

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Elina Hynninen  
Maria Kolehmainen

ARJEN VOIMAVARAT JA NIIDEN JAKSAMISTA TUKEVA SEKÄ  
TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ VAIKUTUS  
Muistisairaana puolison miesomaishoitajana toimivien kokemuksia

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2015



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Marraskuu 2015**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**

Elina Hynninen, Maria Kolehmainen

**Nimeke**

Arjen voimavarat ja niiden jaksamista tukeva sekä terveyttä edistävä vaikutus – Muistisairaana puolison miesomaishoitajana toimivien kokemuksia

**Toimeksiantaja**

Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Pohjois-Karjalan Muisti ry

**Tiivistelmä**

Omaishoitajilla on merkittävä rooli kuntien palvelujärjestelmässä. Väestön ikääntyessä ja muistisairauksien esiintyvyyden kasvaessa omaishoidon tarve lisääntyy. Omaishoitajuuden kuormittavuudesta johtuen omaishoitajan jaksamisen tukemiseen tulee kiinnittää huomiota. Jaksamista voidaan tukea vahvistamalla omaishoitajien voimavaroja ja sitä kautta myös edistämällä heidän terveyttään.

Tämän laadullisena tutkimuksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muistisairaana puolisonsa miesomaishoitajana toimivien arjen voimavaroja ja niiden terveyttä edistävää vaikutusta. Tavoitteena oli selvittää miesomaishoitajien kokemuksia ja kehittämistoiveita terveydenhuoltohenkilöstön toiminnasta voimavarojen vahvistajana. Aineisto kerättiin seitsemältä miesomaishoitajien vertaisryhmän jäseneltä yksilö- ja ryhmähaastatteluna teemahaastattelumenetelmällä. Aineisto analysoitiin teemoittelulla. Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskukselle ja Pohjois-Karjalan Muisti ry:lle.

Miesomaishoitajien keskeisiä arjen voimavaroja puolisonsa hoidossa ovat vertaistuki, muistiyhdistyksen tarjoama toiminta, arjen tukiverkosto, yhteiskunnan tarjoama arjen apu ja vapaa-aika. Voimavarat edistävät etenkin miesomaishoitajien henkistä terveyttä. Miesomaishoitajat kokivat pääasiallisesti, ettei terveydenhuoltohenkilöstö ole huomionut heidän voimavarojaan. Miesomaishoitajat kehittäisivät terveydenhuollon palveluita asiakasystävällisemmiksi ja tukimuodoista tiedottamista kattavammaksi. Toiveena esitettiin omaishoitajien terveystarkastuksia ja muistisairaiden päivähoitoa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä omaishoitajuutta tukevaa terveydenhuoltohenkilöstön toimintaa.

Kieli  
suomi

Sivuja 68  
Liitteet 8

**Asiasanat**

omaishoito, muistisairaus, voimavarat, terveyden edistäminen



**THESIS**  
**November 2015**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

**Authors**

Elina Hynninen, Maria Kolehmainen

**Title**

Effects of Everyday Resources on Coping and Well-being – Experiences of Male Caregivers of Spouses with a Memory Disorder

**Commissioned by**

The Centre of Excellence on Social Welfare in Eastern Finland, The Alzheimer Society of Finland in North Karelia

**Abstract**

Family caregivers have a significant role in municipal service systems. As the population ages and the incidence of memory disorders increases, the need for informal care rises. Due to caregiver burden, attention should be paid to support the well-being of caregivers. By strengthening caregivers' resources also their health can be promoted.

The purpose of this qualitative study was to describe everyday resources and their health promoting effects among male caregivers of spouses with a memory disorder. The aim was to investigate male caregivers' experiences and wishes for development concerning healthcare personnel's actions related to strengthening of resources. Data for this study was collected among seven male caregivers attending a peer support group by using focused individual and group interviews and analysed by using thematic analysis. The thesis was commissioned by the Centre of Excellence on Social Welfare in Eastern Finland and the Alzheimer Society of Finland in North Karelia.

Essential everyday resources among male caregivers were peer support, activities provided by the Alzheimer Society, everyday support network, support provided by the society and free time. Especially male caregivers' mental health is supported by these resources. Male caregivers mainly experienced that healthcare personnel have not taken their resources into account. Male caregivers would develop healthcare services to be more customer-friendly and provision of information on support services should be more extensive. They hoped for health check-ups for caregivers and day care for people with memory disorders. The results of the thesis can be utilized in developing healthcare personnel's actions to support caregivers.

**Language**  
Finnish

**Pages 68**  
**Appendices 8**

**Keywords**

informal care, memory disorder, resources, health promotion

# Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	6
2	Omaishoitajuus .....	8
2.1	Omaishoitajat ja -hoidettavat .....	8
2.2	Omaishoidon tuki .....	9
2.3	Omaishoidon yhteiskunnallinen merkitys .....	11
2.4	Puolisohoiva .....	12
2.5	Mies omaishoitajana .....	13
2.6	Kuormitus.....	15
3	Muistisairaudet.....	16
3.1	Alzheimerin tauti .....	16
3.2	Aivoverenkiertosairauden muistisairaus .....	18
3.3	Lewyn kappale -tauti.....	18
3.4	Otsa-ohimolohkorappeuma .....	19
4	Voimavarat.....	20
4.1	Voimavarojen määrittelyä .....	20
4.2	Omaishoitajan voimavarat .....	21
4.3	Omaishoitajien voimavarojen vahvistus hoitotyön avuin .....	24
5	Terveyden edistäminen.....	25
5.1	Terveyden edistämisen määrittelyä .....	25
5.2	Terveyden edistäminen voimavaralähtöisesti .....	26
5.3	Ikääntyneiden terveyden edistäminen .....	27
6	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	30
7	Tutkimuksen toteutus.....	31
7.1	Laadullinen tutkimus .....	31
7.2	Tutkimushaastattelu.....	32
7.3	Kohderyhmä ja aineiston hankinta.....	34
7.4	Aineiston käsittely ja analysointi .....	37
8	Tutkimustulokset.....	38
8.1	Taustatiedot.....	38
8.2	Miesomaishoitajien arjen voimavarat puolison hoidossa .....	39
8.3	Koettujen voimavarojen terveyttä edistävä vaikutus .....	42
8.4	Kokemukset terveydenhuoltohenkilöstön omaishoitajien voimavaroja vahvistavasta toiminnasta.....	43
8.5	Kehitystoiveet omaishoitajien voimavaroja vahvistavaan toimintaan terveydenhuoltohenkilöstölle.....	45
9	Pohdinta.....	47
9.1	Tutkimustulosten pohdintaa .....	47
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	53
9.3	Opinnäytetyön eettiset kysymykset.....	55
9.4	Oppimisprosessi .....	58
9.5	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet .....	60
	Lähteet.....	62

Liitteet

- Liite 1 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 2 Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus
- Liite 3 Tutkimuksen saatekirje
- Liite 4 Tutkittavan suostumus
- Liite 5 Teemahaastattelurunko haastattelijalle
- Liite 6 Esimerkki alateemojen muodostamisesta
- Liite 7 Esimerkki yläteemojen muodostamisesta
- Liite 8 Teemoittelusta muodostuneet ylä- ja alateemat

## 1 Johdanto

Muistisairaat ja heidän omaishoitajansa ovat tulevaisuudessa kasvava asiakasryhmä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piirissä. Iäkkäiden ihmisten määrän kasvaessa myös muistisairauksien esiintyvyys kasvaa. Väestöennusteen mukaan 75-vuotiaiden määrä on kaksinkertainen vuonna 2040 verrattuna vuoteen 2006, ja dementiaoireista kärsivien määrä lisääntyy ainakin vuoteen 2030 saakka (Voutilainen, Kauppinen & Huhtamäki-Kuoppala 2008, 21). Arvioidaan, että muistisairaita on tällä hetkellä Suomessa kaiken kaikkiaan noin 130 000 (Muistiliitto 2015). Uusia demensiotapauksia diagnosoidaan vuosittain vähintään 13 000 kappaletta (Käypä hoito 2010). Ikääntyneiden määrän kasvaessa kasvaa myös ikääntyneiden omaishoitajien määrä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2012 omaishoidon tuen kuntakyselyn mukaan 57 % virallisista omaishoitajista oli yli 65-vuotiaita (Siljander 2013). THL:n selvityksen mukaan yli 75-vuotiaiden osuus omaishoitajista ja omaishoidettavista kasvaa tulevaisuudessa (Siljander 2014).

Ikääntyneiden pariskuntien yleinen toive on yhteiselämän jatkuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Puolisio-omaishoitajuus mahdollistaa yhteisen elämän ja elämäntavan jatkamisen mahdollisimman normaalina. Parisuhde ja kumppanuus ovat erittäin tärkeitä voimavaroja puolisohoivassa. (Mikkola 2014, 163 - 165.) Omaishoitajat ovat myös kokeneet, että kotona hoidettavan läheisen elämänlaatu on parempi ja tyytyväisyys lisääntyy (Purhonen 2011, 18).

Viime vuosikymmeninä miehet ovat alkaneet omaksua aikaisemmin perinteisesti naisille ominaista hoivaajaroolia, ja asenneilmapiiri hoivaajamiehiä kohtaan on muuttunut myönteisemmäksi. Väestön ikääntymisen myötä omaistaan hoitavia miehiä on myös vanhemmissa ikäryhmissä. (Kirsi 2008, 106.)

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna omaishoitajat ovat suuri voimavara. Omaishoitajuudella on yhä kasvava merkitys sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden kannalta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.) Kuntien laitoshoitopaikat eivät riittäisi kattamaan tällä hetkellä kotona omaishoi-

dettavien hoidon tarvetta (Mäkelä & Purhonen 2011, 21 - 22). Omaishoidon avulla saavutetaan miljardiluokan säästöt vanhusten palveluissa (Kehusmaa 2014, 80).

Voimavarat ovat yksilön vahvuuksia, jotka auttavat arjessa selviytymisessä (Saarenheimo 2006, 100). Omaishoitajan jaksamisen tukeminen ja voimavarojen hyödyntäminen ovat tärkeitä tekijöitä kotihoidon onnistumisessa (Topo, Vuottilainen & Käyhty 2008, 40). Voimavarojen ymmärtäminen on tärkeää terveyttä edistävässä työssä (Haarala & Mellin 2015, 43).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa muistisairaana puolison mies-omaishoitajana toimivien kokemuksista arjen voimavaroista ja niiden terveyttä edistävästä vaikutuksesta. Lisäksi opinnäytetyössä kuvataan miesomaishoitajien kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön toiminnasta voimavarojen vahvistajana sekä heidän toiveitaan tämän toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä haastatteleamalla seitsemää miesomaishoitajien vertaisryhmän jäsentä. Opinnäytetyö on toimeksianto Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskukselta ja Pohjois-Karjalan Muistiryityltä. Muistisairaiden miesomaishoitajien kokemukset valikoituivat opinnäytetyön aiheeksi Karelia-ammattikorkeakoululle annetun toimeksiannon ja tekijöiden oman kiinnostuksen kautta.

Omaishoitajien kokemustieto on arvokasta materiaalia omaishoitajuutta tukevan työn kehittämiseen. Lisäksi opinnäytetyön tulokset tuovat esille kokemustietoa miesomaishoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä terveydenhuoltohenkilöstön työtä omaishoitajien jaksamisen tukemisen parissa.

## 2 Omaishoitajuus

### 2.1 Omaishoitajat ja -hoidettavat

Omaishoito tarkoittaa huolenpitoa perheenjäsenestä tai muusta läheisestä ihmisestä, joka ei sairautensa, vammansa tai ikääntymisensä vuoksi selviydy oma-toimisesti päivittäisistä arjen toiminnoista. Usein omaishoidettavien ja hoitajien mielletään olevan ikääntyneitä mutta monet hoidettavat ovat lapsia ja työikäisiä. Omaishoitajuus ja hoitotilanne ovatkin aina yksilöllisiä riippuen perheen tilanteesta ja elämänvaiheesta sekä hoidettavan avuntarpeesta. Vuonna 2008 tehdyn Omaishoitotutkimuksen mukaan 77 % omaisiaan auttavista ei ollut tullut ajatelleeksi käsitettä omaishoitaja omalla kohdallaan. Kuitenkin tutkimuksen mukaan jopa joka neljäs 15 - 79-vuotiaista suomalaisista auttaa läheistään päivittäisissä toiminnoissa. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 5, 12 - 13.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2013 suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn (HYPA) perusteella noin 30 % kyselyyn vastanneista 18 - 79-vuotiaista auttoi läheistään, jonka toimintakyky oli heikentynyt vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden seurauksena. Väestötasolla tämä tarkoittaa 1,2 miljoonaa läheisauttajana toimivaa suomalaista. Todellisuudessa auttajien määrä on suurempi, sillä kyselyn ulkopuolelle jäivät yli 80-vuotiaat henkilöt. Vuoden 2013 HYPA -kyselyyn vastanneista omaishoitosopimuksen läheisensä kotikunnan kanssa oli tehnyt 4,7 % vastanneista, mikä tarkoittaa koko väestöön suhteutettuna 60 000 henkilöä. Luku on suurempi kuin virallisessa tilastossa ilmoitettu omaishoidon sopimuksen tehneiden määrä. Tämä selittyy sillä, että HYPA-kyselyssä on tavoitettu omaishoitolain mukaisen sopimuksen omaishoidon tuesta tehneiden lisäksi ne, jotka ovat läheisensä hoito- ja palvelusopimuksessa sopineet jakavansa hoidon tarpeet esimerkiksi kotihoidon kanssa. Hoidon tarpeiden jakamisesta on tällöin sovittu omaishoitolain mukaisen sopimuksen ulkopuolella. (Vilkko, Muuri, Saarikalle, Noro, Finne-Soveri & Jokinen 2014, 224 - 225, 231 - 232.)



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti vuonna 2012 omaishoidon tuen kuntakyselyn, jonka mukaan virallisista omaishoitajista enemmistö, eli 69 % oli naisia. Lähes 80 % omaishoitajista oli yli 50-vuotiaita ja 60 % eläkkeellä. Työsäkäläisiä omaishoitajia oli 17 %. THL:n tutkimuksen mukaan ikäryhmiin 50 - 64-vuotiaat ja 65 - 74-vuotiaat kuului molempiin 26 % omaishoitajista ja 23 % kuului 75 - 84-vuotiaiden ikäryhmään. Yli 85-vuotiaita oli 8 % omaishoitajista. Yli puolessa (58 %) omaishoitosuhteista hoitajana oli hoidettavan puoliso. Omaishoitaja oli hoidettavan vanhempi 23 %:ssa ja lapsi 14 %:ssa hoitosuhteista. (Siljander 2013.)

THL:n omaishoidon tuen kuntakyselyn 2012 mukaan virallisissa omaishoitosuhteissa hoidettavista enemmistö eli 58 % oli miehiä. Suurin osa omaishoidettavista eli noin 8 000 henkilöä oli 75 - 84-vuotiaita. Toiseksi eniten (noin 4 800 henkilöä) hoidettavia kuului 65 - 74-vuotiaiden ikäryhmään. Näihin ikäryhmiin kuuluu merkittävä osuus omaishoidettavista. 7 - 17-vuotiaiden ja 85 - 89-vuotiaiden ikäryhmiin kuului molempiin noin 3 000 omaishoidettavaa. (Siljander 2013.)

Pääasiallinen syy omaishoidon tarpeeseen on useimmiten läheisen henkilön fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Toimintakyvyn heikkeneminen oli syynä noin 4 400 tapauksessa. Seuraavaksi yleisimmät syyt ovat läheisen muistisairaus (noin 3 800 tapausta) ja pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma (noin 3 600 tapausta). Kyselyn tuloksissa neljänneksi merkittävimpänä omaishoidon tarpeen syynä ilmeni kehitysvamma (2 300 tapausta). (Siljander 2013.)

## **2.2 Omaishoidon tuki**

Omaishoidosta on säädetty laissa omaishoidon tuesta, joka tuli voimaan vuonna 2006. Laki määrittää, että omaishoitaja on henkilö, joka hoitaa omaistaan tai muuta läheistä henkilöä ja on tehnyt omaishoitosopimuksen hoidettavan henkilön kotikunnan kanssa. Kotikunta vastaa hoidon järjestämisestä. Omaishoitosopimuksen tehnyt on oikeutettu saamaan omaishoidon tukea. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

Laissa määritellään edellytykset omaishoidon tuen saamiselle. Myöntämisedellytyksiin kuuluu, että hoidettava henkilö tarvitsee vammastaan, sairaudestaan tai muusta syystä johtuen hoitoa ja huolenpitoa kotonaan. Lisäksi hoidettavan omaisen tai muun läheisen henkilön on oltava valmis vastaamaan hoidettavan huolenpidosta tarvittavien palveluiden avulla. Omaishoidon tulee olla muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa riittävää hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta. Laissa myös edellytetään hoitajalta hoidon vaatimuksia vastaavaa terveyttä ja toimintakykyä ja kodin olosuhteiden soveltuvuutta hoidolle. Edellytyksenä on myös, että omaishoidon tuen myöntäminen tulee olla hoidettavan edun mukaista. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

Laki omaishoidon tuesta määrittää, millaista tukea virallistettu omaishoitaja on oikeutettu saamaan. Omaishoitajalla on lain mukaan oikeus vähintään kolmen vuorokauden vapaaseen yhtä hoitokuukautta kohden, jolloin hoitaja on sidottuna hoitoon ympärivuorokautisesti. Kunta on veloitettu järjestämään sijaishoito omaishoitajan vapaapäivien ajalle. Vapaapäivien lisäksi omaishoitaja on oikeutettu omaishoitajan hoitopalkkioon, joka määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Hoitopalkkio on kuitenkin vähintään 300 euroa kuukaudessa. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

Vuoden 2008 Omaishoitotutkimuksen mukaan vain 4 % tutkimuksessa olleista omaisiaan auttaneista henkilöistä oli omaishoidon tuen piirissä (Purhonen, ym. 2011, 14). Vuonna 2014 noin 43 000 omaishoitajaa oli omaishoidon tuen piirissä (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry 2015). Suurin osa omaishoitosuhteista jää lain määrittelemän omaishoidon tuen ulkopuolelle, vaikka omaishoitotilanne olisikin vaativa ja sitova (Purhonen ym. 2011, 14). Dementoivat sairaudet etenevät hitaasti, ja omaishoitotilanne voi tulla muistisairaana perheeseen kuin huomattaen pitkän ajan kuluessa ennen sairauden diagnoosia. Tämän vuoksi muistisairauksissa voidaan jäädä ilman omaishoidon tukea. (Kettunen 2006, 143.)

Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry:n Sairaana hyvät -projektin tutkimuksessa Johanna Aatola selvitti omaishoidon tuen ulkopuolella olevien puoliso-omaishoitajien arkea. Tutkimuksessa kävi ilmi, että omaishoidon tukea saavien

ja tuen ulkopuolella olevien omaishoitajien hoitotilanteet olivat lähes yhtä vaativia ja kuormittavia. (Aatola 2003, Purhosen ym. 2011, 14 mukaan.) Stakesin kyselyyn vastanneet omaishoitajat, jotka eivät olleet omaishoidon tuen piirissä, kokivat läheisensä tuen tarpeen suuremmaksi verrattuna omaishoidon tukea saaviin hoitajiin (Heinola, Kattainen, Mikkola, Perälä, Topo & Voutilainen 2006, 40). Omaishoitajat hakevat virallista tukea usein vasta hoidon raskaimmassa vaiheessa. Tällöin omaishoitajan oma jaksaminen on jo vaarantunut. (Aatola 2003, Purhosen ym. 2011, 14 mukaan.)

### **2.3 Omaishoidon yhteiskunnallinen merkitys**

Omaishoitajien tekemän työn avulla on mahdollista turvata hoidettavan kotona asuminen tutussa ympäristössä. Oikein toteutettuna omaishoito edistää sekä hoitajan että hoidettavan hyvinvointia ja hoidettavan voimavaroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 30.) Mäkelä ja Purhonen (2011, 23) toteavat, että kuntien palvelujärjestelmässä omaishoitajat ovat tärkeä voimavara. Omaishoitajilla on paljon tietoa ja taitoa oman läheisensä hoidosta. Tätä tietoa hoitotyön ammattilaisten kannattaa hyödyntää hoidettavan siirtyessä laitoshoidon tai kuntoutusjaksolle.

Omaishoidon avulla korvataan osittain kuntien järjestämien palveluiden tarvetta ja samalla se hillitsee kuntiin kohdistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvua. Omaishoidon tuen ulkopuolella tehtävällä hoidolla on todettu olevan samankaltainen vaikutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 26 - 27.) Väestön ikääntyessä ja laitoshoidon paikkojen vähentyessä omaishoitajien merkitys kasvaa entisestään. On arvioitu, että terveydenhuollon resurssit eivät riittäisi hoitamaan tällä hetkellä omaishoidon piirissä olevia henkilöitä. (Mäkelä & Purhonen 2011, 21 - 22.) Kehusmaa vertasi tutkimuksessaan (2014, 79 - 80) omaishoidosta aiheutuvia menoja kunnan palveluja käyttävän samankuntoisen henkilön menoihin. Omaishoidon avulla saatiin hoidettavaa kohden tutkimuksen perusteella 20 000 euron vuotuinen säästö vuoden 2010 rahassa mitattuna. Tehostettuun palveluasumiseen verrattuna omaishoidon avulla saavutettiin 30 600 euron säästöt. Koko Suomen tasolla mitattuna omaishoito muodostaa

2,8 miljardin euron säästön ikääntyneiden palveluissa. Kehusmaa toteaa, että ikääntyneiden hoidon kustannukset olisivat kaksinkertaiset ilman omaishoitajien tekemää työtä.

## 2.4 Puolisohoiva

Puolisoiden arki muodostuu jokapäiväisestä elämästä, johon hoivan antaminen ja vastaanottaminen tuovat muutoksen asettumalla osaksi pariskunnan jokapäiväisen elämän tapoja ja tottumuksia (Mikkola 2009, 191). Yhteisen elämän jatkuminen nähdään hoivan jatkumisen motiivina (Saarenheimo 2005, 31; Mikkola 2009, 194). Puolisohoiva perustuu keskinäiseen suhteeseen ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen. Toisinaan puolisohoivaan sitoutuminen koetaan ristiriitaisesti vapaaehtoisena pakkona. Parisuhde nähdään myös puolisoiden yksityisyyttä, riippumattomuutta ja itsemääräämisoikeutta vahvistavana seikkana sekä turvaa ja suojaa antavana asiana. Puolisolle annettua hoivaa ei nähdä työnä, vaan vastavuoroisena huolenpitona osana parisuhdetta. Puolisohoivassa tavoitteena on tasavertoinen kumppanuus ja toimijuus, jossa toisen kyvyt täydentävät toisen heikentyneitä kykyjä. (Mikkola 2009, 194 - 196.)

Puolisoiden välisessä omaishoitosuhteessa yhteinen eletty elämä ennen omaishoitajuuden alkua tuo oman erityispiirteensä hoitosuhteeseen. Yhteiset elämäkokemukset ja rakkaus puolisoa kohtaan vahvistavat motivaatiota hoitosuhteeseen. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 61.) Monet omaishoitajapuolisot kokevat myös vastavuoroisuuden velvoittavan sairaan kumppanin hoitamiseen. Hoidettava puoliso on esimerkiksi voinut aikaisemmin pitää huolen kodista tai hoitanut perheen lapsia. (Sointu & Anttonen 2008, 28; Kirsi 2004, 76.) Saastamoisen tutkimuksen (2013, 51) tuloksista käy myös ilmi avioliittolupaus hoitoon sitoutumisen taustalla.

Puoliso-omaishoitajuus muuttaa pariskunnan keskinäistä suhdetta ja vaikuttaa suhteessa muodostuneisiin rooleihin, jolloin parisuhteen vastavuoroisuus saattaa kadota (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 61). Etenkin dementoivaa sairautta sairastavan omaishoitajana toimivat kokivat keskusteluyhteyden häviämisen

aiheuttavan yksinäisyyden ja jätetyksi tulleen kokemuksen. Jotkut tulkitsivat tämän jopa kumppanuuden loppumiseksi. (Saarenheimo 2005, 38 – 39.) Mies-omaishoitajat totesivat Kirsin (2004, 60) tutkimuksessa vastavuoroisuuden kadonneen ja siten tunnesiteen katkenneen puolison sairauden myötä. Saastamoisen (2013, 51) tutkimuksen omaishoitajat sen sijaan toivat keskeisenä asiana esille parisuhteen muuntumisen hoivasuhteeksi. Hoitosuhteessa puoliset ottavat helposti hoitajan ja hoidettavan roolit. Roolit voivat helpottaa asennoitumista arjen hoitotoimenpiteisiin. Puolisoiden olisi tärkeää kuitenkin ylläpitää myös parisuhteensa rooleja, sillä se edistää niin hoitajan kuin hoidettavan hyvinvointia. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 61.) Parisuhteella on mahdollisuus säilyä kutistumatta hoivasuhteeksi puolisojen pyrkiessä toiminnallaan säilyttämään parisuhteen entinen merkitys (Mikkola 2009, 193).

Puolison sairastumisen myötä pariskunnan työnjako velvollisuuksineen ja vapauksineen muuttuu. Muodostunut yhteiselämän malli joudutaan muodostamaan uudestaan tasapainon saavuttamiseksi. Vastuu asioiden hoitamisesta siirtyy hoitavalle osapuolelle puolison sairauden etenemistahdista riippuen joko hitaasti tai nopeasti. Tämä voi merkitä aiempaan elämään verrattuna merkittävää muutosta pariskunnan valta- ja vastuusuhteissa. Terveempi osapuoli pohtii käytännön asioiden lisäksi totutun elämäntavan muutosta sekä tulevaisuutta puolison sairauden pahentuessa ja lopulta ilman puolisoa. Myös suru yhteisten eläkepäivien menetyksestä on läsnä. (Saarenheimo 2005, 28, 30 - 31.)

## **2.5 Mies omaishoitajana**

Suomalaisessa yhteiskunnassa hoivaaminen ja hoitaminen on selkeästi eriytynyt naisten tehtäväksi. Naiset ovat perinteisesti olleet hoivaajan roolissa, mutta viime vuosikymmeninä myös miehet ovat alkaneet omaksua tätä roolia itselleen. Nykyisin myös asenneilmapiiri mieshoivaajia kohtaan on myönteisempi, eikä esimerkiksi lastaan hoitava mies saa osakseen kummastelua. Väestön ikääntymisen seurauksena läheistään hoivaavia miehiä löytyy myös vanhemmista ikäryhmistä. (Kirsi 2008, 106.)

Kirsi (2004, 71, 81) kuvailee tutkimuksensa haastattelujen perusteella naisten ja miesten toimijuutta uudessa elämäntilanteessa hoivaajina. Naisten puheesta ilmenee, että naistoimijan roolia ei menetetä hoivaajana, pikemminkin tuttuun rooliin jäädään loukkuun. Perinteiselle miestoimijuudelle ei Kirsin mukaan sitä vastoin löydy välttämättä tilaa puolison sairastuttua ja hoivasuhteen alettua. Tutkimuksen miehet eivät kokeneet naisten tavoin omaishoitajan identiteettiä.

Naisten ja miesten käsitykset hoitamisesta eroavat toisistaan. Haastatellut miehet käyttivät sanaa hoitaminen puhuessaan kotitöistä, jotka vaimo teki aiemmin. Hoitaminen -sanaa käytettiin tässä yhteydessä enemmän kuin puhuttaessa varsinaisesta potilaan hoitamisesta. Naisten kertomusten perusteella naisten sukupuoli-identiteetti hoivatilanteessa rakentuu aiemman elämän hoivakokemusten pohjalle. Miehet puolestaan joutuvat sovittamaan maskuliinisen identiteetin yhteen uuden hoivaajaroolin kanssa. (Kirsi 2004, 66, 70.)

Kirsin tutkimuksessa (2004, 73) selkeä ero naisten ja miesten välillä ilmeni tunteiden ilmaisussa heidän kertoessaan omaishoitokokemuksestaan. Miehet kuvasivat tunteitaan hyvin niukkasanaisesti. Tunneilmailmaisujen vähyyys kuuluu maskuliiniseen identiteettiin, kun taas naisten kertomuksissa hoitamisesta sillä on keskeinen tehtävä kuvastaa naiseutta. Tunneilmailmaisujen eroja selittää myös se, että hoitaminen ei samalla tavoin määritä miesten sukupuoli-identiteettiä kuin naisten. Kirsi toteaa, että tunteiden ilmaisun niukkuuden perusteella ei voi olettaa, että miehet välittäisivät puolisoistaan ja heidän hyvinvoinnistaan naisia vähemmän. Miehet mieltävät rakkauden, hellyyden ja kiintymyksen ennemminkin huolenpidon ja parisuhteen ominaisuuksiksi kuin hoitamisen voimavaroiksi.

Saastamoisen (2013, 55) tutkittava ryhmä ei ole hänen mukaansa niin suuri, että siitä voisi tehdä olettamuksia miesten ja naisten eroavaisuuksista omaishoitajina. Hänen pienen aineiston pohjalta tekemä päätelmä saa kuitenkin tukea Kirsin (2004, 73) tutkimuksesta, jossa myös mainittiin miesten suhtautuvan tilanteeseen omaishoitajana realistisesti ja hyväksyvästi. Miehet eivät koe syyllisyyttä tai riittämättömyyttä hoivaajana tai vertaa itseään muihin hoitajiin. He tekevät sen, minkä pystyvät.

## 2.6 Kuormitus

Jokainen omaishoitotilanne eroaa toisistaan niin hoivan tarpeessa, hoitosuhteen kestossa kuin hoitajan kuormittuneisuudessakin (Purhonen ym. 2011, 14). Johanna Aatolan tutkimuksessa omaishoitajat arvioivat, että noin 70 % omaishoitavista tarvitsee apua päivittäisiin toimiin jatkuvasti tai ympärivuorokautisesti (Aatola 2003, Purhosen ym. 2011, 15 mukaan). Soinnun ja Anttosen haastattelututkimuksessa (2008, 37) omaishoitajat kuvasivat hoidon sitovuuden vaikeuttavan arjessa toimimista. Jos hoidettava on täysin riippuvainen hoitajastaan, voi esimerkiksi kotiaskareiden järjestely kuormittaa hoitajaa merkittävästi. Kaikki haastateltavat totesivat, että omaishoitajana toimiminen rajoittaa heidän omaa elämäänsä ainakin jonkin verran.

Arjen asioiden haastavuuden lisäksi omaishoitaja rasittuu myös fyysisesti, sillä hoitotyö edellyttää usein hyvää kuntoa ja lihasvoimaa. Ongelmallista on, että omaishoitaja tarvitsisi omaa aikaa liikuntaharrastuksille ylläpitääkseen fyysistä kuntoaan. Omalle ajalle ja harrastuksille omaistaan hoitavilla ei useinkaan ole säännöllisesti mahdollisuutta. (Sointu & Anttonen 2008, 45.)

Kolmen vuoden seurantatutkimuksesta käy ilmi, että muistisairaana puolisonsa omaishoitajana toimivien terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkeni ja pitkäaikais-sairaudet lisääntyivät seurannan aikana. Psykkinen kuormitus tai masennus sen sijaan eivät lisääntyneet, vaikka muu sairastavuus kasvoikin. Hoidettavan lisääntyneet käytösoireet, toimintakyky ja sairauden vaikeusaste vaikuttivat merkittävästi omaishoitajien elämänlaatuun. (Reimari 2013, 45.) Käytösoireet lisäävät olennaisesti omaishoitajan kuormitusta, samoin kuin hoidettavan sairaudentunnottomuus, jota myös ilmenee keskivaikeassa dementiassa. Yleensä muistisairas omaishoidettava asuu kotona dementiaoireiden lievässä ja keskivaikeassa vaiheessa. Tällöin kotiin saatavien tukipalvelujen tarpeellisuus korostuu. Dementian vaikeassa vaiheessa omaishoito kotona ei yleensä enää onnistu, vaan hoito on suunniteltava laitospäristössä. (Kettunen 2006, 144 - 145.)

## 3 Muistisairaudet

### 3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on tavallisin muistisairaus, sillä se kattaa 65 - 70 % muistipotilaista, jotka sairastavat keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. Naiset sairastavat sairautta hieman miehiä enemmän. Yli 65-vuotiaista tautia sairastaa 4,4 %. Eliniän ennuste on nykytutkimusten valossa keskimäärin 12 - 15 vuotta ensimmäisten selvien oireiden alkamisesta. (Viramo & Sulkava 2015, 38 - 39, 42.)

Alzheimerin tauti jaetaan varhain, eli alle 65-vuotiaana, ja myöhään, eli yli 65-vuotiaana, alkaviin muotoihin. Alkamisikään vaikuttavat aiheuttaja ja riskitekijät. Tauti etenee tyypillisesti hitaasti ja tasaisesti. (Remes, Hallikainen & Erkinjuntti 2015, 120.) Alzheimerin tauti aiheuttaa muutoksia keskushermostossa ja siellä erityisesti isoaiivokuorella. Myöhäisen iän Alzheimer on monen tekijän summa. Siihen vaikuttavat sekä psyykkiset osatekijä että useat geenien ja ympäristön säätelemät somaattiset tekijät. (Tienari, Myllykangas, Polvikoski & Tanila 2015, 110, 113.) Varmistuneiksi riskitekijöiksi ovat varmistuneet iän ja suvussa esiintyvän muistisairauden lisäksi Downin oireyhtymä sekä apolipoproteiini E:n alleeli ε4 (Remes, ym. 2015, 120).

Tauti on jaettu neljään osaan etenemisen mukaan: oireeton vaihe, varhainen Alzheimerin tauti, lievä Alzheimerin tauti, keskivaikea Alzheimerin tauti sekä vaikea Alzheimerin tauti. Patologiset muutokset, kognitio ja omatoimisuus kokevat heikkenemisen lapsuusajan kehitymisestä päinvastaisessa järjestyksessä; monimutkaiset toiminnot heikkenevät ensin, ja myöhemmin heikkeneminen tapahtuu perustoiminnoissa. (Remes, ym. 2015, 123, 125.)

Oireettomassa Alzheimerin taudissa joillakin potilailla voi esiintyä lievää kognitiivista, eli tiedonkäsittelyn, heikentymää. Suurin osa on kuitenkin oireettomia. Varhainen Alzheimerin taudin tunnusomaisia oireita ovat muistivaikeuksien lisääntyminen, sekä vaikeudet asiakokonaisuuksien ja vieraan kielen hallinnassa ja uusien nimien oppimisessa. Epävarmuus ja hitaus lisääntyvät, sekä vaativat



ja uudet tilanteet tuottavat vaikeuksia. Myös stressioireita ja uupumusta voi esiintyä. Käyttöoireista voi ilmaantua masentuneisuutta, ahdistuneisuutta tai ärtyneisyyttä. Sairaudentunto on tässä vaiheessa vielä tallella, vaikka tilan edetessä potilas voi vähätellä oireitaan. (Remes, ym. 2015, 122, 125.)

Lievässä taudin vaiheessa ilmaantuu päivittäistä elämää haittaavaa mieleenpainamisen ja oppimisen heikkoutta sekä unohtelun lisääntymistä. Omatoimisuus sekä suunnitelmallisuutta ja tarkkuutta vaativien asioiden hoito ovat heikentyneet. Keskustelun seuraaminen on haasteellista. Käyttöoireita voi esiintyä varhaisen tautivaiheen kaltaisesti. Somaattisena oireena voi esiintyä laihtumista. Sairaudentunto on osalla potilaista heikentynyt. Potilas voi asua kotona, mutta voi tarvita päivittäistä ohjausta ja apua. (Remes, ym. 2015, 126 - 127.)

