

Ida Pauliina Lehti

Omaishoitajuuteen liittyvät kuormittavuustekijät ja omaishoitajien päihteiden käyttö

Kuppi nurin -hanke

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (AMK), SXO15S1A

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

18.5.2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Ida Lehti Omaishoitajuuteen liittyvät kuormittavuustekijät ja omaishoitajien päihteiden käyttö 32 sivua + 1 liitettä 18.5.2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitoyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitotyö
Ohjaaja	Jukka Kesänen, lehtori
<p>Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Omaishoitajaliiton ”Kuppi nurin” -hankkeessa, joka keskittyy päihdeongelmien kanssa kamppailevien omaishoitoperheiden, ja heidän tuen tarpeiden tunnistamiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata omaishoitajien jaksamiseen yhteydessä olevia kuormitustekijöitä ja päihdeongelmia. Opinnäytetyön tavoitteena oli kasvattaa tietoisuutta omaishoitajien kuormituksesta ja päihdeongelmista, sekä herätellä keskustelua miten päihteitä käyttäviä omaishoitajia voidaan auttaa ja tunnistaa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyöhön tarvittava aineiston keruu ja tutkimusartikkeleiden valinta suoritettiin Ovid-Medline-, CINAHL- ja PubMed nimisistä sosiaali ja terveysalan keskeisimmistä tietokannoista. Manuaalihakua käytettiin myös aineiston keruussa ja tutkimusartikkeleiden valitsemisessa. Yksi kirjallisuuskatsauksen aineistoon valituista tutkimuksista saatiin osakopiona Tampereen yliopiston kirjastosta. Aineisto koostui neljästä englanninkielisestä tutkimusartikkelista, ja kahdesta suomenkielisestä tutkimuksesta. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullisen analyysin perusmenetelmänä toimivaa teemoittelua.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että omaishoitajien tupakointia ja lisääntyneitä alkoholinkäyttöä ennustavana tekijänä toimii puutteellinen tukiverkosto. Omaishoitajien alkoholinkäyttöä ja ongelmajuumista ohjaavat usein myös emotionaaliset kuormitustekijät, kuten negatiiviset tuntemukset hoidettavaa kohtaan. Positiivisen ja ratkaisukeskeisen asenteen omaavat omaishoitajat käyttävät vähemmän alkoholia. Tämän työn tulokset osoittavat, että omaishoitajat kokevat myös jaksamisensa heikommaksi muuhun väestöön verrattuna. Omaishoitoon liittyviä kuormitustekijöitä ovat hoitoon sidottuna oleminen, sairaus ja ikääntyminen, sekä henkinen rasitus. Lisäksi hoidon ja palvelujen saaminen koetaan omaishoitajan jaksamista nakertavana taisteluna.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset antavat tietoa omaishoitajuuteen liittyvistä kuormitustekijöistä joihin tulevaisuudessa tulisi keksiä sopivia tuen muotoja, joilla omaishoitajien jaksamista voidaan vahvistaa. Toivon opinnäytetyön tulosten rohkaisevan terveydenhuollon työntekijöitä ottamaan omaishoitajien päihteidenkäytön esille omaishoitajien elämäntilannetta kartoitettaessa.</p>	
Avainsanat	Omaishoitaja, päihteiden käyttö, kuormitustekijät, päihdeongelmat, kuormittuminen

Author(s) Title	Ida Pauliina Lehti Caregiver-related burden factors and substance use by caregivers
Number of Pages Date	32 pages + 1 appendices 18 May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Jukka Kesänen, Senior lecturer
<p>Thesis was carried out in co-operation with the "Kuppi nurin" project, which focuses on caregiving families substance abuse problems and their support. The purpose of the thesis was to describe the burden factors and the substance abuse problems connected with the coping of caregivers. The aim of this thesis was to raise awareness of caregiver's burden and substance abuse problems, as well as to raise discussion on how caregivers who use substances can be helped and identified.</p> <p>A descriptive literature review was used as a research method for this thesis. The collection of material needed for the thesis and selection of the research articles was carried out by the most important databases of social and health care: Ovid-Medline, CINAHL and PubMed. Manual search was also used in collecting the material and selecting the research articles. One of the studies selected for the literature review was obtained as a part of the Tampere University Library. The material consisted of four English-language research articles and two Finnish-language studies. The method of analysis was thematising which is the basic method of qualitative analysis.</p> <p>The results of the thesis showed that a lack of social support network is a predictive factor in increased alcohol use and smoking among caregivers. Caregivers alcohol consumption and problem drinking is often driven by emotional burden factors, such as negative feelings towards their care-recipient. Caregivers with a positive and solution-oriented attitude drink less alcohol. The results of this work show that caregivers also feel weaker than the rest of the population. Burden-related factors related to caregiving include being tied to care, illness and aging, as well as mental strain. In addition, getting care and services is experienced as an endless fight affecting caregivers everyday life.</p> <p>The results of the thesis provide information of the burden factors related to caregiving which should be invented appropriate forms of support to improve the survival of caregivers in the future. I hope the results of this thesis will encourage the employees of the health care sector to raise the use of substances by caregivers when figuring out caregivers life situation.</p>	
Keywords	Caregiver, substance use, burden factors, substance abuse problems, burden

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tausta	2
2.1	Omaishoito	2
2.2	Omaishoitajan arki	3
2.3	Päihteet	5
2.3.1	Alkoholi ja Tupakka	5
2.3.2	Lääkkeiden väärinkäyttö ja huumeet	8
2.3.3	Päihderiippuvuus ja riippuvuudelle altistavat tekijät	9
2.3.4	Riippuvuuden kriteerit	10
2.3.5	Riippuvuuden muodot	11
2.3.6	Stressi ja alkoholinkäyttö	12
2.3.7	Stressi merkittävänä tekijänä alkoholiriippuvuuden syntymisessä	12
2.4	Stressi ja kuormittuminen	13
2.5	Akuutti ja krooninen stressi	13
2.6	Stressi, kuormittuminen, ja terveys	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	15
4	Menetelmät	15
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	15
4.2	Hakustrategia	16
4.3	Sisään- ja poisjättökriteerit	17
4.4	Hakuprosessi	17
4.5	Analyysi	19
4.6	Valintaprosessi	20
5	Tulokset	20
5.1	Omaishoitajuuteen liittyviä kuormitustekijöitä	20
5.2	Omaishoitajan jaksaminen ja kuormittuminen	22
5.3	Kuormitustekijät ja omaishoitajien alkoholinkäyttö	22
5.4	Omaishoitajien tupakointi	24
6	Pohdinta	25
6.1	Opinnäytetyön luotettavuus	26
6.2	Opinnäytetyön eettisyys	27

Lähteet		28
Liitteet		33
Liite 1. Tutkimusartikkeleiden keskeisimmät tulokset		
Kuvio- ja taulukkoluetelo		
Kuvio 1.	ICD-10 riippuvuuskaiteerit	10
Kuvio 2.	Tuloskuvio	24
Taulukko 1.	Sisään- ja poisjättökriteerit	17
Taulukko 2.	Käytetyt hakusana yhdistelmät ja tietokantojen hakutulokset	18
Taulukko 3.	Teemojen muodostaminen	19
Taulukko 4.	Kirjallisuuskatsauksen tulokset tietokannoista	20
Taulukko 5.	Tutkimusartikkeleiden keskeisimmät tulokset	33

1 Johdanto

Väestön ikääntymisen myötä omaishoitajien määrä ja tarve lisääntyvät, sillä hoidosta riippuvaisten ikäihmisten määrä kasvaa. Säästösyiden takia hoitopaikkojen määrää ei haluta kasvattaa, jolloin yhä huonokuntoisempia ikääntyneitä hoidetaan kotona, ja kotona tehty hoivatyö muuttuu raskaammaksi (Salanko-Vuorela 2011: 220.) Tämän takia Omaishoitajien kuormittavuustekijöihin sekä päihteidenkäyttöön on syytä kiinnittää enemmän huomiota, ja opinnäytetyön aihe on ajankohtainen.

Omaishoitajien jaksamisesta ja kuormittavuustekijöistä on runsaasti tarjolla tutkimustietoa, mutta omaishoitajien päihteiden käyttöä on Suomessa ja kansainvälisesti tutkittu vähän, jonka takia päihdenäkökulman mukana olo opinnäytetyössä onkin äärimmäisen tärkeä. Aihe on huomionarvoinen, sillä monet omaishoitajien kokemat kuormittavuustekijät kuten ahdistuneisuus, masentuneisuus, ja sosiaalinen eristäytyneisyys ovat esimerkiksi samoja, kuin alkoholinkäyttöön liitetyt tekijät. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä väsynyt ja päihteitä käyttävä omaishoitaja on vaaraksi itselleen, mutta aiheuttaa terveysriskin myös hoidettavalle. Esimerkiksi omaishoitajan alkoholinkäyttö on yhteydessä ikääntyneiden kaltoinkohteluun (Rospenda – Minich -Milner - Richman 2010: 315.)

Opinnäytetyö suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä Omaishoitajaliiton ”Kuppi nurin”-hankkeessa, joka keskittyy päihdeongelmien kanssa kamppailevien omaishoitoperheiden, ja heidän tuen tarpeiden tunnistamiseen. Veikkaus tukee vuosina 2017-2020 toteutettavaa ”Kuppi nurin” -hanketta, jossa keskitytään kartoittamaan päihdeongelman kanssa elävien omaishoitoperheiden elämäntilannetta, päihdeongelmien vaikutuksia arkeen, sekä perheiden avun ja tuen tarpeita. Hankkeen avulla pyritään lisäämään tietoisuutta omaishoitoperheissä ilmenevistä päihdeongelmista, sekä kokoamaan ja levittämään tutkittua tietoa omaishoitoperheiden päihteidenkäyttöön liittyen (Omaishoitajaliitto 2017.)

Tämän työn tarkoitus on kuvata omaishoitajien jaksamiseen yhteydessä olevia kuormittajatekijöitä ja päihdeongelmia. Omaishoitajien päihteidenkäytöstä on niukasti tutkimustietoa saatavilla, jonka takia opinnäytetyön aihetta joudutaan laajentamaan tutkimalla omaishoitajien kuormittavuustekijöitä.

2 Tausta

2.1 Omaishoito

Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan n. 350 000 ”pääasiallisena auttajana” toimivaa omaishoitajaa, joista sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antavia omaishoitajia on 60 000. Varsinaisen omaishoidon tuen piirissä oli vuonna 2015 n. 44 000 henkilöä, joka tarkoittaa, että vain hieman yli 10 % kaikista omaishoitotilanteista kuuluu lakisääteisen omaishoidon tuen piiriin (Omaishoitajaliitto 2017.)

Omaishoidolla tarkoitetaan vammaisen, vanhuksen, tai muutoin sairaan henkilön hoidon järjestämistä kotiloissa hoidettavalle läheisen henkilön tai omaisen toimesta (Laki omaishoidon tuesta 937/2005 § 2).

Kunta voi myöntää omaishoitajan hyvinvoinnin, hoidettavan omaisen kotona tapahtuvan hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi omaishoidon tukea. Tuen myöntäminen perustuu omaishoidon tukeen liittyvään lakiin. Lakisääteisenä sosiaalipalveluna toimivan omaishoidon tuen myöntämisestä ja järjestämisestä vastuu on kunnalla. Omaishoidon tuen kokonaisuuteen kuuluvat hoidettavalle ja hoitajalle myönnettävät palvelut, kuten ateriapalvelu, kotisairaanhoido, ja muut kotipalvelut. Vapaapäivät sekä hoitopalkkio kuuluvat myös omaishoidon tuen kokonaisuuteen. Omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat ovat vakuutettuja omaishoitotilanteissa sattuvien onnettomuuksien varalta, sekä omaishoidontuki kerryttää työeläkettä työkäisellä henkilöllä. Tukea voidaan hakea hoidettavan kunnan sosiaalitoimistosta. Omaishoidon tuesta tehdään sopimus aina omaishoitajan ja kunnan välille, johon liittyy hoito- ja palvelusuunnitelma. Tuen myöntämisen edellytyksenä on hoidon tarpeen arviointi, eli kuinka paljon mahdollinen vamma tai sairaus vaikuttaa toimintakykyyn. Omaishoidon tuen myöntämisedellytyksiä arvioidessa kiinnitetään huomiota myös hoitavan läheisen tilanteeseen, omaishoidon sujumisen edellytyksiin, sekä millä tavalla omaishoitotuen myöntäminen palvelee hoidettavan etua (Purhonen – Mattila – Salanko- Vuorela 2011: 26-28.)

