



## ➤ Koronarajoitusten yhteys omaishoitajien kokemaan terveyteen ja elämänlaatuun

Roosa-Maria Savela<sup>1</sup>, Irma Nykänen<sup>2</sup>, Tarja Välimäki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos*

<sup>2</sup>*Itä-Suomen yliopisto, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö*

Koronapandemian aikaiset rajoitustoimet muuttivat merkittävästi omaishoitajien saamia tukipalveluita. Pandemia vaikeutti omaishoitajien arkielämän sujumista sekä aiheutti epävarmuutta omasta ja hoidettavan terveydestä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata omaishoitajien kokemaa terveydentilaa ja elämänlaatua sekä itsearvioitua fyysistä ja psyykkistä terveyttä koronapandemian aikana. Aineistona olivat Suomessa täysi-ikäistä henkilöä hoitavien omaishoitajien (n=234) vastaukset Eurocarersin ja Italian National Institute of Health and Science on Ageing (INRCA) -tutkimuslaitoksen kyselyaineistosta. Aineisto kerättiin verkkokyselyllä marraskuun 2020 ja maaliskuun 2021 välisenä aikana. Aineisto analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä ja binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Omaishoitajan päivittäinen kanssakäyminen vain hoitamansa henkilön kanssa oli yhteydessä omaishoitajan heikentyneeseen fyysiseen kuntoon, psyykkiseen hyvinvointiin, yleiseen terveydentilaan ja elämänlaatuun. Omaishoitajan kokema vapauden puute oli yhteydessä heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Lisäksi hoidettavan sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen oli yhteydessä omaishoitajan heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin. Koronapandemian vaikutukset ovat olleet omaishoitajille monitahoisia, ja nämä vaikutukset tulee ottaa huomioon tukitoimien suunnittelussa.

### Johdanto

Koronapandemia on vaikuttanut ikääntyneiden omaishoitajien arkielämään vuoden 2020 alusta asti. Pandemian vuoksi Suomessa otettiin käyttöön kansalaisen perusoikeuksia rajoittavia toimia viruksen leviämisen hidastamiseksi ja riskiryhmien suojelemiseksi (Valtioneuvosto 2020). Ikääntyneille suositeltiin kaikkien kontaktien vähentämistä, mikä käytännössä johti sosiaaliseen eristäytyneisyyteen. Kansalaisten

terveyden suojeluun tähtäävillä toimilla arvioitiin kuitenkin olevan vakavia sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia (Valtioneuvosto 2020). Pandemian jatkuessa syksyllä 2020 rajoitustoimet jatkuivat, mutta niissä oli alueellista vaihtelua (Eronen ym. 2020).

Pandemian vaikutusten on arvioitu kohdentuvan erityisesti pitkäaikaisairaisiin ja kognitioltaan sekä toimintakyvyltään heikentyneisiin henkilöihin (Beach ym. 2021). Osa näistä henkilöistä voi tukeutua omaishoitajiin

ylläpitääkseen terveyttään ja hyvinvointiaan. Omaishoidoksi tunnustetaan kaikki se läheisten antama hoito ja hoiva, jonka tuella hoidettava voi asua omassa kodissaan. Laki omaishoidon tuesta (2005/937) määrittelee omaishoidon suppeammin kuvaamaan niitä tilanteita, joissa hoitaja on tehnyt sopimuksen omaishoidosta kotikuntansa kanssa.

Omaishoittoon liittyy välitöntä ja välillistä avustamista, hoidettavan terveyteen ja palvelujen järjestämiseen liittyvää yhteydenpitoa sekä usein ympärivuorokautista huolenpitoa (Jetsonen ym. 2021). Omaishoitajat vastaavat läheisensä hoidosta jopa useiden vuosien ajan. Suomessa omaishoito korvaa kunnan järjestämiä palveluja, kuten kotihoitoa, palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Omaishoidon toteutuminen edellyttää omaishoitajan riittävää terveyttä ja hyväksi koettua päivittäistä toimintakykyä.

Koronapandemian aikainen sosiaalinen eristäytyminen on lisännyt osalla omaishoitajista ahdistuneisuutta ja masennusoireita (Carpinelli Mazzi ym. 2020). Näillä oireilla voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia omaishoitajien toimintakykyyn ja terveydentilaan. Läheisen hoitovastuu ei sinänsä ole suoraan yhteydessä omaishoitajien kokemaan stressiin tai masennusoireisiin, mutta yksilöiden väliset erot ovat merkittäviä ja liittyvät erityisesti hoidettavan neuropsykiatriseen oireistoon (Voutilainen ym. 2018). Tämän lisäksi osalla omaishoitajista elämänlaatu on verrokkiväestöstä heikompi jo omaishoidon alkaessa (Välimäki ym. 2016). Myös omaishoitajien psyykinen kuormittuneisuus on suurempi kuin henkilöillä, joilla ei ole hoitovastuuta (Schulz ym. 2020). Lisäksi osalla omaishoitajista terveyshaittoja voi syntyä pitkäaikaisen hoitovastuun aikana (Capistrant 2016).

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella voidaan siis todeta, että omaishoitajilla on esiintynyt keskenäisiä terveyseroja jo ennen koronapandemiaa. Pandemian vuoksi ne ovat voineet lisääntyä. Omaishoitajat ovat esimer-

kiksi joutuneet jatkamaan hoivaa ja hoitoa ilman asianmukaisia terveystalv palveluita, tavanomaisia tukipalveluita ja muita tarpeenmukaisia toimia (Todorovic ym. 2020). Laajassa yhdysvaltalaisessa kyselyssä yli 60 prosenttia vastaajista kuvasi omaishoitoon liittyvien tehtävien lisääntyneen ja yli kolmasosa (37%) raportoi katkoksisista hoidettavan lääketieteellisessä hoidossa koronapandemian vuoksi (Beach ym. 2021).

Suomessa noin 300 000 henkilöä toimii omaishoitajana, joten koronapandemian hyvinvointia heikentävät vaikutukset voivat todentua lähes 6 prosentilla väestöstä. Tästä ryhmästä noin 50 000 on omaishoitajasopimuksen tehneitä, ja heistä noin 60 prosenttia on eläkeikäisiä (Sotkanet-tietokanta 2021). Ikääntyneiden hoidettavien omaishoitajat ovat usein ikääntyneitä puolisoita, joilla on omia pitkäaikais-sairauksia, tai omaishoitaja voi olla aktiivisessa työiässä oleva seuraavan sukupolven läheinen, tyypillisesti tytär tai minia.

Vanhuspalvelujen tila 2020 -kuntakyselyn mukaan omaishoitajien tukeminen ei ole toteutunut riittävällä tavalla pandemian aikana eivätkä lakisääteiset vapaat ole toteutuneet tarpeen mukaisesti (Jokinen & Leppäaho 2021). Myös omaishoitajien tukipalveluita ja päivätoimintaa vähennettiin (Eronen ym. 2020). Samanaikaisesti palvelujen vähentyessä tai lakatessa tukipalvelujen tarve kasvoi. Nämä muutokset ja palvelujen väheneminen ovat voineet vaikuttaa omaishoitajien hyvinvointiin. Omaishoitajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat hänen oman tilanteensa lisäksi hoidettavan terveys ja hyvinvointi. Voidaan siis olettaa, että koronapandemian vaikutukset kohdentuvat omaishoitoperheisiin monilla tavoilla, ja pandemiaan liittyvän sosiaalisen eristäytyneisyyden seuraukset ovat monita-hoisia. On ennakoitavissa, että tulevina vuosina terveystalv palveluissa ja omaishoidon tukitoimissa tarvitaan koronapandemian aikana syntyneiden haittojen pitkäaikaista korjaamista. Tutkimuksellinen kiinnostus rajoitustoimien vaikutuksista on kuitenkin kohdistunut pää-

asiassa ikääntyneiden asumispalveluihin ja niissä toteutettuihin rajoituksiin (Langins ym. 2020). Koronarajoitusten vaikutuksista kotona asuvien ikääntyneiden omaishoitajiin tiedetään vähän (Frangiosa ym. 2020). Näiden rajoitusten vaikutuksia Suomen omaishoitajiin on syytä tutkia. Tulevaisuuden tukitoimien arvioimiseksi tarvitaan lisätietoa koronarajoitusten yhteydestä omaishoitajien koettuun terveyteen ja elämänlaatuun.

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden kokonaisvaltaisena fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, joka ei tarkoita vain sairauden tai vamman puuttumista (World Health Organization 1990). Psyykkisessä hyvinvoinnissa korostuu yksilön selviytyminen arkielämän stressitilanteissa. Psyykinen hyvinvointi ei kuitenkaan poissulje psyykkistä sairautta (World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation 2014). Elämänlaatu voidaan sen sijaan nähdä yksilön kokemuksena omasta asemastaan elämässä, joka suhteutuu kulttuuriin ja yhteiskunnan arvoihin, jossa hän elää (World Health Organization 1997). Tässä tutkimuksessa käsitellään omaishoitajien yleistä terveydentilaa perustuen heidän kokonaisarvioonsa terveydentilasta, itseraportoitua fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä elämänlaatua.

## Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää koronapandemian yhteyttä omaishoitajien fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan, yleiseen terveydentilaan sekä elämänlaatuun. Tutkimuskysymys on: Mitkä tekijät selittävät omaishoitajien itseraportoitua terveyttä ja elämänlaatua koronapandemian aikana?

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimus perustuu Eurocarersin aineistoon, johon vastasi 2 468 omaishoitajaa ympäri

Eurooppaa (Eurocarers & IRCCS-INRCA 2021). Tutkimuksen aineisto muodostuu kyselyyn vastanneista suomalaisista omaishoitajista, jotka hoitivat yli 18-vuotiaista henkilöä (n=234).

Eurocarersin aineistonkeruun tavoite oli kaksijakoinen. Pyrkimyksenä oli dokumentoida ja analysoida koronapandemian vaikutuksia omaishoitajien terveyteen, hoitotilanteisiin, tukiverkostoihin, terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuteen, työasemaan, työn ja perhe-elämän tasapainoon sekä talouteen. Tämän lisäksi tavoitteena oli kartoittaa omaishoitajien näkemyksiä siitä, kuinka heitä voitaisiin tukea paremmin pandemian aikana (Eurocarers & IRCCS-INRCA 2021).

## Kohderyhmä

Aineiston kohderyhmänä olivat 18 vuotta täyttäneet eurooppalaiset omaishoitajat. Suomesta kyselyyn vastasi 309 omaishoitajaa. Eurooppalainen kysely käännettiin suomenkieliseksi Omaishoitajaliitossa ja siihen pyydettiin vastaamaan pääasiassa Eurocarersin jäsenorganisaatioiden ja kumppaneiden, uutiskirjeiden ja sosiaalisen median, kuten omaishoitajien Facebook-ryhmien ja Twitterin, kautta (Eurocarers & IRCCS-INRCA 2021). Tämän tutkimuksen aineisto rajattiin omaishoitajiin (n=234), jotka ilmoittivat asuinpaikakseen Suomen ja joiden omaishoidettava oli 18-vuotias tai sitä vanhempi.

## Mittausmenetelmät

Tutkimuksen aineistona oli Eurocarersin ja Italian National Institute of Health and Science on Ageing (INRCA) -tutkimuslaitoksen tekemä verkkokysely ja sen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät kysymykset. Verkkokyselyssä ei käytetty validoituja mittareita. Kysely koostui kysymyksistä, jotka kuvasivat omaishoitajien kokemuksia koronapandemian aikana. Kysymyksenasettelusta johtuen kaikki tutkimuksen muuttujat ovat kategorisia ja kuvailevia. Asiantuntijaryhmä on arvioinut ja laatinut

omaishoitajatutkimukseen tarkoituksenmukaiset kysymykset.

Aineisto kerättiin 24.11.2020–8.3.2021 välisenä aikana. Verkkokysely sisälsi 49 pääkysymystä, jotka sisälsivät tarkentavia lisäkysymyksiä. Kyselyssä omaishoitajat arvioivat subjektiivista kokemustaan terveydentilastaan ja elämänlaadustaan sekä koronapandemian aikana tapahtuneista muutoksista keväällä 2020.

## Muuttujat

Eurocarersin verkkokyselylomakkeen muuttujat olivat kuvailevia. Ensisijaisena tavoitteena oli selvittää koronapandemian vaikutusten yhteyttä omaishoitajien kokemaan terveyteen ja elämänlaatuun. Päämuuttujina käytettiin fyysisistä kuntoa, psyykkistä hyvinvointia, yleistä terveydentilaa ja elämänlaatua. Yleisellä terveydentilalla tarkoitetaan omaishoitajan subjektiivista kokemusta kokonaisterveydestään.

Näitä muuttujia kysyttiin kyselylomakkeessa seuraavasti: Kuinka koronaepidemia on vaikuttanut seuraaviin asioihin elämässäsi? a) fyysisen kuntooni, b) psyykkiseen hyvinvointiini, c) yleiseen terveydentilaani, ja d) elämänlaatuuni. Vastausvaihtoehto oli 3-luokkainen: parantunut, pysynyt ennallaan tai heikentynyt.

Omaishoitajilta kysyttiin, mitkä tekijät vaikuttivat eniten omaishoitotilanteeseen ja elämänlaatuun kevään 2020 koronaepidemian huipun/pahimman vaiheen aikana. Tämän kysymyksen vastausvaihtoehtoina olivat muun muassa: a) yhteydenpidon vähentyminen ja katkeaminen sukulaisiin ja ystäviin, b) hoitamani henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen, c) vapauden puute ja d) päivittäinen kanssakäyminen vain hoitamani henkilön kanssa. Näitä sosiaaliseen kanssakäymiseen ja omaishoidettavan sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytymiseen liittyviä asioita käytettiin omaishoitajien koetun terveyden ja elämänlaadun selittävinä tekijöinä.

## Tutkimuksen eettiset kysymykset

Kyselyyn vastanneilta omaishoitajilta pyydettiin ennen tutkimukseen osallistumista sähköinen suostumus, jossa he vahvistivat luke-neensa tutkimusselosteen tutkimuksen tarkoituksesta, osallistuvansa vapaaehtoisesti ja olevansa vähintään 18-vuotiaita. Tutkimuksen tarkoituksen kuvauksessa korostettiin tulosten Euroopan laajuista käyttöä. Kaikki kyselyyn saadut vastaukset käsiteltiin anonyymisti noudattaen Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EU) 2016/679 ja Helsingin julistusta (2013) (Eurocarers & IRCCS-INRCA 2021). Kyselyä varten ei tarvinnut olla kunnan omaishoitosopimuksen tehnyt omaishoitaja. Eurocarers antoi luvan datan käyttöön tutkimustarkoituksessa.

## Aineiston analyysi

Tilastoanalyysissa kuvattiin omaishoitajien itse-raportoimaa fyysisistä kuntoa, psyykkistä hyvinvointia, yleistä terveydentilaa ja elämänlaatua koronapandemian aikana. Tässä tutkimuksessa kuvataan, kuinka monen omaishoitajan terveydentila ja elämänlaatu on a) parantunut, b) pysynyt ennallaan ja c) heikentynyt. Aineistoa kuvataan frekvenssi- ja prosenttijakaumilla sekä keski- ja hajontaluvuilla. Kuvailevat tiedot esitetään frekvensseinä ja prosenttiosuuksina ja tarvittaessa myös vaihteluvälin avulla.

Binäärisellä logistisella regressioanalyysillä analysoitiin, mitkä tekijät olivat yhteydessä omaishoitajien itseraportoidun fyysisen kunnon, psyykkisen hyvinvoinnin, yleisen terveydentilan ja elämänlaadun heikentymiseen koronapandemian aikana. Selitettävät muuttujat luokiteltiin binääristä regressioanalyysia varten 2-luokkaiseksi. Luokat terveydentila ja elämänlaatu *parantunut* ja terveydentila ja elämänlaatu *pysynyt ennallaan* yhdistettiin, koska vain muutama henkilö ilmoitti terveydentilansa tai elämänlaatunsa parantuneen (ks. taulukko 1). Taustamuuttujista analyysissa olivat mukana tutkittavien ikä, sukupuoli ja koulutustaso (opiskeluvuodet).

Taulukko 1. Omaishoitajien taustatiedot, sairastuminen koronavirukseen ja pandemian yhteys terveyteen.

Taustatiedot		n (%)
Ikä (n=234)	Keskiarvo 65 v. (keskihajonta 11 v.) Vaihteluväli 27–91 v.	
Sukupuoli (n=234)	Mies	44 (19 %)
	Nainen	189 (81 %)
	En mielelläni vastaa	1 (0,4 %)
Opiskeluvuodet (n=233)	1–5 vuotta	8 (3 %)
	6–8 vuotta	24 (10 %)
	9–12/13 vuotta	109 (47 %)
	Yli 12/13 vuotta	92 (40 %)
Siviilisääty (n=233)	Naimisissa/avoliitossa	191 (82 %)
	Naimaton	15 (6 %)
	Eronnut/asumuserossa	18 (8 %)
	Leski	9 (4 %)
Koettu terveydentila (n=232)	Erittäin huono	4 (2 %)
	Huono	28 (12 %)
	Ei hyvä eikä huono	72 (31 %)
	Melko hyvä	109 (47 %)
	Erittäin hyvä	19 (8 %)
Omaishoitajuuden vaikutus terveyteen (n=232)	Ei vaikutusta	77 (33 %)
	Myönteinen vaikutus	15 (7 %)
	Kielteinen vaikutus	140 (60 %)
Ensisijainen omaishoitaja (n=233)	Yhdelle	212 (91 %)
	Kahdelle	19 (8 %)
	Kolmelle tai useammalle	2 (1 %)
Omaishoidettava (n=233)	Puoliso tai kumppani	143 (61 %)
	Vanhempi	38 (16 %)
	Oma lapsi, miniä tai vävy	35 (15 %)
	Muu	17 (8 %)
Asuinpaikka suhteessa hoidettavaan (n=234)	Samassa taloudessa	192 (82 %)
	Muu	42 (18 %)
Hoidettavan ikä (n=234)	Keskiarvo 68 v. (keskihajonta 21 v.) Vaihteluväli 18–98 v.	
Hoidettavan sukupuoli (n=234)	Nainen	82 (35 %)
	Mies	152 (65 %)

Sairastuminen koronavirukseen		
Hoidettava sairastunut koronavirukseen (n=234)		
	Kyllä	-
	Ei	220 (94 %)
	Puuttuva tieto	14 (6 %)
Omaishoitaja sairastunut koronavirukseen (n=223)		
	Kyllä	6 (3 %)
	Ei	217 (93 %)
Pandemian yhteys omaishoitajien kokeman terveyden ja hyvinvoinnin laatuun		
Koettu yleinen terveydentila (n=229)		
	Heikentynyt	73 (32 %)
	Pysynyt ennallaan	155 (68 %)
	Parantunut	1 (0 %)
Koettu fyysinen kunto (n=230)		
	Heikentynyt	100 (43 %)
	Pysynyt ennallaan	128 (56 %)
	Parantunut	2 (1 %)
Koettu psyykinen hyvinvointi (n=231)		
	Heikentynyt	128 (55 %)
	Pysynyt ennallaan	101 (44 %)
	Parantunut	2 (1 %)
Koettu elämänlaatu (n=230)		
	Heikentynyt	160 (70 %)
	Pysynyt ennallaan	67 (29 %)
	Parantunut	3 (1 %)
Sosiaalinen kanssakäyminen (n=231)		
	Heikentynyt	193 (84 %)
	Pysynyt ennallaan	31 (13 %)
	Parantunut	7 (3 %)
Pandemia on saanut kokemaan yksinäisyyttä, sosiaalista syrjäytyneisyyttä ja eristäytyneisyyttä (n=230)		
	Kyllä, vahvasti samaa mieltä tai samaa mieltä	153 (67 %)
Pandemia on saanut pelkäämään hoidettavan fyysisen ja psyykkisen kunnon mahdollista heikkenemistä (n=230)		
	Kyllä, vahvasti samaa mieltä tai samaa mieltä	163 (71 %)
Pystyn pitämään huolta omasta terveydestäni ja hyvinvoinnistani (n=231)		
	Kyllä, vahvasti samaa mieltä tai samaa mieltä	121 (52 %)

Binäärisessä regressioanalyysissä selittävinä tekijöinä käytettiin niitä tekijöitä, joiden omaishoitajat olivat itse raportoineet vaikuttaneen heidän omaan omaishoitotilanteeseensa ja elämänlaatuunsa keväällä 2020. Analyysiin valitut tekijät olivat: yhteydenpidon vähentyminen muihin, hoidettavan henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen, vapauden puute ja omaishoitajan päivittäinen

kanssakäyminen vain hoitamansa henkilön kanssa. Näiden vastausvaihtoehtojen avulla voitiin arvioida sosiaalisen kanssakäymisen heikentymisen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytymisen vaikutuksia omaishoitajien itseraportoituun terveydentilaan ja elämänlaatuun. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin p-arvoa < 0,05. Aineisto analysoitiin SPSS 26.0 -ohjelmalla.

## Tulokset

Tutkimukseen osallistui 234 omaishoitajaa, joiden omaishoidettava oli 18-vuotias tai sitä vanhempi. Omaishoitajien keski-ikä oli 65 vuotta (keskihajonta 11 vuotta). Heistä enemmistö oli naisia (81 %, n=189), naimisissa (82 %, n=191) ja toimi ensisijaisena omaishoitajana yhdelle henkilölle (91 %, n=212). Omaishoidettavat olivat keskimäärin 68-vuotiaita (keskihajonta 21 vuotta), ja enemmistö heistä oli miehiä (65 %, n=152). Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat edustavat perusominaisuuksiltaan hyvin Suomen omaishoitajia. Suurin osa Suomen omaishoitajista on naisia, keski-ikältään vanhempia aikuisia, jotka hoitavat vanhempaa aikuista, enimmäkseen miespuolista henkilöä, yleisimmin puolisoa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2019).

Suurin osa omaishoitajista (60 %, n=140) koki, että omaishoitajuus on vaikuttanut terveydentilaan negatiivisesti. Osa omaishoitajista koki myös koronapandemian heikentäneen elämänlaatua (70 %, n=160), psyykkistä hyvinvointia (55 %, n=128), fyysistä kuntoa (43 %, n=100) ja yleistä terveydentilaa (32 %, n=73) (taulukko 1).

### Terveydentilaa ja elämänlaatua selittävät tekijät

Omaishoitajien elämänlaadun heikentymistä selittivät vapauden puute ( $p < 0,001$ ) ja omaishoitajan päivittäinen kanssakäyminen vain hoidettavan henkilön kanssa ( $p < 0,001$ ) koronapandemian aikana (taulukko 2). Ainoa päivittäinen kanssakäyminen vain hoidettavan kanssa oli yhteydessä myös omaishoitajan fyysisen kunnon ( $p < 0,001$ ), psyykkisen hyvinvoinnin ( $p = 0,002$ ) sekä yleisen terveydentilan ( $p < 0,001$ ) heikentymiseen. Tutkimuksessa selvitetettiin myös omaishoidettavan sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytymisen yhteyttä omaishoitajien hyvinvointiin. Merkitsevin yhteys puuttuvilla sosiaali- ja terveyspalveluilla oli omaishoitajan psyykkisen hyvinvoinnin ( $p = 0,018$ ) heikentymiseen.

## Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata koronapandemian vaikutuksia omaishoitajien fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan, yleiseen terveydentilaan sekä elämänlaatuun. Tulosten mukaan noin kolmasosa vastanneista omaishoitajista koki koronapandemian heikentäneen yleistä terveydentilaansa. Elämänlaatussa koki koronan takia heikentyneen yli kaksi kolmasesta vastaajasta, ja hieman yli puolet raportoiti psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemistä.

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet psykososiaalisen kuormituksen lisääntyneen pandemian aikana (Tuijt ym. 2021). Aiemman tutkimuksen mukaan sosiaalisen tuen saaminen ja toimivaksi koettu sosiaalinen verkosto parantavat koettua terveyttä (Xian & Xu 2020). Sosiaalista eristäytyneisyyttä ja yksinäisyyttä voidaan pitää suurina terveysterveksinä (Rodney ym. 2021). Tähän tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista kaksi kolmasosaa kuvasi pandemian lisänneen yksinäisyyttä. Ikääntyneillä henkilöillä yksinäisyyden kokemus heikentää elämänlaatua ja koettua terveyttä (Bolton 2012; Sandu ym. 2021).

Tulokset kertovat myös omaishoitotilanteiden erilaisuudesta. Noin kolmannes tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista ei kokenut elämänlaadussaan merkittäviä kielteisiä muutoksia koronapandemian aikana, ja lähes joka toinen koki psyykkisen hyvinvointinsa pysyneen ennallaan. Aiemmat väestötutkimukset, joissa on verrattu omaishoitajia muuhun samanikäiseen väestöön, ovat osoittaneet, että omaishoitajien välillä on merkittäviä eroja useilla terveyden osa-alueilla ja elämänlaadussa (Roth ym. 2015). Tämän vuoksi koronapandemian vaikutuksista omaishoitajiin voidaan tehdä vain suuntaa antavia johtopäätöksiä. Koronapandemian aikana tehdyt kansainväliset tutkimukset kuitenkin osoittavat, että nämä jo aiemmin havaitut erot ovat syventyneet (Beach ym. 2021). Lisäksi on arvioitu, että varsinkin muistisairaiden henkilöiden omaishoitajille sosiaalinen eristäytyneisyys on aiheutta-

Taulukko 2. Binäärinen logistinen regressioanalyysi tekijöistä, jotka olivat yhteydessä omaishoitajien fyysisen kunnon, psyykkisen hyvinvoinnin, yleisen terveydentilan ja elämänlaadun heikkenemiseen.

	Fyysinen kunto heikentynt	Psyykinen hyvinvointi heikentynt	Yleinen terveydentila heikentynt	Elämänlaatu heikentynt
	RS (95 % LV)	RS (95 % LV)	RS (95 % LV)	RS (95 % LV)
	p-arvo	p-arvo	p-arvo	p-arvo
	0,642	0,173	0,219	0,239
Yhteydenpito vähentynyt	1,25 (0,49–3,22)	0,49 (0,18–1,36)	1,94 (0,67–5,56)	1,80 (0,68–4,76)
Yhteys vain hoidettavaan	5,45 (2,78–10,70)	2,75 (1,45–5,25)	4,37 (2,15–8,91)	3,81 (1,81–8,04)
Vapauden puute	1,33 (0,55–3,21)	3,26 (1,27–7,88)	2,27 (0,80–6,12)	4,44 (1,97–9,98)
Sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen	1,77 (0,92–3,30)	2,18 (1,15–4,16)	1,75 (0,91–3,35)	1,40 (0,67–2,86)
Ikä	1,01 (0,98–1,04)	1,02 (0,98–1,05)	1,00 (0,97–1,03)	1,03 (0,99–1,06)
Sukupuoli	0,91 (0,41–2,00)	1,44 (0,68–3,05)	0,59 (0,26–1,37)	0,75 (0,32–1,77)
Koulutus				
alle 6 vuotta	1,95 (0,43–8,69)	1,28 (0,28–5,76)	1,09 (0,66–1,80)	1,10 (0,20–5,92)
6–8 vuotta	0,73 (0,31–1,73)	0,68 (0,29–1,60)	0,35 (0,11–1,10)	0,42 (0,17–1,23)
9–12/13 vuotta	0,85 (0,52–1,37)	0,98 (0,60–1,61)	1,18 (0,26–5,32)	0,95 (0,56–1,63)

Mallissa selittävinä muuttujina olivat seuraavat omaishoitajien itseraportoimat tekijät: yhteydenpidon vähentyminen ja katkeaminen sukulaisiin ja ystäviin; hoitamani henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen; vapauden puute; päivittäinen kanssakäyminen vain hoitamani henkilöön kanssa. Malliin on lisätty sekoittavina tekijöinä omaishoitajien ikä, sukupuoli ja koulutus. Koulutuksen referenssiluokkana oli ”yli 12/13 vuotta”. Jokaista selitettävää muuttujaa kohti muodostettiin oma malli, jossa olivat mukana kaikki selittävät muuttujat.

RS=ristitulosuhde.

LV=luottamusväli.

Tilastollinen merkitsevyys ( $p < 0,05$ ).



nut etenkin koetun psyykkisen terveyden heikkenemistä (Hughes ym. 2021).

Tutkimuksen tarkoituksena oli myös arvioida sosiaalisen kanssakäymisen heikentymisen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytymisen yhteyttä omaishoitajien kokemaan fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan sekä yleiseen terveydentilaan ja elämänlaatuun. Koetun elämänlaadun, fyysisen kunnan ja yleisen terveydentilan heikkenemistä selitti muun muassa omaishoitajan kanssakäyminen yksinomaan hoidettavan kanssa. Lisäksi psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemistä selittivät koettu vapauden puute, hoidettavan sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen ja pandemian aikainen yhteys vain hoidettavaan.

Tulokset osoittivat, että koronapandemian aikaisilla rajoituksilla oli merkittävä yhteys omaishoitajien kokeman terveyden ja elämänlaadun heikentymiseen. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että omaishoitajien kokemaa haittaa terveydentilassa etenee tapahtumasarjana, joka alkaa masentuneisuutena ja ahdistuneisuutena. Omaa terveyttä ylläpitävistä tottumuksista on tällöin haastavaa pitää kiinni, jolloin fyysinen terveys voi heikentyä (Schulz & Sherwood 2008).

Aikaisempien tutkimusten mukaan koronapandemian kielteiset vaikutukset kohdistuvat erityisesti omaishoitajiin (Beach ym. 2021; Park 2021). Tätä voidaan pitää merkittävänä havaintona, sillä osa omaishoitajista on ollut haavoittuvassa asemassa jo ennen pandemiaa. Haittojen kasautuminen tietyille väestöryhmille ei kuitenkaan ole uutta. Yhteiskunnallisen eriarvoisuuden takia eri väestöryhmät altistuvat eri tavalla terveydelle haitallisille olosuhteille ja tätä kautta sairauksille (Solar & Irwin 2010). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että mitä haavoittuvammassa asemassa henkilö on, sitä suurempi on hänen sairastavuusriskinsä. Koronapandemian aikaisissa tutkimuksissa omaishoitajien terveyteen vaikuttavina tekijöinä ovat korostuneet muun muassa naissukupuoli, matala tulotaso, omaishoidettavan kognitiivisten, emotionaalisten ja käyttäytymi-

seen liittyvien haasteiden hoito (Beach ym. 2021), vähäiset perhesuhteet ja puutteellinen tukiverkosto (Archer ym. 2021) sekä pitkään kestänyt omaishoitajuus (Park 2021).

On myös tärkeää huomioida, että omaishoidettavan keskeytyneillä sosiaali- ja terveyspalveluilla oli yhteys omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin heikentymiseen. Terveyspalvelut voidaankin nähdä terveyden sosiaalisena tekijänä (Solar & Irwin 2010). Terveydenhuoltojärjestelmän rooli on erityisen tärkeä, kun puhutaan palvelujen piiriin pääsystä, sillä se voi asettaa yksilöt eriarvoiseen asemaan. Terveydenhuollolla pystytään varmistamaan, etteivät terveyserot ja -ongelmat syvene ja johda yksilön aseman heikentymiseen (Solar & Irwin 2010). Koronapandemia on kuitenkin osoittanut terveydenhuoltojärjestelmän haavoittuvuuden, joka on pahimmillaan syventänyt terveyseroja. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa toteutettu koronapolitiikka on kuitenkin arvioitu asianmukaiseksi koronatartuntojen ja kuolleisuuden torjunnassa (Amiri 2021), vaikkakin se johti laajaan sosiaaliseen eristäytyneisyyteen.

Koronapandemia on vaikuttanut merkittävästi niin yksilöiden terveyteen kuin yhteiskuntiinkin maailmanlaajuisesti; pandemian suurimmat vaikutukset liittyvät kasvaneisiin sosiaali- ja terveyseroihin (Dorn ym. 2020). Koronapandemian myötä sosiaaliseen yhdenvertaisuuteen ja terveyserojen kaventamiseen on herätty uudella tavalla, vaikka keskustelu terveyseroista on jatkunut jo vuosikymmeniä. Suomessa koronapandemian seuraukset omaishoitajille ovat tämän tutkimuksen mukaan olleet monitahoisia ja suurelle osalle kielteisiä sekä hyvinvointia heikentäviä. Tutkimuksen perusteella voidaan kuitenkin tehdä vain suuntaa antavia johtopäätöksiä eikä terveyserojen kasvua voida osoittaa.

### Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusaineiston vahvuutena oli laaja kysely, johon vastasi kansallisesti merkittävä määrä omaishoitajia. Kyselyn laajuudesta huolimatta

aineistossa oli rajallinen määrä tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja, joiden avulla omaishoitajien erityistä haavoittuvaisuutta koronarajoitusten negatiivisille vaikutuksille olisi voitu tutkia tarkemmin. Lisäksi aineisto kerättiin poikkileikkauksena, minkä takia tulokset eivät osoita syy-seurausyhteyttä koronapandemian vaikutuksista.

On mahdollista, että kyselyyn vastasivat vain ne omaishoitajat, joilla oli tarpeeksi hyvät tietotekniset taidot ja valmiudet tai tarvittava apu verkkokyselyyn vastaamiseen. Tämä on voinut rajata pois iäkkäämpiä tai vailla tukea olevia omaishoitajia. Lisäksi tutkimuksen rekrytointiprosessi voi vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen, sillä rekrytointi tapahtui pääosin Eurocarersin jäsenorganisaatioiden ja kumppaneiden sekä uutiskirjeiden ja sosiaalisen median kautta.

Tutkimuksessa käytettiin verkkokyselyn aineistoa, joka koostui kuvailevista ja kategorisista muuttujista. Käytetty aineisto loi haasteita tulosten analysointiin, sillä toisen kysymyksen vastausvaihtoehtoja käytettiin selittämään toisen kysymyksen vastausvaihtoehtoja. Tällä asetelmalla voi olla myös vaikutusta tulosten luotettavuuteen. Kyselyssä ei käytetty validoituja mittareita arvioimaan esimerkiksi yksinäisyyttä, masennusoireita tai elämänlaatua, mikä vaikuttaa myös tulosten vertailtavuuteen.

## Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Osa omaishoitajista koki koronapandemian heikentäneen elämänlaatuaan ja terveyttään. Elämänlaadun ja terveyden heikkenemistä selittivät omaishoitajan päivittäinen kanssakäyminen vain hoitamansa henkilön kanssa, vapauden puute sekä omaishoidettavan sosiaali- ja terveyspalvelujen keskeytyminen. Tulokset todensivat osaltaan tutkimusalan kehittämisen tarpeen. Koronapandemia on osoittanut tarpeen siirtyä kuvailevista tutkimusasetelmista laajempiin interventioasetelmiin, joilla voidaan osoittaa tukitoimien vaikutuksia. Jatkossa terveystieteellisessä tutkimuksessa ja hoitotyössä

tulisi arvioida pandemian vaikutuksia terveys-eroihin ja huomioida sosiaalinen eriarvoisuus entistä vahvemmin. Omaishoitajien terveyden edistäminen on keskeinen tutkimuksen ja terveydenhuollon kehittämiskohde. Esimerkiksi omaishoitajien mielenterveyteen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden arvioiminen voi olla tarpeen (Savela ym. 2022), sillä etenkin ikääntyneiden yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys altistavat mielenterveyden haasteille aiheuttaen merkittävän kansanterveysongelman (Armitage & Nellums 2020). Tieteellisesti hyvin perusteltujen tutkimusten pohjalta voidaan luoda tarvittavia toimintamalleja pandemian jälkeiseen terveydenhuoltoon.

### *Yhteydenotto:*

**Roosa-Maria Savela**, MSc, väitöskirjatutkija  
Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos  
roosa-maria.savela@uef.fi



## Kirjallisuus

- Amiri A. Role of social distancing in tackling COVID-19 during the first wave of pandemic in Nordic region: evidence from daily deaths, infections and needed hospital resources. *Int J Nurs Sci* 2021;8(2):145–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.03.010>
- Archer J, Reiboldt W, Claver M, Fay J. Caregiving in quarantine: evaluating the impact of the COVID-19 pandemic on adult child informal caregivers of a parent. *Gerontol Geriatr Med* 2021;7:1–7. <https://doi.org/10.1177/2333721421990150>
- Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health* 2020;5(5):e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Beach SR, Schulz R, Donovan H, Rosland AM. Family caregiving during the COVID-19 pandemic. *Gerontologist* 2021;61(5):650–60. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab049>
- Bolton M. Loneliness – the state we’re in: a report of evidence compiled for the campaign to end loneliness. Age UK Oxfordshire, 2012.
- Capistrant BD. Caregiving for older adults and the caregivers’ health: an epidemiologic review. *Curr Epidemiol Rep* 2016;3(1):72–80. <https://doi.org/10.1007/s40471-016-0064-x>

- Carpinelli Mazzi M, Iavarone A, Musella C, De Luca M, de Vita D, Branciforte S, et al. Time of isolation, education and gender influence the psychological outcome during COVID-19 lockdown in caregivers of patients with dementia. *Eur Geriatr Med* 2020;11(6):1095–8. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00413-z>
- Dorn A, van Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet* 2020;395(10232):1243–4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30893-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30893-X)
- Eronen A, Hiilamo H, Ilmarinen K, Jokela M, Karjalainen P, Karvonen S, ym. *Sosiaalibarometri 2020*. Helsinki: SOSTE, 2020.
- Eurocarers & IRCCS-INRCA. Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe 2020. Internet: <https://eurocarers.org/publications/impact-of-the-covid-19-outbreak-on-informal-carers-across-europe/> (viitattu 9.5.2023).
- Frangiosa T, Biggar V, Comer M, Roniger A. Research survey series shows effects of COVID-19 shutdowns on Alzheimer's community, with especially high stress on caregivers. *Adv Geriatr Med Res* 2020;2(3):e200020. <https://doi.org/10.20900/agmr20200020>
- Hughes MC, Liu Y, Baumbach A. Impact of COVID-19 on the health and well-being of informal caregivers of people with dementia: a rapid systematic review. *Gerontol Geriatr Med* 2021;7. <https://doi.org/10.1177/23337214211020164>
- Jetsonen V, Kuvaja-Köllner V, Välimäki T, Selander T, Martikainen J, Koivisto AM. Total cost of care increases significantly from early to mild Alzheimer's disease: 5-year ALSOVA follow-up. *Age Ageing* 2021;50(6):2116–22. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab144>
- Jokinen S, Leppäaho S. Koronavirusepidemian rajoitustoimet heikensivät omaishoitotilanteiden tukea. THL, Tutkimuksesta tiiviisti 34/2021. Helsinki.
- Laki omaishoidon tuesta 2005/937. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>
- Langins BM, Curry N, Lorenz-Dant K, Comas-herera A, Rajan S. The COVID-10 pandemic and long-term care: what can we learn from the first wave about how to protect care homes? *Eurohealth* 2020;26(2):77–82.
- Park S S. Caregivers' mental health and somatic symptoms during COVID-19. *J Gerontol B* 2021;76(4):e235–40. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa121>
- Rodney T, Josiah N, Baptiste D. Loneliness in the time of COVID-19: impact on older adults. *J Adv Nurs* 2021;77(9):e24–6. <https://doi.org/10.1111/jan.14856>
- Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist* 2015;55(2):309–19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Sandu V, Zólyomi E, Leichsenring K. Addressing loneliness and social isolation among older people in Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Policy Brief 2021/7. 10.21338/NSD-ESS9-2018. Internet: <https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AddressingLoneliness%26SocialIsolation-EuropeanCentre-Jul2021.pdf> (viitattu 1.11.2021).
- Savela RM, Schwab U, Välimäki T. An integrative review of the social determinants of mental health among older caregivers. *Nurs Open* 2022;9(1):94–107. <https://doi.org/10.1002/nop2.1094>
- Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family caregiving for older adults. *Annu Rev Psychol* 2020;71(1):635–59. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* 2008;108(9):23–7. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2014:10. Helsinki: STM, 2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3483-2>
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Omaishoidon kehitys vuosina 2015–2018: päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Toim. A. Noro. Helsinki, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2>
- Sotkanet-tietokanta. Support for informal care, carers who have made an official care agreement in services funded by the municipality, during 2020. 2021. Internet: <https://sotkanet.fi/> (viitattu 2.11.2021).

- Todorovic N, Vracevic M, Rajovic N, Pavlovic V, Madzarevic P, Cunic J, et al. Quality of life of informal caregivers behind the scene of the COVID-19 epidemic in Serbia. *Medicina* 2020;56(12):e647. <https://doi.org/10.3390-medicina56120647>
- Tuijt R, Frost R, Wilcock J, Robinson L, Manthorpe J, Rait G, Walters K. Life under lockdown and social restrictions – the experiences of people living with dementia and their carers during the COVID-19 pandemic in England. *BMC Geriatr* 2021;21(1):e301. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02257-z>
- Valtioneuvosto. Hyvinvoinnin ja tasa-arvon vahvistaminen koronakriisin aikana ja sen jälkeen. Helsinki: Valtioneuvosto, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-875-5>
- Voutilainen A, Ruokostenpohja N, Välimäki T. Associations across caregiver and care recipient symptoms: self-organizing map and meta-analysis. *Gerontologist* 2018;58(2):e138–49. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw251>
- Välimäki TH, Martikainen JA, Hongisto, K, Väättäinen S, Sintonen H, Koivisto AM. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study. *Qual Life Res* 2016;25(3):687–97. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1100-x>
- World Health Organization. Environment and health: the European Charter and commentary. First European Conference on Environment and Health. WHO Regional Publications, 1990.
- World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL : measuring quality of life. 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization 2014. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Xian M, Xu L. Social support and self-rated health among caregivers of people with dementia: the mediating role of caregiving burden. *Dementia* 2020;19(8):2621–36. <https://doi.org/10.1177/1471301219837464>