä tunnistaa ja hoitaa niitä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Omaishoitajaa opastetaan tekemään valintoja, jotka tukevat ja edistävät omaa hyvinvointia ja terveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 12.2.2015.)

Terveys on nähty hyvinvoinnin keskeisenä arvona. Terveys on resurssi, jolla voidaan vaikuttaa muihin osatekijöihin määrittellen tärkeimmäksi arvoksi, kuten tuloihin, joiden avulla yksilö voi ohjailta elinehtojaan. (Allardt 1976, 52-53.) Terveyttä on usein pidetty hyvinvoinnin keskeisenä tekijänä, vaikka toisaalta on ajateltu, että terveys on resurssi, jonka avulla voidaan vaikuttaa muihin osatekijöihin. Kuitenkin terveys halutaan nähdä hyvinvoinnin keskeisenä osatekijänä. Terveuden mitta on kuitenkin laajempi kuin kysymys siitä onko terve. Terveys kokonaisuutena jakaa tietoa koko terveydentilasta. (Mt., 134-141.)

Seitsemän omaishoitajista koki terveytensä hyväksi, eikä heillä ollut merkittäviä sairauksia. Haastateltavat toivovat, että he pysyisivät hyvässä kunnossa. Eräällä omaishoitajista oli ollut vaikeita sairauksia ja hän koki edelleen itsensä sairaammaksi ja koki kuntonsa alentuneen sairauksien myötä. Kukaan omaishoitajista ei kokenut oman terveydentilansa haittaavan hoitamista. Tarkensin vielä haastateltavilta sitä miten he kokivat ravitsemuksen, liikunnan ja unenpuutteen vaikuttavan terveyteensä. Kysyin myös jaksamisesta ja siitä

valmistaako omaishoitaja ruuan kummallekin. Kaikki haastateltavista valmistivat itse ruuan itselleen ja omaiselleen.

"...kunto kyl on menny sairauksien myötä. Mul on tehty maksansiirto ku mul oli syöpä ja siihen mul on kaks lääket ja sit mul on kihti. Nyt mulla on varmaan liian iso kilpirauhaslääkitys". H3

"...Oma terveys ennen kaikkea. No se terveys on ainakin semmonen, et kun pysyis tässäkin kunnossa niin ei täs siltaval ole hätää kun sais olla näinkin". H5

Heikkisen (2000) mukaan ihmisen kokemus terveydentilastaan on subjektiivinen kokemus. Paljon sairauksia omaava ihminen voi kokea itsensä terveeksi, koska terveys on kokemuksellinen asia. Se, miten ihminen arvioi terveyden tilaansa, muuttuu myös iän myötä. (Heikkinen 2000, 227- 229.) Terveydentila on asia millaiseksi sen kokee. Eräällä haastatelluista omaishoitajista oli kokemusta vaikeista sairauksista, mutta silti hän jaksoi hoitaa omaistaan, eikä kokenut hoitamista rankaksi. Nykyisin on terveydentilan sijasta siirrytty käyttämään käsitettä toimintakyky. Lääketieteellisesti määritelty terveydentila ei ole ratkaisevin, vaan se miten sairauksien kanssa pystyy elämään ja minkälainen on ihmisen todellinen toimintakyky. (Noppiari & Koistinen 2005, 15-16.)

Liikunnan harrastaminen kuului myös osana terveyden ylläpitoon. Kolme omaishoitajista hoiti terveyttään kävelylenkeillä, eräs ystävän kanssa, yksi liikkui itseksensä. Yhden liikunnasta huolta piti ulkoilu koiran kanssa. Kaksi omaishoitajista piti kodin töitä hyötyliikuntana, esimerkiksi siivoaminen, nurmikon ajot, lumityöt, pihatyöt ja puiden pilkkominen.

"...neljänä päivänä viikossa käyn lenkillä". H2

”...Koiran kanssa mä meen aamuin ehtoin ”. H3

”...siivoon, ajan nurmikot ja teen lumityöt ja kaikki”. H4

Kolme haastateltavista kertoi nukkuvansa huonosti, koska joutui heräilemään öisin hoidettavan wc käyntien vuoksi. Kehitysvammaista aikuista lastaan hoitava omaishoitaja heräili yöaikana tuleviin epileptisiin kohtauksiin. Eräs haastateltavista esitti, että yölliset heräilyt olivat aiheuttaneet hänelle ajoittain masennusoireita.

”...vähän niinku koiran unta”. H2

”...joskus tuntuu vähän siltä, että masennunko vai, mutta kyllä mä olen siitä yli päässyt”. H1

6.3 Yhteissuhteita kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät

Yhteissuhteilla tarkoitetaan ihmissuhteita, kuten perhettä, ystävyys ja muita ihmissuhteita. Allardtin (1976) mukaan ihmisellä on luontainen tarve yhteisöllisyyteen. Ihmisellä on yhteisöllisyyden tarve, jota ei voi korvata muiden tarpeiden toteuttamisella. (Mt., 42, 50, 152.) Yhteissuhteet rakentuvat haastattelussani perhesuhteista, ystävyys- ja naapuruussuhteista sekä vertaisryhmätoiminnasta.

Omaistaan tai läheistään hoitavan tärkein tukiverkosto on oma perhe tai muut lähimmät ihmiset. Kun hoidettavan avuntarve on pieni, selviää perhe yleensä vähäisellä epävirallisella avulla ilman yhteiskunnan tukimuotoja. Kolmas sektori ja potilasjärjestöt toimivat varhaisvaiheen tukena. Kotona selviytyminen edellyttää alusta alkaen läheisiltä tiivistä huolenpitoa. (Järnstedt ym. 2009, 9.) Kahdeksasta haastatellusta kuusi kertoi lapsistaan ja lapsenlapsistaan, jotka käyvät tapaamassa vanhempiaan ja isovanhempiaan. Lasten vierailut vanhempiensa luona ja heidän antamansa apu kodin askareissa tuntui olevan merkittävä.

”...Laps asuu tossa yläpuolella”. H1

...Likka tuolt helsingist soitti, se aina ruukaa soittaa ku menee töist kotiin”. H3

”...Se must on ihana kun meillä on tää yhteinen lapsi, se on ollu aivan ihana”. H8

Eräs haastatelluista ei maininnut mitään lapsistaan. Toinen kertoi hoidettavallaan olevan lapsia viisi, mutta oli sitä mieltä, että ovat jättäneet äidin, kun puheesta ei saa mitään selvää.

”...Kyllä ne äitienpäivänä käy ja siinä se on kaikki”. H6

Jaakkola (2007, 93-103) selvitti Pro gradu -tutkielmassaan sitä, minkälaisia sosiaalisen verkoston resursseja omaishoitajat tarvitsevat hoitotyönsä tueksi. Tarvittava tuki on monenlaista arjen konkreettista apua, sosiaalista tukea omaisilta ja läheisiltä sekä palvelujärjestelmältä. Tutkimusaineiston mukaan lasten merkitys oli suuri ja näyttäytyi arkisten toimintojen lisätukena.

Mikkola (2009) on väitöskirjassaan ”Sinusta kiinni”, tutkinut puolisohoivan arjen toimijuutta. Tutkimuksessa yhteisen toimijuuden perusta oli parisuhde, joka perustui puolisoitten väliseen vastavuoroiseen kumppanuuteen, vuorovaikutukseen ja läheisyyteen. Hoiva perustui yhteisen elämän jatkumiseen ja tarpeeseen huolehtia puolison hyvinvoinnista. Tutkimuksen mukaan puolisohoiva toteutui parhaiten, kun molempien osapuolten tarpeiden tyydyttyminen mahdollistui. Puolisonsa menettänyt omaishoitaja koki olonsa tyhjäksi.

