

Kirsi Paju

OMAISHOITAJIEN KUORMITTUMINEN, MYÖNTEISET
MERKITYKSET JA TUEN TARVE – COPE-INDEKSIIN KÄYTTÖ
OSANA OMAISHOITAJIEN ASIAKASKYSELYÄ

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun
koulutusohjelma
2013

OMAISHOITAJIEN KUORMITTUMINEN, MYÖNTEISET MERKITYKSET JA TUEN TARVE – COPE-INDEKSIIN KÄYTTÖ OSANA OMAISHOITAJIEN ASIAKASKYSELYÄ

Paju, Kirsi

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

Marraskuu 2013

Ohjaaja: Koivuniemi, Merja

Sivumäärä: 40

Liitteitä: 4

Asiasanat: ikääntyneet, omaishoitaja, omaishoito, omaishoitajan jaksaminen, omaishoitajan kuormittuminen, vanhuspalvelut, kuntoutusohjaus

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Salon kaupungin vanhuspalvelujen kanssa ja sen päämääränä oli tuottaa uutta tietoa omaishoitajien tilanteen arviointiin. Tavoitteena oli selvittää salolaisten yli 65-vuotiaiden omaishoitajana toimivien henkilöiden kuormittumista ja tuen tarvetta. Tavoitteena oli myös arvioida KELA:n vuonna 2011 suomeksi julkaiseman COPE-indeksin toimivuutta yli 65-vuotiaiden omaishoitajien kuormittumisen ja tuen tarpeen arvioinnissa.

Opinnäytetyön oli kvantitatiivinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, johon oli liitetty COPE-indeksin kysymykset. Aineisto kerättiin huhti–toukokuussa 2012 yli 65-vuotiaiden omaishoidettavien hoitajilta (n = 227). Vastausprosentti oli 64,3 % (n = 146). Aineisto syötettiin Digium Enterprise-ohjelmistoon Salon kaupungin asiakaspalautteen hallintaa varten. Lisäksi aineistoa analysoitiin SPSS-ohjelmiston avulla tilastollisesti.

Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat arvioivat hoitamiseen liittyviä tekijöitä keskimäärin hyvin positiivisesti. Omaishoitajat kokivat saavansa yleisesti hyvin tukea omaishoitajan rooliin, vain ystäviltä ja naapureilta tuen saaminen koettiin riittämättömäksi. Valtaosa omaishoitajista koki selviytyvänsä hyvin hoitajana ja piti hoitamista vaivan arvoisena. Omaishoitajilla oli myös yleisesti hyvä suhde hoidettavaan henkilöön. Omaishoidon koettiin kuitenkin vaikeuttavan omien ystävyys-suhteiden ylläpitoa, heikentävän omaishoitajan fyysistä terveydentilaa ja vaikuttavan kielteisesti omaishoitajan tunne-elämään. Vain pieni osa omaishoitajista piti hoitamista liian vaativana tai koki sen aiheuttavan taloudellisia vaikeuksia. Hoidolla ei nähty olevan vaikutusta omaishoitajan ja perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Omaishoitajan iällä tai suhteella hoidettavaan ei ollut merkitystä omaishoidon kuormittavuuteen. Omaishoitajien selviytymiskeinoista perheen ja ystävien tuella oli kuormittumista vähentävä vaikutus.

Salon kaupungin vanhuspalveluissa ei ole käytössä arviointimenetelmää omaishoidon kuormittavuuden ja omaishoitajan tuen tarpeen arvioimiseen. COPE-indeksin käyttö mahdollistaisi yhtenäisen arviointimenetelmän käytön. COPE-indeksi soveltuu erityisesti omaishoitajien alkuvaiheen arviointiin. Lisäksi sen avulla voidaan arvioida omaishoitotilanteen muuttumista.

CAREGIVERS STRESS, POSITIVE EFFECTS AND NEED OF SUPPORT -
COPE INDEX AS A PART OF CAREGIVERS CUSTOMER QUESTIONNAIRE

Paju, Kirsi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counseling

November 2013

Supervisor: Koivuniemi, Merja

Number of pages: 40

Appendices: 4

Keywords: older people, caregivers, informal care, caregivers coping, caregiver strain, services for the elderly, rehabilitation counseling

The main target of the study was to develop new information to the caregivers assess situation. The purpose was to investigate caregiver strain and the need for support with the Finnish version of the COPE index. The cooperation partner in the study was Elderly Services, Salo.

The study was quantitative. The research method used was a questionnaire including questions of COPE index. The target group of the study was chosen to be the caregivers whose care recipients were over 65 years old and who received financial support for caregiving (n = 227). The response rate was 64,3 % (n = 146). The results were analyzed with the Digium Enterprise Software and SPSS Statistical Software.

On average caregivers rated the treatment-related factors very positively. Caregivers felt that they got support in the caregiver role. Caregivers had also generally good relationship with the affected person. Informal care was seen as an obstacle to caregivers' friendship and the negative impacts to the caregiver's physical health and emotional life. Only a small part of the caregivers thought that informal care is too demanding or felt that it was causing financial problems. Informal care was not seen to effect on family relations. Caregiver's age or family relationships were not relevant connection to caregiver's strain. The support of family and friends had a strain reducing effect.

The Elderly Services don't have any specific method to estimate the caregivers strain and need of support. The COPE index would allow the use of a uniform evaluation method. The COPE index is especially suitable for caregiver's initial assessment. In addition, it can be used to assess changes in informal care situation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	IKÄÄNTYVÄ YHTEISKUNTA.....	7
3	OMAISHOITO.....	8
3.1	Omaishoidon tuki.....	9
3.2	Omaishoitajuus kunnan näkökulmasta	12
3.3	Omaishoitajan identiteetti	13
3.4	Omaishoidon kuormittavuus.....	15
3.5	Omaishoitajan kuormittumiselta suojaavat tekijät.....	18
3.6	Omaishoitajan tuen tarve ja sen tunnistaminen	18
4	KUNTOUTUSOHJAAJA OMAISHOITAJAN TUKENA	21
5	COPE-INDEKSI	22
5.1	COPE-indeksin taustaa	22
5.2	COPE-indeksin toteutus.....	23
5.2	COPE-indeksin rakenne.....	23
5.3	COPE-indeksin reliabiliteetti ja validiteetti.....	25
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	26
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	26
7.1	Tutkimuksen kohderyhmä	28
7.2	Tutkimusaineiston keruu.....	28
8	AINEISTON ANALYSOINTI.....	29
8.1	Aineisto	29
8.2	Aineiston käsittely	29
9	TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
9.1	Tutkimusjoukon kuvaus.....	30
9.2	Omaishoitajien huolenpito omasta jaksamisestaan.....	32
9.2.1	Tuen laatu	33
9.2.2	Myönteinen merkitys.....	34
9.2.3	Kielteiset vaikutukset	35
9.3	SPSS-analyysi.....	37
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	38
10.1	Tutkimuksen johtopäätökset.....	38
10.2	Tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen toteutuksen luotettavuus ja eettisyys	39
10.3	Tutkimuksen tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	

LIITE 1 Omaishoitajien asiakaskysely 2012

LIITE 2 Saatekirje
LIITE 3 SPSS-analyysi
LIITE 4 COPE-indeksin jakaumat osioittain

1 JOHDANTO

Lähtökohtana kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelman opinnäytetyöleni on käytännön työelämästä lähtenyt huoli iäkästä omaistaan hoitavien omaishoitajien jaksamisesta. Kuntoutusohjaajat tekevät usein tiivistä yhteistyötä paitsi kuntoutujien myös heidän omaistensa kanssa. Usein asiakkaat voivat olla myös omaishoidettavia, erityisesti ikääntyneiden kohdalla. Omaishoitajien tukemisesta on tehty paljon tutkimusta erityisesti ikääntyneiden ja muistisairaiden osalta. Saatavilla olevat tukitoimet ovat jonkin verran vähentäneet omaisten kuormittuneisuutta, mutta niillä on ollut vähemmän vaikutusta tuen varsinaiseen tavoitteeseen yhteiskunnan kannalta eli laitoshoidon lykkäytymiseen. Omaishoitajan ja hoidettavan henkilön tarpeita vastaavien ja oikea-aikaisten tukimuotojen avulla olisi kuitenkin ainakin osittain mahdollista vähentää sekä omaishoitajan kuormittumista ja psyykkisiä oireita että siirtää avustettavan laitoshoidon myöhemmäksi. Tämän vuoksi tarvitaan enemmän tietoa omaishoitajien kuormittumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Kansaneläkelaitos (KELA) on julkaissut suomenkielille vuoden 2011 lopulla COPE-indeksin, joka on tarkoitettu omaishoitajien tilanteen ensivaiheen arviointimenetelmäksi ja jonka tulosten perusteella voidaan tehdä päätös omaishoitajan tilanteen tarkemman selvityksen tarpeesta ja löytää sitä kautta oikea-aikaiset ja tarpeita vastaavat tukimuodot asiakkaille. Arviointimenetelmällä arvioidaan omaishoitajan subjektiivisiä kokemuksia omaishoitajuudesta.

Keskustelin loppuvuodesta 2011 opinnäytetyöni aihevalinnasta ja kiinnostuksestani uutta omaishoitajan kuormittumista ja tuen tarvetta kartoittavaa arviointimenetelmää kohtaan silloisen esimieheni, kuntoutusohjaaja Heli Hussin kanssa. Hän kannusti minua selvittämään mahdollisuutta käyttää opinnäytetyössäni COPE-indeksiä koko Salon kaupungin vanhuspalvelujen omaishoidon tuen piirissä olevien omaishoitajien kuormittumiseen liittyvien tekijöiden kartoittamiseen. Myös omaishoidontukikäsitteittä Pirjo Virtanen oli kiinnostunut arviointimenetelmän käyttömahdollisuuksista omaishoitosuhteen arvioinnissa ja keskustelun tukena omaishoitajan ja ammattihen-

kilöston välillä. Salon kaupungin vanhuspalvelut postittaa vuosittain Salossa omaishoidon tukea saaville omaishoitajille asiakaskyselyn, jossa kysytään omaishoittoon liittyvistä asioista. Opinnäytetyön aineiston keräämiseksi asiakaskyselyyn yhdistettiin COPE-indeksin kysymykset (LIITE 1).

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa omaishoitajien kuormittumisesta ja tuen tarpeesta. Uutta näkökulmaa aiheeseen tuo aiemmissa tutkimuksissa vähemmälle huomiolle jäänyt omaishoidon myönteisten merkitysten huomioiminen. Opinnäytetyössä keskitytään puolisoaan hoitaviin ja ikääntyneistä vanhemmista huolehtiviin lapsiin, lastenlapsiin tai muihin yli 65-vuotiaiden henkilöiden omaishoitajina toimiviin henkilöihin. Opinnäytetyöstä saatavaa tietoa voidaan hyödyntää omaishoitajien ohjauksessa sekä omaishoidon palvelusuunnitelmien laadinnassa. Yhtenä tavoitteena on tuottaa myös tietoa asiakaskyselyn mahdollisen uudistamisen tueksi.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään mm. palvelujärjestelmän kehittämistarvetta yhteiskunnan ikääntyessä, omaishoidon määritelmiä, omaishoidon vaikutuksia hoitajaan, omaishoitajan tuen tarpeen tunnistamista ja tutkimuksessa käytettyä COPE-indeksiä. Omaishoidolla viitataan tässä opinnäytetyössä 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden (hoidettavien) omaisten antamaan apuun ja huolenpitoon. Omaishoitajilla tarkoitetaan niitä henkilöitä, jotka osallistuvat vanhuksen hoitoon ja ovat tehneet omaishoitosopimuksen Salon kaupungin kanssa.

2 IKÄÄNTYVÄ YHTEISKUNTA

Yhteiskuntamme ikääntyy. Vuonna 2012 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstämme oli 18 %. Väestöennusteiden mukaan suuret ikäluokat tulevat vuonna 2020 palvelujen tarpeeseen. Vuonna 2030 jo joka neljäs väestöstämme on yli 65-vuotias ja osuuden arvioidaan nousevan 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Yli 75-vuotiaiden osuuden kasvun väestössä ennustetaan olevan erityisen voimakasta. (Tilastokeskus 2013.)

Väestön ikääntyminen tulee lisäämään hoitoa tarvitsevien ikäihmisten määrää. Laitoshoidon pyritään kuitenkin vähentämään ja ihmisiä tuetaan asumaan kotihoidon tur-

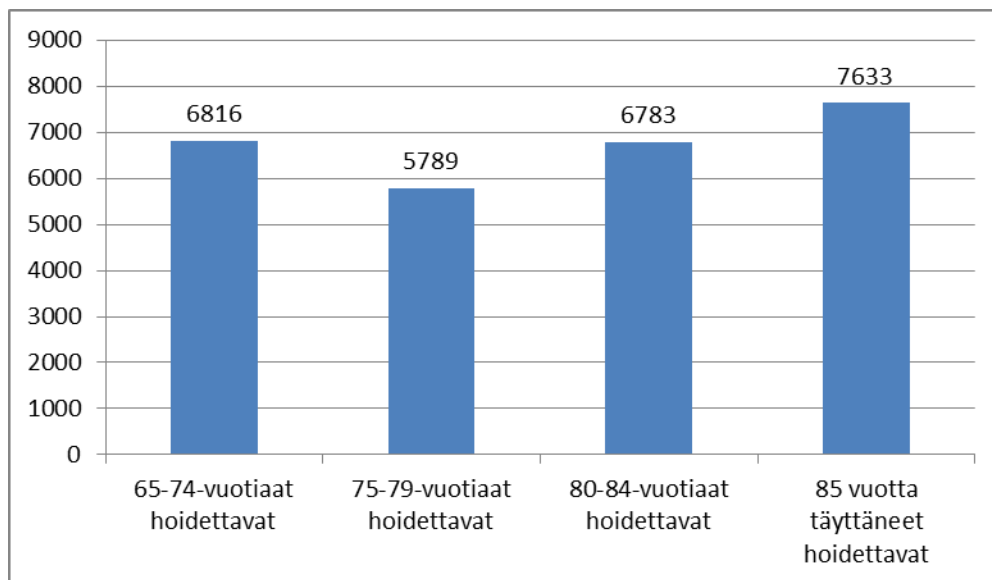
vin mahdollisimman pitkään kotona. Tavoitteena on, että vain 3 % yli 75-vuotiaista olisi tulevina vuosina laitoshoidossa. Kotona asumista mahdollistavien ja tukevien palvelujen kehittäminen onkin pääpainona palvelujärjestelmän kehittämisessä. (Omaishoitajat ja Läheiset –liitto ry 2012; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008, 29.) Laitoshoidon vähentäminen ja palvelujen painottuminen avohoitoon kasvattaa omaishoidon tukemisen ja kehittämisen merkitystä tulevaisuudessa (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis 2003, 1942; Purhonen & Salanko-Vuorela 2011c, 39). Jo tällä hetkellä tavoitteena on, että omaishoidon tuen piirissä olisi 5–6% 75 vuotta täytäneestä väestöstä (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008, 29). Myös paikallistasolla Salon kaupungissa on huomioitu ikääntyneille suunnattujen palvelujen kehittämisen tarve. Salon kaupungin vanhuspalvelujen kehittämissuunnitelmassa 2012–2020 mainitaan kotona asumista tukevien palvelujen kehittämisen tavoitteisiin kuuluvan mm. omaishoitajille suunnattujen uusien tukimuotojen kehittäminen (Salon kaupunki 2011, 27).

3 OMAISHOITO

Suomessa on arvioiden mukaan noin 300 000 omaishoitotilannetta, joista raskaita omaishoitotilanteita, joissa hoidettava olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa, arvioidaan olevan noin viidesosa. Moni omaishoitaja hoitaa omaistaan ilman lakisääteistä omaishoidontukea, vaikka hoitotilanteen sitovuus ja vaativuus sitä edellyttäisikin, koska useasti tukea aletaan hakea vasta silloin, kun omaishoitotilanne on raskaimmillaan. (Omaishoitajat ja Läheiset –liitto ry 2012; Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12-14.) Omaisen hoidosta kotona voi muodostua myös taloudellisia ongelmia, koska siihen liittyy usein palkka- ja eläketulojen menetyksiä sekä lisääntyviä kuluja (Kaaja 2008, 20).

