



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Päivätoiminnan tarpeen kartoitus omaishoitotilanteessa oleville

Mia Hannonen, Anna Koponen, Susanna Väänänen

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Päivätoiminnan tarpeen kartoitus
omaishoitotilanteessa oleville**

Mia Hannonen, Anna Koponen,
Susanna Väänänen
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2018

Mia Hannonen, Anna Koponen, Susanna Väänänen

Päivätoiminnan tarpeen kartoitus omaishoitotilanteessa oleville

Vuosi 2018 Sivumäärä 68

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Hiidenseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omaishoitotilanteessa olevien tarve päivätoiminnalle Vihdin ja Karkkilan alueella. Koska Lohjalla päivätoimintaa jo on, niin opinnäytetyön alussa selvitettiin lohjalaisten omaishoitajien, omaishoidettavien sekä Lohjan päivätoiminnan esimiehen kokemukset ja näkemykset päivätoiminnasta sekä sen merkityksestä omaishoitotilanteessa. Lohjalta saadun tiedon perusteella kartoitettiin päivätoiminnan tarve haastatteluin vihtiläisiltä ja karkkilalaisilta omaishoitajilta sekä omaishoidettavilta. Tavoitteena oli tämän kartoituksen tuloksen perusteella antaa ideoita toimeksiantajalle päivätoiminnan toteuttamiseksi Vihtiin ja Karkkilaan.

Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee omaishoitoa, omaishoidettavien yleisimpiä toimintakyvyn rajoitteita, joista muistisairaudet on nostettu erityisesti esiin niiden lisääntyvän määrän vuoksi, perhekeskeisyyttä sekä päivätoimintaa. Lisäksi teoriaosuus käsittelee omaishoitoa ja yhteiskuntaa sekä ikääntymistä.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Aineistonkeruu tapahtui yksilö- ja ryhmämuotoisina teemahaastatteluina. Teemahaastattelujen runko pohjautui opinnäytetyön teoriaan eli omaishoitotilanteeseen ja päivätoimintaan sekä sen tarpeen arviointiin ja opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön aineisto muodostui kymmenen omaishoitajan, kahdeksan omaishoidettavan ja päivätoiminnasta vastaavan esimiehen haastatteluista. Aineisto analysoitiin valikoidusta otoksesta sisällön erittelyn keinoin.

Opinnäytetyön tulosten perusteella johtopäätöksinä voidaan esittää, että päivätoiminnan merkitys omaishoitosuhteessa on merkittävä. Lohjalaisten omaishoitotilanteessa olevien kokemus päivätoiminnasta oli kaikin puolin positiivinen. Se tuki omaishoitajien jaksamista heidän vaativassa hoitotyössään ja omaishoidettavat kuvasivat päivätoiminnan olevan positiivinen asia heidän arjessaan. Vihdissä ja Karkkilassa on tarvetta omaishoitotilanteessa olevien päivätoiminnalle. Haastattelemiemme omaishoitajien ja omaishoidettavien odotukset ja toiveet uutta päivätoimintapalvelua kohtaan olivat realistisia ja toteuttamiskelpoisia.

Päivätoiminnan sisältöä voitaisiin kehittää enemmän asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Sisältöön voitaisiin liittää ohjaus- ja opastuspalvelua omaishoitajille ja heidän hoidettavilleen sekä erinäisten tarpeiden, kuten fyysisen toimintakyvyn tarpeen kartoitusta. Jatkotutkimukseksi ehdotetaan erillistä työtä esimerkiksi päivätoiminnan sisällön kehittämiseksi ja kustannusten selvittämiseksi. Tämän opinnäytetyön merkityksellisimmäksi osa-alueeksi muodostuu konkreettisen päivätoimintapalvelun tarpeen merkityksen julki tuominen Vihdin ja Karkkilan alueelle.

Asiasanat: Omaishoito, Muistisairaudet, Perhekeskeisyys, Päivätoiminta

Mia Hannonen, Anna Koponen, Susanna Väänänen

Investigating the need for day activities among those involved in family caregiving

Year	2018	Pages	68
------	------	-------	----

This thesis was commissioned by Hiidenseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry, an association for family caregivers and their close relatives. The purpose of this study was to survey the need for day activities among those involved in family caregiving in the region of Vihti and Karkkila, Finland. As day activities are already provided in Lohja, the research process was started by exploring the views on the day activities and the significance of the activities in the family caregiving context among family caregivers and care recipients in the town as well as the supervisor of the day activities in Lohja. Based on the information obtained in Lohja, the need for day activities was investigated among family caregivers and care recipients in Vihti and Karkkila. The aim was to use the results of this investigation as a basis for providing ideas to the commissioner related to the implementation of day activities in Vihti and Karkkila.

The theoretical section of this thesis is concerned with family caregiving, the most typical limitations to the functional capacity of the care recipients, of which most attention has been paid to memory disorders due to their increasing incidence, as well as a family-focused approach and day activities. The theoretical section also deals with family caregiving and society as well as ageing. This study was implemented with qualitative research methods. The data collection was carried out using interviews, including theme interviews of both individuals and groups. The structure of theme interviews was based on the theory of the present thesis, i.e. the family caregiving situation, day activities and the need thereof, as well as the research questions of this thesis. The research data included the interviews of ten family caregivers, eight care recipients and the supervisor responsible for day activities. The data were analysed based on a selected sample using content analysis method.

Based on the results of this study, it can be concluded that day activities are highly significant for the family caregiving relationship. The family caregivers and care recipients in Lohja had entirely positive experiences on the day activities. The activities supported the caregivers in coping with their demanding care task, while the care recipients described that the day activities had served as a positive factor in their daily lives. There is a need for arranging day activities for those involved in caregiving in Vihti and Karkkila. The family caregivers and care recipients interviewed for this study had realistic and feasible expectations and wishes for new day services.

The contents of day activities could be further developed by taking into account the individual needs of the clients. The contents could also include counselling and guidance services for family caregivers and their care recipients as well as exploring different needs, such as physical functional capacity. A further study focused on, for instance, the development of the contents of the day activities and determination of the related costs is suggested. Presenting the need for a concrete day activity service in the region of Vihti and Karkkila emerges as the most significant area of this thesis.

Keywords: Family care giver, Memory disorders, Family focused care, Day activities

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön teoria ja tausta	7
2.1	Omaishoito	9
2.1.1	Omaishoito ja muistisairaudet	11
2.1.2	Perhekeskeisyys	13
2.2	Omaishoitajuutta tukeva toiminta	14
2.2.1	Omaishoito ja yhteiskunta	16
2.2.2	Sosiaalipalvelut	18
2.2.3	Päivätoiminta	19
2.3	Omaishoidettavien yleisimmät toimintakyvyn rajoitteet.....	22
2.3.1	Muistisairaudet	22
2.3.2	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES)	24
2.3.3	Sydän- ja verisuonisairaudet	25
2.4	Omaishoitotilanteessa olevien terveyden edistäminen	27
3	Opinnäytetyön menetelmät.....	29
3.1	Opinnäytetyön toteutus.....	32
3.2	Aineiston analyysi	33
4	Tulokset.....	34
5	Johtopäätökset ja pohdinta	39
5.1	Tulosten tarkastelu	39
5.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	41
5.3	Kehittämissuhteet	46
5.4	Jatkotutkimukset	49
	Lähteet	50
	Taulukot.....	56
	Liitteet	57

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omaishoitotilanteessa olevien tarve päivätoiminnalle Vihdin ja Karkkilan alueella. Koska Lohjalla päivätoimintaa jo on, niin työn alussa selvitettiin lohjalaisten omaishoitajien, omaishoidettavien, sekä Lohjan päivätoiminnan esimiehen kokemukset ja näkemykset päivätoiminnasta, sekä sen merkityksestä omaishoitotilanteessa. Lohjalta saadun tiedon perusteella lähdettiin kartoittamaan päivätoiminnan tarvetta Vihdin ja Karkkilan alueelle.

Opinnäytetyön aineisto muodostui kymmenen omaishoitajan, kahdeksan omaishoidettavan ja päivätoiminnasta vastaavan esimiehen haastatteluista. Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen, jossa kartoituksen apuna käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tavoitteena oli tämän kartoituksen tuloksen perusteella antaa ideoita toimeksiantajalle päivätoiminnan toteuttamiseksi Vihtiin ja Karkkilaan.

Suomalainen erityispiirre on eläkkeellä olevien iäkkäiden omaishoitajien iso määrä. Vuonna 2012 yli puolet heistä oli 64-vuotiaita ja valtaosa heistä hoiti puolisoaan. (Pitkänen 2015.) Omaishoito on keskittynyt 65-84-vuotiaisiin hoidettaviin. Omaishoitajien yleisimmät iät ovat 50-64 vuoden välillä, sekä 65-74 vuoden välillä. (Omaishoidon tuen kuntakysely 2012.)

Useimmiten kyseessä on sellainen omaishoitotilanne, jossa iäkäs puoliso huolehtii ikääntyneestä ja huonokuntoisesta puolisostaan. Jos omaishoitajaa ei tueta riittävästi, on pian tarve kahdelle laitoshoitopaikalle. (Viitamies 2010.) Tämä opinnäytetyö rajattiin koskemaan erityisesti sekä ikääntyneitä omaishoitajia että -hoidettavia.

Omaishoitotilanne voi tulla eteen eri elämänvaiheissa perheen elämässä. Omaishoitaja voi olla esimerkiksi vammaisen lapsen äiti ja isä, puolisoaan hoitava tai ikääntyvästä vanhemmas-taan huolta pitävä tytär tai poika. Hoitosuhde voi olla hitaasti kehittyvä, kun hoidettavan avuntarve lisääntyy, tai se voi alkaa äkillisesti jonkin sairauskohtauksen, onnettomuuden tai erityistä huolenpitoa vaativan lapsen myötä. (Omaishoitotilanteita on monenlaisia 2016.)

2 Opinnäytetyön teoria ja tausta

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Hiidenseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Yhdistys toimii Lohjan, Vihdin ja Karkkilan alueella paikallisyhdistyksenä ja se kuuluu vuonna 2007 perustettuun valtakunnalliseen Omaishoitajat ja läheiset -liittoon. Lohjalle avattiin oma toimisto vuonna 2009. Yhdistyksen omaishoitoperheitä tukeva toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen ja hyvään verkostotyöhön. (Hiidenseudun omaishoitajat ja läheiset ry 2017.)

Tämän opinnäytetyön käsitteet ovat omaishoito, päivätoiminta, perhekeskeisyys ja muistisairaudet, ja käsitteitä haettiin manuaalisen haun lisäksi eri tietokannoista. Nämä tietokannat olivat Medic, Google scholar, Melinda ja Pro quest. On tärkeää ymmärtää omaishoidon käsite opinnäytetyön luonteen vuoksi, koska omaishoitotilanteita ja -muotoja on niin monenlaisia, ja omaishoito toimii koko työn perustana. Tässä opinnäytetyössä keskityttiin kuitenkin iäkkäiden omaishoitotilanteisiin, koska ne ovat Suomessa kaikkein yleisimpiä, niin kuin Viitamies (2010) on todennut. On kuitenkin hyvä ymmärtää omaishoitotilanteiden ainutlaatuisuus, ja minkälaisina ne voivat ilmentyä.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista (28.12.2012/980, 3§) määrittelee ikääntyneen henkilön sellaiseksi, joka on vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on korkeaan ikään liittyvä heikentynyt fyysinen, psyykinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky.

Taulukossa 1 on esitetty yli 65-vuotiaiden omaishoidon tuen sopimuksen tehneiden henkilöiden lukumäärä vuosina 2014-2016 Karkkilan, Vihdin ja Lohjan alueella.

	2014	2015	2016
Karkkila	44	44	28
Lohja	205	252	234
Vihti	82	87	84

Taulukko 1: Omaishoidon tuen sopimuksen tehneet hoitajat kunnan kustantamissa palveluissa. (Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut 2018.)

Klemettilän (2014, 50) tutkimuksessa tulee esiin, että omaishoitajan halu hoitaa lähiomais- taan voi vaikuttaa negatiivisesti omaishoitajan voimavaroihin, koska ristiriitaiset tunteet sekä riittämättömyys liittyvät omaishoitotilanteisiin. Samaan aikaan omaishoitajan elämässä ta- pahtuu kapeutumista, sekä sosiaalinen elämä vähenee. Tutkimuksessa olennaisena tuloksena on, että omaishoitajalla on täysi vastuu puolison hoidon järjestymisestä kotona. Vaikka omais-

hoitajalla olisi tukiverkostoa käytettävänä, on omaishoitaja silti yksin hoitaessaan puolisoaan. Omaishoitosuhteeseen sisältyy erilaisia haasteita. Tavallisesti ne liittyvät sekä yhteiskunnan että omaisten vähäiseen tukeen koskien omaishoidettavan hoitojärjestelyjä. Tutkimuksessa todetaan, että palvelujärjestelmälle on erittäin haastavaa tukea omaishoitajien henkistä jaksamista. Psykkistä tukea tulisi saada kodin ulkopuolella, esimerkiksi ammatillisena tai vapaaehtoistyönä toteutettuna. Siihen jokaisella omaishoitotilanteessa elävällä tulisi olla mahdollisuus.

Tutkimuksessaan Klemetilä (2014, 49) toteaa, että omaishoitajan sitoutuneisuus hoitamiseen on psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista. Omaishoidon työ on tauotonta. Vapaa-aika on tavallisesti sitä, että omaishoitaja käy hoitamassa asioita kodin ulkopuolella, ja silloinkin omaishoitaja miettii omaishoidettavaansa, jonka on välttämätöntä saada apua toiselta ihmiseltä. Omaishoidettavan tarpeet määrittelevät koko omaishoitajan sekä -hoidettavan arjen. Omaishoitajat eivät koe hoitamaansa tehtävää taakkana tai palkitsevana. Pettyneisyyttä omaishoitotilanteessa omaishoitajille aiheuttaa se, että omaishoitajuus on muuttanut parisuhteen yhteisen ajan erilaiseksi. Elämänhallinta on olennaista ja haastavaa omaishoidossa, jossa vaatimukset sekä omaishoitajan omat voimavarat hakevat tasapainoa. Voimattomuuden ja avuttomuuden tunne syntyy uusista ja vaativista elämäntilanteista, näin ollen omaishoitajalla voi joskus olla väliaikaista elämänhallinnan puutetta. Omaishoitotilanteessa ongelmallista on voimavarojen ja vaatimusten välinen ero, joka aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta.

Päivätoiminnan on todettu tukevan muistisairaana henkilön kotona asumista ja selviytymistä samalla tukien omaishoitajan työssäkäyntiä sekä mahdollisuuksia hoitaa omia asioita (Liikanen 2010, 34). Päivätoiminnan soveltuminen dementoituvalle henkilölle on hyvin perusteltua, sillä se tukee omaishoitajan työtä ja näin myös dementoituvan tarve laitoshoidolle siirtyy myöhemmälle elämän vaiheelle. Osavuorokautista hoitoa on tärkeää tarjota henkilöille, joiden kotona selviäminen on epävarmaa. (Suvanto 2014, 20.)

Päivätoiminnan tarkoitus on tukea omaishoitajan jaksamista ja ikääntyneen kotona asumista. Päivätoiminnan tavoitteena on ikääntyneen itsenäisen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Sillä tähdätään esimerkiksi syrjäytymisen ja muistin heikkenemisen ennaltaehkäisyyn, mielialan kohentamiseen sekä vertaistuen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon. Lisäksi toiminta tukee ikääntyneen voimavaroja, edistää hyvinvointia, sosiaalista kanssakäyntiä ja terveyttä. Päivätoiminnan lähtökohtana on yksilöllisyyden kunnioitus ja toimintaa toteutetaan toimintakykyä ylläpitävällä työotteella ja asiakasta ohjataan selviytymään oma-toimisesti. Toiminta perustuu henkilöstön vaitiolovelvollisuuteen ja luottamukseen. Päivätoiminta on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Ikääntyneen henkilökohtaiset tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi kirjataan potilastietojärjestelmään ja ikääntyneen toimintakykyä arvioidaan aktiivisesti. (Ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan tarkoitus ja tavoitteet 2015, 1.)

Ikääntynyttä hoivaavat omaiset ovat tärkeitä ja heidän tukemisensa ja ohjaamisensa ammattihenkilöiden avulla auttaa omaista jaksamaan. Perhekeskeisen hoitotyön avulla ikääntynyt säilyttää oman identiteettinsä sekä arvokkaan elämänsä loppuun asti. Omaisen hyvinvointi tukee ikääntyneen hyvinvointia. (Näslindh-Ylispangar 2005, 151.) Omaishoitajaa ja omaishoidettavaa on käsitelty usein toisistaan irrallisina asiakokonaisuuksina. Perhekeskeisyydestä voisi saada uusia vastauksia sellaisiin kysymyksiin jotka ovat omaishoidon kannalta merkittäviä. (Liusaari 2013, 5.)

Etenevät muistisairaudet ovat muodostuneet kansanterveydellisiksi ja -taloudellisiksi haasteiksi. Kun väestö ikääntyy tulevaisuudessa, niin muistisairauksia sairastavien ihmisten lukumäärä vain kasvaa entisestään. (Muistisairaudet 2018.) On arvioitu, että Suomessa on ajankohtaisesti 85 000 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavaa, ja 35 000 lievää muistisairautta sairastavaa henkilöä. Tämän lisäksi arviolta 120 000 henkilöä kärsii lievästi alentuneesta tiedonkäsittelytoiminnan heikentymisestä. Vuosittain noin 13 000 henkilön arvellaan sairastuvan dementia-asteiseen muistisairauteen. Iso osa sairastuneista jää kuitenkin edelleen ilman diagnoosia. (Muistisairauksien yleisyys 2018.)

län myötä muistisairauksien yleisyys kasvaa. Suomessa keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastaa arviolta vajaa viisi prosenttia 65-74-vuotiaista. 75-84-vuotiaiden keskuudessa luku on noin 10 prosenttia, ja yli 85-vuotiaiden keskuudessa jo kolmannes väestöstä sairastaa. Arviolta 7000-10 000 työikäistä henkilöä sairastaa jotakin muistisairautta. Ikääntymisen lisäksi myös muut tekijät vaikuttavat muistisairauksien yleistymiseen. Näitä ovat muistisairauksien riskitekijöiden yleisyys sekä kehitys muistisairauksien diagnostiikassa ja sen hoidossa. (Muistisairauksien yleisyys 2018.)

Niillä alueilla joilla asuu paljon iäkästä väestöä, esiintyy myös enemmän henkilöitä, jotka sairastavat muistisairauksia. Ajankohtaisesti ei ole kuitenkaan laajemmin tiedossa muistisairauksiin liittyviä alueellisia eroja. Eri alueiden kesken on huomattavia eroja, kun katsotaan dementiaindeksiä joka kuvaa Alzheimerin taudin lääkkeitä saavia henkilöitä. Suurin syy tämän dementiaindeksin nopeaan kasvuun on lääkkeiden määrän käyttämisen vähittäinen kasvaminen. (Muistisairauksien yleisyys 2018.)

Avun tarpeen kasvaessa muistisairauden edetessä, alkaa omaishoitotilanne vähitellen muotoutua. Kun huomataan, että sairastunut ei enää selviä omatoimisesti arjestaan, voi joko puoliso tai lapsi tehdä päätöksen omaishoitajaksi alkamisesta. (Kallioma 2012.)

2.1 Omaishoito

Omaishoidon tulee perustua läheiseen ihmiskontaktiin sekä ensisijaisesti vapaaseen valintaan. Sen ei tule perustua vapaaehtoistyöhön, joka on laskettu tunnesiteiden ja vastuuntunnon varaan, mikä tapahtuu ilman palveluita tai taloudellista tukea. (Ruuska 2014.) Omaishoidolla

tarkoitetaan ikääntyneen, sairaan tai vammaisen henkilön hoivan ja huolenpidon järjestämisestä kodin ympäristössä omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön tuen (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937, 2§).

Omaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai vaihtoehtoisesti muusta läheisestään, joka ei selviydy arjestaan omatoimisesti sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuvasta syystä (Salanko-Vuorela 2010, 7). Englanniksi omaishoitajaa kutsutaan termillä family caregiver. Termi viittaa kehen tahansa ihmiseen joka tarjoaa apua ihmiselle, jolla on toimintakyvynrajoituksia ja tarvitsee apua. Esimerkkinä halvauksen saanut puoliso, Parkinsonin tautia sairastava vaimo, syöpää sairastava anoppi, Alzheimerin tautia sairastava isoisä, auto-onnettomuuden seurauksena vakavan aivovamman saanut lapsi tai AIDSIA sairastava ystävä. (Family caregiver alliance 2010.)

Suomessa omaishoitajanimikettä käytetään useasti vain niistä henkilöistä, jotka ovat solmineet sopimuksen omaishoidosta ja saavat tukea. Heitä on noin 40 000. Tuki määritellään hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Noin viidennes omaishoitajista käy hoivatyön ohessa muussakin työssä tai opiskelee. Arviolta noin 20 000 henkilöä tekee työtä ilman omaishoidon tukea. Tästä hoivatyöstä käytetään epävirallista läheis- tai omaishoivaajanimitystä. Tämä rooli lankeaa useasti keski-ikäisille naisille, jotka omien lasten kasvun jälkeen alkavat hoivata omia tai puolisonsa vanhempia. Naiset toimivat usein myös erityishoivaa vaativan lapsensa tai sairastuneen puolisonsa hoitajina. (Myyry, Kauppinen & Silfver-Kuhalampi 2015, 12.)

Omaishoitajan antama hoiva on fyysistä, kuten wc:ssä avustamista, vaippojen vaihtamista sekä peseytymis- ja pukeutumisapujen antamista. Omaishoitajan antamaan hoivaan menee useita tunteja päivässä, ja yöheräämiset lisäävät kuormittavuutta. Henkistä kuormittavuutta lisäävät muun muassa jatkuva epävarmuus, hoidettavan jatkuva seuraaminen ja hoidettavan muistisairauden eteneminen. Tärkeänä asiana omaishoitaja pitää, että hoidettavalla on muitakin sosiaalisia suhteita, esimerkiksi harrastusten kautta. (Tikkanen 2016, 104-106.)

Puolisoaan hoitavien näkökulmasta kotona eläminen on tiheää ja intensiivistä yhdessäoloa. Omaishoitajan on välttämätöntä saada myös omaa aikaa itselleen, jolloin hän voi huolehtia omasta itsestään. Jotta tämä mahdollistuisi, tarvitaan käytännössä luotettavia ja taloudellisesti saavutettavissa olevia palveluja huolehtimaan puolisoista tilanteen mukaan kotona ja kodin ulkopuolella. Oman tilan ottaminen on usein mahdollista vain niissä tilanteissa, kun hoivaa tarvitseva puoliso on lyhytaikaishoitajaksolla, tai joku muu on huolehtinut hänestä. (Sointu 2016, 10, 186.)