”...nyt on hyvin tyhjä olo, hyvin tyhjä. Tyhjää on kun hän oli se vahva persoona ja vaikka hän ei enää päätöksiin ottanut tavallaan osaa mitenkään loppuaikana, sanotaan

viimeiseen vuoteen, niin tota kuitenkin hän oli sellainen turva määrätyllä lailla”. H8

Ihmisellä on tarve olla rakastettu, hyväksytty ja tulla huomatuksi, kuulluksi sekä tuntea itsensä tarpeelliseksi. Kuuluessaan yhteisöihin ja erilaisiin ryhmiin ihminen kokee kuuluvansa johonkin ja tuntee yhteisöllisyyttä muiden kanssa. Yhteisöllisyyden sanotaan olevan olemassa olon kannalta välttämätöntä. (Rauramo 2004, 122.) Ystävyysuhteistaan kertoi kolme haastateltavaa. Eräs kyläili ystäviensä luona lähitaloissa. Toinen kävi ystävänsä luona ja lenkkeili hänen kanssaan. Kolmas kertoi käyvänsä joskus kylässä, kun saa hoidettavan yöunille. Haastatteluissa ilmeni, jos hoidettava ei pysty kommunikoimaan, eikä ollut orientoitunut nykypäivään, niin silloin ystävyysuhteet olivat merkittävät.

”...näen, että hän nukkuu oikein hyvin, niin silloin mä piipahdan naapurissa, se on tuossa muutaman sadan metrin päässä”. H6

”...Juttukaveria ei ole kun ikinä ei saa edes vastausta.”. H6

”...jos kaveri soittaa tule nostamaan lankkuja hänen kanssa, en mä voi mennä. Nyt ei enää soitakkaan, koska ne tietää ,että en pääse. Tuntuu, että mä olen menettänyt kaikki ystävät, mä olen niin yksin , ei ne tänne halua tulla”. H6

Sosiaalinen tuki ja yhdessä olo muiden kanssa, keskusteleminen, yhdessä asioiden pohtiminen on tärkeää ihmisen hyvinvoinnille (Ahokas 2010, 223). Omaishoitajat tarvitsevat kuten muutkin, omaa elämää, ystäviä, harrastuksia ja aikaa itselleen. Yhtälön toteuttaminen on vaikeaa silloin, kun on sidottuna läheiseensä vuorokaudet ympäriinsä. (Kaakkuriniemi 2014, 16.) Monelle naapuruussuhteet eivät olleet merkityksellisiä, koska naapurustokin oli voinut vaihtua. Naapurustossa ei asunut enää oman ikäpolven ihmisiä. Puolison sairastuminen kavensi huomattavasti elinpiiriä, kun liikkuminen kodin ulkopuolelle hankaloitui.

Vertaisryhmätoiminnan kokemuksia tiedustelin, koska omaishoitajien vertaisryhmätoiminta on yksi tärkeä tukialue omaishoitajuudessa. Pyysin haastateltavia kertomaan kokemuksiaan vertaisryhmätoiminnasta. Haastatelluista viidellä ei ollut lainkaan kokemusta vertaisryhmätoiminnasta. Eräs haastatelluista ei ollut ehtinyt vertaisryhmätoimintaan mukaan ja nyt puoliso olikin jo menehtynyt. Toinen haastatelluista oli käynyt aiemmin joissain tapahtumissa. Eräs haastatelluista kertoi, että on osallistunut jo riittävästi vertaisryhmätoimintaan, eikä enää koe tarvetta osallistumiseen. Eräs haastatelluista ei kokenut tarvitsevansa vertaisryhmätoimintaa. Erällä omaishoitajista ei ollut kokemusta vertaisryhmätoiminnasta, mutta sen sijaan hän kuului omaishoitaja- ja muistiliittoon.

"... vertaisryhmätoiminnassa en ole käynnyt, ei ole tällä hetkellä tarpeen". H7

"...mä oon kokenu, että mä olen niin paljon niissä käynny. Mä tiedän ne kaikki, että mun ei enää tarvii käydä niissä". H4

"...vertaisryhmätoimintaan mä en ehtinyt ". H8

Hämäläisen (2015, 55) Pro gradu -tutkielman keskeisistä tuloksista ilmeni, että puoliso-omaishoitajien kokemukset vertaistuesta sekä tunne omasta jaksamisestaan ja hyvinvoinnistaan, oli heille merkityksellinen. Itselläni oli aiempien tutkimustulosten pohjalta käsitys, että vertaisryhmätoiminnan merkitys on suuri. Kuitenkaan haastateltavien osalta omaishoitajien vertaisryhmätoiminta ei näyttäytynyt merkityksellisenä. Joillain omaishoitajista saattoi olla ongelmana osallistuminen ja pääsy vertaisryhmään. Hoidettavan ollessa paremmassa kunnossa vertaisryhmän merkitys saattoi jäädä vähemmäksi.

6.4 Itsensä toteuttamista kuvaavat hyvinvoinnin osatekijät

Itsensä toteuttamista kuvaavia osatekijöitä määritetään sillä mitä ihminen on suhteessa yhteiskuntaan. Näitä osatekijöitä ovat arvonanto, korvaamattomuus, poliittiset resurssit ja mielenkiintoinen vapaa-ajan toiminta eli tekeminen. (Allardt 1976, 160-164.) Arvonantoa kuvaavat omaishoitajan kokemus omaishoitajatyöstä ja työn arvostuksesta.

Haastateltavien kokemus työn arvostamisesta jakaantui kahtia, puolet tunsivat, että työtä arvostetaan ja puolet koki, ettei sitä arvosteta. Kaksi haastateltavista, kuvasi arvostusta oman kokemuksensa näkökulmasta. Toinen omaishoitajista koki työn tärkeäksi itselleen eikä kokenut hankalaksi toimia omaishoitajana. Kun välittää toisesta, ei koe ongelmaksi toisen vammaa. Kehitysvammaista tyttärtään hoitava omaishoitaja pohti, ettei osaisi elää ilman hoidettavaansa. Hän on tottunut hoitamaan tyttärtään ja ilman hoitotehtäväänsä hän olisi kokenut elämänsä tyhjäksi. Eräs hoitajista, ilmaisi mielipiteensä arvostuksesta ja kertoi että hoidettava on hänelle tärkeämpi kuin raha.

”...Kyllä mä jaksan kun mä rakastan sitä”. H1

”...en mä osaisi elääkään, ois aika tyhjää elämä jos näin ei olisi”. H2

”...Ei tota rahasta tee. Mä hoidin kyllä ihan mielelläni hänet, enkä tapellut sitä vastaan. Mä ajattelin, että tappelu ei tässä auta yhtään”. H8

Työn arvostuksen puutteesta eräs hoitajista oli sitä mieltä, ettei työtä arvosteta, kun hän mietti tilannetta, jossa toinen olisi vielä sairaampi, esimerkiksi vuodepotilaana, ja tarvitsisi yöllä apua. Yksi kokemus oli, että työtä ei arvosteta, koska hänen mukaansa kunnassa ajateltiin vain rahaa. Omaishoito tulee kunnalle halvemmaksi kuin laitoshoido. Hänen mielestään kunnan maksamat kulut hänen

omaisensa hoidosta ovat vain 10 % siitä, mitä ne olisivat jos hänet hoidettaisiin laitoksessa.

"... No, mikä on arvostusta. Hei ei oo, ei todellakaan oo, mikä ei ,mutta semmonen ois ,että kaikki ois samalla viivalla ja kaikilla samanlaiset hoitomaksut ja verottomana kaikki."

H4

"...se maksaisi meidän yhteisestä budjetista 1600 euroa kuukaudessa ja se on todella iso raha kun on eläkkeellä ja se on muun mielestä täysin väärin kun joudun ajattelemaan taloudellisia seikkoja tässä asiassa ja sekin rassaa". H6

Eräs omaishoitajista arveli omaishoitajuutta arvostettavan, mutta pohti yhteiskunnan säästön olevan merkityksellinen, kun laitospaikkaa ei tarvita.