Omaishoidon tuen avulla hoidetaan pääasiallisesti ikääntyneitä henkilöitä, jotka ovat usein hyvin raskashoitaisia ja olisivat ilman omaishoitajan apua laitoshoidon tarpeessa (Purhonen ym. 2011, 16). Ikääntyneen henkilön omaishoito voi olla pitkäaikaista ja ympärivuorokautista työtä, jossa avun tarve lisääntyy ajan myötä (Hyvärinen ym. 2003, 1950). Vuonna 2012 omaishoidon tuella hoidettavasta 40 492 henkilöstä 65

vuotta täyttäneitä oli 67 %. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2013.) Kuviossa 1 selvitetään tarkemmin yli 65-vuotiaiden omaishoidon tuella hoidettavien henkilöiden ikäjakaumaa.

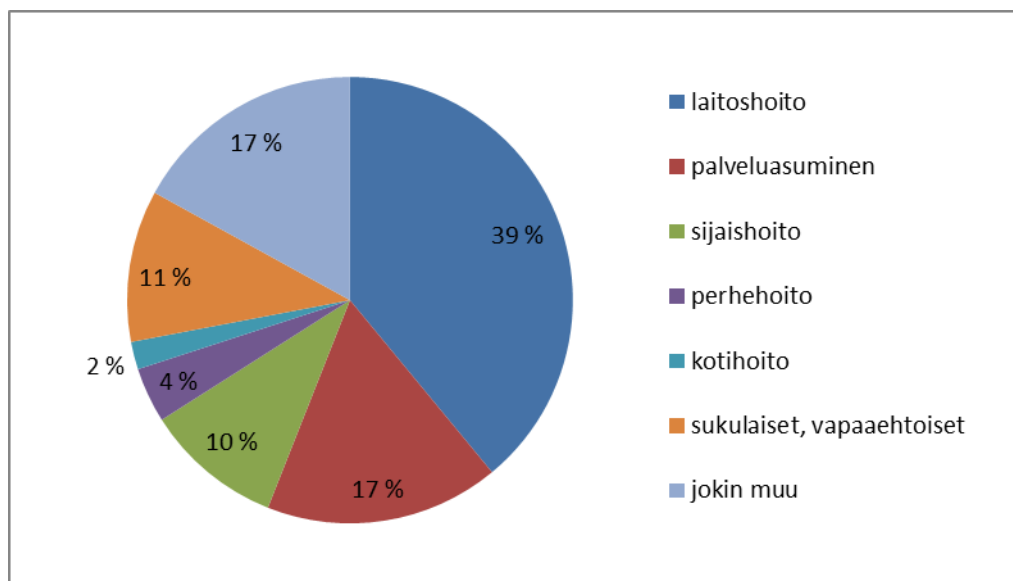


Kuvio 1. Yli 65-vuotiaiden omaishoidon tuella hoidettavat henkilöt vuonna 2012 (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2013)

3.1 Omaishoidon tuki

Vuonna 2006 voimaan tullut laki omaishoidon tuesta määrittelee omaishoidon olevan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Laissa määritellään omaishoitajaksi henkilö, joka on tehnyt toimeksiantosopimuksen läheisensä omaishoidosta kunnan kanssa. Omaishoidon tuen palvelukokonaisuuteen kuuluvat omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion lisäksi omaishoitajan vapaapäivät sekä omaishoittoa tukevat palvelut. Omaishoitajalla on oikeus vähintään kolmeen lakisääteiseen vapaavuorokauteen kuukaudessa. (Laki omaishoidon tuesta. 937/2005, 2 §.) Kuviossa 2 on esitetty omaishoidettavan hoidon järjestämistavat omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikana. Selkeästi enemmistö omaishoitajista käyttää omaishoidettavan laitoshoidon vapaiden pitämiseen. Muita omaishoittoa tukevia hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltäviä palveluja ovat mm. ateriapalvelu, kotipalvelu, kotisai-

raanhoito, päivätoiminta sekä lyhytaikainen laitoshoido hoidettavalle (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011a, 29–30).



Kuvio 2. Omaishoidettavan hoidon järjestämistavat omaishoitajan vapaan aikana (Siljander 2013)

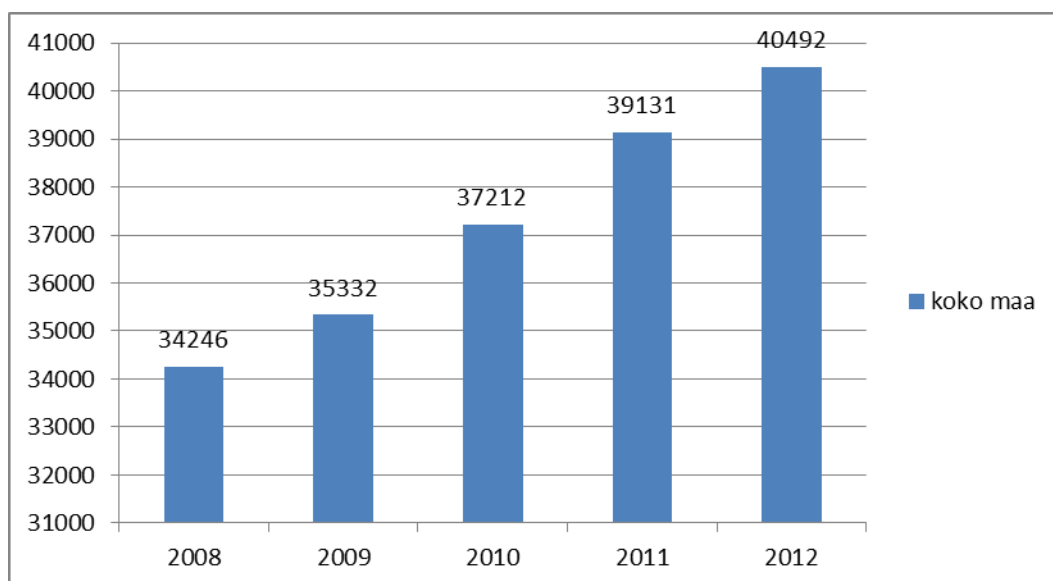
Omaishoidon tuen järjestämisvastuu on kunnalla. Laki ei takaa subjektiivista oikeutta omaishoidon tukeen, vaan tuen myöntäminen perustuu harkintaan. Kuntien käytännöt omaishoidon tukea koskevan lain toteutuksesta vaihtelevatkin suuresti. Kunnalla on mahdollisuus päättää omaishoidon tuen laajuudesta mm. kuinka paljon se osoittaa määrärahoja omaishoidon tukea varten. Kunnat saattavat esimerkiksi budjetoida omaishoidon tukeen liian vähän varoja, minkä vuoksi kriteerit täyttävät hakijat saattavat jäädä vaille etuuksia. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 26; Purhonen & Salanko-Vuorela 2011c, 42; Valokivi & Zechner 2009, 138–139.)

Omaishoidon tukea haetaan hoidettavan kotikunnasta, jossa omaishoidon tukiasioita hoitaa esimerkiksi omaishoidon tukikäsittelijä, kotipalveluohjaaja tai vanhus- tai vammaistyön sosiaalityöntekijä. Ennen tuen myöntämistä tehdään kotikäynnillä myöntämisedellytysten arviointi, jolla arvioidaan hoidettavan tarvetta hoitoon, omaisen tai läheisen valmiutta toimia omaishoitajana, omaishoitajan terveyttä ja toimintakykyä suhteessa omaishoidon asettamiin vaatimuksiin, omaishoitajan sosiaalista verkostoa, palvelujen riittävyyttä hoidettavan hyvinvoinnin tukemiseksi sekä kodin so-

veltuvuutta hoitopaikaksi. Lisäksi arvioidaan, onko tuen myöntäminen hoidettavan edun mukaista. Kotikäynnin yhteydessä laaditaan yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Päätös omaishoidon tuesta tehdään vasta näiden toimenpiteiden jälkeen. Kunta tekee omaishoitajan kanssa omaishoitosopimuksen, joka sisältää tiedot hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta, hoitajan oikeudesta lakisääteiseen vapaaseen sekä miten hoidettavan hoito on järjestetty omaishoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana. (Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry 2012; Purhonen ym. 2011, 26-28.) Omaishoidon hoitopalkkion suuruus määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Vuonna 2012 se oli vähintään 364,35 euroa kuukaudessa. Hoitopalkkio on verotettavaa tuloa ja se kartuttaa eläkettä, jos omaishoitaja on sopimusta tehdessään alle 68-vuotias. (Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry 2012.)

Omaishoidon tuen avulla hoidettavat henkilöt ovat pääasiallisesti ikääntyneitä. Yli 65-vuotiaiden omaishoidettavien määrä on kasvanut kuluneen kymmenen vuoden aikana lähes kaksinkertaiseksi. Huomionarvoista on myös, että yli puolet omaishoitajista on itsekin eläkeikäisiä. Vuonna 2012 omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä hoitajia oli koko Suomessa 40 492, joista yli 65-vuotiaita hoitajia oli 21 249 (52 %). Salon alueen 482 omaishoitajasta 258 oli yli 65-vuotias. (Tilasto- ja indikaattori-pankki SOTKANet 2013.) Eniten viime vuosina on lisääntynyt omaishoidon tuen piirissä olevien yli 75-vuotiaiden omaishoitajien määrä. Vuonna 2008 tehdyn omaishoitotutkimuksen mukaan 75 % omaishoidon tuen saajista oli naisia. 48 % omaishoitajista hoiti puolisoaan, 22 % omia vanhempiaan ja hoidettavan muita omaisia tai läheisiä oli 10 %. (Purhonen ym. 2011, 16–17.)

Vaikka lainsäädännössä omaishoitajalla tarkoitetaan vain niitä omaishoitajana toimivia henkilöitä, jotka ovat tehneet omaishoitosopimuksen hoidettavan henkilön kotikunnan kanssa, omaishoitotilanteen olemassaolo ei kuitenkaan ole riippuvainen virallisesta kunnalta saadusta tuesta. Huolimatta hoitotilanteiden sitovuudesta ja vaativuudesta suuri osa omaishoitotilanteista jää lakisääteisen tuen ulkopuolelle, koska virallista omaishoidon tukea aletaan hakea ja sitä myönnetään usein vasta omaishoidon raskaimmassa vaiheessa. Kuntien myöntämää omaishoidon tukea sai vuonna 2008 tehdyn omaishoitotutkimuksen mukaan vain noin 12 % hoitajista. (Purhonen ym. 2011, 13–16.) Kuvio 3 havainnollistaa omaishoidon tuen saajien määrän nousua viimeisten vuosien aikana.



Kuvio 3. Omaishoidon tuen sopimuksen tehneiden hoitajien määrän kasvu vuosina 2008–2012 (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2013)

3.2 Omaishoitajuus kunnan näkökulmasta

”Hakemalla omaishoidon tukea hoivaaja hakee sekä taloudellista tukea hoivatyön tekemiseen että virallista omaishoitajan statusta. Samalla omaishoitotilanne tulee tietäväksi kunnassa, ja tuen myöntämisen myötä omaishoito tulee rinnastetuksi kunnan muihin hoivapalveluihin.” (Valokivi & Zechner 2009, 138–139). Omaishoitajat ovat tärkeä osa vanhustenhuollon palvelujärjestelmää ja edullinen vaihtoehto järjestää hoitoa kunnan näkökulmasta tarkasteltuna (Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry, 2012; Purhonen 2011b, 20). Laitoshoitokuntoisen omaishoidossa olevan henkilön kustannukset kunnalle ovat arviolta noin 12 000 euroa vuodessa, kun taas vastaavassa tilanteessa laitoshoidon maksu on keskimäärin 55 000 euroa vuodessa. Omaishoidolla tehtävästä työstä kunnalle säästöä arviolta 43 000 euroa vuodessa yhtä laitoshoidoa vaativaa asiakasta kohden. (Mäkelä & Purhonen 2011, 22.)

Koska yhä useammin kotona hoidettavat henkilöt ovat vaikeahoitaisia henkilöitä, palvelujärjestelmän tulisi kehittyä omaishoitoa tukeväksi ja tarjota omaishoitoa tukevia, tarpeen mukaisia palveluja kotona tehtävän hoitotyön mahdollistamiseksi.

Omaishoitajalla tulisi aina olla mahdollisuus saada hoitoon myös yhteiskunnan tukea hoitotyön ollessa raskasta ja sitovaa. (Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry, 2012; Purhonen 2011b, 20.) Tukemalla perheiden mahdollisuuksia hoitaa läheistään kotona voidaan lykätä hoidettavan siirtymistä pysyvään laitoshoittoon (Mäkelä & Purhonen 2011, 23). Valitettavan usein yhteiskunta ryhtyy auttamaan omaishoitajia usein vasta, kun omaishoitajat itse osaavat hakea apua tai kun auttamistyössä on ajauduttu kriisiin (Hyvärinen ym. 2003, 1951).

Sosiaalipalveluja on jouduttu supistamaan valitettavan monissa kunnissa taloustaantumisen aikana, mikä on näkynyt omaishoitajille mm. kesken kauden irtisanottuina omaishoitotosopimuksina ja tarkennetuina kriteerein solmittuina uusina sopimuksina. Myöskään uusia omaishoitotosopimuksia ei pystytä tekemään määrärahojen supistusten vuoksi, vaikka omaishoidon kriteerit ja tuen edellytykset täyttyisivät. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011b, 33.)

3.3 Omaishoitajan identiteetti

Omaishoitajana toimivat eivät välttämättä aina miellä itseään omaishoitajiksi tai tiedosta olevansa omaishoitajia, vaikka läheisen hoitaminen olisi jatkuvaa ja säännöllistä. Hoitosuhde voi usein varsinkin ikääntyneen henkilön kohdalla kehittyä hitaasti hoidettavan avuntarpeen lisääntymisen seurauksena ja usein raja tavanomaisen auttamisen ja varsinaisen omaishoitajuuden välillä on liukuva. (Hyvärinen ym. 2003, 1949; Purhonen ym. 2011, 13.)

Omaishoidon tärkein motiivi ei ole hoidon ja auttamisen perusteella syntynyt rooli, vaan läheisen tai omaisen rooli, joka olisi olemassa hoidosta riippumatta (Purhonen 2011a, 18). Omaishoitosuhteeseen liittyykin aina tunneside, joka johtuu ensisijaisena olevasta puolison, lapsen, vanhemman tai muun läheisen roolista. Sitoutuminen hoitosuhteeseen kasvaa kiintymyksestä hoidettavaan yhteisen elämänhistorian tai perhesuhteen kautta. Hoitajaksi ryhtymiseen vaikuttaa myös mm. henkilön omat elämäkokemukset sekä käsitykset velvollisuudesta. (Mäkinen 2011, 50; Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011b, 58; Valokivi & Zechner 2009, 133.)

Omaishoitajan identiteetin rakentuminen on prosessi, johon vaikuttaa paitsi omaishoitajan omat ominaisuudet ja psyykinen työskentely myös suhde hoidettavaan, muihin läheisiin ja palvelujärjestelmässä toimiviin viranomaisiin. Tärkeä tekijä omaishoitajan identiteetin muotoutumiselle ovat myös toiset omaishoitajat. Omaishoitajan identiteetti muotoutuu vähitellen, kun auttajan rooli hyväksytään osaksi minäkuvaa ja perhesuhteita. Olennainen askel on siis omaishoitajan roolin tunnistaminen, mikä on myös edellytys sille, että omaishoitaja osaa hakea itselleen tukea. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011a, 53–58; Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011b, 60.)