Jotta omaishoitaja voisi toteuttaa irtiottona edes normaaleja arkielämän asioita, se edellyttää aikaa ja tilaa, jotta hän pääsee niihin. Hoivaa tarvitsevan puolison hoitaminen on täksi ajaksi järjestettävä jollakin tavalla. Hoivan tarve on useissa tapauksissa hyvinkin vaativaa, jo-

ten omaishoitajat eivät pysty turvautumaan ainoastaan läheistensä tukeen. Läheistä turva- verkkoa ei myöskään kaikilla ole. Siksi on suuri tarve laadukkaille, joustaville sekä käyttäjille edullisille palveluille, jotka korvaisivat omaisen hoivan. (Sointu 2016, 206.)

2.1.1 Omaishoito ja muistisairaudet

Dementia on käsite oireille, jotka aiheutuvat useista aivoihin vaikuttavista häiriöistä. Dementoituneiden ihmisten älyllisissä toiminnoissa on huomattavia puutoksia, jotka vaikuttavat normaaleihin toimintoihin sekä ihmissuhteisiin. Tunne-elämän kontrolli sekä ongelmanratkaisukykytaidot heikkenevät. He voivat kokea persoonallisuuden muutoksia ja käyttäytymisen häiriöitä, kuten hallusinaatioita, harhaluuloja ja levottomuutta. Vaikka muistinmenetys on yleinen oire dementiassa, se ei tarkoita, että potilaalla olisi dementia. Lääkärit diagnosoivat muistisairauden vain, jos henkilöllä kaksi tai useampi aivotoimintoa alentavaa tekijää, kuten muistin- ja kielellisten taitojen menetys, ovat huomattavasti heikentyneet, kuitenkin ilman tajunnanmenetystä. (Dementia information page 2017.) Dementia on maailmanlaajuinen oirekuva. Vuonna 2010 yli 35 miljoonan ihmisen ympäri maailman uskottiin kärsivän dementiasta. Tuon luvun uskotaan lisääntyvän yli 115 miljoonaan vuoteen 2050 mennessä. (Arevalo-Rodriguez, 2015.)

Dementoivilla sairauksilla voi olla laaja vaikutus omaishoitajan ja hänen hoidettavansa elämään. Kun kognitiiviset taidot lähtevät laskusuuntaan, alkavat käyttäytymisen muuttumisen myötä vuorovaikutustilanteet, sekä sosiaalisten suhteiden ylläpito muuttua vaikeammiksi. Jopa puolella dementoivaa sairautta sairastavalla ihmisellä ilmaantuu psykoottisia oireita ja käytöshäiriöitä jossain vaiheessa elämää, jotka kuormittavat vahvasti omaishoitajaa. Näistä syistä aiheutuu perheen sisäisiä vaikeuksia ja laitoshoidon aikaistuu. Kun puhutaan käytösoireista, tarkoitetaan niillä oireita, jotka hankaloittavat dementoituneen henkilön elämää. Yleisimpinä käytösoireina ilmenee masentuneisuutta, apaattisuutta, ahdistuneisuutta, levottomuutta, psykoottisia oireita, joihin kuuluu esimerkiksi näkö- ja kuuloharhoja, muutokset persoonallisuudessa, seksuaalisia käytösoireita sekä häiriöitä univalverytmissä. Tavallisesti käytöshäiriöillä on vaikutusta myös siihen, kuinka omaishoitaja kokee oman hyvinvointinsa. Tällaisessa tapauksessa puolestaan omaishoidettavan oireilu voi kääntyä noususuuntaan. Aina on muistettava kuitenkin se, että muistisairas kärsii itsekkin siitä tilanteesta, jonka sairaus on hänelle aiheuttanut. (Liusaari 2013, 7-8.)

Ne omaishoitajat jotka hoitavat muistisairasta läheistään, ovat kokemuksen mukaan kuormittuneempia ja stressaantuneempia kuin ne omaishoitajat, joiden hoidettavat sairastavat jotakin muuta sairautta. Omaishoitajien jaksamiseen vaikuttaa se, kuinka pitkälle muistisairaus on edennyt ja liittyykö sairauteen myös käytöshäiriöitä. Näitä kuormittavia tekijöitä tulisi tunnistaa paremmin sekä kehittää tapoja, joilla niitä voitaisiin tunnistaa. Eri taudinkuvilla on erilainen vaikutus jaksamiseen. Ne omaishoitajat jotka hoitavat frontotemporaalista dementiaa sairastavaa henkilöä, ovat kuormittuneempia kuin ne omaishoitajat, joiden hoidettavat

sairastavat Alzheimerin tautia. Myös yksilöllisillä tekijöillä on vaikutusta siihen, mikä omaishoitajan jaksamisen aste on. Masennusoireita esiintyy tavallisesti, ja riskitekijöiden tunnistamisessa on vielä parantamisen varaa. Fyysiset, psyykkiset, emotionaaliset ja taloudelliset seikat sekä niistä aiheutuvat haitat ovat usein omaishoitajien kuormittuneisuuden takana. Tämä voi pahimmillaan aikaansaada omaishoidon laadun huononemisen, sekä omaishoidettavan laitokseen joutumisen ennen aikojaan. Samalla kun omaishoidettavan asioita käydään läpi ja hänen tilannettaan selvitetään, tulisi aina ottaa huomioon myös omaishoitajan tilanne. Apua stressaavaan tilanteeseen tulisi löytyä niin pian kuin mahdollista sekä mahdollisuus kouluttamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on tässä keskeisessä asemassa niin tiedonantajana kuin sen vastaanottajana. (Liusaari 2013, 8.)

Omaishoitajapuolisot hoitavat hoidettavaansa tavallisesti niin, että heidän omat voimavaransa ylittyvät, jolloin heidän oma toimintakykynsä kääntyy laskusuuntaan. Tästä aiheutuu myös yhteiskunnalle kustannuksia. Omaishoitajien riski saada mielenterveysongelmia tai sairastua somaattisiin vaivoihin kasvaa omaishoidon myötä. Ongelmia voi aiheutua uusien perheen sisäisten roolien myötä, kun omaishoidettava lakkaa tunnistamasta hoitajaansa. Ei ole välttämättä helppoa hakea apua ongelmatilanteessa, vaan sitä kohtaan voi muodostua kynnys. Tarvittavan tuen saaminen ajankohtaisesti ei myöskään ole välttämättä helppoa. Omaishoitajan jaksamiseen myötävaikuttaa se, että hoitaja ymmärtää mistä taudissa on kyse ja miksi sairastunut käyttäytyy tietyllä tavalla. Vaihtoehtoja voi olla hankalaa nähdä, mikä johtaa oman aseman hyväksymiseen. Yksi puoliso-omaishoitajia ohjaava periaate on omaan puolisoon sitoutuminen ja heidän tavoitteenaan on puolisoitensa omatoimisuuden tukeminen sekä päivittäisten toimintojen ohjaaminen ja valvominen. (Liusaari 2013, 8-9.)

Tutkimuksen mukaan omaishoitajien elämänlaatu on heikkoa. Alzheimeria sairastavien puoliso-omaishoitajat ovat iäkkäitä ja useilla heistä on pitkäaikaissairauksia, joten heidän elämänlaatunsa saattaa olla heikompaa verraten muihin omaishoitajiin. Tutkimuksessa tulee myös esille, että naiset kokevat kielteisiä tunteita, esimerkiksi masentuneisuutta ja yksinäisyyttä. Myös terveydellisiä ongelmia on naisilla enemmän kuin miehillä. Elämänlaadun heikkenemiseen vaikuttaa myös omaishoitajien kokema tunne taakasta. Taakan tunne sisältyy kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyviin tekijöihin, myös taloudelliset stressitekijät kuuluvat tähän. Dementiaa sairastavien omaishoitajat kokevat myös eristäytyneisyyttä sosiaalisesta elämästä. (Klemetilä 2014, 13.)

Omaishoitajuutta koskevassa tutkimuksessa on tullut esiin negatiivisten vaikutusten lisäksi myös myönteisiä vaikutuksia. Myönteiset vaikutukset paransivat omaishoitajan elämänlaatua. Näitä myönteisiä kokemuksia ovat yhdessä oleminen ja harrastaminen, parisuhteen vastavuoroisuus, henkinen kasvu ja myös kokemus onnistumisista ja osaamisista. Elämässä tapahtuneiden muutosten hyväksyminen sekä omaishoitajien omat arvot ja asenteet omaa puolisoaan kohtaan vaikuttivat ilon ilmaisemiseen. (Klemetilä 2014, 14.)

Omaishoitajan myönteiseen hoitamisen kokemukseen vaikutti puolisoiden välinen rakastava suhde, joka oli ennen puolison muistisairauden ilmenemistä. Omaishoidettavan ja -hoitajan väliseen vuorovaikutukseen haasteellisuutta lisäsivät omaishoidettavan ongelmat kommunikoinnissa sekä unohtelu. Omaishoidettavan tuen tarve on suurimmillaan, kun omaishoidettavan sairaus on alkuvaiheessa, jolloin omaishoitajan keinot selviytyä vaikeista tilanteista tuovat ongelmia ja haasteita. (Klemettilä 2014, 15.)

2.1.2 Perhekeskeisyys

Perhekeskeisyyden periaatetta on yritetty toteuttaa erityisesti avoterveydenhuollossa ja lasten sairaanhoidossa. Perhekeskeisessä hoitotyössä pidetään omaishoidettavan perhettä taustatekijänä. Perhehoitotyö painottaa enemmän sitä näkemystä, että perhe on asiakkaana eli hoidon kohteena. (Ala-Hiiri 2007, 11.)

Perhekeskeisen hoitotyön avuin ikääntynyt säilyttää oman identiteettinsä sekä arvokkaan elämänsä loppuun asti. Mikäli ikääntyneellä ei enää ole lähisukulaisia, perhekeskeinen hoitotyö pitää sisällään myös ikääntyneen muut läheiset ja tärkeät henkilöt. Sisäisenä voimavarana perheellä on täyttää yhteenkuuluvuuden ja sosiaalisuuden tarpeet, jotka säilyvät läpi elämämme. Ikääntynyttä hoivaavat omaiset ovat tärkeitä ja heidän tukemisensa ja ohjaamisensa ammattihenkilöiden avulla auttavat omaista jaksamaan. Omaisen hyvinvointi tukee ikääntyneen hoivattavan hyvinvointia. (Näslindh-Ylispangar 2005, 151.)

Perhekeskeinen työote on apukeino, jolla palvelujärjestelmä voisi tukea omaishoitajia työssään. Perhekeskeinen työskentelytapa kannustaisi omaishoitajia ja -hoidettavia käyttämään perheen ulkopuolisia palveluja ja se huomioi omaishoitoperheessä kunkin osapuolen tarpeet. Muuttuneiden vuorovaikutusrakenteiden työstäminen perheessä voisi lisätä keskinäistä ymmärrystä puolisoiden välillä, ja puolisoilla olisi mahdollisuus tulla kuulluksi. Samalla se saattaisi tukea kumpaakin osapuolta, niin omaishoitajaa, kuin hänen hoidettavaansaakin perheen ulkopuolisten palveluiden käyttämiseen. (Ring & Rätty 2016, 2206-2207.)

Omaishoito on usein hyvää ja laadukasta, mutta perheissä on myös väsymystä ja kireyttä. Tämä voi pahimmillaan ajaa huonoon kohteluun, jopa väkivaltaan. Perhekeskeisyys työskentelytavassa huomioi omaishoitajan ja -hoidettavan yksilöllisemmin ja tunnistaisi paremmin yhteiset ja yksilölliset tuen tarpeet omaishoidossa. Siihen voisi yhdistää kotiin vietävän palveluohjauksen, joka olisi asiakaslähtöistä ja kustannustehokasta. (Ring & Rätty 2016, 2206-2207.)

Huolimatta siitä, että puoliso on sairas ja meneillään on kuormittava omaishoitotilanne, ovat omaishoitajat kuitenkin tavallisesti tyytyväisiä avioliittoonsa ja hoitoon sitoutuminen on vahvaa. Heidän tulisi saada yhteiskunnalta ja palvelujärjestelmältä tukea ennen kaikkea perheenä. Se, kuinka hyvin perhesuhteet toimivat ja minkä laatuiset ne ovat, vaikuttavat merkittävästi omalta osaltaan siihen, kuinka hyvin omaishoitaja jaksaa hoivatyössään. Kun toimivia

suhteita tuetaan, voidaan samalla vähentää altistumista eri stressitekijöille. Näin mahdollistetaan myös omaishoitajien jaksamisen edistäminen. (Liusaari 2013, 9.)

Perheen ulkopuoliset suhteet ovat myös merkittävässä asemassa. Jos suhteet hoitohenkilöstöön ovat kehnot tai eivät toimi, lisää sekin omalta osaltaan hoitotaakkaa. Omaishoitajan voimavaroja kasvattaa hoitohenkilökunnalta tuleva tuki ja kannustus ja se motivoi omaishoitajan hoitoon sitoutumista. Kun omaishoitajia ohjataan, heidän voimavaransa lisääntyvät ja kuormittuneisuus laskee. Niillä omaishoitajilla, joilla oma terveydentila on hyvä ja talous on hyvässä tasapainossa, on parempi mahdollisuus suoriutua hoitotehtävästään. Omaishoitajalla on hyvä olla olemassa tukiverkostoja, koska ne auttavat kuormittavien tekijöiden vähentämisessä. Samalla tarve laitospaikkoihin pienenee. (Liusaari 2013, 9.)

2.2 Omaishoitajuutta tukeva toiminta

Omaishoitajien on mahdollista saada vertaistukea usealta eri taholta. Isoimmista kunnissa eri järjestöt, seurakunnat ja kunnan sosiaalitoimi tarjoavat erilaisia sosiaalisen tuen ryhmiä. Vertaistoiminnan myötä omaishoitajat saavat mahdollisuuden omien kokemusten ja tunteiden jakamiseen muiden omaishoitajien kanssa. Vertaisryhmätoiminnalla on parhaimmillaan omaishoitajan jaksamista ja hyvinvointia lisäävä vaikutus. Ryhmät luovat mahdollisuuksia ystävyys-suhteiden solmimiseen, ja jatkuvaluonteinen tuki mahdollistuu niiden kautta. Yhteenkuuluvuuden tunne, vastavuoroisuuden kokemus ja kokemusasiantuntijuus tekevät vertaistuesta merkittävän. (Hämäläinen 2015, 21-22.)

Omaishoitajille suunnattu vertaistukiryhmätoiminta on tärkeässä asemassa omaishoitajien raskaan työn tukemisessa sen suuren henkisen ja sosiaalisen merkityksen kannalta. Sellaisista vaikeista tunteista, kuten häpeästä, turhautumisesta ja syyllisyydestä, voi olla helpompi keskustella toisten omaishoitajien kanssa. Ryhmässä pääsee lisäksi käsittelemään turvallisessa ympäristössä omia ristiriitaisiltakin tuntuvia tunteita. Ryhmän jäsenet voivat kaikkein parhaimmillaan tarjota toinen toiselleen valoa ja toivoa tulevaisuuteen sekä tukea ja lämpöä. Tämän lisäksi monet saavat konkreettisesti apua hoitotilanteisiinsa. Kun omaishoitaja havaitsee, että muutkin kamppailevat samankaltaisten ongelmien kanssa, niin tunteet eristäytyneisyydestä ja yksinäisyydestä voivat vähentyä. Vertaistuki auttaa omaishoitajaa ymmärtämään, että omaishoitotilanteessa on monia muitakin eikä yksin tarvitse olla. (Hämäläinen 2015, 21-22.)

Vertaistuen merkitystä omaishoitajuuteen on tutkittu ikääntyneen muistisairaana omaisen hoitamisen näkökulmasta. Erityisesti stressitasoa ja elämänlaatua tarkasteltaessa on vertaistuellla havaittu olevan merkitystä. Vertaistukea voitaisiin hyvin pitää ratkaisuna omaishoitajan psykososiaalisiin tarpeisiin. Omaishoitajan jaksamisessa tärkeässä osassa ovat vertaisryhmätoiminnan avuin tapahtuva tiedonvaihto, selviytymiskeinot ja opastus. (Hämäläinen 2015, 22.)

Omaisten apu on merkittävä osa Suomessa pitkäaikaishoidon kokonaisuudesta. Hyvinvointi ja palvelut -kyselyn perusteella noin 1,2 miljoonaa suomalaista auttaa omaisiaan, läheisiään tai ystäviään. Heistä pääasiallisia auttajia on noin 280 000 ja on arvioitu, että kaikkiaan noin 60 000 henkilöllä olisi edellytykset omaishoidontukeen, mutta vain 39 500 henkilöä heistä olisi ollut tuen piirissä vuonna 2011. Suomalainen erityispiirre on myös iäkkäiden eläkkeellä olevien omaishoitajien iso määrä. (Kehusmaa 2014, 18.)

Omaishoitotilanteet voivat olla hyvin toisistaan poikkeavia, joten omaishoitajia tulee kuulla tukimuotojen kehittämisessä. Kun omaishoitajien kuormitus kevenee, niin samalla omaishoidettavan riski joutua pitkäaikaiseen hoitoon vähenee. (Ring & Rätty 2016, 2206-2207.) Omaishoitajan kuormittumisen riski vähenee, jos omaishoitajan palvelujen tarve huomioidaan, suunnitellaan ja ajoitetaan oikein yhdessä omaishoitajan kanssa (Juntunen & Salminen 2014, 74).

Perhettä kohtaan muodostuu erilaisia paineita raskaissa omaishoitotilanteissa. Ne ikääntyneet jotka saavat apua vain sukulaisiltaan, saattavat kokea pelottavana, jos joutuvat liian riippuvaisiksi omaisistaan. Ne henkilöt jotka saavat sekä virallista että epävirallista apua, ovat useimmiten tyytyväisimpiä. (Pietilä & Saarenheimo 2003, 18.)

Omaishoidettavilla oli huoli siitä, kuinka läheinen jaksaa omaishoitajan roolissa ja omaishoidettava toivoo, että läheinen pystyisi elämään myös omaa elämää. Omaishoidettavat eivät halunneet olla vaivaksi tai taakaksi läheisilleen. Iäkkäät pitävät tärkeänä asiana yhteydenpitoa lapsiinsa, mutta pääosin iäkkäät haluavat ottaa vastaan hoidon ja palvelun mieluummin julkiselta sektorilta. (Mäkelä 2013, 29, 34.)

Tutkimuksen mukaan ne dementiapotilaat joiden omaishoitajat saivat tukea, välttivät pidempään dementoituneen omaishoidettavan joutumista laitoshoitoon. Tukimuotoina olivat omaishoitajalle annettava henkilökohtainen koulutus, esimerkiksi tekniikoita ongelmanratkaisuihin ja käyttäytymishäiriöiden hallintaan. Tukimuotoina olivat myös perhetapaamiset, viikoittaiset omaishoitajien ryhmätapaamiset sekä mahdollisuus saada konsultaatioapua ja emotionaalista tukea. Tutkimuksen kontrolliryhmän potilaat, joiden omaishoitajat eivät saaneet tukea, laitoituivat aikaisemmin. (Eloniemi-Sulkava 2002, 21, 47.)

Dementiaa sairastavat ovat selvästi tuoneet esille, että he haluavat sellaisia palveluita ympärilleen, jotka on suunniteltu sekä heidän tarpeitaan, että heidän hoitajiensa tarpeita ajatellen. He haluavat tuntea olonsa tuetuiksi, arvostetuiksi ja ymmärretyiksi sekä tuntea yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Ryder 2016, 465.)

2.2.1 Omaishoito ja yhteiskunta

Suurin osa auttamisesta tapahtuu omaisten ja läheisten avun turvin sekä vailla virallisia tukimuotoja. Kun on kyseessä raskas ja sitova omaishoitotilanne, tulisi olla mahdollisuus yhteiskunnan tuen saamiseen. Olisi tärkeää miettiä, kuinka näitä näkymättömien auttajien uupumista voitaisiin ehkäistä. Samaan aikaan tulisi pystyä ennakoimaan niitä tilanteita, jolloin omaishoitoperheen avuksi tulee yhteiskunta tukimuotoineen. (Mitä omaishoito on? 2016.)

Suomessa ikääntymispolitiikassa on yleisenä pysyvääskäsityksenä ajatus siitä, että ikääntyneen henkilön tulisi pystyä asumaan omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Tätä ajatusta voimistaa vielä kulttuurissamme syvällä oleva vastakkainasettelu laitospalvelun ja kotihoidon välillä. Yksilölle se sisältää toivon oman elämänsä hallinnasta ja yksilöllisestä elämäntavasta vielä ikääntyessäänkin. Yhteiskunnan näkökulmana on ihmislähtöisyyden lisäksi säästöjen synnyttämisen vanhushuoltoon. Asumisen hienous omassa kodissa tuodaan esille luontevana asiana, eikä sitä kyseenalaisteta ainakaan julkisesti, vaikka monesti yksin asuva ikääntynyt saattaa mielessään toivoa laitoshoidon turvattomuutensa ja yksinäisyytensä vuoksi. Omaishoito on sekä yksilön että yhteiskuntapolitiikan ratkaisuna sidottu juuri ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamiseen. (Saarenheimo & Pietilä 2003, 144.)

Omaishoitajan jaksaminen vaikuttaa omaishoitotilanteessa elävien arjen muodostumiseen. Tutkimuksessa on tullut esiin, että omaishoitajien tarvitsema henkinen tuki tulisi taata eri toimijoiden palveluja yhdistellen, joita ovat esimerkiksi vapaaehtoistyö, virallinen palvelujärjestelmä, läheisten tuki ja vertaistuki. (Heikkilä 2008.)

Omaishoitajien jaksamista tulisi tukea ja kohdentaa resursseja omaishoitoon. Jotta omaishoitajuuksi tukevia toimia voitaisiin toteuttaa, tulee valtion ja kuntien päätöksentekijöiden lisäksi sitouttaa myös työelämässä toimijat, seurakunnat sekä järjestöt. Kuntien rooli on paikallisella tasolla keskeisessä asemassa, kun on kyse omaishoitoa tukevien palveluiden järjestämisestä. (Kallio-Laine, Salminen & Tikka 2015, 34.)

Omaishoitoa koskevasta lainsäädännöstä, yleisestä ohjauksesta ja omaishoidon kehittämisestä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Omaishoidontuki on paketti, joka muotoutuu hoitajalle tarkoitetuista niin sanotuista omaishoitoa tukevista palveluista sekä hoidettavalle annettavista tarpeenmukaisista palveluista, jotka ovat aina sosiaaliryöön alaista harkinnanvaraista tukea, joita jokainen kunta tarjoaa määrärahojensa puitteissa. (Omaishoito 2018.)

Omaishoidon päätöksen solmivat keskenään kunta ja omaishoitaja ja siinä laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma omaishoidettavalle. Hoidettavalle kuuluvia osia tässä omaishoidontuessa ovat omaisen hoitotyön lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritetyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja omaishoitajan vapaan ajalle annettava hoivapalvelu. Omaishoitajalle omaishoidonsopimus pitää sisällään lain määrittämän hoitopalkkion, vapaan joka määritetty

hoidon sidonnaisuuden mukaan, tapaturma- ja eläkevakuutukset, sekä sosiaalipalveluiden käytön mahdollistamisen. (Omaishoito 2018.)