"...eihän ne mihinkään pääse pakkohan niiden on hoitaa" Myös toteaa, että "...rahasta ei todellakaan hoida sehän on pakko hoitaa, et sä voi jättää hoitamatta. Siitä sä et pääse karkuun, ei voi sanoa, että kiitti mulle riitti. Sitä ei tiedä silloin kun sen avioliittolupauksen tekee". H7

Omaishoitajille vapaa-aika on merkityksellinen. Omaishoitajan on jaksettava pitää huolta hoidettavasta ja omasta hyvinvoinnista ja terveydestään. Omaishoitajan pitää vapauttaa itsensä tehtävästä kokematta syyllisyyttä. Asia on helpompi sanoa kuin käytännössä kokea, koska monella korvaamattomuuden tunne on vahva. (Kaakkuriniemi 2014, 16- 17.)

Vapaapäivien pitäminenkin jakaantui kahtia. Eräs haasteltavista kertoi, että vapaat eivät ole kynnyksellinen kysymys. Toinen haastatelluista hoiti kehitysvammaista tytärtään ja käytti ansaitut vapaat päivänsä. Hänelle oli tärkeää tietää, että hoitopaikka on hyvä ja hoitopaikassa tarjotaan tyttärelle virikkeellistä toimintaa. Kotiin otettava hoitaja ei tuntunut hyvänä vaihtoehtona tyttärelle. Se aiheutti ylimääräistä työtä kotona, koska äiti koki, että koti olisi järjesteltävä kuntoon

ennen hoitajan tuloa. Kolmas haastelluista ei ollut vapaita käyttänyt, koska hoidettava ei halunnut poistua kotoaan. Eräs haastatelluista kertoi joutuvansa puolustamaan vapaapäivän tarvetta omalla jaksamisellaan. Koettiin, että on tärkeä olla olemassa luotettava paikka, jonne haluaa viedä omaisen. Kaksi haastatelluista koki vapaa jaksot tarpeellisena jaksamista tukevinä. Eräällä haastatelluista vapaiden määrää nostettu jonka haastateltava koki hyvänä asiana.

"...musta tuntuu ,että mä olen ihan hukassa kun hän on täältä pois". H1

."...mun pitäis nyt vuodenvaihteessa lähtee tätä kartoittamaan". H2

"...munhan täytyy täällä siivota ja laittaa ruuat, helpompi viedä muualle". H2

"...kyl mei ollaan niis vapaist monta keraa puhuttu, mut mää en mee se sanoo sit heti". H3

"...hyvä kun saa tänkin ,niin sitovaa ja vaativaa se on".H4

" mulla ei ole minkäänlaista huolta kun vien hänet sinne eikä huonoa omaatuntoa, ."...niin ihanat hoitajat on siel".H6

Eräs haastelluista ei ollut hakenut vapaitaan, koska ei kokenut niitä tarpeellisina. Haastateltava olisi mielellään pitänyt vapaansa yhdessä hoidettavan kanssa.

"...55 vuotta oltu porukassa, sit jos yhdessä mentäis johonkin ". H5

Seitsemäs haastatelluista koki vapaapäivatarpeen eritavalla. Hänen omaishoidettavansa liikkui ulkona itsekseen muistin sallimissa rajoissa. Kaikki laitospaikat olivat sellaisia, missä itsenäinen ulkoilu ei ole mahdollista vastuukysymyksistä johtuen. Hänen kohdallaan paras ratkaisu oli kotiin saatu hoitaja. Tässäkin tapauksessa omaishoitaja on kokenut, että ei olisi tarvetta kokopäiväiselle hoitajalle, vaan joka kävisi varmistamassa lääkkeiden oton, ruokailut ja pukeutumiset. Paikat, josta hoitajan voi tilata kotiin ovat suuria palveluntuottajia, josta ei välttämättä voi saada aiemmin käynyttä hoitajaa. Tämän haastateltu omaishoitaja koki haastavaksi. Hän toivoi, että yksityisiä hoitajia voisi käyttää omaishoitoon suunnatuilla rahoilla.

"...mun täytyy hyvin tarkkaan laittaa jääkaappiin kaikki ja lappu vielä siihen ,mä kun en yhtään tiedä millainen ihminen sieltä tulee"

"ajattele, että tänne tuli ihminen joka kysyi miten nää toimii siis dosetti ja vedenkeitin ja sit mun pitää jättää hänet tänne". H7

Omaishoitaja, jonka hoidettava on jo menehtynyt, pystyi käyttämään hyväkseen kaikki kolmenpäivän vapaansa. Hän kertoi, että hoidettava ei aluksi lähtenyt mielellään hoitokotiin, kun hän huomasi pääsevänsä takaisin kotiin, tilanne parani. Tilanne parani siitäkkin syystä kun poika kävi hoitokodissa tapaamassa isäänsä. Haastateltu omaishoitaja kertoi vielä vapaiden olevan hoitotukea parempi vaihtoehto.

"...oikeastaan parempana mä pidin sitä kun sitä hoitotukea, että sai ne kolme päivää vapaata. Melkein kaikki kolmenpäivän vapaat pystyin pitämään. Hän lähti ja ensin se oli pitkinhampain lähtö, mutta sitten kun hän huomasi, että hänet haetaan sieltä takaisin". H8

Puolisohoivassa ongelmakohdaksi nousi hoivanantajan lomapäivien pitäminen. Hoivan saaja ei ollut aina halukas hyväksymään muuta hoivanantajaa, eikä

valmis osallistumaan kodin ulkopuoliseen hoitoon. Heino (2011, 33) on kiinnittänyt huomionsa siihen, ettei hoivan antaja itse halua jostain syystä jättää hoidettavaansa hoitopaikkaan. Omaishoitajat kokevat ristiriitaisia tunteita ja syyllisyyttä viedessään omaistaan vapaapäiviensä ajaksi laitoshoitoon (Tikkanen 2016, 140). Toisena syynä voi olla omaishoitajan kokemus syyllisyys omista tarpeistaan ja hyvinvoinnistaan huolehtimisesta (Autio 2014, 89) ja sen vuoksi koetaan, että on helpompi luopua omista vapaapäivistä.

Mikkola (2009, 192-199) toteaa väitöskirjassaan, että hoivapalvelujen järjestämisessä ongelmalliseksi tulee, jos palveluja ei tarkastella yhteisen asiakkuuden kautta. Haastatteluissani totesin, että vapaapäivien tarve ja toteutus tapa on hyvin yksilökohtainen.

Itsensä toteuttamiseen liittyy vahvasti oman ajan käyttö. Minua kiinnosti kuulla, miten omaishoitajat viettivät vapaa-aikaansa ja oliko heillä halu osallistua vapaa-ajan toimintoihin. Allardtin (1976, 175-176) mukaan tekemistä voi kuvata mielenkiintoisena toimintana varsinaisen työn ulkopuolella. Tekeminen on itsensä toteuttamista ja ehkäisee vieraantumista. Vapaa aika antaa ihmiselle oikeuden nauttia oman toiminnan tuloksista.

Kahdeksasta omaishoitajasta kolme koki vaikeuksia saada omaa vapaa-aikaa. Loput haastatelluista ei kaivannut vapaa-aikaa. Eräs hoitajista kävi kaupassa hoidettavan nukkuessa. Miespuolinen omaishoitaja koki raskaammin vapaa-ajan puutteen. Hän koki keskustelu kumppanin puutteen vaikeaksi asiaksi, kun koskaan ei saanut hoidettavalta vastausta mihinkään.

"...haluaisin elää itsekin. Tarinat on varmaan yhteisiä. juttukaveria ei ole ollenkaan kun ei ikinä saa edes vastausta ...se on se, ei ollut oikein tilattu tämä homma" Hän myös totesi, että

"... niin kiinni on aamiaisesta alkaen".H7

Kirsi (2004) tutki väitöskirjassaan ”Rakasta, kärsi ja kirjoita” dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden miesten ja naisten hoitokokemuksia. Tutkimuksen mukaan miehille puolison hoivaaminen osoittautui uudeksi ja oudoksi tilanteeksi. Naisille tilanne oli sen sijaan tutumpi.

