

Aino Fabrin

**Ikääntyvien omaishoitajien hyvinvointikurssi vertaistuen,
virkistykseen ja tiedon tarjoamisen kanavana**

Viola-kotiyhdistys ry:n järjestämän omaishoitajien hyvinvointi-
kurssin tavoitteiden toteutuminen osallistujien näkökulmasta

Opinnäytetyö

Kevät 2013

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Sosiaalialan koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaalialan koulutusohjelma

Tekijä: Aino Fabrin

Työn nimi: Ikääntyvien omaishoitajien hyvinvointikurssi vertaistuen, virkistykseen ja tiedon tarjoamisen kanavana

Ohjaaja: Katariina Perttula

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 112

Liitteiden lukumäärä: 2

Tämä opinnäytetyö on tutkimus omaishoitajille järjestetyn hyvinvointikurssin tavoitteisiinsa vastaavuudesta asiakkaiden näkökulmasta. Omaishoitajien hyvinvointikurssin järjesti Tampereella toimiva Viola-kotiyhdistys ry. ja se toteutettiin syksyllä 2012. Kaikki hyvinvointikurssille osaa ottaneet omaishoitajat olivat ikääntyviä puoliso-omaishoitajia. Tutkimusmetodinä tässä työssä käytettiin laadullista tutkimusta ja tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tutkimusosiossa selvitettiin kurssilaisten odotuksia ennen hyvinvointikurssin alkua sekä heidän kokemuksiaan kurssista sen päättymisen jälkeen. Kurssin tavoitteiden toteutumista osallistujat arvioivat sekä omista lähtökohdistaan että Viola-kotiyhdistys ry:n kurssille laatimien tavoitteiden perusteella. Tutkimustulokset osoittautuivat Viola-kodin kannalta myönteisiksi. Osallistujat olivat pääosin hyvin tyytyväisiä kurssiin ja kokivat sen tarjonnan vertaistukea, virkistystä sekä tietoa omaishoidosta. Kurssi koettiin hyvinvointia lisäävänä tai ylläpitävänä. Tutkimustulosten perusteella yhteiskunnallisesti hälyttävää on se, että ennen kurssia vain harva osallistujista koki tulleen huomioduksi omaishoitajana miltään viralliselta taholta. Tähän ei vaikuttanut se, saiko omaishoitaja omaishoidon tukea kunnallisena sosiaalipalveluna vai ei.

Työn teoriaosa on rakentunut hyvinvointikurssin kolmen eri näkökulman mukaan. Nämä näkökulmat olivat vertaistuen ja virkistykseen tarjoaminen omaishoitajille sekä omaishoitajien tiedottaminen heille kuuluvista sosiaalipalveluista. Teoriaosassa käsitellään ensin omaishoitoa sekä ikääntymisen ja puolisoeroilanteen mukaan tuomia erityispiirteitä omaishoitotilanteeseen. Sen jälkeen paneudutaan omaishoitajalle kuuluviin sosiaalipalveluihin sekä kolmannen sektorin tarjoamaan tukeen, vertaistukeen ja ryhmäprosessiin Bruce Tuckmannin ryhmäprosessiteorian mukaan. Teoriaosan lopussa kerrotaan hyvinvoinnin käsitteestä sekä omaishoitajan hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä Erik Allardtin hyvinvoinnin ulottuvuuksia sekä Simo Koskisen voimavara-ajattelua apuna käyttäen. Teoriaosa tukee opinnäytetyön tutkimus-, tutkimustulos- ja johtopäätösosioita.

Liitteinä omaishoitajille tehtyjen alku- ja loppuhaastattelujen haastattelulomakkeet.

Avainsanat: omaishoito, omaishoitaja, ikääntyminen, hyvinvointi, vertaistuki

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of social work and health care

Degree programme: Bachelor of social services

Author/s: Aino Fabrin

Title of thesis: Welfare program for aging family caregivers offering peer support, recreation and knowledge

Supervisor(s): Katariina Perttula

Year: 2013 Number of pages: 112 Number of appendices: 2

This thesis is a research about a welfare program for family caregivers. The function of this thesis is to see how much and how well the program fulfilled its goals. The perspective of the research was to listen to family caregivers who took part to the program. This welfare program was organized by Viola-Home Association.ra. in Tampere. It consisted of a day meeting once a week during autumn 2012. All participants were aging partner caregivers. The research method of this thesis was qualitative research and the report material was analysed through content analysis. The research part of this thesis presents goals of participants before the course begun and their experiences about it after it ended. Participants estimated the course also from the perspective of Viola-Home Association.ra's goals. Research results were positive from the Viola-home's perspective. Participants experienced that the program offered peer support, recreation and knowledge to them. Participants thought that the program either increased or maintained their welfare. The program pointed out that a social state of family caregiving needs more attention in Finland. Before the program only a few of participants had an experience about social support on account of their family caregiving situation. It didn't matter if caregiver received a family caregiving support as a municipal service or not.

The theory part of this thesis is based on three different aspects of welfare program of Viola-Home Association.ra. These aspects are peer support, welfare of family caregiver and knowledge of social services for family caregiver. The theory starts with different definitions of family caregiving. It is also considered how aging and partner caregiving influence the family caregiving situation. The theory also introduces different social services and support opportunities for family caregivers. The theory also goes into a term of peer support and in connection to this, it is also explained the group process according to the theory of Bruce Tuckmann. The welfare of family caregivers is presented at the end of theory part. The welfare theory is based on Erik Allardt's welfare system and Simo Koskinen's resource aspects. The theory part supports this thesis's research, results and conclusion parts.

Interview forms for family caregivers are attached to the end of this thesis.

Keywords: family care, family caregiver, aging, welfare, peer support

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSELLISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
2.1 ”Hengähdäppäs hetki” -hyvinvointikurssi omaishoitajille	9
2.2 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset	11
2.3 Tutkimuksen filosofiset lähtökohdat	12
2.4 Aikaisempia omaishoitoon liittyviä tutkimuksia.....	13
3 IKÄÄNTYVÄ PUOLISO-OMAISHOITAJA	15
3.1 Mitä omaishoito on?.....	15
3.1.1 Omaishoidon yleisyys.....	17
3.1.2 Tunteet omaishoitotyössä	18
3.2 Puolisohoiva.....	19
3.3 Puolisohoivatilanne osana parisuhdetta.....	21
3.4 Omaishoitajan ikääntyminen	22
3.5 Ikääntyvä omaishoitaja toimijuuden modaliteettien näkökulmasta	24
4 SOSIAALIPALVELUT IKÄÄNTYVÄLLE OMAISHOITAJALLE	27
4.1 Omaishoidon tuki	27
4.1.1 Omaishoidon tuen historia.....	28
4.1.2 Omaishoidon tuki kunnallisena sosiaalipalveluna	29
4.2 Kansaneläkelaitoksen tuki ikääntyvälle omaishoitajalle	31
4.3 Kolmannen sektorin tuki omaishoitajalle	32
4.4 Omaishoitajan sosiaalipalveluihin liittyvät haasteet.....	34
5 OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI	36
5.1 Mitä on hyvinvointi?	36
5.1.1 Erik Allardtin hyvinvointiluokittelu	37

5.1.2 Elämänhallinta hyvinvoinnin tukena	38
5.2 Voimavarojen erityispiirteet ikääntyessä	40
5.3 Omaishoitajan hyvinvointi ja voimavarat	42
5.3.1 Omaishoitajan väsyminen	43
5.3.2 Omaishoitajan arvostuksen kokeminen.....	44
6 VERTAISTUEN MERKITYS OMAISHOITAJALLE	46
6.1 Vertaistuki	46
6.2 Vertaistuen taustalla	47
6.3 Vertaistuen monet muodot.....	48
6.3.1 Vertaistukiryhmät.....	48
6.3.2 Ryhmäprosessi Tuckmanin mukaan	50
6.3.3 Muita vertaistuen muotoja	50
6.4 Vertaistuen merkitys omaishoitajalle.....	51
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA AINEISTON ANALYYSI ...	54
7.1 Omaishoitajien hyvinvointikurssin sisältö	54
7.2 Hyvinvointikurssin osallistujat.....	55
7.3 Sosiaalitutkimus ja laadullinen tutkimusmenetelmä	56
7.4 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä	58
7.4.1 Teemahaastattelu.....	60
7.4.2 Aineiston kerääminen.....	61
7.5 Tutkimusaineiston jäsentely ja sisällönanalyysi	62
7.6 Tutkimuksen eettisyys.....	63
7.7 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validius	64
8 TUTKIMUSTULOKSET	66
8.1 Kurssilaisten toiveet ja tavoitteet hyvinvointikurssia kohtaan.	66
8.1.1 Vertaistuen tarve alkuhaastattelujen perusteella	67
8.1.2 Omaishoitajaa koskevan tiedon omaaminen ennen kurssia.....	69
8.1.3 Kurssilaisten hyvinvoinnin kokemus ja virkistyneen tarve ennen kurssia.....	73
8.1.4 Yhteenvedo alkuhaastatteluista	75
8.2 Hyvinvointikurssin vastaavuus tavoitteisiinsa osallistujien näkökulmasta ..	76
8.2.1 Viola-kodin asettamien tavoitteiden saavuttaminen	78

8.2.3 Vertaistuen tarjoaminen omaishoitajille	79
8.2.4 Tiedon tarjoaminen omaishoitoon liittyvistä asioista	81
8.2.5 Osallistujien kokemus kurssin virkistäväydestä	82
8.2.6 Yhteenveto loppuhaastatteluista	83
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	84
9.1 Omaishoitajien subjektiivinen kokemus hyvinvoinnista	84
9.1.1 Hyvinvointikurssin osanottajien koetut voimavarat	85
9.1.2 Hyvinvointikurssi puoliso-omaishoitajan tunnetyn tukena.....	86
9.2 Hyvinvointikurssin tavoitteet suhteessa Erik Allardtin hyvinvointiluokitteluun	88
9.3 Hyvinvointikurssin tavoitteisiinsa vastaavuus.....	89
9.3.1 Avoin ja luottamuksellinen vertaistuki	89
9.3.2 Tietoa ja rohkeutta palveluiden käyttämiseen	91
9.3.3 Virkistystä koko ryhmälle.....	93
9.4 Omaishoitajien hyvinvointikurssin tarpeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus.	93
9.5 Kehittämisenäkökulmia omaishoitajien hyvinvointikurssille.....	95
9.6 Jatkotutkimusehdotuksia.....	96
10 POHDINTA	99
LÄHTEET	103
LIITTEET	112

1 JOHDANTO

Rajanvetoa perheen ja omaisten vastuusta suhteessa yhteiskunnan vastuuseen hoivatyössä käydään kiivaasti. Ihmisten käsitykset siitä kenen vastuulla hoivatyö milloinkin on, ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä. (Kalliomaa-Puha 2007, 20.) Mielestäni yksin tässä on erittäin kiinnostava lähtökohta omaishoitoon liittyvän tutkimuksen toteuttamiselle. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen pohtinut runsaasti eroa omaishoidon (tarkemmin sanottuna puolisohoivan) ja niin sanotun tavallisen parisuhteeseen kuuluvan avunannon välillä.

Kun Viola-kotiyhdistys ry:n työntekijä pyysi minua tekemään opinnäytetyötä ikään-tyviin omaishoitajiin liittyvästä ”Hengähdäppäs hetki” -hyvinvointikurssista, oli tilaisuuteen helppo tarttua. Olin aiemmin sosionomi (AMK) -opintojeni aikana perehtynyt ikääntymiseen ja ikäihmisiin sosiaalialan koulutusohjelman erikoistumis- eli sektoriopintojen yhteydessä. Omaishoidosta olin saanut tietoa tekemäni ammatillisen esseen kautta ja etenkin esseeseen liittyvien omaishoitajahaastattelujen avulla. Lisäksi opiskeluaikanani työskentelin henkilökohtaisena avustajana omaishoitoperheessä, jossa ikääntynyt vaimo toimi omaishoitajana näkövammaiselle puolisolleen. Usein työtä tehdessäni mieleeni nousi kysymys siitä mikä on omaishoitotilanteen kantava voima. Oliko rakkaus puolisoitten välillä niin syvää, että se sai vaimon huolehtimaan puolisostaan päivästä toiseen vuosikymmenten ajan? Kokiiko vaimo omaishoitotilanteen avioliittoon kuuluvana velvollisuutena vai vapaasti valittuna yhteisenä olemisena?

Tässä opinnäytetyössä tutkin missä määrin Viola-kotiyhdistys ry:n syksyllä 2012 järjestetty ”Hengähdäppäs hetki” -hyvinvointikurssi vastasi tarkoitustaan ja tavoitteitaan. Käytännössä siis selvitin miten hyvin kurssi osallistujiansa mielestä tarjosi vertaistukea, virkistystä ja tietoa omaishoitajalle kuuluvista palveluista. Kurssi oli tarkoitettu ikääntyville omaishoitajille, jotka eivät vielä olleet päässeet osaksi omaishoitajien sosiaalipalveluita tai jotka muuten olivat virkistykseen ja vertaistuen tarpeessa. Jäsentelin opinnäytetyön teoriaosan hyvinvointikurssin tavoitteiden mu-

kaisesti. Näin ollen teoria koostuu paitsi omaishoitoa koskevasta tiedosta myös vertaistukeen, hyvinvointiin ja omaishoitajan sosiaalipalveluihin liittyvästä tiedosta. Tällä pyrin paitsi helposti luettavaan ja selkeään kirjoitusasuun myös siihen, että tästä työstä olisi iloa Viola-kotiyhdistys ry:n raportoidessa hyvinvointikurssinsa toteutumista. ”Iloa” -sanaa tohdin käyttää, sillä tutkimustulokset osoittautuivat pääosin hyvin positiivisiksi järjestäjätahon kannalta. Tosin pohtimisen arvoista on miksi omaishoitajat vaikuttivat kokevan kaiken tarjotun niin positiivisena. Tuetaanko omaishoitajia niin vähäisissä määrin yhteiskuntamme taholta, että he ottavat jokaisen ”armopalan” vastaan iloiten? Tällä en tietenkään missään määrin viittaa siihen, että kyseinen hyvinvointikurssi olisi ollut niin sanottu yhteiskunnallinen ”armopala”, mutta ajatus on mielestäni ylipäätään pohtimisen arvoinen.

Pietilä (2005, 22) muotoilee että omaisten keskinäiseen hoivaan vanhustenhuollossa kohdistuu ja tulee kohdistumaan tulevaisuudessa enenevissä määrin odotuksia. Odotukset lisääntyvät sen myötä, kun ikäihmisten määrä kasvaa ja julkisten palveluiden määrä supistuu. Uskoakseni tämä merkitsee käytännössä sitä, että omaishoitajien hyvinvointia, jaksamista ja oikeuksia tulee tukea jatkossa yhä hauskammin tässä pirstaloituvassa yhteiskunnassamme. Yksi tätä opinnäytetyötä varten haastatteleistani omaishoitajista pohti omaa omaishoitotilannettaan seuraavasti:

Kyllä mä oon tässä miettiny että en tiä ketä tässä syyttäis. Yhteiskuntaa? Jumalaa nyt ei voi syyttää, jotain täs on hyvin paljon pielessä, et yks ihminen joutuu vastaan toisesta päivästä toiseen. Ei omaisekkaan kysy koskaan, et miten sä jaksat, et sais joskus ottaa vaikka päivähoitoon. (Omaishoitaja 9)

Niin, ketä tässä syyttäis? Omaishoitotilanteessa eläminen ei useimmiten ole tietoinen valinta, vaan siihen ikään kuin ajaudutaan. Kenen velvollisuus on silloin kuulla näitä ihmisiä, jotka näkymättömillä toimillaan ja usein vailla mitään näkyvää palkkioita tai tukea säästävät yhteiskunnan resursseja?

2 TUTKIMUKSELLISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Esittelen tässä luvussa tutkimuskohteenani ollutta omaishoitajien hyvinvointikursseja sekä sen järjestäjätahoa Viola-kotiyhdistys ry:tä. Kuvaan myös laatimiani tutkimuskysymyksiä sekä tutkimukseni filosofisia lähtökohtia. Lisäksi tuon esiin aiemmin toteutettuja omaishoitoon liittyviä tutkimuksia ja selvityksiä. Uskoakseni lukijan on helpompi syventyä opinnäytetyöni teoriaosaan tietäessään jo valmiiksi joitain perusasioita tutkimusosioon liittyen.

2.1 ”Hengähdäppäs hetki” -hyvinvointikurssi omaishoitajille

Opinnäytetyöni tutkimuksen kohteena ollut omaishoitajien hyvinvointikurssi järjestettiin 3.10 - 5.12.2012 välisenä aikana kerran viikossa toteutuen eli tapaamisia oli yhteensä kymmenen (Toimintasuunnitelma: ”Hengähdäppäs hetki” 2012). Järjestäjänä toimi tamperelainen Viola-kotiyhdistys ry, joka toimii kolmessa palvelutalokiinteistössä Tampellan alueella Tampereella (Viola-kotiyhdistys ry: Toimipisteet [Viitattu 24.3.2013]).

Viola-kotiyhdistys ry tuottaa asumis-, päiväkeskus- ja palvelukeskuspalveluita ikäihmisille ja tekee yhteistyötä Tampereen kaupungin sekä erilaisten sosiaalialan yhteisöjen kanssa. Viola-koti painottaa toiminta- ja hoitoperiaatteissaan asiakkaidensa itsenäisyyttä ja aktiivisuutta. Sen peruseriaatteita ovat asiakaslähtöisyys ja yksilöllisten voimavarojen huomioon ottaminen. Toiminta toteutetaan asiakkaiden omatoimisuutta ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Viola-koti pyrkii luomaan hyvän ja turvallisen tavan elää viihtyisässä ympäristössä. (Viola-kotiyhdistys ry [Viitattu 24.3.2013].)

Hyvinvointikurssi kuului Viola-kotiyhdistys ry:n ”Hengähdäppäs hetki” -projektiin, johon sisältyy yhteensä neljä samankaltaista omaishoitajien hyvinvointikurssia. Projektin rahoittajana toimii Ragnar Ekbergin säätiö. (Toimintasuunnitelma: ”Hengähdäppäs hetki” 2012.) Säätiön tarkoituksena on tukea erityisesti turvattomaksi jääneitä leskiä, vanhuksia ja orpoja, mutta myös toimia lasten ja vanhusten keskuudessa hädänlievittäjänä yleisemminkin sellaisissa tilanteissa, joihin yhteiskuntamme tuki ei ylety. Käytännössä Ragnar Ekbergin säätiö myöntää avustuksia järjestöille ja yhteisöille, jotka työskentelevät edellä mainittujen asioiden hyväksi. (Ragnar Ekbergin säätiö: Toiminta [Viitattu 24.3.2013].) Tutkimuskohteenani ollut kurssi oli näistä ”Hengähdäppäs hetki” -hyvinvointikursseista toinen.

Kurssin tavoitteena oli ohjata omaishoitajia palveluiden, vertaistuen ja itsestä huolehtimisen pariin monipuolisen koulutuksen, kuntoutuksen ja virkistyskeinojen avulla. Kurssin tarkoituksena oli tarjota ensivaiheen tietoa omaishoidosta, siihen liittyvistä palveluista ja tiedottaa erilaisista sairauksista. Lisäksi kurssin aikana järjestettiin omaishoitajille hyvinvointipalveluita kuten liikuntaa, retkiä sekä virkistys- ja kulttuuritapahtumia. Hyvinvointikurssi suunnattiin Pirkanmaan alueella asuville pitkäaikais- ja vaikeasti sairasta läheistään hoitaville omaishoitajille, joiden omaishoitotilanne oli uusi tai jotka eivät vielä olleet omaishoitajille tarkoitettujen palveluiden piirissä. Mahdollisuuksien mukaan kurssille pääsivät myös omaishoitajat, jotka muusta syystä tarvitsivat tietoa omaishoidosta, virkistystä sekä vertaistukea. Kurssi oli osallistujilleen maksuton. Omaishoidettaville oli järjestetty hoitomahdollisuus Viola-kodin tiloissa ja hoitopäivä maksoi hoidettavalle 15 euroa. (Toimintasuunnitelma: ”Hengähdäppäs hetki” 2012.)

2.2 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

1. Millaisia ennakko-odotuksia osallistujilla oli hyvinvointikurssia kohtaan?
2. Millä lailla hyvinvointikurssi saavutti Viola-kodin asettamat tavoitteet kurssin osallistujien näkökulmasta?
3. Millä lailla hyvinvointikurssi vastasi kurssin osallistujien omiin tarpeisiin ja tavoitteisiin?

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni erottelin kolme erilaista tutkimukseeni liittyvää tutkimuskysymystä. Pidän tätä perusteltuna ratkaisuna yhtenäisyyden säilyttämisen, mutta kuitenkin eri näkökulmien esiin nostamisen nimissä. Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää miten Viola-kodissa järjestettävä Ragnar Ekbergin säätiön rahoittama hyvinvointikurssi vastasi osallistujensa ja järjestäjätahon tavoitteisiin kurssilaisten näkökulmasta. Ensimmäinen tutkimuskysymykseni tavoitteeseeni päästäkseeni oli selvittää, millaisia asioita omaishoitajat odottivat hyvinvointikurssilta. Tätä selvitin sekä suhteessa kurssin järjestäjän laatimiin kurssia koskeviin tavoitteisiin että osallistujien itse tärkeiksi kokemista näkökulmista käsin. Mielestäni tämä on olennaista, koska kurssin tavoitteisiinsa vastaavuutta on mahdotonta mitata, elleivät tavoitteet ole ennalta tiedossa.

Toinen ja kolmas tutkimuskysymykseni koskivat molemmat kurssin varsinaista tavoitteisiinsa vastaavuutta. Toisena tutkimuskysymyksenäni oli, miten Viola-kodin järjestämä hyvinvointikurssi saavutti itse kurssille asettamansa tavoitteet osallistujensa näkökulmasta. Viola-kodin asettamia tavoitteita oli kolme, joiden pohjalta olen rakentanut myös tämän työn teoriakehyksen. Ne olivat vertaistuen tarjoaminen omaishoitajalle, omaishoitajan itsellensä kuuluvien palveluiden piiriin auttaminen sekä omaishoitajan omasta itsestään huolehtimisen tukeminen. Kolmanneksi tutkimuskysymyksekseni määrittelin sen miten Viola-kodin järjestämä omaishoitajien hyvinvointikurssi vastasi osallistujensa omiin tarpeisiin, tavoitteisiin ja toivomuksiin. Mielestäni oli tärkeää huomioida tutkimuksessa myös kurssin osallistujien

sellaiset tavoitteet ja odotukset, jotka eivät varsinaisesti liittyneet Viola-kodin tavoitteisiin. Toinen ja kolmas tutkimuskysymys nivoutuivat osittain yhteen tutkimusta toteutettaessa, mutta mielestäni on silti tärkeää esitellä ne omina kysymyksiinään. Näin tekemällä haluan varmistaa kurssin osallistujien äänen kuuluvuuden tutkimustuloksissani. Lisäksi tahdon painottaa sitä, että vaikka tutkimus on tehty Viola-kodin pyynnöstä, sen on tarkoitus suhtautua kurssiin objektiivisesti.

2.3 Tutkimuksen filosofiset lähtökohdat

Mielestäni tutkimuksen tekemisen kannalta oleellinen asia, jonka Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 129–131) nostavat esille, on se että olipa tutkimus miten käytännönläheinen hyvänsä, sen tekemiseen liittyy aina filosofisten lähtökohtien hyväksikäyttöä ja pohdintaa. Tutkimuksen filosofinen viitekehys voidaan jaotella neljään näkökulmaan. Yksi näistä on ontologinen eli tutkittavan kohteen todellisuutta ja todistettavuutta koskeva. Epistemologinen näkökulma puolestaan liittyy arvoihin. Sen avulla tulkitaan tutkijan ja tutkittavan kohteen välistä suhdetta. Logiikka puolestaan liittyy todeksi näyttämiseen ja sen avulla selvitetään tutkimuksen kausaalisia suhteita. Teleologinen lähestymistapa selittää, miksi tutkimus tehdään ja miten se vaikuttaa tietoomme tutkittavasta asiasta.

Tässä opinnäytetyössä filosofiset lähtökohdat näyttäytyvät omaishoidon käsitteen kautta. Ontologisesta näkökulmasta käsin omaishoito määritellään tässä työssä tilanteeksi, johon liittyy tekeminen (hoitotyö). Toisaalta omaishoitotilanteen olemassaolo ei ole riippuvainen hoitotyön tekemisestä, vaan se toteutuu tiettyjen olosuhteiden (tässä yhteydessä ikääntyvien henkilöiden parisuhde) ja tapahtumien (vammutuminen tai sairaus) tuloksena. Tämä puolestaan liittyy tutkimuksen logiikan pohtimiseen. Puolisohoivatilanteen syntymiseen ja toteutumiseen liittyy kausaalinen ketju. Sen laukaisee sairastumisesta tai vammautumisesta aiheutuva pariskunnan toisen osapuolen toimintakyvyn heikkeneminen, mikä ajaa toisen osa-

puolen ottamaan entistä enemmän vastuuta sekä yhteiseen elämään että kumppanin elämään liittyvien asioiden hoitamisesta.

Opinnäytetyöni epistemologista näkökulmaa pohdin runsaasti tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Etsin tutkimustapaa ja -metodia, joiden avulla tutkimukseni kohde (hyvinvointikurssille osallistuneet puoliso-omaishoitajat) saisi oman äänensä kuuluviin mahdollisimman hyvin. Tästä syystä toteutin haastattelututkimuksen, jossa haastattelin koehenkilöitäni sekä heitä itseään koskevissa että kurssin järjestäjätahon tavoitteisiin liittyvissä asioissa. Olisin voinut haastatella ainakin järjestäjätahoon liittyvissä asioissa myös tahon omia toimijoita eli kurssin henkilökuntaa. Koska kurssin tavoitteet on aikanaan luotu juuri osallistujien tarpeita varten, päädyin kuitenkin tutkimaan kurssin laatua juuri heidän näkökulmaansa paneutuen.

Opinnäytetyöni teleologinen näkökulma oli selvä jo suunnitteluprosessia aloittaessani, mikä osaltaan joudutti työn kehittymistä. Tutkimani hyvinvointikurssi toteutui projektimuotoisena järjestäjän ulkopuolisen tahon rahoittamana prosessina. Jo tämä riittää mielestäni perusteeksi tutkia kurssin laatua eli sitä miten se vaikutti osallistujiinsa, mutta lisäperusteluna voidaan käyttää tutkimukseni mahdollista hyötyä liitettäessä se kurssin loppuraporttiin. Tosin tätä lisäperustetta voidaan käyttää vasta aineiston analyysin jälkeen, kun kurssin vaikutusten luonne on tiedossa. Käytännössä siis mikäli kurssi olisi tutkimukseni perusteella osoittautunut hyödyttömäksi tai osallistujiinsa negatiivisesti vaikuttavaksi, kurssin järjestäjä tuskin haluaisi sitä rahoittajalle tuoda ilmi.

2.4 Aikaisempia omaishoitoon liittyviä tutkimuksia

Omaishoidosta ylipäättään ja myös ikääntyvistä omaishoitajista on tehty aiemmin tutkimuksia niin väitöskirja-, lissensiaatintyö-, pro gradu- kuin opinnäytetyötasollakin. Lisäksi aiheesta on julkaistu erilaisia selvityksiä ja raportteja vaihtelevia näkökulmia hyväksikäyttäen. Minna Zechener (2010) on väitellyt Tampereen yliopistos-

ta tohtoriksi väitöskirjallaan ”Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa” sekä Tuula Mikkola (2009) Helsingin yliopistosta väitöskirjallaan ”Sinusta kiinni – Tutkimus puoliso-omaishoidon arjen toimijuuksista.” Jälkimmäinen antoi tätä opinnäytetyötä varten arvokasta tietoa ikääntyneistä puoliso-omaishoitajista. Zechner käytti väitöskirjassaan hyödyksi aiemmin laatimaansa artikkelia ”Puolisoitaan hoitavien luottamus vanhuspalveluihin” (Zechner 2007, 139–179). Artikkelista löytyi tärkeää tietoa puoliso-omaishoitajien suhtautumisesta sosiaalipalveluihin.

Omaishoitoon liittyviä Pro gradu -töitä on tehty lukuisia. Esimerkkinä näistä Jyväskylän yliopistosta Ulla Halosen (2011) Hoivaa miten taidat – Omaishoitajan arki ja toimijuus ja Tampereen yliopistosta Heidi Korrin (2010) Palveluseteli osana omaishoittoa – Eläkeikäisten omaishoitajien kokemuksia palvelusetelin vaikutuksista omaishoittoon. Opinnäytetöistä lähellä omaa aihettani mainittakoon Diakonia-ammattikorkeakoulun Taimi Mannisen (2010) Ikääntyvä omaishoitoperhe ja seksuaalisuus – Ohjeistusta omaishoitajaryhmien ohjaajille sekä niin ikään Diakonia-ammattikorkeakoulun Aino Salomaan (2007) Ideaopas ikääntyvien puoliso-omaishoitajien jaksamisen tukemiseen. Varsinaisesti omaa opinnäytetyötäni vastaavaa tutkimusta ei aiemmin liene tehty, tai ainakaan en löytänyt minkäänlaista informaatiota sellaisesta.

Aiheesta tehdyistä selvityksistä mainitsemisen arvoinen on mielestäni Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys 28 Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna – Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2006, jonka tekijöitä ovat Päivi Voutilainen, Eija Kattainen ja Reija Heinola. (Omaishoitoon liittyviä tutkimuksia ja raportteja 2007.) Kyseinen selvitys toimii lähteenä tässäkin opinnäytetyössä sen laajan informaatiota tuottavan luonteen vuoksi. Teos selvitti omaishoidon tuen kehitystä kattavasti 90-luvun alkupuolelta aina vuoteen 2006 asti, jolloin laki omaishoidon tuesta tuli voimaan. Varsinaisen tiedon lisäksi teoksesta oli mahdollista tulkita omaishoidon yhteiskunnallisen arvostuksen kehitystä vuosikymmenen ajan.

3 IKÄÄNTYVÄ PUOLISO-OMAISHOITAJA

Tässä luvussa keskityn opinnäytetyöni avainkäsitteeseen, omaishoitoon. Lähestyn omaishoitoa pääasiassa käsitteenmäärittelyn avulla, mutta myös yhteiskunnallisen ja emotionaalisen aspektin kautta. Omaishoitotilanteet ovat moninaisia ja voivat syntyä niin puolisoiden, vanhempien ja lasten kuin muidenkin lähiomaisten kesken. Tässä työssä omaishoidon käsite tarkentuu puolisoaan hoitaviin omaishoitajiin eli puoliso-omaishoitajiin ja vielä tarkemmin rajattuna ikääntyneisiin puoliso-omaishoitajiin. Tästä syystä määrittelen myös puoliso-omaishoidon käsitettä sekä ikääntymistä elämänvaiheena. Mielestäni on perusteltua käsitellä lisäksi ikääntymisen vaikutusta parisuhteeseen ja etenkin puoliso-omaishoitotilanteeseen. Tähän lukuun voi sanoa kytkeytyvän kaksi yhteiskuntamme ”villaisella painamaa” eli unohdettua tai taustalle jätettyä ihmisryhmää: omaishoitajat ja ikääntyvät ihmiset. Juuri siitä syystä haluan pitää opinnäytetyöni keskiössä ikääntyvää omaishoitajaa.

3.1 Mitä omaishoito on?

Saarenheimon (2005a, 7) mukaan omaishoidon käsitteen taustalla on hollantilaisen Hattinga Verschiuren muovaama termi ”mantelzorg”. ”Mantel” tarkoittaa päällystakkia tai -viittaa sekä suojaa, ”zorg” puolestaan hoitoa ja hoivaa. Näin ollen omaishoidon voi ajatella olevan ammattimaiseen hoitoon verrattuna lämmintä, suojaavaa ja luonnollista. Järnsted, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela (2009, 7) puolestaan kertovat omaishoitolain mukaisen omaishoitotilanteen syntyvän, kun omaishoitaja tekee kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta. Koska omaishoidon tuki sosiaalipalveluna ei kuitenkaan ole subjektiivinen oikeus, on mielestäni kyseenalaista käyttää kunnallista sopimusta ainoana määrittelyperusteena.

Salanko-Vuorela, Kaivolainen, Malmi ja Hyvänen (2011, 5) muotoilevatkin omaishoidon laajemmin sairaan, vammaisen tai ikääntyvän henkilön hoivaamiseksi, jota toteuttaa omainen tai hoidettavalle muuten läheinen henkilö. Omaishoitotilanne voi syntyä vähitellen arjen toimintakyvyn heiketessä tai äkillisesti sairauden tai vammautumisen myötä. Omaishoitotilannetta on toisinaan vaikea tunnistaa, sillä raja omaishoidon ja tavallisen huolenpidon välillä on liukuva. Saarenheimo (2005a, 7) kuvailee omaishoitoa monisanaisesti, mutta mielestäni harvinaisen osuvasti:

Se (omaishoito) koostuu erilaisista konkreettisista teoista, vuorovaikutustilanteista, tunteista ja hallinnollisista toimenpiteistä, joiden kautta perheenjäsenet ja palvelujärjestelmä kietoutuvat yhteen. Omaishoitoa on se, kun puoliso auttaa toista peseytymään ja pukeutumaan mutta myös se, kun kunnan sosiaalitoimistossa tehdään päätös omaishoidon tuen myöntämisestä tai kun hoidettava viipyy yksityisessä hoitokodissa hoitajan loman ajan.