2.2 Omaishoitajan arki

Omaishoidon tukea käsittelevä laki määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka on tehnyt omaishoitotosopimuksen, ja on hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö (Laki omaishoidon tuesta 937/2005 § 2.) Omaishoitotilanteet mielletään usein ikäihmistien hoitamiseksi, vaikka omaishoitajia voivat toimia vammaisen lapsen vanhemmat, ja ikääntyvistä vanhemmista huolehtivat lapset, sekä puoliso (Purhonen – Nissi-Onnela – Malmi 2011: 12.)

Omaishoitajaksi kutsutaan henkilöä, joka huolehtii perheenjäsenestään, tai muusta läheisestään jonka arjessa selviytyminen on hankaloitunut vammaisuuden, sairauden, tai muun erityisen hoivan tarpeen vuoksi (Kaivolainen ym. 2011: 5.) Hoitosuhde omaishoitajan ja hoidettavan välillä voi edetä hitaasti sairauden avuntarpeen lisääntymisen seurauksena, tai äkillisesti esimerkiksi onnettomuuden, tai sairauskohtauksen seurauksena (Omaishoitajaliitto 2017.)

Suomessa toimii myös niin kutsuttuja ”etäomaishoitajia”, jotka huolehtivat kauempana asuvan läheisen hyvinvoinnista ja asioista ilman virallista tukea, ja omaishoitajan ”titteliä”. Etäomaishoito on yhtä lailla sitovaa, ja henkisesti raskasta (Purhonen ym. 2011: 15)

Ansiotyön ohella moni omaishoitaja toteuttaa arvokasta hoitotyötä huolehtiessaan läheisestään. Työssäkäynti on taloudellisesti välttämätöntä, mutta huolenpidon ja työn yhdistäminen saattaa olla uuvuttavaa. Arjessa ongelmia voivat aiheuttaa unen ja ajan puute, hoitojärjestelyt, ja vaikeus hoitaa asioita virka-aikana kesken työvuoron. Työssäkäyvä omaishoitaja auttaa hoidettavaansa usein arjen toimista selviytymisessä, kuten ruokailuissa, pukeutumisessa, kauppa-asioinnissa, sekä kotitöissä. Etenkin vammaisen tai sairastuneen lapsen tai puolisen hoitajat toteuttavat kuitenkin myös osaamista vaativia sairaanhoidollisia toimenpiteitä, kuten haavojen hoitoa, lääkkeiden pistämistä, kestopatentista-, avanteesta, tai PEG- letkusta (perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia) huolehtimista. (Mustakallio - Silfver-Kuhlampi 2017: 4-5.)

Arjessa puolisona toimivat omaishoitajat tarjoavat hoidettavalleen välttämätöntä apua, mutta myös emotionaalinen tuki, kannustus, turva, ja läsnäolo näyttelevät suurta roolia omaishoitajana toimimisessa. Etenkin iäkkäille pariskunnille omaishoito on itsestään selvä osa arkea, ja puolisoitten tavoitteena on oman elämän jatkaminen turvallisessa

ympäristössä omassa kodissa. Vaikka tunneside puolisoitten välillä olisikin vahva, ei arjessa vältytä myöskään omaishoitotilanteen synnyttämiltä pettymyksen, katkeruuden, ja menetyksen tunteilta. Omaishoitaja-puoliso voi kokea syyllisyydentuntoa omasta terveydestään, ja omaishoito voi aiheuttaa puolisoitten välille epätasa-arvoa. Puolison omaishoitajuus voi myös synnyttää jännitteitä parisuhteen välisiin suhteisiin. Liiallinen hoitajan ja hoidettavan rooleihin mukautuminen muuttaa parisuhteen hoivasuhteeksi, ja vaarana on, että molemmilta osapuolilta häviää parisuhteeseen kuuluvien roolien toteuttaminen (Nissi-Onnela – Kaivolainen 2011: 60- 61.)

Vanhempien toimiminen omaishoitajana omalle lapselleen on usein sitovaa, ja vaativaa. Lapsen vammautuminen tai sairastuminen on jo itsessään suuri kriisi perheen sisällä, ja vanhemmat joutuvat miettiä miten jakaa huomiota ja aikaa perheen muille lapsille. Tämä ristiriita saattaa synnyttää riittämättömyyden -ja syyllisyyden tunteita vanhemmissa. Perheessä jossa lapsi on sairas tai vammautunut, on pyrkimyksenä elää mahdollisimman tavallista lapsiperheen arkea, vaikka arkea ja perheen elämää rytmittävät usein ulkopuolelta annetut aikataulut, ja elämä saattaa tuntua ohjelmoidulta. Perhe voi kokea ettei heillä itsellään ole mahdollisuutta päättää haluamista asioista, sillä eri asiantuntijajäsenet vaikuttavat niin merkittävästi arjessa. Sairaana tai vammautuneen lapsen perheen arkea ja elämää siivittää usein myös epävarmuus, ja huoli lapsen vointiin ja tulevaisuuteen liittyen. Vanhempi-omaishoitaja saattaa joutua huolehtimaan lapsensa asioiden hoidosta läpi elämän, ja lapsen itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukeminen voi olla ponnistelujen takana. Toisaalta pienetkin edistysaskeleet tuntuvat suurelta voitolta. (Nissi-Onnela ym. 2011: 62-63)

Omille vanhemmille omaishoitajina toimivat aikuiset joutuvat usein tasapainoilemaan oman uran, omien lasten kasvatuksen, parisuhteen, ja omien vanhempien hoitamisen ristitilassa. Työn ja omaishoidon yhteensovittaminen on usein vaativa tehtävä, sillä maalta kaupunkiin tapahtuneen muuttoliikkeen takia lapset voivat asua kaukana ikääntyneistä vanhemmistaan, jolloin välimatkat voivat olla pitkiä. Iäkkään ihmisen omaishoitajana toimiminen on kokonaisuudessaan haastavaa, ja se vaatii jatkuvaa sovittelemista omaishoitajalta ja muulta perheeltä. Iäkkään vanhemman unirytmien voi poiketa muiden ihmisten vuorokausirytmistä, ruokavalio saattaa olla täysin erilainen, sekä muistamattomuus ja muuttunut käytös voi tuoda mukanaan hankalia tilanteita arkeen. Iäkkään ihmisen omaishoitajan toimiminen ei kuitenkaan ainoastaan ole ikävä asia, vaan se voi rikastuttaa koko perheen elämää. Elämää nähneen ja kokeneen vanhan ihmisen

lapsuus -ja nuoruusmuistot sekä muut elämäkokemukset ovat antoisaa kuultavaa. (Nissi-Onnela ym. 2011: 64.)

2.3 Päihteet

Päihteet ovat kemiallisia aineita, jotka elimistössä aiheuttavat käyttäjälleen humalatilan, tai päihtymyksen tunteen. Päihteiden vaikutus kehossa on riippuvainen monesta tekijästä, ja vaikutuksen voimakkuus on yksilöllistä. Siihen vaikuttaa muun muassa käytetty aine, käyttöympäristö, käyttäjän kehon koko, ikä ja persoonallisuustekijät. Lisäksi vaikuttavina tekijöinä pidetään käyttötapaa, käyttömääriä, sekä kuinka usein ja kuinka pitkään ainetta on käytetty. Päihteitä on mahdollista käyttää suun kautta pureskelulla, imemisellä, ja nielemisellä. Nuuskaaminen, imppaaminen, imeyttäminen iholta tai limakalvolta, sekä lihakseen tai suoneen pistäminen ovat myös tapoja saada itsensä päihtyneeksi. (Dahl-Hirschovits 2005: 5.)

Suomessa alkoholi, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, kannabis, liuotinaineet, opiaatit, ja amfetamiini ovat tavallisimpia päihdyttävässä tarkoituksessa käytetyistä aineista. Päihteiden käyttö johtaa erilaisten sairauksien syntyyn, sekä päihteillä on suuri rooli ennenaikaisissa kuolemantapauksissa (Salaspuro – Kiiänmaa – Seppä 2003: 42.)

Päihteidenkäytöstä voi muodostua joillekin ihmisille keino käsitellä vastoinkäymisiä. Päihteitä käytetään myös lääkitsemään masennusta, syyllisyyttä ja huonommuudentunnetta. (havio – Inkinen – Partanen 2008: 40.) Lapsuudessa tapahtunut traumatisoituminen, seksuaalinen riisto, kaltoinkohtelu, vanhempien päihdeongelma, tai vanhempien tuen puute, sekä asosiaalinen kasvuympäristö altistavat myös päihdekokeiluille. Varsinaisen päihderiippuvuuden riskiä lisäävät edellä mainittujen tekijöiden lisäksi geneettiset tekijät, persoonallisuuden kehittymisen vajavaisuus, sekä muut päihdehäiriöt (Joukanen 2015.)

2.3.1 Alkoholi ja Tupakka

Suomalainen päihteidenkäyttö muodostuu suurimmaksi osaksi alkoholin käytöstä. Alkoholinkulutuksen ja haittojen välillä on merkittävä yhteys: vakavat alkoholihaitat ovat sitä yleisempiä, mitä enemmän alkoholia juodaan. Haitallisesta alkoholinkäytöstä voidaan

puhua, kun alkoholin käyttö aiheuttaa psyykkisiä ja fyysisiä terveyshaittoja. Varsinaisesta alkoholiriippuvuudesta voidaan puhua silloin, kun alkoholinkäyttö on pakonomaista, ja henkilöllä on vaikeuksia lopettaa alkoholinkäyttöä ja jatkaa juomista haitoista riippumatta.

Vuonna 2010- 2011 Suomessa tehdyn alueellisen terveys -ja hyvinvointitutkimuksen selvityksen mukaan liki 42 % miehistä ja 30 % naisista joi alkoholia liikaa AUDIT C- mittarin avulla tehdyn arvion mukaan. Alkoholin suurkulutusta tavataan eniten 45-54 vuotiailla. Alkoholin riskikäyttö on yleisintä Uudellamaalla ja miehillä Etelä-Suomen suuralueella (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Suomessa on myös arviolta 500 000 alkoholin riskikäyttäjää, eli alkoholinkäyttö aiheuttaa huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle. Alkoholiongelma on muodostunut siis todellinen terveysuhka Suomessa. Terveydenhuollon piiriin kuuluvista naispotilaista peräti 10%, ja miespotilaista liki 20% lukeutuvat alkoholin ongelmakäyttäjiksi. Keskeinen ongelma suomalaisessa kulttuurissa on alkoholin suuri kertakulutus, eli humalajuominen (Käypä hoito 2015.)

Alkoholia käytetään sen rentouttavan, mielihyvää tuottavan, ja jännitystä poistavien ominaisuuksien takia. Alkoholin vaikutukset ovat tosin yksilöllisiä, johon vaikuttavat mm. paino, ikä, mielentila, sairaudet, raskaus, sukupuoli, ja lääkitys. Alkoholin imeytyminen kehossa alkaa suussa, mutta suurin osa alkoholista imeytyy suolistosta. Alkoholin imeytymiseen vaikuttavat alkoholijuoman laatu, sekä nautitun ruuan määrä. Verenkierron avulla alkoholi pääsee kulkeutumaan muualle elimistöön ja se jakautuu tasaisesti elimistön vesiosaan. Lopulta alkoholi poistuu elimistöstä hengitysilman, hien, ja virtsan avulla, tai hajoamalla muiksi aineiksi. Alkoholista suurin osa palaa maksassa (Havio ym. 2008:70).

Alkoholinkäytön erilaiset riskitasot:

Alkoholinkäyttö, joka todennäköisesti ei aiheuta riskiä terveelle työikäiselle henkilölle on miehillä 0-2 annosta päivässä, ja naisilla 0-1 annosta/ päivä.

Kohtalaisen riskin taso: Miehillä tämä tarkoittaa miehillä 14 ja naisilla 7 annosta viikossa. Perusteena tälle toimivat GT- arvojen suureneminen.

Korkean riskin taso: Miehillä tämä tarkoittaa 23-24 alkoholiannosta, ja naisilla 12-16 alkoholiannosta viikossa. Käytännössä tämä tarkoittaa alkoholinkäytön ”hälytysrajaa”, ja tilanteeseen tulisi puuttua. Sairastavuus ja kuolleisuusriski lisääntyvät näin suurilla alkoholimäärillä (Käypä hoito 2015.)