Eräs omaishoitajista kertoi, että he kävivät yhdessä kaupassa ja apteekissa. Päivässä sai olla vain yksi asia, jotta sen pystyi tekemään, koska kaikki pukeminen ja lähteminen vei niin paljon aikaa. Toinen omaishoitajista pystyi käymään omissa harrastuksissa, mutta halusi silti saada osallistua enemmän vapaa-ajan viettoon. Neljä omaishoitajista ei kokenut ongelmia vapaa-ajan vieton suhteen. Eräs totesi, että ei ole mitään menoja kaivannutkaan, kun he pystyvät vielä käymään hoidettavan kanssa yhdessä asioilla. Eräs hoitajista koki elämän olevan hyvällä mallilla.

”...elämä on kivalla mallilla”. H1

Vapaa-ajan tarpeet osoittautuivat yksikölliseksi ja tarve omalle vapaa-ajalle oli sidoksissa hoivattavan kuntoon.

6.5 Omaishoitajuutta vahvistavat ja heikentävät asiat

Viimeisenä haluan kiteyttää kysymykseen omaishoitajien kokemista asioita, vahvistavat tai heikentävät heidän hyvinvointiaan. Mikkola (2009) on väitöskirjassaan ”Sinusta kiinni” tutkinut puolisohoivan toimijuutta ja tuloksissaan hän toteaa, että puolisohoiva toteutuu parhaiten, kun molempien osapuolten tarpeet on tyydytetty. Väitöskirjassaan hän totesi puolisohoivan ongelmakohdaksi voi nousta hoivanantajan lomapäivien pitäminen, koska hoivan saaja ei ollut aina valmis hyväksymään muuta hoivanantajaa. Hoivapalvelujen järjestämisessä palveluja tulisi tarkastella yhteisen asiakkuuden kautta, toteaa Mikkola. (2009, 192-199.)

Kahdeksasta omaishoitajasta seitsemän mainitsi hyvinvointia vahvistavana tekijänä oman ajan. Osalla se oli vapaa päivät ja osalla oli toive päivittäisestä omasta ajasta. Osalla vapaapäivät toteutuivat. Osa haaveili päivittäisestä omasta

ajastaan, että edes joskus olisi päässyt hoitamaan asioitaan. Eräs omaishoitajista kiteytti tunteensa näin.

"...Siis mikä helpottaa, no kun annettiin kolme lisäpäivää kuukaudessa vapaata ja nyt minulla on kuusi päivää kuukaudessa vapaata, se on kyllä iso juttu alkaen ensikuun alusta...ainoastaan omasta ajasta hyödyn". H6

"...Ehkä semmonen, että olisi hänet voinnu päivällä viedä jonnekin muutamaks tunniks. Hän ois saannu vaihtelua ja itse ois päässy asioille". H8

Ainoastaan yksi omaishoitajista koki, ettei hänellä ollut vapaanajan tarvetta. Hän koki saavansa hoidettavasta seuraa, eikä kokenut niin raskaaksi omaishoitajuutta.

"... ei ton kans nyt niin kauheen raskast ole. Ei mul simmost raskast sen kansa ole . on siit seuraakin". H3

Hyvinvointia heikentävänä koettiin arjen raskaus. Kaksi hoitajista kertoi, että on päiviä jolloin on väsyneempi ja tuntuu, ettei jaksaa. Kaksi hoitajista kertoi, että hyvinvointia heikentää se, kun hoidettava on huonotuulinen ja vastustaa avustamista. Omaishoitajat ymmärtävät ongelmien johtuvan sairaudesta. Siitä huolimatta tilanne tuntuu ikävältä ja raskaalta. Eräs omaishoitajista kertoi, että on hyvä kun hoidettavalla on kuitenkin järki päässä.

"...kun mä sitä komennan kun se tekee ne kaikki samat virheet joka päivä, niin tota välil menee jo hermo ja mää sanon etteks sää jo usko ja joo, joo, se sanoo huolettomasti".H3

"...sit just noi kaupassa käynnit, että kun hän ei pysty mitään nykyään mitään kantamaan. Niin sitä kun saa kaikki pussit

sisään, mut ei siin mitään. Niin mut taas se on ihan hyvä, kun on järki päässä ja täs näin ollaan”. H5

”...joskus tuntuu ,ettei jaksa hitto viekään, se on ihan luonnollista ,että aina ei jaksa”. H1

Eräs omaishoitajista totesi, että jokaisessa päivässä on omat haasteensa. Hänen mielestään asioita pitäisi kehittää yhdessä viranomaisten kanssa, eikä vaan ylhäältä päin määrätä. Eräs omaishoitajista koki vaikeana oman ajan puutteen, joka tuntui kaikkein vaikeimmalta asialta. Omaishoitaja jonka puoliso oli menehtynyt, pohti nykytilannetta, jossa murhe vaihtui taloudellisten asioiden pohtimiseksi.

”...se pitäisi kehittää näitä asioita ,ei sitä voi määrätä, että se on just näin, se tuli niinku ylhäältäpäin ja piste”. H7

”...Nyt sitten on vähän tenkapoo miten tästä eteenpäin, nyt sitten joutuu miettimään toisia asioita, kun ei se mee ihan putkeen aina ”. H8

Omaishoitosuhte tulisi perustua aina hoitajan ja hoidettavan vapaaehtoisuuteen. Siihen ei saisi ajautua muiden mahdollisuuksien puuttuessa. Hoitoavun juuret ovat vahvat ja ne saatetaan kokea puolisoita sitovina. Puolisoita sitoo avioliittolupaus, joka koetaan sitovan niin myötä kuin vastoinkäymisissä. (Salanko-Vuorela 2010, 11,13.)

7 Johtopäätökset

Sosiaalityön kehityksen alkuvaiheissa ei tunnettu gerontologista sosiaalityötä. Kiinnostus vanhustyötä kohtaan oli lähes olematon, koska ammatillisessa sosiaalityössä vallitsi psykoanalyttinen näkemys, jossa vanhuutta ei nähty merkityksellisenä ikävaiheena. Vasta vuosituhannen vaihteessa gerontologinen sosiaalityö vakiintui osaksi suomalaista sosiaalipalvelujärjestelmää ja vanhuspalveluja, vaikka kuntakohtaisia eroja on vielä olemassa. (Seppänen 2006, 23-25.) Omaishoidon onnistuneet kokemukset vaativat sosiaalityön ammattilaisilta gerontologisen sosiaalityön asiantuntemusta.

Tutkimukseni tarkoitus oli tuoda esiin ikääntyneen omaishoitajan kokemustietoa itseensä kohdistuvaan hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä hyvinvoinnin osatekijöiden avulla. Tarkastelin hyvinvointia Erik Allardtin (1976) hyvinvoinnin käsitteen avulla, jossa hyvinvoinnin perusta nähdään keskeisten perustarpeiden tyydyttymisenä, joita ovat elintaso, yhteisöllisyys ja itsensä toteuttaminen. Pohdin myös omaishoitajuutta vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä omaishoitajan kokemana.