Seitsemän Euroopan maata käsittävässä selvityksessä omaishoitoa kuvaillaan Saarenheimon (2005, 7) mukaan epäviralliseksi hoivaksi, jonka lähtökohtana on hoitajan ja hoidettavan välinen henkilökohtainen suhde sekä hoitajan kokemaa moraalinen velvollisuus hoidettavaa kohtaan. Tämä näkökulma yhdistää muuten eriäviä kuvauksia omaishoidosta. Omaishoidon työtehtäviä ei voi tarkasti rajata eikä se ole ammattimaista palkkatyötä, mutta toisaalta ei myöskään vapaaehtoistyötä. Saarenheimon mukaan erot suomalaisen ja eurooppalaisen omaishoitonäkemyksen välillä ovat selvät. Toisin kuin kansainvälisesti ajatellaan, suomalaisen näkemyksen mukaan omaishoitotyöhön kuuluu myös yhteistyö kunnallisen palvelujärjestelmän ja hoivan ammattilaisten kanssa. Saarenheimo ja Pietilä (2007, 71–72) kuitenkin muistuttavat omaishoitotilanteen merkitsevän omaishoitoperheelle eri asioita kuin palvelujärjestelmälle. Omaishoidon käsitettä käytettäessä tulee muistaa, että omaishoitoperheet ovat ensisijaisesti yksityisperheitä ja vasta sitten palvelujärjestelmän osia.

Samaan aikaan kun omaishoito on sadoilletuhansille suomalaisille jokapäiväistä elämää, se on myös merkittävä sosiaalipoliittinen ja kansantaloudellinen kysymys.

Itseasiassa kyseessä on yksilöiden, perheiden ja yhteiskunnan välistä hoivan järjestämiseen liittyvää vastuunjakoa koskeva laaja-alainen yhteiskunnallinen keskustelu. (Saarenheimo & Pietilä. 2007, 68.) Saarenheimo ja Pietilä (2005, 101) muotoilevat omaishoidon yhteiskunnallisen ulottuvuuden seuraavasti:

Omaishoito kasvaa yhteiskunnallisena ilmiönä ihmisten jokapäiväisestä toiminnasta, mutta samanaikaisesti tätä toimintaa muovaavat erilaiset yhteiskunnalliset järjestelmät, kulttuuriset odotukset ja moraaliset vaatimukset.

3.1.1 Omaishoidon yleisyys

Omaishoitoa on ollut olemassa niin kauan kuin ihmisyhteisöjäkin, mutta sen käsite on tullut käyttöön vasta 1990 -luvulla. Aikaisemmin omaishoito on ollut lähinnä näkymätöntä ja itsestään selväksi miellettyä vastuunkantamista. Purhosen, Nissi-Onnelan ja Malmin (2011, 12–13) mukaan omaishoidon näkymättömyydestä yhä tänäkin päivänä kertoo vuonna 2008 tehty Omaishoitotutkimus, jonka mukaan vain 11 % läheistään arjessa auttavista koki olevansa omaishoitajia. 77 % vastaajista ei puolestaan ollut tullut miettineeksi koko asiaa.

Omaishoitajat ja läheiset -liiton mukaan (Omaishoito [Viitattu 5.2.2013]) omaishoitajien määrä on kasvussa. Vuonna 1994 omaishoidon tukea nautti 13 000 henkilöä, kun taas vuonna 2011 määrä oli 39 000. Omaishoidon yleisyyteen vaikuttaa se kuka omaishoitajaksi lasketaan. Järnsted ym. (2009, 7) toteavat, että kaiken kaikkiaan läheisestään huolehtivia henkilöitä on Suomessa noin 300 000. Näiden hoidettavista 60 000 vaatii sitovaa ympärivuorokautista hoivaa. Purhosen, Nissi-Onnelan ja Malmin (2011, 14) mukaan käytännössä vain 13 % omaishoitajista nauttiikin virallista omaishoidon tukea. Lisäksi on huomioonotettavaa, että omaishoitajien omaishoitotilanne on aivan yhtä raskas riippumatta siitä ovatko he omaishoidon tuen piirissä vai eivät. Vaikuttaakin olevan sattumanvaraista kenelle omaishoidon tukea myönnetään ja kuka jää sitä vaille.

3.1.2 Tunteet omaishoitotyössä

Omaishoitoa ei voida pitää vain inhimillisesti ja taloudellisesti suotuisana hoitovaihtoehtona vaan tulee ymmärtää, että ennakoimattomuudestaan huolimatta se vaatii pariskunnan molemmilta osapuolilta nopeaa kykyä asettua uusiin vaatimuksiin. Kyse ei ole pelkästä teknisesti hyvästä hoitotyöstä, vaan ennen kaikkea omaishoitotilanne koettelee yksilön kykyä selviytyä suuresta elämänmuutoksesta. (Saarenheimo & Pietilä 2005, 102.) Mielestäni tunteiden osuus omaishoitotilanteessa on tärkeää tuoda esille tässä opinnäytetyössä, koska läheisen ihmisen hoivaaminen tuskin koskaan tapahtuu vailla tunteita. Saarenheimon (2005b, 40) mukaan tunteita kuvaavia sanoja ei yleensä arkipuheessa kyseenalaisteta. Kriittisesti tarkasteltuina tunnesanat ovat kuitenkin merkitykseltään vaihtelevia käsitteitä, joilla voidaan eri yhteyksissä ilmaista hyvinkin erilaisia emotionaalisia kokemuksia. Tällaisen tunnekäsitteiden merkityksen vaihtelevuuden huomioon ottaen pyrin kuvaamaan tässä yhteydessä sellaisia tunnesanoja, jotka yleisimmin koetaan liittyviksi omaishoitotilanteeseen.

Tärkeimmäksi omaishoitoon liittyväksi tunteeksi Kaivolainen (2011c, 107–108) mainitsee rakkauden. Hänen mukaansa rakkaus koostuu läheisyydestä, kiintymyksestä, intohimosta, huolenpidosta ja omistautumisesta. Positiivisten kokemusten lisäksi rakkaus saa aikaan myös esimerkiksi vihan ja pettymyksen tunteita. Erityisesti iloa omaishoitotilanteessa tuottaviksi tekijöiksi Kaivolainen (2011a, 108–110) mainitsee kokemuksen tarpeellisuudesta, hoitotilanteeseen liittyvän läheisyyden ja hoidettavalta saatavan palautteen sekä tasaisen arjen. Ylpeyden ja tyytyväisyyden tunteita omaishoitaja saa pärjätessään ja onnistuessaan hoitotyössä sekä luodessaan ratkaisuja selviytyä arjesta. Kaivolaisen mukaan myös omaishoitotilanteen aikaansaama inhimillinen kasvu antaa aihetta tyytyväisyyteen. Moni omaishoitaja kokee kiitollisuutta perheen, ystävien ja ammattihenkilöiden tarjoamasta avusta ja tuesta. Kaivolainen korostaa huumorin roolia omaishoitajien arjessa. Erityisesti epäoikeudenmukaista kohtelua saadessaan omaishoitajat kokevat huumorin tärkeäksi selviytymiskeinoksi.

Omaishoitotilanne tuo mukanaan väistämättä myös negatiivisia tunteita. Kaivolainen (2011e, 112–114) kirjoittaa vihan syntyvän usein kohtuuttomuuden, epäoikeudenmukaisuuden ja väsymyksen kokemusten kautta. Toisaalta viha voi toimia myös työvälteenä omaishoitajan ajaessa omiaan ja hoidettavan etuja. Tällaisesta vihan tunteen hyödyntämisestä Kaivolainen käyttää termiä voimauttava viha. Omaishoitotilanne voi aiheuttaa myös riittämättömyyden tai epätäydellisyyden kokemusten mukanaan tuomaa häpeää ja syyllisyyttä. Saarenheimon (2006b, 90–91) kertoman mukaan puolisoahoivaajat pyrkivät aktiivisesti pääsemään eroon ärtymyksestä, jota tuntevat hoidettavaansa kohtaan. Ärtymyksen kokemus aiheuttaa syyllisyyttä ja epäilyksiä omista kyvyistä toimia omaishoitajina ja puolisoina. Toisaalta ärtymystä perustellaan normaalina parisuhteeseen liittyvänä tunnekokemuksena tai seurauksena sairastuneen puolison epäjohdonmukaisesta käyttäytymisestä. Järnsted ym. (2009, 135) summaa asian painottaen, ettei mikään koettu tunne ole toista huonompi tai väärempi. Niiden tunnistaminen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, sillä tunteet vaikuttavat toimintaan.

3.2 Puolisohoiva

Puolisohoiva on omaishoidon muodoista yleisimmäksi mielletty. Omaishoidon tukea nauttivista omaishoitajista 48 % onkin puolisohoivaajia (Voutilainen ym. 2007, 32). Puolisohoivatilanteessa pariskunnan toinen osapuoli hoivaa toista. Mikkolan (2009, 70–71, 74) mukaan puolisohoivaan liittyy sellaisia erityispiirteitä, jotka eivät ilmene muunlaisissa omaishoitotilanteissa. Usein omaishoitotilanteen alkaessa puolisoilla on yhteistä elämää takanaan jo useita vuosikymmeniä. Nissi-Onnela ja Kaivolainen (2011, 60–61) toteavatkin puolisohoitajuuden perustuvan haluun huolehtia läheisen ihmisen hyvinvoinnista, mutta Saarenheimon (2006b, 80–81) muistuttaa myös moraalisen uskottavuuden vaikutuksesta puolisohoivatilanteen muotoutumiseen. Toisinaan puolisoista huolehtiminen nähdään moraalisesti ainoana hyväksyttävänä tapana toimia. Tällöin puolison saattaminen ulkopuolisen hoivan kohteeksi voidaan mieltää kumppanin hylkäämiseksi. Jotkin puolisohoivaajat pel-

käävät leimautuvansa itsekkäiksi, vastuuntunnottomiksi ja jopa tunteettomiksi, jos eivät itse hoida sairastunutta puolisoaan.

Nissi-Onnelan ja Kaivolaisen (2011, 60–61) mukaan yhteiset muistot, elämänkokemukset, vastuuntunto, sitoutuminen ja rakkaus mielletään puolisohoivatilanteeseen positiivisesti vaikuttaviksi tekijöiksi. Mikkola (2009, 70–71, 74) puolestaan korostaa edellä mainittujen tekijöiden kaksijakoisuutta. Koska kumppanin auttaminen ja hoivaaminen koetaan osaksi parisuhdetta, sitä toteutetaan rakkaudesta ja luottamuksesta. Toisaalta puolisohoivatilanne tuo mukanaan myös velvollisuudentunteita ja syyllisyyttä. Ikäänntyviä puolisohoivaajia haastatellessaan Mikkola havaitsi heidän vastaustensa yhtenevyyden. Useat vetosivat nimenomaan avioliittoon kuuluvan velvollisuuden olevan syy puolison hoivaamiselle. Velvollisuus yhdessäolosta koetaan rakkauttakin tärkeämpänä. Myös niin sanotut avioliiton moraaliset odotukset pitävät yllä parisuhdetta omaishoitotilanteesta huolimatta. Henderson & Williams (2006) muistuttavat, että puolisohoivatilanteessa on ensiarvoisen tärkeää tiedostaa, milloin ammattiapu on tarpeen. Eri alojen ammattihenkilöt tuovat objektiivisen näkökulman hoivatilanteeseen, mutta lisäksi ne voivat auttaa ratkaisemaan pariskunnasta kinkkiseltä tuntuvia ongelmia.

Soinnun ja Anttosen (2008, 27–31) mukaan puolisohoivatilanteen perustana on yleensä sitoutuminen. Yhdessä vietettyjen vuosien aikana syntynyt tunneside saa aikaan halun sitoutua myös omaishoitotilanteeseen. Sen lisäksi että sitoutuminen perustuu menneeseen elämään, käsittää se myös joukon tämän hetken valintoja, jotka tehdään tietämättä sitä miten hoivatilanne tulevaisuudessa muuttuu. Toisaalta Mikkola (2009, 74) havaitsi tutkimuksessaan että mikäli pariskunnan aikaisempi yhteinen elämä on ollut tyydyttävää, ei puolison hoiva perustu niinkään velvollisuudentuntoon vaan vapaaehtoisuuteen. Tällöin kumppaneiden molemminpuolinen kiintymys tekee puolison huolehtimisesta luontevaa.

3.3 Puolisohoivatilanne osana parisuhdetta

Nissi-Onnela ja Kaivolainen (2011, 60–61) painottavat omaishoitotilanteen vaikutusta parisuhteen sisältöön huolimatta siitä oliko parisuhde koettu aiemmin elämässä tyydyttäväksi tai ei. Omaishoitotilanteen myötä arjen vastavuoroinen kumpuutus vähenee tai häviää kokonaan. Puolisohoitaja voi myös kokea syyllisyyttä siitä, että on itse terve ja toimintakykyinen, mikä vääjäämättä vaikuttaa parisuhteen tasa-arvoon. Sointu ja Anttonen (2008, 28–29) huomioivat puolisohoivaan vaikuttavana tekijänä vastavuoroisuuden. Moni puolisooaan hoitava omaishoitaja ajattelee, että on hänen vuoronsa hoitaa, kun sairastunut puoliso on aiemmin yhteisen elämänhistorian aikana tehnyt niin paljon parisuhteen ja ehkä perheenkin eteen. Vastavuoroisuuden kokemus liittyy muiden tekijöiden ohella omaishoitajan sitoutumiseen ja omaishoitotilanteen kokemiseen osittain vapaaehtoiseksi, mutta toisaalta myös velvoittavaksi.

Tasapainoilu hoivasuhteen ja parisuhteen välillä kuuluu yksinomaan puolisohoivatilanteisiin. Seksuaalisuus ei häviä ihmisestä vammautumisen tai sairauden myötä, mutta parisuhteessa sen rooli muuttuu hoivan tarpeen lisääntyttyä. Omaishoitotilanne voi luoda jännitteitä parisuhteeseen myös esimerkiksi hoivaan liittyvän intiimin koskettamisen yhteydessä. Kun suhde ei ole alun perin rakentunut hoidon tarpeelle, intiimialueiden hoiva voidaan kokea ongelmalliseksi. Usein siitä on vaikea puhua puolison tai ulkopuolisenkaan kanssa. Hellyys voi säilyä parisuhteessa seksuaalisuuden muuttumisesta tai katoamisesta huolimatta. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 61–62.) Toisaalta uudenlaisen merkityksen saanut fyysinen koskettaminen voidaan kokea myös hyvin miellyttävänä eikä lainkaan hämmentävänä. Jotkut puolisohoivaajat kertovat fyysisen läheisyyden vaikuttavan positiivisesti muuten raskaaseen omaishoitotilanteeseen. (Sointu & Anttonen. 2008, 42–43.)

Saarenheimo (2005b, 28) yksin sekä yhdessä Pietilän kanssa (2005, 104) mainitsevat tärkeänä puolisohoivatilanteeseen vaikuttavana seikkana pariskunnan keskinäisten roolien ja odotusten muuttumisen omaishoitotilanteen myötä. Henderson & Williams (2006) muistuttavat, että puolisohoivatilanteessa vaihtelevien roolien

keskellä pariskunnan hyvät molemminpuoliset kommunikaatiotaidot, kuten kyky kuunnella toista, ovat tärkeässä asemassa. Kommunikaatiotaitoja tukee myös puolisoiden hyvä itsetuntemus. Tällöin hoivatilanteen aiheuttamat ristiriitot tuottavat tilanteet ratkeavat heti keskustellessa eivätkä jää painostamaan muutenkin vaativaa elämäntilannetta. Saarenheimo (2005b, 28) muistuttaakin että uuden tasapainon löytäminen parisuhteeseen voi olla haastavaa, kun vastuu asioiden hoitamisesta kasautuu enenevässä määrin toisen puolison vastuulle. Hoitavalle osapuolelle voikin olla hankalaa löytää keskitie puolison ja hoitajan roolien välillä. Saarenheimo kutsuu tämän kaltaista tasapainottelua puolisohoivatilanteen yhteydessä omaishoitajaksi tulemisen prosessiksi.

Saarenheimon (2006a, 25) mukaan on huomioon otettavaa, että tämän päivän ikääntyvän puolisohoivaajat kuuluvat pääosin toisen maailmansodan tai ainakin sitä seuranneen jälleenrakennuksen sukupolveen. Kyseiselle sukupolvelle itsensä toteuttamisen korostus ei ole verrattavissa avioliiton moraaliseen sitovuuteen. Tulevaisuudessa puolisohoivan kulttuurinen ja moraalinen aspekti mutkistunee, kun hoivaajat kuuluvat sukupolveen, jolle on ominaista tehdä perinteisten moraaliodotusten vastaisia yksilökeskeisempiä valintoja. Toisaalta Saarenheimo (2005b, 25) summaa että yhteiselämän tai parisuhteen vaikutusta puolisohoivatilanteeseen on loppujen lopuksi vaikea mitata, sillä arvioinnin kriteerit vaihtelevat tarkastelijan mukaan. Oman perheen tai puolison arvioiminen tapahtuu aina suhteessa kulttuuriin ja yhteiskunnallisiin odotuksiin, mutta myös yksilön omaan elämänhistoriaan.

3.4 Omaishoitajan ikääntyminen

Eliniän odotteen kasvaminen, yhteiskunnan ikärakenteen muutos sekä vanhene-
misen muuttuminen niin sanotusti enemmistön kokemukseksi luo paitsi uusia
haasteita yhteiskunnalle, pakottaa myös kiinnittämään enemmän huomiota vanhe-
nemiseen elämänvaiheena. (Stuart-Hamilton 2003, 13–15.) Saarenheimo (2003,
19–22) hahmottelee normaalia vanhenemista optimaalisena vanhenemisena, tilas-

tollisesti tavanomaisena vanhenemisena, normien mukaisena vanhenemisena sekä toimintakykyyn liitettävänä vanhenemisena. Edellisten käsitteiden suppeuden tai utopistisuuden vuoksi hän kuitenkin päätyy lopulta käyttämään määritelmää onnistunut vanheneminen. Onnistuneeseen vanhenemiseen sisältyvät hyvä terveys sekä psyykinen ja sosiaalinen aktiivisuus. On kuitenkin huomioonotettavaa, että sanan ”onnistunut” käyttäminen luo mielikuvan mahdollisuudesta epäonnistua, mikä puolestaan muuttaa vanhenemisen luonnollisesta elämänvaiheesta erilliseksi suoritukseksi.

Vuonna 2008 omaishoitajista eläkkeellä oli 59 % ja yli 75-vuotiaita 22 % (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 16–17). Yleinen ikärakenteen muutos ja ikäihmisten määrän lisääntyminen vaikuttavat siihen, että ikääntyneiden omaishoitajien määrä tulee tulevaisuudessa kasvamaan. Voidaan siis sanoa, että ikääntyminen on tavallinen omaishoitoon liittyvä piirre. Toisaalta tällöin voidaan sanoa omaishoidon olevan oleellinen, mutta vähän huomiota saanut osa vanhustenhuoltoa. (Salomaa 2007, 17.)

Raivion ym. (2007, 64) mukaan on huomioon otettavaa, että omaishoitajan tekemän työn raskaus ei vähene, vaikka omaishoitajan omat ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet ja toiminnanvajavuudet sitä edellyttäisivät. Halonen (2010, 54) kertookin että ikääntyessä omaishoitotilanteeseen huomattavasti vaikuttava tekijä on fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, jolloin fyysisesti raskaat hoivatilanteet muuttuvat vaikeammiksi. Lisäksi kaikkien kotitaloudesta huolehtimiseen liittyvien tehtävien kasautuminen omaishoitajan vastuulle kuluttaa fyysisiä voimavaroja. Mikkola (2009, 85) kuitenkin toteaa iäkkäiden puolisoiden joskus vähättelevän omaishoitotilanteen vaikutusta parisuhteeseensa. Tällöin he saattavat vakuutella yhteiselämässään tapahtuvien muutosten johtuvan hoidettavan sairauden sijaan tavanomaisesta ikääntymisestä.

Ikääntyvistä omaishoitajista puhuttaessa tulee ottaa huomioon erityisen merkittävänä seikkana eletyn elämän merkityksen korostuminen heidän keskuudessaan. Kun suhde hoidettavaan on useimmiten muodostunut vuosikymmeniä sitten, yh-

teinen historia liittää omaishoitajan ja hoidettavan lujasti toisiinsa. Monet ikääntyvät omaishoitajat kokevatkin yhteisen menneisyyden vähintään yhtä tärkeänä kuin tulevaisuuden. Omaishoitotilanteen lisäksi sosiaalisten suhteiden vähenemiseen ikääntyessä voivat vaikuttaa eläkkeellä oleminen ja tästä johtuva tuttavapiirin pieneminen sekä esimerkiksi se, ettei omia lapsia haluta vaivata omilla asioilla. Tämä voi pitkällä tähtäimellä aiheuttaa ikääntyvän omaishoitajan tahattoman eristäytymisen. (Halonen 2010, 42.)

3.5 Ikääntyvä omaishoitaja toimijuuden modaliteettien näkökulmasta

Jyrkämä (2007, 195–208) määrittelee artikkelissaan ikääntymistä ja toimintakykyä toimijuuden modaliteettien avulla. Hänen mukaansa ikäihmisen toimintakyky kuuluu gerontologisen tutkimuksen keskeisiin tutkimus- ja pohdintakohteisiin. Toisaalta toimintakyvyn käsite liittyy kiinteästi myös vanhuspolitiikkaan ja käytännön vanhustyöhön. Toimintakyky jaetaan usein fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen, mikä Jyrkämän mukaan tekee tutkimuksesta kapea-alaista ja jopa hajanaista. Hän pitääkin toimijuuden käsitettä kattavampana siihen sisältyvän yksilön kokonaisvaltaisuutta ja eri osatekijöiden keskinäisestä vuorovaikutusta koskevan ajattelun vuoksi. Toimijuuden modaliteeteiksi Jyrkämä esittelee käsitteet kyetä, osata, haluta, tuntea, voida ja täytyä. Toimijuuden kokonaisuus muotoutuu näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Jyrkämä painottaa myös iän, ikäryhmän, paikan (tilan) ja ajankohdan vaikutusta modaliteetteihin.

Mielestäni Jyrkämän modaliteetit kuvaavat ikääntymisen liittyviä erityispiirteitä siinä määrin kattavasti, että on aiheellista eritellä niitä tässä yhteydessä hieman lisää. ”Osata” -ulottuvuus liittyy tietoihin ja taitoihin sekä ylipäätään pysyvästi opittuihin asioihin. ”Kyetä” merkitsee fyysisiä ja psyykkisiä ominaisuuksia, joissain yhteyksissä tätä kutsutaan ruumiilliseksi toimintakyvyksi. (Jyrkämä 2007, 206–208.) Mielestäni omaishoitotilanteessa ”osata” ja ”kyetä” -modaliteettien rooli on korostetussa asemassa. Hoidettavalla on ennen omaishoitotilanteen alkamista kertynyttä

osaamista ja taitoja, jotka eivät välttämättä enää luonnistu oman hoidontarpeen kasvamisen vuoksi. Se on usein tiiviissä vuorovaikutuksessa myös ”kykenemisen” eli fyysisen toimintakyvyn kanssa.

Omaishoitajan voi olla vaikea hahmottaa uutta tilannetta, kun on tuntenut hoidettavansa täysin ”osaavana” ja ”kykenevänä” läheisenä ennen omaishoitotilannetta. Toisaalta hoidettavan ”osata” ja ”kyetä” –modaliteetit vaikuttavat myös hoitajan vastaaviin modaliteetteihin. Huomioonotettavaa on sekin, että omaishoitajan näkemys hoidettavan modaliteeteista vaikuttanee suoraan hoidettavan todellisiin koettuihin modaliteetteihin. Eli käytännössä, jos omaishoitaja olettaa esimerkiksi hoidettavan tarvitsevan apua syömisessä, hän tekee avuntarpeesta todellisen siirtämällä sen käytäntöön. Tämä puolestaan johtaa siihen, että hoidettavan oma käsitys siitä ”osaako” ja ”kykeneekö” hän selviytymään syömistilanteesta muokkautuu uuden tilanteen seurauksena. Näin ollen omaishoitajan ja hoidettavan todelliset käsitykset modaliteeteista sekä niiden toteutuminen käytännössä ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään.

”Haluta” -ulottuvuus sisältää yksilön oman motivaation ja motivoituneisuuden ja liittyy kiinteästi päämääriin, tavoitteisiin ja tahtomiseen. ”Täytyä” kattaa kaikki normatiivisten ja moraalisten pakkojen tai rajoitteiden piirissä olevan asiat, olivatpa ne sitten fyysisiä tai sosiaalisia. (Jyrkämä. 2007, 206–208.) Käytännössä ”haluta” -modaliteetti on omaishoitotilanteessa ratkaisevassa roolissa. Toimintakyvyn ja taitojen heikkenemisen yhteydessä hoidettavalta (ja miksipä ei ikääntyneeltä omaishoitajaltakin) vaaditaan erityistä motivoituneisuutta arjesta selviämisen tueksi. Tällaisella motivoituneisuudella pyritään myös mainitsemini normatiivisten ja moraalisten aspektien täyttämiseen, jotta asema (niin omaishoitajan kuin hoidettavankin) yhteisöissä ja yhteiskunnassa pysyisi odotusten mukaisena.

Kysymys sinänsä onkin, onko aiheellista odottaa esimerkiksi kuormittuneelta omaishoitajalta tai hoidettavalta, jonka toimintakyky on sairauden vuoksi heikentynyt, ”odotusten mukaista” osallistumista omaishoitotilanteeseen tai laajemmin yhteiskunnan toimintaan. Mielestäni juuri tällaisiin kysymyksiin pyrkivät kansaneläke-

laitos ja kolmannen sektorin tukijat vastaamaan tarjoamalla tukea haastavassa elämäntilanteessa selviämisen tueksi. Toisaalta ei voida kieltää, etteikö omaishoitaja pelkällä omaishoitajuudellaan olisi yhteiskunnallinen toimija. Käytännössä usea omaishoitaja tuskin ajattelee tekevänsä yhteiskunnallista työtä arjessaan. Mielestäni kuitenkin juuri käytännön tasolla tapahtuva omaishoitotyö viestii omaishoidon yhteiskunnallisesta asemasta ja esimerkiksi omaishoitajien arvostuksesta tai sen puutteesta.

”Voida” -näkökulmasta puhutaan viitattaessa mahdollisuuksiin, joita jokin tietty tilanne ja siinä olemassa olevat rakenteet saavat aikaan. Viimeinen modaliteetti ”tuntea” liittyy ihmisen kykyyn arvottaa, kokea ja arvioida asioita liittämällä niihin tunteita. (Jyrkämä 2007, 206–208.) Omaishoitotilanteessa elämisen ja selviämisen kannalta on tärkeää ”voida” -modaliteetin mahdollisimman hyvä käyttöön ottaminen. Useimmiten omaishoidettavakin sairaudestaan tai vammastaan huolimatta vielä voi tehdä useita asioita, jos ne vain huomioidaan toimintakyvyn heikkouksien lomasta. ”Voimiseen” liittyy onneksi muuntautumisen mahdollisuus ja elämäntapaa ja arjen tavoitteita muokkaamalla ”voimisen” kokemusten säilyminen onkin mahdollista omaishoitotilanteesta huolimatta. Tuntemisen modaliteetista omaishoitotilanteessa voisi kirjoittaa erillisen opinnäytetyön. Tunteet osana omaishoittoa ovat yhtä vääjäämättömät, kuin ne ovat ylipäättäänkin osana läheisiä ihmissuhteita. Tunteiden roolia omaishoitotilanteessa käsittelemän tämän työn luvussa ”3.1.2 Tunteet omaishoitotyössä”.

Yhdessä nämä kuusi toimijuuden modaliteettia muodostavat Jyrkämän mukaan toimijuuden kokonaisuuden. Toimijuuden modaliteetteja ja tietoutta niistä voidaan käyttää hyödyksi käytännön vanhustyöhön liittyvässä ikääntymisen ymmärtämisessä, mutta myös yhteiskunnallisella ja poliittisella tasolla. (Jyrkämä 2007, 206–208.) Katsoakseni toimijuuden modaliteetit ovat samaan aikaan irrallisia toiminnan ja tunteen aspekteja, mutta myös ihmisyyteen liittyviä limittäisiä osa-alueita. Modaliteetteja voi mielestäni eritellä tämän kaltaisissa yhteyksissä, mutta niiden keskinäinen yhteys tulee silloinkin pitää mielessä.

4 SOSIAALIPALVELUT IKÄÄNTYVÄLLE OMAISHOITAJALLE

Opinnäytetyöni kannalta on perusteltua tutustua ikääntyville omaishoitajille tarkoitettuihin palveluihin ja etuuksiin, sillä tutkimuskohteenani ollut kurssi tavoitteli omaishoitajien tiedottamista niistä. Kerron ensin omaishoidon tuesta, mutta koska se ei ole omaishoitajan subjektiivinen oikeus, määrittelen tässä luvussa myös muita palveluita ja etuuksia, joita henkilö voi omaishoitotilanteen perusteella saada. Omaishoitajille tarkoitettu palvelujärjestelmä on sirpaleinen ja se koostuu useiden eri tahojen tarjoamista palveluista (Purhonen 2011c, 82). Pysin tässä luvussa mahdollisuuksien mukaan avaamaan tätä monitahoista omaishoitotilanteen palveluverkkoa.

Kansaneläkelaitoksen etuuksista kerron vain siltä osin mikä suoranaisesti liittyy omaishoitotilanteeseen. Tästä syystä jätin luvusta pois esimerkiksi erilaisista Kelan eläkkeistä kertomisen, vaikka ne lähes poikkeuksetta ikääntyvää omaishoitajaa koskevat. Luvun loppupuolella kerron muusta, lähinnä kolmannen sektorin omaishoitajalle tarjoamasta tuesta. En kuitenkaan varsinaisesti ota tässä luvussa kantaa vertaistukeen, sillä sille on opinnäytetyössäni varattu kokonaan oma luku. Tämän luvun viimeinen alaluku koskee omaishoitajien sosiaalipalveluiden vastaanottamista ja oikeudenmukaisuutta.

4.1 Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu ja sen järjestämisestä vastaavat kunnat määrärahojensa puitteissa (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 26). Omaishoidon tuen tarkoitus on korostaa omaishoidon roolia merkittävänä kotihoito-osajärjestelmänä, jonka avulla ehkäistään, siirretään ja korvataan laitoshoidon ja tehostettua palveluasumista, mutta myös vähennetään kotipalvelujen tarvetta. Omaishoidon virallinen tukeminen ei ole kuitenkaan säästynyt kritiikiltä. On esitetty, että omaisten tosilleen antamaa hoivaa ei pitäisi tukea koska se kuu-

luu perheen luontaisiin velvollisuuksiin. Lisäksi on syntynyt ajatus siitä, että omaishoidon virallinen tukeminen haurastuttaa hyvinvointivaltion perustaa ja luo näin edellytyksiä kasvavalle yksilövastuulle ja epätasa-arvolle. (Pietilä 2005, 18–21.)

Lain omaishoidon tuesta (L 2.12.2005/937) mukaan omaishoidon tukea voidaan myöntää, mikäli henkilö tarvitsee kotiloissa hoitoa tai huolenpitoa alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavan syyn vuoksi. Lisäksi hoidettavan omaisen tai muun läheisen henkilön tulee olla valmis vastaamaan annettavasta hoidosta ja huolenpidosta tarpeenmukaisten palveluiden avulla. Hoitajan terveyden ja toimintakyvyn tulee olla sellainen, että hän selviytyy hoitotyöstä. Omaishoidon tulee olla hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävä, mutta omaishoidon apuna voivat toimia erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lisäksi hoidettavan kodin tulee soveltua omaishoittoon ja tuen myöntämisen tulee olla hoidettavan edun mukaista. Tiivistettynä ja selkeytettynä siis omaishoidon tukea myönnetään hoidettavan omaisen kotona hoitamisen ja omaishoitajan jaksamisen tueksi.

4.1.1 Omaishoidon tuen historia

Varhaisin omaisten huolehtimisvastuusta säädetty asetus on vuodelta 1879, jolloin vaivaishuoltoasetuksessa määrättiin perheen ja omaisten olevan vastuussa apua tarvitsevista läheisistään. Yhtenevä ajattelu jatkui vuonna 1922 säädettyyn köyhäinhoitolakiin ja aina vuoden 1956 huoltoapulakiin asti. Vuonna 1970 yhteiskunnan vastuuta kansalaisista lisättiin, kun sosiaalihuoltolaista poistettiin aikuisten lasten velvollisuus huolehtia iäkkäistä vanhemmistaan ja vuonna 1977 myös avioliittolaista poistettiin aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011b, 39–40.) Omaishoitajat ja läheiset -liitto (Omaishoidon tuki [Viitattu 6.2.2013]) määrittelee omaishoidon tuen historian hieman lyhemmällä aikavälillä, jolloin varhaisimmaksi omaishoidon tuen muodoksi lasketaan

1980 -luvulla alkanut kotihoidon tukemisen ottaminen osaksi suomalaista sosiaali-politiikkaa.

Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotihoidon tuesta säädettiin vuoden 1984 sosiaalihuoltolaissa. 1990 -luvun alkupuolella omaisten työoikeudellista asemaa alettiin ajaa sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän avulla. Innoittajana toimi omaistaan hoitavien kokema epätasa-arvo suhteessa perhehoitolain mukaisiin perhehoitajiin. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011b, 40–41.) Vuonna 1993 omaishoidosta annettiin ensimmäistä kertaa erillinen asetus ja siitä tuli osa sosiaalihuoltolakia (Voutilainen ym. 2007, 17). Asetus toi mukanaan ajatuksen omaishoidon tuen ulottamisesta rahapalkkiota laajemmaksi. Kuitenkin sosiaalihuoltolakiin kirjattu oikeus esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivään tuli voimaan vasta vuonna 1998. Vuonna 2001 omaishoitajien asema parani hieman, kun lakisääteisten vapaapäivien määräksi asetettiin kaksi ja omaishoitajat pääsivät tapaturmavakuutuksen piiriin. Varsinainen erillinen laki omaishoidon tuesta tuli voimaan vuonna 2006. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011b, 40–41.) Vuonna 2007 lakiin tehtiin muutos, jonka seurauksena omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien lukumäärä kasvoi kolmeen (Voutilainen ym. 2007, 44).

4.1.2 Omaishoidon tuki kunnallisena sosiaalipalveluna

Edellytyksinä tuen saamiselle ovat hoitotyön sitovuus ja vaativuus. Kunta harkitsee missä laajuudessa se panostaa omaishoidon tukeen ja paljonko kunnan taloudellisia voimavaroja laitetaan sen toteuttamiseen. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 26–27.) Omaishoidon tukea haetaan hoidettavan henkilön kotipaikkakunnalta (Voutilainen ym. 2007, 16–17). Omaishoidon tuen myöntämisestä tehdään kunnan aloitteesta aina kirjallinen omaishoitosopimus (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 28–29). Omaishoidon tukeen sisältyy vähintään kolme vapaavuorokautta kuukaudessa, mikäli omaishoitaja on ympärivuorokautisesti sidottu omaishoitotilanteeseen. Lakisääteisten vapaapäivien lisäksi kunta voi halutes-

saan myöntää omaishoitajille lisävapaapäiviä sekä virkistysvapaita, jotka ovat alle vuorokauden mittaisia. (Omaishoidon tuki [Viitattu 4.3.2013].)

Omaishoidon tuki koostu kolmesta osasta, jotka ovat hoidettavalle annettavat palvelut, omaishoitajan hoitopalkkio sekä omaishoitajaa tukevat palvelut. Omaishoitajaa tukeviin palveluihin sisältyvät omaishoitajan vapaapäivät ja omaishoitajalle tarjottavat sosiaalipalvelut. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 26–27.) Hoidettavalle annettaviin palveluihin kuuluvat puolestaan omaishoitajan vapaan ajaksi annettavat palvelut sekä muut hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (Omaishoidon tuki 2013). Omaishoitosopimuksen yhteyteen liitettävä hoito- ja palvelusuunnitelma onkin lakisääteisesti välttämätön, ja siitä selviävät edellä mainittujen lisäksi hoidettavan hoidon tarpeen määrä ja sitovuus (Kalliomaa-Puha 2007, 9). Omaishoitosopimus sisältää hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi tiedot hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta sekä hoitajan oikeudesta lakisääteisiin vapaapäiviin, mutta myös mahdollisiin lisä- ja virkistysvapaisiin. Sopimus on toistaiseksi voimassa oleva, mutta erityisistä syistä se voidaan laatia myös määräaikaiseksi. Sopimus voidaan irtisanoa tarvittaessa niin omaishoitajan kuin kunnankin aloitteesta. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 28–29.)

Omaishoidon tuen sisältämä hoitopalkkio on vuoden 2013 alusta alkaen vähintään 374,51 euroa kuukaudessa ja hoidollisesti erittäin raskaassa tilanteessa (esimerkiksi saattohoito) vähintään 749,01 euroa kuukaudessa, mutta kunnat voivat harkinnanvaraisesti maksaa suurempia hoitopalkkioita (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011a, 30–31 & Omaishoidon tuen hoitopalkkiot vuonna 2013). Tosin hoitopalkkion määrä voidaan asettaa pienemmäksi, mikäli hoidon tarve tai sitovuus on vähäistä tai jos omaishoitaja esittää erityisen syyn pieneenpään tukeen. Käytännössä tämä on näkynyt hoitopalkkioiden määrän runsaassa vaihtelevuudessa. (Kalliomaa-Puha 2007, 9.) Perheen tulot tai varallisuus eivät vaikuta omaishoidon tukeen, kuten ei hoidettavan osallistuminen esimerkiksi päivätoimintaan. Omaishoitajan hoitopalkkio on ennakkopidätyksen alaista tuloa (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011a, 30 - 31.)

Kalliomaa-Puhan (2007, 11) mukaan omaishoitajat kokevat usein hoitopalkkiota tärkeämmiksi omaishoidon tuen tarjoamat vapaapäivät sekä kotiin tuotavat palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön Omaishoidon tuki -oppaan (Salanko-Vuorela, Kaivolainen, Malmi & Hyvönen 2006, 30–31) mukaan omaishoidon tuen perusteella hoidettavalle annettavien palveluiden päätarkoituksena on järjestää hoidettavalle tarkoituksenmukainen hoito omaishoitajan vapaan ajaksi. Tällaisia palveluita voivat olla esimerkiksi kodinhoitoapu, kotihoidon tukipalvelut (kuten ateriat-, kylvytys- ja asiointipalvelut), apuvälineet, kotisairaanhoido, päiväkeskus- tai päiväsairalatoiminta sekä oikeus henkilökohtaiseen avustajaan.

4.2 Kansaneläkelaitoksen tuki ikääntyvälle omaishoitajalle

Kansaneläkelaitoksella ei ole erikseen määriteltyjä omaishoitotilanteisiin suunnattuja tukia, mutta usein omaishoitotilanteen syntyminen tai olemassaolo oikeuttaa joihinkin kansaneläkelaitoksen tukiin. Ikääntyvien omaishoitajien keskuudessa yleisin näistä lienee eläkettä saavan hoitotuki, joka on tarkoitettu tukemaan pitkäaikaisesti sairaan tai vammaisen eläkkeensaajan jokapäiväisestä elämästä selviämistä, mutta myös toimintakyvyn ylläpitämistä, kuntoutusta ja hoitoa. Tuki voi korvata myös toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvia kuluja. Eläkettä saavan hoitotuen myöntämisehtona on, että henkilön toimintakyky on laskenut pitkäaikaisen sairauden tai vamman seurauksena vähintään vuoden ajan. Käytännössä tämä tarkoittaa heikentynyttä kykyä huolehtia itsestä, selviytyä välttämättömistä kotitaloustöistä sekä kodin ulkopuolella asioinnista. (Eläkettä saavan hoitotuki 2012.) Mikäli ikääntyvän omaishoitajan hoidettava ei ole eläkeiässä, mutta tarvitsee mainitun kaltaista tukea, on hän oikeutettu aikuisen vammaistukeen (Vammaistuki aikuiselle 2011).

Muita omaishoitotilanteessa aiheellisia kansaneläkelaitoksen tukia voivat olla sairaanhoido- ja lääkekorvaukset, niin sanottu lääkekatto (joka tarkoittaa 100 % lisäkorvausta korvattavista lääkkeistä siltä osalta kuin ne kalenterivuoden aikana ovat

tulleet maksamaan henkilölle 700, 92 euroa) sekä matkakorvaukset omavastuusuuden ylittäneistä matkakustannuksista (Lääkekorvaukset 2013, Matkakorvaukset 2012 & Sairaanhoidokorvaukset 2013). Ikääntyvä omaishoitaja voi hyötyä myös Kelan tarjoamasta kuntoutustoiminnasta. Kela järjestää kuntoutus- ja sopeutumismennuskursseja yli 65 -vuotiaille. Lisäksi kuntoutuksia järjestetään alle 65 -vuotiaille vaikeavammaisille, joiden jokapäiväisessä elämässä selviytymistä kuntoutus tukee. (Kuntoutus 2013.)

4.3 Kolmannen sektorin tuki omaishoitajalle

Kaikille omaishoitajille, mukaan lukien niille 90 % omaishoitajista, jotka eivät saa omaishoidon tukea on tarjolla muunlaisia tukimuotoja. Näistä ehkä merkittävin on järjestösektorin tarjoama tuki. (Purhonen, Malmi & Kotiranta 2011, 210.) Omaishoitajien hajanaisessa palvelujärjestelmässä järjestösektorilla onkin olennainen rooli. Erilaiset järjestöt ja niiden paikallisyhdistykset toimivat tiedonjakajina, asiantuntijoina ja palveluntuottajina omilla erityisaloillaan. Järjestöillä on kunnallista palvelujärjestelmää herkempi mahdollisuus kuulla ja kuunnella palvelun käyttäjien tarpeita. Edellä mainittujen lisäksi järjestöt toimivat tärkeinä omaishoidon yhteiskunnallisina puolestapuhujina. (Järjestöt ja seurakunnat [Viitattu 4.3.2013].) Järjestöillä on myös ainutlaatuinen tehtävä käyttää tiedon tuottamiseen ja jakamiseen kokemusasiantuntijoita, eli henkilöitä jotka ovat itse eläneet samankaltaisessa tilanteessa (Salanko-Vuorela 2011, 227).

Tunnetuin Suomessa omaishoitajien tukena toimiva järjestö on Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto Ry, jonka tavoitteena on parantaa omaishoitajien asemaa paikallisella ja yhteiskunnallisella tasolla. Liitto tekee lakialoitteita, osallistuu valtakunnalliseen päätöksentekoon omaishoitoon liittyvissä asioissa, järjestää vuosittaisia omaishoitajalomia ja seuraa omaishoitajien tukitoimintaa sekä julkaisee valtakunnallista omaishoitajien Lähellä-lehteä. (Purhonen 2011a, 214–215.) Myös vuosittain päivitettävä Omaishoitajan palveluopas on liiton julkaisema. Palveluoppaasta

löytyy runsaasti tietoa erilaisista omaishoitajille suunnatuista palveluista, oikeuksista, ja omaishoidosta ylipäätään. (Salanko-Vuorela, Kaivolainen, Malmi & Hyvönen 2011, 3–4.) Omaishoitajat ja läheiset -liittoon kuuluu 70 paikallisyhdistystä. Paikallisyhdistykset toteuttavat vaikuttamis-, vertaistuki-, virkistys, ohjaus- ja neuvonta-toimintaa omaishoitajille. Paikallisyhdistykset pitävät yllä myös vapaaehtoistoimintaa. (Purhonen 2011b, 215 – 217.)

Omaishoitajat- ja Läheiset Liitto Ry on yksi Suomen omaishoidon verkoston kymmenestä jäsenestä. Verkoston tavoitteena on kehittää yhteistyötä eri tahojen välillä ja toimia edistävästi omaishoidon kehittämistyössä. (Purhonen, Malmi & Kotiranta 2011, 210 - 211.) Paikallistasolla Suomen omaishoidon verkoston toiminta näkyy yhteistyöryhmien ylläpitämisenä. Yhteistyöryhmiin kuuluu edustajia niin järjestöistä, kunnista kuin seurakunnistakin. (Järjestöt ja seurakunnat [Viitattu 4.3.2013].) Yksi olennainen järjestösektorilla toimiva omaishoitajien tukija on myös Omaisena edelleen ry, jonka tuki suuntautuu niille omaisille ja läheisille, joiden hoidettava on siirtymässä tai siirtynyt kodin ulkopuoliseen hoitoympäristöön (Purhonen, Malmi & Kotiranta 2011, 211).

Monessa kunnassa myös seurakunnat antavat omaishoitajille merkittävää tukea. Seurakunnissa järjestetään esimerkiksi omaishoitajien virkistystapahtumia ja omaishoitajaryhmiä (Järjestöt ja seurakunnat [Viitattu 4.3.2013]). Esimerkkinä tästä Suomen Evankelisluterilaisen kirkon Hattulan seurakunta, jossa järjestetään diakoniatyön toimintamuotona kotikäyntejä erityisesti uupuneiden omaishoitajien tukemiseen. Hattulan seurakunnan kautta voi omaishoitaja saada myös vapaaehtoisystävän, joko itsellensä juttukaveriksi tai pitämään hoidettavalle seuraa esimerkiksi omaishoitajan asiointin ajaksi. Hattulan seurakunta on myös varannut budjetissaan määrärahan, joka käytetään omaishoitajien virkistys- ja kuntoutustoimintaan. (Kotiranta 2009, 36–37.)

4.4 Omaishoitajan sosiaalipalveluihin liittyvät haasteet

Vaikka omaishoitaja olisi oikeutettu sosiaalipalveluihin ja tiedostaisi palveluntarpeensa, ei avun vastaanottaminen ole aina itsestään selvää. Usein sitä varjostaa pelko omasta jaksamisesta ja mahdollisesta omaishoitajuuden päättymisestä omien voimavarojen heikkenemisen myötä. Tämä voi saada omaishoitajan piilottelamaan omia vaivojaan ja lykkäämään esimerkiksi lääkärintarkastuksiaan. (Kaivolainen 2011b, 170.) Omaishoitajan arkuus sosiaalipalveluita kohtaan voi liittyä myös itsemääräämisoikeuden tai oman vapauden menettämisen pelkoon (Mikkola 2009, 172). Toisaalta pelko voi kohdistua myös hoidettavan hyvinvointiin. Pelko voi estää omaishoitajaa osallistumasta esimerkiksi vertaisryhmiin, jos hän ei ole varma tilapäishoidon asianmukaisuudesta vaan kokee mahdollisena, että hoidettavaa tai hänen tarpeitaan ei ymmärretä. (Kaivolainen 2011b, 170.)

Onkin tärkeää muistaa, että omaishoitajalle hoidettava on ensisijaisesti lähiomainen. Näin ollen omaishoidon tukemisen tulee perustua koko perheen tai pariskunnan tarpeisiin vastaamiselle, eikä sitä voi eritellä vain omaishoitajan jaksamisen tukemiseksi. (Raivio ym. 2007, 65.) Omaishoidettavan näkeminen ensisijaisesti sairaana ja hänen ongelmiansa sekä toimintakykynsä vajavuuksien korostaminen vähentävät omaishoitajien halukkuutta heidän jaksamistaan helpottaviksi tarkoitettujen sosiaalipalveluiden käyttämiseen. Pelon lisäksi sosiaalipalveluihin liittyy kokemus hakemisen hankaluudesta (Kaivolainen 2011b, 170.) Raivion ym. (2007, 65–66) mukaan omaishoitajat kokevat vaikuttamismahdollisuutensa vähäisiksi heitä koskeviin palveluihin. Esimerkiksi henkisen tuen ja ohjauksen tarjoaminen jääkin lähinnä kolmannen sektorin palveluiden varaan.

Mikkola (2009, 172–177) huomioi palveluiden hyödyn saavuttamisen tiellä olevan myös niiden vastaanottamisen korkean kynnyksen erityisesti ikääntyvien omaishoitajien keskuudessa. Itsenäisen, vailla ulkopuolista apua tapahtuvan selviytymisen jatkuminen mahdollisimman pitkään koetaan arvokkaaksi pula-ajan eläneiden nykypäivän ikäihmisten keskuudessa. Palvelujärjestelmän tarjoamien sosiaalipalveluiden vastaanottaminen voidaan mieltää jopa kerjäämiseksi. Raivio ym. (2007,

66) kuitenkin muistuttaa, että toisaalta nämä sota- ja pula-ajan eläneet palveluiden käyttäjät ovat hyvin sopeutuneita ja tyytyväisiä elämäntilanteeseensa ja saamiinsa palveluihin mikäli he niitä ovat ottaneet vastaan. Pohtimisen arvoinen kysymys on, miten nykyisiä omaishoitajille tarjottavia palveluita tulisi muuttaa tai kehittää, että niihin tyytyisivät myös tulevien sukupolvien omaishoitajat.

Artikkelissaan Zechner (2007, 142, 153–154 & 159) määrittelee ikääntyneiden ihmisten luottamusta sosiaalipalveluihin. Hän kertoo luottamuksen sosiaalipalveluihin jakautuvan kahtia syntyen sekä luottamuksesta palveluorganisaatioon että ammattihenkilöihin. Hyväksi palveluksi Zechener muotoilee sellaisen palvelun, joka vastaa käyttäjän tarpeisiin ja on haettaessa mahdollista saada. Omaishoitotilanteessa palveluiden menetelmällinen oikeudenmukaisuus ei kuitenkaan aina toteudu, sillä omaishoidon tuki on harkinnanvarainen etuus. Vaikka omaishoitaja täyttäisi tuen saamiselle edellytyksenä olevat kriteerit, ei hän ole automaattisesti oikeutettu omaishoidon tukeen. Sosiaalipalveluiden menetelmällistä oikeudenmukaisuutta vähentävät myös esimerkiksi kansaneläkelaitoksen kieltävät päätökset etuushakemuksiin. Harkinnanvaraiset sosiaalipalvelut luovatkin toisinaan epäluottamusta pelkällä olemassaolollaan. Palvelun luotettavuutta karsii myös se, jos hakijan tai hänen omaistensa sosiaaliset asemat tai valta-asemat vaikuttavat palvelun myöntämiseen tai palveluprosessiin.

Omaishoitajien ja omaishoidon yhteiskunnallinen asema on erittäin mielenkiintoinen ja ajankohtainen yhteiskunnallisen keskustelun kohde. Missä vaiheessa paritai muun lähisuhteen ”normaali” hoiva ja molemminpuolinen keskinäinen huolenpito muuttuu omaishoidoksi? Jos omaishoidon tuesta tehtäisiin esimerkiksi kunnallinen subjektiivinen oikeus, minkälaisin mittarein sen piiriin kuulumista tarkasteltaisiin? Erityisesti nykypäivänä lukuisat ja monimuotoiset uusioperhemallit vaikuttavat myös omaishoittoon.

5 OMAISHOITAJAN HYVINVOINTI

Omaishoitajan hyvinvointi on ensiarvoisen tärkeää omaishoitotilanteen tarkoituksenmukaisen toteutumisen ja etenkin sen jatkuvuuden kannalta. Omaishoitotilanne ei yksinkertaisesti ole olemassa ilman omaishoitajaa, eikä omaishoitaja voi ”olla olemassa” (toimia omaishoitajana pitkäaikaisesti) ilman hyvinvointia. Hyvinvoiva omaishoitaja ei ainoastaan mekaanisesti hoivaa omaistaan vaan pitää hänestä huolta hyvinvointia tukevalla tavalla.

Tässä luvussa kerron hyvinvoinnin käsitteestä muun muassa Erik Allardtin hyvinvointiluokittelun sekä Simo Koskisen voimavarakäsitteen avulla. Lisäksi syvennän hyvinvoinnin ja voimavarojen käsitteitä elämähallinnan määritelmää kuvaellen. Käsitteenmäärittelyn jälkeen avaan tekijöitä, jotka ikääntyessä vaikuttavat yksilön voimavaroihin. Kokonaan oman alaluvun olen varannut omaishoitotilanteeseen vaikuttavien voimavaratekijöiden käsittelemiselle. Hyvinvoinnin teoreettinen käsittely tässä opinnäytetyössä perustuu ajatukselle siitä, että tukeakseen omaishoitajien omasta hyvinvoinnista huolehtimista tulee tuntea niitä tekijöitä, jotka siihen vaikuttavat.

5.1 Mitä on hyvinvointi?

Hyvinvoinnin käsitettä määriteltäessä lienee välttämätöntä pohtia mitä on hyvä elämä. Saaren (2011, 11–12) mukaan käsitys hyvästä elämästä tulee pohjustaa sillä ajatellaanko sen olevan universaali, ehkä evolutiivinen valikoituma, vai kulttuurisidonnainen ja mukautuva kimppu mahdollisuuksia erilaisista hyvistä elämisistä. Hyvän elämän määrittäminen on ylipäätään mahdollista vain silloin, kun sen ajatellaan edellyttävän erityisiä itseisarvoisesti tärkeitä instituutioita. Toisaalta ihmis-

ten keskinäinen erilaisuus vaikeuttaa näiden tiettyjen tärkeiden asioiden määrittämistä. Lagerspetzin (2011, 79) mukaan hyvinvointi on yhteiskuntamme keskeisiä arvoja, josta kertoo muun muassa yhteiskunnallinen keskustelumme hyvinvointipoliitikasta, hyvinvointivaltiosta ja hyvinvoinnin taloustieteestä. Kuitenkaan nämä arvot itsessään eivät kerro mitä hyvinvointi itseasiassa on vaan usein sen määrittely jää lähinnä erilaisten filosofisten tulkintojen varaan.

Kuitenkin voidaan sanoa, että hyvän elämän ja hyvinvoinnin mahdollistaminen yksilötasolla edellyttää joitakin yleisesti määriteltyjä hyvinvointi-instituutioita. Saari (2011, 11–12) mainitsee tällaisiksi esimerkiksi koululaitoksen ja julkisen terveydenhuollon. Raijas (2011, 243–248) määrittelee arjen hyvinvoinnin käsitettä. Hänen mukaansa yksilön arjessaan kokemaan hyvinvointiin vaikuttavat tulot ja varallisuus, aika, terveys, tiedot, taidot ja sosiaalinen pääoma. Näiden niin sanottujen hyvinvoinnin resurssien määrä, hallinta sekä hyödyntämismahdollisuus riippuvat niin yhteiskunnan ja lähiympäristön tarjoamista olosuhteista ja mahdollisuuksista, mutta myös henkilön yksilöllisistä ominaisuuksista.

5.1.1 Erik Allardtin hyvinvointiluokittelu

Allardtin (1976, 32–35) hyvinvointiluokittelun perusteella on yksinkertaista arvioida hyvinvointiin liittyviä tarpeentyydytyksen osa-alueita. Allardt on vuonna 1976 laatinut teorian, jonka mukaan hyvinvoinnin tila on sellainen, jossa ihmisen on mahdollista saada keskeiset tarpeensa tyydytetyksi. Tarpeet voidaan jakaa elintason ja elämänlaatuun liittyviksi. Nämä kaksi luokkaa eivät voi korvata toisiaan, mutta niiden keskinäinen vaikutus on vääjäämätön. Elintaso liittyy sellaisiin aineellisiin resursseihin, joiden avulla yksilö voi ohjalla elinolosuhteitaan. Elämänlaatu puolestaan koostuu sellaisista resursseista, jotka eivät ole aineellisia vaan perustuvat ihmisten välisiin, ihmisen ja yhteiskunnan välisiin sekä ihmisen ja luonnon välisiin suhteisiin.

Tarpeentyydytyksen osatekijöiden pohjalta Allardt (1976, 38) on kehittänyt kolmiportaisen hyvinvointiluokituksen: ”having”, ”loving” ja ”being”. ”Having” merkitsee omistamista eli sillä viitataan elintasoaspektiin. ”Loving” eli rakastaminen puolestaan viittaa yhteisyyssuhteisiin ja ”being” eli oleminen itsensä toteuttamisen erilaisiin muotoihin. Allardt'n nimeämät tarpeet voivat tyydytettynä toimia resursseina, joiden avulla muunlaisten tarpeiden tyydyttäminen mahdollistuu. Mielestäni on huomioon otettavaa, että Allardt'n kaikki kolme termiä on määritelty verbeinä, joten ne viittaavat tekemiseen. Voitaneen siis olettaa Allardt'n ajatelleen, että inhimillisen hyvinvoinnin taustalla on nimenomaan tarve *tehdä* erilaisia asioita.

Hyvinvoinnin lukuisia määritelmiä yhdistää ajatus siitä, että hyvinvointi ei ole ainoastaan arvokasta vaan se sisältää myös toimintaa ohjaavan näkökulman. Tätä voidaan perustella muun muassa sillä, että jos jokin asia sisältää hyvinvointia edistävän aspektin, on sen harjoittaminen kannattavaa niin poliittisesti kuin moraalises-tikin. (Lagerspetz 2011, 79–80.) Raijas (2011, 250–251) muotoileekin arjessa toimimisen ja koetun hyvinvoinnin suhdetta ja sen vaikutusta onnellisuuteen ja elämään tyytyväisyyteen kolmen pääteeman avulla. Hänen mukaansa merkittäviä arjen hyvinvointiin vaikuttavia asioita ovat arjen sisältö ja koostumus, tyytyväisyys arjessa toimimisessa sekä kokemukset omista vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksista yhteiskunnassa.

5.1.2 Elämänhallinta hyvinvoinnin tukena

Raunio (1999, 314) mainitsee kirjassaan Jorma Sipilän ajatuksista tyydyttävän elämän ja hyvinvoinnin suhteeseen. Hyvinvoinnin kokemus ei näytä seuraavan itsestäänselvästi tarpeiden tyydyttymisestä vaan hyvinvoinnin edellytysten lisäksi tarvitaan elämän mielekkyyden kokemus. Saarenheimo (2003, 34–38) korostaa, ettei elämän merkityksellisyyden kokeminen edellytä filosofista pohdintaa vaan on sidoksissa arkipäivän tilanteisiin ja keskusteluihin. Saarenheimo kertoo, että hyvinvoinnin kokemisen vähentyminen ikääntyvillä ihmisillä voi olla seurausta omien

fyysisten ja psyykkisten voimavarojen vähenemisestä johtuvasta voimattomuuden tunteesta.

Saarenheimo (2003, 38–42) määrittelee elämänhallinnan käsitettä myös hyvinvoinnista puhumisen yhteydessä. Elämänhallinnan puute tai liiallisuus vähentävät hänen mukaansa hyvinvointia, mutta tilanteen mukaan vaihteleva ja elämäntapah- tumien perusteella joustava elämänhallinta tukee hyvinvoinnin kokemusta. Hyvä elämänhallinta sallii yksilön kokea ajoittain kaaottisuutta, mutta kuitenkin ilman turvallisuudentunteen menettämisen pelkoa. Ikääntyvän ihmisen elämänhallinnan kokemusta vaikeuttavat vanhuuden mukanaan tuomat rajoitteet ja haasteet. Asias- ta on esitetty tutkimuksia puolesta ja vastaan. Kasvumallin mukaan elämänhallin- takeinot muuttuvat ikääntyessä kypsemmiksi ja harkitummiksi, kun taas taantu- mismallin mukaan ikääntyneet käyttävät nuorempia enemmän tehottomia ja primi- tiivisiä elämänhallintakeinoja. Saarenheimo painottaa enemmän yksilökohtaisuu- den kuin vanhuuden tuomien asioiden merkitystä elämänhallinnan kokemukseen ikääntyessä.

Hyvinvoinnista puhuttaessa yksilön subjektiivisen kokemuksen merkitys on vää- jäämätön. Saarenheimon (2003, 85–86) mukaan psyykkisen tasapainon etsiminen on reagointia elämäntapahtumiin ja muutoksiin, mutta samalla sen avulla suunna- taan elämänkulkua ja luodaan tapahtuneille muutoksille tarkoituksenmukaisuus. Omaishoitotilanteessa tällainen subjektiivinen psyykkisen tasapainon etsiminen ei näytä tapahtuvan aina itsestäänselvästi. Järnstedin ym. (2009, 133–134) mukaan omasta itsestä huolehtiminen jää taka-alalle etenkin silloin kuin omaishoitotilan- teen kuormittavuus hämärtää yksilön rajat yhteisen tilanteen sisäisiksi tai kun hoi- dettava ei sairautensa vuoksi ymmärrä omaishoitajan omasta itsestä huolehtimi- sen tärkeyttä.

5.2 Voimavarojen erityispiirteet ikääntyessä

Ikääntyvän ihmisen hyvinvoinnin kannalta tärkeää on elämän merkityksellisyyden kokeminen. Saarenheimon (2003, 34–38) mukaan yksilön todellisuussuhteella on olennainen vaikutus elämän merkityksellisyyden kokemiseen. Todellisuussuhde koostuu niistä asioista, sitoumuksista ja samaistumisen kohteista, joiden perusteella ihminen määrittelee identiteettiään ja elämänsä tarkoitusta. Jos tällaiset asiat esimerkiksi eläkkeelle jäämisen seurauksena vähenevät, vaikeutuu oman identiteetin muovautuminen ja koossa pysyminen, jolloin psyykkisen tasapainon ja hyvinvoinnin kokeminen hankaloituu.

Saarenheimo (2006c, 100–101) esittää voimavarat sellaisiksi ulkoisiksi tai sisäisiksi tekijöiksi, jotka mahdollistavat yksilön selviytymisen jossakin tietyssä tilanteessa. Voimavarat käsitetään usein ihmisen ulkopuolisiksi tekijöiksi (esimerkiksi uskonto tai luonto), mutta myöskään sisäisiä voimavaroja (selviytymiskeinoja) ei tulisi unohtaa. Simo Koskinen (2004, 77–78) määrittelee voimavarakäsitettä ikääntyneen ihmisen näkökulmasta. Hän painottaa pyrkimystään kuvata nimenomaan ikääntymiseen liittyviä voimavaroja, kun perinteisesti ikääntyminen yhdistetään vain toimintakyvyn heikkenemiseen ja vajavuuksiin. Koskinen perustelee ikääntymiseen liittyvien voimavarojen ymmärtämisen olevan olennaista etenkin nykypäivänä, kun elinajan odotteet ovat entistä korkeammat ja eläkkeelle jäävät ihmiset omaavat usein hyvän toimintakyvyn. Voimavaranäkökulman ymmärtäminen edellyttää elämänkulun tarkastelemista kokonaisuutena ja ikääntymisen käsittämistä pelkkää lääketieteellistä aspektia laajemmalle.

Koskinen (2004, 78–80) jakaa ikääntyvien voimavarat ryhmiin seuraavasti: kollektiiviset ja ryhmätason voimavarat, sosiokulttuuriset voimavarat, ympäristöön liittyvät voimavarat sekä psyykkiset ja henkiset voimavarat. Ikääntyvien voimavaroista puhuttaessa tuleekin ottaa huomioon näiden ryhmien itsellisyyden lisäksi niiden keskinäinen vuorovaikutus. Hakosen (2008, 121–122) ajatukset täydentävät edellistä, sillä hänen mukaansa ikääntyneistä puhuttaessa otetaan usein huomioon vain jokin hyvinvoinnin osatekijöistä ja näin unohdetaan hyvinvoinnin kokonaisval-

taisuus. Esimerkkinä tästä hän mainitsee terveydestä ja toimintakyvystä puhumisen, mikä jättää täysin varjoon yksilön psyykkisen ja sosiaalisen puolien.

Hakonen (2008, 122–152) jakaa ikääntymisen voimavarat fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, kollektiivisiin ja ympäristöllisiin. Lisäksi hän mainitsee mielekkään tekemisen vaikutuksesta voimavaroihin. Mielekäs toiminta paitsi kiinnittää yhteisöön, on tärkeää myös elämän arvokkuuden kokemisen kannalta. Hakosen mukaan fyysinen voimavara-aspekti on ikääntyessä erityisen merkittävä. Sen ylikorostaminen johtaa kuitenkin helposti biolääketieteelliseen ajattelutapaan, jonka mukaan ikääntyminen ja vanhuus ymmärretään erilaisista sairauksista koostuviksi tiloiksi. Fyysisen voimavaranäkökulman mukaan yksilön subjektiivinen kokemus onkin objektiivista olennaisempi. Psyykkisiin voimavaroihin kuuluvat ikääntyessä erityisesti yksinäisyyden kokeminen, omaan vanhenemiseen ja tulevaisuuteen suhtautuminen sekä elämän merkityksellisyyden kokemus. Hakonen kuitenkin mainitsee, että psyykkisiin voimavaroihin liittyvien riskien yleistäminen voi johtaa jopa ikäsyryintään ja olennaista olisikin mieltää ikääntyvän yksilölliset elämänarvot psyykkisten voimavarojen lähtökohdiksi.

Sosiaaliset ja kollektiivisen voimavarat Hakonen (2008, 129–140, 147) liittää yhteen niiden samankaltaisuuden vuoksi. Hän perustelee tätä sosiaalisen käsitteen moniulotteisuudella, mihin sisältyvät sekä yhteisöön kuulumisen merkitys että ikääntyvän itsensä kannalta olennaisten sosiaalisten toimintojen toteuttaminen. Kollektiivisiin voimavaroihin kuuluvat erityisesti mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa haluamiinsa asioihin. Sosiaaliset voimavarat toteutuvat luonnollisimmin yksilön sosiaalisessa verkostossa, jonka toimintaan kuuluu vastavuoroinen sosiaalinen tuki. On huomioonotettavaa, että sosiaalinen tuki voi toteutua varsinaisen ”sosiaalisen” lisäksi myös aineellisena tai emotionaalisenä. Hakonen kertoo ikääntyessä ja liikkuvuuden vähetessä ihmisen paikkasidonnaisuuden usein kasvavan. Se vaikuttaakin olennaisesti yksilön kokemiin ympäristöllisiin voimavaroihin, joiden lähtökohtana voidaan pitää kodin merkityksen huomioimista.

