

# OMAISHOITAJIEN ELÄMÄNTILANNE JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

Mira Koskenniska ja

Mikaela Sandelin

Opinnäytetyö, kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Koskenniska, Mira & Sandelin, Mikaela. Omaishoitajien elämäntilanne ja päihteiden käyttö. Diak Helsinki, kevät 2016, 66 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää ja kuvailla Helsingissä ja Vantaalla asuvien Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n (POLLI) jäseniin kuuluvien omaishoitajien elämäntilannetta, päihteiden käyttöä ja omaishoitajuuden kuormittavuutta. Tavoitteena oli lisäksi tuottaa järjestölle tietoa tilanteesta ja löytää keinoja omaishoitajuuden tueksi. Opinnäytetyön idea saatiin POLLI:lta.

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja tiedonkeruu toteutettiin postikyselynä. Kyselyyn vastasi 78 omaishoitajaa. Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä sekä suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Aineisto käsiteltiin Microsoft Excel- ja SPSS-ohjelmilla. Tuloksia kuvaillaan frekvenssien ja prosentiosuuksien avulla. Tulosten mukaan omaishoitajat ovat sitoutuneita hoitamaan lähimmäistään, mutta myös tilanteesta kuormittuneita. Suurin osa omaishoitajista kokee elämänsä menneen huonompaan suuntaan viimeisen viiden vuoden aikana, mutta tämänhetkiseen elämään kokivat he kuitenkin olevansa tyytyväisiä.

Yleisimpiä vaivoja olivat väsymys, muistin heikkeneminen ja unihäiriöt. Yli kolmasosa vastaajista käytti uni-, nukahtamis- tai psyykenlääkkeitä. Omaishoitajat käyttivät enemmän alkoholia ennen omaishoitajuutta kuin tällä hetkellä. Suurin osa omaishoitajista kertoi käyttävänsä alkoholia kohtuudella päihtymättä. Omaishoidon merkittävimiksi kuormitustekijöiksi nousivat omaishoitajuuden sitovuus, oman ajan puute, byrokratia, vastuunkanto, jatkuva huoli, tulevaisuuden pelko ja oman terveydentilan heikkeneminen. Omaishoitajien jaksamista tukivat muun muassa sosiaaliset suhteet, mieluisat vapaa-ajan viettotavat ja harrastukset. POLLI:lta omaishoitajat toivoivat virkistys- ja harrastustoimintaa, vertaistukiryhmiä ja erilaista tukea, valistusta ja luentoja.

Asiasanat: omaishoitaja, elämäntilanne, päihteet, alkoholi, lääkkeet

## ABSTRACT

Koskenniska, Mira and Sandelin, Mikaela. Caregivers' life situation and their use of intoxicants. 66 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, spring 2016.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree program in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of the study was to identify and describe caregivers' life situation, the use of intoxicants and also the intensity of caregiving. The target group was the members of the association Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry (POLLI) living in Helsinki and Vantaa. The aim was also to provide the association with information about the caregivers' current situation and to find suggestions to support the caregivers.

The quantitative research method was used for the thesis. A mail survey was conducted using a representative sample of 78 caregivers. The questionnaire consisted of multiple choice questions, as well as closed and open ended questions. Collected data was entered on Microsoft Excel- and SPSS- programs, whose help the statistics and graphs of the thesis was done.

Results were illustrated with frequencies and percentage values. The results of the study showed that caregivers felt that their life had gone from bad to worse in the last five years. Although when asked about the current satisfaction of their life situation, they felt satisfied with it. The caregivers had recently experienced discomforts such as fatigue, memory loss and sleep disorders.

One main result was that comparing to the present the caregivers used more alcohol before setting up as caregivers. The majority of the caregivers told that they use alcohol in moderation without becoming intoxicated. More than a third of the respondents used soporifics or psychopharmacocons. The most common load factors were lack of time for themselves, the bureaucracy, accountability, constant concern, fear of the future and deterioration of their health. In support of caregiving were listed social relationships, leisure activities and hobbies. The caregivers expected POLLI to give them recreational and leisure activities and different types of support such as peer support groups, education and lectures.

Key words: caregiver, life situation, intoxicants, alcohol, medicines

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 OMAISHOITO .....	8
2.1 Omaishoitoa koskeva lainsäädäntö .....	8
2.2 Omaishoitaja .....	10
2.3 Omaishoitajien jaksaminen.....	11
3 VÄESTÖN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ .....	13
3.1 Alkoholinkäyttö .....	13
3.2 Lääkkeiden väärinkäyttö.....	15
3.3 Ikääntyneiden päihteiden käyttö .....	18
3.4 Omaishoitajien päihteiden käyttö.....	21
4 PÄIHDEHOITOTYÖN MERKITYS PÄIHTEIDEN KÄYTÖN VÄHENTÄMISESSÄ .....	23
5 OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO .....	25
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	26
7 KYSELY AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ .....	27
7.1 Aineiston keruu.....	27
7.2 Aineiston analyysi.....	29
8 TULOKSET .....	31
8.1 Vastaajien taustatiedot .....	31
8.2 Omaishoitajien elämäntilanne .....	33
8.3 Omaishoidon kuormittavuus .....	37
8.4 Omaishoitajien päihteiden käyttö.....	39
8.5 POLLI ry:n toiminta omaishoitajien kokemana .....	43
9 POHDINTA .....	45
9.1 Johtopäätökset .....	46

9.2 Ammatillinen kasvu .....	48
9.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	49
9.4 Jatkotutkimushaasteet.....	51
LÄHTEET .....	52
LIITE 1: Kyselylomakkeen lähteet.....	57
LIITE 2: Kysely omaishoitajalle .....	58
LIITE 3: Saatekirje kyselyyn osallistuville.....	66

## 1 JOHDANTO

Suomessa on arvioitu olevan yli 350 000 omaishoitajaa. Heistä noin 43 000 henkilöä on tällä hetkellä lakisääteisen kunnallisen omaishoidon tuen piirissä. Omaishoitaja on henkilö, joka hoitaa ja pitää huolta sairaasta, vammaisesta tai ikääntyvästä läheisestään tai omaisestaan, joka ei jostain erityisestä hoivan tarpeesta johtuen selviydy kotiloissa arjestaan omatoimisesti (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry i.a.).

On mahdollista, että omaishoitajien ja hoidettavien määrä tulee lisääntymään julkisten resurssien vähäisyydestä johtuen. Työn ja omaishoidon yhteensovittamisen kehittäminen vanhusten, vammaisten, sairaiden ja lasten omaishoidossa antaa uusia mahdollisuuksia, mutta samalla myös omaiset tarvitsevat yhä enemmän opastusta, virkistystä, kuntoutusta ja erilaisia tukitoimia jaksakseen muuttuvassa yhteiskunnassa. (Helameri i.a., 19.)

Hoivavastuun ottamisen taustalla on omaisen luonnollinen halukkuus pitää huolta läheisistään. 2000-luvun taitteessa tehdyt yhteiskunta- sekä vanhuuspoliittiset linjaukset ohjaavat omaisia ja läheisiä hoivavastuuseen entisestään. Vaikuttavia tekijöitä ovat erityisesti laitoshoidon vähentämiseen, omaishoidon painottamiseen ja kotona tapahtuvan hoidon lisäämiseen liittyvät tavoitteet. (Vilkko, Finne-Soveri, Sohlman, Noro & Jokinen 2013, 63.)

Omaishoito on arvokasta, mutta raskasta työtä – hoito on sitovaa ja vastuu hoidosta suuri. Omaishoitajuuden kuormittavuutta ja sen vaikutusta päihteiden käyttöön ei ole huomioitu tarpeeksi. Aihe on kuitenkin huomionarvoinen, sillä monet omaishoidon kuormitustekijät ovat samoja kuin alkoholinkäyttöön vaikuttavat tekijät. Lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön voi vaikuttaa esimerkiksi ahdistuneisuus, masentuneisuus sekä eristäytyneisyys sosiaalisesta kanssakäymisestä. (Rospenda, Minich, Milner & Richman 2010, 315.)

Suomalaiset käyttävät lääkkeitä enemmän kuin aiemmin. Uni- ja mielialalääkkeiden käyttö on kasvanut ja niitä käyttävät suurten ikäluokkien naiset käyttävät

myös alkoholia useammin tai vähintään yhtä usein kuin uni- ja mielialalääkkeitä käyttämättömät. Tämä on huolestuttavaa, koska psyykenlääkkeillä on haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. (Vilkko, Sulander, Laitalainen & Finne-Soveri 2010, 149.)

Teimme opinnäytetyömme tilaustyönä Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:lle (POLLI). Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä on selvittää ja kuvailla Helsingissä ja Vantaalla asuvien POLLI:n jäsenten elämäntilannetta, päihteiden käyttöä ja omaishoitajuuden kuormittavuutta. Tarkoituksena on myös tuottaa järjestölle uutta tietoa tilanteesta ja löytää keinoja omaishoitajien tueksi. Opinnäytetyö toteutettiin postikyselynä POLLI:n jäsenille. Opinnäytetyötä varten laadittiin kyselylomake, joka sisälsi monivalintakysymyksiä sekä suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi 78 omaishoitajaa. Opinnäytetyöstä saaduista tuloksista on hyötyä kehitettäessä esimerkiksi omaishoitajien tai ikääntyneiden palveluita.

## 2 OMAISHOITO

Omaishoitotilanne voi syntyä vähitellen ja omaishoidon tarve kasvaa esimerkiksi läheisen ikääntymisen mukanaan tuomien sairauksien vuoksi. Suurimpia syitä omaishoidon tarpeen syntymiselle ovat fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, muistisairaus tai pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 7). Omaishoitotilanne voi esimerkiksi syntyä äkillisesti sairauden tai vammautumisen seurauksena silloin, kun perheeseen syntyy vammaisen lapsi (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry i.a.). Vuonna 1970 Suomessa poistettiin laki lasten velvollisuudesta huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan. Seitsemän vuotta myöhemmin laista poistettiin myös aviopuolisoiden velvollisuus hoitaa toistaan eli Suomessa omaisilla ei ole enää lakiin perustuvaa velvollisuutta huolehtia sukulaisistaan. (Kaivolainen 2014.)

Nykypäivänä hoitovastuu ei ole siis enää yksin perheellä, eikä perheenjäsenen hoitamista pidetä itsestänselvyytenä, vaan yhteiskunta on tullut osaksi sitä. Yksilön elämäntilanteeseen liittyvien perusteiden lisäksi niitä asettavat yhteiskunnalliset tekijät ja sosiaalipolitiikka. Yleensä omaishoitotilanteessa pyritään siihen, että hoidettava saisi asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Erityisesti ikäihmiset pitävät kotia turvallisena paikkana ja haluavat mieluiten asua siellä. (Valokivi & Zechner 2009, 129, 136–139.)

### 2.1 Omaishoitoa koskeva lainsäädäntö

Laki omaishoidon tuesta (2005/937) tuli voimaan 1.1.2006. Omaishoidon tuella tarkoitetaan hoidettavan tarvitsemien palveluiden sekä omaishoitajan hoitopalkkion, vapaan ja hoitotehtävää tukevien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarpeen muodostamaa kokonaisuutta. Omaishoidon tuesta vastaavat kunnat ja sen vuoksi myöntämisperusteet ja hoitopalkkiot voivat vaihdella kuntien välillä (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry i.a.). Omaishoidon tuen kuntakyselyn 2012 kuntien vastausten perusteella noin puolet omaishoidontuen piirissä olevista omaishoidettavista olisi laitoshoidossa tai muussa ympärivuorokautisessa



pitkäaikaishoidossa, mikäli omaishoidon tukea ja tukipalveluita ei olisi myönnetty (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 4).

Omaishoidontuen myöntämiselle on olemassa tiettyjä ehtoja, joiden on täytettävä. Lain mukaan tukea voidaan myöntää, mikäli henkilö tarvitsee kotonaan hoitoa tai huolenpitoa sairauden, vamman tai muun toimintakykyä laskeneen syyn takia ja hänen omaisensa tai muu läheinen on valmis vastaamaan hoidosta muiden tarpeellisten palveluiden avulla. Omaishoitajan oman terveyden ja toimintakyvyn on oltava riittävän hyviä, jotta hoito on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää. Myös hoidettavan kodin tulee täyttää olosuhteiltaan vaadittavat kriteerit hoidon toteutumiseksi ja tuen myöntämisen on oltava hoidettavan edun mukaista. (Laki omaishoidon tuesta 2005/937.)

Omaishoidon tuesta laaditaan hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään omaishoitajan antaman hoidon sisältö ja määrä sekä hoitoa tukevien muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarve. Lisäksi suunnitelmasta käy ilmi, miten hoito toteutuu omaishoitajan poissaolojen aikana. (Laki omaishoidon tuesta 2005/937.)

Omaishoitaja ja kunta laativat omaishoitosopimuksen, joka sisältää tietoja muun muassa hoitopalkkiosta, omaishoitajan vapaapäivistä ja sopimuksen kestosta. Hoitopalkkio riippuu hoidon sitovuudesta ja vaativuudesta, mutta se on vähintään 300 euroa kuukaudessa, eivätkä siihen vaikuta perheen tulot tai varallisuus (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry i.a.). Omaishoitosopimus on voimassa toistaiseksi ja vain erityistilanteissa se voidaan tehdä määräaikaiseksi (Laki omaishoidon tuesta 2005/937).

Omaishoitajalla on omaishoidon tuen lain (2005/937) 4 §:n mukaan oikeus vähintään kolmen vuorokauden vapaaseen kuukaudessa, jos hän on sidottu hoitoon yhtäjaksoisesti tai jatkuvasti päivittäin. Oikeuteen vapaapäivistä eivät vaikuta hoidettavan kodin ulkopuolella tapahtuvat sosiaali- tai terveystalvet, kuntoutus tai opiskelu, jossa hän viettää vähäisen osan vuorokaudesta. Omaishoitajan vapaan

tai tilapäisen poissaolon ajaksi kunta voi järjestää sijaishoidon tekemällä toimeksiantosopimuksen ehdot täyttävän henkilön kanssa omaishoitajan suostumuksella.

## 2.2 Omaishoitaja

Omaishoitajaksi ryhtymisen motiiveina voi olla useita eri tekijöitä ja siihen vaikuttavat aina yksilön omien päätösten lisäksi kulttuuriset normit. Hoidon tarvitsijan ja hoitajan suhteen laadun ja historian merkitys korostuu. Muita keskeisiä syitä ovat muun muassa luottamus, vastavuoroisuus, velvollisuuden tunteet, omat elämäkokemukset ja olosuhteet. Läheisen ihmisen sairastuminen ja hoitaminen herättävät monenlaisia tunteita. Rakkaus ja velvollisuus voivat aiheuttaa myös ristiriitaisia tilanteita. Tunteet voivat myös olla ristiriitaisia, sillä arkeen sisältyy niin raskaita kuin onnellisiakin hetkiä. Omaishoitaja voi tuntea samaan aikaan sekä rakkautta että vihaa. (Valokivi & Zechner 2009, 129, 133; Kaivolainen 2011a, 107–108.)

Lähipiiri, perhe ja ystävät muodostavat turvaverkon omaishoitoperheelle. Niiden antama tuki ja apu auttavat jaksamaan. Rakkaus voi muuttua muotoaan, mutta se on taustalla joka omaishoitotilanteessa. Hoidettavan läheisen hyvä olo tuo omaishoitajalle tyytyväisyyttä ja tunnetta omasta tarpeellisuudesta. Myös huumori on tärkeä voimavara omaishoitajalle. (Kaivolainen 2011b, 108–111.)

Ristiriitaisista tai negatiivisiksi koetuista tunteista, kuten pelosta, surusta, vihasta, häpeästä tai katkeruudesta, voi olla vaikea puhua. Usein omaishoitaja haluaa suojella läheistä hoidettavaansa omia tunteitaan säätelemällä tai peittämällä. Läheistä ei haluta loukata tai rasittaa omilla ajatuksilla. Luonnollisesti myös hoidettava kohtaa laajan tunteiden kirjon, josta omaishoitaja saa osansa. Hän vastaanottaa, kantaa ja yrittää ymmärtää tunteita ja niiden syitä. (Kaivolainen 2011c, 122–124.)

### 2.3 Omaishoitajien jaksaminen

Suurin osa omaishoitajista ei saa omaishoidon tukea omaishoidon tuen laista huolimatta. Syynä tähän on usein se, ettei omaishoitotilannetta tunnisteta. Omaishoitaja-käsite voi olla vieras ja tukea osataan hakea vasta omaishoidon raskaimmassa vaiheessa. Ilman omaishoidontukea läheistään hoitavien omaishoitajien tilanne on siis yhtä haastava kuin tukea saavien, koska hoito on molemmissa tapauksissa raskasta ja sitovaa. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 13–14.) Vuonna 2012 noin 70 % hoidettavista oli runsaasti tai melko paljon huolenpitoa ja hoivaa tarvitsevia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 8).

Johanna Aatola on selvittänyt pro gradussaan läheistään hoitavien omaishoitajien elämänlaatua. Tutkimuksessa mitattiin heidän fyysistä ja sosiaalista toimintakykyään, psyykkistä hyvinvointiaan, tarmokkuuttaan sekä psyykkistä roolitoimintaansa viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Tulokset olivat kaikissa neljässä osiossa huonompia kuin keskivertosuomalaisilla. Kuormittavimpina tekijöinä omaishoidossa pidettiin henkistä rasitusta, omaa sairautta ja ikääntymistä. Tutkimuksen mukaan omaishoitajat tuntevatkin olevansa väsyneitä jopa yli puolet ajasta. Myös hoidon sitovuus, tulevaisuuden pelko ja hoitotyön vastuu koettiin omaishoitoa vaikeuttavina asioina. (Malmi 2011, 104–106.)