Tutkielmani tulosten pohjalta totean, että tutkimuksesta saadut tulokset ja päätelmät ovat uskottavia ja vastaavat aiemmista tutkimuksista saatua tietoa. Surakan (2012) SUFACARE- Supporting Family Caregivers and Receivers (2010-2012) hankkeesta saadut tulokset vastasivat haastatteluissa saamiani omaishoitajien kokemuksia. Hankkeen tulokset ovat yhteneväisiä tutkimuksista saatujen tietojen kanssa. Omaishoidon motiivit perustuvat tunnesyihin, kuten rakkaus, yhteisestä elinhistoriasta syntynyt kiintymys tai velvollisuuden tunto perheenjäsenenä, jolloin omaishoitoa annetaan yhteiskunnallisten normien määräämänä velvollisuuden pakosta. Tutkielmassani haastattelemieni omaishoitajien hoivan motiivit perustuivat yllä mainittuihin tunnesyihin, rakkauteen ja yhteiseen elämänhistoriaan, joissakin saattoi jopa velvollisuuden tunteella olla vaikutusta. Valinnanvapaus hoitamiseen ryhtymisessä oli merkittävä tekijä kielteisten seurausten välttämiseksi. Merkittävin tulos oli se, että omaishoitajat kokivat saamansa tuen ja neuvonnan riittämättömiksi. Surakka (2012) hankkeen tulosten johtopäätöksissä mainittiin, että

onnistuneessa omaishoitosuhteessa vallitsee turvallinen ja hyvä elämänlaatu. omaishoitajiin suhtaudutaan positiivisesti, arvostavasti ja heidän työpanoksessaan tunnustetaan kokemusasiantuntijuus sekä huomioidaan yksilökohtaiset laadukkaat tukitoimet. (Mt.,19, 34- 35.)

Haastateltavien elintasoja koskevassa osiossa ilmeni, että virallinen omaishoitajuus oli astunut kuvaan, kun tapahtui eläköityminen. Eläkepäiviä ei siten kyetty viettämään ilman hoitovelvoitetta. Taloudelliset asiat eivät rasittaneet, kun hoiti omaistaan kotona. Esille tuli, että siirto palveluasumiseen tuntui tulojen osalta mahdottomalta, kun päivittäin joutuisi miettimään rahojen riittämistä elämiseen. Taloudelliset seikat saattoivat jossain tapauksessa ratkaista kotona hoitamisen. Asumisolot eivät kaikilla olleet parhaat mahdolliset kotona hoitamiseen. Asunnossa oli useita asuinkerroksia tai peseytymistilat olivat joissain tapauksissa ongelmalliset ja niihin pääsy tai sijainti saattoi olla ongelma. Muutostöiden tarvetta oli osassa kodeista.

Ennen haastatteluja pohdin, että kotihoidon palveluita ja tukipalveluita olisi ollut enemmän käytössä. Perheen käyttämien palvelujen käyttö liittyi useimmissa tapauksissa hoidettavan kuntoon. Tutkimukseni osallistuneet välittivät tietoa siivousavun tarpeesta. Siivousapua käytettiin vähäisesti, vaikka haastatteluissa ilmeni siivouspalvelujen tarvetta. Pihanhoitoon liittyviin toimiin hankittiin jonkin verran apua kodin ulkopuolelta tai perhepiiristä. Kaupassa käynnit koettiin virkistävänä tekijänä, vaikka se osalla olikin vaativa tapahtuma, kun hoidettava oli otettava mukaan. Ruuan valmistamisen jokainen omaishoitaja teki itse.

Kokemus omasta terveydestä oli kokemuseräinen. Jotkut tutkittavista olivat sairastuneet vakavaan sairauteen ja siitä huolimatta he eivät kokeneet itseään niin sairaaksi, etteivät olisi jaksaneet hoitaa omaistaan. Heikkisen (2000, 227-229) mukaan ihmisen kokemus terveydestään, on enemmän kuin tieto siitä mitä sairauksia ja toiminnanvajavuuksia ihmisellä on. Paljon sairauksia omaava ihminen voi kokea itsensä terveeksi, koska terveys on kokemuksellinen asia. Terveyden osalta hyvät yöunet on myös tarpeelliset ja niissä oli osalla

haastateltavista ongelmia. Oma uni kuvattiin katkonaiseksi. Oli tilanteita joissa hoidettavaa piti auttaa yöllä ja se tietoisuus siitä teki unen katkonaiseksi.

Haastatteluissa tuli ilmi, että saatavilla olevista palveluista ja muista hoitoon liittyvistä asioista ei ollut riittävästi tietoa. Koettiin, että itse pitää osata kysyä asioista. Laitinen (2011) on todennut omassa pro gradu -tutkielmassaan, että omaishoitajilla on tarvetta neuvonnalle ja tuelle.

Yhteisöllisyyden kokemuksista ilmeni perhesuhteiden tärkeys. Erityisesti lapset tuntuivat olevan hyvin tärkeässä asemassa kuudelle omaishoito perheelle. Ystävyyssuhteet kärsivät ja osa haastateltavista ei kyennyt huolehtimaan ystävyyssuhteistaan. Ne joilta perheen tuki puuttui, kokivat raskaana myös ystävyyssuhteiden puutteen.

Vertaistuesta osa haastateltavista kertoi, ettei kokenut nyt tarvitsevansa sitä, tai ei ollut ajatellutkaan sen hankkimista.

Itsensä toteuttaminen käsitti, työnarvostuksen, jossa mielipiteet jakautuivat kahtia. Puolet omaishoitajista koki työtä arvostettavan ja puolet koki, ettei omaishoitoa arvostettu. Osa koki, että omaishoidosta maksettava palkkio on liian pieni. Monet viestittivät, että omaishoidon palkkio on vain murto-osa laitoshoidon kuluista.

Omaishoitajien vapaat puhuttivat kaikkia. Omaishoitajan vapaista oli erilaisia toiveita, toiset halusivat ehdottomasti tietyt vapaat kuukaudessa ja hoidettavan vapaiden ajaksi palvelutaloon. Kaikki eivät kokeneet sitä hyvänä ratkaisuna. Osa koki, että enemmän hyödyttäisiin kotiin saatavasta palvelusta, jossa vastattaisiin yksilöllisiin tarpeisiin. Yksilöllisten tarpeiden huomiotta jättäminen vaikeutti vapaiden viettoa. Jotkut toivoivat, että omaishoitaja ja hoidettava hyötyisivät enemmän sellaisesta palvelusta, johon he voisivat osallistua yhdessä. Yksi omaishoitajista ei kaivannut vapaita, koska hän koki nykyisenkin elämän laatunsa hyväksi.

Päivittäinen vapaa-ajan vietto oli osalle mahdotonta. Tämä riippui paljolti hoidettavan kunnosta. Omaishoitajat, jotka hoitivat sellaista omaista, joka tarvitsi raskaimmin apua, kokivat tuon vapaa-ajan puutteen hankalana.

Omaishoitajan kokemus hyvinvointia vahvistavista tekijöistä mainittiin oma aika. Oman ajan puute kapeutti sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Heikentävinä tekijöinä koettiin arjen raskaus ja etenkin tilanteet, jossa hoidettava ei ollut hoitomyönteinen.

Tulosten perusteella omaishoitajien vapaita suunniteltaessa mahdollisuus yksilöllisiin ratkaisuihin auttaisi vapaiden käyttöä. Vapaiden avulla kyetään tukemaan omaishoitajien jaksamista ja sen vuoksi niiden yksilöllinen järjestely olisi tarpeellista. Oman ajan saaminen sitovasta hoivatyöstä on tärkein hyvinvointia vahvistava asia. Jokaisen perheen elämä ja tarpeet ovat yksilölliset jotka pitäisi huomioida palveluiden suunnittelussa. Jaksamisensa tueksi omaishoitajat kaipaavat enemmän neuvontaa, ohjantaa ja tukea.

Omaishoitajien tarpeista on paljon tutkittua tietoa olemassa. Omaishoitajuutta sitovat lait, säädökset ja normit eivät, ehkä huomioi riittävästi yksilöllisiä tarpeita. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia omaishoidossa työskentelevien sosiaalityön ammattilaisten näkemystä, omaishoitajien tarpeista ja sitten pohtia kohtaako asiakkaan tarpeet ja ammattilaisen näkemys?