5.3 Omaishoitajan hyvinvointi ja voimavarat

Puolison omaishoitajaksi ryhtyminen vaikuttaa ihmiseen niin fyysisesti kuin emotionaalisestikin. Hoivattavan puolison moninaiset tarpeet sekä suru (ja muut tunteet) parisuhteen muuttumisesta hoivamaisemmaksi omaishoitotilanteen myötä saavat aikaan omaishoitajassa monenlaisia reaktioita. Jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta tärkeää olisi yrittää hyväksyä muuttunut tilanne ja sopeutua uuteen elämänvaiheeseen parhaalla mahdollisella tavalla. (When you become 2005, 1.) Puolisoahoivaajan voimavarat voivatkin olla paitsi psyykkisiä myös vuorovaikutuksellisia, yhteisöllisiä, kulttuurisia, yhteiskunnallisia tai fyysisiä (Saarenheimo & Pietilä 2006, 26). Ikääntyvistä omaishoitajista puhuttaessa näitä tekijöitä voidaan peilata edellä mainittuihin ikääntyvän ihmisen voimavarojen osatekijöihin.

Eri aspektien yläpuolelle voidaan nostaa yksi merkittävä omaishoitajan voimavaroihin vaikuttava tekijä, joka on oman ajan saaminen sitovan hoivatilanteen keskelle. Tämä koskettanee lähes jokaista omaishoitotilanteessa elävää (Saarenheimo 2006c, 102). Tosin Järnstedin ym. (2009, 132–134) mukaan omaishoitaja usein sivuuttaa omat tarpeensa hoidettavan tarpeiden paljouden ja vaativuuden vuoksi. Omaishoitotilanteen jatkumisen kannalta omaishoitajan oman ajan ottaminen ja sitä seuraava hyvinvointi sekä itsestään huolehtiminen ovatkin ensiarvoisen tärkeitä asioita. Huolehtimalla itsestään omaishoitaja mahdollistaa kykenevänsä huolehtimaan myös puolisostaan. (Taking care of you [Viitattu 27.3.2013].)

Omaishoitotyössä jaksaminen kuitenkin edellyttää oman selviytymisen ja omien tarpeiden tarkastelemista. Pitkään jatkuva elämäntilanne, jossa vaatimukset peittävät voimavarat, johtaa usein väsymykseen ja hyvinvoinnin heikkenemiseen. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi unihäiriöinä, ahdistuksena tai erilaisia fyysisinä oireina. Väsyminen synnyttää kehän, joka johtaa hoitamiseen tarvittavien voimavarojen heikkenemiseen ja pahimmillaan omaishoitotilanteen muuttumiseen pelkäsi velvollisuudeksi. (Järnsted ym. 2009, 132–134.) Tästä huolimatta juuri omaishoitajat ovat niitä, jotka jättävät itsestään huolehtimisen liian vähälle huomiolla. Omaishoitaja aivan kuin unohtaa pitää itsestään huolta jäädessään murehtimaan lähei-

sensä etenevästä sairaudesta, jonka pysäyttäminen tai poistaminen ei ole mahdollista. (Taking care of you [Viitattu 27.3.2013].)

Omaishoitajan tulisi siis pystyä huolehtimaan itsestään pystyäkseen huolehtimaan hoidettavasta (Järnsted ym. 2009, 134). Itsestä huolehtimista voidaan pitää jopa tärkeimpänä omaishoitajan velvollisuutena, sillä oman hyvinvointinsa avulla hän voi huolehtia myös puolisostaan riittävän hyvin mahdollisimman pitkään. Itsestä huolehtimisen kannalta on oman ajan ottamisen lisäksi tärkeää tunnistaa omaa hyvinvointia ja voimavaroja vahvistavat ja heikentävät tekijät. Olennainen asia on myös elämän epätäydellisyyden hyväksyminen. Kaikessa – tai missään ei tarvitse pyrkiä täydellisyyteen tai riippumattomuuteen. Läheisten ja ammattilaisten avun hyväksyminen omaishoitotyön tueksi auttaa pitämään voimavaroja yllä. (When you become 2005, 3 -5.)

Voimavarojen lähteet omaishoitotilanteessa voivat olla hyvin erilaisia keskenään. Joillekin huumori, optimistinen elämänasenne tai uskonto voivat toimia voimavarojen lähteinä. Usein tieto hoidettavan sairauksista ja hoitoon liittyvistä asioista koetaan voimavaroja kerryttäväksi, vaikka toisaalta liika tieto voi toimia pelkoa tuottavanakin. (Järnsted ym. 2009, 134 – 135.) Saarenheimon (2005, 34 - 37) mukaan omaishoitajan voimavaroihin vaikuttaa olennaisesti yksilön oma positiivinen suhtautuminen vaikeaan elämäntilanteeseen, mutta myös ongelmanratkaisukykyä käyttämällä kehitellyt hoidon sujumista helpottavat konkreettiset ”niksit” ja keksinnöt toimivat merkittävinä jaksamista lisäävinä tekijöinä.

5.3.1 Omaishoitajan väsyminen

Omaishoitajan voimavaroista ja hyvinvoinnista puhuttaessa tulee muistaa, että omaishoitotilanne on yleensä vaatinut suurta sopeutumista ja sen vääjäämättömyys ”pakottaa” omaishoitajan tyytymään epävarmaan elämäntilanteeseen, jossa positiivisten voimavarojen löytäminen vaatii normaalia enemmän ponnistelua.

(Saarenheimo 2005b, 33–34.) Tästä kertoo osuvasti esimerkiksi omaishoitajien elämänlaatututkimus, josta Malmi (2011, 104 - 107) kertoo tekstissään. Johanna Aatolan vuonna 2003 tekemä omaishoitajien elämänlaatututkimus, jossa tutkittavat omaishoitajat elivät vailla virallista omaishoidon tukea, paljasti yli 65 -vuotiaiden omaishoitajien vireyden ja energiamäärän koetun tason olleen vain 45 % prosenttia mahdollisesta.

Tutkimukseen vastanneet omaishoitajat tunsivat itsensä väsyneiksi puolet ajastaan, mikä on ristiriidassa sen kanssa että omaistaan hoitava itseasiassa tarvitsisi enemmän energiaa kuin niin sanottu tavallinen ikääntyvä. Tästä huolimatta väsymystäkin vaikeammaksi hyvinvointiin vaikuttavaksi tekijäksi omaishoitajat kuitenkin kokivat omaishoitotyön henkisen rasittavuuden. Vastaaajista 80 % piti tätä kaikkein rasittavimpana omaishoitoon liittyvänä tekijänä. (Malmi 2011, 104 - 107.)

5.3.2 Omaishoitajan arvostuksen kokeminen

Erilaisia aspekteja (edellä mainitut fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ym.) hyödynnäviä voimavarojen lähteitä yhdistää arvostuksen kokemisen tärkeys omaishoitotilanteessa. Kaiken arvostuksen lähtökohta on omaishoitajan oma arvostus tekemäänsä työtä kohtaan. Arvostuksen nauttimiseen kuuluu myös sosiaalisen verkoston tarjoama henkinen tuki, jolla on suuri vaikutus hyvinvointiin. Usein omaishoitotilanne johtaa sosiaalisen verkoston kaventumiseen, jolloin henkisen tuen olemassaolon merkitys korostuu entisestään. (Järnsted ym. 2009, 134–135.)

Arvostuksen tunne laajemmassakin mittakaavassa vaikuttaa omaishoitajan voimavaroihin. Silloin sillä ei tarkoiteta vain perheen sisäistä tai hoidettavan antamaa arvostusta, vaan myös yhteiskunnallista esimerkiksi viranomaisten ja ammattihenkilöiden antamaa arvostusta. (Järnsted ym. 2009, 134–135.) Kunnat, yhdistykset ja seurakunnat pyrkivät toiminnallaan huomioimaan tämän aspektin tarjoamalla omaishoitajille erilaisia ryhmätoimintoja, vertais- ja keskustelutukea sekä esimer-

kiksi virkistyspäiviä. Voimavaroja tukevaksi toiminnaksi luetaan myös omaishoitajien vapaapäivät, palveluohjaus ja tiedotus erilaisista asioista sekä hoidettavalle tarjottavat päivätoiminta- ja intervallihoitopalvelut. Mielenkiintoista on, että omaishoitajan voimavaroja ja jaksamista tukevat palvelut eivät vaikuta perustuvan millekään vastuulliselle taholle, vaan lähtökohtana niille toimivat ennemminkin esimerkiksi yhdistysten hyvä tahto ja kiinnostus asiakasryhmää kohtaan. (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järnsted ja Korhonen 2006, 104.)

6 VERTAISTUEN MERKITYS OMAISHOITAJALLE

Tässä luvussa määrittelen vertaistuen käsitettä ja sen erilaisia muotoja. Aloitan luvun kertomalla vertaistuen historiasta, arvoista ja yleisestä määritelmästä. Myöhemmin luvussa käsittelen erilaisia vertaistuen muotoja yksitellen. Näistä suurimman huomion saa ryhmämuotoinen vertaistuki, koska opinnäytetyöni tutkimusosassa sen rooli korostuu muihin vertaistuen muotoihin nähden. Luvun lopussa kerron vertaistuen vaikutuksesta ja merkityksestä omaishoitajalle.

6.1 Vertaistuki

Yksinkertaisesti sanottuna vertaisuudella tarkoitetaan samankaltaisessa elämäntilanteessa tai samankaltaisten ongelmien kanssa kipuilevien ihmisten yhteistä toimintaa, jonka tarkoituksena on jakaa omia kokemuksia ja pohtia omaa elämäntilannetta yhdistävän tekijän kannalta (Pietilä 2006, 29). Laimion ja Karnellin (2010, 7–12) mukaan vertaistuki on kokemuksellista vuorovaikutusta, jonka perustana toimivat ihmisten keskinäinen tasa-arvo ja vuorovaikutus. Se ei ole terapiaa, mutta sillä voi olla merkittävä syrjäytymistä ja osattomuutta ennaltaehkäisevä merkitys yksilölle. Huuskonen (2012) summaa vertaistuen lukuisat erilaisia näkökulmia painottavat määritelmät ajatukseen siitä, että vertaistuki on aina johonkin elämäntilanteeseen tai ongelmaan liittyvää vastavuoroista tukea, joka perustuu osallistujien omiin kokemuksiin.

Sosiaali- ja terveysalalla tapahtuvalle vertaistoiminnalle kohdistuu huomattavia paineita, koska sen ajatellaan automaattisesti johtavan yksilöiden voimaantumiseen (Pietilä 2006, 29). Sosiaali- ja terveysalan vertaistuki voi toteutua kuitenkin hyvin erilaisista lähtökohdista. Se voi olla ammattitahon tai kolmannen sektorin kuten erilaisten yhteisöjen ja yhdistysten organisoimaa toimintaa, mutta myös

edellisten yhteistyön tulos. Toisaalta se voi toteutua myös kansalaislähtöisesti täysin vailla virallista taustayhteisöä. (Huuskonen 2012.)

6.2 Vertaistuen taustalla

Vertaistuen taustalla on ihmisen tarve olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisiin ja vertaistoiminnan alkumuotona voidaankin pitää kylä- ja heimoyhteisöjen keskinäistä huolehtimista. Vertaistukitoiminta on postmodernin yhteiskunnan vastine luonnollisten ja perinteisten suku- sekä kyläyhteisöjen katoamiselle. (Laimio & Karnell 2010, 11 & 13.) Koska pohjoismaisessa hyvinvointiyhteiskuntajärjestelmässä vertaistuki sijoittuu julkisten palveluiden osaksi tai tukijaksi, ei se pyri tekemään yksilöä riippumattomaksi palveluista. Vertaistukitoiminnan tavoitteena yhteiskunnalliselta kannalta voidaan pitää sellaisen prosessin alkuun saamista, jonka kautta passiivisesta avun vastaanottajasta tulee aktiivinen asioihin vaikuttaja. (Laimio & Karnell 2010, 11 & 13.) Toisaalta ajatus vertaisuudesta on yhteiskunnallisesti ongelmallinen sen poissulkiessa tasa-arvonsa piiristä ne ihmiset, jotka eivät kuulu tietyn kokemuksen tai elämäntilanteen läpikäyneisiin. Suomessa vertaistuen suosio perustunee erityisesti pyrkimykselle lisätä ihmisten vastuullistamista omasta elämästään kustannustehokkain keinoin. Myös kokemuksellisen asiantuntijuuden arvostus ja vertaistoiminnan vaikutus ihmisen sosiaaliseen pääomaan voidaan lukea sen merkittäviksi puolestapuhujiksi. (Pietilä 2006, 29–32, 34.)

Vertaistukitoiminnan arvot. Omaishoidon vertaistojat määrittivät vuonna 2006 arvoja, jotka toimivat vertaistukitoiminnan perustana. Ensimmäinen arvo on toivo. Toivon tulee olla vertaistoiminnan lähtökohtana, se näkyy uskona huomiseen sekä siihen, että elämän vaikeuksista on mahdollisuus selvitä. Toivo on positiivinen käsite, mutta toisaalta siinä on tilaa myös epävarmuudelle ja negatiivisille tunteille. Toinen määritelty arvo on luotettavuus. Vertaistukitoimintaan kuuluu vaitiolovelvollisuus osallistujien kesken ja sen tulee tapahtua niin, että kaikilla osanottajilla on turvallisuuden, rehellisyyden ja vastuullisuuden kokemus sekä mahdollisuus olla oma itsensä. Kolmas arvo on tasa-arvo. Vertaistukitoiminnassa kaikki osallistujat

ovat tasa-arvoisia ja kunnioittavat toistensa elämäntarinoita. Myös yhteenkuuluvuus on kirjattu omaksi arvokseen. Vertaistuki perustuu kokemukseen yhteenkuulumisen tunteesta, jossa osanottajat voivat jakaa yksilölliset, mutta kuitenkin samankaltaiset elämäntilanteensa. Vapaaehtoisuuden arvo puolestaan merkitsee sitä, että jokainen on toiminnassa mukana omasta tahdostaan. (Heino & Kaivolainen 2011, 8 -9.)

6.3 Vertaistuen monet muodot

Esittelen tässä alaluvussa vertaistuen erilaisia toteutumistapoja. Eniten huomiota kiinnitän vertaistukiryhmiin, sillä ne ovat paitsi merkittävä vertaistuen ilmenemismuoto, myös olennainen osa opinnäytetyöni empiiristä osaa. Vertaisryhmien yhteydessä esittelen myös Bruce Tuckmanin ryhmäprosessimallia, koska mielestäni ryhmän kehityksen tuntemus on tärkeää mihin tahansa ryhmätoimintaan tutustuttaessa. Luvun lopussa tuon esille lyhyesti muita vertaistuen muotoja.

6.3.1 Vertaistukiryhmät

Vertaistukitoiminta on käsitteenä monimuotoinen, mutta yleisimmin se ilmentyy vertaisryhmien muodossa. Vertaisryhmässä vertaistuki on vastavuoroista ja sisältää sekä avun antamisen että vastaanottamisen momentin. (Heino & Kaivolainen 2011, 12–13.) Malmin (2003, 30) mukaan vertaistukiryhmän toimintaan vaikuttavat paitsi jäsenten persoonallisuus ja käyttäytyminen, mutta myös ryhmässä syntyvät sisäiset suhteet eli erilaiset roolit sekä valta-, tunne- ja normisuhteet. Vertaistukiryhmien tavoite on myös osallistaa ja saada osallistujia tietoisiksi ja kiinnostuneiksi yhteiskunnallisista asioista, mutta yhtä lailla luoda yhteisöllisyyttä ryhmäläisten kesken (Heino & Kaivolainen 2011, 12–13).

Pietilän (2006, 34–35) mukaan on huomioonotettavaa, että vertaisryhmässäkin osallistujilla on ensisijaisesti tarve esiintyä yksilöllisinä ja persoonallisina ihmisinä ainutlaatuisine kokemuksineen. Malmi (2003, 37–38) kertoo hyvin toimivan vertaistukiryhmän tunnusmerkkejä olevan ryhmän sisäinen yhteisymmärrys ja tieto siitä miksi ryhmä on olemassa, ilmapiirin avoimuus, vastuun jakaminen sekä ryhmäläisten roolien joustavuus. Lisäksi viestinnän tulisi olla avointa, että kaikilla ryhmäläisillä olisi mahdollisuus osallistua keskusteluun. Mahdolliset erimielisyydet tulisi hyväksyä osaksi ryhmää siten, että niistä ollaan halukkaita neuvottelemaan. Malmin mukaan olennaista on, että ryhmän jäsenet kokoontuvat jakaaksensa tietoa ja saadaksensa tukea.

Vertaistukiryhmä voi toimia avoimena, suljettuna tai ”hitaasti avoimena” ryhmänä. Avoimen ryhmän osallistujan ei tarvitse sitoutua ryhmän toimintaan ja ryhmään voi tulla joka kerta uusia osanottajia. (Heino & Kaivolainen 2011, 18.) Suljettu ryhmä puolestaan toimii prosessimaisesti, jolloin sen alku ja loppu ovat selkeästi erotettavissa ja sillä on tietty määrä ennalta sovittuja tapaamiskertoja. Useimmiten osallistujia on vähän, noin 5–12 henkilöä. (Malmi 2003, 31.) Suljetussa ryhmässä osanottajat pysyvät samoina koko ryhmän elinkaaren ajan. Suljettu ryhmä luo mahdollisuuden luottamukselliselle ja turvalliselle keskusteluilmapiirille ja asioita voidaan käsitellä syvällisemmin kuin avoimissa ryhmissä. ”Hitaasti avoin ryhmä” tarkoittaa vertaistukiryhmää joka on periaatteessa suljettu, mutta hyväksyy uusia osanottajia yhteisen harkinnan perusteella. Vertaistukiryhmä voi keskittyä vain keskusteluun, jolloin sitä kutsutaan keskusteluryhmäksi, mutta yhtälailla vertaistukiryhmä voi olla toiminnallinen, jolloin sen sisältö painottuu esimerkiksi liikunnan harrastamiseen, kädentaitoihin, retkiin tai kulttuuriharrastuksiin. (Heino & Kaivolainen. 2011, 18.)

Niin tarpeellista kuin vertaisryhmätoiminta onkin, sisältää se myös haasteita. Jotkut voivat kokea vertaisryhmään tulemisen vaikeaksi, jos sosiaaliset tilanteet aiheuttavat jännitystä tai jos omat voimavarat eivät riitä kotoa lähtemiseen. Ryhmätoiminnan riskinä on myös se, että osallistujille muodostuu liian vahva kuva siitä millaista omaishoitajan arjen ”kuuluu” olla. Tähän liittyy usein esimerkiksi syyllisyyden tuntemuksia ja tunteiden käsittelyn vaikeutta. Konkreettisin haaste omaishoitajien vertaistukiryhmille on kuitenkin hoitotilanteen sitovuus. Joskus käytännön jär-

jestelyt tuottavat niin suuria hankaluuksia, että on helpompaa jäädä kotiin kuin hankkia hoidettavalle sijaishoito vertaisryhmän ajaksi. (Kaivolainen 2011d, 129–130.)

6.3.2 Ryhmäprosessi Tuckmanin mukaan

Ryhmän elinkaareen kuuluu erilaisia vaiheita. Yksi laajalti tunnettu ryhmäprosessimalli on Bruce Tuckmanin 1965 kehittämä teoria ryhmän kehitysvaiheista. Sen mukaan ryhmä etenee erilaisten kehitysvaiheiden kautta niin suhde- kuin tehtävätasollakin. Ensimmäisen vaiheen Tuckman nimesi muotoutumisvaiheeksi, jolloin ryhmä orientoituu toimimaan, mutta sen tehtävät saattavat olla vielä epäselviä. Ryhmä on riippuvainen johtajastaan ja siinä etsitään käyttäytymisnormeja ja toimintasääntöjä. Toista vaihetta kutsutaan kuohuntavaiheeksi ja sille ominaisia ovat ryhmäläisten eriävät mielipiteet, konfliktien ilmaantuminen ja osallistujien omien rajojensa hakeminen. (Kehitysvaiheet [Viitattu 24.3.2013].)

Kuohuntavaiheen jälkeen ryhmä saavuttaakin normien muotoutumisvaiheen, jolloin yhteistyö ja avoimuus ryhmäläisten kesken lisääntyvät. Neljännen vaiheen Tuckman nimesi tehtävän suorittamisvaiheeksi ja siinä ryhmän suuntaa energiansa varsinaiseen toimintaan. Ryhmäläisten roolit muuttuvat usein joustavammaksi ja osallistujien keskinäinen erilaisuus nähdään ennemminkin rikkautena kuin konfliktin aiheena. Viimeinen vaihe on nimeltään toiminnan päättämisen vaihe ja sen saavutettuaan ryhmän elinkaaren ja kehitysvaiheiden kokonaisuus hahmottuu. (Kehitysvaiheet [Viitattu 24.3.2013].)

6.3.3 Muita vertaistuen muotoja

Heino ja Kaivolainen (2011, 26–27) kertovat vertaistukitoiminnan voivan toteutua myös kahden ihmisen välisenä vuorovaikutuksena, jolloin osanottajia kutsutaan

vertaistukihenkilöiksi. Vertaistukihenkilötoiminta soveltuu henkilöille, jotka eivät halua tai kykene osallistumaan vertaisryhmätapaamisiin. Vertaistukihenkilö jakaa elämäntapahtumansa samankaltaisessa tilanteessa elävän vertaisen kanssa, mutta hänen tarkoituksensa ei ole esimerkiksi hoitaa käytännön asioita vertaisen puolesta. Vertaistukihenkilötoiminnassa tulee ryhmätoimintaa enemmän ottaa huomioon henkilökemioiden yhteensopivuus sekä miettiä etukäteen konkreettisia toimintamalleja, kuten sitä kumpi osapuoli ottaa yhteyttä sovittaessa tapaamista.

Vertaistukitoiminta voi tapahtua myös puhelimen välityksellä. Toisaalta se on helppo väylä, koska keskustelijat voivat olla fyysisesti eri paikoissa, mutta toisaalta puhelinkeskustelu on altis häiriötekijöille sekä väärinkäsityksille, kun toisen ilmeitä ja eleitä ei voi nähdä. Puhelinvertaistuki voi myös tarkoittaa soittamista yleiseen vertaistukipuhelimeen, jossa vapaaehtoinen tai ammattilainen päivystää sovittuina kellonaikoina. Nykypäivänä vertaistuki on lisäksi laajentanut toiminta-alueitaan sähköiseen mediaan. Verkkovertaistuki onkin hieno mahdollisuus, mutta se sisältää enemmän riskejä kuin perinteiset vertaistoiminnan muodot. (Heino & Kaivolainen 2011, 28–29.) Verkossa keskusteluryhmän suuruus ei ole este keskustelun synnylle. Verkkovertaistukeen liittyvät haasteet koskevat lähinnä anonyymiutta ja ”aitojen” kohtaamisten ulkopuolelle jäämistä. (Heino & Kaivolainen 2011, 29.)

6.4 Vertaistuen merkitys omaishoitajalle

Kaivolainen (2011d, 126 - 127) kertoo vertaistoimintaan osallistumisen aloittamisen olevan merkittävä askel monen omaishoitajan elämässä, koska elämänpiiri rajautuu usein kodin seinien sisäpuolelle omaishoitotilanteen johdosta. Parhaimmillaan vertaistoiminta toimiikin omaishoitajan jaksamista ja hyvää oloa lisäävänä tekijänä sekä tarjoaa yhteisöllisyyden kokemuksia. Huuskonen (2012) muistuttaa, että vertaistuki tarjoaa erityisen tärkeitä vaikuttamismahdollisuuksia, koska siinä osallistujat eivät ole asiakassuhteessa, vaan toimivat vastavuoroisina ja tasa-arvoisina tietoa jakaessaan sekä vastaanottaessaan. Näin ollen vertaistukeen

osaa ottaville mahdollistuu kokemus sellaisten roolien käyttämisestä, jotka eivät hänen arjessaan ole ehkä muutoin mahdollisia.

Oman tarinan purkaminen ja muiden kuunteleminen voi luoda uudenlaisia näkökulmia ja ratkaisumalleja omaan elämäntilanteeseen sekä uusia väyliä tunteiden käsittelyyn (Kaivolainen 2011d, 128 - 129). Vertaistoiminta tukeekin osallistujensa merkityksellisyydentunnetta ja tarpeellisuudenkokemusta (Pietilä 2006, 37). Osallistujien elämäntilanteessa esiintyy usein ristiriitaisia tunteita, joita voi olla vaikea hyväksyä osaksi omaa minäkuva. Tunteiden käsittely koetaankin yleensä helpommaksi saman kokeneiden seurassa. Vertaistoiminnan kautta osallistujan on usein helpompi antaa lupa myös omille tarpeilleen. Kotioloissa etusijalle asetuvat useimmiten omaisen tarpeet ja ongelmat, mutta vertaisryhmässä keskustellessa avainasemassa ovat omaishoitajan tarpeet, toiveet ja halut. (Kaivolainen 2011d, 128–129.)

On muistettava, että vaikka omaishoitajien vertaistoiminta voi olla täysin ilman sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia toteutettavaa, on sillä aina tavoitteita. Vertaistoiminnan ensisijainen tarkoitus on tukea omaishoitajan henkistä jaksamista työssään. Toiset omaishoitajat voivat näyttää kasvamisen ja voimaantumisen mallia oman elämäntilanteensa kautta. Merkittävä rooli on myös ennaltaehkäisyllä. Vertaistoimintaan osallistuneet omaishoitajat kokevat välttyneensä uupumukselta, kun ovat saaneet jakaa kokemuksiaan toisten samankaltaisessa tilanteessa elävien kanssa. (Heino & Kaivolainen 2011, 10.)

Vertaistoiminta tukee omaishoitajan identiteettiä ja rohkaisee sen vahvistamiseen. Omaishoitotilanne vaikuttaa aina perheen sisäisiin rooleihin, jolloin omaa identiteettiä joutuu pohtimaan uudelleen. Oman identiteetin ja roolin löytämistä helpottaa, kun kuulee vertaistojien elämäntarinoita ja kokemuksia selviytymisestä. (Heino & Kaivolainen 2011, 10.) Vertaistoiminnan tarkoituksena on myös jakaa tietoa omaishoitajille. Samankaltaisessa tilanteessa elävien kohtaaminen mahdollistaa lisäksi arkielämää helpottavien käytännön vinkkien ja taitojen jakamisen. (Huuskonen 2012.) Vertaisten kautta tieto niin omista oikeuksista ja velvollisuuksista omaishoitajana kuin hoidettavalle kuuluvista etuisuuksistakin kulkeutuu kat-

tavasti. Vertaistoiminnan kautta välittyvät myös tärkeät arkielämää koskevat neuvot. Toisilta samankaltaisessa tilanteessa eläviltä voi saada huomattavaakin helpotusta tuovia ja arjen sujumista tukevia neuvoja ja niksejä. Vertaiset myös usein tukevat toisiaan käytännön asioiden hoitamisessa, esimerkiksi lomatukihakemusten täyttämässä. (Kaivolainen 2011d, 127–129.)

Osallistuminen vertaistoimintaan toimii usein myös porttina muuhun järjestötyöhön. Keskinäinen tasa-arvo ja epämuodollinen yhdessäolo voivat toimia rohkaisijana etenkin uusien omaishoitajien keskuudessa. Vertaistoiminnan etuna toimii sen onnistumisen mahdollisuus ilman suuria taloudellisia resursseja. Vähimmillään riittää, kun on tarjolla osanottajia, aikaa sekä toimintaan soveltuva tila. Vertaistuki-toiminnan avulla pyritään myös omaishoitajuuden näkyväksi tekemiseen. Omaishoidon palveluita ja yhteiskunnallista päätöksentekoa voidaan edistää, kun omaishoitajien kokemustieto kerätään yhteen ja tuodaan yhteiskunnassa näkyvälle paikalle. (Heino & Kaivolainen 2011, 10.)

Vaikka pääasiallisesti vertaistoiminta koetaan positiivisena, eheyttävänä sekä emotionaalisesti ja sosiaalisesti tukevana toimintana, voi siihen Pietilän (2006, 36–38) mukaan liittyä myös ongelmakohtia. Joskus vertaistuki saa osallistujan näkemään oman viiteryhmänsä muita parempana ja oikeutetumpana. Osallistujien oman persoonan liiallinen korostus voi puolestaan saada aikaan pyrkimystä epätasaiseen vallankäyttöön sekä omien ja muiden asioiden vastakkainasetteluun ymmärtävän tukemisen sijasta. Näin ollen samankaltaiset kokemukset eivät välttämättä ole tae yhteisyydenkokemisesta ja omien asioiden jakamisen halusta. Toisaalta joskus halu jakaa omia asioita voi olla niin suuri, että se estää muiden kuuntelemisen. Pahimmassa tapauksessa voidaan sanoa että vertaistoiminnalla ei ole positiivisia vaikutuksia osallistujansa elämään, jos hän ei pysty siirtämään toiminnasta saamaansa hyötyä käytäntöön.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA AINEISTON ANALYYSI

Kun hyvinvointikurssista vastuussa ollut Viola-kodin työntekijä kysyi halukkuuttani opinnäytetyön tekemiseen kurssin yhteydessä, aloin miettiä mahdollisimman asiakaslähtöistä tapaa toteuttaa tutkimus. Koska hyvinvointikurssi järjestettiin omaishoitajia varten, pidän perusteltuna heidän äänensä esiin nostamista tutkimukseni työntekijöiden mielipiteiden keräämisen sijaan. Mielestäni omaishoitajat itse osaavat vastata paitsi kysymykseen siitä mitä he kurssilta tulivat hakemaan, myös kysymykseen siitä miten kurssi saavutti Viola-kodin asettamat tavoitteet. Tähdättiinhän näillä tavoitteella osallistujille parhaan mahdollisen annin tuottamiseen kurssin puitteissa. Esittelen tämän luvun aluksi hyvinvointikurssin sisältöä ja osallistujakuntaa tarkemmin, jotta käyttämäni tutkimusmenetelmän tarkoituksenmukaisuus käy ilmi.

7.1 Omaishoitajien hyvinvointikurssin sisältö

Jokainen kurssipäivä oli seitsemän tunnin mittainen ja toteutui kello 9–15. Kurssipäivään kuuluivat aamiainen, lounas ja päiväkahvi sekä kunkin kurssipäivän mukaan suunniteltu kuntoutus- ja virkistysohjelma. Kurssin aikana omaishoitajille tarjottiin Viola-kotiyhdistys ry:n puolesta jalkahoito ja hieronta. Kurssilaisilla oli päivän aikana saunomismahdollisuus ja he saivat halutessaan osallistua ohjattuun allasvoimisteluun sekä käydä kuntosalilla tai tuolijumpassa. (Omaishoitajien hyvinvointikurssi 2012.) Kurssin luottamuksellisen ilmapiirin mahdollistamiseksi se toteutettiin suljettuna ryhmänä. Suljettu ryhmä antoi myös paremmat edellytykset vertaistuen toteutumiselle.

Jokaisen kurssipäivän ohjelmaan kuului asiantuntijavierailu lukuun ottamatta ensimmäistä kurssikertaa, joka käytettiin tutustumiseen sekä toiseksi viimeistä kurssikertaa, jolloin osallistujat lähtivät päivän mittaiselle retkelle. Asiantuntijavierailut olivat moniammatillisia ja niillä pyrittiin tuomaan erilaisia näkökulmia omaishoitajan tarvitsemiin tietoihin, taitoihin ja itsestä huolehtimiseen liittyen. Kurssilla vieraillessiin asiantuntijoihin kuuluivat niin neuropsykiatri, Tampereen kaupungin omaishoidon tuen toimiston palveluohjaaja, asianajaja-varatuomari kuin uniterapeutinkin. (Omaishoitajien hyvinvointikurssi 2012.)

7.2 Hyvinvointikurssin osallistujat

Kurssin osallistujat Viola-kotiyhdistys ry keräsi Viola-kodissa asioivien asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden avulla. Yhteistyötahoja käytettiin hyödyksi myös ryhmittä tiedottamalla. Mikäli hyvinvointikurssille ei olisi löytynyt riittävästi osallistujia näillä keinoin, myös paikallisissa tiedotusvälineissä ilmoittaminen olisi ollut mahdollista. Jokaiselle osallistujalle tehtiin hyvinvointisuunnitelma ennen kurssin alkamista ja kurssin loppumisen jälkeen siitä laadittiin loppuraportti. (Toimintasuunnitelma: ”Hengähdäppäs hetki” 2012.)

Kaikki hyvinvointikurssiin osallistuneet omaishoitajat olivat puolisoaan hoitavia. Yksi osallistujista toimi omaishoitajana paitsi puolisolleen, myös aikuiselle lapselleen. Kurssilaisia oli yhteensä 12, joista kolme miehiä ja yhdeksän naisia. Iältään osallistujat olivat 68–85 -vuotiaita ja he kaikki olivat eläkkeellä. Osallistujista 11 asui Tampereen alueella ja yksi muualla Pirkanmaalla. Osallistujista kahdeksan nautti omaishoidon tukea kunnallisena sosiaalipalveluna. Niistä neljästä osallistujasta, jotka eivät omaishoidon tukea saaneet, oli alkuhaastatteluja tehtäessä kaksi sitä hakenut. Hyvinvointisuunnitelmien perusteella osa omaishoitajista koki itsensä melko terveiksi eikä omia sairauksia koettu toimintakykyä ratkaisevasti rajoittaviksi. Toiset taas kertoivat terveydentilansa olevan melko huono ja vaikuttavan heidän päivittäiseen elämäänsä merkittävästi. Etenkin fyysisesti raskaassa hoitotilan-

teessa olleet omaishoitajat kokivat omat kuntonsa heikenneen viime aikoina. Moni omaishoitajista mainitsi kärsivänsä uniongelmistä.