Pitkäaikainen alkoholinkäyttö vaurioittaa kaikkia elimiä, joista keskeisimpiä ovat aivo ja maksa. Runsaalla alkoholinkäytöllä on yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin, ja useimpiin syöpiin. Lisäksi alkoholin pitkäaikaisella ja runsaalla käytöllä on negatiivinen vaikutus hormoniitoimintaan, seksuaalisuuteen, psyykkiseen hyvinvointiin, sekä immuunipuolustusjärjestelmään (Päihdelinkki 2017.)

Tupakkaa valmistetaan nicotiana -nimisen kasvilajin lehdistä. Käytettyjä tupakkatuotteita ovat niin ”nenään niistettävä” nuuska, limakalvoilta imeytyvä purutupakka, sekä poltettavat sikari, tupakka ja piippu. Tupakka sisältää miltei 50 syöpää aiheuttavaa yhdistettä, ja tärkeimmät kemialliset yhdisteet tupakassa ovat myrkyllinen häkä, syöpäriskiä kasvattava terva, sekä riippuvuutta aiheuttava nikotiini. (Dahl-Hirschovits 2005: 123.)

Tupakointi vaikuttaa psyyken kiihdyttävästi, mutta paljon käytettynä tupakalla on päinvastainen vaikutus. Tupakan käyttäminen ei kuitenkaan aiheuta aistihavainto-, persoonallisuus- tai käyttäytymismuutoksia. Elimistössä tupakalla on kuitenkin monia haitallisia vaikutuksia. Lyhyen aikavälin vaikutukset näkyvät sydän- ja verenkiertoelimistössä verenpaineen nousemisena, ja pulssin kiihtymisenä. Vuosien saatossa tupakka aiheuttaa valtimoiden ahtautumista, ja kasvattaa siten riskiä sepelvaltimotaudille, ja sydäninfarktille. Sydäninfarktien määrä on jopa viisinkertainen verrattuna tupakoimattomiin henkilöihin, ja aivoverenkiertohäiriöt 2-3 kertaa yleisempiä tupakoitsijoiden keskuudessa. Tupakansavussa piilevä häkä vaurioittaa verisuonten seinämiä, ja laskee hyvän HDL -kolesterolin pitoisuutta. Riippuvuutta aiheuttava nikotiini supistaa verisuonia, jolloin lopputuloksena iho voi tuntua kylmältä, ja vanhenemisprosessit elimistössä nopeutuvat. Vaikutukset ruoansulatuselimistöön ovat myös kiistattomat. Pahimmat tupakan aiheuttamat vaikutukset ilmenevät suuontelon, kurkunpään-, ruokatorven- ja mahalaukun alueen syöpinä. Tupakoinnin pitkän aikavälin vaikutukset ilmenevät hengityselimistössä lievimmillään yskänä, ja äänen käheytenä. Noin joka viidennelle säännöllisesti tupakoivalle henkilölle kehittyy pahasti invalidisoiva keuhkolaajentuma, eli COPD -tauti. Säännöllinen tupakoiminen aiheuttaa myös keuhkosyöpää, joista viiden vuoden jälkeen elossa on enää vain joka kymmenes. Pitkään jatkunut tupakointi vahingoittaa miesten ja naisten

hormonitoimintaa heikentämällä naisen hedelmöitymis- että miehen hedelmöittämiskykyä. Tupakointi lisää naisilla lapsettomuuden riskiä 35% ja miehillä siittiöiden laatu ja määrä heikkenevät tupakoinnin myötä (Dahl-Hirschovits 2005: 124-125.)

2.3.2 Lääkkeiden väärinkäyttö ja huumeet

”Lääkkeiden väärinkäyttö” on vaikeasti määriteltävä käsite, mutta sillä voidaan viitata lääkkeiden käyttöön lääkärin ohjeiden vastaisesti (suuremmat annokset, useammin, tai väärin tarkoituksiin kuin alun perin on määrätty), tai ilman lääkärin kirjoittamaa reseptiä (lääkkeet on saatu esimerkiksi läheisen kautta). Unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä, tai kipulääkkeitä on käyttänyt 7% suomalaisista ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin joskus elämänsä aikana. (Hakkarainen – Karjalainen 2013: 498).

Suomessa asuu kymmeniä tuhansia lääkeriippuvaisia. Suomessa rauhoittavia lääkkeitä käyttää vuosittain liki 300 000- 400 000 ihmistä, ja on arvioitu, että säännöllisiä lääkkeiden väärinkäyttäjiä olisi Suomessa liki 20 000. Erityisesti psykeen vaikuttavien lääkkeiden väärinkäyttö voi altistaa väkivaltaiselle käytökselle, aiheuttaa muistin menetyksiä, tapaturmia, tai pahimmillaan altistaa itsemurhalle. Itsemurhat ovatkin suurin syy lääke-myrrytys kuolemiin, ja varsinaisia lääkekuolemia raportoidaan vuosittain n. 500. Lääkekuolemien lisäksi vuosittain tapahtuu satoja lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksen aiheuttamia kuolemantapauksia (Dahl-Hirschovits 2005: 79.)

Eritoten päihdemielessä käytetyistä lääkkeistä yleisimmät ovat bentsodiatsepiinit, lyhytvaikutteiset unilääkkeet, AD/HD:n hoitoon käytettävät keskushermostostimulantit, ja opioidikipulääkkeet. Päihtymismielessä käytettäviä lääkkeitä ovat myös pregabaliini, titsaniidiini, bupropioni, sekä ketamiini ja gapapentiini. Kun lääkkeitä käytetään päihdemielessä, pyritään usein tavoittelemaan euforiaa, mielihyvänkokemusta, sekavuuden tunnetta, sosiaalista rentoutta, sekä halluusinoogeenisiä tiloja ja sedaatiota (Joukanen 2015.)

Huumeen määrittää sen käyttötarkoitus. Aine määritellään huumeeksi, jos se mainitaan huumausainesäädöksissä, tai jos sitä käytetään muussa kuin lääkinnällisessä tarkoituksessa. Huumeen käytön tarkoituksena voi olla hyvän olon tunteen saavuttaminen, sedaatio, stimulaatio, tai vieroitusoireiden lieventäminen (Salaspuro ym. 2003: 43.)

Suomessa käytössä olevat keskeisimmät huumeet ovat kannabis, amfetamiini johdannaisineen, muuntohuumeet, kokaiini, ja heroini, sekä gamma (Terveysportti 2016.) Huumausaineiden käyttö Suomessa on muuhun Eurooppaan verrattuna varsin vähäistä. Huumeiden käyttö on lisääntynyt 1980 -ja 1990-luvuilla, tasaantunut 2000- luvun alussa, mutta käyttö kääntynyt jälleen kasvuun 2000-luvun loppupuolella. Vuonna 2010 tehdystä väestökyselystä ilmeni, että 15-69- vuotiaissa kannabista joskus kokeilleiden määrä oli 17%. Kannabista kokeilleita miehiä oli noin 20 % ja naisissa osuus oli 13 %. Huumausaineiden kokeilut painottuvat pääosin nuorten aikuisten ikäluokkaan, eli 25-34-vuotiaisiin. Tässä ikäluokassa kannabiksen kokeilijoita oli 36%, amfetamiinia kokeilleita oli 6,4 %, ekstaasia olivat kokeilleet 5,9 %, ja kokaiinikokeilijoiden osuus oli 4,3 %. Vajaa 3% oli kokeillut opioideja. Suomessa arvioidaan olevan n. 14 500-19 000 amfetamiinien, ja opioidien ongelmakäyttäjää vuonna 2005 tehdyn aineiston pohjalta. Ongelmakäyttäjien osuus painottuu Etelä- Suomen alueelle, ja suurin osa näistä käyttäjistä ovat amfetamiinin käyttäjiä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b.)

2.3.3 Päihderiippuvuus ja riippuvuudelle altistavat tekijät

Suomessa tehdyn 2000- tutkimuksen mukaan alkoholiriippuvuutta sairastaa neljä prosenttia yli 29- vuotiaista suomalaisista. Huumeriippuvuuksien määrästä ei ole tarkkaa tietoa. Päihderiippuvuus voi kehittyä mm. alkoholiin, nikotiiniin, kannabikseen, opiaatteihin, bentsodiatsepiineihin, ja amfetamiiniin. Päihderiippuvuuteen liittyy pakonomaisuus ja aineiden käyttöhimo. Riippuvuuteen liittyy vahvasti käytön lopettamiseen liittyvä vaikeus, sekä se ilmenee vaikeuksina hallita käytön aloitusta ja määriä. Henkilö käyttää päihdyttäviä aineita haitoista piittaamatta, jolloin päihdeiden käyttö voi aiheuttaa ongelmia ihmissuhteissa, koulussa, ja harrastuksissa, eikä henkilö enää kykene huolehtimaan itsestään samalla tavalla kuin ennen. Riippuvuuden myötä käytettyyn aineeseen kohdistuva sietokyky kasvaa, ja vieroitusoireita ilmenee jos käytön lopettaa. Yleinen ilmiö päihderiippuvuudessa on, että päihderiippuvainen henkilö on kykenemätön tunnistamaan tai myöntämään riippuvuudesta aiheutuvia oireita ja haittoja.

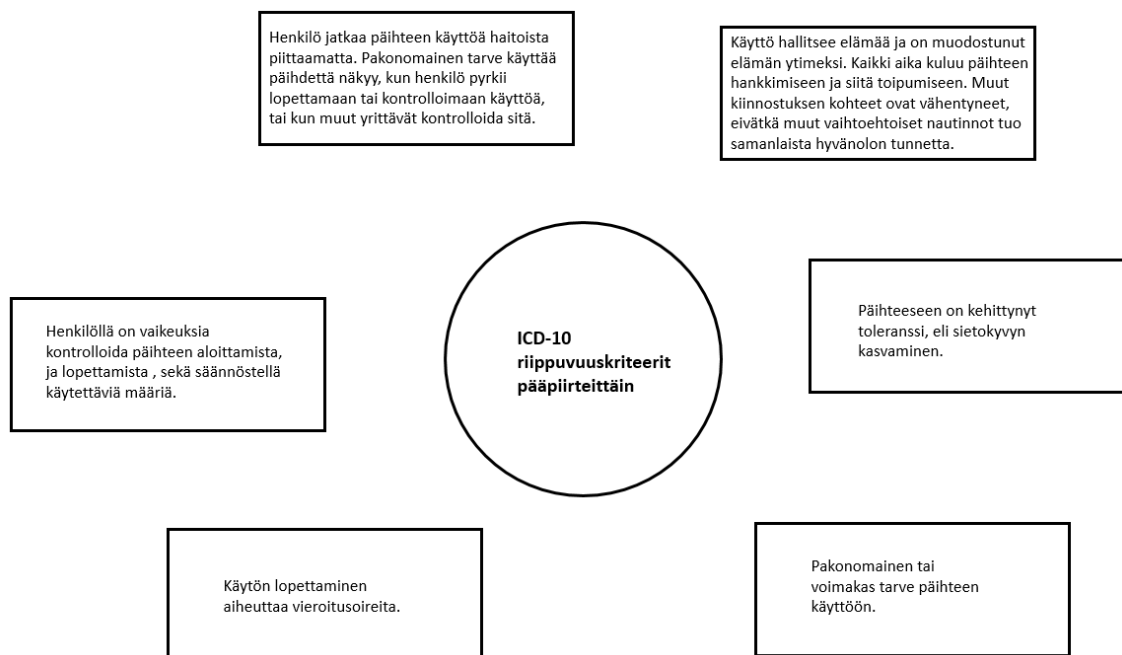
Perintötekijät voivat suurentaa riskiä sairastua päihderiippuvuuteen, ja alkoholiriippuvuudessa perintötekijät lisäävät riippuvuuden kehittymisen riskiä jopa 50 prosenttia. Päihdeisiin kohdistuvan riippuvuuden kehittyminen kuitenkin edellyttää toistuvaa ja jatkuvaa käyttöä, joka johtaa riippuvuuteen liittyviin psykososiaalisiin- ja aivo muutoksiin. Miehillä

päihderiippuvuutta tavataan naisiin verrattuna enemmän, vaikkakin riippuvuus voi kehittyä missä iässä tahansa. Mielenterveyshäiriöt, ja jotkin sosiaaliset tekijät voivat kuitenkin lisätä riskiä riippuvuuden syntymiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.)