Lähteet

- Aaltonen, Elli (2005) Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä. Yhteiskuntapolitiikka 70(4), 432-439.
- Ahokas, Marja (2010). Ryhmät ja niiden väliset suhteet. Teoksessa Suominen Eero & Pirttilä-Backman, Anna- Maija & Lahikainen, Anja Riitta & Ahokas, Marja (toim.) Arjen sosiaalipsykologia. Helsinki: Wsoy.
- Airio, Ilpo (2016). Ikään liitettävät stereotyyppit ja käsitykset iäkkäistä viidessä EU-maassa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. Janus 1(24), 3-25.
- Allardt, Erik (1975). Att ha, att älska, att vara: om välfärd i Norden. Lund: Argos
- Allardt, Erik (1976). Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Ensimmäisen painoksen muuttumaton lisäpainos. Juva: wsoy graafiset laitokset.
- Allwod, Carl-Martin (2004). Perspektiv på kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur.
- Autio, Tiina (2014). Puolisoaan hoitavien tunteet omaishoitajakokemusten valossa. Licensiaatin tutkimus. Itä-Suomen Yliopisto: Kuopio.
- Bell, Judith (2006). Doing your Research Project. A guide for first – time researchers in education, health and social science. 4. Edition. Berkshire. Open University Press, 157,161.
- Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1994). Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedon sosiologinen tutkielma. 1. Painos 1966. Helsinki: Gaudeamus.
- Cacioppo T. John & Patrick William (2008). Loneliness. Human Nature and the Need for Social Connections. New York: W. W. Norton & Company.

Csikszentmihalyis, Mihaly (1997). Finding Flow. Why We Love It and Retailers Can Create the Ultimate Customer Experience. Chicago: Kaplan Publishing.

Davidson, Bo & Patel, Runa (2011). Forskingsmetodikens grunder . Lund: Studentlitteratur , 68-69.

Doyal, Len & Gough , Ian (1991). A Theory of Human Need . The Guilford Press: New York, 35-36.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2003). Johdatus laadulliseen tutkimukseen.6. Painos. Jyväskylä : Gummerus Kirjapaino.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2015). Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Valli, Raine & Aaltola, Junani (toim.) 4. Uudistettu ja täydennetty painos. Bookwell Oy : Juva.

Forsberg, Gunnar & Wallmark, Johan (1998). Nätverksboken- om mötes mojligheter. Stockholm : Liber.

Gill, John & Johnson, Phil (2002). Research Method For Managers. Sage Publications: London, 160.

Gomm, Roger (2004). Social Research Methodology: A Critical Introduction. Palgrave Macmillan.

Heikkinen, Eino (2000). Terve vanheneminen – Utopia vai realistinen mahdollisuus. Teoksessa Heikkinen, Eino & Tuomi, Jouni (toim.)Suomalainen elämäntulkku. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Vantaa.

Heikkinen, Eino(2013). Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Heikkinen, Eino ja Jyrkämä, Jyrki ja Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Helin, Satu & Bonsdorff von Mikaela (2013). Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.) : Gerontologia. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Heino, Malla (2011). Omaishoidon strategiat arjen käytännössä. Teoksessa: Kaivolainen, Merja & Purhonen, Merja (toim.). Omaishoidon strategia-yhteinen näkemys tavoitteeksi. Pori: Omaiset ja läheiset liitto ry.

Hennala, Lea (2014). Radikaaleja innovaatiota vai pieniä tekoja. Gerontologia 28 (nro 2), 67- 82.

Hiekkanen, Nina & Pulkkinen, Marita & Rikberg, Lars. Elinvoimaa ja elämänhallintaa omaishoitoperheille 2009-2013. Eteläinen Helsinki, Kalliolan senioripalvelusäätiö/Kuntokeidas Sandels. Kalliolan settlementti. Ray.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2011). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus University Press.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2007). Tutki ja kirjoita. 13 osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Hämäläinen, Kati & Pirskanen, Henna & Rautio, Susanna (2014). Sensitiiviset perheaiheet haastattelututkimuksessa – Eettiset haasteet, perhesalaisuudet ja intervention mahdollisuus.. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, Janus. 1. (22), 56 -57, 65.

Hämäläinen, Salla-Tuulia (2015). Puoliso-omaishoitajien kokemuksia vertaistuesta. Pro gradu. Tampereen yliopisto, Porin yksikkö.

Ikonen, Eija-Riitta (2013). Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Hymell, Shelley & Tarulli, Donato & Thomson, Laura Hayden & Terrel-Deutsc, Beverley (1999). Loneliness through the eyes of children. Teoksessa Rotenberg, Ken & Hymel, Shelley (toim.) Loneliness in childhood and adolescence. Cambridge. UK: Cambridge University Press.

Ikonen, Eija- Riitta (2013) Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Jaakkola, Outi (2007). Resursseja omaishoivaan. Omaishoitajien sosiaaliset verkostot ja niiltä saatu sosiaalinen tuki. Sosiaalipolitiikan Pro gradu. Tampereen yliopisto.

Jämsted, Pia & Kaivolainen, Merja & Laakso, Taina & Salanko-vuorela, Merja (2009). Omaisen hoitajana. Omaishoitajat ja läheiset –liitto ry. Kirkkopalvelut-Kotimaa Yhtiöt Oy/Kirjapaja: Helsinki.

Kaakkuriniemi, Sinikka (2014). Läheisestä omaishoitajaksi. Teoksessa Kaakkuriniemi, Sinikka & Kalliomaa -Puha, Laura & Korte, Helna & Mattila, Yrjö & Mikkola, Tuula & Palosaari, Eija & Uusitalo, Marketta (toim.) Omaishoitajan käsikirja. United Press Global: Painettu EU: ssa.

Kaivolainen, Merja (2011). Tunteet ja omaishoito. Omaishoitajan jaksaminen. Omaishoitoperhe terveydenuollon asiakkaan. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen, Merja & Salanko-Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim.

Kalliomaa-Puha, Laura (2014). Omaishoidon oikeudelliset kehyksen. Teoksessa Kaakkuriniemi, Sinikka & Kalliomaa-Puha, Laura & Korte, Henna & Mattila, Yrjö & Mikkola, Tuula & Palosaari, Eija & Uusitalo, Marketta (toim.) Omaishoitajan käsikirja. United Pressa Global. Painettu Eu :ssa.

Kalliomaa-Puha, Laura & Mattila Yrjö (2010). Omaishoidon oikeudelliset kehykset. Teoksessa Meriranta, Marjo (toim.) Omaishoitajan käsikirja. Unipress: Painettu Eu: ssa.

Kehusmaa, Sari (2014). Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia: 131. Tampereen yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Keski- Petäjä, Minna (2015). Kielletty aborttihalu–Potilaskertomuksen abortin sosiaalishistoriallisen tarkastelun pohjana. Teoksessa Häkkinen, Antti & Salasuo, Mikko (toim.). Salattu, hävetty, vaiettu. Miten tukia piilossa olevia ilmiöitä. Tampere: Vastapaino.

Kilpeläinen, Arja (2012). Tiedon rakentuminen kylien teknologiavälitteisten hyvinvointipalvelujen tutkimuksessa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. Janus. 3. (20), 268-285.

Kirkevold, Marit (2000). Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Lund. Studentlitteratur.

Kirsi, Tapio(2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy: Juvenes Print.

Klemettilä, Minna(2014). Puoliso- omaishoitajien kokemuksellinen elämänlaatu: Alsova päiväkirjat tutkimusaineistona. Pro gradu-tutkielma. Hoitotyön johtaminen, Terveystieteen tiedekunta: Itä-Suomen yliopisto.

Kotiranta, Tuija & Haaja, Raili & Niemi, Petteri (2011). Sosiaalisuus ja sosiaalinen hyvinvointi. Teoksessa Kotiranta, Tuija & Haaki, Raili & Niemi, Petteri (toim.) sosiaalisen toiminnan perusta. Gaudeamus Helsinki: University Press.

Kuula, Arja (2011). Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Kuusinen- James, Kirsi ja Seppänen, Marjaana (2013). Ikääntyvät palvelusetelin käyttäjät valintatilanteessa: kuluttajia vai näennäiskuluttajia? Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. Janus 4. (21), 315.