Hoitopalkkio määräytyy omaishoidettavan hoidollisuuden ja kuormittavuuden mukaan ja se on verotettavaa tuloa. Omaishoidonsopimus oikeuttaa omaishoitajaa vähintään kolmen vuorokauden mittaiseen vapaaseen kuukauden aikana, mikäli hän on kyseisen kuukauden aikana ympärivuorokautisesti tai säännöllisesti omaishoitaja. Tämän lakisääteisen vapaan lisäksi kunnat voivat myöntää enemmän vapaita, joko yksittäisiä vapaita tai alle vuorokauden kestoisia virkistysvapaita. Näitä kunnat voivat myöntää oman harkintansa mukaan myös omaishoidonsopimuksen ulkopuolisille omaishoitajille. Omaishoidettavalle omaishoito on tavallisesti maksutonta, mutta hoidettavalta voidaan kunnan niin halutessaan periä maksu, joka saa olla enintään 11,40 euroa päivältä. (Omaishoito 2018.)

Vuodesta 2011 alkaen omaishoitajan lomanaikainen vapaa on voitu järjestää toimeksiantosopimuksena. Tämä on tuonut kunnille mahdollisuuden järjestää niin kutsuttua sijaishoitoa omaishoitajan vapaan ajaksi. Silloin sopivaksi katsottu henkilö tekee kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen hoitajana toimimisesta. Tässä toimeksiantosopimuksessa hoitaja työskentelee hoidettavan luona kuten omaishoitaja, mutta hoitajan ei tarvitse olla sukua tai muullakaan tavoin läheinen henkilö hoidettavalle. Häntä koskevat kuitenkin omaishoitolain mukaiset säädökset koskien henkilön soveltumista omaishoitajaksi. (Omaishoitajan vapaan aikainen sijaishoito voidaan järjestää toimeksiantosopimuksella 1.8.2011 alkaen 2011.)

Omaishoitotuen laissa (2.12.2005/937, 5§) määritellään tarkasti hoitopalkkion suuruus, jonka mukaan palkkion tulee olla vähintään 300 euroa kuukaudessa. Hoitopalkkio muotoutuu tarkemmin sen mukaan kuinka sitovaa ja vaativaa hoito on. Jos omaishoitaja on hoidettavuuden sitovuuden vuoksi poissa ansiotyöstään, on palkkio vähintään 600 euroa.

Omaishoitotuen laissa (2.12.2005/937, 3a§) määritellään, että kunnan tulee järjestää omaishoitajan hoitotehtävää varten sitä tukevia palveluita. Tarvittaessa kunta järjestää omaishoitajalle hänen hoitotehtävänsä sekä hänen hyvinvointiaan edistäviä sosiaali- ja terveyspalveluja, että terveystarkastuksia.

Sosiaali- ja terveysministeriö on hallituksen määräyksestä käynnistänyt niin kutsuttuja kärkihankkeita, ja yksi niistä on I&O -kärkihanke. Sen tarkoituksena on kehittää ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistaa omaishoitoa kaikenikäisille. Pyrkimyksenä on saada iäkkäille sekä omais- ja perhehoitajille yhdenvertaisempaa, paremmin koordinoitua ja taloudellisempaa palvelua. (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2017.)

Meneillään on ikäihmisten hoitoon ja palveluihin liittyviä kehittämishankkeita, joihin on sijoitettuna aikaa, pohdintaa sekä yhteiskunnan varoja. On tärkeää, että kehittämistyöt eivät jäisi

pelkästään hanketasolle. Nyt pitää panostaa kotona asumisen omaehtoisuuteen, ravinnon tärkeeseen, tiedonsaantiin, kulkemisen välineisiin, liikkumiseen sekä hyvään sosiaaliseen elämään. Sosiaali- ja terveysalan uudistus on edellä mainituissa asioissa avainasemassa. Toimiva arki lisää ihmisen elämänlaatua ja säästöjä kertyy myös valtiolle. Ensin on tärkeää miettiä ihmisen pääseminen palvelujen pariin ja sen jälkeen vasta vaihtoehto palvelujen saaminen ihmisen luo. (Harriet Finne-Soveri vahvistamaan koti- ja omaishoidon maakunnallista muutostyötä 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa kansallisessa omaishoidon kehittämissuunnitelmassa on linjattuna omaishoidon kehittämistoimenpiteet ja strategisia tavoitteita aina vuoteen 2020 saakka. Ohjelmassa kiinnitettiin erityisesti huomiota omaishoitajiin ja heidän asemansa vahvistamiseen, tukemiseen ja yhdenvertaisuuteen. (Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma 2014, 3.)

Omaishoidon tuella tehdyn hoitotyön arvo on nykyisin noin 1,7 miljardia euroa ja kustannuksia omaishoitajuudesta syntyy noin 450 miljoonaa euroa vuodessa. Näin omaishoidontuki vähentää julkisten palveluiden menoja arvioituna noin 1,3 miljardia euroa vuodessa. Tässä hankkeessa kaavailtiin sopimusomishoidon mallia, jonka kustannukset olisivat arviolta noin 468 miljoonaa euroa vuodessa vuonna 2020. Suurin kasvu menoissa tulisikin arvioiduista uusista 20 000 omaishoitajasta. Samalla palvelun arvo kasvaisi arviolta 2,5 miljardiin ja säästöt nousisivat 1,5 miljardiin euroon vuonna 2020. (Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma 2014, 3.)

2.2.2 Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalvelut, joihin omaishoidettavien tukipalvelutkin sijoittuvat, ovat haasteiden edessä. Ne olivat aikaisemmin hyvinvointivaltion keskiössä. Tämänhetkinen sosiaalipalveluiden yhteiskuntapoliittinen suoja ei enää ole samanlainen. Nämä palvelut ovat menettämässä oman ainetlaatuisuutensa julkisten palveluiden joukossa ja niitä on alettu tarkastelemaan kaikkia palveluita koskevien näkökulmien, kuten tuotosten ja prosessien näkökulmasta. (Toikko 2012, 180.)

Sosiaalipalveluiden nykyinen ajattelusuuntaus nostaa keskeiseen asemaan käyttäjälähtöiset palvelut. Näin pystytään korostamaan palveluita yksilöllisesti konkreettisissa arjen ympäristöissä. Näissä on yhä voimakkaammin kyse erilaisten toimijoiden osallistumisesta hyvinvointipalveluiden tuottamiseen. Samaan aikaan perinteinen ammatillinen ajattelu ja lähestymistapa tulee haastetuksi tämän kehityksen myötä. (Toikko 2012, 181.)

On vaikeaa määritellä, milloin keski-ikäisyys loppuu ja ikääntyneisyys alkaa. Henkilöä voidaan pitää ikääntyneenä tiettyjen aktiviteettien ja sosiaalisten roolien muutoksista. Perinteisesti yli 65-vuoden ikää on pidetty rajana ikääntynyt-käsitteeseen, joka on myös monissa länsimaissa eläkeikä. Kronologinen ikä harvoin korreloi biologista ikää. Vanhemmat aikuiset ovat

heterogeeninen ryhmä, joiden biologinen ikä, kronologinen ikä ja terveydentaso tulisi ottaa huomioon yksilötasolla. Osa voi tuntea itsensä vanhoiksi jo 65-vuotiaana, mutta enenevässä määrin ihmiset tuntevat itsensä ikääntyneiksi 70-80-vuotiaana. (Siukosaari 2013, 12.)

Ikääntyminen voidaan luokitella sosiokulttuuriseen ja biolääketieteelliseen vanhuuteen. Lääkitsemisestä ikääntyneiden hoitona puhutaan paljon, koska liiallinen lääkitseminen aiheuttaa heille moninaisia ongelmia. Ikääntymisen pitäisi näyttäytyä asiaankuuluvana ja arvokkaana elämänvaiheena ja osana monimuotoista elämäämme. Sosiokulttuurinen käsitys vanhenemisestä tuo paremmin esiin vanhenemisen monimuotoisuuden ja huomioi ikääntyneen voimavarat ja vahvuudet. Kuitenkin tulee huomioida, että vanheneminen on sosiaalinen, kulttuurillinen ja historiallinenkin ilmiö. Suomessa on haastavaa olla ikääntynyt, koska heidän tulisi pystyä osallistumaan kauan työelämään ja samaan aikaan oletetaan heidän kantavan vastuuta lähimmäisistään, joko omaishoitajina tai vapaaehtoistyöhön osallistuvina. Ikääntyneistä myös puhutaan monesti samankaltaisena ryhmänä ihmisiä, mutta toisaalta nostetaan esiin heidän yksilöllisyytensä. (Lindqvist 2016, 14.)

Eettisesti kestävässä hoidon perustassa korostuu ikäihmisen yksilöllinen kohtelu, yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, ikäihmisten osallisuus sekä oikeudet yhteiskunnan suojaan ja turvalliseen lääkehoitoon. Omaishoitajien asemaa vahvistetaan ikäihmisten oikeudella asianmukaiseen huolenpitoon sekä laadukkaaseen loppuelämään. Mielenterveysetiikassa korostetaan ikäihmisen mahdollisuuksia oman elämän osallisuuden ja mielekkyyden ylläpitämiseen. Näin voitaisiin ehkäistä myös yksinäisyyttä. (Lausunto lakiesityksestä iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta 2011, 1.)

Omaishoidontuen lain (2.12.2005/937, 1 §) tarkoituksena on edistää omaishoidon toteuttamista hoidettavan edun mukaisesti, turvaamalla kattavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, hoidon jatkuvuus sekä omaishoitajan työn tukeminen. Tässä laissa lisäksi omaishoidontuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka käsittää hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut. Omaishoidon tuen järjestäminen kuuluu sille kunnalle, jonka velvollisuus on järjestää sosiaalipalveluja hoidettavalle sen mukaan, miten sosiaalihuoltolain (710/1982) kolmannessa luvussa on mainittu.

2.2.3 Päivätoiminta

Omaishoitotilanteessa monenlaiset palvelut ja tukimuodot ovat tarpeen, jotta arki sujuisi hyvin ja omaishoitaja saisi omaa aikaa, lepoa ja vapaata. Yksi näistä tukimuodoista on päivätoiminta. (Tukea omaishoitotilanteisiin 2016.) Tutkimuksen mukaan dementiapotilaan omaishoitajien stressi- ja kuormittavuustaso laskee vuoden jälkeen merkittävästi, jolloin hoidettava oli käyttänyt päivätoimintapalvelua. (Zarit, Parris-Stephens, Townsend & Greene 1998, 267.)

Omaishoitaja on usein hyvin sidoksissa hoidettavaansa, eikä hänellä ole omaa aikaa juuri ollenkaan. Päivätoiminnalla voitaisiin ylläpitää esimerkiksi muistiongelmaisen ihmisen toimintakykyä ja taitoja arjessa selviytymiseen, jolloin omaishoitajalle järjestyisi säännöllinen mahdollisuus elää myös omaa elämäänsä ja levätä. (Turunen 2008, 71.)

Päivätoiminnasta on tehty vaikuttavuustutkimusta vain vähän. Yksiköissä on eri käytäntöjä ja kirjavaa sisällön kehittämistä, kuntouttava toiminta on monipuolista, mutta vähemmälle on jäänyt tukitoimien kehittäminen, joka lisää elämänhallintaa. Valtakunnallisia laatuksiteerejä ei ole määritelty muistisairaiden henkilöiden päivätoiminnalle. Asiakaspalautteista, joita on suunnattu omaishoitajille käy ilmi, että päivätoiminta tukee hyvin perheitä ja heidän selviytymistään arjessa. (Turunen 2008, 72.)

On olemassa erilaisia päivätoimintaa järjestäviä päiväkeskuksia. Keskus palvelee erilaisia asiakasryhmiä, kuten asunnottomia päihteidenkäyttäjiä, raittiita varttuneita eläkeläisiä, nuoria eläkeläisiä, mielenterveyskuntoutujia, vammautuneita sekä lapsiperheitä. Päiväkeskuksella on erilaisia toimintamuotoja, kuten ruokailua, kuntouttavaa työtoimintaa, musiikkia ja liikuntaa. (Tepponen, Strandén & Rutanen 2015, 17.)

Lyhytaikaishoito laadukkaassa dementiayksikössä tai päivätoiminnassa voi parantaa toimintakykyä muistiongelmallisella ihmisellä (Turunen 2008, 76). Päivätoimintaa ikääntyneille järjestävät monet kunnat tai järjestöt, esimerkiksi muistisairaille löytyy omia päivähoitopaikkoja. Erilaisista päivätoiminnoista voi kysellä tietoa esimerkiksi terveyskeskuksista, kotihoidosta tai sosiaalitoimistosta. (Päivätoiminta 2016-2017, 26.)

Muistisairaille tarkoitettu päivätoiminta tukee hoidettavan kotona asumista ja selviytymistä, samalla se tukee omaishoitajan työssäkäyntiä, mahdollisuuksia hoitaa omia asioita ja vapaa-aikaa. Päivätoiminnan kautta myös muistisairas voi kokea virkistystä, sosiaalisuutta ja toimintakyky säilyy yllä. Kunnat järjestävät päivätoimintaa muistisairaille ihmisille eri käytännöin. Sitä voidaan järjestää arkipäivisin tai esimerkiksi kerran viikossa. (Liikanen 2010, 34.)

Päivätoimintaa voidaan määritellä eri näkökulmista. Päivätoiminnan tarkoituksena on vanhus-ten tukeminen ja kannustaminen aktiiviseen kodin ulkopuoliseen ryhmätoimintaan, jolloin sosiaalisten suhteiden ylläpito ja luominen toteutuvat. Päivätoiminnalla pyritään aktivoimaan ikääntynyttä ja estämään syrjäytymistä. Erilaisiin toimintoihin sitoutuminen auttaa saamaan arvostusta sekä yhteenkuuluvuutta ja kiintymyksen kokemista. Sosiaalinen sitoutuminen edistää hyvinvointia ja terveyttä. (Suvanto 2014, 19.)

On tehty useita tutkimuksia, joissa onnistuneen ikääntymisen perustaksi on esitetty niin sanottua aktiivista ikääntymistä. Siinä painotetaan ikääntyneiden aktiivista toimintaa sekä heidän osallistumistaan erilaisten yhteisöjen toimintaan, uuden oppimista, sekä sosiaalisten ver-

kosten ylläpitämistä. Näillä tekijöillä on toimintakykyä huomattavasti ylläpitävä ja parantava vaikutus sairauksista riippumatta ja arjen vaatimuksista selviäminen muuttuu helpommaksi. (Suvanto 2014, 19.)

Jotta ikääntyneen toimintakykyä ja sosiaalista aktiivisuutta voidaan ylläpitää ja parantaa, on perusteltua kehittää monimuotoista päivätoimintaa, sekä toiminnallisia ryhmiä. Sosiaalinen aktiivisuus merkitsee ystävien seurassa vietettyä aikaa sekä erinäisiin sosiaalisiin toimintoihin osallistumista, kuten ryhmiin ja rooleihin. On olemassa erilaisiin vertaistuen jakamiseen perustuvia ryhmiä, kuten leskien keskusteluryhmiä ja muistiryhmiä, jotka pitävät yllä sosiaalista aktiivisuutta niissä tilanteissa, joissa on todennäköistä tai mahdollista eristäytyä. Tällainen tilanne on esimerkiksi puolison kuolema. Hankalassa elämäntilanteessa olevalla ei välttämättä ole edellä mainittujen ryhmien edellyttämää jaksamista tai aktiivisuutta, ja erityisen haastavaan tilanteeseen jäävätkin he, joilla ei ole ympärillä läheisiä, jotka kannustaisivat tai aktivoisivat heitä toimintaan. (Suvanto 2014, 19.)

Toiminnallisia ryhmiä voidaan käyttää rinnakkain sosiaalityön kanssa, jolloin ryhmien tavoitteeksi muodostuu tukea ja edistää toimintakykyä. Toiminnallisella ryhmällä on monia vaikutuksia, kuten sosiaalisen verkoston luominen ja ylläpitäminen sekä ihmisen yhdistäminen hänen omaan ympäristöönsä. Kun sairaus hankaloittaa elämäntilannetta, voi ryhmätoiminta tehdä mahdolliseksi minäkuvan säilymisen. Kun osallistutaan ja toimitaan ryhmissä, saadaan kokemuksia ja elämyksiä, joilla voi olla myönteisiä vaikutuksia ajattelukykyymme ja valmiuksiimme. (Suvanto 2014, 19-20.)

Jokainen ihminen tarvitsee toisen ihmisen tukea kaikissa elämänvaiheissa, sillä kokemus siitä, että kuuluu johonkin, on merkittävä. Sellaiset ryhmät, jotka tekevät mahdolliseksi oman elämäntilanteen ja ajatuksien peilaamisen muiden samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa, luovat ainutlaatuisia mahdollisuuksia merkityksellisiin kohtaamisiin. Nämä kohtaamiset ovat sellaisia, joissa ikääntyneet voivat saada kokemuksen samojen kiinnostuksien kohteiden ja arvo maailmojen jakamisesta. Tällä tavoin voi syntyä yhteenkuuluvuuden tunne, joka vaikuttaa hyvinvoinnin kohenemiseen. Sosiaalitoimen päivätoiminta on perusteltua aktiviteettia, jonka katsotaan sopivan varsinkin sellaisten ihmisten virkistystoiminnaksi, jotka sairastavat vakaita sairauksia. Samalla se tukee myös dementoituvaa hoitavaa ihmistä ja hänen taakkaansa, jolloin mahdollista laitoshoitoon siirtymistä ei ajankohtaisesti tarvitse ajatella. (Suvanto 2014, 20.)

Päivätoiminnan sisältöön kuuluu erilaisia aktiviteetteja. Näitä ovat ateria-, kylvytys- ja muut hygieniapalvelut sekä sosiaaliset virike- ja ryhmätoiminnat. Näiden tarkoituksena on yksinäisyyden ehkäiseminen sekä sosiaalisten suhteiden säilyvyyden tukeminen. Myös toiminta- tai fysioterapia voi sisältyä päivätoimintaan joko yksilö- tai ryhmämuotoisesti. Jos tarvetta on,

niin palveluun voi sisällyttää laajemminkin palveluita, kuten apuvälinelainaamon, lääkehoidon, sairaanhoidon- tai sosiaalityön tarjoamat palvelut. Päivätoiminnan yhteydessä ikääntyneen selviytyminen ja kuntoutuksen ja palveluiden tarve kyetään arvioimaan. Päivätoiminnan järjestäminen fyysisesti mahdollistuu esimerkiksi toimintayksiköissä, jotka tarjoavat osavuorokautista tai sitten jossakin pienessä korttelituvassa. Päivätoimintaan pääsee tarvittaessa kuljetuksella. (Suvanto 2014, 22.)

Päivätoimintapalvelu on sellainen aktiviteetti, jonka tavoitteena on iäkkäiden hyvinvoinnin edistäminen liikunnan, eri virikkeiden ja sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistamisen turvin. Sisältöön voidaan liittää lääkinnällisesti painottunut osavuorokautinen hoito. Tarkoituksena on samalla ikääntyneiden ihmisten osallistumismahdollisuuksien parantaminen sekä yksinäisyyden vähentäminen ja ehkäiseminen. Päivätoiminta tukee samalla koti- ja omaishoitoa. (Suvanto 2014, 22.)

2.3 Omaishoidettavien yleisimmät toimintakyvyn rajoitteet

80 vuotta täyttäneillä noin 70 prosentilla on vähintään kaksi sairautta. Omaishoidettavien yleisimpiä toimintakykyä rajoittavia sairauksia ovat Alzheimerin tauti sekä muut dementiaa aiheuttavat sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, aivohalvaus ja sydänsairaudet. Omaishoitajalle hoidettavan muisti- ja pitkäaikaissairaudet lisäävät sopeutumisaikaa, kun taas aivoinfarkti aiheuttaa rajun ja nopean toimintakyvynmuutoksen. (Tikkanen 2016, 125.)

2.3.1 Muistisairaudet

Muistisairaudet ovat oireistoja, jotka vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin alentavasti ja sitä kautta vaikeuttavat itsenäistä toimintaa päivittäisessä elämässä, sosiaalisissa suhteissa ja työssä. Oireet voivat olla eteneviä tai aiheutua pysyvästä vammasta, kuten aivovammasta. Progressiivinen eli etenevä muistisairaus kulkee yleensä yhdessä useiden aivotoimintaa rappeuttavien sairauksien kanssa. (Pesonen 2015, 21.)

Alzheimerin tauti on tavallisin syy muistisairauksiin, noin 60-80 prosentissa tapauksissa se löytyy taustalta. Alzheimerin taudista on tullut suuri yleinen terveysongelma maailmanlaajuisesti ihmisten ikääntyessä johtuen sen kasvavasta yleisyydestä, potilaille aiheutuvista vakavista seuraamuksista sekä omaishoitajille aiheutuvasta taakasta. Suomessa arviolta 80 000 ihmistä sairastaa Alzheimerin tautia, ja 9000 ihmistä saa diagnoosin vuosittain. Potilaan hyvän hoidon tavoitteena on todeta sairaus ja aloittaa lääkehoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä ylläpitää elämänlaatua. (Hongisto 2017, 11, 25.)

Alzheimerin tauti alkaa yleensä lievillä muistihäiriöillä lähinnä mieleen palauttamisen ja muistista palauttamisen ongelmilla. Taudin syvetessä potilaan lähimuisti hiipuu niin, ettei Alzheimer-potilas kykene muistamaan hetkeä aikaisemmin tapahtunutta. Paikantaju ja ajantaju

katoavat, yleistä on esineiden hukkaaminen ja niiden etsiminen. Useasti sanat häviävät ja tilalle tulee kiertoilmauksia tai niin kutsuttuja tyhjiä sanoja. Monimutkaista motorista osamista vaativat toiminnot kuten esimerkiksi pukeutuminen vaikeutuu. Potilaat ovat usein sairudentunnettomia ja potilas saattaa luulla olevansa kykenevä huolehtimaan kaikista asioistaan. Sosiaaliset keskustelemisen taidot säilyvät usein, joten potilaan tila voi jäädä lääkärillekin epäselväksi, ellei käytössä ole läheisten antamia esitietoja. Alzheimeriin liittyy laihtumista, jonka syntymekanismit ovat epäselvät, vaikka toki yksi tekijä on syömisestä unohtaminen. Alzheimerin kestänyt noin 4-6 vuotta alkaa esiintyä hermostoperäisiä tahdottomien liikkeiden oireita, kuten jäykkyyttä, kävelyn töpöttämistä, hitautta ja kasvojen ilmeettömyyttä. Lisäksi pidätysvaikeudet lisääntyvät. Keskimäärin 5-8 vuoden kuluttua oireiden alusta potilaat usein joutuvat vuoteenomaksi, ellei fyysisestä kuntoutuksesta huolehdita. Alzheimer-potilas menehtyy yleensä 10-12 vuoden kuluttua taudin alkamisesta. Naisilla taudin kesto on muutamaa vuotta pidempi. (Sulkava 2016a.)