Mielenterveyshäiriöistä eritoten masentuneilla tavataan paljon alkoholiriippuvuutta. Alkoholin käytön ja masennuksen välistä yhteyttä voidaan selittää joko sillä, että itse juominen aiheuttaa masennusta, tai masennusta yritetään helpottaa runsaalla alkoholinkäytöllä. Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivien keskuudessa alkoholin ongelmakäyttö on varsin yleistä, sekä unettomuudesta ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät henkilöt käyttävät jännityksen ja nukahtamisvaikeuksien lieventämiseen ”itselääkintäkeinoa” alkoholia (Huttunen 2017.)

2.3.4 Riippuvuuden kriteerit

WHO:n ICD-10 diagnostiset kriteerit -tautiluokitusta on käytetty vuodesta 1996 lähtien. Riippuvuusdiagnoosin saaminen edellyttää vähintään kolmen kriteerin toteutumista viimeisten 12 kuukauden aikana. Riippuvuusoireyhtymä on ryhmä fysiologisia, käyttäytymiseen- ja kognitioihin liittyviä ilmiöitä. Riippuvuusdiagnoosi voidaan tehdä avoimen haastattelun, tai strukturoidun lomakkeen turvin (Dahl-Hirschovits 2005: 264-265.)



Kuvio 1. ICD-10 riippuvuus-kriteerit (Dahl-Hirschovits 2005: 264-265.)

2.3.5 Riippuvuuden muodot

Psyykkinen riippuvuus on sidoksissa ihmisen yksilölliseen historiaan, elämäntilanteeseen, sekä persoonallisuuteen. Psyykkisessä riippuvuudessa keskeisintä on, että kemialla pyritään vaikuttamaan omaan mielentilaan nopeasti, ja päihteiden käyttäjä on tullut riippuvaiseksi päihteen aiheuttamasta tunnetilasta. Henkilö kokee tarvitsevansa päihdettä voidakseen hyvin, ja kyetäkseen normaaliin elämään. Pitkään aineesta erossa ollut henkilö voi kokea vastustamatonta halua käyttää päihdyttävää ainetta kohdatessaan vastoinkäymisiä. Henkinen riippuvuus ilmenee yksilön koko arvomaailman ja asenteiden muuttumisena riippuvuuden suuntaiseksi, ja sitä tukevaksi. Arvot tukevat vaikeiden asioiden pakenemista, sekä pikatyödytyksen tavoittelua. Psykologinen riippuvuus ilmenee aineen tavoittelemisena, sekä jatkuvana käyttönä vailla vieroitusoireita. Voidaan siis puhua tapakäytöstä (Dahl-Hirschovits 2005: 265-266.)

Sosiaalinen paine ja samaistumisen tarve voivat johtaa ihmisen käyttämään päihteitä, ja ympäristöolosuhteilla voi olla suora vaikutus päihteidenkäytön lisääntymiseen. Päihderiippuvaisen koko sosiaalinen verkosto ja elämäntavat voivat olla sidoksissa päihteiden käyttämiseen. Päihteiden käyttö voi olla eräänlainen ”rituaalimeno”, sosiaalinen tapahtuma. Käyttäjät ovat tällöin riippuvaisia yhteisistä käyttöön liittyvistä kokemuksista ja tavoista. Päihdehakuisuudella ryhmässä voidaan tavoitella yhteenkuuluvuutta, johon voi liittyä seksuaalisuus, yksinäisyyden ja masennuksen torjunta, sekä seuranhakeminen. (Dahl-Hirschovits 2005: 266.) Fyysisellä riippuvuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa päihdettä käyttävän ihmisen keho on tottunut aineeseen, ja käytön yhtäkkinen lopettaminen saa aikaan fyysisiä vieroitusoireita. Fyysiseen riippuvuuteen liittyy usein myös toleranssin kehittyminen, eli elimistön sietokyky aineelle on kasvanut. Ruumiillinen riippuvuus ilmenee aineenvaihdunnan, sydämen toiminnan, ja keskushermoston alueilla. Lääketieteen mukaan syntyneessä riippuvuudessa on kyse hermosolujen ”kroonisesta uusiutuvasta aivosairaudesta”. Kun päihteiden käyttö lopetetaan, puskevat fyysiset vieroitusoireet pinnalle. Vieroitusoireet johtuvat päihteeseen sopeutuneen henkilön hermoston toiminnallisen tilan muuttumisesta. Päihteen poistuessa kehosta, hermoston sopeutuminen päihteen vaikutuksen kumoamiseksi paljastuu. Kun päihteesiin fyysisesti sopeutunut henkilö lopettaa käytön, syntyy ali- tai yliaktiivista toimintaa ja käyttäytymistä (Dahl-Hirschovits 2005: 267.)

2.3.6 Stressi ja alkoholinkäyttö

Traumojen, raskauttavien elämäntapahtumien sekä alkoholiongelmien tai alkoholinkäytöllä on havaittu olevan yhteyksiä. Stressin siis arvellaan lisäävän ja muokkaavan alkoholinkäyttöä, vaikka stressin mekanismista lisääntyneessä alkoholinkäytössä ei kuitenkaan ole yksimielisyyttä. Alkoholien ja muiden päihteiden käytön ja stressin yhteyttä on yritetty selittää ”jännityksenvähentämisteorialla”, tai ”stressivasteenvaimentamishypoteesilla”, jolloin yksilöllä on taipumus itselääkintään ulkoisten paineiden aiheuttamien ahdistuneisuusoireiden, tai jännityksen uhatessa. 1980-luvulla esitetyn itsetietoisuusmallin mukaan alkoholi vähentää oman toiminnan säätelyä, ja itsetarkkailua jotka tuottavat usein stressaavaksi koettua tietoa. On toisaalta ihmeellistä, miksi stressin lievitykseen käytetään stressiä lisäävää ainetta. Tätä kutsutaankin alkoholi-stressiparadoksiksi.

”Jännityksenvähentämisteorian” mukaan alkoholia käytetään lievittämään stressiä ja ahdistusta, jotka voivat toimia alkoholinkäyttöä ja juomisen himoa lisäävänä tekijänä. Alkoholi nimittäin voi lievittää pelkotiloista lähtöisin olevaa käsien vapinaa, stressiä, ahdistusta, ja niistä peräisin olevia kardiovaskulaarisia oireita. Niin alkoholiongelmasta kärsivät kuin tavanomaiset sosiaaliset juojat raportoivat alkoholien lieventävän ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä, ja 10-25% heistä kertoo juovansa hallitukseen negatiivisia olo-tiloja tai selviytyäkseen (Pirkola 2000.)

2.3.7 Stressi merkittävänä tekijänä alkoholiriippuvuuden syntymisessä

Alkoholiriippuvuus on pitkä monitekijäinen tapahtumaketju, jossa toistuva alkoholinkäyttö ja juominen aktivoivat fysiologisia tapahtumia elimistössämme johtaen pitkäaikaisiin tai jopa pysyviin muutoksiin. Alkoholinkäyttö vaikuttaa hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisjärjestelmään, jonka tehtävänä on elimistömme stressireaktioiden säätely glukokortikoidihormonien välityksellä. Tiedetään että runsaasti alkoholia käyttävät ja alkoholiriippuvaiset ovat biokemiallisesti kroonisessa stressitilassa, johon liittyvän lisääntyneen kortisolien erityksen uskotaan vahvistavan alkoholinkäyttöä. Vaikka elämänkriisit voivat motivoida alkoholiriippuvaista ihmistä etsimään hoitoa ja sitoutumaan siihen, tiedetään kriisitilanteista johtuvan stressin myös lisäävän juomiskausin aloittamisen riskiä. Alkoholiriippuvuuteen liittyvät psykososiaaliset stressitekijät kuten sosiaalisen ja työelämän vaikeudet, sekä ongelmat lain kanssa ovat usein itseaiheutettuja, alkoholiriippuvuudesta johtuvia komplikaatioita. Edellä mainitut stressitekijät usein entisestään pahentavat psy-

kososiaalisia ongelmia ja rasittavat jo valmiiksi ylikuormittunutta stressinsäätelyjärjestelmää. Alkoholi riippuvuuden perinnöllisen alttiuden omaavilla on oletettu stressivasteen vaimentamisen olevan yksi juomiskäyttäytymisen ohjaaja (Pirkola 2000.)

2.4 Stressi ja kuormittuminen

Tilannetta kutsutaan stressiksi, kun ihmiseen kohdistuu paljon haasteita ja niin paljon vaatimuksia, että käytettävissä olevat voimavarat ovat ehtyneet. Stressiä voivat aiheuttaa niin myönteiset, kuin negatiivisetkin asiat ja muutokset. Ärsykkeen aiheuttaman stressireaktion voimakkuus riippuu paljolti yksilön sieto- ja vastustuskyvystä, eritoten asenteista ja näkökulmista. Stressi kuuluu elämään eikä se ole aina haitallista. Tärkeämpää on miettiä, onko kyseessä jatkuva vai hetkellinen stressitila. Lyhytaikaista stressiä kestää hyvin, eikä määrääkainen stressi aiheuta yleensä ongelmia. Päinvastoin se saa ihmiset yrittämään parhaansa. Pitkään jatkunut stressi voi kuitenkin aiheuttaa terveydellisiä ja vaarallisia haittoja. Stressin taustalla olevat kuormittavat tekijät voivat olla työelämästä peräisin. Liian suuret vaatimukset, tuen puute, työn hallinnan puute, epäoikeudenmukaisuus, kiusaaminen, ihmissuhdeongelmat, epätasa-arvoinen kohtelu, syyllisyys tekemättömistä töistä, epämääräinen työnjako, arvostuksen sekä vastavuoroisuuden puute voivat aiheuttaa stressiä. Muita stressin laukaisijoita voivat olla työttömyys, jatkuva kiire, melu, liiallinen vastuu, perheongelmat, isot ja äkilliset elämänmuutokset, sopimaton työ jne. Ennalta arvaamattomat traumaattiset kokemukset, kuten läheisen kuolema ja onnettomuudet voivat aiheuttaa akuutin stressihäiriön, tai johtaa traumaperäisen stressihäiriön syntyymiseen myöhemmin (Mattila 2010.)

2.5 Akuutti ja krooninen stressi

Stressi voidaan jakaa keston perusteella krooniseen ja akuuttiin stressiin. Akuutit stressivasteet edistävät sopeutumista ja selviytymistä immuuni-, hermostollisten-, kardiovaskulaaristen-, autonomisten- ja metabolisten järjestelmien avulla. Stressi vasteen voimakkuus on riippuvainen stressin kestosta, sen ajoituksesta, geenien vuorovaikutuksesta ja sen hetkisestä tai aiemmasta altistumisesta muille stressitekijöille. Krooninen stressi aiheuttaa pysyviä tai väliaikaisia muutoksia aivojen kemiassa ja morfologiassa, ja stressijärjestelmät toimivat väärin säädeltynä yksilön pärjäämistä vastaan. Kroonista stressiä

usein edeltää toistuva stressille altistuminen, eikä tilanteeseen sopeutuminen ole onnistunut. Myös tasapainoa palauttavien järjestelmien toiminta on heikentynyt (Kurtti 2016: 6-7.) Akuutti stressi on seurausta lyhyen aikavälin sisällä koetuista paineista, ja vaatimuksista. Akuutti stressi tuntuu pieninä ”annoksina” jännittävältä, mutta akuutti stressi voi myös aiheuttaa uupumusta kasvaessaan liian suureksi. Krooninen pitkäaikainen stressi syntyy, kun henkilö ei enää näe ulospääsyä stressin aiheuttamasta kurjuudesta ja paineista (American Psychological Association 2018.)

2.6 Stressi, kuormittuminen, ja terveys

Stressi aiheuttaa fyysisiä oireita ja muutoksia vaikka stressikokemus onkin psykologinen. Stressin lyhyen aikavälin vaikutuksia ja oireita ovat esimerkiksi sydämentykytys, huihaus, päänsärky, selkävaivat, flunssa, pahoinvointi, vatsavaivat, hikoilu, ja tihentynyt virtsaamisen tarve. Stressistä lähtöisin olevia psyykkisiä oireita voivat olla mm. aggressiot, levottomuus, ahdistuneisuus, ärtymys, jännittyneisyys, muistiongelmät, masentuneisuus, unihäiriöt, ja päätöksentekovaikeus. Pitkään jatkuneen vakavan stressitilan seurauksena henkilö voi vaipua masennukseen, kokea ”Burnoutin” eli työuupumuksen, ja mielen voivat vallata itsemurhaan liittyvät ajatukset. Vakavaa stressitilaa kokeva ihminen voi ajautua käyttämään runsaasti päihteitä. Sosiaalisen elämän sektorilla henkilö voi vetäytyä ihmissuhteista ja ongelmat parisuhteessa ja perheen kesken voivat lisääntyä (Mattila 2010.)

