

Päivi Hämäläinen

Laura Pitkänen

Eila Suomalainen

Elina Utriainen

”On lupa toisesta huolta kantaa...”

Muistisairasta läheistään hoitavan
omaishoitajan terveystapaaminen

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Huhtikuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 27.04.2010
Tekijä(t) Päivi Hämäläinen, Laura Pitkänen, Eila Suomalainen, Elina Utriainen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Nimeke ”On lupa toisesta huolta kantaa..” Muistisairasta läheistään hoitavan omaishoitajan terveystapaaminen		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaiseksi Mikkelin seudulla asuvat muistisairasta läheistään hoitavat omaishoitajat kokevat oman terveydentilansa ja omaishoitajan työssä jaksamisensa. Samalla selvitettiin omaishoidon tukipalvelujen riittävyyttä omaishoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön toinen tarkoitus oli valmiin mallin laatiminen omaishoitajien terveystapaamisille Mikkelin ammattikorkeakoulun hyvinvointi- ja terveystapaamisia tuottavaan palveluyksikköön Elixiriin.</p> <p>Tämä opinnäytetyö liittyy osana Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry:n LähDe-hankkeeseen, jonka tavoitteena on muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien työhyvinvoinnin edistäminen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastatteleamalla Mikkelin seudulla asuvia muistisairasta läheistään hoitavia omaishoitajia. Haastatteluun osallistui 21 omaishoitajaa. Haastattelulomake sisälsi avoimia ja puolistrukturoituja kysymyksiä sekä erilaisia terveystapaamisia kuten verenpaineen ja verensokerin mittauksen. Opinnäytetyön tutkimustuloksista on laskettu frekvenssejä Excel-taulukkolaskennan avulla. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin.</p> <p>Tutkimustulokset vahvistavat kokemuksia omaishoitajan työn sitovuudesta. Fyysisesti kuormittavaksi omaishoitajan työn koki yli puolet vastanneista. Yleisimmäksi sairaudeksi tutkimukseen osallistuneilla omaishoitajilla nousi tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Säännöllisissä terveystapaamisissa kävi noin puolet omaishoitajista. Omaishoitajien omien lomien pitäminen mahdollistui paremmin niillä, joilla oli tukiverkostoa ympärillään.</p> <p>Jatkotutkimuksena tälle opinnäytetyölle voisi olla tutkimus siitä, miltä osin säännölliset terveystapaamiset ovat parantaneet omaishoitajien työhyvinvointia.</p>		
Asiasanat (avainsanat) dementia, omaishoitajuus, tukeminen , jaksaminen, terveystapaaminen		
Sivumäärä 38+liitteet	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Riitta-Liisa Jukarainen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis 27.04.2010
Author(s) Päivi Hämäläinen, Laura Pitkänen, Eila Suomalainen, Elina Utriainen	Degree programme and option Nursing Degree Programme	
Name of the bachelor's thesis The health consultation of family carer caring for a close relative who suffers from dementia "You have a permission to take care of another"		
Abstract <p>The results of this thesis have been counted using an Exel-spreadsheet program. The answers of the open ended questions were analysed by content. The results of the study confirmed the validity of the experience of the family carers work. Over half of interviewees felt that family carer work was physically stressful. Motor diseases were the most common diseases that the carers suffered from in this study. Around half of family carers needed regular health consultations. Those family carers who had the purpose of this thesis was to identify how the family carers, who take care of their close relatives suffering from dementia, perceived their own health and strength for their work. Investigating the adequacy of auxiliary services was part of the purpose as well from the perspective of family carers. The other purpose of this thesis was to plan and create a form for use by health consultation for family carers who use Elixir. Elixir is the health and well being service centre of Mikkeli University of Applied Sciences. This thesis is a part of LähDe-project made by Mikkeli Dementia club. The purpose of this project is to advance the well being of family carers caring for their close relatives who suffer from dementia.</p> <p>The material for this thesis was gathered by interviewing the family carers living around Mikkeli. Twentyone family carers were involved in these interviews. The duration of health consultation was one and a half hour each. The interview form included open ended and half-structured questions and also different health measurements for example blood pressure and blood sugara support network around them could take breaks and be relieved occasionally.</p> <p>The follow-up research for this thesis could be the study how regular health consultations have improved family carers wealth.</p>		
Subject headings, (keywords) dementia, family carer, supporting, coping as a family carer, health consultation		
Pages 38+annexes	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Riitta-Liisa Jukarainen	Bachelor's thesis assigned by Mikkeli Dementia club	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	OMAISHOITAJUUTTA TUKEVIA PALVELUJA	2
	2.1 Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry ja Lähde-hanke	3
	2.2 Elixiiiri	4
3	OMAISHOITAJUUS JA MUISTISAIRAUS	4
	3.1 Muistisairaus ja dementia.....	5
	3.2 Omaishoitajuus ja hoitosuhde	6
	3.3 Tukeminen ja jaksaminen	6
	3.1.1 Omaishoitajan jaksaminen	7
	3.1.2 Terveystapaaminen	8
	3.4 Terveystapaaminen.....	9
4	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA OMAISHOITAJUUDESTA	10
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
6	TUTKIMUSMENETELMÄT	13
	6.1 Aineiston keruu ja analysointi.....	14
7	TULOKSET	16
	7.1 Taustatiedot	16
	7.2 Omaishoitajuuden kesto ja omaishoidettavan hoidontarve.....	16
	7.3 Omaishoitajien terveys	18
	7.5 Liikunta ja harrastukset	23
	7.6 Omaishoitotyön fyysinen kuormittavuus	24
	7.7 Omaishoitajien mieliala	26
	7.8 Muistisairaus ja väkivalta.....	26
	7.9 Omaishoitajien tyytyväisyys tähänhetkiseen elämäntilanteeseen	27
	7. 10 Omaishoitajuuteen saatu tuki	29
	7.11 Omaishoitoperheiden taloudellinen tilanne.....	30

8	OMAISHOITAJIEN TERVEYSTAPAAMISIEN MALLI.....	31
9	TULOSTEN TARKASTELUA	32
10	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	36
11	JATKOTUTKIMUS- JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	37

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Suomessa on yli miljoona omaistaan auttavaa ihmistä, joista pääasiallisia auttajia on noin 300 000. Henkilökohtaisissa toimissa läheistään auttaa päivittäin noin 60 000 henkilöä ja vähintään kerran viikossa yli 100 000 suomalaista. Yli miljoonasta avunsaajasta 51 % on auttajien vanhempia, 4 % avo- tai aviopuolisoita, 5 % lapsia ja 40 % muita ystäviä tai tuttuja. (Puustell 2009, 7.)

Omaishoitolaissa omaishoitajaksi määritellään henkilö, joka on tehnyt kuntansa kanssa sopimuksen omaishoidontuesta. Suomessa on noin 36 000 omaishoitolain tarkoittamaa omaishoidontukea saavaa omaishoitajaa. Suomen omaishoidon verkosto puolestaan määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti. Arvioiden mukaan Suomessa 300 000: sta omaishoidettavasta 60 000 olisi pysyvän laitoshoidon tarpeessa ilman omaishoitajaa. (Järnsted 2009, 7.)

Omaishoitajat hoitavat läheisiään rakkaudesta. Toisinaan omaishoitaja työskentelee voimiansa ääri rajoilla jopa vuorokauden ympäri. Tämä etenkin henkisesti raskastyö vaatii irrottautumista samoista kuvioista ja aikaa keskittyä myös omaan hyvinvointiin. (Välimäki 2005, 4–5.)

Omaishoitolain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka sisältää hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle annettavan hoitopalkkion, vapaan ja omaishoitoa tukevat palvelut. (Laki omaishoidon tuesta 2005/937 1§.)

Omaishoidon on tutkittu olevan halpaa ja säästävän yhteiskunnan varoja luultua enemmän. Tänä vuonna omaishoidosta syntyvän säästön on arveltu olevan 147 miljoonaa euroa. (Maatraiva 2009) Yhteiskuntamme ajauduttua säästämiseen kaikilla tahoilla voimme säästää tukemalla omaishoitoa. Omaisen hoitaminen kotona tulee yhteiskunnalla paljon edullisemmaksi kuin laitoshoidon. Omaishoidon inhimillisyyden säilyttämiseksi olisi myös omaistaan kotona hoitavia ihmisiä tuettava kaikin keinoin, että he jaksaisivat arvokkaassa työssään mahdollisimman pitkään. Ilman erilaisia tu-

kimuotoja omaishoitajilla on vaarana uupua työssään ja tämän seurauksena yhteiskunnalla voi olla kaksi laitoshoidon asiakasta yhden sijasta ja säästöt valuvat hukkaan.

Mikkelissä on noin 260 sellaista omaishoitajaa, jotka saavat kunnallisen omaishoidon palkkion. Tämän lisäksi on 45 sellaista perhettä, jotka saavat muunlaista omaishoidon tukea. Arvioiden mukaan kaupungissa on kuitenkin viitisensataa sellaista perhettä, jotka tarvitsisivat tukea. Tuen ulkopuolella olevissa perheissä ei tunnisteta sitä, että kyseessä on omaishoito. (Puustell 2009, 7.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa Mikkelin seudun muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien terveydentilasta ja tukipalvelujen riittävydestä sekä tehdä malli omaishoitajien terveystapaamisille. Olemme tehneet terveystapaamisia kevästä 2009 alkaen ja tiedot muistisairasta läheistään hoitavien omaisten terveydentilasta saatiin näiden tehtyjen terveystapaamisten pohjalta. Jatkossa terveystapaamisten kohdejoukko laajenee kattamaan kaikki omaishoitajat. Tavoitteenamme on saada aikaan toimiva omaishoitajien terveyttä tukeva palvelu. Omaishoitajat ovat usein iäkkäitä, eivätkä kuulu työterveyshuollon piiriin, jossa heidän terveyttään ja työssä jaksamistaan seurattaisiin. Mikkelissä on aloittamassa toimintaansa ikäneuvola ja tarkoituksenamme on tehdä yhteistyötä tämän toimijan kanssa. Tavoitteena olisi, että Elixiri toimisi niin sanottuna matalan kynnyksen paikkana, josta asiakkaita voitaisiin ohjata tarpeen vaatiessa ikäneuvolan palveluiden piiriin.

2 OMAISHOITAJUUTTA TUKEVIA PALVELUJA

Omaishoitajien työhyvinvointia tukevat palvelut auttavat heitä jaksamaan arjen työssään. Opinnäytetyömme on osa Mikkelin seudun Muisti ry:n LähDe-hanketta, jonka tavoitteena on omaishoitajien työhyvinvoinnin edistäminen. Meidän tehtävämme LähDe-hankkeessa on ollut muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien terveystapaamisten järjestäminen ja toteuttaminen. Terveystapaamiset on toteutettu pääosin Mikkelin ammattikorkeakoulun hyvinvointi- ja terveystapaamisia tuottavassa palveluyksikössä, Elixirissä.

Mikkelin seudun Muisti ry toimi nimellä Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry vuoden 2009 loppuun.

2.1 Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry ja Lähde- hanke

Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry perustettiin vuonna 1989. Yhdistyksen toiminta-alueina ovat Mikkelin ja sen ympäristökunnat. Dementiayhdistys toimii dementoivaa sairautta sairastavan ja hänen läheistensä tukena arkielämässä. Yhdistyksen tehtäväkuvaan kuuluu muistihäiriöistä, dementiaa aiheuttavista sairauksista ja niiden hoidosta tiedottaminen yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Yhdistys neuvoo ja opastaa palveluiden ja etuuksien hakemisessa. Se myös seuraa taloudellisten, sosiaalisten ja juridisten etujen toteutumista alueellaan sekä vaikuttaa dementoivaa sairautta sairastavien ja omaisten asemaa koskeviin asenteisiin ja päätöksentekoon Mikkelin seudulla. (Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry, 2009.)

Yhdistyksen tavoitteena on kehittää dementoivaa sairautta sairastavien hoitoa ja omaisten tukitoimia. Tehtäväkuvaan kuuluu myös tiedotus-, koulutus- ja virkistystapahtumien järjestäminen sairastuneille, läheisille ja ammattihenkilöille. Yhdistys toimii tiiviissä yhteistyössä alueen julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Yhdistyksen toimintamuotoja ovat mm; päivätoiminta, kehittämis- ja vaikuttamistyö, asiantuntija palvelut, vertaistukitoiminta ja virkistystoiminta. Yhdistyksellä on jatkuvasti meneillään dementiatyön kehittämisprojekteja sekä Mikkelissä, että yhteistyössä eri järjestöjen kanssa eri puolella Suomea (Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry, 2009.)

LähDe-hanke on Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry:n 3-vuotinen rahoitettava hanke, jonka tavoitteena on muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien työhyvinvointi palveluiden kehittäminen. Hankkeen tavoitteena on kehittää palvelujärjestelmän eri toimijoiden välistä yhteistyötä, monipuolisia ja oikea-aikaisia omaishoitajille suunnattuja hyvinvointipalveluita, kuntouttavia toimintoja, harraste- ja virkistysmahdollisuuksia sekä omaishoitajan suunnitelmallista terveydentilan seurantaa. Tavoitteena on lisäksi parantaa kotihoidon henkilöstön osaamista tunnistaa omaishoitajan hyvinvointiin ja jaksamiseen liittyviä riskitekijöitä sekä opastaa heitä ohjaamaan omaishoitajia oikea-aikaisesti palvelujen piiriin. LähDe-hanke toteutetaan vuosina 2008–2010.

LähDe- hankkeessa kehittämistyön painopistealueet ovat omaishoitajien terveyden seuranta- ja edistämispalvelujen kehittäminen, virkistys- ja vapaa- ajan palveluiden kehittäminen, ohjaus- ja neuvontapalveluiden kehittäminen sekä kuntoutuspalveluiden kehittäminen. Omaishoitajien terveyden seurantaan ryhdyttiin kehittämään muun muassa aloittamalla opiskelijoiden tekemät terveystapaamiset Elixirissä, sekä omaishoitajien kotona vuoden 2009 alusta. (LähDe-hankeraportti, 2008.)

2.2 Elixiri

Elixiri on Mikkelin ammattikorkeakoulun pääasiallisesti opiskelijavoimin toimiva hyvinvointi- ja terveyspalveluja tuottava palveluyksikkö. Se toimii opiskelijoille myös käytännön opiskelupaikkana. Elixirin toiminta-ajatuksena on edistää Mikkelin seudun väestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Toiminnan lähtökohtana palveluosaamisen kehittämisessä on asiakaslähtöisyys sekä kansalaisten omaehtoisen terveyttä ja hyvinvointia edistävän toiminnan tukeminen. Tavoitteena toiminnalle on laadukkaiden hyvinvointia ja terveyttä edistävien, ylläpitävien ja kuntouttavien palvelujen tuottaminen ja tarjoaminen osaamiskeskuksen tiloissa, asiakkaiden omissa kodeissaan, yrityksissä ja yhteisöissä sekä palvelutoiminnan kehittäminen innovatiivisesti ja asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. (Elixiri, 2009)

Elixiri tarjoaa Mikkelin seudun asukkaille monipuolisia hyvinvoinnin palveluja kuten fysioterapiapalveluita, jalkojenhoitoa, lastenhoitoa, ergonomiakartoituksia ja erilaisten ryhmien ohjausta. Elixirissä toimii myös Liikunta-apteekkipalvelu, jossa asiakkaille suunnitellaan yksilöllisiä liikuntaohjelmia. (Elixiri, 2009.)

3 OMAISHOITAJUUS JA MUISTISAIRAUS

Väestön ikääntyessä myös muistisairaudet ovat yleistyneet. Erityisesti muistisairasta läheistään hoitavat omaishoitajat kokevat työnsä haasteelliseksi ja ovat vaarassa uupua taakkansa alle. Omaishoitajuus muuttuu muistisairauden edetessä, kun hoidettavan avun tarve hiljalleen lisääntyy. Kun omaishoitajan voimat tuntuvat ehtyvän, on hyvä hankkia apua ja tukea mahdollisimman pian. (Muistiliitto ry, 2009.)

3.1 Muistisairaus ja dementia

Muisti on tapahtumasarja, jossa palautetaan mieleen aiemmin opittuja ja koettuja asioita sekä opitaan uutta. Kun muisti toimii, uusi tieto tallentuu aivoihin ja on palautettavissa myöhemmin käyttöön. Muistaminen edellyttää mieleen painamista, mielessä säilyttämistä ja mieleen palauttamista. Kaikki ihmiset unohtelevat asioita ja muistihäiriö on myös varsin yleinen oire. Joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on muistioireita, mutta aina syynä ei ole muistisairaus. Masennus, stressi, suru, runsas alkoholin käyttö, huono ravitsemustila, eräät sairaudet ja lääkkeet vaikuttavat ihmisen kykyyn muistaa asioita tai oppia ja painaa mieleen jotain uutta. Asioiden mieleen painaminen ja palauttaminen edellyttävät muistettavien asioiden aktiivista käyttämistä. (Muistiliitto ry, 2009.)

Muistisairaus ja dementia ovat kasvava yhteiskunnallinen haaste. Samalla kun väestön ikärakenne vanhenee, potilaiden määrä ja hoidon kustannukset kasvavat. Vuonna 2005 Suomessa kärsi keskivaikeasta ja vaikeasta dementiasta noin 85 000 ja lievästä dementiasta noin 35 000 potilasta. Uusia tapauksia ilmaantuu vuosittain noin 13 000. Lievempi arkea haittaava muistihäiriö on viidenneksellä yli 65-vuotiaista. (Erkinjuntti 2006, 5) Vuonna 2010 Suomessa arvioidaan olevan 130 000 dementiapotilasta (Soinila 2001, 322).

Dementia tarkoittaa elimellisen, aivoja vaurioittavan sairauden aiheuttamaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä (Tilvis 2001, 72). Dementia on oireyhtymä, ei siis erillinen sairaus. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna, ja tämä rajoittaa potilaan itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä jälkitila. Dementian syynä voi suuri joukko tiloja, jotka aiheuttavat laaja-alaisen aivojen toimintahäiriön tai vaurion korkeimpien aivotoimintojen kannalta kriittisissä rakenteissa. Yleisiä yksittäisiä dementian syitä ovat Alzheimerin tauti (n. 60 %), vaskulaariset dementiat (20–30 %) sekä joukko harvinaisempia tiloja (mm. frontaalinen dementia, Pickin tauti). (Soinila 2001, 328–329.)

3.2 Omaishoitajuus ja hoitosuhde

Omaishoitolaki määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka on tehnyt kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta (Järnstedt 2009, 7). Omaishoitajat ja Läheiset -liitto ry määrittelee taas omaishoitajan henkilöksi, joka pitää huolta sairaasta, vammaisesta tai ikääntyvästä läheisestään (Tiedä, taida, selviydyt -palveluopas 2009 - 2010, 5).

Kun joku perheenjäsenistä tai muu läheinen alkaa tarvita lisääntyvää hoivaa ja apua selviytyäkseen arjessa, kuluu usein pitkä aika, ennen kuin perhe tunnistaa oman tilanteensa omaishoidoksi. Askel tavanomaisen, usein vastavuoroisen auttamisen ja omaishoidon välillä otetaan miltei huomaamatta, kun tilanne etenee pikku hiljaa ja omaan arkeen tottuu. Omaishoidon perustana oleva läheinen ihmissuhde vaikeuttaa tilanteen havaitsemista ja ymmärtämistä, läheisestä huolehtimisen koetaan kuuluvan perheen vastuulle. (Järnstedt 2009,7.)

Omaishoitolain tarkoittamia omaishoidon tukea saavia omaishoitajia on Suomessa noin 30 000 (Järnstedt 2009,7). Tilastojen mukaan Suomessa on yli miljoona omaistaan auttavaa ihmistä, joista pääasiallisia auttajia on noin 300 000. Mikkelissä on noin 260 sellaista omaishoitajaa, jotka saavat kunnallisen omaishoidon palkkion. (Puustell 2009,7.)

Omaishoidon tukea saa 36 000 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä on 66 %, 18–64 -vuotiaita 21 % ja 0–17-vuotiaita 13 %. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä hoitajia on 35 000, joista 49 % on 65 vuotta täyttäneitä. (Kunnat, 2010.)

3.3 Tukeminen ja jaksaminen

Perhe on omaishoitajan paras tuki. Tukea voi saada myös naapureilta ja ystäviltä. Usein omaishoitaja on kuitenkin niin kiinni hoidettavassaan, ettei ehdi hoitaa ihmissuhteitaan ja ystävien verkko pienenee. Jos omaishoitaja ja hänen hoidettavansa ovat iäkkäitä, ystäväverkko on jo pienentynyt ikätovereiden kuoltua, joten omaishoitaja on melko yksin raskaassa työssään. Järjestöjen tarjoama vertaistuki on yksi tärkeä voimavaran lähde. Arvokkaita tukijoita ovat myös erilaiset päivätoimintakeskukset, joihin

hoidettavan voi viedä tarvittaessa. Kotihoidon työntekijä voi olla tärkeä ja läheinen tuki omaishoitajalle. (Lahtinen 2008, 16–17.)

3.1.1 Omaishoitajan jaksaminen

Omaishoitajana on usein ihminen, joka on oman päivätyönsä jo tehnyt. Hän tarvitsee itsekin lepoa ja rauhaa. Koti voi muuttua työpaikaksi, apuvälineiden säilytyspaikaksi ja paikaksi, jossa on totuttava myös vieraisiin ihmisiin. Hoitaja stressaa itseään ajatellaan, löytyykö kaikki tarvittavat tavarat, välineet, onko kaikki hyvin. (Puustell 2009,7.) Herkästi omaishoitaja sivuuttaa omat tarpeensa. Työssä jaksamisen edellytyksenä on omasta psyykkisestä ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen. On myös hoidettavan etu, että omaishoitaja huolehtii itsestään ja tunnistaa omat voimavaransa. (Järnstedt ym. 2009, 132 – 133) Omaishoitajan väsyessä hoidettavalle voidaan tarjota lyhythoitopaikkoja tai palveluja kotiin (Puustell 2009, 7).

Omaishoitaja tarvitsee jaksukseen tukea ja palveluja hoidettavalle. Jotta hoito onnistuisi, tueksi tarvitaan hoitotarvikkeet, apuvälineet ja asunnon muutostyöt. Näiden lisäksi työssään jaksamisen edellytyksenä on riittävä taloudellinen tuki ja vapaa-aika omaishoidontyöstään. (Järnstedt 2009,9.)

Omaishoitolain mukaan omaishoidon tukea voi hakea jokainen sairasta tai vammaista lasta, aikuista tai ikäihmistä kotona hoitava henkilö, jonka hoidettava tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Omaishoidon tuen myöntämisestä päätöksen tekee yleensä kunnan kotipalvelun viranhaltija kotikäynnin ja hoidettavan henkilön hoitoisuusarvion perusteella. Perusteena tuelle ovat hoitotyön sitovuus ja vaativuus. Omaishoitajan työ määritellään kevyeksi, melko vaativaksi tai erittäin vaativaksi hoidon tarpeen perusteella. Vaativin hoito tarkoittaa sitä, että omaishoidettava tarvitsee apua kaikissa toiminnoissaan ympäri vuorokauden. Myönnettäessä omaishoidontukea hoitajan ja kunnan välille laaditaan sopimus, jossa sovitaan hoitopalkkiosta ja sen suorittamisesta, palkkion maksamisesta hoidon keskeytymisen ajalta, hoitajalle järjestettävästä vapaasta, hoidon arvioidusta kestosta sekä sopimuksen irtisanomisesta. Sopimuksen liitteeksi tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määri-

tellään annettu hoito sekä sen turvaamisessa välttämättömät palvelut. (Pietilä & Saarenheimo 2003, 12–13.)

3.1.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka pyrkii lisäämään ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämäänsä. Sen kautta lisätään terveyden edellytyksiä ihmisten arjessa. Terveyden edistäminen on kokonaisvaltaista toimintaa, joka koostuu yhteiskunnallisten, ympäristöön liittyvien ja kasvatuksellisten edellytysten luomisesta terveydelle. Sitä on myös terveystalvelujen kehittäminen ja suuntaaminen terveyttä edistävällä tavalla. Terveyden edistämisen ei tulisi jäädä pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten tehtäväksi, vaan siihen pitäisi saada mukaan koko yhteisö ja yhteiskunta. (Laine ym. 2004, 208 – 209.) Terveyden edistämisen tavoitteena on, että jokainen yksilö ja yhteisö voisi käyttää omia voimavarojaan niin hyvin kuin mahdollista elääkseen omaa elämäänsä ja tukeakseen muiden selviytymistä (Armanto ym.2007, 23).

Terveyden edistäminen pohjautuu arvoperustaan ja sen tärkeitä arvoja ovat ikääntyneen ihmisarvon ja autonomian kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, voimavaralähtöisyys (empowerment), oikeudenmukaisuus, osallistuminen, yhteistyö, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. Haasteena Suomessa on terveyden tasa-arvon toteuttaminen ja terveyserojen kaventaminen. Iäkkäiden ihmisten terveyden edistämisen haasteena on myös terveyden, toimintakyvyn, taustatekijöiden ja koko elämäntilanteen laaja-alainen tunnistaminen ja arviointi. Terveyttä edistetään preventiivisen (sairauksien ehkäisy) ja promotiivisen (voimavarojen vahvistaminen) toiminnan avulla. Lähtökohtana preventiiviselle on erityisesti riskien ja riskiryhmien tunnistaminen ja arvioiminen. (Lyyra ym. 2007, 31.) Promootio tarkoittaa yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasoilla erilaisia keinoja ja tapoja, jotka vahvistavat iäkkäiden ihmisten terveyttä, toimintakykyä ja voimavaroja (Lyyra ym. 2007, 33).

Promotiivinen ja preventiivinen terveyden edistäminen on yhteistyötä. Ikääntyneen ihmisen terveyttä edistetään yksilötasolla asiakas-, hoito- ja hoivatilanteissa esimerkiksi terveyttä edistävän hoitotyön ja voimavaralähtöisen neuvonnan keinoin. Yhteisötasolla puolestaan ikääntyneiden terveyttä edistetään palvelutaloissa, päiväkeskuksissa

ja lähiöissä esimerkiksi liikunta- ja kulttuuripalveluissa sekä tapahtumissa ja kerhotoiminnassa. (Lyyra ym. 2007, 33.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (2006) mukaan terveyden edistämisen näkökulma tulisi integroida kaikkiin ikääntyneille tarjottaviin palveluihin. Toiminnan tulisi ehkäistä sairauksia, lisätä väestön terveyttä ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Edellytyksenä tälle on ikääntyneille tarjottavien palveluiden tuottajien, palvelujärjestelmän ja päättäjien sitoutuminen terveyden edistämisen valtakunnallisiin tavoitteisiin. Kunnissa tulisi hyväksyä terveyden edistäminen kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jossa terveystieteiden näkökohdat otetaan huomioon kaikissa toiminnoissa ja kaikilla toimialoilla. Terveystieteiden ammattilaiset ovat kunnissa asiantuntija asemassa terveyden edistämisen ja kansanterveystyön suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. (Lyyra ym. 2007, 33–34.)

Ajankäyttötutkimuksen perusteella 65- 75-vuotta täyttäneiden kansalaisten työpanos on suurin lastenhoidossa, ruuanlaitossa, asioinnissa ja vanhusten- ja sairaanhoidossa. Ikääntyneet voivat siis olla monilla tavoin hyödyksi yhteiskunnassa. Entistä tärkeämmäksi nousee ikääntyvän väestön terveyden edistäminen ja terveenä ikääntymisen tukeminen. (Lyyra ym. 2007, 36–37.)

3.4 Terveystapaaminen

Terveystapaamisissa terveyden edistäminen tarkoittaa itsehoitoon ja aktiiviseen elämään ohjaamista. Itsehoito voi olla paitsi ennakkoivaa huolenpitoa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista myös toimintakyvyn heikkenemisen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyviä toimenpiteitä. Itsehoito edellyttää tietoa ikääntymisestä, terveydestä, terveystieteiden näkökohdista sekä saatavilla olevista palveluista ja harrastusmahdollisuuksista. Erilaiset elämän siirtymävaiheet, kuten läheisen ihmisen sairastuminen tai kuolema, avioero sekä muutto, vaikuttavat keskeisesti siihen, miten ikääntynyt jaksaa huolehtia omasta terveydestään. (Huohvanainen & Koponen 2008, 4.)