Muistihäiriöpotilaista noin 15 prosenttia kärsii aivoverisuonisairaudesta, joka johtuu suurten ja pienten valtimoiden tukoksista aivoissa. Vaskulaarisen dementian esiintyvyys lisääntyy 85 vuoden ikään saakka. Vanhimmissa ikäluokissa on runsaasti Alzheimerin taudin ja aivoverisuonisairauden sekamuotoja. Vaskulaarista dementiaa sairastavia oli Suomessa vuonna 2015 yli 17 000. Tavallisesti on kyse syvällä sijaitsevien pienten valtimoiden ja valkean aineen vaurioitumisista. Suurten aivoinfarktien aiheuttama dementoituminen on harvinaisempaa. Verisuoniperäinen kognitiivinen heikentyminen on todella heterogeeninen oireyhtymä, jonka takana on kymmeniä erilaisia tautimekanismeja ja oireet vaihtelevat henkilöittäin sen mukaan, missä vaurio sijaitsee. Moni-infarktitaudin yleisin syy on keskimmäisen aivovaltimon infarkti, johon liittyy jonkinasteinen älyllisten toimintojen huononeminen. Tapahtumamuisti heikkenee lievästi ja potilaiden on vaikea suorittaa ja suunnitella asioita. Osalla potilaista on hahmottamiseen ja puheentuottamiseen liittyviä häiriöitä. (Sulkava 2016b; Sulkava 2016d.)

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementoiva sairaus. Yli 16 000 suomalaista kärsii tästä sairaudesta. Lewyn kappale -tauti alkaa noin 60-65-vuotiaana, syytä taudin puhkeamiseen ei tiedetä. Taudin ennuste vaihtelee paljon. Sairauden kesto vaihtelee viidestä vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen sairauden voimakkuudesta riippuen. Taudin kuluessa tapahtuu elimistön dopamiinia ja asetyylikoliinin välitteisissä hermosoluissa muutoksia. Alzheimerin tautiin verrattuna Lewyn kappale -tautissa lähimuisti ja oppimiskykyisyys säilyvät paremmin, mutta tilan hahmottamisen toiminnoissa suhteessa itseän ja ympäristöön heikkeneminen on runsaampaa. Potilaan kanssa voi monesti puhua täysin normaalisti, mutta usein puhe muuttuu parkinsonmaiseksi eli puuroutuu ja hiljenee. Lewyn kappale -tautipotilaiden huumorintaju säilyy yleensä hyvin, mutta puheen tuottaminen ja nopeus vastata kysymyksiin hidastuvat. (Sulkava 2016c.)

Loppuvaiheessa kognitiiviset oireet lisääntyvät ja puhuminen loppuu lähes kokonaan tai lopullisesti. Oireet kuten hitaus, jäykkyys, ilmeettömyys, askelten pieneneminen, taipumus etukumaraan asentoon ja lepovapina, kuuluvat sairauden kuvaan. Oireet ovat lievempiä kuin Parkinsonin taudissa. Tautia sairastavilla on usein isoja vaihteluita vireystasossa ja oireiden syvyydessä, esimerkiksi aamut voivat olla todella selviä, mutta sekavuus alkaa lisääntyä iltapäivän kohden. Lewyn kappale -taudille on myös tyypillistä matala verenpaine, joka puolestaan altistaa vireystason heikkenemiselle. Aggressiivisuus ja äkkipikaisuus ovat yleisiä piirteitä sairastuneilla. Ärsyyntymisen syyt saattavat olla terveistä henkilöistä melko mitättömiäkin ja ovatkin usein helposti vältettävissä jatkossa. (Sulkava 2016c.)

Parkinsonin tauti on sairaus, joka etenee neurologisesti. Taudin motorisia oireita ovat lihasjäykkyys, hidaskävely, tasapaino-ongelmat ja lepovapina. Käsien ja sormien vapinat kuuluvat taudin yleisimpiin ensioireisiin. Muita oireita ovat esimerkiksi masennus, kognitiiviset muutokset, harhaisuus, univaikeudet, haju- ja näköhäiriöt ja virtsarakon toiminnan häiriöt. Lisäksi monilla Parkinsonia sairastavista potilaista esiintyy ahdistuneisuutta ja kipuja. Hyvällä varhaisvaiheen lääkityksellä sairaus pysyy hallinnassa useita vuosia ilman että se pahenee. Kyseessä on kuitenkin etenevä sairaus ja keskivaiheeseen kuuluukin lääkityksen annosvasteen huononeminen ja dyskinesiat, eli tahattomat liikkeet, jotka ajan myötä voimistuvat. Osalle Parkinson-potilaista kehittyy jähmettymistä liikkeelle lähdeissä. Parkinson-potilaista 35 prosentilla esiintyy depressiota, ja dementiaa 31,5 prosentilla potilaista. (Parkinsonin tauti 2015.)

2.3.2 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES)

Ihmisen ikääntyessä tuki- ja liikuntaelinmuutoksia kehittyy mekaanisista syistä, rappeuttavista nivelsairauksista, tulehduksettomista vaivoista ja erilaisista kivuista. Rustokudoksessa tapahtuu haurastumista, hapsuuntumista, rustoon syntyy hiussäröjä, sekä kimmoisuus ruston alaisessa luussa vähenee. Ikääntyneen ihmisen koordinaatiokyky ja lihasvoima heikkenevät. Yleisimpiä TULES-oireita ovat selkä- ja niskakivut sekä olkapää- ja polvikivut. Erityisesti ikääntymisen myötä todetaan lonkan tai polven nivelrikkoa. (Leirisalo-Repo 2016a.)

Ikääntyneestä väestöstä 1-2 prosentilla on tulehduksellinen nivelsairaus. Tulehduksellisessa reumataudissa oireet alkavat hitaasti, joissa niveloireet ovat vaikeusasteeltaan vaihtelevia. Tyypillistä nivelreumalle on nivelten turvotus ja arkuus sekä kaksikin tuntia kestävä aamujäykkyys, joka helpottaa liikkeelle lähtiessä. Muita oireita tulehduksellisessa nivelsairaudessa ovat nivelten liikearkuus rasituksessa. Nivelten lepokipua on harvoin, mutta nivelten kuumoitus on yleistä. Väsymys ja voimattomuus liittyvät oirekuvaan. (Leirisalo-Repo 2016b.)

Nivelrikossa yleisimmin oireita esiintyy polven, lonkan, ensimmäisen varpaan tyvinivelen, kyynärpäähän ja olkalisäke-solisluun sekä olkanivelen alueilla. Lisäriski nivelrikon yleistymiselle on

ylipainoisuus. Miehillä jalkaterien ja polven nivelrikko on vähäisempää kuin naisilla. Nivelrikossa oireina voi olla lyhytaikaista aamujäykkyyttä, rasituksessa nivelten liikearkuutta, joskus voi olla nivelten lepokipua ja tilapäistä nivelten turvotusta. Voimattomuutta esiintyy yleensä lievänä ja paikallisesti. Nivelrikossa nivelten kuumoitus on epätavallista ja väsymystä voi esiintyä. (Leirisalo-Repo 2016c.)

Harvinaisempaa polymyalgia rheumatica -oireyhtymää on muutamalla prosentilla ikääntyneistä. Alkavina oireina voi olla lievää lämpöilyä, pään- ja hartian seudun särkyä sekä jäykkyyttä lihaksistossa, olkanivelissä ja lonkissa. Oireyhtymän seurauksena saattaa olla kunnon heikkeneminen, laihtuminen ja ylösnousu esimerkiksi vuoteesta vaikeutuu. Toisinaan oireena voi olla suurten nivelten turvotuksia. Laboratoriokokeissa näkyy usein tulehdusarvojen nousu. (Leirisalo-Repo 2016d.)

Osteoporoosi tarkoittaa alentunutta luuntiheyttä, joka altistaa murtumille erityisesti ikääntyneillä ihmisillä. Naisilla myös vaihdevuosista aiheutuvat hormonaaliset muutokset lisäävät osteoporoosiriskiä. Muita osteoporoosille altistavia tekijöitä ovat alipainoisuus, aliravitsemus, D-vitamiinin puute, tupakointi, vähäinen liikunta sekä perussairaudet, joihin liittyy pitkään jatkunut lääkehoito. Kaikista osteoporoosiin liittyvistä murtumista lonkkamurtumat ovat tyypillisimpiä. Naisilla lonkkamurtumien määrä verrattuna miehillä esiintyviin lonkkamurtumiin on kaksi kertaa suurempi. Lähes oireeton selkänikaman luhistumamurtuma yli 75-vuotiailla on yleisempää naisilla verraten miesten diagnosoituihin selkänikaman luhistumamurtumiin. (Viikari-Juntura & Heliövaara 2015.)

2.3.3 Sydän- ja verisuonisairaudet

Aivoinfarkti eli aivoverisuonitukos on sairaus, jossa valtimo tukkeutuu äkillisesti ja sen alueella aivokudos jää vaille happea ja verenkiertoa. Tästä johtuen paikallinen osa aivokudoksesta menee lopulliseen kuolioon. Verihyytymä ahtautuneessa valtimossa aiheuttaa usein tukkeuman, mutta myös esimerkiksi sydäimestä tai kaulavaltimosta tullut hyytymä voi sen aiheuttaa. (Aivoverenkiertohäiriöt 2017.)

Kaikista aivoverenkiertohäiriöistä 70-80 prosenttia aiheuttaa aivoinfarkti. Aivoinfarktiin maassamme sairastui vuonna 2007 14 600 ihmistä. Näistä osa sai samana vuonna uuden aivotapah-tuman, jolloin luku nousi 17 000 kohtaukseen. Aivoinfarktin ilmaantuvuus Suomessa on viime vuosikymmeninä pienentynyt, mutta sairauden ilmaantuvuus kasvaa iän myötä. Jokainen ikävuosi kasvattaa riskiä saada aivoinfarkti, naisilla 10 prosentilla, ja miehillä 9 prosentilla. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista noin puolella on toimintakykyä haittaavia neurologisia vaurioita ja 10-20 prosenttia potilaista tarvitsee jatkuvaa hoitoa. Sairastuneista 40 prosenttia on pitkäaikaisen kuntoutuksen tarpeessa. Tutkimusten mukaan riski joutua laitoshiitoon on noin kolminkertainen, aivoverenkiertohäiriöön sairastuttaessa. (Kauhanen 2015.)

Sepelvaltimot sijaitsevat sydämen pinnalla ja ne lähtevät aortan tyvestä. Niiden tehtävänä on huolehtia sydänlihaksen hapensaannista ja ravitsemuksesta. Sepelvaltimoita on kaksi kappaletta, oikea ja vasen sepelvaltimo. Sepelvaltimotauti aiheutuu ahtautuneista sepelvaltimoista. Syynä ahtautumiselle on valtimotauti eli ateroskleroosi, jonka vuoksi sepelvaltimot vaurioituvat. (Kettunen 2016a.)

Taudin yleisin oire on rintakipu, joka ilmenee ruumiillisen rasituksen yhteydessä yleensä rinnan keskellä puristaen. Kipu saattaa antaa säteilyä olka- ja käsivarsiin, leukaperiin, lapojen väliin tai ylävatsan alueelle. Tavallisesti kipu helpottaa levossa ja nitrolääkkeen vaikutuksesta muutaman minuutin sisällä. Tämän tyyppistä rintakipua kutsutaan angina pectoris -kivuksi. (Kettunen 2016a.)

Näitä angina pectoris -oireita ei välttämättä aina tule, vaan sepelvaltimotaudin ensimmäinen oire itsestään voi olla myös sydäninfarkti. Tällöin oireena on voimakas rintakipu myös levossa, johon nitrolääkekään ei välttämättä auta niin nopeasti. Sydäninfarktin syynä on useimmiten juuri sepelvaltimotauti, joka on kovettanut ja ahtauttanut sepelvaltimoita. Sepelvaltimot ravitsevat sydäntä. Siinä vaiheessa, kun suoni on tukkeutunut kokonaan, infarkti kehittyy. Tällöin tukkeuman alkusyyksi on muodostunut joko ahtauma tai valtimon sisäseinämässä olevan kovettuman repeäminen. Tämän lisäksi verihyytymä muodostuu paikalle, joka tukkii suonen äkkiseltään. (Kettunen 2016a.)

Syöpien ohella sepelvaltimotaudista on tullut Suomen merkittävin kansansairaus. Se liittyy sydän- ja verisuonisairauksiin, jotka kuormittavat terveydenhuoltoa eniten. Iäkkäillä tauti on yleisempää. Naisia ja miehiä kuolee tautiin saman verran. (Kettunen 2016a.)

Sydämen vajaatoiminnassa sydänlihas ei kykene hoitamaan tehtävänsä normaaliin tapaan eli pumppaamaan verta elimistöön. Se ei ole itsenäinen sairaus vaan oireyhtymä, joka voi tulla usean eri sydänsairauden aikaansaannoksesta. Iän myötä sairaus yleisty merkittävästi. Yli 75-vuotiaista sairastuneita on joka kymmenes, alle 50-vuotiailla se on harvinainen. (Kettunen 2016b.)

Yleisimpiä syitä vajaatoimintaan ovat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti sekä verenpainetauti. Sydäninfarktissa osa sydänlihaksesta on mennyt kuolioon ja sidekudos korvaa sen, jolloin kyseinen alue ei pääse supistumaan eikä osallistumaan pumppaustoimintaan. Verenpainetaudissa sydänlihas ensin paksuuntuu vuosien saatossa ja jäykistyy myöhemmin, jolloin pumppauskapasiteetti heikkenee. (Kettunen 2016c.)

Sydämen vajaatoiminnassa oirekuva riippuu siitä, kummassa puoliskossa sydäntä vajaatoimintaa esiintyy. Yleisimmin se on vasemman kammion sairaus, jolloin merkittävin oire on hen-

genahdistus ja väsyminen helposti ruumiillisessa rasituksessa. Vaikeaan vajaatoimintaan edessä ahdistus pahenee makuuasennossa ja helpottuu istuen. Kuivaa ”sydänyskää” esiintyy makuuasennossa ja paino alkaa nousta nesteen kertymisen vuoksi. (Kettunen 2016b.)

Jos vajaatoimintaa esiintyy sydämen oikealla puolella, kuuluu oireisiin etenkin nilkkojen ja säärien turvotukset, lopuksi sitä tulee myös ylävatsaan. Tämän aikaansaa kudoksiin kertyvä neste. Muita syitä vajaatoiminnalle on sydämen läppäviat, sydänlihastulehdus eli myokardiitti, sydänlihassairaus eli kardiomyopatia tai runsaasta pitkäaikaisesta alkoholinkäytöstä aiheutuva sydänlihaksen vaurioituminen. (Kettunen 2016b.)

2.4 Omaishoitotilanteessa olevien terveyden edistäminen

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Tämä määritelmä on ollut voimakkaan arvostelun alla sen vuoksi, että tällainen tila on mahdoton kenenkään ihmisen saavuttaa. Terveys on ennen kaikkea jatkuvasti muuttuva tila, johon vaikuttavat monet asiat, kuten sairaudet, sekä fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö. Tärkeimmät vaikuttavat tekijät ovat kuitenkin ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. (Huttunen 2015.) Hyvinvoinnin perustan luo tasapainoinen arki, joka kattaa unen ja levon rytmin, monipuolisen ravitsemuksen ja riittävän liikunnan. Ruokailu vaikuttaa välittömästi ihmisen vireyteen, sosiaalisiin verkostoihin, mielialaan ja hyvään miellekkääseen oloon. (Liikunta, ravinto ja lepo 2018.)

Säännöllisesti jatkuva hoitaminen on kuormittava tekijä omaishoitajien elämässä ja heidän kokemassaan elämänlaadussa. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitaminen huonontaa niin omaishoitajien fyysistä kuin psyykkistä terveyttä. Omaishoitajilla on todettu erilaisia sairauksia ja ongelmia, kuten verenpaineen nousua, ahdistuneisuutta, vastustuskyvyn alenemista, masennusta sekä muita tunne-elämään liittyviä häiriöitä. Alentunut psyykkinen ja fyysinen terveys toimivat omaishoitajien elämänlaatua heikentävänä tekijänä. (Klemettilä 2014, 14.)

Henkilön ikääntyessä kognitiiviset toiminnot heikkenevät, tavallisimmin huononee muisti. Iäkkään henkilön kognitiivisiin taitoihin vaikuttavat alentavasti esimerkiksi päihteiden käyttö, päähän kohdistuneet vammat, perinnöllinen alttius, masentuneisuus, ylipaino, korkea verenpaine sekä diabetes. Terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, hyvä sydän- ja keuhkoperäinen kunto, sosiaalinen aktiivisuus ja aivotoiminnan monipuolinen aktivointi hoitavat ja ehkäisevät muistiongelmia. Monipuolisella liikunnan harjoittamisella katsotaan olevan myönteinen vaikutus kognitiivisiin toimintoihin sekä terveillä, että heikentyneestä aivotoiminnoista kärsivillä henkilöillä. (Komulainen & Vuori 2015.)

Nyt ja tulevaisuudessa vanhustenhuollon palvelujen suunnittelussa korostuu ikääntyneiden ihmisten elämänlaatu. Yhtenä elämänlaadun tekijänä on, että ikääntynyt saa hoitaa omaan elämään liittyviä asioitaan sekä kotona, että kodin ulkopuolella. Nämä ovat mahdollisuuksia, jotka antavat tunteen oman elämän hallitsemisesta ja lisäävät ikääntyneen itsenäisyyttä omassa elämässään. Tärkeää iäkkään henkilön toimintakyvyn säilymisessä on, että hän pystyy hoitamaan arjen toimet. Arjen sujuvuuteen vaikuttaa tärkeänä osana ikääntyneen fyysinen kunto. Liikkuminen edistää lihasten kuntoa, vireystasoa, sydämen toimintaa ja edistää iäkkään henkilön omatoimisuutta. Ikääntyminen tuo erilaisia haasteita mukanaan, jotka on hyväksyttävä osaksi elämäntähtäilyä. Näitä ovat esimerkiksi terveydentilan aleneminen, fyysisen kunnan heikkeneminen, elämässä tapahtuvat menetykset ja huoli tulevasta. (Kattainen 2010, 193-194.)

Ikääntyneiden määrä on kasvanut Suomessa ja kasvaa jatkuvasti, niin määrällisesti kuin suhteellisesti. Väestön määrän kasvu on runsaimmillaan 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa, eli vanhemmissa ikäluokissa. Tässä ikäluokassa tarvitaan enemmän terveyspalveluja, kuin nuoremmissa ikäluokissa. Iäkkäiden terveydessä ja toimintakyvyssä on tapahtunut parantumista, kuolleisuus on kääntynyt laskuun ja eliniän ennuste on kasvusuunnassa. Iäkkäät tulevat olemaan tulevaisuudessa terveempiä kuin nykyään ja toimintakyvyltään parempia. Tästä johtuen palveluja ja terveyden edistämisen työmenetelmiä tulee kehittää monipuolisemmiksi, jotta ne tukisivat ikääntyneen toimintakykyä ja hänen omatoimisuuttaan. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 113.)

Dementia ja lievät kognitiiviset häiriöt tulevat ennakoitusti yleistymään. Tämä asettaa omat haasteensa iäkkäille itselleen sekä myös heidän omaisilleen ja läheisilleen, ja heidän terveytensä edistämiseen. Keskeisiä asioita ikääntyneiden terveyspalveluiden kehittämisessä on edistää terveyttä niin yksilö -kuin yhteisölähtöisesti sekä vahvistaa ikääntyneiden omia voimavaroja. (Pietilä ym, 2002, 113.)

Jotta ikääntyneet selviytyisivät kotona ja omaiset tai läheishoitajat jaksaisivat mahdollisimman hyvin, on kokeilussa ollut niin sanotut etsivän kotisairaanhoidon käynnit. Näiden käyntien tarkoituksena on ollut palvelujen tarpeen arvioiminen ja palveluista tiedottaminen. Kun asuinympäristönä on oma koti, kyetään potilaan elämänlaatua edistämään monipuolisemmalla tavalla kuin mihin laitoksessa pystyttäisiin. Samalla perheen voimavarojen tukeminen käy paremmin. Omaishoitajien hyvinvoinnin edistämiseksi järjestetään esimerkiksi virkistyspäiviä ja tukiryhmiä, ja jotta omaishoitajilla olisi mahdollisuus omaan vapaa-aikaan, voidaan järjestää joko tilapäistä tai säännöllistäkin hoitoapua omaan kotiin. (Pietilä ym, 2002, 116-117.)

Ravitsemuksella on tärkeä merkitys ikääntyneen kokonaisvaltaiseen terveyden- ja hyvinvoinnin ylläpitoon. Hyvä ravitsemus mahdollistaa ikääntyneen kotona asumista sekä edistää sairauksista toipumista. Henkilön ikääntyessä energian tarve laskee, koska fyysinen toimintakyky

heikkenee ja lihasvoima vähenee. Näin ollen nautitun ravinnon määrä vaikuttaa alentavasti ravintoaineiden saamiseen. Lihasvoiman ylläpitämiseksi ikääntyneen tulee kiinnittää huomiota ruokavalion sisältämään riittävään energian ja ravintoaineiden määrään. (Ikääntyneet 2017.)

Riittävä uni on aivojen tärkeä toimintakyvyn ylläpitäjä. Puutteet ja häiriöt ikääntyneen unessa ovat yhteydessä kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueisiin. Ne vaikuttavat muistiin, psykomotoriseen oppimiseen sekä toiminnanohjaukseen liittyviin toimintoihin. Ikääntyminen vaikuttaa suoraan siihen, minkä verran psyykinen toiminta- ja suorituskyky laskee unen puutteesta aiheutuen. Havaintojen mukaan jo varsin nuorillakin (30-40-vuotiailla) aikuisilla puutteet unessa aikaansaavat haitallisia riskinottoja. Heitä nuoremmilla tämä on vähäisempää. (Kronholm 2009.)

65-vuotta täyttäneiden suositellaan tekevän lihaskunto- ja kestävyysharjoitteita kahdesti viikossa. Suositukseen kuuluu myös tasapaino- ja liikkuvuusharjoitteet etenkin, jos ikääntyneellä on ollut tasapaino-ongelmia. Kun otetaan huomioon ikääntyneen yksilölliset vajavuudet, niin tavallisesti ryhmä- tai yksilöliikunnan välillä ei ole juurikaan eroa vaikuttavuuteen. Valvottu liikuntaharjoite on tehokkaampaa kuin valvomaton kotona suoritettu liikuntaharjoite. (Liikunta 2016.)

3 Opinnäytetyön menetelmät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omaishoitotilanteessa olevien tarve päivätoiminnalle Vihdissä ja Karkkilassa, jossa päivätoimintaa ei vielä järjestetä. Koska Lohjalla päivätoimintapalvelua jo järjestetään, niin kartoitus alustettiin selvittämällä Lohjan päivätoiminnan esimiehen, sekä omaishoitajien että -hoidettavien omat kokemukset ja näkökulmat päivätoiminnan merkityksestä omaishoitotilanteessa, jonka jälkeen haastateltiin Vihdin ja Karkkilan alueen omaishoitajia ja -hoidettavia päivätoiminnan tarpeesta. Tavoitteena oli tämän kartoituksen tuloksen perusteella antaa ideoita toimeksiantajalle päivätoiminnan toteuttamiseksi Vihtiin ja Karkkilaan.