Pitkäaikaisessa stressissä lisämunuaiskuoresta peräisin olevan kortisolihormonin erityis tehostuu, ja sympaattisen hermoston toiminta kiihtyy, jolla voi olla monia terveydelle vahingollisia vaikutuksia (Sand ym. 2014: 141.) Stressillä on yhteyksiä moniin somaattisiin sairauksiin kuten esimerkiksi ateroskleroosiin ja verenpainetautiin. Koettu stressi vaikuttaa hypertensiosta kärsivän potilaan oireisiin, ja verenpainetaudin hoitoon suositellaan stressin hoitoa. Stressillä on myös pitkään jatkuessaan vaikutuksia vatsansisäisen, eli viskeraalisen rasvan lisääntymiseen kehossa. Vatsansisäinen rasva on aktiivista metabolisesti, ja sen lisääntyminen liittyy metaboliseen oireyhtymään. Kun elimistön kyky käsitellä sokeria on heikentynyt, voidaan puhua insuliiniresistenssin lisääntymisestä, joka voi lisätä aikuistyyppin diabetekseen sairastumista. Stressi vaikuttaa myös heikentävästi elimistön immuunijärjestelmään ja vastustuskykyyn, lisäten riskiä sairastua erilaisiin infektioitauteihin. Stressi voi aktivoida herpesviruksen, ja lisätä vilustumissairauksien riskiä. Stressi toimii epäedullisena oireiden pahentajana myös autoimmuunisairauksissa,

esimerkiksi nivelreumassa ja kroonisissa suolistotulehduksissa. Krooninen kuormittuminen vaikuttaa syöttö- ja T-solujen toimintaan, sytokiinijärjestelmään, ja lisää kolinergisen järjestelmän aktiivisuutta suuretaen glukokortikoidien pitoisuutta. Koska stressi vaikuttaa immuunijärjestelmään, se voi lisätä riskiä rintasyöpään sairastumiseen (Koskenvuo 2000)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata omaishoitajien jaksamiseen yhteydessä olevia kuormitustekijöitä ja päihdeongelmia. Opinnäytetyön tavoitteena on kasvattaa tietoisuutta omaishoitajien kuormituksesta ja päihdeongelmista, sekä herätellä keskustelua miten päihteitä käyttäviä omaishoitajia voidaan auttaa, ja tunnistaa.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä kuormitustekijöitä omaishoitajuuteen liittyy, ja miten ne ovat yhteydessä omaishoitajan jaksamiseen?
2. Minkälaiset kuormitustekijät ovat yhteydessä omaishoitajien päihteidenkäyttöön, ja päihdeongelmiin?

4 Menetelmät

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan mitä ilmiöstä jo tiedetään, tai mitkä ovat keskeisimpiä käsitteitä ja minkälaiset ovat niiden väliset suhteet. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista keskittyä kehittämään teoria, rakentaa käsitteellinen ja teoreettinen kehys, esittää erityiseen aiheeseen liittyvää tietoa, tunnistaa ongelmia, sekä tarkastella tietyn alueen teorian ja tutkimuksen historiallista kehitystä aika- tai filosofisesta perspektiivistä. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan jäsentää ja tarkastella neljän eri vaiheen avulla: 1) Tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) Aineiston valitseminen, 3) Kuvailun rakentaminen, ja 4) tulosten tarkasteleminen. (Kangasniemi-Utrai-nen-Ahonen-Pietilä-Jääskeläinen-Liikanen 2013: 294.)

Tutkimuskysymys toimii ”kivijalkana” koko kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle, ja tutkimusprosessille. Kun tutkimuskysymys on riittävän täsmällinen mutta tarpeeksi väljä, voidaan tutkittavaa tarkastella monesta perspektiivistä. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valittavan aineiston tulisi olla relevantti ja vastata tutkimuskysymykseen. Aineiston riittävyys on riippuvainen tutkimuskysymyksen laajuudesta. Aineiston valinta voidaan jakaa joko implisiittiseen tai eksplisiittiseen valintaan. Implisiittisessä valinnassa ei raportoida aineiston hankintaan valittuja tietokantoja, arviointi- sekä sisäänottokriteereitä. Aineiston eksplisiittisessä valinnassa kirjallisuuden valinta kuvataan tarkasti, ja haut tehdään aika- ja kielirajauksia hyödyntäen. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pohditaan aineiston vastaamista haluttuun tutkimuskysymykseen, jolloin tutkimuskysymys sekä valittu aineisto muuttuvat matkan varrella, ja usein tarkentuvat vasta prosessin edetessä. Koko kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin ja tärkein vaihe on aineistosta peräisin olevan kuvailun rakentaminen. Sisältö yhdistetään, ja tulosten raportointi on kuvailevaa. Aineiston sisältöä analysoidaan kriittisesti ja tieto syntetisoidaan eri tutkimuksista. Pirstaleisesta aineistosta pyritään rakentamaan johdonmukainen kokonaisuus, mutta teksti ei saa olla referoivaa ja tiivistämistä. Aineistosta pyritään luomaan yhteneväinen kokonaisuus, ja kuvailun tulee olla aineistolähtöistä. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen on tärkeää sisällyttää tulosten menetelmällinen ja sisällöllinen pohdinta, sekä tutkimuksen luotettavuuden ja etiikan arviointi. Kirjallisuuskatsauksen myötä muodostuneet tärkeimmät tulokset kootaan ja tarkastellaan niitä laajempaan asiayhteyteen, sekä menetelmän ja työn vaiheiden eettisiin -ja luotettavuuskysymyksiin suhteutettuna. (Kangasniemi ym. 2013: 294-298.)

4.2 Hakustrategia

Opinnäytetyössä käytettäviä hakusanoja ovat mm. omaishoiva, stress, smoking, informal caregiver, caregiver, drugs, drug use, substance misuse, alcohol dependence, drinking practices, caregiver burden, Alcoholism. Hakusanojen yhdistelemisessä käytetään ns. ”Boolean operaattoreita”, joita on pääasiassa kolme (AND, OR, NOT). AND-Operaattori mahdollistaa eri hakukokonaisuuksien yhdistämisen toisiinsa. OR-operaattorilla pystyy yhdistämään vaihtoehtoiset sanat toisiinsa.

Opinnäytetyöhön soveltuvia tieteellisiä tutkimusartikkeleita etsitään PubMedistä, CINAHL:ista, OvidMedline:sta, sekä manuaalilla.

4.3 Sisään- ja poisjättökriteerit

Opinnäytetyön tutkimusartikkeleiden valinta tehdään muodostamalla "mukaanotto- ja poissulkemiskriteerit". Tällä tavoin vähennetään virheellisen katsauksen mahdollisuutta, ja katsaus pysyy suunnitellussa "fokuksessa" (Stolt ym. 2016: 26.)

Taulukko 1. Sisään- ja poisjättökriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen- ja englanninkieliset artikkelit	Muu kuin suomen- tai englanninkielinen artikkeli
Enintään 20- vuotta vanhat artikkelit	Yli 20- vuotta vanhat artikkelit
Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen P= omaishoitajat I= Kuormitustekijät Co= Lisääntynyt päihteidenkäyttö	Epärelevantit tutkimukset (ei vastaa tutkimuskysymykseen).
Alkuperäistutkimus, Pro gradu	Opinnäytetyö
Maksuttomat tutkimusartikkelit	Maksulliset tutkimusartikkelit

4.4 Hakuprosessi

Suoritin opinnäytetyöhön tarvittavan haun seuraavissa kolmessa tietokannassa: PubMed, Cinahl, ja OvidMedline. Lisäksi tutkimusartikkeleita etsittiin manuaalihakulla.

PubMedistä hakusanoilla Caregiver AND Burden AND Alcohol löytyi yhteensä 58 hakutulosta, joista abstraktin perusteella valittiin yhteensä 51 tutkimusartikkelia. Lopulta näistä hyväksyttiin kirjallisuuskatsaukseen yksi tutkimusartikkeli. Hakusanoilla caregiver AND stress AND smoking löytyi yhteensä 58 tutkimusartikkelia, joista abstraktin perusteella valittiin 58 tutkimusartikkelia. Kirjallisuuskatsaukseen päätyi näistä lopulta yksi tutkimusartikkeli. Muilla hakusanoilla ei löytynyt opinnäytetyöni tutkimuskysymykseen vastaavia artikkeleita, tai ne olivat maksullisia.

CINAHL tuotti hakusanoilla Caregiver burden AND Drugs peräti 387 hakutulosta, joista abstraktin perusteella valittiin 288 artikkelia. Lopulta näistä tutkimuksista valittiin vain yksi artikkeli opinnäytetyöhön. Muilla hakusanoilla ei löytynyt opinnäytetyöni tutkimuskysymykseen vastaavia artikkeleita, tai ne olivat maksullisia.

OvidMedline:n hakusanoilla löydetyistä tutkimuksista yksikään ei päässyt jatkoon lopullista tarkastelua varten.

Suoritin manuaalisen haun Googlessa, jossa hakusanoina toimi omaishoiva. Olin rajoittanut haun vuosiin 2015-2018, ja hakutuloksia löytyi yhteensä 1180. Rajasin haun pelkästään teoksiin, jolloin opinnäytetyöhöni valikoitui yksi tutkimus lopullista tarkastelua varten. Google scholar tuotti hakusanoilla drinking practices caregivers yhteensä 21 600 hakutulosta, joista valitsin opinnäytetyöhöni yhden tutkimusartikkelin. Yhden kirjallisuuskatsauksen aineistoon valitun Johanna Aatolan progradu -tutkielman sain tampereen yliopiston kirjastosta, jonka osakopiot tulostin sofianlehdon kirjastosta.

Taulukko 2. Käytetyt hakusana yhdistelmät ja tietokantojen hakutulokset

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Abstraktin perusteella valitut	Valitut
PubMed	Caregiver AND Burden AND Alcohol	58	51	1
	Caregiver AND Stress AND smoking	58	58	1
	Caregiver OR Informal caregiver AND Substance misuse	34	34	0
CINAHL	Caregiver Burden AND Alcoholism	17	9	0
	Caregiver Burden AND Drug use	27	21	0

	Caregiver burden AND Drugs	387	288	1
OvidMedline	Caregiver and alcohol dependence	5	5	0
Manuaalihaku	Omaishoiva	1180	1	1
	Drinking practices caregivers	21 600	21 600	1

4.5 Analyysi

Opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytetään teemoittelua. Teema-analyysissa nimetään sisältölähtöisesti teemat, joiden muodostamista ohjaavat tutkimuskysymykset. Teemat ovat aineistossa ilmeneviä ja toistuvia sisältöjä, jossa aineiston pääsisällöt tulevat esiin. Teema-analyysi voi edetä niin, että alkuperäistutkimuksissa muodostetaan induktiivisesti koodeja, ja etsitään niiden erilaisuuksia ja yhteneväisyyksiä, minkä perusteella syntyy kuvailevia teemoja. Teemoja esitellään tulevassa opinnäytetyössä sanallisesti. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 87). Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset ryhmiteltiin jolloin syntyivät alla olevat teemat.

Taulukko 3. Teemojen muodostaminen

Tutkimuskysymykset	Kysymyksiä ryhmittelemällä muodostuneet teemat
Mitä kuormitustekijöitä omaishoitajuuteen liittyy, ja miten ne ovat yhteydessä omaishoitajan jaksamiseen?	<ul style="list-style-type: none"> • Omaishoitajuuteen liittyviä kuormitustekijöitä • Omaishoitajan jaksaminen ja kuormittuminen
Minkälaiset kuormitustekijät ovat yhteydessä omaishoitajien päihteenkäyttöön, ja päihdeongelmiin?	<ul style="list-style-type: none"> • Kuormitustekijät ja omaishoitajien alkoholinkäyttö • Omaishoitajien tupakointi

4.6 Valintaprosessi

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tietokannoista

Tietokanta	Hakusanojen tulokset	Sisäänottokriteerien täyttämät tutkimukset	Hyväksytyt tutkimukset
PubMed	N=150	N=143	N=2
CINAHL	N=431	N=318	N=1
OvidMedline	N=5	N=5	N=0
Manuaalihaku	N=22 780	N=21 601	N=2

5 Tulokset

Opinnäytetyössä olen käyttänyt Pro-gradu tutkielmaa, ja neljää englanninkielistä tutkimusartikkelia. Lisäksi kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa olen käyttänyt suomenkielisiä tutkimusartikkelia, joka on peräisin työssäkäyvien omaishoitajien jaksamista käsittelevästä tutkimuskokoelmasta. Opinnäytetyöhöni tarvittava aineiston haku tuotti pääosin kansainvälisiä, englanninkielisiä tutkimustuloksia.