Opinnäytetyössämme terveystapaamisilla tarkoitetaan muistisairasta läheistään hoitaville omaishoitajille tehtävää haastattelua, jossa selvitetään omaishoitajan terveyttä ja

työssä jaksamista. Terveystapaamiselle varataan aikaa tunnista puoleentoista tuntiin. Terveystapaamisessa kysellään omaishoitajan omaa arviota terveydentilastaan sekä elämäntapoihin liittyviä asioita, kuten harrastuksia, mahdollisuuksia ulkoiluun ja kekeko omaishoitaja itsensä masentuneeksi. Terveystapaamiset sisältävät myös erilaisia mittauksia: verenpaineen, verensokerin, BMI:n, vyötärön ympäryksen ja tarvittaessa kolesterolin ja hemoglobiinin mittauksen.

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA OMAISHOITAJUDESTA

Omaishoitajien työn ja sosiaalietuuksien kartoitusta sekä henkilökohtaisia kokemuksia hoitotyöstä on tutkittu hyvinkin kattavasti useassa yliopistossa eri puolilla Suomea. Muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien varsinaisia tutkimuksia terveydestä ja hyvinvoinnista löytyy niukasti.

Välipakan ja Yabalin (1997, 23–40) tutkimuksesta ilmeni haastateltavien tyytymättömyys omaishoitajajärjestelmään. He ovat tutkineet Jyväskylän maalaiskunnan omaishoitajien (n=43) näkemyksiä sosiaalisesta tuesta ja tekemästään hoitotyöstä sekä niiden kehittämistarpeista. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista eivät omasta halustaan pitäneet juuri minkäänlaista lomaa. Omaishoitajista 40 % koki oman terveytensä erittäin tai melko huonoksi. 63 % koki työnsä ruumiillisesti raskaaksi, henkisesti raskaaksi koki 70 % haastateltavista. Merkittävä osa (65 %) omaishoitajista ei saanut minkäänlaista tukea sosiaaliselta verkostoltaan.

Männistö (2005, 23–30, 70–71) on tutkinut omaishoitoperheeseen (n= 18) kohdistettuja interventioita. Tutkimustuloksista nousi esille, että vain kolmannes haastatelluista omaishoitajista koki jaksavansa työssään hyvin. Heistä kolmasosa kärsi jonkinlaisesta masennuksesta.

Matilainen (2002, 21–23, 28) on tehnyt tutkimuksen dementoitunutta läheistään hoitavan ikääntyneen omaishoitajan (n=10) kokemuksista terveydestään ja sen tukemisesta. Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat määrittelivät terveytensä hyväksi tai ainakin kohtalaiseksi. Fyysisen ja psyykkisen terveyden huononemisen omaishoitajat epäilivät johtuvan vaativasta hoitotehtävästään. Keinoina terveyden säilymiselle omaishoitajat

toivoivat kotiin suunnattuja tukipalveluita ja sijaishoitajärjestelmää asiakkaan kotiin. Avun pyytäminen koettiin vaikeaksi. Omaishoitajat kärsivät vähäisistä yöunista. Liikunnan harrastamiseen ei koettu olevan mahdollisuutta. Kontaktit kodin ulkopuolisiin ihmisiin olivat vähentyneet. Omaishoitajat kaipasivat vertaistukea, keskustelukumppania.

Siiran (2006,1) tutkimus käsittelee ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan (n=95) terveyttä, hyvinvointia ja palveluiden käyttöä. Tutkimuksen mukaan omaishoitotyön sitovuus ja vastuu rasittavat omaishoitajia henkisesti. Vain harva omaishoitaja oli tehtävässään yksin ilman ulkopuolista tukea ja apua. Vastaajilla oli lähes päivittäin mahdollisuus omaan aikaan. Sijaishoitajien puute koettiin ongelmaksi.

Valkaman (2001,1) tutkimuksessa omaishoitajien (n=51) kokemuksista ja näkemyksistä työstään sekä heidän saamastaan sosiaalisesta tuesta ilmeni, että omaishoitajan työ koettiin yleisesti sekä henkisesti että ruumiillisesti raskaaksi. Virallinen palvelujärjestelmä ei toiminut omaishoitajien mielestä sujuvasti. Hoitovapaata käytettiin vähän, vaikka siitä tiedettiin. Syynä oli useimmiten se, ettei hoidettava halunnut kenenkään muun hoitavan itseään. Osallistuminen virkistys- ja koulutustilaisuuksiin oli myös vähäistä.

Pietilä ja Saarenheimo ovat tarkastelleet *Omaishoidon tukeminen Suomessa*-raportissaan tutkimus- ja kehittämishankkeita (n=66) Suomessa, jotka ovat kohdistuneet ikääntyviin omaishoitajiin. Tämä selvitys tehtiin pohjaksi Vanhustyön keskusliiton omaishoitajaprojektille. (Pietilä & Saarenheimo 2003, 3–8.) Omaishoidon ongelmiksi koettiin henkisen raskauden lisäksi työn sitovuus, väsymys, vapaapäivien vähäisyys, hoitopalkkion pienuus ja verollisuus sekä vaikeus jättää omaishoidettava toisen hoitoon tai omaishoidettavan haluttomuus jäädä hoitoon. (Pietilä & Saarenheimo 2003, 22.)

Pietilä ja Saarenheimo ovat julkaisseet (2005, 9–11) tutkimuksen nimeltään *Kaksin kotona, iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia*. Tutkimuksessa tarkasteltiin yksityiskohtaisesti omaishoidon arkea iäkkäissä perheissä (n=43) ja palvelujärjestelmää kulttuurisesta näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin että omaishoitoperheen sosiaalinen verkosto voi kutistua monesta syystä ja monesta suunnasta. Perheen arki-

päivä rakentuu pitkälti hoidon ympärille eikä omaishoitajalle jää välttämättä aikaa omille intresseille tai sosiaaliselle kanssakäymiselle. (Pietilä & Saarenheimo 2005, 54–55.) Tutkimuksessa monet haastatellut omaishoitajat toivat esiin, että heille oli tärkeää pärjätä omillaan, vaikka heillä saattoi olla monenlaisia fyysisiä ongelmia. He halusivat välttää läheisten perheenjäsenten kuormittamista ja kiitollisuudenvelkaan joutumista. (Pietilä & Saarenheimo 2005, 59.)

Eloniemi-Sulkavan ym. ovat julkaisseet tutkimushankkeen nimeltään *Omaishoito yhteistyönä, iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus*. Hankkeessa tutkittiin omaishoitoperheitä (n=125), joissa puoliso hoiti dementoitunutta omaistaan. Tutkimustuloksista nousi esille, että nykyinen palvelujärjestelmä on erittäin monimutkainen ja vastaa heikosti omaishoitoperheiden tarpeisiin. Tutkimuksen mukaan vain puolet omaishoitoperheistä sai palveluja tarvitessaan. Yli kaksi kolmesta koki, etteivät he voineet vaikuttaa saamiinsa palveluihin ja vain kolmannes oli palveluihinsa tyytyväinen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006, 203.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Mikkelin seudun muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien terveyttä ja hyvinvointia sekä tukipalvelujen riittävyyttä suoritettujen terveystapaamisten avulla. Analysoimme terveystapaamislomakkeet ja niistä saaduista tuloksista koostamme tiedon LähDe-hankkeen loppuraporttiin. Tavoitteena on luoda malli terveystapaamisille Elixiriin.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaiseksi muistisairasta läheistään hoitavat omaishoitajat kokevat oman terveytensä?
2. Millä tavalla terveystapaamisia voitaisiin kehittää toimivammaksi kokonaisuudeksi Elixirissä?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimuksemme on sekä kvantitatiivinen eli määrällinen, että kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua. Tutkimuksemme haastattelulomake sisältää avoimia ja puolistrukturoituja kysymyksiä sekä terveystauksia.

Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien (mitattavat ominaisuudet) välisistä eroista ja suhteista. Tämä tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka paljon, kuinka moni, kuinka usein. (Vilka 2007,13–14.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja aiemmat teoriat. Tutkimukseen oleellisesti kuuluu hypoteesin esittäminen ja käsitteiden määrittely. Aineiston keruun suunnittelu on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen numeeriseen mittaamiseen. Tutkimuksessa määritellään perusjoukko ja tästä perusjoukosta otetaan otos tutkimukseen. Kvantitatiiviselle tutkimukselle keskeistä on muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Keskeistä kvantitatiiviselle tutkimukselle on myös päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen, mm. tulosten kuvailu prosenttitaulukoiden avulla ja tulosten merkitsevyyden tilastollinen testaus.(Hirsjärvi 2007, 136.)

Mittari on väline, jolla saadaan määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto tutkittavasta asiasta. Määrällisen tutkimuksen mittareita ovat haastattelukysely- ja havainnointilomake. Muuttuja on esimerkiksi henkilöä koskeva asia, toiminto tai ominaisuus (mielipide, sukupuoli, ikä jne.). Se on asia, josta määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa. (Vilka 2007,14.)

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän lähtökohtaan sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (totuus) väittämiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttä-

en. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 154–155.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällön analyysiprosessia. Tämä on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi menetelmän avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysi- prosessista voidaan karkeasti erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Tämän prosessin eri vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on edellä esitettyä monivaiheisempi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–24.)

Tärkeitä eettisiä periaatteita laadulliselle tutkimukselle ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus (Janhonen & Nikkonen 2001, 39).

6.1 Aineiston keruu ja analysointi

Mikkelin seudun Dementiayhdistys selvitti kyselyn avulla vuoden 2008 alkupuolella minkälaiset palvelut muistisairasta läheistään hoitavat omaishoitajat kokevat tarpeelliseksi itselleen terveyttään ja hyvinvointiaan edistämään. Kyselyistä nousi esille säännöllisten terveystapaamisten tarve. (LähDe-hanke, Raportti 2009) (LIITE 1) Tämän jälkeen Dementiayhdistyksen LähDe- hankkeen vastaavat etsivät Elixiriin kautta yhteistyökumppania toteuttamaan terveystapaamisia. Aikaisempi sairaanhoitajaryhmä laati monialaisena projektityönään alustavan haastattelulomakkeen terveystapaamisille. Vuoden 2008 lopulla aloitimme yhteistyön LähDe-projektin kanssa ja sovimme alkavamme toteuttaa terveystapaamisia. Ennen varsinaisia terveystapaamisia esitetasimme haastattelulomaketta kahdella tutulla omaishoitajalla ymmärrettävyyden ja luotettavuuden tarkistamiseksi. Sieltä nousseiden puutteiden mukaan muokkasimme haastattelulomaketta uudelleen ja lisäsimme tarvittavia kohtia. LähDe-hankkeen vas-

taavien todettua haastattelulomake toimivaksi tarkoituksensa suhteen, aloitimme terveystapaamisien toteuttamisen käytännössä. (LIITE 2)

Terveystapaamisia markkinoitiin Dementiayhdistyksen kautta paikkakunnan lehtien järjestöpalstoilla. Dementiayhdistys tiedotti järjestön omissa tilaisuuksissaan terveystapaamisista. Mikkelin seudun omaishoitajat saivat jäsenkirjeen mukana tiedon terveystapaamisen mahdollisuudesta. Terveystapaamisiin halukkaat omaishoitajat ilmoittautuivat Dementiayhdistykselle. Tätä kautta terveystapaamisten tekijät saivat tiedot halukkaista osallistujista. Haastateltaviin otettiin yhteyttä puhelimitse ja sovittiin jokaiselle sopiva haastattelu-aika. Haastatteluajaksi varattiin 1–1,5 tuntia. Terveystapaamiset toteutettiin asiakkaan toiveen mukaan joko Elixirissä tai asiakkaan omassa kodissa. Haastattelujen loppuun varattiin aikaa terveysneuvonnalle ja ohjaukselle. Haastattelimme 21:tä omaishoitajaa, ja kaikki haastatteluihin osallistuneet omaishoitajat antoivat luvan käyttää haastatteluja nimettöminä tulosten kartoittamiseen.

Kaikki 21 lomaketta hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. Kerättyä tietoa käsiteltiin täysin luottamuksellisesti ja nimettömänä. Strukturoiduilla kysymyksillä kerätty aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä käyttäen apuna Excel-ohjelmistoa. Avointen kysymysten vastaukset kirjattiin tekstinkäsittelyohjelmaan suorina lainauksina. Avoimia kysymyksiä analysoitiin luokittelun avulla. Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin yhdistämällä vastaukset, jotka näyttivät kuuluvan yhteen ja/tai tarkoittavan samaa. Aineistoa kuvailtiin luokiteltujen muuttujien osalta frekvenssien avulla, muuttujille laskettiin jakauman tunnuslukuja kuten keskiarvoja ja havaintojen lukumääriä, jonka jälkeen tuloksia käsiteltiin tilastollisin menetelmin. Tuloksista luotiin kuvioita ja taulukoita Excel-ohjelmiston avulla. Avoimista kysymyksistä otettiin myös suoria lainauksia.

Omaishoitajien terveystapaamiseen kuului myös yhteydenotto omaishoitajaan puolen vuoden kuluttua terveystapaamisesta. Yhteydenoton tarkoituksena oli kysellä omaishoitajan tämänhetkistä vointia, oliko omaishoitaja huomionnut terveystapaamisessa hänelle annettuja neuvoja terveydentilansa edistämiseksi.

7 TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Tutkimusaineiston muodosti 21 muistisairasta läheistään hoitavaa omaishoitajaa. He kaikki asuvat Mikkelin seudulla. Haastateltavista 8 oli miehiä ja 13 naista. Omaishoitajat olivat iältään 59–85-vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 71,8 vuotta. Miehet olivat keski-iältään 72,3-vuotiaita ja naiset 71,5-vuotiaita (Taulukko 1). Omaishoitajista kaksi kävi säännöllisessä päivätyössä ja 19 oli jo eläkkeellä.

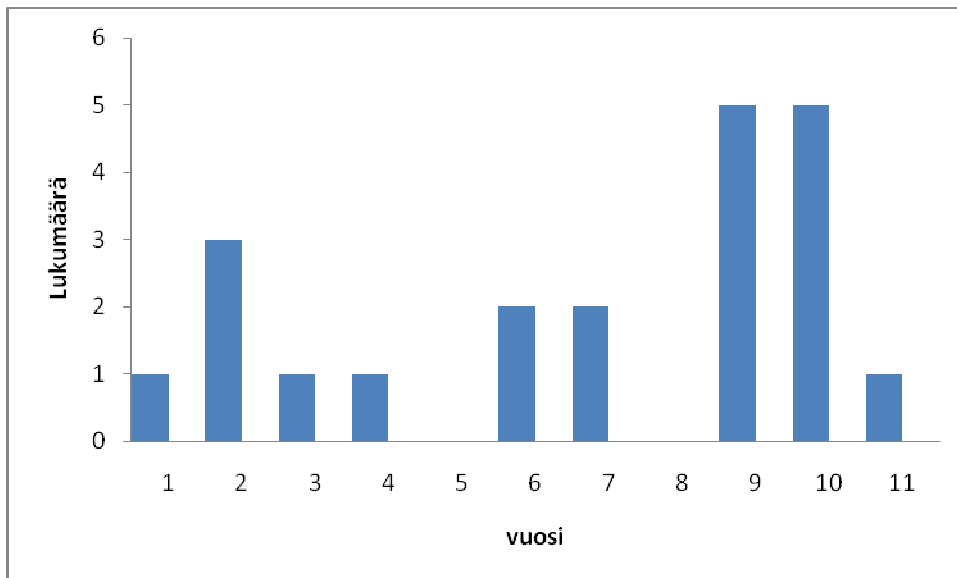
Taulukko 1. Omaishoitajien ikäjakauma

	alle 60	60-70	71-80	81-85	yhteensä
	N	N	N	N	
nainen	1	4	7	1	N = 13
mies	1	2	3	2	N = 8
yhteensä	2	6	10	3	N=21

7.2 Omaishoitajuuden kesto ja omaishoidettavan hoidontarve

Omaishoitajilta kysyttiin myös kuinka kauan he olivat toimineet omaishoitajina.

Omaishoidon kesto vaihteli 1 vuodesta 11 vuoteen, keskimääräinen omaishoidon kesto oli 4,7 vuotta. (Kuvio 1)



KUVIO 1. Omaishoitajuuden keston jakautuminen vuosina.

Omaishoitajia pyydettiin kuvaamaan omaishoidettavan avun tarvetta. Työn sitovuus nousi esille 18 omaishoitajan kuvauksessa. Omaishoitajat kertoivat, etteivät voineet jättää hoidettavaansa yksin, koska hoidettava tarvitsee jatkuvaa valvontaa ja huolenpitoa. Päivittäinen avun tarve nousi esille 14 vastauksessa, omaishoitajat kuvasivat hoidettaviaan täysin autettaviksi. Peseytymisessä ja pukeutumisessa avuntarvetta oli 17 omaishoidettavalla. Hoidettavista 12 tarvitsi apua nostoissa ja siirroissa (Kuvio 2).

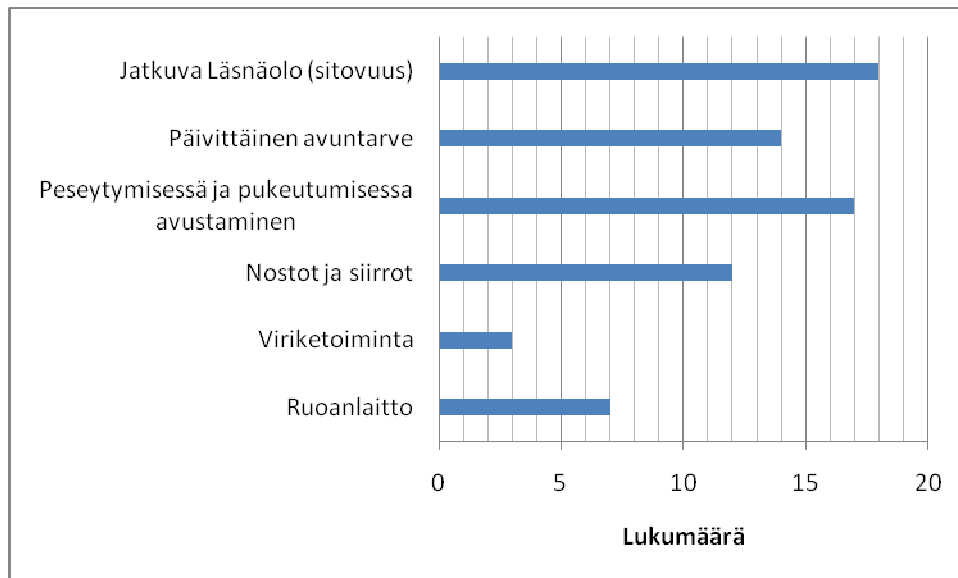
Omaishoitajat kuvasivat avun tarvetta seuraavasti:

”Jatkuvasti oltava läsnä, syö itse, pukiessa tarvitsee apua, peseytymisessä tarvitsee apua (vaipat) liikkuu pyörätuolilla.”

”Vaatteet pukee itse ja peseytyy. Oven avaus avaimen kanssa ei onnistu. Ei voi jättää yksin. Syöminen sujuu, ei ”osaa” enää laittaa ruokaa itse. Puhelimen käyttö ei onnistu.”

”Paljon avun tarvetta; täysin autettava, pesut, ruokailut ym. arkiaskareet.”

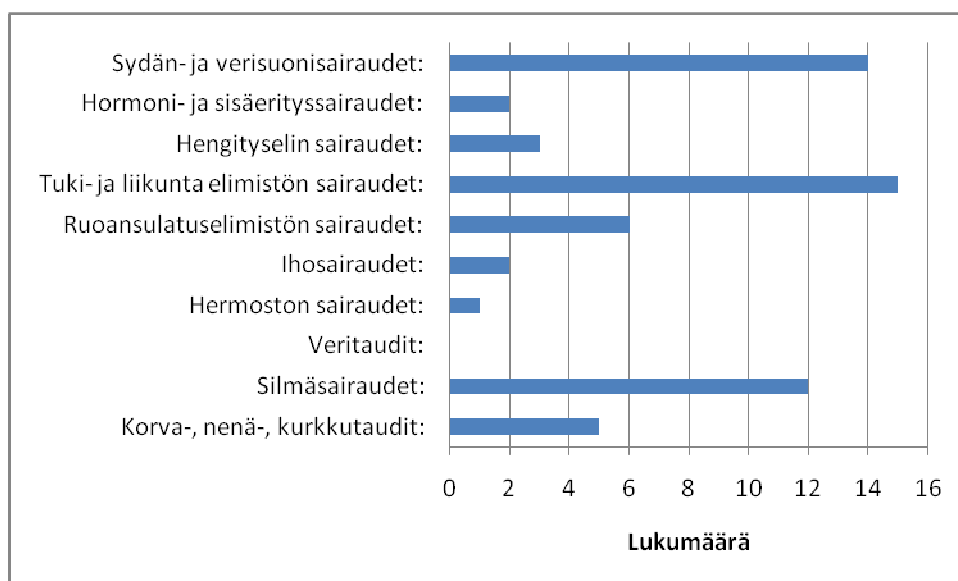
”Peseytyminen, pukeminen, ruoanlaitto.”



KUVIO 2. Omaishoidettavan avuntarve

7.3 Omaishoitajien terveys

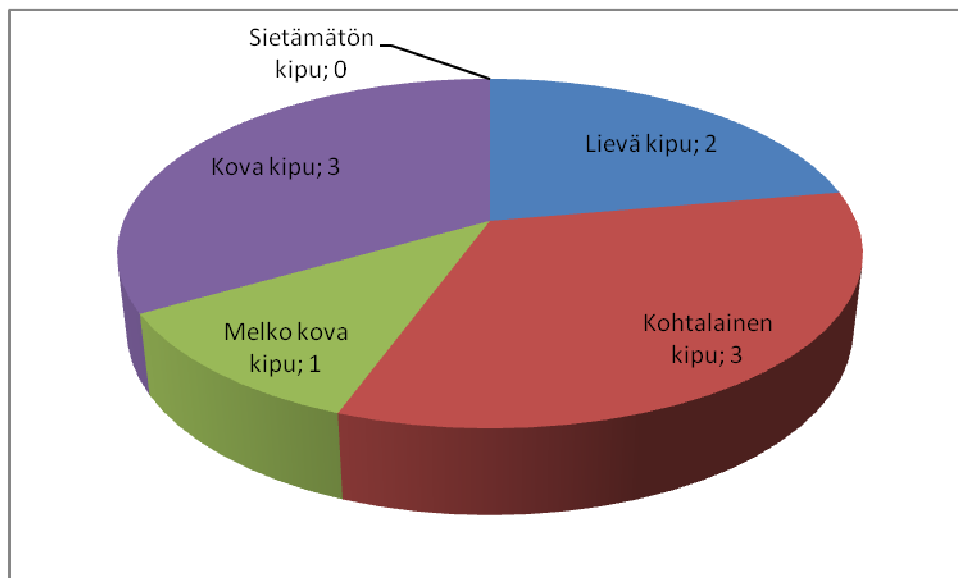
Omaishoitajista 18:lla oli jokin pitkäaikainen sairaus, vain kolmella omaishoitajalla ei ollut mitään diagnosoitua sairautta. Eniten omaishoitajilla oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, joita oli 15 omaishoitajalla. Selkäsairaudet nousivat suurimmaksi tuki- ja liikuntaelinten vaivaksi, joita oli kahdeksalla omaishoitajalla. Sydän- ja verisuonisairauksia oli 14 omaishoitajalla, joista eniten ilmeni verenpainetauti, joka oli todettu 10 vastanneella, kohonnut kolesteroli oli kuudella. Silmäsairauksia oli 12 omaishoitajalla, silmän sairauksista yleisin oli kaihi, joka oli yhdeksällä vastanneella. (Kuvio 3)



KUVIO 3. Omaishoitajien sairaudet

Säännöllisesti jonkinlaisissa terveystarkastuksissa kertoi käyvänsä 12 omaishoitajaa, heistä 11 kävi terveystarkastuksissa omassa terveyskeskuksessa ja yksi yksityisellä lääkäriasemalla. Omaishoitajat kävivät tarkastuksissa tai laboratoriokokeissa kerran tai kaksi kertaa vuodessa tai tarpeen mukaan. Terveystarkastukset johtuivat useimmilla jonkin diagnosoidun sairauden hoitotasapainon tarkkailusta ja sairauteen liittyvistä tarkastuskäynneistä. Haastatteluihin osallistuneista omaishoitajista yhdeksän vastasi, ettei käynyt missään säännöllisissä terveystarkastuksissa, heistä viisi oli miehiä ja neljä naista.

Kysyimme omaishoitajilta heidän sairauksiensa hoitotasapainosta, millaiseksi he itse kokevat sairauksiensa hoitotasapainon. Omaishoitajista kolmella ei ollut sairauksia. Sairauksien hoitotasapainon tunsivat olevan kunnossa 11 vastannutta ja viisi koki, ettei hoitotasapaino ollut kunnossa. Vastauksissa yhdeksän omaishoitajaa kertoi tuntevansa jatkuvaa kipua ja 12 vastanneella ei ollut jatkuvia kipuja. Omaishoitajilta, joilla oli jatkuvia kiputunteuksia, pyydettiin määrittelemään kipua numeraalisella asteikolla (NRS, numeral rating scale). (LIITE 3) Kolmella omaishoitajalla oli kovaa kivun tuntemusta.

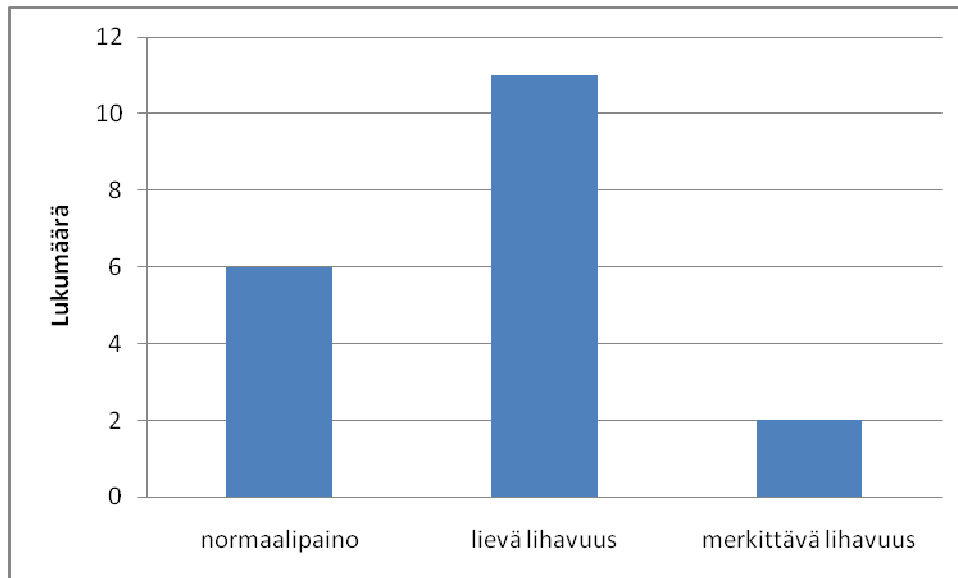


KUVIO 4. Omaishoitajien kokema kipu numeeriselle asteikolle (NRS) luokiteltuna.