Omaishoitajan käsitys omaishoitajuudesta vaikuttaa hänen omaan jaksamiseen. Jos koko identiteetti rakentuu omaishoitajuuden varaan, saattavat omat tarpeet ja toiveet jäädä taka-alalle. Tällöin on vaarana, että omaishoitaja saattaa jättää omasta hyvinvoinnista huolehtimisen tai että omaishoitajuus alkaa tuntua ylivoimaiselta taakalta. Omaishoitajan tulisi olla terveesti itsekäs, jotta hän pystyisi huolehtimaan itsestään, irtautumaan omaishoidosta ja jakamaan hoitovastuuta. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011c, 65–66.)

Omaishoitajuus on rooli, joka tulee omaishoitajan elämään muiden, jo olemassa olevien roolien rinnalle (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011b, 58). Naiselle ryhtyminen omaishoitajaksi ei useinkaan merkitse uutta roolia tai sukupuoliroolin vaihtumista. Kotityöt ja perheenjäsenten hoivaaminen ovat usein itsestään selviä rooleja naisille, jolloin omaishoitajuus vaan vahvistaa vanhoja rooleja. Miehellä omaisen hoitaminen voi olla täysin uusi tehtäväkenttä, mikä saattaa tuottaa ongelmia varsinkin hoitotarpeen lisääntyessä. (Valokivi & Zechner 2009, 132–133.)

Omaishoitajan antama hoito varmistaa hoidettavan henkilön näkökulmasta sen, että voi elää omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Omaishoitajat uskovat puolestaan läheisen elämänlaadun paranevan kotona hoidettaessa (Purhonen 2011a, 18). Omaishoito vaatii kuitenkin usein jatkuvaa sitoutumista ja on sekä taloudellisesti että henkisesti varsin raskasta (Purhonen ym. 2011, 15). Vuonna 2008 tehdyn omaishoitotutkimuksen mukaan 29 % omaishoitajista koki hoitamisen kuormittavan eniten psyykkisesti. Joka neljäs vastaaja oli kokenut stressiä omaishoitotilanteen vuoksi. (Purhonen 2011a, 18.)

Omaishoitaja saattaa hoitaa hoidettavaa osittain velvollisuudesta, mutta useammin taustalla on kuitenkin rakkaus ja auttamisen halu (Mäkinen 2011, 50; Valokivi & Zechner 2009, 134). Auttamisvastuu ja sitä kautta myös omaishoitajan rooli lankeaa usein puolisolalle, tavallisimmin vaimolle, tai tyttärille (Hyvärinen ym. 2003, 1950). Suomen lainsäädännössä ei määrätä hoitovelvoitetta, mutta sairaan puolison hoitaminen koetaan silti moraalisesti hyvinkin velvoittavana asiana (Purhonen 2011a, 17). Eteenkin iäkkäille pariskunnille puolison omaishoitajaksi ryhtyminen näyttää olevan usein itsestään selvyys ja tavoitteena on saada jatkaa yhdessä puolison kanssa elämää kotona. Tällöin omaishoito perustuu avioliiton solmimisessa annetun lupauksen lunastamisesta pitää puolisoa huolta ja motiivina on puolisojen välinen tunneside. (Nissi-Onnela & Kaivolainen, 2011b, 60; Valokivi & Zechner 2009, 134.) Omaishoitotilanne vaikuttaa aviopuolisoiden keskinäisiin suhteisiin muuttamalla puolisoiden aikaisemmin jakamaa vastavuoroista kumppanuutta arjessa. Sitoutuminen omaishoitajuuteen ja tunneside hoidettavaan eivät sulje pois sitä, että omaishoitajana toimiva puoliso voisi kokea tilanteen vuoksi menetyksen, pettymyksen ja katkeruudenkin tunteita. (Nissi-Onnela & Kaivolainen, 2011b, 60.)

Vanhempiaan hoitavat lapset ovat ryhtyneet omaishoitajiksi usein velvollisuudentunteesta. Aikuiset lapset haluavat hoitaa vanhempiaan vastavuoroisena palveluksena heiltä saadusta hoidosta ja huolenpidosta. Valitettavan usein ikääntyneiden vanhempien omaishoito tulee ajankohtaiseksi juuri, kun omaishoitajan oma elämäntilanne on kiireisimmillään. Työn ja omaishoidon yhdistäminen voi olla henkisesti, fyysisesti ja taloudellisesti vaativaa. (Nissi-Onnela & Kaivolainen, 2011b, 63–64; Valokivi & Zechner 2009, 134.)

3.4 Omaishoidon kuormittavuus

Omaishoitoon ensisijaisesti liittyvä kuormitus syntyy suoraan siitä, minkälaista hoitoa ja huolenpitoa hoidettava tarvitsee. Tähän vaikuttavat mm. hoidettavan fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat ja riippuvuus omaishoitajasta päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotyö saattaa olla ympärivuorokautista. Lisäksi omaishoitajan arki täyttyy monenlaisista arkiaskareista, kuten kodinhoidosta ja kodin ulkopuolisesta asioinnista. Hoitotyö kotiympäristössä on usein hyvin yksinäistä ja siitä puuttuvat

työelämään verrattuna usein sosiaaliset suhteet ja verkostot. Omaishoitaja joutuu myös usein tekemään myönnytyksiä hoitajana toimimisen vuoksi omaan rooliinsa. Omaishoidolla on todettu olevan yhteyttä erilaisiin psyykkisiin, fyysisiin, sosiaaliin, emotionaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin. Omaishoitajilla esiintyy muuta samanikäistä väestöä yleisemmin masentuneisuutta sekä kroonisia sairauksia ja oireita ja he myös käyvät useammin lääkärissä. (Heino 2011, 35; Hyvärinen ym. 2003, 1950; Juntunen & Salminen 2011, 4; Kaaja, 2008, 21; Malmi 2011, 104–106.)

Omaishoitajan kuormittumiseen vaikuttavat myös taustatekijät ja konteksti, kuten omaishoitajan ikä, sukupuoli ja taloudellinen tilanne. Naiset kuormittuvat miehiä helpommin toimiessaan omaishoitajina. Puoliso-omaishoitajien on todettu olevan alttiimpia hoidon aiheuttamalle kuormittuneisuudelle tiiviin hoitosuhteen vuoksi. Yleisesti samassa taloudessa hoidettavan kanssa asuvat kuormittuvat hoidosta enemmän kuin muualla asuvat. Ikääntyneiden omaishoitajien, joiden oma terveydentila on heikentynyt, on todettu kuormittuvan myös nuorempia omaishoitajia helpommin. (Hyvärinen ym. 2003, 1950; Juntunen & Salminen 2011, 4.)

Omaishoitajat kokevat yleensä henkisen rasituksen kuormittavimmaksi tekijäksi omaishoidossa. Henkistä uupumusta aiheuttaa hoidon sitovuus ja vastuullisuus, omaishoitajaan kohdistetut odotukset, huoli omasta terveydestä ja jaksamisesta sekä pelko tulevaisuudesta. (Kaivolainen 2011c, 120–121; Malmi 2011, 104–106.) Hoitotyön kuormittavuutta ja uupumisriskiä lisää osaltaan yksin tekemisen lisäksi kokonaisvastuun kantaminen tilanteesta. Omaishoitaja saattaa kokea jäävänsä yksin vastuuseen hoitotilanteissa ja tilanne koetaan kohtuuttomana tai vaihtoehdottomana. (Heino 2011, 35; Kaivolainen 2011b, 112–113; Malmi & Mäkelä 2011a, 125.)

Omaishoito voi herättää myös erimielisyyttä ja katkeruutta hoitoon osallistuvien ja osallistumattomien läheisten välillä (Hyvärinen ym. 2003, 1950). Omaishoitajalle saattaa tulla kokemus, ettei hänen toimintaansa omaishoitajana arvosteta. Varsinkaan hoidettava ei välttämättä osaa antaa kiitosta omaishoitajalle tämän tekemästä työstä. Hylkäävä päätös omaishoidon tuesta voi tuntua arvostuksen puutteelta sekä omaishoitajan elämäntilanteen ja omaishoitajuuden ymmärtämättömyydeltä ja voi aiheuttaa katkeruutta yhteiskuntaa ja ammattihenkilöstöä kohtaan. Oman tilanteen vertaa-

minen muiden ilman omaishoitotilannetta olevien ikätoverien tilanteeseen voi myös lisätä katkeruuden tunteita. (Kaivolainen 2011b, 113–115.)

Omaishoitaja saattaa kokea rakkauden ja kiintymyksen tunteiden hävinneen sairau- den ja sen aiheuttamien muutosten myötä. Hoitotyön sitovuuden vuoksi omaishoitaja on saattanut joutua luopumaan omista harrastuksista, ystävien tapaamisesta ja muusta omasta ajasta, jolloin omaishoitaja saattaa kokea oman elämänsä jäävän syrjään ja katkeroitua. (Kaivolainen 2011b, 113–114.) Omaishoitaja saattaa myös kokea surua seuratessaan hoidettavan sairautta ja heikkenevää terveydentilaa. Surua ja toivotto- muutta tunnetaan sekä hoidettavan läheisen että oman itsen puolesta. (Hyvärinen ym. 2003, 1950; Kaivolainen 2011c, 121.) Esimerkiksi muistisairautta sairastavan henki- lön omaishoito on poikkeuksellisen raskasta sairauden huonon ennusteen ja hoidetta- van vähitellen heikkenevän fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vuoksi (Hyvärinen ym. 2003, 1950).

Usealle omaishoitajalle vapaan pitäminen omaishoitajan tehtävästä on vaikeaa laki- sääteisestä oikeudesta huolimatta. Sosiaali- ja Terveysministeriön vuonna 2007 teet- tämän selvityksen mukaan ainoastaan 58 % omaishoitajista käytti oikeuttaan lakisää- teiseen vapaaseen (Voutilainen, Kattainen & Heinola 2007, 44). Esimerkiksi tila- päishoidon käytännön järjestelyjen hankaluus ja maksullisuus vaikuttavat omaishoi- tajan päätökseen pitää vapaata. Jos hoidettava joutuu suostuttelemaan lähtemään lyhytaikaishoitajaksolle, omaishoitaja voi kokea vapaan pitämisestä myös syyllisyy- den tunteita. (Kaivolainen 2011b, 116; Kotiranta 2011b, 178.)

Omaishoitajuus voi herättää hoitajassa monenlaisia negatiivisia ja kuormittavia tun- netiloja. Sitoutuminen hoitotyöhön aiheuttaa usein ihmissuhteiden vähenemistä, jon- ka vuoksi omaishoitajalla ei ole välttämättä ketään, jolle kertoa tunteistaan. Omais- hoitaja joutuu usein vastaanottama myös hoidettavan tunteita. Hoidettavan ärtynei- syys ja oikullisuus saatetaan kokea raskaaksi, vaikka usein niiden taustalla olevia syi- tä tulisi etsiä hoidettavan elämäntilanteesta ja sairaudesta. (Kaivolainen 2011d, 123– 124.)

3.5 Omaishoitajan kuormittumiselta suojaavat tekijät

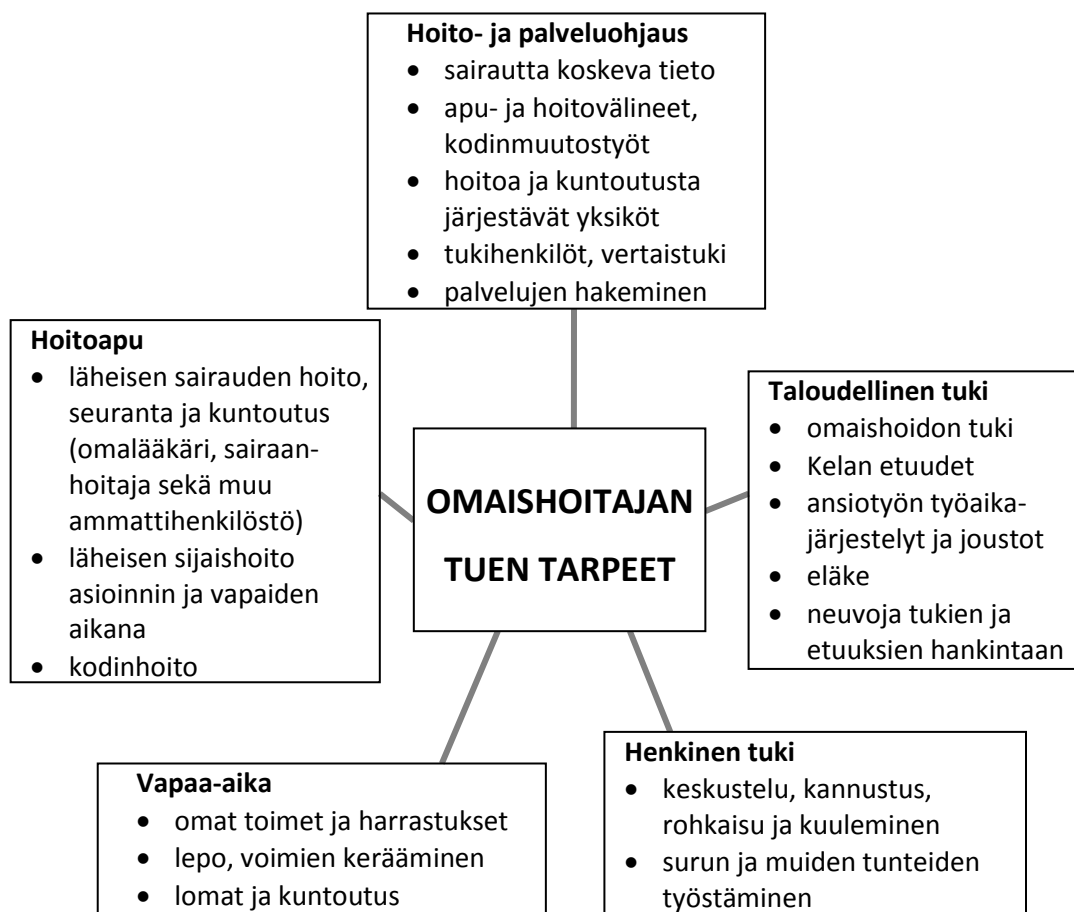
Vaikka omaishoitajat kokevat saavansa hoidosta stressiä ja negatiivisia terveysvaikutuksia, jotkut omaishoitajat pitävät omaishoitoa kuitenkin myös palkitsevana. Kuormittavien tekijöiden vaikutusten eroja omaishoitajien välillä selittävät omaishoitajan selviytymiskeinot ja sosiaalinen tuki. Selviytymiskeinoilla tarkoitetaan omaishoitajan toimintaa ja käytäntöjä kuten ongelmanratkaisukeinoja, joiden tarkoitus on mm. hallita vaikeiden tilanteiden synnyttämiä stressin oireita. Omaishoitajalla voi olla erilaisia keinoja omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen, kuten esimerkiksi omat harrastukset, liikunta, kulttuuri, yhdistystoiminta ja vertaistukiryhmät. Omaishoitajat kokevat myös vähemmän stressiä, jos heidän oman elämän hallinnan tunne ja usko omista kyvyistään ja pystyvyydestään ovat riittävän hyviä. (Juntunen & Salminen 2011, 4-5.) Merkkinä omaishoitajalle siitä, että hänen työnsä on huomattu ja sitä arvostetaan, voi olla esimerkiksi palvelujen ja omaishoidon tuen myöntäminen (Kaivolainen 2011b, 115).

Sosiaalisella tuella on myös tärkeä merkitys omaishoitajan jaksamisen kannalta. Sosiaalinen tuki jaetaan epäviralliseen, kuten perheen tai naapurien antamaan tukeen, ja viralliseen tukeen, joilla tarkoitetaan omaishoitajaa helpottavia palveluja, kuten kotipalvelua tai hoidettavan ympärivuorokautista laitoshoidojaksoa sekä myös hoito- ja kuntoutustoimenpiteitä, joiden tarkoitus on lisätä omaishoitajan selviytymiskeinoja ja taitoja avustamiseen liittyvissä tilanteissa. (Juntunen & Salminen 2011, 4-5; Kaaja 2008, 20; Kaivolainen 2011a, 107–110.)

3.6 Omaishoitajan tuen tarve ja sen tunnistaminen

Omaishoitaja ja hoidettava kohtaavat monia kriittisiä tilanteita, jolloin tuen tarve sekä palvelukokonaisuuden tarpeen selvittäminen korostuu. Näitä kuormittavia elämäntilanteita ovat siirtymätilanteet, kuten palvelujärjestelmän asiakkaaksi tuleminen omaishoidon alkuvaiheessa, hoidettavan sijaishoidon järjestyminen sekä pitkäaikaishoitoon siirtyminen. (Kaivolainen 2011e, 169; Kotiranta 2011a, 172–173.) Omaishoitotilanne kehittyy varsinkin ikääntyneiden henkilöjen kohdalla usein huomaamatta ja vähitellen. Pitkään jatkuneen hoidon seurauksena omaishoitaja saattaa uupua ja

sairastua, jolloin hänellä itsellään ole enää voimavaroja oman tilanteen kohentamiseen. Myös äkillisesti kohdanneessa omaishoitotilanteessa omainen tarvitsee tukea ja keskustelua voimavaroista, olemassa olevasta tukiverkoista ja tuen tarpeesta. (Malmi & Mäkelä 2011b, 144–145.) Kuvio 4 havainnollistaa omaishoitajan erilaisia tuen tarpeita.



Kuvio 4. Omaishoitajan tuen tarve (Autio 2006, 24; Malmi & Nissi-Onnela 2011, 77)

Omaishoitajien kohdalla kynnys avun hakemiseen ja palvelujen vastaanottamisen on usein korkea. Avun hakemiseen saattaa vaikuttaa tiedon puute saatavista tukimuodoista tai palvelujen hakemisen työläisyys. (Hyvärinen ym. 2003, 1953; Kaivolainen 2011e, 169–170.) Tuen tarpeen kartoitusta voi vaikeuttaa omaishoitajan väsymyksen ja tiedon tarpeen lisäksi myös aikaisemmat mahdollisesti negatiiviset kokemukset ja luottamuksen puute palvelujärjestelmää kohtaan (Järnstedt 2011, 146–148). Varsin-

kin tilapäishoidon laatuun ja sen sopivuuteen hoidettavalle saatetaan suhtautua hyvin kriittisesti. Omaishoitaja voi olla vastahakoinen antamaan hoidettavaa muiden hoitoon, koska pelkää hoidettavan kunnan heikkenevän tilapäishoidon aikana. Myös hoidettavan haluttomuus joutua muiden kuin omaisen hoidettavaksi voi olla este avun hakemiselle. (Hyvärinen ym. 2003, 1953; Kaivolainen 2011e, 169.)

Omaishoitaja saattaa myös jättää kertomatta omista ongelmistaan, kuten uupumuksesta, terveydentilansa muuttumisesta tai perheen sisäisistä ristiriidoista, koska uskoo hoidettavan hyvinvoinnin ja tilanteen selvittämisen olevan etusijalla. Hän saattaa pelätä omaishoidon päättyvän, jos tarvitsee palveluja omaishoidon tueksi. (Hyvärinen ym. 2003, 1953; Kaivolainen 2011e, 169.)

Omaishoitajan ja hoidettavan kanssa tehtävä yhteistyö edellyttää paitsi hoidettavan ja omaishoitajan tilanteeseen perehtymistä myös heidän toiveiden ja odotusten huomiointia. Tarjottavien tukimuotojen tulisi olla joustavia, monipuolisia ja omaishoitajan tarpeista lähteviä. Hyvin kohdennetuilla tukitoimilla voidaan lisätä omaishoitajan tietoa hoitamisesta ja tyytyväisyyttä sekä myös vähentää omaishoitajan kokemaa psyykkistä rasitusta. (Hyvärinen ym. 2003, 1953; Järnstedt 2011, 146.)

Omaishoitajien tukeminen ei saisi lähteä pelkästään palvelujärjestelmän näkökulmasta, jolloin ei oteta huomioon omaisten erilaisia ongelmia tai omaishoitajan tarpeita ja toiveita tuen sisällöstä. Toisaalta keskittyminen pelkästään ongelmiin saattaa jopa ylläpitää niitä. Keskittyminen voimavaroihin ja ratkaisuihin voi paitsi vahvistaa autettavien omaa jaksamista myös auttaa ammattilaisia työskentelemään paremmin omaishoitajien kanssa. (Hyvärinen ym. 2003, 1953.)

Omaishoitajan kotona antamaa hoitoa täydentävistä hoitajaksoista käytetään mm. nimitystä, intervallihoito, tilapäishoito, lyhytaikaishoito tai vuorohoitajakso. Säännölliset hoitajakset mahdollistavat omaishoitajan vapaapäivien pitämisen ja ovat siten merkittävä tuen muoto omaishoitajan jaksamisen kannalta. (Kotiranta 2011b, 178.) Valitettavan usein omaiset pitkittävät kuitenkin hoidettavan lyhytaikaishoitajaksojen aloitusta ja ulkopuoliseen hoitoon siirtymistä oman terveytensäkin uhalla (Kotiranta 2011c, 180).

Merkittävä apu omaishoitoperheen arjessa on eri tahojen, kuten viranomaisten, läheisten ihmisten, vapaaehtoisten ja toisten omaishoitajien muodostama verkosto. Terveysten huollon ja sosiaalihuollon työntekijöiden järjestämän konkreettisen tuen ja keskusteluavun lisäksi omaisjärjestöjen rooli tukimuotojen toteutuksessa ja kehittämisessä on tärkeä. Omaishoitajan henkisen hyvinvoinnin kannalta tärkein merkitys on kuitenkin oman perheen, sukulaisten sekä ystävien ja muun sosiaalisen verkoston antamalla tunnetuella. Omien kokemusten jakamiseen mahdollistavat kuitenkin vain vertaisryhmät. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 78.) Oman kokemukseni mukaan omaishoitajien osallistuminen vertaisryhmiin saattaa kuitenkin olla hankalaa, jos hoidettavalle ei ole järjestetty samanaikaisesti sijaishoitoa tai omaa ryhmätoimintaa.

4 KUNTOUTUSOHJAAJA OMAISHOITAJAN TUKENA

Kuntoutusohjauksella tarkoitetaan pitkäaikaissairasta tai vammaista henkilöä ja hänen läheisiään tukevaa toimintaa. Kuntoutusohjaajan tekemä ohjaus ja neuvonta liittyy mm. sairauden vai vamman hoitoon, apuvälineiden käyttöön, erilaisten kuntoutusmahdollisuuksien selvittämiseen, hoitojen järjestämiseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen, minkä vuoksi kuntoutusohjaajan tulee tuntea sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja lainsäädäntö. Kuntoutusohjaaja tekee usein tiivistä yhteistyötä myös kuntoutujan omaisten kanssa. (Suomen Kuntoutusohjaajien yhdistys 2013.)

Kuntoutusohjaus on tutumpi käsite perusterveydenhuollossa, mutta vanhuspalveluissa toimii harvemmin kuntoutusohjaajia. Yleensä ikääntyneiden asiakkaiden omaisille suuntautuvaa ohjaus- ja neuvontatyötä tekevät ns. palveluohjaajat ja -neuvojat sekä omaishoidon koordinaattorit. Ikääntyneiden omaishoidettavien parissa tehtävään työhön sisältyy usein omaisten neuvontaa esim. lyhytaikaishoidosta, edunvalvonnasta ja hoitotahdosta sekä ohjausta sosiaalietuuksien hakemisessa ja yhteydenotossa eri viranomaisiin. Ammattihenkilöllä tulee olla kykyä ottaa vastuuta hoidettavan ja omaishoitajan kokonaisvaltaisesta tilannearviosta, koska omaishoitajan voimavarat eivät välttämättä ole riittäviä pitkään jatkuneen hoidon seurauksena tai äkillisesti kohdanneessa omaishoitotilanteessa (Malmi & Mäkelä 2011b, 144–145). Omaishoitajan kanssa työskentelevän ammattihenkilön tulisi omata hyvät kohtaamis- ja vuorovaiku-

tustaidot. Omaishoitajan uupumisen havaitseminen ja puheeksi ottaminen vaatii usein herkkyyttä myös sanattomille viesteille, koska omaishoitaja saattaa peitellä omaa väsymystään. Tärkeää on huomioida myös omaishoitajan jäljellä olevat voimavarat. Laaja-alaisen koulutuksen kautta myös kuntoutusohjaajilla on hyvät lähtökohdat työskennellä omaishoitajien tukena.

5 COPE-INDEKSI

5.1 COPE-indeksin taustaa

COPE-indeksi on EU:n rahoittaman kolmivuotisen projektin, Carers of Older People in Europe tuotos. Projektiin osallistui yhteistyötahoja seitsemästä eri valtiosta ja sen tavoitteena oli kehittää yhdessä lyhyt ja nopeasti toteutettavissa oleva omaishoitajan tuen tarvetta seulova arviointimenetelmä. Lähtökohdiksi arviointimenetelmän kehittämiseksi asetettiin arviointimenetelmän lyhyt pituus ja helppokäyttöisyys sekä se, että arviointimenetelmä sisältää omaishoitamisen myönteiset ja kielteiset näkökulmat sekä selvityksen jo olemassa olevasta tuesta. Lisäksi arvioinnin tuli perustua omaishoitajan subjektiiviseen näkemykseen omasta tilanteestaan. COPE-indeksin kehitystyön asiantuntijoina on ollut tutkijoiden lisäksi omaishoitajia ja käytännön työn tekijöitä. Arviointimenetelmän teoreettisena perustana on malli, jossa kuormittumiseen liittyvien tekijöiden ja omaisen hoitamiseen käytettävien selviytymiskeinojen lisäksi nostetaan esiin myös hoitamiseen liittyvät myönteiset merkitykset. (Juntunen & Salminen 2011, 7-9.)

Kansaneläkelaitoksen (KELA) vuonna 2011 julkaiseman COPE-indeksin suomenkielinen käännös perustuu versioon, johon sisältyy seitsemän kielteinen vaikutus -osa-alueen kysymystä, neljä myönteinen merkitys -osa-alueen kysymystä ja neljä tuen laatu -osa-alueen kysymystä sekä arviointimenetelmän käyttöohje. Suomenkielinen käännös arviointimenetelmästä pilotoitiin Suomen MS-liiton toteuttamassa avokuntoutushankkeessa kesällä 2010. Lisäksi sekä COPE-indeksin luotettavuudesta että sekä menetelmän soveltavuudesta vanhusten omaishoitajien tuen tarpeen arvi-

ointiin on tehty arviointia KELA:n omaishoitajien kursseille 2011 osallistuneilta vanhusten omaishoitajilta kerätyllä aineistolla. (Juntunen & Salminen 2011, 8-10.)

5.2 COPE-indeksin toteutus

COPE-indeksi on suunniteltu ensisijaisesti omaishoitajien ja hoitoa arvioivien ammattilaisten yhteistyövälineeksi omaishoidon kuormittavuuden ja omaishoitajan tuen tarpeen arvioimisessa. COPE-indeksiä suositellaan käytettäväksi keskustelun tukena, koska sen avulla voidaan edistää omaishoitajan ja terveys- tai sosiaalialan ammattilaisen vuoropuhelua omaisen hoitamiseen liittyvistä tärkeistä asioista. Omaishoitajan on helppo täyttää COPE-arviointilomake myös itsenäisesti. Lomakkeen ja omaisen hoitoon liittyviä olosuhteita kartoittavien taustatietojen pohjalta käyty keskustelu omaishoitajan ja ammattilaisen välillä saattaa tuoda esiin tarpeen tilanteen tarkempaan selvitykseen. Arviointimenetelmän käyttö ei edellytä ammattilaiselta menetelmän käyttöön liittyvää koulutusta. Uusinta-arviointi COPE-indeksillä on syytä toistaa, kun omaishoitotilanne muuttuu hoidettavan tai omaishoitajan toimintakyvyn heiketessä tai omaishoitajan tukiverkoston muuttuessa. (Juntunen & Salminen 2011, 10–12.)

COPE-indeksistä voidaan myös laskea omaishoitajan vastausten summapisteet, kun halutaan täsmällistä tietoa siitä, miten omaishoitaja itse kokee tilanteensa ja onko hänellä tarpeita joillain osa-alueilla. COPE-indeksin osa-alueiden pistemäärille ei ole kuitenkaan voitu asettaa raja-arvoja, koska arviointimenetelmää ei ole toistaiseksi tutkittu riittävästi. (Juntunen & Salminen 2011, 11.)

5.2 COPE-indeksin rakenne

COPE-indeksissä on 15 kysymystä, joista seitsemän liittyy omaishoitajuuden kielteiseen vaikutukseen (avustamisen vaativuus, ystävyysuhteiden vaikeutuminen, fyysisen terveydentilan heikentyminen, perhesuhteiden vaikeutuminen, taloudelliset vaikeudet, roolivaikeudet, kielteiset tunnekokemukset), neljä omaishoitajuuden myönteisiin merkityksiin (selviytyminen hyvin, hyöty, hyvä suhde avustettavaan henkilöön, arvostus) sekä neljä tuen laatuun (yleisesti, ystäviltä ja/tai naapureilta, perheeltä

sekä terveys- ja sosiaalipalveluista saatu tuki) (Juntunen & Salminen 2011, 7-8). Seuraavassa esitellään eri osa-alueiden kysymykset:

Kielteinen vaikutus -osa-alue:

3. Pidätkö avustamista liian vaativana?
4. Vaikeuttaako avustaminen omien ystävyysuhteittesi ylläpitoa?
5. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaasi?
6. Aiheuttaako avustaminen vaikeuksia sinun ja perheenjäsentesi suhteisiin?
7. Aiheuttaako avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?
8. Tunnetko olevasi ansassa avustajan roolissasi?
15. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan tunne-elämääsi?

Myönteinen merkitys -osa-alue:

2. Tunnetko selviytyväsi hyvin avustajana?
10. Tuntuuko avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?
12. Onko sinulla hyvä suhde avustamaasi henkilöön?
14. Tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana?

Tuen laatu -osa-alue:

1. Tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi avustajana?
9. Tunnetko saavasi tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi?
11. Tunnetko saavasi hyvin tukea perheeltäsi?
13. Tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista?
(esim. julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen)

Jokaiseen kysymykseen on annettu vastausvaihtoehdoiksi *aina, usein, joskus, ei koskaan* sekä joidenkin kysymysten kohdalla myös *ei koske minua*. Jos arvioinnissa halutaan laskea vastausten summapistheet, tulee kunkin osa-alueen vastaukset pisteyttää (aina = 4, usein = 3, joskus = 2, ei koskaan / ei koske minua = 1) ja laskea yhteen. Suuri pistemäärä kielteinen vaikutus -osa-alueella voi kertoa siitä, että omaishoitaja on yllirasittunut roolissaan. Pieni pistemäärä myönteinen merkitys -osa-alueella voi merkitä omaishoitajan roolista saatua vähäistä tyydytystä. Pieni pistemäärä tuen laatu -osa-alueella saattaa olla merkki siitä, että omaishoitaja ei tunne saavansa riittävästi tukea. (Juntunen & Salminen 2011, 11.)

Jotta saataisiin kokonaiskuva omaishoitajan tilanteesta ja tarpeista, on tärkeää ottaa huomioon jokaisesta osa-alueesta saatu pistemäärä. Esimerkiksi suuren pistemäärän kielteinen vaikutus -osa-alueella, keskitason pistemäärän tuen laatu -osa-alueella ja suuren pistemäärän myönteinen merkitys -osa-alueella saanut omaishoitaja saattaa

olla yllirasittunut, mutta on saanut silti roolistaan tyydytystä ja voi hyvinkin haluta jatkaa omaishoitajana toimimista, jos hänen saamansa tuen laatua kyetään parantamaan. (Juntunen & Salminen 2011, 11.)

5.3 COPE-indeksin reliabiliteetti ja validiteetti

COPE-indeksin reliabiliteettia ja validiteettia on arvioitu useissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa kielteinen vaikutus -osa-alueen sisäinen yhtenevyys oli hyvä riippumatta mistä maasta tulokset olivat peräisin, koska kielteiset vaikutukset koetaan yleensä maailmanlaajuisesti hyvin samalla tavalla. Myönteinen merkitys- ja tuen laatu -osa-alueissa puolestaan maakohtaiset rakenteet poikkesivat kokonaisaineiston rakenteesta, koska niissä koetaan enemmän yksilöllisiä vaihteluja. (Juntunen & Salminen 2011, 8.)

COPE-indeksin samanaikaisvaliditeettia on tutkittu peilaamalla sitä mm. GHQ-terveyskyselyyn, HADS-ahdistuneisuus- ja masennusmittariin, WHOQoL-BREF-elämänlaadun mittariin, kuormittumista mittaavaan BI:hin sekä omaishoitajan pystyvyyden ja saavuttamisen arviointiin. Odotusten mukaisesti kielteinen vaikutus -osa-alue korreloi voimakkaimmin psyykkiseen hyvinvointiin, elämänlaatuun sekä ikäänantyneen toimintakykyyn. Myös myönteinen merkitys- ja tuen laatu -osa-alueiden korrelaatiot olivat merkitseviä, vaikka pienempiä kuin edellä. (Juntunen & Salminen 2011, 9.)

COPE-indeksin käytettävyyttä ja hyväksyttävyyttä on tutkittu yli 50-vuotiaiden, dementiaa sairastavien omaishoitajien ja heitä hoitavien ammattilaisten arvioiden perusteella. Sekä omaishoitajat että ammattilaiset arvioivat mittarin käytettävyyttä pääosin myönteisesti ja sen nähtiin parantavan kommunikaatiota ja lisäävän omaishoitajan tarpeiden ymmärtämistä. (Juntunen & Salminen 2011, 9-10.) Koska COPE-indeksi on kehitetty eurooppalaisena yhteistyönä ja sen luotettavuutta on tutkittu eurooppalaisella aineistolla, voidaan olettaa, että se sopii myös suomalaiseen järjestelmään (Juntunen & Salminen 2011, 12).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon kaupungin vanhuspalvelujen omaishoidon tuen piirissä olevien omaishoitajien kuormittumiseen ja tuen tarpeeseen liittyviä tekijöitä sekä omaishoitajuuden myönteisiä merkityksiä. Tarkoituksena oli verrata kuormittumisen kokemusta mm. hoitajan ikään, sukupuoleen, minkälainen suhde hoitajalla on hoidettavaan (puoliso, lapsi, lapsenlapsi) sekä siihen, millä keinoilla omaishoitaja pitää huolta omasta jaksamisestaan. Lisäksi opinnäytetyön avulla haluttiin selvittää COPE-indeksin käyttömahdollisuuksia omaishoitajien tuen tarpeen arvioinnissa.

Tutkimuskysymykset

- 1. Onko omaishoitajan taustatekijöillä (ikä, sukupuoli, suhde omaishoidettavaan) vaikutusta omaishoidon kuormittavuuteen?*
- 2. Miten omaishoitajan huolenpito omasta jaksamisesta vaikuttaa kuormittumisen kokemiseen, omaishoidon myönteisiin merkityksiin ja tuen tarpeeseen?*
- 3. COPE-indeksin käytettävyys ikääntyneiden henkilöiden omaishoitajien arvioinnissa?*

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Ajatus kuntoutusohjauksen ja suunnittelun opinnäytetyön aiheesta heräsi jo loppuvuodesta 2011, jolloin COPE-indeksin suomenkielinen versio ilmestyi Kelan julkaisemana. Silloinen esimieheni, kuntoutusohjaaja Heli Hussi ja omaishoidontukikäsitelijä Pirjo Virtanen olivat kiinnostuneet COPE-indeksin käyttömahdollisuuksista omaishoitosuhteen arvioinnissa ja kannustivat minua kartoittamaan tällä uudella arviointimenetelmällä koko Salon kaupungin alueella omaishoitajien tilannetta. Kohde-ryhmäksi valitsin yli 65-vuotiaiden henkilöiden omaishoitajat, koska työskentelen itse Salon kaupungin vanhuspalveluissa. Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamisen aloitin keväällä 2012 ja olen täydentänyt sitä opinnäytetyön valmistumiseen asti.

Maaliskuussa 2012 pidimme palaverin Salon kaupungin vanhuspalvelujen asiantuntijan Salla Lindegrenin ja omaishoidon tukikäsittelijä vs. Jenni Kukkolan kanssa. Keskustelimme tapaamisessa opinnäytetyöni aiheesta ja mahdollisuudesta liittää COPE-indeksin kysymykset osaksi yli 65-vuotiaiden henkilöiden omaishoitajille kevään 2012 aikana lähetettävää asiakaskyselyä. Tapaamisen yhteydessä teimme alustavan version yhdistetystä kyselylomakkeesta, jonka muokkaamista Kukkola jatkoi esitietojen ja avoimien kysymysten osalta yhdessä geronomiopiskelija Kaisa Niinistön kanssa. Olin yhteydessä myös COPE-indeksin suomenkielisen version käännöstyöhön osallistuneeseen projektitutkijaan TtM Kristiina Juntuseen Tutkimus- ja kehittämiskeskus Gero Centeristä, jolta sain ohjeita ja ehdotuksia lomakkeen muokkaamiseen. Lomakkeen laatimisessa käytettiin hyväksi Digium Enterprise-ohjelmistoa, joka on Salon kaupungissa käytössä asiakaspalautteen hallintaa varten. Alkuperäinen tarkoitukseni oli koodata kyselylomakkeet, jotta selkeästi tuen tarpeessa olevat omaishoitajat pystyittäisiin poimimaan vastaajien joukosta tarkempaa tilannekartoitusta varten. Tästä ajatuksesta päätettiin kuitenkin luopua rajallisten resurssien vuoksi.

Sain opinnäytetyölleni tutkimusluvan huhtikuun 2012 alussa, jonka jälkeen kyselylomakkeet lähetettiin omaishoitajille. Kyselylomakkeen viimeinen palautuspäivä oli huhtikuun lopussa. Palautuneiden kyselylomakkeiden tiedot syötettiin Digium Enterprise-ohjelmistoon. Pidimme vs. omaishoidon tukikäsittelijän kanssa palaverin aineiston käsittelystä ja hänen mukaansa Salon kaupungin vanhuspalveluille riitti asiakaspalautteen hallintaa varten Digium Enterprise-ohjelmistosta saatavat tilastot. Kesän 2012 aikana avasin aineiston tuloksia, jonka jälkeen pidimme vielä palaverin Digium Enterprise-ohjelmistosta saatujen yhteenvetoraporttien tuloksista vs. omaishoidon tukikäsittelijän kanssa. Aineisto myös Exel-tilukoitiin ja syötettiin SPSS-ohjelmistoon tarkempaa analysointia varten. SPSS-analyysissä sain apua projektitutkija Kristiina Juntuselta.

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä on Salossa yli 65-vuotiaiden henkilöiden omaishoitajina toimivat henkilöt. Tarkempana kohderyhmän valintakriteerinä oli 1.3.2012 voimassa oleva omaishoitosopimus. Ne omaishoitajat, jotka eivät olleet tehneet omaishoitosopimusta kaupungin kanssa, jätettiin kyselyn ulkopuolelle. Kriteerit täyttäviä henkilöitä oli 227.

7.2 Tutkimusaineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin postikyselynä toteutettua COPE-indeksi kyselylomaketta, joka liitettiin Salon kaupungin vanhuspalveluissa toteutettuun omaishoitajien asiakaskyselyyn (LIITE1). Kyselylomake koostui omaishoitajan taustatiedoista, hoidettavan taustatiedoista, COPE-indeksin kysymyksistä sekä omaishoitajille kohdennetuista asiakaspalautekysymyksistä. Omaisten taustatietoina kysyttiin sukupuolta, ikää, suhdetta hoidettavaan, omaishoitajuussuhteen kestoa sekä omaishoitajan terveydentilaa. Omaishoidettavien taustatiedoissa kysyttiin hoidettavien sukupuolta sekä ikää. Alkuperäiseen COPE-indeksin taustatiedoista jätettiin pois seuraavat kohdat; *avustamiseen käytetty aika viikossa, omaishoitajan työtilanne sekä asuuko omaishoitaja hoidettavan kanssa / kuinka kaukana omaishoitaja asuu hoidettavasta.* Ylimääräisenä kysymyksenä kartoitettiin, millä keinoin omaishoitaja pitää huolta omasta jaksamisestaan. Kyselylomakkeeseen ei kirjattu vastaajien henkilötietoja tai muita tunnistettavia tietoja eikä omaishoidon syitä anonyymiteetin turvaamiseksi.

Taustatietojen ja COPE-indeksin kysymyksiin valittiin valmiista vastausvaihtoehdoista ympyröimällä tai rastittamalla sopivin vaihtoehto. COPE-indeksin valmiit vastausvaihtoehdot olivat *aina, usein, joskus, ei koskaan, ei koske minua.* Kyselylomakkeen lopussa oli lisäksi avoimia kysymyksiä, joissa kysyttiin omaishoitajien mielipiteitä, kehitysideoita ja vapaata palautetta omaishoitajille suunnattuihin palveluihin liittyen. Avoimet kysymykset (23.–29.) jätettiin opinnäytetyön ulkopuolelle.

Asiakaskyselyn saatekirjeessä (LIITE 2) mainittiin, että kyselylomakkeen vastauksia tullaan hyödyntämään opinnäytetyössä. Kyselylomakkeen palautusta varten oli varat-

tu kirjekuori, jonka postimaksu oli maksettu valmiiksi. Kysely lähetettiin 4.4.2012 kriteerit täyttävälle 227 omaishoitajalle. Palautusaikaa oli varattu huhtikuun 2012 loppuun asti.

8 AINEISTON ANALYSOINTI

8.1 Aineisto

Opinnäytetyön aineistona käytettiin omaishoitajille lähetettyjä asiakaskyselyitä, joihin oli liitetty opinnäytetyössä käytetyn COPE-indeksin kysymykset. Määräaikaan mennessä palautuneita kyselylomakkeita oli 146 kappaletta (vastausprosentti 64,3 %). Yhdessä lomakkeessa vastaaja oli jättänyt vastaamatta kysymyksiin 1-16, jonka lisäksi 21 lomakkeessa oli jätetty 1-2 kysymykseen vastaamatta. Muutama kysymykseen oli rastitettu kaksi vastausvaihtoehtoa, jolloin tiedot tallennettiin analysointivaiheessa havaintomatriisiin seuraavasti; vastaus sekä *aina* että *usein* = *usein*, vastaus *ei koskaan* ja *joskus* = *joskus*.

8.2 Aineiston käsittely

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineistoa analysoitiin sekä Digium Enterprise-ohjelmistolla että SPSS-ohjelmistolla. Digium Enterprise-ohjelmisto on käytössä Salon kaupungissa asiakaspalautteiden hallinnassa. Sen avulla pystytään mm. laatimaan nopeasti ja yksinkertaisesti erilaisia kyselylomakkeita sekä keräämään tietoa ja palautetta asiakkailta ja sidosryhmiltä esimerkiksi mm. verkkokyselyjen avulla. Ohjelmiston kautta saadaan yhteenvetoraportti kaikista vastauksista. Yhteenvetoraporttiin voi myös asettaa yksittäisiä vertailuryhmiä. (Questback 2013.) Opinnäytetyössä käytettiin hyväksi ohjelmistosta saatavaa yhteenvetoraporttia *kaikista vastaajista* sekä vertailuryhmiä *nainen omaishoitajana*, *mies omaishoitajana* ja *puoliso omaishoitajana*. SPSS-ohjelmiston avulla aineistosta laskettiin tuen laadun, omaishoidon myönteisten merkitysten ja kielteisten vaikutusten summamuuttujien keskiarvot sekä näiden COPE-indeksin osa-alueiden ja omaishoitajien

ään, puoliso-omaishoitajuuden ja omasta jaksamisesta huolenpidon välisiä yhteyksiä riippumattomilla T-testeillä (LIITE 3). Summamuuttujaksi nimitetään muuttujaa, jonka arvot on saatu laskemalla yhteen samaa ilmiötä mittaavien erillisten muuttujien arvot. Kyselytutkimuksessa summamuuttujia käytetään usein vastausten yhdistämisessä, jolloin saadaan tiivistetty kuva tutkittavasta asiasta. T-testiä käytetään, kun halutaan verrata kahden ryhmän keskiarvoa ja keskiarvojen eron tilastollista merkittävyyttä. (Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto 2013.)

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

9.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista (n=146) 72,92 % oli naisia ja 27,08 % miehiä. Suurin osa vastaajista (71,53 %) kuului 65–84-vuotiaiden ikäryhmään, viidesosa oli alle 65-vuotiaita ja vain reilu 6 % vastaajista kuului yli 85-vuotiaiden ikäryhmään. Taulukossa 1 esitellään omaishoitajien ikäjakaumaa sukupuolittain.

Taulukko 1. Omaishoitajien ikäjakauma sukupuolittain (n=144)

	- 64 v	65 - 74v	75 - 84v	85v -	Yhteensä
Nainen	25 (24,04 %)	39 (37,50 %)	39 (37,50 %)	1 (0,96 %)	104
Mies	7 (17,95 %)	12 (30,77 %)	13 (33,33 %)	7 (17,95 %)	39
	32 (22,22 %)	51 (35,42 %)	52 (36,11 %)	9 (6,25 %)	144

Valtaosa vastaajista (80,69 %) oli hoidettavan puolisoja. Miesten osuus (87,18 %) puolisoaan hoitavista omaishoitajista oli hieman naisia (78,10 %) suurempi. Vanhempansa hoiti naisista joka viides ja miehistä joka kymmenes. Taulukko 2 selvittää tarkemmin tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien suhdetta hoidettavaan.

Taulukko 2. Omaishoitajien suhde hoidettavaan sukupuolittain (n=145)

	Puoliso	Lapsi	Jokin muu	Yhteensä
Nainen	82 (78,10 %)	21 (20,00 %)	2 (1,90 %)	105

Mies	34 (87,18 %)	5 (12,82 %)	0	39
	117 (80,69 %)	26 (17,93 %)	2 (1,38 %)	145

Omaishoitajista vajaa puolet oli toiminut omaishoitajana 2-5 vuotta. Reilu neljännes vastaajista oli toiminut omaishoitajana yli 5 vuotta. Puoliso-omaishoitajien kohdalla tämä osuus oli hieman muita suurempi (31,62 %). Taulukko 3 selventää naisten ja miesten välisiä eroja omaishoitajana toimimisen keston suhteen.

Taulukko 3. Omaishoitajana toimimisen kesto sukupuolittain (n=145)

	alle vuoden	1 - 2 vuotta	2 - 5 vuotta	yli 5 vuotta	Yhteensä
Nainen	12 (11,43 %)	17 (16,19 %)	49 (46,67 %)	27 (25,71 %)	105
Mies	6 (15,38 %)	8 (20,51 %)	13 (33,33 %)	12 (30,77 %)	39
	18 (12,41 %)	25 (17,24 %)	62 (42,76 %)	40 (27,59 %)	145

Omaishoitajien arviot terveydentilastaan painottuivat kohtalaiseen. Hyväksi oman terveydentilansa koki reilu viidennes ja huonoksi alle kymmenesosa omaishoitajista. Terveydentilan osalta vastaajissa ei ollut selkeitä eroja sukupuolten tai muiden tekijöiden välillä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Omaishoitajien terveydentila sukupuolittain (n=143)

	Hyvä	Kohtalainen	Huono	Yhteensä
Nainen	24 (23,08 %)	72 (69,23 %)	8 (7,69 %)	104
Mies	8 (21,05 %)	27 (71,05 %)	3 (7,89 %)	38
	32 (22,38 %)	100 (69,93 %)	11 (7,69 %)	143

Omaishoidettavista kuusi kymmenestä oli miehiä ja lähes puolet oli 75-84-vuotiaita. Omaishoitajamiehistä suurin osa (87,18 %) hoiti naista, vain reilulla kymmenesosalla hoidettava oli mies. Omaishoitajanaista puolestaan miehiä hoiti kahdeksan kymmenestä. Puoliso-omaishoitajista selkeä enemmistö (70,69 %) oli miespuolista puolisoaan hoitavia naisia. Omaishoidettavien taustatiedot on koottu alla olevaan taulukkoon (Taulukko 5).