5.1 Omaishoitajuuteen liittyviä kuormitustekijöitä

Omaishoitajien kokemia kuormitustekijöitä ovat vastuu kaikista kotitöistä, sillä kaiken hoitaminen kotona yksin on raskasta. Koska omaishoitotilanne voi sitoa hoitajan neljän seinän sisälle jäävät omat harrastukset ja vapaa-aika helposti taka-alalle, joka koetaan omaa jaksamista vahingoittavana tekijänä. Myös taloudelliset vaikeudet, ja huoli hoidettavan pärjäämisestä koetaan kuormittavina. Etenkin omista vanhemmistaan huolehtivat omaishoitajat kokivat jatkuvaa pelkoa ja huolta hoidettavan pärjäämisestä, sillä muistisairaudesta kärsivät vanhemmat saattoivat soitella, ja joutua jatkuvasti vaikeuksiin. Myös konfliktit hoitohenkilökunnan kanssa, sukulaisten kesken syntyneet erimielisyydet hoidettavaa koskien, ja ystävien kaikkoaminen koettiin raskaana, eikä heiltä saanut apua (Silfver-Kuhalampi 2015: 158.)

Kuormitustekijöinä toimivat hoidon huono laatu ja saatavuus. Hoidon ja palvelujen saaminen koetaan taisteluna, eikä omaishoitajilla ole tarpeeksi tietoa saatavilla koskien mitä

palveluita on mahdollista saada, ja miten niitä haetaan. Sirpaleisessa ja byrokratian valtaamassa palveluverkossa palveluista vastaavat aina eri tahot, ja kokonaisuuden hallinta sekä paperityöt jäävät kokonaan omaishoitajan harteille. Omaishoitajat tarvitsisivat enemmän tietoa ja apua paperitöiden hoitamiseen. Omaishoitajat joutuvat itse ”nyhtämään” kaiken tiedon, jota ei tarjota ilman omaishoitajan vaivannäköä. Palveluverkko viidakossa toimimisen lisäksi hoitopaikkaan pääsy on ylipäätä vaikeaa, ja palvelujen piiriin pääsyn kriteerit tiukkoja. Myös saatu hoito koetaan riittämättömänä, jopa huonona. Etenkin kotihoidon piirissä olevat muistisairaat vanhukset kaatuilivat, eksyivät, ja hävittivät rahansa. Palvelutaloissa asuvien hoidossa koetaan myös ongelmia. Palvelutaloissa kaikki pitää huolehtia itse, ja hoitotoimenpiteet laskutetaan erikseen. Hoito koetaan huonoksi ja kalliiksi, ja huolehtimisen koetaan jäävän omaisen vastuulle. Terveystieteiden järjestelmää kuvataan joustamattomaksi ja tehottomaksi. Järjestelmän sisällä tiedonkulkua on eri hoitotahojen ja viranomaisten välillä, ja eri tahot huolehtivat eri tehtävistä. Tiukasti rajatut työtehtävät ja vastuualueet koetaan hankalana, ja järjestelmän sekavuuden takia hoitokokouksiakin on vaikea järjestää. Ainoa kuka hoidettavan kokonaistilanteesta on selvillä, on omaisen itse. (Silfver-Kuhalaampi 2015: 153-157.)

Omaishoitajuudesta johtuvana kuormitustekijänä koetaan henkinen rasitus. Henkisellä rasituksella tarkoitetaan omaan jaksamiseen, tulevaisuuteen, sekä potilaan vointiin liittyviä pelkoja. Henkistä rasitusta voi aiheuttaa myös läheisen ihmisen hoitaminen, sillä vahva tunneside tuo hoitosuhteeseen omat haastavat tekijänsä. Lisäksi omaishoitajien henkistä taakkaa voi voimistaa ulkopuolelta tulevat paineet, kuten erimielisyydet sukulaisten kesken. Sukulaisilla voi olla erilainen käsitys siitä, miten huolenpitoa tarvitsevaa ihmistä tulisi hoitaa, vaikka he eivät itse osallistuisi hoitoon. Henkistä rasitusta aiheuttaa myös omaishoitoon liittyvän sairaanhoidollisen vastuun lisäksi vastuu hoidettavan henkilökohtaisista, ja taloudellisista asioista.

Omaishoitajan sairaus ja ikääntyminen voivat aiheuttaa hankaluuksia arjessa. Ikääntymisen myötä fyysisen voiman puute ja mahdolliset sairaudet voivat hankaloittaa hoitamista. Arkirutiineista suoriudutaan hitaasti, ja hoidettavan liikuttaminen sekä nostot luovat haasteita.

Jatkuva omaishoitoon sidottuna oleminen koetaan myös omaishoitajuuteen liittyvänä kuormitustekijänä. Jatkuva varuillaan olo rasittaa niin henkisesti kuin fyysisestikin elimistöä. Omaishoitaja joutuu jatkuvasti olemaan ”varpaillaan”, jolloin aikaa ei jää rasituksesta palautumiseen, ja omien asioiden hoitaminen hankaloituu (Aatola 2003: 51-53.)

5.2 Omaishoitajan jaksaminen ja kuormittuminen

Omaishoitajien jaksamista voidaan tarkastella neljän eri ulottuvuuden avulla: Fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, ja tarmokkuus. Fyysisellä toimintakyvyllä mitataan omaishoitajan fyysistä kuntoa, ja miten omaishoitaja pärjää fyysisiä ponnisteluja vaativissa tilanteissa. Parhaimmillaan terveydentila ei rajoita fyysistä tekemistä, mutta pahimmillaan huonon fyysinen toimintakyky aiheuttaa vaikeuksia esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa, ja liikkumisessa. Psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudella henkilön mielentila on parhaimmillaan rauhallinen, ja onnellinen. Pahimmillaan se tarkoittaa masentunutta ja hermostunutta mielialaa. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan psyykkisen ja fyysisen terveyden muodostamia rajoituksia sosiaaliselle kanssakäymiselle. Tarmokkuudella mitataan omaishoitajan elinvoimaa, energisyyttä ja vireystilaa, ja vastaavasti väsymystä. Omaishoitajat kokevat jaksamisensa ja elämänlaatunsa heikommaksi kaikilla näillä neljällä osa-alueella (Aatola 2003: 64, 76.)

Omaishoitajien keskuudessa ilmeneviä terveysongelmia ovat alaselänongelmat ja kohonnut verenpaine (Saban-Griffin-Urban- Janusek-Pape- Collins 2016: 684.) Omaishoitajien kokemia somaattisia oireita ovat väsymys, vetämättömyys, päänsärky, ja unihäiriöt. Muita omaishoitajien kokemia oireita ovat suolen toiminnan muutokset, selkä- ja nivelkivut, ruuansulatushäiriöt, ja pahoinvointi (Saban ym. 2016: 685.)

Terveydentila koetaan kohtuulliseksi, tai huonoksi. Huonoksi koettu terveys on yhteydessä puutteelliseen tukiverkoston (Saban ym. 2016: 686.) Myös somaattiset oireet ja taloudelliset ongelmat ovat yhteydessä heikompaan elämänlaatuun. Hyvä elämänlaatu on yhteydessä omaishoitajan positiiviseen suhtautumiseen omaishoittoa kohtaan. Mikäli omaishoitaja kokee omaishoidon arvokkaaksi ja merkitykselliseksi, koetaan elämänlaatukin paremmaksi (Saban ym. 2016: 687.)

5.3 Kuormitustekijät ja omaishoitajien alkoholinkäyttö

Ajalliset, fyysiset ja kehitykselliset tekijät eivät ole yhteydessä alkoholinkäyttöön. Sosiaaliset kuormitustekijät ja emotionaaliset kuormitustekijät ovat yhteydessä lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön ja ongelmajuomiseen (Rospenda ym. 2010: 319.)

Ajallisilla kuormitustekijöillä tarkoitetaan, mikä vaikutus omaishoidolla on omaishoitajan aikaan. Hoidettava voi tarvita apua kaikissa päivittäisissä arjen toiminnoissa, ja aikaa kuluu hoidettavan valvomiseen ja alituisen tarkkailemiseen. Kehityksellisillä kuormitustekijöillä tarkoitetaan tilannetta, jossa omaishoitajat kokevat jääneen elämästä paitsi omaishoitotilanteen takia verrattuna muihin ikätovereihin, jotka eivät kamppaile samanlaisen hoivavastuun kanssa. Tämän kaltainen tilanne voi aiheuttaa huomattavaa ahdistusta ja stressiä omaishoitajille. Fyysisillä kuormitustekijöillä tarkoitetaan omaishoitajuudesta johtuvaa väsymystä. Omaishoitajuuden myötä fyysinen terveys ja toimintakyky ovat voineet heiketä, ja univelkaa kertyä. Sosiaalisilla kuormitustekijöillä tarkoitetaan omaishoitajien kokemuksia ja tunnetta siitä, että omaishoivatilanne vaikuttaa negatiivisesti töihin, perhe-elämään, ja muihin ihmissuhteisiin. Omaishoitaja voi kokea, että töissä suoriutuminen on huonontunut, ja ongelmat puolison kanssa lisääntyneet omaishoitovelvoitteiden takia. Emotionaalisilla kuormitustekijöillä puolestaan tarkoitetaan omaishoitajan kokemia negatiivisia tuntemuksia hoidettavaa kohtaan. Omaishoitaja saattaa kokea häpeää, kun esimerkiksi vieraita saapuu kotiin (Rospenda ym. 2010: 316-317.) Todettakoon siis, että negatiiviset tuntemukset hoidettavaa kohtaan, ja puutteellinen tukiverkosto voivat lisätä omaishoitajan alkoholinkäyttöä.

Myös omaishoitajien käyttämällä selviytymiskeinoilla on vaikutusta omaishoitajien alkoholinkäyttöön. Itsekontrollilla (selfcontrolling) pyritään piilotelemaan ja kontrolloimaan omia tunteitaan. Jos henkilö käyttää selviytymiskeinonaan etäännyttämistä, pyrkii hän jatkamaan kuin mitään ei olisi tapahtunut, ja unohtamaan ongelman. Positiivista uudelleenarviointia stressinkäsittelykeinonaan käyttävät ihmiset pyrkivät näkemään tilanteen hyvät puolet ja miettivät, mitä tilanteesta voi esimerkiksi oppia. ”Yhteenottoa” selviytymiskeinonaan käyttävät ihmiset pyrkivät vaikuttamaan tilanteeseen, ja muuttamaan asioita taistelemalla niiden puolesta. Henkilö voi jopa ilmaista vihamielisyyttään tilanteessa (Haikonen 1999: 13-14.) Omaishoitajat jotka kuormittavassa tilanteessa käyttävät selviytymis- ja stressinkäsittelykeinonaan ”itsekontrollia” ja ”etäännyttämistä”, käyttävät enemmän alkoholia. Selviytymis- ja stressinkäsittelykeinonaan ”positiivista uudelleenarviointia” ja ”yhteenottoa” käyttävät omaishoitajat juovat vähemmän alkoholia. (Mjelde-Mossey-Mor Barak- Knight 2004: 302.) Todettakoon, että omaishoitajat jotka vastoinkäymisiä

kohdatessaan pyrkivät näkemään tilanteen hyvät puolet ja tekevät tilanteen ratkaisemiseksi jotain eivätkä passivoitu, käyttävät alkoholia vähemmän.

5.4 Omaishoitajien tupakointi

Tupakkaa polttavat ja lisääntyneestä tupakan poltosta raportoivat omaishoitajat kärsivät stressistä ja kuormittumisesta, sekä kuuluvat usein iältään nuorempien omaishoitajien ryhmään. Masentuneisuus, puutteellinen tukiverkosto, ja heikot omaishoitajan tiedot ja taidot hoitoon liittyen ovat myös yhteydessä tupakoiviin omaishoitajiin, sekä lisääntyneeseen tupakointiin. Tupakoivat omaishoitajat työskentelevät omaishoidon ohella usein täyspäiväisesti, ja työttömyys lisää tupakanpolton määrää läheisistään huolta pitävillä omaishoitajilla. (Salgado-Garcia – Zuber – Graney – Nichols – Martindale-Adams - Andrasik 2015: 785-786.)