Eniten omaishoitajat kokevat tarvitsevansa suurempaa omaishoidontukea ja vapaapäiviä. Myös omaisten tukiryhmät ja niistä saatu vertaistuki koettiin tarpeelliseksi. Jaksakseen omaishoitaja tarvitsee fyysistä ja psyykkistä tukea sekä tietoa läheisen sairaudesta ja hoidosta. Lyhytaikaishoitopaikat ja kodinhoitoapu tuovat konkreettista apua, jotta omaishoitoperhe ja sen jäsenet saavat omaa aikaa, lepoa, virkistystä ja pystyvät tekemään tärkeinä pitämiään asioita. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76–78.)

Kuten jo mainittu, yksi suurimmista syistä omaishoidon tarpeen syntymiselle ovat muistisairaudet. Muistisairaahan hoito kotona on omaiselle raskasta ja sitovaa. Pyykön, Backmanin ja Hentisen (2001, 267, 272) mukaan muistisairauden tuomista muutoksista kuormittavimmiksi omaishoitajat kokevat hoidettavan riippuvuuden

hoitajastaan, häiritsevän käyttäytymisen, toimintakyvyn heikkenemisen, vaatimukset ja vaeltelun. Vaikeita tilanteita aiheuttavat vuorovaikutuksen ongelmat ja puolisoiden väliset roolit. Aiemmin kumppani oli arjessa mukana, mutta nyt omaishoitaja kokee jääneensä yksin vastuuseen perheestä ja sairastuneesta puolisoista. Käyttäytyminen ja mieliala voivat muuttua aggressiivisemmäksi, itsekeskeisemmäksi tai passiivisemmäksi ja sairastuneen kyky huolehtia itsestään heikkenee.

Omaishoitajien jaksamista tukevat muun muassa sosiaalinen tuki, positiivinen elämänsäsenne ja henkilökohtaiset arvot. Lisäksi omaishoitajat käyttävät arjen ongelmatilanteissa erilaisia selviytymiskeinoja. (Pyykkö ym. 2001, 268.) Omaishoitajat yrittävät valmistautua tulevaisuuteen, selittää ja perustella hoidettavan käyttäytymistä itselleen ymmärtääkseen käytöksen syitä, arvioida tilannetta ja sitoutua puolison hoitoon. Sitoutumista vahvistavat yhteinen menneisyys ja kiitollisuus siitä. Toiminnallisia ja käytännön selviytymiskeinoja ovat huolenpito sairastuneesta, arkielämän helpottaminen ja omasta jaksamisesta huolehtiminen. Oma jaksamista tukevat oma aika ja harrastukset. (Pyykkö ym. 2001, 272.)

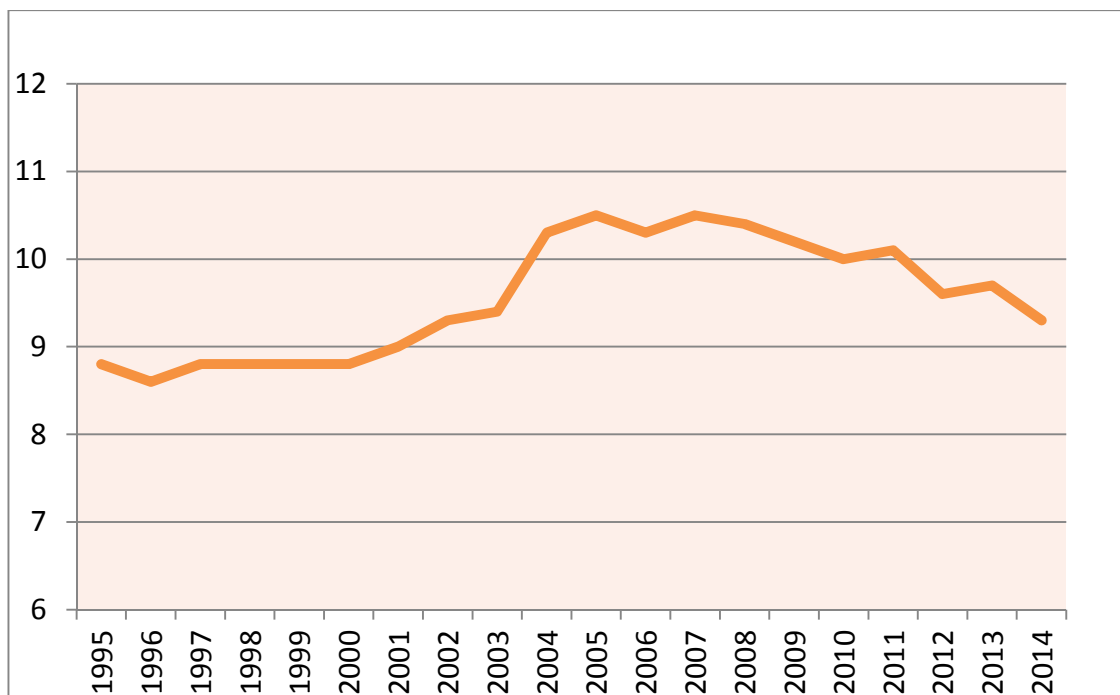
### 3 VÄESTÖN PÄIHITEIDEN KÄYTTÖ

Farmakologisen määritelmän mukaan päihteitä ovat ilman hoidollista tavoitetta käytetyt, psyykkisiin toimintoihin vaikuttavat aineet. Päihteiksi voidaan luokitella esimerkiksi alkoholi, tupakka sekä lääke- ja huumausaineet. (Holmberg, Partanen & Koskelo 2015, 62–63.) Tässä opinnäytetyössä päihteistä käsitellään alkoholia ja lääkeaineita. Tässä luvussa perehdytään alkoholinkäyttöön ja lääkkeiden väärinkäyttöön sekä päihteisiin ikääntyneiden ja omaishoitajien näkökulmista.

#### 3.1 Alkoholinkäyttö

Alkoholi kulkeutuu elimistöön verenkierrosta ja lamauttaa aivojen toimintaa aiheuttamalla humalatilaa, joka näkyy käyttäytymisen, toimintakyvyn ja mielen tilan muutoksina. Humalluttava vaikutus alkaa muutamassa minuutissa alkoholipitoisen juoman nauttimisesta, tosin vaikutukset vaihtelevat yksilöllisesti sukupuolen, painon, iän, terveydentilan, sairauksien ja ympäristön mukaan. Pieninä määrinä käytettynä alkoholi rentouttaa, poistaa jännitystä ja tuottaa mielihyvää. Kulutetun alkoholimäärän ja veren alkoholipitoisuuden noustessa sekä fyysinen että henkinen toimintakyky kuitenkin heikkenevät. Liikakäyttö johtaa tapaturma-alttiuden ja sairastumisriskin suurenemiseen. (Holmberg, Partanen & Koskelo 2015, 66–67.)

Vuonna 2014 100- %:ksi alkoholiksi muunnettuna suomalaisten alkoholijuomien kokonaiskulutus oli yhteensä 50,9 miljoonaa litraa. Kaavio 1 kuvaa alkoholijuomien kokonaiskulutusta Suomessa asukasta kohti 100 %:n alkoholina vuosina 1995–2014. Siitä voidaan tulkita, että alkoholijuomien kokonaiskulutus on ollut kasvussa 2000-luvun alkupuolen ajan, josta se on kääntynyt laskusuuntaan vuonna 2007. Laskuun ovat vaikuttaneet esimerkiksi alkoholijuomien valmisteverojen korotukset vuosina 2008 ja 2009. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a; Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015.)



KAAVIO 1. Alkoholijuomien kokonaiskulutus litroina asukasta kohti 100 %:na alkoholina (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b; Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005–2016)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alkoholijuomien kulutusta kuvaavan tilasto-raportin mukaan vuonna 2015 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli 10,8 litraa 100- %:sta alkoholia 15 vuotta täyttäneitä asukasta kohti. Verrattaessa vuoteen 2014 alkoholin kokonaiskulutus väheni siis noin 3 % (Kaavio 1). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Alkoholiongelman hoitoa koskevan Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan alkoholinkäytön riskitasoja on kolme (Taulukko 1). Alkoholinkäyttö, josta ei todennäköisesti ole riskiä terveelle työkäiselle henkilölle on naisilla 0–1 annosta ja miehillä 0–2 annosta päivässä. Kohtalaisen riskin tasolle alkoholinkäyttö nousee miehillä 14 viikkoannoksen ja naisilla 7 viikkoannoksen täytyessä. Kyseiset annosmäärät suurentavat maksa-arvoja. Korkeasta riskistä voidaan puhua, kun miehet käyttävät alkoholia 23–24 annosta ja naiset 12–16 annosta viikossa. Tällöin alkoholinkäyttöön tulisi viimeistään puuttua, sillä sairastavuus lisääntyy merkittävästi ja kuolleisuusriski suurenee.

TAULUKKO 1. Käypä Hoito -suosituksen mukaiset alkoholinkäytön riskitasot terveelle työikäiselle henkilölle (Käypä Hoito -suositus alkoholiongelman hoidosta 2015)

Alkoholinkäytön riskitasot	Annokset, naiset	Annokset, miehet
Alkoholinkäyttö, josta ei riskiä	0–1/pvä	0–2/pvä
Kohtalaisen riskin taso	7/vko	14/vko
Korkean riskin taso	12–16/vko	23–24/vko

Säännöllinen ja runsas alkoholinkäyttö kasvattaa vähitellen toleranssia. Toleranssin kehittyminen riippuu myös mahdollisesta sekakäytöstä eli esimerkiksi huumeiden tai lääkeaineiden samanaikaisesta käytöstä alkoholin kanssa. Alkoholitoleranssi syntyy hitaasti, mutta se pienenee huomattavasti jo muutaman viikon raittiina olon jälkeen. (Holmberg ym. 2015, 69.)

### 3.2 Lääkkeiden väärinkäyttö

Lääkkeiden väärinkäyttö on käsitteenä monitulkintainen. Tässä opinnäytetyössä sillä tarkoitetaan lääkkeiden käyttöä lääkärin ohjeen vastaisesti tai ilman lääkärin määräämää reseptiä. Lääkkeitä voidaan käyttää suurempina annoksina, pidemmän aikaa tai erilaisiin tarkoituksiin kuin on määrätty ja yleisimmin väärinkäytetyjä lääkkeitä ovat unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja kipulääkkeet. Vuonna 2013 tehdyn tutkimuksen mukaan suomalaisista 15–64-vuotiaista noin 5 % oli käyttänyt unilääkkeitä viimeisen viikon aikana. Vastaava luku eläkeikäisillä on korkeampi – noin 16 %. Rauhoittavia lääkkeitä oli käyttänyt viikon aikana aikuisväestöstä noin 3 % ja eläkeikäisistä noin 5 %. (Karjalainen & Hakkarainen 2013, 498.)

Lääkkeiden liikkakäytöllä tarkoitetaan lääkkeiden käyttöä terapeuttista vaikutusta suurempina annoksina, liian pitkään ja lääkemääräyksen vastaisesti. Lääkkeiden

liikkakäyttö on tietoista lääkkeenkäyttöä päihtymystarkoituksessa, huumausaineena, oheiskäyttönä tai sekakäyttönä. (Holmberg ym. 2015, 82–83.) Lääkkeiden väärinkäyttäjä hakee käytöllään yleensä päihtymystä, euforiaa, mielihyväkokeusta tai sedaatiota (Niemelä & Mikkonen 2014, 625). Sille ominaista on toleranssin kasvu käytettävään lääkeaineeseen. Tällaisia väärinkäytettäviä lääkkeitä ovat yleensä rauhoittavat ja unilääkkeet, kuten huumausaineita tai psykotrooppisia aineita sisältävät lääkevalmisteet, tai PKV eli pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavat reseptilääkkeet. (Holmberg ym. 2015, 82–83.)

Pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia reseptilääkkeitä ovat esimerkiksi bentsodiatsepiinit, kuten diatsepaami, oksatsepaami ja tematsepaami. Huumausaineiksi luokitelluista kipulääkkeistä käytetään väärin muun muassa morfiinia, fentanyyliä ja oksikodonia. Myös epilepsian hoitoon tarkoitettua pregabaliinia ja ADHD:n hoitoon käytettyjä valmisteita kuten metylifenidaattia voidaan väärinkäyttää. (Holmberg ym. 2015, 82–83.)

Lääkinnällisesti bentsodiatsepiineja käytetään esimerkiksi ahdistuneisuuden, levottomuuden, unettomuuden ja epilepsian hoidossa. Bentsodiatsepiinit ovat vahvasti riippuvuutta aiheuttavia ja niitä väärinkäytetään Suomessa ylivoimaisesti eniten. (Niemelä & Mikkonen 2014, 624–625.) Bentsodiatsepiinien väärinkäyttö ilmenee väsymyksenä, raukeutena, välinpitämättömyytenä, sekavuutena, puheen tuottamisen hankaluutena ja liikkumisen epävarmuutena. Ne lamaavat keskushermostoa tehokkaasti ja alentavat tajunnan tasoa, mistä seurauksena on muun muassa heikentynyt keskittymis- ja arviointikyky. Osalla ihmisistä ne lievittävät muun muassa stressiä, ahdistuneisuutta ja sietämättömiä tunteita. Toisilla käyttö voi kuitenkin aiheuttaa esimerkiksi ärtyvyyttä, sekavuutta tai aggressiivisuutta. (Holmberg ym. 2015, 84–85.)

Suomessa lääkkeiden väärinkäytön tutkiminen on jäänyt verrattain vähälle. Kuitenkin Karjalaisen ja Hakkaraisen (2013, 499, 503–504) mukaan jopa 7 % suomalaisista käyttää rauhoittavia lääkkeitä, unilääkkeitä tai kipulääkkeitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin jossain vaiheessa elämäänsä. Tutkimuksessa käytettyjen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosina 2002, 2006 ja 2010 keräämien vä-



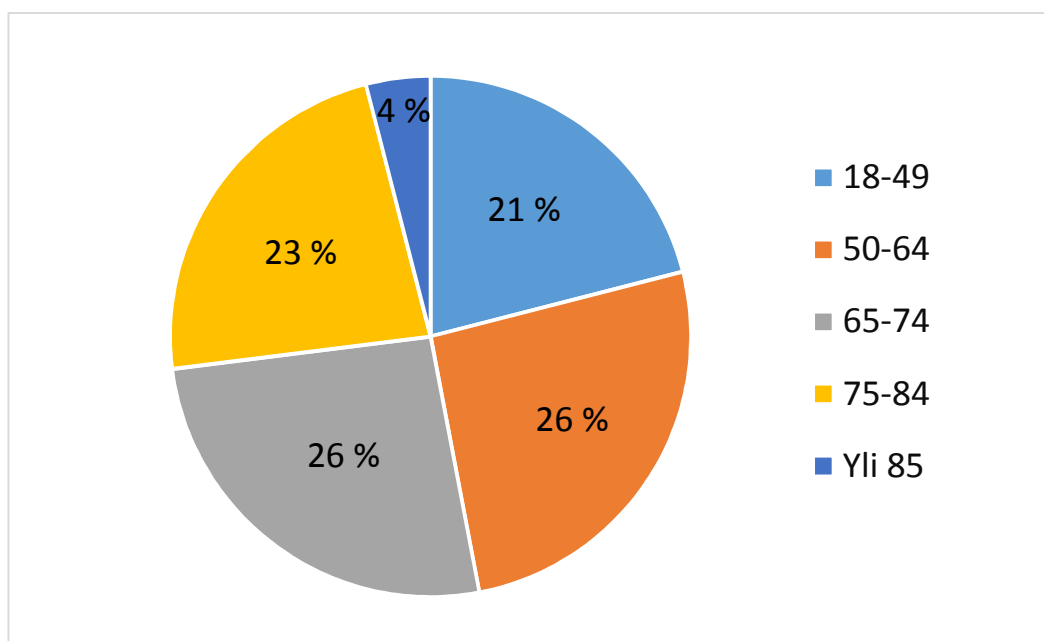
estökyselyjen aineistojen mukaan heistä 44 % oli kokeillut tai käyttänyt myös laittomia huumausaineita, yleisimmin kannabista. Myös runsas alkoholin kertakulutus oli heillä yleistä. Tyypillisiä ei-lääkinnällisiä käyttötarkoituksia olivat nukkumisen helpottaminen ja erityisesti huumeiden käyttäjillä päihtyminen ja muiden päihteiden vaikutusten tehostaminen. Huumeiden käyttäjillä ja alkoholin suurkuluttajilla lääkkeiden väärinkäyttö oli yleisempää kuin muulla väestöllä. Lääkkeiden väärinkäytön linkittyminen muuhun päihteiden ongelmakäyttöön voi myös olla yhtenä syynä sen vähäiseen tutkimiseen.

Kansainväliset tutkimukset lääkkeiden väärinkäytöstä keskittyvät Yhdysvaltoihin. Siellä vuonna 2007 tehdyn tutkimuksen mukaan 12–64-vuotiaista 10 % oli käyttänyt reseptilääkkeitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin kuluneen vuoden aikana. Australiassa vastaavan tutkimuksen tulos oli 4 % vuonna 2010 ja Kreikassa 5 % vuonna 2004. Luvut ovat vähän korkeampia kuin Suomessa, mutta johtopäätöksiä ei voida tehdä ilman järjestelmällistä vertailua. (Karjalainen & Hakkarainen 2013, 498–499.)

Motiiveja lääkkeiden ei-lääkinnälliseen käyttöön on monia, mutta yleisiä syitä ovat esimerkiksi ahdistus, unettomuus, päihtyminen ja muiden päihteiden vaikutuksen vahvistaminen. Joskus on vaikea määritellä täsmällisiä rajoja ongelmallisen päihde- ja riippuvuuskäytön, tarpeettomasti pitkittyvän ja asianmukaisen lääkkeen käytön välillä. Lääkkeiden asianmukainen käyttö perustuu kuitenkin lääkemääräyksessä määriteltyyn tarkoitukseen. Lääkkeiden käyttö on tällöin ajallisesti lyhytaikaista ja annettujen rajojen mukaista. Pitkäaikaista satunnaiskäyttöä on se, että henkilö käyttää esimerkiksi rauhoittavia tai unilääkettä ajoittain saatuaan kertaluontoisen lääkemääräyksen esimerkiksi elämänsä kriisiin. Runsasta ja pitkäaikaista lääkkeiden käyttöä kuvaa esimerkiksi se, että henkilö hakeutuu useille eri lääkäreille hakemaan lääkemääräyksiä, koska ei pidä annostaan riittävänä. (Holmberg ym. 2015, 96.) Usein resepti hankitaan lääkäriltä, joka ei tunne henkilön sairaushistoriaa, mutta lääkkeitä voidaan myös varastaa lähiomaisilta tai ostaa katukaupasta (Niemelä & Mikkonen 2014, 624).

### 3.3 Ikääntyneiden päihteiden käyttö

Tilastollisesti Suomessa luokitellaan ikääntyneiksi 65 vuotta täyttäneet henkilöt. Toimintakykyyn pohjautuva käsitys ikääntymisestä määrittää kuitenkin vanhuuden alkavaksi vasta 75 vuoden iässä. (Vernerinet 2014.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013) toteuttaman omaishoidon tuen kuntakyselyn mukaan omaishoitajista hieman yli puolet on 50–74-vuotiaita. Noin joka neljäs omaishoitaja on yli 75-vuotias (Kaavio 2).



KAAVIO 2. Omaishoitajien ikäjakauma vuonna 2012 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 13)

Alkoholinkäytön riskirajat yli 65-vuotiaille ovat enintään 7 annosta alkoholia viikossa enintään 2 annosta kerralla. Nämä rajat on määritelty turvallisiksi käyttörajoiksi, mutta lisäksi tulisi ottaa huomioon henkilön lääkitys, pitkäaikaissairaudet ja erilaiset toimintakyvyn vajeet. Kohtuullisella alkoholinkäytöllä saattaa olla myös myönteisiä vaikutuksia terveyteen, esimerkiksi sepelvaltimotaudin esiintyvyyteen, sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen sekä mielenterveyteen. (Vilkko ym. 2010, 143–144.)

Eriyisesti eläkeikää lähestyvien ja sen ylittäneiden ikäluokkien alkoholinkäyttö on kasvanut 2000-luvulla ja myös ongelmakäyttöä on tullut esille. Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä on syytä tutkia, sillä eläkeikäiset ovat kasvava joukko vanhenevassa yhteiskunnassa ja eliniän pitenemisen myötä eläkkeelle jäännin jälkeinen aika on pidentynyt. Suurten ikäluokkien alkoholin kulutus on heillä ollut nuoruudesta alkaen yleisempää kuin heidän ikäisillään aikaisempina vuosikymmeninä, joten alkoholinkäyttötavat ja suhtautuminen siihen ovat muuttuneet. (Vilkko ym. 2010, 142–143.)

Suomalaisten 65–79-vuotiaiden alkoholinkäyttö on tutkitusti lisääntynyt vuodesta 1985. Iäkkäiden henkilöiden alkoholinkäyttö ei laskenut edes 1990-luvun laman yhteydessä tai vuosien 2008 ja 2014 välillä tehtyjen alkoholiveron korotusten myötä. Koko väestön alkoholinkäyttö tosin kääntyi laskuun näinä aikoina. (Koilu, Vilkko, Tigerstedt, Kuusisaari & Pajala 2015, 482.) Ikääntyneet ihmiset ovat lisänneet nimenomaan alkoholin säännöllistä käyttöä ja eläkeikäisten raittius on yhä harvinaisempaa. Vuonna 2009 eläkeikäisistä miehistä 40 % ja naisista 18 % kertoi käyttävänsä alkoholia vähintään kerran viikossa. Alkoholiperäisiä kuolemia yli 65-vuotiailla on tänä päivänä kaksinkertaisesti verrattuna kahdenkymmenen vuoden takaiseen määrään suhteutettuna se saman ikäisen väestön määrään. (Vilkko ym. 2010, 145, 148.)

Vielä ei kuitenkaan tarvitse puhua ikääntyneiden liiallisesta alkoholinkäytöstä merkittävänä väestötasoisena ongelmana. Varhaista ja myöhempää eläkeikää elävien ikääntyneiden alkoholinkäyttötavat eroavat toisistaan ja juominen vähenee ikääntymisen myötä. Kulutus on suurinta eläkeiän ylittäneistä alle 75-vuotiaisiin. Alkoholia säännöllisesti käyttävien osuus säilyy samanlaisena, vaikka käytetyn alkoholin määrä vähenee. Tilastoja tutkittaessa tulee ottaa huomioon myös, että osa alkoholin suurkuluttajista kuolee, jolloin kulutusmäärät laskevat. Toisaalta osalla juominen lisääntyy iän myötä. Syitä voivat olla esimerkiksi aikaisempi ongelmallinen alkoholinkäyttö tai tietyt elämänhallintaan liittyvät riski- ja stressitekijät. (Vilkko ym. 2010, 145, 150–151.)

Suurten ikäluokkien alkoholinkäyttö ja alkoholihaitat ovat kuitenkin kasvaneet huolestuttavasti. Niiden määriä ei ole mahdollista tarkkaan arvioida, koska virallisiin raportteihin päätyy vain pieni osa alkoholiin liittyvistä haitoista. Alkoholin aiheuttamat haitat vaikuttavat niin ikään yksilön fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen kuin sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin, jotka heijastuvat myös laajemmin yhteiskuntaan. (Vilkko ym. 2010, 148–149.)

Jo 30 vuotta jatkuneen alkoholikulutuksen nousutrendin syynä nähdään sukutai ikäpolviefekti. Yleinen uskomus on, että ikääntyessään nykyiset 65–70-vuotiaat muokkaavat eläkeikäisten juomatapoja, vaikka iäkkäiden henkilöiden alkoholinkäyttö on ollut noususuuntainen jo edeltävien ikäpolvien aikana. Vuonna 2030 suomalaisista joka neljäs luokitellaan ikääntyneeksi. Tällöin yli 65-vuotiaat tulevat kokoluokkansa, ostovoimansa ja hoitotarpeensa puolesta olemaan merkittävä alkoholinkäyttäjärühmä, mikäli nousutrendi jatkuu tai alkoholinkäytön nykytaso vaikiintuu. (Koivula ym. 2015, 482.)

Työikäiset ja ikääntyneet suomalaiset käyttävät myös lääkkeitä aiempaa enemmän. Verenpaine- ja kolesterolilääkityksen lisäksi erityisesti uni- ja mielialalääkkeiden käyttö on kasvanut. Niitä käyttävät suurten ikäluokkien naiset käyttävät myös alkoholia useammin tai vähintään yhtä usein kuin ne, jotka eivät käytä uni- ja mielialalääkkeitä. Tämä on huolestuttavaa, koska psyykenlääkkeillä on haitallinen yhteisvaikutus alkoholin kanssa. (Vilkko ym. 2010, 149.)

Suomessa lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvää tutkimusta ei ole tehty ikääntyneisiin kohdentuen. Yhdysvalloissa neljännes kaikista myydyistä reseptilääkkeistä on määrätty ikääntyneille. Yleisimpiä syitä lääkkeiden käytölle ovat krooninen kipu, unettomuus ja ahdistus. Tutkimuksen mukaan reseptilääkkeiden väärinkäyttöä voi esiintyä jopa yli 10 prosentilla ja väärinkäytön riskiä suurentavat nais-sukupuoli, sosiaalinen eristäytyneisyys, masennus sekä aikaisempi päihteiden käyttö. Alkoholin ja lääkkeiden väärinkäytön odotetaan kasvavan suurten ikäluokkien vanhetessa elämäntyylien ja asenteiden muuttuessa. (Culberson & Ziska 2008, 22.)

Ikääntyneiden lääkkeiden väärinkäyttöön ei yleensä liity halua päihtyä eikä lääkkeitä hankita laittomasti. Lääkkeitä voidaan hankkia useilta eri lääkäreiltä käyttämällä syynä esimerkiksi niiden hankkimista perheenjäsenelle tai varalta varastoon. Ikääntyneet myös jatkavat psyykenlääkkeiden käyttöä pitempään kuin nuoremmat. Lääkkeiden väärinkäyttö on niin laadullisesti kuin määrällisestikin erilaista kuin nuorempien. Esimerkiksi bentsodiatsepiinit, opiaatit ja lihasrelaksantit voivat aiheuttaa fyysistä riippuvuutta ja vieroitusoireita. Matalampi annostus pienentää väärinkäytön riskiä, mutta pelko väärinkäytöstä aiheuttaa usein sen, ettei varsinaisia oireita hoideta asianmukaisesti ja riittävästi. (Culberson & Ziska 2008, 22.) Varovaisuus lääkkeiden määräämisessä ja huolellinen seuranta tukevat hoidon onnistumista (Culberson & Ziska 2008, 31).

#### 3.4 Omaishoitajien päihteiden käyttö

Omaishoitajien päihteiden käytöstä on niukasti tutkimustietoa eikä sitä ole tutkittu Suomessa. Yhtä opinnäytetyön tutkimusnäkökulmaa eli omaishoitajien alkoholinkäyttöä vastaavaa tutkimusta löytyi yksi artikkeli. Omaishoitajien lääkkeiden käytöstä ei onnistuttu löytämään tutkimuksia. Yhdysvaltalaiset Rospenda, Minich, Milner ja Richman (2010, 315) ovat tutkineet omaishoidon kuormitustekijöiden vaikutusta alkoholin käyttöön. He lähettivät postikyselyn yli 2000 chicagolaiselle työelämässä olevalle omaishoitajalle, joista 998 vastasi kyselyyn. Tutkijat halusivat selvittää minkälaiset taakat tai kuormitustekijät kuten sosiaaliset, emotionaaliset, fyysiset, ajalliset sekä kehitykselliset, ovat omaishoitajien alkoholinkäytön riskitekijöitä. Omaishoitaja, joka kokee uupuneisuutta, masentuneisuutta tai on fyysisesti sairas, voi olla kykenemätön antamaan tarvittavaa hoitoa omaiselleen.

Omaishoitajien sosiaalinen ja emotionaalinen taakka ennustivat lisääntyvää alkoholinkäyttöä ja ongelmakäyttöä. Sosiaalinen taakka ilmenee perhesuhteiden jännittyneisyydellä omaishoitajuuden vuoksi. Emotionaalinen taakka taas ilmenee esimerkiksi omaishoitajan kiusaantuneella tai katkeralla asenteella hoidettavaa kohtaan. (Rospenda ym. 2010, 320–321.)

Hoitosuhteessa vallitseva hallitsematon päihteiden käyttö saattaa haitata monin tavoin hoivan ja hoidon toteutumista. Esimerkiksi alkoholin liiallinen käyttö on ihmiselle itselle terveyshaitta, mutta alkoholinkäytöstä aiheutuviin haittoihin kytkeytyvät myös hoivasuhteen monimutkaistuminen ja huolenpidon vaikeutuminen sekä hoivaajan rasituksen lisääntyminen. Yllättäen eteen tulevat tilanteet ja sosiaalisen kanssakäymisen hankaloituminen ovat alkoholinkäytön vuoksi tekijöitä, joiden myötä hoivasuhteeseen sitoutuminen huononee. Onkin mahdollista, että kohtuutta runsaampaan alkoholinkäyttöön liittyy riski siitä, että omaisen sitoutuminen hoivavastuuseen heikkenee tai hän luopuu siitä kokonaan. (Vilkko ym. 2013, 63.)

#### 4 PÄIHDEHOITOTYÖN MERKITYS PÄIHTEIDEN KÄYTÖN VÄHENTÄMISSESSÄ

Päihdehoitotyöllä tarkoitetaan terveyden edistämistä, päihteiden käyttöä sekä sen haittoja ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä. Sairaanhoidajan rooli päihdehoitotyössä on laaja-alainen; hän on hoitotyön asiantuntija ja sen toteuttaja, hän antaa tietoa, neuvoa, ohjaa, motivoi, tukee ja kannustaa asiakasta tai potilasta. Sairaanhoidaja toimii terveyden edistäjänä puheeksi ottamalla, keskustelemalla ja kertomalla asiakkaalle muun muassa päihteiden käytön riskeistä ja riippuvuuksista. (Kurki 2015, 29–30.) Päihdehoitotyön asiakkaan ongelmat eivät useinkaan johdu ainoastaan päihteiden käytöstä, vaan niiden taustalla on myös muita vaikuttavia tekijöitä. Siksi kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi ammattilaisella tulisi olla ajankohtaista tietoa myös esimerkiksi sosiaalityöstä. (Kurki & Holmberg 2015, 40.)

Päihteiden käytön yleistyessä niihin liittyvän puheeksi oton, ohjauksen, neuvonnan ja itsehoidon tukemisen rooli osana laadukasta hoitotyötä kasvaa. Tämä koskee kaikkia hoitotyön toimintaympäristöjä. (Inkinen, Holmberg, Partanen, Kylmänen & Saarinen 2015, 238.) Päihdehoitotyössä sairaanhoidajalla on usein hoitosuhde asiakkaan kanssa ja hän työskentelee moniammatillisen työryhmän jäsenenä (Kurki 2015, 31). Työssä korostuvat muun muassa ohjaus-, neuvonta-, motivointi- ja yhteistyötaidot. Ihmisläheisyys ja vastuullisuus ovat päihdehoitotyön perusta. (Kurki & Holmberg 2015, 40.)

Päihteet ovat myös nautintoaineita, jotka voivat tuottaa käyttäjilleen hyvää oloa. Tämä aiheuttaa terveyden edistämiseen päihteiden osalta ristiriitaisuuksia, koska päihteiden vaikutukset eivät ole pelkästään haitallisia. Miellyttävät ja hyvältä tuntuvat vaikutukset eivät silti useinkaan ole pitkällä aikavälillä käyttäjälle hyväksi ja ne koskettavat myös hänen läheisiään. Sairaanhoidaja voi auttaa asiakasta tarkastelemaan päihteiden käytön vaikutuksia ja tukemaan mahdollisissa muutoksissa. Päihteiden käyttöön puuttuminen on tarpeellista niin kokeiluvaiheessa kuin satunnaisessa, säännöllisessä tai jatkuvassa käytössä, sillä vaikutukset käyttäjälle ja hänen lähipiirilleen voivat olla vahingollisia riippumatta käytön määrästä.

Tavoitteena on, että muuttamalla omia käyttämistottumuksiaan käyttäjä välttäisi alkoholinkäytöstä aiheutuvat haitat. (Inkinen ym. 2015, 238–240.)



## 5 OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO

Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry eli POLLI on valtakunnallisen Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry:n paikallisyhdistys. POLLI on perustettu vuonna 1998 ja sen toiminta-alueena ovat Helsinki ja Vantaa. Se on liiton suurin jäsenjärjestö ja joka vuosi sen järjestämissä projekteissa tai yhdistyksen toiminnassa on mukana 700–800 jäsentä. (Purhonen, Salanko-Vuorela & Viitanen 2011, 124.)

POLLI:n tarkoituksena on toimia omaishoitajien sekä vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden aseman parantamiseksi ja kehittää heidän palveluitaan ja tukitoimiaan. Sen yksi keskeisimmistä tehtävistä on omaishoitajien ohjaus ja neuvonta, ja se järjestää jäsenilleen ryhmätoimintaa, retkiä ja virkistystapahtumia. POLLI on myös tuottanut omaishoitajille hyödyllisiä oppaita kuten selko- ja venäjänkieliset omaishoito-oppaat, oppaat etäomaishoidosta ja psykofyysisestä fysioterapiasta omaishoidossa sekä oppaan omaishoitajan arjesta ja siihen liittyvistä haasteista. (POLLI i.a.) POLLI:lla on myös oma jäsenlehti, jonka vuonna 2015 ilmestyneessä numerossa neljä julkaistiin kirjoittamamme pieni tiedotus tulevasta opinnäytetyöstämme.

POLLI:n visiona on parantaa omaishoitajien asemaa ja saada heidän äänensä kuuluviin. Yhdistyksen arvoja ovat luotettavuus, kunnioittaminen, välittäminen, innovatiivisuus ja kestävä kehitys. Vuodesta 2001 alkaen POLLI on toteuttanut Raha-automaattiyhdistyksen tuella erilaisia omaishoitoa tukevia hankkeita ja projekteja. Tällä hetkellä käynnissä on Iloa Arkeen -hanke, jossa tarkoituksena on kehittää vapaaehtois- ja vertaistukitoimintaa sekä Kolmipyöräinen-hanke, jonka teemana on ”Oman näköinen omaishoito”. Keväällä 2015 alkoi uusi, kolme vuotta kestävä projekti nimeltään YOMO (Yhdenvertaisuutta ja osallisuutta monikulttuurisille omaishoitoperheille). (POLLI i.a.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvailla Helsingissä ja Vantaalla asuvien POLLI:in kuuluvien omaishoitajien elämäntilannetta, päihteiden käyttöä ja omaishoitajuuden kuormittavuutta. Tavoitteena on tuottaa järjestölle tietoa tilanteesta ja antaa keinoja omaishoitajien tueksi.

Tutkimuskysymyksinä opinnäytetyössä ovat:

1. Millainen on omaishoitajien elämäntilanne?
2. Miten omaishoitajat kokevat kuormittavuuden?
3. Millaista on omaishoitajien päihteiden käyttö?

## 7 KYSELY AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla halutusta aiheesta voidaan selvittää lukumääriä ja prosenttiosuuksia sekä havainnollistaa saatuja tuloksia esimerkiksi taulukoiden avulla. Määrällisellä tutkimuksella ei yleensä pystytä perustelemaan ilmiötä tai saada selvitettyä sen syitä, mutta onnistutaan kuitenkin kartoittamaan vallitseva tilanne. (Heikkilä 2014, 15.) Lisäksi aineistonkeruu täytyy suunnitella niin, että aineistoa voidaan mitata numeraalisesti ja sitä kautta päätelmien teko pohjautuu tilastolliseen analysointiin (Hirsjärvi, Remes & Saravaara 2007, 135–136).

Postikysely on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä, jossa lomake mahdollisine liitteineen lähetetään tutkittaville, he täyttävät sen ja postittavat lomakkeen takaisin tutkijoille. Kysely voidaan lähettää järjestön, organisaation tai yhteisön kautta, jolloin vastausprosentti voi olla korkeampi. Postikyselyn etu on nopeus ja vaivaton aineistonkeruu, mutta suureksi ongelmaksi muodostuu yleensä kato eli vastaamattomuus. Vastaamattomuus voi johtua esimerkiksi aihepiiristä tai vastaajajoukosta. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–191.)

### 7.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeilla (LIITE 2) postitse. Myös sähköisen Webropol-verkkokyselyn mahdollisuutta pohdittiin, mutta postitettavaan paperiversioon päädyttiin, koska POLLI:n jäsenet ovat iältään suurimmalta osin yli 65-vuotiaita. Kohderyhmälle lähetettiin saatekirje (LIITE 3), jossa kerrottiin tutkimuksen toteuttamisesta ja sen tavoitteista. Saatekirjeen mukana oli tätä opinnäytetyötä varten muodostettu kyselylomake ja vastauskuori.

Kyselylomake sisälsi suljettuja eli valmiit vaihtoehdot antavia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymykset helpottavat ymmärrettävästi luotuna vastausten antamista sekä vastausten analysointia.

Avoin kysymys taas sallii vastaajan ilmaista itseään omin sanoin ja auttaa monivalintakysymyksiin annettujen vastausten tulkintaa. (Heikkilä 2014, 49; Hirsjärvi ym. 2007, 196.) Kyselylomakkeessa käytettiin myös strukturoitujen ja avointen kysymysten välimuotoa, jossa valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen on mahdollista vastata avoimella vaihtoehdolla. Tällä voidaan tuoda esille vastauksia, joita ei ole etukäteen osattu huomioida. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Kiinnostavan ja kohderyhmälle tärkeän aiheen lisäksi vastausaktiivisuuteen vaikuttavat kyselylomakkeen huolellinen laatiminen ja tarkasti harkitut kysymykset (Hirsjärvi ym. 2007, 199), joihin opinnäytetyön teossa erityisesti panostettiin. Kyselylomakkeen ja kysymysten laatimisessa hyödynnettiin useita eri lähteitä (LIITE 1). Apuna käytettiin muun muassa AUDIT-lomaketta (Alcohol Use Disorder Identification Test), jonka avulla voidaan tunnistaa riskikulutusta, sekä laajempaa Päihdelinkin Juomatapatestiä, joka antaa palautetta alkoholikulutuksesta (Inkinen, Holmberg, Partanen, Kylmänen & Saarinen 2015, 252–257; Terveysportti i.a.). Päihdelinkin alkoholinkäyttöä koskevien testien kysymyksiä hyödynnettiin myös lääkkeiden käytöstä kysyttäessä.

Opinnäytetyön kyselylomakkeen taustatietokysymykset kuvaavat vastaajien elämäntilannetta. Elämänlaatua koskevilla kysymyksillä haluttiin selvittää vastaajien tyytyväisyyttä omaan elämäänsä. Omaishoidon kuormittavuutta tutkittiin kysymyksillä vastaajien terveydentilasta ja lääkkeiden käytöstä ennen omaishoitajuutta ja omaishoitajaksi ryhtymisen jälkeen. Lääkkeiden käyttöä käsittelevillä kysymyksillä haluttiin saada tietoa esimerkiksi siitä, oliko käyttötavoissa tapahtunut muutoksia ajan kuluessa tai esimerkiksi omaishoitajaksi ryhtymisen jälkeen.

Alkoholinkäyttöön liittyvillä kysymyksillä selvitettiin vastaajien viikoittaisia annosmääriä ja samalla mainittiin muutamia esimerkkejä alkoholiannoksista, jotta vastaajan olisi helpompaa arvioida omaa kulutustaan. Alkoholiannosten laskemista varten laadittiin kuvio, josta käy ilmi esimerkiksi montako alkoholiannosta pullo viiniä sisältää. AUDIT-lomakkeen kysymyksiä käytettiin pohjana laadittaessa kysymyksiä liittyen syyllisyyden tunteisiin tai huoleen alkoholin tai lääkkeiden käytöstä sekä kuvaamaan niistä aiheutuvia haittoja. Viimeisissä kysymyksissä vastaajat saivat mahdollisuuden ehdottaa POLLI:lle tukitoimia liittyen omaishoitajien

jaksamiseen sekä alkoholin ja lääkkeiden käyttöön, ja lisäksi pyydettiin palautetta kyselystä.

Kyselylomakkeen lopussa oli kohta, johon vastaajan oli mahdollista ilmoittaa yhteystietonsa halutessaan osallistua yksilöhaastatteluun. Yksilöhaastattelun ajatuksena oli kyselylomaketta pohjana käyttäen keskustella päihteiden käytöstä ja valitsemistamme teemoista syvemmin, mikäli vastausmäärä jäisi pieneksi. Opin näytetyön kattavan aineiston vuoksi yksilöhaastatteluille ei koettu kuitenkaan tarvetta. Tämä ilmoitettiin kaikille 21 haastatteluhalukselle ja kiitettiin yhteistyöhalukkuudesta.

Yhteyshenkilön mukaan POLLI:lla aiemmin toteutettujen kyselyiden vastausprosentti oli ollut noin 30 %, joten kyselyitä päätettiin lähettää 200 kappaletta riittävän aineiston keräämiseksi. POLLI:lla on yhteensä 1100 jäsentä, joista 150 helsinkiläiselle ja 50 vantaalaiselle jäsenelle kyselyt lähetettiin satunnaisotannalla. Jako suhteutettiin jäsenten kokonaismäärä ja alueellinen jakautuminen huomioiden. POLLI lähetti joulukuussa 2015 kyselyt henkilörekisterinsä kautta postitse ja maksoi tulostuksesta ja postituksesta aiheutuvat kulut. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja kyselylomakkeita palautui yhteensä 78 kappaletta tammikuun 2016 alkuun mennessä. Vastausprosentiksi muodostui 39.

## 7.2 Aineiston analyysi

Vastauskuoret palautuivat POLLI:n toimistolle ja palautuskuorien avaaminen jäi meille opiskelijoille. Aineiston analysointi aloitettiin numeroimalla kyselylomakkeet ja syöttämällä tiedot SPSS- ja Microsoft Office Excel -ohjelmistoihin. Tuloksia kuvailtiin frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Ohjelmistoja hyödynnettiin tekemällä kaavioita tuloksista. Avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmalla ja samansuuntaisia vastauksia ryhmiteltiin.

Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset toivat tutkimusaineistoon syvyyttä. Avointen vastaukset olivat monipuolisia ja täydensivät saatuja tuloksia. Toiset olivat

lyhyitä, yleensä yhden tai kahden lauseen kirjoituksia, mutta joukossa oli paljon myös valmiiksi annetun vastaustilan ylittäviä kirjoituksia etenkin terveydentilaa ja elämäntilannetta koskevissa kysymyksissä. Saatuja vastauksia, joissa toistuivat samantyyppiset ajatukset, oli mahdollista kategorioida eri teemoihin. Avoimista vastauksista muutettiin kohdat, joista vastaaja voisi olla tunnistettavissa. Muutokset säilytettiin alkuperäisessä muodossaan, jotta niiden merkitys ei muuttuisi.

## 8 TULOKSET

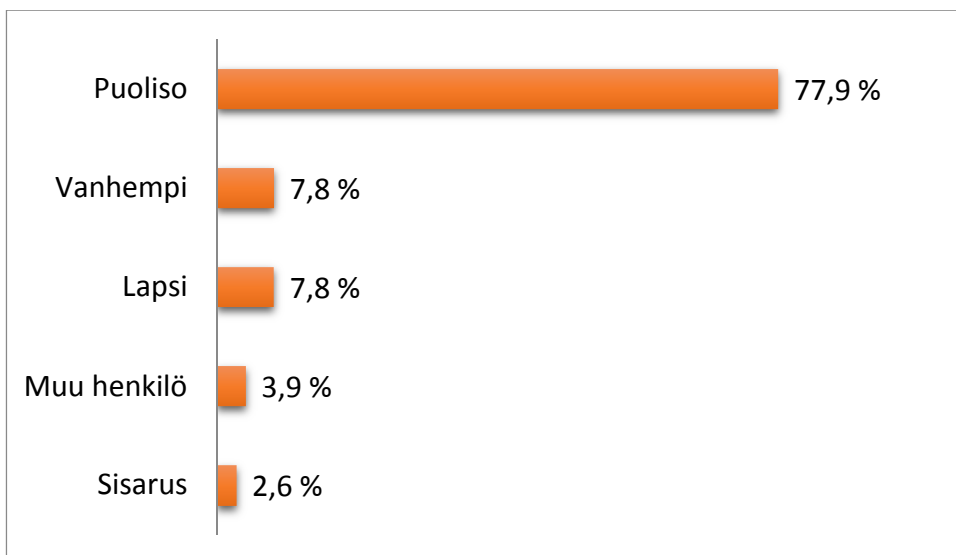
Tässä osiossa käydään läpi kyselytutkimuksen tulokset aihealueittain. Ohessa on lisäksi taulukko, josta selviää, mitkä kyselylomakkeen kysymykset vastaavat mitään tutkimuskysymystä. Tulokset on pyritty esittämään taulukon 2 mukaisessa järjestyksessä. Viimeisessä kappaleessa käsitellään vastaajien antamia kommentteja ja ehdotuksia koskien POLLI ry:n toimintaa. Suurinta osaa tuloksista on havainnollistettu kaavioiden ja sitaattien avulla.

TAULUKKO 2. Tutkimuskysymyksiä vastaavat kyselylomakkeen kysymykset

Tutkimuskysymykset	Kyselylomakkeen kysymykset
1. Millainen on omaishoitajien elämäntilanne?	6-9, 11–13, 33
2. Miten omaishoitajat kokevat kuormittavuuden?	10, 14, 25
3. Millaista on omaishoitajien päihteiden käyttö?	15–24, 26–32

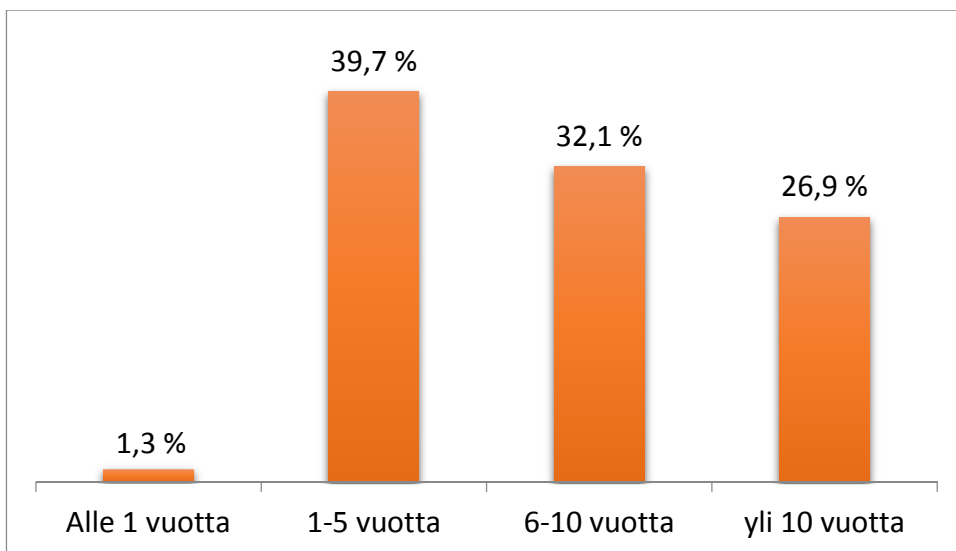
### 8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastanneista 78 % oli naisia (n=61) ja 22 % miehiä (n=17). Vastaajista nuorin oli 32-vuotias ja vanhin 90-vuotias. Keski-ikä oli 70 vuotta. Valtaosa (77 %, n=60) vastaajista oli eläkeläisiä. Työssäkäyviä oli 15 % (n=12) ja työttömiä 6 % (n=5). Vastaajista runsas enemmistö (n=60) hoiti omaa puolisoaan. Loput vastaajista kertoivat hoitavansa omaa vanhempansa (n=6), lastaan (n=6), sisarusiaan (n=2) tai muuta henkilöä kuten anoppiaan (n=3). (Kaavio 3.)



KAAVIO 3. Omaishoitajien ensisijainen hoidettava (n=78)

Suurin osa vastaajista oli toiminut omaishoitajana 1–5 vuotta (n=31). Noin kolmasosa (n=25) vastaajista oli toiminut omaishoitajana 6–10 vuotta ja lähes yhtä suuri osa (n=21) yli 10 vuotta. Yksi vastaajista oli toiminut omaishoitajana jo yli 22 vuotta ja yksi alle vuoden. (Kaavio 4.)

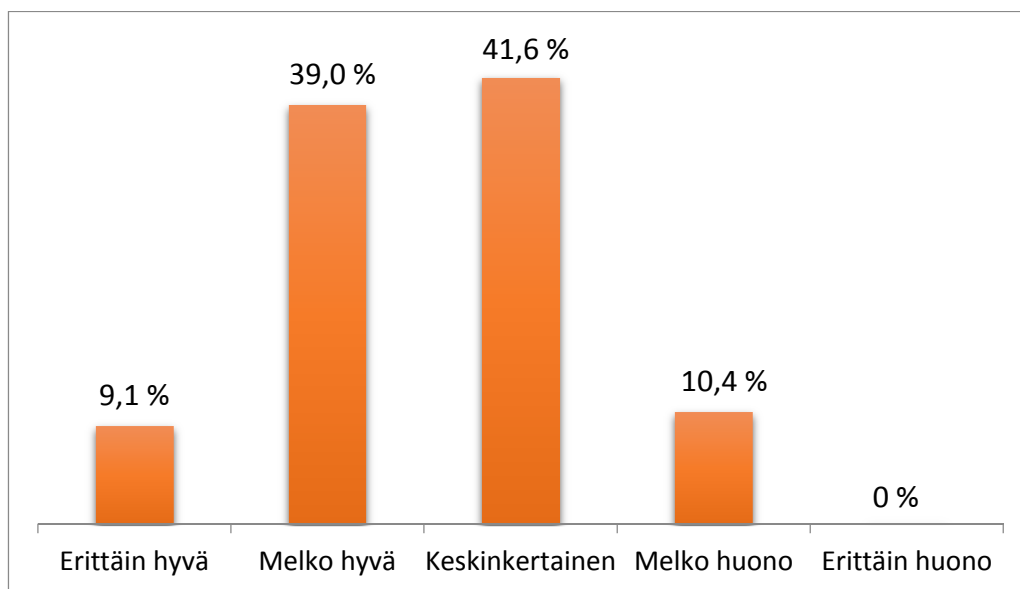


KAAVIO 4. Omaishoitajuuden kesto (n=78)



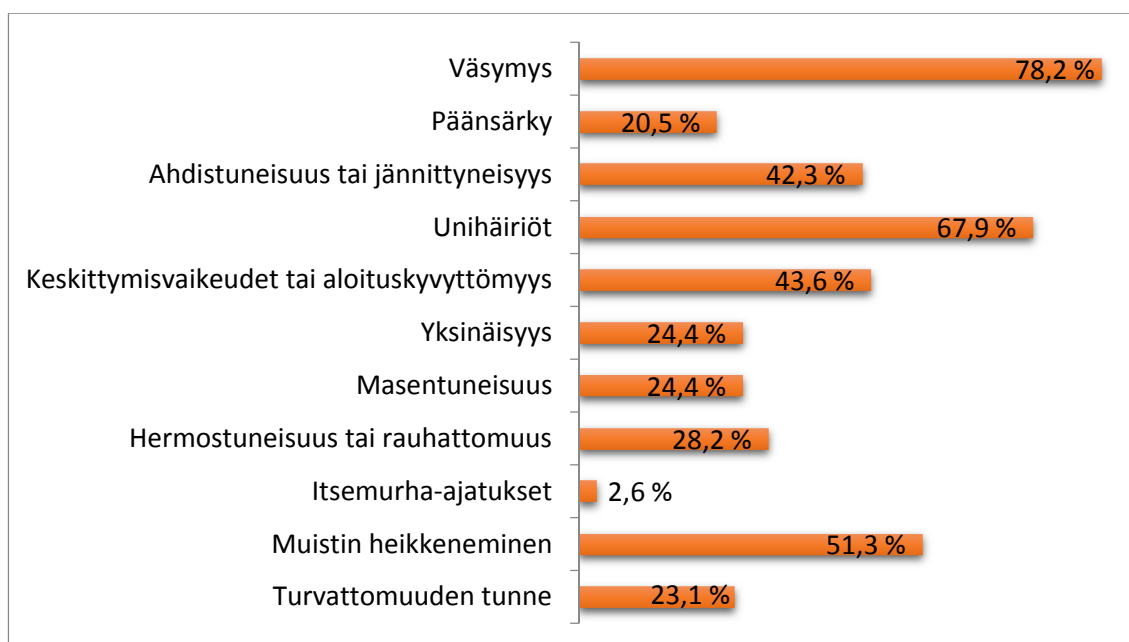
## 8.2 Omaishoitajien elämäntilanne

Omaishoitajista 90 % (n=69) piti yleistä terveydentilaansa vähintään keskinkertaisena. 10 % koki sen melko huonoksi (n=8). Yksikään vastaajista ei kuitenkaan pitänyt terveydentilaansa erittäin huonona. (Kaavio 5.)



KAAVIO 5. Omaishoitajien terveydentila (n=77)

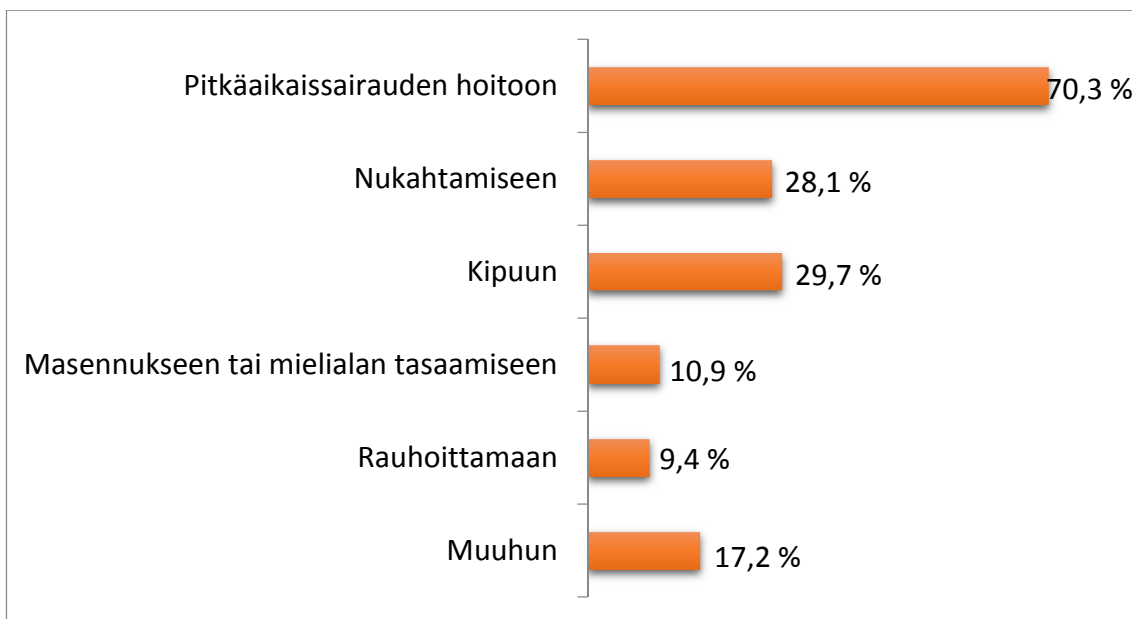
Omaishoitajat kertoivat kuitenkin kärsineensä erilaisista terveyteen vaikuttavista psykososiaalisista ongelmista viime aikoina. Yleisimpiä vaivoja olivat väsymys (n=61), unihäiriöt kuten unettomuus, heikentynyt unen laatu, katkonainen uni tai levottomat jalat (n=53) sekä muistin heikkeneminen (n=40). Keskittymisvaikeuksia tai aloitekyvyttömyyttä oli ollut yli 40 prosentilla (n=34) vastanneista. Myös ahdistuneisuudesta tai jännittyneisyydestä oli kärsinyt yli 40 % (n=33). (Kaavio 6.)



KAAVIO 6. Omaishoitajien kokemat psykososiaaliset ongelmat (n=78)

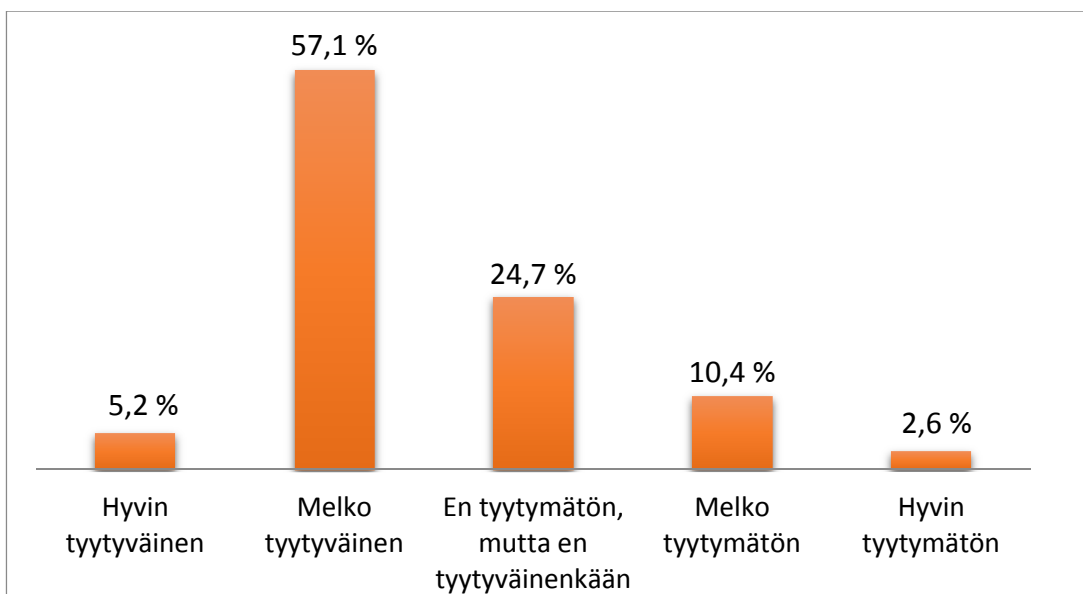
Vastaajilla oli mahdollista kertoa käytössään olevista lääkkeistä vastaamalla avoimiin kysymyksiin. Noin puolella vastaajista oli käytössään verenpaine- ja/tai kolesteroli-lääkitys. Vastaajat mainitsivat käyttävänsä tulehduskipulääkkeitä tarvittaessa tai säännöllisesti. Yli kolmasosa eli 23 omaishoitajaa kertoi käyttävänsä uni- tai nukahtamislääkkeitä, lihasrelaksanteja tai psyykenlääkkeitä (mieliala- tai masennuslääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä). Neljälle oli aloitettu viimeiseksi mainittuja lääkkeitä omaishoitajaksi ryhtymisen jälkeen. Muita yleisimmin käytettyjä lääkkeitä olivat kilpirauhas-, närästys-, hormoni-, diabetes-, kortisoni- ja osteoporoosilääkkeet sekä vitamiinit.

70 % (n=45) omaishoitajien käyttämistä lääkkeistä oli määrätty pitkäaikaissairauden hoitoon. Lähes kolmasosa lääkkeistä oli määrätty kivun hoitoon (n=19) ja miltei yhtä suuri osa nukahtamiseen (n=18). Kymmenesosa lääkkeistä oli määrätty masennuksen hoitoon tai mielialan tasaamiseen (n=7) ja lähes yhtä suuri osa rauhoittamaan (n=6). (Kaavio 7.)



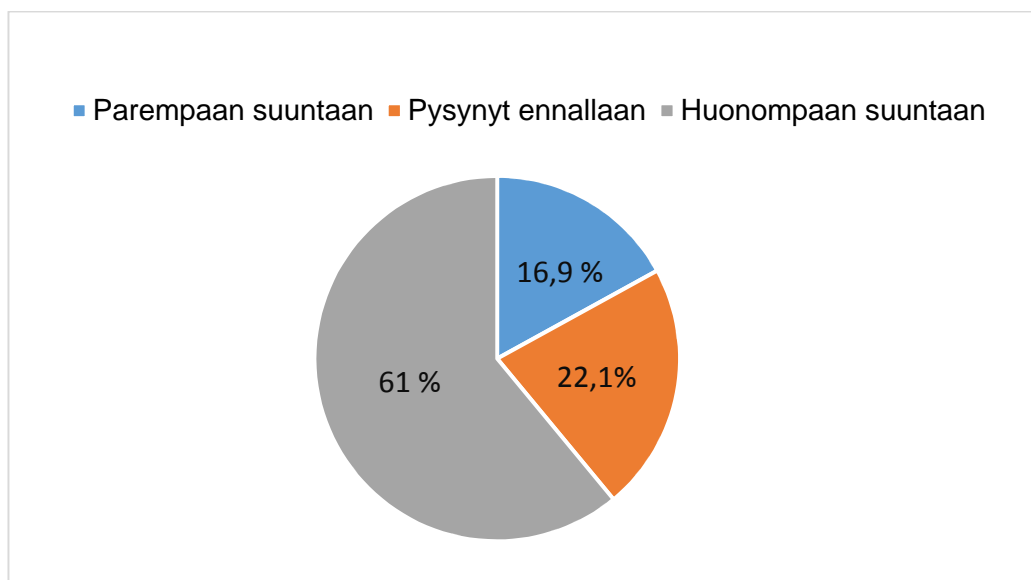
KAAVIO 7. Omaishoitajien käyttämien lääkkeiden käyttötarkoitukset (n=64)

Yli puolet (n=44) vastaajista oli melko tyytyväisiä elämäänsä, 5 % kertoi olevansa hyvin tyytyväisiä (n=4) ja 25 % ei ollut tyytymätön, mutta ei tyytyväinenkään (n=19). Noin 13 % kertoi olevansa melko tyytymätön (n=8) tai hyvin tyytymätön (n=2) elämäänsä tällä hetkellä. (Kaavio 8.)



KAAVIO 8. Omaishoitajien tyytyväisyys elämään (n=77)

Kysyttäessä onko elämä mennyt viiden vuoden aikana parempaan suuntaan, pysynyt ennallaan vai mennyt huonompaan suuntaan, vastaukset jakautuivat kaavion 9 mukaisesti. Reilusti yli puolet (n=47) vastaajista oli sitä mieltä, että elämä on mennyt huonompaan suuntaan. 22 % vastaajista koki elämänlaadun pysyneen ennallaan (n=17) ja 17 % koki sen parantuneen (n=13).



KAAVIO 9. Omaishoitajien elämäntilanteen vertaaminen viiden vuoden aikavälillä (n=77)

Omaishoitajat kertoivat avoimesti elämänlaadun heikkenemisestä, mutta myös kokemuksia elämänlaadun paranemisesta oli. Oma tarpeellisuus koettiin voimavarana.

*Kun olen tärkeä ja käytännössä ainoa läheinen jollekulle rakkaalle ihmiselle, se tuo tarkoitusta myös omalle elämälle.*

*Puolisoni Alzheimerin tauti diagnosoitiin kesällä 2007. Hoidin häntä kevääseen 2012 asti. Silloin hän muutti vanhainkodin dementiaosastolle. Helpotti kovasti. Käyn edelleen päivittäin häntä tapaamassa noin 2-4 tunnin ajan ja syötän hänelle lounaan.*

*Mieheni on nyt pitkäaikaishoidossa, joten en enää joudu rasittamaan itseäni esim. nostamisissa ja taluttamisessa. Käyn hänen luonaan lähes joka päivä 2-4 tuntia. Hän on pyörätuolissa ja täysin autettava.*

*Äitini nukkui keväällä pois. Suru ja ikävä on suuri. Nyt on vapaa-aikaa, joka aiemmin meni äitini huolehtimiseen. Muutos on suuri, vie oman aikansa kun uuteen rytmiin tottuu.*

Myös omaishoitajan omaan hyvinvointiin ja jaksamiseen ylläpitoon liittyviä keinoja selvitettiin. Avoimissa vastauksissa kuvattiin erilaisia vapaa-ajanviettomahdollisuuksia. Liikunta ja ulkoilu olivat suosituimpia keinoja pitää itsestä huolta. Myös sosiaaliset suhteet esimerkiksi ystävien ja sukulaisten kanssa miellettiin tärkeiksi. Vastaajilla oli hyvin monenlaisia harrastuksia kuten käsityöt, lukeminen, piirtäminen, musiikki, television katselu, vertaistukiryhmät, seurakunnan ja eri yhdistysten toiminta, konsertit, elokuvat, taide, hyvä ravinto, säännölliset elämäntavat, lomailu, matkustelu, mökin hoito, vitamiinit, hieronta ja fysioterapia.

### 8.3 Omaishoidon kuormittavuus

Kuormittavimmiksi ja raskaimmiksi tekijöiksi omaishoitajuudessa kuvattiin omaishoitajuuden sitovuus ja oman ajan puute.

*Oman ajan puute. Koko ajan ajateltava toisten/omaishoidettavien asioita ja hyvinvointia sekä järjestettävä esim. avustajien työaikoja, lääkärikäyntejä, apuvälinetarpeita ym. Sitovuus. Omat haaveet unohdettava.*

*Jatkuva "saatavilla olo".*

*Kaikesta pitää päättää lähes yksin.*

*Riittämättömyys, ei ole tarpeeksi omaa aikaa.*

*Hoidettavaa ei voi jättää yksinään kuin hetkeksi. Olen liiaksi sidottuna kotiin.*

Byrokratia sekä etujen ja hoitolomien saaminen koettiin usein vaikeaksi taisteluksi. Avun hakemiseen ei ole tarjolla riittävästi tukea.

*Kaikki on otettava itse selville. Siis se mitä yhteiskunta mahdollisesti tarjoaa, byrokraatit eivät ole oma-aloitteisia, kysy, tiedustele "kuinka voitte" aika ajoin, itse on oltava aloitteellinen.*

*Huoli ja murhe oman lapsen kohtalosta. Jatkuva paperisota etuuk-sien kanssa.*

Omaishoitajat mainitsivat jatkuvan huolen ja tulevaisuuden pelon.

*Tulevaisuuden "pelko", miten nopeasti asiat vielä menevät vaikeaksi. Omien voimavarojen rajallisuus.*

Omaishoitotilanteessa koettiin olevan yksin ja monet tunsivat riittämättömyyden tunteita.

*Yksin hoidettava ja selvitettävä asioita.*

*Joudun vastaamaan kaikesta yksin, elämän arvaamattomuus.*

*Yksinäisyyden ja avuttomuuden tunnetta ajoittain.*

Vastuu elämään ja arkeen liittyvistä päätöksistä, joita ennen oli tehty yhdessä, oli nyt siirtynyt vain yhdelle.

*Suuri vastuu kokonaisvaltaisesta hoidosta ja huolenpidosta.*

*Kaikkien käytännön asioiden hoitamisen siirtyminen vastuulleni.*

Niin henkinen kuin fyysinenkin kuormitus koettiin raskaana. Myös omaishoitajien oman terveydentilan heikkeneminen hankaloitti arkea.

*Ainahan omaishoitajuus kuormittaa toista, mutta onhan niin että me-hän luvattiin auttaa toistemme niin myötä kuin vastamäessä. Sikäli kun sen kaavan muistan.*

*Kun on itsekkin sairas, on joskus raskasta.*

*Hoidettava vanhenee koko ajan eikä hänen terveydentilansa ko-hene, päinvastoin. Fyysinen ja henkinen taakkani kasvaa pikkuhiljaa.*

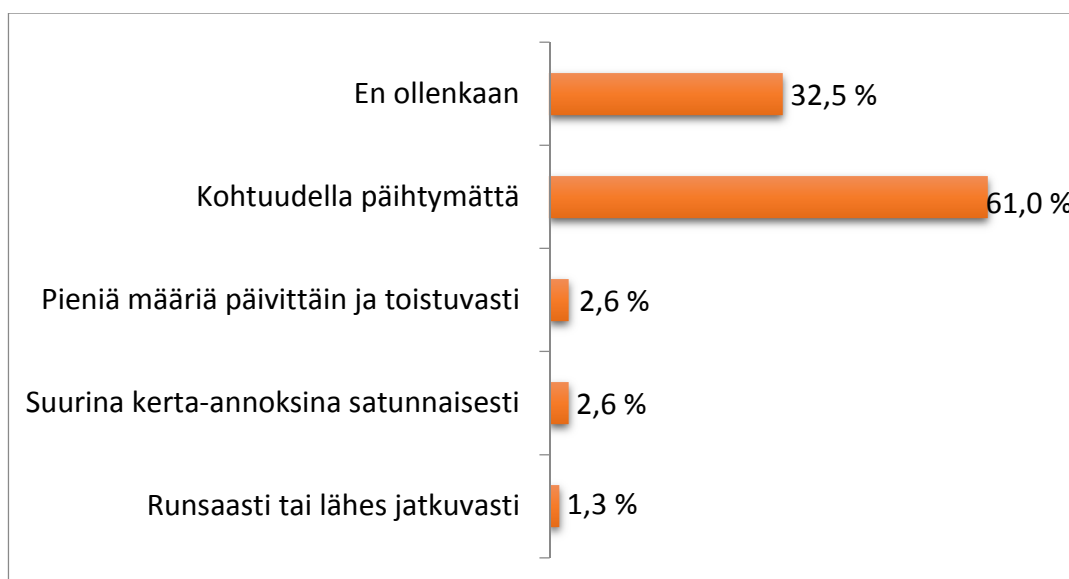
Monet omaishoitajista toivat esille pitkäaikaiset uniongelmat ja levon puutteen.

*Unen puute. Miehelläni oli tapana kaatuilla ja karkailla yötä päivää – en uskaltanut nukkua vuosiin.*

*Yksin kantaa vastuu molempien terveydentilasta. Yövalvomiset, kun hoidettava oksentelee ja ripuloi. Apua ei ole saanut terveyskeskuksesta, ainoa tuki hätäkeskus 112.*

#### 8.4 Omaishoitajien päihteiden käyttö

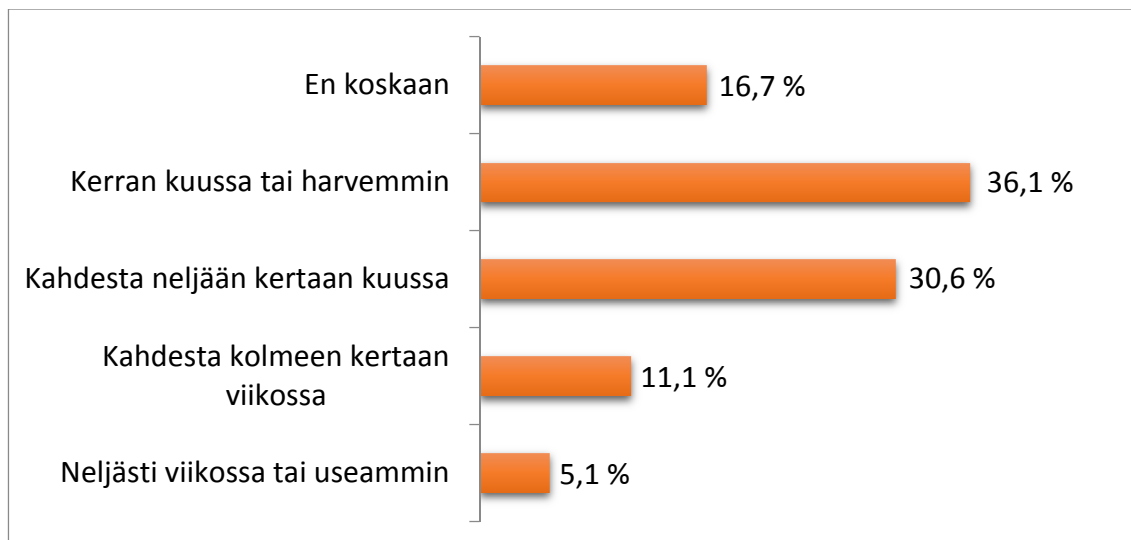
Viimeaikaisesta alkoholinkäytöstä kysyttäessä lähes kolmasosa (n=25) ilmoitti, ettei käytä alkoholia ollenkaan. 61 % (n=47) vastaajista valitsi vaihtoehdon ”kohtuudella päihtymättä”. Seitsemisen prosenttia käytti alkoholia pieniä määriä päivittäin ja toistuvasti (n=2) tai suurina kerta-annoksina satunnaisesti, runsaasti (n=2) tai lähes jatkuvasti (n=1). (Kaavio 10.)



KAAVIO 10. Omaishoitajien alkoholinkäyttö (n=77)

Kerran kuussa tai harvemmin alkoholia käytti 36 % vastaajista (n=26), 31 % kertoi käytön olevan kahdesta neljään kertaan kuussa (n=22) ja kahdesta kolmeen ker-

taan viikossa käytti 11 % vastaajista (n=8). Vastaajista 5 % (n=4) kertoi käyttävänsä alkoholia neljästi viikossa tai useammin. 17 % (n=21) kertoi, ettei koskaan käytä alkoholia. (Kaavio 11.)

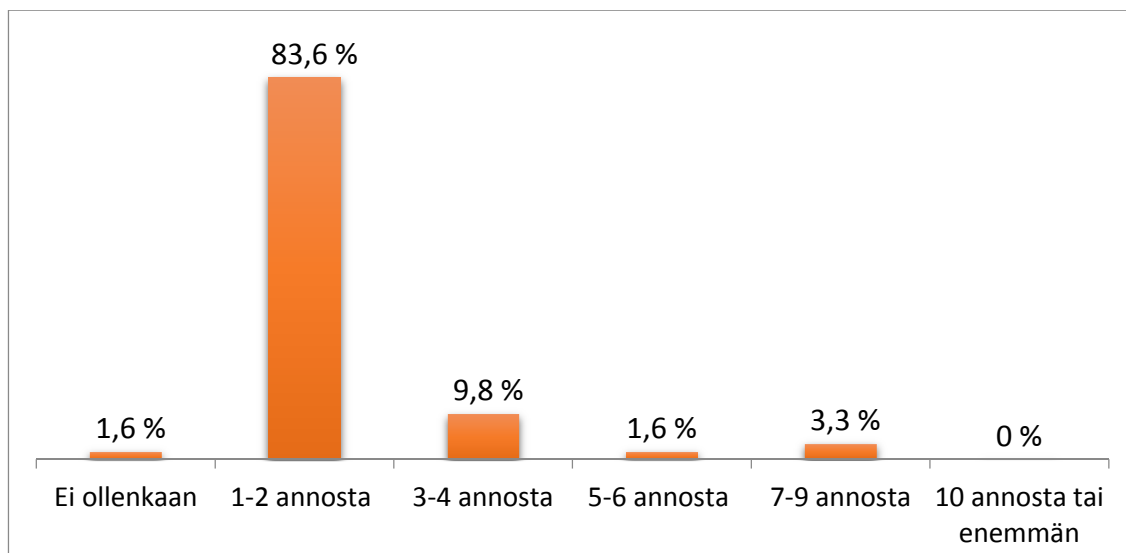


KAAVIO 11. Omaishoitajien alkoholinkäyttökerrat (n=72)

Korkeintaan yhden annoksen alkoholia viikossa joi yli puolet (55 %, n=28) vastanneista. Kaikista vastanneista (n=51) joka kymmenes (n=5) käytti yli 10 annosta viikossa. Yli kolmasosa (n=27) jätti vastaamatta kysymykseen.

84 % (n=51) omaishoitajista vastasi juovansa kerralla 1–2 alkoholiannosta. Kuusi vastaajaa kertoi juovansa 3–4 annosta kerralla, yksi vastaaja 5–6 annosta ja kaksi vastaajaa 7–9 alkoholiannosta. Viimeistä vastausvaihtoehtoa, ”10 annosta tai enemmän”, ei valinnut kukaan. (Kaavio 12.)

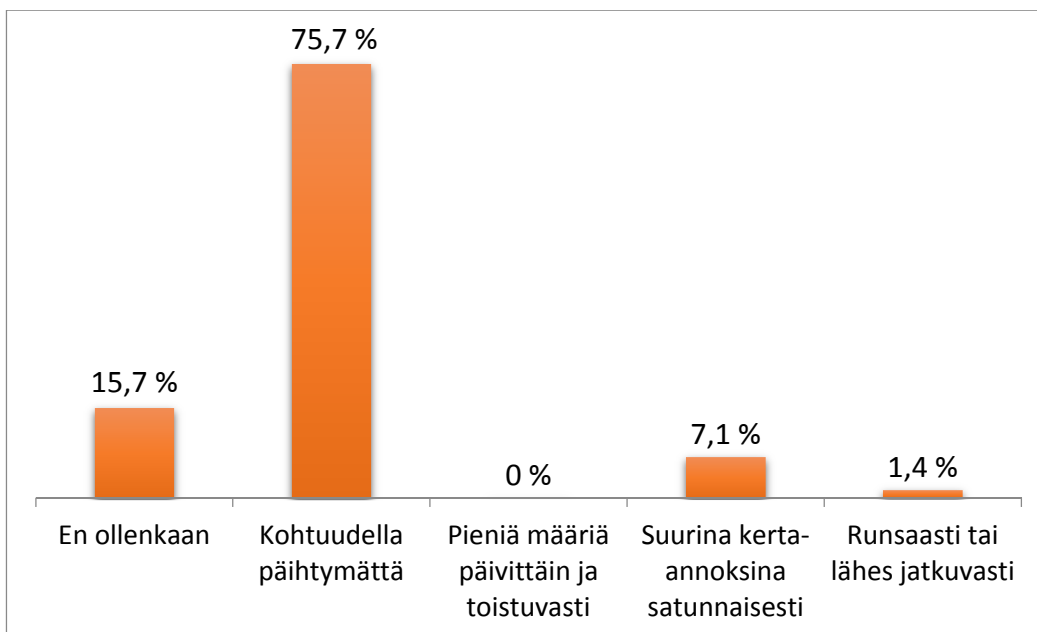




KAATIO 12. Omaishoitajien käyttämät alkoholin kerta-annosmäärät (n=61)

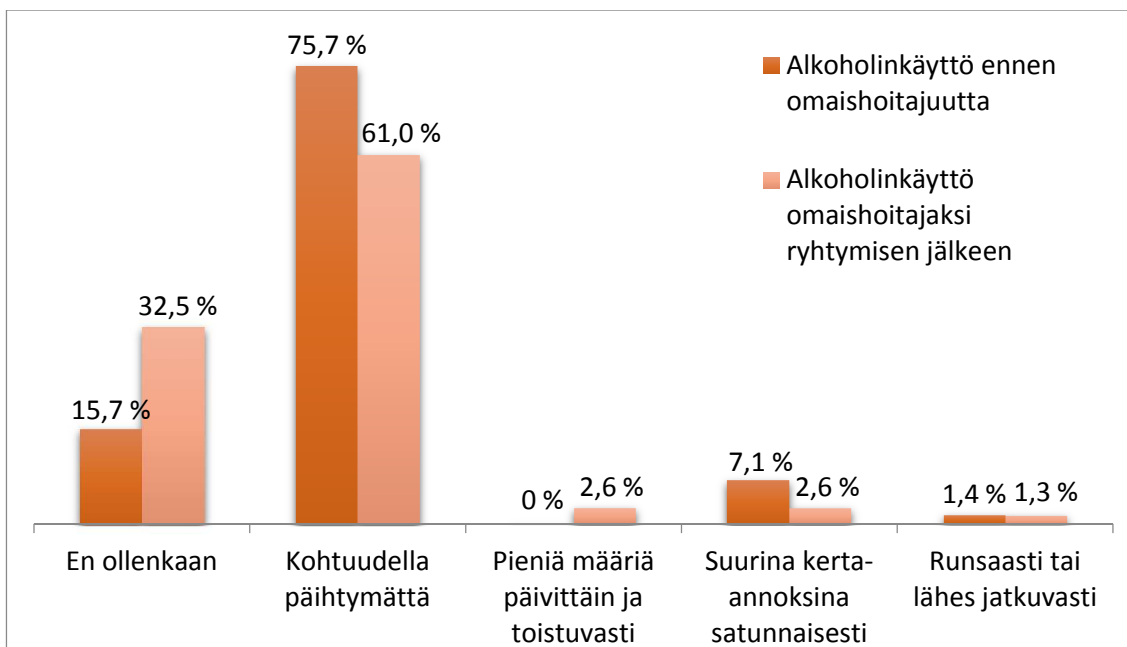
Omaishoitajilta kysyttiin myös suosituimpia alkoholijuomia. Kaikista vastanneista (n=66) kolmasosa (n=21) suosi perinteisiä viinejä kuten puna-, valko- tai roseeviiniä. Noin puolet (n=31) vastanneista oli valinnut monia eri vaihtoehtoja mietojen ja väkevien alkoholijuomien, viinien ja kuohuviinin tai samppanjan välillä.

Noin 90 % vastanneista (n=69) oli sitä mieltä, että oma alkoholinkäyttö ei ole lisääntynyt omaishoitajaksi ryhtymisen jälkeen. Viidellä omaishoitajalla alkoholinkäyttö oli kuitenkin lisääntynyt. Kysyttäessä alkoholinkäytöstä ennen omaishoitajuutta, valitsi 76 % (n=53) vastausvaihtoehdon kohtuudella päihtymättä. 16 % (n=11) vastaajista ei ollut käyttänyt alkoholia ennen omaishoitajuutta. 8 % vastaajista oli käyttänyt alkoholia suurina kerta-annoksina satunnaisesti (n=5) ja runsaasti tai lähes jatkuvasti (n=1). (Kaavio 13.)



KAAVIO 13. Alkoholinkäyttö ennen omaishoitajuutta (n=74)

Verrattaessa omaishoitajien alkoholinkäyttöä ennen omaishoitajuuden alkamista ja sen jälkeen, voidaan huomata, että alkoholia käytettiin enemmän ennen omaishoitajuutta. (Kaavio 14.)



KAAVIO 14. Vastaajien alkoholinkäyttö ennen omaishoitajuutta (n=70) ja omaishoitajaksi ryhtymisen jälkeen (n=77)

15 % (n=9) vastaajista kertoi yrittäneensä vähentää alkoholinkäyttöään. 36 % (n=12) kertoi onnistuneensa käytön vähentämisessä. 89 % (n=57) ei ollut tuntenut syyllisyyttä omasta alkoholinkäytöstään. Vain 5 %:lla (n=3) vastaajista oma läheinen tai tuttava oli ilmaissut huolensa tai ärtymyksensä vastaajan alkoholinkäytöstä.

Kysyttäessä hoidettavan alkoholin tai lääkkeiden päihdekäytöstä 85 % (n=60) vastasi, ettei hoidettava ole käyttänyt päihteitä. Kuitenkin lähes kolmasosa (n=18) vastaajista kertoi käyttäneensä alkoholia tai lääkkeitä päihtyäkseen yhdessä hoidon tarvitsijan kanssa. Kaksi vastaajaa oli myös loukkaantunut tai joutunut sairaalahoitoon alkoholin tai lääkkeiden käytöstä aiheutuneen syyn vuoksi.

Kaksi vastaajaa kertoi käyttäneensä lääkkeitä muuhun kuin niille määrättyyn tarkoitukseen. Toinen vastaaja kertoi käyttäneensä särkylääkkeitä rentoutuakseen ja toinen oli jatkanut tilapäiseen tarpeeseen määrättyjen unilääkkeiden käyttöä jo yli vuoden. Yhdenkään vastaajan läheinen tai tuttava ei ollut ilmaissut huoltaan lääkkeiden käytöstä. Yksi vastaajista kertoi kuitenkin tunteneensa syyllisyyttä omasta lääkkeiden käytöstään.

## 8.5 POLLI ry:n toiminta omaishoitajien kokemana

Omaishoitajat kaipasivat POLLI:lta virkistys- ja harrastustoimintaa sekä erilaista tukea, valistusta ja mahdollisia luentoja. Myös vertaistukiryhmiä toivottiin ja niitä pidettiin tärkeinä, sillä niissä omaishoitajat pystyvät vaihtamaan kokemuksiaan samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa ja antamaan neuvoja. Lisäksi ehdotettiin erilaisten kotiapupalveluiden kuten tuuraajapalvelun tai ulkoiluavun tarjoamista.

*Polli voisi antaa vertaistukea, jotta voisi keskustella samassa tilanteessa olevien kanssa. Siihen voisi liittyä jokin teema. Jotain tekemistä yhdessä, kuten taideterapiaa, liikuntaa, rentoutumista.*

*Jonkin ”porkkanan” avulla tukea tarvitsevat voisi kokoontua. Tilaisuudessa voisi olla tietoinfoa päihteistä ja lääkkeistä kiinnostavalla tavalla, mutta ei tuomien, vaan herätellen asiantuntijoiden tahoilta.*

*Pollilla on paljon ryhmiä ja toimintaa, mutta jos on huono liikunta-kyky, ei niihin jaksa lähteä pitkän matkan takaa. Tukea ja vastuun jakamista tarvitaan eikä syyllistämistä, jota valitettavasti terveyskeskuksessakin vielä tänäkin päivänä tapaa.*

*Keskustelua, vertaistukea, hyvää vapaa-ajan ohjelmaa, erilaisia ryhmiä, apua arjen askareisiin, arjessa selviytymistä, enemmän yhteisiä virkistyspaikkoja/lomia jonne voisi ottaa myös puolison mukaan.*

Suurin osa kyselyyn vastanneista POLLI:n jäsenistä ei kokenut tarvitsevansa tukea päihteiden käyttöön liittyvissä asioissa.

*En osaa sanoa mitään, koska alkoholi ei ole ongelma. Jaksamiseen ystäväpiirit samankaltaisten kanssa, joissa voi purkaantua.*

*Alkoholi ei ole meillä ongelma, en osaa sanoa tähän mitään mutta jotakin ohjattua lepo/kuntolomaa kaipaisin.*

*En osaa vastata sivun kysymyksiin, alkoholi ei kuulu elämäni kuin hyvin harvoin.*

Muutama omaishoitaja piti POLLI:n tärkeimpänä tehtävänä etujärjestönä toimimista ja omaishoitajien asioiden ajoa. Moni oli POLLI:n tarjontaan ja työhön tyytyväinen, eikä osannut sanoa mitä muuta se voisi järjestönä tarjota.

*Tuntuu, että sekä Pollilla että Helsingin kaupungilla on vaikka mitä tarjolla. Toistaiseksi riittää tieto, että on ihmisiä joiden puoleen kääntyä. Kiitos!*

*Muistilista eri yhteyshenkilöistä, omaishoidon tukihenkilöistä (kotihoito) yms. tahot, joihin voi ottaa yhteyttä ongelmien tullessa.*

*Mielestäni Polli tekee hyvää kun järjestää erilaisia tilaisuuksia ja yhteistoimintaa. On sitten asiakkaasta kiinni tuleeko lähdettyä.*

*En tiedä, arkiasioiden hoitaminen hitaan hoidettavan kanssa vie niin paljon aikaa ettei ole ylimääräistä aikaa muuhun elämään/harrastuksiin tms.*

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe syntyi ajatuksesta siitä, voisivatko päihteet olla omaishoitajan yksinäisyyden, masentuneisuuden tai turhautumisen lohtu. Tai käytetäänkö päihteitä rentoutumiskeinona? Alkuun meillä oli haasteita opinnäytetyön aiheen rajaamisessa. Pohdimme, otammeko tutkimuksen näkökulmaan vain alkoholin vai myös muut päihteet. Tutkisimmeko laittomien huumausaineiden käyttöä? Lääkkeiden päihdekäyttö on mielenkiintoinen teema omaishoitajien jaksamisen rinnalla - lääkkeitä kun voidaan käyttää esimerkiksi stressin lievittämiseen tai nukahtamisen apuna.

Omaishoitajien jaksamista on tutkittu paljon eri tahojen toimesta. Lääkkeiden väärinkäytön tutkiminen on kuitenkin jäänyt verrattain vähälle ja kansainväliset tutkimukset keskittyvät pääosin Yhdysvaltoihin. Lääkkeiden väärinkäyttöä omaishoitajien näkökulmasta ei ole tähän mennessä tutkittu. Omaishoitajien päihteiden käyttöä ei ole tutkittu Suomessa, mutta hyödynsimme Yhdysvalloissa tehtyä tutkimusta omaishoidon kuormitustekijöiden vaikutuksesta alkoholinkäyttöön. Kohderyhmämme korkean keski-ikänsä vuoksi pystyimme käyttämään myös ikääntyneiden päihteiden käyttöön kohdennettuja tutkimuksia. Arvioimme lähteitä kriittisesti ja valitsimme ne ajankohtaisuuden ja sisällön perusteella. Koimme aikaisempien tutkimusten puutteen haastavana, mutta toisaalta se oli myös etu. Saimme siitä motivaatiota ja tietynlaista vapautta tutkia näinkin tärkeää aihetta ensimmäistä kertaa Suomessa.

Huomasimme, että kyselylomakkeeseen olisi voinut käyttää vielä enemmän aikaa ja suunnittelua, jotta vastaukset olisivat kohdistuneet paremmin tutkimuskysymyksiimme. Esimerkiksi lääkkeiden käytöstä kysyttäessä olisi kaivattu syvempää tutustumista tämänhetkiseen tietoon lääkkeiden väärinkäytöstä, jotta olisimme voineet laatia paremmin tutkimuskysymyksiimme vastaavat kysymykset.

Monet vastaajista, jotka kertoivat, etteivät käytä alkoholia ollenkaan, olivat jättäneet myös kaikki loput alkoholiin liittyvät kysymykset tyhjiksi. Olimme unohtaneet mainita kyselylomakkeessa, että alkoholinkäyttöön liittyviin

kysymyksiin tarvitsee vastata vain, jos on vastannut käyttävänsä alkoholia. Olisimme voineet kysyä omaishoitajien viimeaikaisista vaivoista tarkemmin esimerkiksi Likert-asteikon avulla, mutta vastausten antaminen olisi voinut olla silloin työläämpää vastaajien korkean iän vuoksi. Aineistonkeruumenetelmänä kyselylomake oli tarkoituksenmukainen ja lähestymistapa toimiva.

Avointen kysymysten avulla pyrittiin saamaan sellaista tietoa, mitä ei kyselylomakkeen valmiita vaihtoehtoja sisältävillä kysymyksillä tavoitettu. Tässä koemme onnistuneemme, koska saimme vastaajiltamme todella monipuolista ja rikasta tekstiä, jota pystyimme hyödyntämään juuri haluamallamme tavalla.

Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n jäsenistöön kuuluu myös entisiä omaishoitajia tai omaishoitajuudesta kiinnostuneita, jotka ovat voineet vastata tai jättää vastaamatta kyselyyn, sillä kyselyt lähetettiin satunnaisotannalla koko jäsenistölle. Tämä tulee ottaa huomioon vastausprosenttia arvioidessa. Kaikta pohdittaessa tulee muistaa kyselyn kohderyhmän ikä, mahdolliset järjestön vapaaehtoiset sekä ne, joilla juurikin on ongelmia alkoholin ja lääkkeiden käytön kanssa. Voi hyvinkin olla, ettei kyselyllä tavoitettu niitä, joilla on ongelmia päihteidenkäyttöön liittyen.

Alkoholin kohtuukäyttöä on haastavaa määritellä. Määrittelyä kohtuukäytöstä voidaan tehdä esimerkiksi kansallisten ja kansainvälisten suositusten mukaan, mutta henkilökohtainen kokemus alkoholin kulutuksesta määrittää yksilölle kohtuullisuuden rajat. Alkoholin kohtuukäytöllähän voi myös olla myönteisiä terveysvaikutuksia (Vilkko ym. 2010, 143–144). Pieninä määrinä käytettynä alkoholi voi tuottaa mielihyvää, rentouttaa sekä poistaa jännitystä (Holmberg ym. 2015, 67) ja silloin se voi toimia omaishoitajan itsehoitokeinona.

## 9.1 Johtopäätökset

Omaishoitajien päihteiden käytön esille saaminen on vaikeaa, sillä omaishoitajan tulee olla omaishoidon tuen lain (2005/937) mukaan kykenevä hoitamaan. Tämä

voi suurentaa omaishoitajan kynnystä hakeutua hoitoon. Jos omaishoitaja hakeutuu hoitoon päihteiden käyttönsä vuoksi, voiko hän menettää omaishoidon tukensa?

Yksi tärkeä tulos oli se, että suurin osa omaishoitajista koki elämänsä menneen huonompaan suuntaan viimeisen viiden vuoden aikana. Tämänhetkiseen elämäänsä kokivat he kuitenkin olevansa tyytyväisiä. Moni vastaajista koki yksinäisyyttä ja ahdistuneisuutta omaishoitotilanteessa ja nämä kuormitustekijät voivat vaikuttaa lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön (Rospenda ym. 2010, 315). Opinäytetyön kohderyhmän eli POLLI:n omaishoitajien alkoholinkäyttö oli kaikesta huolimatta kohtuullista.

84 % omaishoitajista vastasi juovansa kerralla 1–2 alkoholiannosta ja kymmenesosa vastaajista kertoi juovansa 3–4 annosta kerralla. Käypä Hoito -suositusten (2015) mukaan naisilla 0–1 annosta ja miehillä 0–2 annosta päivässä ei todennäköisesti ole riskiksi terveelle työikäiselle henkilölle. Tuloksia tulkitessa on kuitenkin syytä käyttää ikääntyneille asetettuja riskirajoja, sillä vastanneiden keski-ikä oli 70 vuotta. Yli 65-vuotiaille turvalliset alkoholinkäyttöraajat ovat enintään 7 annosta alkoholia viikossa ja enintään 2 annosta kerralla. Niiden lisäksi tulee ottaa huomioon esimerkiksi lääkitys ja pitkäaikaissairaudet. (Vilkko ym. 2010, 143–144.) Näiden suositusten perusteella saamamme vastaukset ovat kohtuukäytön rajoissa. Korkeintaan yhden annoksen alkoholia viikossa joi yli puolet vastaajista eli omaishoitajien alkoholinkäyttö oli viikkotasolla maltillista.

Jokseenkin yllättävää oli, että omaishoitajat käyttivät enemmän alkoholia ennen omaishoitajuutta kuin tällä hetkellä ollessaan omaishoitajia (Kaavio 14.). Muutmissa avoimissa vastauksissa oli tuotu esiin, ettei omaishoitajuuden ohella jää aikaa minkäänlaisiin huvituksiin. Ehkä vähentynyt vapaa-aika on yksi syy myös alkoholinkäytön vähenemiselle. Saattaa olla, että suuri osa vastaajista on sitä ikäpolvea, jonka elämään alkoholinkäyttö ei ole kuulunut samalla tavalla kuin esimerkiksi tämän hetkisillä niin sanotuilla ”suurilla ikäluokilla”.

Yleisimpiä syitä lääkkeiden ei-lääkinnälliseen käyttöön ovat esimerkiksi ahdistus ja unettomuus (Holmberg ym. 2015, 96), joita myös omaishoitajat kertoivat kokevansa. Lääkkeiden väärinkäyttöä ei kuitenkaan tullut merkittävästi ilmi. Tässä opinnäytetyössä ilmi tulleet lääkkeiden väärinkäyttötapaukset eivät olleet päihdehakuksia. Omaishoitajien käyttämät lääkkeet oli pääosin määrätty pitkäaikaissairauksien hoitoon. Kuitenkin yli kolmasosa vastaajista käytti uni-, nukahtamis- tai psyykenlääkkeitä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan omaishoitajat voivat fyysisesti, sosiaalisesti ja psyykkisesti huonommin kuin keskivertosuomalaiset. Kuormittavimpina tekijöinä omaishoidossa pidetään yleisesti hoidon sitovuutta, henkistä rasitusta, tulevaisuuden pelkoa ja hoitotyön vastuuta (Malmi 2011, 104–106), jotka ilmenivät myös tämän opinnäytetyön tuloksista. Lisäksi oman ajan puute, byrokratia, fyysinen kuormitus, oma riittämättömyys ja huoli omasta terveydestä koettiin omaishoitoa vaikeuttavina asioina.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että lähes 80 % omaishoitajista oli kärsinyt väsymyksestä viime aikoina. Unihäiriöitä sekä muistin heikkenemistä oli molempia kokenut yli puolet vastanneista. Keskittymisvaikeuksia tai aloittekyvyttömyyttä oli ollut yli 40 prosentilla vastanneista. Myös ahdistuneisuudesta tai jännittyneisyydestä oli kärsinyt yli 40 %. Luvut ovat hälyttäviä merkkejä omaishoitajien ylikuormittumisesta. Osa omaishoitajista hoitaa lähimmäistään oman jaksamisensa äärirajoilla.

## 9.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen tilaustyönä voi olla kuin puun ja kuoren välissä työskentelyä. Meidän kohdallamme yhteistyö kuitenkin sujui hyvin - saimme tarvitsemaamme tukea POLLI:lta, mutta myös vapautta toteuttaa oman näköisemme opinnäytetyön. Yhteistyö POLLI:n kanssa oli tiivistä erityisesti opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa, ennen tutkimusnäkökulman selkiytymistä. Myös toteutusvaiheessa olimme puolin ja toisin yhteydessä työelämän yhteistyötahon kanssa.



Pidimme tutkimuspäiväkirjaa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tutkimuspäiväkirjaan kirjasimme omia pohdintojamme sekä erilaisten opinnäytetyöhön liittyvien tapaamisten ja ohjauskertojen oivalluksia. Tutkimuspäiväkirja toimi erinomaisesti opinnäytetyön eteenpäin viejänä ja muistin tukena. Toinen tärkeä apuväline oli Google Drive -pilvitallennuspalvelu, joka mahdollisti sen, että pystyimme molemmat pohtimaan ja kirjoittamaan opinnäytetyötä samaan päivittyvään tiedostoon omien aikataulumme mukaisesti. Työnjako oli tasapuolista ja olimme molemmat sitoutuneita opinnäytetyöprosessiin. Opinnäytetyön toteuttaminen parityönä oli järkevää ja se mahdollisti työn etenemisen tasaisesti.

Saimme työstää aihetta meitä tukevien ihmisten kanssa ja lopputulokseen olemme erittäin tyytyväisiä. Ammatillisesti ja henkilökohtaisesti kokemus on ollut meille molemmille kasvattava. Prosessi on tosin ollut työläs, mutta opettavainen. Opinnäytetyöstä saamamme tieto on arvokasta POLLI:n toiminnan kehittämisen kannalta. Valmis työ lähetetään POLLI:lle keväällä 2016 ja se linkitetään heidän nettisivuilleen (<http://www.polli.fi>) Materiaalit-osioon. Opinnäytetyö julkaistaan myös sähköisesti Theseus-tietokannassa.

### 9.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisten ratkaisujen tavoitteena on ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuuden korostaminen (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11). POLLI:n arvoja taas ovat luotettavuus, kunnioittaminen, välittäminen, innovatiivisuus ja kestävä kehitys. (POLLI i.a.) Näiden arvojen mukaan pyrimme toimimaan opinnäytetyötä tehdessämme. Aihe oli haastava, koska omaishoitajien päihteiden käytön esille saaminen on hankalaa. Omaishoitaja voi pelätä apua hakiessaan menettävänsä omaishoitajuuden ja siihen myönnettävät tuet. Pohdimme paljon onnistuisimmeko luomaan kyselyyn vastanneisiin omaishoitajiin riittävän luottamuksellisen ja avoimen suhteen, jotta he vastaisivat todenmukaisesti arkoihinkin kysymyksiin. Koimme luottamuksen rakentamisen erityisen tärkeäksi arkaluontoisen aiheen vuoksi.

POLLI:n henkilökunta välitti kyselylomakkeet jäsenistölleen ja vastaanotti ne yksikköonsä. Kyselylomakkeilla kerättyä tietoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettömänä eli vastaajien anonymiteetti suojattiin. Anonymiteetti helpottaa arkojen aiheiden käsittelyä. Saatekirjeessä luvattu henkilöllisyyden salaaminen kannustaa vastaajia rehellisyyteen ja motivoi vastaamaan kyselyyn. (Mäkinen 2006, 114–115.) Aineistoa käsiteltiin tilastollisin menetelmin, eikä tuloksista käy ilmi yksittäisen henkilön vastaukset. Kyselylomakkeet hävitettiin polttamalla opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen.

Kyselylomakkeesta pyydettiin palautetta yhteistyökumppaniltamme, ohjaavalta opettajaltamme sekä läheisiltämme, jotta kysymysten mahdolliset virhetulkinnat saataisiin korjattua ennen niiden lähetystä. Kyselyyn vastasi kuusi entistä omaishoitajaa, joiden hoidettava oli siirtynyt pitkäaikaishoitoon tai menehtynyt viime vuosina. Koska tapahtuneesta oli kaikissa tapauksissa kulunut vain vähän aikaa, otimme myös heidän vastauksensa huomioon. Vastausten määrä oli riittävä tähän opinnäytetyöhön kuvaamaan POLLI:n jäsenten elämäntilannetta, omaishoidon kuormittavuutta sekä päihteiden käyttöä.

Kyselytutkimuksessa voi ilmetä monenlaisia ongelmia, kuten vastaajien huono motivaatio ja vastausten totuudenmukaisuus, vastausvaihtoehtojen väärinymmärtäminen sekä vastaamattomuus (Hirsjärvi ym. 2007, 188–190). Mahdollisia virheitä kyselytutkimuksessa voi syntyä aineistonkeruuvaiheessa. Näitä voivat aiheuttaa valheellisen tiedon antaminen kuten systemaattinen asioiden kaunistelu ja vähätteleminen tai muistivirheet. Tällaiset systemaattiset virheet alentavat tutkimuksen tulosten reliabiliteettia ja validiteettia. Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksia tulkitessa täytyy ottaa huomioon, että saamamme tulokset voivat kuvata enemmänkin toivottavaa suhtautumista alkoholin ja lääkkeiden käyttöön kuin todellista tilannetta. (Heikkilä 2014, 177–178.)

Etenkin alkoholiin liittyvissä tutkimuksissa vastaajat voivat salailla ja kaunistella alkoholin käyttöönsä. Alkoholin kulutusta tutkittaessa on käynyt ilmi, että tutkittavien arviot alkoholin kulutuksestaan ovat kuitenkin vain alle puolet todellisesta myydystä alkoholimäärästä. Yksi syy siihen voi olla se, että alkoholitutkimuksissa yleensä pyritään selvittämään kulutusta tarkasti annoksittain ja vastaajan onkin

helppo unohtaa muutama annos alkoholimääriään arvioidessa. Kuitenkin lomakkeilla kerätyt aineistot ovat usein luotettavampia kuin esimerkiksi haastatteluilla kerätyt. (Hakkarainen 2015, 84–85.)

#### 9.4 Jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyöprosessin aikana heräsi useita aiheita jatkotutkimuksille. Tärkeä tutkimuskohde olisi omaishoitajan päihteiden käytön esiintyvyys yhdessä hoidettavan kanssa. Erityisen kiinnostavaa olisi selvittää hoidettavan päihteiden käyttöä ja omaishoitajan suhtautumista siihen ja miksei myös hoidettavan suhtautumista omaishoitajan päihteiden käyttöön. Mahdollista olisi myös tehdä seurantatutkimus POLLI:n jäsenille esimerkiksi viiden vuoden kuluttua käyttäen laatimaamme kyselylomaketta ja verrata tuloksia näihin aikaisemmin saatuihin.

Päihteiden käytön tutkiminen ikääntyneiden näkökulmasta on tärkeää myös jatkossa, sillä ikääntyneiden alkoholin kulutus on ollut jo 30 vuotta noususuuntaista toisin kuin väestön muilla ikäryhmillä. Nykytilanteen vakiintuessa tai nousutrendin jatkuessa alkoholinkäytön haittojen voidaan olettaa lisääntyvän. (Koivula ym. 2015, 482.)

## LÄHTEET

- Culberson, John & Ziska, Martin 2008. Prescription drug misuse/abuse in the elderly. *Geriatrics* 63 (9). 22–31. Viitattu 12.4.2016. Saatavilla <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier -aineisto.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 9.11.2015. <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyt/Documents/Kohti%20tutkivaa%20ammattikäytäntöä.pdf>
- Hakkarainen, Pekka 2015. Miten tutkia huume- ja lääketrendejä? Teoksessa Antti Häkkinen & Mikko Salasuo (toim.) *Salattu, hävetty, vaiettu – Miten tutkia piilossa olevia ilmiöitä?* Tampere: Vastapaino. 81–118.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helameri, Tarja i.a. Yhteistyötä omaishoitajien eduksi – kuntien näkemyksiä omaishoidon tilanteesta ja Punaisen Ristin tuesta omaishoitajille. Viitattu 22.10.2015. [https://www.punainenristi.fi/sites/frc2011.mearra.com/files/tiedostolataukset/omaishoidon\\_kuntakysely.pdf](https://www.punainenristi.fi/sites/frc2011.mearra.com/files/tiedostolataukset/omaishoidon_kuntakysely.pdf)
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmberg, Jan; Partanen, Airi & Koskelo, Jukka 2015. Päihteet ja niiden käyttö. Teoksessa Airi Partanen, Jan Holmberg, Maria Inkinen, Marjo Kurki & Sisko Salo-Chydenius. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro. 61–104.
- Inkinen, Maria; Holmberg, Jan; Partanen, Airi; Kylmänen, Petri & Saarinen, Tiina 2015. Päihdehoitotyö toimintana. Teoksessa Airi Partanen, Jan Holmberg, Maria Inkinen, Marjo Kurki & Sisko Salo-Chydenius. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro. 217–356.
- Kaivolainen, Merja 2011a. Omaishoitajien tunnekokemukset. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen &

- Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim. 107–108.
- Kaivolainen, Merja 2011b. Myönteisten tunteiden voima. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim. 108–112.
- Kaivolainen, Merja 2011c. Omaishoitajan tunteiden säätely ja tunnetyö. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 122–125.
- Kaivolainen, Merja 2014. Pidämme puolta – Pidämme huolta -seminaari 6.5.2014, ajankohtaista omaishoidossa. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. Viitattu 7.3.2016. [http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Ajankohtaista%20omaishoidossa\\_KOHO\\_MK.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Ajankohtaista%20omaishoidossa_KOHO_MK.pdf)
- Karjalainen, Karoliina & Hakkarainen, Pekka 2013. Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. Yhteiskuntapolitiikka 78 (5). 498–508. Viitattu 27.11.2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110571/karjalainen.pdf?sequence=2>  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110571/karjalainen.pdf?sequence=2>
- Käypä hoito -suositus 2015. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 27.11.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>
- Koivula, Riitta; Vilkkö, Anni; Tigerstedt, Christoffer; Kuusisaari, Kristiina & Pajala, Satu 2015. Miten iäkkäiden henkilöiden alkoholiongelmat näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä? Yhteiskuntapolitiikka 80 (5). 482–489.
- Kurki, Marjo & Holmberg, Jan 2015. Sairaanhoitajana päihdehoitotyössä. Teoksessa Airi Partanen, Jan Holmberg, Maria Inkinen, Marjo Kurki & Sisko Salo-Chydenius. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro. 39–60.

- Kurki, Marjo 2015. Päihdehoitotyö. Teoksessa Airi Partanen, Jan Holmberg, Maria Inkinen, Marjo Kurki & Sisko Salo-Chydenius. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro. 15–38.
- Laki omaishoidon tuesta 2005/937, 2.12.2005. Viitattu 20.10.2015.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Malmi, Maria & Nissi-Onnela, Sirkka 2011. Omaishoitajan ja omaishoitoperheen tuen tarpeet. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito – Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki: Duodecim. 76–79.
- Malmi, Maria 2011. Omaishoitajat voivat huonommin kuin keskivertosuomalaiset. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön 2011. Helsinki: Duodecim. 104–107.
- Niemelä, Solja & Mikkonen, Antti 2014. Tunnista lääkkeiden väärinkäyttäjät ja päihdekäyttöön tulleet lääkkeet. Suomen Lääkärilehti 9/2014 vsk 69. 624–627a.
- Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry i.a. Palveluopas 2015–2016 omaishoitajille ja läheisille. Viitattu 21.10.2015. [http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Palveluopas%202015-2016\\_0.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Palveluopas%202015-2016_0.pdf)
- POLLI i.a. Yhdistys. Viitattu 20.10.2015.  
[http://www.polli.fi/?page\\_id=22](http://www.polli.fi/?page_id=22)[http://www.polli.fi/?page\\_id=22](http://www.polli.fi/?page_id=22)
- Purhonen, Merja; Nissi-Onnela, Sirkka & Malmi, Maria 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim. 12–17.
- Purhonen, Merja; Salanko-Vuorela, Merja & Viitanen, Juha (toim.) 2011. Onneksi on omaishoitaja. Yhdistykset toimivat 1991–2011. Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry:n julkaisu. 124.
- Pyykkö, Raija; Backman, Kaisa & Hentinen, Maija 2001. Dementoituneiden henkilöiden puoliso-omaishoitajien kokemuksia kotihoidon tilanteista ja niistä selviytymisestä. Hoitotiede 13 (5). 266–276.

- Rospenda, Kathleen; Minich, Lisa; Milner, Lauren & Richman, Judith 2010. Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample. *Journal of Addictive Diseases*, 29 (3) 314–324.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Omaishoidon tuen kuntakysely 2012 – Alustavia tuloksia ja havaintoja. Viitattu 16.3.2016. [http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/THL\\_powerpoint\\_omaishoito.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/THL_powerpoint_omaishoito.pdf)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Alkoholijuomien kulutus 2014. Tilastoraportti. *Terveys 2015*. Viitattu 8.3.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126295/Tr14.pdf?sequence=6>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005–2016 (ind. 3778) Sotkanet-tilasto- ja indikaattoripankki. Viitattu 8.3.2016. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s44wAgA=&region=s07MBAA=&year=sy4rs07T0zUEAA==&gender=t&t=line>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Alkoholijuomien kulutus 2015. Tilastoraportti 5/2016. Viitattu 18.4.2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130434/Tr05\\_FI.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130434/Tr05_FI.pdf?sequence=1)
- Terveysportti i.a. AUDIT-kysely. Duodecim Lääkärin tietokannat. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028b.pdf>
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015. Alkoholijuomien kulutus –tilaston tulkinta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2016. Viitattu 8.3.2016. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3629>
- Valokivi, Heli & Zechner, Minna 2009. Ristiriitainen omaishoiva – Läheisen auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) 2009. *Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino. 126–153.
- Vernerinet.net 2014. Ikääntymisen määrittely. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 23.3.2016. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>
- Vilkko, Anni; Finne-Soveri, Harriet; Sohlman, Britta; Noro, Anja & Jokinen, Sari 2013. Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja omaisen hoivavastuu. Teoksessa Katariina Warpenius, Marja Holmila & Christoffer Tigerstedt (toim.) 2013. *Alkoholi- ja*

päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 63–75. Viitattu 27.11.2015. [https://www.julkari.fi/bitstream/han-](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1)

[dle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1)

Vilkko, Anni; Sulander, Tommi; Laitalainen, Elina & Finne-Soveri, Harriet 2010.

Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Pia Mäkelä, Heli Mustonen & Christoffer Tigerstedt (toim.) Suomi juo – Suomalais-ten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 142–153. Viitattu 9.3.2016.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80301/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c.pdf?sequence=1>



## LIITE 1: Kyselylomakkeen lähteet

Liitetaulukko 1. Kyselylomakkeen kehittämiseen liittyvät lähteet.

Kysymykset	Lähde
1–5 taustatiedot	Nykänen, Mari 2014. Ansiotyö ja omaishoito - työssäkäyvien omaishoitajien ja työnantajien kokemuksia ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittamista tukevista keinoista Etelä-Savon alueella. Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu.
6–9 yleinen terveydentila ja elämän laatu	Näkki, Pirjo 2006. Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006 (38), Helsinki.
10–11 kuormitustekijät ja hyvinvointi	Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset Ry
12–17 lääkkeet	AUDIT -kysely mukaillen. Terveysportti i.a. AUDIT-kysely. Kustannus Oy Duodecim Lääkärin tietokannat.
18 alkoholi	Kaskiharju, Eija & Kemppainen, Anne-Katri 2012. Päihdepelisäännöt palvelutaloihin - yhteinen asia, yhdessä oivaltaen. Raportteja 1/2012, Helsinki: Ikäinstituutti
19–21, 28–29, 32 alkoholi	AUDIT, Päihdelinkin juomatapatesti. Päihdelinkki.fi, A-klinikkasäätiö.
22 alkoholi	Berman, Anne & Brisendal, Claes 2011. DUDIT-E & Alcohol-E. Samtala konstruktivt om droger och alcohol. Stockholm: Gothia Förlag.
23–24 päih-teet ja omaishoito	Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset Ry
25 alkoholi	Näkki, Pirjo 2006. Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006 (38), Helsinki.
26–27 alkoholi	Huttunen, Matti 2015. Alkoholiriippuvuus. Terveyskirjasto, Lääkärikirja Duodecim.
30–31 päih-teet	Pääkaupunkiseudut Omaishoitajat ja Läheiset Ry
33 tukitoimet yhdistykseltä	Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset Ry
34 palaute	Kyselyn laatijat

## LIITE 2: Kysely omaishoitajalle

## KYSELY OMAISHOITAJALLE

Ympyröikää oikeaa vaihtoehtoa vastaava **numero**, ellei toisin mainita. Joissakin kysymyksissä on myös vaihtoehto kirjoittaa vastaus sille varattuun tilaan. Tämän kyselylomakkeen täyttämiseen menee aikaa vähintään 20 minuuttia. Kiitos jo etukäteen vastauksistanne!

**1. Sukupuoli:**

- 1 Nainen                      2 Mies                      3 Muu

**2. Ikä vuosina:** \_\_\_\_\_**3. Elämäntilanteenne? Ympyröikää sopiva vaihtoehto.**

- 1 Työssäkäyvä  
2 Työtön  
3 Eläkeläinen  
4 Opiskelija  
5 Perhevapaalla  
6 Muu, mikä?
- 

**4. Ketä läheistänne ensisijaisesti hoidatte? Ympyröikää sopiva vaihtoehto.**

- 1 Vanhempaani  
2 Puolisoani  
3 Lastani  
4 Sisarustani  
5 Muuta henkilöä, ketä?
- 

**5. Kauanko olette hoitaneet läheistänne?**

- 1 Alle 1 vuotta

- 2 1-5 vuotta
- 3 6-10 vuotta
- 4 Yli 10 vuotta

**6. Millainen on mielestänne yleinen terveydentilanne?**

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskihertainen
- 4 Melko huono
- 5 Erittäin huono

Voitte halutessanne mainita muutaman asian terveydentilastanne.

---

---

---

---

**7. Kuinka tyytyväinen olette elämäänne tällä hetkellä?**

- 1 Hyvin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen
- 3 En tyytymätön, mutta en tyytyväinenkään
- 4 Melko tyytymätön
- 5 Hyvin tyytymätön

**8. Jos ajattelette elämäänne viisi vuotta sitten ja vertaatte sitä nykyiseen, niin onko elämänne mennyt**

- 1 Parempaan suuntaan
- 2 Pysynyt ennallaan
- 3 Huonompaan suuntaan

Jos tilanne on muuttunut, miksi? Voitte kuvailla lyhyesti.

---

---

---

---



---



---

**9. Oletteko kokeneet seuraavia vaivoja viime aikoina? Ympyröikää sopivaa vaihtoehtoa vastaava numero.**

	En	Kyllä
Väsymystä	0	1
Päänsärkyä	0	1
Ahdistuneisuutta tai jännittyneisyyttä	0	1
Unihäiriöitä (esim. unettomuutta, heikentynttä unen laatua, katkonaista unta, levottomat jalat)	0	1
Keskittymisvaikeuksia tai aloituskyvyttömyyttä	0	1
Yksinäisyyttä	0	1
Masentuneisuutta	0	1
Hermostuneisuutta tai rauhattomuutta	0	1
Itsemurha-ajatuksia	0	1
Muistin heikkenemistä	0	1
Turvattomuuden tunnetta	0	1

Muuta, mitä?

---



---



---

**10. Millaiset asiat koette kuormittaviksi tai raskaiksi omaishoitajuudessa?**

---



---



---



---



---

**11. Millä tavoin pidätte huolta itsestänne?**

---

---

---

---

---

---

**12. Millaisia lääkkeitä teillä on käytössänne tällä hetkellä? Voitte nimetä lääkkeiden nimet halutessanne.**

---

---

---

**13. Onko mainitsemanne lääkkeet määrätty joihinkin näistä käyttötarkoituksista?**

- 1 Pitkäaikaissairauden hoitoon
- 2 Nukahtamiseen
- 3 Kipuun
- 4 Masennukseen tai mielialan tasaamiseen
- 5 Rauhoittamaan
- 6 Muuhun, mihin?

---

---

---

**14. Onko teille määrätty uusia lääkkeitä omaishoitajaksi ryhtymisenne jälkeen? Jos on niin mitä, ja mihin tarkoitukseen?**

---

---

---

---

**15. Oletteko käyttäneet lääkkeitä muuhun kuin niille määrättyyn tarkoitukseen?**

- 1 Kyllä                      2 En

Mitä lääkkeitä ja mihin tarkoitukseen? Esimerkiksi nukahtamiseen, rentoutumiseen, mielialan tasaamiseen tai kohentamiseen.

---

---

---

---

**16. Onko läheisenne tai tuttavanne ilmaissut huolensa lääkkeiden käytöstänne?**

- 1 Kyllä                      2 Ei

**17. Oletteko tunteneet syyllisyyttä lääkkeiden käytöstänne?**

- 1 Kyllä                      2 En

**18. Minkä verran olette käyttäneet alkoholia viime aikoina?**

- 1 En ollenkaan
- 2 Kohtuudella päihtymättä
- 3 Pieniä määriä päivittäin ja toistuvasti
- 4 Suurina kerta-annoksina satunnaisesti
- 5 Runsaasti tai lähes jatkuvasti

**19. Montako annosta alkoholia käytätte viikossa? \_\_\_\_\_**

Yksi annos = 1 pullo keskiolutta tai siideriä,  
lasillinen viiniä (12 cl) tai 4 cl viinaa.  
Pullo mietoa viiniä = 6 annosta.  
Pullo väkevää viiniä = 10–11 annosta.  
Pullo viinaa (50 cl) = 13 annosta

**20. Kuinka usein käytätte alkoholia?**

- 1 En koskaan
- 2 Kerran kuussa tai harvemmin
- 3 Kahdesta neljään kertaa kuussa
- 4 Kahdesta kolmeen kertaa viikossa
- 5 Neljästi viikossa tai useammin

**21. Montako annosta juotte kerralla?**

- 1 1–2
- 2 3–4
- 3 5–6
- 4 7–9
- 5 10 tai enemmän

**22. Jos juotte alkoholia, mitä näistä vaihtoehdoista suositte? Voitte ympyröidä yhden tai useamman.**

- 1 Mieto alkoholijuoma (esim. olut, siideri, long drink)
- 2 Perinteinen viini (puna-, valko- ja roseeviinit)
- 3 Kuohuviini tai samppanja
- 4 Jälkiruokaviini (esim. väkevät viinit, sherry, vermut, portviini)
- 5 Väkevä alkoholijuoma (esim. viina, vodka, konjakki, viski, rommi, likööri)
- 6 Muuta, mitä? \_\_\_\_\_

**23. Käytättekö alkoholia tai lääkkeitä johonkin näistä tarkoituksista? Voitte valita yhden tai useamman.**

- 1 Nukahtamiseen
- 2 Mielialan kohentamiseksi
- 3 Ajanvietteeksi
- 4 Stressinhallinnan keinona
- 5 Tunteiden tukahduttamiseksi
- 6 Muuhun, mihin?

---

---

---

**24. Onko alkoholinkäyttönne lisääntynyt ryhdyttyänne omaishoitajaksi?**

1 Kyllä                      2 Ei

**25. Minkä verran käytitte alkoholia ennen omaishoitajuutta?**

- 1 En ollenkaan
- 2 Kohtuudella päihtymättä
- 3 Pieniä määriä päivittäin ja toistuvasti
- 4 Suurina kerta-annoksina satunnaisesti
- 5 Runsaasti tai lähes jatkuvasti

**26. Oletteko yrittäneet vähentää alkoholinkäyttöänne?**

1 Kyllä                      2 En

**27. Oletteko onnistuneet käytön vähentämisessä?**

1 Kyllä                      2 En

**28. Oletteko tunteneet syyllisyyttä alkoholinkäytöstänne?**

1 Kyllä                      2 En

**29. Onko läheisenne tai tuttavanne ilmaissut huolensa tai ärtymyksensä alkoholinkäytöstänne?**

1 Kyllä                      2 Ei

**30. Onko hoidettava läheisenne käyttänyt alkoholia tai lääkkeitä päihtyneeseen?**

1 Kyllä                      2 Ei

**31. Oletteko käyttäneet alkoholia tai lääkkeitä yhdessä hoidon tarvitsijan kanssa?**

1 Kyllä                      2 En

**32. Oletteko loukkaantunut tai ollut sairaalahoidossa alkoholin tai lääkkeiden käytöstä aiheutuneen syyn vuoksi?**



1 Kyllä                      2 En

**33. Millaista tukea POLLI ry voisi mielestäsi tarjota omaishoitajien jaksamiseen sekä alkoholin ja lääkkeiden käyttöön liittyen?**

---

---

---

---

---

**34. Millaisia ajatuksia kysely herätti? Sana on vapaa!**

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Suurkiitos vastauksistanne!**

Joillakin vastanneilla on lisäksi mahdollisuus osallistua yksilöhaastatteluun, jossa juttelemme tarkemmin omaishoitajuudestanne ja päihteiden käytöstänne. Myös haastattelu on täysin luottamuksellinen ja henkilöllisyytenne jää vain opiskelijoiden tietoon. Jos olette käytettävissä henkilökohtaiseen haastatteluun, lisätkää alle yhteystietonne. Olemme teihin yhteydessä alkuvuodesta 2016.

Nimi: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Sähköposti: \_\_\_\_\_

## LIITE 3: Saatekirje kyselyyn osallistuville

Hyvä omaishoitaja!

Teette arvokasta työtä omaishoitajana ja täten tiedätte parhaiten omaishoitajuuden iloista ja suruista. Teemme selvitystä omaishoitajuuden kuormittavuudesta ja päihteiden käytöstä. Ohessa on kyselylomake, johon toivomme Teidän vastaavan. Kertomalla mielipiteenne Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry saavat hyödyllistä tietoa omaishoitajien tukemismahdollisuuksista sekä kehittämistarpeista järjestönä. Antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Kyselyt välittää ja vastaanottaa erikseen nimetty POLLI:n henkilökunnan edustaja, joka toimittaa ne avaamattomina suoraan opiskelijoille. Sekä POLLI:n yhteyshenkilö että tutkimuksen suorittajat ovat vaitiolovelvollisia.

Kyselylomakkeeseen ei tarvitse merkitä henkilötietoja, ellette halua osallistua myöhemmin suoritettavaan haastatteluun. Henkilöllisyytenne jää tässäkin tapauksessa vain opiskelijoiden tietoon. Opinnäytetyössä ei tule olemaan tietoja, joista voitaisiin tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Selvityksen tuloksia käytetään hyväksi mm. suunniteltaessa POLLI:n järjestötoimintaa. Valmis opinnäytetyö julkaistaan keväällä verkossa sekä POLLI:n internetsivujen Materiaalit -osiossa että sähköisessä opinnäytetöiden Theseus-tietokannassa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Jos Teillä herää kysymyksiä kyselyyn liittyen, vastaamme niihin mielellämme. Yhteystietomme ovat alla. Vastaamiseen on hyvä varata aikaa vähintään 20 minuuttia. Olkaa hyvä ja lähettäkää postitse täytetty kyselylomake oheisessa palautuskuoressa ke 16.12.2015 mennessä. Postimaksu on maksettu puolestanne.

Arvokkaasta avustanne kiittäen ja mukavaa joulun odotusta toivottaen,

Mira Koskenniska

sairaanhoitajaopiskelija

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Helsinki

Mikaela Sandelin

sairaanhoitajaopiskelija

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Helsinki