Opinnäytetyössä käytettiin seuraavia tutkimuskysymyksiä:

Millaisia kokemuksia iäkkäillä lohjalaisilla omaishoitajilla on omaishoidettaville järjestetystä päivätoiminnasta?

Mikä näkemys päivätoiminnan hyödyistä omaishoitotilanteessa oleville on Lohjan päivätoiminnan esimiehellä?

Millaisia kokemuksia ikääntyneillä lohjalaisilla omaishoidettavilla on päivätoiminnasta?

Tarvitsevatko ikääntyneet omaishoitotilanteessa olevat päivätoimintapalveluja Vihdin ja Karkkilan alueella?

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tahdotaan ymmärtää ja tulkita ihmisten omia kokemuksia ja todellisuutta. Tutkittavien näkökulma on oleellinen. Aineistonkeruuseen kuuluu teema- ja syvähaastattelut, havainnointi, dokumentit ja kenttätyö, ja otos on valikointiin perustuva. Tutkimusaineisto on kvalitatiivisessa tutkimuksessa usein sanallista ja tavoitteena on kehittää teoreettisia rakenteita. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 20.)

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Laadulliseen menetelmään päädyttiin sen vuoksi, että aineistomme ytimenä toimivat omaishoitajien ja -hoidettavien sekä esimiehen omat kokemukset sekä näkemykset päivätoiminnan merkityksestä omaishoitotilanteessa. Aineistonkeruu tapahtui yksilö- ja ryhmämuotoisina teemahaastatteluina, yksilöhaastattelu päivätoiminnan esimiehen haastattelussa ja ryhmähaastattelut omaishoitajien ja -hoidettavien haastatteluissa. Teemahaastatteluiden runko pohjautui opinnäytetyön teoriaan eli omaishoitotilanteeseen ja päivätoimintaan sekä sen tarpeen arviointiin ja opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan aineisto oli tarkoitus analysoida teorialähtöisellä sisälönanalysillä, mutta aineistoa ei lopuksi tullut riittävästi sitä varten. Tämän vuoksi aineisto päädyttiin analysoimaan sisältöä erittelemällä valikoidusta otoksesta. Valikoitu otos merkitsee tässä opinnäytetyössä toimeksiantajan ja Lohjan päivätoiminnan esimiehen kautta valikoituja omaishoidettavia sekä -hoitajia, jotka olivat kiinnostuneita aiheesta ja osallistumaan haastatteluihin.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tapana keskittyä pieneen määrään tapauksia ja näitä analysoidaan niin perusteellisesti kuin on mahdollista. Määrä ei ole kriteerinä aineiston tieteellisyydelle vaan laatu. Harkinnanvarainen otanta tarkoittaa sitä, että tutkija kykenee rakentamaan vahvan teoreettisen pohjan tutkimukseensa, joka ohjaa aineiston hankinnassa omalta osaltaan. Jos on esimerkiksi tarkoitus tutkia elinikäisiä oppijoita, niin silloin on oleellista kohdentaa tutkimus niihin opiskelijoihin, joilla elinikäisen oppijan tunnusmerkit täyttyvät, eikä poimia sattumanvaraisesti tutkittavia. (Eskola & Suoranta 2005, 18.)

Keskeistä pohdittavaa laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa on se, kuinka suuri tiedonantajien lukumäärä tai otos tutkimukseen olisi haalittava aineiston riittävyden takaamiseksi. Otoksen kokoa määrittelee tutkimuksen tarkoitus, joten keskeistä osallistujien valinnassa on kulttuurin ymmärtäminen, informaation syvyys sekä teorian kehittäminen. Jos tulokset muodostuvat kovin pinnallisiksi ja yleisiksi, voi se kertoa siitä, että aineisto on ollut liian pieni. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 83.)

Laadullisen tutkimuksen aineistojen otokset ovat usein pienemmät kuin kyselyjen otokset, ja keskustelu on tavallisesti siirtynyt aineiston laatuun eikä määrään. Tutkimuksen tavoitteena ei ole tilastollinen yleistettävyys, vaan paremminkin teoreettinen yleistettävyys. Laadullisen tutkimuksen otos perustuu kokemuksiin, tapahtumiin ja yksittäisiin tapauksiin, eikä suinkaan

siihen, kuinka paljon tutkittavia yksilöitä on. Tutkimuksen osallistujiksi otetaan sellaisia henkilöitä, jotka tietävät paljon asiasta, joka on tutkimuksen kohteena. (Kankkunen ym, 2009, 83.)

Aineiston saturaatio on toinen tutkimukseen osallistuvien valinnan kriteerinä. Tämä tarkoittaa sitä, että tietoa kootaan siihen pisteeseen asti, kunnes tutkittavasta ilmiöstä ei enää saada uutta informaatiota. Tämän tilanteen lähtökohtana on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esille haettua teoreettista perusnäkökulmaa. On tutkijan päätettävissä, hakeeko hän pitkälti samankaltaisia vai erilaisia tiedonantajia, toisin sanoen sellaisia henkilöitä, jotka joko tietävät paljon tai vain vähän tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. On hyvin tärkeää tunnistaa tämänkaltainen jännite laadullista tutkimusta tehdessä. (Kankkunen ym, 2009, 84.)

Luotettavan tiedon löytämistä tukee tutkimusongelman selkeä rajaaminen. Tutkittavan ilmiön luonteella on myös vaikutusta aineiston kokoon. Tiedonantajia ei tarvita niin paljon, jos tutkittava aihe on selkeä ja osallistujilta saadaan aiheesta mutkattomasti tietoa. Olipa aineisto koottu sitten haastatteluin, dokumenteista tai havainnoinnein, niin otoksen kokoon vaikuttaa myös aineistojen laadukkuus. Niiltä henkilöiltä, jotka tietävät paljon tutkittavasta aiheesta, voidaan saada laadukasta materiaalia tutkimusta varten. Laadukkaan tiedon saaminen edellyttää tiedonantajalta myös aikaa haastattelun antamiseen. Kiireiseltä osallistujalta ei välttämättä saada yhtä syvällistä tietoa. Laadullisen tutkimuksen raportissa tulee olla huolella kuvattuna osallistujien tai tapahtumien laatu. (Kankkunen ym, 2009, 84.)

Valikoiva otos eli tarkoituksenmukainen otanta merkitsee sitä, että tutkija on valinnut tutkimuksensa aineistoksi tietoisesti tietyt osallistajat, tapahtumat tai osiot. Tässä tapauksessa tutkija käyttää tiedonantajinaan sellaisia henkilöitä, joilla on asiasta paljon kokemusta tai muuten tietävät tutkittavasta asiasta paljon. (Kankkunen ym, 2009, 84.)

Teemahaastattelu määräytyy haastattelijan ennalta valitsemaansa aiheeseen, jonka mukaan haastattelu etenee. Haastattelija perehtyy tutkimuksen aiheen kokonaisuuteen, jonka analyysin perusteella rakentuu teemahaastattelun runko. Haastattelu on haastattelijan ohjaama sekä haastateltavan ja haastattelijan välinen vuorovaikutuksellinen ja luottamuksellinen tilanne. Teemahaastattelumenetelmää käytettäessä haastateltavalla on kerrottavanaan oma-kohtaisia kokemuksia, ajatuksia ja tunteita haastattelun aiheesta, näin ollen se tuo haastateltavan omat mietteet hyvin kuuluviin. Haastattelija voi valita itse kysymysten järjestyksen ja haastattelija varmistaa, että kaikki aihealueen kysymykset esitetään haastateltavalle. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48; Eskola & Suoranta 2005, 85- 86.)

Haastattelut voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluina. Ryhmähaastattelu soveltuu käytettäväksi silloin, kun selvitetään haastateltavien yhteinen kanta tutkittavasta aiheesta. Ryhmähaastattelu on melko vapaamuotoinen keskustelu, jossa haastateltavat vastaavat spon-

taanisti tuoden monipuolisesti huomioita ja tietoa teemahaastattelun aiheesta. Haastattelutilanteessa haastattelija esittää kysymyksen yhtäaikaaisesti kaikille välillä suunnaten kysymyksiä ryhmän yksittäisille jäsenille. Ryhmähaastattelussa tiedonsaanti haastateltavilta on nopeampaa ja aremmat henkilöt voivat rohkaistua osallistumaan haastatteluun ryhmässä, verraten yksilöhaastattelun toteutukseen. Ryhmähaastattelun haittoina saattaa olla, että kaikki haastateltavat eivät saavu paikalle tai ryhmädynamiikka ei toimi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61, 63.)

Tavallisimmat analyysimenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat tyypittely, teemoittelu, diskurssianalyysi, keskusteluanalyysi sekä sisällönerittely (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 219). Sisällönerittely on määritelty joukoksi menettelytapoja, joita apuna käyttäen pystytään havainnoimaan dokumenttien sisältöjä sekä keräämään informaatiota. Sisällönerittelyä voidaan hyödyntää silloin kun halutaan kuvata jonkin dokumenttijoukon sisältöä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 22). Sisällönerittelyä tehdessä tietoja voidaan kerätä joko sanallisessa muodossa, sanallisina ilmaisuina tai luokiteltuina ja tilastoituina määrällisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105).

Olellainen osa analyysin tekemistä on aineiston luokittelu, joka luo perustan sille, että haastatteluaineistoa on myöhemmin mahdollista tulkita ja tiivistää sekä yksinkertaistaa. Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä pohditaan usein, kuinka luokkia luodaan. Aineiston luokittelussa voidaan käyttää apuna esimerkiksi tutkimusongelmaa ja -menetelmää, teoriaa ja teoreettisia malleja sekä aineistoa itseään. (Hirsjärvi ym, 2000, 147-148.)

Analyysiä varten nauhoitetut aineistot on aluksi litteroitava eli muutettava kirjoitettuun muotoon. Tämä toimii hyvänä muistin tukena ja tekee helpommaksi yksityiskohtien poimimisen aineistosta. Litteroinnin tarkkuus määräytyy pitkälti tutkimuskysymyksistä ja käytössä olleesta tutkimusmenetelmästä. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 16.)

Ennen kuin tulos-osuutta lähdetään kirjoittamaan, on hyvä tarkistaa, että on saatu vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tulokset tulee esittää niin selkeästi ja yksinkertaisesti kuin on mahdollista ja niitä voidaan kuvata käyttäen erilaisia taulukoita ja muotoja. Näin toimimalla saadaan nopeasti kuva saaduista tuloksista. (Tuomi ym, 2009, 158.)

3.1 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö eteni niin, että suunnitelmaseminaarin jälkeen anottiin tutkimusluvut Lohjan kaupungin ikääntyneiden palveluista vastaavalta henkilöltä, sekä Hiiden seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n toiminnan vastaavalta. Luvat saatiin toukokuussa 2017, jonka jälkeen sovittiin haastattelut vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoitotilanteessa olevien kanssa Hiidenseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n välityksellä. Lohjan päivätoiminnan esimiehen välityksellä so-

vittiin haastattelut lohjalaisten omaishoitotilanteessa olevien kanssa. Opinnäytetyön toimeksiantaja ja Lohjan päivätoiminnan esimies ottivat yhteyttä yhdistyksen listoilla oleviin, sekä päivätoimintaa käyttäviin omaishoidettaviin ja heidän omaishoitajiinsa. He tiedustelivat kiinnostuneita omaishoitotilanteessa olevia osallistumaan opinnäytetyöhön. Haastatteluihin osallistui Lohjalla viisi omaishoitajaa ja neljä omaishoidettavaa, Vihdissä ja Karkkilassa samaten viisi omaishoitajaa ja neljä omaishoidettavaa.

Lohjan päivätoiminnan esimiehen yksilöhaastattelu toteutettiin toukokuussa 2017 Lohjan palvelukeskuksessa, lohjalaisten omaishoitajien ja -hoidettavien ryhmähaastattelut niin ikään palvelukeskuksessa kesäkuussa 2017, sekä vihtiläisten ja karkkilalaisten ryhmähaastattelut syyslokakuussa 2017. Vihdin omaishoitotilanteessa olevien haastattelu tehtiin Nummelan kirjastossa ja Karkkilan haastattelu Karkkilan kirjastossa. Haastateltavien omaishoitosuhte oli pääasiassa sellainen, jossa ikääntynyt omaishoitaja hoiti muistisairasta omaistaan.

Haastatteluille varattiin omat tilat ainoastaan meidän käyttöömme, joista kaikki muut tilat lukuun ottamatta Nummelan kirjastoa ja sen pientä taustamelua, olivat hyviä ja rauhallisia haastattelua ajatellen. Haastattelutilanteissa istuimme kaikki yhteisen pöydän ääressä. Haastattelutilanteisiin oli varattu aikaa puolitoistatuntia, joka piti sisällään itse haastattelutilanteen ja vapaata keskustelua. Haastattelutilanne oli kiireetön ja rauhallinen. Kaikki osallistujat saivat ääneensä kuuluviin. Haastatteluiden alussa kävimme yhteisesti läpi vielä työhömmö liittyvän saatekirjeen sisällön (Liite 1).

Haastattelutilaisuuksissa omaishoidettavat ja -hoitajat pääsivät vaihtamaan näkemyksiään ja kokemuksiaan omista omaishoitotilanteistaan. Haasteita haastatteluihin loi paikoin omaishoidettavien muistisairaus, joka vaikutti heidän kykyynsä kommunikoida ymmärrettävästi. Tästä huolimatta haastatteluista saatiin poimittua oleelliset opinnäytetyöhön liittyvät asiat.

3.2 Aineiston analyysi

Haastattelurungot (Liitteet 2, 3 ja 4) muodostuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen ne litteroitiin sanasta sanaan sähköiseen muotoon kesän ja syksyn 2017 aikana. Haastattelut saatiin analysoitua sisällön luokittelun keinoin tammikuun 2018 loppuun mennessä. Litteroidusta aineistosta lähdettiin muodostamaan pelkistettyjä ilmaisuja, joista muodostui alakategorioita. Analyysin pääkategoriat muodostuivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä, jotka ohjasivat analyysiä.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
Kyllä tulisi osallistuttua, jos tarjolla olisi mukavaa tekemistä. Kulkuyhteydetkin ovat hyvät.	Omaishoidettavien kiinnostus päivätoimintaa kohtaan.	Vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.
Vaihtelua arkeen, ei tarvitse vain istua kotona.	Päivätoimintapalvelu osana omaishoidettavan arkea.	
Jotakin mukavaa tekemistä, kuten kortinpeluuta ja seurustelua.	Asiakaslähtöisesti suunniteltu päivätoiminnan sisältö.	
Yhdestä kahteen kertaa viikossa olisi riittävästi.	Muutama kerta viikossa.	

Taulukko 2: Esimerkkitaulukko ikääntyneiden vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien näkemyksestä päivätoiminnan tarpeesta alueella (Liite 8.)

Taulukoita muodostui viisi kappaletta, yksi Lohjan päivätoiminnan esimiehen haastatteluun (Liite 5) pohjautuen, kaksi taulukkoa lohjalaisten omaishoidettavien- ja hoitajien haastatteluihin (Liite 6 ja 7) pohjautuen sekä kaksi taulukkoa vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien- ja hoitajien haastatteluihin (Liite 8 ja 9) pohjautuen.

4 Tulokset

Tutkimuskysymyksillä haluttiin saada vastauksia siihen, millaisia kokemuksia niin ikääntyneillä lohjalaisilla omaishoitajilla kuin heidän hoidettavillaan on päivätoiminnasta sekä mikä näkemys Lohjan päivätoiminnan esimiehellä on päivätoiminnan hyödyistä omaishoitotilanteessa oleville. Tulosten mukaan niin omaishoidettavat kuin omaishoitajat Lohjalla kokivat päivätoiminnan hyvin positiiviseksi. Omaishoidettavat kokivat päivätoiminnan mielekkääksi arjen vaihteluksi, kun taas omaishoitajat saivat päivätoiminnan avulla lepo hetken itselleen ja aikaa tehdä omia asioitaan. Päivätoiminnan esimiehen haastattelussa tuli esiin päivätoiminnan hyödyt niin omaishoitajalle, kuin hänen hoidettavalleen.

Omaishoitaja hyötyy päivätoiminnasta siten että hän saa sen ajaksi omaa aikaa itselleen, jolloin se edistää omaishoitajan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Lohjalla päivätoimintakeskus tarjoaa erilaisia ryhmiä ja toimintamahdollisuuksia asiakkaan oman toimintakyvyn mukaan. Sosiaalisen kanssakäymisen ja yhteisöllisyyden merkitys on suuri päivätoiminnassa. Päivätoimintaa järjestetään joka arkipäivä huomioiden asiakkaiden yksilölliset tarpeet osallistua, tavallisesti

osallistutaan yhdestä kolmeen kertaa viikossa. Kysyntää enemmän päivätöiminnalle nousee ajoittain esiin ja päivätoimintaa pyritään tarjoamaan asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti niin, että tarve ja tarjonta kohtaavat. Omaishoidettavat hyötyvät päivätoiminnasta saaden vaihtelua ja virkistystä arkeen.

“Omaishoitajalle se antaa mahdollisuutta hoitaa omia asioita, levätä, harrastaa, saa sitä semmosta omaa aikaa ja pientä huilaushetkeä.”

”Tärkeintä on ihan vaan se yhdessäolo, muistelu ja läheisyys, myöski ulkoilu siinä ohella, liikuntaa meillä on kaikissa ryhmissä.”

”Pyritään sillai asiakkaan tarpeet ottaa huomioon.”

Tulosten mukaan lohjalaisten omaishoidettavien kokemukset päivätoiminnasta ovat positiivisia ja päivätoiminta tukee omaishoidettavan hyvinvointia. Omaishoidettavat käyttävät päivätoimintapalvelua noin kaksi kertaa viikossa ja he kokevat ajankohtaisesti, että päivätoimintaa järjestetään riittävästi ja käyntimäärät viikossa ovat sopivat. Vertaistuen merkitys koettiin tärkeäksi.

“Mä tapasin siellä ihmisiä, vertaistuki on tietysti tärkeää ja tutustuminen uusiin ihmisiin. Ja kun tietysti liikuntataustaa on ollut, niin sitä niinku toivoo, että tääl ois liikuntaa myös.”

“Mä katon X:ää (katsoo omaistaan), on mun mielestäni. Niitä mä ainakin odotan. Maanantai ja torstai riittää.”

Päivätoiminnan sisältöön ollaan pääosin tyytyväisiä. Erityisesti kädentaidot ja musiikkihetket koettiin mielekkäiksi. Osa omaishoidettavista toivoisi lisää toimintaa päivätoimintaan kuten musiikkihetkiä, kun taas tyytyväisyys nykyiseenkin sisältöön tuli esiin.

“En osaa heti vastata tuohon, olen kuitenkin sitä mieltä, että on riittävä tällaisenaan. Laulut sopii hyvin kyllä, vaikka tässä lauletaan, pidän laulusta, aina tämmöisiä kansanlauluja varsinkin ja sitten, ei mitään virsikirjaa tarvitse mennä, se kuuluu kirkkoon.”

“Ei oikeestaan tuu, mä olen ihan tyytyväinen tähän mitä täällä on.”

Päivätoiminnan puuttuminen kokonaan omaishoidettavien arjesta koettiin negatiivisena.

“Se vaikuttais sen, että olis entistä enemmän kotona, tää on kuitenkin sellainen henkireikä samalla, sitten ollaan vähän pois.”

“No kun en osaa siihen vastata yks kaks, ku se näin on hyvä. Tuntuis sitte, että jotain puuttuu.”

Tulosten mukaan lohjalaiset omaishoitajat kokivat päivätoimintapalvelun helpottavana tekijänä arjessaan ja vaikuttavan helpottavasti omaan jaksamiseensa. Haastattelut eivät osoittaneet, että päivätoimintapalvelun käyttäminen olisi lisää kuormittava tekijä, vaan päinvastoin erittäin tärkeä tuki ja hengähdysmahdollisuus usein vaativissakin omaishoitotilanteissa. He kuvasivat saavansa päivätoiminnan avulla omaa aikaa itselleen ja vapauden tehdä mitä haluavat. Omaishoitajat toivat esille, että päivätoimintaa voisi kehittää monipuolisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi ja että päivätoiminnan puuttuminen vaikuttaisi heidän elämäänsä hyvin negatiivisesti.

“Helpottaa omaishoitajan työtä, kun on yhden päivän viikossa poissa, saa vähän niinku omaa aikaa.”

”Mun täytyy kuitenkin saada sitä voimaa jostain. Se on niinku se tavoite, että sais kerran viikossa ainakin mennä lenkille tai kuntosalille tai jotain tehdä oman kunnon hyväksi, että sitte jaksaa.”

“Kyl se mun arkeen vaikuttaa tosi paljon ja se on tosi hyvä. Meillä on sitten ihan rauha mennä kauppaan, eikä tarvitse X:stä huolehtia. Mä teen kaikki.”

Tulosten mukaan nykyiset päivätoimintakäyntimäärät heidän hoidettavillaan ovat riittävät, mutta voi olla, että tulevaisuudessa käyntimääriä voisi tarvita lisää.

“Tota tää yksikin päivä on tuntunut, että se on tosi paljon plussaa, et voi olla sitte että sitä alkaa kaipaa enemmän.”

“Kyl tää sopii mut sais enemmänki jos vaan pystyy järjestämään, ei mul oo mitään väliä ja koska hän kerran tykkää tulla tänne, nii ei siinä mitään. Kuljetus mukana niin siinä ei tarvitse huolehtia sitä kuljettamista.”

Omaishoitajilla oli pääsääntöisesti positiivinen kuva päivätoiminnan sisällöstä.

“Ainakin runko, just sitä, että kuntosalia ja tota jumppaa ja laulua ja tällasta ja niinku tuntuu, että se on ihan hyvä, koska sellasta tavallaan kaipaakin, mutta sitte mikä se on ollu se käytäntö tai todellisuus, niin sitä en osaa sanoa.”

Omaishoitajilla oli joitakin kehittämissuhteita päivätoiminnan sisällölle.

“Käsitöitä enemmän, kutonut on paljon. Mut mun mielestä vois siellä askarrella enemmän joutain kuitenkin.”

”Ku mä joudun nyt hoitelee noita kynsiä ja onks tääl semmost palveluu mis ne tekis semmosta. Ollis hyvä jos joku tulis noita kynsiä hoitamaan.”

Omaishoitajat kuvasivat päivätoiminnan puuttumisen arjesta vaikuttavan hyvin negatiivisesti heidän jaksamiseensa.

“Se vaikuttas kauheesti, pahasti. On se kyllä jotenkin semmonen, et voi lähtee sillai vapain mielin jonnekin, että tietää X on niinkuin hyvässä hoidossa. Yksin ei jätetty edes koskaan. X on aina mukana.”