Kuvio 2. Tulokuvio



6 Pohdinta

Tulevaisuudessa omaishoitajien jaksamisen tukemiseen tulisi panostaa enemmän, sillä tukemalla omaishoitajien jaksamista vähennetään hoito- ja hoiva-alan työvoimatarvetta, sekä julkisia menoja. Ilman omaishoitajia moni hoidettava joutuisi kodin ulkopuoliseen pitkäaikaishoitoon, tai olisi riippuvainen sosiaali- ja terveystalouksista. Tukemalla omaishoitoa riittäväillä ja tarpeen mukaan räätälöidyillä palveluilla on mahdollista ehkäistä omaishoitajan uupumisen vaaraa, ja turvata tätä kautta niin hoidettavan kuin hoitajankin hyvinvointi (Aaltonen -Jokinen - Raassina-Salanko-Vuorela 2014:30.) Omaishoitajien päihteiden käyttöä voi olla kuitenkin vaikeaa selvittää, sillä omaishoitajat voivat pelätä omaishoidon tuen piiristä tippumista mahdollisen päihdeongelman paljastuessa. Jotta omaishoidon tukea voidaan myöntää, täytyy omaishoitajan toimintakyky vastata omaishoidon vaatimuksia (Laki omaishoidon tuesta 937/2005 § 3).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaishoitajien jaksamiseen yhteydessä olevia kuormitustekijöitä ja päihdeongelmia. Omaishoitajien jaksamisesta, elämäntilanteesta, ja kuormittavuustekijöistä löytyi kattavasti informaatiota, mutta tutkimuksia joissa omaishoitajien päihteidenkäyttöä olisi tutkittu löytyi verrattain vähän. Koska omaishoitajien päihteidenkäyttöä käsitteleviä tutkimuksia löytyi vähän, ei opinnäytetyön tavoitteisiin täysin päästy.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että omaishoitajien tupakointia ja lisääntyneitä alkoholinkäyttöä ennustavana tekijänä toimii puutteellinen tukiverkosto. Lisäksi omaishoitajien alkoholinkäyttöä ja ongelmajuomista ohjaavat usein myös emotionaaliset kuormitustekijät, kuten negatiiviset tuntemukset hoidettavaa kohtaan. Vaikka omaishoitajana toiminen on raskasta ja kuluttavaa, voidaan opinnäytetyön tulosten perusteella todeta, että positiivisen ja ratkaisukeskeisen asenteen omaavat omaishoitajat käyttävät vähemmän alkoholia, ja heillä on varmasti pienempi riski sairastua alkoholiriippuvuuteen. Tämän työn tulokset osoittavat, että kaiken kaikkiaan omaishoitajat kokevat myös jaksamisensa heikommaksi muuhun väestöön verrattuna. Opinnäytetyön tulosten perusteella tiedämme, että omaishoitajat kokevat hoitoon sidottuna olemisen, sairauden ja ikääntymisen, sekä henkinen rasituksen kuormittavimpina tekijöinä omaishoidossa. Myös hoidon ja palvelujen saaminen koetaan omaishoitajan jaksamista nakeravana taisteluna.

Tämä opinnäytetyö toimii ”tietopakettina” sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille, työntekijöille, sekä omaishoitajaliitolle. Opinnäytetyön tulokset antavat tietoa omaishoitajuuteen liittyvistä kuormitustekijöistä, joiden pohjalta tulevaisuudessa voidaan keksiä sopivia tuen muotoja, joilla omaishoitajan jaksamista voidaan vahvistaa. Tulokset antavat tietoa niistä kuormitustekijöistä joihin puuttumalla voidaan vähentää omaishoitajien takkaa, ja siten parantaa omaishoitajien elämänlaatua. Opinnäytetyön tulosten avulla terveydenhuollon piirissä työskentelevät ihmiset saavat enemmän tietoa niistä tekijöistä jotka heikentävät omaishoitajan jaksamista, ja näin ollen pystyvät herkemmin puuttumaan niihin. Toivon opinnäytetyön tulosten rohkaisevan terveydenhuollon työntekijöitä myös ottamaan omaishoitajien päihteidenkäyttöä esille omaishoitajien elämäntilannetta kartoitettaessa.

Omaishoitajien päihteiden käytön ja kuormittumisen välinen yhteys on huomionarvoinen aihe, joka tarvitsee kuitenkin enemmän tieteellistä tutkimusta. Opinnäytetyön tuloksista nousi myös kaksi mielenkiintoista jatkotutkimusehdotusta tulevaisuutta ajatellen. Minkälaiset omaishoitajat käyttävät enemmän päihteitä? Löytyykö päihteiden käytössä eroja esimerkiksi syöpää sairastavien tai iäkkäille vanhemmille toimivien omaishoitajien välillä? Toisena jatkotutkimusehdotuksena on huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön esiintyminen omaishoitajilla.

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Kaksi opinnäytetyössä käytetyistä tutkimusartikkeleista koskivat alkoholin käyttöä, ja yksi tutkimusartikkeli käsitteli omaishoitajien tupakointia. Tutkimuksia omaishoitajien huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttöön liittyen ei löytynyt. Suurin osa tutkimusartikkeleista on peräisin luotettavista tietolähteistä kuten PubMed:ista, CINAHL:ista sekä tieteellisiä julkaisuja tarjoavasta Google Scholar -hakukoneesta. Tutkimusartikkelit on julkaistu kansainvälisissä tiedelehdissä, ja tutkijoiden nimet ja tittelit ovat näkyvillä. Opinnäytetyön aineistoksi valittujen tutkimusartikkeleiden rakenne on muodollinen, joka vahvistaa käsitystä tutkimusten luotettavuudesta. Artikkelit sisälsivät tiivistelmän, tavoitteet, metodologiatiedot, tulokset, keskusteluosion, johtopäätöksen, ja lähdeluettelon. Myös tutkimusten tuoreus puoltaa opinnäytetyön luotettavuutta, sillä vanhin aineistoon valittu tutkimus on julkaistu vuonna 2003. Aineiston määrällisen vähäisyyden vuoksi kirjallisuuskatsaus jäi suppeaksi, joka voi merkittävästi heikentää tulosten luotettavuutta.

Valitsin opinnäytetyöhön yhden Pro gradu -tutkielman, vaikka ne ovat tieteellisinä lähteinä kyseenalaisia. Johanna Aatolan (2003) Pro gradu on tutkimus omaishoidon tuen ulkopuolella olevista omaishoitajista. Kyseisen tutkielman tuloksia on kuitenkin käytetty lähteenä Duodecimin omaishoitoa käsittelevässä Omaishoito- kirjassa, joka on tehty tukemaan yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten sekä omaishoitajien välillä. Lisäksi tätä Pro gradu -tutkielmaa on käytetty useiden opinnäytetöiden lähteenä.

Opinnäytetyön käsitteiden taustan ja käsitteiden määrittelyssä käytetyt lähteet on peräisin luotettavista sähköisistä tietokannoista kuten terveyden -ja hyvinvoinnin laitoksen internet sivuilta, medicistä, ja terveystietä. Näiden tietokantojen sisältö on jatkuvan valvonnan alainen, joka puoltaa käsitystä kyseisten tietokantojen luotettavuudesta. Lisäksi opinnäytetyön teoriaosuudessa on käytetty hoito- ja lääketieteellistä kirjallisuutta, joiden tieto perustuu tutkittuun, objektiiviseen tietoon.

Tutkimusartikkeleiden englanninkielisyys voi heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Käännettäessä englanninkielisiä tutkimusartikkeleita virhemarginaalin riski kasvaa, ja tulkinnat voivat osoittautua vääriksi. Joillekin englanninkielisille sanoille ja termeille on hankalaa löytää suomenkielistä vastinetta, jolloin sanojen merkitys voi muuttua.

Luotettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon kyseessä olevan ensimmäinen opinnäytetyö. Luotettavuutta voi heikentää myös se, että opinnäytetyön tekijänä on toiminut vain yksi henkilö, joka on analysoinut tutkimukset.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyö on toteutettu ”hyvän tieteellisen käytännön” -toimintaperiaatteita noudattaen. Tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, tarkkuutta, ja yleistä huolellisuutta tulosten tutkimustyössä, tulosten esittämisessä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa on käytetty tutkimuksen kriteerien mukaisia, sekä eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tieteellisen tiedon luonteelle on ominaista avoimuus, jota on noudatettu opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyössä käytettävien tutkimusartikkelijulkaisuihin on viitattu asianmukaisella tavalla, ja tutkimuksen suunnitelma sekä toteutus on raportoitu, ja niistä syntyneet tietoaineistot on tallennettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Työn tilaaja on antanut hyväksynnän ja suostumuksen opinnäytetyön tutkimuskysymyksille, ja tutkittavalle aiheelle.

Omaishoitajaliiton toimintaa ohjaavia arvoja ovat avoimuus, vastuullisuus, herkkyys, ja kumppanuus (Omaishoitajaliitto 2017). Toteutan tulevan opinnäytetyöni näitä arvoja kunnioittaen. Tutkimuksen aihe ei saa loukata, tai sisältää väheksyviä oletuksia tietystä ihmis- tai potilasryhmästä etenkin silloin, kun kyseessä on haavoittuva ryhmä (Leino-Kilpi 2014: 366.) Tarkoituksena on käyttää tietolähteenä vain tutkittua tietoa, eikä tarkoituksena ole ”mustamaalata” päihteitä käyttäviä omaishoitajia, tai ”kylvää” ennakoasenteita tätä väestöryhmää kohtaa. Tarkoituksena on objektiivisen, ja rehellisen tiedon tuottaminen.

Tutkittavasta aiheesta ei ollut ennakkoluuloja, joten opinnäytetyön tuloksia ohjasi vain objektiivinen tutkittu tieto. Tulosten raportoinnissa on pyritty rehellisen tiedon tuottamiseen vääristelemättä tuloksia.

Lähteet

Aaltonen, Elli; Jokinen, Sari; Raassina, Anne-Mari & Salanko-Vuorela Merja 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 2.5.2018.

Aatola, Johanna 2003. "Saadaanpahan sentään olla viel kotona" : tutkimus omaishoidon tuen ulkopuolella olevista omaishoitajista". Sosiaalipolitiikan Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Alkoholi 2017. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi>>. Luettu 12.10.2017

Dahl, Päivi & Hirschovits Tanja 2005. Tästä on kyse -tietoa päihteistä. 4., uudistettu painos. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.

Haikonen, Matti 1999. Konflikteista aiheutuva stressi ja siitä selviytyminen opettajan työssä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalipsykologian laitos.

Hakkarainen, pekka & Karjalainen, Karoliina 2013. Lääkkeiden väärinkäyttö 2000- luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110571/karjalainen.pdf?sequence=2>>. Luettu 4.10.2017

Havio, Marjaliisa; Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Huumeongelman hoito 2016. Terveysportti. Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01101&p_haku=huume>. Luettu 11.10.2017

Huttunen, Matti O 2017. Alkoholin ongelmakäyttö ja eri psyykkisten häiriöiden lääkahoito. Terveyskirjasto Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00078>. Luettu 14.4.2018.

Hyvä tieteellinen käytäntö 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 17.5.2018.

Joukanen, Seija 2015. Lääkkeiden päihdekäytön taustalla on usein traumatisoituminen. Sic! -Lääketietoa fimeasta. Verkkodokumentti. <http://sic.fimea.fi/1_2015/laakkeiden_paihdekeyton_taustalla_on>. Luettu 10.10.2017

Kaivolainen, Merja; Kotiranta, Tuija; Mäkinen, Erkki; Purhonen Merja & Salanko-Vuorela Merja 2011. Lukijalle. Teoksessa Merja kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko- Vuorela (toim.) Omaishoito -Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki: Duodecim. 5

Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri & Liikanen Eeva 2013. Kuvaaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-301.

Koskenvuo, Markku 2000. Aiheuttaako stressi somaattisia sairauksia?. Verkkodokumentti. <www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/20/duo91832>. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim (20). Luettu 16.4. 2018.

Kuppi nurin -hanke. 2017. Omaishoitajaliitto. Verkkodokumentti. <<https://omaishoitajat.fi/liiton-toiminta/liiton-toimintamuodot/kuppi-nurin-hanke/>>. Luettu 5.10.2017.

Kurtti, Sanni 2016. Stressin fysiologinen vaikutus uneen, muistiin ja oppimiseen. Opinnäytetyö. Oulun yliopisto: Biologian koulutusohjelma, eläinfysiologia. Verkkodokumentti. <<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201701251104.pdf>>. Luettu 14.4.2018.