Kurssilaisten omaishoitotilanteet olivat jatkuneet vajaasta vuodesta useisiin vuosiin, mutta suurimman osan kohdalla tarkkaa vuosimäärää oli vaikea mitata, sillä omaishoitotilanne oli alkanut vähitellen. Näin ollen omaishoitotilanteen tarkkaa alkamisajankohtaa ei yleensä voida laskea esimerkiksi puolison diagnoosin tai omaishoidon tuen myöntämispäivästä lukien. Yleisimpiä syitä omaishoitotilanteeseen olivat hoidettavan Alzheimerin tauti ja siitä johtuva muistisairaus. Muutamilla hoidettavista korostuivat enemmän fyysiset sairaudet kuten Parkinsonin tauti ja erilaiset sydän- ja verisuonisairaudet.

7.3 Sosiaalitutkimus ja laadullinen tutkimusmenetelmä

Sosiaalitieteiden tutkimukseen liittyy erityispiirre siitä, että tutkimuskohde pystyy itse ymmärtämään hänestä tehtävän tutkimuksen ja voi siirtää sen osaksi yhteiskunnallisesti käytettävää käsitteistöä. Ihmisen vapaa tahto ja kyky toimia omien tavoitteidensa mukaisesti luovat ongelmia tutkimuksen lainalaisuuksia ja kausaliteettia koskeviin seikkoihin. Lisäksi tutkimuksen on haastavampaa saavuttaa toivottu puolueettomuus ja objektiivisuus kun tutkimuskohteena on ihminen. Sosiaalitutkimuksen yksi haaste, mutta samalla myös rikkaus, on sen tavoite ymmärtää yhteiskunnallista toimintaa sisältä päin. Näin ollen sosiaalitutkimuksella voidaan kyseenalaistaa määrällisen, usein ulkokohtaiseksi jäävän, tutkimuksen tarkoituksenmukaisuus ihmistieteiden yhteydessä. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 11–12.)

Laadullinen tutkimus on aina tieteellistä tutkimusta. Alkulan ym. (2002, 10–11) mukaan tieteellisen tutkimuksen pyrkimys on selvittää tutkimuskohteensa lainalaisuuksia ja toimintaperiaatteita. Toisaalta sen pyrkimyksenä voidaan pitää myös ymmärryksen kautta tulevaa mahdollisuutta hallita asioita. Tutkimuskohteen toi-

minnan ja rakenteen hahmottelemisessa sekä teoreettinen käsitteellistäminen että empiirisellä tutkimisella testattu paikkaansa pitävyys ovat olennaisia. Hirsjärven ym. (2009, 164) mukaan laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on sen pyrkimys kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan tutkimuksen kannalta luonnollisessa ympäristössä. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruun lähteenä on ihminen aina mahdollisuuden niin salliessa, eikä tutkimus perustu hypoteesien todentamiseen, vaan se tuo ilmi yllättäviä, tai joka tapauksessa koehenkilöistä lähtöisin olevia asioita. Tuomen ja Sarajärven (2009, 28) vertailemat ymmärtävä ja selittävä tutkimus liittyvät myös laadullisen tutkimuksen perusluonteeseen. Laadullinen tutkimus on nimenaan ymmärtävää tutkimusta, ja tässä yhteydessä ymmärtämisen käsitteeseen liitetään ajatus psykologiasta sekä aikomuksellisuudesta eli jonkin asian merkittäväksi tekemisestä.

Vaikka laadullinen ja määrällinen tutkimus ovat aikojen saatossa kehittyneet kriittikinä toistensa kehityssuunnille, ei niiden keskinäistä poissulkevuutta voida pitää ehdottomana (Tuomi & Sarajärvi 2009, 65). Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta ei tarvitse tulkita kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen kanssa kilpailevaksi, vaan niiden keskinäinen suhde on ennemminkin toisiaan täydentävä ja joskus jopa vuorotteleva. Aina kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta ei edes voida selkeästi erottaa toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 135–136.) Myös Alasuutari (2011, 31–33, 38) perustelee kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen rinnakkaisuutta ja jopa osittaista päällekkäisyyttä. Hän lukee edellä mainittuja yhdistäviksi tekijöiksi tutkimuksen pyrkimyksen objektiivisuuteen sekä loogisiin perusteluihin. Alasuutari kuvaakin laadullisen ja määrällisen tutkimuksen suhdetta jatkumona, jonka osat voidaan kyllä erottaa toisistaan, mutta niiden vuorovaikutusta ei voida kieltää. Yksi laadullista ja määrällistä tutkimusta selkeästi erottava tekijä on Alasuutarin mukaan tilastollisten todennäköisyyksien rooli. Määrällisen tutkimuksen tekemiseen todennäköisyydet toimivat tiedonlähteinä, mutta laadullista tutkimusaineistoa ei tällä tavoin voida tehdä yleispäteväksi.

Laadullisen tutkimuksen ymmärtävä luonne on itseasiassa kaksisuuntainen. Sen lisäksi, että tutkija kykenee ymmärtämään tutkittavaa, laadullisessa tutkimuksessa

toteutuu aspekti tutkittavan ymmärryksestä tutkimusta kohtaan. Toisaalta tähän näkökulmaan nivoutuu myös kysymys siitä, kuinka hyvin joku ulkopuolinen ymmärtää tutkijan tutkimusraporttia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68–69.) Hirsjärvi ym. (2009, 164) painottavat, että laadullisen tutkimuksen tutkimushenkilöt tulee valita harkiten ja heiltä kerätty aineisto määrittyykin ainutlaatuisiksi. Lisäksi laadullista tutkimusta tehdessä käytetään sellaisia tutkimusmetodeita, jotka tuovat tutkittavien oman mielipiteen mahdollisimman hyvin esille. Mielestäni nämä näkökulmat täydentävät toisiaan ja lisäävät sekä keskinäistä että laadullisen tutkimuksen yleistä ymmärrettävyyttä tekemistä.

Lienee olennaista mainita tässä yhteydessä, että laadullisen tutkimuksen tarkoitus on kuvata todellista elämää. Tutkimuskohdetta tulee kuvata kokonaisvaltaisesti, sillä todellisen elämän moninaisuus ja monimuotoiset suhteet on otettava laadullisessa tutkimuksessa erityisen hyvin huomioon. Laadullista tutkimusta on vaikeaa rajata selkeästi ja sitä voidaan pitää joukkona erilaisia, mutta samankaltaisin periaattein varustettuja tutkimuksia. Itse käyttämäni sisällönanalyysin lisäksi laadullinen tutkimus voi painottua esimerkiksi etnografiseksi tutkimukseksi, diskurssianalyysiksi tai osallistavaa havainnointia hyödyntäväksi tapaustutkimukseksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 160 - 163.)

7.4 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimusmetodin tulee olla tehtävään tutkimukseen soveltuva ja sen yhdistettävyyden tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen on tärkeää. Ilman selkeää tutkimusmetodia tutkimuksen tekeminen saattaa vaikuttaa lähinnä tutkijan omien ennakkoluulojen perustelemiselta. Tarkoituksenmukainen tutkimusmetodi antaa tutkimusaineistolle mahdollisuuden yllättää tutkijan ja tuottaa ajatellusta poikkeavia tuloksia. Usein tutkimuksen teoreettinen viitekehys määrittelee sitä, millainen aineisto sekä tutkimusmetodia ovat tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisia. Joskus kuitenkin saatu tutkimusaineisto voi määrittää sopivan teoreettisen viiteke-

hyksen. (Alasuutari 2011, 82–83.) Omassa tutkimuksessani kyseeseen tuli jälkimmäinen vaihtoehto. Tutkimuksen aihe ja tutkimukseen osallistuvat henkilöt tulivat tilauksena, joten pyydetyn perusteella pohdin tutkimukselleni sopivimman teoreettisen viitekehyksen sekä tutkimusmetodin.

Aineistonkeruumenetelmänä käytin tutkimuksessani haastattelua. Kuten lienee itsestään selvää, haastattelutilanteessa tutkija ja tutkittava ovat suorassa sanallisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Haastattelu on kvalitatiivisten tutkimusten yhteydessä yleinen aineistonkeruumenetelmä sen monitahoisuuden, joustavuuden ja tilannekohtaisten variaatiomahdollisuuksien vuoksi. Haastattelulla voidaan korostaa tutkittavien subjektiivista näkökulmaa ja haastattelutilanteessa on mahdollista selventää tai tarkentaa vastauksia, mikäli epäselvyyksiä esiintyy. Toisaalta haastatteluun negatiivisesti voi vaikuttaa haastateltavan taipumus antaa ”sosiaalisesti korrekteja” vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 204 - 206.) Alasuutarin (2011, 149–150) mukaan tällainen näky etenkin strukturoimattomassa haastattelussa, ja lisäkysymyksiä esittävä haastattelija voi saada haastateltavan pohtimaan enemmän kysymysten syytä kuin itse kysymyksiä. Mahdolliset virhetulkinnat, joita haastattelija tilanteesta tekee sekä haastateltavan kokemus haastattelutilanteen uhkaavuudesta tai pelottavuudesta voivat myös vähentää kerätyn tiedon todenperäisyyttä (Hirsjärvi ym. 2009, 204 – 206).

Tunnistan hyvin yllämainitun ”sosiaalisen korrektiuden” etenkin tekemissäni alkuhaastatteluissa. Sitä tehdessäni tapasin kurssilaiset ensimmäistä kertaa ja he odottelivat jo hyvinvointikurssin alkua. Vaikka omasta tilanteesta kerrottiin suoraan ja avoimesti haastatteluissa, kaikkea kurssin myötä tulevaa odotettiin hyvillä mielin ja innostuksella. En usko että mahdollisia negatiivisia odotuksia olisi tässä ”tutustumistilanteessa” tuotu ilmi. On myös mahdollista, että joissain haastattelutilanteissa hoidettavan läsnäolo vaikutti hoitajan puheeseen. Toisaalta taas loppuhaastattelujen yhteydessä kurssilaiset käyttäytyivät kaiken kaikkiaan hyvin avoimesti ja kertoivat kaunistelematta niin positiivisista kuin negatiivisista tuntemuksistaan.

7.4.1 Teemahaastattelu

Haastattelumenetelmänä käytin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Se on strukturoidun haastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelulle tyypillistä on haastattelun teemojen (aihepiirien) olemassaolo, mutta kysymykset ovat silti yleensä vailla tarkkaa muotoa ja esittämisjärjestystä. (Hirsjärvi ym. 2009, 208–209.) Halusin käyttää teemahaastattelua tutkimuksessani siitä syystä, että se luo haastattelutilanteelle selkeän rakenteen, mutta mahdollistaa haastattelijan ja tutkimuskohteen vapaan keskustelun haastattelutilanteen aikana. Tarkoitukseni oli teemahaastattelua käyttämällä luoda haastattelutilanteesta mahdollisimman luonnollinen ja keskustelunomainen, mutta samalla halusin kuitenkin olla varma siitä, että kaikki tutkimukseni kannalta olennaiset aihealueet tulevat läpikäytyiksi.

Teemahaastattelu antaa aina tietoa haastateltavan aiheelle antamien merkitysten vaikutuspiirissä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Opinnäytetyössäni tämä ilmeni siten, että esittämieni kysymysten puitteissa haastateltavat itse muodostivat esittämänsä tulkinnat sekä toivat esiin tarpeitaan, kokemuksiaan ja mielipiteitään. Tutkimuksessani pyrin ottamaan huomioon sekä haastattelumenetelmän käyttöön liittyvät positiiviset että negatiiviset aspektit. Omaishoitotilanne on aina henkilökohtainen ja usein myös arka asia. Sen vuoksi omaishoitajia on mielestäni kohteliaampaa lähestyä haastatellen kuin esimerkiksi kyselylomakkeilla. Lisäksi halusin saada mahdollisuuden tarkentaa haastateltavieni mielipiteitä hyvinvointikurssista, jotta en tutkimuksessani tuottaisi kurssin järjestäjätaholle ja rahoittajalle virheellistä tietoa niistä. Haastattelutilanne antoi mahdollisuuden esittää tutkittaville tarkentavia kysymyksiä.

7.4.2 Aineiston kerääminen

Keräsin tutkimusaineistoni haastattelemalla kurssin osallistujat sekä ennen kurssin alkua että sen päättymisen jälkeen. Ennen kurssin alkua tein alkukartoitushaastattelut. Suurimman osan alkuhaastatteluista toteutin Viola-kodin työntekijöiden tekemien hyvinvointisuunnitelmahaastatteluiden yhteydessä. Kolme haastatteluista toteutin yksin kotikäynteinä, jolloin keräsin oman haastattelumateriaalini lisäksi myös omaishoitajan hyvinvointisuunnitelman Viola-kotia varten. Alkuhaastattelut kestivät kunkin osallistujan kohdalla kokonaisuudessaan noin tunnin. Kahden haastateltavan kanssa emme saaneet sovittua alkuhaastatteluajankohtaa, joten heidän alkukartoitushaastattelunsa tein kurssin ensimmäisen kokoontumiskerran yhteydessä. Kaiken kaikkiaan alkuhaastatteluista yhdeksän tehtiin osallistujien kotona ja loput Viola-kodin tiloissa. Alkuhaastatteluja en nauhoittanut, vaan kirjoitin haastateltavien vastaukset ylös haastattelutilanteiden yhteydessä. Päädyin tähän ratkaisuun, koska en ollut tavannut haastateltaviani etukäteen. Muutenkin hieman jännittävä haastattelutilanne olisi nauhoituslaitteen läsnäollessa voinut tuntua omaishoitajista epämukavalta, sillä haastatteluissa käsiteltiin hyvin henkilökohtaisia asioita.

Kurssin päättymisen jälkeen haastattelin osallistujat tarkoitukseni kerätä heidän kokemuksiaan kurssin vastaavuudesta sekä Viola-kodin tavoitteisiin että heidän omiin, ennen kurssin alkamista määrittelemiinsä toiveisiin ja toiveisiin. Saadakseni aikaan mahdollisimman kattavan haastatteluaineiston nauhoitin loppuhaastattelut, enkä keskittynyt vastausten ylös kirjoittamiseen haastattelutilanteessa. Loppuhaastattelua tehdessäni olin tavannut kaikki haastateltavani jo useasti, joten nauhurin käyttö haastatteluissa ei aiheuttanut kurssilaisille ylimääräistä jännitystä. Kahdestatoista kurssilaisesta kaksi ei ollut halukkaita osallistumaan tähän loppuhaastatteluun. Toisen kanssa heistä järjestimme haastattelutilanteen puhelinkeskustelua apuna käyttäen ja toinen vastasi haastattelukysymyksiini postitse. Näin ollen sain kuitenkin tarvittavan materiaalin kaikilta kurssin osallistujilta. Loppuhaastattelut kestivät noin 30 minuutista yhteen tuntiin. Kahdeksan loppuhaastatteluista toteutettiin kurssilaisten kotona ja kaksi Viola-kodin tiloissa.

7.5 Tutkimusaineiston jäsentely ja sisällönanalyysi

Alasuutarin (2011, 39, 40 & 44) mukaan laadullisen aineiston analyysi tapahtuu kahdessa osassa, jotka ovat havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Mielestäni tämä kuulostaa jokseenkin epätieteelliseltä, mutta Alasuutari vakuuttaa, että nämä toisiinsa nivoutuvat määritelmät ovat olennaisia laadullista tutkimusta tehdessä. Hänen mielestään esimerkiksi tulosten taulukoiminen analyysia tehdessä saattaa puolestaan olla tutkimuksen kannalta epätarkoituksenmukaista. Havaintojen pelkistämällä Alasuutari tarkoittaa aineiston analysointiin sopivan metodologisen näkökulman valitsemista sekä samankaltaisten ja samaan ilmiöön perustuvien havaintojen yhdistämistä. Arvoituksen ratkaiseminen puolestaan merkitsee yksinkertaisesti saatujen tutkimustulosten tulkintaa.

Sisällönanalyysi on inhimillisen näkökulman huomioon ottavaa tekstianalyysiä ja se onkin laadullisen tutkimuksen analysoinnissa paljon käytetty menetelmä. Sillä voidaan tarkoittaa yksittäistä metodologiaa tai laajempaa viitekehystä. Sisällönanalyysin toteuttamisen kannalta on olennaista valita aineistosta tarkasti rajattu ilmiö, jota analysoidaan. Sisällönanalyysia varten tutkimusaineisto tulee litteroida tai koodata mielekkääseen muotoon. Näiden toimenpiteiden jälkeen aineisto luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93, 104.) Oman tutkimusaineistoni teemoittelin. Käytännössä tämä tarkoittaa aineiston ryhmittelyä ensin karkeampien tekijöiden mukaan ja lopulta varsinaisten teemojen perusteella. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 108) kuvaavat sisällönanalyysin keskeisiä periaatteita seuraavin sanoin:

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota.

Sisällönanalyysilla on heikkoutensa sen monipuolisesta ja -käyttöisestä luonteesta huolimatta. Vaarana on muun muassa se, että sisällönanalyysissa esitetään tee-

moiteltu aineisto tutkimustuloksina ilman että siitä tehdään lainkaan johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 103).

7.6 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen eettisyys on ensiarvoisen tärkeä ja huomioon otettava asia missä hyvänsä tutkimuksessa, mutta etenkin kun tutkimusaineistona käytetään ihmisiä. Tutkimuksen eettisyys tapahtuu kaksisuuntaisesti. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat siihen millaisia eettisiä linjauksia tutkija tekee, mutta toisaalta eettiset aspektit vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssä tekemiin valintoihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Eettisyyden kannalta ihmistieteiden yhteydessä olennaista on huomioida etenkin tiedonhankintatapojen ja koejärjestelyiden eettinen näkökulma, sillä lähtökohtana näille on oltava ihmisarvon kunnioittaminen. Käytännössä koehenkilöiden tulee olla tietoisia tutkimuksen kulusta sekä vapaaehtoisesti tutkittavaksi suostuneita. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Tässä opinnäytetyössä edellä mainittu toteutui siten, että kaikilta kurssilaisilta kysyttiin ennen kurssin alkua haluavatko he osallistua tämän opinnäytetyön tekemiseen liittyvään tutkimukseen. Heitä informoitiin myös siitä, että tutkimuksessa esiinnyttäen anonyymeinä. Kaikki kurssilaiset olivat haastateltavina siis vapaaehtoisesti. Vapaaehtoisuudesta kertoo myös se, että loppuhaastatteluja tehtäessä kaksi kurssilaisista ei ollut halukkaita haastatteluun osallistumiseen. He kuitenkin itse ehdottivat voivansa arvioida kurssia puhelimitse sekä kirjeitse.

Hirsjärvi ym. (2009, 25–27) ovat esitelleet tutkimuksen eettisyyden kannalta olennaisia vaaranpaikkoja. Ensinnäkin sekä toisten tekstien että omien aikaisempien tutkimusten plagiointi on kiellettyä. Nykyään yleisesti käytettävät Internet-lähteet haastavat plagioimattomuuden uudella tavalla, kun toisen kirjoittaman tekstin kopioiminen on helppoa. Omalla kohdallani aikaisempien tutkimusten plagioinnista ei ollut vaaraa. Internet-lähteisiin suhtauduin kriittisesti, ja hyödynsin niitä vain tarkkaa harkintaa hyväksi käyttäen.

Tutkimustuloksia ei saa yleistää kriiikkittömästi tai harhaanjohtavasti eikä niitä saa kaunistella miltään kannalta suotuisampaan suuntaan. Myöskään muiden tutkijoiden tekemää työtä ei saa vähätellä, vaan sitä tulee paikkaansa pitävästi kuvata. Jos tutkimukselle on myönnetty määrärahoja, ei niitä saa käyttää muihin kuin tutkimukseen liittyviin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 25–27.) Tutkimusta tehdessäni olin erityisen tarkka siitä, etten kaunistellut tutkimustuloksia järjestäjätahon hyväksi. Kurssilaisia haastatellessani painotin, että he saavat ilmaista mielipiteensä kurssista rehellisesti eikä negatiivisiakaan kokemuksia tarvitse piilotella. Tutkimustulokseni on koostettu suoraan kyseisistä mielipiteistä.

Tutkimuksen eettisyyttä on myös laadullisen tutkimuksen laadukkuudesta huolehtiminen. Tähän sisältyvät laadukas tutkimussuunnitelma, tarkoituksenmukainen tutkimusasetelma sekä asiallinen ja kattava raportointi. Eettisyys sitoutuu tutkimuksen arviointiin ja luotettavuuteen. Hyvän tutkimuksen lähtökohtana voidaankin pitää tutkijan eettistä sitoutumista työtänsä kohtaan. Yhtäläillä tutkimuksen eettisyyteen liittyy myös tutkimusaiheen perusteellinen pohdinta sekä se kenen ehdoilla ja miksi tutkimus toteutetaan. Tutkijat tulee myös itse kyetä pohtimaan kriittisesti arvojansa, ihmiskäsitystensä sekä tavoitteitansa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126–127 & 129–130.)

7.7 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validius

Reliaabeli tutkimus on sellainen, jonka tuloksia voidaan toistaa. Käytännössä se tarkoittaa sitä, ettei tutkimus anna sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Itse huolehdin opinnäytetyöni reliabiliteetista keräämällä tutkimusaineistoni koko kurssin osallistujakunnalta sen sijaan, että olisin haastatellut vain muutamaa kurssilaista. Laadullisen tutkimuksen toistettavuus samankaltaisin periaattein kuin kvantitatiivisen tutkimuksen ei mielestäni ole olennaista ja tuskin mahdollistakaan. Tutkimuskohteeni oli itseasiassa ainutlaatuinen, sillä juuri samanlaisista hyvinvointi-kurssia ei järjestetä samanlaisella osallistujakunnalla uudelleen.

Tutkimuksen validius tarkoittaa sitä, että tutkimus vastaa tarkoitustaan. Sen tulee selvittää niitä asioita, joita varten se tehdään. Validius tarkoittaa sananmukaisesti pätevyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Kaiken kaikkiaan tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat aineistonkeruuprosessi, tutkijan sitoutuneisuus, tutkimuskohteen tarkoituksenmukaisuus, aikataulun paikkansapitävyys ja soveltuvuus, aineiston analyysi sekä tutkimusraportti. Objektivisen tutkimuksen lähtökohtina voidaan puolestaan pitää tehtyjen havaintojen eli tutkimusaineiston luotettavuutta ja puolueettomuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136 & 140–141.) Alkuhaastattelujen yhteydessä oli helppoa olla objektiivinen, kun kaikki haastateltavat olivat vieraita itselle. Loppuhaastatteluja tehdessäni pyrin tietoisesti olemaan tasapuolinen kaikkia haastateltaviani kohtaan, vaikka osan kanssa olin kurssin kuluessa tullut tutummaksi kuin toisten.

Edellä mainittuja termejä ei aina haluta laadullisen tutkimuksen yhteydessä käyttää, sillä niiden ajatellaan soveltuvan lähinnä kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232). Halusin kuitenkin avata kyseisiä termejä tässä yhteydessä, koska mielestäni, ja yllä kertomieni esimerkkien perusteella, ne sopivat myös kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kuvaamiseen. Hirsjärvi ym. (2009, 232) toteaa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista, että tehtiinpä se miten tahansa sen tulisi mahdollisimman tarkasti kuvata tutkimuksen tekotapaa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että esimerkiksi aineistonkeruuolosuhteet, mahdolliset häiriötekijät ja tutkijan itsearviointi tulee kirjoittaa auki selkeästi.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa kerron tutkimustuloksistani, jotka sain omaishoitajien hyvinvointikurssin osallistujilta teemahaastattelua apuna käyttäen ja analysoin sisällönanalyysia käyttäen. Käytännössä alla olevat teemat ovat haastattelurunkoni perusteella koottuja ja näin ollen ne olivat olemassa jo ennen analyysivaihetta. Teemojen mukaisesti kerron haastattelutilanteissa kerätyn aineiston sisällöstä. Tarkoitukseni on näiden tulosten avulla tuoda esiin ennen kaikkea kurssin osallistujien mielipiteitä ja näkemyksiä kurssista. Aloitan luvun kertomalla alkuhaastattelujen perusteella kertyneistä vastauksista. Kerron kurssilaisten yleisistä odotuksista kurssia kohtaan, mutta myös erityisistä odotuksista suhteessa vertaistukeen, tietoon omaishoitajuudesta sekä omaishoitajan hyvinvointiin ja virkistykseen. Myöhemmin luvussa kerron vastaavia tutkimustuloksia loppuhaastattelujen näkökulmasta.

8.1 Kurssilaisten toiveet ja tavoitteet hyvinvointikurssia kohtaan.

Alkuhaastattelujen perusteella voi todeta, että osallistujat suhtautuivat kurssiin ennen sen alkua odottavin mielin. Moni haastateltavista mainitsi toivovansa kurssilta ”jotain helpotusta”. Toisaalta siis odotukset eivät olleet suurimmalla osalla suuntautuneet kovin selkeästi mihinkään yksittäiseen asiaan. Vaikka odotukset kurssin suhteen ilmenivät hyvin yleisellä tasolla ja eriytymättömästi, ei myöskään negatiivista sanottavaa keksitty. Useimmat haastateltavista mainitsivatkin erikseen olevansa aloittamassa kurssia erityisen hyvällä ja positiivisella mielellä. Kurssin odotettiin katkaisevan viikon mukavasti ja tarjoavan mielekästä syysohjelmaa omaishoitajalle sekä useassa tapauksessa myös hoidettavalle.

Joitain erityisiä toiveita kurssia kohtaan osallistujilla kuitenkin haastattelutilanteiden aikana syntyi. Yksi omaishoitaja nimesi erityiseksi odotukseksi kurssilta neuvo-

ja siihen ”miten kukaan voi selvitä omaishoitotilanteen kuormittavuudesta”. Lisäksi toinen haastateltava kertoi olevansa erityisen huolissaan siitä, miten selviytyy pitkäaikaissairaana puolisonsa kanssa arkielämästä tulevaisuudessa. Kurssin omaishoitajien puolisoitten sairauksissa korostuivat Alzheimerin tauti ja muut dementiaa aiheuttavat sairaudet. Moni osallistujista mainitsikin kaipaavansa tietoa dementias-ta ja sen hoidosta. Yksi haastateltava mainitsi omaishoittoon liittyvän tietoutensa olevan ylipäätään ”mutu-tuntumalla”, johon hän kaipasi runsaasti tarkennusta. Kun osallistujille näytettiin haastattelun tekemisen yhteydessä tulevaa kurssiohjelmaa, moni kertoi odottavansa erityisesti uniterapeutin vierailua, joko omien tai puolison-sa uniongelmien vuoksi. Myös lääkärin vierailu herätti erityisiä ennakko-odotuksia. Yksi haastateltavista mainitsi ohjelmasta kuullessaan odottavansa erityisesti kurs-sin tuomia liikuntamahdollisuuksia.

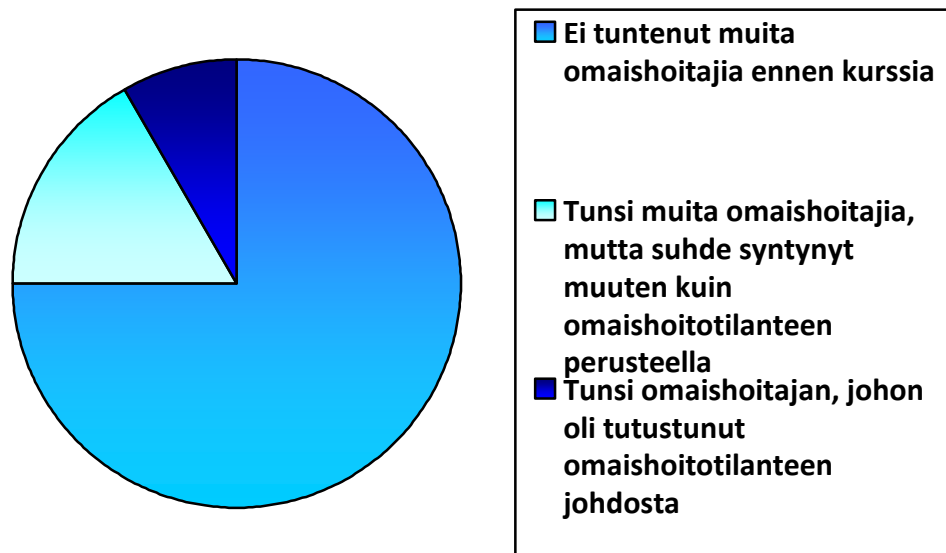
Yksi haastateltavista kertoi puolestaan odottavansa, että kurssi ”tyhjää ja täyttää”. Hän viittasi tällä toivomukseen siitä, että kurssin aikana saisi mahdollisuuden unohtaa arkihuolensa ja toisaalta että kurssi tarjoaisi uutta ajateltavaa ja pohdis-keltavaa. Kaksi osallistujista kertoi, ettei puoliso (hoidettava) ymmärtänyt tarvetta omaishoitajan hyvinvointikurssille vaan ihmetteli mihin vaimo (vastaajat olivat täs-sä tapauksessa naisia) kurssia tarvitsi. Vain yksi osallistujista kertoi olevansa huol-lissaan siitä miten puoliso pärjää kurssipäivien ajan.

8.1.1 Vertaistuen tarve alkuhaastattelujen perusteella

Vertaistukeen liittyvän vastaukset olivat suhteellisen yhteneviä haastateltujen kes-kuudessa. Vahvasti poikkeavia näkökantoja vertaistuen tarpeesta ilmeni hyvin vä-hän. Suurin osa omaishoitajista ei tuntenut muita omaishoitajia lainkaan ennen kurssin alkua (kuvio 1). Jotkut haastateltavat mainitsivat tuntevansa jonkun omais-hoitotilanteessa olevan, mutta näissäkin tapauksissa keskinäinen yhteydenpito oli alkanut jo ennen omaishoitotilannetta. Omaishoitajuus oli siis ikään kuin pakollinen lisä, joka oli jo olemassa olleeseen ystävyys-suhteeseen ilmaantunut. Vain yksi

haastateltavista kertoi tutustuneensa käymänsä (omaishoitajille suunnatun) kuntoutuksen kautta toiseen omaishoitajaan.

Kuvio 1 (omaishoitajien yhteys muihin omaishoitajiin ennen kurssin alkua):



Yksi haastateltavista mainitsi erikseen, että koki olevansa liian yksin omaishoitotilanteensa kanssa. Toinen puolestaan kertoi, että omaishoitajaksi tultuaan hän ”hyvin helposti jää kotiin” ja entiset sosiaaliset suhteet painuvat näin ollen taka-alalle. Ennen kuin kysyin haastattelussa vertaistuen tarpeesta, kaksi haastateltavista mainitsi erikseen kaipaavansa vertaistukea. Lisäksi yksi viittasi tähän kertomalla toivovansa ”yhteistä kuulumisten vaihtoa”. Miesten vastaukset erottuivat joukosta sillä tavoin, että he erityisesti toivoivat tapaavansa kurssin kautta muita samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia miehiä. Naisten vastauksissa ei tällaista sukupuolisidonnaisuutta ilmennyt.

Kysyessäni haastatteluissa vertaistuen tarpeesta ja siitä odottivatko osallistujat kurssilta uusia tuttavuuksia, vain yksi vastasi kieltävästi. Haastateltavat mainitsivat toivovansa ”kohtalotovereiden” tapaamista, ”monelta taholta ja ihmiseltä” kuulemista sekä ”kokemuksia ja ohjeita” toisilta omaishoitajilta. Yhdellä haastateltavista oli kokemusta vertaistukiryhmään osallistumisesta toisessa yhteydessä (diabetes-

ryhmä) ja hän kuvasikin erityisesti sitä miten hyödyllisiä vertaisryhmät ovat tarjotessaan mahdollisuuden keskustella samankaltaisissa elämäntilanteissa olevien kanssa, jotka ”tietävät ja tuntevat” samat murheet.

Yksi haastateltava kertoi toivovansa ennen kaikkea vertaistukea kahdenkeskeisenä keskusteluna, kun taas kaksi odotti puolestaan lähinnä ryhmäkeskusteluita. Lisäksi eräs haastateltavista mainitsi erikseen toivovansa pienryhmissä keskustelemista. Muuten osallistujat toivoivat sekä ryhmämuotoista vertaistukea että myös kahdenkeskeistä keskustelua tutustumisen jälkeen. Näissä tapauksissa vertaistuesta ei useimmiten ollut mitään kokemuksia aikaisemmin elämässä tai sitten kaikki vertaistuki koettiin yhtä tervetulleeksi. Yksi haastateltavista totesi kaipaavansa tuttavita, mutta ei kokenut tarvetta ”purkautua”. Haastateltava, joka ei kokenut tarvetta vertaistuelle ollenkaan perusteli kantaansa sillä, että hänellä oli jo paljon ystäviä ja läheisiä ennestään.