Kvale, Steinar (1996). An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks, Sage.

Laine Timo (2015). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola, Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. – Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin Juva: Bookwell oy.

Laitinen, Eija (2011). Omaishoitoon liittyvien palvelujen käyttö ja tarve sekä niihin vaikuttavat tekijät. Pro gradu -tutkielma, terveystaloustiede, Itä- Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveystieteiden laitos.

Lampinen, Päivi 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina: 65- 84 vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Jyväskylän yliopisto. Liikunta - ja terveystieteiden väitöskirja. Studies in Sport, Physical Education and Health 99.

Liikanen, Saija (2010). Kurkistuksia omaishoivan arkeen. Työikäisten omaishoitajien kokemuksia arjesta muistisairaiden omaistensa hoivaajina. Sosiaalityön Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.

LoBiondo-Wood, Geri – Haber, Judith 2002: Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization. 5. Edition. St. Louis. Missouri: Mosby.

Malmi Maria & Nissi- Onnela Sirkka (2011). Omaishoitajan ja omaishoitajaperheen tuen tarpeet. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen Merja & Salanko- Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim.

Marin, Marjatta (2003). Sosiaaliset verkostot. Teoksessa Main, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa PS- kustannus: Juva.

McCartt Hess, Peg & Feldman, Nancy (2008). Values and Ethies in Social Work Practice with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. Teoksessa Gerald P. Mallon (toim.) Social Work Practice with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: New York, 25-38.

Mead, Sherry & Hilton David & Curtis Laurie (2001). Peer support: a theoretical perspective. Psychiatric rehabilitation journal 25, (2), 135.

Metsämuuronen, Jari (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Metsämuuronen, Jari (2009). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikkola Tuula (2009). Sinusta kiinni. Tutkimus puolisoivoivan arjen toimijuuksista. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta. Tampere: Julkaisija Diakonia Ammattikorkeakoulu. Juvenes Print Oy,15,192-199.

Mäkelä, Matti & Purhonen, Merja (2011). Omaishoito kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen tärkeä voimavara. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen, Merja & Salanko-Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim.

Mäkinen, Olli (2006). Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Niemelä, Pauli (2010). Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa Niemelä Pauli (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOY..

Nissi-Onnela, Sirkka & Kaivolainen, Merja (2011). Minäkö omaishoitaja - omaishoitaja identiteetti. Omaishoitajan identiteetti tukee omaishoitajan jaksamista. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta Tuija & Mäkinen Erkki & Purhonen Merja & Salanko-Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Noppiari, Eija & Koistinen, Paula (toim.) (2005). Laatu vanhustyöhön. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Olsson, Henny & Sörensen, Stefan (2007). Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber AB.

Perttula, Juha (1996). Ihmistieteiden tiedon muodostus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Palmroth, Aino & Nurmi, Ismo (toim.). Alttiiksi asettumisen etiikka: laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunnan julkaisusarja n:o 38 .

Pessi, Anne & Seppänen, Marjaana (2011). Yhteisöllisyys. Teoksessa Saari, Juho (toim.) Hyvinvointi Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.

Purhonen, Merja (2011). Omaishoidon motiivit ja merkitys omaishoitajille sekä hoidettaville. Palvelujärjestelmän haasteet omaishoitotilanteissa. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen Merja & Salanko-Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Purhonen, Merja & Nissi-Onnela, Sinikka & Malmi, Maria (2011). Omaishoidon yleisyys- ja moniulotteisuus. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen Merja & Salanko - Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön . Hämeenlinna : Kariston kirjapaino Oy.

Purhonen, Merja & Mattila, Yrjö & Salanko-Vuorela, Merja (2011). Omaishoidon tuki ja omaishoidon sopimus. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen Merja & Salanko- Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Purhonen, Merja & Salanko-Vuorela, Merja (2011). Omaishoidon tuki ja omaishoitajan asema. Teoksessa Kaivolainen, Merja & Kotiranta, Tuija & Mäkinen, Erkki & Purhonen Merja & Salanko-Vuorela, Merja (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Päivärinta Eeva & Haverinen Riitta (2003). Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes. Oppaita 52. Jyväskylä :Gummerus Kirjapaino Oy.

Qureshi, Hazel & Walker, Alan (1989). The Caring Relationship. Elderly People and their families. Philadelphia: Temple University Press.

Raunio, Kyösti (1995). Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. Helsinki. Gaudeamus.

Rauramo, Päivi (2004). Työhyvinvoinnin portaat. Helsinki: Edita publishing Oy.

Reeve, Johnmarshall (2005). Understanding motivation and emotion. United States of America.

Rubinstein, Robert, L. & Parmalee, Patricia A. (1992). Attachment to place and the representation of the life course by the elderly. Teoksessa Irwin Altman & Setha M. Low (toim.). Place Attachment. Human Behaviour and Environment 12. New York: Plenum Press.

Salanko-Vuorela, Merja. (2010). Omaishoidon yleisyys Suomessa. (toim.) Meriranta, Marjo. Teoksessa omaishoitajan käsikirja. Unipress : Painettu Eu:ssa.

Salanko-Vuorela, Merja & Purhonen, Merja & Järnstedt, Pia & Korhonen, Annikki (2006) Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. Hoitaahan ne joka tapauksessa. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry.

Seppänen, Marjaana (2006). Gerontologinen sosiaalityö. Katsaus lähtökohtiin, nykytilaan ja tulevaisuuteen. Helsinki: Yliopistopaino.

Sointu Liina, (2008) Hoivaa Kotona, Puolisoaan hoivaavien ikääntyneiden naisten kokemuksia arjesta. Sosiaalipolitiikan pro gradu - tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto-

Sointu, Liisa (2011). Läsnaolo hoivan arjessa. Janus 2011, 2, (19) 153-178.

Surakka, Jukka (2012). Sufacare-Supporting Family Caregivers and Receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. Arcada publication 4/ 2012. Helsinki.

Syrjäläinen, Eija (1994). Etnografinen opetuksen tutkimus: Kouluetnografia. Teoksessa: Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari. Laadullisestutkimuksen työtapoja. Kirjapaino Westpoint Oy. Rauma: Kirjayhtymä Oy.

Tedre, Siva 2003. Hoiva ja vanhuus. Teoksessa seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) Juva: PS- Kustannus.

Thorèn, Emma (2011). Berättelser om hjälpsamma samtal. En narrativ studie om verksamma processer i terapi och behandling. Göteborgs Universitet.

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/28977717gupea_2077_28977_1.Pdf
Haettu 15.10.2016.

Tikkanen, Ulla 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos, Helsinki: Helsingin yliopisto.

Tuomela, Raimo & Mäkelä, Pekka (2011). Sosiaalinen toiminta. Teoksessa Kotiranta, Tuija & Niemi, Petteri & Haaki, Raili (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Gaudeamus Helsinki: University Press.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2004). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2012). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. Uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Ohje 2012. pdf.
[http://www.tenk.fi/Sites/tenk.fi/files/HTK Haettu 17.1.2017 .](http://www.tenk.fi/Sites/tenk.fi/files/HTK_Haettu_17.1.2017)

Twigg, Julia (2000). Bathing the Body and Community Care. London: Routledge.

Uusitalo, Marketta (2014). Omaishoitoperheen lääkehoito- ja turvallinen asuinympäristö. Teoksessa Kaakkuriniemi, Sinikka & Kalliomaa-Puha, Laura & Korte, Henna & Mattila, Yrjö & Mikola, Tuula & Palosaari, Eija & Uusitalo, Marketta. Omaishoitajan käsikirja. United Press Global: Painettu EU:ssa.

Valokivi Heli & Zechner Minna (2009). Ristiriitainen omaishoiva. Kolme näkökulmaa omaishoivaan. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zehner, Minna (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Vanhanen, Emma (2011). Vertaistuki verkkokeskustelussa – neuvottelevaa tukea ja autoritääristä auttamista. Janus 1. (19,) 36-51.