“Kyl se varmasti tuntuis semmoselta tota vähän raskaammalta, et on se semmonen. Aina sitte kun saa olla ja vähä itseään hoitaa vaik kuntosalil tai mihin sitte, kampaajalle ja kaupas käynnit, ostais kaik semmoset, et voi vähän kauemmin katsella, et sellasta.”

Tutkimuskysymyksiä avulla haluttiin myös saada selvyttä siihen, tarvitsevatko omaishoitotilanteessa olevat päivätoimintapalveluja Vihdin ja Karkkilan alueella. Tulosten mukaan tarve päivätoiminnalle Vihdin ja Karkkilan alueella on ilmeinen. Haastatteluiden perusteella omaishoidettavat todennäköisesti käyttäisivät päivätoimintapalvelua, mikäli sellaista alueella järjestettäisiin ja myös omaishoitajat kuvasivat päivätoiminnan järjestämisen olevan todella tarpeellinen heidän oman jaksamisensa kannalta.

Vihdin ja Karkkilan alueen omaishoidettavien haastatteluiden perusteella päivätoimintapalvelua kohtaan olisi kiinnostusta. Omaishoidettavien mukaan päivätoimintapalvelu toisi monipuolisuutta heidän arkeensa ja he toivat esiin joitakin omia toiveita päivätoimintapalvelun sisältöä kohtaan.

“Totta kai, no niin. Mitä muuta, mä aina menisin sinne. Vihdistä on niin mukava matkakin. Päästään linja-autolla. Kaikki hyvin juu.”

“Kyllä jos on musiikki mukana.”

Päivätoiminnassa käyminen toisi vaihtelua omaishoidettavan arkeen samalla rikastuttaen omaishoidettavan arjen sisältöä.

“Eriolaista hommaa ku vaan istuu kotona.”

Omaishoidettavilla oli joitakin ideoita päivätoiminnan sisältöä ajatellen.

“Jotain tekemistähän se varmaan sais olla, lukemista en enää näön takia hirveen paljon, luen kyllä lehden.”

“Se on vaikee kysymys, mä en ainakaan sellaseen. Korttii ja kaikkii. Kaikki on hyvin.”

Omaishoidettavien mukaan muutama kerta viikossa riittäisi päivätoiminnassa käymiseen.

”No tällä näkyvin ehkä kaks kertaa viikossa tuntuis sopivalta.”

Tulosten mukaan Vihdin ja Karkkilan alueen omaishoitajien mielestä olisi erittäin tarpeellista saada päivätoimintapalvelua alueelle. Omaishoitajilta uhkaa loppua voimavarat eikä kaikilla omaishoitajilla ole edes kokonaiskäsitystä siitä, miksi kyseistä palvelua ei ole alueella tarjolla. Omaishoitajien mukaan päivätoimintapalvelu mahdollistaisi heille omat lepo hetket ja tukisi heidän jaksamistaan hoitotyössä. Päivätoiminnalle olisi tarvetta muutamana kertana viikossa omaishoitotilanteessa olevan tarpeen mukaan. Omaishoitajat toivoivat toiminnan pitävän sisällään erilaista tekemistä, kuten liikuntaa, kädentaitoja ja ulkoilua. Ateriointi tuli myös toiveissa esiin.

“Kyllä se on, se on likipitään niinkun tosi tarpeellista ja ehkä tuota ehkä tommosta, no, se on melkein pakon sanelemaa, muuten loppuu kyllä jaksaminen.”

“Mä en voi ymmärtää, että täällä ei ole sitä, siis se on järkyttävää, hirveetä ettei ole, mutta tavallaan tässä saadaan kyllä apua.”

Omaishoitajat kuvasivat päivätoiminnan järjestämisen alueelle mahdollistavan itselleen lepo hetken ja mahdollisuuden omaan aikaan.

“No pääsis, vois lähtee kauppaan, mennä rauhas ja ostaa kattoo niitä vaatteita, semmonen olis, ja sit just johkiin vaikka ihan kotona sais siivoo rauhassa, siin olis ihan yks. Saisin tehdä ihan niinku ite tykkäisin.”

“Et ois pikkusen aikaa itselleen, koko ajan pitää olla valmiudessa, että toinen silmä pitää aina kattoo mitä se tekee. Että ois semmonen henkinen lepo ihan kokonaan ittelleen.”

Omaishoitajien mukaan noin kaksi kertaa viikossa olisi sopiva määrä käyntejä päivätoiminnassa käymiseen.

“Jos kysytään montako kertaa viikossa, ainoastaan silloin, kun mulla on jotain menoa.”

“Se olis kaks kertaa viikossa.”

Omaishoitajilla oli hyviä ajatuksia päivätoiminnan sisällön suhteen.

“Ei siellä tarvii mitää lentopalloo pelata, vaan jotain semmosta, turvallinen hyvä paikka, koska se on kumminkin muutama tunti vaan. Toivon että ruuat tulis ja niin pois päin, se on suuri helpotus, ettei kotona sitten tartte kokata ja syöttää. Turvallinen ja hyvä paikka.”

“No se on aika tärkeä kysymys, sikäli että näitä hoidettavia on niin eri tasoisia, ja jos kaikki pannaan samaan tilaan, niin ei siellä pärjää oikeen kukaan. Siellä täytyis olla niin kuin samantasoiset yhdessä.”

“Jaa-a, no esimerkiksi jotain jumppajuttu voi olla ja keskusteluu, ja sit ennen kaikkee toisten samas tilantees olevien kanssa.”

5 Johtopäätökset ja pohdinta

5.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulosten mukaan päivätoiminnan merkitys omaishoitosuhteessa on merkittävä. Lohjalaisten omaishoitotilanteessa olevien kokemus päivätoiminnasta oli kaikin puolin positiivinen. Se tuki omaishoitajien jaksamista heidän vaativassa hoitotyössään ja omaishoidettavat kuvasivat päivätoiminnan olevan positiivinen asia heidän arjessaan. Ne omaishoitajat, jotka hoitivat sellaista omaista joka ei enää pystynyt kommunikoimaan kuvasivat, että heidän omaisensa olemuksesta ja eleistä pystyi kuitenkin havainnoimaan, että päivätoimintaan lähteminen oli mieluisaa. Päivätoiminnasta takaisin kotiin palasi myös tyytyväinen ja hyväntuulinen omainen.

Pääasiassa omaishoitajat kokivat, että päivätoimintaa on riittävästi, mutta on tärkeää kartoittaa omaishoitotilanteen yksilöllinen tarve käyntimääriä määriteltäessä. Sairaudesta riippuen yksilön tarpeet voivat kasvaa akuutistikin ja siihen tulisi toimivan sekä laadukkaan päivätoimintapalvelun pystyä herkästi vastaamaan. Näillä toimilla pyritään vähentämään sekä ennaltaehkäisemään omaishoidettavien laitoshoidon tarvetta ja mahdollista omaishoitotilanteen päättymistä jommankumman osapuolen sairastumisen vuoksi.

Omaishoitajien käsitys päivätoiminnan sisällöstä oli pääosin hyvä, mutta jos hoidettava ei pystynyt itse sisällöstä kertomaan niin tarkkaa tietoa sisällöstä ei ollut. Sisällön oletusarvot kuitenkin olivat realistiset ja käsityksiin toiminnan sisällöstä vaikuttaa varmasti päivätoiminnan henkilökunnan ammattitaito ja tapa tuoda toiminnan sisältöä esille.

Omaishoitajat toivat esiin joitakin kehittämisehdotuksia päivätoimintaa ajatellen. Yksilölliset päivätoimintapalvelut, joista yhtenä esimerkkinä mainittuna käsien ja jalkojen hoito, luovat sen mielikuvan, että toimivan ja laadukkaan päivätoimintapalvelun kriteerinä on kehittyminen niin sisällön kuin palveluidenkin osalta. Opinnäytetyössä ei kuitenkaan noussut esiin mitään suurta erillistä kehittämisen tarvetta lohjalaisten omaishoitajien osalta.

Lohjalaiset omaishoitajat kokivat ajatuksen päivätoiminnan puuttumisesta hyvin negatiivisena. Onkin huomioitava, että omaishoitotilanne itsessään on jo usein erittäin kuormittava. Jotta omaishoitaja jaksaa toimia täysipainoisesti arjessa, ajatus päivätoimintapalvelun menestyksestä koettiin hyvin raskaana ja se vaikuttaisi varmasti omaishoitajan jaksamiseen.

Lohjalaiset omaishoidettavat kokivat päivätoiminnan positiiviseksi asiaksi heidän arjessaan. He kuvailivat sen tuovan vaihtelua arkeen ja saavansa sitä kautta vertaistukea. Uusiin ihmisiin tutustuminen päivätoiminnan kautta koettiin mielekkäänä asiana.

Päivätoiminnan puuttumisen arjesta koettiin negatiivisena asiana. Omaishoito itse tilanteena on jo niin monisyinen, että sairauksistaan huolimatta omaishoidettavat kokivat päivätoiminnan tarpeelliseksi. Käytännössä päivätoiminta antaa omaishoidettaville mahdollisuuksia yhteisöllisyyteen samalla rikastuttaen omaishoidettavan arkea. Omaishoidettavat kokivat päivätoiminnan olevan arjen henkireikä. Omaishoidettavilla oli joitakin kehitysideoita päivätoiminnan sisältöä ajatellen, joista kävi ilmi yksilön omat mielenkiinnon kohteet. Luovaa toimintaa toivottiin sisältöön lisää.

Ryderin (2016, 46) mukaan dementiaa sairastavat ovat selvästi tuoneet esille, että he haluavat sellaisia palveluita ympärilleen, jotka on suunniteltu sekä heidän tarpeitaan, että heidän hoitajiensa tarpeita ajatellen. He haluavat tuntea olonsa tuetuiksi, arvostetuiksi ja ymmärrettyiksi sekä tuntea yhteenkuuluvuuden tunnetta. Liikasen (2010, 34) tutkimuksen mukaan päivätoiminnan kautta myös muistisairas voi kokea virkistystä, sosiaalisuutta ja samalla toimintakyky säilyy yllä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan Vihdin ja Karkkilan alueille tarvitaan päivätoimintapalvelu omaishoitotilanteessa oleville. Haastatteluissa kävi hyvin selkeästi ilmi omaishoitajan työn vaativuus ja sen sitovuus. Moni hoiti omaistaan ympärivuorokautisesti ja joku hoitajista ei ollut itse nukkunut kunnollisia yöunia moneen vuoteen. Spontaaneja suunnitelmia on lähes mahdotonta toteuttaa Vihdin ja Karkkilan alueella, koska siellä ei päivätoimintapalvelua omaishoidettavalle ole. Siellä tulikin vahvasti esiin se tosiasia, että usein kun johonkin mennään, niin mennään kahdestaan omaishoidettavan kanssa, mikäli ei onnistuta saamaan hoidettavalle hoitajaa kotiin siksi aikaa. Hoitajan kotiin saaminenkin koettiin paikoin työlääksi ja vaikeaksi prosessiksi.

Vihdin ja Karkkilan alueen omaishoitajat kuvasivat päivätoimintapalvelun mahdollistavan heille oman lepo hetken. Palvelun avulla heille järjestyisi omaa aikaa. Vihdin ja Karkkilan omaishoitajat toivat esiin hyvin samankaltaista viestiä päivätoiminnan tärkeydestä, kuin mitä Lohjan omaishoitajat toivat esille päivätoiminnan tärkeydestä.

Jotta omaishoitaja voisi toteuttaa irtiottona edes normaaleja arkielämän asioita, se edellyttää aikaa ja tilaa, jotta hän pääsee niihin. Hoivaa tarvitsevan puolison hoitaminen on täksi ajaksi järjestettävä jollakin tavalla. (Sointu 2016, 206.) Omaishoitaja on usein hyvin sidoksissa hoidettavaansa, eikä hänelle näin ollen jää omaa aikaa (Turunen 2008, 71).

Vihdin ja Karkkilan alueen omaishoitajilla oli ajatus turvallisesta paikasta jonne voisi edes hetkeksi jättää omaishoidettavansa, mikäli sellaista tarvetta tulee ja he kuvasivat muutaman kerran viikossa sopivaksi käyntimääräksi. Omaishoitajilla oli hyviä ajatuksia siitä mitä päivätoimintapalvelu voisi pitää sisällään. Ajatukset olivat hyvin realistisia ja odotukset toiminnan sisällön suhteen ovat toteuttamiskelpoisia. Ne ovat hyvin verrattavissa Lohjan päivätoimintapalvelun sisältöön. Päivätoiminnan sisällön oletetaan hyödyttävän sekä omaishoidettavaa,

että -hoitajaa arjessa, kuten esimerkkinä mainittakoon ruokailun sisällyttäminen päivätoimintapalveluun. Sen koettiin helpottavan heidän arkeaan, kun ei kotona sitten tarvitsisi laittaa ruokaa eikä syöttää.

Joidenkin omaishoidettavien kohdalla Vihdissä ja Karkkilassa näkemys mahdollisesta päivätoiminnasta ja sen sisällöstä oli hyvin hajanaista jo perussairauksien tuomien haasteiden vuoksi, mutta ajatus päivätoiminnasta kuitenkin kiinnosti ja se koettiin vaihtelua arkeen tuovana tekijänä. Ajatukseen päivätoiminnan sisällöstä liittyi musiikki, sosiaalinen kanssakäyminen ja pelaaminen. Päivätoiminnan sisällön tulisi olla yksilölähtöistä ja asiakkaan omat voimavarat huomioon ottavaa toimintaa. Suvannon (2014, 19) mukaan erilaisiin toimintoihin sitoutuminen auttaa saamaan arvostusta sekä yhteenkuuluvuutta ja kiintymyksen kokemista. Sosiaalinen sitoutuminen edistää hyvinvointia ja terveyttä.

Päivätoimintapalvelu hyödyttäisi siis kumpaakin osapuolta. Päivätoimintapalvelu auttaisi molempia omaishoitotilanteessa olevia osapuolia niin, että omaishoitaja saisi säännöllisesti omaa aikaa oman elämän elämiseen ja samalla sairaan omaishoidettavan toimintakyky ja arjessa selviytymisen taidot säilyisivät yllä.

5.2 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden järjestelmällisessä arvioinnissa on tutkijoiden tueksi esitetty omat lähtökohdat sekä erilliset suositukset. Toisaalta jotkin menetelmäkirjat mainitsevat luotettavuuden rinnalla reliabiliteetin ja validiteetin. Luotettavuuden kriteerit laadullisen tutkimuksen perustana ovat siirrettävyys, uskottavuus, vahvistettavuus ja riippuvuus. Näihin kriteeristöihin tulisi syventyä laadullisen tutkimuksen erilaisista lähestymistavoista johon. (Kankkunen ym, 2009, 159-160).

Jotta tutkimus olisi uskottava, tulee tulokset kuvata tarpeeksi selkeästi eli niin, että lukija tulee ymmärtäneeksi, kuinka analyysi on tehty ja mitkä tutkimuksen rajoittavat tekijät ja vahvuudet ovat. Näin voidaan tarkastella niin analyysiprosessia kuin tulosten validiteettiäkin. Usein kategorioiden tai käsitteiden sisältöjä on kuvattu alakategorioin. Uskottavuus tuo esiin myös sen, kuinka hyvin tutkija on muodostanut luokituksia tai kategorioita, jotka riittävät kattamaan koko aineiston. Yksi tärkeä luotettavuuskysymys on kuvaus aineiston ja tulosten suhteesta. Tällöin tutkijan tulee kuvata tekemänsä analyysi hyvin selkeästi. Tässä on hyväksi käyttää tukena esimerkiksi taulukoita, joihin analyysin eteneminen on esitetty alkaen alkupe- räisestä tekstistä. (Kankkunen ym, 2009, 160).

Jotta voidaan puhua tutkimuksen siirrettävyydestä, tulee tutkimuskonteksti esitellä huolellisesti. Tämä merkitsee osallistujien valintaan ja taustojen selvittämiseen liittyviä asioita, sekä selkeitä tutkimusaineiston keruun ja analyysiprosessin esittelyä. Tämä tulisi huomioida sen

vuoksi, jos prosessin etenemistä tahtois seurata joku muu asiantuntija. (Kankkunen ym, 2009, 160).

Laadulliseen tutkimukseen poimitaan yleensä haastatteluaineistoista suoria lainauksia. Tällä tavalla tutkimuksen luotettavuus varmistetaan ja samalla tarjotaan mahdollisuus lukijalle aineistonkeruun prosessin pohtimiseen. Tulee aina pohtia sitä, kuinka laajasti lainauksia käytetään, vai jätetäänkö lainaukset pois kokonaan. Kuvauksia materiaalista suositellaan käytettäväksi, tosin lainausten lukumäärät ja laajuudet huomioon ottaen. Ne tulee ratkaista yksilöllisesti tutkimuksen mukaan. Eettinen näkökulma tulee tässäkin ottaa huomioon, jotta tutkimukseen osallistuvan henkilön anonymiteetti säilyy, esimerkiksi murretta puhuvan henkilön kohdalla. Tämän vuoksi alkuperäiset lainaukset tulee esittää muovattuina yleiskielelle. (Kankkunen ym, 2009, 160-161).

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole kyse siitä, että tutkittava olisi tutkimuskohde, vaan tutkimussuhde on oleellisessa asemassa. Tässä suhteessa on jatkuvasti jotakin tapahtumassa, monimutkaiset sosiaaliset suhteet ja monitasoinen kommunikointi liittyvät tähän. Tutkijan ja tutkittavan välinen vuorovaikutus on merkittävässä asemassa. On tärkeää, että tutkittavalle taataan anonymiteetti, koska useimmiten otos on pieni, kun on kyse laadullisesta aineistosta. (Paunonen ym, 1998, 29.) Tutkijan tulee pysyä neutraalina kohdatessaan tutkittavan, tutkija ei voi avoimesti ilmaista tunteitaan tai mielipiteitään. Tutkijan omien mielipiteiden ja tunteiden ilmaiseminen saattaa johtaa tutkimuksen keskeytymiseen. (Kuula 2015, 155.)

Nykyaikana on tuotu esille sellainenkin asia, että tutkija tekee eräänlaisen eettisen ratkaisun jo valitessaan tutkimusaihetta. Tutkijan tulee pohdinnassaan ottaa huomioon, mitä aihe merkitsee yhteiskunnallisesta näkökulmasta ja minkälaisia vaikutuksia tutkimuksella on heihin, jotka siihen osallistuvat. Tutkimuksen hyödyllisyys toimii tutkimusetiikan periaatteena, sekä lähtökohtana tutkimuksen oikeuttamiselle. Hyöty ei välttämättä kohdistu itse tutkimuksen kohteena olevaan henkilöön, vaan toisinaan tutkimuksesta saatuja tuloksia pystytään hyödyntämään vasta ajan kuluessa uusiin asiakkaisiin tai potilaisiin. Jotkut tutkimukset pitävät sisällään intervention, josta osallistuja hyötyy ja johon hänellä ei olisi muutoin mahdollisuutta ilman tutkimukseen osallistumista. Osallistujan tietoisuus omasta itsestään ja hänen omasta terveydentilastaan lisääntyy, joka on myös yksi hyöty lisää. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä tutkijan tulee tehdä arviota siitä, millä tavoin hoitotyön laatua voidaan kehittää tutkimuksessa tuotetun informaation myötä. (Kankkunen ym, 2009, 176-177).

Tutkimuksissa käytetään välineinä paljon kyselyitä sekä haastatteluja ja ne sisältävät monia eettisiä ongelmia. Jos kysymyslomakkeet eivät anna luotettavia vastauksia kysymyksenasetteluun, voidaan sellaista tutkimusta pitää moraalittomana ja resursseja tuhlaavana. Yleisimmät virheet ovat, etteivät kysymykset ole tarpeeksi yksiselitteisiä, tai ne johdattelevat haastateltavaa. (Mäkinen 2006, 92-93.)

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ilmiön koko moninaisuudessaan, jolloin on tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan sellaisia henkilöitä, jotka ovat halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvään itseilmaisuuun. (Paunonen ym, 1998, 216.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että haastattelut kohdennettiin vain omaishoitotilanteissa oleville henkilöille. Lohjan haastateltavat olivat päivätoiminnan esimiehen kautta valikoituneita omaishoitajia ja -hoidettavia, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan työhön. Heidän hoidettavansa käyttivät aktiivisesti päivätoimintapalvelua tai olivat juuri aloittaneet sen käytön. Vihdin ja Karkkilan haastateltavat valikoituivat toimeksiantajan kautta, eli omaishoitajayhdistys etsi yhdistyksensä listoilta aiheesta kiinnostuneita omaishoitajia ja -hoidettavia. Näin opinnäytetyön otanta perustui todellisiin asiantuntijoihin ja asiaan perehtyneisiin henkilöihin, jotka tiesivät mistä puhuivat monen vuoden oman kokemuksen perusteella.

Tutkimuksesta ei saisi järjestelmällisesti jättää pois erityisryhmiä, joilla tarkoitetaan esimerkiksi muistisairaita, kehitysvammaisia tai psyykkisesti vajaakykyisiä henkilöitä, näin myös oleellista tietoa saattaisi jäädä saamatta. Erityisryhmän edustaja voi osallistua tutkimukseen vain, jos hänen laillinen edustajansa on antanut tutkimukseen kirjallisen suostumuksensa. (Kuula 2015, 147.)

Tutkimusetiikan yksi haaste on haavoittuvien ryhmien käsittely. Haavoittuviksi tarkoitetaan niitä tutkittavia, joilla ei välttämättä ole kykyä antaa tietoista suostumusta niillä, jotka ovat heikoilla autonomiansa puolesta sekä niillä, jotka ovat tilansa ja terveytensä puolesta kasvaneissa riskissä saada sivuvaikutuksia. Haavoittuviin ryhmiin luetaan muun muassa lapset, fyysisesti vammaiset, mielenterveysongelmaiset henkilöt, saattohoitopotilaat, raskaana olevat naiset, laitoshoidossa olevat henkilöt, dementiaa kärsivät henkilöt, sekä tajuttomat. On erikseen arvioitava jokaisen tutkimuksen kohdalla, kuinka saadaan täysin tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta näihin ryhmiin kuuluvilta henkilöiltä. (Kankkunen ym, 2009, 180.)

Vaitiolo- ja salassapitosäädös koskee niitä, jotka toimivat viranomaisen roolissa, opiskelijoita sekä niitä henkilöitä, jotka yksityisesti tekevät tutkimusta. Tarkkaa huolellisuutta tulee noudattaa, kun käsitellään aineistoja, jotka sisältävät tunnistetietoja. Niitä ovat kaikki tiedot, jotka kuvaavat esimerkiksi yhteiskunnallisia tai uskonnollisia tietoja. Tiedot, jotka koskevat henkilön vammaisuutta, terveystietoja, henkilöä koskevia hoitotoimenpiteitä, käyttäytymistä tai henkilön käyttämiä erilaisia sosiaalihuollon tarvitsemia palveluja, etuuksia tai tukitoimia. Tutkija ei voi luovuttaa tietoja eteenpäin minkäänlaisessa tilanteessa. Haastattelujen osalta

vaitiolovelvollisuus tarkoittaa sitä, että ulkopuolisille ei saa antaa tietoa. Tutkimustarkoituksessa voi aineistosta ja sen sisällöstä keskustella tutkimukseen osallistuvien kollegojen tai henkilökunnan kanssa. (Kuula, 2015, 92.)

Haastattelut ovat haasteellisia silloin, kun kohteena ovat sairaat ihmiset. He ovat riippuvaisia heitä hoitavista henkilöistä ja jos heiltä esimerkiksi kysyttäisiin, kuinka he kokevat saamansa hoidon täytyy vastausten luotettavuuteen suhtautua varauksella. Lisäksi haasteita voi aiheutua useista eri syistä, jos vaikka haastateltava haluaakin keskeyttää haastattelun, tai jos hän haluaakin tietää enemmän tutkimuksesta. Nauhoitetta käytettäessä siihen tulee saada haastateltavalta suostumus, jonka perusteena voidaan käyttää informaatiota nauhoituksen eduista. Haastateltavalle tulee kertoa tiedon arkistoinnista, anonymiteetin turvaamisesta ja miten tiedot hävitetään puhtaaksikirjoittamisen valmistuttua. (Mäkinen 2006, 94.)

Haastatteluiden alussa käytiin vielä yhteisesti läpi haastatteluun liittyvä saatekirje (Liite 1). Toimme vielä esiin, että opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja maksutonta ja että osallistuminen haastatteluun on keskeytettävissä missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Kävimme läpi myös anonymiteettiä koskevat käytänteet työssämme eli painotimme vielä sitä, että kenenkään haastatteluun osallistuvan henkilöllisyys ei käy ilmi opinnäytetyön aikana. Näin saimme samalla myös suullisen suostumuksen haastateltavilta haastatteluun.

Tässä opinnäytetyössä pohdimme sairauksien aiheuttamia toimintakyvyn vajeita haastattelemillamme omaishoidettavilla opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa. Kyky kommunikaatioon oli joillakin vastanneista merkittävästi alentunut muistisairauden myötä, joten vastausten tulkitseminen jäi täysin oman harkintakykymme varaan. Uskomme kuitenkin, että pystyimme poimimaan vastauksista oleelliset asiat niin heitä kuuntelemalla kuin heidän ilmeitään ja eleitään seuraamalla, sillä kaikkien omaishoidettavien vastaukset olivat keskeisiä opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Vaatii erityistä hienotunteisuutta ja kykyä haastattelijalta eläytyä haastateltavan asemaan tällaista tutkimusta tehdessä, jotta voi saavuttaa haastateltavan luottamuksen ja haastateltava voi tuntea olonsa haastattelussa turvalliseksi.

Haastattelijan tulee osata vastata sekä valmistautua kaikkiin mahdollisiin kysymyksiin haastattelussa. Haastattelijan tulee miettiä voisiko haastateltava itse pysäyttää nauhoituksen, vai luodaanko haastateltavalle mahdollisuus kuunnella nauhoite haastattelun jälkeen ja muuttaa sitä halutessaan. Haastateltavan on saatava lopettaa haastattelu kesken ja kieltäytyä jatkamasta sitä, vaikka olisi aiemmin haastatteluun suostunutkin. Haastateltava ei voi etukäteen tietää miten haastattelu tulee etenemään, ja jotkut kysymykset saattavat tuntua haastateltavasta henkilökohtaiselta ja tunkeilevalta. (Mäkinen 2006, 95.)

Yhtenä haastattelukysymyksenä tässä opinnäytetyössä oli kuinka monta kertaa viikossa päivätoiminnalle olisi tarvetta Vihdissä ja Karkkilassa. Kysymystä kysyttiin niin omaishoitajalta-

kuin hoidettavalta. Pohdimme, oliko kysymykseen kenties hankalaa vastata vielä tässä vaiheessa, kun päivätoimintaa ei alueella vielä ole. Ehkä sopiviin käyntimääriin on helpompaa vastata siinä vaiheessa, kun toiminta on käynnistynyt ja päivätoimintapalvelun käyttö on muotoutunut osaksi omaishoitajan ja hänen hoidettavansa elämää.

Haastattelija joutuu helposti tilanteisiin, joissa haastateltava kysyy neuvoa tai paljastaa arkaluontoisia tietoja. Silloin pitää pohtia miten pitkälle haastattelija voi tulla vastaan tällaisissa keskusteluissa. Haastatteluiden haasteena on myös se, kuinka laajasti haastateltavan annetaan vastata kysymyksiin. Litteroinnin ja analysoinnin kannalta haastattelun tulisi olla rakenteellinen. (Mäkinen 2006, 95-96.)

Tässä opinnäytetyössä ryhmähaastatteluista tehdessä haastateltavien vastaukset lähtivät välillä rönsyilemään muihin aiheisiin omien haastattelukysymystemme ulkopuolelle, mutta saimme keskustelun aina ohjattua takaisin aiheeseen.

Tutkijan tulee tavallisesti luottaa siihen, että tutkittava kertoo totuuden käsiteltävästä aiheesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen materiaali ei saa olla liian suppea. Tutkija ei saa tehdä aineiston vastaisia johtopäätöksiä, vaan aineiston on annettava edellytykset johtopäätöksille. Tutkijalta edellytetään luovuutta ja kykyä tutkia asioita eri perspektiiveistä. (Paunonen ym, 1998, 218-219.)

Tämän opinnäytetyön otos oli mielestämme riittävä tutkimuskysymyksiin, opinnäytetyön aiheeseen ja tuloksiin peilaten. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on yleisesti tapana keskittyä vain pieneen määrään tapauksia. Olemme tyytyväisiä, että näinkin monta kiinnostui osallistumaan haastatteluihin. Haastateltavat elävät haastavissa omaishoitotilanteissa, eikä osallistuminen tällaiseen haastatteluun ollut välttämättä itsestäänselvyys. Se vaati heiltä aikaa ja järjestelyjä päästä paikalle. Aineistopohjan riittävyttä opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa lisää mielestämme se, että vastaukset olivat kaikilla hyvin samankaltaisia. Niiden perusteella päivätoiminta koettiin hyvin merkittävänä tukitoimena omaishoitotilanteessa.

Voisi luulla, että tutkittava kertoo rehellisesti ja avoimesti haastattelutilanteessa asioista, mutta asia ei välttämättä mene niin. Tutkittavat voivat jättää vapaamuotoisessakin haastattelussa olennaisia asioita sanomatta, muunnella totuutta, he voivat muistaa asioita väärin tai pyrkivät miellyttämään haastattelijaa sosiaalisesti hyväksyttävillä kertomuksilla. Tutkimusraporttiin tulee laittaa oma arvio siitä, kuinka paikkaansa pitävä tutkittavan kertomus on. Pitämällä esimerkiksi haastattelupäiväkirjaa, johon tutkija kuvaa haastattelun kulun voidaan aineiston luotettavuutta lisätä. (Paunonen ym, 1998, 217.)

Tutkimuksen raportin on oltava selkeä. Raportti tulee kirjoittaa niin, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan tekemää pohdintaa sekä arvioimaan sitä. Tutkijan on raportoitava niin, että lukija vakuuttuu lukemastaan tutkimuksen sisällöstä kuten esimerkiksi siitä, että tutkimus on

edennyt luotettavasti. Hyvällä kvalitatiivisella tutkimusraportilla on oltava selkeä ja asianmukainen kirjoitusasu. (Paunonen ym, 1998, 220.)

Tutkimuslupa on anottava, kun tutkitaan esimerkiksi jonkin yhdistyksen toimintaa tai yhdistyksen jäseniä. Lupa tulee anoa siltä johtavalta taholta, jonka alaisuudesta halutaan kerätä tutkimusaineistoa. Jos tutkitaan vajaakkyisiä henkilöitä, tarvitaan alustava lupa tutkia kyseisen henkilön edustajalta ennen kuin kysytään itse tutkittavan mielipidettä asiaan. (Kuula 2015, 276.)

Yksilö- tai ryhmähaastattelua tehtäessä tutkittavilta ei ole välttämätöntä saada allekirjoitettua tutkimuslupaa, jos tutkimusaineisto saadaan tutkittavalta itseltään ja sen tallennus tapahtuu sitä muuttamatta. Tällöin riittää informointi kirjallisesti sekä vapaaehtoinen suostumus. Vain siinä tapauksessa allekirjoitettu lupa tarvitaan, jos tutkimukseen osallistuvilta kerätään heitä koskevia tietoja, esimerkiksi rekistereitä hyväksikäyttäen, tai tutkimusaineisto on sisällöltään arkaluonteinen ja tutkimusaineisto säilytetään tunnisteellisena jatkossa tapahtuvaa tutkimusta varten. (Kuula 2015, 119.)

Laadullisessa tutkimuksessa pohdinta on joustavaa. Pohdintaosaan liittyy tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu. Lähtökohtana voi olla ajatus, jossa tutkimuksen tulee olla eettisesti kestävä, jotta se voi olla myös luotettava. (Tuomi ym, 2009, 158-159.) Laadullisen tutkimuksen tekee luotettavammaksi se, että tutkija selostaa tarkasti tutkimuksen toteutuksesta ja etenemisestä sen jokaisessa vaiheessa. Olosuhteet aineiston tuottamiselle tulisi kuvata rehellisesti ja paikkaansa pitävästi, esimerkiksi haastattelupaikan ympäristön kuvaus, haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiritsevät tekijät ja mahdolliset virhetulkinnat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232.)

5.3 Kehittämisehdotukset

Yhtenä kehittämisideana Vihdin ja Karkkilan mahdollista päivätoimintapalvelua ajatellen, voisi olla yksilöllisten palveluiden tuominen päivätoiminnan sisältöön. Hygieniapalveluiden sisällyttäminen, kuten kynsien hoitaminen voisi toimia yhtenä sisällön rungon osana. Kädentaitoja toivottiin enemmän sisältöön, joten ne voisivat toimia yhtenä sisällön rungon osana. Yhtä tärkeitä asioita päivätoiminnan sisältöä ajatellen tulosten perusteella ovat liikunta, musiikkihetket, ulkoilu ja seurustelu, joten niitä kaikkia voisi hyödyntää päivätoiminnan sisällön rungossa.

Niin kuin Suvanto (2014, 22) toteaa, että päivätoiminnan sisältöön kuuluu erilaisia aktiviteetteja. Näitä ovat ateria-, kylvytys- ja muut hygieniapalvelut sekä sosiaaliset virike- ja ryhmätoiminnot. Näiden tarkoituksena on yksinäisyyden ehkäiseminen sekä sosiaalisten suhteiden säilyvyyden tukeminen. Myös toiminta- tai fysioterapia voi sisältyä päivätoimintaan, joko yksilö- tai ryhmämuotoisesti.

Tulosten perusteella päivätoimintaa voisi järjestää Vihdissä ja Karkkilassa yhdestä kahteen kertaan viikossa. Tosin tarve voi muuttua nopeastikin omaishoitotilanteen eläessä ja muuttuessa, joten mielestämme olisi hyvä olla olemassa päivätoimintapalvelu, joka toimisi esimerkiksi arkisin viitenä päivänä viikossa. Turvallisuus koettiin tärkeänä asiana, että omaishoitaja voisi hyvällä omallatunnolla jättää omaishoidettavansa hoitoon esimerkiksi myös vain akuutin tarpeen yllättäessä omien menojen ajaksi. Tällainen akuutti palvelu voisi olla eräänlainen ”hetkellisen hoivan pysäkki,” eli omaishoitaja voisi soittaa akuutin tilanteen yllättäessä päivätoimintaan ja kysellä esimerkiksi peruutuspaikkaa kyseiselle päivälle. Vastaavasti päivätoiminnasta voitaisiin olla yhteydessä suoraan omaishoitajaankin, ja kertoa vapaasta paikasta.

Palveluun olisi mielestämme hyvä sitoa omaishoitotilanteissa oleville henkilöille suunnattua ohjaus- ja opastuspalvelua, sillä tiedon puutteessa huomasimme olevan isoja alueellisia ja asiakaskohtaisia eroja. Jos hoidettavat saisivat edellä mainittuja toiveiden mukaisia arjen tuokioita ja jopa yksilöllisiä palveluja, voisi hoitajille tarjota ohessa mahdollisesti omaishoitajuuteen liittyviä yhteiskunnallista tukea sisältäviä neuvoja ja ohjausmateriaalia, jotta he jaksaisivat jatkaa paremmin vaativassa omaishoitajatehtävässään. Samalla varmistettaisiin, että nämä päivätoimintapalvelun piirissä olevat omaishoitajat saisivat yhteneväiset lain suomat etuudet ja olisivat niistä tietoisempia, esimerkiksi Kelan ja eri järjestöjen toiminnasta.

Lisäksi omaishoitotilanteessa olevat hyötyisivät siitä, että palveluun kuuluisi erilaisten tarpeiden kartoitusta, esimerkiksi liikkumiseen, ikääntyneiden avuksi suunnitellun teknologian tarpeeseen, tai vaikka ravitsemukseen liittyvää ohjausta. Tästä olisi hyötyä erityisesti niille omaishoidettaville, jotka eivät ole kotihoidon palvelujen piirissä jonka kautta tällaiset asiat usein hoituvat. Tässä olisi palveluntarjoajalla rajattomat mahdollisuudet tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa, kuten fysio-, toiminta- tai ravitsemusterapeutin kanssa. Tällöin päivätoimintapalveluiden työllistävää vaikutustakaan ei tule aliarvioida.

Mielestämme päivätoimintapalvelun toteuttamisympäristöön tulee kiinnittää huomiota. Tilan tulee olla suunniteltu erilaiset liikkumisrajoitteet, muistisairaudet ja turvallisuus huomioon ottaen. Ei voida myöskään väheksyä ympäristön esteettisyyden ja mielekkyyden sekä terveellisen sisäilman vaikutusta yksilön hyvinvointiin. Myös toimintaympäristön sijainnilla voi olla merkitystä käyttöasteeseen. Jos päivätoimintapalvelu saadaan sijoitettua keskeiseen toimintaympäristöön, saadaan asiakkaita varmasti enemmän.

Opinnäytetyössä kävi ilmi omaishoitajien kokema turvallisuuden tunne. Ajatus siitä, että heidän hoidettavansa olivat toimivan päivätoimintapalvelun äärellä, auttoi heitä jaksamaan hoitotyössään. Samoja mietteitä turvallisuudesta tuli esiin niin Lohjalla, kuin Vihdissä ja Karkkilassakin. Uuden päivätoimintapalvelun tulisi olla kaikin puolin turvallinen, jotta omaishoitaja voi olla hyvällä mielellä hänen läheisensä viettäessä siellä päiväänsä.

Aikaisemmin opinnäytetyössä tuotiin esiin ravitsemuksen tärkeä merkitys ikääntyneen kokonaisvaltaisessa terveyden- ja hyvinvoinnin ylläpidossa. Opinnäytetyössä esiin nousut ruokailun sisällyttäminen päivätoimintapalveluun on yksi tärkeä omaishoitotilanteita tukeva asia ja onkin tärkeää, että päivätoimintapalvelun aterioiden osalta on otettu huomioon erityisesti ikääntyneen ravitsemukselliset tarpeet.

Suvannon (2014, 19) mukaan toimiva päivätoiminta ehkäisee yksinäisyyden tunnetta. Toimimme aiemmin opinnäytetyössä esiin päivätoiminnan vertaistuen merkityksen. Päivätoiminnan kautta omaishoidettavat voivat siis kokea kuuluvansa yhteisöön ja näin voivat tuntea itsensä tärkeäksi osaksi aktiivista yhteiskuntaa. Lisäksi heillä on palvelun käyttäjinä mahdollisuus tuoda esiin se, mikä toiminnassa on mukavaa ja mikä taas ei heitä kiinnosta. Näin ollen palvelu elää ja voi kehittyä aktiivisesti. Jos palvelu ei olisi mielekästä ja tarpeita tyydyttävää, se tulisi nopeasti tiensä päähän.

Päivätoimintapalveluiden tarve yhteiskunnan ikääntyessä ei ainakaan tule vähenemään, vaan käyttäjämäärissä oletetaan olevan suurien ikäluokkien ikääntyessä ja omaishoidon määrän kasvaessa kysyntää. Lisäksi voitaisiin lähteä myös leikittelemään ajatuksella, jossa päivätoimintakeskuksen yhteyteen tuotaisiin esimerkiksi lasten ja nuorten palveluja, kuten päivähoitopaikkoja tai muita yhteisöjä eri toiminnoillaan. Tällaisten keskustusten elävä erilainen ympäristö voisi tuottaa merkityksellisiä ja kaikkia osapuolia hyödyttäviä kohtaamisia eri ikäluokkien välillä. Tällainen yhteistyö ikääntyneiden ja lasten sekä nuorten välillä on jo kauaskantoisempaa pohdintaa, eikä välttämättä tule kyseeseen ajankohtaisesti uutta päivätoimintapalvelua suunniteltaessa, mutta tällaista toimintaa ikääntyneiden ja lasten kesken on ollut joissakin kunnissa ja siitä on tullut hyvää palautetta, joten siksi halusimme tuoda asian esille.

Voitaisiin myös ajatella, että nyky maailman hektisyyden vastapainoksi levon tarpeen täyttämisenkin olisi hyvä idea. Mikäli omaishoidettava on selkeästi väsynyt tai sairauden heikentämä, voitaisiinko tuottaa hänelle mahdollisuus vain lepäämiseen ja vaikka musiikin kuuntelemaan tai lukemiseen, ilman suorittamisen painetta. Tämä ajatus voisi kantaa myös siihen, että omaishoitaja osallistuttaisi jopa väsynyttäkin omaistaan päivätoimintapalveluun, eikä palvelu jäisi siltä päivältä käyttämättä vain väsymyksen vuoksi, eikä omaishoitaja itsekään jäisi paitsi omista menoistaan.

Nykyteknologian suomia mahdollisuuksia, esimerkiksi virtuaaliympäristön luomia mahdollisuuksia ei kannata sulkea pois päivätoiminnan sisältöä ajatellen. Esimerkiksi jos päivätoimintatilat ovat rajalliset ja kyseessä on muistisairas tai toimintakyvyltään liikuntarajoitteinen henkilö, hän voisi virtuaalisten apuvälineiden avulla kokea esimerkiksi soutavansa järven seillä tai patikoivansa luonnossa. Ajatus tästä on kaunis ja voimaannuttava. Toki tämän ei tule

korvata ulkoilun mahdollisuutta pitempiketoisessa päivätoiminnassa, ja laitteiston kanssa toimimisen tulisi olla eettistä ja turvallista, eikä missään virtuaaliympäristön tule korvata oikeaa sosiaalista kanssakäymistä.

Mikäli päivätoimintapalvelu Vihtiin ja Karkkilaan saadaan järjestymään, tulee palvelun tarjoajan järjestää mahdollisuus kuljetukseen sitä tarvitsevalle, esimerkiksi Lohjan kaupungin mallin mukaisesti. Lohjan päivätoimintapalvelu tarjoaa päivätoimintaa kuljetuksineen tai ilman, ja hinta kuljetuksen kanssa on ajankohtaisesti 20 e/kerta. (Päivätoiminnan hinnat 2018.) Suvanto (2014, 22) mainitsee tutkimuksessaan, että tarvittaessa päivätoimintaan pääsee kuljetuksella.

Yksilöllisyyttä tulee vaalia ja päivätoimintapalvelun tulisi perustua asiakaslähtöisyyteen. Opinnäytetyön mukaan tämän päivän omaishoitajien ja omaishoidettavien odotukset ja toiveet päivätoimintapalvelulle ovat hyvinkin realistisia ja toteuttamiskelpoisia. Koemme, että opinnäytetyön merkityksellisimmäksi osa-alueeksi muodostuu kuitenkin konkreettisen päivätoimintapalvelun tarpeen merkityksen julki tuominen Vihdin ja Karkkilan alueilla.

5.4 Jatkotutkimukset

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin lähinnä päivätoiminnan merkityksen selvittämiseen omaishoitotilanteessa sekä sen tarpeen arviointiin. Tätä opinnäytetyötä voitaisiin hyödyntää jatkossa esimerkiksi päivätoiminnan sisällön kehittämiseen, johon löytyy jo jonkin verran pohjaa tässä opinnäytetyössä. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla uuden päivätoimintapalvelun kustannuksien selvittäminen.

Lähteet

Painetut

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kattainen, E. 2010. Ikääntyneiden elämänlaadun edistäminen - ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä. Teoksessa Pietilä, A. (toim.) Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen käyttö, hankinta ja säilytys. Tampere: Vastapaino

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Gummerus

Näslindh-Ylispangar, A. 2005. Vanhuksen olemassaolonkokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatia vanhustyöhön. Tampere: Tammi

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Saarijärvi: Gummerus

Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Nauhoitettujen aineistojen litterointi. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino

Salanko-Vuorela, M. 2010. Omaishoidon yleisyys Suomessa. Teoksessa Meriranta, M. (toim.) Omaishoitajan käsikirja. EU: Unipress

Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Yliopistopaino

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Turunen, T. 2008. Päivätoiminta tukee muistioireisen ja hänen perheensä arjessa selviytymistä. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus

Sähköiset

Aivoverenkiertohäiriöt. 2017. Aivoliitto. Viitattu 2.3.2017. [https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)

Ala-Hiiri, T. 2007. Perhekeskeisyys ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opetus-suunnitelmassa ja opetuksessa -Punainen lanka vai reunaehto? Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 22.2.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78450/gradu02161.pdf?sequence=1>

Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic, N., Roquè i Figuls, M., Ciapponi, A., Sanchez-Perez, E., Gian-nakou, A., Pedraza, O., Cosp, X. & Cullum, S. 2015. Mini-Mental state examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane library. Viitattu 4.3.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/nelli.laurea.fi/doi/10.1002/14651858.CD010783.pub2/full>

Dementia information page. 2017. National institute of neurological disorders and stroke. Viitattu 3.3.2017. <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Dementia-Information-Page>

Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Supporting community care of demented patients. Kuopion yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 12.2.2017. <http://www.oppi.uef.fi/uku/vai-tokset/vaitokset/2002/isbn951-781-879-3.pdf>

Family caregiver alliance. 2010. National center of caregiving. Viitattu 12.2.2017. http://www.circlecenterads.info/documents/FCAPrint_SelectedCaregiv...pdf

Harriet Finne-Soveri vahvistamaan koti- ja omaishoidon maakunnallista muutostyötä. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.1.2018. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/harriet-finne-soveri-vahvistamaan-koti-ja-omaishoidon-maakunnallista-muutostyota

Heikkilä, R. 2008. Omaishoito arjen kehyksissä. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Viitattu 15.1.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79724/gradu02863.pdf?sequence=1>

Hiidenseudun omaishoitajat ja läheiset ry. 2017. Viitattu 8.2.2017. <http://www.hiidenseudunomaishoitajat.fi/>

Hongisto, K. 2017. Quality of life and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease - The alsova follow-up study. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 1.3.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2406-3/urn_isbn_978-952-61-2406-3.pdf

Huttunen, J. 2015. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.1.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Hämäläinen, S.-T. 2015. Puoliso-omaishoitajien kokemuksia vertaistuesta. Yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Viitattu 17.1.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97418/GRADU-1434543573.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan tarkoitus ja tavoitteet. 2015. Ikäihmisten kuntouttavan päivätoiminnan myöntämisperusteet vuonna 2016. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Viitattu 22.1.2018. <http://www.eksote.fi/sosiaalipalvelut/paiva-aikainen-toiminta/Documents/P%C3%A4iv%C3%A4toiminnan%20my%C3%B6nt%C3%A4misperusteet%20vuonna%202016.pdf>

Ikääntyneet. 2017. Elintarviketurvallisuusvirasto. Viitattu 12.1.2018.