Särkylääkkeitä säännöllisesti kertoi käyttävänsä kuusi vastaajaa, tarvittaessa särkylääkkeitä käytti kahdeksan vastanneista. Omaishoitajien käyttämät särkylääkkeet olivat

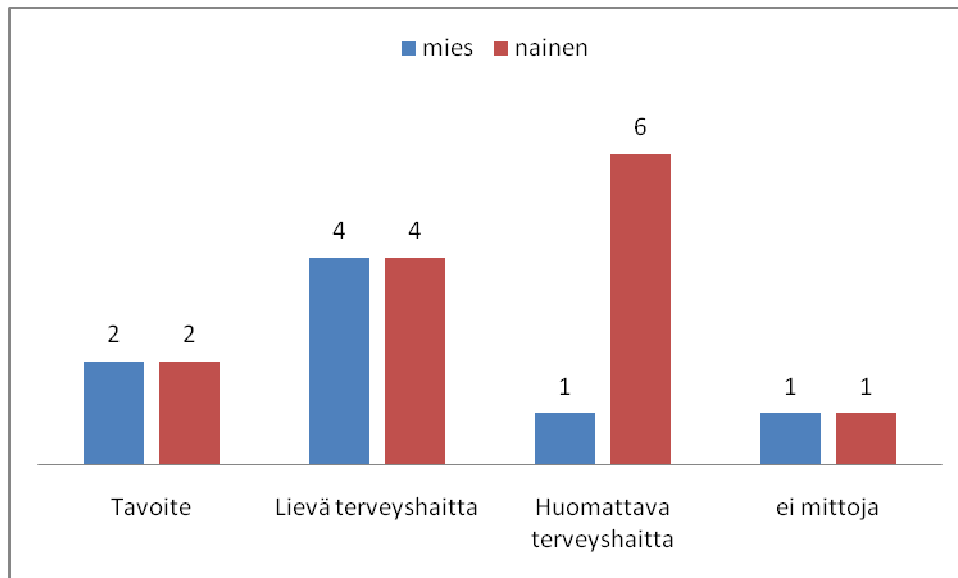
pääasiassa yleisesti tunnettuja särky- ja tulehduskipulääkkeitä. Muutamilla vastaajista oli käytössään vahvempia särkylääkkeitä.

Omaishoitajilta kysyttiin haastattelussa pituus ja paino, josta laskettiin kehon painoindeksi (BMI). Tulokset on luokiteltu painoluokkiin painoindeksin mukaan. (LIITE 3) Tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista noin puolet kärsi lievästä lihavuudesta. Merkittävää lihavuutta oli kahdella vastaajista. (Kuvio 5)



KUVIO 5. Omaishoitajien painon määrittäminen

Omaishoitajilta mitattiin vyötärön ympärysmitta (LIITE 3). Vyötärön ympärysmittat luokiteltiin riskiluokkiin. Vyötärön ympärysmittoiltaan normaalimitoissa oli kaksi naista ja kaksi miestä. Huomattava terveyshaitta oli kuudella naisomaishoitajalla, kun miehistä se oli vain yhdellä. (Kuvio 6)



KUVIO 6. Omaishoitajien vyötärönympärysmittat luokiteltuna riskiluokkiin.

Omaishoitajista kolme tupakoi, heistä kaksi poltti noin askin päivässä ja yksi vain muutaman savukkeen päivässä. Päivittäin alkoholia kertoi käyttävänsä kaksi omaishoitajaa. Vastaajista yhdeksän ei käyttänyt alkoholia lainkaan ja 10 omaishoitajaa kertoi käyttävänsä alkoholia harvakseltaan, hyvin vähäisiä määriä.

Kysyimme myös omaishoitajien ruokahalusta ja ruokailutottumuksista. Vastanneista 17 kertoi ruokahalunsa olevan hyvä, yksi luokitteli ruokahalunsa tyydyttäväksi ja kolme huonoksi. Vastaajista 17 kertoi syövänsä säännöllisesti ja neljällä omaishoitajalla oli epäsäännöllinen ruokailurytmi. Terveellisen ruokavalion sisällön tunti lähes jokainen vastannut, vain yksi vastasi, ettei tiennyt millainen on terveellinen ruokavalio.

Omaishoitajat kuvasivat ruokavaliotaan seuraavasti:

”Kasviksia reilusti, puolet lautasesta, öljy ja pehmeät rasvat käytössä.”

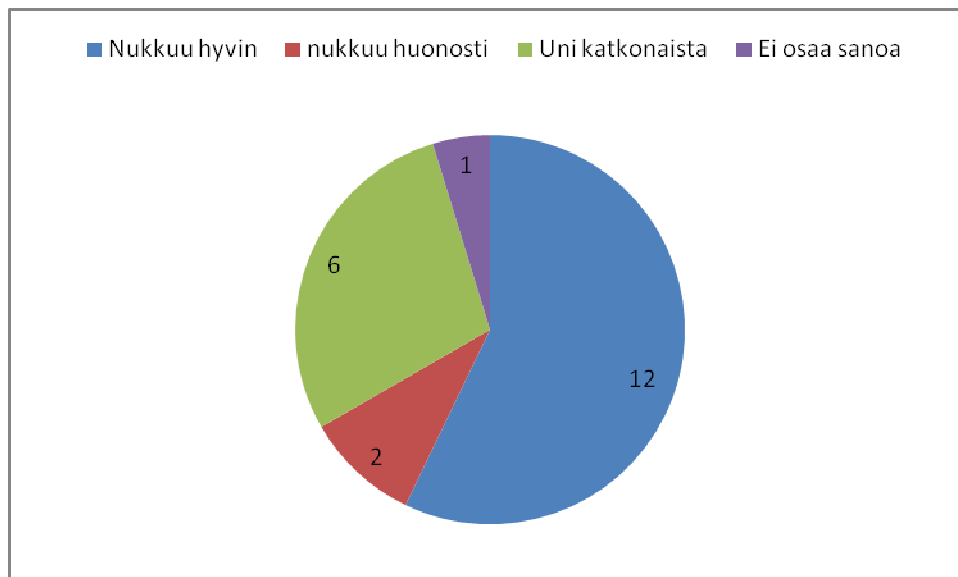
”Ruisleipää, marjoja, kasviksia, lihaa, kalaa, perunoita, aamulla puuro eikä liikoja rasvoja.”

”Paljon kuituja ja vihanneksia, kalaa säännöllisesti ja paljon hedelmiä.”

Vastaajista 15 kertoi noudattavansa terveellistä ruokavaliota ja kolme ei. Kolmella omaishoitajalla oli tavoite noudattaa sitä.

7.4 Nukkuminen ja unenlaatu

Puolet vastaajista kertoi nukkuvansa hyvin ja useissa vastauksissa kerrottiin aamulla olon olevan levänneen tuntuinen. Moni omaishoitaja kertoi tuntevansa olonsa väsyneemmäksi omaishoitajuuden aikana kuin ennen sitä. Vastauksista ilmeni myös, että mieltä huolettavat asiat olivat herkästi mielessä yöllä. Osalla kivut vaikeuttivat nukkumista. Omaishoitajista kuusi vastasi, että uni on katkonaista, uneen vaikuttivat hoidettavan avuntarve yölläkin. (Kuvio 7)



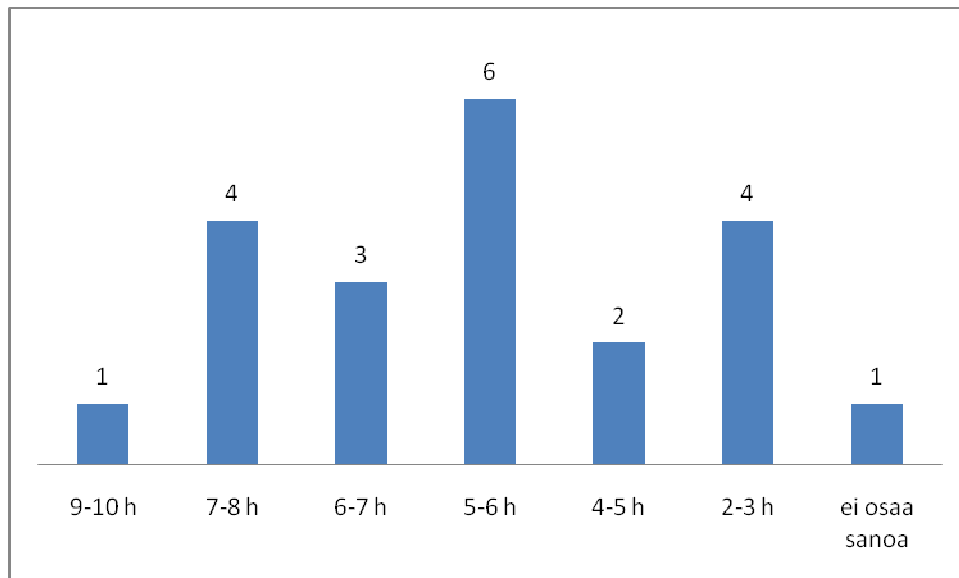
KUVIO 7. Omaishoitajien unenlaatu.

”Aamuisin väsynyt olo, katkonaista unta, omaishoidettavan vuoksi joutuu heräilemään öisinkin.”

”Vähän huonoahan tuo nukkuminen nykyään on, päivällä väsyttää koko ajan.”

”Saan hyvin nukutuksi, kyllä tuntee itsensä levänneeksi.”

Vastaajien yhtäjaksoisen unen määrä vaihteli kahdesta tunnista 10 tuntiin (Kuvio 8).

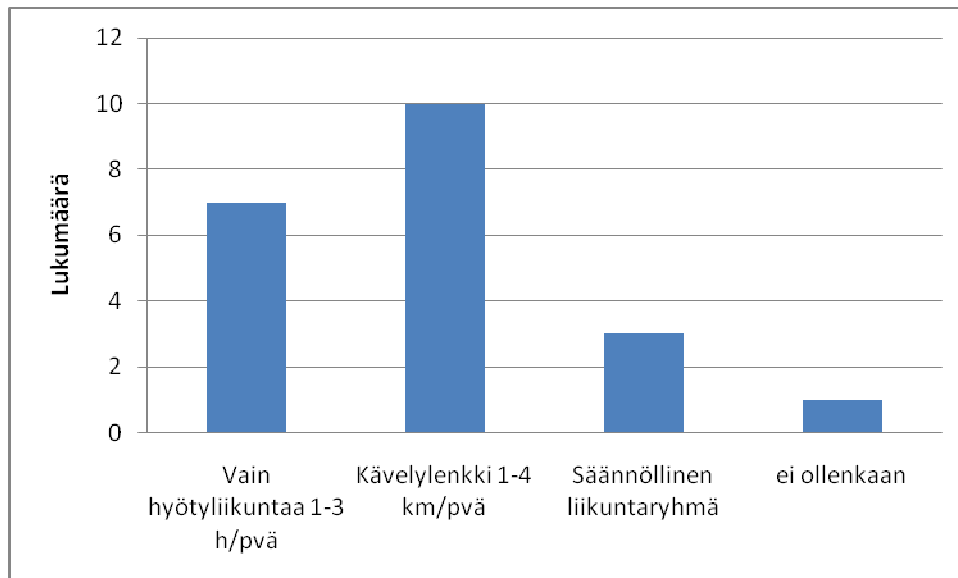


KUVIO 8. Omaishoitajien yhtäjaksoisen yön pituus.

Omaishoitajista neljä vastasi käyttävänsä säännöllisesti nukahtamis- tai unilääkkeitä, kaksi vastasi käyttävänsä näitä tarvittaessa. Vastanneista 15 ei käyttänyt niitä ollenkaan. Kaksi omaishoitajaa kertoi, ettei voinut käyttää nukahtamis- ja unilääkkeitä omaishoitajuuden takia ollenkaan.

7.5 Liikunta ja harrastukset

Vastaajat kokivat hoidettavansa hoidon suurena esteenä omalle liikunnalliselle harrastukselleen. Moni pyrki harrastamaan liikuntaa oman fyysisen kuntonsa ylläpitämiseksi jo siksikin, että jaksaisi toimia omaishoitajan työssään. (Kuvio 9)



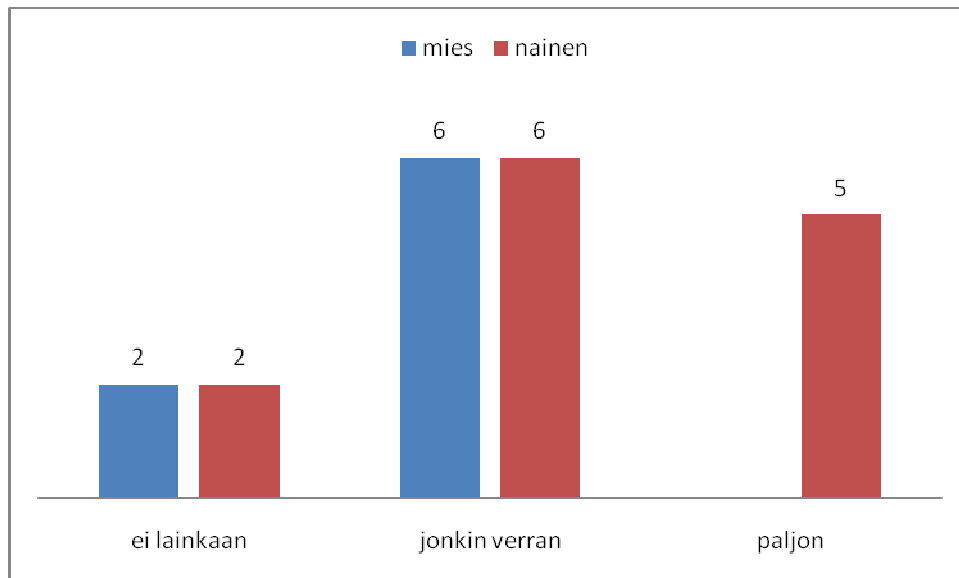
KUVIO 9. Omaishoitajien päivittäisen liikunnan määrä.

Omaishoitaja kuvasi päivittäistä liikunnan määrää seuraavasti:

”Harrastan liikuntaa vain kotitöiden merkeissä, säännöllistä liikuntaa ei ole mahdollista harrastaa.”

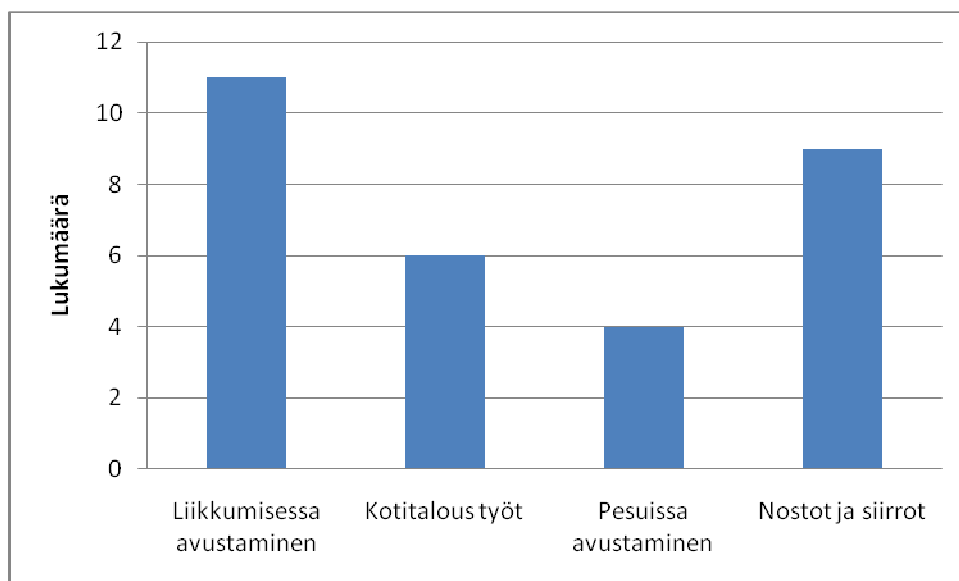
7.6 Omaishoitotyön fyysinen kuormittavuus

Omaishoitajista neljä vastasi, ettei omaishoitajan työ sisältänyt fyysistä kuormitusta ollenkaan. Vastanneista 12 koki fyysistä rasittavuutta työssään jonkin verran. Paljon raskasta, fyysistä kuormitusta työssään koki viisi naispuolista omaishoitajaa (Kuvio 10).



KUVIO 10. Omaishoitajien työn sisältämä fyysinen kuormittavuus.

Fyysistä kuormitusta työssään kokevia omaishoitajia pyydettiin kuvaamaan työnsä kuormittavuutta sekä hoidettavansa avun tarvetta (Kuvio 11).



KUVIO 11. Kuvaus omaishoidettavien avun tarpeesta

Omaishoitajat kuvasivat omaishoidettavien avuntarvetta seuraavasti:

”Yksinään nostot ja siirrot pyörätuoliin ja sänkyyn, sairaalassa nostaa useampi henkilö, kotona omaishoitaja yksin.”

”Puolisoa ei tarvitse nostaa eikä pahemmin auttaa, työn raskaus korostuuikin enemmän kotitaloustöiden tekemisestä.”

”Infarktin takia ei saisi raskasta kuormitusta olla. Kuitenkin kaikki kotityöt on tehtävä itse.”

”Sängystä nostot, pesuissa auttaminen, kaikki siirtymiset autettava, tuettava, autettava on raskas käsitellä.”

7.7 Omaishoitajien mieliala

Haastatteluihin osallistuneilta kysyttiin millaiseksi he kokevat mielialansa. Haastatteluihin kuului depressioseula, joka tehtiin vastaajan niin halutessaan. Depressioseulaan halusi vastata seitsemän omaishoitajaa. Heistä kolme sai pisteiksi tässä 14–15. Yli 12 pistettä viittaa masennukseen. (LIITE 3)

Omaishoitajat kuvasivat mielialaansa seuraavasti:

”Päivä kerrallaan.”

”Mieliala ei tällä hetkellä kovin hyvä, olen saanut apua masennukseen aiemmin, tällainen apu olisi nyt tarpeen.”

”Mieliala ihan hyvä, minulla käy paljon ystäviä.”

”Välillä vaikeita aikoja, mutta puoliso käy intervallijaksoilla, jolloin voi tehdä omia asioita. Koen mielialani tällä hetkellä tasaiseksi, että pärjällään.”

7.8 Muistisairaus ja väkivalta

Kysyimme omaishoitajilta väkivallan kokemisesta, ovatko he joutuneet kokemaan väkivaltaa omaishoitajan työssään. Muistisairauteen liittyvät myös käytöshäiriöt (15–

50 %:lla muistisairaista käytöshäiriöitä) kuten levottomuutta ja aggressiivisuutta. Usein levottomuus kuvastuu vihamielisenä käyttäytymisenä, kiukkuiluna, uhkailuna, kiroluna, ovien paiskomisena ja fyysisenä väkivaltana. (Terveyskirjasto, 2007) Haastatelluista omaishoitajista 20 vastasi kysymykseen väkivallan kokemisesta. Heistä kaksi oli kokenut fyysistä tai henkistä väkivaltaa työssään. Vastanneista 18 ei ollut kokenut väkivaltaa työssään.

Omaishoitajat kuvasit työssään kokemaansa väkivaltaa seuraavasti:

”Nimittelyä, lääkäri kertoi että tämä kuuluu sairauteen.”

”Sanallista ja fyysistä väkivaltaa on joutunut kohtaamaan; puremista, tarttumista, tavaroiden paiskomista, tappouhkauksia.”

”Rollaattorilla tönimistä ärhentelyä ja mustasukkaisuutta.”

7.9 Omaishoitajien tyytyväisyys tämänhetkiseen elämäntilanteeseen

Omaishoitajista yhdeksän kertoi olevansa tyytyväisiä elämäänsä. Vastajista 12 koki tyytymättömyyttä tämänhetkiseen elämäntilanteeseen. Tyytymättömyyteen vaikutti eniten työn sitovuus, omaa aikaa ei ole juuri ollenkaan. Tyytyväisimpiä olivat, ne joilla oli tukiverkostoa ympärillään ja jotka saivat apua hoidettavansa hoitoon esim. läheisiltään.

Omaishoitajien kuvauksia tämänhetkisestä elämäntilanteestaan:

”Toimeen tullaan, parempaakaan ei ole.”

”Ei ole muutakaan vaihtoehtoa.”

”Välillä tulee suuttumusta ja kyllästymistä.”

Suurin osa haastatteluihin osallistuneista omaishoitajista koki elämänlaatunsa hyväksi tai ainakin kohtalaiseksi. Vain yksi omaishoitaja määritteli elämänlaatunsa suoraan huonoksi. Kuviossa 12 on eritelty omaishoitajien kokema elämänlaatua. Elämänlaatunsa omaishoitajat kokivat kutakuinkin hyväksi tai kohtalaiseksi. Täysin terveeksi itsensä koki vain neljä omaishoitajaa. Vastanneista 13 kertoi suoraan, ettei tunne itseään terveeksi. Vastauksista terveys nousee esille diagnosoidun sairauden puuttumisena ja lääkkeiden käyttämättömyytenä. Väsymys nousee esille useiden omaishoitajien vastauksista.

Omaishoitajien kuvauksia elämänlaadustaan:

”Sairastelua nykyään enemmän, lomia ei tule pidettyä.”

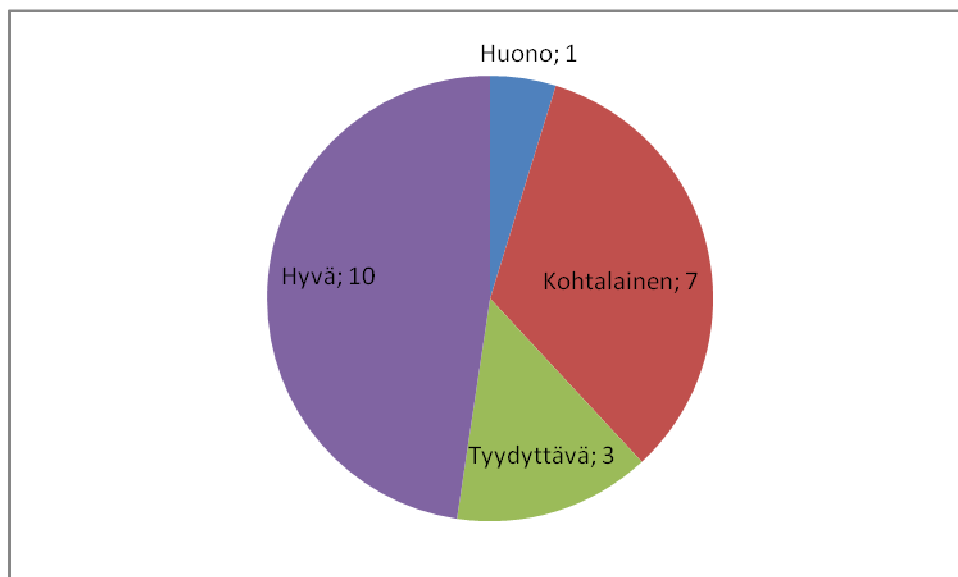
”Selkää leikattu viisi kertaa.”

”Väsymystä on.”

”Kipu aina seurana.”

”En ole aikoihin tuntenut itseäni terveeksi.”

”Ikään nähden tunnen itseni terveeksi.”

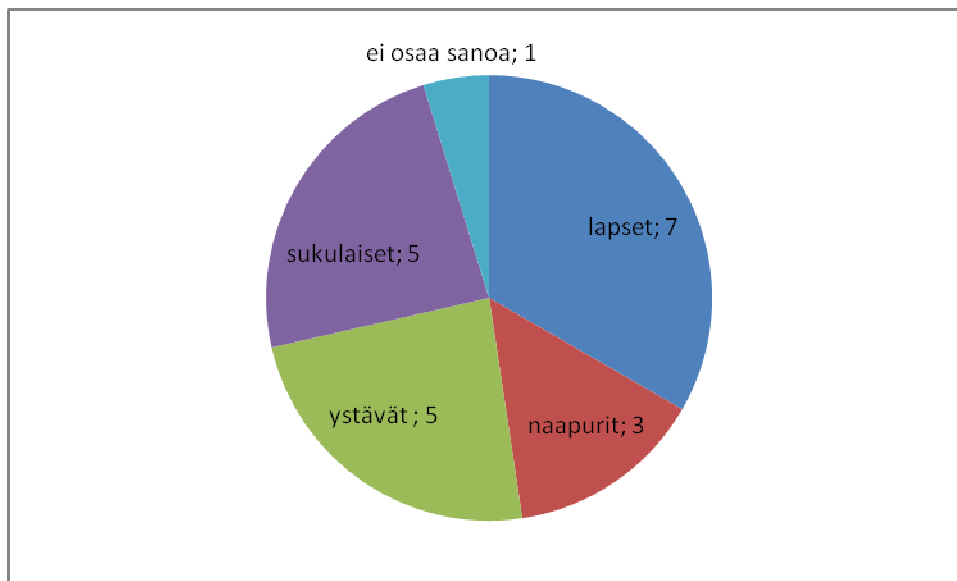


KUVIO 12. Omaishoitajien kokema elämänlaatu.

7. 10 Omaishoitajuuteen saatu tuki

Omaishoitajista 14 koki saaneensa riittävästi tukea omaishoitajuuteensa. Vastanneista kuusi ei ollut saanut mielestään riittävästi tukea ja yksi ei osannut vastata tähän. Tukea oli saatu ystäviltä ja omaisilta. Yleisenä kokemuksena oli, että kunta tai kaupunki tukee huonosti omaishoitajia. Usealla oli tukenaan mm. vertaisryhmä. Vastauksista ilmeni, että omaishoitajat toivoivat lisää tukea, mutta kokivat olevansa liian väsyneitä lähteäkseen hakemaan sitä.

Suurimmalla osalla vastanneista omaishoitajista oli tukiverkosto ympärillään ja viidellä omaishoitajista ei ollut. Ystäväpiiri oli alkanut pikku hiljaa kaventua omaishoidettavan muistisairauden myötä. Omaishoitajat kokivat, että lähipiiri jotenkin pelkäsi muistisairautta. Tukiverkosto koostui lapsista, sukulaisista, ystäväistä ja naapureista.



KUVIO 13. Omaishoitajien tukiverkosto

Noin puolella vastaajista oli mahdollisuus päästä välillä virkistäytymään omaishoitajan työstään. Omaishoitajista viidellä ei ollut mahdollisuuksia virkistäytymiseen ja viisi pääsi virkistäytymään hyvin harvoin. Virkistäytyminen mahdollistui, jos omaishoidettavalle löytyi hoitopaikka.

Omaishoitajien kuvauksia virkistys mahdollisuuksistaan:

”Jos vain hoidettavalle hoitopaikka järjestyy.”

”Nykyisin virkistäytymään lähteminen vaikeaa kun hoidettavan kanssa ei voi enää matkustella.”

”Matkustelen paljon, lapset auttavat hoidettavan hoidossa.”

Omaishoitajilta kysyttiin ovatko he kokeneet saaneensa riittävästi tietoa ulkopuolisista tukipalveluista. Vastaajista 13 koki saaneensa riittävästi tietoa ja seitsemän mielestä ulkopuolisten tukipalvelujen tiedottaminen oli riittämätöntä. Omaishoitajista yksi vastasi, että joku muu hoitaa hänen asioitaan.

7.11 Omaishoitoperheiden taloudellinen tilanne

Puolet vastaajista koki että taloudellinen tilanne oli hyvä ja toinen puoli koki tilanteen kohtalaiseksi. Omaishoitajista yksi ei vastannut.

”Tässä hetkessä pärjätään, tulevaisuus pelottaa.”

Omaishoitajilta kysyttiin ovatko he saaneet riittävästi neuvontaa rahallisten tukien hoitoon. Vastaajista 13 oli saanut riittävästi neuvontaa ja viisi koki neuvonnan riittämättömäksi. Omaishoitajista kolme jätti vastaamatta kysymykseen.

*”Kaupungin työntekijöillä aina kova kiire, omaishoitajien asemaa parannettava. Kuu-
kaudessa asiat voivat muuttua ja tällöin lisäapuja saattaisi tarvita. Omaishoidettava
voi olla välillä todella raskas hoidettava ja kuka tällöin joutaa kuunnella omaishoitaja-
jan huolia.”*

8 OMAISHOITAJIEN TERVEYSTAPAAMISIEN MALLI

Seuraavassa kuviossa esitellään suunnittelemamme malli terveystapaamisille Elixii-riin.



9 TULOSTEN TARKASTELUA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Mikkelin seudulla asuvien muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien terveyttä heidän itsensä kokemana. Lisäksi olemme tutkineet omaishoitajien työssä jaksamista, sekä heidän saamiensa tukien riittävyyttä.

Tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien keski-ikä oli 71,8 vuotta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli eläkkeellä, vain kaksi omaishoitajaa oli vielä työelämässä mukana.