Keskivaikean Alzheimerin taudin oireisiin kuuluvat tapahtumamuistin heikkous, tavaroiden kadottaminen, eksymistaipumus ja samojen kysymysten toistaminen. Muistituet ovat hyödyttömiä, koska potilas ei muista katsoa niitä. Vaikeudet puheen tuottoon ja monimutkaisen puheen ymmärrykseen ilmaantuvat. Keskustelun seuraaminen on hankalaa ja siten osanotto siihen vähenee. Omatoimisuus on selkeästi vähentynyt, eivätkä päivittäiset toimet onnistu ilman ohjausta. Käyttöoireista voi esiintyä uni-valverytmin häiriöitä, harhoja, levottomuutta sekä masennusta. Yleensä sosiaaliset taidot ja persoonallisuus ovat tässä vaiheessa tallella. Somaattisten oireisiin voi kuulua laihtumisen lisäksi apraksia sekä ekstrapyramidaalioireet. Potilas voi olla kotona yksin vain lyhyitä aikoja. (Remes, ym. 2015, 127 - 129.)

Vaikeassa taudin vaiheessa muistin toimiminen on satunnaista, puheen tuotto on rajoittunut ja sen ymmärtämisessä on merkittäviä vaikeuksia. Orientaatio ja keskittymiskyky ovat heikkoja ja päivittäiset perustoiminnot eivät suju ilman apua. Potilaalla on vaikea apraksia ja inkontinenssi on yleistä. Käyttöoireita esiintyy lähes kaikilla ja niiden kirjo on laaja; levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, masennus ja motoriikan poikkeava käytös. Taudin loppupuolella potilas kommunikoi vain harvoilla ilmaisuilla, raajat jäykistyvät, hän menettää kävely- ja pidätyskykynsä ja on syötettävä. Kyky niellä säilyy yleensä pitkään. (Remes, ym. 2015, 129 - 131.)

### **3.2 Aivoverenkiertosairauden muistisairaus**

Toiseksi yleisin muistisairaus on aivoverenkiertomuistisairaus, jota sairastaa 15 - 20 % muistisairaista. Yli 65-vuotiaista 1,6 %:a sairastaa sairautta. (Viramo & Sulkava 2015, 39.) Sairaudessa muisti ja tiedonkäsittely ovat heikentyneet eriasteisesti. Se on yhteydessä erilaisiin ja -tyyppisiin aivojen verenkiertosairauksiin. (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti 2015, 137.)

Aivomuutosten aste ja laajuus sekä infarktien ominaisuudet yhdessä muiden patologisten muutosten kanssa määrittävät kognitiivisen heikentymän ja demensian astetta. Keskeisiä alatyyppejä ovat pienten aivoverisuonten tauti, suurten aivoverisuonten tauti, sekä tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella olevan infarktin aiheuttamat tilat. (Melkas, ym. 2015, 137.)

Pienten ja suurten aivoverisuonten tautien yhteneväisiä mahdollisia oireita ovat muun muassa psykomotorinen hidastuminen sekä muutokset toiminnanohjauksessa, tarkkaavaisuudessa ja persoonallisuudessa. Myös muistihäiriöitä ilmaantuu. Pienten suonten taudin oireisiin lukeutuvat lisäksi kognition hidastuminen, masennus, kävely- ja virtsaamishäiriöt sekä pseudobulbaari- ja ekstrapyramidaalioireet. Suurten suonten oireina voi esiintyä afasia, apraksia ja toispuolihalvaus. Tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella tapahtunut infarkti ja sen aiheuttama pienikokoinenkin vaurio voi aiheuttaa muutoksia kognitiossa jopa dementiatasoisesti. Pienten aivoverisuonten taudin oireiden alku ja kulku vaihtelevat hitaasta nopeaan. Se etenee tasaisesti tai portaittain. Suurten verisuonten tauti alkaa usein nopeasti tunneissa ja päivissä. Taudin paheneminen tapahtuu portaittain. (Melkas, ym. 2015, 142 - 144.)

### **3.3 Lewyn kappale -tauti**

Lewyn kappale -sairaudet, jotka pitävät sisällään Lewyn kappale -taudin, Parkinsonin taudin ja Alzheimerin ja Lewyn kappale -taudin sekamuodot, ovat arvioiden mukaan kolmanneksi yleisin muistisairauksien ryhmä (Viramo & Sulkava 2015, 39). Nämä kattavat 15 % muistisairauksista maassamme. Kaikista etene-

vistä muistisairauksista Lewyn kappaleen tautia on katsottu olevan 10 %, josta valtaosa on yhdistelmämuotoa Alzheimerin taudin kanssa. (Rinne 2015, 165.)

Sairauden aiheuttamat aivomuutokset ovat hermosolujen sisäiset Lewyn kappaleet. Niitä on erityisesti aivojen kuorikerroksen alueella ja myös aivokuorikerroksen alaisesti. Lewyn kappale -tauti aiheuttaa kognitiivisia ja psykoottisia oireita sekä parkinsonismia. Tautiin on liitetty REM -unen aikaiset käytösoireet. Toistuvat kaatumiset ja pyörtyily, sekä selittämättömät tajunnanhäiriökohtaukset voivat olla oire taudista. (Rinne 2015, 165 - 166.)

### **3.4 Otsa-ohimolohkorappeuma**

Otsa-ohimolohkorappeuma on yhteinen nimitys erityisesti otsalohkoja vaurioitaville sairauksille, joiden johdosta otsalohkojen toiminta heikkenee ja oireisto ilmaantuu (Remes & Rinne 2015, 172). Epäyhtenäisen tautiryhmän on arvioitu kattavan kaikista muistipotilaista alle 5 % (Viramo & Sulkava 2015, 39).

Otsa-ohimorappeuman käsittävät kolme syndroomaa ovat otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia sekä semanttinen dementia. Persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset ovat keskeisimmät piirteet frontotemporaalisessa muodossa. Muistihäiriöt eivät ole korostuneet. Puheen tuoton häiriö on keskeisin piirre etenevässä sujumattomassa afasiassa. Kognitiiviset kyvyt muistin kanssa säilyvät taudin alkuvaiheessa suhteellisen hyvin, mutta myöhemmin nekin heikkenevät. Semanttisessa dementiassa oireiden keskiössä on merkitysten häviäminen. Tämä näkyy sanojen merkityksen katoamisena, nimeämis- ja ymmärtämishäiriönä sekä kasvojen ja esineiden tunnistamishäiriönä. (Remes & Rinne 2015, 172, 174, 176 - 178.)

## 4 Voimavarat

### 4.1 Voimavarojen määrittelyä

Voimavarat ovat ihmisellä olevia asioita, joissa ihminen kokee onnistumisen tunteen. Ne ovat myös asioita, joita ihminen osaa, jaksaa ja voi tehdä. Voimavaroja löytyy ihmisestä itsestään ja ympäristö tarjoaa niitä myös. Ympäristön ja ihmisen voimavaroista voidaan erotella fyysiset, sosiaaliset ja psyykkiset voimavarat. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2009, 118 - 119.) Voimavarat voidaan tulkita ihmisen vahvuuksiksi ja niiden voidaan ajatella olevan apuna arjen tilanteista selviytymisessä (Saarenheimo 2006, 100).

Ympäristön tarjoamia fyysisiä voimavaroja ovat kodin varustelu ja tilat sekä palvelujen läheisyys ja saatavuus. Ihmisen fyysisiä voimavaroja ovat terveydentila sekä iän ja ihmisen oma yleiskunnon kokeminen. Sosiaalisia voimavaroja ympäristö tarjoaa ihmissuhteiden muodossa, ja niiden mukana tulevilla avulla eri askareissa, liikkumisessa, tiedonsaannissa sekä tunteiden jakamisessa. Ihmisessä itsessään oleva sosiaalinen voimavara pitää sisällään ulospäinsuuntautuneisuuden ja sosiaaliset taidot. Ympäristön tarjoamat psyykkiset voimavarat ovat kulttuuritarjonta sekä asuinympäristö ja sen maisemat. Ihmisestä itsestään löytyvät psyykkiset voimavarat sisältävät itsetuntemuksen, motivaation, tunne- sekä kognitiiviset taidot. (Mäkinen, ym. 2009, 119.)

Mielen voimavarat ovat tärkeässä asemassa elämän haasteissa selviytymisessä. Mielen voimavarat määrittävät, miten asiat omassa mielessä selvitetään ja kuinka niihin reagoidaan. Ne pitävät sisällään koettuja tunteita, niiden hallintaa, tietoa, tahtoa, osaamista ja ymmärtämistä. Mielen voimavarat koostuvat moninaisten tekijöiden summasta prosessina, joka jatkuu läpi elämän. Niitä kartuttavia tai vähentäviä asioita ovat oman persoonallisuuden rakenne, elämän tapahtumat, perheyhteisö, sekä vuorovaikutussuhteiden sujuvuus, ystävyyssuhteet sekä yhteiskunnan antamat mahdollisuudet, aikaisemmin työn sekä iäkkäänä turvallisuuden, hoivan, hoidon ja tuen muodot. (Heikkinen 2002, 207, 229 - 230.)

## 4.2 Omaishoitajan voimavarat

Soinnun ja Anttosen haastattelututkimuksen (2008, 28 - 29) mukaan omaishoitajilla on yleensä vahva sitoutuminen läheisensä hoitamiseen tunnesiteen kautta. Pariskunnilla tällainen side on yleensä muodostunut vuosien kuluessa. Omaistaan hoitavat puoliset kuvasivat pariskunnan yhteisen historian ja rakkauden puolisoa kohtaan vahvistavan sitoutumista hoitotyöhön. Läheinen suhde hoidettavaan nähtiin tärkeimpänä sosiaalisia voimavaroja vahvistavana tekijänä Nurmen (2002, 64) tutkimuksessa. Soinnun ja Anttosen mukaan (2008, 41) voimia antavat myös arjen hyvät hetket puolison kanssa ja pienet hellyydenosoitukset. Yhteenkuuluvuuden tunne ja rakkaus läheistä kohtaan olivat merkityksellisiä tekijöitä auttamassa omaishoitotyössä jaksamisessa. Kirsin tutkimuksen (2004, 76) omaishoitajamiehet perustelivat omaishoitajuutta osana avioliittoa ja parisuhdetta.

Anderssonin (2007, 81 - 82) vanhojen pariskuntien haastattelututkimuksessa tärkeäksi teemaksi nousi jatkuvuus ja sen ylläpitäminen. Jatkuvuuteen liittyvät oleellisesti rutiinit ja totuttujen tapojen ylläpito, kuten ruuanlaitto ja siivous, sillä totutusta elämäntavasta ja päiväjärjestyksestä kiinnipitäminen on osa jatkuvuuden tavoittelua. Tanskalaistutkimukseen osallistuneet vanhukset kokivat vähäisempää tyytyväisyyttä arkeensa, mikäli he olivat kohdanneet arjen jatkuvuutta uhkaavia tekijöitä kuten muuttaminen, arjen aktiviteeteista luopuminen ja leskeksi tuleminen. (Johannesen, Petersen & Avlund. 2004, 7.)

Omaishoitajat pitivät tukiverkostoja, joista tärkeimpänä sukulaisia, sosiaalisia voimavaroja vahvistavina tekijöinä. Suhde perheen ulkopuolisiin henkilöihin ja toisen ihmisen arvostus ja ymmärrys työtä kohtaan muodostivat myös voimavaroja omaishoitajalle. (Nurmi 2002, 65.) Saastamoisen tutkimuksen (2013, 51 - 52) tulosten mukaan sosiaaliset verkostot toimivat myös voimavarana. Merkittävimpiä sosiaalisia suhteita ja siten tuen antajia olivat ystävät, lapset ja lapsenlapset. Aatolan tutkimuksessa (2003, Malmin & Nissi-Onnelan 2011, 78 mukaan) todetaan myös, että monelle omaishoitajalle tärkein tuki löytyy omasta perheestä ja muista läheisistä. Kirsin (2013, 283) ohjaaman miesomaishoitajien

keskusteluryhmän eräs osallistuja koki puolison hoidon helppona, sillä hän sai lapsiltaan apua muun muassa puolison lääkehoidon toteutuksessa.

Aatolan tutkimuksessa enemmistö omaishoitajista koki, että erilaisten tukimuotojen osalta arjessa jaksamisessa auttaisi suurempi omaishoidon tuki (67 % vastaajista) ja vapaapäivät (62 %) (Aatola 2003, Malmin & Nissi-Onnelan 2011, 77 mukaan). Nurmen tutkimuksessa (2002, 67) omaishoidon tukea pidettiin riittämättömänä ja siten aineellisia voimavaroja kuluttavana. Laitisen tutkimuksen (2011, 64, 77) mukaan omaishoitajat kaipasivat heille suunnatuista palveluista eniten omaishoitajan vapaan mahdollistavaa hoitoapua. Lisäksi kaivattiin neuvontaa omaishoitajille ja ulkopuolista tuen tarpeen arviointia. Puolet omaishoitajista toivoi myös saavansa enemmän tietoa omaishoitoon liittyvistä asioista sekä pääsevänsä osallistumaan omaisten vertaistukiryhmiin (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 77).

Kaivolainen (2011, 127) toteaa, että kokemuksen kautta saatu asiantuntemus, vastavuoroisuus ja yhteenkuuluvuuden tunne ovat vertaistuen erityispiirteitä. Vertaisryhmätoiminta voi lisätä omaishoitajan hyvinvointia, jaksamista ja kokemusta yhteisöllisyydestä. Antikaisen tutkimuksessa (2005, 59) samassa elämäntilanteessa olevien vertaisten antama tuki koettiin merkitykselliseksi, ja tuen koettiin vaikuttavan positiivisesti jaksamiseen. Vertaisryhmästä saatu tuki on kokonaisuus yhteenkuuluvuuden tunnetta, emotionaalista ja tiedollista tukea, sekä mahdollisuutta jakaa omaishoitajan arkea. Kaivolaisen (2011, 128) mukaan toisistaan poikkeavat kokemukset vertaisryhmässä auttavat hahmottamaan omaishoitotilanteiden yksilöllisyyden. Vertaisryhmän kokoontumiset auttavat omaishoitajaa myös irrottautumaan hetkeksi omaishoitajan roolista ja tuovat elämään toisenlaista sisältöä.

Kiinalaistutkimuksen mukaan vertaistukiryhmät tarjoavat psykososiaalista tukea muistisairasta läheistään hoitaville omaishoitajille. Vertaistukiryhmään osallistuneet omaishoitajat kokivat vähemmän yleistä kärsimystä (distress) ja heidän koettu yleinen elämänlaatunsa oli parempi verrattuna ainoastaan tavallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja saaneisiin tutkimuksen kontrolliryhmän omaishoitajiin. (Wang, Chien & Ym Lee 2012, 218.) Isossa-Britanniassa toteute-

tussa tutkimuksessa omaishoitajat kertoivat saavansa vertaistuen myötä kokemuksen siitä, etteivät he ole yksin. Tutkimuksen mukaan he pääsivät jakamaan tunteitaan ja saivat tukea tilanteeseensa. Lisäksi omaishoitajat saivat vertaistuen kautta uusia näkökulmia ja selviytymisstrategioita. Vertaistuen avulla oli mahdollista ymmärtää, että ongelmia voi lähestyä monella eri tavalla. (Greenwood, Habibi, Mackenzie, Drennan & Easton 2013, 619 - 621.) Samankaltaisia tuloksia oli saatu myös kiinalaistutkimuksessa (Wang ym. 2012, 220).

Vertaisryhmä voi tarjota omaishoitajalle myös tiedollista tukea. Ryhmässä on mahdollista saada tietoa muun muassa arjen käytännöistä, omaishoitajan oikeuksista ja palvelujärjestelmästä. (Kaivolainen 2011, 127.) Kiiinalaistutkimuksessa omaishoitajat pitivät vertaistukiryhmässä saatua tietoa tärkeänä (Wang ym. 2012, 220). Myös suomalaisen tutkimuksen omaishoitajat kokivat vertaisryhmästä saadut käytännön neuvot erityisen hyödyllisinä (Antikainen 2005, 59).

Kotiin tehdyt muutostyöt sekä saadut apuvälineet koettiin voimavaroja vahvistavaksi. Apuvälineitä käyttävät kokivat ne erityisen hyödyllisiksi. (Nurmi 2002, 65.) Myös erilaiset palvelut, tukitoimet ja muu ulkopuolinen apu tukevat omaishoitajan jaksamista. Soinnun ja Anttosen tutkimuksessa (2008, 46) haastateltavat kertoivat käyttävänsä yleisimmin siivous- ja läsnäoloapua. Läsnäoloapu mahdollistaa omaishoitajan poistumisen hoidettavan luota esimerkiksi asioille tai harrastuksiin. Muita yleisesti käytettäviä palveluita ovat omaishoidettavan laitoshoidojaksot, eli intervallihoidot, ja päiväkeskuskäynnit. Järjestöjen, viranomais- tahojen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamilla tukimuodoilla on tärkeä rooli omaishoitoperheissä (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 78).

Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry:n kyselyssä vuonna 2006 kunnilta ja Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry:n paikallisyhdistyksiltä kysyttiin, miten kunnissa tuetaan omaishoitajien jaksamista. Vastausten perusteella kunnissa on omaishoitajille tarjolla vertaistukea, keskusteluapua, virkistyspäiviä ja ryhmätoimintoja. Neljä viidestä kunnista arvioi omaishoitajien tukipalvelujen olevan neuvontaa ja ohjausta. Yli puolet kunnista tarjosi ohjausta järjestöjen ja seurakunnan palvelujen piiriin. Kuntoutusta omaishoitajille tarjosi joka viides kunta. (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järnstedt & Korhonen 2006, 78, 104.)