Yksi haastateltavista mainitsi ryhmän kokoonpanon vaikuttavan suuresti siihen kaipaako hän siltä vertaistukea vai ”vain tietoa omaishoiton liittyen”. Toinenkin haastateltavista mainitsi vertaistuen olevan ”kaksipiippuinen juttu”, jolla hän viittasi ryhmän sisäisten suhteiden merkitykseen vertaistuen toteutumisen edellytyksenä. Yksi haastateltava toivoi saavansa nimenomaan vertaistukea, mutta ei muuten ollut kiinnostunut uusista tuttavista. Muuten vertaistukeen ja toisiin omaishoitajiin tutustumiseen suhtauduttiin kurssilaisten keskuudessa varauksettoman odottavalla mielellä.

8.1.2 Omaishoitajaa koskevan tiedon omaaminen ennen kurssia

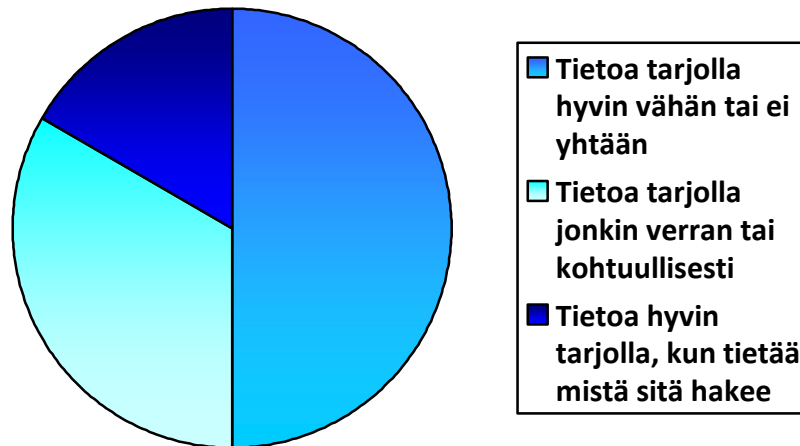
Alkuhaastattelujen perusteella kurssin osallistujilla oli hyvin erilaisia kokemuksia omaishoitajalle kuuluvan tai annettavan tiedon määrästä ja sisällöstä, mutta myös hyvin erilaisia henkilökohtaisia tilanteita suhteessa tiedonhakuvalmiuteen, -halukkuuteen ja -tarpeeseen. Vastausten joukosta löytyivät ääripäät niin tiedon

riittävyden kuin sen tarpeenkin suhteen. Kurssin osallistujat voi jakaa tässä yhteydessä kahteen ryhmään: suuri osa oli ehdottomasti sitä mieltä, ettei omaishoitajille ole tarpeeksi tietoa tarjolla ja jos tarjolla on tietoa, pitää se osata itse hakea oikealta taholta (Kuvio 2).

Osa (joskin siis pienempi osa) vastaajista puolestaan koki, että omaishoitotilanteeseen liittyvää tietoa oli tarjolla riittävästi ja siitä informoitiin hyvin. Tiedon saanti oli vastausten perusteella riippuvaista niistä ammattihenkilöistä (lääkärit, terveyden- ja sairaanhoitajat, ohjaajat) joiden kanssa omaishoitaja oli asioinut. Näillä kahdella ryhmällä ei puolestaan näyttänyt olevan suoraa yhteyttä sen kanssa nauttiko omaishoitaja virallista omaishoidon tukea vai ei.

Osa vastauksista erottui joukosta sillä, että omaishoitaja kertoi olevansa lähes tyystin vailla omaishoitotilanteeseen liittyvää tietoa. Yksi vastaajista totesi (hän ei saanut omaishoidon tukea kunnallisena sosiaalipalveluna), ettei hänellä ole mitään tietoa omaishoitotilanteesta, sitä ei ole miltään taholta tarjottu eikä hän tiennyt miltä taholta sitä olisi itse hakenut. Usea vastaajista kertoi myös, ettei tiennyt millaista tietoa kaipasi tai ettei osannut kaivata omaishoitoon liittyvää tietoa, koska tietous erilaisista saatavilla olevista omaishoitotilanteeseen liittyvistä asioista oli ylipäättään niin vähäistä.

Kuvio 2 (omaishoitajien tietous heitä koskevista asioista ennen kurssin alkua):



Mistä tietoa oli saatu? Alkuhaastattelujen yhteydessä omaishoitajat mainitsivat niitä lähteitä, joista olivat aiemmin saaneet tietoa omaishoitotilanteeseen ja siihen kuuluviin asioihin liittyen. Näissä vastauksissa korostuivat suhteellisen paljon sukulaisuus- tai tuttavuussuhteiden avulla saatu tieto. Haastateltavien sukulaisia työskenteli niin lääkärinä kuin hoitajinakin. Vastausten mukaan juuri tämän kaltaiset ammattihenkilöt, joita omaishoitajiin yhdistivät muut kuin hoidontarpeen perustalle syntyneet suhteet, olivat tiedonvälityksen kannalta avainasemassa. Osa haastateltavista oli saanut tietoa esimerkiksi asiakasohjaajalta, sairaalasta, veteraanikuntoutuksesta, Tampereen Kotitorilta tai kotihoidon ohjaajalta lähinnä omaishoitosopimukseen liittyvien asioiden yhteydessä. Kuusi eli tasan puolet haastateltavista kertoi, ettei ollut saanut miltään taholta tietoa omaishoidosta tai siihen liittyvistä palveluista tai eduista omaishoitotilanteensa aikana. Tähän ei vaikuttanut se olivatko he virallisia omaishoitajia vai eivät. Mielestäni on erittäin kummallista, että tällaisten ”täysin tiedottomien” omaishoitajien joukossa oli myös omaishoidon tukea kunnallisena sosiaalipalveluna nauttivia ihmisiä. Omaishoidon tuki ei siis näytä itsestään selvästi johtavan siihen, että omaishoitajaa tiedotetaan oikeuksistaan.

Haastattelujen perusteella vaikuttaa siltä, että omaishoitajien saattaminen heille kuuluvien palveluiden piiriin tai edes tietoseksi niistä on melko sattumanvaraisella perustalla, eikä sitä järjestelmällisesti toteuteta. Osa haastateltavista mainitsi erikseen kokevansa tulevan hyvinvointikurssin jo ennen sen alkua omaishoitajien informoimiseksi. Mielestäni on mielenkiintoista, että pelkkä tieto tulevasta kurssista saa aikaa kuuluvuuden tunteen.

Omaishoitajien kaipaaman tiedon erityispiirteet. Osallistujat mainitsivat useita erilaisia asioita, joista erityisesti toivoivat tietoa omaishoitajien hyvinvointikurssilta. Tällaisia asioita olivat toimintaohjeet tilanteeseen, jossa hoidettavan terveydentila tai toimintakyky yllättäen heikkenee, tieto omaishoitajan hyvinvointia tukevista palveluista, omaishoidon tuen myöntämisperusteista sekä mahdollisuudesta ylimääräisiin vapaapäiviin omaishoitotilanteessa. Lisäksi kaivattiin täyttöapua kansaneläkelaitoksen hakemuksiin sekä muutenkin selvennystä Kelassa asioimiseen liittyviin asioihin. Yksi haastateltava toivoi tietoa omaishoitajien hyväksi tehtävästä vapaaehtoistoiminnasta. Muutama vastaaja kertoi kaipaavansa ylipäättään tietoa omaishoitajalle kuuluvien palveluiden kokonaisuudesta.

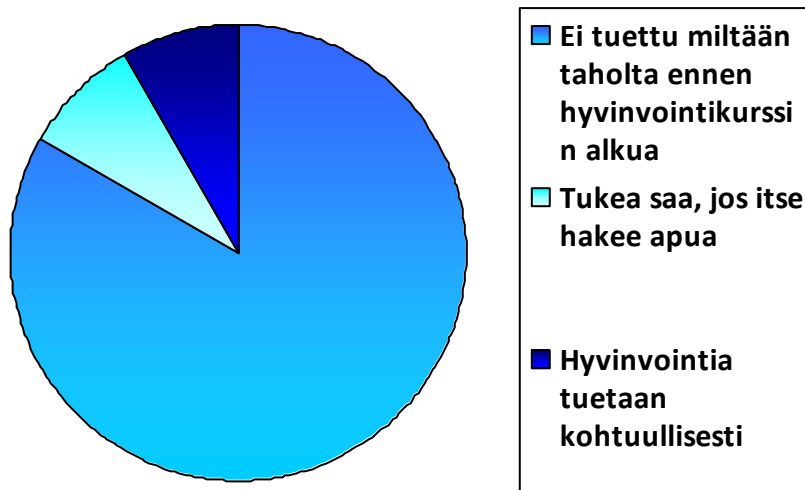
Osa vastaajista kertoi puolestaan kaiken mahdollisen omaishoitoon liittyvän tiedon olevan tervetullutta, eikä kokenut tarpeelliseksi erotella asiaa sen tarkemmin. Tällaisia vastauksia antoivat haastateltavista ne, jotka aiemmin olivat jääneet omaishoitoon liittyvästä tiedosta paitsi. Yksi osallistujista ei kokenut omaishoitoon kuuluvista palveluista tiedottamista tarpeelliseksi, koska mielsi kunnallisten tai muiden yleisesti haettavien palveluiden olevan ”yhteiskunnalta kerjäämistä”. Pääosin omaishoitajat siis vaikuttivat tulevan hyvinvointikurssille tiedonhaluisina ja lukuisien kysymysten saattelemina.

8.1.3 Kurssilaisten hyvinvoinnin kokemus ja virkistyksen tarve ennen kurssia

Hyvinvointiin ja virkistykseen liittyvät kysymykset tuottivat mielestäni alkuhaastatteluiden järkyttävimpiä tuloksia. Kymmenen haastateltavista oli sitä mieltä, että mikään taho ei tue omaishoitajan jaksamista ja omasta itsestä huolehtimista (Kuvio 3). He eivät olleet kokeneet saaneensa minkäänlaista tukea omaishoitotilanteeseensa miltään taholta, eivätkä osanneet nimetä tahoja, jotka tällaista tukea mahdollisesti voisivat tarjota. Omaishoitajat nimittivät haastattelutilanteissa itseään ”unohdetussa asemassa oleviksi”. Lisäksi moni heistä kertoi olevansa hyvin huolissaan siitä, mitä puolisolle tapahtuu heidän oman jaksamisensa pettäessä. Pelkän ajatuksen omasta sairastumisesta kerrottiin vähentävän omia voimavaroja.

Yksi haastateltavista sanoi, että omaishoitajaa saatetaan tukea jos itse osaa hakea apua, mutta ei sen tarkemmin määritellyt potentiaalisia tukimahdollisuuksia. Vain yksi osallistujista oli sitä mieltä, että omaishoitajan jaksamista ja omasta itsestä huolehtimista tuetaan. Hän mainitsi esimerkkinä tapaamansa muistikoordinaattorin, jolta oli tukea saanut. Moni haastateltavista kuitenkin koki tuen saamiseksi pelkästään kurssiin liittyvän hyvinvointisuunnitelman tekemisen ja tähän opinnäytetyöhön kuuluvan alkuhaastattelun. Jo ne koettiin omaishoitajasta välittämiseksi ja hänen jaksamistaan tukeviksi. Hyvinvointikurssin perusteella tapahtunut yhteydenotto mainittiin myös muutamassa haastattelussa ylipäätään ensimmäiseksi kerraksi, kun joku huomioi omaishoitajan oman jaksamisen eikä pelkästään hoidettavan vointia. Ehkä tästä syystä tunteet olivat herkässä haastattelutilanteiden aikana ja useampi haastateltava kertoikin tilanteestaan kyynel silmässä.

Kuvio 3 (Omaishoitajan hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemisen kokemukset ennen kurssia):



Yksi haastateltavista mainitsi, ettei sukulaisille tai muille läheisille voi puhua omasta jaksamisesta, sillä heidän näkemyksensä mukaan koko omaishoitotilanne on ”oma valinta” ja järkevämpää olisikin lähettää puoliso hoitolaitokseen. Toisaalta toinen haastateltava kertoi, ettei ole kaivannut suuremmin omasta jaksamisesta huolehtimiseen tukea henkilökohtaisten tukiverkostojen kattavuuden vuoksi. Tämän kaltaisiin vastauksiin vaikutti se, miten omaishoitajat kertoivat puolisonsa suhtautuvan tilanteeseen. Mikäli puolison suhtautuminen oli välinpitämätöntä tai jopa halveksuvaa (usein sairauden aiheuttamien psyykkisten muutosten vuoksi) koettiin oma jaksaminen joko hyvin vähäiseksi tai sen merkitystä vähäteltiin.

Haastateltujen omaishoitajien tilanteet olivat keskenään hyvin erilaisia. Toisille hoitotilanne tuotti runsaasti fyysistä väsymystä hoivan raskauden vuoksi, kun taas toisilla raskaus liittyi ennemminkin henkisiin ja psyykkisiin tekijöihin esimerkiksi puolison muistisairaudesta aiheutuneiden käytösmuutosten tähden. Edellä mainittuun liittyy suoraan luvussa ”3.5 Ikääntyvä omaishoitaja toimijuuden modaliteettien näkökulmasta” mainittu Jyrki Jyrkämän toimijuuden modaliteettien perusteella joh-

dettu ajatus siitä miten omaishoitotilanteessa omaishoitajan ja hoidettavan toimijuus on tiiviissä vuorovaikutuksessa.

Millaista tukea hyvinvointikurssilta kaivattiin? Haastateltavat erittelivät joitain tekijöitä, joiden avulla erityisesti toivoivat saavansa tukea omasta hyvinvoinnistaan huolehtimiseen. Korostan vielä, että useimmat haastateltavista kertoivat kaikenlaisen jaksamista auttavan tuen olevan tervetullutta, eivätkä määritelleen sen tarkemmin sitä millaista tukea jaksamisensa tueksi toivoivat. Kaksi haastateltavista mainitsi kaipaavansa tukea etenkin tunteidensäätelyyn. He kokivat menettävänsä malttinsa helposti omaishoitotyön raskauden vuoksi. Kolme haastateltavista toivoi puolestaan oman jaksamisensa tueksi erityisesti tietoa erilaisista sairauksista, itsehoitomahdollisuuksista ja esimerkiksi lääkkeettömistä hoitomuodoista. Myös unettomuuteen ja unensaantiin liittyvä tietous mainittiin tärkeänä omaan jaksamiseen vaikuttavana tekijänä. Yksi haastateltavista tiivistä omaishoitajan omasta hyvinvoinnista huolehtimisen tärkeyden: ”Omaishoito on omasta jaksamisesta kiinni.”

8.1.4 Yhteenveto alkuhaastatteluista

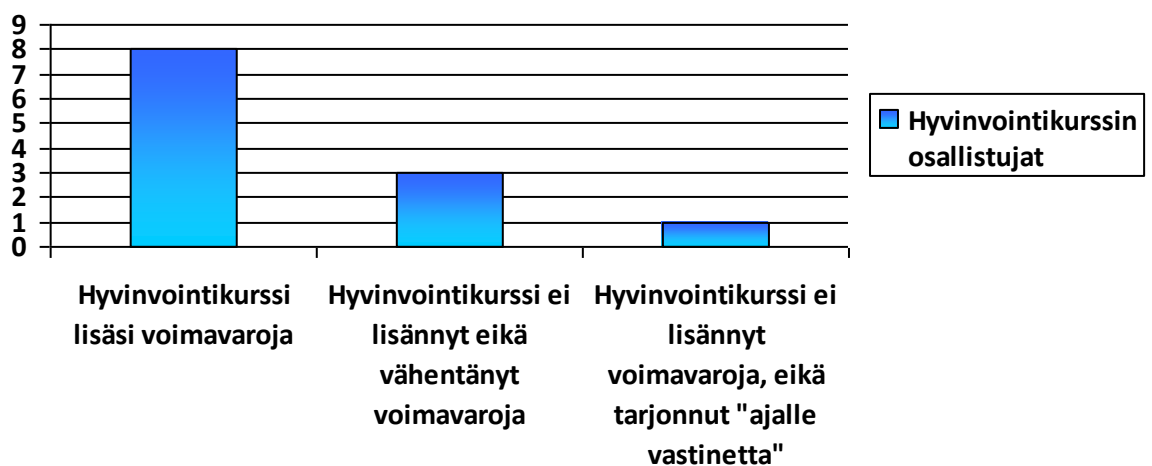
Hyvinvointikurssille osallistuneiden omaishoitajien alkuhaastattelujen perusteella syntyneistä tutkimustuloksista voi päätellä omaishoitajan aseman hyvinvointiyhteiskuntamme tasa-arvoisena jäsenenä olevan vähintäänkin sattumanvarainen. Riippumatta omaishoitotilanteen määritelmästä (onko omaishoitaja niin sanotusti virallinen vai epävirallinen eli nauttiiko hän omaishoidon tukea kunnallisena sosiaalipalveluna) omaishoitajan niin tiedollinen kuin hyvinvointiinkin liittyvä ohjaaminen ja tukeminen vaikuttavat vähäisiltä tai jopa olemattomilta. Tutkimustulosten perusteella omaishoitajien tarve hyvinvointikurssille, jossa omaishoitajaa tuetaan yksilönä, on vääjäämätön. Toki tulee ottaa huomioon, että kurssin osallistujien oli tarkoituskin olla juuri sellaisessa omaishoitotilanteessa, jossa he kaipaavat tietoa omaishoitotilanteesta ja tukea omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Silti en voi olla hämmästelemättä, miten esimerkiksi monta vuotta omaishoidon tukea nautti-

nut henkilö voi olla sellaisessa tilanteessa, jossa hän kokee jääneensä täysin ”unohdetuksi”.

8.2 Hyvinvointikurssin vastaavuus tavoitteisiinsa osallistujien näkökulmasta

Loppuhaastattelun aluksi kysyin kurssin osallistujien päällimmäisiä tunteita kurssin päättymisen jälkeen sekä sitä millaisiksi he kokivat voimavaransa ja hyvinvointinsa kurssin loputtua (Kuvio 4). Kahdeksan osallistujista oli ehdottomasti sitä mieltä, että kurssi oli vaikuttanut positiivisesti heidän voimavaroihinsa ja lisännyt niitä. Yksi näistä kahdeksasta kertoi, ettei ollut kurssin alussa niin innostunut, mutta muutaman tapaamiskerran jälkeen asenne muuttui. Kolme kurssilaisista koki voimavarojensa pysyneen samanlaisina kuin ennen kurssin alkua, mutta heillekin kurssi oli tarjonnut tietoa, vertaistukea ja ”vaihtelua arkeen”. Yksi vastaajista kertoi, ettei kurssi lisännyt hänen voimavarojaan, vaikka ei niitä vähentänytkään. Hän kertoi pitäneensä kurssista kokonaisuutena, mutta ei kuitenkaan kokenut saaneensa haluamissaan määrin ”ajalleen vastinetta”.

Kuvio 4 (Hyvinvointikurssin vaikutus osallistujien voimavaroihin):



Millä tavoin hyvinvointikurssi vaikutti omaishoitajan voimavaroihin? Ne kahdeksan vastaajaa, jotka kokivat hyvinvointikurssin lisänneen voimavarojaan, kuvailivat kurssin vaikutuksia erilaisista näkökulmista. Kurssin jälkeen olo koettiin helpottuneeksi ja kurssin koettiin jäsentäneen voimavarat ”oikeaan järjestykseen”. Kaksi kurssilaisista totesi kurssin auttaneen eteenpäin hankalassa omaishoitotilanteessa ja neljä korosti kurssin lisänneen omia positiivisia tunteita sekä ”intoa” omaishoitajan arjessa. Yksi vastaajista koki, että ennen kurssia hän oli ”käynyt ylikiirroksilla”, mutta kurssin aikana mieli oli rauhoittunut. Yksi osallistujista korosti sitä, ettei huoli hoidettavasta puolisoista katoa, vaikka viettäisi päivää muiden omaishoitajien keskuudessa. Toinen taas oli sitä mieltä, että päivä vertaisten joukossa sai arkihuolet unohtumaan.

Päällimmäisinä tunnelmina hyvinvointikurssista osallistujat mainitsivat erilaisia näkökohtia siitä riippuen, mitä olivat itse kurssilta odottaneet. Kolme vastaajista koki tärkeäksi omaishoitoon liittyvän tietomääränsä lisääntymisen kurssin aikana ja niin ikään kolme vastaajaa korosti vertaistuen roolia kurssin onnistumisen kannalta. Yksi osallistuja kertoi oppineensa kurssin aikana, ettei ole ”huono ihminen”, vaikka ottaisi sosiaalipalveluita vastaan. Miesomaishoitajat (joskin heitä oli kurssilaisista verraten pieni osa) mainitsivat useammin tietoon liittyvät näkökulmat kurssia arvioidessaan, kun taas naiset erittelivät laajemmin omia tunnekokemuksiaan kurssin aikana. Kaksi kurssilaista mainitsi päällimmäisinä tunnelmina olevansa erityisen tyytyväisiä Viola-kodin ja sen henkilökunnan toimintaan kurssin järjestäjätahona.

Asiakkaan omiin tarpeisiin vastaaminen. Noin puolet kurssilaisista koki vaikeaksi vastata tähän kysymykseen. Monilla osallistujista ei ollut aikaisempaa kokemusta vastaavista kursseista ja omia toiveita oli vaikea silloin kovin tarkasti eritellä. Kuitenkin haastateltavat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että kurssi vastasi heidän toiveisiinsa siitä. Yksi osallistujista totesi oivallisesti:

Kurssi ei poistanut uniongelmaani, mutta nyt tiedän, etten ole ainoa joka siitä kärsii. On niin kun helpompi sopeutua siihen. Sain myös lisää tietoa nukkumiseen liittyvistä asioista. (Omaishoitaja 12)

Moni muukin kurssilaisista painotti vastauksissaan sitä, että kurssi toi varsinkin vertaistuen osalta paljon sellaista, mitä he eivät osanneet ennalta odottaa. Myös apu omaishoitoon liittyvien tunnekokemusten säätelyssä ja hyväksymisessä koettiin tärkeänä. Suurin osa osallistujista oli sitä mieltä, että ”kurssi antoi sitä mitä lupasikin” ja ”kurssilta sai sitä mitä sinne meni hakemaan”. Yksi osallistujista ei kokenut toiveensa viikoittaisista uimahetkistä toteutuneen, koska hänen mukaansa uimiseen ja saunomiseen varattu aika oli liian lyhyt. Yksi osallistujista olisi myös kaivannut enemmän pieniryhmissä käytäviä keskusteluja.

8.2.1 Viola-kodin asettamien tavoitteiden saavuttaminen

Ennen kuin haastattelin osallistujia tarkemmin kurssin eri tavoitteiden näkökulmasta, kysyin heiltä yleistä mielipidettä siihen miten kurssi vastasi Viola-kodin asettamia tavoitteita. Kaikki vastaajat kokivat Viola-kodin saavuttaneen tavoitteensa (tiedon tarjoaminen, vertaistuki ja virkistys) joko erittäin hyvin tai melko hyvin. Kolme haastateltavista oli sitä mieltä, että Viola-koti saavutti kaikki kolme tavoitettaan loistavasti, eikä heidän mielestään mitään olisi voinut enää parantaa. Kahden haastateltavan mielestä tavoitteen sinänsä saavutettiin erinomaisesti, mutta kurssin toteutusaika oli liian lyhyt. He kertoivat toivoneensa pidempää kurssia ja olivat erityisen huolissaan siitä, järjestetäänkö ryhmälle jatkossa riittävästi yhteisiä tapaamisia.

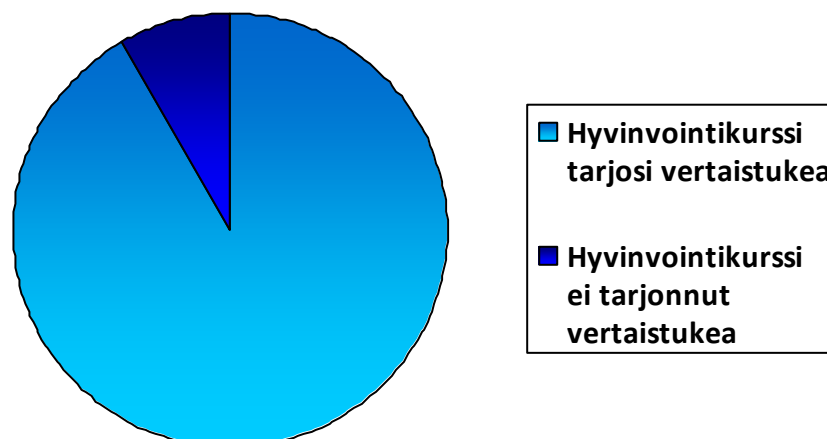
Käytännön järjestelyn kurssin aikana. Hyvinvointikurssiin liittyvät käytännön järjestelyt koettiin hyvin onnistuneiksi. Osallistujat olivat tyytyväisiä ruokaan ja siihen kun saivat käydä valmiiseen pöytään kerran viikossa. Viola-kodin tilat koettiin avariksi, viihtyisiksi ja tarkoituksenmukaisiksi kurssin järjestämisen kannalta. Ne omaishoitajat, joiden puoliso oli viettänyt kurssipäivät Viola-kodin järjestämässä

hoidossa, kiittelivät etenkin tätä asiaa. Tosin yksi haastateltavista kertoi, ettei hänen puolisonsa viihtynyt hoidettavien ohjelman parissa. Myös Viola-kodin ja kurssin henkilökunnan positiivista asennetta, hymyilevyyttä ja ystävällisyyttä kiiteltiin loppuhaastatteluissa. Kurssin järjestämiseen liittyvissä asioissa ainoa negatiivinen kommentti liittyi kurssin alkamisajankohtaan. Kaksi osallistujista koki kello yhdeksän ehdottomasti liian varhaiseksi alkamisajankohdaksi kurssille ja ehdottikin päivien alkamista jatkossa esimerkiksi tuntia myöhemmin.

8.2.3 Vertaistuen tarjoaminen omaishoitajille

Kurssin osallistujista 11 koki saaneensa kurssilta vertaistukea (kuvio 5), monet olisivat tosin kaivanneet vielä enemmän yhteistä keskustelua ja sitä että osallistujat olisivat saaneet jakaa keskenään erilaisia elämäntilanteitaan. Yksi osallistujista ei kokenut saaneensa lainkaan riittävästi vertaistukea. Lähes kaikki kuvasivat osallistujajoukkoa yhtenäiseksi ja avoimeksi. Varsinaisia ystävyyssuhteita kurssilaiset eivät kokeneet solmineensa, mutta ”vertaistukituttuttavia” he mielisivät kurssilta saaneensa. Muutama osallistujista kertoi, että kurssilaisista valikoitui muutamia itselle läheisempiä, joiden kanssa voisi pitää yhteyttä ilman ”ryhmän tukeakin”.

Kuvio 5 (Hyvinvointikurssin vertaistuen tarjoavuus):



Vertaisryhmän hyviä puolia kuvattiin muun muassa näin:

Jos on jotain vanhoja hyviä ystäviä, niin ne ei osaa sanoa mitään eikä ne osaa suhtautua luontevasti (omaishoitotilanteeseen). Tuola (hyvinvointi-kurssilla) noista ihmisistä totesin, et monella on paljon huonompi tilanne kun mulla. Mutta siis sillain, että en ole yksin tän asian kanssa. (Omaishoitaja 4)

No en mä tiä, mutta rupesin ensimmäisellä kertaa heti aatteleen et kyllä toi-sillakin on niinku vaikeeta, et mitä ne joutuu tekeen. Sillain, että tuli aateltua että ei tässä yksin olla, että on toisillakin tällasia tilanteita. Kun sen kuulee ihan toiselta ihmiseltä. (Omaishoitaja 10)

No se, en oo oikeen ollu ennen sellasessa tilanteessa (vertaistukiryhmässä) koskaan. kyllähän se kaikkien avoimuus yllätti täysin. Jo ensimmäisellä tu-tustumiskerralla kaikki olivat hyvin avoimia. Se oli ihmeellistä, kaikki kertoi myös hoidettavansa vaivat ja omat vaikeutensa. (Omaishoitaja 3)

Kuten ylläolevista ajatuksista huokuu, vertaistuessa koettiin erityisen tärkeäksi muiden elämäntilanteiden huomaaminen. Vastaajat kertoivat osaavansa nyt pa-remmin suhteuttaa oman tilanteensa laajempaan mittakaavaan. Myös ajatus siitä, ettei ole ainoa omaishoitotilanteessa elävä helpottaa arkipäivissä selviämistä. Toisten ongelmista ja vastoinkäymisistä kuuleminen auttoi ymmärtämään sitä, että jokaisessa omaishoitotilanteessa on omat vaikeat kohtansa. Osa vastaajista kertoi lisäksi huomanneensa, ettei heidän oma tilanteensa olekaan ”niin mahdoton”, kuin he ennen muiden kurssilaisten tapaamista ajattelivat. Yksi osallistujista kuvasi edellistä seuraavin sanoin:

Se oli siinä mielessä kyllä erinomaisen hyvä, sanoisin. Että sai kuulla, ettei tää oo ainutkertasta, että se on melkeenpä jokapäivästä, kohtalo-tovereita on. (Omaishoitaja 6)

Yksi haastateltavista koki, että kurssin hiljaisemmat osallistujat jäivät puheliaam-pien varjoon. Hän ei kuitenkaan itse kokenut kuuluneensa näihin ”hiljaisiin”. Mie-lenkiintoista oli, että kukaan muu haastatelluista ei maininnut varjoon jäämisen tunteesta. Voi siis olla, että joku vähemmän puhelias näyttää toisen mielestä jää-vän taustalle, mutta voi itse kokea hyvin olevansa osa ryhmää.

8.2.4 Tiedon tarjoaminen omaishoitoon liittyvistä asioista

Kurssin tarjoamaan tietoon ja kurssilla vierailleisiin luennoitsijoihin oltiin pääosin hyvin tyytyväisiä. Joitain luennoitsijoita olisi toivottu jopa uudestaan vierailemaan kurssilla, mikäli aika olisi sallinut. Tiedon tarjoamisen suhteen osallistujien mielipiteet olivat keskenään samansuuntaisia. Jokainen kurssin osallistujista koki saaneensa asiantuntijavierailuilta tarpeellista ja tärkeää tietoa. Eroavaisuuksia vastauksissa oli lähinnä sen osalta, ketkä vierailijoista koettiin tarpeellisimmiksi ja mitä olisi kaivattu vielä lisää. Yksi osallistujista (joka kuului omaishoidon tuen piiriin) kuvaili kurssin tiedontarjoavuutta näin:

Jokainen löysi kaikesta (eri asiantuntijavierailuista) jotakin, oli sellastakin tietoa mikä oli itelle tuttua, mutta oli sielä sit sellasta väkeekin joka ei ollut vielä virallinen omaishoitaja. (Omaishoitaja 11)

Yksi osallistujista summasi puolestaan eri vierailijoiden hyödyn seuraavasti:

Sain tietoa ja yhteystietoja, mistä voi ottaa selvää eri asioista. Silti toivoisin, että jatkossa voisi kysyä henkilökohtaisia asioita, nyt ei oikein ollut aikaa, ja ei oikein voi kysyä kaikkien kuulleen henkilökohtaisia asioita. (Omaishoitaja 12)

Seitsemän osallistujista mainitsi erikseen erittäin tärkeänä asiantuntijavierailijana neuropsykiatrin. Paitsi että osallistujat pitivät häntä loistavana luennoitsijana, heidän mielestään hänen esittämänsä asiat (kuten erilaisista puolisoja koskevista sairauksista kertominen) olivat hyvin tärkeitä. Myös lakiasioista kertonut asianajaja-varatuomari -vierailija sekä uniongelmistä ja muista uneen liittyvistä asioista puhunut uniterapeutti mainittiin monissa haastatteluissa tärkeäksi koettuna. Muutama haastateltava mainitsi itsellensä erittäin tärkeinä omaishoidon tukeen ja kansaneläkelaitoksen toimintaan liittyvät luennot. Muutama vierailijoista herätti runsaasti ristiriitaisia tunteita osallistujien kesken. Toisaalta yksilökohtaiset tulkinnat ovat luonnollisia, ja päällimmäiset ajatukset kaikilla osallistujilla olivat positiivisia.

Suuri osa kurssilaisista olisi kaivannut vielä lisää tietoa hyvinvointikurssilta. Toisaalta taas he mainitsivat myös virkistyspuolen tärkeyden ja kurssin rajalliset aika-resurssit. Muutama haastateltavista koki osan vierailijoista ajanhukkana ja olisi mieluummin käyttänyt niihin kulutetun ajan esimerkiksi yhteiseen keskusteluun tai liikuntatuokioihin. Osa mielsi tietoa tulleen niin paljon, ettei kaikkea pystynyt jäsentämään käyttöönsä. Toisaalta tuotiin esille kuitenkin se, että nyt on tiedossa mistä apua voi hakea erilaisiin asioihin liittyen. Monien vierailujen sisältö annettiin kurssilaisille päivän jälkeen paperiversiona, mihin oltiin erityisen tyytyväisiä.