Käypä hoito -suositus 2015. Alkoholiongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>>. Luettu 11.10.2017

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Annettu Helsingissä 2.12.2005

Leino-Kilpi, Helena 2014. Mitä hoitaminen ja hoitotyö ovat? Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki. Etiikka hoitotyössä 2014. Helsinki: Sanoma Pro oy. 13-398.

Liiton säännöt ja strategia 2017. Omaishoitajaliitto. Verkkodokumentti <<https://omaishoitajat.fi/liiton-toiminta/tietoa-liitosta/liiton-saannot-ja-strategia/>>. Luettu 14.11.2017.

Mattila, Antti S 2010. Stressi. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976> . Luettu 14.4.2018.

Mitä on omaishoito? . 2017. Omaishoitajaliitto. Verkkodokumentti. <<https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>>. Luettu 5.10.2017.

Mjelde-Mossey, Lee Ann; Mor Barak, Michael & Knight, Bob 2004. Coping Behaviors as Predictors of Drinking Practices Among Primary In-Home Dementia Caregivers. Verkkodokumentti. <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.925.4391&rep=rep1&type=pdf>>. Luettu 1.1. 2018. The Journal of Applied Gerontology, 23 (3) 295-308

Mustakallio, Kristiina & Silfver-Kuhala Mia 2017. Työssäkäyvä omaishoitaja. Opas omaishoitajalle, työnantajalle ja lähiesimiehelle. Verkkodokumentti. <https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/03/Työssäkäyvä-OH_OPAS_ESKA.pdf>. Luettu 20.4.2018.

Myyry, Liisa 2015. Hoivaan liittyvät arjen moraaliset ristiriitatilanteet ja hoivan kuormittavuus läheisiään hoivaavilla. Työssäkäynti ja läheis -ja omaishoiva. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2015: 77-94. Verkkodokumentti. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158290/Omaishoiva_kirja.pdf?sequence=1>. Luettu 2.3.2018.

Nissi-Onnela, Sirkka & Kaivolainen Merja 2011. Omaishoitajuus liittyy yhteen monia rooleja. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko- Vuorela (toim.) Omaishoito -Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki Duodecim. 60-61, 62-63, 64.

Pirkola, Sami 2000. Alkoholi ja stressi. Verkkodokumentti. <www.duodecim-lehti.fi/lehti/2000/20/duo91830#o2>. Aikakauskirja Duodecim (20). Luettu 14.4.2018.

Purhonen, Merja; Mattila, Yrjö & Salanko- Vuorela Merja 2011. Omaishoidon tuki ja omaishoitosopimus. Teoksessa Merja kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko- Vuorela (toim.) Omaishoito -Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki: Duodecim. 26-28

Purhonen Merja; Nissi-Onnela, Sirkka & Malmi Maria 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko- Vuorela (toim.) Omaishoito -Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki: Duodecim. 12-15

Rospenda, Kathleen; Minich, Lisa; Milner, Lauren & Richman, Judith 2010. Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample. Journal of Addictive Diseases, 29 (3) 314-324.

Karen L, Saban; Griffin, Joan M; Urban, Amanda; Janusek, Marissa A; Louise-Bender Pape, Theresa & Collins Eileen 2016. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to Veterans with traumatic brain injury. Verkkodokumentti. <<https://www.rehab.research.va.gov/jour/2016/536/pdf/JRRD-2015-07-0143.pdf>>. Luettu 29.2.2018. JRRD, 53 (6) 681-692.

Salgado-Garcia, Francisco I.; Zuber, Jeffrey K.; Graney, Marshall J.; Nichols, Linda O.; Martindale-Adams, Jennifer L & Andrasik Frank 2015. Smoking and Smoking Increase in Caregivers of Alzheimer's Patients. Verkkodokumentti. <<https://watermark.silver->

chair.com/gnt149.pdf?token=AQEC-AHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAbUwggGxBgkqh-kiG9w0BBwagggGiMIIBngIBADCCAzcGCSqGSib3DQEHA-TAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMswl7Va-7KeNO-zgu9AgEQgIIbaG7nziHpZRQf8cFdYN7oh_SEeBHpEiG-726OfnmJi_-o9AN-hKDKnIFgLtK232EA458Lo5O8hWnq1vnouMJX1d5YH46vnqG37vnbi0uP16eLHvtA-waYmGOyz4WvMQO3iIWo2EIP6oDRW5e3z5wmVSLq0Cit7OoZkzJU-6dhulcOUX1YZLVMPDJSwr0aygBlx4aA1faykAertS_vcFXQyRcpwl0hqKG-E-THIbBnUm58rDWVaq7k1OJ7jli0BvQmuloEDFyHitX07qYLDtaOjMLxID-BooQ8viVhpFCd2k10hxbuAoGGbXvNbjl2y4bBICku5TtNUM-Lylqgc5C7KJcw9dUtw2ncydfpKBDdLUGmM-60jHLWG7fSWIKBN4BOWCWrPE6Q3FyGYNysj0xSo0g0W3q6ibvI096dApqB532iq2Bn CQiM4rurig_MPP4sOHVZUTRftWOdBSMJEvzqgfWnrGwWc9Otx3eaNQ. >. Luettu 22.4.2018. The Gerontologist, 55 (5) 780-792.

Sand, Olav; Sjaastad, Øystein V; Haug, Egil & Bjälle, Jan G 2014. Ihminen- Fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 5-571.

Salanko-Vuorela, Merja 2011. Omaishoidon näkymiä. Teoksessa Merja kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito -Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki: Duodecim. 220

Salaspuro, Mikko; Kiianmaa, kalervo & Seppä, Kaija 2003. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Stolt, Minna; Axelin, Anna; Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä.2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print. 26, 87

Stress: The different kinds of stress. American Psychological Association. Verkkodokumentti. <<http://www.apa.org/helpcenter/stress-kinds.aspx>>. Luettu 15.4. 2018.

Silfver-Kuhlampi, Mia 2015. Työssäkäyvät läheisensä hoivaajat -Mikä aiheuttaa stressiä, mikä auttaa jaksamaan?. Teoksessa K. Kauppinen & M. Silfver-Kuhlampi (toim.) Työssäkäynti ja läheis -ja omaishoiva- työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Helsinki: Unigrafia. Verkkodokumentti. < https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158347/Omaishoiva_kirja.pdf?sequence=1 >. Luettu 26.2. 2018.

Tarviainen, Merja & Kekoni, Taru 2015. Erityistä huolenpitoa -Lastensuojelun erityisen huolenpidon käsite ja käytäntö hoivatutkimuksen keskellä. Yhteiskuntapolitiikka 80 (2015): 2. 173-180. Verkkodokumentti. www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126833/tarviainen.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 21.4. 2018.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos a. Päihde- ja riippuvuusongelmat 2014. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle/paihde-ja-riippuvuusongelmat>>. Luettu 7.3.2018.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos b. Päihde- ja riippuvuusongelmat 2014. Verkkodokumentti. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle/paihde-ja-riippuvuusongelmat>>. Luettu 7.3.2018.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos c. Päihderiippuvuus 2014. Verkkodokumentti. < <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus> >. Luettu 14.4.2018.

Vasara, Paula 2011. Hoivan tarinoita -Tutkimus äitiään hoivaavien tytärien narratiiveista. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

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

Liitteet

Taulukko 5. Tutkimusartikkeleiden keskeisimmät tulokset

Tunnistetiedot	Tarkoitus ja kohderyhmä	Menetelmä	Tulokset
Aatola, Johanna 2003 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla omaishoidon tuen ulkopuolella olevien omaishoitajien elämää ja elämäntilannetta. Lisäksi haluttiin selvittää, miltä tahoilta omaishoitajat saavat tukea, sekä missä ilman yhteiskunnan tukipalveluita pärjäävien omaishoitajien tukiverkostot ovat.	Tutkimus toteutettiin ”kyselylomaketutkimuksena”, johon vastasi 217 omaishoitajaa.	Omaishoitajien mielestä vaikeinta ja kuormittavinta hoitamisessa on henkinen rasitus. Muita kuormitustekijöitä olivat sairaus/ikäntyminen, ja sidottuna oleminen. Elämänlaatua kartoitettiin neljällä ulottuvuudella: Fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, ja tarkokkuus. Omaishoitajat kokivat elämänlaatusa heikommaksi kaikilla neljällä ulottuvuudella. Myös 79% tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista arvioi terveytensä olevan tyydyttävä, tai huono.
Rospenda, Kathleen 2010 Yhdysvallat	Tutkimuksessa haluttiin selvittää minkälaiset omaishoitajuuteen liittyvät kuormitustekijät ovat yhteydessä lisääntyneeseen alkoholin käyttöön.	Tutkimus toteutettiin postikyselynä, johon vastasi 998 työssäkäyvää omaishoitajaa.	Omaishoitajat jotka kokevat sosiaalista, ja emotionaalista kuormittumista käyttävät enemmän alkoholia.
Mjelde-Mossey, Lee 2004 Yhdysvallat	Tutkimuksessa selvitettiin ja pyrittiin tunnistamaan ne selviytymiskeinot, jotka erottavat raittiit ja alkoholia käyttävät omaishoitajat toisistaan.	Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin 109:lle demensiaa sairastavan läheisen omaishoitajalle.	Selviytymiskeinoista ”Itsekontrolli”, ja ”etäännyttäminen” ennustivat lisääntyntä alkoholin käyttöä. ”Positiivinen uudelleen arviointi”, sekä ”yhteenotto” ennustivat vähäisempää alkoholinkäyttöä omaishoitajilla.
Salgado-García, Francisco I. 2015 Yhdysvallat	Tutkimuksessa tarkastellaan omaishoitajien kokemien stressitekijöiden, sekä ”selviytymisresurssien” yhteyttä tupakointiin, ja sen lisääntymiseen.	Tiedot kerättiin ja analysoitiin aikaisemmin tehdystä tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistui	642:sta omaishoitajasta 40% oli tupakoinut viimeisen kuukauden ajan, sekä 25% tu-

		642 omaishoitajaa. Tutkimuksen merkittävästi eronneet muuttajat ryhmien välillä tutkittiin kahdessa logistisessa regressioanalyysissä tupakoinnin, ja tupakoinnin lisääntymisen osoittamiseksi.	pakovista omaishoitajista ilmoitti tupakanpolton lisääntyneen. Tupakkaa polttivat useammin nuoret omaishoitajat, ja tupakanpolton lisääntymistä selittäviä tekijöitä olivat masennus ja puutteelliset tiedot ja taidot omaishoitoon liittyen.
Silfver-Kuhlampi, Mia 2015 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 34 työssäkäyvän omaishoivaajan kokemuksia jaksamista tukevista ja heikentävistä tekijöistä.	Aineistona toimi omaishoitajien haastattelut, joita tehtiin niin ryhmäkuin yksilöhaastatteluina	Kuormitustekijöitä olivat hoidon huono laatu ja saatavuus, hoitohenkilökunnan kanssa syntyneet konfliktit, ystävien kaikkoaminen, erimielisyydet sukulaisten kesken hoitoon liittyen, vastuu koti- töistä, vapaa-ajan ja harrastusten puute, huoli hoidettavan pärjäämisestä, sekä taloudelliset vaikeudet.
Karen L, Saban 2016 Yhdysvallat	Tämän kuvailevan tutkimuksen tarkoitus oli kuvata traumaattisesta aivovammasta kärsivien sotaveteraanien omaishoitajina toimivien puolisoiden terveydentilaa, somaattisia oireita, hoitoa, kuormittumista ja elämänlaatua sekä tunnistaa missä määrin nämä muuttajat liittyvät naispartnereiden/puolisoiden elämänlaatuun	Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, joka lähetettiin 40 veteraanin omaishoitajana toimivalle vaimolle/ naispuoliselle partnerille	Omaishoitajien yleisimmät terveysongelmat olivat alaselänkivut ja hypertensio. Elämänlaatu koettiin heikoksi, ja suurin osa omaishoitajista raportoi terveydentilansa kohtalaiseksi, tai huonoksi. Elämänlaatua heikentäviä somaattisia oireita olivat mm. väsymys, vetämättömyys, päänsärky, ja unihäiriöt. Muita fyysisiä oireita olivat suolen toiminnan häiriöt, pahoinvointi, selkä- ja nivelkivut, sekä ruuansulatushäiriöt. Eniten kuormittumista aiheuttavia tekijöitä olivat aikataulu- ja talouteen kytköksissä olevat ongelmat.