### 4.3 Omaishoitajien voimavarojen vahvistus hoitotyön avuin

Nurmen toteuttaman tutkimuksen (2002, 67 - 68) mukaan hoitotyöntekijät voivat vahvistaa omaishoitajien voimavaroja antamalla tukea uuden elämäntilanteen edessä sekä vahvistamalla terveyteen sekä tietoon liittyviä voimavaroja. Samalla tulisi muistaa kunnioittaa omaishoitajan itsenäisyyttä. Parisuhteen tukeminen on myös tärkeää voimavarojen vahvistamisen saralla. Tutkittavat kaipasivat tukea ja apua erityisesti kommunikaatiovaikeuksiin.

Sosiaalisia voimavaroja vahvistavan hoitotyön tulisi keskittyä emotionaalisen tuen tarjoamiseen omaishoitajille. Sen lisäksi hoitotyöntekijän ja omaishoitajan välillä tulisi olla tasa-arvoinen yhteistyösuhde. Rohkaisu oman vapaa-ajan viettoon, esimerkiksi lyhytaikaishoitoa hyödyntämällä, tulisi tehdä, jotta hoidon sitovuudesta johtuva voimavarojen kuluminen vähenisi. (Nurmi 2002, 69.)

Tiedotukseen liittyvän tuen osalta terveydenhuollon ammattilainen voi olla keskeisenä henkilönä kokoamassa omaishoitajan tarvitsemaan tietoa ja välittämässä sitä omaishoitajalle. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee keskustella omaishoitajan kanssa erilaisista saatavilla olevista arkea tukevista palveluista. Kaikki tarjottavat palvelut ja tukimuodot on syytä koota yhteen materiaaliin, jonka avulla palveluihin ohjaus on sujuvampaa. Palveluiden tarjoaminen tulisi olla asiakkaan tarpeeseen kohdennettua kuunnellen hänen toiveitaan ja mielipiteitään. Omaishoitajat tarvitsevat ammattilaisilta tietoa konkreettisesti arjessa toimimisesta. (Mäkelä 2011a, 88 - 90; 2011b, 84 - 85; 2011c, 87.) Omaishoitajan voimavarojen vahvistamiseen kuuluu myös tiedottaminen apuvälineistä sekä niiden käytön ohjaaminen (Nurmi 2002, 70).



## 5 Terveyden edistäminen

### 5.1 Terveyden edistämisen määrittelyä

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan terveys on täydellinen hyvinvoinnin tila niin fyysisesti, henkisesti kuin sosiaalisestikin, eikä pelkästään sairauksien ja vaivojen poissaoloa (World Health Organization 1946). THL määrittää terveyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokonaisuudeksi, joka toimii voimavarana ja on pohja ihmisen elämälle. Terveys on jokaisen ihmisen inhimillinen perusoikeus ja sen vaikutus on välitön sosiaaliseen ja taloudelliseen kehitykseen. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014b.) Terveys voimavarana voi vaikuttaa elämänlaatuun positiivisesti, jolloin elämäntyytyväisyyden mahdollisuus kasvaa. Hyvä elämänlaatu voi puolestaan toimia ihmisen resurssina terveyden ylläpitämisessä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000, Sarvimäen 2012, 43 mukaan.)

Terveyden edistäminen on hyvin laaja-alainen käsite, jonka määrittely on todettu haastavaksi (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 15). WHO:n The Ottawa Charter for Health Promotion-asiakirjan (1986) määritelmän mukaan terveyden edistäminen on prosessi, joka edesauttaa ihmisen kykyä hallita omia terveyden taustatekijöitään ja tätä kautta parantaa terveyttään mahdollistaen aktiivisen ja tuottoisan elämän. Terveyden edistämisen lähtökohdiana on, että ihminen on aktiivinen toimija elämässään ja päättää itse valinnoistaan. Terveyden edistäminen antaa ihmisille mahdollisuuksia ymmärtää, mitkä ovat terveyttä edistäviä valintoja heidän omassa elämässään.

Terveyden edistämisestä on säädetty Suomessa laissa. Suomen perustuslaki velvoittaa julkisen vallan turvaamaan kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. (Suomen perustuslaki 731/1999.) Kansanterveyslaki määrittää kansanterveystyön olevan terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisemistä ja yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyö kohdistuu yksilöön, yhteisöön ja elinympäristöön. Kansanterveystyötä hallinnoi sosiaali- ja terveysministeriö. Paikallisesti kunnat huolehtivat kansanterveystyön toteutta-

misesta. (Kansanterveyslaki 66/1972.) Terveyden edistämisen sisältö määritetään terveydenhuoltolaissa. Lain mukaan kuntien ja kuntayhtymien on päätöksenteossa arvioitava vaikutukset väestön terveyteen, ja seurattava asukkaiden hyvinvointia. Laissa säädetään tiettyjä terveystalveluja, jotka kuntien on asukkailleen järjestettävä. Näitä ovat muun muassa terveystarkastukset, seulonnat, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja työterveyshuolto. (Terveydenhuoltolaki1326/2010.)

Terveyden edistämisen tavoitteena on yksilön sisäisten ja ulkoisten terveystekijöiden vahvistuminen, yksilön elämäntapojen muutos terveellisemmiksi ja terveystalvelujen sekä koulutuksen kehittyminen yhteiskunnassa. Toimintamuodot voivat olla promotiivisia, eli terveyttä lisääviä tai preventiivisiä, eli sairautta ehkäiseviä. Usein molemmat toimintamuodot edistävät molempia päämääriä. (Pietilä ym. 2010, 25.)

Terveydenedistämistyössä hyödynnetään monien tieteenalojen osaamista ja moniammatillisuutta. Terveyden edistämiseen taustalla ovat eettinen ja kulttuurinen perusta sekä kansainväliset näkökulmat. Terveyden edistämisen ulottuvuudeksi on määritelty myös terveyttä tukeva ympäristö ja sen aikaansaaminen. Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka ja terveystalvelujen järjestäminen on kolmas ulottuvuus. Neljäs ulottuvuus on terveyden edistäminen yksilö ja yhteisötasolla. (Pietilä 2010, 10 - 11.)

Ihmisen aktiiviseen toimijuuteen liittyvät myös terveyden edistämisen eettiset periaatteet. Keskeisinä periaatteina ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Oikeudenmukaisuutta, vastuullisuutta ja yksilön voimavarojen vahvistamista pidetään myös terveyden edistämisen eettisinä periaatteina. (Pietilä ym. 2010, 18 - 19.)

## **5.2 Terveyden edistäminen voimavaralähtöisesti**

Salutogeneesi, eli terveyslähtöisyys, määrittää sitä, mistä terveys syntyy. Se muodostuu terveyden edistämisestä, terveystkasvatuksesta, ennaltaehkäisystä,

suojautumisesta sekä hoidosta. Lähtökohtana pidetään voimavaroja, jotka edistävät terveysprosessia ja siten elämänlaatua sekä hyvinvointia. Ihminen kykenee käyttämään voimavaroja hyväkseen elämän eri tilanteissa. Mielekäs ja hyvä elämä mahdollistuu ihmisen osatessa hyödyntää voimavaroja, prosesseja ja yhteyksiä. (Lindström & Eriksson 2010, 32 - 34, 37.)

Eri näkökulmat ja lähestymistavat ovat mahdollisia terveyden edistämistyössä. Näistä yksi on voimavarakeskeinen lähestymistapa. Prosessissa keskeisessä asemassa on ihmisen mahdollisuudet vaikuttaa ja osallistua omaa terveyttä koskeviin päätöksiin ja toimintoihin. Tavoitteena onkin edistää yksilön hallintaa omaan elämään liittyvissä asioissa. (Haarala & Mellin 2015, 43.) Itsemääräämisoikeuden kautta asiakas ottaa vastuuta omista päätöksistään (Salmela & Matilainen 2007, 223). Sairauden sijaan keskitytään terveyteen, annetaan asiakkaalle mahdollisuus osallistua, sekä hyödynnetään asiakkaan voimavaroja ottaen huomioon samalla yksilö ja hänen sen hetkinen tilanteensa. Omien voimavarojen ja mahdollisuuksien ymmärtäminen, sekä eri toimintavaihtoehtojen tiedostaminen, ovat tärkeitä terveyttä edistävässä toiminnassa. Reflektoinnin tukena toimiminen tiedon jakajan sijaan on terveydenhoitajan rooli tässä toimintamallissa. (Haarala & Mellin 2015, 43.) Terveydenhuollon ammattilainen ja asiakas ovat voimavarakeskeisessä lähestymistavassa tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa keskenään. Tämä rohkaisee asiakasta osallistumaan. (Salmela & Matilainen 2007, 223.)

### **5.3 Ikääntyneiden terveyden edistäminen**

Ikääntyneiden terveyden edistämistyö tulisi jatkua saumattomasti työelämästä poistumisen jälkeen. Pääpainon tulisi olla kokonaisvaltaisessa arkielämän voimavarojen vahvistamisessa ja terveellisten elintapojen noudattamisessa. Näin ehkäistään heikkokuntoisuutta sekä vastataan osaltaan väestön ikääntymisen haasteisiin. (Tervaskanto-Mäentausta & Linattiniemi 2015, 349.)

Tutkimuksen mukaan ikääntyneet kokevat terveyden olevan monen tekijän summa. Ikäihmiset määrittivät terveytensä terveyden tunteen ja terveydestä

tietämisen perusteella. Heille terveys merkitsi myös laaja-alaista elämänlaatua, eli itsenäisyyttä, hyvinvointia ja elämän hallittavuutta. (Lehtonen 2008, 78 - 79.) Tutkimuksessa omaishoitajien elämänlaatuun positiivisesti vaikuttavia asioita olivat parisuhde, harrastukset, sosiaalinen osallistuminen, apu, tuki ja tiedon saaminen sekä oma aika. Myönteiset ajatukset ja tunteet sekä merkityksellisten asioiden tunteminen elämässä olivat myös vaikuttamassa elämänlaatuun. (Klementtilä 2014, 27 - 28, 31 - 32, 39.) Härkösen tutkimuksen (2012, 69, 76, 87) mukaan ikääntyneiden itsearvioidun terveyden ja elämäntyytyväisyyden välillä oli yhteys. Terveytensä hyväksi arvioineet ikääntyneet olivat tyytyväisempiä elämäänsä kuin terveytensä huonommaksi arvioineet. Seurantatutkimuksessa ilmeni, että ikääntymisen myötä psyykkisen terveyden ja sosiaalisen tuen merkitys elämäntyytyväisyyteen kasvoi.

Ikääntyneiden kohdalla preventiivisten toimien tavoitteena on ehkäistä sairauksia ja toiminnan vajausta. Lisäksi tarkoituksena on tukea asiakkaiden itsenäisyyttä ja vähentää hoidon tarvetta. Kaiken kaikkiaan preventiivisillä toimilla tavoitellaan lisää toimintakykyisiä elinvuosia elinkaaren loppuun. Terveysohjauksen ohella ikääntyneille suunnattuja preventiivisiä terveyttä edistäviä toimia ovat terveystarkastukset ja seulonnat, joilla voidaan suunnata palveluita yksilöille sopiviksi. (Strandberg & Tilvis 2010, 425 - 426.)

Lehtosen tutkimuksen (2008, 81) ikäihmiset kokivat sekä yksilön että yhteiskunnan toiminnot osana terveyden edistämisen toimintoja. Yksilön terveyttä edistäviksi toiminnoiksi nähtiin liikunta, ruokavalio sekä sosiaaliset kontaktit. Yhteiskunnan terveyttä edistäviksi toiminnoiksi koettiin sairauksien ja oireiden hoitaminen sekä sairauksien varhainen toteaminen ja ennaltaehkäisy. Terveyttä tukeviksi keskeisiksi palveluiksi koettiin lääkäripalvelut. Ikääntyneet esittivät toiveita palveluiden tarjoajille aidosta kuuntelemisesta, ikääntyneen todesta ottamisesta sekä palveluiden riittävydestä ja saatavuudesta. Etenkin kuntouttavien palveluiden saatavuutta toivottiin helpommaksi.

Lehtosen tutkimuksen (2008, 79 - 80) ikäihmiset kokivat, että terveyden ylläpitoon ja edistämiseen on mahdollista vaikuttaa elämäntavoilla, terveyden hoidolla ja huolenpidolla sekä sosiaalisella kanssakäymisellä ja taloudellisella tilan-

teella. Oma vastuu terveyden edistämisessä tiedostetaan ja vahvimaksi tekijäksi terveyden edistämisessä pidettiin omaa asennetta. Positiivisesti omaan terveyteensä tulevaisuudessa suhtautuvat uskoivat omien valintojensa vaikutusmahdollisuuksiin omaa terveyttä koskevissa asioissa. Terveydessä tapahtuvat asiat koettiin ennakoimattomana, ja sairaudet elämään kuuluvina neutraalisti terveyteensä tulevaisuudessa suhtautuvien joukossa. Negatiivisesti omaan terveyteensä tulevaisuudessa suhtautuvat kokivat, etteivät voi vaikuttaa omalla toiminnalla terveyteensä.

Ikääntyneiden terveyteen vaikuttaa merkittävästi heidän selviytymisensä jokapäiväisestä elämästä, eli heidän toimintakykynsä (Lyyra 2007, 21). Keskeisenä tavoitteena terveyden edistämisessä on ikääntyneiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen. Toimintakykyä on eri muodoissaan mahdollista ylläpitää lähinnä toiminnalla, kuten liikkumisella ja sosiaalisella aktiivisuudella. Toimintakyvyn ylläpito on tärkeää, sillä ikääntyneillä lieväkin toimintakyvyn heikkeneminen pahenee nopeasti. Toimintakyvyn heikkeneminen jollakin kolmesta eri osa-alueesta vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin ja se voi romahduttaa itsenäisen toimintakyvyn kokonaisuudessaan. (Strandberg & Tilvis 2010, 434 - 435.)

Hirvensalon tutkimuksen (2002, 66) mukaan ikäihmisen liikuntaharrastus vähensi kuolleisuusriskiä sekä avun tarvetta etenkin, jos henkilöllä oli liikkumisvaikeuksia. Amerikkalaistutkimuksen mukaan arjen sosiaaliset ja liikunnalliset aktiviteetit olivat yhteydessä ikääntyneiden parempaan fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn. Fyysisesti vähemmän kuormittavat aktiviteetit, kuten lukeminen ja musiikin kuuntelu puolestaan tukivat psyykkistä terveyttä. Toimintakyvyn heikentyessä fyysisesti kevyemmät aktiviteetit voivat myös korvata liikunnallisempia aktiviteetteja ikääntyneiden arjessa. (Everard, Lach, Fisher & Baum 2000, 210 - 211.) Lampisen tutkimus (2004, 60) osoittaa myös fyysisen aktiivisuuden tukevan psyykkistä terveyttä.

Terveydenhoitajien ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä toimivien henkilöiden on tärkeää kiinnittää huomiota muistisairaana perheen ja läheisten tilanteeseen ja arvioida sitä. Omaisen fyysisen ja psyykkisen sairastumisen ris-

kin vähentämiseksi muistisairasta kotona hoitavan tilannetta tulee tarkkailla. Omaisen tilannetta on mahdollista kartoittaa elämänlaatua ja omaishoidon kuormittavuutta arvioivilla mittareilla. Arvioinnissa tulisi nostaa esille myös omaishoitajan kokemia myönteisiä puolia omaishoidon suhteen, jotta jaksamista auttavia tekijöitä saataisiin esille. Terveydenhoitajan ja muun hoitohenkilöstön tulee kuunnella omaisen kokemusta, jotta palveluita osataan kohdentaa oikein muistisairaalle perheelle, sekä kuullaan omaishoitajan mielipide myös siitä, mitkä asiat perheen tilanteessa ovat tällä hetkellä hyvin. (Topo, ym. 2008, 36, 40.)

## **6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena on miesomaishoitajilta kerätyn kokemustiedon avulla kuvata voimavaroja, jotka auttavat heitä jaksamaan arjessa muistisairasta puolisoa hoitaessaan. Lisäksi kuvataan miesomaishoitajien kokemuksia voimavarojen terveyttä edistävästä vaikutuksesta. Tarkoituksena on myös kuvata miesomaishoitajien kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön toiminnasta voimavarojen vahvistajana omaishoitajuuden aikana sekä kuvata heidän toiveitaan tämän toiminnan kehittämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa opinnäytetyön toimeksiantajille, eli Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskukselle ja Pohjois-Karjalan Muisti ry:lle.

Haastattelumenetelmän avulla haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä ovat miesomaishoitajien arjen voimavarat puolisonsa hoidossa?
2. Miten miesomaishoitajat kokevat voimavarojen edistävän heidän terveyttään?
3. Millaisia kokemuksia miesomaishoitajilla on terveydenhuoltohenkilöstön toiminnasta voimavarojen vahvistajana omaishoitajuuden aikana?
4. Millaisia toiveita miesomaishoitajilla on terveydenhuoltohenkilöstölle omaishoitajien voimavaroja vahvistavan toiminnan kehittämiseen?

## 7 Tutkimuksen toteutus

### 7.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksellinen opinnäytetyö toteutetaan käyttämällä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu aiheen, eli miesomaishoitajien kokemusten tutkimiseen, sillä tutkimuksen tavoitteena on aiheen mukaisesti saada kokemukseräistä tietoa tutkimuksen kohdejoukolta. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen voidaan kuvailla kohdehenkilöiden kokemusta. (Kananen 2008, 25.) Lisäksi tavoitellaan kohdehenkilöiden näkökulman ymmärtämistä (Kylmä & Juvakka 2007, 23).

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tarkastelee ihmistä, hänen elinpiiriään sekä niihin liittyviä merkityksiä (Kylmä & Juvakka 2007, 17). Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat ihmisen kokemus ja näkemys reaaliaamasta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ihmisten kokemusten kautta pyrkiä syvälliseen ymmärrykseen käsiteltävästä ilmiöstä, sekä kuvata ja tulkita ilmiötä mielekkäällä tavalla. (Kananen 2008, 24 - 25.)