8.2.5 Osallistujien kokemus kurssin virkistävydestä

Jokainen kurssin osallistuja koki saaneensa virkistystä hyvinvointikurssilta. Erityisen virkistäviksi asioiksi koettiin kurssin tarjoama jalkahoito ja hieronta sekä se, että sai olla kerran viikossa päivän ”täysihoidossa”. Toisaalta moni mainitsi, että kurssi kaiken kaikkiaan (sisältöineen, osallistujineen ja ympäristöineen) oli virkistävä kokemus. Myös kurssin aikana tehty retkipäivä koettiin virkistäväksi. Muutama haastateltavista mainitsi erikseen hyvinvointikurssin henkilökunnan virkistäneen heidän mieltään hyvällä asennoitumisellaan työhönsä. Yksi haastateltavista tiivisti oman näkemyksensä kurssin virkistävydestä näin:

Ensiksikin virkisty siitä kun oli hyvät aamukahvit ja ruuat, ja tiesi että miehellä oli kaikki hyvin toisella puolen. Retki oli tosi mukava. Jalkahoito ja hieronta oli jokaiselle meille hyväks varmaan. Että hemmoteltiin! (Omaishoitaja 11)

Kolme vastaajaa moitti kiireistä aikataulua uimismahdollisuuden yhteydessä. He eivät kokeneet mielekkääksi mennä uimaan, sillä olisivat silloin jääneet paitsi jostain muusta ohjelmasta ainakin osittain. Useimmat vastaajista eivät keksineet mitään asioita, jotka olisivat vähentäneet kurssin virkistävyttä. Tosin yksi osallistuja oli sitä mieltä, että kaikessa virkistävydessään kurssipäivät olivat samaan aikaan myös väsyttäviä, koska ne tarjosivat niin paljon uutta ajateltavaa. Yhden osallistu-

jan mielestä osa asiantuntijavierailuista ei ollut tarpeellisia ja hän kokikin ne kurssin virkistävyyttä vähentäneeksi tekijäksi.

8.2.6 Yhteenveto loppuhaastatteluista

Kurssin osallistujista 11 oli ehdottomasti sitä mieltä, että haluaisi tavata ryhmää jatkossakin. Yksi osallistuja ei osannut sanoa toivooko ryhmälle lisää tapaamisia vai ei. Kurssilaiset olivat huolissaan siitä, että esimerkiksi Viola-kodissa järjestettävään omaishoitajien virkistyspäiviin osallistuminen ei tuntuisi samalta kuin hyvinvointikurssiin, sillä ryhmä olisi ainakin osittain eri. Usea haastateltava mainitsikin juuri tämän ryhmän olleen ”erityisen hyvä ja yhteensopiva”. Yhteisiä tapaamisia toivottiin järjestettäväksi nimenomaan sillä tavoin, että hoidettaville puolisoille olisi omaa ohjelmaa tapaamiskerroiksi, kuten hyvinvointikurssinkin aikana.

Kun kysyin loppuhaastattelutilanteen päätteeksi muita kommentteja kurssista, viisi osallistujista mainitsi vielä erikseen miten kurssin vetäjä sekä käytännön järjestyksessä mukana ollut avustaja olivat vaikuttaneet positiivisesti kurssin kulkuun omalla asenteellaan. Lisäksi muutama painotti vielä kertaalleen miten mukava oli keran viikossa päästä valmiiseen ruokapöytään. Yksi osallistuja harmitteli, kun kuntosalille ei ollut innostunut moni kurssilaisista lähtemään. Päällimmäisenä vaikutti useimmilla osallistujilla olevan seuraava, yhden haastateltavan sanoiksi pukema lausahdus: *”Niin se on negatiivista, kun se (hyvinvointikurssi) loppu niin lyhyeen!”*

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa kerron johtopäätöksiä omaishoitajien hyvinvointikurssista tehdystä tutkimuksesta. Pohdin myös omaishoitajien ja omaishoidon yhteiskunnallista tilannetta tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella. Koska tutkimuksen toteuttaminen toi mieleeni lukuisia jatkotutkimusideoita, tuon tässä luvussa myös niitä esiin siltä osin kuin ne suoraan omaishoitoon liittyvät. Lisäksi olen kirjannut muutamia kehittämissuhteita, joita haastattelemilleni omaishoitajille nousi kurssilta mieleen. Kaiken kaikkiaan tutkimukseni perusteella voin todeta, että hyvinvointikurssin kannalta tulokset olivat hyviä, mutta omaishoidon yhteiskunnallisen aseman kannalta huonoja. Se miten jälkimmäiseen voidaan vaikuttaa, on kysymys sinänsä. Riittääkö omaishoitajille suunnattujen palveluiden lisääminen, vai tarvitsemeko enemmän asenneilmapiirin puhdistamista ja turtuneiden käytäntöjen muutosta?

9.1 Omaishoitajien subjektiivinen kokemus hyvinvoinnista

Tutkimustulosten perusteella hyvinvointikurssiin osaa ottaneet omaishoitajat liittivät hyvinvointikokemukseensa samankaltaisia asioita kuin tämän opinnäytetyön teoriaosassa on hyvinvoinnin edellytyksiksi liitetty. Tutkimustulosten perusteella valtaosa hyvinvointikurssin osallistujista oli sitä mieltä, että kurssi vaikutti positiivisesti heidän voimavaroihinsa. Se mitkä tekijät koettiin voimavaroja kartuttaneiksi, vaihteli yksilökohtaisesti. Kurssilaisten haastatteluvastauksissaan kuvaama ”voimavarojen järjestyminen” ja ”oman elämäntilanteen rauhoittuminen” kuvaavat hyvin kappaleessa ”5.1.2 Elämänhallinta hyvinvoinnin tukena” esiteltyä elämänhallinnan käsitettä. Teorian mukaan elämänhallinnan puute liiallisuus vaikuttavat negatiivisesti hyvinvointiin. Omaishoitotilanteen muuttaessa tuttuja rutiineja mielekkään elämänhallinnan kokemus usein järkkyy. Tutkimustulosten perusteella hyvin-

vointikurssi lisäsi sellaisten omaishoitajien elämänhallinnan kokemusta, joilla oli ennen kurssin alkua erityisiä vaikeuksia tasapainon löytämisen kanssa.

9.1.1 Hyvinvointikurssin osanottajien koetut voimavarat

Teoriaosan kappaleessa ”5.2 Voimavarojen erityispiirteet ikääntyessä” kerrotaan Simo Koskisen voimavaranäkemyksistä sekä siihen liittyvästä voimavarojen kokonaisvaltaisuudesta. Koskisen mukaan voimavarojen kokonaisuus koostuu kollektiivisista, sosiokulttuurisista, ympäristöllisistä, psyykkisistä ja henkisistä voimavaroista. Mielestäni voimavarojen kokonaisvaltaisuus esiintyi tutkimustuloksissa etenkin kurssilaisten loppuhaastatteluvastausten yhteydessä selkeästi.

Erään osallistujan kommentti siitä miten hän ei täysin voi rentoutua kun on puoliosasta kokoajan huoli, kuvaa mielestäni hyvin voimavarojen kokonaisvaltaisuutta. Vaikka tarjolla olisi ryhmän tukea, ympäristöllisesti kattavat puitteet, virkistävää ohjelmaa ja vaihtelevaa tiedontarjontaa, vaikuttaa voimavaroihin kaiken aikaa mielessä pyörivä huoli hoidettavasta. Toinen hyvin kuvaava esimerkki samasta aiheesta on mielestäni se miten useat kurssilaiset tutkimustulosten perusteella kuvasivat pelkkien kurssipäivien ruokailuhetkien vaikuttaneen kokonaisvaltaisesti heidän hyvinvoinninkokemukseensa. Vaikka periaatteessa itse ruoka vaikuttaa vain fyysisiin voimavaroihin, yhteiseen ruokailutilanteeseen liittyvät monitahoiset tunne- ja osallisuuskokemukset tekevät siitä kokonaisvaltaisesti voimavaroihin vaikuttavan tekijän.

Luvussa ”5.3 Omaishoitajan hyvinvointi ja voimavarat” kuvataan sitä, miten olennaista omaishoitotilanteen hyväksyminen ja omaishoitajan oman ajan saaminen sen keskellä ovat omaishoitajan hyvinvoinnin ja voimavarojen kannalta. Etenkin alkuhaastatteluvastauksissa toistuneet omaishoitajien kokemukset omaishoitotilanteen sitovuudesta, kuormittavuudesta ja arjen yksinäisyydestä kuvaavat mielestäni hyvin tilannetta, joissa omaishoitajalla ei ole ollut mahdollisuutta omaan ai-

kaan ja omien voimavarojen tukemiseen. Teoriaosassa painotetaan itsestä huolehtimisen tärkeyttä omaishoitotilanteessa, jotta omaishoitaja jaksaisi pitää huolta hoidettavasta mahdollisimman pitkään. Itsestä huolehtimiseen palaan vielä myöhemmin tässä luvussa kohdassa ”9.3.3 Virkistystä koko ryhmälle”. Alkuhaastattelusta selvinnyt tarve kurssilaisten omalle ajalle kertoo mielestäni sen merkityksen ja tärkeyden olevan tiedossa, vaikka käytännössä omaa aikaa on usein vaikea toteuttaa kun vaikeasti sairasta lähiomaista ei voi jättää yksin kotiin.

Edellä kuvatusta seuraa helposti omaishoitajan väsyminen, josta kerrottiin tämän työn teoriaosassa luvussa ”5.3.1 Omaishoitajan väsyminen”. Tutkimustulosten perusteella voi huomata, että alkuhaastatteluissa omaishoitajat mainitsivat paitsi väsymyksestä, yksinäisyydenkokemuksista ja kuormittuneisuudestaan myös uniongelmistaan, jotka luonnollisesti pahentavat omaishoitotilanteeseen väsymistä. Pahimmillaan haastatellut joutuivat hoitamaan puolisoaan kellon ympäri ilman realistista mahdollisuutta kunnollisiin yöuniin. Teoriaosan mukaan omaishoitajien väsymys onkin erittäin yleistä ja koskee etenkin ikääntyviä omaishoitajia.

9.1.2 Hyvinvointikurssi puoliso-omaishoitajan tunnetyön tukena

Tutkimustulosten mukaan ne kurssilaiset, jotka toivoivat hyvinvointikurssilta tukea tunteidensäätelyyn tai apua tunteiden laajan kirjon käsittelemiseen, kokivat sitä saaneensa. Tämän työn teoriaosassa kerrotaan omaishoitotilanteeseen liittyvien tunnekokemusten vaihtelevuudesta ja siitä miten tärkeää niitä on pyrkiä käsittelemään (katso tarkemmin 3.1.2 Tunteet omaishoitotyössä). Tutkimustulosten mukaan vertaishenkilöiden tapaamisen avulla ja tiedon saamisen kautta kurssilaiset oppivat hyväksymään paremmin vaihtelevat tunnekokemuksensa. Kuten teoriaosassakin kiteytetään, mikään tunne ei sinänsä ole väärä, mutta tunteiden käsittely on ensiarvoisen tärkeää, jotta negatiiviset tunteet eivät vaikuttaisi ratkaisevasti omaishoitajan arkeen ja siinä toimimiseen. Osa tunteisiin liittyvistä kysymyksistä lienee sellaisia joihin valmista vastausta ei ole olemassa. Loppuhaastattelussa

yksi kurssilaisista pohti parisuhteen muuttumista omaishoitotilanteen myötä sekä tunnekokemuksiaan puolisonsa omaishoitajana seuraavin sanoin:

Ei sitä koskaan tiedä mitä ihmisen sisällä on, kyllä se on hyvä kun saa avautua. Oon miettiny kun omaansa hoitaa, että onkohan se niin että mitä pidemmälle ja pidemmälle sairaudet etenee, niin tulee sellanen hoitaja -potilas -suhde. Että oon sitä tutkaillu itessäni. Että häviääkö siitä se läheisyys. Oon sitä miettiny. Kun se on sitä toisen hoivaamista ja auttamista. Oon ajatellu että kuinka se mun mies tän kokee, että oonko vaan se hoitaja. (Omaishoitaja 10)

Omaishoitotilanteen vaikutuksesta parisuhteeseen on kerrottu teoriaosan luvussa ”3.3 Puolisohoivatilanne osana parisuhdetta”. Parisuhteen vastavuoroisuuden muuttuminen lähinnä toisen osapuolen hoivaamiseksi sekä seksuaalisuuden häviäminen parisuhteesta ovat edellä mainitun luvun mukaan merkittävimpiä haasteita joita tilanteeseen liittyy. Kuten yllä olevasta käy ilmi, samojen haasteiden äärellä tasapainoili parisuhdettaan pohtinut kurssilainen. Joskaan hän ei ollut tilanteessa yksin, sillä sama aihepiiri kosketti useaa kurssille osaa ottanutta omaishoitajaa.

Parisuhteeseen liittyen toinen seikka, joka paljastui omaishoitotilanteen kannalta olennaiseksi niin teoriaosan kuin tutkimuksenkin perusteella oli molempien osapuolten tukeminen omaishoitotilanteessa. Teoriaosassa luvussa ”4.4 Omaishoitajan sosiaalipalveluihin liittyvät haasteet” kerrotaan siitä, miten omaishoitajaa tai hoidettavaa tuettaessa tulisi ottaa aina huomioon koko omaishoitoperhe tai -pariskunta. Ensisijaisesti hoidettava on kuitenkin hoitajalle lähiomainen, eikä esimerkiksi asiakas. Loppuhaastattelun yhteydessä ne kurssilaiset, joiden puoliso oli ollut Viola-kodissa hoidettavana kurssipäivien ajan, olivat järjestelyyn hyvin tyytyväisiä. He ilmaisivat miten tärkeää oli se, että omaishoitajille suunnatun hyvinvointikurssin puitteissa myös omaishoidettavat oli otettu huomioon. Muutama haastelluista kertoi, ettei omaishoitotilanteensa sitovuuden vuoksi olisi voinut ylipäättään ottaa osaa hyvinvointikurssiin, mikäli puolisolle ei olisi järjestynyt hoitoa kurssipäivien ajaksi.

9.2 Hyvinvointikurssin tavoitteet suhteessa Erik Allardtin hyvinvointiluokitteluun

Luvussa ”5.1.1 Erik Allardtin hyvinvointiluokittelu” esitelly Allardtin kolmiportainen hyvinvointiluokittelu sopii mielestäni hyvin sovellettavaksi myös hyvinvointikurssin osallistujien kokemuksiin hyvinvoinnista. Allardtin mukaan hyvinvointi koostuu omistamiseen, yhteisyyssuhteisiin ja itsensä toteuttamiseen liittyvien aspektien perusteella. Käytännössä katsoen omaishoitajien hyvinvointikurssin kolme päätaavoitetta voidaan mieltää Allardtin hyvinvointiluokituksesta kumpuaviksi. Näin ollen hyvinvointikurssin tarkoituksiksi on mahdollista nähdä kurssilaisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen.

Hyvinvointikurssin tavoite vertaistuen tarjoamisesta omaishoitajalle voidaan liittää Allardtin ”love” -aspektiin. ”Love” merkitsee yksilön yhteisöllisyysuhteiden riittävyttä ja tarkoituksenmukaisuutta. Vertaistuen avulla hyvinvointikurssi pyrki tarjoamaan omaishoitajille sellaisia sosiaalisia suhteita, joita he omaishoitotilanteen olemassaolon vuoksi tarvitsivat. Tällaiset vertaistuelle perustuvat suhteet olivat muunlaisia kuin jo valmiiksi elämässä vaikuttaneet suhteet. Hyvinvointikurssin toinen tavoite, virkistykseen tarjoaminen omaishoitajille, voidaan puolestaan liittää Allardtin ”be” -näkökulmaan. ”Be” eli olemassaolo viittaa itsensä toteuttamiseen liittyviin asioihin. Omaishoitotilanteessa tämän aspektin tärkeys korostuu kun omaishoitaja joutuu usein asettamaan hoidettavan etusijalle ja unohtamaan omat tarpeensa. Hyvinvointikurssi pyrki tukemaan erilaisten virkistystä tuottavien keinojen avulla omaishoitajan itsestä huolehtimista ja näin ollen myös omaishoitajien mahdollisuutta toteuttaa itseänsä käytettävissä olevien mahdollisuuksien puitteissa.

Viola-kodin hyvinvointikurssin kolmas tavoite ”omaishoitajien saattaminen heille kuuluvien palveluiden piiriin” tai yksinkertaistettuna ”omaishoitajien tiedottaminen heille kuuluvista palveluista” voidaan mielestäni tarkoituksenmukaisesti liittää Allardtin hyvinvointiluokituksen ”have” -näkökulmaan. ”Have” viittaa konkreettiseen

omistamiseen, mutta mielestäni sitä voidaan käyttää hyvin myös sellaisesta omistamisesta, mitä esimerkiksi sosiaalipalveluiden käyttäminen tarkoittaa. Palvelu harvoin on käsin kosketettava esine (lukuun ottamatta esimerkiksi apuvälineitä, joita omaishoidettava saattaa tarvita) Palvelun ”omistaminen” onkin mielestäni ennen kaikkea tietoutta mahdollisuudesta käyttää tiettyä palvelua. Kun omaishoitajalla on tieto olemassa olevista palveluista, hän voi ikään kuin omistaa palveluita niitä hyödyntäessään.

9.3 Hyvinvointikurssin tavoitteisiinsa vastaavuus

Tutkimustulosteni perusteella voin todeta, että Viola-kodin järjestämä omaishoitajien hyvinvointikurssi vastasi tavoitteitaan hyvin. Hyvinvointikurssi pyrki ylläpitämään ja lisäämään omaishoitajien hyvinvointia erikseen määriteltyjen tavoitteidensa avulla. Tässä yhteydessä on mielestäni olennaista kiinnittää huomio siihen, että vaikka kurssin osallistujat kokivat erilaiset tekijät hyvinvointinsa kannalta olennaisiksi, valtaosa heistä koki kurssin tukeneen subjektiivista hyvinvointiaan ja lisänneen voimavarojaan. Seuraavissa alaluvuissa kerron yksityiskohtaisemmin johtopäätöksiä hyvinvointikurssin osatekijöistä, joiden avulla omaishoitajien hyvinvointia tuettiin. Käytännössä kerron siis johtopäätöksiä kurssin tarjoamasta vertaistuesta, omaishoitotilanteeseen liittyvän tiedon tarjoamisesta sekä virkistyksestä omaishoitajille. Johtopäätökset on koottu tutkimustulosten perusteella tämän opinnäytetyön teoriaosuutta hyväksikäyttäen.

9.3.1 Avoin ja luottamuksellinen vertaistuki

Sekä tämän opinnäytetyön teoria- että tutkimusosan perusteella vertaistuen tarpeellisuus omaishoitajalle lienee selvää. Ennen kurssin alkua omaishoitajat eivät pääosin tunteneet muita omaishoitajia ja kaipasivat vertaistukea. Kurssin päätty-

misen jälkeen he kokivat sitä saaneensa. Mielenkiintoista on, että haastattelemani omaishoitajat kertoivat samansuuntaisia asioita vertaistuen olennaisiksi tekijöiksi, kuin tämän opinnäytetyön teoriaosassa on kerrottu. Teoriaosassa vertaistuen vaikutuksiksi omaishoitajalle (6.4 Vertaistuen merkitys omaishoitajalle) määriteltiin erityisesti uusien näkökulmien antaminen omaishoitajalle, vertaiskokemusten kuu-
leminen, tuki oman identiteetin uudelleenmäärittymisessä sekä oman elämäntilan-
teen suhteuttaminen laajempaan todellisuuteen. Tutkimusvastausten perusteella
hyvinvointikurssin vertaisryhmästä omaishoitajat kertoivat omin sanoin saaneensa
kyseisiä asioita. Omaishoitajien hyvinvointikurssin tarjoama vertaistuki oli siis ta-
voitteellista, tarpeenmukaista ja kohderyhmälleen soveltuvaa.

Hyvinvointikurssin toiminta suljettuna ryhmänä oli mielestäni hyvin harkittu tapa
tehdä kurssista luottamuksellinen ja prosessinomainen kokonaisuus. Luvussa
”6.3.1 Vertaistukiryhmät” kerrottiin suljetun ryhmän etujen koostuvan prosessimai-
suudesta, sitoutuneisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Juuri tällaisia asioita hy-
vinvointikurssin osallistujat tutkimustulosten mukaan ryhmän toiminnassa havain-
noivat. Vastaajat olivat ryhmän luottamuksellisuuteen ja avoimuuteen erityisen
tyytyväisiä. Tosin teoriaosassa esiteltyjä ryhmädynamiikan vaiheita (6.3.2 Ryhmä-
prosessi Tuckmanin mukaan) eivät kaikki kurssin osallistujat tuoneet haastatte-
luissa esille. Osa omaishoitajista kuvasi ryhmän toimintaa selkeästi eri vaiheisiin
määriteltävinä osina, mutta osalle ryhmä tuntui näyttäytyneen kokonaisuudessaan
niin yhteneväisenä, ettei esimerkiksi ryhmän kuohunta- tai suorittamisvaihetta voi-
nut heidän puheidensa perusteella erottaa. Kuitenkin teoriassa esitelty Tuckmanin
ryhmäprosessiteoriat kuvaa ryhmän kehitystä erilaisten vaiheiden kautta. On vai-
kea sanoa mistä syystä kaikki hyvinvointikurssin osallistujat eivät tällaisia vaiheita
havainneet.

Tutkimukseni perusteella omaishoitajien hyvinvointikurssin vertaistukiryhmä toteu-
tui vertaistuen arvojen (katso tarkemmin luku 6.2 Vertaistuen taustalla – Vertaistu-
kitoiminnan arvot) mukaisena. Osallistujat olivat mukana vapaaehtoisesti, minkä
he myös toivat haastattelussa ilmi. Ryhmä oli osallistujiensa mukaan luotettava,
luottamuksellinen ja avoin. Lisäksi ryhmässä uskalsi jakaa henkilökohtaisia asioita.

Osallistujat omien persooniensa ja elämäntilanteidensa kautta loivat myös toivoa toisillensa. Suurin osa kurssilaisista oli myös sitä mieltä, että vertaistuki toteutui tasa-arvoisena.

Vertaistukiryhmien vaarana olleet joidenkin persoonien ylikorostuminen ja toisten varjoon jääminen eivät vaikuttaneet hyvinvointikurssin ryhmän toimintaan merkittävästi. Yksikään osallistujista ei itse maininnut jääneensä varjoon vertaistukiryhmässä. Loppukaneettina vertaistukeen liittyen mainittakoon, että luvussa ”6.1 Vertaistuki” kerrotaan vertaistuen tarkoituksen syntyvän siitä, kun samankaltaisessa elämäntilanteessa tai samankaltaisten ongelmien äärellä olevat ihmiset jakavat kokemuksiaan ja yhteisen toiminnan kautta pohtivat omaa identiteettiään. Tutkimustulosten perusteella voi siis sanoa Viola-kodin hyvinvointikurssin tarjonneen juuri tällaisen määritelmän mukaista vertaistukea osallistujilleen.

9.3.2 Tietoa ja rohkeutta palveluiden käyttämiseen

Tutkimustulosten perusteella omaishoitajat olivat tyytyväisiä hyvinvointikurssin tarjoamaan tietoon. Kurssin tavoite tarjota sellaista tietoa, mikä omaishoitotilanteessa elämisen kannalta on olennaista ja näin saattaa kurssilaisia omaishoitajien palvelujärjestelmän piiriin täytyi tutkimustulosten perusteella hyvin. Kurssilaiset kokivat tiedontarjontaan käytetyt väylät tarkoituksenmukaisina ja usea mainitsi (palvelujärjestelmän kannalta olennaisesti), että kurssin jälkeen heillä on tietoa siitä, mistä omaishoitaja voi tarvitsemaansa tietoa hakea. Muutamasta kurssilla vierailleesta asiantuntijasta osallistujilla oli ristikkäisiä mielipiteitä, jotka liittyivät henkilökohtaisiin mieltymyksiin ja oman elämäntilanteen kannalta olennaisiksi koettuihin asioihin.

Ihmettelin, ettei edellisen kaltaisia mielipiteitä esiintynyt enempää haastateltavien keskuudessa. Osan virallinen omaishoitajuus sekä erimittaiset tähänastiset omaishoitotilanteet olisivat tällaista voineet aiheuttaa. Kaikki osallistujat olivat nä-

emmä riittävän samanlaisessa omaishoitajuuden ”alkuvaiheessa”, että tiedontarjoaminen ylipäättään koettiin positiivisena. Tämän tutkimuksen perusteella on mahdoton sanoa, olisivatko omaishoitajat saaneet kurssilta saadun tiedon muiden väylien kautta, mikäli omaishoitotilanne olisi jatkunut kauemmin ilman kurssia.

Teorialuvussa ”4.4 Omaishoitajan sosiaalipalveluiden vastaanottamiseen liittyvät haasteet” kerrotaan siitä, miten palveluiden vastaanottamiseen tuovat haastetta sen hakemisen vaikeus sekä mahdollinen menetelmällisen oikeudenmukaisuuden puute. Tutkimustulosten perusteella uskallan väittää molempien koskevan omaishoitajille tarkoitettuja palveluita ainakin tämän kurssin osanottajien yhteydessä. On vaikea arvioida kuinka yleisiä tällaiset kokemukset ovat, joten asian tutkiminen suuremmassa mittakaavassa saattaisi olla paikallaan. Hyvinvointikurssin osallistujista, joista 8 sai myös omaishoidon tukea, 6 oli tutkimustulosten mukaan sitä mieltä, ettei minkäänlaista tietoa omaishoitotilanteeseen liittyvistä palveluista ollut tarjolla. Mielestäni yksin tämä riittää selitykseksi sille, että palveluista tiedottaminen ei tavoita ehkä muutenkin pakon edessä eristäytymään joutunutta omaishoitajaa.

Tiedon tarjoamisen ja palveluiden piiriin saattamisen tavoite konkreettisella tasolla näkyi esimerkiksi siinä, miten yksi kurssilaisista kuvaili loppuhaastattelussa saaneensa kurssilta tietoa kotipalveluista, joita omaishoitaja voi käyttää. Saamansa tiedon perusteella hän päätti tukea omaa jaksamistaan ostamalla omakotitalonsa pihaan lumenluontiapua. Hyvinvointikurssin kautta hän sai tiedon siitä, miltä taholta lumenluontiapua voi ostaa, mutta myös luottamuksen siihen, ettei hän ole huono omaishoitaja tai kelvoton ihminen, mikäli ottaa ulkopuolista apua vastaan. Ulkopuolisen avun vastaanottamiseen liittyviin haasteisiin kuuluu edellä mainitun teorialuvun mukaan myös se, että etenkin tämän päivän Suomessa ikääntyvät omaishoitajat voivat olla arkoja hakemaan tarjolla olevia sosiaalipalveluita, koska ovat tottuneet ” pärjäämään omillaan”. Usea haastateltavistani oli sitä mieltä, että kurssin avulla he rohkaistuivat vaatimaan itsellensä kuuluvia palveluita. Tähän vaikuttanee myös se, että tieto kyseisistä palveluista oli laajempi kurssin jälkeen, kuin ennen sen alkua.

9.3.3 Virkistystä koko ryhmälle

Jokainen hyvinvointikurssille osallistunut omaishoitaja koki kurssin virkistäneen itseään. Tutkimustulosten perusteella virkistykseen lähteiksi mainittiin niin yhdessä-oloon, kurssiympäristöön kuin erityiseen virkistysohjemaan (jalkahoito ja hieronta) liittyviä asioita. Virkistykseen lähteillä ja henkilökohtaisilla eroilla niissä ei sinänsä ole suurta merkitystä, kun jokainen osallistuja on kokenut virkistystä saaneensa. Mainitsemisen arvoista kuitenkin on se, miten monimuotoiseksi osallistujat virkistykseen lähteensä ja -tarpeensa kokivat. Haastatteluvastauksissaan he huomioivat virkistävien tekijöiden kokonaisvaltaisen merkityksen ja laaja-alaiset vaikutukset oman hyvinvointinsa kannalta.

Tuki omasta itsestä huolehtimiseen, jota hyvinvointikurssi pyrki osallistujilleen tarjoamaan virkistykseen kautta, rakentuu merkittävästi laajemmassa mittakaavassa kuin erityisten virkistystä tuottavien asioiden välityksellä. Se että tutkimustulosten mukaan jokainen kurssin osallistuja koki saaneensa kurssilta virkistystä, kertoo kurssin tarjoaman itsestä huolehtimiseen liittyvän tuen olemassaolosta. Kokonaisuudessaan tähän itsestä huolehtimiseen voidaan kuitenkin liittää myös laaja-alaisempi näkemys kurssilaisten hyvinvoinnin kokemuksessa tapahtuneisiin muutoksiin (9.1.1 Hyvinvointikurssin osanottajien koetut voimavarat) kurssin aikana. Mielestäni myöskään vertaistuen roolia kanavana ymmärrykselle siitä miten tärkeää omasta itsestä huolehtiminen omaishoitotilanteessa on, ei pidä unohtaa.

9.4 Omaishoitajien hyvinvointikurssin tarpeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus.

Tutkimustulosteni perusteella omaishoitajille järjestetty hyvinvointikurssi oli hyvin tarpeellinen ja vastasi tarkoitustaan hyvin. Kurssin tavoitteena oli tarjota osallistujilleen vertaistukea, virkistystä ja tietoa omaishoitoon liittyen. Kaikki nämä tavoitteet saavutettiin tutkimustulosteni perusteella hyvin, joten kurssia voidaan pitää tarkoi-

tuksenmukaisena. Lisäksi osallistujat itse ilmaisivat tyytyväisyytensä kurssia kohtaan sekä oman tarpeensa kurssille osallistumisen motivaationa haastattelujen yhteydessä. Uskallan otaksua, että samankaltaisen kurssin tai muun samankaltaisia tukimuotoja tarjoavan palvelun tarpeessa olevia omaishoitajia on yhteiskunnassamme valtavasti. Olisikin aiheellista pohtia, miten voimme esimerkiksi sosiaalialan asiantuntijoina vastata tähän suureen ja todennäköisesti alati kasvavaan palvelutarpeeseen.

Omaishoitajien hyvinvointikurssin tarkoituksenmukaisuutta lisäsi tutkimustulosten perusteella se, että kurssilla pyrittiin ottamaan huomioon omaishoitajat nimenomaan ikääntyvinä puolisoaan hoivaavina omaishoitajina. Tällaisella erityisen asiakasryhmän piiriin rajatulla kurssilla voidaan keskittyä kertomaan pienemmän alueen asioista laajemmassa mittakaavassa, mikä palvelee osallistujia paremmin kuin yleispätevä informaatio samasta aiheesta. Kurssilaisten mukaan vertaisuuden kokemuksetkin syntyivät syvemmiksi, kun kaikkien osallistujien elämäntilanteet olivat keskenään jossain määrin yhteneviä.

Hyvinvointikurssin tarkoituksenmukaisuudesta kertoo myös sen aihepiirin ajankohittaisuus. Tutkimukseni antoi mielestäni erittäin hälyttäviä tuloksia omaishoitajien yhteiskunnallisesta asemasta. Tämän opinnäytetyön teoriaosassa on tuotu esiin useita erilaisia tukimuotoja, joiden pitäisi toimia omaishoitajan hyvinvoinnin ylläpitäjinä ja lisääjinä. Tällaisia tukimuotoja varsinaisen omaishoidon tuen lisäksi löytyy niin kolmannelta sektorilta kuin kunnallisista toimijoistakin. Opinnäytetyöni tutkimusosuuden perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että on täysin sattumanvaraista millaista tukea omaishoitaja jaksamisensa ja hyvinvointinsa ylläpitämiseksi saa, jos siis ylipäätään saa.

Tämän opinnäytetyön teoriaosuuden perusteella (luku ”4.4 omaishoitajien sosiaalipalveluiden vastaanottamiseen liittyvät haasteet”) omaishoitajat kokevat omat vaikutusmahdollisuutensa heitä koskeviin palveluihin vähäisiksi. Myös henkisen tuen saaminen varsinaisten palveluiden yhteydessä unohtuu usein kokonaan. Tämän tutkimuksen tutkimustulokset tukevat edellä mainittua. Omasta mielestäni

tutkimustulokset kurssille osallistuneiden omaishoitajien kokemukset ”oman onnensa nojassa” selviytymisen pakosta vaativassakin omaishoitotilanteessa olivat järkyttäviä. En tiedä järkyttävätkö, tai ainakaan yllättävätkö, ne alaan perehtyneitä ammattihenkilöitä. Asian mittasuhteista kertoo muun muassa luku ”3.1.1 Omaishoidon yleisyys”. Sen mukaan valtaosa omaishoitajista ei edes ajattele olevansa omaishoitajia ja ne omaishoitajat, jotka tiedostavat elämäntilanteensa, joutuvat puolestaan kohtaamaan yhteiskunnassamme omaishoitoa ja omaishoitajien työtä vähättelevät asenteen. Haluankin jättää kaltaisilleni tuleville sosiaalialan ammattilaisille pohdittavaksi kysymyksen ”Millaisin keinoin voimme tukea omaishoitajien hyvinvointia tulevaisuuden ammattilaisina kehittyvässä ja muuttuvassa yhteiskunnassamme?”