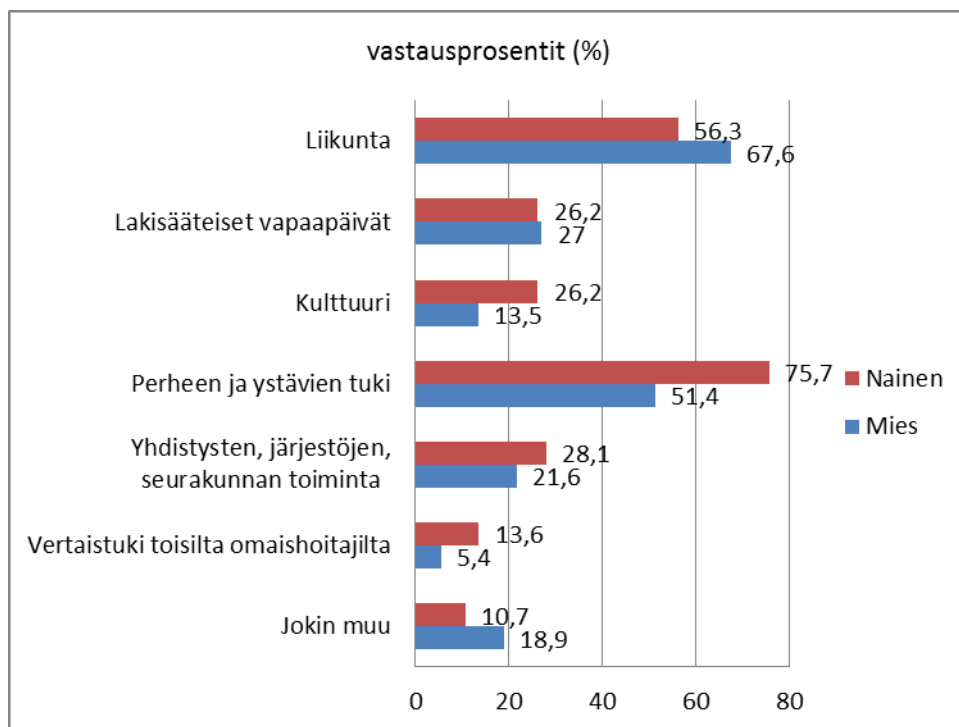
Taulukko 5. Omaishoidettavien taustatiedot

Omaishoidettavan sukupuoli (N=144)	Nainen	Mies
	54 (37,50 %)	90 (62,50 %)

Omaishoidettavan ikä (N=144)	65-74v	75-84v	85v-
	41 (28,47 %)	61 (42,36 %)	42 (29,17 %)

9.2 Omaishoitajien huolenpito omasta jaksamisestaan

Selviytymiskeinojen kartoittamiseksi omaishoitajilta tiedusteltiin, miten he pitivät huolta omasta jaksamisestaan. Vastausprosentit jakaantuivat kuvion 5 osoittamalla tavalla. Valtaosa omaishoitajista (69,50 %) koki perheeltä ja ystäviltä saadun tuen tärkeänä oman jaksamisen kannalta. Yli puolet omaishoitajista harrasti liikuntaa oman jaksamisen tukena. Omaishoitajista noin neljäsosa piti lakisääteiset vapaapäivät. Samoin neljäsosa omaishoitajista oli mukana yhdistysten, järjestöjen tai seurakunnan toiminnassa. Reilu viidesosa koki voimaautuvansa kulttuurin keinoin. Toisilta omaishoitajilta saatua vertaistukea sai reilu kymmenesosa omaishoitajista. Osa omaishoitajista oli kirjannut muita keinoja oman jaksamisensa ylläpitoon. Näitä olivat mm. hyötyliikunta (pihatyöt, koiran ulkoilutus), luonnossa liikkuminen, harrastukset, lukeminen, askartelu ja käsityöt, lomamatkat sekä hierojalla käyminen.



Kuvio 5. Omaishoitajien huolenpito omasta jaksamisestaan

9.3 Omaishoitajien vastaukset COPE-indeksin kysymyksiin

Omaishoitajien vastauksia käsitellään COPE-indeksin jaottelun mukaan (*tuen laatu, myönteinen merkitys ja kielteiset vaikutukset*). Liitteessä 4 on esitetty tarkemmin COPE-indeksiin liittyvien vastausten jakautuminen osioittain.

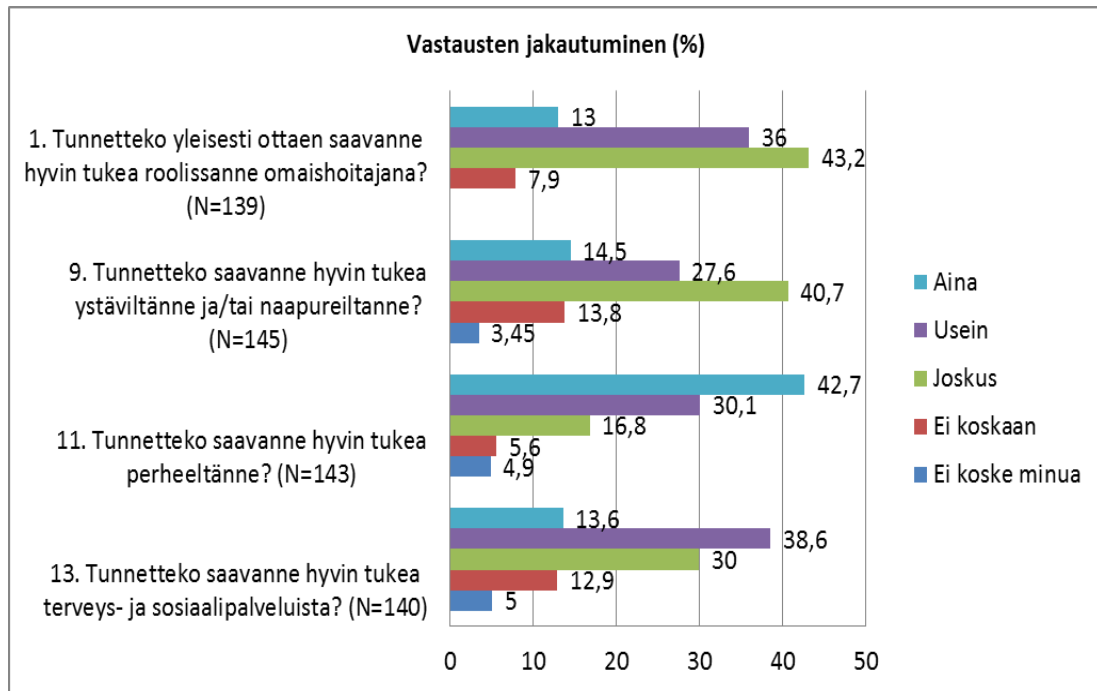
9.2.1 Tuen laatu

Omaishoitajan rooliin tuen saamista yleisesti ottaen hyvin koki saavansa *aina* vain reilu kymmenesosa vastaajista. *Usein* hyvin tukea koki saavansa joka kolmas vastaaja. Lähes puolet vastaajista koki saavansa hyvin tukea *joskus*. *Ei koskaan* -vastanneita oli alle kymmenesosa vastaajista.

Ystäviltä ja naapureilta tukea hyvin koki saavansa *aina* hieman yli kymmenesosa vastaajista. *Usein* ystäviltä ja naapureilta tukea saavia oli joka neljäs vastaajista. *Joskus* tai *ei koskaan* ystäviltä ja naapureilta tukea saavia oli kuitenkin jopa yli puolet vastaajista.

Suurin osa omaishoitajista (72,73 %) koki saavansa hyvin tukea perheeltään. Yhteensä vain viidesosa vastaajista koki saavansa perheeltä tukea vain *joskus* tai *ei koskaan*. Terveys- ja sosiaalipalveluista hyvin tukea koki saavansa *aina* tai *usein* noin puolet vastaajista. Joka kolmas koki saavansa terveys- ja sosiaalipalveluista hyvin tukea *joskus*. Vastaajista reilu kymmenesosa koki kuitenkin, ettei ole koskaan saanut hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista.

Kuvio 6 selventää omaishoidon tuen laatuun liittyvien kysymysten vastausprosenttien jakautumista.



Kuvio 6. Omaishoidon tuen laatu

9.2.2 Myönteinen merkitys

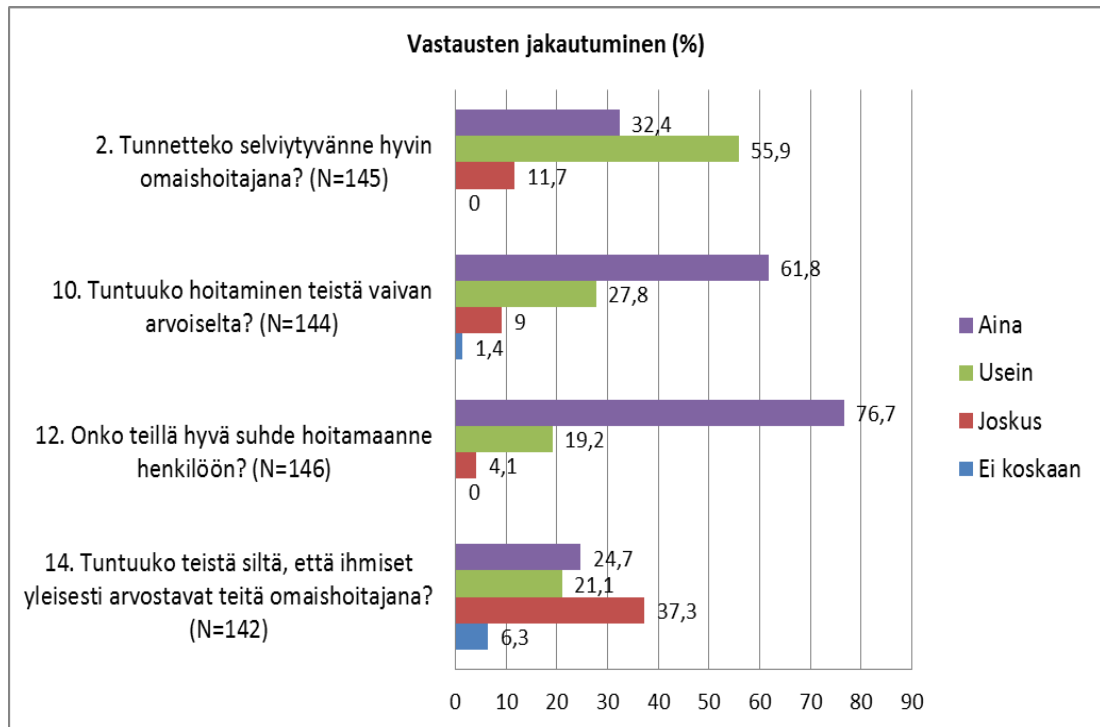
Vastaajista lähes kolmannes koki selviytyvänsä *aina* hyvin omaishoitajan tehtävistä. Yli puolet koki selviytyvänsä omaishoitajan tehtävistä hyvin *usein*. Vain kymmenesosa vastaajista koki, että selviytyy vain *joskus* hyvin omaishoitajana.

Hoitamista vaivan arvoisena pitivät *aina* kuusi kymmenestä vastaajasta ja *usein* lähes kolmasosa vastaajista. *Joskus* tai *ei koskaan* vaivan arvoisena hoitamista piti yhteensä kymmenesosa vastaajista.

Vastaajista kolme neljästä koki, että heillä on *aina* hyvä suhde hoitamaansa henkilöön. Viidesosa vastaajista piti suhdetta hoidettavaan *usein* hyvänä.

Aina tai *usein* ihmisten arvostusta omaishoitajana toimimisesta koki saavansa vajaa puolet vastaajista. Rungas kolmasosa vastaajista koki saavansa *joskus* arvostusta omaishoitajana. Joka kymmenes vastaajista koki, ettei saa koskaan arvostusta omaishoitajana toimimisesta.

Kuvio 7 selventää omaishoidon myönteisiin merkityksiin liittyvien kysymysten vastausprosenttien jakautumista.



Kuvio 7. Omaishoidon myönteinen merkitys

9.2.3 Kielteiset vaikutukset

Vastaajista selkeästi enemmistö (64,83 %) piti hoitamista *joskus* liian vaativana. *Aina* tai *usein* hoitamista liian vaativana piti kuitenkin yhteensä alle viidesosa vastaajista. Joka kymmenes vastaajista koki hoitamisen vaikeuttavan *aina* omien ystävyyssuhteiden ylläpitoa. *Usein* vastanneita oli lähes neljännos vastaajista ja *joskus* lähes puolet vastaajista.

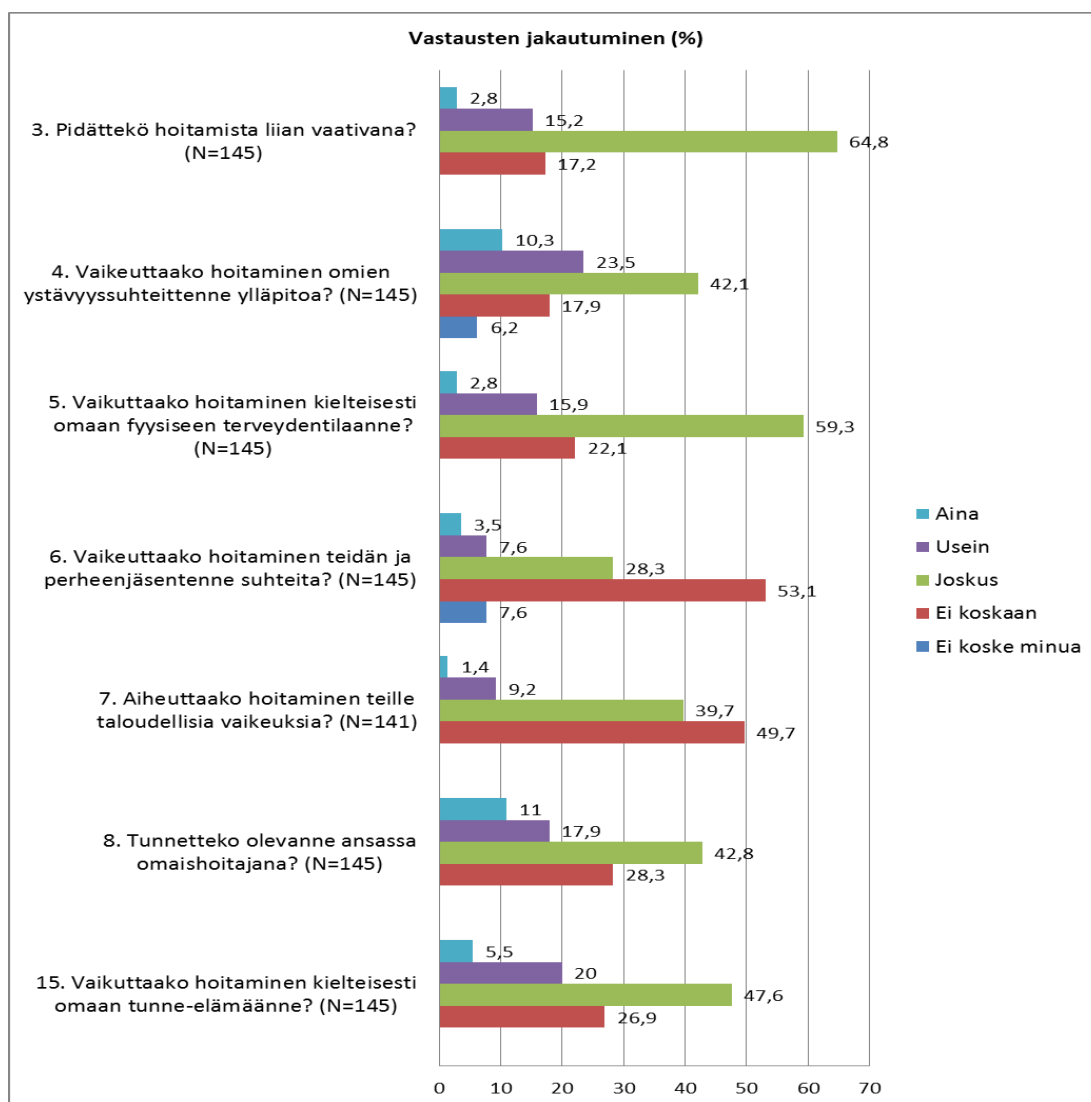
Vastaajista yli puolet koki hoitamisen vaikuttavan *joskus* kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaansa. Yhteensä viidesosa vastaajista koki hoitamisen vaikutuksen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaan *aina* tai *usein*. Viidennes vastaajista koki, ettei hoitamisella ole ollut vaikutusta vastaajan fyysiseen terveydentilaan.