Aikaisempien tutkimusten mukaan omaishoitajista yli puolet on eläkkeellä (52 %). Hoitajista lähes 20 % on hoitotyön rinnalla koko- tai osa-aikatyössä. Omaishoitotilanne kestää usein vuosia. Vanhukset ovat asiakkaina lyhyemmän aikaa, vuodesta viiteen vuoteen. (Karjalainen 2004, 546)

Omaishoitajuus oli jatkunut kestoaltaan vuodesta 11 vuoteen, keskimäärin omaishoitajuus oli kestänyt 4,7 vuotta. Omaishoidon alkamisen ajankohtaa oli vaikea määritellä, koska hoidon tarvekin lisääntyi vähitellen. Useimmat omaishoitajat olivat toimineet omaishoitajina pitempään kuin minkä he tunsivat omaishoitajuudeksi. Moni katsoi omaishoitajuuden alkaneen siitä kun oli alkanut saada kunnallista omaishoidon tukea vaikka olikin toiminut omaishoitajana jo vuosia ennen tätä.

Valkaman (2001) tutkimuksen mukaan omaishoitajat kokivat työnsä sitovaksi ja henkisesti sekä ruumiillisesti raskaaksi, eikä hoitopalkkion koettu vastaavan työn sitovuutta ja rasittavuutta. Myös tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat kokemuksia omaishoitajan työn sitovuudesta. Tutkimuksessamme omaishoidettavan avuntarpeista raskaimmaksi omaishoitajat kokivat työn sitovuuden, jatkuvan läsnäolon. Fyysistä kuormitusta omaishoitajan arkeen toi omaishoidettavan peseytymisissä ja pukeutumisissa auttaminen, 17 hoidettavista tarvitsi apua näissä hoitotilanteissa. Tutkimuksemme omaishoidettavista yli puolet tarvitsi apua nostoissa ja siirroissa. Fyysisesti kuormittavaksi omaishoitotyön koki yli puolet vastanneista. Viisi naisomaishoitajaa koki omaishoitajuuden sisältävän paljon fyysistä kuormitusta. Seitsemän miehen vastauksista ilmeni, että miehet tunsivat kotitöiden siirtymisen ja etenkin ruoanlaiton suureksi

osaksi avun tarvetta. Naisten vastauksista ei ilmennyt varsinaisia kotitöitä avuntarpeina. Naiset luultavasti tuntevat kotityöt ja ruoanlaiton muutoinkin tehtäväkseen, mutta miehet tunsivat etenkin ruoanlaiton jonkinlaisena haasteena tai rasitteena.

Eloniemen ym. (2006) tutkimuksessa hoitajilla oli useita sairauksia, joista yleisimmät olivat korkea verenpaine, sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta. Omassa tutkimuksessamme tulokset eriävät edellä mainituista tuloksista, siten että tutkimuksemme omaishoitajien sairauksista yleisimmäksi nousi tuki- ja liikuntaelintensairaudet. Seuraavaksi yleisimpänä sairautena meidänkin tutkimuksessa oli sydän- ja verisuonisairaudet, joista yleisin oli verenpainetauti, jota sairasti noin puolet haastatelluista omaishoitajista.

Säännöllisissä terveystapaamisissa kävi 12 omaishoitajaa. Omaishoitajista yhdeksällä ei ollut säännöllisiä terveystarkastuksia. Heistä kolmella ei ollut diagnosoituja sairauksia, eikä myöskään säännöllisiä käyntejä terveyskeskukseen. Omaishoitajista neljällä oli sairauksia, joiden hoito vaatii säännöllistä kontrollikäyntejä, mutta heillä ei ollut minkäänlaisia säännöllisiä terveystapaamiskäyntejä. Puolet omaishoitajista joilla oli sairauksia, tunsivat sairauksien hoitotasapainon olevan kunnossa ja viisi koki sairauksien hoitotasapainon huonoksi. Noin puolella omaishoitajista oli jatkuvia kiputunteuksia. Vastaajista kolme tunsu jatkuvaa kovaa kipua.

Lievää lihavuutta esiintyi yli puolella omaishoitajista, merkittävää lihavuutta oli kahdella vastaajista. Kuudella omaishoitajalla paino luokiteltiin normaaliksi. Omaishoitajien vyötärön ympärysmittat luokiteltiin terveystasaluokkiin. Huomattava terveystasuhaitta havaittiin kuuden naisomaishoitajan kohdalla. Omaishoitajien ylipainoisuuden yhdeksi tekijäksi voisi ajatella liikunnan vähäisen määrän. Tutkimuksemme osallistuneilla omaishoitajilla liikunnan määrä heidän omasta mielestään oli vähäistä. Omaishoitajat olisivat halunneet liikkua enemmän mutta omaishoitotyön sitovuus oli esteenä oman liikunnan harrastamiselle. Omaishoitajat kokivat, että hyvällä fyysisellä kunnolla olisi positiivisia vaikutuksia hoitotyössä jaksamiseen.

Yleisesti omaishoitajien alkoholin käyttö oli vähäistä. Kahdella tutkimukseen osallistuneista oli kuitenkin reilua alkoholin käyttöä. Alkoholista haettiin helpotusta arkeen.

Omaishoitajista kolme tupakoi. Ruokahalunsa omaishoitajat kokivat hyväksi. Lähes jokainen omaishoitaja tiesi, mitä terveellinen ruokavalio sisältää ja suurin osa heistä noudatti sitä.

Eloniemi-Sulkavan ym. (2006) raportin mukaan dementoitunut puoliso häiritsi omaishoitajan yöunta yli puolella vastaajista. Tutkimuksemme tulokset poikkeavat edellisestä siinä määrin, että vastanneista yli puolet nukkuu yönsä hyvin. Tutkimuksemme otoskoko on verrattain pieni, jonka vuoksi emme voi tehdä täysin luotettavia johtopäätöksiä tältä osin. Suurin osa vastanneista sai nukuttua 5-6 tuntiin yhtäjaksoista unta. Suurin osa vastanneista ei käyttänyt uni- ja nukahtamislääkkeitä. Osa omaishoitajista koki että omaishoitajuus oli esteenä nukahtamis- ja unilääkkeiden käytölle, vaikka heillä olisi ollut tarve lääkkeiden käytölle.

Kolmella omaishoitajalla DEPS-seulan pistemääräksi tuli yli 12 pistettä. DEPS-seulassa 12 pistettä tai enemmän saaneilla, keskimäärin joka toisessa tapauksessa kysymyksessä on ollut diagnostisoitava masennus. Puolenvuoden kuluttua terveystapaamisista kyselimme puhelimitse omaishoitajien kuulumisia. Puhelin yhteydessä omaishoitajien kertomuksista nousi esille henkisen hyvinvoinnin merkitys. He toivoivat saavansa henkiseen jaksamiseensa tukea ja apua. Osa omaishoitajista myönsi olevansa masentunut, mutta eivät vielä olleet hakeneet siihen apua. Masennuksen ja henkisen uupumisen myöntäminen on vaikeaa ja kynnys hakea apua siihen on suuri.

Omaishoitajien kokemasta väkivallasta ei löytynyt tutkimustietoa. Muistisairauteen liittyviä käytöshäiriöitä, on 15- 50 %:lla sairastuneista. Käytöshäiriöitä ovat mm. levottomuus ja aggressiivisuus. Läheisille persoonallisuuden muutokset ovat vaikeita ymmärtää. Tuntuu käsittämättömältä, että kiltistä ja hillitysti käyttäytyvästä omaisesta voi tulla täysin toisenlainen ihminen. (Terveyskirjasto, 2007) Tutkimuksemme kahdella omaishoitajalla oli väkivallan kokemuksia hoitotyössään.

Lähes puolet omaishoitajista oli tyytyväisiä tämänhetkiseen elämäntilanteeseen. Tyytymättömyyteen vaikutti työn sitovuus. Tyytyväisempiä elämäänsä olivat ne omaishoitajat, joilla oli toimiva tukiverkosto ympärillään. Omaishoitajista vain neljä tunsi itsensä täysin terveeksi, 13 vastaajaa koki itsensä sairaaksi. Tutkimustuloksista voidaan

päätellä, että ainakaan omaishoitajien oma sairastaminen ei ole laskenut heidän elämänlaatuun.

Omaishoitajan ”lomiat” olivat jaksot jolloin hoidettava oli intervallijaksolla hoitopaikassa. Lomat oli suunniteltava etukäteen ja tarvittiin pitkä varoitusaika loman pitämiseksi. Toisille hoitopaikkojen saaminen oli hyvinkin vaikeaa. Omien lomien pitäminen mahdollistui paremmin niillä, joilla oli tukiverkostoa ympärillään, sillä monella esim. lapset auttoivat paljon hoidettavan hoidossa ja jopa matkustelu mahdollistui läheisten tuen avulla. Yksi vastasi, ettei ollut haluakaan virkistäytymiseen ja yksi vastaaja totesi että on niin sitoutunut omaishoitajan työhönsä että itsensä ihan unohtaa.

Omaishoitajat kokivat, että tieto omaishoitajuudesta oli hankittava itse ihan hoitosuhteen alussa. Omaishoitajat kokevat tarvitsevansa myös tiedollista tukea omaishoidettaviansa suhteen. Ongelmana valitettavan usein on että hoitotyön uuvuttama omainen ei jaksakaan etsiä tietoa oma aloitteisesti hoitotyötä helpottavista palveluista. (Hokkanen & Astikainen 2001,14.)

Suurin osa omaishoitajista koki, että tehdyt terveystapaamiset olivat olleet hyödyllisiä ja tarpeellisia. Omaishoitajat olivat tyytyväisiä järjestettyihin terveystapaamisiin heidän kohderyhmälleen ja toivoivat jatkoa tapaamisille. Nyt heistä osa oli itse käynyt jatkoseurannassa mm. kolesterolin ja verenpaineen mittauksien suhteen, mm. Elixiiressä tai omassa terveystieteiskeskussään.

Omaishoitajat toivoivat virikkeellisiä palveluja ikäihmisille. Vertaistuen merkitystä myös omaishoitajat korostivat. Omaishoitajat kertoivat kaipaavansa omaa aikaa enemmän. Joillakin omaishoitajilla oli mahdollisuus viedä hoidettava päivähoitoon ja tämä mahdollisti hoitajan omat harrastusmahdollisuudet.

Terveystapaamisien jälkeen omaishoitajilla oli ollut myös surua hoidettavan puolisonsa menettämisestä ja kuoleman kohtaamisesta. Sururyhmään hakeutumisen koki eräs omaishoitaja hyvänä ja tarpeellisenä omaa jaksamista lisäävänä tekijänä. Fyysinen jaksaminen askarrutti omaishoitajia. Miten jaksaa hoitaa puolisoaan, kun hoidettavien terveydentila muuttuu enemmän autettavammaksi. Yksi vastaajista ei koe tarpeelliseksi terveystapaamisien jatkumista ja pitää terveystapaamista kalliina. (LIITE 4)

Pohdittuamme opinnäytetyömme tutkimusaineistoa teimme päätelmän, että haastattemamme omaishoitajat olivat ns. aktiivisia omaishoitajia, jotka osallistuivat saatavilla oleviin viriketoimintoihin. Suurin osa heistä oli kuullut terveystapaamisista tätä kautta. Jos tieto terveystapaamisista olisi tavoittanut myös ns. passiiviset omaishoitajat tutkimustulokset voisivat olla toisenlaiset.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuuteen ja laatuun vaikuttavat sisällölliset, tilastolliset, kulttuuriset, kielelliset ja tekniset seikat, joten on selvää, että laadukas mittaus edellyttää usean asiantuntijan yhteistyötä. Mittaus on ainutkertainen tapahtuma, eikä huonosti mitattuja osioita voi jälkikäteen parantaa millään menetelmällä. Kun puhutaan mittauksen luotettavuudesta, siitä erotetaan kaksi perustetta: validiteetti ja reliabiliteetti. Ensimmäistä kutsutaan pätevyudeksi ja jälkimmäistä joko luotettavuudeksi tai toistettavuudeksi. (Vehkalahti 2008, 40.)

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen mittatulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa siis niiden kykyä antaa ei- sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti voidaan todeta usealla tavalla, kuten esimerkiksi jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabiliteettina. Kuten myös jos sama henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.)

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä eli sitä, mittaako se sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa, esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiin saadaan vastaukset mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää kysymykset eri tavalla mitä tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee edelleen saatuja tuloksia oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tutkimuksen ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon (Kankkunen ym. 2009, 152). Opinnäytetyömme mittarina toimi haastattelulomake. Laaditulla mittarilla saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme.

Olemme itse toimineet haastattelijoina ja pystyneet haastattelun edetessä tarvittaessa selventämään kysymyksiä. Tällä tavoin kysymyksien väärin ymmärtämisen riski on minimoitu. Omaishoitajien osallistuminen opinnäytetyömme terveystapaamisiin on perustunut vapaaehtoisuuteen. Haastattelujen jälkeen olemme vielä varmentaneet haastateltavalta omaishoitajalta, saammeko käyttää hänen haastattelulomakettaan nimettömänä tutkimukseemme. Jos näin on ollut, olemme pyytäneet vielä tähän allekirjoituksen.

Valmiita haastattelulomakkeita säilytämme lukituissa tiloissa. Haastateltavien henkilötietoja ei ole käsitelty sähköpostin eikä puhelimien välityksellä tietoturvan turvaamiseksi. Haastattelulomakkeet tuhoaan tutkimuksen valmistuttua. Oikeiden tutkimustulosten varmistamiseksi on ollut tärkeää, että haastateltava on voinut tuntea haastattelutilanteen luottamukselliseksi tietäen, ettei hänen henkilöllisyytensä tule tutkimusraportissa ilmi.

11 JATKOTUTKIMUS- JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Jatkotutkimuksena tälle opinnäytetyölle voisi olla tutkimus siitä, miltä osin säännölliset terveystapaamiset ovat parantaneet muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien työhyvinvointia.

Tietotekniikan osaaminen lisääntyy koko ajan myös hoitotyössä. Tätä osaamista voitaisiin hyödyntää Elixirissä kehittämällä ja tuottamalla etävastaanoton palveluja. Asiakkaat saisivat näin yksilöllistä palvelua juuri oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. Opiskelijat olisivat Elixiristä internet yhteydessä asiakkaiden kotiin, esimerkiksi Hyvinvointi-TV. Tämän avulla opiskelijat voisivat tuottaa eri kohderyhmille juuri heidän tarpeisiinsa sopivia palveluja. Näitä olisivat muun muassa omaishoitajaryhmälle suunnatut terveyden ja hyvinvoinnin tietoiskut eri aihepiireistä ja lisäksi myös erilaisia ohjattujaliikuntahetkiä.

LÄHTEET

Ammattihoito vai omaishoito? WWW- dokumentti.

[http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/60F75BC6-1D29-46AB-86FD-](http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/60F75BC6-1D29-46AB-86FD-4D6A27B8891F/0/504karjalainen.pdf)

[4D6A27B8891F/0/504karjalainen.pdf](http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/60F75BC6-1D29-46AB-86FD-4D6A27B8891F/0/504karjalainen.pdf). Päivitetty 12.5.2008. Luettu 18.03.2010.

Armanto, Annukka & Koistinen, Paula 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Depressioseula (DEPS) 1994. WWW- dokumentti.

<http://www.coronaria.fi/www/poliklinikka/masennus/deps.php>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.02.2010

Elixiiiri. Mikkelin ammattikorkeakoulu. 2009. WWW-dokumentti.

<http://www.mamk.fi/ELIXIIRI>. Ei päivitystietoa. Luettu 24.11.2009.

Eloniemi- Sulkava, Ulla 2006. Omaishoito yhteistyönä: iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Erkinjuntti, Timo, Alhainen, Kari, Rinne, Juho & Soininen, Hilikka 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytösoireet 2007. WWW- dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00026&p_haku=eteneviin%20muistisairauksiin. Päivitetty 7.4.2010. Luettu 12.01.2010.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hokkanen, Liisa & Astikainen, Anne 2001. Voimia omaishoitajan työhön. Tampere: Kirjapaino Öhrling Ky.

Huohvainen, Jaana & Koponen, Tuula 2008. Ikääntyneet – käsikirja. Terveiden edistämisen tehostaminen Keski- Karjalassa- hanke.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen Pirjo 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Järnstedt, Pia, Kaivolainen, Merja, Laakso, Taina & Salanko-Vuorela, Merja 2009. Omaisen hoitajana. Saarijärvi: Kirjapaja.

Järnstedt, Pia, Korhonen, Purhonen, Annikki, Merja & Salanko-Vuorela 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006 – ”Hoitaahan ne joka tapauksessa”. Pori: Kehitys Oy.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kääriäinen, Mikko 2009. Moni ei tiedosta olevansa omaishoitaja. Länsi-Savo 26.11.2009, 16.

Karjalainen, Timo 2004. Ammattihoito vai omaishoito?. Yhteiskuntapolitiikka 69, 546.

Kivun arviointimenetelmät 2007. WWW- dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170#rek00091. Ei päivitystietoa. Luettu 16.02.2010

Kunnat 2009. Omaishoidontuki. Kuntaliitto. WWW- dokumentti.

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;59797. Ei päivitystietoa. Luettu 12.2.2010,

Lahtinen, Pirkko 2008. Omainen auttajana - Omaishoitajan kasvu. Suomen Mielenterveysseura: Libris Oy.

Laine, Anne, Ruishalme, Outi, Salervo, Pirjo, Sivén, Tuula & Välimäki, Päivi 2004. Opi ja ohjaa. Porvoo: WSOY.

Laki omaishoidon tuesta 2005/937 1§. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.10.2009.

Lyyra, Tiina-Mari, Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy.

LähDe-hanke 2008. Läheiset Dementiatyössä. Hanke-esitys. Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry.

LähDe-hanke 2008. Läheiset Dementiatyössä. Raportti, Omaishoitajien kyselyt/ Bikva-ryhmähaastattelut. Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry.

Maatraiva, Maarit 2009. Omaishoitajan asema ja jaksaminen hyvinvointiyhteiskunnassa. Helsingin yliopisto. Teologinen tiedekunta. Pro gradu. WWW-julkaisu.

<http://www.teologia.fi/index.php?option=com...59>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.10.2009.

Masennustesti (DEPS- seula) 2009. WWW- dokumentti.

<http://www.tohtori.fi/?page=34590>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.02.2010

Matilainen, Irmeli 2002. Dementoitunutta läheistään hoitavan ikääntyneen omaishoitajan kokemus terveydestään ja sen tukemisesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Gerontologian ja kansanterveyden koulutusohjelma. Pro gradu.

Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry. 2009. WWW-dokumentti.

<http://www.mikkelin dementiayhdistys.fi> Ei päivitystietoa. Luettu 15.10.2009.

Muistiliitto ry 2009. Muistihäiriöt ja dementia. WWW- dokumentti.

http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia. Ei päivitystieto. Luettu 13.2.2010.

Männistö, Päivi 2005. Omaishoitoperheeseen kohdistetut interventiot. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu.

Omaiset ja Läheiset -Liitto ry, 2006. Tiedä, taida, selviydyt - palveluopas 2009 - 2010. Vaasa: Waasa Graphics.

Omaishoidontuki sosiaalipalveluina 2009. WWW- dokumentti.

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;59797;59800 Ei päivitystietoa. Luettu 21.2.2010.

Omaishoitajuus 2009. Muistiliitto ry. WWW-dokumentti.

http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/hoito_ja_kuntoutus/omaishoitajuus/. Luettu 7.4.2010.

Painoindeksi ja vyötärön ympärys. WWW- dokumentti.

http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/painonhallinta/fi_FI/painoindeksi/. Ei päivitystietoa. Luettu 16.02.2010.

Pietilä, Minna & Saarenheimo, Marja 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Puustell, Jaana 2009. Omaishoitoon lainaksi malli perhepäivähoidosta. Länsi-Savo 02.10.2009, 7.

Siira, Heidi 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Gerontologian ja kansanterveyden koulutusohjelma. Pro gradu.

Soinila, Seppo, Kaste, Markku, Launes, Jyrki & Somer, Hannu 2001. Neurologia. Helsinki: Duodecim.

Testaa riskisi sairastua tyypin 2 diabetekseen 2009. WWW- dokumentti.
<http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti/index.php#>. Ei päivitystietoa. Luettu 16.02.2010

Tietoa muistista ja muistihäiriöistä. Miten se nyt olikaan? Esite. Muistiliitto.

Tilvis, Reijo 2001. Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valkama, Sanna 2001. Omaishoitajan työ ja sosiaalinen tuki. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologian ja kansanterveyden koulutusohjelma. Pro gradu.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Välimäki, Katriina 2005. Jaksan niin kauan kuin oma terveys vain riittää. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Vanhustenhuollon uudet tuulet 2/2005.

Välipakka, Riitta & Yabal, Anneli 1998. Omaishoitaja ja sosiaalinen tuki. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Gerontologian ja kansanterveyden koulutusohjelma. Pro gradu.



LähDe-hanke



-Läheiset Dementiatyössä-

RAPORTTI

Omaishoitajien kyselyt

Bikva-ryhmähaastattelut

hankevastaava
Jaana Sulanen
puh.044-0300 621
jaana.sulanen@surffi.fi

hanketyöntekijä
Jaana Paasonen
puh.044-0300 618
jaana.paasonen@surffi.fi



Mikkelin seudun Dementiayhdistys ry

SISÄLLYS

OMAI SHOITAJIEN KYSELYT / LÄHDE-HANKE.....	8
1. Johdanto	8
2. Kyselyn tulokset	9
3. Yhteenveto tuloksista	24
BIKVA-HAASTATTELUT / LÄHDE-HANKE	26
1. Johdanto	26
2. Yhteenveto tuloksista	28
KEHITTÄMISALUEET / LÄHDE-HANKE	31
1. Terveyden seuranta- ja edistämispalveluiden kehittäminen.....	31
2. Virkistys- ja vapaa-ajan palveluiden kehittäminen	32
3. Ohjaus- ja neuvontapalveluiden kehittäminen	33
4. Kuntoutuspalveluiden kehittäminen.....	34

12 OMAISHOITAJIEN KYSELYT / LÄHDE- HANKE

1. Johdanto

Mikkelin seudun Dementiayhdistyksen LähDe-hanke on 3-vuotinen rahoitettava automaattiyhdistyksen rahoittama hanke, jonka tavoitteena on muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien työhyvinvointi palveluiden kehittämisen. Palveluiden kehittämistä varten tarvitsimme tietoa omaishoitajien tilanteesta Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Tätä varten lähetimme n. 150:lle muistisairasta läheistään hoitavalle omaishoitajalle kyselyn elo-lokakuun 2008 aikana.

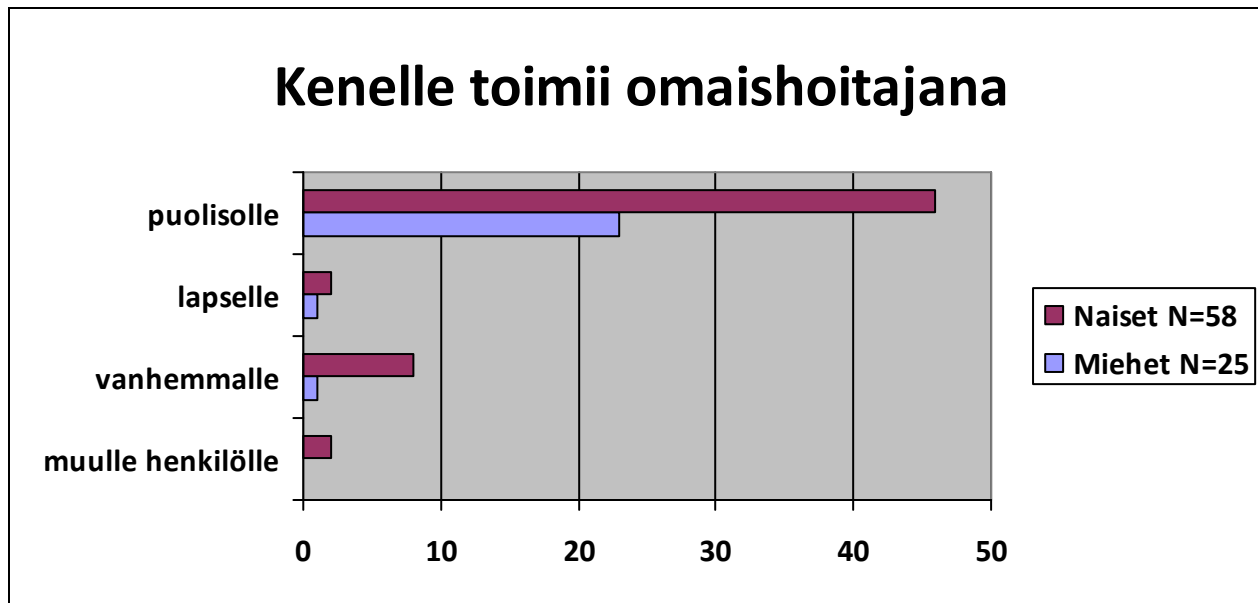
Kyselyt lähetettiin Dementiayhdistyksen jäsenrekisterissä oleville omaishoitajille. Lisäksi kyselyitä lähetettiin demensianeuvojan, kuntoutusohjaajan sekä omaishoidosta vastaavan kotihoidonohjaajan kautta. Mikkelin lähialueen kuntiin kyselyt jaettiin niissä toimivissa omaishoitajien vertaistukikerhoissa.

Kyselyyn vastasi nimettömänä kaikkiaan 84 omaishoitajaa, joista 58 oli naisomaishoitajaa ja 26 miesomaishoitajaa. Kyselyssä kysyttiin omaishoitajien taustatietoja, toimeentuloa, heidän saamia tukipalveluita sekä omaishoitajien terveydentilaa ja toimintakykyä. Lisäksi selvitettiin heidän sosiaalista verkostoa ja osallistumista kodin ulkopuolisiin tapahtumiin. Kyselyn lopussa oli kolme avointa kysymystä, joissa pyydettiin kuvaamaan elämäntilannetta tai niitä asioita, jotka vaikuttavat henkiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun.

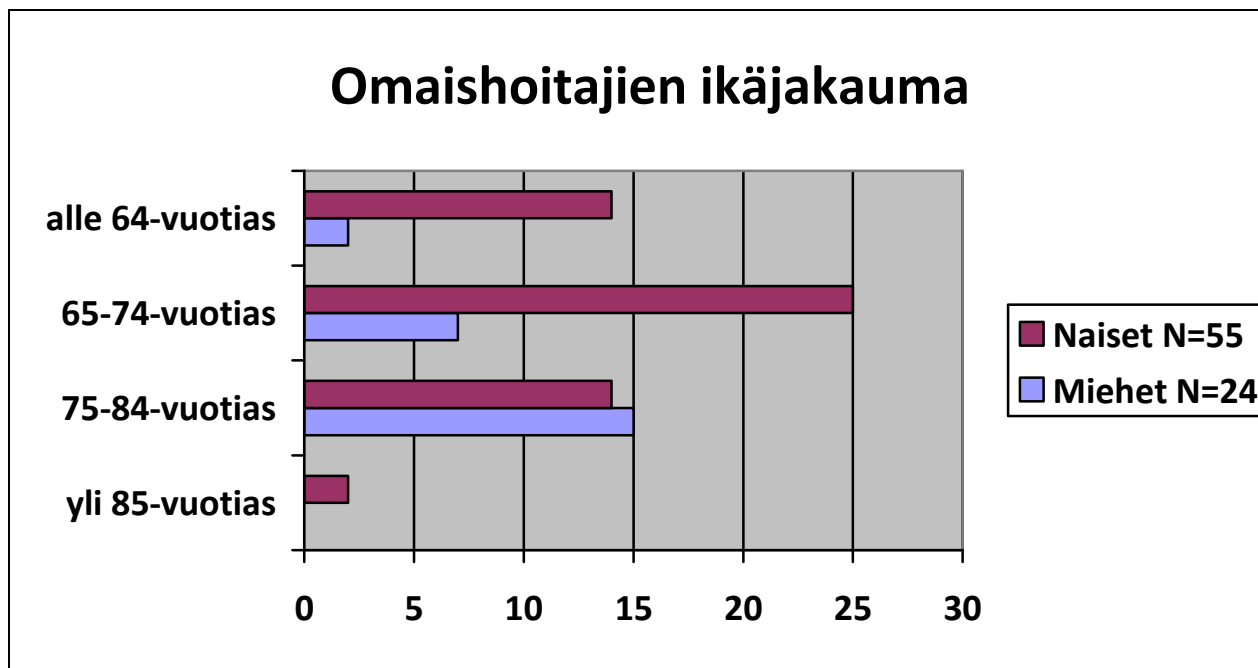
Tämän raportin ensimmäisessä osassa on esitetty omaishoitajien kyselyn tulokset vastauksista tehtyjen kaavioiden avulla. Ensimmäisen osion viimeisessä kappaleessa on kyselyiden tuloksista tehty kirjallinen kooste. Kyselyistä saatujen tulosten sekä Bikva-haastattelussa saatujen kehittämissuositusten kootut LähDe-hankkeen kehittämisalueet on kuvattu raportin kolmannessa osiossa.

2. Kyselyn tulokset

2.1 TAUSTATIEDOT

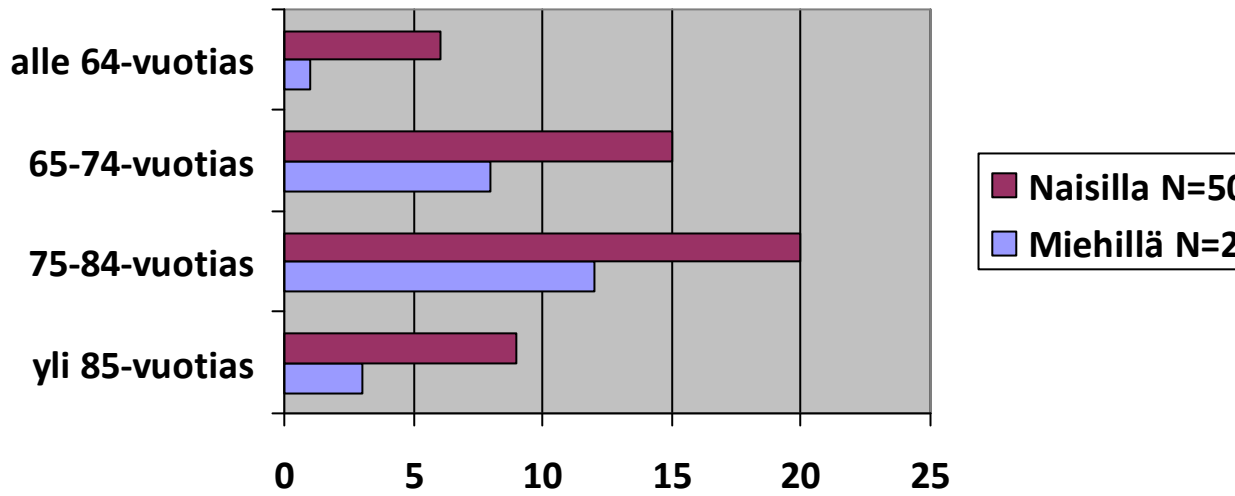


Kaavio 1. Suurin osa kyselyyn vastanneista naisomaishoitajista (79 %) sekä mies-omaishoitajista (92%) ovat puoliso-omaishoitajia.



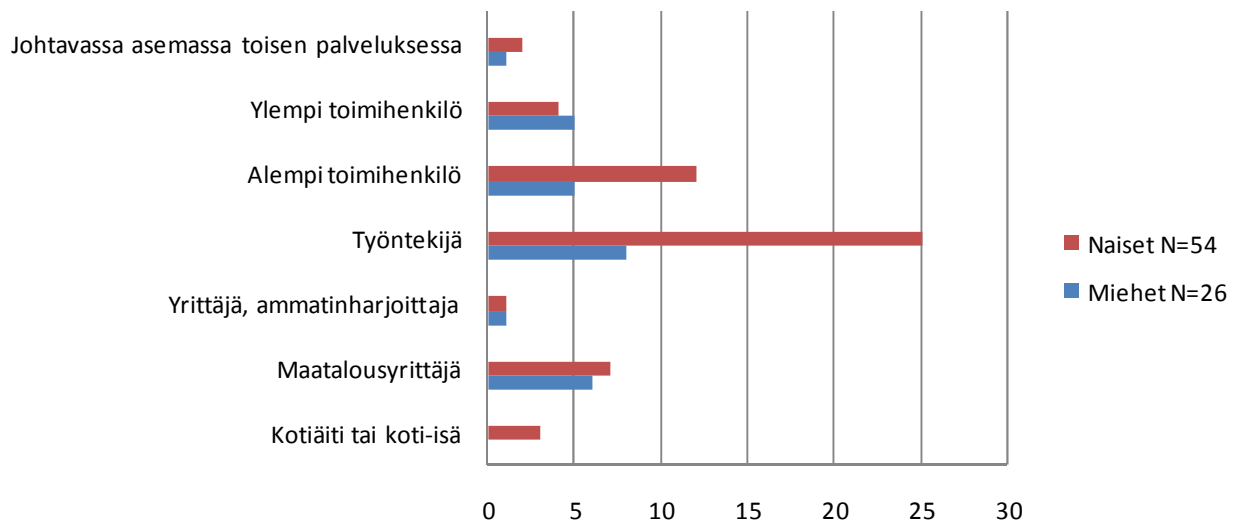
Kaavio 2. 45 % vastanneista naisomaishoitajista kuuluu ikäryhmään 65-74-vuotias ja 63 % miesomaishoitajista kuuluu ikäryhmään 75-84-vuotias.

Omaishoidettavien ikäjakauma



Kaavio 3. 40 % naisomaishoitajien ja 50 % miesomaishoitajien hoidettavista kuuluu ikäryhmään 75-84-vuotias.

Omaishoitajien sosioekonominen asema

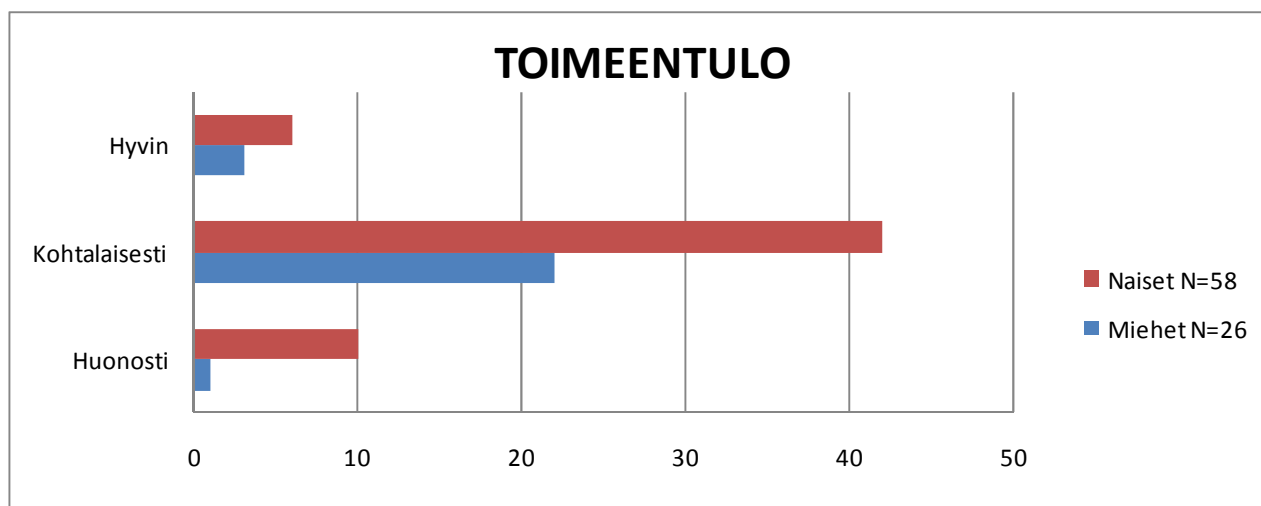


Kaavio 4. 46 % kysymykseen vastanneista naisomaishoitajista ja 31 % miesomaishoitajista on työskennellyt tai työskentelee työntekijätason tehtävissä.

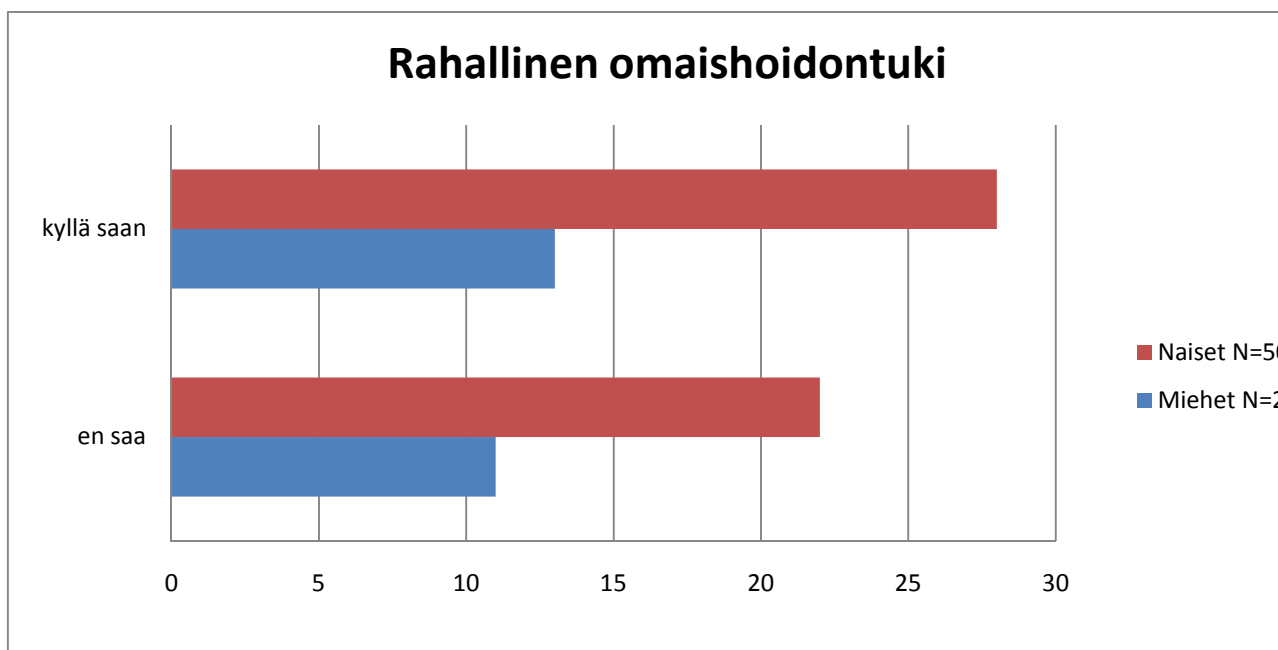


Kaavio 5. Suurin osa naisomaishoitajista (80 %) ja kaikki kysymykseen vastanneet miesomaishoitajat ovat eläkkeellä tai osa-aikaeläkkeellä.

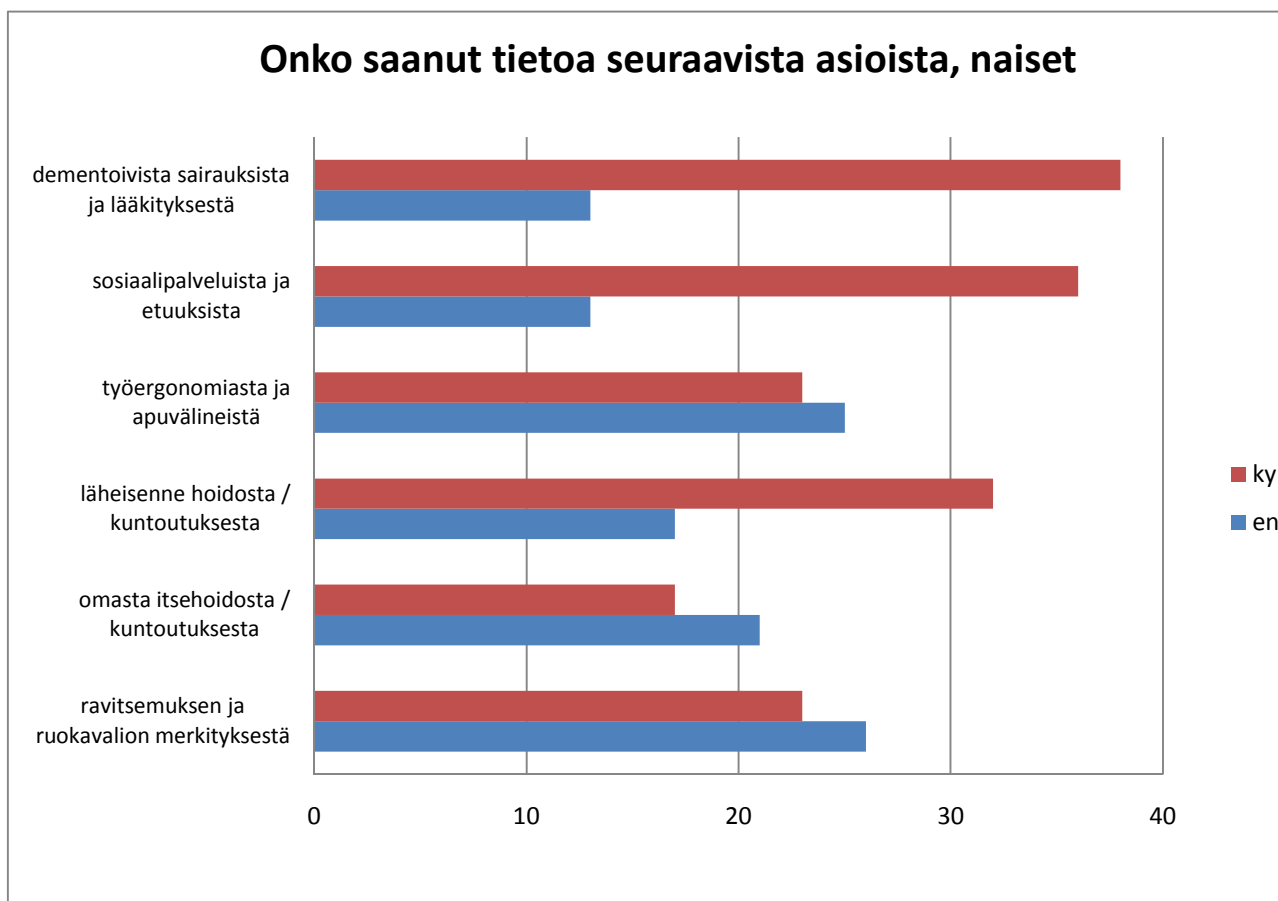
2.2 TOIMEENTULO JA TUKIPALVELUT



Kaavio 6. Suurin osa vastanneista naisomaishoitajista (72 %) ja miesomaishoitajista (85 %) kokivat toimeentulonsa kohtalaiseksi.

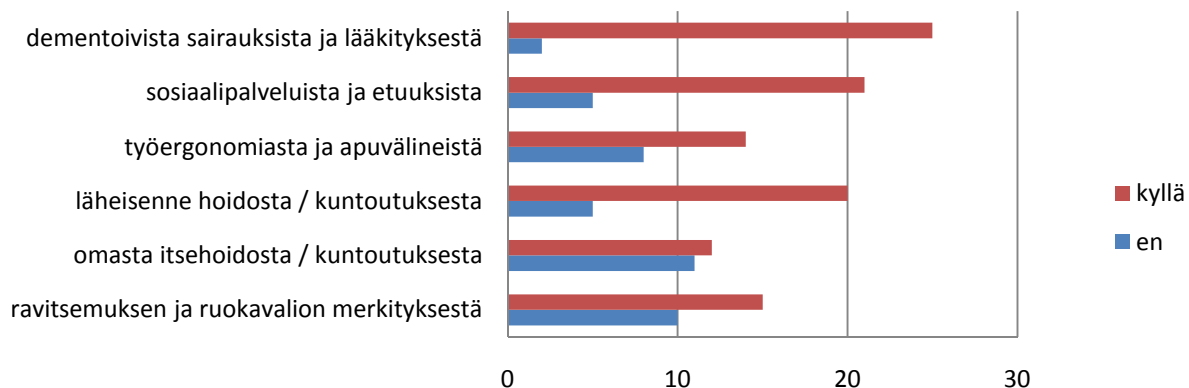


Kaavio 7. Hieman yli puolet naisomaishoitajista (56 %) ja miesomaishoitajista (54 %) saa rahallista omaishoidontukea.

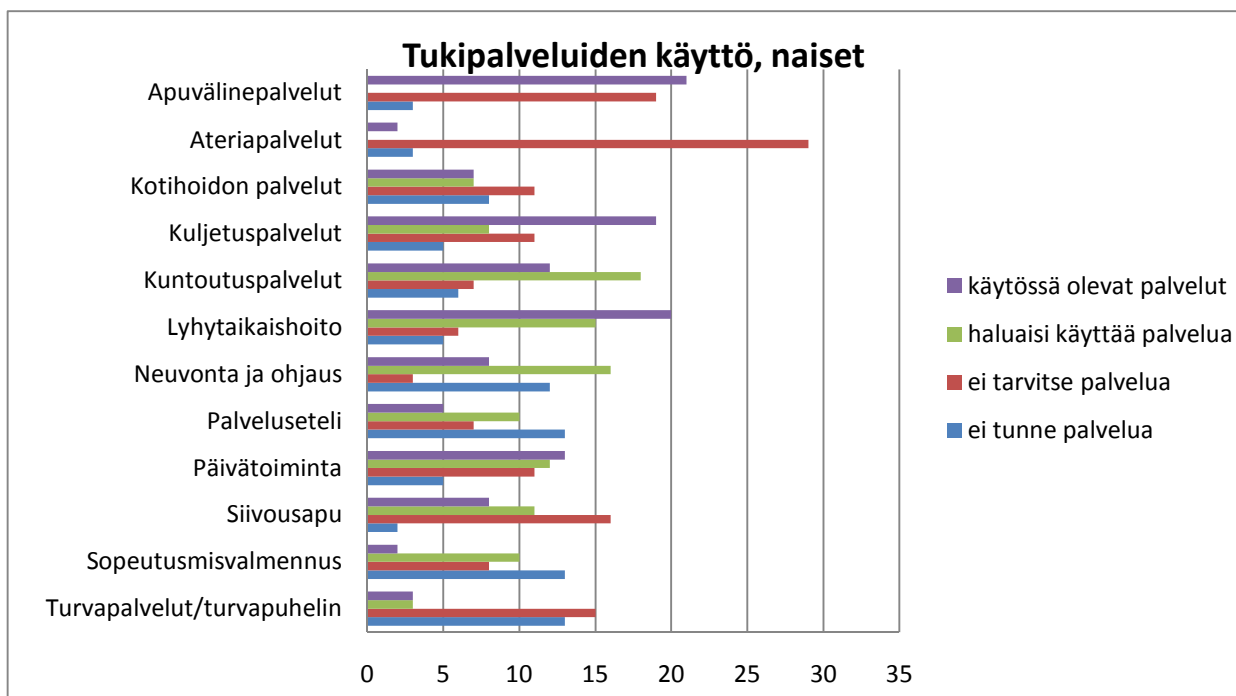


Kaavio 8. Naisomaishoitajat olivat saaneet eniten tietoa dementoivista sairauksista ja lääkityksestä, sosiaalipalveluista ja etuuksista sekä läheisen hoidosta/kuntoutuksesta. Vähiten he olivat saaneet tietoa ravitsemuksen ja ruokavalion merkityksestä, työergonomiasta ja apuvälineistä sekä omasta itsehoidosta /kuntoutuksesta.

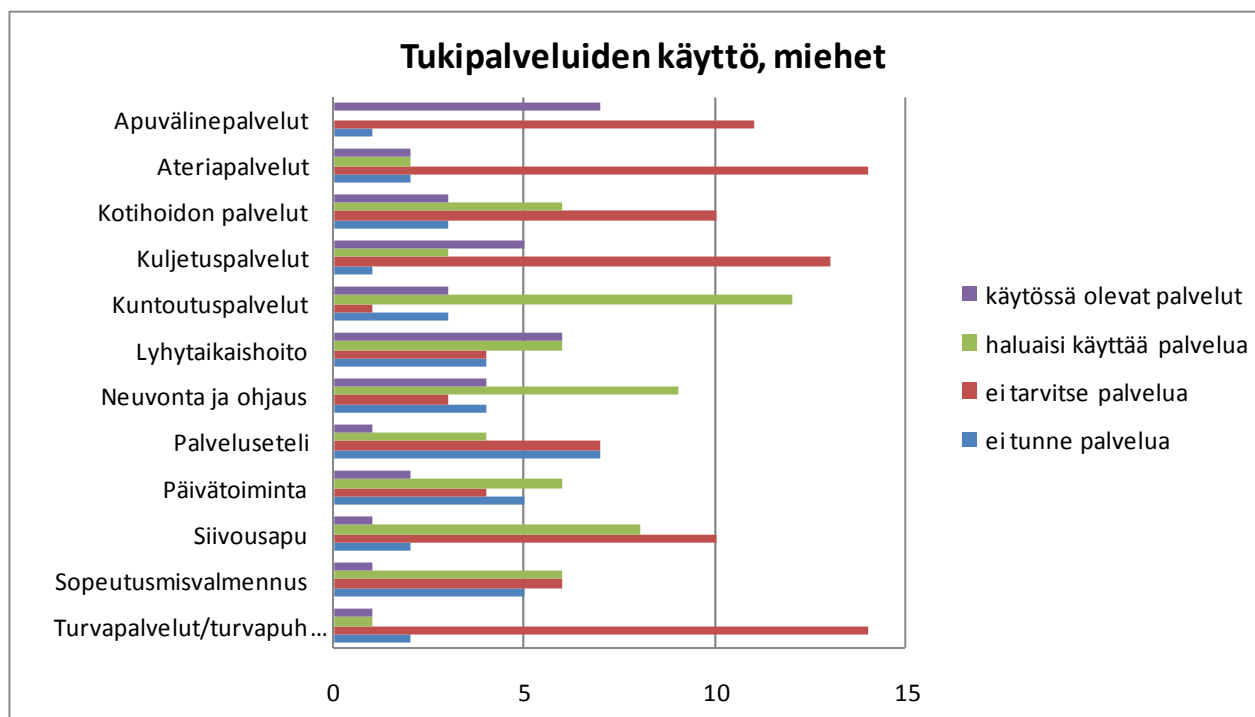
Onko saanut tietoa seuraavista asioista, miehet



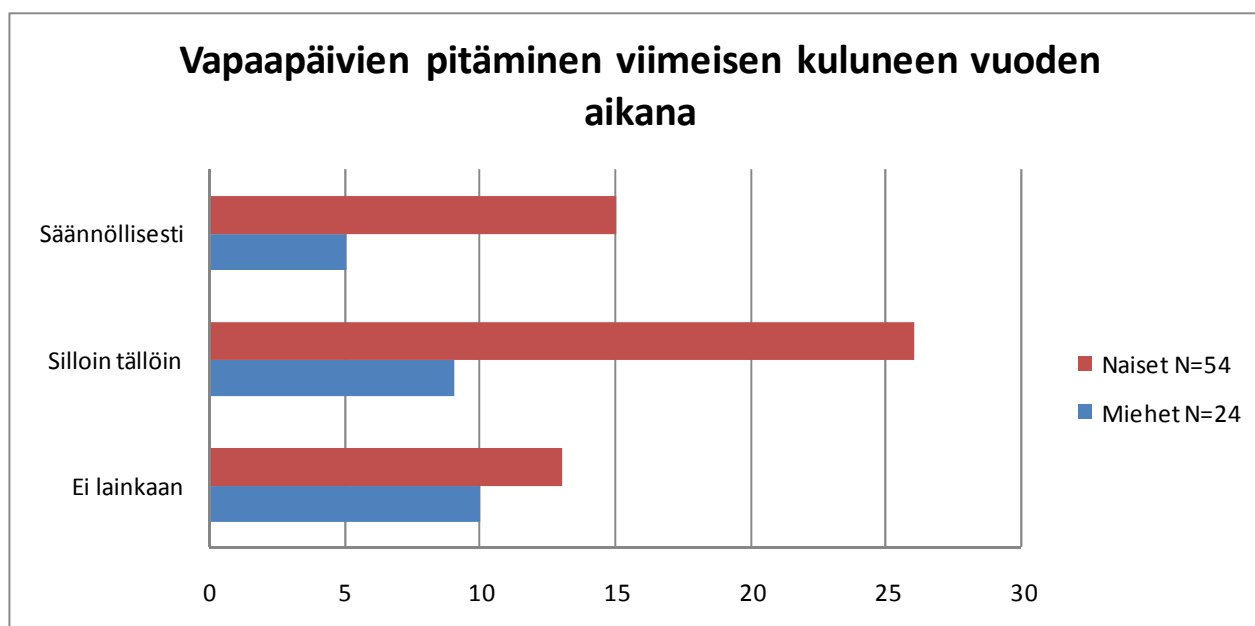
Kaavio 9. Miesomaishoitajat olivat saaneet eniten tietoa dementoivista sairauksista ja lääkityksestä, sosiaalipalveluista ja etuuksista sekä läheisen hoidosta/kuntoutuksesta. Vähiten he olivat saaneet tietoa omasta itsehoidosta/kuntoutuksesta, ravitsemuksen ja ruokavalion merkityksestä sekä työergonomiasta ja apuvälineistä. Omaishoitajat ovat saaneet tietoa mm. **kunnan palveluiden kautta**; kotihoidon työntekijöiltä, omalta lääkäriltä, fysioterapeutilta, ravitsemusterapeutilta, dementia-neuvojalta, sosiaaliviranomaisilta, päivätoiminnasta ja lyhytaikaishoitopaikasta, **sairaalan henkilökunnalta**; kuntoutusohjaajalta ja neurologilta sekä **muilta tahoilta**; omaishoitajakoulutuksesta, järjestöiltä, mediasta, kelalta, kuntoutuslaitoksesta, sopeutumisvalmennuksesta, oppaista, kirjoista, internetistä, omaisten tukiryhmästä, luennoilta ja muilta omaishoitajilta.



Kaavio 10. Naisomaishoitajat **käyttävät eniten** apuvälinepalveluita, lyhytaikaishoitoa ja kuljetuspalveluita, he **haluaisivat käyttää** kuntoutuspalveluita, neuvontaa ja ohjausta sekä lyhytaikaishoitoa, palveluita joita he **vähiten tarvitsevat** ovat ateriapalvelut, apuvälinepalvelut sekä siivousapu. Palveluita joita naisomaishoitajat **vähiten tuntevat** ovat turvapalvelut, sopeutumisvalmennus ja palveluseteli.

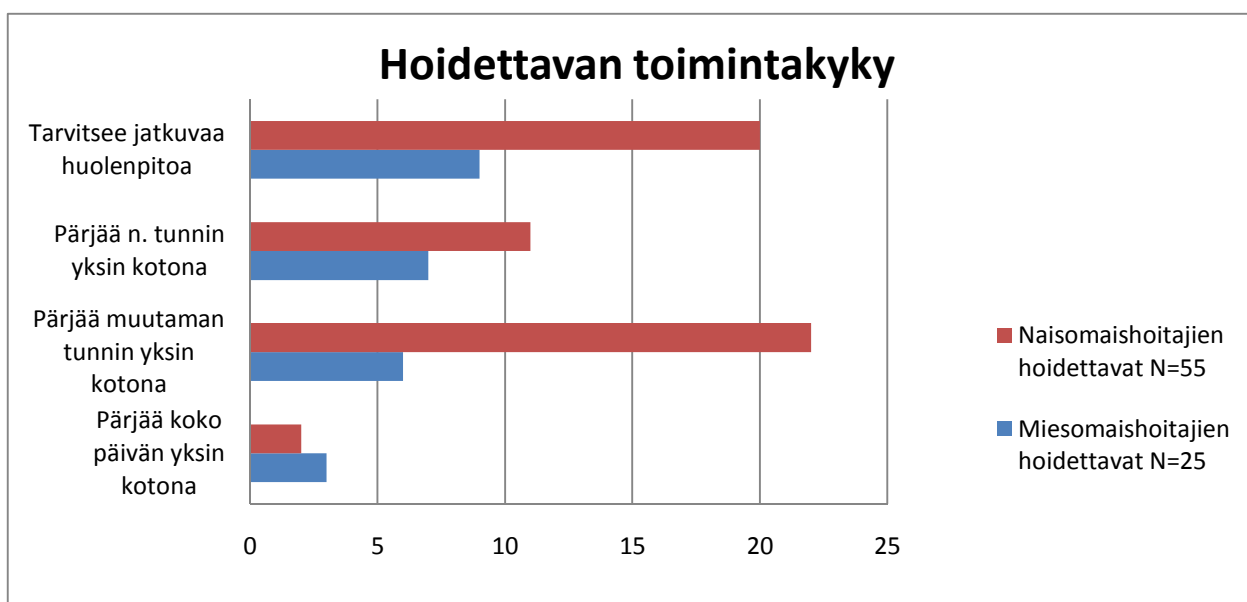


Kaavio 11. Miesomaishoitajat *käyttävät eniten* apuvälinepalveluita, lyhytaikaishoitoa ja kuljetuspalveluita, he *haluaisivat käyttää* kuntoutuspalveluita, neuvontaa ja ohjausta sekä siivousapua, palveluita joita he *vähiten tarvitsevat* ovat ateriapalvelut, turvapalvelut ja kuljetuspalvelut. Palveluita joita miesomaishoitajat *vähiten tuntevat* ovat palveluseteli, sopeutusvalmennus ja päivätoiminta.

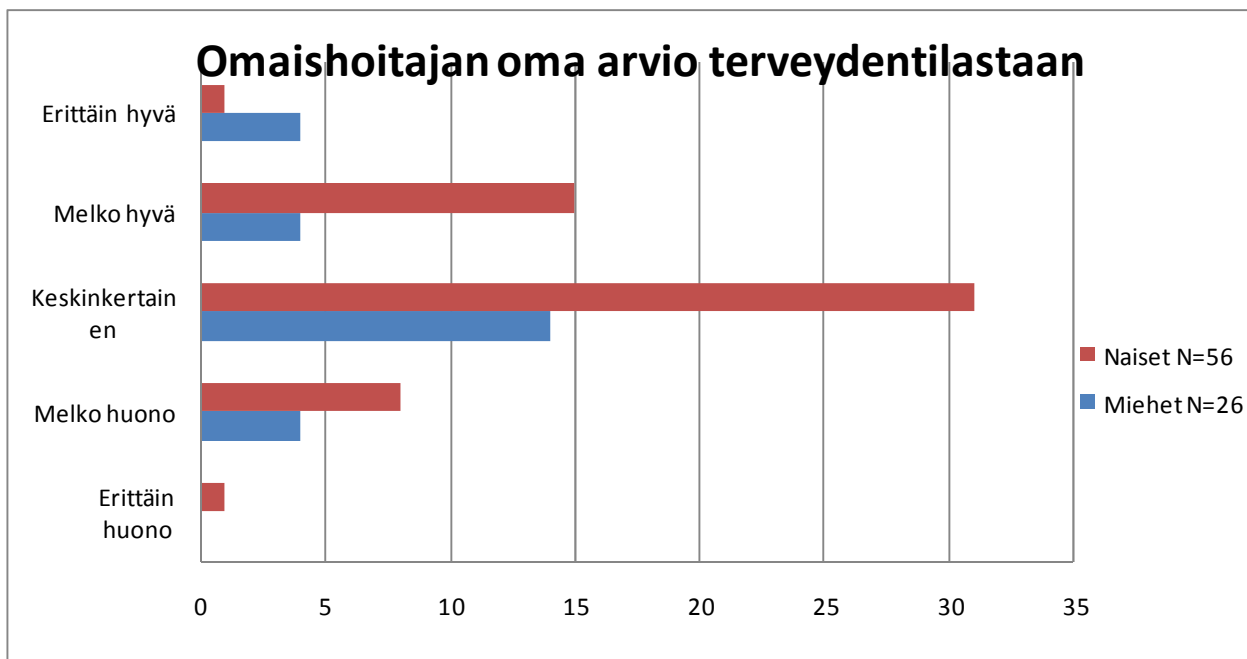


Kaavio 12. Lähes puolet naisomaishoitajista (48 %) oli pitänyt vapaapäiviä silloin tällöin. 42 % miesomaishoitajista ei ollut pitänyt lainkaan vapaapäiviä kuluneen vuoden aikana.

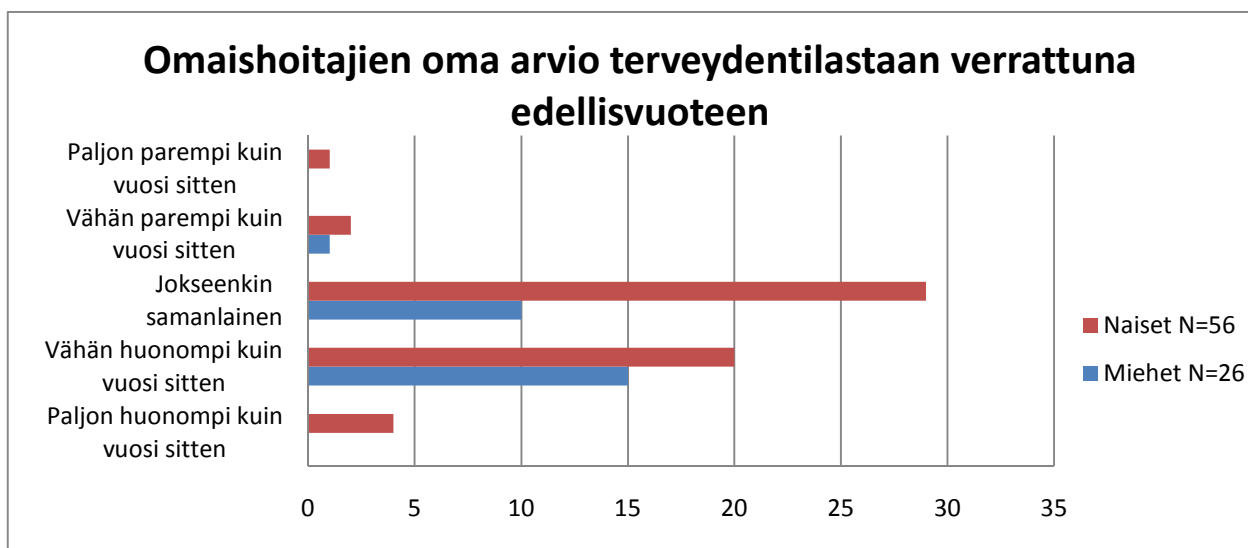
2.3 TERVEYDENTILA JA TOIMINTAKYKY



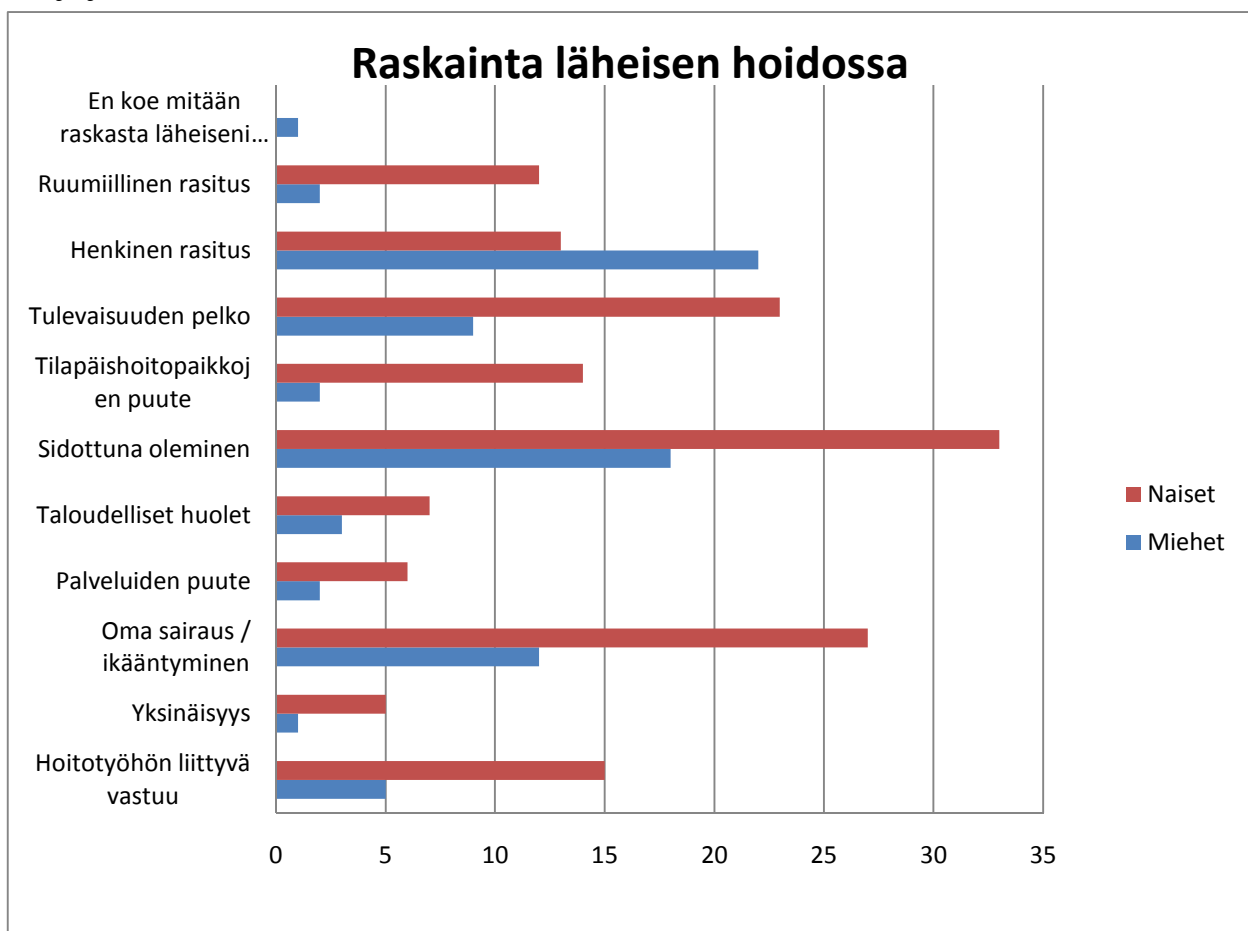
Kaavio 13. Yli puolet (64 %) naisomaishoitajien hoidettavista pärjää yksin kotona tunnin, muutaman tunnin tai koko päivän, jatkuvaa huolenpitoa tarvitsee 36 % hoidettavista. Miesomaishoitajien hoidettavista yli puolet (64 %) pärjää tunnin/muutaman tunnin tai koko päivän yksin kotona , jatkuvaa huolenpitoa tarvitsee 36 % hoidettavista.



Kaavio 14. Suurin osa sekä naisomaishoitajista (56 %) että miesomaishoitajista (55 %) arvioi oman terveydentilansa keskipertaiseksi.

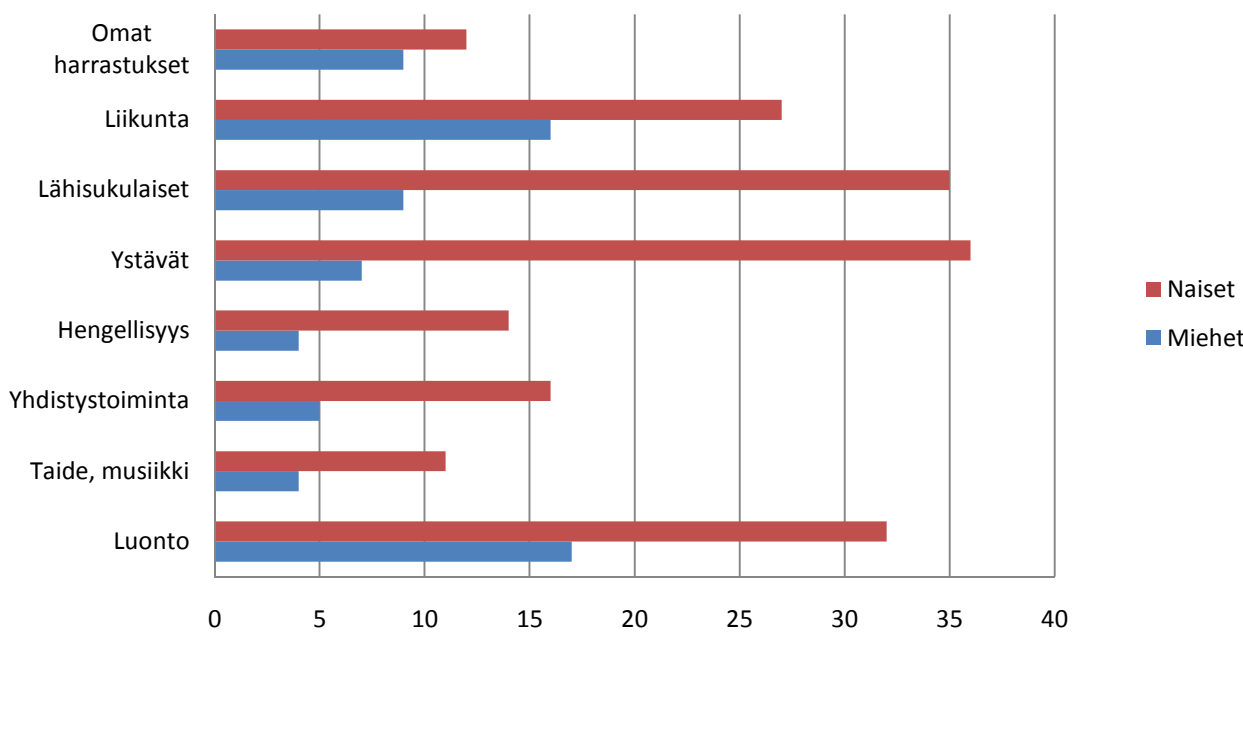


Kaavio 15. Yli puolet (52 %) naisomaishoitajista arvioi terveydentilansa edelliseen vuoteen verrattuna jokseenkin samanlaiseksi ja lähes puolet (43 %) arvioi terveydentilansa vähän huonommaksi tai paljon huonommaksi. Suurin osa (58 %) miesomaishoitajista arvioi oman terveydentilansa vähän huonommaksi verrattuna edelliseen vuoteen ja jokseenkin samanlaiseksi arvio 38 %.



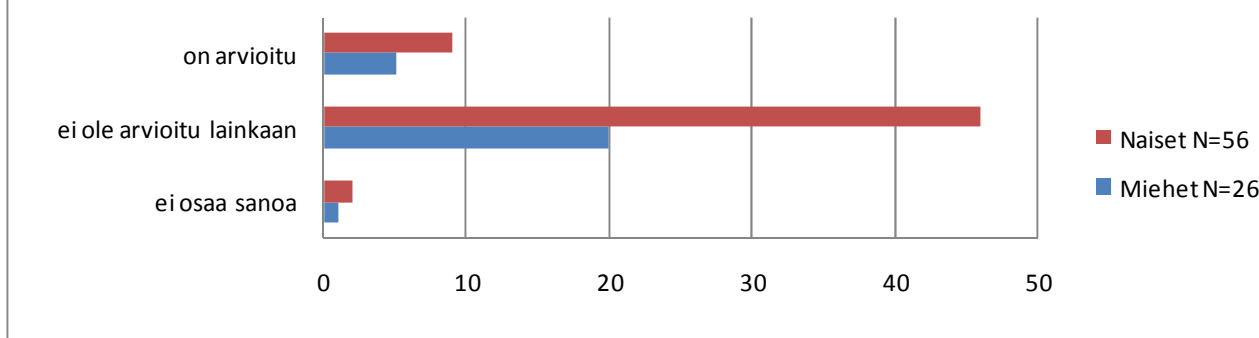
Kaavio 16. Naisomaishoitajien mielestä raskainta läheisen hoidossa on sidottuna oleminen, oma sairaus/ikäntyminen sekä tulevaisuuden pelko. Miesomaishoitajien mielestä raskainta on henkinen rasitus, sidottuna oleminen sekä oma sairaus/ikäntyminen.

Mistä saa voimaa omaishoitotyöhön ja jaksamiseen



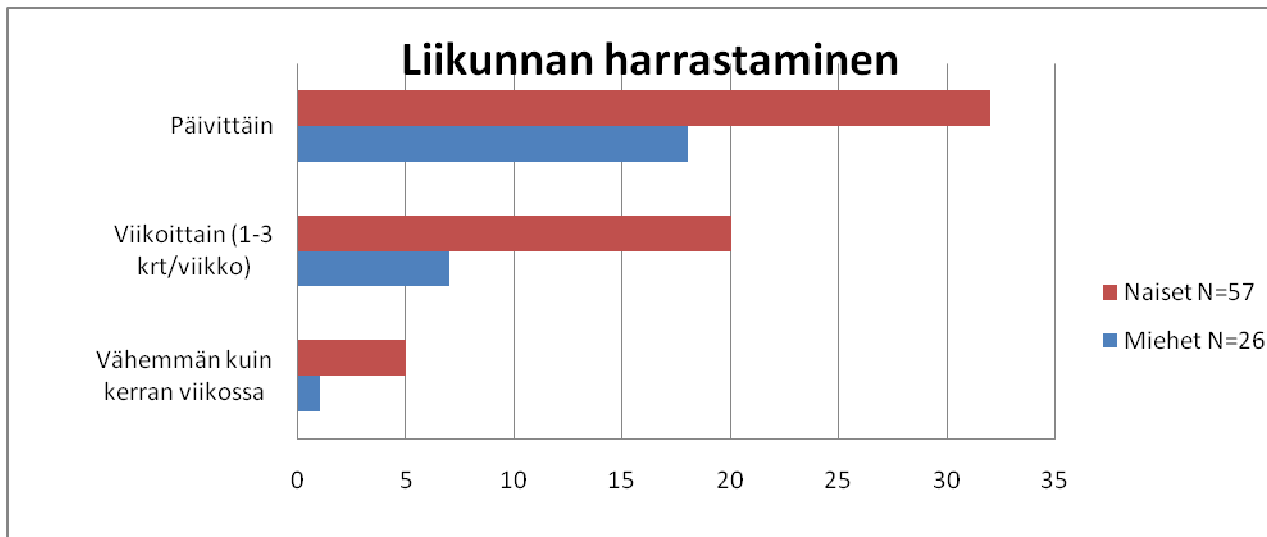
Kaavio 17. Naiset saavat voimaa omaishoittoon ja jaksamiseen eniten ystäviltä, lähisukulaisilta ja luonnosta. Miehet saavat eniten voimaa luonnosta, liikunnasta, omista harrastuksista ja lähisukulaisilta. Lisäksi oli yksittäisiä mainintoja esim. oma työ, hoidettavan intervallijaksot ja vertaisryhmät.

Omaishoitajien terveydentilan ja toimintakyvyn arviointi

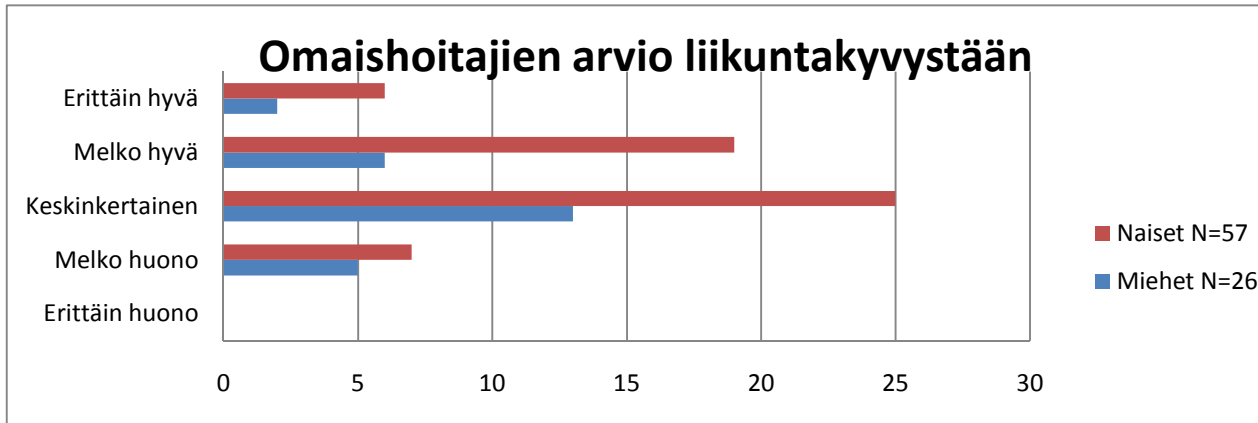


Kaavio 18. Suurimmalla osalla naisomaishoitajista (82 %) ja miesomaishoitajista (77 %) terveydentilaa ja toimintakykyä ei ole arvioitu lainkaan.

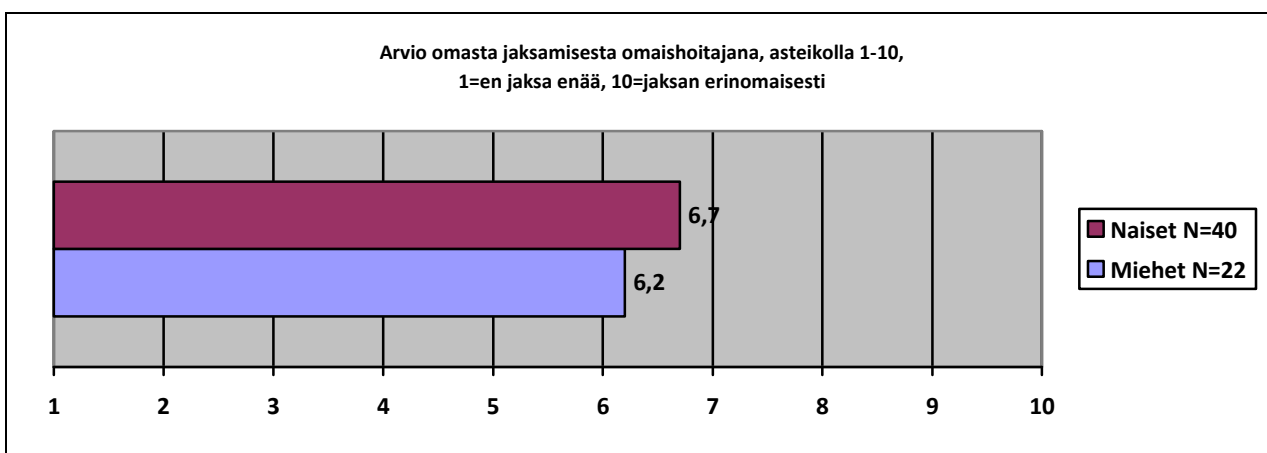
Omaishoitajien terveydentilaa oli arvioitu mm. vanhusneuvolassa, kuntoutusjaksolla, lääkärikäynnin yhteydessä, kotipalveluohjaajan ja dementia-neuvojan kotikäynneillä.



Kaavio 19. Suurin osa naisomaishoitajista (56 %) sekä miesomaishoitajista (69 %) harrastaa liikuntaa päivittäin.

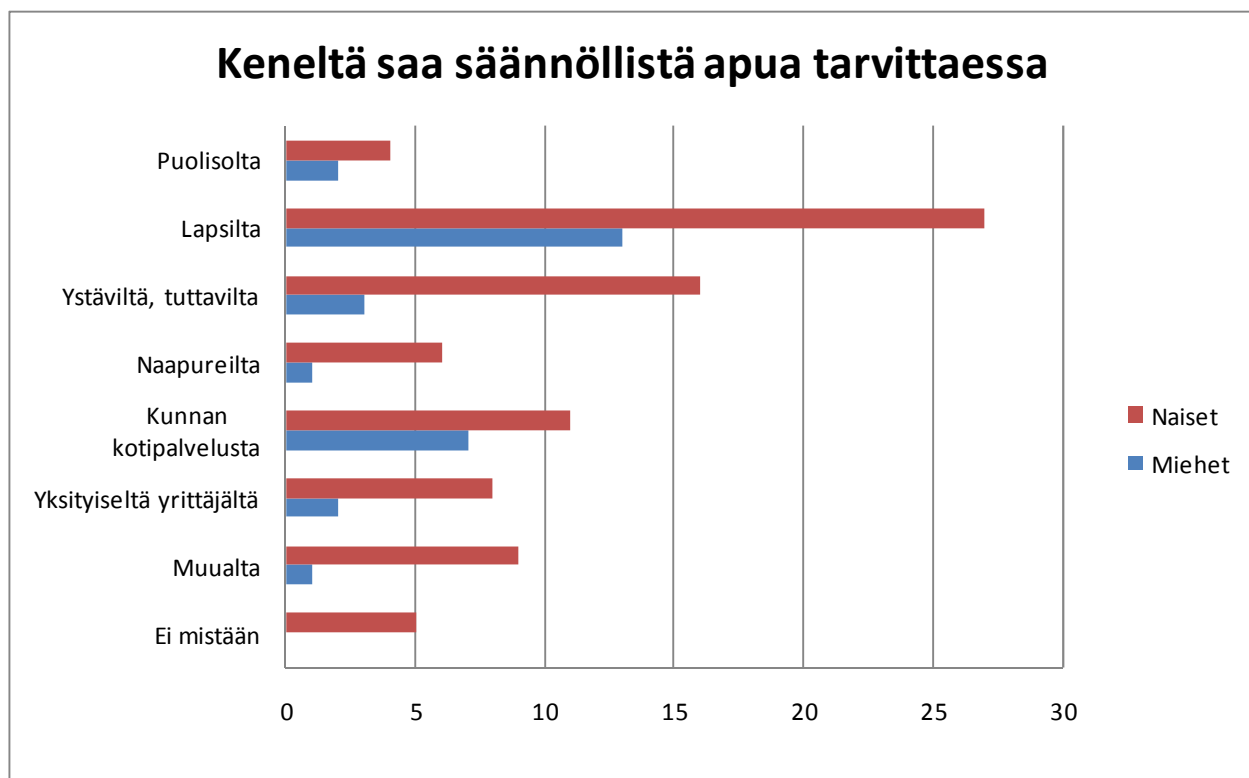


Kaavio 20. Lähes puolet (44 %) naisomaishoitajista arvioi oman liikuntakykynsä erittäin hyväksi tai melko hyväksi ja saman verran (44 %) arvioi liikuntakykynsä keskinertaiseksi. Puolet (50 %) miesomaishoitajista kokee liikuntakykynsä keskinkertaiseksi.

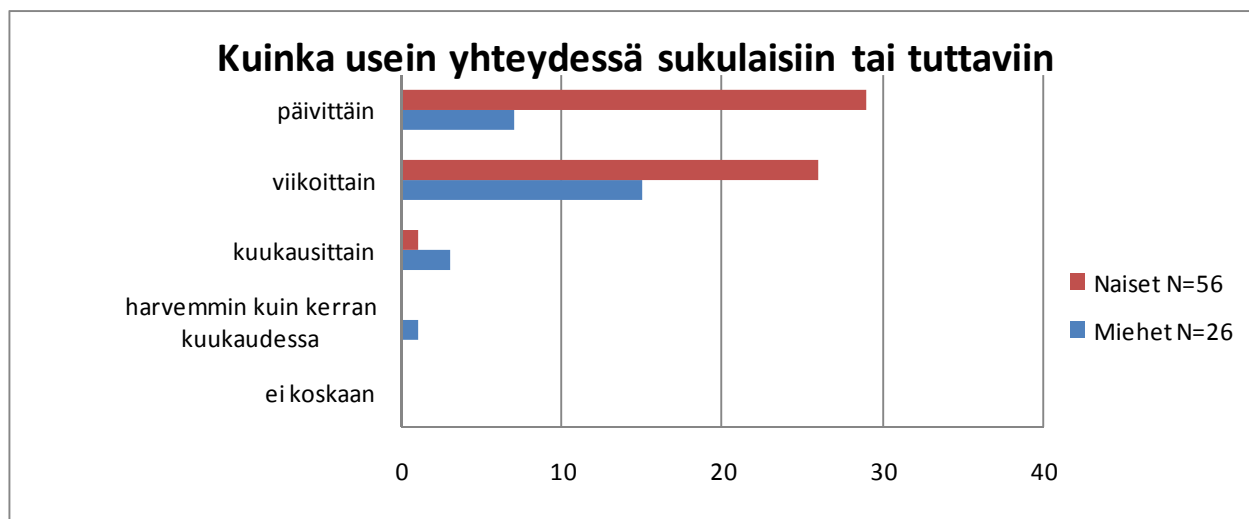


Kaavio 21. Naisomaishoitajien omaa jaksamista kuvaavien arvosanojen keskiarvo on 6,7. Miesomaishoitajat arvioiden keskiarvo on 6,2.

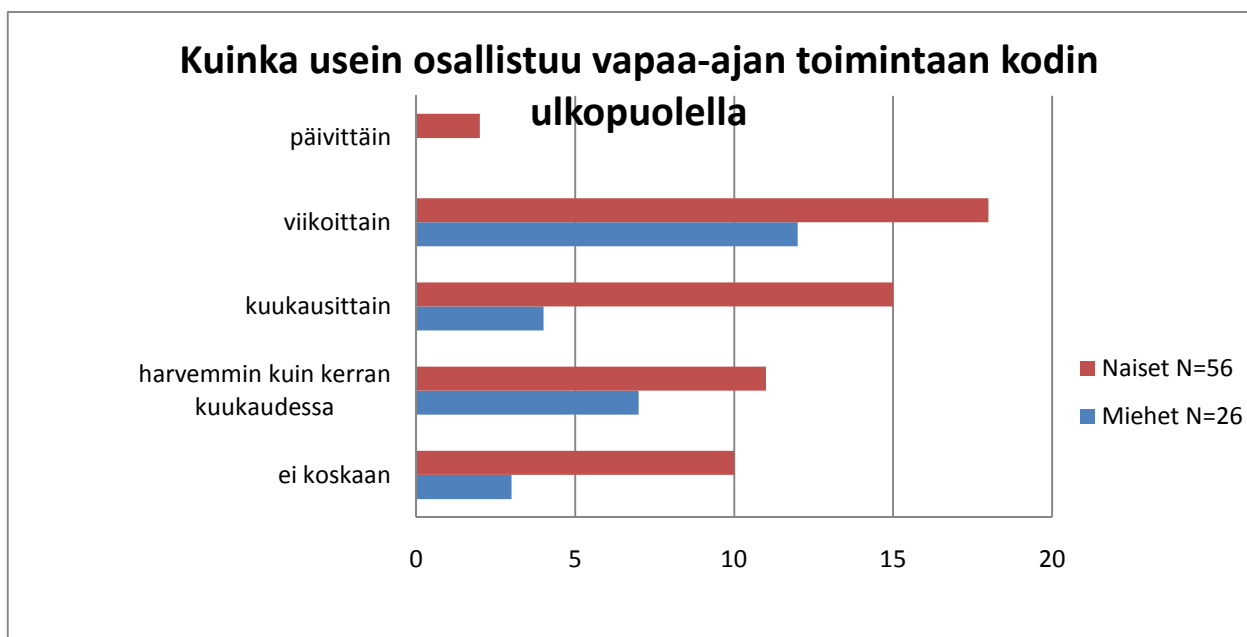
2.4 SOSIAALINEN VERKOSTO JA OSALLISTUMINEN



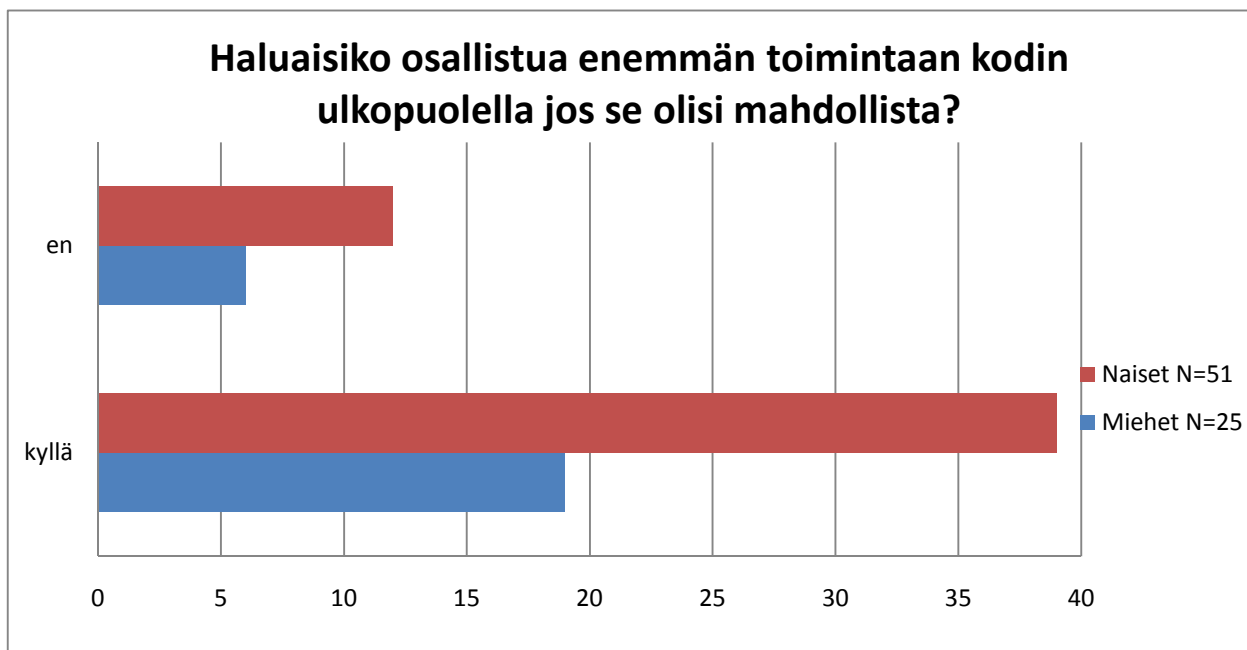
Kaavio 22. Nais- sekä miesomaishoitajat saavat eniten apua lapsiltaan. Naisomaishoitajat saavat lisäksi eniten apua ystäviltä, tuttavilta sekä kunnan kotipalvelusta. Miesomaishoitajat saavat seuraavaksi eniten apua kunnan kotipalvelusta. Lisäksi oli yksittäisiä vastauksia, mistä muualta saa tarvittaessa apua esim. hoidettavan henkilökohtaiselta avustajalta, Moision dementiaosastolta ja Tenholasta.



Kaavio 23. Hieman yli puolet (52 %) naisomaishoitajista on yhteydessä sukulaisiin tai tuttaviin päivittäin sekä 48 % on yhteydessä viikoittain. Suurin osa miesomaishoitajista (58 %) on yhteydessä sukulaisiin tai tuttaviin viikoittain.



Kaavio 24. 32 % naisomaishoitajista ja 46 % miesomaishoitajista osallistuu vapaa-ajan toimintaan kodin ulkopuolella viikoittain.



Kaavio 25. 76 % sekä naisomaishoitajista että miesomaishoitajista haluaisi osallistua useammin kodin ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan.

Kysyttäessä **mitä esteitä omaishoitajilla on osallistumiselle** kodin ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan, omaishoitajat ilmoittivat seuraavia asioita:

Naisomaishoitajat (n=37) vastasivat;

- ✓ hoidettavan hoitojärjestelyt (24)
- ✓ huonot kulkuyhteydet (4)
- ✓ hoidettavan haluttomuus lähteä hoitoon (2)

- ✓ hoidettavan kunto (2)
- ✓ ajanpuute (2)
- ✓ hoidettava ei halua jäädä yksin (1)
- ✓ paljot kotityöt (1)
- ✓ ei jaksa lähteä (1)

Miesomaishoitajat (n=17) vastasivat;

- ✓ hoidettavan hoitojärjestelyt (9)
- ✓ hoidettavan haluttomuus lähteä hoitoon (5)
- ✓ hoidettavan mustasukkaisuus (1)
- ✓ ajanpuute (1)
- ✓ yhden mielestä terveys (1)

AVOIMET KYSYMYKSET

Mikä elämässänne on hyvin / mihin olette tyytyväinen?

Naisomaishoitajat (n=44) vastasivat seuraavaa:

- ✓ omaan terveydentilaan ja jaksamiseen (11)
- ✓ lähellä asuviin lapsiin ja lapsenlapsiin, jotka auttavat tarvittaessa (9)
- ✓ omaan asumiseen/asuntoon (6)
- ✓ omiin harrastusmahdollisuuksiin, jotka koetaan henkireikänä (4)
- ✓ omaan elämään kokonaisuutena (4)
- ✓ saa olla omassa kodissa yhdessä hoidettavan kanssa (4)
- ✓ hoidettava on ”helppo” (2)
- ✓ työssä käymiseen, mikä koetaan henkireikänä (2)
- ✓ ystäviin ja heiltä saatavaan apuun(2)
- ✓ toimivaan parisuhteeseen (2)
- ✓ edes kerran kuussa olevaan vapaapäivään (1)
- ✓ lääkitykseen (1)
- ✓ oma puuhasteluun (1)
- ✓ hoidettavan kunnan pysyminen samanlaisena (1)
- ✓ ulkopuoliseen apuun (1)

Miesomaishoitajat (n=18) vastasivat seuraavaa:

- ✓ kohtalaiseen taloudelliseen tilanteeseensa (5)
- ✓ omaan asumiseen/asuntoon (5)
- ✓ omaan terveydentilaan ja jaksamiseen (4)
- ✓ autoilumahdollisuuden säilymiseen (2)
- ✓ saa olla omassa kodissa yhdessä hoidettavan kanssa (2)
- ✓ omaan elämään kokonaisuutena (1)
- ✓ nettiyhteyteen, minkä välityksellä voi olla yhteydessä muihin (1)
- ✓ hyvään turvaverkoston (1)
- ✓ hoidettavan kuntoon (1)

- ✓ palvelut lähellä (1)
- ✓ hoidettavan positiivinen elämän asenne (1)

Millaista apua ja tukea haluatte, jotta voisitte asua kotona mahdollisimman taspainoisesti?

Naisomaishoitajat (n=37) vastasivat seuraavaa:

- ✓ lyhytaikaishoitoa hoidettavalle (8)
- ✓ monipuolista kotiapua (5)
- ✓ kuntoutusta hoidettavalle ja itselle (3)
- ✓ tilapäisapua ja juttuseuraa kotiin hoidettavalle (3)
- ✓ säännöllistä terveydenhuoltoa ja – tarkastuksia (3)
- ✓ säännöllistä vapaa-aikaa (3)
- ✓ riittävästi omaishoidon tukea (2)
- ✓ kuntouttavaa päivätoimintaa hoidettavalle (2)
- ✓ kotona pärjääminen ei enää onnistu, vaan hoidettava tarvitsee pitkäaikais-
hoitopaikan (2)
- ✓ remonttiapua (1)
- ✓ läheisen hoitoon tulisi osallistua muidenkin lähisukulaisten (1)
- ✓ keskusteluapua seurakunnasta (1)
- ✓ mielenterveyspalveluita, tietoa mielenterveyden häiriöistä ja vaikutukses-
ta parisuhteeseen (1)
- ✓ muistin testaus ja huolto (1)
- ✓ terveystarkastukset säännöllisesti (1)
- ✓ henkilökohtaisen avustajan saaminen (1)
- ✓ juttuseuraa hoidettavalle, saattajapalvelua konserttiin tai torikahvilaan (1)
- ✓ säännöllinen hoitotilanteen päivitys, oman jaksamisen kartoitus (1)
- ✓ konsultointiapua kiireettömästi (1)
- ✓ rahallista tukea kotona asumiseen (1)

Miesomaishoitajat (n=16) vastasivat seuraavaa:

- ✓ kotiapua (6)
- ✓ tilapäisapua ja juttuseuraa kotiin hoidettavalle (4)
- ✓ lyhytaikaishoitoa hoidettavalle (3)
- ✓ lisää tietoa (1)
- ✓ omaa aikaa enemmän (1)
- ✓ riittävästi omaishoidon tukea (1)
- ✓ ajokortti (1)

Minkä toiveen / unelman haluaisitte lähitulevaisuudessa toteutuvan?

Naisomaishoitajat (n=41) vastasivat seuraavaa:

- ✓ matka (11)

- ✓ aikaa itselle, vapaata (7)
- ✓ kuntoutusta itselle (5)
- ✓ hoidettavalle palvelutalopaikka (2)
- ✓ molempien terveyden säilyminen ja lastenlasten ilahduttaminen elämää (2)

Lisäksi seuraavat yksittäiset vastaukset; saisi elää iloisesti ja toiveikkaasti päivän kerrallaan, toive lottovoitosta, pidemmät lyhytaikaishoitajaksot, ”vanhusparkki” paikka, uusi asunto hissillisessä kerrostalossa, mahdollisuus hoitaa omainen kotona loppuun saakka, silmässä näkökyvyn säilyminen, selän paraneminen jotta pääsisi liikkumaan, pitkäaikaishoitopaikkoihin riittävästi hoitajia, toive auton kunnossa säilymisestä, toive ettei hoidettava tule aggressiivisemmaksi, toive hoidettavan pärjäämisestä mahdollisimman kauan, toive kodin rästitöiden hoitumisesta, toive että itse saisi olla mahdollisimman kauan kotona, hoidettavalle päivätoimintaa, hoidettavan hoitojärjestelyiden järjestymisestä kotiin, unelma kirjan julkaisemisesta, toive että osaisi pyytää tarvittaessa tukea ja apua yhteiseksi hyväksi ja toive että usko tulevaisuuteen riittäisi

Miesomaishoitajat (19) vastasivat seuraavaa:

- ✓ omaa aikaa (3)
- ✓ oman terveyden säilyminen (2)
- ✓ kuntoutusta (2)
- ✓ onnistuneet, säännölliset lyhytaikaishoitajaksot (2)
- ✓ lomamatka (2)

Lisäksi yksittäisiä toiveita olivat: lain edellyttämät avut toteutuisivat, dementiayhdistys onnistuisi puolustamaan oikeuksiamme, huonoja päiviä vähemmän, hoidettavan kävelykyvyn säilyminen, lasten ja lastenlasten osallistuminen elämäämme enemmän, toive siitä ettei joutuisi laitoshiitoon

3. Yhteenveto tuloksista

Taustatiedot

Suurin osa kyselyyn vastanneista omaishoitajista oli puoliso-omaishoitajia. Liki puolet naisomaishoitajista kuului ikäryhmään 65 - 74 vuotta ja miesomaishoitajista yli puolet ikäryhmään 75 - 84 vuotta. Omaishoidettavien suurin ikäryhmä on 75 – 84 -vuotiaat. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet naisomaishoitajat ja kaikki miesomaishoitajat ovat tällä hetkellä eläkkeellä.

Toimeentulo ja tukipalvelut

Suurin osa vastanneista omaishoitajista koki toimeentulonsa kohtalaiseksi. Hieman yli puolet vastanneista sekä mies- että naisomaishoitajista sai rahallista omaishoidontukea. Lähes puolet naisomaishoitajista oli pitänyt vapaapäiviä kuluneen vuoden aikana, mutta lähes puolet miesomaishoitajista ei ollut pitänyt lainkaan vapaapäiviä kuluneen vuoden aikana.

Omaishoitajat olivat saaneet tietoa eniten dementoivista sairauksista ja lääkityksestä, sosiaalipalveluista ja – etuuksista sekä läheisen hoidosta ja kuntoutuksesta. Vähiten omaishoitajat olivat saaneet tietoa ravitsemuksesta ja ruokavalion merkityksestä, omasta itsehoidosta ja kuntoutuksesta sekä työergonomiasta ja apuvälineistä.

Kyselyyn vastanneet omaishoitoperheet käyttävät kotihoidon tukipalveluista eniten apuvälinepalveluita, lyhytaikaishoitoa läheiselle sekä kuljetuspalveluita. Palvelu, jota omaishoitoperheet vähiten tarvitsevat, on ateriapalvelu. Lisäksi naisomaishoitajien mielestä he tarvitsevat vähiten apuvälinepalvelua ja siivousapua sekä miesomaishoitajien mielestä turva- ja kuljetuspalveluja. Palveluita, joita omaishoitajat vähiten tuntevat olivat sopeutumisvalmennus ja palvelusetelin käyttäminen. Palveluita, joita omaishoitajat haluaisivat käyttää enemmän, olivat kuntoutuspalvelut, neuvonta ja ohjaus sekä lisäksi naisomaishoitajien mielestä lyhytaikaishoito ja miesomaishoitajien mielestä siivousapu.

Yli puolella omaishoitajista omaishoidettava pärjää kotona tunnin tai muutaman tunnin. Jatkuvaa huolenpitoa tarvitsee noin kolmannes hoidettavista. Raskainta läheisen hoidossa naisomaishoitajien mielestä on sidottuna oleminen, oma sairaus/ikäntyminen sekä tulevaisuuden pelko. Miesomaishoitajien mielestä raskainta on henkinen rasitus, sidottuna oleminen sekä oma sairaus/ikäntyminen.

Omaishoitajan terveydentila ja toimintakyky

Suurin osa omaishoitajista arvioi oman terveydentilansa keskinkertaiseksi. Yli puolet naisomaishoitajista arvioi oman terveydentilansa edelliseen vuoteen verrattuna jokseenkin samanlaiseksi, kun taas yli puolet miesomaishoitajista arvioi oman terveyden tilansa vähän huonommaksi edelliseen vuoteen verrattuna. Suurimmalla osalla omaishoitajista heidän terveydentilaansa ja toimintakykyään ei ole arvioitu lainkaan.

Naisomaishoitajat saavat eniten voimaa omaishoitotyöhön ja jaksamiseen ystäviltä, lähisukulaisilta ja luonnosta. Miesomaishoitajat saavat eniten voimaa luonnosta, liikunnasta, harrastuksista sekä lähisukulaisilta. Suurin osa omaishoitajista harrastaa liikuntaa päivittäin. Omaishoitajien arvioissa omaa jaksamistaan omaishoitajana asteikoilla 1-10 saimme kyselyssä naisomaishoitajien keskiarvoksi 6,7 ja miesomaishoitajien keskiarvoksi 6,2.

Lähes puolet naisomaishoitajista arvioi oman liikuntakykynsä hyväksi tai erittäin hyväksi ja saman verran heistä arvioi liikuntakykynsä keskinkertaiseksi. Puolet miesomaishoitajista kokee liikuntakykynsä keskinkertaiseksi.

Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

Nais- sekä miesomaishoitajat saavat eniten apua lapsiltaan. Naisomaishoitajat saavat lisäksi eniten apua ystäviltä, tuttavilta sekä kunnan kotipalvelusta. Miesomaishoitajat saavat seuraavaksi eniten apua kunnan kotipalvelusta. Hieman yli puolet naisomaishoitajista on yhteydessä sukulaisiin tai tuttaviin päivittäin sekä lähes puolet on yhteydessä viikoittain. Suurin osa miesomaishoitajista on yhteydessä sukulaisiin tai tuttaviin viikoittain.

Kolmasosa naisomaishoitajista ja lähes puolet miesomaishoitajista osallistuu vapaaajan toimintaan kodin ulkopuolella viikoittain. Yli kaksi kolmasosaa sekä naisomaishoitajista että miesomaishoitajista haluaisi osallistua useammin kodin ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan. Suurimpana esteenä ovat hoidettavan hoitojärjestelyt, huonot kulkuyhteydet sekä hoidettavan haluttomuus lähteä hoitoon.

Oma elämäntilanne ja toiveet

Naisomaishoitajat olivat eniten tyytyväisiä elämäntilanteessaan omaan terveydentilaan ja jaksamiseen sekä lähellä asuviin lapsiin ja lapsenlapsiin, jotka auttavat tarvittaessa. Miesomaishoitajat olivat puolestaan tyytyväisiä kohtalaiseen taloudelliseen tilanteeseensa, omaan asumiseen/asuntoon sekä omaan terveydentilaan ja jaksamiseen. Omaishoitajat kokivat tarvitsevansa eniten lyhytaikaishoitoa hoidettavalle sekä monipuolista kotiapua voidakseen asua kotona mahdollisimman tasapainoisesti. Kysyttäes-

sä minkä toiveen tai unelman haluaisitte lähitulevaisuudessa toteutuvan. Omaishoitajien toiveissa korostui toive lomamatkan toteutumisesta, toive oman ajan löytymiselle esimerkiksi harrastuksiin sekä toive omasta kuntoutuksesta.

13 BIKVA-HAASTATTELUT / LÄHDE-HANKE

1. Johdanto

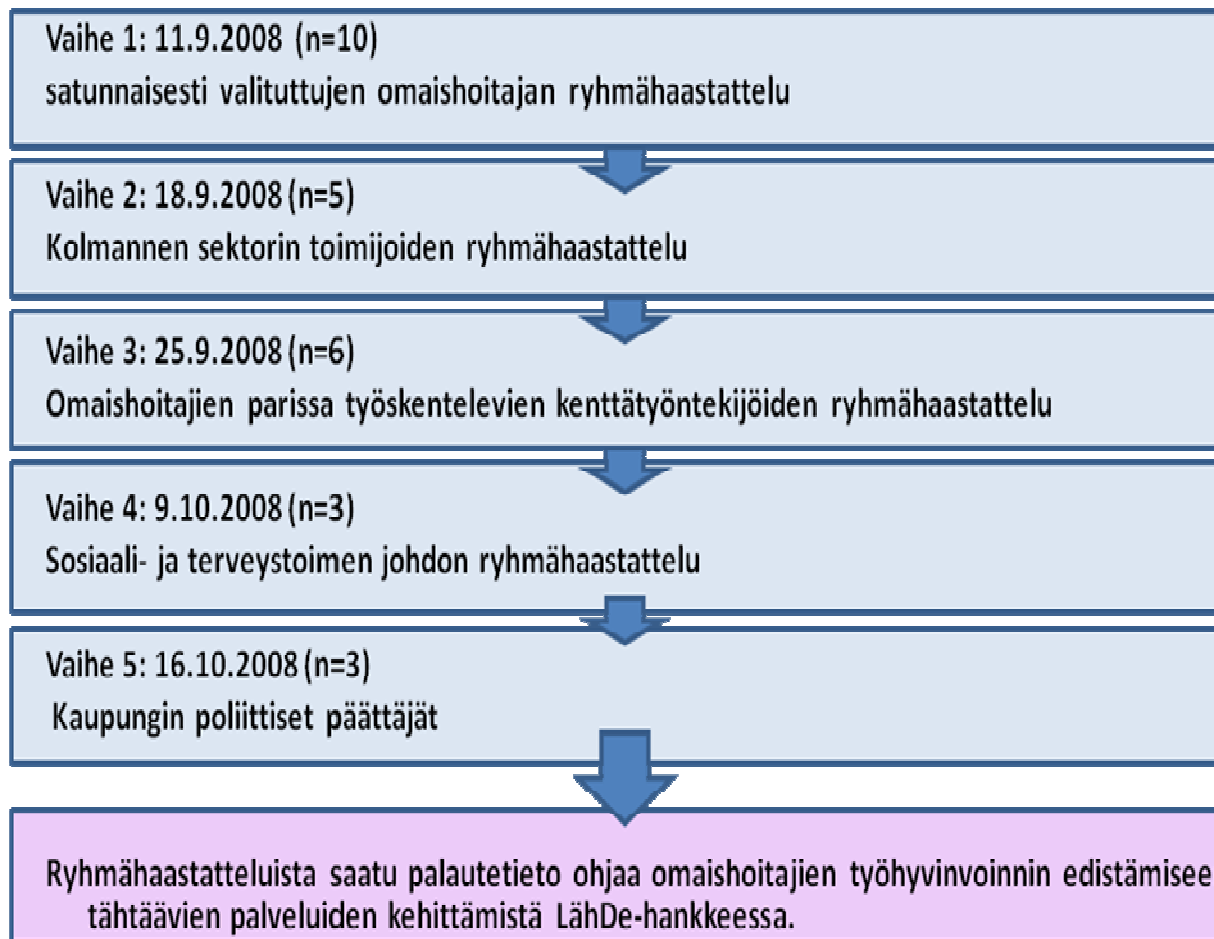
Mikkelin seudun Dementiayhdistyksen LähDe-hankkeessa (2008-2010) bikva-malli valittiin yhdeksi kehittämisen työvälineeksi, koska haluttiin vahvistaa ja varmistaa omaishoitajien pysyminen kehittämisen keskiössä. Bikva-ryhmähaastattelut tehtiin viidelle eri ryhmälle, joista ensimmäisenä haastateltiin vapaaehtoisiksi ilmoittautuneiden omaishoitajien joukosta kymmenen satunnaisesti valittua osallistujaa. Omaishoitajien ryhmän jälkeen haastattelut etenivät siten, että seuraava ryhmä koostui kolmannen sektorin toimijoista, seuraava työntekijätason toimijoista, seuraava johtotason toimijoista ja viimeinen ryhmä koostui poliittisista päättäjistä.

Haastattelijana toimi Liisa Kilvensalmi ja haastattelupaikkana oli vanhan kasarmi-alueen Museokahvila. Haastattelut kestivät jokaisen ryhmän kohdalla noin 2 h ja ne nauhoitettiin tiivistelmien tekoa varten. Keskusteluun virittäytymisessä apuna käytettiin symbolikortteja, joita ei aiemmin Bikva-mallissa ole tietävästi kokeiltu. BIKVA - haastattelun lähtökohtana olivat omaishoitajien näkemykset palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Ryhmähaastattelussa he itse määrittivät kysymykset ja arvioivat omaishoitajina saamiaan tukipalveluita. Heitä ei ohjeistettu arvottamaan näkemyksiään ja kokemuksiaan hyviin tai huonoihin, vaan he saivat itse määrittellä mitä asioita halusivat nostaa esille. Omaishoitajien ryhmähaastattelussa nousi esille seitsemän eri teemaa; tieto, kotikäynnit, palvelujen tarjoaminen, keskusteluapu, omaishoitajan oma elämä, arki ja säästötoimet. Omaishoitajien kirjallinen haastattelukooste toimi seuraavien ryhmien keskustelun virittäjänä. Seuraavat ryhmät toivat esille myös omia näkemyksiään omaishoidon tukemiseen liittyvistä käytännöistä ja niiden kehittämisestä. Omaishoitajien haastattelukoosteen lisäksi ryhmät saivat aina edellisten ryhmien haastattelukoosteet. Viimeisen ryhmän eli poliittisten päättäjien keskustelun virittäjänä toimivat siten kaikkien edellisten ryhmien haastattelukoosteet.

Kaikkien haastatteluiden jälkeen ryhmiltä koottua tietoa jaoteltiin SWOT-analyysin avulla, jolloin etsittiin haasteluista nousseita palvelujärjestelmän vahvuuksia ja heikkouksia sekä kehittämiskohteita. Tämän koostetun tiedon avulla tehtiin LähDe-hanketta varten johtopäätöksiä ja löydettiin hankkeen kannalta keskeiset kehittämiskohteet.

Tässä raportissa on esitetty tiivistetty yhteenveto kaikilta bikva-ryhmiltä saadusta tiedosta sekä kehittämissuhteista omaishoidon palveluiden ja käytäntöjen parantamiseksi. Tämän Bikva-raportin toivotaan palvelevan kaikkia omaishoidon parissa toimivia niin työntekijä- ja johtotason ammattilaisia kuin poliittisia päättäjiäkin oman työn sekä koko palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Bikva-ryhmähaastattelut



Kaavio 1. Bikva-mallin mukainen haastatteluprosessi LähDe-hankkeessa

2. Yhteenveto tuloksista

2.1 Tieto

Vahvuuksina nousi esille palvelujärjestelmässä olevat hyvät toimintamallit sekä osaavat työntekijät, joilla on paljon tietoa. Hyvänä koettiin myös se, että on oma omaishoidon asioista vastaava kotipalveluohjaaja. Tiedon jakamista edesauttaa käytössä oleva Ikäihmisen palveluopas ja hyvin toimiva ohjaus ja neuvonta yhteispalvelupisteissä. Hyvinä tiedonjakamisen kanavina toimivat myös omaishoidon tukijärjestöt.

Haasteina nousi esille, että tieto ja asiakkaan tarve eivät kohta. Tiedon jakamisessa olisi huomioitava oikea ajoitus, yksilöllisyys sekä riittävät toistot tiedon jakamisessa. Erityisesti tiedontarve olisi huomioitava omaishoitajuuden alussa. Ensitietopäivien ”tietotsunami” ja ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä ”mammuutitietopaketti” menee usein kuulijalta ohi. Tiedon jakamisessa haasteena on myös työntekijöiden tavoitettavuus puhelimella.

Toimenpide-esityksenä nousi esille omaishoidon asioiden lisääminen Ikäihmisten palveluoppaaseen, jota voitaisiin jakaa vuosittain yli 65-vuotiaille kotiin. Yhteispalvelupisteiden toimintaa voisi hyödyntää enemmän ja esimerkiksi järjestää niissä eri aihealueista teemapäiviä, jolloin olisi asiantuntijoita paikalla. Konkreettisina toimenpide-ehdotuksina tulivat myös vanhusneuvolan perustaminen ja omaishoitajien terveystarkastukset. Lisäksi ehdotettiin vuosittain yhteistyössä eri toimijoiden kanssa järjestettävää omaishoitajien virkistyspäivää; kutsujana toimisi sosiaali- ja terveystoimi. Kunnan tulisi myös markkinoida palvelujaan enemmän ja ilmoittaa esim. lehdessä mistä palveluja voi kysyä. Ehdotettiin myös ensitietopäivien ja ensimmäisen kotikäynnin sisällön tarkistamista sekä muutoinkin pitäisi miettiä miten vastataan tiedontarpeeseen omaishoitajuuden alkuvaiheessa. Työntekijöiden tavoitettavuutta puhelimella voitaisiin parantaa sovitulla puhelinpäivystysringillä. Haastatteluissa tuli myös esille tarve yhteistyön kehittämiseen eri organisaatioiden ja työntekijöiden kesken. Säännöllisiä palavereita ehdotettiin esim.

- kaupungin valtuustolle ja SAS-ryhmälle
- kuntoutusohjaajille, lääkäreille ja kotihoidon työntekijöille
- kolmannen sektorille ja sosiaali- ja terveystoimen johdolle
- kolmannelle sektorille ja poliittisille päättäjille

2.2 Kotikäynnit

Vahvuuksina nousi esille se, että on paljon hyvää palvelua kuten vaippapalvelut, verikokeiden ottaminen kotona, omaishoitajalomitusta ym. Koettiin myös hyvänä, että kaikki kotikäyntipyynnöt tarkistetaan.

Haasteina nousivat esille asiakasmäärien lisääntyminen tulevaisuudessa ja että tälläkin hetkellä on liian pienet resurssit suhteessa asiakasmäärään. Kiire estää usein aidon kohtaamisen kotikäynnillä. Lisäksi todettiin kotikäynneissä olevan eriarvoisuutta asuinpaikasta johtuen.

Toimenpide-esityksinä nousi esille kotikäyntien saatavuudesta ja yhteystiedoista tiedottaminen. Toiveena oli, että tehtäisiin kiireettömiä kotikäyntejä säännöllisesti omaishoitajuuden aikana. Lisäksi tulisi miettiä palvelusetelien mahdollisuutta hyödyntää kotikäynneissä sekä omaishoitajien terveystarkastusten suorittamista myös kotona. Toiveena oli myös aloittaa ennaltaehkäisevät kotikäynnit.

2.3 Palveluiden tarjoaminen

Vahvuuksina nähtiin ammattitaitoiset työntekijät ja se, että muistisairaalla on toimiva hoitopolku, johon sisältyy päivätoiminta, kotihoito, intervallijaksot ym. Lisäksi palveluita saa yksityisiltä palveluntuottajilta ja esimerkiksi seurakunta järjestää virkistyspäiviä. Omaishoitajat antoivat palveluille kouluarvosanan ja heidän antamien arvosanojen keskiarvoksi tuli 8,3.

Haasteina nousi esille, ettei omaishoidon arvostus näy aina poliittisissa päätöksissä ja kaikki lakisääteisetkään palvelut eivät aina toteudu. Palvelujärjestelmä tuntui sekavalta ja omaishoidon alkuvaihe koettiin usein viidakkona. Intervallijaksoja toivottiin järjestyvän kaikille tarvitsijoille ja toivottiin enemmän tasa-arvoisuutta palveluiden saatavuuteen. Sijaishoitajärjestelyitä toivottiin myös iltaisin ja viikonloppuisin. Lisäksi esitettiin toive, ettei omaishoitajan tarvitsisi ”kerjätä” palveluita vaan niitä tarjottaisiin heille.

Toimenpide-esityksinä oli toive, että lisättäisiin kodinomaisia LyhDeKe-mallin mukaista intervallihoidoa. Tenholan toimintaa voisi kehittää siten, että siellä järjestettäisiin kuntouttavaa toimintaa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Palvelusetelillä tulisi olla mahdollisuus ostaa tarvittavia palveluita yksilöllisen tarpeen mukaan. Yhteistyötä tulisi kehittää ja tiedonkulkua parantaa eri palveluntarjoajien kesken. Toiveena oli myös omaishoidon tuen siirtyminen Kelalle.

2.4 Keskusteluapu

Vahvuuksina nousi esille vertaisryhmien toiminta sekä työntekijöiden (kuntoutusohjaajan ja dementia-neuvojan) kotikäynnit. Hyvänä koettiin myös mahdollisuus yhteydenottoon puhelimitse sekä esimerkiksi kahdenkeskiset keskustelut kotisairaanhoidtajana kanssa.

Haasteina nousi esille, että omaishoitaja on yksinäinen taakankantaja. Läheisen sairastumiseen liittyy usein myös häpeäntunne. Lääkärin vastaanottoajat koettiin liian lyhyiksi keskustelulle.

Toimenpide-esityksissä toivottiin kiireettömiä kotikäyntejä, jolloin varattaisiin aikaa myös kahdenkeskisille keskusteluille ilman, että omaishoidettava on paikalla. Vapaaehtoistoimintaa tulisi kehittää omaishoitajien tueksi sekä vertaistukiryhmistä tiedottamista tulisi parantaa. ”Työnohjauksella” voisi helpottaa omaishoitajien henkistä rasitusta.

2.5 Omaishoitajan oma elämä

Vahvuutena omaishoidossa koettiin se, työ on arvokasta ja mahdollistaa omaishoitajan kasvun ihmisenä ja antaa sisältöä elämään. Intervallijaksot koettiin tärkeänä tukimuotona, jotta omaishoitajan oma elämä mahdollistuu. Parhaimmillaan omaishoitoperhe elää normaalia perhe-elämää.

Haasteina nousi esille omaishoitajan jaksaminen ja hänen oma terveydentila. Toiveena olisi hoidon järjestäminen myös iltaisin ja omiin harrastuksiin pääseminen. Haasteeksi koettiin omaishoitoperheen parisuhteen muuttumiseen liittyvät seikat.

Toimenpide-ehdotuksena on virkistyksen ja harrastusmahdollisuuksien järjestäminen omaishoitajille. Tätä tavoitetta tukevat sijaishoitajärjestelyt ja intervallihoidot. Omaishoitajien terveydentilaa tulee seurata säännöllisillä terveystarkastuksilla.

2.6 Arki

Vahvuuksina omaishoitajan arjessa koettiin olevan mahdollisuus vertaistukeen ja omaishoitoperheen yhteiset harrastusmahdollisuudet. Vahvuutena koettiin myös omaishoitajien vahva sitoutuminen omaishoitotyöhön.

Haasteina omaishoito perheen arjessa ovat hoidon sitovuus ja arjen pyörittäminen, mikä kuormittaa omaishoitajaa. Kuormitusta lisää esimerkiksi yöheräämiset ja muistisairaankummalliset ”sattumukset”. Haastavaa on myös omaishoitajuuden alkuhämmennys.

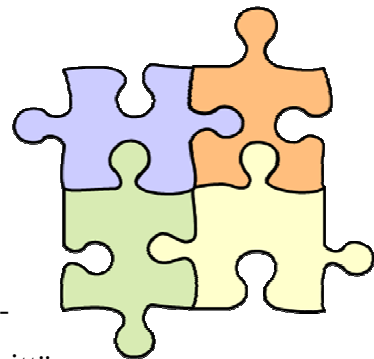
Toimenpide-ehdotuksena on arjen sujuvuutta tukevat tukitoimet, kuten apuvälineet ym. tarvittavat yksilölliset palvelut. Kotihoidon henkilöstön ja muiden omaishoitoperheiden parissa työskentelevien henkilöiden koulutus lisää osaamista omaishoitotilanteiden tunnistamiseksi.

2.7 Säästötoimet

Kaupungin säästötoimet antavat viestiä siitä, että omaishoitajia ei arvosteta. Intervallihoidojaksoja ja omaishoitajien vapaapäiviä on jouduttu perumaan. Omaishoidon tukitoimista ei kuitenkaan saisi säästää, koska omaishoito on halpaa työvoimaa kunnalle ja säästötoimet tässä kohtaa vain lisäävät kustannuksia eivätkä en tuo haluttuja säästöjä. Kehittämistyö on hiipunut säästötoimien myötä ja koetaan, että lakisääteiset palvelutkaan eivät toteudu. Säästöjen aiheuttamat toimenpiteet ovat raskaita sekä työntekijöille että omaishoitajille.

Terveisinä työntekijöille ja päättäjille lähetettiin toiveet ennaltaehkäisevän työn lisäämisestä ja vanhusneuvolatoiminnan aloittamisesta. Omaishoidon kannalta tärkeä tukimuoto on intervallihoido ja paikkoja tulisi olla kaikille tarvitsijoille riittävän paljon. Palveluseteliä tulisi kehittää siten, että niillä voi ostaa palveluita yksilöllisten tarpeiden mukaan. Poliittisten päättäjien toivottiin konsultoivan alan asiantuntijoita päätöksiä tehdessään. Toivottiin yhteistyön arvostamista sekä kehittämistä eri toimijoiden kesken ja tavoitteena pitäisi olla pyrkimys yhteiseen näkemykseen. Päätöksenteossa ja toimenpiteissä tulee näkyä omaishoitajan arvostus ja muistaa, että muistisairaskin tarvitsee ihmisarvon. Omaishoitajista tulee pitää hyvää huolta, sillä jos omaishoitajat sairastuvat se on kaupungille katastrofi.

14 KEHITTÄMISALUEET / LÄHDE-HANKE



Omaishoitajille tehdyn kyselyn sekä bikva-haastatteluissa saatujen kehittämisehdotusten perusteella olemme koonneet Lähde-hankkeen kehittämisalueet.

LähDe-hankkeessa kehittämistyön painopistealueet ovat;

1. Terveysten seuranta- ja edistämispalveluiden kehittäminen

- ✓ Omaishoitajien terveyden seuranta kehitetään aloittamalla **terveys-tarkastukset** Elixiiressä vuoden 2009 aikana. Opiskelijat tekevät terveystarkastuksia varten alustavan selvitystyön sekä toteuttavat niitä käytännössä. Tarjoamme myös mahdollisuutta tehdä terveystarkastuksia omaishoitajan kotona. Lisäksi hyödynnämme Elixiiirin palveluita omaishoitajan jaksamisen tukemiseksi esim. liikuntareseptit, hoidettavan hoitojärjestelyt, jalkahoidot
- ✓ Suunnittelemme yhteistyötä Mikkelin seudun Sydänyhdistyksen kanssa kehittämällä omaishoitajille suunnattua **terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia**

2. Virkistys- ja vapaa-ajan palveluiden kehittäminen

- ✓ Järjestämme vuosittain yhteistyössä eri toimijoiden kanssa **omaishoitajien virkistyspäivän**; kutsujana toimii sosiaali- ja terveystoimi
- ✓ **Virkistyspäivien** järjestäminen yhteistyössä opiskelijoiden kanssa
- ✓ Omaishoitajien ja muistisairaiden **liikuntaryhmän** jatkaminen yhteistyössä kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä liikuntatoimen kanssa
- ✓ **Vapaaehtoistoimintaa** kehitetään omaishoitajien tueksi yhteistyössä muiden kolmannen sektorin toimijoiden kanssa
- ✓ **Hoitojärjestelyiden kartoittaminen** ja niistä tiedottaminen omaishoitajille sekä **uusien toimintamuotojen suunnittelu hoidettavien hoitojärjestelyihin** (esli-yhteistyö, elixiiri, settlementti), jotta omaishoitajien harrastuksiin pääsy helpottuu
- ✓ Yhdistyksen **lomatoiminnan** jatkaminen
- ✓ **Ulkoilu-ystävä toiminnan** kehittäminen Esli-avustajan kanssa
- ✓ Kulttuuritoimen kanssa yhteistyössä **kulttuurikortin** kehittäminen omaishoitajille

3. Ohjaus- ja neuvontapalveluiden kehittäminen

- ✓ Yhteistyössä julkisen sektorin kanssa kehitetään **ikäihmisen palveluopasta** vastaamaan myös omaishoitajan tarpeita ja mietitään oppaan mahdollisia jakelukanavia
- ✓ **Yhteispalvelupisteissä järjestetään** eri aihealueista teemapäiviä, jolloin on asiantuntijoita paikalla
- ✓ **Omaishoidon alkuvaiheen tiedontarvetta** vastaamaan kehitetään jo olemassa olevia (ensitietopäivät ja kotikäynnit) ja uusia (omahoitokeskus) toimintatapoja yhteistyössä Mikkelin keskussairaalan toimijoiden, dementia-neuvojan sekä Omaishoitajat ja Läheiset yhdistyksen Valot-hankkeen kanssa
- ✓ **Kokeiltavalla puhelinpäivystysringillä** voidaan parantaa työntekijöiden tavoitettavuutta, tähän kehitetään toimintamalli yhteistyössä julkisen sektorin kanssa
- ✓ Omaishoitajien yksilö/ryhmä ”**työnohjaus**” mallin kehittäminen yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin toimijoiden kanssa
- ✓ Järjestetään omaishoitajille suunnattua koulutusta; **hoito- ja huolenpito-kurssit** omaishoitajille yhteistyössä SPR:n kanssa
- ✓ Kotihoidon henkilöstölle ja muille omaishoitoperheiden parissa työskenteleville järjestään **koulutusta omaishoitotilanteiden tunnistamiseksi** sekä neuvonnan ja ohjauksen parantamiseksi
- ✓ Vertaistukiryhmistä tiedottamista tehostetaan
- ✓ Kansalaisopiston **ikäntyneiden kursseista** ja luennoista tiedottamista tehostetaan sekä mm. omaishoitajien tietokonekurssi suunnitellaan yhteistyössä

4. Kuntoutuspalveluiden kehittäminen

- ✓ **Kotikuntoutusmallin** kehittäminen ja pilotointi yhteistyössä Kangasniemen kunnan kotihoidon kanssa
- ✓ **Hyvän olon kahvilatoiminnan kokeilu** yhteistyössä Kyyhkylän kanssa, kahvilatoiminta on luonteeltaan kuntouttavaa/valmentavaa ja tarkoitettu omaishoidon alkuvaiheeseen

Omaishoitoasioihin vaikuttaminen

Omaishoitajien kyselyissä ja Bikva-haastatteluissa nousi esiin monia tärkeitä omaishoidon kehittämiseen liittyviä toimenpide-ehdotuksia. LähDe-hankkeessa ei kuitenkaan ole mahdollisuutta lähteä kehittämään niitä kaikkia, mutta Mikkelin seudun Dementiayhdistyksellä sen sijaan on tärkeä vaikuttajan rooli yhteiskunnallisissa asioissa. Aiommekin viedä seuraavia asioita eteenpäin tiedottamalla niiden tärkeydestä yhteistyökumppaneille, kunnan työntekijöille ja johdolle sekä päättäjille;

- ✓ lyhytaikaishoidon lisääminen omaishoitajan tarpeita vastaavaksi
- ✓ hoitojärjestelyiden kehittäminen ilta- aikoina ja viikonloppuisin
- ✓ vanhusneuvolan toiminnan aloittaminen
- ✓ palvelusetelin käytön kehittäminen
- ✓ yhteistyön ja tiedonkulun kehittäminen eri sektoreiden ja toimijoiden välillä
- ✓ arvokeskustelun herättäminen omaishoitajuuden merkityksestä sekä muistisairaana ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden säilymisestä.

OMAISHOITAJAN TERVEYSTAPAAMINEN

PERUSTIEDOT

Nimi: _____

Syntymävuosi: _____

Ammatti: _____

Puhelin: _____

Kauanko olette olleet omaishoitajana: _____

Kuvaus omaishoidettavan hoidontarpeesta: _____

Koetteko itsenne tällä hetkellä terveeksi? _____

Käyttekö säännöllisesti terveystarkastuksissa? Missä? _____

SAIRAUDET

Onko Teillä aikaisemmin todettuja sairauksia?

Sydän ja verisuonisairaudet: _____

Hormoni ja sisäerityssairaudet: _____

Hengityselinten sairaudet: _____

Tuki ja liikuntaelimistön sairaudet: _____

Ruuansulatuselimistön sairaudet: _____

Ihosairaudet: _____

Hermoston sairaudet: _____

Veritaudit: _____

Silmäsairaudet: _____

Korva-, nenä-, kurkkutaudit: _____

Koetteko näiden sairauksien hoitotasapainon olevan kunnossa?

Onko teillä jatkuvaa kipua, missä? _____

NRS-ASTEIKKO (1 ei lainkaan kipua, 10 pahin mahdollinen kipu)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kuinka paljon käytätte särkylääkkeitä sietääksenne kipua? _____

MITAT

Pituus: _____

Paino: _____

Vyötärön ympäryys: _____

BMI: _____

(Laskukaava: paino jaettuna pituuden neliöllä esim. $1.64 * 1.64 : 70 = 26$)

ELÄMÄNTAVAT

Tupakoittekö? Montako savuketta päivässä? _____

Käytättekö alkoholia? Paljonko/montako annosta, missä ajassa? _____

(Yksi alkoholiannos on 4 cl puhdasta alkoholia, yksi pullo mietoa alkoholi-juomaa tai lasillinen mietoa viiniä)

Minkälainen ruokahalu teillä on? Syöttekö säännöllisesti?

Minkälainen on mielestänne terveellinen ruokavalio? Noudatatteko sitä?

Minkälaiseksi koette nukkumisenne ja unenlaatunne? Tunnetteko aamuisin olonne levänneeksi? _____

Kuinka monta tuntia nukutte yössä? _____

Tarvitsetteko nukahtamis- tai unilääkkeitä nukkuaksenne? _____

Harrastatteko säännöllisesti liikuntaa? _____

Kuinka paljon liikutte päivittäin? _____

(Huomioikaa hyötyliikunta, esim. puutarhatyöt, lumityöt, porrasten kävely)

Ympyröikää sopiva vaihtoehto kuvaamaan työnne fyysistä kuormittavuutta:

- työni ei sisällä raskasta fyysistä suoritusta lainkaan
- työni sisältää raskasta fyysistä suoritusta jonkin verran
- työni sisältää raskasta fyysistä suoritusta paljon

Jos em. vastaus sisälsi fyysistä kuormitusta, kerro ja kuvaa millaista:

Mieliala: _____

Alla on mainittu 10 toteamusta ja ympyröikää sopivin vaihtoehto sen mukaan, mikä vaihtoehto kuvaa parhaiten tilannettanne viimeisen kuukauden aikana.

(depressioseula)

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jokin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1. Olen kärsinyt unettomuudesta	0	1	2	3
2. Olen tuntenut itseni surumieliseksi	0	1	2	3
3. Minusta on tuntunut, että kaikki vaatii ponnistusta	0	1	2	3
4. Olen tuntenut itseni tarmottomaksi	0	1	2	3
5. Olen tuntenut itseni yksinäiseksi	0	1	2	3
6. Tulevaisuus on tuntunut toivottomalta	0	1	2	3
7. Elämästä nauttiminen on tuntunut mahdottomalta	0	1	2	3
8. Olen tuntenut itseni arvottomaksi				
9. On tuntunut, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä	0	1	2	3
10. On tuntunut, että alakuloisuuteni ei ole hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla	0	1	2	3

Oletteko joutunut kohtaamaan väkivaltaa työssänne, jos niin millaista:

ELÄMÄNHALLINTA

Oletteko tyytyväinen tämänhetkiseen elämäntilanteeseenne? _____

Minkälaiseksi koette elämänlaatunne? _____

Koetteko saaneenne riittävästi tukea omaishoitajuuteenne? _____

Onko teillä tukiverkostoa ystävistä ja sukulaisista? _____

Onko teillä mahdollisuus päästä halutessanne virkistäytymään? _____

Koetteko saaneenne riittävästi tietoa ulkopuolisista tukipalveluista? _____

Minkälaiseksi koette taloudellisen tilanteenne? _____

Oletteko saaneet riittävästi neuvontaa rahallisten tukien hakuun? _____

TARKISTUSMITTAUKSET

Verensokeri: _____

Verenpaine: _____

Kolesteroli (tarvittaessa): _____

Hb (tarvittaessa): _____

Puristusvoima: _____

Tasapaino: _____

Voidaanko tietojanne säilyttää Elixirissä: _____

Voidaanko saatuja terveystapaamisen tietojanne käyttää nimettömänä, koostaessamme terveystapaamisen tuloksia: _____

Allekirjoitus _____ Päivämäärä _____

Asiakkaan ottanut vastaan _____

Kiitos yhteistyöstä!

Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Painoindeksi (BMI)

Ylipainon ilmaisemisessa voidaan käyttää erilaisia painoindeksejä. Painon sopivuutta voidaan arvioida laskemalla kehon painoindeksi BMI (Body Mass Index), joka on kehon paino suhteutettuna sen pinta-alaan. Se lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Painoindeksi soveltuu lihavuuden (obesitas) arviointiin parhaiten vasta kasvun loputtua. Normaali- ja liikapainoisuuden rajaksi on asetettu 25 kg/m². Ihminen luokitellaan ylipainoiseksi tai lievästi lihavaksi, kun painoindeksi on 25 – 30 kg/m² ja lihavaksi painoindeksin ollessa yli 30 kg/m². (Iivanainen 2001, 225).

Painoindeksi soveltuu valtaosalle ihmisistä hyvin painon määrittämiseen. Poikkeuksena on hyvin lihaksikkaiden ihmisten painon määrittäminen, sillä painoindeksissä ei tehdä eroa lihas- tai rasvakudoksen välillä. Tällöin saadaan virheellinen tulos, jonka mukaan henkilö on ylipainoinen, vaikka oikeammin kyse on lihaksikkuudesta.

Taulukon arvot on tarkoitettu työikäisiä aikuisia koskeviksi. Painoindeksi 26 tarkoittaa, että henkilö on lievästi ylipainoinen.

Painoindeksi	Painon määrittäminen
18,5 - 24,9	normaali paino
25 - 29,9	lievä lihavuus
30 - 34,9	merkittävä lihavuus
35- 39,9	vaikea lihavuus
40 tai yli	sairaalloinen lihavuus

(Sydänliitto, 2009)

NRS-asteikko

Numeraalisella asteikolla (NRS, numeral rating scale) potilaalta kysytään kivun voimakkuutta numeroasteikolla 0–10, jolloin 0 tarkoittaa kivutonta tilaa ja 10 pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. (Terveyskirjasto, 2009)

Asteikolla 1 – 2 kipu on lievä, 3 – 4 kohtalainen, 5 – 6 melko kova, 7 – 8 kova ja 9 – 10 sietämätön (Iivanainen 2006, 495).

Depressioseula (DEPS)

Depressio eli masennus on yleinen psyykinen häiriö, jonka hoitoon on käytettävissä tehokkaita menetelmiä. Depressioseula DEPS on alun perin kehitetty yleislääkärien käyttöön helpottamaan depression toteamista.

Testiä tulkittaessa tulee huomioida, että tulos on aina yksilön kohdalla vain suuntaa antava ja pistemäärä voi vaihdella merkittävästi eri päivien välillä. Mikään depressioseulassa saatu pistemäärä ei välttämättä merkitse yksilön kohdalla, että hän kärsisi depressiosta. Diagnoosin tekemiseen tarvitaan aina lääkärin tutkimus. Diagnoosia ei voi tehdä pelkästään depressioseulan antaman tuloksen perusteella. (Coronaria, 2007)

DEPS-seulan pistemääriä tulkittaessa tulee ottaa huomioon, että tulos on vain suuntaa antava. Mikään pistemäärä ei välttämättä merkitse, että kysymyksessä todella olisi diagnostisoitava masennus. Diagnoosia ei voi tehdä pelkästään DEPS-seulan antaman tuloksen perusteella, vaan siihen tarvitaan aina lääkärin tutkimus. Lääkärien kokemukset ovat osoittaneet, että jos on saanut DEPS-seulassa 12 pistettä tai enemmän, keskimäärin joka toisessa tapauksessa kysymyksessä on ollut diagnostisoitava masennus. Yleisesti ottaen depression todennäköisyyden on todettu kasvaneen DEPS-pistemäärän kasvaessa. (Tohtori, 2009)

Vyötärön lihavuus, ”Vyötärönympärysmitta - omena vai päärynä?”

Vyötärönympäryksen mittaaminen on tehokas rasvakudoksen sijainnin selvittäjä. Vatsaonteloon kertyvällä rasvalla eli omenalihavuudella on todettu selvä yhteys lisääntyneeseen sydän- ja verisuonitautien vaaraan sekä tyyppin 2 diabetekseen.

Vatsaonteloon kertyvä rasva on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa kuin päärynälihavuudessa lantiolle ja reisiin kertyvä rasva. Se on siten vaarallisempaa terveydelle, mutta myös helpommin laihdutettavissa. Mittanauha on kätevä väline rasvakudoksen sijainnin selvittämisessä ja sairastumisriskin arvioinnissa.

On hyvä kuitenkin muistaa, että suurentunut vyötärönympäryys on yksi monista vaaratekijöistä, joten sairastumisvaaraa arvioitaessa tulee huomioida myös muut vaaratekijät: kohonnut verenpaine, suurentuneet veren rasva-arvot ja häiriytynyt sokeriainenvaihdunta.

Vyötärönympäryys mitataan 1 - 2 cm navan yläpuolelta paljaalta iholta. Mittanauhan tulee olla vaakasuorassa eli yhtä korkealla edestä, takaa ja sivuilta. Mitattaessa painon tulee olla tasan molemmilla jaloilla. Ensin hengitetään sisään ja sitten ulos ja mittanauhan lukema katsotaan uloshengityksen lopuksi. Mittanauha ei siis saa kiristää eikä olla liian löysällä. (Sydänliitto, 2009)

Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta yleensä navan kohdalta

MIEHET

Alle 94 cm

94 - 102 cm

Yli 102 cm

NAISET

Alle 80 cm Normaali

80 - 88 cm Suurentunut vaara

Yli 88 cm Huomattavasti suurentunut vaara sairastua

sydän- ja verisuonisairauksiin. (Diabetes, 2009)

Omaishoitajien terveystarkastukset

Mikkelin ammattikorkeakoulun opiskelijat tekevät muistisairasta läheistään hoitavien omaishoitajien terveystarkastuksia Elixirissä maalis-huhtikuussa 2009. Elixiri auttaa tarvittaessa läheisen hoitojärjestelyissä. Mahdollisuus myös terveystarkastuksen suorittamiseen asiakkaan kotona.

Terveystapaaminen sisältää:

- Monipuolisen terveydentilan kartoituksen kyselylomakkeen avulla
- Keskustelua, terveysneuvontaa ja ohjausta palveluiden äärelle
- Verenpaineen mittauksen
- Verensokerin mittauksen
- Puristusvoimamittauksen

Tarve kolesterolin mittaukseen katsotaan jokaisen asiakkaan kanssa henkilökohtaisesti. Asiakkaan halutessa tehdään kolesterolin mittaus, josta peritään eri maksu.

Terveystapaamisen hinta: 3 €

Jos opiskelija huolehtii omaishoidettavasta Elixirin tiloissa tällöin terveystapaaminen ja omaishoidettavan hoito maksaa 5 €.

Asiakkaan kotona tapahtuva terveystapaamisen hinnat:

7€ (jos asuu alle 3km päässä Elixiristä)

10€ (jos asuu yli 3km päässä Elixiristä)

Omaishoidettavan hoito kotona ja kotona tapahtuvan terveystarkastuksen hinnat:

11€ (jos asuu alle 3km päässä Elixiristä)

14€ (jos asuu yli 3km päässä Elixiristä)

Ilmoita halukkuudestasi terveystarkastukseen tai kysy lisätietoja:

Mikkelin seudun Dementiyhdistys ry /LähDe-hanke

Jaana Sulanen 044-0300 621

Jaana Paasonen 044-0300 618