<https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuositukset/ikaantyneet/>

Juntunen, K. & Salminen, A.-L. 2014. Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Teoksessa: Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H. (toim.). Työpapereita 69/2014, 74. Viitattu 20.2.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144109/Tyopapereita69.pdf?sequence=1>

Kallio-Laine, K., Salminen, A.-L. & Tikka, P.K. 2015. Kela kehittää omaishoitajien kuntoutusta. Lukusali 24/7. Viitattu 10.2.2017. <https://www.lukusali.fi/reader/a5b805f0-5d0d-11e5-b3c5-00155d64030a>

Kalliomaa, S. 2012. Muistisairaahan tukeminen - ohjeita läheisille. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 18.1.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899#s6

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.2.2017. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1

Kauhanen, M.-L. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Fysiatrია. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.3.2017. http://www.oppiportti.fi/op/fys00016/do?p_haku=aivoinfarkti#q=aivoinfarkti

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.2.2017. <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Viitattu 1.3.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4>

Kettunen, R. 2016a. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077

Kettunen, R. 2016b. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084

Kettunen, R. 2016c. Sydäninfarkti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 2.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086

Klemettilä, M. 2014. Puoliso-omaishoitajien kokemuksellinen elämänlaatu: Alsova-päiväkirjat tutkimusaineistona. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 12.1.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140860/urn_nbn_fi_uef-20140860.pdf

Komulainen, P. & Vuori, I. 2015. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu. Käypä hoito -suositus. Viitattu 15.1.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01182#R1>

Kronholm, E. 2009. Uni ja ikääntyminen. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.1.2018. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_haku=erkki%20kronholm

Lausunto lakiesityksestä iäkkään henkilön sosiaali- ja terveysturvan saannin turvaamisesta. 2011. Etene. Viitattu 17.2.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1556028/Lausunto+lakiesityksesta+iakkään+henkilön+sosiaali-+ja+terveysturvan+saannin+turvaamisesta.pdf/05145e67-6b70-4c3d-9c02-c4ec7b2f21d3>

Leirisalo-Repo, M. 2016a. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Geriatria. Viitattu 24.3.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger02101/do>

Leirisalo-Repo, M. 2016b. Tulehdukselliset nivelsairaudet. Geriatria. Viitattu 24.3.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger02103/do>

Leirisalo-Repo, M. 2016c. Nivelrikko. Geriatria. Viitattu 24.4.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger02104/do>

Leirisalo-Repo, M. 2016d. Polymyalgia rheumatica. Geriatria. Viitattu 24.4.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger02105/do>

Liikanen, S. 2010. ”Kurkistuksia omaishoivan arkeen”. Työikäisten omaishoitajien kokemuksia arjesta muistisairaiden omaistensa hoivaajina. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.2.2017. <http://omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Kurkistuksia%20omaishoivan%20arkeen.pdf>

Liikunta. 2016. Käypä hoito -suositus. Viitattu 12.1.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

Liikunta, ravinto ja lepo. 2018. Terveiden edistäminen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 12.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/liikunta-ravinto-ja-lepo>

Lindqvist, A. 2016. Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa. Turun yliopisto. Sosiaalityö- ja sosiaalisen palvelun laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.1.2018. http://www.doria.fi/nelli.laurea.fi/bitstream/handle/10024/125361/gradu2016Anniina_Lindqvist.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Liusaari, M. 2013. Omaishoitajien käsityksiä ja kokemuksia omaishoidon kotilomituspalveluista ja muista omaishoitoa tukevista palveluista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.1.2018. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/41785/URN:NBN:fi:jyu-201306171989.pdf?sequence=1>

Mitä omaishoito on? 2016. Omaishoitajat ja läheiset liitto -ry. Viitattu 19.2.2017. <http://omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>

Mäkelä, K. 2013. Vanhus kotona omaishoidon turvin. Omaishoitajan kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.2.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40834/URN:NBN:fi:jyu-201301291137.pdf?sequence=1>

Muistisairaudet. 2018. Kansantaudit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Muistisairauksien yleisyys. 2018. Kansantaudit. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Myyry, L., Kauppinen, K. & Silfver-Kuhlampi, M. (toim.). 2015. Työssäkäynti ja läheis- ja omaishoiva - Työssä jaksamisen ja jatkamisen tukeminen. Sosiaalityö- ja sosiaalisen palvelun laitos. Julkaisu 2015:12. Viitattu 19.2.2017. http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Töissäkäynti%20läheis-%20ja%20omaishoiva%20Kaisa%20Kauppinen_0.pdf

Omaishoidon tuen kuntakysely. 2012. Alustavia tuloksia ja havaintoja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.3.2017. https://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/THL_powerpoint_omaishoito.pdf

Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut. 2018. Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.1.2018. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=sy4PBwA=®ion=szb0sDYsszYuAwA=&year=sy6rsDbW0zUEAA==&gender=t>

Omaishoitajan vapaan aikainen sijaishoito voidaan järjestää toimeksiantosopimuksella 1.8.2011 alkaen. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2018. http://stm.fi/artikkel/-/asset_publisher/avlosarservice-under-narstaendevardarens-ledighet-kan-ordnas-genomet-uppdraagsavtal-fr-o-m-1-8-2011

Omaishoito. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2018. <http://stm.fi/omaishoito>

Omaishoitotilanteita on monenlaisia. 2016. Omaishoitajat ja läheiset liitto ry. Viitattu 3.3.2017. <https://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>

Parkinsonin tauti. 2015. Käypä hoito -suositus. Viitattu 25.3.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50042#K1>

Pesonen, H.-M. 2015. Managing life with a memory disorder. The mutual processes of those with memory disorders and their family caregivers following a diagnosis. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 1.3.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526207872.pdf>

Pitkänen, V. 2015. Epävirallisen hoivan taloudelliset vaikutukset. Tampereen yliopisto. Taloustiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 19.2.2017. <https://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Epävirallisen%20hoivan%20taloudelliset%20vaikutukset.pdf>

Päivätoiminta. 2016-2017. Palveluopas. Omaishoitajat ja läheiset liitto -ry. Viitattu 19.2.2017. <http://epaper.fi/read/3124/IR472qVB>

Päivätoiminnan hinnat. 2018. Vanhusten kuntouttava päivätoiminta. Lohjan kaupunki. Viitattu 17.1.2018. <http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&alasivu=254>

Ring, M. & Rätty, L. 2016. Omaishoidon tukemiseen tarvittaisiin perhekeskeistä otetta. Lääkärilehti 36/2016 vsk 71. Viitattu 10.2.2017. <http://www.laakarilehti.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/omaishoidon-tukemiseen-tarvittaisiin-perhekeskeista-otetta/>

Ryder, E. 2016. From togetherness to loneliness: Supporting people with dementia. Care of the older person. British journal of community nursing 21(9), 46. Viitattu 2.3.2017. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=eddbbcd0-5157-453e-b024-39e56ddf362c%40sessionmgr4006&hid=4206>

Ruuska, T. 2014. Omaishoitajan työ on arvokasta. Terveys ja talous 6/2014. Viitattu 9.2.2017. <http://media.mediasepat.fi/Tt062014/#/article/38/page/1-1>

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. Iäkkäät omaishoitajat - omaisia vai hoitajia? Gerontologia 3/2003, 144. Viitattu 9.2.2017. <http://elektra.helsinki.fi.nelli.laurea.fi/se/g/0784-0039/17/3/iakkaato.pdf>

Siukosaari, P. 2013. Condition of teeth periodontium in the home-dwelling elderly. With special reference to level of education. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 26.2.2017. https://helda-helsinki-fi.nelli.laurea.fi/bitstream/handle/10138/38890/siukosaari_dissertation.pdf?sequence=1

Sointu, L. 2016. Hoiva suhteessa. Tutkimus puolisoaan hoivaavien arjesta. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja. Viitattu 17.2.2017. <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99617/978-952-03-0190-3.pdf?sequence=1>

Sulkava, R. 2016a. Alzheimerin tauti. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2017. http://www.oppoportti.fi/op/ger00803/do?p_haku=alzheimer#q=alzheimer

Sulkava, R. 2016b. Muita muistisairauksia. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger00807/do#s1>

Sulkava R. 2016c. Lewyn kappale -tauti. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger00805/do>

Sulkava, R. 2016d. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.3.2017. <http://www.oppoportti.fi/op/ger00804/do>

Suvanto, S. 2014. Vanhusten päivätoiminnan merkitys sosiaalisen hyvinvoinnin ja kotona asumisen tukena. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 10.2.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44367/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201410012915.pdf?sequence=1>

Tepponen, M., Strandén, P. & Rutanen, H. 2015. Yhteinen päiväkeskus. Sininauhaliitto. Viitattu 10.2.2017. www.sininauhaliitto.fi/sites/default/files/yhteinen_paivakeskus_kirja_0.pdf

Tikkanen, U. 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksesta. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 19.2.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160970/omaishoi.pdf?sequence=3>

Tukea omaishoitotilanteisiin. 2016. Omaishoitajat ja läheiset liitto -ry. Viitattu 19.2.2017. <http://omaishoitajat.fi/tukea-omaishoitotilanteisiin>

Viikari-Juntura, E. & Heliövaara, M. 2015. Tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Fysiatria. Viitattu 29.3.2017. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00003&p_haku=tules

Viitamies, P. 2010. Talousarvioaloite 1038/2010 vp. Määrärahan osoittaminen omaishoidon tukeen. Viitattu 4.3.2017. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/EduskuntaAloite/Documents/taa_1038+2010.pdf

Zarit, S.H., Parris-Stephens, M.A., Townsend, A. & Greene, R. 1998. Stress reduction for family caregivers. Effects of adult day care use. Journal of Gerontology 53b(5), 267. Viitattu 10.2.2017. <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/53B/5/S267/572319/Stress-Reduction-for-Family-Caregivers-Effects-of>

Whythe, D. 2002. Explorations in family nursing. London: Routledge. Viitattu 14.2.2017. <http://site.ebrary.com/nelli.laurea.fi/lib/laurea/detail.action?docID=10057287>

Lait

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta 28.12.2012/98

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937

Taulukot

Taulukko 1: Omaishoidon tuen sopimuksen tehneet hoitajat kunnan kustantamissa palveluissa. (Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut 2018.)..... 7

Taulukko 2: Esimerkkitaulukko ikääntyneiden vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien näkemyksestä päivätoiminnan tarpeesta alueella (Liite 8.)34

Liitteet

Liite 1: Saatekirje haastattelututkimukseen osallistuville henkilöille	58
Liite 2: Haastattelurunko Lohjan päivätoiminnan esimiehelle	59
Liite 3: Haastattelurunko lohjalaisille omaishoidettaville sekä omaishoitajille	60
Liite 4: Haastattelurunko Vihdin ja Karkkilan omaishoidettaville sekä omaishoitajille	61
Liite 5: Lohjan päivätoiminnan esimiehen näkemys päivätoiminnan hyödyistä omaishoitotilanteessa oleville.	62
Liite 6: Ikääntyneiden lohjalaisten omaishoidettavien kokemukset Lohjan päivätoiminnasta.	64
Liite 7: Ikääntyneiden lohjalaisten omaishoitajien kokemukset Lohjan päivätoiminnasta.	65
Liite 8: Ikääntyneiden vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.....	67
Liite 9: Ikääntyneiden vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoitajien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.	68

Liite 1: Saatekirje haastattelututkimukseen osallistuville henkilöille

Hei,

Olemme kolme (3) sairaanhoitajaopiskelijaa Lohjan Laureasta. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä, jonka toimeksiantajana toimii Hiidenseudun Omaiset ja Läheiset Ry. Opinnäytetyömme aiheena on kartoittaa omaishoitotilanteessa olevien tarvetta päivätoiminnalle Vihdin ja Karkkilan alueella. Koska Lohjalla vastaavaa toimintaa on jo käynnissä, niin tahtoisimme aluksi esittää kysymyksiä halukkaille lohjalaisille omaishoitajille, omaishoidettaville sekä Lohjan päivätoiminnasta vastaavalle henkilölle, koskien heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan päivätoiminnasta, ja sen merkityksestä omaishoitotilanteessa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja maksutonta. Tutkimukseen osallistuminen on mahdollista keskeyttää milloin tahansa tutkimuksen aikana syytä ilmoittamatta. Tutkimuksessa saatu tieto on osana tutkimusaineistoa. Kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei tule esiin tutkimuksessa.

Tutkimushaastattelu järjestetään ryhmähaastatteluna omaishoidettaville ja -hoitajille

___/___/____.

Kiitos, jos osallistut tutkimushaastatteluun. Saamamme tieto jokaiselta omaishoidettavalta ja -hoitajalta on arvokasta tietoa tutkimusaineistossamme.

Ystävällisin terveisin,

Mia Hannonen, Anna Koponen, Susanna Väänänen

Sairanhoitajaopiskelijat

Laurea Lohja

Liite 2: Haastattelurunko Lohjan päivätoiminnan esimiehelle

1. Minkä verran omaishoidettavia käyttää päivätoimintapalvelua?
2. Mikä näkemys teillä on päivätoiminnan hyödyistä omaishoidettaville?
3. Mikä näkemys teillä on päivätoiminnan hyödyistä omaishoitajille?
4. Minkälaista toimintaa Lohjan päivätoimintakeskus tarjoaa?
5. Kuinka usein päivätoimintaa järjestetään?
6. Olisiko kysyntää useammin järjestettävälle päivätoiminnalle?

Liite 3: Haastattelurunko lohjalaisille omaishoidettaville sekä omaishoitajille

Kysymykset omaishoidettaville

1. Millaisia kokemuksia teillä on päivätoiminnasta?
2. Kuinka usein käytte päivätoiminnassa?
3. Järjestetäänkö päivätoimintaa riittävästi mielestänne? Olisiko päivätoiminnalle tarvetta useammin?
4. Oletteko tyytyväisiä päivätoiminnan sisältöön?
5. Kuinka kehittäisitte päivätoimintaa?
6. Jos päivätoimintaa ei olisi, miten se vaikuttaisi arkeenne?

Kysymykset omaishoitajille

1. Kuinka päivätoimintapalvelu vaikuttaa teidän arkeenne omaishoitajana?
2. Kuinka usein hoidettavanne käy päivätoiminnassa?
3. Järjestetäänkö päivätoimintaa riittävästi mielestänne? Olisiko päivätoiminnalle tarvetta useammin?
4. Oletteko tyytyväisiä päivätoiminnan sisältöön?
5. Kuinka kehittäisitte päivätoimintaa?
6. Jos päivätoimintaa ei olisi, miten se vaikuttaisi arkeenne?

Liite 4: Haastattelurunko Vihdin ja Karkkilan omaishoidettaville sekä omaishoitajille

Kysymykset omaishoidettaville

1. Jos Vihdissä ja Karkkilassa järjestettäisiin päivätoimintaa, osallistuisitteko siihen?
2. Miten päivätoimintapalvelu vaikuttaisi teidän arkeenne?
3. Minkälaista toimintaa toivoisitte päivätoiminnan pitävän sisällään?
4. Kuinka monena päivänä viikossa haluaisitte osallistua päivätoimintaan?

Kysymykset omaishoitajille

1. Olisiko Vihdin ja Karkkilan alueilla hyvä olla päivätoimintapalvelua omaishoidettavallesi?
2. Miten päivätoimintapalvelu vaikuttaisi teidän arkeenne omaishoitajana?
3. Kuinka monena päivänä viikossa päivätoiminnalle olisi tarvetta?
4. Minkälaista toimintaa toivoisitte päivätoiminnan pitävän sisällään?

Liite 5: Lohjan päivätoiminnan esimiehen näkemys päivätoiminnan hyödyistä omaishoitotilanteessa oleville.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
Kahdellakymmenellä seitsemällä päivätoiminnan asiakkaalla on omaishoidontuki päätös, jonka lisäksi on jonkin verran tilapäiskäyttäjiä.	Omaishoidettavien mahdollisuus päivätoimintapalvelun käyttöön.	Lohjan päivätoiminnan esimiehen näkemys päivätoiminnan hyödyistä omaishoitotilanteessa oleville.
Virkistyksen ja vaihtelun sisällyttäminen omaishoidettavan arkeen, perustuen käyntimääriin ja kuntouttavan toiminnan vaikutukseen hoidettavan toimintakykyyn.	Sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn edistäminen ja ylläpito.	
Omaishoitajan tilaisuus omaan aikaan, harrastaa, leiväitä ja hoitaa omia asioita, mitä nyt itse haluaa.	Omaishoitajan mahdollisuus oman hyvinvoinnin edistämiseen.	
Erialaisten ryhmien toiminta, joissa mahdollisuus ulkoiluun, musiikkitoimintaan, kädentaitoihin ja liikuntaan, asiakkaan oman toimintakyvyn mukaan. Sosiaalisen kanssakäymisen merkitys olennainen, yhteisöllisyys.	Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen päivätoiminnan keinoin.	
Toimintaa järjestetään arkisin viitenä päivänä viikossa kahdessa eri yksikössä Lohjalla. Asiakkaan tarpeet huomioiden palvelua käytetään tavallisesti yhdestä kolmeen kertaan viikossa.	Tuen tarvetta vastaavan päivätoimintapalvelun tarjoaminen asiakkaalle.	

Kysyntää enemmän päivätoiminnalle olisi, tietyissä tilanteissa kyetään toteuttamaan.	Päivätoimintapalvelun tarjonnan ja tarpeen kohtaaminen.	
--	---	--

Liite 6: Ikääntyneiden lohjalaisten omaishoidettavien kokemukset Lohjan päivätoiminnasta.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
Sopiva	Päivätoiminnasta syntyvä hyvinvointi.	Ikääntyneiden lohjalaisten omaishoidettavien kokemukset Lohjan päivätoiminnasta.
Täällä on mukavaa, eikä mitään ikävää.		
Vertaistuki, sosiaalinen kanssakäyminen ja liikkuminen on tärkeää.		
Kaksi kertaa viikossa.	Päivätoiminnan käyttäminen viikoittain.	
Kerran viikossa.		
Päivätoimintaa on riittävästi.	Päivätoiminnan sopiva määrä.	
Päivätoiminnan sisältöön ollaan pääosin tyytyväisiä. Erytisesti käden taidot ja musiikkihetket koetaan mielekkäiksi.	Luovan toiminnan merkitys yksilön hyvinvointiin.	
Päivätoiminnassa voisi olla enemmän sisältöä, kuten musiikkihetkiä.	Asiakkaiden kuuleminen päivätoiminnan kehittämisessä.	
Pääsee pois kotoa välillä, arjen henkireikä.	Vaihtelua arkeen.	

Liite 7: Ikääntyneiden lohjalaisten omaishoitajien kokemukset Lohjan päivätoiminnasta.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
Helpottaa omaishoitajan arkea. Saa omaa aikaa itselleen, ja vapauden tehdä mitä haluaa. Itsestään huolehtiminen on tärkeää, että jaksaa huolehtia toisesta.	Oman ajan merkitys omaishoitajan jaksamisen kannalta.	Ikääntyneiden lohjalaisten omaishoitajien kokemukset Lohjan päivätoiminnasta.
Yhdestä kahteen kertaan viikossa.	Viikoittainen päivätoiminta.	
Nykyinenkin määrä on riittävä, mutta ei olisi haitaksi, vaikka olisi enemmän päivätoimintapäiviä viikossa.	Päivätoimintakäyntien lisääminen yksilöllisen tarpeen mukaan.	
Tarkkaa tietoa sisällöstä hankalaa saada, jos hoidettava ei kykene itse kertomaan. Mielikuva on rungosta, joka pitää sisällään esimerkiksi voimistelua, pelejä, käsitöitä ja musiikkihetkiä. Pääsääntöisesti positiivinen kuva päivätoiminnan sisällöstä.	Monipuolinen päivätoiminnan sisältö.	
Lisää käsillä tekemistä, askartelua. Mukava ja läsnä oleva henkilökunta. Liikunta ja musiikki osana päivätoimintaa. Mahdollisuus yksilöllisiin palveluihin.	Ammattitaitoisen henkilökunnan tarjoama monipuolisen sisällön omaava päivätoimintapalvelu.	
Vaikuttaisi arkeen monin tavoin. Ei voisi turvallisista mielin lähteä asiointikäynneille,	Omaishoitajan fyysinen ja psyykinen uupuminen ja	

henkinen ja fyysinen jaksaminen olisi koetuksella. Oman hyvinvoinnin edistämiseksi ei olisi mahdollisuutta.	hoidon laadun heikkeneminen.	
--	------------------------------	--

Liite 8: Ikääntyneiden vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
Kyllä tulisi osallistuttua, jos tarjolla olisi mukavaa tekemistä. Kulkuyhteydetkin ovat hyvät.	Omaishoidettavien kiinnostus päivätoimintaa kohtaan.	Vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoidettavien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.
Vaihtelua arkeen, ei tarvitse vain istua kotona.	Päivätoimintapalvelu osana omaishoidettavan arkea.	
Jotakin mukavaa tekemistä, kuten kortinpeluuta ja seurustelua.	Asiakaslähtöisesti suunniteltu päivätoiminnan sisältö.	
Yhdestä kahteen kertaa viikossa olisi riittävästi.	Muutama kerta viikossa.	

Liite 9: Ikääntyneiden vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoitajien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Pääkategoria
Kyllä olisi erittäin tarpeellista.	Päivätoimintapalvelun tarpeellisuus omaishoitotilanteissa oleville.	Vihtiläisten ja karkkilalaisten omaishoitajien näkemys päivätoiminnan tarpeesta alueella.
Päivätoimintapalvelu olisi erittäin tarpeellinen. Se mahdollistaisi hoitajalle oman lepo hetken, ja mahdollisuuden omien asioiden hoitoon.	Päivätoimintapalvelu merkittävässä asemassa omaishoitajan jaksamisessa.	
Noin kaksi kertaa viikossa koko- tai osapäiväisesti tarpeen mukaan.	Muutama kerta viikossa, tai tarpeen mukaan.	
Asiakkaiden yksilöllinen toimintakyky huomioiden, turvallisuutta ja mukavaa tekemistä, kuten askartelua, liikuntaa, ulkoilua ja seurustelua. Ruokailu olisi hyvä lisä.	Asiakaslähtöisesti suunniteltu päivätoiminnan sisältö.	