Koska kvalitatiivinen tutkimus tarkastelee yksittäistä tapausta, yhdestä havaintoyksiköstä halutaan saada mahdollisimman paljon tietoa ja sitä käsitellään syvällisesti (Kananen 2008, 25). Pyrkimyksenä on keskittyä tiedon laatuun määrän sijaan, jolloin tutkimukseen osallistujina voi olla esimerkiksi tapaustutkimuksessa vain yksi ihminen. Usein kvalitatiivisen tutkimuksen voidaan sanoa olevan induktiivista, jolloin aineistolähtöiset yksittäiset havainnot pyritään yhdistämään laajemmiksi kokonaisuuksiksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22, 27.)

Ilmiöiden ymmärtäminen on vahvasti sidoksissa ihmisten arvoihin, joten kvalitatiivista tutkimusta ei voida pitää perinteisessä mielessä objektiivisena (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei tuoteta siis tilastollisesti yleistävää tietoa (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan yleisten totuuksien osoittamisen sijaan löytää ja saada selville tosiasioita (Hirsjärvi ym. 2008, 157). Todellisuuden näyttäytyminen eri-

laisena eri ihmisille hyväksytään ja tutkimuksen tekijän on muistettava kuvata tutkimukseen osallistuneiden todellisuutta tutkimuksessaan. Kuvauksen avulla voidaan arvioida saadun tutkimustiedon hyödynnettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 28.) Tutkimuksessa saadun tiedon voidaan ajatella olevan subjektiivista myös siltä osin, että tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ilman satunnaisotanta menetelmän käyttöä (Hirsjärvi ym. 2008, 160). Tutkimukseen valitaan toisin sanoen ne henkilöt, joilla oletetaan olevan eniten tietoa tutkittavasta aiheesta (Kananen 2008, 28).

Kvalitatiivisen tutkimuksen prosessissa on yleistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu joustavasti tutkimuksen edetessä (Hirsjärvi ym. 2008, 160). Tutkimusprosessin edetessä myös tutkimustehtävät muokkautuvat ja saadun tiedon pohjalta voi syntyä myös uusia tutkimustehtäviä (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Tutkimusta tehtäessä käytetään aineiston hankinnassa tutkimusmenetelmän luonteen mukaisesti niitä menetelmiä, joiden avulla tutkittavien kokemus ja näkökulma pääsevät esiin. Aineistonkeruussa käytettäviä menetelmiä ovat muun muassa teemahaastattelu, ryhmähaastattelu ja osallistujien havainnointi. (Hirsjärvi ym. 2008, 160.) Tutkimuksen tekijä on aineistoa kerätessään läheisessä kontaktissa tutkimuksen osallistujiin. Tutkijaa voidaan pitää myös aktiivisena osallistujana tutkimukseen, jolloin kvalitatiivisen tutkimuksen vuorovaikutteinen piirre korostuu. Kvalitatiivista aineistoa ja sen kuvaamaa ilmiötä voidaan analysoida kuvailevasti, selittävästi tai arvioivasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 27 - 28, 33.)

## **7.2 Tutkimushaastattelu**

Haastattelu on keskustelu, jonka päämääränä on tiedon kerääminen. Haastattelun tekijä on perehtynyt aiheen teoretietoon ja haastattelun sisältö on ennalta suunniteltu. Haastattelusta saadun tiedon avulla pyritään vastaamaan tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 42 - 43.)

Haastattelun etuna on joustavuus. Suora vuorovaikutus mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen tilanteen mukaan. Tutkittavan non-verbaalin kommu-



nikaatio auttaa tulkitsemaan paremmin verbaalista ulosantia. Haastattelutilanne antaa tutkittavalle mahdollisuuden olla merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli, kun taas tutkija saa tilaisuuden tutustua vieraaseen asiaan laajemmin, kun vastauksia ei voi ennakoida. Myös laajaa ja monitahoista asiaa on helppo lähestyä haastattelun avulla. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34 - 35.)

Ryhmähaastattelu on yksi haastattelun toteuttamisen muoto. Se on keskustelunomaista ja vapaamuotoista. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61.) Ryhmässä tapahtuvan haastattelun etu tulee sen mahdollistamasta moniulotteisesta haastateluaineistosta. Tämän saa aikaan ryhmäläisten keskinäinen vuorovaikutus, sekä toisen ajatuksesta jatkaminen, sen kehittäminen ja uusien merkitysten antaminen. (Madriz 2003, Kylmän & Juvakan 2007, 85 mukaan.) Ryhmähaastattelussa tietoa kertyy nopeasti monelta vastaajalta samalla kerralla. Haastateltavalle tilanne voi olla miellyttävämpi, kun saa esittää mielipiteitä ja vastauksia ryhmässä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 63.) Ryhmähaastattelu todettiin hyväksi keinoksi opinnäytetyön haastatteluiden toteuttamiseen. Ryhmähaastattelun avulla saatiin kerättyä monipuolinen aineisto laaja-alaisesta aiheesta, jossa tutkittavien kokemukset ovat etualalla ja aihe on opinnäytetyön tekijöille vain teoriassa tuttu.

Haasteet lisääntyvät ryhmän koon kasvaessa haastattelun ohjaamisessa ja puhtaaksi kirjoittamisessa. Ihannekoko ryhmähaastattelun toteutukselle on 3 - 12 henkilöä. (Holloway & Wheeler 1996, Kylmän & Juvakan 2007, 84 mukaan.) Aihevalinnoissa tulee käyttää harkintaa ryhmähaastattelua toteutettaessa. Arkaluontoiset asiat olisi hyvä käsitellä pienemmissä ryhmissä. (Kylmä & Juvakka 2007, 84.) Ryhmädynamiikka ja valtahierarkia ovat merkittäviä tekijöitä ryhmähaastattelun onnistumisessa. Haastattelijan tuleekin pysyä tarkkana siitä, että teemoissa pysytään ja kaikki osallistujat saavat äänensä kuuluville. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 63.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka pohjautuu kohdennettu haastattelu -menetelmään. Menetelmässä tiedetään, että haastateltava on kokenut jonkin tietyn tilanteen. Siinä keskitytään tutkittavien subjektiivisiin kokemuksiin tilanteista, joita on analysoitu ennen haastattelujen toteuttamista. (Merton, Fiske & Kendall 1956, Hirsjärven & Hurmeen 2010, 47 mukaan.)

Kohdennettu haastattelu -menetelmästä poiketen teemahaastattelussa painotetaan sitä, ettei ennalta kokeellisesti todennettua yhteistä kokemusta aiheesta tarvita, vaan ihmisen kaikkea kokemaa, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita on mahdollista tutkia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.)

Teemahaastattelun tunnistaa teemoittain etenemisestä haastattelun aikana (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Käsiteltävät teemat valikoidaan aiheeseen ja haastateltavien tilanteeseen perehtymisen pohjalta. Lisäksi tutkimuskysymyksiä muokataan tutkittavaan muotoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Tarkat ja yksityiskohtaiset kysymykset puuttuvat, ja näin annetaan tilaa ihmisen tulkinnoille sekä hänen asioille antamilleen merkityksille. Teema-alueita voidaan tarkentaa kysymyksillä haastattelutilanteessa. Aihepiirit ja teemat ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.) Teemahaastattelu mahdollisti laajan lähestymistavan opinnäytetyön aiheeseen ja antoi haastateltaville mahdollisuuden tuoda muita aiheita esille haluamallaan laajuudella. Tämän seurauksena muodostui rikas tutkimusaineisto.

### **7.3 Kohderyhmä ja aineiston hankinta**

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla seitsemää mies-omaishoitajien vertaisryhmän jäsentä. Haastateltavat toimivat muistisairaana puolisonsa omaishoitajina. Viikoittain kokoontuva vertaisryhmä on osa Pohjois-Karjalan Muisti ry:n toimintaa.

Vertaisryhmään on saatu yhteys Pohjois-Karjalan Muisti ry:n kautta, joka on muistisairaiden ja heidän läheistensä edunvalvontajärjestö Pohjois-Karjalan alueella. Yhdistyksen toimintaan kuuluu muun muassa tiedotus- ja valistustoiminta muistisairauksista sekä muistisairautta sairastavien ja heidän läheistensä tarpeiden ja kokemustiedon esiintuominen. (Pohjois-Karjalan Muisti ry, 2015.) Opinnäytetyön toisen toimeksiantajan, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (ISO) tavoitteena on vahvistaa tietoon ja asiantuntijaosaamiseen perustuvaa sosiaalityötä. Ikäosaamisen kehittäminen on yksi ISO:n kehittämisteemoista. (Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2015.) Opinnäytetyön toimek-

siannon voidaan ajatella olevan osa molempien tahojen toimintaa. Opinnäytetyön suunnitelman ollessa valmis, toimeksiantajien kanssa allekirjoitettiin opinnäytetyön toimeksiantosopimus (liite 1).

Ennen haastatteluiden suorittamista haettiin tutkimuslupa (liite 2) Pohjois-Karjalan Muisti ry:ltä. Yhdistyksen edustaja otti yhteyttä vertaisryhmän jäseniin tiedustellen halukkuutta osallistua opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun ja halukkaat vapaaehtoiset saapuivat sovittuna ajankohtana haastatteluun. Pohjois-Karjalan Muisti ry:n edustajat kokivat tämän toimintatavan olevan sopiva vertaisryhmän jäsenten osallistuessa tutkimuksiin. Haastatteluun osallistujat saivat tietää haastattelun aiheen haastattelutilanteen alkaessa.

Haastattelutilanteen alussa haastateltavat saivat aikaa tutustua saatekirjeeseen (liite 3), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Liitteenä saatekirjeessä oli kirjallinen suostumus (liite 4) haastattelututkimukseen osallistumisesta. Saatekirjeen luettuaan haastateltavat saivat ilmaista suostumuksensa haastatteluun allekirjoittamalla suostumuslomakkeen.

Haastattelut toteutettiin huhti- ja toukokuussa 2015 teemahaastattelua käyttäen. Esihaastattelut ovat tärkeä osa teemahaastattelua. Niiden tarkoituksena on testata haastattelurunkoa (liite 5), aiheiden järjestystä, kysymysten muotoilua sekä haastattelun kestoa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 72 - 73.) Esihaastattelu suoritettiin yhdelle kohderyhmän jäsenelle. Sen perusteella todettiin, että haastattelurungon kysymykset olivat haastateltavalle haastavia ymmärtää. Tämän vuoksi kysymyksiä muokattiin helpommin ymmärrettäväksi kuitenkin niin, että kysymysten sisältö pysyi samana. Esihaastattelusta saatua materiaalia pystyttiin haastattelun haasteista huolimatta hyödyntämään opinnäytetyön aineistona. Ryhmähaastattelut toteutettiin kaksi kertaa. Kummallakin kerralla ryhmähaastatteluun osallistui kolme henkilöä. Haastattelujen kesto vaihteli 45 minuutista puoleentoista tuntiin.

Haastattelupaikkana toimi Pohjois-Karjalan Muisti ry:n omaishoitajaryhmän koontumistila. Haastattelutilanteessa mukana ovat haastateltavat omaishoitajat ja opinnäytetyön tekijät, jotka toimivat haastattelijoina. Haastatteluteemat jaettiin

haastattelijoiden kesken siten, että molemmat olivat vuoronperään vastuussa meneillään olevasta teemasta toisen auttaessa tarvittaessa ja samalla valmistautuessa seuraavan teeman käsittelyyn. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2010, 63) kahden haastattelijan mukanaolo ryhmähaastattelussa on selkeä etu. Tällöin toinen voi huolehtia meneillään olevan teeman käsittelystä ja toinen voi valmistella seuraavaa.

Esihaastattelu tallennettiin sanelukoneella ja ryhmähaastatteluissa tallennusvälineinä käytettiin sekä sanelukonetta että videokameraa. Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 63, 75, 92) mukaan haastattelun tallentaminen on välttämätöntä tavalla tai toisella. Näin haastattelu etenee sujuvasti ilman taukoja. Videointi tallennusmenetelmänä voi helpottaa ryhmähaastattelun purkoa etenkin, jos halutaan eritellä eri henkilöiden kommentteja.

Vanhusten haastattelu koetaan yleensä mielekkääksi, sillä vanhuksilla on aikaa haastattelulle ja he kertovat mielellään mielipiteitään (Hirsjärvi & Hurme 2010, 133). Opinnäytetyön tekijät havaitsivat, että haastateltavat kertoivat asioista mielellään ja kokemustietoa saatiin runsaasti, vaikka keskustelu ajautui ajoittain muuhun aiheeseen. Kohderyhmän jäsenet tuntevat toisensa hyvin vertaisryhmän kautta, joten keskustelu sujui tästäkin syystä luontevasti.

Hirsjärvi ja Hurme (2010, 134) toteavat, että vanhuksen huono kuulo voi ilmetä siten, että haastateltava ei vastaa kysymykseen, vaan siihen mitä olettaa haastattelijan kysyvän. Ymmärrettävyyden parantamiseksi haastattelussa käytettäviä sanoja kannattaa miettiä. Haastattelun ja saadun materiaalin pohjalta opinnäytetyön tekijöille heräsi epäily siitä, että osa haastateltavista ei kuullut kysymyksiä hyvin. Lisäksi kysymysten ja käytettyjen käsitteiden ymmärrys herätti epäilyksiä joidenkin haastateltavien kohdalla. Haastattelutilanteessa ongelmia pyrittiin ratkaisemaan toistamalla kysymys, puhumalla lujempaa sekä selventämällä kysymyksiä ja avaamalla käsitteitä. Haastattelumateriaalista jätettiin huomiotta kohdat, joissa haastateltava ei vaikuta vastauksen perusteella ymmärtävän kysyttyä asiaa.

## 7.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Laadullisen aineiston keskeisinä osina esiintyvät sekä analyysi että synteesi. Analyysissa tarkoituksena on eritellä ja luokitella aineistoa. Kokonaiskuvan luominen ja ilmiön esittelemineen uudessa perspektiivissä ovat synteessin päämääriä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 143.)

Analysoinnin on koettu olevan aikaa vievä ja työläs prosessi. Rungas aineisto sekä syvälle menevä dialogi mahdollistavat rikkaan aineiston tutkijan käyttöön. Nämä kaksi aineiston ominaisuutta sekä sen elämänläheisyys tuovat analyysivaiheeseen mielenkiintoa, mutta sen työstö voi tuntua myös raskaalta ja ongelmalliselta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 135.)

Aineiston tallentamisen jälkeen se tulee kirjoittaa tekstiksi, eli litteroida. Yksi tapa toteuttaa litterointi on kirjoittaa koko haastattelu sanasta sanaan puhtaaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138.) Haastattelujen toteuttamisen jälkeen nauhoitettu aineisto litteroitiin sanatarkasti. Tunnin haastattelun litterointiin kului aikaa keskimäärin 10 tuntia. Hirsjärvi ja Hurme (2010, 143) mainitsevat, että aineiston läpikäynti kokonaisuutena auttaa hahmottamaan paremmin esiin nousevat asiat. Litteroituun aineistoon perehdyttiin lukemalla, jonka jälkeen aloitettiin aineiston analysointi, eli teemoittelu aineistolähtöisesti.

Teemahaastattelua on luonteva analysoida teemoittelun avulla (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Siinä on olennaista tarkastella aineistosta esille nousevia piirteitä, jotka toistuvat usean haastateltavan tai yhden haastateltavan kertomuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2010, 173). Näille löydetyille keskeisille asioille voidaan pohtia yhteisiä nimittäviä tekijöitä, eli teemoja. Teemoittelun voi toteuttaa aineistolähtöisesti tai teorian viitekehyksen pohjalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Haastattelussa läpikäytyjen teemojen lisäksi esille nousee yleisesti myös uusia teemoja ja siten voi syntyä mielenkiintoisia yhteyksiä ja merkityksiä vanhojen ja uusien teemojen välillä (Hirsjärvi & Hurme 2010, 173).

Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin teemoittelemalla aineistolähtöisesti. Aineisto jaettiin aluksi tutkimuskysymysten pohjalta muodostuneisiin teema-alueisiin kokoamalla teemaan sopivat sitaatit litteroidusta aineistosta. Ensin teemoittelu toteutettiin yksittäisen haastateltavan mukaan ja tämän jälkeen kaikki samaa teemaa koskevat sitaatit koottiin kyseisen teeman taulukkoon. Tämän jälkeen toisiinsa liittyvät sitaatit luokiteltiin värikoodeilla ryhmiin, joista muodostuivat alateemat (liite 6). Toisiinsa liittyvät alateemat yhdistettiin yläteemoiksi (liite 7). Syntyneille ala- ja yläteemoille annettiin niitä kuvaavat nimet. Teemoittelun tuotoksena muodostui 21 yläteemaa ja 49 alateemaa (liite 8). Alkuperäisen teemahaastattelurungon teemojen rinnalle nousi myös uusia mielenkiintoisia haastateltavista lähtöisin olevia teemoja.

Raportin tuloksia esittelevässä osassa on yleistä käyttää sitaatteja haastatteluista. Sitaatit havainnollistavat aineistoa ja lisäävät uskottavuutta siihen, että tutkijalla on ollut aineisto analyysinsä taustalla. Sitaattien käyttö tulee olla harkittua ja niihin tulee aina liittyä tutkijan tulkinta ja kytkeä teoriaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Opinnäytetyön raportissa on käytetty sitaatteja havainnollistamaan tuloksia ja elävöittämään tekstiä.

## **8 Tutkimustulokset**

### **8.1 Taustatiedot**

Haastatellut miehet ovat iältään 74 - 83-vuotiaita ja he kaikki olivat olleet keskimäärin 50 vuotta avioliitossa puolisonsa kanssa. Muistisairauden diagnoosista oli aikaa 1 - 12 vuotta, mutta sairauden etenemisestä riippuen puolison hoivan tarve ja sitä myötä omaishoitajuuden kesto vaihtelivat yksilöllisesti. Kolmannes kohdejoukosta oli virallisia omaishoitajia.

Haastatellut miehet kokivat fyysisen terveydentilansa pääosin hyväksi erinäisistä sairauksista ja fyysisistä vaivoista huolimatta. Sen sijaan miehet toivat vahvasti esille psyykkisen kuormituksen, joka on osaltaan seurausta puolison sai-

rauden oirekuvasta. Kuormittavaksi oireeksi miehet ilmaisivat erityisesti muistamattomuuden, josta seurasi muun muassa jatkuva läsnäolon ja asioiden toistamisen tarve.

*”Se vaan arveluttaa, jotta kyllä nyt tietysti fyysisesti kestäää, mutta henkinen puoli joskus joutuu aika tiukoille.” (H3)*

## 8.2 Miesomaishoitajien arjen voimavarat puolison hoidossa

Ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää miesomaishoitajien arjen voimavaroja puolison hoidossa. Miesomaishoitajien arjen voimavaroja ovat muistiyhdistys, arjen tukiverkosto, yhteiskunnan tarjoama arjen apu, parisuhde, vapaa-ajan toiminta, säännöllinen viikon ohjelma, sosiaaliset kontaktit, omaishoitajan oma aika, sairauden hyväksyminen sekä kurssit omaishoitajille.

Muistiyhdistyksen, eli Pohjois-Karjalan Muisti ry:n tarjoama toiminta koettiin hyvin merkittäväksi voimavaraksi miesomaishoitajien keskuudessa. Erityisesti miesomaishoitajien vertaisryhmä koettiin tärkeäksi sen tarjoaman vertaistuen, henkisen tuen sekä jaetun tiedon vuoksi.

*”– Ja tuota sitten nämähän on ihan hirmu oleellisia nämä vertaisryhmät – – Siinä niin hyvin näkkee että minnekkä ollaan menossa sitten.” (H2)*

*”Minulla ois ollu hyvin paljon asioita en ymmärtäs, jollen minä tähän porukkaan kuulus – –” (H4)*

Kolme miehistä mainitsi kokevansa muistiyhdistyksen tarjoaman henkisen tuen ja lämminhenkisen suhteen voimavarana. Miesomaishoitajat kokivat saavansa yhdistyksestä muistisairauteen liittyvää arjen tilanteisiin kohdistuvaa neuvontaa. Lisäksi useat yhdistyksen organisoimat liikuntaryhmät ja muut aktiviteetit saivat kiitosta kahden miesomaishoitajan osalta. Yksi miesomaishoitajista koki yhdistyksen vapaaehtoistyöntekijät tärkeänä apuna arjessa.

*”Ihan vertailun vuoksi vois sanoa että tämän talon väki on kyllä semmosta että. He pitävät huolta.” (H1)*

*”– hirmu hyvä tää muistiyhdistys että meille on järjestetty kaikkee liikuntaan liittyvää toimintaa sitten näitten tämmösten istuntojen lisäksi sitten.” (H2)*

Arjen tukiverkoston kokivat voimavaraksi viisi seitsemästä miesomaishoitajasta. Heistä neljä kertoi omien lasten olevan säännöllisesti avuksi puolison hoidossa ja arjen askareissa. Kaksi haastateltavista mainitsi lisäksi lähipiirin olevan säännöllisesti apuna puolison hoitoon liittyvissä asioissa.

*”On meidänkin tuota nii vanhempi tyttö asuu tässä (paikan nimi). Sehän on paljon siinä meidän minun minun ja emännän apuna. Eipä mittään tulsikaan jos hän ei hän olisi tuossa lähellä. Minun pitäs karkuun lähtee.” (H6)*

Yhteiskunnan tarjoama arjen apu pitää sisällään siivouspalvelut ja kunnan tarjoaman tuen omaishoitajalle. Kaksi haastateltavaa oli kokenut siivouspalvelun hankkimisen tavaksi edistää arjen jaksamista. Myös kunnan tarjoamat virallisten omaishoitajien tukimuodot, esimerkiksi palveluseteli, koettiin jaksamista edistäviksi.

Parisuhde tuotiin voimavarakeskustelussa esille kahden omaishoitajamiehen toimesta. Rakkaus puolisoa kohtaan tuotiin esille voimavarana. He toivat myös esille, että parisuhde on säilyttänyt entisiä piirteitään puolison sairaudesta huolimatta ja parisuhteen arki erimielisyyksineen on entisen kaltainen.

*”Voishan sitä käyttää sitäkin sannaä että on rakaskin.” (H1)*

*No se on se kun on pitkään ollu yhdessä niin sit on toinen toiseensa totunut ja se on yks. (pitempi tauko) Niin se on niinkun rakkaus sitten.” (H4)*

*”– Minä oon sanonu vaimolle, että meidän pitää molemmat karjahella toisillemme että se on niinkun ennenvanahaan. Tarkotan vähän leikkisästi, ettei se vielä tarkota mittään pahaa justiaa, jos jotakin sanoo niinkun ääneenkin että.” (H1)*

Kaikki miesomaishoitajat kahta lukuun ottamatta toivat esiin vapaa-ajan toiminnot eri muodoissa arjen voimavaroiksi puolison hoidossa. Vapaa-ajantoimintoihin liittyviä voimavaroja ovat luonto, liikunta, musiikki, matkustelu,



seurakunnan toiminta sekä muu harrastustoiminta. Säännölliset harrastukset ja muut vapaa-ajan toiminnot muodostivat kahden miesomaishoitajan mukaan säännöllisen viikko-ohjelman, jota pidettiin hyvänä jaksamista tukevana asiana.

*”On tuota tietysti on tuota nyt niinkun kesäaikaan ja syksyllähän on on yks iso voimavara on tuota metsä. Mar-marjastus, sienestys – –” (H7)*

*”Mulla on yksi voimavara tuo musiikki.. On niinkun eri kuoroissa ollut ja kahessa.. Oon minä kahdessa eri kuorossa – –” (H6)*

*”Meillä on ollut niinkun neljänä päivänä viikossa on ollut aina tällöinen jokin ryhmä ja se antaa niinkun aika hyvän rungon sitten viikolle kun ei sitä eläkeläiselle tarvitse.” (H7)*

Sosiaaliset kontaktit mainittiin voimavaraksi neljän omaishoitajamiehen toimesta. Heistä kaksi toi keskustelussa esiin positiivisena asiana uusien tuttavuuksien muodostumisen oman ammattiryhmän ulkopuolelta vertaisryhmien ja omaishoitajakurssien kautta. Kaksi omaishoitajamiestä puolestaan kertoi kodin ulkopuolisten sosiaalisten kontaktien olevan tärkeitä arjessa.

*” Niin ja meillä on sit asukastoimikunta kanssa jotta. – – Siinä mielessä on ihan kiva, että niihin ollaan osallistuttu... Paljon se kyllä auttaa, että siinä, siinä on tätä, että juttuseuraa löytyy aina kyllä.” (H5)*

Omaishoitajan oma aika koettiin tärkeäksi jaksamista tukevaksi tekijäksi. Tämän totesi viisi seitsemästä miesomaishoitajasta. Heistä neljä toi esille omaishoitajan arkeen vaihtelua tuovien asioiden piristävän vaikutuksen. Vaihtelua tuovat asiat, esimerkiksi jalkapallopelien seuraaminen, veivät ajatukset muualle omaishoitajan arjesta. Vapaapäivät voimavarana mainittiin kolmen miesomaishoitajan toimesta. Vapaapäivät mahdollistuivat miesomaishoitajille lähinnä vuorohoidon, lähipiirin tarjoaman avun ja omaishoitajien vapaapäivien kautta.

*”Niin niin, se se on tuota se kun pääsee jonnekin niin silloin vähän enemmän piristyy ja ajatukset muuttuu muuanne jotta ne ei oo aina siinä sopen teossa ja mitäkä huomenna syyvään tai tänä päivänä.” (H3)*

Sairauden hyväksyminen esiintyi kahden omaishoitajamiehen puheessa asiana, joka auttoi jaksamaan omaishoitajan arjessa. Puheessa tuotiin esille kasvaminen omaishoitajuuteen puolison sairauden edetessä. Sairauden hyväksymistä

edesauttoi heidän mukaansa sairauden tasainen eteneminen sekä omaishoitajuuden pitkäaikaisuus.

*”No, se on semmonen homma, että tätä kun tekee pitempään, nii tähän niinkun itekin kasvaa. Meilläkin ne alkuhommat oli paljon räväkempiä, kun nytten.– –” (H4)*

*”– – sillä tavalla tietysti kun se hittaasti mennee nii siihen kerkiää sitä myöten tottua että näin se mennee.” (H2)*

Omaishoitajille suunnatut kurssit koettiin voimavarana niiden tarjoaman tiedon ja tuen vuoksi. Kurssien hyödyllisyyttä painotti kolme miesomaishoitajaa. Kursseilta saatu hyödyllinen tieto koski etenkin muistisairauden ominaispiirteitä ja etenemiseen liittyviä asioita.

### **8.3 Koettujen voimavarojen terveyttä edistävä vaikutus**

Toisen tutkimustehtävän tarkoituksena oli käsitellä miesomaishoitajien kokemuksia voimavarojen terveyttä edistävästä vaikutuksesta. Haastateltavat kokivat voimavarojen edistävän heidän psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia.

Yhtä lukuun ottamatta kaikki miesomaishoitajat toivat keskustelussa esille voimavarojen psyykkistä hyvinvointia tukevan vaikutuksen. Kolme miesomaishoitajista toi keskustelussa esille vertaisryhmien merkityksen psyykkisen hyvinvoinnin tukena.

*”Kyllähän ne ainakin mielenterveyttä nämä vertaisryhmät nämä vertaisryhmät parantaa.” (H2)*

*”Parasta terapiaa.” (H5)*

Voimavaroista erityisesti luonto ja kirkko tuotiin keskustelussa esiin niiden terveyttä edistävän vaikutuksen kautta. Luonnon ja kirkon voimavaroikseen maininnut miesomaishoitaja kertoi, että kirkko tarjoaa paikan rauhoittumiselle ja luonto mahdollistaa henkisen vahvistumisen. Toinen miesomaishoitaja taas painotti aktiivisen elämän merkitystä hyvinvoinnin tukena. Hän mainitsi tässä yhteydessä aktiivisen elämän osiksi harrastukset ja yhdistystoiminnan.

Lisäksi keskustelussa tuli esiin, että oman omaishoitajakokemuksen jakaminen toimi eräälle miesomaishoitajista henkisen hyvinvoinnin tukena. Kirjoittaminen on ollut hänen keinonsa jakaa omaa kokemustaan eteenpäin. Lisäksi ilmeni, että tyytyväisyys elettyyn elämään toimii henkisen hyvinvoinnin edistäjänä omaishoitajan arjessa.

*” – Mut kaikki semmonen hyvä, kun on kokenu niin ei jää mieleen painamaan, että eipäs tullu yritettyä.” (H4)*

Omaishoitajamiehistä neljä seitsemästä totesi liikunnan voimavarana edistävän heidän fyysistä terveyttään. Erilaisia mainittuja liikuntamuotoja olivat muistiyhdistyksen organisoimat liikuntaryhmät, lenkkeily sekä marjastus.

*” – kyllähän nää, niinkun nää kuntosalit ja allasjumpat, nehän tätä fyysistä kuntoa kohottaa – –” (H7)*

#### **8.4 Kokemukset terveydenhuoltohenkilöstön omaishoitajien voimavaroroja vahvistavasta toiminnasta**

Kolmannessa tutkimustehtävässä kartoitettiin miesomaishoitajien kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön voimavaroroja vahvistavasta työstä. Terveydenhuoltohenkilöstön toimintaa käsitteleviksi asioiksi muodostuivat: terveydenhuollon henkilöstön omaishoitajan voimavaroroja tukeva toiminta, omaishoitajien voimavaroroja ei ole huomioitu ja terveydenhuoltohenkilöstön ohjaus puutteellista. Lisäksi miesomaishoitajat toivat esille voimavarojen huomioimattomuuteen vaikuttaneet tekijät sekä terveydenhuollon ulkopuoliset tukimuodot.

Miesomaishoitajista kaksi toi esille, että terveydenhuoltohenkilöstö oli tukenut heidän voimavarojaan jossakin yhteydessä omaishoitajuuden aikana. Molemmat miesomaishoitajat kertoivat hoitajan sekä lääkärin tukeneen heidän jaksamistaan. Käytännön toimia olivat olleet jaksamisen puheeksiottaminen, viralliseen omaishoitajuuteen kannustaminen ja lääkärinlausuntojen kirjoittaminen tukimuotojen saamiseksi.

*”Muistihoitajalla on kerran, yhen kerran käyty ja, ja hän oli hyvin positiivinen, positiivinen, hän se oli jo viime kesänä, nii hän tuota silloin jo kehotti tätä omaishoitajan statusta hakemaan – – ” (H7)*

*”– –Siel oli kaks lääkäriä, jotka tuota kyllä oli, oli tosi, tosi semmosia positiivisia, että ne, ne niinkun kuunteli ja kyseli myöskin omaa jaksamista siinä tai omaiselta. – –” (H7)*

Keskustelussa tuotiin esille myös päinvastainen näkemys terveydenhuoltohenkilöstön omaishoitajien voimavaroja vahvistavasta toiminnasta. Viisi mies-omaishoitajaa mainitsi, ettei heidän voimavaroistaan ole keskusteltu terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Yksi miesomaishoitaja koki, että voimavaroista ja jaksamisesta puhutaan vaihtelevasti riippuen terveydenhuollon ammattihenkilöstä.

*”Ei siellä oo pahemmin mejän jaksamisesta puhuttu... (H1)*

*”Ei oo miulla minkäänlaista kokemusta siitä ei ei oo kukkaan puhunu mitään.” (H3)*

Syitä siihen, miksi voimavaroja ei ole otettu puheeksi terveydenhuollossa löytyi haastattelun perusteella kaksi. Miesomaishoitajista kaksi koki, ettei voimavaroista puhumiselle ei ole sijaa toisen asian ohessa lääkärin vastaanotolla käydessä. Toinen esiin tullut seikka oli, etteivät miesomaishoitajat kokeneet jaksamisen puheeksiottamista tarpeellisena. Tätä mieltä oli kolme miesomaishoitajaa.

*”– – kun mennään lääkäriin nii se on vaan se yks asia mihin hyö ei ei ne siitä kysele minkäläiset on muut olosuhteet.” (H3)*

*”– – mutta että ei miullakkaan oo semmosia intressejä.” (H2)*

Miesomaishoitajat olivat kokeneet saaneensa tukea jaksamiseensa myös terveydenhuollon ulkopuolelta. Tämän toi ilmi kolme miesomaishoitajaa. Merkittävimmiksi koettiin muistiyhdistyksen toiminta sekä erilaiset kurssit, joissa oli läsnä myös sosiaali- ja terveystalouden henkilökuntaa. Tähän aiheeseen liittyen yksi omaishoitajamiehistä totesi, että terveydenhuollon henkilöstön ohjauksessa kolmannen sektorin palveluihin on kehitettävää.

*”Aika omatoimisesti ja sattumanvarasesti – – (tiedonsaanti muistiyhdistyksestä)” (H2)*

*”– – No tämä oli hyvä kurssi, minkä mie täältä kautta sain, että kurssilla otettiin kyllä ja kiinnitettiin tähän huomiota – –” (H4)*

## **8.5 Kehitystoiveet omaishoitajien voimavaroja vahvistavaan toimintaan terveydenhuoltohenkilöstölle**

Neljäntenä tutkimustehtävänä oli selvittää omaishoitajien kehitystoiveita liittyen voimavaroja vahvistavaan terveydenhuoltohenkilöstön toimintaan. Kehitystoiveita ovat terveydenhuoltohenkilöstön ihmisläheisempi asiakkaan kohtaaminen, asiakasystävällisemmät terveydenhuollon palvelut, asiakkaan tilanteeseen kohdennetun tiedonantamisen kehittäminen ja kehittämisideat omaishoitajien voimavaroja tukevista uusista palveluista. Haastateltavat halusivat nostaa esille erityisesti terveydenhuollon asiakasystävällisyyden ja palveluiden parantamisen tutkimuskysymyksestä poiketen. Esille nousseet aiheet halutaan kuitenkin esitellä tässä yhteydessä, sillä niiden voidaan ajatella olevan lähtökohta terveydenhuoltohenkilöstön voimavaroja vahvistavaan toimintaan.

Toiveen terveydenhuoltohenkilöstön ihmisläheisemmästä asiakkaan kohtaamisesta toi esille kolme miesomaishoitajaa. Kaksi heistä huomautti terveydenhuoltohenkilöstön tarvitsevan asennemuutosta työn tekoon. Kaksi miesomaishoitajaa esitti lisäksi toiveen ihmisen paremmasta kohtaamisesta terveydenhuollon asiakastilanteissa. Tähän liittyi ihmisen henkilökohtaisempi huomiointi. Toinen näistä kahdesta kaipasi myös lämpimämpiä hoitosuhteita, toivoen samankaltaista kohtelua kuin muistiyhdistyksen piirissä.

*”Mutta asennoituminen on työntekoon äsken oli puhetta bisnesmiehet ja (ei saa selvää) ja virkailijat sillä tyylillä on monet hoitajat.” (H1)*

*”– – Ei se tarttee muuta kun pysähtyä ihmisen koha-kohalle muutamaksi minuutiksi niin se se on kummallinen vaikutus sillä.” (H1)*

Yhtä lukuun ottamatta kaikki miesomaishoitajat toivoivat terveydenhuollon palveluiden olevan asiakasystävällisempiä. Kolme miesomaishoitajaa koki, että

vastaanottokäynnillä oli aikaa liian vähän. Tästä seurasi toive ajan lisäämisestä vastaanottotyöhön. Eräs miesomaishoitajista esitti ajatuksen, että vastaanotolla olisi mahdollista käsitellä useampia asioita samalla käyntikerralla. Kaksi miesomaishoitajaa toivoi myös, että vastaanotolle pääsy onnistuisi nykyistä helpommin. Keskustelussa ilmeni toive omalääkäristä kahden miesomaishoitajan toimesta. Omalääkäriin ollessa tuttu vastaanotolle meno koettiin turvallisempaan.

*”Siihen ei voi enää sisällyttää jotta mitäs sulle kuulluu jos potillaana on tämä. Eliikkä lissää aikkaa.” (H3)*

*”Eipä sinne kun ei vuoroja saa.” (H6)*

*”– – kun oli omalääkäri, vaikkei se tähän vikaan vielä vaikuta, oli paljon turvallisempi mennä sille omalle lääkärille, ku se lukee sieltä, mikä on se koko kertomus ja tuntee jo miehen kun tulee – –” (H4)*

Kolme miesomaishoitajaa toi esiin tarpeen asiakkaan tilanteeseen kohdennetun tiedonantamisen kehittämisestä. Eräs heistä toi erityisesti esille sen, että annettavan tiedon ja asiakkaan sen hetkisen tiedon tarpeen tulisi kohdata paremmin. Kahdella omaishoitajamiehellä oli näkemys siitä, että tiedotus omaishoitajan tukimuodoista tulisi olla järjestelmällisempää terveydenhuollossa. Tämä voisi tapahtua kartoittamalla kaikki tukimuodot, jonka jälkeen koottu tieto välitettäisiin omaishoitajille systemaattisesti.

*”– – Joo sais olla tuota sais olla jonkunlainen vaikkapa paperi puhe joka annetaan jossa ois just kaikkea näitä mitä tukia voi käyttää ja yhdistykset ja semmoset.” (H1)*

Voimavaroja vahvistavan toiminnan kehitystoiveista keskustellessa miesomaishoitajat ideoivat omaishoitajien voimavaroja tukevia uusia palveluja. Ensimmäinen ehdotus koski omaishoitajien vuosittaista terveystarkastusta, jossa miesomaishoitajat pitivät tärkeänä riittävän pitkää vastaanottoaika. Tämä mahdollistaisi terveysasioiden huomioimisen lisäksi myös keskustelun jaksamiseen liittyvistä asioista. Toinen ehdotus koski muistisairaiden päivähoitoa, joka tukisi omaishoitajan jaksamista. Eräs miesomaishoitajista ideoi, että hoitopäivän pituus voisi määrittyä kunkin omaishoitajan ja hoidettavan tilanteen mukaan.

*” – että omaishoitajille vuotuinen, vuosittainen terveystarkastus.” (H7)*

*” Ei, ei pelkästään niinkun terveysasioista, vaan nimenomaan keskusteltas tästä jaksamisesta.” (H7)*

*” – ainakin muistisairaiden päivähoito. – – se ois niinkun lapsilla päivähoito, että aamulla viedään ja illalla haetaan. Mutta aikasemmassa vaiheessa...riittä ehkä puolipäivähoito. Mut...sitten tietyssä vaiheessa, niin kokopäivähoito – – ”(H7)*

*” – – siinä sais sitten sitä omaa aikaa. Myöskin niinkun päivittäin, kun jossain vaiheessa se tulee – – että sitä tarttee päivittäin sitä omaa aikaa – – sitten jaksais sen illan paremmin, kun siinä jää vielä neljän, puoli viiden jälkeen niin siinä jää aika pitkä ilta vielä.” (H7)*

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miesomaishoitajien voimavaroja muistisairaana puolisonsa hoidossa. Lisäksi haluttiin selvittää miesomaishoitajien kokemuksia voimavarojen terveyttä edistävästä vaikutuksesta. Tarkoituksena oli myös kuvata miesomaishoitajien kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön voimavaroja vahvistavasta toiminnasta omaishoitajuuden aikana. Opinnäytetyössä selvitettiin myös miesomaishoitajien toiveita terveydenhuoltohenkilöstön omaishoitajien voimavaroja vahvistavan toiminnan kehittämiseen.

Soinnun ja Anttosen tutkimuksessa (2008, 37) todetaan, että muistisairauden ominaispiirteiden vuoksi sairastuneen omaishoitajuus koetaan usein kuormittavaksi. Reimarin tutkimuksen (2013, 45) mukaan muistisairaana omaishoitajuuden voitiin todeta heikentävän omaishoitajan elämänlaatua. Opinnäytetyön tekijöille tuli opinnäytetyön teoriatietoon tutustuessa ja haastatteluja tehdessä tunne, että voimavarat ovat hyvin tärkeitä omaishoitajan jaksamisen tukena.

Miesomaishoitajat kokivat muistiyhdistyksen merkittävänä voimavarana elämäntilanteessaan. Myös Matilaisen tutkimuksessa (2002, 39) omaishoitajat toivat ilmi aktiivisesti toimivan Dementiayhdistyksen tärkeän roolin tuen tarjoajana.

Miesomaishoitajat pitivät erityisen tärkeänä vertaisryhmästä saatua tukea. Kiinassa, Isossa-Britanniassa ja Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on myös todettu vertaisryhmät tärkeiksi omaishoitajien tukimuodoiksi (Wang ym. 2012, 220; Greenwood, ym. 2013, 619 - 621; Matilainen 2002, 39; Antikainen 2005, 59).

Muistiyhdistys tarjosi miesomaishoitajille tiedollista tukea ja erilaisia harrastustoimintoja omaishoitajien arkeen. Omaishoitajille suunnattuja kursseja pidettiin tärkeinä tiedon ja tuen tarjoajina. Nurmen tutkimuksen (2002, 63) omaishoitajat pitivät tietoa, erityisesti lääketieteellistä tietoa, sekä tiedon laadukkuutta tärkeänä voimavarojen vahvistuksessa. Metson ja Mäkelän tutkimuksen (2001, 53) dementiapotilaiden omaisten sopeutumisvalmennuskurssille osallistuneet kokivat saaneensa runsaasti tarpeellista tietoa. Siiran tutkimuksessa (2006, 56) omaishoitajista noin kolmasosa piti kuntoutumisjaksoja ja sopeutumisvalmennuskursseja melko ja erittäin tärkeinä oman hyvinvointinsa ja jaksamisensa kannalta.

Kodin ulkopuolinen apu oli miesomaishoitajien voimavara puolison hoidossa. Merkittävimpänä tukena puolison ja kodin hoidossa olivat omat lapset, mutta tärkeänä apuna olivat myös muut läheiset sekä tuttavat. Samankaltaisia tuloksia lasten ja lähipiirin tärkeästä merkityksestä on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa (Saastamoinen 2013, 51 - 52; Aatola 2003, Malmin & Nissi-Onnelan 2011, 78 mukaan; Kirsi 2013, 283). Miesomaishoitajat pitivät myös yhteiskunnalta saamaansa tukea ja apupalveluita tärkeänä jaksamisen kannalta omaishoitajuudessaan. Laitisen tutkimuksen (2011, 62 - 64, 77) mukaan tärkeimpänä palveluna pidettiin omaishoitajan vapaan mahdollistavaa hoitoapua, minkä lisäksi neuvonta ja koulutus nähtiin tarpeellisena. Soinnun ja Anttosen tutkimuksessa (2008, 46) mainittiin läsnäoloavun merkitys. Opinnäytetyössä miesomaishoitajat kokivat, että ulkopuolinen apu mahdollistaa voimavarana koetun oman ajan ja vapaapäivien viettämisen. Omalla ajalla oli tärkeä merkitys omaishoitajan jaksamiselle Soinnun ja Anttosen mukaan (2008, 40 - 41), ja sama käy ilmi myös Siiran (2006, 71) tutkimuksessa.



Keskeiseksi voimavaraksi miesomaishoitajat kokivat erilaiset harrastukset kodin ulkopuolella, joiden todettiin tuovan säännöllisen viikkorytmin ja vaihtelua omaishoitajan arkeen. Harrastustoiminta osaltaan mahdollisti sosiaaliset kontaktit kodin ulkopuolella, ja ne koettiin voimavarana omaishoitajuudessa. Kirsin (2013, 296) ohjaamassa miesomaishoitajien keskusteluryhmässä työelämä ja aktiivinen yhdistystoiminta koettiin tärkeiksi asioiksi elämässä. Soinnun ja Antosen tutkimuksessa (2008, 40 - 41) sosiaaliset kontaktit ja mielekkäät harrastukset koettiin jaksamista tukevinä tekijöinä. Tärkeäksi teemaksi nousi myös jatkuvuus ja sen ylläpitäminen. Anderssonin mukaan (2007, 81 - 82) ikääntyneet pitivät tärkeänä arjen jatkuvuutta ja sen rutiineja.

Parisuhteen ja rakkauden merkitys voimavarana nousi esiin miesomaishoitajien puheessa vähäisemmissä määrin kuin opinnäytetyön tekijät ennakkoon olettivat. Mikkolan tutkimuksen (2009, 195) tuloksissa yhteisen elämän jatkuminen ja yhteenkuuluvuuden tunne nähtiin puolisohoivan perustana. Siiran tutkimus (2006, 54) sen sijaan toi esiin, että 16 % omaishoitajista piti pitkää yhteistä elämää ja rakkautta puolisoa kohtaan tärkeimpänä voimia tuovana asiana. Opinnäytetyön tekijät pohtivat parisuhteen merkityksen vähäisen esiin tuomisen johduneen mahdollisesti haastattelun toteuttamisesta ryhmämuotoisena. Ryhmädynamiikka ja ryhmähaastattelulle tyypillinen kulku sekä haastateltavien sukupolven piirteet saattoivat vaikuttaa henkilökohtaisempien asioiden puheeksi ottamiseen. Toisaalta myös Kirsin (2004, 73) tutkimuksessa ilmeni miesten niukkasnaisuus tunteiden kuvailussa, mikä kuuluu maskuliiniseen identiteettiin. Tutkimuksen mukaan rakkaus, hellyys ja kiintymys merkitsevät miehille enemminkin huolenpidon ja parisuhteen ominaisuuksia kuin hoitamisen voimavaroja.

Miesomaishoitajat kokivat voimavarojen edistävän heidän terveyttään. Erityisesti mainittiin voimavarojen vaikuttavan myönteisesti psyykkiseen hyvinvointiin. Voimavarojen fyysistä terveyttä tukeva vaikutus tuotiin myös esille. Tutkimustietoa omaishoitajien terveyden edistämisestä on niukasti saatavilla. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena ovat iäkkäät miesomaishoitajat, joten teoria- ja tutkimustietoa iäkkäiden terveyden edistämisestä voidaan soveltaa tutkittuja omaishoitajia koskevaksi.

Tässä opinnäytetyössä voimavaroina mainittujen asioiden on nähty vaikuttavan terveyteen samankaltaisesti myös muissa tutkimuksissa. Lehtosen tutkimuksessa (2008, 81) ikäihmiset kokivat liikunnan ja sosiaaliset kontaktit terveyttä edistäviksi ja ylläpitäviksi toiminnoiksi. Amerikkalaisessa tutkimuksessa (2000, 210 - 211) saatiin samankaltaisia tuloksia. Myös laitospotilaille osallistuneet omaishoitajat kokivat liikunnan positiiviset vaikutukset fyysiseen sekä henkiseen terveyteen (Siira 2006, 52). Lampisen tutkimuksessa (2004, 60) ikäihmisten fyysisen aktiivisuuden ja harrastuneisuuden huomattiin edistävän heidän psyykkistä terveyttään. Omaishoitajien elämänlaatuun positiivisesti vaikuttavia seikkoja Klementtilän (2014, 27 - 28, 31 - 32, 39) tutkimuksen mukaan olivat parisuhde, harrastukset, sosiaalinen osallistuminen, apu, tuki ja tiedon saaminen sekä oma aika. Myönteiset ajatukset, tunteet sekä merkitykselliset asiat vaikuttivat myös elämänlaatuun.

Miesomaishoitajien kokemukset terveydenhuoltohenkilöstön voimavaroja vahvistavasta toiminnasta olivat vaihtelevia. Pääasiallisesti miesomaishoitajat kokivat, ettei terveydenhuoltohenkilöstö ole huomionnut heidän voimavarojaan. Syyksi tähän koettiin se, ettei lääkärin vastaanotolla ole aikaa voimavaroista keskustelulle. Pursiaisen tutkimuksen (2010, 81, 89) mukaan useat omaishoitajat kokivat, ettei heidän tuen ja palvelujen tarvettaan oltu huomioitu sairaalajakson aikana. Omaishoitajat eivät myöskään olettaneet, että terveydenhuollossa olisi kovin paljon aikaa keskustella omaishoitajan jaksamisesta ajan puutteen ja terveydenhuoltohenkilöstön kiireen vuoksi. Omaishoitajat kokivat Matilaisen (2002, 49) mukaan avun hakemisen julkisen terveydenhuollon piiristä vaikeaksi, ja palvelujärjestelmä oli heidän mukaansa turhan joustamaton ja byrokraattinen. Opinnäytetyössä osa miesomaishoitajista toi ilmi, ettei jaksamisen puheeksi ottaminen ole tuntunut heistä itsestään tarpeelliselle. Muutama miesomaishoitajista kertoi terveydenhuoltohenkilöstön tukeneen toiminnallaan heidän jaksamistaan. Samankaltainen kokemus oli myös muutamilla Pursiaisen (2010, 87 - 88) haastattelemissa omaishoitajilla.

Terveydenhuoltohenkilöstön tarjoama ohjaus kolmannen sektorin omaishoitajan jaksamista tukeviin palveluihin koettiin puutteellisena. Myös Metson ja Mäkelän

(2001, 53) sekä Pursiaisen (2010, 140) tutkimusten omaishoitajat kokivat, että tarjolla olevasta yhdistystoiminnasta tiedottaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa oli puutteellista.

Opinnäytetyön tulosten perusteella miesomaishoitajat kokevat kolmannen sektorin palvelut merkittävinä jaksamisen kannalta. Myös Matilaisen (2002, 40, 49 - 50) tutkimuksen omaishoitajat arvostivat ja hyödynsivät runsaasti kolmannen sektorin tarjoamia palveluita selviytyäkseen omaishoitajan arjesta ja saadakseen itselleen kaipaamaansa vapaa-aikaa. Keskustelutilaisuuksia, -ryhmiä ja koulutustilaisuuksia arvostettiin arkiavun ohessa. Opinnäytetyön tekijät näkevät näiden tulosten valossa tärkeänä, että terveydenhuoltohenkilöstö tiedostaisi kolmannen sektorin toiminnan merkityksen ja potentiaalin sekä ohjaisi asiakkaitaan aktiivisesti näiden palvelujen piiriin.

Miesomaishoitajien toiveet terveydenhuoltohenkilöstön omaishoitajien voimavaroja vahvistavan työn kehittämiseen keskittyivät asiakaslähtöisyyden vahvistamiseen. Palveluiden toivottiin siis olevan asiakasystävällisempiä ja terveydenhuoltohenkilöstöltä toivottiin ihmisläheisempää asiakkaan kohtaamista sekä asiakkaan tilanteeseen paremmin kohdennettua neuvontaa. Pursiaisen (2010, 177) mukaan omaishoitajat toivoivat olevansa terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyökumppaneita, joiden tietämystä ja mielipiteitä omaishoidettavasta tulisi kuunnella ja arvostaa. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, että asiakaslähtöisyyden kehittämisen avulla terveydenhuoltohenkilöstön omaishoitajien voimavaroja huomioivan toiminnan edellytykset paranisivat.

Tiedonantoa omaishoitajille tulisi kehittää terveydenhuollossa miesomaishoitajien mukaan. Tämä todettiin myös tutkimuksessa, jossa omaishoitajat odottivat alan ammattilaisilta aktiivisempaa tiedottamista omaishoitajuuteen liittyvistä asioista. Omaishoitajat kokivat, että tiedon saamiseksi heidän tuli itse olla aktiivisia ja kysyä asioista. (Metso & Mäkelä 2001, 53.) Pursiaisen tutkimuksessa (2010, 198) omaishoitajat toivoivat konkreettista tiedottamista ja apua omaishoitajien palveluiden ja etuuksien hakemiseen. Opinnäytetyössä miesomaishoitajat kokivat, että tiedonannon tulisi kohdistua asiakkaan tilanteeseen ja tietoa saatavilla olevista palveluista tulisi antaa omaishoitajille järjestelmällisemmin. Tämä voisi

tapahtua esimerkiksi omaishoitajille jaettavan kaikki palvelut kattavan esitteen muodossa. Omaishoitajat esittivät samankaltaisen toiveen kuntakohtaisesta omaishoitajien tietopaketesta myös Pursiaisen (2010, 141) tutkimuksessa.

Joensuun kaupungin tarjoamat omaishoidon palvelut ja niistä tiedottaminen on suunnattu pääasiassa kunnan kanssa omaishoitosopimuksen tehneille omaishoitajille. Kuitenkin tukipalveluita tarjotaan tarpeen mukaan myös epävirallisille omaishoitajille. Omaishoitajia tiedotetaan omaishoidontuen myöntämisen perusteista, jotka pitävät sisällään tietoa kunnan tarjoamista omaishoitajien palveluista ja tuen muodoista. Omaishoitajille on tarjolla myös yksilöllistä tiedotusta esimerkiksi vapaapäivistä ja ylimääräisen tuen muodoista palveluohjaajan käynnillä ja tiedotteilla. Joensuun kaupunki on valmistelemassa tiedotetta, jossa on kootusti kaikki tarvittava tieto palveluista. (Rautiainen 2015.)

Haastateltujen omaishoitajien toive järjestelmällisemmästä tiedotuksesta voi olla opinnäytetyön tekijöiden mielestä osaltaan seurausta siitä, että suurin osa haastatelluista ei ole virallisia omaishoitajia. Täten he eivät ole olleet Joensuun kaupungin palvelutiedotuksen piirissä. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, ovatko koetut kehittämiskohteet terveydenhuoltohenkilöstön tiedotuksessa seurausta tiedon puutteesta liittyen tarjolla oleviin palveluihin. Pohdinnan kohteena oli myös, tiedostaako terveydenhuoltohenkilöstö riittävästi omaishoitajille tarjottavien palveluiden mahdollisen terveyttä edistävän vaikutuksen. Möttösen tutkimuksessa (2013 74 - 75) haastatellut terveydenhuollon henkilöstön jäsenet kertovat, että yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on kangertelevaa ja tietojen välittäminen näiden tahojen välillä on haastavaa. Vaitiolovelvollisuus nähtiin osasyynä tiedonkulun hankaluuteen.

Omaishoitajien uusiksi jaksamista tukeviksi palveluiksi ideoitiin omaishoitajien terveystarkastukset ja muistisairaiden päivähoito. Omaishoitajien terveystarkastuksia toivottiin myös Möttösen tutkimuksessa (2013, 72). Vuodesta 2015 alkaen valtionosuutta kuntien peruspalveluihin lisätään omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksien kehittämistä varten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Joensuussa omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset on aloitettu keväällä 2015. Tarkastuksiin kutsutaan vuoden 2015 aikana vähintään 2 - 3 vuotta

omaishoitajina toimineet. Kunnan kanssa omaishoitosopimuksen tehneet omaishoitajat ovat etusijalla tarkastuksiin kutsuttaessa. (Rautianen 2015.) Muis-tisairaille suunnattua päivähoidopalvelua Joensuun kaupungilla ei ole palvelutar-jonnassaan. Sen sijaan kaikille ikäihmisille on tarjolla päivä kuntoutusta, jonne voi hakeutua, kun toimintakyvyssä on alkanut ilmetä jokapäiväistä elämää hait-tavia muutoksia. Hakijoille tehdään kuntoutustarpeen arviointi, jonka perusteel-la laaditaan kuntoutus- ja toimintakyvyn tukemisen suunnitelma. Päiväkuntoutus voi olla yksi osa tätä suunnitelmaa. (Joensuun kaupungin vastaava ohjaaja 2015.)

## 9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden peruseriaate on, että tutkimuksen tulee olla objek-tiivista (Kananen 2008, 121). Laadulliseen tutkimukseen sekä haastattelulla ke-rättyyn aineistoon liittyy kuitenkin aina kontekstisidonnaisuus. Tämä tulee ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa ja tutkimuksessa saatujen tuloksien yleistämistä tulee välttää. (Kylmä & Juvakka 2007, 79 - 80.)

Tutkimuksessa käytetyt käsitteet, menetelmät ja tutkimusasetelma ovat aina tutkijan valitsemia. Tutkijan valinnat vaikuttavat siis tätä kautta tutkimuksen tu-lokseen. Tutkija voi esimerkiksi ohjata tutkimukseen osallistuvia kysymyksillään. Tutkija voi käyttää esimerkiksi väärää analyysimenetelmää tai lisätä omia nä-kemyksiään ja asenteitaan tutkimustulosten tulkintaan. Tiedostettu tai tiedosta-maton valikointi aineiston tulkinnassa voi myös vääristää tutkimustuloksia. (Ka-nanen 2008, 121 - 122.) Tutkijan tietoisuus omasta vaikutuksestaan tutkimuk-sen tekijänä on edellytys tutkimuksen refleksiivisyydelle. Kvalitatiivisen tutki-muksen yleistä luotettavuutta voidaan arvioida tiettyjen luotettavuuskriteerien perusteella, joista refleksiivisyys on yksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 128 - 129.)

Tutkimuksen täytyy olla uskottava. Laadullisen tutkimuksen uskottavuutta voi-daan lisätä keskustelemalla tutkimuksen tuloksista tutkimukseen osallistuvien kanssa prosessin kuluessa. Tutkimukseen osallistuvat vahvistavat tulosten paikkansapitävyyden. Uskottavuuden lisäämiseksi tutkijan on oltava tarpeeksi

pitkään yhteydessä tutkittavaan ilmiöön, jotta osallistujien todellinen näkökulma saadaan esiin tutkimustuloksissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyössä tekijät ovat olleet vuorovaikutuksessa tutkimukseen osallistuvien kanssa ja esittelevät tutkimustulokset heille. Lisäksi opinnäytetyön prosessissa on työskennelty samaa aihepiiriä ja ilmiötä yli vuoden ajan. Nämä seikat lisäävät opinnäytetyön uskottavuutta.

Tutkimuksen vahvistettavuus on yksi luotettavuuskriteereistä. Tutkijan täytyy kuvata tutkimuksen vaiheet niin, että tutkimusprosessin kulkua on mahdollista seurata ja tutkimusraportin lukijalle selviää, kuinka saatuihin tutkimustuloksiin on päädytty. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Esimerkiksi haastattelututkimuksesta kerrotaan tarkasti, millaisissa olosuhteissa haastatteluja tehtiin. Tutkimustulosten tulkinnassa tutkijan täytyy perustella tulkintansa aineiston avulla. Tulkinnan tueksi raporttiin voidaan ottaa suoria lainauksia haastatteluaineistosta. (Hirsjärvi ym. 2008, 227 - 228.) Vahvistettavuutena voidaan toisen tulkinnan mukaan pitää myös sitä, ovatko toiset tutkijat yksimielisiä saaduista tutkimustuloksista (Kananen 2008, 127). Opinnäytetyön raportissa on selvitetty tarkasti opinnäytetyön kulku, ja haastattelujen tekeminen on kuvattu vaihe vaiheelta. Aineiston tulkinta pohjautuu saatuun tutkimusaineistoon, ja sitä tukevat haastatteluista poimitut sitaatit.

Siirrettävyys kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerinä tarkoittaa tutkimustulosten paikkansapitävyyttä muissa samankaltaisissa tilanteissa (Kananen 2008, 126). Tutkimusraportin on sisällettävä riittävästi kuvailevaa ja tarkkaa tietoa esimerkiksi tutkimushenkilöistä, jotta tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin tapauksiin voidaan arvioida (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimukseen osallistuneita on kuvattu mahdollisimman tarkasti anonymiteetin säilymisen rajoissa. Opinnäytetyön tekijät tiedostavat, että kaikki tutkimukseen osallistuneet kuuluvat vertaisryhmään, jolloin tutkimustulokset eivät ole siirrettävissä koskemaan vertaisryhmien ulkopuolisia omaishoitajia.

Tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että jo pelkästään tutkijan kohdistama kiinnostus tutkimusaiheeseen saattaa aiheuttaa muutoksen tutkimuksen kohteena olevissa henkilöissä. Tällöin tutkimustulokset vääristyvät ja

niiden luotettavuus kärsii. Tällaista ilmiötä nimitetään reaktiivisuudeksi. Tutkijan ja tutkimustilanteen vaikutusta kohdejoukkoon ei ole mahdollista täysin poistaa, ellei käytetä tutkimusmenetelmänä havainnointia. Kuitenkin reaktiivisuuden vaikutusta voidaan vähentää tiedostamalla tutkijan vaikutus kohdejoukkoon. (Kananen 2008, 122 - 123.) Opinnäytetyön prosessin aikana reaktiivisuuden vaikutus on tiedostettu.

Luotettavuutta voi heikentää sekä haastateltavasta että haastattelijasta peräisin olevat virheet. Esimerkiksi haastateltava voi muokata vastauksiaan sen mukaan, mitä hän olettaa haastattelijan haluavan kuulla. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 35.) Virheen mahdollisuus saattaa liittyä myös siihen, ymmärtävätkö tutkija ja tutkittava toisiaan samalla tavoin, sillä käytetyt käsitteet ja puhuttu kieli eivät ole yksiselitteisiä (Kananen 2008, 121). Ryhmässä tapahtuvassa haastattelussa tutkijan tulee huomioida ryhmädynamiikan ilmiöön liittyvä luotettavuuteen vaikuttava seikka, jossa osallistujat pyrkivät noudattamaan yleistä hyväksyttyä mielipidettä ja näin jotain olennaista voi jäädä piiloon (Kylmä & Juvakka 2007, 84 - 85). Tämä seikka tulee ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa (Hirsjärvi ym. 2008, 206). Opinnäytetyön tekijät havaitsivat, että ryhmähaastatteluissa keskustelu painottui puheliimpien haastateltavien esiintuomiin aihepiireihin. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä tämä ei ollut tulosten kannalta niin merkittävää, että siihen olisi analysointivaiheessa ollut syytä kiinnittää huomioita. Haastatteluiden aikana haastattelijat pyrkivät haastatteluteemojen mukaiseen etenemiseen ja kaikkien haastateltavien huomiointiin.

### **9.3 Opinnäytetyön eettiset kysymykset**

Tutkimuksen tekoon liittyy eettisiä haasteita. Ne liittyvät sekä tutkimuksen kohteisiin ja osallistujiin että raportin laatimiseen, eli ne ovat mukana tutkimuksen joka vaiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224, 227.) Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2008 23).

Jotta tutkimus seuraa eettisiä periaatteita, sen tulisi olla hyödyllinen sekä yksilöettä yhteiskuntatasolla. Hyödyllisyys voi kohdistua senhetkisen tilanteen parantamiseen tai tähdätä tulevaisuuden uusiin menetelmiin ja toimintatapoihin. Tutkittavien valinnassa tulee noudattaa tasa-arvoisuutta, eli heidän tulee edustaa tutkittavaa joukkoa mahdollisimman moniulotteisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218, 221.) Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää toimeksiantajien toiminnassa heidän haluamallaan tavalla. Opinnäytetyön tekijöillä on mahdollisuus hyödyntää työn tuloksia ja sen myötä syntyvää ymmärrystä aiheeseen tulevassa työssään. Jokaisen opinnäytetyön kohderyhmän mies-omaishoitajan tilanne on erilainen ja siten yksilöllinen kokemus tilanteesta arvokas.

Tutkijan tulisi huolehtia siitä, että tutkimuksesta aiheutuu tutkimuksen kohteena oleville mahdollisimman vähän haittaa fyysisellä, emotionaalisella, sosiaalisella sekä taloudellisella osa-alueilla. Tämä tulisi ottaa huomioon etenkin arkaluontoisia asioita käsitellessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Arkaluontoisuuden määrittely voi olla hyvä jättää tutkittavalle itselleen, sillä ihmiset kokevat henkilökohtaisesti erilaiset asiat arkaluontoisiksi (Kuula 2006, 136). Opinnäytetyön aineistonkeruussa on pyritty minimoimaan osallistujille koituvat haitat. Käsitellyt teemat eivät olleet lähtökohtaisesti niin arkaluontoisia, ettei niitä olisi voinut kerätä ryhmähaastattelulla. Toisaalta haastattelutilanne antoi haastateltaville vapauden päättää, minkälaisia asioita he halusivat tuoda esille.

Tutkimukseen osallistuvien tulisi saada itsemääräämisoikeus osallistumiseen, eli sen tulisi olla täysin vapaaehtoista ja osallistujalla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä antamasta tietoja sekä keskeyttää tutkimus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tutkittavien kirjallinen informointi on tarpeen, kun tutkimusaineistoa kerätään suoraan tutkittavilta henkilöiltä ja saatu aineisto tallennetaan. Lisäksi tutkittavilta tarvitaan vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen, mutta kirjallinen tutkimuslupa tutkittavilta ei ole välttämätön. (Kuula 2006, 119.) Tutkittavan tulee olla tietoinen tutkimuksen luonteesta sekä hänen oikeuksistaan tutkimuksen kulun yhteydessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Informoinnissa tulee tuoda esille tutkimuksen tavoite ja tutkimuksen konkreettinen toteutustapa. Tutkimusaineiston käyttötarkoitus ja käsittely selvitetään



tutkittaville. Lisäksi tulee mainita tutkimukseen osallistumisen arvioitu kesto. Informoinnissa tulee ilmetä tutkijoiden yhteystiedot ja taustaorganisaatiot tutkimukselle. Tutkittavia tulee myös informoida siitä, kuinka heidän yhteystietonsa on kerätty ja millä perusteella he ovat valikoituneet mukaan tutkimukseen. (Kuula 2006, 121.)

Pohjois-Karjalan Muisti ry:n yhteyshenkilö tiedusteli puhelimitse miesomaishoitajien vertaisryhmän jäseniltä halukkuutta osallistua haastatteluun. Opinnäytetyön aihetta ei tässä vaiheessa kerrottu. Halukkaat osallistujat saapuivat sovituna aikana miesomaishoitajien vertaisryhmän kokoontumistilaan. Tällöin haastatteluun liittyvä tieto annettiin haastateltaville saatekirjeellä ja suullisella informaatiolla. Haastatteluihin osallistuvat saivat tarvittavan tiedon opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteesta sekä tutkimustulosten käyttötarkoituksesta, haastattelutilanteesta ja julkaisusta. Tämän jälkeen haastateltavilta tiedusteltiin halukkuutta osallistua haastatteluun ja annettiin samalla oikeus myös kieltäytyä siitä. Ennen haastattelujen aloitusta tutkittavilta pyydettiin suostumus haastatteluun kirjallisella sopimuksella.

Keskeisenä asiana tutkimustyötä tehdessä on tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen. Ulkopuoliset eivät saa päästä käsiksi tutkimustietoihin. Aineiston ollessa pieni voidaan osallistujien anonymiteettiä suojata esittämällä taustatiedot keskiarvona. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Arkaluonteisten tietojen muuttaminen tai poistaminen on harkittava. Esimerkiksi sairauksista voi olla hyvä puhua yleisluonteisella termillä. (Kuula 2006, 217.) Haastateltujen anonymiteetin säilyttämiseen kiinnitettiin huomiota opinnäytetyössä edellä mainituilla keinoilla.

Aina tarvittavia ovat sekä tutkimuslupa organisaatiolta sekä tutkimukseen osallistuvan suostumus. Tutkimuslupaa hakiessa tulee selvittää organisaation kanta anonymiteettiin eli siihen, saako organisaation nimi näkyä raportissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222.) Opinnäytetyön toimeksiantajat eivät nähneet tarvetta tutkimusluvan hankkimiselle. Opinnäytetyön tekijät katsoivat kuitenkin tutkimusluvan tarpeelliseksi opinnäytetyön luotettavuuden vahvistamiseksi, joten tutkimuslupa (liite 2) hankittiin opinnäytetyön suunnitelman olles-

sa valmis. Toimeksiantajien mukaan heidän organisaatioidensa nimet saavat näkyä opinnäytetyön raportissa.

Tutkimusraportin laatimiseen liittyvät eettiset haasteet koskevat plagiointia, tulosten sepittämistä sekä vähättelyä. Plagiointi on toisen henkilön tekstin lainaamista ilman lähdeviittauksia. Tekstin lainaaminen ilman lähdeviitteitä ei ole sallittua, sillä kirjoittajalla on tekijänoikeudet omaan tekstiin. Tulosten sepittäminen on tulosten kirjoittamista ilman taustalla olevaa tutkimusaineistoa tai tutkimustuloksien muuntamista. Tämän vuoksi on tärkeää raportoida tutkimuksen eri vaiheet perusteellisesti. Vähättely liittyy tutkijoiden väliseen seikkaan, jossa joku tutkimuksen tekijäosapuoli esittää tutkimusta tai sen tuloksia virheellisesti vain omista nimissään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224 - 225.) Opinnäytetyön raportissa on käytetty asianmukaisia lähdeviittauksia toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä lainatessa. Opinnäytetyön vaiheet on selostettu huolellisesti, ja tulokset ovat syntyneet haastatteluista kerätyn tutkimusaineiston pohjalta. Opinnäytetyön tekijät ovat tuoneet ja tuovat jatkossakin ilmi, että työtä on tehty yhdessä ja saadut tulokset on saavutettu yhteistyöllä.

#### **9.4 Oppimisprosessi**

Opinnäytetyöprosessi on kaiken kaikkiaan ollut vaihteleva ja mielenkiintoinen. Prosessi on pitänyt sisällään kausia, joiden aikana työ on edennyt nopeammin ja tehokkaammin sekä kausia, jolloin työ on edennyt hitaammin tai työn tekeminen on ollut tauolla. Esimerkiksi kolmen kuukauden mittaisen harjoitteluvaihdon ajaksi opinnäytetyön tekeminen jätettiin tarkoituksellisesti tauolle. Koko tämän ajan aihe on kuitenkin ollut opinnäytetyön tekijöiden ajatuksissa, ja mielenkiinto sitä kohtaan on säilynyt prosessin kaikissa vaiheissa.

Alun perin mielenkiinto opinnäytetyön aihetta kohtaan heräsi Karelia-ammattikorkeakoululle annettuja opinnäytetyön toimeksiantoja tarkastellessa. Toimeksiannoista nousi esiin omaishoitoa ja muistisairauksia käsittelevä aihe. Lopullinen opinnäytetyön aiheen rajaus tapahtui toimeksiantajien ja opinnäytetyön tekijöiden yhteistyönä.

Opinnäytetyön tekijät ovat oppineet prosessin aikana runsaasti uutta tietoa aikaisemmin melko tuntemattomasta aihepiiristä. Prosessin aikana omaishoitajien tilanne, tuki- ja palvelumuodot sekä omaishoitajien arki on konkretisoitunut. Muistisairauksien yleisyys vanhuudessa sekä niiden ominaispiirteet herättivät pohtimaan omaishoitajuuden merkitystä yhteiskunnalle tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Muistisairauden ominaispiirteet huomioiden omaishoitajien jaksamisen tukeminen tuntuu tärkeältä asialta.

Parityöskentely on ollut opinnäytetyöprosessin aikana sujuvaa ja mielekästä molemmille osapuolille. Työmuodon parhaimpia puolia ovat olleet ideoiden jakaminen, keskustelu opinnäytetyöhön liittyvistä asioista ja tuen saaminen parilta. Opinnäytetyön tekijät ovat prosessin aikana toimineet sekä yksin että yhdessä. Tämä on opettanut sekä työmäärän jakamista että oman työskentelyn organisoimista. Parityöskentely on myös opettanut tekijöitä hyödyntämään Internetissä olevia etätyöskentelyn mahdollistavia alustoja. Kokonaisuudessaan aikataulut on ollut merkittävä osa opinnäytetyöprosessia ja prosessin aikana kehittymistä on tullut oman työn aikatauluttamisessa.

Oman työn kriittinen tarkastelu on ollut osa opinnäytetyöprosessia. Opinnäytetyön tekijät ovat kokeneet kehittyneensä koko prosessin ajan oman sekä parin tuottaman tekstin arvioinnissa. Yhdessä kirjoitettua tekstiä on myös arvioitu kirjoittamisen yhteydessä ja sen jälkeen. