



KOHTI VALOA

Katsaus ääneseutulaisten omaishoitajien voimavaroihin

Päivi Kotonen ja Tuija Liimatainen

**Opinnäytetyö
Syyskuu 2006**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) KOTONEN, Päivi ja LIIMATAINEN, Tuija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 52	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi KOHTI VALOA – katsaus ääneseutulaisten omaishoitajien voimavaroihin		
Koulutusohjelma Toimintaterapia Kuntoutuksenohjaus ja -suunnittelu		
Työn ohjaaja(t) RITSILÄ, Jaana ja WALDEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Ääneseudun omaishoitajat ry:n VALO - projekti		
Tiivistelmä <p>Työn tavoitteena oli selvittää millaisin resurssein ja millaisissa toimintaympäristöissä omaishoitotyötä ääneseudulla tehdään. Tutkimustehtävänä kartoitettiin omaishoitotyötä tekevien henkilöiden yksilöllisiä, sosiaalisia ja aineellisia voimavaroja. Työ oli osa ääneseudun omaishoitajat ry:n VALO – projektia ja sen tehtävänä oli tuottaa tietoa omaishoitajien avokuntoutusmallin kehittelyyn.</p> <p>Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kahdeksaa omaishoitajaa heidän omissa toimintaympäristöissään. Haastattelu, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä laadittiin Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) pohjalta. Haastattelu kartoitti pääasiassa omaishoitajien terveydentilaa ja toimintakykyä, elämänhallinnan tunnetta, yhteistyötä hoidettavan kanssa, muita sosiaalisia suhteita ja harrastamista sekä taloudellista tilannetta, tukipalveluja ja toimintaympäristöä.</p> <p>Tutkimustuloksissa nousivat esille omaishoitajien omat terveysongelmat, niin lääkärin diagnosoimat kuin itse havaitut, toistuva stressin kokeminen, joka oli yhteydessä oman ajan puutteeseen sekä tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen.</p> <p>Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että omaishoitajien avokuntoutuksessa tulisi painottaa terveysneuvontaan huomioiden erityisesti psyykinen hyvinvointi ja stressinhallinta, sekä pyrkiä löytämään keinoja omaishoitajien ajoittaisille irtiotoille hoitotyöstä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) omaishoito, toimintakyky, voimavarat, ICF-luokitus		
Muut tiedot		

Author(s) KOTONEN, Päivi and LIIMATAINEN, Tuija	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 52	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title TOWARDS THE LIGHT - A review of the resources of the caregivers in the region of Äänekoski		
Degree Programme Occupational Therapy Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) RITSILÄ, Jaana and WALDEN, Pirjo		
Assigned by The Association for the Caregivers in the Region of Äänekoski, the VALO project		
Abstract The purpose of the study was to find out what kind of resources the caregivers in the region of Äänekoski possessed and what kind of environments they worked in. The individual, social and material resources of the caregivers were researched. The study was a part of the VALO project carried out by The Association for the Caregivers in the Region of Äänekoski, the purpose of which was to collect information in order to create a model for outpatient rehabilitation for the caregivers. The study was carried out by interviewing eight caregivers in their own working environments. The interview consisting of structured and open questions was compiled on the basis of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In the interview, the caregivers' health, functional ability, life management, co-operation with the care receiver, other social relationships, hobbies, economical situation, support services and working environments were researched. The results of the study indicate the caregivers' own health problems, both the ones they have experienced themselves and the ones diagnosed by the doctor, recurrent stress depending on lack of own time, and satisfaction with the economical situation. The conclusion of the study is that health counselling, including especially mental well-being and coping with stress, should be emphasized, and respite care services should be offered.		
Keywords caregiving, functional ability, resources, IFC-classification		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	2
<i>Uudelle polulle</i>	4
2 OMAISHOITAJA JA OMAISHOITO.....	5
2.1 Omaishoitaja.....	5
2.2 Omaishoito.....	5
2.2.1 Omaishoito ennen.....	6
2.2.2 Omaishoito nyt.....	7
3 VOIMAVARAT.....	8
4 TOIMINTAKYKY JA ICF-LUOKITUS.....	10
5 TUTKIMUSASETELMA.....	12
5.1 Esivalmistelut.....	13
5.2 Haastattelulomakkeen laadinta.....	13
5.3 Haastattelujen toteuttaminen.....	14
5.4 Haastattelujen purku.....	15
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	16
6.1 Esitiedot.....	16
6.2 Yksilölliset voimavarat.....	17
6.3 Sosiaaliset voimavarat.....	20
6.4 Aineelliset voimavarat.....	22
6.5 Yhteenveto.....	23
7 POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	25
LÄHTEET.....	36
LIITTEET.....	39
Liite 1. Haastattelukysymysten sisällöt ja suhde ICF-luokitukseen.....	39
Liite 2. Lehti- ja ilmoitustauluilmoitus.....	40
Liite 3. VALO-projektin mainoslehtinen.....	41
Liite 4. Esivalintakaavake.....	42
Liite 5. Lupalomake.....	43
Liite 6. Haastattelulomake.....	44

1 JOHDANTO

Suomi vanhenee nopeasti. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan vuonna 2000 hieman alle 15 % Suomen väestöstä oli yli 65-vuotiaita. Vuonna 2030 heitä on ennustettu olevan jo reilu 25 %. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Ikääntyvä väestö tulee tarvitsemaan enenevissä määrin palveluita ja hoivaa. Pelkästään julkisten ja yksityisten palvelujen laajentamisella ei voida tulevaisuudessa, jo taloudellisistakaan seikoista johtuen, kattaa kaikkia ikääntyvien tarpeita. On löydettävä vaihtoehtoisia toimintamuotoja. Omaishoidon merkitys iäkkäiden henkilöiden kotona selviytymisen turvaajana ja laitoshoitoon siirtymisen lykkääjänä on yksi vaihtoehtoista.

Tänä päivänä Suomessa arvioidaan olevan n. 300 000 omaishoitajaa, joista kunnallisen omaishoidontuen piirissä on vain vajaa 10 prosenttia. Omaishoitajista arviolta joka kolmas vastaa runsaan, ympärivuorokautisesti sitovan hoidon antamisesta läheiselleen. Vaikka hoidon ja avun antaminen on hoitajalle usein osa säännöllistä arkea, kaikki eivät miellä olevansa omaishoitajia ja siten tiedosta mahdollisuuksiaan omaishoidon tukimuotoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

VALO – projekti on valtakunnallisen Omaishoitajat ja Läheiset – liito Ry:n ääneseudun paikallisyhdistyksen projekti. Ääneseudun Omaishoitajat ry on perustettu 17.8.2000 auttamaan ja tukemaan omaishoitajia, jotka hoitavat kotonaan pitkäaikaissairasta tai vammaista läheistään. VALO – projekti on käynnistynyt vuonna 2005. Projektiin kuuluvat ääneseudun kunnat: Äänekoski, Suolahti, Konnevesi ja Sumiainen. Lyhenne VALO tulee alun perin sanoista Voimaa, Apua ja Lomitusta Omaishoitajille. Myöhemmin kyseiset sanat eivät enää täysin vastanneet projektin toimintaa, mutta lyhenne jäi projektin nimeksi. Projektin tarkoituksena on omaishoitoperheiden kotona asumisen tukeminen ja avokuntoutus, huomioiden erityisesti niukkojen tukipalveluiden varassa sekä taajama-alueiden ulkopuolella asuvat omaishoitoperheet. VALO – projekti on Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) tukemaa toimintaa, ja sen tavoitteena on luoda helposti sovellettavissa ja sellaisenaan käytettävissä oleva avokuntoutusmalli omaishoitajien kuntoutukseen. Kehitettävä malli ei kuitenkaan tule kilpailemaan kunnan tai yksityisten palveluiden kanssa. Muita toi-

mintatapoja VALO – projektilla ovat vertaisryhmätoiminta, jonka tarkoituksena on niin ikään tuottaa ääneseudulle uusi toimintamalli, sekä asiantuntijaseminaarit, neuvonta ja palveluohjaus. (Manner 2005.)

Opinnäytetyömme on osa VALO-projektin avokuntoutusmallin kehittämishanketta. Työmme tarkoituksena on tavoittaa ääneseutulaisia omaishoitotyötä tekeviä henkilöitä, ja selvittää minkälaisin resurssein ja millaisissa toimintaympäristöissä he työskentelevät. Tulosten toivomme antavan viitteitä siihen, mitä osa-alueita avokuntoutusmallin kehittämissä tulisi jatkossa painottaa.

Valitsimme aiheeksemme omaishoitajuuden sen ajankohtaisuuden vuoksi. Vuoden 2006 alkuun kaavailtu lakiuudistus ja kotiseudullamme käynnistynyt projekti innoittivat meitä tarttumaan aiheeseen. Käsitlemme työssämme omaishoitajuutta sekä omaishoitajien yksilöllisiä, sosiaalisia ja aineellisia voimavaroja käyttäen apuna Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta -ICF, jonka avulla pyrimme konkretisoimaan voimavarojen laajaa käsitettä.

Uudelle polulle

Omaishoitajako

Kuka hän on?

Mitä hän tekee?

Hän nostaa, kantaa,

Pesee, pukee, syöttää ja juottaa.

Touhuaa päivät, valvoo yöt.

Hän itkee, rukoilee, nauraa, laulaa.

Hän väsyä, tiuskii, komentaa.

Mutta ennen kaikkea, hän rakastaa.

Hän on ihminen.

Ansa Luumi

(Omaishoitaja arjen ristiaallokossa, toim. Purhonen & Rajala)

2 OMAISHOITAJA JA OMAISHOITO

2.1 Omaishoitaja

Laki määrittelee omaishoitajan henkilöksi jolla on omaishoitosopimus hänen hoitaessaan omaistaan tai muuta hänelle läheistä henkilöä (L 2.12.2005/937). Laajemmassa merkityksessä omaishoitaja voidaan nähdä vapaaehtoistyöntekijänä, jolla on mahdollisuus hakea kunnalta tukea työhönsä. Hoitajan ja hoidettavan välinen suhde voi olla mikä tahansa sukulaissuhde sekä esimerkiksi avoliitto. Omaishoitajana voi toimia myös esimerkiksi ystävä tai naapuri. (Nurmi 2002, 8.) Omaishoitajaksi ryhtyminen perustuukin usein hoitajan ja hoidettavan läheiseen suhteeseen. Monissa tilanteissa läheisen toimintakyky heikkenee hitaasti ja hän tarvitsee yhä useammin ja kiinteämmin toisen antamaan apua. On myös tilanteita, jossa sairaus tai vamma on yllättänyt täysin ja esimerkiksi parisuhde on muuttunut hoitosuhteeksi. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 7.)

VALO – projektissa omaishoitajaksi käsitetään henkilö, joka hoitaa omaistaan tai läheistään säännöllisesti. VALO – projekti ei edellytä omaishoitosopimusta vaan lähtökohtana on hoitajien oma kokemus arjesta selviytymisestä. Tutkimuksessamme omaishoitajuus määrittyy VALO – projektin mukaisesti.

2.2 Omaishoito

Omaishoitajuus voidaan määritellä eri tavoin. Laki määrittää omaishoidon vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämiseksi kotioloissa. Hoitajana voi toimia omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö. (L 2.12.2005/937.)

Nurmen (2002) mukaan omaishoito on lapsen, vanhuksen, vammaisen tai pitkäaikaissairaana henkilön hoitoa, joka voi tapahtua hoidettavan kodin lisäksi myös hoitolaitoksessa. Omaishoito voi hänen mielestään olla joko kevyttä

avunantoa satunnaisesti, mikä pitää sisällään muun muassa seurustelua ja apua asioinneissa ja kuljetuksissa, tai raskasta hoitoa, joka tapahtuu päivittäin ja käsittää esimerkiksi avunannon ruokailuissa ja peseytymisissä. (Mts. 8.) Erotuksena muusta perheenjäsenten toisilleen tarjoamastaan avusta omaishoitajuus liittyy jonkun perheenjäsenen terveydentilassa tai toimintakyvyssä tapahtuneisiin muutoksiin. (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis 2003, 1949.)

Tässä tutkimuksessamme määrittelimme omaishoidon lapsen, vanhuksen, vammaisen tai pitkäaikaissairaana henkilön tai hänen asioidensa hoidoksi. Lisäksi edellytämme, että hoito ei ole vain satunnaista avunantoa, vaan säännöllistä ja siten hoitajaa jossain määrin sitovaa.

2.2.1 Omaishoito ennen

Omaishoito ei ole nyky-yhteiskunnan keksintö helpottaa ylikuormitettua sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Suomessa puhuttiin jo vuoden 1879 köyhäinhuoltoasetuksessa omaisten velvollisuudesta huolehtia läheisistään. Vielä vuoden 1922 köyhäinhuoltolaissa ja vuoden 1956 huoltoapulaissa puhuttiin lähiomaisien vastuusta. Yhteiskunnan vastuu apua tarvitsevista kansalaisista alkoi korostua vuonna 1970, kun laista poistettiin lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan. Aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus poistui laista vuonna 1977. (Wacklin & Malmi 2004, 16.)

Kun sosiaalihuoltolakia muutettiin vuonna 1984, siihen kirjattiin vanhuksille, vammaisille ja pitkäaikaissairaille tarkoitettu kotihoidontuki. Laki ei ollut kuntia velvoittava, mutta jo viisi vuotta lain voimaantulon jälkeen kaikki kunnat olivat ottaneet sen jollain tavalla käyttöön. Vuonna 1993 sosiaalihuoltolakiin kirjattiin omaishoidontuki uudistus. Tässä vaiheessa omaishoidontuesta tuli kunnille lakisääteinen velvollisuus. (Wacklin & Malmi 2004, 16.)

Vuoden 1993 uudistuksessa omaishoidontuki laajeni palkkion lisäksi käsittämään myös hoidon turvaamiseksi välttämättömät palvelut. Vuonna 1997 sitovaa hoitotyötä tekevät saivat oikeuden vähintään yhteen vapaapäivään kuu-

kaudessa ja hoitopalkkiolle säädettiin minimitaso. Vuoden 2002 uudistuksessa omaishoitajien vapaapäivien määrä lisättiin kahteen päivään kalenterikuukautta kohti ja vapaaseen oikeutettujen piiriä laajennettiin. (Aaltonen 2004, 30.)

2.2.2 Omaishoito nyt

Omaishoito etsii edelleen paikkaansa yhteiskunnassa ja omaishoitoa pyritään kehittämään ajan tarpeiden mukaan. Nykypäivänä ajatellaan, että omaishoitaja ikään kuin kantaa osan yhteiskunnan vastuuta ja saa siitä korvaukseksi omaishoidon tukena rahaa, palveluita, vapautusta hoitotyöstä ja eläketurvan (Lappalainen & Turpeinen 1999, 110).

Omaishoitolaki astui voimaan 1.1.2006. Omaishoitolain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteutumista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen. Merkittävin lakiuudistus koskee hoitopalkkioiden määrän valtakunnallista yhtenäistämistä. 1.1.2006 alkaen omaishoitopalkkioiden määrää korotettiin siten, että muun muassa alin hoitopalkkio nostettiin 300 euroon. (L 2.12.2005/937.)

Valtion tilintarkastajien teettämän tuoreen selvityksen mukaan lakiuudistus on kuitenkin jopa heikentänyt omaishoitajien asemaa. Uusi laki on antanut kunnille mahdollisuuden irtisanoa entiset sopimukset ja solmia uusia huonoimmin ehdoin. Selvitys paljasti, että kuntien määrärahat omaishoidon tukeen ovat lisääntyneet vain vähän, vaikka hakijoiden määrä on kasvanut ja kunnille on tullut lisää velvoitteita. Valtaosa omaisiaan hoitavista on edelleen omaishoidon tukijärjestelmän ulkopuolella, sillä tukea saa vain vajaat 10 % niistä henkilöistä, jotka vastaavat omaisensa hoidosta. (Keski-suomalainen 2006.)

Suomessa on tänä päivänä arvioitu olevan yli 300 000 omaishoitajaa. Näistä arviolta joka kolmas vastaa runsaan, ympärivuorokautisesti sitovan hoivan antamisesta läheiselleen. Arvioidusta 300 000 omaishoitajasta vain vajaat kymmenen prosenttia on kunnallisen omaishoidontuen piirissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Omaishoitajista yli puolet (52 %) on eläkkeellä. Hoitotyön rinnalla koko- tai osa-aika työtä tekee lähes 20 % omaishoitajista ja työttömänä heistä on kahdeksan prosenttia. Yksi prosentti tekee omaishoitotyötä virkavapaallaan. Miehiä hoitajista on 25 % ja hoidettavista yli puolet. Suurin joukko, lähes puolet, hoidettavista tarvitsee apua vanhuuden hoitotarpeisiin. Kehitysvammaisia on 18 %, fyysisesti sairaita 30 %, psyykkisesti sairaita viisi prosenttia ja tilapäisen avun tarvitsijoita kaksi prosenttia. Kunnat ovat arvioineet, että lähes puolet omaishoidon tuella hoidettavista eli 11 400 henkilöä olisi jonkinasteisessa laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Omaishoidon piirissä kaikkiaan olevista henkilöistä (yli 300 000) noin 60 000 arvioidaan olevan pysyvästi tai ajoittain laitoshoitokuntoisia. (Aaltonen 2004, 13, 32.)

3 VOIMAVARAT

Hoitajalta edellytetään paljon jo sellaisissa tilanteissa, joissa hoidettava selviää osan ajasta itse. Kun kotona hoidettava omainen tarvitsee hoitajan kokovuorokautista läsnäoloa, ei yksi ihminen selviä loputtomiin ilman omien ongelmien ilmaantumisesta. Omainen saattaa sisukkaasti ponnistella fyysisten ja psyykkisten voimiensa ääri rajoille asti ilman, että hän huomaa tarkkailla omaa kestävyyskykyään. (Aro & Salanko-Vuorela 1993, 37.)

Viime vuosina on omaishoitotyöhön kiinnitetty huomiota enenevässä määrin. Yhteiskunta on pyrkinyt ehkäisemään omaishoitajien uupumista tukemalla heitä ja heidän hoidettaviaan eri tavoin. Vastuun jakaminen eri toimijoille, muun muassa kolmannelle sektorille on yleistynyt. Sosiaali- ja terveysjärjestöjä merkittävästi rahoittavan RAY:n vuosien 2002 - 2007 avustustoiminnan tavoitteiksi on määriteltä kansalaisten oman aktiivisuuden, itsenäisen selviytymisen ja elämänhallinnan tukeminen. Yksi projektitoiminnan painopistealueista on ollut kotona asumisen ja omaishoidon tukeminen. (Pietilä 2005, 20–23.)

Omaishoitajien kanssa työtä tekeville ryhmäohjaajille on tarjolla useita menetelmäoppaita tukemaan omaishoitajien voimavaroja. Voimapuun versoja -

opas syntyi Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry:n koordinoiman valtakunnallisen Sairaanhoidon hyvät – projektin (2001 – 2003) tuotoksena. Muista teoksista mainittakoon Avaimia omaishoitajan arkeen (Heiskanen, Malin, Salanko – Vuorela 1994) sekä Hoidon kotona vanhusta – opas omaisille ja omaisten ryhmille (Hakanen 1993). Kirjatarjonnasta päätellen voimavaralähtöistä työtä tehdään omaishoitajien parissa. Mutta miten voimavarat määritellään?

Termiä voimavarat on tarkasteltu ainakin psykologian, sosiaalitieteiden, terveyskasvatuksen ja hoitotieteen piirissä. Voimavara - käsitteen käyttö ja sille annetut merkitykset ovat vaihdelleet eri tieteenalojen välillä, joten täysin yksiselitteistä määritelmää ei voida esittää. (Pelkonen, M. 1994, 30–31.)

Sanakirjan mukaan termillä ”voimavarat” tarkoitetaan kykyä, taitoa, taipumusta, lahjaa, valmiutta, voimaa, mahtia, edellytyksiä, suorituskykyä, potentiaalia ja kapasiteettia (Jäppinen, 1989). Pelkosen (1994, 36 - 37) mukaan voimavarat voidaankin ymmärtää voimana, kyynä ja toimintamahdollisuuksina, joita tarvitaan selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä. Lähes saman toteavat Hokkanen, Häggman – Laitila ja Eriksson (2006, 13) määritellään voimavarat ihmisessä itsessään, ryhmässä tai yhteiskunnassa tarjolla oleviksi tekijöiksi, jotka auttavat joko välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviämään niistä menestyksellisesti. Kalimo (1987) korostaa määritelmässään yksilön subjektiivisia ominaisuuksia. Hän määrittelee voimavarat ihmisen kyvyksi tunnistaa haasteensa, eritellä niiden syitä ja löytää sellaisia ajattelu - ja toimintatapoja, jotka lievittävät stressiä tai ainakin auttavat poistamaan tai vähentämään stressin aiheuttajia (mts. 64).

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa voimavarat luokitellaan usein sisäisiin ja ulkoisiin voimavaroihin. Sisäisiä voimavaroja on nimitetty myös henkilökohtaisiksi, emotionaalisiksi tai yksilöllisiksi voimavaroiksi. Ulkoisia voimavaroja on kutsuttu sosiaalisiksi voimavaroiksi, perheen ja yhteisön voimavaroiksi sekä aineelliseksi voimavaroiksi. (Pelkonen 1994, 35–36.) Tästä johdettuna jaotellaan omassa tutkimuksessamme voimavarat yksilöllisiin, sosiaalisiin ja aineellisiin voimavaroihin. Yksilöllisiin voimavaroihin katsomme kuuluvaksi psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn, kokemuksen omasta terveydestä, lääketieteellisen tiedon sekä muiden tiedollisten voimavarojen ja elämänhallinnan tunteen. Elämänhallinnan käsitämme Kalliopuskan (2005, 13) mukaan toimin-

tapyrkimyksiksi selviytyä eri elämäntilanteiden haasteista. Sosiaaliset voimavarat liittyvät omaishoitajan ja läheisen väliseen yhteistyöhön, vapaa-aikaan sekä omaishoitajan suhteeseen ulkopuolisiin ihmisiin. Aineelliset voimavarat tarkoittavat taloudellista toimeentuloa, palveluja ja toimintaympäristöä.

4 TOIMINTAKYKY JA ICF-LUOKITUS

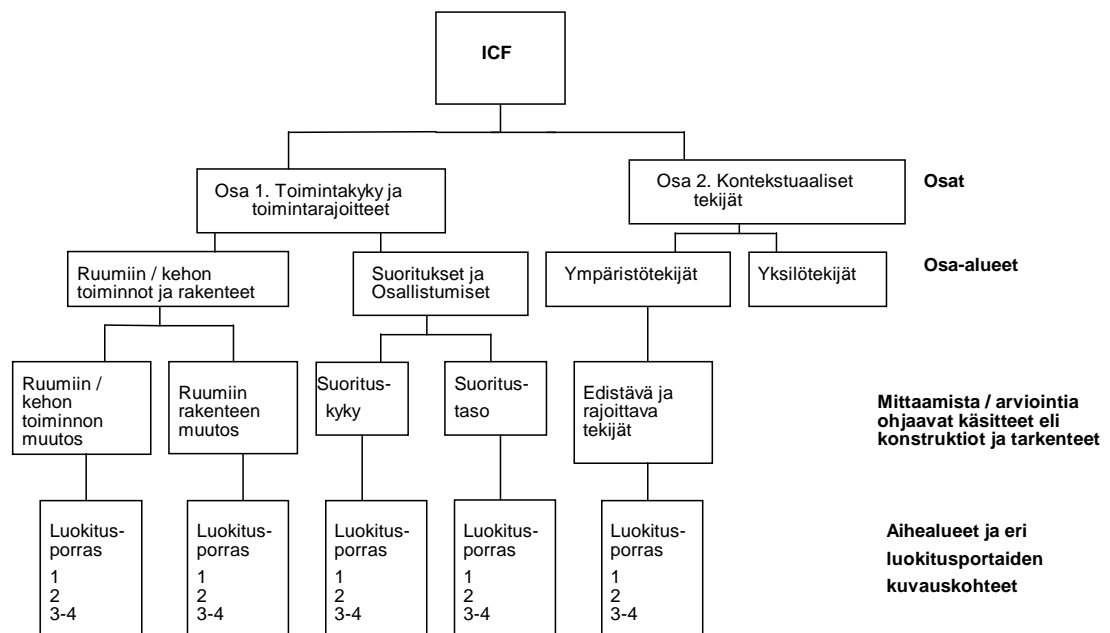
Pikkaraisen (2003) mukaan toimintakyky on yksilön selviytymistä päivittäisen elämänsä tehtävistä häntä itseään tyydyttävällä tavalla ja niissä ympäristöissä joissa hän arkipäiväänsä elää. Edelleen Pikkarainen esittelee Cynkinin (1990) määritelmän toimintakyvystä, jonka mukaan toimintakyky on yksilön kykyä osallistua sosiokulttuurisen ympäristön ja itsensä määrittelemiin toimintoihin kokien ne pääsääntöisesti miellyttävinä ja tyydyttävinä. (Pikkarainen 2003.) Salo – Chydenius (1997, 7) määrittelee toimintakyvyn yksilön kyvyksi osallistua kehitystaso, omat kyvyt ja ympäristö huomioon ottaen tarkoituksenmukaiseen toimintaan itseään ja ympäristöä tyydyttävällä tavalla.

Kuten edellä esitellyistä määritelmistä käy ilmi, toimintakykyä ei voida tarkastella ihmisestä irrallisena osana, vaan on tärkeää tavoittaa ihminen toimintakykyisenä kokonaisuutena. Yksilön kokonaistoimintakyky syntyy useiden eri osatekijöiden monipuolisen suhdeverkoston yhteisvaikutuksen tuloksena. Kulttuuri puolestaan vaikuttaa siihen, millaisia arvoja ja merkityksiä toimintakyvyn eri osa-alueet saavat. (Rissanen 1999.)

Enää ei haluta pitäytyä vain sairauksien ja niiden seurausten tarkastelussa vaan korostetaan, että yksilön toimintakykyä ja toimintarajoitteita tulee lähestyä laajemmasta biopsykososiaalisesta viitekehystä käsin (Launiainen 2004, 4). Uusiin haasteisiin vastaamaan on luotu Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus ICF, joka on Maailman terveysjärjestön (WHO) hyväksymä moniammatillisesti kehitelty luokitus. Luokitusta on muokattu jo vuonna 1980 kokeiluversiona ilmestyneen vaurioiden, toiminnanvajavuuksien ja haittojen luokituksen (ICIDH) pohjalta (Ojala 2001, 164–165).

On syytä muistaa, että ICF – luokituksen mukainen käsitteiden määrittäminen ei ole toimintakyvyn arvioimista tai mittaamista, vaan se edellyttää aina luokituksen käsitteitä vastaavien arviointimenetelmien käyttämistä (Paltamaa, Karppi, Smolander, Koho & Hyrri 2006, 459). Niin ikään ICF – luokituksen tarkoituksena ei ole luokitella ihmisiä, vaan ICF – luokitus antaa mahdollisuuden kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa minkä tahansa lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä (ICF 2004, 7).

ICF – luokitus sisältää kaksi osaa, jotka ovat: 1) Toimintakyky ja toimintarajoitteet ja 2) Kontekstuaaliset tekijät. Osat jakautuvat kumpikin edelleen osa-alueisiin ja osa-alueet edelleen aihealueisiin. Kutakin osa-aluetta voidaan kuvata sekä myönteisellä että kielteisellä tavalla ja tarkentaa mittaamista ja arviointia ohjaavilla käsitteillä. (ICF 2004, 212 - 213.)



KUVIO 1. ICF - luokituksen rakenne (ICF 2004, 211).

5 TUTKIMUSASETELMA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää Ääneseudulla omaishoitotyötä tekevien henkilöiden voimavaroja. Tutkimus oli osa Ääneseudun Omaishoitajary:n VALO-projektia ja sen tavoitteena oli kerätä hyödynnettävissä olevaa tietoa omaishoitajien avokuntoutusmallin kehittelyyn.

Tutkimustehtävänäimme oli selvittää:

Millaisin resurssein ja millaisissa toimintaympäristöissä omaishoitotyötä ääneseudulla tehdään?

Huomioiden:

1. yksilölliset voimavarat
2. sosiaaliset voimavarat
3. aineelliset voimavarat

Vastauksia tutkimustehtävään päätimme hakea haastattelun keinoin, kotikäynnein toteutettuna. Tiedonkeruumenetelmäksi valitsimme haastattelun, koska halusimme tietoa omaishoitajien voimavaroista. Voimavarat perustuvat mielestämme jokaisen henkilön yksilölliseen kokemukseen, ja siksi halusimme antaa haastateltaville mahdollisuuden tuoda itseään ja ajatuksiaan esille mahdollisimman vapaasti. Haastattelutilanteessa haastattelijan ja haastateltavan välinen vuorovaikutus on suoraa, mikä mahdollistaa myös sen, että vastauksia voidaan tarvittaessa selventää välittömästi. Näihin seikkoihin pohjaten uskoin saavamme syvällisempää tietoa omaishoitajien voimavaroista haastattelun avulla verrattuna esimerkiksi postitettuun kyselyyn. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–35.) Kotikäynneillä halusimme mahdollistaa haastateltaville tutun haastatteluympäristön ja vähentää haastattelusta heille aiheutuvia lisäjärjestelyjä.

Haastattelu sisälsi sekä avoimia että vaihtoehtoisia kysymyksiä tarkennuksien ja itse luokittelisimme sen puolistrukturoiduksi. Tutkimuksemme oli etupäässä kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kuitenkin tutkimusaineistoa on

käsitelty rinnakkain sekä määrällisesti että laadullisesti (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 30). Tulokset on pyritty esittämään pääosin laadullisesti.

Haastattelumme pohjaksi valitsimme toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen ICF:n, koska se on tuore, moniammatillisesti työstetty luokitus ja koska koimme sen antavan monipuolisen mahdollisuuden lähestyä tutkimustehtäväämme.

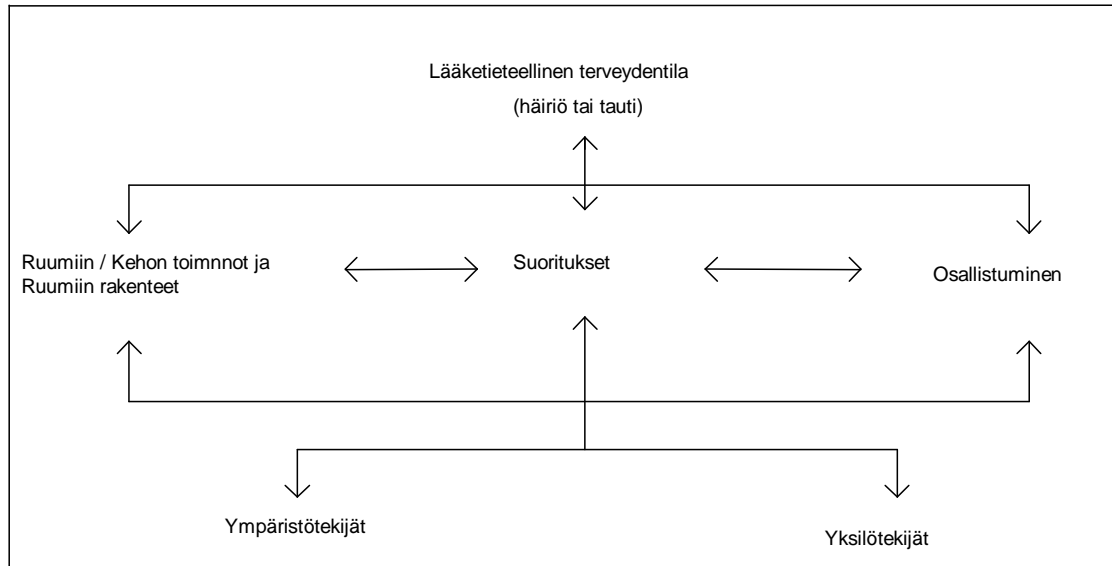
5.1 Esivalmistelut

Opinnäytetyömme tutkimuksellinen osuus käynnistyi tammikuussa 2006, kun haimme haastateltavia tutkimukseemme Ääneseudulla ilmestyvän Pikku Kaupunkilainen – ilmaisjakelulehden välityksellä (liite 2). Lisäksi jätimme samaa ilmoitusta A4 koossa summittaisesti valitetuille, ääneseudulla toimivien järjestöjen vastuuhenkilöille ja ryhmien vetäjille, joille esitimme toiveen asian tiedottamisesta jäsenilleen. Halukkaiden etsintä jatkui myös VALO-projektin toimintaa esittelevässä mainoslehtisessä (liite 3), joka jaettiin postin välityksellä kaikkiin ääneseudun taajama-alueiden ulkopuolisiin pientaloihin viikolla 3/2006. Varautuneena runsaaseen osallistumishalukkuuteen olimme laatineet esivalintakaaavan (liite 4), jonka täytimme ilmoittautumisen yhteydessä. Olimme etukäteen sopineet haastattelevamme maksimissaan kymmenen henkilöä. Jos halukkaita olisi ilmaantunut enemmän, valinnassa olisi painotettu taajamien ulkopuolella asuvia ja niukkojen tukipalvelujen varassa olevia omaishoitajia. Yhteydenottojen perusteella tutkimusjoukoksemme muodostui kahdeksan haastateltavan joukko. Kaikki halukkaat pääsivät mukaan, eikä esivalintaa ilmoittautuneiden vähäisen määrän vuoksi tarvinnut suorittaa.

5.2 Haastattelulomakkeen laadinta

Käsitys ihmisestä kokonaisvaltaisena olentona oli lähtökohtana resurssien kartoittamiselle. Tätä ajatusta tukemaan käytimme ICF-luokitusta kysymysten

laadinnassa. ICF:ssä yksilön toimintakyky määräytyy yksilön lääketieteellisen terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vallitsevasta dynaamisesta vuorovaikutuksesta, jossa yhteenkin osatekijään kohdistuva interventio vaikuttaa myös muihin osatekijöihin (ICF 2004, 18).



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2004, 18).

Laatiessamme kysymyksiä peilasimme ICF – luokituksen aihealueita voimavara-ajatteluun. Pyrimme nostamaan esille ICF – luokituksesta ne aihealueiden kohdat, jotka vastasivat tutkimustehtäväämme. Esitietoja kartoitimme kysymyksillä 1 – 9. Varsinaiseen tutkimustehtäväämme haimme vastauksia liitteenä olevan taulukon mukaisesti (liite 1).

5.3 Haastattelujen toteuttaminen

Haastattelut tehtiin suunnitellusti helmi- maaliskuun aikana. Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja testasimme laatimiamme haastattelukysymyksiä yhdellä omaishoitotyötä tekevällä henkilöllä, joka ei kuitenkaan kuulunut varsinaiseen

tutkimusotantaan. Koehaastattelun pohjalta teimme joitakin muutoksia kysymysten asetteluun ja arvioimme haastatteluun kuluvaan aikaa. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 72.)

Varsinaiset tutkimushaastattelut toteutettiin kotikäynteinä haastateltavien luona etukäteen sovittuun aikaan. Ennen haastattelua pyysimme kirjallisen luvan haastattelun tekoon haastateltavan kotona, nauhurin käyttöön ja yhteystietojen antamiseen VALO - projektin käyttöön (liite 5). Teimme haastattelut yhdessä toisen haastattelijan keskittyessä kirjaamiseen ja nauhurin käyttöön, toisen keskittyessä vuorovaikutukseen haastateltavan kanssa. Ennakkosuunnitelmien mukaisesti käytimme nauhuria kysymyksien 10,15, 17, 18, 24, 25, 26,27, 28 ja 36 kohdalla seitsemässä haastattelussa, yksi haastateltava ei antanut lupaa nauhurin käyttöön. Nauhurin käyttöä vaativat kysymykset valitsimme koehaastattelun perusteella. Koehaastattelussa kyseiset kysymykset osoittautuivat vaativiksi kirjoittaa vastauksen laajuuden takia haastattelun lomassa. Ajallisesti pyrimme toteuttamaan haastattelun tunnissa, mikä osoittautuikin varsin sopivaksi pituudeksi useimmissa tapauksista.

5.4 Haastattelujen purku

Alkaessamme purkamaan haastatteluja kävimme läpi koko lomakkeille kirjaamamme aineiston. Nauhoitettujen vastausten osalta emme nähneet syytä tarkkaan purkamiseen, vaan kiinnitimme huomion kysymysten kannalta olennaiseen asiaan. Hirsjärvi ja Hurme (2000, 139) toteavat, että aineiston litteroinnin tarkkuudesta ei ole yksittäistä ohjetta, vaan tutkimustehtävästä ja tutkimusotteesta riippuen voidaan arvioida, kuinka tarkkaan litterointiin on syytä ryhtyä.

Aluksi luokittelimme aineiston määrällisen materiaalin. Tämän jälkeen pelkistimme avoimet kysymykset tutkimustehtävämme kannalta olennaiseen muotoon tulkiten niitä myös määrällisesti ja ryhmittelimme vastaukset voimavaruusluokitusten alle. Lopuksi analysoimme aineistoa laadullisesti ja pyrimme löytämään mahdollisimman laajan kokonaiskuvan omaishoitajuuden voimava-

roista. Pyrimme rikastuttamaan aineistoa suorilla haastatteluotteilla. Aineiston käsittely mukaili aineistolähtöistä sisältöanalyysiä (ks. Vilkka 2005, 140).

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Esitiedot

Tutkimusjoukkomme muodostui kahdeksasta ääneseutulaisesta naispuolisesta omaishoitajasta, joista viisi asui samassa taloudessa hoidettavansa kanssa. Eri taloudessa asuvilla kolmella omaishoitajalla oli hoidettavaan välimatkaa lyhimmillään 50 metriä ja pisimmillään 50 kilometriä. Hoidettavia oli kaikkiaan yhdeksän, joista miehiä oli viisi ja naisia neljä. Hoitajien ja hoidettavien eriävän määrän selittää se, että yhdessä taloudessa omaishoitaja hoiti sekä aviomiestään että anoppiaan.

Viidessä tapauksessa hoitajana toimi aviopuoliso, kolmessa lapsi sekä yhdessä miniä. Iältään hoitajat olivat 40 ja 76 vuoden välillä, keskiarvo hoitajien ikäjakaumassa oli 65.5 vuotta. Hoidettavien iät sijoittuivat 67 ja 96 vuoden välille, jolloin ikähaarukan keskiarvoksi tuli 80.1 vuotta.

Kaikki tutkimukseemme osallistuneet omaishoitajat huolehtivat omaisestaan päivittäin. Osa hoidettavista tarvitsi hoitajan ympärivuorokautista läsnäoloa. Joillekin riitti päivittäisistä perustarpeista huolehtiminen sekä ajoitetut tarkistuspuhelut ja osa vaati mahdollisuuden omaishoitajan jatkuvaan tavoitettavuuteen puhelimitse. Omaishoitajista yksi opiskeli hoitotyön ohella, muut omaishoitajat olivat eläkkeellä. Tutkimusjoukkoon mahtui omaishoitotyötä pitkään tehneitä sekä vasta hoitotyötä aloittelevia omaisia. Vaihteluväli omaishoidon kestossa oli yhdestä vuodesta 32 vuoteen. Omaishoitosuhteen kestoa oli joissakin tapauksissa vaikea määrittää, koska omaisen hoidon tarve oli ajansaatossa pikkuhiljaa lisääntynyt. Äkillisissä sairastumistapauksissa hoidon alkamisajankohta oli selkeämpi. Omaishoidon tarve määräytyi kolmessa tutkimuskohteessa normaalin ikääntymiseen liittyvän toimintakyvyn laskun seuraukse-

na. Dementoivista sairauksista johtuva omaishoidon tarve oli kahdella henkilöllä. Parkinsonin tautia sairasti kaksi hoidettavaa ja aivoinfarktista johtuva toispuolihalvaus oli kahden hoidettavan diagnoosina.

6.2 Yksilölliset voimavarat

Yksilöllisten voimavarojen alla käsittelemme omaishoitajien kokemuksia läheisensä sairauteen ja hoitoon liittyvästä tiedosta, omaishoitajien omasta terveydentilasta ja toimintakyvystä sekä elämänhallinnantunteesta.

Tietoperusta

Lähes kaikki (7/8) haastateltavat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon hoidettavansa sairaudesta ja hänen hoitoonsa vaikuttavista tekijöistä. Yksi omaishoitaja kaipasi lisää ”lääkäritietoa”:

...Sitä ei meillä päin ole. Parkinson-lääkärit on siellä Jyväskylässä ja aina puolen vuoden päästä on käynti siellä ja joka kerta on eri lääkäri. Omalääkäri systeemiä ei ole. Lääkärillä menee se aika kun se selaa ne paperit... että monesti on koettu ettei siitä ole mitään hyötyä kun käy keskussairaalan neurologisella.

Vaikka tällä hetkellä omaishoitajat olivatkin tyytyväisiä saamaansa tietoon, oli omaisen sairastumisen alkuvaiheessa tiedon saanti koettu usein riittämättömäksi. Eräs hoitaja muisteli reilun 30 vuoden takaista tilannettaan äidin sairastumisen aikaan:

...Kun äiti terveyskeskuksessa makasi letkuissa, silmät vaan heilu, niin sanottiin, että tuossa makaa niin kauan kun sydän lyö, tuosta ei ikinä mihinkään nouse... Itse piti hakea tieto. Paikallinen terveyskeskus ei tiennyt kuinka halvaantunutta hoidetaan.

Terveydentila ja toimintakyky

Lääkärin toteamia sairauksia ilmoitti itseltään löytyvän seitsemän haastattelemastamme kahdeksasta omaishoitajasta. Näistä kaikilla seitsemällä oli diag-

nosoitu jonkinlaista sydän- ja verenkiertoelimistön vaivaa. Lisäksi viisi omaishoitajaa nimesi sairastavansa erilaisia ruoansulatukseen ja aineenvaihduntaan liittyviä sairauksia. Kolme omaishoitajaa kärsi erilaisista tuki- ja liikuntaelimistöön liittyvistä sairauksista ja astmaa ja allergiaa sairasti kaksi omaishoitajaa. Yhdellä omaishoitajalla oli diagnosoitu neurologinen sairaus. Usealla omaishoitajalla oli monta diagnosoitua sairautta, yksi hoitajista totesikin: *”Lääkärit sanovat, että on helpompi luetella sairaudet mitä minulla ei ole.”*

Itsehavaittuja terveysongelmia oli kaikilla haastateltavilla. Merkittävämmäksi nousivat erilaiset mielentoimintojen ongelmat: Neljä omaishoitajaa kärsi mielialan vaihtelusta, neljä omaishoitajaa koki uneen liittyviä häiriöitä ja kolmella haastatellulla oli lisäksi mainittavaa muistitoiminnoissa. Sydän ja verenkierto- tai hengitysjärjestelmän toiminnoissa ongelmia oli havainnut kuusi omaishoitajaa ja tuki- ja liikuntaelimistön itsehavaittuja ongelmia nimesi viisi omaishoitajaa. Aistitoiminnot, ihon toiminnot sekä virtsa-, sukuelin sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot nousivat kukin esiin kolmessa haastattelussa. Häiriöitä ruoansulatus- ja aineenvaihduntajärjestelmän toiminnoissa koki yksi.

Haastattelemamme omaishoitajat kärsivät monista omista terveysongelmista. Kuitenkin vain kaksi heistä koki näiden vaikuttavan hoitotyöhön. Näissä vastauksissa nousi esille, että omista terveyshuolista tai sairausjaksoista toipuminen aiheuttaa sen, että omaisen hoito jää vähemmälle, enemmän muiden vastuulle: *”Tällöin ei jaksa kuunnella ja kantaa hoidettavan huolia.”* Vastaavasti omien terveysongelmien uskottiin kahdessa tapauksessa johtuvan hoitotyöstä. Toinen vastanneista kärsi uniongelmistä ja toinen korkeasta verenpaineesta ja mielialaongelmista: *”Mielialavaihtelut ja verenpaine on suoraan verrannollinen hoidon aiheuttamaan stressiin ja huoleen.”*

Haastattelemiemme omaishoitajien hoitotyöhön näyttäisi liittyvän jonkin verran myös fyysisesti raskasta avustamista. Viisi omaishoitajaa kertoi omaishoito-työhönsä liittyvän fyysisesti raskaita avustamistilanteita. Nämä tilanteet liittyivät kaikkien viiden kohdalla peseytymistilanteisiin. Kaksi mainitsi lisäksi pu-keutumiset ja kaksi mainintaa tuli myös siirtymisissä avustamiselle.

Omasta terveydestä ja hyvinvoinnistaan liikunnan avulla huolehti kuusi omaishoitajaa. Lisäksi kolme omaishoitajaa mainitsi ravinnon merkityksen oman

hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Yksittäisiä mainintoja saivat riittävästä levosta huolehtiminen, omasta lääkityksestä huolehtiminen, lukeminen ja ystävien / omaisten kanssa kuulumisten vaihtaminen. Yksi omaishoitaja sanoi, ettei oikeastaan huolehdi omasta terveydestään mitenkään: *”Omalla painollaan, kun ei oikeastaan ongelmia ole ollu.”*

Elämönhallinnan tunne

Omaishoitajista seitsemän koki, että käytettävissä oleva tieto antaa riittävät valmiudet ratkaista hoitoon liittyviä pulmatilanteita. Lisäksi koettiin, että terveydenhuoltohenkilöstöltä voi kysyä neuvoa aina tarvittaessa. Yksi haastatelluun osallistuneista omaishoitajista ei kokenut, että tieto olisi antanut hänelle riittäviä valmiuksia selviytyä hoitoon liittyvistä pulmatilanteista:

...Monesti sängyn laidalla istutaan ja mietitään mitä nyt tehtäis. Jotta eipä sitä oikein tiedä kun se on sellaista kerättyä tietoa Ja niin kun näiltä muilta parkinsonia sairastavilta kokemusten vaihtamista, että onko tämä tautiin kuuluvaa...

Kuudesta haastateltavasta, jotka ilmoittivat kokevansa stressiä elämäntilanteensa johdosta, yksi toi esille huonot unet. Tilanteen toivottomuus – sairauksen ei ole parantavaa hoitoa, nousi esiin yhdessä vastauksessa. Hoidon sitovuus – oma ajankäyttö hoidettavasta riippuvainen, aiheutti stressiä neljälle vastaajalle:

Joskus uuvuttaa henkisesti kun ei ole vapaa lähtemään...Tulee huono omatunto jos ei sitten käy äidin luona, ja jos on poissa, niin kokoajan miettii miten äiti pärjää. Ei uskalla ees soittaa, ettei äiti puhelimeen kiirehtiessään kaatuisi.

Omaishoitajista viisi koki stressaavien tilanteiden toistuvan ainoastaan toisinaan. Kahdella tällaisia tilanteita oli useasti viikossa ja vain yksi koki stressiä päivittäin. Stressaavista tilanteista selviytymiseksi hoitajat olivat löytäneet seuraavanlaisia keinoja: Omat harrastukset, joista liikunta nousi esiin viidessä vastauksessa. Kaksi mainintaa sai nukkuminen, tilanteen järkeily, positiivinen asenne ja ”antaa ajan kulua” - asenne. Yksittäisen maininnan saivat keskustelu terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa ja arjen pienet toiminnot.

Selvä päivärutiini oli kehittynyt viidelle hoidettavansa kanssa samassa taloudessa asuvalle haastateltavalle. Sen sijaan kaikki kolme hoidettavansa kanssa eri taloudessa asuvaa omaishoitajaa kertoivat tyypillisen päivänsä olevan rutiinien puolesta väljemmän. Kaikki haastateltavat kuitenkin kertoivat löytäneensä ratkaisuja myös yllättäviin, päivittäisten rutiinien ulkopuolisiin tilanteisiin.

Kaikkien omaishoitajien oli vaikea määrittää mikä heitä auttaa jaksamisessa. Eräs omaishoitaja totesi vain *”..kunpa sen tietäis...”* Kuitenkin omaishoitotyössä jaksamiseen löytyi neljästä vastauksesta rakkaus hoidettavaan. Velvollisuus mainittiin kolmessa vastauksessa. Huumori ja usko Jumalaan nousivat esille kumpikin kertaalleen. Yksi omaishoitaja totesi osuvasti: *”Näin aika kuluu paremmin.”*

6.3 Sosiaaliset voimavarat

Sosiaaliset voimavarat nostavat esiin omaishoitajien käsityksiä yhteistyöstä hoidettavan kanssa, suhteista muihin ihmisiin ja harrastamisesta.

Yhteistyö hoidettavan kanssa

Ainoastaan yksi hoitajista ilmoitti, että elämäntilanteeseen liittyvistä järjestelyistä sopiminen ei suju yhteistyössä hoidettavan kanssa: *”Äiti päättää mitä tekee ja muut tekee niin kuin äiti sanelee.”* Muut haastateltavat ilmoittivat, että järjestelyt sovitaan yhteistyössä. Kuitenkin useassa haastattelussa nousi keskustelun edetessä esiin kommentteja, joissa mainittiin hoidettavan haluttomuudesta ja kieltäytymisestä osallistua esimerkiksi vuorohoitoon tai muihin hoitajan vapaa-aikaa lisääviin hoitojärjestelyihin: *”Äiti ei suostu lähtemään mihinkään. Aina siskon kanssa sovittava kumpi hoitaa.”*

Suhteet muihin ihmisiin

Yhtä omaishoitajaa lukuun ottamatta kaikki muut kokivat pystyvänsä jakamaan vastuuta elämäntilanteestaan jonkun kanssa. Eniten vastuuta jaetaan muiden perheenjäsenten sekä viranomaisten kanssa (4/8). Naapurit ja muut tahot kuten seurakunta saivat kumpikin kaksi mainintaa. Sukulaiset ja ystävät jakoivat vastuuta omaishoitajien mielestä kaikista vähiten, vain yksi maininta kummallekin.

Kaikki kokivat saaneensa joltakin taholta arvostusta omaishoitotyöstään. Seitsemän omaishoitajaa uskoi hoidettavan arvostavan tekemäänsä hoitotyötä, yksi sen sijaan koki, että hoidettava piti hoitoa itsestäänselvytenä. Muilta perheenjäseniltä, sukulaisilta sekä ystäviltä ja tuttavilta saadulla arvostuksella oli myös merkittävä osuus (6/8 mainintaa). Annetuista vaihtoehtoista vähiten työtä arvostaviksi koettiin viranomaiset (3/8).

Kolme omaishoitajaa koki, että nykyinen elämäntilanne oli karsinut heidän ihmissuhteitaan. Puolet (neljä) haastatelluista tapasi säännöllisesti ystäviään, ja lopuista neljästä omaishoitajasta kolme ilmoitti tapaavansa ystäviään satunnaisesti.

Harrastaminen

Viisi omaishoitajaa koki voivansa tehdä tai harrastaa itselleen mieluisia asioita riittävästi. Kahdesta omaishoitajasta jotka kokivat voivansa jossain määrin harrastaa, toinen ilmoitti pystyvänsä harrastamaan ainoastaan kotona mutta ei lainkaan kodin ulkopuolella ja toinen siten, että oli aina puhelimitse tavoitettavissa. Yksi omaishoitaja kertoi, että hän ei harrasta lainkaan itselle mieluisia asioita: *”Vaikka aikaa olisi, mutta kun ei saa aikaiseksi.”*

6.4 Aineelliset voimavarat

Aineelliset voimavarat koostuvat omaishoitajien taloudellisesta toimeentulosta, käytössä olevista palveluista sekä toimintaympäristöstä.

Taloudellinen toimeentulo

Taloudellista räsitusta koitui matkoista kahdelle ja suurista lääkekuluista yhdelle omaishoitajalle. Viisi omaishoitajaa ei kokenut omaishoitajuuden rasittavan heitä taloudellisesti. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan kokenut taloudellisen räsitteen olevan kohtuuton, joskin sen mainittiin olevan tuntuva.

Rahallisista tukimuodoista hoidettavan saama eläkkeensaajan hoitotuki mainittiin viidessä haastatteluvastauksessa. Kaksi hoitajaa sai omaishoidontukea. Yhdellä hoidettavalla oli vireillä oleva hakemus eläkkeensaajanhoitotuesta ja vastaavasti yksi hoitaja odotti päätöstä omaishoidontuesta.

Palvelut

Yhteiskunnan tarjoamia palveluja sai kuusi omaishoitajaa. Näistä kuudesta jokainen mainitsi saavansa kotisairaanhoidon palveluja. Kaksi haastateltavaa mainitsi lisäksi taksisetelit ja yksi säännölliset vuorohoitojaksot hoidettavalle. Myös päiväkeskustoiminta nostettiin esiin kahdessa haastattelussa. Kahdesta täysin ilman palveluja jääneestä omaishoitajasta toinen totesi: *"Ei ole kyllä kerjättykään. Kerran kävin kyselemässä, hyvä että etteivät nauraneet pihalle!"*

Toimintaympäristö

Apuvälineitä oli käytössä kuudella omaishoidettava – omaishoitaja parilla. Eniten käytössä oli wc-toimintoihin liittyviä apuvälineitä kuten wc-korotuksia ja wc:n tukikaiteita - yhteensä 5 mainintaa. Seuraavaksi eniten käytössä oli liikumisen apuvälineitä; pikkukeppejä 2 kappaletta, kelkka ja pyörätuoli sekä

pienapuvälineitä kuten sukanvetolaite ja tarttumapihdit. Kahdella omaishoidettavalla oli lisäksi käytössään turvapuhelin. Yhdellä omaishoidettavalla oli käytössään nousutuki ja toisella sähkösätky.

Myös omaa luovuutta oli hoitotyön helpottamiseksi pyritty käyttämään. Kuusi omaishoitajaa kertoi pyrkineensä kehittämään omaa työtään helpottavia ratkaisuja. Kolmessa tapauksessa ratkaisut liittyivät yhteydenpitoon muun muassa erilaisiin puhelinratkaisuihin ja kolmessa tapauksessa päivittäisten toimien helpottamiseen, esimerkiksi itse tehtyihin tukikaideratkaisuihin. Yksi vastaajista totesi, että koska hoitotyön raskaus on lähinnä henkisellä puolella, on vaikea löytää keinoja työtä helpottamaan.

Suurin osa (6/8) haastatelluista piti kotiympäristöä turvallisena hoidettavalleen. Havaitut epäkohdat liittyivät liikkumista vaikeuttaviin mattoihin (yksi maininta) ja muuhun liikkumista hankaloittavaan, ylimääräiseen roinaan (yksi maininta). Yhdessä haastattelussa kodin välitön pihaympäristö, vieressä kulkevan tien vuoksi aiheutti huolta hoitajalle.

Kahdella hoitajalla oli käytössä oma auto. Taajamien ulkopuolella asuvista, autottomista omaishoitajista kaksi käytti kutsutaksi-palvelua, joka kuljettaa halukkaat kerran viikossa kauppa-, pankki-, yms. asioille. Taajamissa asuvat käyttivät asiointiin pyörää ja potkuria tai kulkivat jalan. Yksi mainitsi käyttävänsä ruokakaupan kotiinkuljetuspalvelua.

6.5 Yhteenveto

Tutkimustuloksistamme nousi esille, että omaishoitajat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa tietoon omaisensa sairaudesta sekä siihen liittyvästä hoidosta. Taito soveltaa saamaansa tietoa arjessa esiin tuleviin tilanteisiin, näyttäisi olevan mahdollista suurimmalle osalle tutkimukseemme osallistuneista omaishoitajista. Tietyt, päivittäin toistuvat arkirutiinit olivat muodostuneet selkeämmin niihin perheisiin, jossa hoitaja ja hoidettava asuivat samassa taloudessa ja yllättävissä pulmatilanteissa luotettiin siihen, että terveydenhuoltohenkilöstön puoleen voi kääntyä.

Lähes kaikilla omaishoitajilla oli lääkärin diagnosoimia sairauksia, joista yleisimpiä olivat sydän- ja verisuonisairaudet. Itsehavaituista terveysongelmista keskeisimmiksi nousivat mielialanvaihtelut sekä uniongelmat. Omien sairauksien ja terveysongelmien voidaan vain vähäisissä määrin katsoa liittyvän omaishoitoon. Fyysistä rasittavuutta omaishoitajat kokivat peseytymis-, pukeutumis- ja siirtymistilanteissa avustamisessa. Stressin aiheuttajana merkittävämmäksi tekijäksi nousi oman ajan puute, joskin stressin kokeminen oli suurimmalla osalla vain satunnaista. Stressistä selviytymiskeinona käytettiin pääosin liikuntaa. Omaishoitotyössä jaksamiseen auttoi rakkaus hoidettavaan sekä velvollisuuden tunne.

Periaatteessa omaishoitajat tekivät hoitotyötään hyvässä yhteistyössä hoidettavan kanssa ja tarvittaessa heillä oli mahdollisuus jakaa hoitovastuutaan myös muille, lähinnä muulle perheelle ja viranomaistaholle. Ystävät, muu suku ja naapurit jakoivat vastuuta tilanteesta vähemmän, joskin heidän koettiin arvostavan omaishoitajan tekemää työtä. Ystävyys-suhteita oli omaishoitotyöstä huolimatta ylläpidetty ja lähes kaikki haastattelemamme omaishoitajat tapasivat ystäviään joko säännöllisesti tai satunnaisesti. Jokaisella haastatellulla oli myös mahdollisuus harrastaa itselleen mieluisia asioita ainakin jossain määrin.

Taloudellista räsitusta omaishoitajille aiheuttivat jossain määrin lääke- ja matkakulut. Kaikki olivat kuitenkin sitä mieltä, ettei talouteen kohdistuva räsitus ollut kohtuutonta ja sitä tasapainottamaan oli saatu tai haettu eläkkeensaajan hoitotukea ja omaishoidontukea. Omaishoitoa tukevista palveluista eniten käytettiin kotisairaanhoidon palveluja, myös päiväkeskustoimintaa ja kyytipalveluja oli joillakin käytössä. Vain muutamalla oli mahdollisuus oman auton käyttöön. Apuvälineitä, hankittuja tai itse kehiteltyjä, ja muita hoitoa helpottavia ratkaisuja oli käytössä jokaisessa omaishoitajataloudessa. Kotiympäristökin koettiin pääasiassa turvalliseksi hoidettavalle, joitakin yksittäisiä epäkohtia lukuun ottamatta.

7 POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Yhteinen motivaatiomme tehdä opinnäytetyö kotiseudullemme käynnisti opinnäytetyöprosessimme kesällä 2005. Yhteistyötahoksemme löytyi Ääneseudulla toimintaansa aloitteleva VALO- projekti. Projektilla oli tarjota opinnäytetyöhömmö monia erilaisia näkökulmia, joista pyrittiin muokkaamaan sekä projekteja, että meitä itseämme hyödyntävä kokonaisuus, asiakasta unohtamatta. Tutkimuksen avulla oli tarkoitus löytää mahdollisia syrjäytyneitä, palvelujen ulkopuolella olevia omaishoitajia, sekä ohjata heitä VALO – projektin ja erilisten tukipalvelujen piiriin. Oma tavoitteemme opinnäytetyössä hahmottui aluksi omaishoitajien toimintaympäristön kartoittamiseen sekä mahdollisiin apuvälineisiin. Lopullinen tutkimustehtävä muokkautui ohjaavien opettajien kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta, VALO – projektin osalta tavoite pysyi samana.

Aikataulullisesti opinnäytetyömme sujui suunnitelmien mukaan. Toisaalta työvaiheissa on ollut päällekkäisyyksiä. Haastattelukysymykset laadimme rinnakkain tutustuessamme ICF - luokitukseen. ICF - luokituksen laajuus ja vaikeaselkoisuus yllätti meidät ja jouduimme opiskelemaan nimikkeistöä vielä kysymyksiä laatiessamme, opiskelun jatkuessa edelleen. Haastattelujen analysoiminen sekä teoriapohjan työstäminen kulkivat niin ikään rinnakkain. Haastattelujen purku nosti esiin tarpeen täydentää ja tarkentaa teoriaosuuttamme. Näin jälkikäteen ajateltuna tämä työskentelytapa ei edistänyt prosessia sujuvasti, vaan jouduimme palaamaan useaan kertaan teorian työstämiseen. Tarkempi sisällön määrittely heti alkuvaiheessa olisi ohjannut työtämme määrätietoisemmin. Työläimmäksi vaiheeksi työssämme koimmekin teoriapohjan luomisen.

Erityisesti kamppailimme ”voimavara” - termin äärellä. Termiä ”voimavara” käytetään nykypäivän kirjallisuudessa hyvinkin usein, termiä kuitenkin tarkemmin määrittelemättä (Hokkanen ym. 2006, 13). Haimme termille määritelmää kirjallisuudesta ja sanakirjoista eri tietokantojen avulla sekä internetistä Google - hakukoneella. Käytimme tietokantoina muun muassa Medic- kotimaista terveystieteellistä viitetietokantaa, LINDA – Yliopistokirjastojen yhteis-

luettelo ja ARTO – Kotimaisten artikkeleiden viitetietokantaa. Hakusanoina käytimme voimavaran lisäksi muun muassa empowerment, jaksaminen, elämänhallinta, stressi ja psyykinen hyvinvointi. Lopulta voimavara - sanalle määritelmät löytyvät 1980 – 1990 -luvun kirjoista. Jopa lähdeaineistona käyttämämme tutkimustyöt viittasivat tuon ajan teoksiin.

Alkuperäinen idea syrjäytyneiden omaishoitajien tavoittamisesta ei toteutunut täysin. Jokaisella haastattelemallamme omaishoitajalla oli jo kontakti johonkin omaishoitoa tukevaan palveluun. Tuen ulkopuolella olevia syrjäytyneitä omaishoitajia on yritetty etsiä aikaisemminkin: Vuosina 2001 - 2003 toteutettu valtakunnallinen Sairaanhallinnon hyvä-projekti käytti laajaa julkista tiedottamista sekä kuntien, seurakuntien ja omaishoitoyhdistysten tekemää etsivää työtä. Kolmen vuoden ja tuhansien löytyneiden omaishoitajien jälkeen projektiraportissa todetaan, että tuen ulottumattomissa olevien omaishoitajien löytäminen ei ollut ongelmatonta. (Malmi 2004, 14.) Edellä mainittuun projektiin vedoten, sekä huomioiden käytettävissämme olleet resurssit, emme voi olla tyytymättömiä löytämäämme tutkimusjoukkoon. Vaikka aikomuksemme antaa haastateltaville uutta tietoa eri palvelumahdollisuuksista ja VALO – projektin toiminnasta jäi vähäiseksi, koimme kotikäyntien aikana, että useassa paikassa oltiin hyvillään mahdollisuudesta tulla kuulluksi ja vierailumme koettiin piristäväksi vaihteluksi. Vaikka VALO – projekti ei kenties työmme myötä piiloutuneita omaishoitajia löytänytkään, uskomme sen hyötyvän tutkimuksemme suuntaa antavista tuloksista avokuntoutusmallia kehiteltäessä.

Yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkimukseemme ilmoittautuneet omaishoitajat olivat ikääntyneitä ja hoitivat ikääntyvää omaistaan. Näin ollen tutkimustuloksemme antavat viitteitä ainoastaan iäkkäiden omaishoitoperheiden voimavaroista. Jäimme miettimään millaisia tulokset olisivat olleet, jos tutkimusjoukossa olisi ollut esimerkiksi lapsiperheitä? Toisaalta pohdimme, miksi lapsiperheistä ei tutkimukseen halukkaita löytynyt? Kokevatko vanhemmat hoitovastuun niin itsestään selvänä, etteivät he koe olevansa omaishoitajia, vai onko hoitovastuu niin rankka, ettei ylimääräisiin ”kotkotuksiin” haluta osallistua? Toisaalta voidaan olettaa, että lapsiperheet ovat iäkkäitä paremmin tukien ja palveluiden piirissä, joten kokevatko he, etteivät itse hyödy tämäläisyyteen tut-

kimukseen osallistumisesta. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisikin suunnata tutkimuksen kartoittamaan ainoastaan lapsiperheiden voimavaroja.

Tässä tutkimuksessamme useat omaishoitajat asuivat taajamien ulkopuolella, joten muina jatkotutkimus mahdollisuuksina voisi miettiä millaisia eroavuuksia löytyisi kaupunkialueella asuvien omaishoitajien voimavaroista verrattuna meidän tutkimusjoukkoomme. Mielenkiintoista olisi myös kartoittaa seurantalutkimuksella tutkimusjoukkomme voimavaroja esimerkiksi kolmen ja viiden vuoden päästä. Saman tutkimusjoukon syvällisempi haastattelu toteutettuna usealla haastattelukerralla voisi niin ikään nostaa esille erilaisia voimavaratarkijöitä. Vertailututkimus eri kuntien suhtautumisesta omaishoitajuuteen ja sen vaikutuksista omaishoitajien voimavaroihin voisi olla toteuttamisen arvoisen tutkimus varsinkin äskettäin toteutuneen omaishoitolain uudistuksen myötä. Pohdimme myös mielenkiintoisena tutkimusvaihtoehtona työelämässä olevien tai työelämästä hoitotyöhön siirtyneiden omaishoitajien voimavarojen kartoitusta.

Kartoitimme opinnäytteessämme omaishoitajien voimavaroja. Vaikka kaikilta haastateltaviltamme mielestämme löytyi omaishoitotyötä tukevia voimavaroja, käsitimme haastattelujen analysointivaiheessa, että näiden voimavarojen hyödyntäminen jää monilta vähäiseksi. Voimavarojen hyödyntäminen edellyttää omien voimavarojen näkyväksi tekemistä, tunnistamista ja halua niiden käyttöön (Koskinen 2005, 194). Monella omaishoitotyötä tekevällä kaikki energia kuluu itsen ja omaisen arjen pyörittämiseen eikä itsetutkiskeluun tahdo jäädä aikaa. Myös joidenkin omaishoitajien elämäntilanteensa johdosta kokema suru ja katkeruus peittävät alleen voimavaralähtöisen ajattelun ja voimavarojen käytön. Näin jälkikäteen ajateltuna, olisi ollut hienoa, jos olisimme pystyneet asettamaan haastattelukysymyksemme siten, että haastateltavamme olisivat vastatessaan joutuneet itse analysoimaan voimavaratarkijöitään, jolloin ne olisivat tulleet näkyviksi ja oman oivalluksen kautta hyödynnettäviksi.

Muutenkin jäimme pohtimaan kysymysten asettelua. Kysymyksemme painotivat enimmäkseen yksilöllisten voimavarojen kartoittamiseen, sosiaalisten ja aineellisten jäädessä vähäisemmäksi (ks. liite 1). Näin ollen mietimme, vaikutiko tämä tutkimustuloksiin oleellisesti? Analyysivaiheessa huomasimme ky-

symysten sisällössä päällekkäisyyksiä. Vastauksia olisi ollut mahdollisuus tulkita myös muiden, kuin etukäteen ajattelemamme voimavara osa-alueen alla. Toisaalta tämä huomiomme tukee ICF:n perusajatusta, jossa kaikki toimintakyvyn osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Vaihtoehtokysymysten kohdalla jäimme pohtimaan, antoivatko annetut vaihtoehdot mahdollisuuden käsitellä kysyttyä asiaa tarpeeksi syvällisesti? Olisiko haastattelu pitänyt suorittaa kokonaan teemahaastatteluna ottaen riskin, että vastaukset olisivat olleet yllätyksellisempiä? Nyt käyttämämme vaihtoehtokysymykset osoittautuivat hieman johdatteleviksi, mikä kuitenkin helpotti meidän haastattelu- ja analyysivaiheitamme.

Neljässä, tekemästämme kahdeksasta haastattelusta, oli haastattelutilanteessa mukana myös omaishoidettava / omaishoidettavat. Jäimme näissä tapauksissa miettimään, miten hoidettavan läsnäolo vaikutti annettuihin vastauksiin? Haastatteluja purkiessamme teimme ainakin havainnon, että niistä neljästä haastattelusta joissa hoidettava ei ollut mukana haastattelutilanteessa, nousi enemmän esiin negatiivisia asioita, omaishoitajan riittämättömyyden tunnetta ja joissain jopa suoranaista ahdistuneisuutta.

Kotikäynneillä teimme joitakin havaintoja joita jälkikäteen olemme pohtineet, mutta jotka eivät varsinaisissa tuloksissa tule esille. Yksi näistä havainnoistamme liittyy muuttuviin rooleihin hoitajan ja hoidettavan välillä. Kaikki hoitajat olivat naisia, jotka hoitivat joko miestään, äitiään tai anoppiaan. Yhden avioparin kohdalla nousi voimakkaasti esille kaipuu menneeseen, yhteiseen elämään. Vaimo sanoi useaan otteeseen kyynelten läpi *"...kun meillä on ollut niin hyvä elämä"*. Mielestämme aviovaimon kaipuu menneeseen yhteiseen elämään, ahdistuneisuus aviomiehensä nykyisestä terveydentilasta ja pelko tulevaisuudesta antoi kuvan rooliensa kanssa kadoksissa olevasta, yksinäisestä ihmisestä. Kyseinen tilanne vastaa Saarenheimon (2005, 31) tutkimuksessaan tekemää havaintoa, jossa monet iäkkäät puoliso omaishoitajat kokevat surua ja menetetyistä yhteisistä eläkepäivistä ja turhautumista siitä, että eivät enää voi järjestää omaa elämäänsä mieleisellä tavalla. Nykykulttuurin markkinoima huoleton "kolmas ikä" vaihtuukin ongelmien ja sairauksien kyllästäväksi "neljänneksi iäksi".

Erään pariskunnan kohdalla miehen neurologinen sairaus oli todettu vasta hiljattain. Tässä perheessä koimme, että arkipäivää elettiin edelleen täysillä ja vuorovaikutuksesta heijastui tasapaino aviopuolisoiden välillä. Emme havainneet hoitajan roolia vielä lainkaan. Mietimme kuitenkin, kuinka sairauden eteneminen vaikuttaa elämän ja roolien harmoniaan, ja joko omaishoitajaksi tulemisen prosessi oli käynnistynyt? Omaishoitajaksi tulemisen prosessi tarkoittaa Saarenheimon (2005, 28) mukaan prosessia, jossa toinen, sairastunut, osapuoli ei enää pysty huolehtimaan omista, yhteiselämään liittyvistä velvollisuuksistaan, vaan vastuu asioiden hoitamisesta kasautuu enenevässä määrin ja joskus lopulta kokonaan toisen harteille.

Perheessä jossa omaishoitajakin oli vakavasti sairas, auttajan ja avunsaajan roolit vaihtuvat välillä melkein päivittäin, sen mukaan, kumpi oli kulloinkin paremmassa kunnossa. Toisen perheenjäsenen kohdalla sairaus rajoitti kognitiivista toimintakykyä ja toisen sairaus vaikutti fyysiseen toimintakykyyn. Tämän perheen kohdalla oli vaikea määrittää, kumpi perheenjäsen oli hoidettava ja kumpi hoitaja. Viimeisenä mainittakoon perhe, jossa aviopuolisoiden roolit muuttuneessakin elämäntilanteessa kuvastuivat säilyneen selvinä, vaikka olimme havaitsevinamme myös hoitajan roolin läsnäolon. Yhteistä lomaa suunniteltaessa vaimo lausahti kainosti miestänsä katsoen: *”Sithän myö saahaan vähän aikaa toisillemme...”*. Erityisesti tämän perheen kohdalla heräsi kysymys siitä, millaisilla tukitoimilla pystyttäisiin tukemaan omaishoitoperheiden parisuhdetta voimavarana?

Äiti-tytär hoitosuhteissa meille jäi kuva, että omaishoitajuus perustui pitkälti velvollisuuteen, ikään kuin vaihtokauppaan: *”Äiti on hoitanut minua lapsena, nyt on minun vuoroni”*. Kolmesta haastattelusta joissa tytär hoiti äitiään, kahdessa näytti siltä, että vanhempi-lapsi suhde oli edelleen läsnä melko hallitsevana. Vain yhdessä näistä kolmesta paikasta koimme kahden aikuisen välisen tasapainoisen vuorovaikutuksen. Tässä äiti-tytär suhteessa voimavaraksi korostui vahvasti yhteinen huumori ja toisen kunnioittaminen erillisenä ihmisenä.

Haastattelujemme tuottamat vastaukset olivat pääasiassa positiivisesti virittäytyneitä. Yhtenä syynä tähän mietimme, että ottiko meihin yhteyttä juuri ne omaishoitajat joilla oli voimavaroja ottaa osaa tällaiseen tutkimukseen, vä-

hemmän voimavaroja omaavien jaksamatta kiinnostua asiasta? Positiivisista vastauksista huolimatta, olimme kuitenkin joissakin perheissä aistivina nonverbaalisen viestinnän kertovan toisin. Koimme ilmapiirin raskaaksi sekä ahdistuneeksi tai jollakin tapaa pysähtyneeksi. Jäimme miettimään, olisiko haastattelu pitänyt jakaa useampaan kertaan. Tällöin ensimmäisellä kerralla olisi voinut rakentaa luottamusta ja kartoittaa tilannetta pinnallisemmin, jatkokäynneillä syventäen aiemmin saatua tietoa ennalta mietittyjä kysymyksiä soveltaen. Olisiko tällainen toimintatapa rohkaissut omaishoitajia kertomaan avoimemmin myös vaikeammista ja raskaiksi koetuista asioista, vai olisiko keskustelut menneet jo terapoinnin puolelle?

Tutkimustuloksistamme nousi esille yksilöllisten voimavarojen kohdalla omaishoitajien runsaat terveysongelmat. Näissä vastauksissa painottuivat mielialaan, muistiin sekä uneen liittyvät häiriöt. Myös terveysongelmat, jotka vaikuttavat tai olivat seurausta hoitotyöstä, pohjautuivat samoihin huomioihin. Hoitamisen negatiivisia vaikutuksia hoitajan hyvinvointiin onkin nostettu esille myös aiemmin. Gothóni (1991, 5-6) tuo esille, että tutkittaessa hoidon vaikutuksia hoitajan omaan terveyteen on voitu todeta erityisesti vanhimpien hoitajien oman terveyden alkaneen rakoilla hoidon pidentyessä. Hoidon kuluttavuus on ilmennyt tyypillisimmin stressinä, depressiivisyytenä, unihäiriönä, päänsärkynä ja selkäkipuna.

Fyysisen puolen terveysongelmiakin omaishoitajilla oli paljon, mutta ne olivat pääasiallisesti jo diagnosoituja ja siten terveydenhuoltohenkilöstön hoidossa ja seurannassa. Aatolan tekemässä tutkimuksessa on käynyt ilmi omaishoitajien keskivertoa suurempi sairastuvuus muuhun väestöön nähden. Aatolan tuloksien mukaan omaishoitajat pitivät henkistä rasitusta kaikista kuormittavimpana tekijänä. (Malmi, 2004, 17–18.) Omiin tutkimustuloksiimme sekä edellä mainittuun Aatolan tutkimukseen vedoten näyttäisi siltä, että omaishoitajien avokuntoutuksessa tulisi kiinnittää huomiota enenevässä määrin psyykkisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin. Omalta osaltamme perustamme tämän toteamuksen siihen, että haastattelemamme omaishoitajat kertoivat itse havaittujen terveysongelmien olevan enemmän psyykkisellä puolella, sekä siihen, että moni haastatelluista ilmoitti jo harrastavansa liikuntaa. Liikunnan merkitys hyvin-

voinnille näyttäisi siten olevan jo tiedostettu ja fyysisestä kunnosta huolehtimiseen oma-aloitteisesti oli motivoitunut.

Edelliseen viitaten pohdimme kuntoutus – käsitteen sisältöä ja sen jättämää mielikuvaa. Kun asiakkaan, näissä tapauksissa omaishoitajien kanssa, puhutaan avokuntoutuksesta, niin miten termi kuntoutus heidän keskuudessaan käsitetään? Jopa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskentelevät ihmiset käsittelevät kuntoutus sanan eritavoin. Nähdäänkö kuntoutus ihmistä kokonaisvaltaisesti tukevana toimintana, vai yhtä osa-aluetta koskevana toimenpiteenä, jolloin fyysinen puoli usein korostuu? Voisiko avokuntoutus - termin sijasta käyttää jotain muuta termiä, joka ei olisi niin fyysiseen puoleen ajatuksia ohjaavaa? Tällöin saattaisi omaishoitajilta itseltäänkin nousta enemmän esille myös psyykkisen ja sosiaalisen puolen kuntoutustarpeita.

Tulostemme perusteella omaishoitajat harrastivat tai tekivät muuta itselleen mieluisaa, pääasiassa kotona. Esteenä kodin ulkopuoliselle harrastamiselle oli usein tiivis fyysinen hoitosuhde hoidettavaan. Omaishoitajien ei ole mutkaton järjestää hoidettavalle hoitoa omaishoitajan ”oman ajan” ajaksi. Pohtiesamme tukikeinoja omaishoitajien sosiaalisten voimavarojen vahvistamiseksi, jäimme miettimään mahdollisuutta kartoittaa yhteistyötahoja. Mieleemme nousi, voisiko esimerkiksi lähihoitaja-koulutukseen liittää koko koulutuksen ajan kestävä ”kummi - toimintaa” johonkin omaishoitoperheeseen. Opiskelija voisi toimia tavoitteellisesti tilapäisenä avustajana omaishoitoperheessä yhteisesti sovitun aikataulun mukaisesti, jolloin omaishoitajalle mahdollistuisi pieniä hengähdyshetkiä. Omaishoitajien oman ajan järjestämiseen kannattaisi panostaa myös muiden omaishoidosta tehtyjen tutkimustulosten perusteella, jotka osittavat, että eräs merkittävin omaishoitajan voimavaroja kuluttava tekijä on juuri omaishoitajuuden sitovuus (Gothón 1991, 45), (Nurmi 2003, 66). Gothón (1991) esittää edelleen, että jatkuva sidoksissa oleminen saattaa olla syynä myös muilla elämänalueilla esiintyville ristiriidoille (mts. 45), ja että parhaiten hoitotehtävästään selviävät ne omaishoitajat, joilla on tasapaino muiden aktiviteettien ja hoitamisen välillä (mts. 53).

Omaishoitajien aineelliset voimavarat näyttäytyivät tutkimuksessamme positiivisesti. Vaikka kaikki omaishoitajille suunnatut palvelumahdollisuudet eivät

olleetkaan käytössä, vaikutti valtaosa haastatelluista tyytyväisiltä aineellisiin voimavaroihinsa. Erityisesti taloudellinen tilanne osoittautui tasapainoiseksi suhteutettuna elämisen kuluihin. Vaikuttaako näissä tapauksissa tyytyväisyyteen se, että taloudellinen tilanne on pääosin vakiintunut? Molemmat, sekä hoitaja, että hoidettava saivat eläkettä ja mahdolliset pankkilainat oli jo maksetut. Näin ollen kaikki ylimääräiset tuet ja etuudet olivat vain plussaa taloudelle. Mikäli tutkimuksessa olisi ollut mukana lapsiperheitä, uskallamme olettaa, että juuri aineellisten voimavarojen kohdalla tulokset olisivat olleet huomattavasti toisenlaiset.

Toisaalta tämä aineellisista voimavaroista saamamme tulos on ristiriidassa aiempien aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa. Muun muassa Nurmen (2003, 67) tutkimuksessa käy ilmi, että omaishoitajat ovat olleet erittäin tyytymättömiä saamaansa taloudelliseen tukeen. Myös Gothónin (1991, 66) tutkimuksessa omaishoitajat kaipasivat ensisijaisesti parempaa rahallista korvausta. Mikä sitten aiheuttaa tämän ristiriidan omien tutkimustulostemme ja aiempien aiheesta saatujen tulosten perusteella? Löytyisikö eriävyys kysymyksen asettelusta? Omassa tutkimuksessa kysyimme lähinnä vain omaishoitajuuden aiheuttamaa taloudellista rasitusta ja sen kohtuullisuutta / kohtuuttomuutta sekä mahdollisia tukitoimia. Nurmi sen sijaan kysyy suoraan maksettavan omaishoidon riittävydestä ja Gothóni sai tuloksensa kysyessään kuinka omaishoittoa tulisi tukea ja mikä olisi kohtuullinen korvaus sairaan vanhuksen kotihoidosta.

Tutkimustulosten luotettavuutta pohtiessamme kriittisimpinä kohtina mieleemme nousivat haastattelujen suorittaminen kotikäynteinä sekä analyysivaiheessa suoritettu vastausten luokittelu. Kuten pohdintaosuudesta jo aiemmin kävi ilmi, kotikäynnit antoivat sanallisen viestinnän lisäksi paljon myös nonverbaalista, ilmeisiin, eleisiin ja yleiseen ilmapiiriin perustuvaa tietoa. Näin jälkikäteen voi miettiä, vaikuttiko kotikäynneistä välittyvä ilmapiiri vastausten tulkinnaan? Olisiko samalla tutkimusaineistolla saatu vastaavat tulokset, jos haastattelut olisi laadittu neutraalissa ympäristössä tai jos tutkimus olisi suoritettu tapaamatta omaishoitajia lainkaan, esimerkiksi postitetun kyselyn keinoin? Avoimien kysymysten osalta suoritimme vastauksissa esiinnousseiden asioiden pelkistämistä ja luokittelua, minkä voidaan katsoa mahdollistavan virhe-

tulkinnoille. Tutkimuksemme luotettavuutta olisi tältä osin varmasti lisännyt tutkimusaineiston liittäminen työhömmе sellaisenaan kun se haastateltavilta saatiin.

Pitkän opinnäytetyöprosessin aikana yhteistyömmе osoittautui joustavaksi, välillä ehkä liiankin joustavaksi niin, että oli aikoja, jolloin työ ei ottanut edetäkseen. Luottamus toiseen perheelliseen opiskelijaan ja hänen ymmärtävyyteensä eri elämäntilanteiden kohdalla madalsi kynnystä siirtää sovittuja työskentelyaikoja. Tällöin se, minkä koimme työmmе alkuvaiheessa voimavaraksi, osoittautui matkanvarrella ajoittain hidastavaksi tekijäksi. Työskenneltäessä työnjako kuitenkin muovautui toimivaksi. Työtä työstettiin pääasiassa yhteisvoimin. Työskenneltäessä persoonallisuutemme sekä vahvuutemme tulivat esille. Toinen luovana ihmisenä heitti enemmän ilmoille ajatuksia, toisen teoreettisesti vahvana henkilönä jäsentäessä niitä tekstimuotoon. Prosessin aikana syntyi myös useita hedelmällisiä keskusteluja koskien muun muassa kuntoutusta, moniammatillisuutta sekä eri kuntoutustyöntekijöiden rooleja. Vaikka olemme molemmat kuntoutusalalle suuntaavia opiskelijoita, jouduimme heti yhteistyömmе alkuvaiheessa käymään keskusteluja ammattisanaston eri käsitteistä ja niiden sisällöistä sekä ammattirooleistamme suhteesta tutkimustyömmе aiheeseen.

Toimintaterapeuttiopiskelijan näkökulmasta tutkimustyön tekeminen moniammatillisesti oli kiinnostava lähtökohta. Koko tutkimustyöprosessi oli jollakin tavalla hitaasti etenevä ja erittäin opettavainen jokaisen työvaiheen kohdalla. Keskusteluissamme huomasin monta kertaa, kuinka moni asia olisi pitänyt tehdä toisin, oma työskentelytapani oli valitettavasti muuttamisen arvoinen. Moniammatillisessa tiimissä työskenteleminen aiheutti samojen käsitteiden ymmärtämisen myös toisen ammattikunnan näkökulmasta. Päädyimme selkeyden toivossa käyttämään ICF- luokitusta. ICF – luokitus oli mielestäni erittäin vaikea ymmärtää, opettelen sitä yhä. Koin kuitenkin, että ICF – luokitus edistää moniammatillista työtettä omaishoitajien toimintaympäristön, toimintakyvyn sekä terveydentilan arvioinnissa tuomalla esiin arviointitapahtuman kannalta tärkeitä aihealueita hyvinkin kokonaisvaltaisesti. Oli kuitenkin haastavaa, että ICF ei kuvaa, eikä selvitä näiden aihealueiden välisiä vuorovaikutussuhteita. Toiseksi haasteelliseksi kohdaksi koin sen, kuinka yhdistää voi-

mavarat sekä ICF-luokitus. Tutkimustyössämme korostui yksilölliset voimavarat suurimmaksi haasteeksi, jolloin jäin kaipaamaan sellaista arviointivälinettä ICF:ssä, joka nostaisi esiin yksilön ja ympäristön välisen suhteen. Nyt minulle jäi hieman ”musta tuntuu” - olo. Toimintaterapeutina haluaisin paneutua syvemmin ICF – luokitukseen juuri siksi, että se on luotu moniammatillisessa tiimissä ja se on kattava sanasto. Mielestäni ICF – luokitus auttaisi jo nyt sellaisenaan kohentamaan kuntoutusta erilaisten asiakasryhmien kohdalla, saatikka sitten, kun kehitystyö on edennyt jälleen uuteen kirjaan. Toimintaterapian näkisin avokuntoutuksessa hyödylliseksi koko omaishoitoperheen osalta. Tällöin toimintaterapia voisi sisällöltään painottua yhteisen arjen kannalta olennaisiin arjesta selviytymistaitojen ja valmiuksien arviointiin, ohjaukseen ja harjoitteluun sekä apuvälinepalveluihin. Omaishoitajalle toimintaterapia voisi tarjota luovien menetelmien avulla mahdollisuuden mm. rentoutumisen harjoitteluun. Näkisin tärkeänä avokuntoutuksessakin olla tiiviissä yhteydessä omaishoitoperheen kanssa työskenteleviin ihmisiin, tällöin olisi mahdollisuus tehdä työtä asiakaslähtöisemmin. Myös avokuntoutuksen mahdollisuus ennaltaehkäisevänä kuntoutuksena on toimintaterapian tulevaisuuden työsektori.

Kuntoutuksen ohjaajaopintojen aikana on korostettu voimavaralähtöistä ajattelua. Termi on kuluneiden vuosien aikana tullut tutuksi mutta vasta nyt pysähdyin varsinaisesti tutkailemaan tuon termin sisältöä. Aineiston analyysivaiheessa huomasin myös, miten hankalaa voimavaralähtöistä työskentelyä on toteuttaa. On helppoa määrittää voimavaratekijöitä ja kartoittaa, mitä niistä tekijöistä kenelläkin on. Huomattavasti haasteellisempaa on sen sijaan saada ihminen itse tunnistamaan voimavaratekijöitään ja ottamaan niitä käyttöön. Työn loppuvaiheissa pohdin useaan kertaan, että työmme ei suinkaan, nimestään huolimatta, kartoita omaishoitajien voimavaroja, vaan pikemminkin toimintaympäristössä olemassa olevia, oletettuja fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja aineellisia tukirakenteita ja niiden käyttöä. Toisaalta, tehtävänämme oli kartoittaa voimavaroja yhden haastattelukäynnin aikana, jolloin ei voida ajatella, että olisimme kovin syvällisesti pystyneet tukemaan asiakasta hänen voimaantumisprosessissaan. Voimavaralähtöisen työskentelyotteen kanssa riittää siis tulevaisuudessakin pohdittavaa ja opittavaa.

Vaikka tutkimuksemme paneutuikin pitkälti omaishoitajien voimavaroihin, tulee kuntoutuksen ohjaajan mielestäni käyttää osaamistaan koko omaishoitoperheen hyväksi. Kuntoutuksen ohjaajan tehtävänä on selvittää perheiden tarpeista lähtien eri toimijoiden tarjoamat kuntouttavat mahdollisuudet, huolehtia että omaishoitajat hoidettavineen tietävät oikeutensa erilaisiin heille kuuluviin tukimuotoihin ja opastaa näiden tukien hakemisessa. Kuntoutuksen ohjaajan tulee myös pyrkiä tuomaan esille ja herättämään keskustelua omaishoitajien asemasta ja toimintamahdollisuuksista nyky-yhteiskunnassa.

LÄHTEET

- Aaltonen, E. 2004. Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen, selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3.
- Aro, P. & Salanko-Vuorela, M. 1993. Miten pidän itseni tasapainoisena? Teoksessa Hoidan kotona vanhusta. Toim. Hakenen, J. Kajoprint. 33–39.
- Gothöni, R. 1991. Omaiset – loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tamvuooren kirjapaino oy.
- Hokkanen, H., Häggman-Laitila, A. & Eriksson, E. 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen - katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1,13.
- Hyvärinen, M., Saarenheimo, M., Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2003. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. Duodecim 119, 1949–1955.
- ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Stakes. Jyväskylä: Gummerus.
- Jäppinen, H. 1989. (toim.) Synonyymisanakirja. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY
- Kalimo, R. 1987. Stressi ja sen voittaminen. Juva: WSOY
- Kalliopuska, M. 2005. Psykologian sanasto. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Keskisuomalainen. 9.6.2006. Omaishoito edelleen rempallaan laista huolimatta.
- Koskinen, S. 2005. Ikääntymisen voimavarat gerontologisen sosiaalityön taustalla. Gerontologia 4, 193–199.
- L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta.
- Lappalainen, T. & Turpeinen, A. 1999. Omaishoitajan kirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Launiainen, H. 2004. ICF - Mahdollisuus yhteiseen kieleen toimintakyvyn kuvauksessa? Toimintaterapeutti 4, 4 -7.
- Luumi, A.1997. Uudelle polulle. Teoksessa Purhonen, M. & Rajala, P. Omaishoitaja arjen ristiaallokossa. Juva: WSOY.

- Malmi, M. 2004. "Hoivatkaa toinen toistanne", Sairaanhoidon hyvät - projekti 2001–20023. Projektiraportti. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry:n julkaisuja 2/2004. Pori: Kehitys Oy
- Manner, L. 2005. Henkilökohtainen tiedonanto 12.10.2005.
- Nurmi, N. 2002. Omaishoitajan voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Ojala, M. 2001. WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF Kehitysvaiheet, sisältö ja käyttö. Teoksessa Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaukseen. Toim. Talo, S. Jyväskylä: Gummerus. 161–178.
- Paltamaa, J., Karppi, S-L., Smolander, J., Koho, P. & Hyrri, H. 2006. Suomessa käytössä olevia fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. Suomen Lääkärilehti 5, 459–464.
- Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistamien hoitotyön keinoin. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos.
- Pietilä, M. 2005. Omaishoidon tukeminen ja suomalaisen palvelujärjestelmän muutos. Teoksessa Kaksin kotona iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Toim. Saarenheimo, M. & Pietilä, M. Tutkimusraportti. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pikkarainen, A. 2003. Toimintaterapian lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luentomuistiinpanot 3.11.2003
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystieteiden koettu tarve. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Elektroninen julkaisu. Viitattu 25.6.2006.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514254414/html/x537.html>
- Saarenheimo, M. 2005. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehiksinä. Teoksessa Kaksin kotona iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Toim. Saarenheimo, M. & Pietilä, M. Tutkimusraportti. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salo-Chydenius, S. 1997. Toimintaterapia mielenterveytystyössä. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Ikääntymisen vaikutuksista työmarkkinoilla. 14.2.2001. Viitattu 8.8.2006.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/romppanen/vaesto.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Omaishoitajille turvattu mahdollisuus myös itsensä kehittämiseen. Tiedote 211/2006. 23.5.2006. Viitattu 18.6.2006.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/7142/index.htm>
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Wacklin, M. & Malmi, M. 2004. Näkymätön vastuu omaishoitajien puheenvuoroja. Omaishoitajat ja Läheiset - liitto ry:n julkaisuja 1/2004. Pori: Kehitys Oy.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelukysymysten sisällöt ja suhde ICF-luokitukseen

Kysymys nro.	Sisältö	Tutkimustehtävä			ICF - pääluokat
		voimavarat			
		yksilölliset	sosiaaliset	aineelliset	
10	Tietoperusta	x			Oppiminen ja tiedon soveltaminen
11	Elämänhallinnan tunne	x			Oppiminen ja tiedon soveltaminen
12	Yhteistyö hoidettavan kanssa		x		Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
13	Suhteet muihin ihmisiin		x		Tuki ja keskinäiset suhteet
14	Suhteet muihin ihmisiin		x		Asenteet
15	Elämänhallinnan tunne	x			Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
16	Elämänhallinnan tunne	x			Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
17	Elämänhallinnan tunne	x			Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
18	Elämänhallinnan tunne	x			Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
19	Harrastaminen		x		Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä
20	Terveydentila ja toimintakyky	x			
21	Terveydentila ja toimintakyky	x			
22	Terveydentila ja toimintakyky	x			Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
23	Terveydentila ja toimintakyky	x			Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet
24	Terveydentila ja toimintakyky	x			Kotielämä
25	Toimintaympäristö			x	Tuotteet ja teknologiat
26	Elämänhallinnan tunne	x			Oppiminen ja tiedon soveltaminen
27	Toimintaympäristö			x	Tuotteet ja teknologiat
28	Terveydentila ja toimintakyky	x			Itsestä huolehtiminen
29	Suhteet muihin ihmisiin		x		Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
30	Suhteet muihin ihmisiin		x		Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet
31	Toimintaympäristö			x	Liikkuminen
32	Taloudellinen toimeentulo			x	Keskeiset elämänalueet
33	Taloudellinen toimeentulo			x	Keskeiset elämänalueet
34	Palvelut			x	Palvelut, hallinto ja politiikat
35	Taloudellinen toimeentulo			x	Palvelut, hallinto ja politiikat
36	Elämänhallinnan tunne	x			

Liite 2. Lehti- ja ilmoitustauluilmoitus

*Onko omaisesi sairauden, vamman tai
ikäntymisen vuoksi kykenemätön selviytymään
arjestaan itsenäisesti?*

*Vastaatko sinä hänen hoidostaan tai
hoidatko hänen asioitaan säännöllisesti?*

Jos vastauksenne on myöntävä, tarjoamme Teille mahdollisuuden osallistua haastattelututkimukseen. Haastattelun tarkoituksena on kartoittaa omaistaan tai omaisensa asioita säännöllisesti hoitavien henkilöiden jaksamista ja mahdollista avun tarvetta. Haastattelun lomassa annamme tietoa omaishoitoa tukevista palveluista.

Tutkimus on opinnäytteemme Jyväskylän ammattikorkeakouluun ja teemme tutkimusta yhteistyössä Ääneseudulla toimivan VALO- projektin kanssa.

Lisätietoja ja ilmoittautumiset arkisin klo 9-16 **perjantaihin 20.1.2006** mennessä.
p. 050 928 7300

Mielenkiinnosta kiittäen:
Päivi Kotonen, toimintaterapeutti opisk.
Tuija Liimatainen, kuntoutuksen ohjaaja opisk.


Liite 3. VALO-projektin mainoslehtinen

Hoidatko läheistäsi?

Tunnetko jonkun joka hoitaa/auttaa omaistaan tai läheistään? 

Ääneseudulla (Äänekoski-Konginkangas, Suolahti, Sumiainen, Konnevesi) toimii RAY:n rahoittama, Ääneseudun Omaishoitajat ry:n **VALO- projekti**, jonka tavoitteena on omaishoitoperheiden **kotona asumisen tukeminen ja avokuntoutus**. VALO- projekti pyrkii huomioimaan erityisesti syrjäytyneet sekä taajama-alueiden ulkopuolella asuvat omaishoitoperheet.

Toimintaamme ovat tervetulleita kaikki jotka hoitavat tai auttavat läheistään riippumatta siitä saavatko he omaishoidontukea tai muita kunnallisia tukipalveluita.

<p><u>Ryhmät</u></p> <p>Viikosta 3 alkaen kokoontuvat ryhmät paikkakunnittain noin kerran kuukaudessa omaistaan tai läheistään hoitaville (mm. keskustelua, kaislatöitä, keilausta ja uintia). Ryhmistä ilmoitetaan Sisä-Suomen ja Laukaa-Konnevesi lehtien seurat -palstoilla. Ryhmät ovat maksuttomia. Tervetuloa!</p>	<p><u>Hyvinvointipäivä</u></p> <p>Peurungassa 26.1.06</p> <p>Hyvinvointipäivä sisältää mm. vesivoimistelua ja rentoutumista. Päivän hintaan (10 €) sisältyy koko päivän ohjelma, ruokailu ja kuljetus.</p> <p>Seuraava hyvinvointipäivä tulossa huhtikuussa. Varaa paikkasi hyvissä ajoin!</p>	<p><u>Kotikuntoutus-</u> <u>jakso</u></p> <p>Jaksoja toteutetaan useampi vuodessa ja niihin on jatkuva haku. Seitsemän käyntiä sisältää mm. yksilöllistä ohjausta kunnan ylläpitoon ja itsehoitoon. Hakemuksia jaksoille voi tiedustella projektin työntekijöiltä.</p>
<p><u>Haastattelututkimus</u></p> <p>Tammikuun aikana Jyväskylän AMK:n opiskelijat hakevat haastatteluun omaistaan tai läheistään hoitavia taajama-alueen ulkopuolella asuvia henkilöitä. Kotikäynnillä tehtävässä haastattelussa opiskelijat paneutuvat mm. omaishoitajan toimintaympäristöön ohjaten oikeiden palveluiden piiriin.</p>	<p><u>Työkäiset</u></p> <p>Työkäisten (ei tarvitse olla työsuhteessa) oma vertaistukiryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa Äänekoskella. Ryhmä on avoin kaikille Ääneseudulla asuville (tulossa mm. kotaretki ja keilausta). Tarvittaessa perustetaan uusia ryhmiä muille paikkakunnille. Kysy lisää! </p>	<p><u>Muuta</u></p> <p>Annamme neuvontaa ja ohjausta omaishoidon asioista. Tulossa mm. kaikille avoin asiantuntijaseminaari toukokuussa sekä yhteistyössä Suolahden vammaisneuvoston kanssa vammaisten omaisten päivä. Suunnitteilla myös paljon muuta, seuraa ilmoittelua!</p>

VALO- projektin kaikista toiminnoista ilmoitetaan ilmaisjakelulehti Pikkukaupunkilaisessa. Lisätietoja ja ilmoittautumiset tapahtumiin VALO- projektiin:

Kati Kempainen
0400 - 864 405

Laura Manner
0400 - 856 425



Lämpimästi tervetuloa!



Liite 4. Esivalintakaavake

Nimi: _____

Osoite: _____

Puh: _____

1. Suhteesi hoidettavaan?

- avio- / avopuoliso
- lapsi
- vanhempi
- muu, mikä? _____

2. Asutteko samassa taloudessa?

- kyllä
- ei, välimatka? _____ km

3. Millä paikkakunnalla asutte?

- Konnevesi
 - Sumiainen
 - Suolahti
 - Äänekoski
- Kuinka kaukana keskustasta? _____ km

4. Hoidatko omaisesi asioita säännöllisesti?

- päivittäin
- viikoittain
- harvemmin, kuinka usein? _____

5. Saatteko ulkopuolista apua?

- ei
- kyllä, millaista?

Liite 5. Lupalomake

HYVÄ OMAISHOITAJA

Olemme toimintaterapeutti- ja kuntoutuksenohjaaja opiskelijat Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Tutkimujemme suorittamiseen sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aiheena on kartoittaa omaishoitajien resursseja tehdä hoitotyötä Ääneseudulla. Opinnäytetyömme teemme yhteistyössä Ääneseudun Omaishoitajat ry:n VALO-projektin kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää omaishoitotyön avokuntoutusmallia Ääneseudulla.

2006 vuoden Tammikuun aikana otimme vastaan haastattelusta kiinnostuneiden soittoja. Te olitte yksi ilmoittautuneista. **Kiitos!**

Tutkimus tehdään haastatteluna, käyttäen apuna haastattelulomaketta. Haastattelu tapahtuu hoidettavan kotona sovittuna aikana. Käyttäisimme mielellämme haastattelun aikana nauhuria työvälineenämme. Nauhoituksen tarkoituksena on varmistaa antamanne arvokas tieto, jotta saamme todenmukaisempia tuloksia. Käsiteltyämme Teidän haastattelunne ja nauhoituksen tyhjennämme nauhan.

Antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia, eikä lomakkeita tai nauhoituksia anneta muiden kuin allekirjoittaneiden käyttöön.

Jotta VALO-projekti voisi tarjota Teille tulevaisuudessakin henkilökohtaista palvelua, toivomme, että voimme antaa yhteystietonne ja suosituksemme mahdollisista jatkotoimista VALO-projektin käyttöön. VALO-projektin työntekijät ovat lupautuneet palvelemaan Teitä.

Tutkimuksemme tulokset ovat luettavissa opinnäytetyöstämme Valo-projektin toimitiloissa syksyllä 2006.

Olen tutustunut yllä olevaan tekstiin ja annan luvan

- haastattelun tekemiseen kotonani
- nauhurin käyttöön haastattelun aikana
- yhteystietojeni antamiseen VALO-projektin työntekijöille

allekirjoitus ja nimen selvennys

Osallistumisestanne sydämellisesti kiittäen

Tuija Liimatainen ja Päivi Kotonen

Liite 6. Haastattelulomake

HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Asuinkunta

- Konnevesi
- Sumiainen
- Suolahti
- Äänekoski

2. Asutteko samassa taloudessa hoidettavan kanssa?

- kyllä
- ei, välimatka _____ km

3. Mikä on suhteenne hoidettavaan?

- avio-/ avopuoliso
- lapsi
- vanhempi
- muu, mikä? _____

4. Sukupuoli

- hoitajan m / n
- hoidettavan m / n

5. Ikä

- hoitajan _____v.
- hoidettavan _____v.

6. Kuinka usein hoidatte omaistanne / hänen asioitaan?

7. Oletteko omaishoitotyön ohessa palkkatyössä?

- kyllä
- en

8. Kuinka kauan olette säännöllisesti hoitanut omaistanne / huolehtinut hänen asioistaan?

9. Mikä on pääasiallinen omaishoidon syy?

10. Koetteko saaneenne riittävästi tietoa hoidettavan sairaudesta ja muista hänen hoitoonsa vaikuttavista tekijöistä?

- kyllä
- en, mistä erityisesti toivoisitte lisätietoa?

11. Antaako käytettävissänne oleva tieto Teille riittävät valmiudet ratkaista hoitoon mahdollisesti liittyviä pulmatilanteita?

- kyllä
- ei

12. Koetteko pystyvänne yhteistyössä hoidettavan kanssa sopimaan elämäntilanteeseen liittyvistä järjestelyistä?

- kyllä
 - ei, kumpi pääsääntöisesti tekee päätökset?
-

13. Koetteko pystyvänne jakamaan vastuuta elämäntilanteestanne?

- muiden perheenjäsenten
- sukulaisten
- ystävien
- naapureiden
- viranomaisten
- muun tahon kanssa

14. Koetteko että tekemäänne omaishoitotyötä arvostetaan?

- hoidettava
- muu perhe / suku
- ystävät / tuttavat
- viranomaistaho

15. Koetteko uupumusta / stressiä elämäntilanteenne johdosta?

- ei
 - kyllä, voisitteko kuvailla millaisissa tilanteissa sitä erityisesti ilmenee?
-
-
-
-

16. Kuinka usein tällaisia tilanteita ilmenee?

- useasti päivässä
- päivittäin
- useasti viikossa
- kerran, pari viikossa
- toisinaan
- ei lainkaan

17. Miten selviätte näistä stressaavista tilanteista?

18. Kertokaa tyypillisestä päivästäne, onko Teillä joitakin päivittäin toistuvia rutiineja? Entä miten selviätte yllättävistä tilanteista?

19. Onko Teillä mahdollisuus tehdä tai harrastaa itsellenne mieluisia asioita?

- kyllä, riittävästi
- kyllä, jossain määrin
- ei lainkaan

20. Onko Teillä itsellänne lääkärin toteamia sairauksia?

- ei
- kyllä, mitä?

21. Oletteko itse havainnut terveydentilassanne ongelmia?

- mielentoiminnoissa (esim. uni-, muisti-, mieliala-, ajattelutoiminnot)
- aistitoiminnoissa (esim. näkö-, kuulo-, tuntoaisti)
- sydän ja verenkierto- tai hengitysjärjestelmän toiminnoissa
- ruoansulatus / aineenvaihduntajärjestelmän toiminnoissa
- tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvissä toiminnoissa
- ihon toiminnoissa
- virtsa-, sukuelin- sekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnoissa

22. Koetteko, että nämä todetut tai itse havaitut terveysongelmat vaikuttavat hoitotyöhönne?

- ei
- kyllä, miten?

23. Koetteko että nämä terveysongelmat ovat seurausta hoitotyöstä?

- ei
- kyllä, miten?

24. Liittyykö hoitotyöhönne nostoja, avustamista siirtymätilanteissa peseytymisissä tms. fyysisesti raskaita tehtäviä?

- ei
- kyllä, mitä?

25. Onko Teillä käytettävissänne apuvälineitä näitä tilanteita helpottamaan?

- ei
- kyllä, mitä?

26. Oletteko itse keksineet keinoja helpottamaan hoitotyönne rasittavuutta?

- ei
- kyllä, millaisia?

27. Onko omaisenne kotiympäristö mielestänne hänelle turvallinen?

- kyllä
- ei, millaisia epäkohtia olette havainnut?

28. Miten huolehditte omasta terveydestänne / hyvinvoinnistanne?

29. Onko nykyinen elämäntilanteenne karsinut ihmissuhteitanne?

- kyllä
- ei

30. Tapaatteko säännöllisesti ystäviänne / tuttavianne?

- ei
- kyllä,

31. Onko Teillä oma auto käytettävissänne ja ajatteko sitä?

- kyllä
- ei, miten kuljette asiointi ym. matkat?

32. Rasittaako omaishoitajuus talouttanne?

- ei
- kyllä, miten?

33. Koetteko talouteenne kohdistuvan rasituksen kohtuuttomaksi?

- kyllä
- ei

34. Saatteko Te tai hoidettavanne joitakin yhteiskunnan tarjoamia palveluja helpottamaan elämäntilannettanne?

- ei
- kyllä, mitä?

35. Entä jotain rahallista tukea?

- o ei
- o kyllä, mitä?

36. Mitkä tekijät auttavat teitä jaksamaan omaishoitotyössänne?