Varto, Juha (1992). Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vasara, Paula (2014) Hoivan kertomuksia. Tarinamallit ikääntyneestä äidistään huolehtivien tytärten narratiiveissa. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti. Janus. 1. (22) ,4.

Weare, Katherine (2004). Developing the Emotionally Literate School. Trowbridge.

Vilkka, Hanna (2005). Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, Hanna (2015). Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-Kustannus. Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (2005) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Von Wright, Georg Henrik. (2001)Hyvän muunnelmat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Zechner, Minna(2010) Informaalihoiva sosiaalipolittisessa kontekstissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Zehner, Minna (2008) Kykyjä kyvyttömyyden tasolla: hoivan vaiheet vanhusten kertomana . Janus 16(4), 295 -310.

Åstedt- Kurki. Päivi& Jussila, Aino-Liisa& Koponen, Leena& Lehto, Paula& Maijala.Hanna& Paavilainen, Riitta &Potinkara, Heli. (2008) Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: Wsoy. Oppimateriaalit Oy.

Muut lähteet:

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013: 11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005: 30.(2006) Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014: 2. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Julkaisun pysyvä osoite on <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3483-2>.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 11/2016.(2016) Kuntainfo. Omaishoidon tuen hoitopalkkiot. Helsinki.

Omaishoitajien hyvinvointi - ja terveystarkastusten toteuttaminen.(2015) Kuntainfo. Helsinki :Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 12.2.2015

Muut julkaisut:

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Aineistohallinnan käsikirja.<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/viitattu> 3.3.2016

Suomen säädöskokoelma:

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 28.12.2012 / 980

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607

Kansanterveyslaki 28.11.1972/66

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937

Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 511/2016

Tilastot:

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tilasto ja indikaattoripankki Sotkanet.fi.2016. Tilastokeskus 201

Liitteet

1 Tutkimuksen informaatiokirje

Hei!

Olen sosiaalityön opiskelija Tampereen yliopiston Porin yksiköstä ja toteutan opintoihin liittyvän pro gradu-tutkielman, jonka tavoitteena on saada tietoa ikääntyneen omaishoitajan kokemuksista omaan hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa millaisena omaishoitaja kokee oman hyvinvoinnin ja millä tekijöillä sitä voisi parantaa? Saatu tieto on tärkeää ja auttaa palveluiden kehittämisessä.

Tutkimus on tarkoitus toteuttaa haastattelemalla vuoden 2016 aikana kymmentä ikääntynyttä eli yli 63 vuotiasta omaishoitajaa. Haastattelu nauhoitetaan, mutta myös ilman nauhoittamista on mahdollisuus osallistua.

Tutkimuksesta saatavia tietoja käsitellään ehdottomasti luottamuksellisesti ja käytetään vain tähän tutkimukseen. Tietoja ei luovuteta ulkopuoliselle henkilölle. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja osallistumisen voi keskeyttää, koska tahansa. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, että vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Aineisto tuhoetaan tutkielman valmistumisen jälkeen asianmukaisesti.

Osallistumisesta etukäteen kiittäen,

Kirsi Gustafsson

Tutkijan yhteystiedot:

Kirsi Gustafsson, Sosiaalityön opiskelija Tampereen yliopiston Porin yksikkö,
kirsi.gustafsson@elisanet.fi

Gsm 040-5290851

2 Suostumus tietojen käyttöön tutkimuksessa

Annan suostumukseni haastatteluun ja nauhoitettujen haastattelutietojen käyttämiseen tutkimusta varten, joka käsittelee ikääntyneen omaishoitajan kokemuksia Hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Haastattelijana toimii Kirsi Gustafsson, joka tekee pro gradu-tutkielmaa Tampereen yliopiston / Porin yksikössä sosiaalityön tutkinto-ohjelmaan.

Tutkimusraportissa ei tule esiin haastateltavan henkilöllisyys tai muita tunnistettavia tietoja. Haastatteluja ei luovuteta ulkopuoliseen käyttöön. Haastateltavan kommentteja on lupa käyttää haastattelutekstin analyysissä ja tulosten esittelyssä.

Olen saanut informaatiokirjeen tutkimuksesta

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

3 Teemahaastattelun runko

Taustakysymykset:

1. Omahoitajan ikä ja sukupuoli
2. Kuinka kauan on toiminut omaishoitajana ja miten omaishoitotilanne on alkanut?
3. Kuinka kauan on toiminut virallisena omaishoitajana?
4. Millainen on hoidettava ja hoitotilanne?
5. Saatteko palveluja hoitonne tueksi, jos niin mitä ja koetteko ne riittäviksi?

Teemakysymykset:

1. Elintaso

Tulot

Kuvailekaa elintasoanne (eläkettä, omaishoidontukea)

Saatteko omaishoito palkkiota ja onko palkkio mielestänne sopiva?

Asumistaso

Kuvailekaa asumisolosuhteitanne?

Kuvailekaa ympäristöä jossa asutte?

Miten koette kotinne soveltuvan hoitamiseen?

Koulutus/ ammatti

Kertokaa ammatistanne ja mahdollisesta koulutuksesta

Terveys

Kuvailekaa millaiseksi koette terveydentilanne?

Miten koette omalla kohdallanne terveyteen liittyviä asioita kuten ravitsemus, liikunta?

Valmistatteko itse ruokanne?

Mitä muuta haluatte sanoa edellä olevista aiheista?

2. Yhteisyyssuhteet

Kertokaa perhesuhteista, ystävyys- ja naapuruus suhteista?

Kuvailekaa sosiaalisia suhteitanne?

Kertokaa vertaisryhmätoiminnasta, jos teillä on siitä kokemusta?

Kertokaa saamistanne palveluista jos saatte jotain kotiin annettuja palveluja?

Mitä muuta haluatte kertoa edellä olevasta asiasta?

3.Itsensä toteuttaminen

Kuvailkaa miten työtänne omaishoitajana arvostetaan?

Kertokaa omaishoitoon suunnatuista vapaapäivistä?

(Voitteko pitää ja pidättekö omaishoidon vapaapäivät ja antaa hoidettavanne muiden hoitoon?)

Kertokaa vapaa-ajastanne, miten sitä vietätte?

Onko teillä halua osallistua vapaa-ajan toimintoihin?

Pystytkö osallistumaan vapaa-ajan toimintoihin?

Mitä muuta haluatte kertoa edellä olevasta asiasta?

4. Omaishoitajuutta vahvistavat ja heikentävät asiat

Kertokaa asioista jotka koette vahvistavan teidän hyvinvointianne omaishoitajana?

Kertokaa asioista, jotka koette heikentävän teidän hyvinvointianne omaishoitajana?

4 Haastateltavien esittely

Haastateltava	Haastateltavan ikä	Haastateltavan sukupuoli	Hoidettavan suhde(lapsi, puolisi, läheinen)	Omaishoitaj uuden kesto	Lakisääte isten vapaiden käyttö Ei laitos tai Koti	Muiden palveluiden käyttö(koti hoito)	Onko kokemus ta vertaisry hmä toiminnasta
H1	73	Nainen	Puoliso	2 vuotta	Ei	Ei	Ei
H2	77	Nainen	Kehitysvam mainen tytär	7 vuotta (50 v)	Laitos	Päivä toiminta	kyllä
H3	68	Nainen	Puoliso	4 vuotta	Ei	Ei	Ei
H4	69	Nainen	Puoliso	7 vuotta	Laitos	Kyllä	Kyllä
H5	74	Nainen	Puoliso	5 vuotta	Ei	Ei	Ei
H6	73	Mies	Puoliso	6.5vuotta	Laitos	Ei	Ei
H7	75	Nainen	Puoliso	9 kk	Koti	Ei	Ei
H8	68	Nainen	Puoliso	2 vuotta	Laitos	Ei	Ei