Yli puolet vastaajista koki, ettei omaishoito vaikeuta vastaajan ja perheenjäsenten välisiä suhteita. *Joskus* hoidon perhesuhteita vaikeuttavana koki kolme kymmenestä vastaajasta. *Aina* tai *usein* hoidon perhesuhteita vaikeuttavana koki yhteensä vain joka kymmenes vastaajista.

Valtaosa vastaajista (89,37 %) koki, että hoitaminen aiheuttaa vain *joskus* tai *ei koskaan* taloudellisia vaikeuksia. *Aina* tai *usein* hoidon taloudellisia vaikeuksia aiheuttavana koki jälleen yhteensä vain joka kymmenes vastaajista.

Vastaajista lähes puolet koki olevansa *joskus* ansassa omaishoitajana. *Aina* tai *usein* ansassa koki olevansa yhteensä noin kolmasosa vastaajista. Lähes saman verran vastaajista koki kuitenkin, ettei ole koskaan ansassa omaishoitajana.

Omaishoitajan tunne-elämään kielteisesti hoitamisen koki vaikuttavan *joskus* lähes puolet vastaajista. *Usein* -vastanneita oli viidesosa vastaajista. Kuitenkin joka neljäs vastaaja ei kokenut omaishoidolla olevan kielteistä vaikutusta omaan tunne-elämään. Kuvio 8 havainnollistaa omaishoidon kielteisiin vaikutuksiin liittyvien kysymysten vastausprosenttien jakautumista.



Kuvio 8. Omaishoidon kielteiset vaikutukset

9.3 SPSS-analyysi

COPE-indeksin osa-alueiden pistemäärille ei ole voitu asettaa tarkkoja raja-arvoja, koska arviointimenetelmää ei ole toistaiseksi tutkittu riittävästi. COPE-indeksin pistemäärien tulkinnassa on käytössä kuitenkin suuntaa antavat raja-arvot, jolloin omaishoitaja on mahdollisesti kuormittunut ja hänen tilanteensa pitäisi arvioida tarkemmin uudelleen. Omaishoitajan tilanne tulisi arvioida tarkemmin, mikäli hän saa yli 15 pistettä *kielteinen vaikutus* -osa-alueella, alle 10 pistettä *myönteinen merkitys* -osa-alueella tai alle 6 pistettä *tuen laatu* -osa-alueella. (Juntunen & Salminen 2011, 12.) Tässä opinnäytetyössä ei tarkasteltu yksittäisten vastaajien summamuuttujien arvoja, mutta aineistosta haluttiin selvittää miten vastaajat keskimäärin sijoittuvat suuntaa antaviin raja-arvoihin nähden. *Tuen laadussa* vain 2,2 % vastaajista sai alle 6 ja *myönteisissä merkityksissä* 5,1 % vastaajista sai arvon alle 10. Huomioitavaa on kuitenkin, että 26,4 % vastaajista sai yli 15 pistettä osa-alueelta *kielteiset vaikutukset*. Taulukossa 6 on esitetty COPE-indeksin eri osa-alueiden summamuuttujien keskiarvot.

Taulukko 6. COPE-indeksin osa-alueiden summamuuttujien keskiarvot

	N	Vaihteluväli	Keskiarvo	Keskihajonta
Tuen laatu, ka < 6*	135	4-16	10,42	2,653
Myönteinen, ka < 10*	137	7-16	12,94	2,010
Kielteinen, ka > 15*	140	7-24	13,51	4,121

* Omaishoitajan kuormittumisen ja tuen tarpeen tilan tarkemmasta uudelleen arvioinnista COPE-indeksin käyttöohjeissa annettu raja-arvo

COPE-indeksin eri osa-alueiden ja omaishoitajan iän suhteen ei syntynyt tilastollisesti merkitseviä eroja. Vaikka puoliset kokivat enemmän omaishoidon kielteisiä vaikutuksia, ero ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p=0.077$). Perheen ja ystävien tuella oli aineistossa tilastollisesti merkitsevä ero kokea parempaa tuen laatua ($p=0.000$) ja vähemmän kielteisiä vaikutuksia ($p=0.005$). Muilla omaishoitajien omasta jaksamisesta liittyvillä tekijöillä ei syntynyt tilastollisesti merkittäviä eroja.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Tutkimuksen johtopäätökset

Omaishoitajat kokivat saavansa yleisesti hyvin tukea omaishoitajan rooliin. Terveys- ja sosiaalipalveluista tuen saaminen koettiin myös hyvänä. Omaishoitajat kokivat saavansa hyvin tukea perheeltä, mutta ystäviltä ja naapureilta tuen saaminen koettiin riittämättömäksi. Valtaosa omaishoitajista koki selviytyvänsä hyvin hoitajana ja he pitivät hoitamista myös vaivan arvoisena. Omaishoitajilla on myös yleisesti hyvä suhde hoidettavaan henkilöön. Huomionarvoista on kuitenkin se, että lähes puolet vastaajista koki, ettei heitä arvosteta hoitajina riittävästi. Vaikka omaishoitajat arvioivat hoitamiseen liittyviä tekijöitä keskimäärin hyvin positiivisesti, omaishoidon kielteiset vaikutukset nousivat vastauksista myös selkeästi esille. Suurin osa omaishoitajista koki hoitamisen vaikeuttavan omien ystävyysuhteiden ylläpitoon. Samoin hoitamisen ja oman fyysisen terveydentilan heikentymisen välillä nähtiin myös yhteyttä. Usea omaishoitaja koki hoitamisen vaikuttavan kielteisesti omaan tunne-elämäänsä. Omaishoitajuus koettiin myös ansana. Vain pieni osa omaishoitajista piti hoitamista kuitenkin liian vaativana tai koki sen aiheuttavan taloudellisia vaikeuksia. Hoidolla ei nähty olevan myöskään vaikutusta omaishoitajan ja perheenjäsenten väliin suhteisiin. Aineistosta saadut tulokset ovat yhtenevät mm. Kaajan (2008) tutkimustuloksiin ikääntyneiden omaishoidosta.

Omaishoitajan iällä ei ollut näissä tutkimustuloksissa merkitystä omaishoidon kuormittavuuteen. Myöskään puolisojen osalta tulokset eivät olleet tilastollisesti merkittäviä. Omaishoitajien selviytymiskeinoista perheen ja ystävien tuella oli kuormittumista vähentävä vaikutus. Usein omaishoitajana toimiminen vaikeuttaa kuitenkin monen omaishoitajan kohdalla ainakin ystävyysuhteiden ylläpitoa, mikä lisää kuormittumisen kokemista.

Vaikka *tuen laadussa* ja *myönteisissä merkityksissä* vastaajista vain pieni osa jäi summamuuttujia tarkasteltaessa raja-arvojen alapuolelle, kuitenkin neljäsosa vastaajista sai yli 15 pistettä osa-alueelta *kielteiset vaikutukset*. Tämä viittaisi siihen, että vastaajien joukossa on kuormittuneita omaishoitajia kuitenkin paljon.

10.2 Tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen toteutuksen luotettavuus ja eettisyys

Reliaabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimustuloksia voidaan pitää reliaabeleina esimerkiksi, kun tutkittaessa henkilöä eri tutkimuskerroilla saadaan samat tulokset tai kahden eri tutkijan tutkiessa samaa henkilöä tulokset ovat yhtenevät. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä, eli mitataanko sillä tarkoitettua asiaa. Reliaabelius ja validiteetti muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 213.) Koska yksilön subjektiivinen kokemus vaihtelee elämässä tapahtuvien muutosten myötä, samalle henkilölle eri ajan-kohtina tehdyistä asiakaskyselyistä ei välttämättä olisi saatu samoja tuloksia. Opinnäytetyön reliaabeliutta parantaa kuitenkin tarkka selostus työn toteuttamisen eri vaiheista. Opinnäytetyön tulosten perusteella COPE-indeksi mittaa omaishoitajien kuormittumista, omaishoidon myönteisiä merkityksiä ja tuen laatua luotettavasti. Opinnäytetyön laatuun on saattanut vaikuttaa aineiston syöttövaiheen aikana mahdollisesti tulleet virheet.

Jotta tutkimus olisi eettinen, tutkimushenkilöille tulee kertoa mistä tutkimuksessa on kysymys ja hänen anonymiteetti tulee taata (Hirsjärvi ym. 2009, 26–27). Opinnäytetyössä käytettyyn kyselylomakkeen saatekirjeessä mainittiin, että kyselylomakkeen vastauksia tullaan hyödyntämään opinnäytetyössä ja että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti nimettöminä. Kyselylomakkeeseen ei kirjattu vastaajien henkilötietoja tai muita tunnistettavia tietoja eikä omaishoidon syitä anonymiteetin turvaamiseksi. SPSS -analyysivaiheessa aineisto oli muutettu taulukkomuotoon, minkä vuoksi analyysin tekoon osallistunut tutkimuksen ulkopuolinen henkilö ei käsitellyt lainkaan itse kyselylomakkeita.

10.3 Tutkimuksen tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Omaishoito on vanhustenhuollon keskeinen painopistealue. Salon kaupungin vanhustalpalveluissa ei ole käytössä erillistä arviointimenetelmää omaishoidon kuormittavuuden ja omaishoitajan tuen tarpeen arvioimiseen. Omaishoitajan palvelutarpeen arvioinnissa tulisi mielestäni olla käytössä yhtenäinen arviointimenetelmä, joka takaisi myös paremmin yhtenäiset kriteerit omaishoidon tuen saamiselle. Salon kau-

pungin vanhuspalveluissa käytössä olevat mittarit (RAVA, MMSE) arvioivat vain omaishoidettavien toimintakykyä. COPE-indeksin käyttö soveltuisi mielestäni erityisesti omaishoitajien alkuvaiheen arviointiin uusien omaishoitosuhteiden kartoitusten yhteydessä. Mielestäni arvioinnissa ei tarvitse laskea välttämättä kunkin COPE-indeksin osa-alueen summapisteitä, koska jo lomakkeen pohjalta käyty keskustelu omaishoitajan ja ammattilaisen välillä tuo yksityiskohtaisempaa tietoa omaisen hoitamiseen liittyvistä asioista ja saattaa tuoda esiin tarpeen omaishoitajan tilanteen tarkempaan selvitykseen. Lisäksi arviointivälineen avulla voidaan myöhemmin arvioida omaishoitotilanteen muuttumista. Omaishoitajan tilannetta arvioidessa olisi tärkeä huomioida myös omaishoitajuuden myönteiset merkitykset, koska ne toimivat voimavarana hoitotyössä.

COPE-indeksin etuna on sen nopeus, helppokäyttöisyys ja se, että arviointilomake voidaan antaa omaishoitajalle itsenäisesti täytettäväksi. Arviointimenetelmän käyttö vaatii ammattihenkilöltä perehtymistä, muttei varsinaista koulutusta. COPE-indeksin käyttö osana vanhuspalvelujen omaishoitajien asiakaskyselyä edellyttäisi puolestaan asiakaskyselyjen identifioinnin, jotta kuormittuneet ja tuen tarpeessa olevat omaishoitajien tilanne pystytään selvittämään tarkemmin.

Toivon, että Salon kaupungin vanhuspalvelut voi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omaishoidon tukimuotojen kehittämisessä. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää COPE-indeksin mahdollisen käyttöön oton jälkeen koettua hyötyä sekä omaishoidon tukikäsittelijän että omaishoitajien näkökulmasta, kun arviointimenetelmää on käytetty omaishoitosuhteen alusta alkaen.

LÄHTEET

Autio, T. 2006. Verkostot kotihoidon, perheen ja elämänlaadun tukena. Teoksessa S. Hyvärinen (toim.) Omaishoitajat keskustelevat – materiaalia ryhmille. Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry. 2. korjattu painos. Helsinki, 22–27.

Heino, M. 2011. Omaishoitajan työoikeudellinen asema ja tilanne työmarkkinoilla. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21–23.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hyvärinen, M., Saarenheimo, M., Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2003. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119, 1949–1955. Viitattu 26.11.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93845.pdf>

Juntunen, K. & Salminen, A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 78/2011. Kelan Tutkimusosasto. Viitattu 4.2.2012. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28272/Selosteita78.pdf?sequence=1>

Järnstedt, P. 2011. Omaishoitoperheen ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön lähtökohdat. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 146–150.

Kaaja, M. 2008. Vaativaa, mutta vaivan arvoista. Tutkimus kotona asuvaa vanhusta hoitavien omaisten hoitotaakasta, hoitamisen voimavaroista ja terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Viitattu 27.11.2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02763.pdf>

Kaivolainen, M. 2011a. Myönteisten tunteiden voima. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 108–112.

Kaivolainen, M. 2011b. Viha ja katkeruus. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 112–116.

Kaivolainen, M. 2011c. Epävarmuus, pelko ja suru. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120–122.

Kaivolainen, M. 2011d. Omaishoitajan tunteiden säätely ja tunnettyö. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 122–125.

Kaivolainen, M. 2011e. Omaishoitaja asiakkaan. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 168–170.

Kotiranta, T. 2011a. Muutostilanteet omaishoitoperheessä. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172–173.

Kotiranta, T. 2011b. Lyhytaikaiset hoitajaksot omaishoitoa täydentämässä. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 178–180.

Kotiranta, T. 2011c. Omaisten tyypillisimmät kodin ulkopuoliseen hoitoon liittyvät huolenaiheet. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 180–182.

Hypoteesin testaus. 2013. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Viitattu 17.11.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi>

Summamuuttuja. 2013. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Viitattu 17.11.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/summamuuttujat>

Laki omaishoidon tuesta. 2005. L 2.12.2005/937 muutoksineen. Viitattu 27.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Malmi M. 2011. Omaishoitajat voivat huonommin kuin keskivertosuomalaiset. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104–107.

Malmi, M. & Mäkelä, M. 2011a. Ammatillainen omaishoitajan jaksamisen tukena. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 125–126.

Malmi, M. & Mäkelä, M. 2011b. Omaishoitotilanteen tunnistaminen ja alkukartoitus. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 144–145.

Malmi, M. & Nissi-Onnela, S. 2011. Omaishoitajan ja omaishoitoperheen tuen tarpeet. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76–79.

Mäkelä, M. & Purhonen, M. 2011. Omaishoito kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen tärkeä voimavara. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21–23.

Mäkinen, E. 2011. Omainen hoitajana - läheinen hoidettavana. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 50–53.

Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011a. Minäkö omaishoitaja - omaishoitajaidentiteetti. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53–58.

Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011b. Omaishoitajuus liittää yhteen monia rooleja. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58–64.

Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011c. Omaishoitajaidentiteetti tukee omaishoitajan jaksamista. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 65–66.

Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry 2012. Omaishoidon tuki. Viitattu 11.12.2012. <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoidon-tuki-0>

Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry 2012. Omaishoito. Viitattu 18.12.2012. <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito>

Purhonen, M. 2011a. Omaishoidon motiivit ja merkitys omaishoitajille sekä hoidettaville. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17–20.

Purhonen, M. 2011b. Omaishoitajien oikeudet ja tuen tarve. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20–21.

Purhonen, M., Mattila, Y. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidon tuki ja omaishoitosopimus. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26–29.

Purhonen, M., Nissi-Onnela S. & Malmi M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–17.

Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011a. Omaishoitajan hoitopalkkio ja muut omaishoidon tukeen liittyvät edut. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29–31.

Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011b. Kielteinen päätös omaishoidon tuesta. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 33.

Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011c. Omaishoitoa koskevan lainsäädännön kehitys. Teoksessa M. Kaivolainen, T. Kotiranta, E. Mäkinen, M. Purhonen & M. Salanko-Vuorela (toim.) Omaishoito tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 39–42.

Questback 2013. Digium Enterprise. Viitattu 13.11.2013. <http://www.questback.fi>

Salon kaupungin vanhuspalvelujen kehittämisohjelma 2012–2020. Viitattu 26.11.2012. <http://www.salo.fi/attachements/2012-05-03T08-01-4679.pdf>

Siljander, E. 2013. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL). Omaishoidontuen kuntakysely 2012 - Alustavia tuloksia ja havaintoja. Viitattu 17.11.2013. http://www.omaishoitajat.fi/sites /omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/THL_powerpoint_omaishoito.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Viitattu 17.11.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=...

Suomen Kuntoutusohjaajien yhdistys. 2013. Kuntoutusohjaus. Viitattu 11.11.2013. <http://www.suomenkuntoutusohjaajienyhdistys.fi/site/Kuntoutusohjaus>

Tilastokeskus. 2013. Väestöennuste. Viitattu 16.11.2013. http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoennuste

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. 2013. Viitattu 11.11.2013. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/?q=omaishoidon+tuki>

Valokivi, H. & Zechner, M. 2009. Ristiriitainen omaishoiva – Läheisen auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa A. Anttonen, H. Valokivi & M. Zechner (toim.) Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 126–153.

Voutilainen P., Kattainen E. & Heinola R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaikutuksista 1994 – 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28, Helsinki. Viitattu 17.11.2013. <http://pre20090115.stm.fi/ka1183114202100/passthru.pdf>

Omaishoitajien asiakaskysely 2012**1. Omaishoitajan sukupuoli**

- Nainen
 Mies

2. Omaishoitajan ikä

- 64v
 65-74
 75-84
 85v-

3. Olen omaishoidettavan

- Puoliso
 Lapsi
 Lapsenlapsi
 Sisarus
 Jokin muu, kuka _____

4. Kauanko olette toimineet omaishoitajana?

- alle vuoden
 1 – 2 vuotta
 2 – 5 vuotta
 yli 5 vuotta

5. Yleinen terveydentilasi

- Hyvä
 Kohtalainen
 Huono

6. Omaishoidettavan sukupuoli

- Nainen
 Mies

7. Omaishoidettavan ikä

- 65-74
 75-84
 85v-

8. Miten pidätte huolta omasta jaksamisestanne?

- Hyödynnän lakisääteiset vapaapäiväni
 Liikunta
 Kulttuuri
 Perheen ja ystävien tuki
 Yhdistysten, järjestöjen, seurakunnan toiminta
 Vertaistuki toisilta omaishoitajilta
 Jokin muu, mikä _____

Seuraavaksi kysymme (kysymykset 9-23) kokemuksianne omaisenne hoitamiseen liittyen (COPE-indeksi).

9. Tunnetteko yleisesti ottaen saavanne hyvin tukea roolissanne omaishoitajana?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

10. Tunnetteko selviytyväanne hyvin omaishoitajana?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

11. Pidättekö hoitamista liian vaativana?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

12. Vaikeuttaako hoitaminen omien ystävyysuhteittenne ylläpitoa?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan
- Ei koske minua

13. Vaikuttaako hoitaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaanne?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

14. Vaikeuttaako hoitaminen teidän ja perheenjäsentenne suhteita?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan
- Ei koske minua

15. Aiheuttaako hoitaminen teille taloudellisia vaikeuksia?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

16. Tunnetteko olevanne ansassa omaishoitajana?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

17. Tunnetteko saavanne hyvin tukea ystäviltänne ja/tai naapureiltanne?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan
- Ei koske minua

18. Tuntuuko hoitaminen teistä vaivan arvoiselta?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

19. Onko teillä hyvä suhde hoitamaanne henkilöön?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

**20. Tunnetteko saavanne hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista?
(esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen)**

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan
- Ei koske minua

21. Tuntuuko teistä siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat teitä omaishoitajana?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan
- Ei koske minua

22. Vaikuttaako hoitaminen kielteisesti omaan tunne-elämäänne?

- Aina
- Usein
- Joskus
- Ei koskaan

23. Minkälaisiin tilanteisiin tarvitsisitte enemmän apua/tukea?

24. Mitkä asiat tuovat elämäänne tyytyväisyyttä?

25. Koetteko turvattomuutta?

- En
 Kyllä, minkälaisissa tilanteissa

26. Salon kaupungin omaishoitajille on suunnitteilla oma opaslehtinen. Minkälaista tietoa erityisesti siitä haluaisitte löytyvän?

27. Olisiko mielestänne kaupungin järjestämä säännöllinen omaishoitajille suunnattu info-/koulutus tilaisuus tarpeellinen?

- Ei
 Kyllä, minkälaista tietoa haluaisitte silloin saavanne?

28. Miten haluaisitte Salon kaupungin kehittävän omaishoitoa?

29. Mitä muuta haluatte sanoa?

Kiitos vastauksestanne ja osallistumisestanne Salon kaupungin omaishoidon kehittämiseen!

SAATEKIRJE



Arvoisa omaishoitaja,

Salon kaupungin vanhuspalveluissa toteutetaan asiakaskysely omaishoitajille saadaksemme tietoa omaishoitajien kokemuksista ja palveluiden kehittämiskohteista. Tuloksia hyödynnetään myös opinnäytetyössä.

Toivomme, että täytätte lomakkeen huolella. Lomake tulee palauttaa 30.4.2012 mennessä oheisessa palautuskuoressa, postimaksu on valmiiksi maksettu. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti nimettöminä.

Kiitos jo etukäteen vastauksestanne!

Salossa 4.4.2012

Vanhuspalvelut

SPSS-ANALYYSI

T-Test

Group Statistics

Huolenpito itsestä 2=liikunta			N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1	0	57	10,00	2,612	,346
		2	71	10,83	2,662	,316
Myönteinen	dimension1	0	57	12,70	1,870	,248
		2	71	13,14	2,086	,248
Kielteinen	dimension1	0	57	14,18	4,124	,546
		2	71	13,30	4,162	,494

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	,123	,727	-1,770	126	,079	-,831	,469	-1,760	,098
	Equal variances not assumed			-1,774	121,015	,079	-,831	,468	-1,758	,096
Myönteinen	Equal variances assumed	,443	,507	-1,239	126	,218	-,439	,354	-1,141	,262
	Equal variances not assumed			-1,254	124,423	,212	-,439	,350	-1,132	,254
Kielteinen	Equal variances assumed	,029	,866	1,193	126	,235	,880	,737	-,579	2,339
	Equal variances not assumed			1,194	120,554	,235	,880	,736	-,578	2,338

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

T-Test

	Huolenpito 3=kulttuuri	itsestä	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1	0	96	10,27	2,494	,255
		3	32	11,03	3,085	,545
Myönteinen	dimension1	0	96	12,93	1,991	,203
		3	32	13,00	2,048	,362
Kielteinen	dimension1	0	96	14,00	4,112	,420
		3	32	12,75	4,197	,742

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	1,433	,233	-1,405	126	,163	-,760	,541	-1,832	,311
	Equal variances not assumed			-1,264	45,282	,213	-,760	,602	-1,972	,451
Myönteinen	Equal variances assumed	,034	,854	-,178	126	,859	-,073	,409	-,883	,737
	Equal variances not assumed			-,176	51,926	,861	-,073	,415	-,906	,760
Kielteinen	Equal variances assumed	,000	,984	1,482	126	,141	1,250	,844	-,419	2,919
	Equal variances not assumed			1,467	52,264	,148	1,250	,852	-,460	2,960

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

T-Test

Group Statistics

Huolenpito 4=perheen ja ystävien tuki		itsestä	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1	0	42	8,43	2,510	,387
		4	86	11,45	2,124	,229
Myönteinen	dimension1	0	42	12,60	1,740	,268
		4	86	13,12	2,100	,226
Kielteinen	dimension1	0	42	15,14	4,882	,753
		4	86	12,98	3,564	,384

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	1,699	,195	-7,121	126	,000 ***	-3,025	,425	-3,866	-2,184
	Equal variances not assumed			-6,723	70,521	,000	-3,025	,450	-3,922	-2,128
Myönteinen	Equal variances assumed	3,306	,071	-1,391	126	,167	-,521	,375	-1,262	,220
	Equal variances not assumed			-1,484	96,523	,141	-,521	,351	-1,218	,176
Kielteinen	Equal variances assumed	7,299	,008	2,848	126	,005 **	2,166	,761	,661	3,671
	Equal variances not assumed			2,561	63,066	,013	2,166	,846	,476	3,856

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

T-Test

Group Statistics

Huolenpito itsestä 5=yhdistystoiminta		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1 0	94	10,18	2,506	,258
	5	34	11,24	2,955	,507
Myönteinen	dimension1 0	94	12,77	2,061	,213
	5	34	13,44	1,744	,299
Kielteinen	dimension1 0	94	14,07	4,304	,444
	5	34	12,62	3,542	,607

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	,936	,335	-2,003	126	,047*	-1,054	,526	-2,096	-,013
	Equal variances not assumed			-1,854	51,172	,070	-1,054	,569	-2,196	,087
Myönteinen	Equal variances assumed	,772	,381	-1,702	126	,091	-,675	,397	-1,460	,110
	Equal variances not assumed			-1,840	68,533	,070	-,675	,367	-1,407	,057
Kielteinen	Equal variances assumed	3,017	,085	1,768	126	,080	1,457	,824	-,174	3,088
	Equal variances not assumed			1,936	70,516	,057	1,457	,752	-,044	2,957

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

T-Test

Group Statistics

Huolenpito itsestä 6= vertaistuki		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1 0	111	10,37	2,700	,256
	6	17	11,06	2,384	,578
Myönteinen	dimension1 0	111	12,98	1,991	,189
	6	17	12,71	2,085	,506
Kielteinen	dimension1 0	111	13,46	4,004	,380
	6	17	15,18	4,889	1,186

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	1,147	,286	-,994	126	,322	-,689	,693	-2,061	,683
	Equal variances not assumed			-1,090	22,775	,287	-,689	,632	-1,999	,620
Myönteinen	Equal variances assumed	,004	,949	,529	126	,598	,276	,522	-,756	1,308
	Equal variances not assumed			,512	20,723	,614	,276	,540	-,847	1,399
Kielteinen	Equal variances assumed	2,766	,099	-1,597	126	,113	-1,717	1,075	-3,844	,410
	Equal variances not assumed			-1,379	19,426	,184	-1,717	1,245	-4,319	,885

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

T-Test

Group Statistics

puolisot		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1 1	102	10,40	2,503	,248
	2	25	10,84	3,236	,647
Myönteinen	dimension1 1	102	12,83	2,040	,202
	2	25	13,40	1,826	,365
Kielteinen	dimension1 1	102	14,04	4,150	,411
	2	25	12,40	3,990	,798

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	2,015	,158	-,738	125	,462	-,438	,593	-1,613	,736
	Equal variances not assumed			-,632	31,390	,532	-,438	,693	-1,851	,975
Myönteinen	Equal variances assumed	,020	,886	-1,269	125	,207	-,567	,446	-1,450	,317
	Equal variances not assumed			-1,358	40,038	,182	-,567	,417	-1,410	,277
Kielteinen	Equal variances assumed	1,479	,226	1,783	125	,077	1,639	,919	-,181	3,459
	Equal variances not assumed			1,826	37,790	,076	1,639	,898	-,178	3,456

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

T-Test

Group Statistics

Ikä (1=-64v., 2=65-74, 3=75-84, 4=85-)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tuenlaatu	dimension1 >= 3	56	10,63	2,454	,328
	< 3	72	10,33	2,823	,333
Myönteinen	dimension1 >= 3	56	12,64	2,153	,288
	< 3	72	13,18	1,849	,218
Kielteinen	dimension1 >= 3	56	13,55	3,813	,510
	< 3	72	13,79	4,421	,521

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Tuenlaatu	Equal variances assumed	1,773	,185	,613	126	,541	,292	,475	-,649	1,233
	Equal variances not assumed			,624	124,406	,534	,292	,467	-,633	1,216
Myönteinen	Equal variances assumed	1,581	,211	-1,519	126	,131	-,538	,354	-1,238	,163
	Equal variances not assumed			-1,490	108,534	,139	-,538	,361	-1,253	,178
Kielteinen	Equal variances assumed	1,974	,162	-,321	126	,749	-,238	,742	-1,707	1,231
	Equal variances not assumed			-,327	124,610	,744	-,238	,729	-1,681	1,204

.01 ≤ p < .05 = tilastollisesti melkein merkitsevä*, .001 ≤ p < .01 = tilastollisesti merkitsevä**, p < .001 = tilastollisesti erittäin merkitsevä***

YHTEENVETO COPE INDEKSIIN OSIOISTA (DIGIUM ENTERPRISE)

Osiot	Vastausten jakautuminen (%)				
	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan	Ei koske minua
Tuen laatu					
1. Tunnetteko yleisesti ottaen saavanne hyvin tukea roolissanne omaishoitajana? (N=139)	12,95	35,97	43,17	7,91	
9. Tunnetteko saavanne hyvin tukea ystäviltänne ja/tai naapureiltanne? (N=145)	14,48	27,59	40,69	13,79	3,45
11. Tunnetteko saavanne hyvin tukea perheeltänne? (N=143)	42,66	30,07	16,78	5,59	4,9
13. Tunnetteko saavanne hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista? (esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen) (N=140)	13,57	38,57	30	12,86	5
Myönteinen merkitys					
2. Tunnetteko selviytyväanne hyvin omaishoitajana? (N=145)	32,41	55,86	11,72	-	
10. Tuntuuko hoitaminen teistä vai van arvoiselta? (N=144)	61,81	27,78	9,03	1,39	
12. Onko teillä hyvä suhde hoitamaanne henkilöön? (N=146)	76,71	19,18	4,11	-	
14. Tuntuuko teistä siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat teitä omaishoitajana? (N=142)	24,65	21,13	37,32	6,34	
Kielteiset vaikutukset					
3. Pidättekö hoitamista liian vaativana? (N=145)	2,76	15,17	64,83	17,24	
4. Vaikeuttaako hoitaminen omien ystävyysuhteittenne ylläpitoa? (N=145)	10,34	23,45	42,07	17,93	6,21
5. Vaikuttako hoitaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaanne? (N=145)	2,76	15,86	59,31	22,07	
6. Vaikeuttaako hoitaminen teidän ja perheenjäsentenne suhteita? (N=145)	3,45	7,59	28,28	53,1	7,59
7. Aiheuttaako hoitaminen teille taloudellisia vaikeuksia? (N=141)	1,42	9,22	39,72	49,65	
8. Tunnetteko olevanne ansassa omaishoitajana? (N=145)	11,03	17,93	42,76	28,28	
15. Vaikuttaako hoitaminen kielteisesti omaan tunne-elämäänne? (N=145)	5,52	20	47,59	26,9	