9.5 Kehittämisenäkökulmia omaishoitajien hyvinvointikurssille

Opinnäytetyöni perusteella Viola-kotiyhdistys ry:n järjestämä omaishoitajien hyvinvointikurssi osoittautui erittäin ajankohtaiseksi, tarpeelliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi osallistujensa elämäntilanteiden kannalta. Tutkimukseni perusteella selvisi tilauksen omaishoitajien vertaistuelle ja hyvinvoinnin tukemiselle sekä omaishoitajille tarkoitetun tiedon tarjoamiselle olevan vääjäämätön, mutta myös otaksukseni ajateltua suurempi. Kehittämisenäkökulmana tälle omaishoitajien hyvinvointikurssille voi nimetä olevan sen tarkoituksenmukaisen pituuden pohtiminen. Ymmärrettävistä, lähinnä taloudellisista syistä, nykyistä hyvinvointikursseja pidempää jatkuvaa suljettuna ryhmänä toimivaa hyvinvointikurssia lienee vaikea järjestää. Arvailujen varaan jää, olisiko omaishoitajien tarve kurssille jatkuva, tai suorastaan kurssin edetessä kasvava.

Kurssin pituuteen voisi mahdollisesti vaikuttaa sillä tavoin, mikäli jo kurssin aikana pyrittäisiin siihen, että ryhmästä tulisi niin sanotusti itseohjautuva. Tällöin ryhmä voisi ”virallisen” kurssin päättymisen jälkeen jatkaa itsenäisenä vertaistukiryhmänä. Tähän liittyy toki sellainen pulma, että osa kurssin osallistujista toivoi kurssille

jatkoa nimenomaan edeltävän kaltaisena (ammattihenkilöiden ohjaamana) kurssina. Kun tätä toivetta siis uskoakseni ei voida resurssien puitteissa toteuttaa, olisiko itseohjautuva omaishoitajaryhmä varteenotettava kompromissi? Toisaalta Viola-koti järjestäjätahona pyrki vastaamaan tähän ilmenneeseen jatkuvan ryhmän tarpeeseen kurssin päättymisen jälkeen. Kurssilaisille luvattiinkin mahdollisuus osallistua Viola-kodissa kahdesti kuukaudessa järjestettäviin omaishoitajien virkistyspäiviin. Tähän mennessä virkistyspäiviin on kuitenkin osallistunut vain muutama hyvinvointikurssin osallistujista. Halukkuus niitä kohtaan vaikutti suhteellisen vähäiseltä, koska osallistujaryhmä olisi ollut vain osittain sama kuin hyvinvointikursilla.

Kurssin pituuden lisäksi ainoa kehittämisen paikka osallistujien mukaan oli uinti- ja saunomismahdollisuuden laajentaminen. Ne, joilla olisi ollut halukkuutta tällaiseen, kokivat sille suunnatun ajan liian lyhyeksi. Kun itse katson kurssiohjelmaa, en keksi miten tähän tarkoitettua aikaa saisi pidennettyä niin, että se olisi kaikkien edun mukaista. Mikäli uinti- ja saunomismahdollisuus toteutuisi täysin sellaisena ajankohtana, ettei päällekkäisyyttä muun kurssiohjelman kanssa tulisi, pitäisi joko kurssipäivää pidentää tai muuta ohjelmaa karsia. Muun ohjelman karsiminen ei liene tarkoituksenmukaista, sillä erilaiset tiedon, vertaistuen ja virkistykseen kanavat koettiin niin tärkeinä. Myös yhteiset ruokailuhetket kuuluivat osallistujien mielestä päivän kohokohtiin, joten niistäkään ei voitane karsia. Jos taas kurssipäivää pidennettäisiin, se vaatisi lisää resursseja etenkin henkilökunnan ja talouden osalta. Toisaalta, jos kurssipäivät olisivat venyneet yli seitsemäntuntisiksi, niiden väsyttävyys olisi lisääntynyt. Muutama osallistuja valitteli väsyvänsä jo nyt mielenkiintoisilla, mutta pitkillä kurssipäivillä.

9.6 Jatkotutkimusehdotuksia

Tätä tutkimusta tehdessäni mieleeni nousi lukuisia tutkimisien arvoisia asioita omaishoitoon liittyen sekä suoranaisia jatkotutkimusaiheita tämän opinnäytetyön

aihepiireistä. Jatkotutkimustarve ja mahdollisuuksien valtava skaala liittyy omaishoidon monimuotoiseen ja osin vaikeasti määriteltävään kokonaisuuteen. Omaishoidon tutkimus voidaan toteuttaa monelta eri näkökannalta ja moneen eri tavoitteeseen tähdäten. Omaan tutkimukseeni ja sen kohteeseen liittyviä jatkotutkimusaiheita voidaan poimia niin hyvinvointikurssin idean kuin tämän nimenomaisen hyvinvointikurssiprojektin innoittamana. Erittäin mielenkiintoinen tutkimus syntyi vertailemalla näitä neljää Viola-kodin järjestämää Ragnar Ekbergin säätiön rahoittamaa hyvinvointikurssia keskenään. Tarkoituksenmukaisia vertailukohtia voisivat olla eri kurssien osallistujien toiveet ja niiden täytyminen kurssin aikana. Myös osallistujaprofiilien vertailu olisi mielenkiintoista. Tällä tarkoitan vertailua siitä, millaisista lähtökohdista kurssille osallistujat omaishoitajat ovat eri hyvinvointikursseilla. Käytännössä tällaisia asioita ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, omaishoitotilanteen kesto, hoidettavan sairaudet sekä se, nauttiiko omaishoitaja omaishoidon tukea kunnallisena sosiaalipalveluna.

Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi myös se, kokevatko jokaisen neljän hyvinvointikurssin osallistujat oman ryhmänsä yhtä ”erityisenä”, kuin tämän tutkimukseni kurssiryhmä koki. Laajemmin tätä voisi tutkia sellaisesta näkökulmasta, aiheuttaa-ko vertaisuustilanne ryhmälle automaattisesti erityisen keskinäisen ymmärryksen ja yhteenkuuluvuuden tunteen. ”Hengähdäppäs hetki” -hyvinvointikursseja voisi tutkia myös järjestäjätahon näkökulmasta. Miten he kokivat yhden kurssin vaikuttavuuden osallistujiinsa ja miten kurssille asetetut tavoitteet henkilökunnan mielestä toteutuivat? Henkilökunnan toimijat voisivat myös vertailla eri hyvinvointikursseja omasta näkökulmastaan ja tuoda tutkimukseen ammatillisen tarkkailun näkökulman.

Ylipäätään omaishoitoon liittyviä tutkimusaiheita on olemassa lukemattomia. Tämän tutkimuksen perusteella mielestäni erityistä huomiota kaipaavat tutkimus omaishoitajalle tarjottavan tiedon määrästä ja laadusta sekä tutkimus nykyisen omaishoidon tuen tarkoituksenmukaisuudesta. Opinnäytetyöni perusteella omaishoitajille tarjottava tieto vaikutti olevan enemmän henkilökohtaisten vuorovaikutussuhteiden varassa kuin järjestelmälliseen tiedontarjoamissuunnitelmaan nojautu-

vaa. Toisaalta omaishoitajia voi olla vaikea tavoittaa ennen kuin he itse tietoa tai tukea hakevat, mutta miten omaishoitaja voi näitä hakea, jollei tiedä miten se tapahtuu. Tutkia voisi siis niitä mahdollisuuksia, joilla omaishoitajat (etenkin omaishoitotilanteen ensivaiheessa) tavoitettaisiin entistä kattavammin. Mehukas tutkimus syntyisi myös omaishoidon tuen myöntämisperusteista suhteessa siihen käytäntöön, miten tukea kussakin kunnassa omaishoitajan on mahdollista saada. Kun se todellisuus, mikä omaishoidon tuen lähiympäristössä vallitsee, saataisiin tutkimustulosten muotoon entistä kattavammin, ehkä myös yhteiskunnalliset toimet omaishoitajien yhteiskunnallisen aseman kohottamiseksi saisivat todellisen herätyksen.

10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön teko- ja kirjoitusprosessi on ollut erittäin mielenkiintoinen ja ajatuksia herättävä. Sen aikana olen joutunut harjoittelemaan pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä, mutta se on tuonut myös konkreettista kokemusta siitä, miten laadullinen tutkimus syntyy. Lisäksi olen kokenut opinnäytetyöni tutkimuksen tekemisen monella tapaa avartavana kunniana. Ensinäkin minulle oli kunnia tulla pyydettyksi tekemään tutkimusta taholta, jolle sen mielihyvin tein. En myöskään pitänyt itsestään selvänä, että tutkimukseni kohteena olleet omaishoitajat suostuvat automaattisesti jakamaan kanssani elämäntilanteidensa arat ja vaikeat asiat. Omaishoitajien avoimuus yllätti ja samalla innosti tutkimustulosten ja johtopäätösten syvälliseen pohdiskeluun. Teorian kirjoittamisen koin mielekkäänä, joskin kohtasin aihealueeni rajaamisen vaikeuden. Miten paljon löytyikään tietoa tutkimustani koskeneista aiheista ja miten vaikeaa olikaan päättää mikä tiedosta on oikeasti välttämätöntä tämän työn tekemisen kannalta.

Kritiikkinä omalle työskentelylleni mainittakoon juuri teoreettisen tiedon runsaus. Opinnäytetyöni teoreettiseksi viitekehikseksi olisi ehdottomasti riittänyt suppeampikin katsaus aiheeseen. Mainittakoon myös, että tämä opinnäytetyöni oli ensimmäinen tekemäni tutkimus, jonka vuoksi koin prosessin tarkan suunnittelun etukäteen vaikeaksi. Teorian laajuuden lisäksi pohdin kriittisesti myös sitä, olisiko tutkimuksesta tullut laajempi, jos olisin saanut sen toteutettua vasta teorian valmistamisen jälkeen. Aikataulusyistä teoriaosa oli vasta alkutekijöissään tutkimusta toteuttaessani. Toisaalta nyt ainakaan valmiina odottava teoria ei sanellut omaa käyttäytymistäni tutkimustilanteissa.

Omaishoito on näyttäytynyt tämän tutkimuksen kuluessa paitsi haastavana elämäntilanteena, myös moniulotteisia vaikutuksia luovana yhteiskunnallisena kysymyksenä. Omaishoitajien kanssa työskennellessä elämän arvaamattomuuden, sopeutumisen ja tahdonvoiman käsitteet saavat aivan uuden merkityksen. Sekunin murto-osassa elämä näyttää ihmisestä riippumattoman voimansa ja taka-alalle jäävät ihmiselämän hallittavuuden kyhäelmät sekä yksión itsellinen mahdollisuus

suunnitella omaa elämää. Omaishoitotilanne ikään kuin pakottaa nöyrytyään elämän tarkoituksenmukaisuuden tutkimattomuuden edessä. Jäävätkö omaishoitajat yhteiskuntamme unohdetuiksi juuri tällaisen nöyrytyksen seurauksena?

Omaishoitajan tukemisella saadaan aikaan kauaskantoisia vaikutuksia. Ennen kaikkea, omaishoitajan tukeminen kannustaa inhimillisempään yhteiskunnalliseen ilmapiiriin. Jos kotona tapahtuva hoitotyö tehdään realistiseksi (erilaisten yhteiskunnallisten tukimuotojen avulla), omaishoidon positiiviset aspektit näyttäytyvät laajana elämää tukevana kirjona. Lisäksi omaishoitajaa tukemalla voidaan säästää kunnallisia resursseja niin talouden kuin esimerkiksi laitoshoidon tai tehostetun palveluasumisen asumispaikkojenkin suhteen. Omaishoitajan unohtaminen puolestaan johtaa muutekin lisääntymässä olevaan inhimilliseen (ja yhteiskunnalliseen?) pahoinvointiin. Unohdettu omaishoitaja väsyä niin henkisesti kuin fyysisestikin, eikä omaishoitotilanne tällöin toteudu minkään tahon edun mukaisesti. Omaishoitaja hoivaa läheistään niin pahoin- kuin hyvinvoivanakin, mutta näiden tilanteiden seuraukset ovat päinvastaiset niin yksilötasolla kuin laajemmassa mittakaavassakin.

Tätä tutkimusta tehdessäni järkytyin ja yllätyin sen välinpitämättömyyden määränvuoksi, mitä omaishoitajat yhteiskuntamme taholta kohtasivat. Edes kunnallisena sosiaalipalveluna omaishoidon tukea nauttineet omaishoitajat eivät tämän tutkimuksen perusteella useimmiten kokeneet saaneensa ohjausta tai henkistä tukea uudessa elämäntilanteessaan. Edellä mainittu saa minut tulevana sosiaalialan ammattilaisena pohtimaan tämänhetkisen omaishoitajille tarkoitetun palvelujärjestelmän mahdollista toimimattomuutta. Onhan ollut tiedossa, että suuri osa omaishoitajista kuuluu yhteiskuntamme unohdettuihin, mutta maalaisjärjellä ajatellen edes virallisen tuen piirissä olevilla omaishoitajilla tulisi olla kokemus kuulluksi tulemisesta omassa elämäntilanteessaan.

Sosionomi (AMK) -tutkinon kompetenssien mukaan sosionomi (AMK) edistää työllään tasa-arvoa ja suvaitsevaisuutta sekä ehkäisee huono-osaisuutta. Lisäksi kompetensseissa mainitaan sosionomin ymmärtävän asiakkaan tarpeet ja niistä

lähtöisin tukevan asiakkaan osallisuuden kokemusta. (Sosionomi (AMK) -tutkinto 2012.) Näistä lähtökohdista otaksun, että tulevaisuuden sosiaalialan ammattikentällä sosionomi (AMK) kykenee tukemaan omaishoitajien hyvinvointia ja vastaamaan vaativassa elämäntilanteessa elävien omaishoitajien tuen tarpeisiin. Mielestäni tasa-arvoinen suhtautuminen esimerkiksi omaishoitajiin asiakkaina ei tarkoita sitä, että jokaista kohdellaan samalla tavalla. Enemminkin niin, että jokaista kohdellaan oman elämänsä subjektina, yksilönä, jonka tarpeet, toiveet ja halut kumpuavat hänen erityisestä elämästään, eivätkä määrittelemättömästä ja yleistetystä ”omaishoitajuudesta”.

Tulevaisuuden sosionomeille (AMK) haasteeksi voisi asettaa vaikkapa sen, miten tavoittaa sellaiset jo väsyneet omaishoitajat, jotka eivät vielä kuulut omaishoidon tuen tai muiden omaishoitajan sosiaalipalveluiden piiriin. Toki omaishoitajan tavoittaminen jo ennen hänen väsymistään olisi ihanteellista, mutta yhteiskuntamme nykytilassa valmiiksi väsyneitä omaishoitajia lienee ylivoimainen määrä. Uudenlaisiin keinoihin tavoittaa tukea tarvitsevia kannustavat myös sosionomi (AMK) -koulutusohjelman kompetenssit (Sosionomi (AMK) -tutkinto 2012). Niiden mukaan sosionomi (AMK) osaa analysoida epätasa-arvoa ja huono-osaisuutta tuottavia yhteiskunnallisia rakenteita. Lisäksi sosionomin (AMK) työotteen tulee olla kehittävä, reflektiivinen ja tutkiva.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen omaishoitajat olivat eläkeikäisiä eli heitä voidaan kutsua ikääntyviksi omaishoitajiksi. Sosionomin (AMK) työtehtäviä seniori- ja vanhustyössä on määritelty Sosiaalialan ammattikorkeakoulutuksen verkoston vanhustyön työryhmän (Seniori- ja vanhustyön työryhmä 2006) aloitteesta. Sosionomin (AMK) tulisi muun muassa kyetä tukemaan kokonaisvaltaisesti ikääntynyttä hänen elämäntilanteessaan arjen sujuvuuden sekä elämänhallinnan kokemuksen vahvistamiseksi. Myös ikäihmisille sopivien ja heidän tarpeistaan lähtöisin olevien palveluiden suunnitteluvalmius on sosionomille (AMK) tärkeä taito. Ikääntyvän omaishoitajan kanssa työskennellessä sosionomin (AMK) täytyy mielestäni kyetä ottamaan huomioon niiden erityispiirteiden, joita omaishoitotilanne elämään tuo lisäksi myös ikääntymisen mukanaan tuomat erityispiirteet. Vaikka ikääntyminen

sinänsä ei mielestäni määritä ihmistä (kaikki me ikäännyimme, emmekä silti muutu samanlaisiksi), on olemassa joitain esimerkiksi fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia, jotka ovat ikääntyessä tavanomaisia.

Näillä sanoilla haluan kannustaa tulevia (ja nykyisiä) sosiaaalialan ammattihenkilöitä omaishoitajien rinnalla kulkeviksi ja heidän oikeuksiensa puolesta taisteleviksi työntekijöiksi. Omaishoidon nykytila kaipaa paitsi palvelujärjestelmällistä uudistamista, myös asenneilmapiirin tuulettamista. Omaishoitaja tekee arvokasta työtä. Kun me sosiaaalialan ammattilaiset arvostamme omaishoitajan työpanosta, voi hän itsekin helpommin antaa itsellensä arvon ja kunnioituksen omassa elämäntilanteessaan.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.
- Eläkettä saavan hoitotuki. 2012. [Verkkosivu]. Kansaneläkelaitos 5.6.2012. [Viitattu 15.3.2013]. saatavana: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/230801104113EH>
- Hakonen, S. 2008. Ikääntyvien voimavarat. Artikkeliteoksessa: Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) 2008. Kulueraistä voimavaraksi – Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS – kustannus, 121–152.
- Halonen, U. 2011. Hoivaa miten taidat – Omaishoitajan arki ja toimijuus. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitosis. Pro gradu -tutkielma. Julkaisematon.
- Heino, M. & Kaivolainen, M. 2011. Toimivat vertaiset - kirjanen omaishoitoyhdistysten vertaistukitoimintaan. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry.
- Henderson, A. & Williams, R. 2006. First a partner then a caregiver – Tips for maintaining a good relationship with your partner-caregiver. [Verkkolehtiartikkeli]. In Motion (1). [Viitattu 27.3.2013]. Saatavava: http://www.amputee-coalition.org/inmotion/jan_feb_06/partner_caregiver.html
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi.
- Huuskonen. 2012. Vertaistuki – ”En olekaan ainut”. [Verkkosivu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: sosiaaliportti.fi. Päivitetty 15.7.2012. [Viitattu: 15.3.2013]. Saatavana: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki/#ots1>
- Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Artikkeliteoksessa: Seppänen, M., Karisto, A. & Gröger, T. (toim.). 2007. Vanhuus ja sosiaalityö – Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–217.

- Järjestöt ja seurakunnat.[Verkkosivu] Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto Ry. [Viitattu: 4.3.2013]. Saatavana:
<http://www.omaishoitajat.fi/j%C3%A4rjest%C3%B6t-ja-seurakunnat>
- Järnsted, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omainen hoitajana. Helsinki: Kirjapaja.
- Kaivolainen, M. 2011a. Myönteisten tunteiden voima. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 108–112.
- Kaivolainen, M. 2011b. Omaishoitaja asiakkaana. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 168–170.
- Kaivolainen, M. 2011c. Omaishoitajien tunnekokemukset. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 107–108.
- Kaivolainen, M. 2011d. Vertaisryhmästä tukea omaishoitajalle. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 126–130.
- Kaivolainen, M. 2011e. Viha ja katkeruus. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 112–116.
- Kalliomaa-Puha, L. 2007. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoidon instrumenttina. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90.
- Kehitysvaiheet.[Verkkosivu]. Jyväskylän yliopisto: viestintätieteiden laitos. [Viitattu 24.3.2013]. Saatavana:
<http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviestiprosessi/muotoutuminen/kehitysvaiheet.html>
- Korri, H. 2010. Palveluseteli osana omaishoitoa – Eläkeikäisten omaishoitajien kokemuksia palvelusetelin vaikutuksista omaishoitoon. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. Sosiaalipolitiikan Pro Gradu –tutkielma. Julkaisematon.

- Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Artikkelijulkaisussa: Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, 24–90. Saatavana: <http://vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>
- Kotiranta, T. 2009. Seurakunta tukee omaishoitajia Hattulassa. Lähellä – lehti omaishoitajille ja läheisille (3), 36–37.
- Kuntoutus. 2013. [Verkkosivu]. Kansaneläkelaitos 4.1.2013. [Viitattu 4.4.2013]. Saatavana: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801094743EH?OpenDocument>
- Lagerspetz, E. 2011. Hyvinvoinnin filosofia. Artikkelijulkaisussa: Saari, J. (toim.). Hyvinvointi - suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Laimio, A. & Karnell, S. 2010. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. Artikkelijulkaisussa: Laatikainen, T. (toim.) Vertaistoiminta kannattaa. Tuusula: Asumispalvelusäätiö ASPA, 9-19.
- L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta.
- Lääkekorvaukset. 2013. [Verkkosivu] Kansaneläkelaitos 28.2.2013. [Viitattu 13.4.2013]. Saatavilla: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020402123907EH?OpenDocument>
- Malmi, M. 2011. Omaishoitajat voivat huonommin kuin keskivertosuomalaiset. Artikkelijulkaisussa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 104–107.
- Malmi, M. (toim.) 2003. Voimapuun versoja – Menetelmäopas omaishoitoperheiden parissa työskenteleville ohjaajille. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry.
- Manninen, T. 2010. Ikääntyvä omaishoitoperhe ja seksuaalisuus – Ohjeistusta omaishoitajaryhmien ohjaajille. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Matkakorvaukset. 2012. [Verkkosivu]. Kansaneläkelaitos 28.9.2012. [Viitattu 12.3.2013]. Saatavana: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/100801111809EH?OpenDocument>

- Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni – Tutkimus puolisoivan arjen toimijuuksista. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu: A Tutkimuksia, 21.
- Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011. Omaishoitajuus liittää yhteen monia rooleja. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 58–64.
- Omaishoidon tuen hoitopalkkiot vuonna 2013 [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. [Viitattu 4.3.2013]. Saatavana: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1842779#fi>
- Omaishoidon tuki. [Verkkosivu]. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto Ry. 2013. [Viitattu 6.2.2013]. Saatavana: <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoidon-tuki-0>
- Omaishoidon tuki 2013. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 1.2.2013. [Viitattu 4.3.2013]. Saatavilla: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/omaishoito
- Omaishoitajien hyvinvointikurssi 2012. Kurssisuunnitelma. Viola-kotiyhdistys ry. Julkaisematon.
- Omaishoito. [Verkkosivu]. Helsinki: Omaishoitajat ja läheiset liitto ry. [Viitattu 5.2.2013]. Saatavana: <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito>
- Omaishoitoon liittyviä tutkimuksia ja raportteja. 2013. [Verkkosivu]. Helsinki: Omaishoitajat ja läheiset liitto ry [Viitattu 24.3.2013]. Saatavana: <http://www.omaishoitajat.fi/node/406>
- Pietilä, M. 2006. Vertaistuki ja ryhmätoiminta. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M & Pietilä, M. 2006. Yhteinen tehtävä – Ryhmästä oivalluksia omaishoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 13, 29–38.
- Pietilä, M. 2005. Omaishoidon tukeminen ja suomalaisen palvelujärjestelmän muutos. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2005. Kaksin kotona: läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 6, 18–24.
- Purhonen, M. 2011a. Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M.

- (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 214–215.
- Purhonen, M. 2011b. Omaishoitajien paikallisyhdistykset. Artikkeliteoksessa: Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 215–218.
- Purhonen, M. 2011c. Palvelujärjestelmän haasteet omaishoitotilanteessa. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 82–84.
- Purhonen, M., Malmi, M. & Kotiranta, T. 2011. Omaishoidon valtakunnalliset järjestöt. Artikkeliteoksessa: Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 210–213.
- Purhonen, M., Mattila, Y. & Salanko-Vuorela, M. 2011 Omaishoidon tuki ja omaishoitosopimus. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 26–29.
- Purhonen, M., Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011 Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 12–17.
- Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011a. Omaishoitajan hoitopalkkio ja muut omaishoidon tukeen sisältyvät edut. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 29–31.
- Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011b. Omaishoitoa koskevan lainsäädännön kehitys. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim 39–42.
- Ragnar Ekbergin säätiö: Toiminta. 2013. [Verkkosivu]. Helsinki: Ragnar Ekbergin säätiö. [Viitattu 24.3.2013]. Saatavana: <http://www.ragnarekberginsaatio.fi/2toiminta.htm>
- Raijas, A. 2011. Arjen hyvinvointi. Artikkeliteoksessa: Saari, J. (toim.). Hyvinvointi - suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 243–263.

- Raivio, M., Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M. & Pitkälä, K. 2007. Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista – valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille. Artikkeliteoksessa: Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.) 2007. Omaishoito yhteistyönä – läkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 14, 57–67.
- Raunio K. 1999. Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. Helsinki : Gaudeamus.
- Saarenheimo, M. 2006a. Autonomia ja voimaantuminen omaishoidossa. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2006. Yhteinen tehtävä: Ryhmästä oivalluksia omaishoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 13, 15–28.
- Saarenheimo, M. 2006b. Hoitamisen perusta: moraali ja tunteet. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2006. Yhteinen tehtävä: Ryhmästä oivalluksia omaishoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 13, 80–98.
- Saarenheimo, M. 2006c. Hoitamisen voimavarat. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2006. Yhteinen tehtävä: Ryhmästä oivalluksia omaishoitoon. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 13, 99–117.
- Saarenheimo, M. 2005a. Johdanto. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2005. Kaksin kotona: läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 6, 7–17.
- Saarenheimo, M. 2005b. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Artikkeliteoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2005. Kaksin kotona: läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 6, 25–52.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys – arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.
- Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2007. Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Artikkeliteoksessa: Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. (toim.) 2007. Omaishoito yhteistyönä – läkkäiden dementiaiperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

- Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 14, 68–79.
- Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2005. Kaksin kotona: läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 6.
- Saari, J. (toim.). Hyvinvointi - suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudemus.
- Sairaanhoitokorvaukset 1.1.2013 alkaen. 2013 [Verkkosivu]. Kansaneläkelaitos 8.1.2013 [Viitattu 16.3.2013]. Saatavana: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090801145433EH?OpenDocument>
- Salanko-Vuorela, M. 2011. Kolmannen sektorin rooli omaishoidossa. Artikkeliteoksessa: Kaivolainen, M. Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 227–228.
- Salanko-Vuorela, M., Kaivolainen, M., Malmi, M. & Hyvönen, H. 2011. Tiedä, taida, selviydyt... - 2011-2012 Palveluopas omaishoitajille, vammaisille, pitkäaikaissairaille ja ikääntyville. Helsinki: Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry.
- Salanko-Vuorela, M., Kaivolainen, M., Malmi, M. & Hyvönen, H. 2006. Omaishoidon tuki – opas kuntien päättäjille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30.
- Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnsted, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006 – ”Hoitaahan ne joka tapauksessa”. Helsinki: Omaishoitajat ja läheiset –liitto.
- Salomaa, A. 2007. Ideaopas ikääntyvien puoliso-omaishoitajien jaksamisen tukemiseen. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. opinnäytetyö.
- Seniori- ja vanhustyön työryhmä. 2006. [Verkkosivu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaalialan ammattikorkeakouluverkosto. 2012. [Viitattu 22.4.2013]. Saatavana: http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/sosiaalialanamkverkosto/tyoryhmat/seniori_ ja_vanhustyon_tyoryhma/
- Sointu, L. & Anttonen, A. 2008. Omaistaan hoivaavan arki – Rakastamista, sitoutumista ja jaksamista. Teoksessa: Lipponen, P. (toim.). 2008. Rakas velvollisuus, omaishoitajan arjen haasteet. Helsinki: Kirjapaja, 21–61.

- Sosionomi (AMK) -tutkinto. 2012. [Verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: sosiaalialan ammattikorkeakouluverkosto. [Viitattu 22.4.2013]. Saatavana: http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/sosiaalialanamkverkosto/sosiaaliala_ammattikorkeakouluissa/sosionomi_ammattitutkinto/
- Stuart-Hamilton, I. 2003. Vanhenemisen psykologia. Oy UNIPress Ab.
- Taking care of you. 2012. [Verkkosivu]. Family caregiver alliance. [Viitattu 27.3.2013] Saatavana: http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=847
- Toimintasuunnitelma: ”Hengähdäppäs hetki” – silta omaishoitajuuteen. 2012. Omaishoitajien hyvinvointipäivät Viola-kodissa. 2012. Julkaisematon.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vammaistuki aikuiselle. 2011. [Verkkosivu]. Kansaneläkelaitos 2.11.2011. [Viitattu 18.3.2013]. Saatavana: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090108135040HL?OpenDocument>
- Viola-kotiyhdistys ry. 2013. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.3.2013]. Saatavana: <http://www.viola-koti.fi/>
- Viola-kotiyhdistys ry: Toimipisteet. 2013. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.3.2013]. Saatavana: <http://www.viola-koti.fi/toimipisteet/>
- Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna – Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994 – 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28.
- When you become your partner’s caregiver. 2005. [Verkkosivu]. [Viitattu 19.3.2013]. Saatavana: <http://stafnes.com/als/info/articles/Partner%20Caregiver.pdf>
- Zechner, M. 2010 Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Zechner, M. 2007. Puolisoitaan hoivaavien luottamus sosiaalipalveluihin. Artikkeliteoksessa: Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T.(toim.) 2007. Vanhuus ja so-

siaalityö – sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 139–166.

LIITTEET

LIITE 1 Alkuhaastattelu omaishoitajille

HAASTATTELU OMAISHOITAJILLE

(TÄYTETÄÄN HYVINVOINTISUUNNITELMAN YHTEYDESSÄ)

1. Tunnetko tällä hetkellä muita omaishoitajia? Mitä kautta olet heihin tutustunut?

2. Toivotko saavasi omaishoitajien hyvinvointikurssilta uusia tuttavuuksia samassa elämäntilanteessa olevista ihmisistä? Millaista vertaistukea koet tarvitsevasi? (Esimerkiksi ryhmä- tai kahdenkeskeistä keskustelua)

3. Millaista tietoa toivot saavasi hyvinvointikurssilta omaishoitajille kuuluvista palveluista ja etuuksista? Millaisista palveluista haluaisit saada lisää tietoa?

4. Tiedotetaanko omaishoitajille kuuluvista palveluista mielestäsi riittävästi? Mitä kautta olet saanut tietoa palveluista?

5. Saako omaishoitaja mielestäsi muuta tarvitsemaansa tietoa riittävästi? Millaista tietoa kaipaisit lisää? (Esimerkiksi tietoa erilaisista sairauksista, hoitotyöstä tai omaishoitajuudesta yleensä.)

6. Kaipaako hyvinvointikurssilta neuvoja tai tukea omasta hyvinvoinnistasasi huolehtimiseen? Millaisiin asioihin haluaisit neuvontaa tai tukea?

7. Tuetaanko mielestäsi omaishoitajan jaksamista ja omasta itsestään huolehtimista? Miltä tahoilta olet tukea saanut?

8. Millaisella mielellä olet kurssille lähdössä? Onko sinulla muita erityisiä odotuksia tai toiveita kurssin suhteen

LIITE 2 Loppuhaastattelu omaishoitajille

**LOPPUHAASTATTELU OMAISHOITAJILLE
(TEHDÄÄN HYVINVOINTIKURSSIN LOPPUMISEN JÄLKEEN)**

1.KURSSIN VAIKUTUS HYVINVOINTIIN

Millaiseksi tunnet olosi kurssin päättymisen jälkeen? Koetko kurssin vähentäneen tai lisänneen voimavarojasi? Mitkä ovat päällimmäiset ajatuksesi kurssista?

2. VIOLA-KODIN TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMINEN

Millä tavalla kurssi mielestäsi saavutti Viola-kodin asettamat tavoitteet? (Vertaistuen, virkistykseen ja tiedon tarjoaminen omaishoitajille)

3 KURSSIN VASTAAVUUS ASIAKKAAN TARPEISIIN

Millä tavalla koet omien toivomustesi, tarpeidesi ja tavoitteesi toteutuneen? (Käydään yhdessä läpi alkuhaastattelua ja hyvinvointisuunnitelmaa)

4. VERTAISTUKI

Koetko saaneesi kurssilla uusia tuttavuuksia ja vertaistukea? Erosiko vertaistuki ennakko-odotuksistasi? Mikä oli parempaa tai huonompaa?

5 TIETO OMAISHOIDOSTA

Koetko saaneesi kurssilta tietoa omaishoitoon liittyvistä asioista? Saitko tietoa tarpeellisista asioista, mitkä asiat olivat mielestäsi erityisen tarpeellisia? Millaisista asioista olisit kaivannut lisää tietoa

6 VIRKISTYS

Tarjosiko kurssi sinulle virkistystä ja tukea omasta itsestä huolehtimisessa? Minkälaiset asiat olivat mielestäsi virkistäviä? Minkälaiset asiat vähensivät kurssin virkistävyttä?

7 Toivotko kurssille jatkoa tai esimerkiksi yhteistä tapaamispäivää?

8. Mitä mieltä olit kurssin järjestelyistä? (Aikataulut, tilat, kurssipäivien kulku, hoidettavien hoidonjärjestäminen yms.) Millaisissa asioissa olisit toivonut parannusta, minkälaista? Mitkä asiat oli huomioitu hyvin?

9. Mitä muuta palautetta haluat antaa? Sekä positiiviset että negatiiviset asiat!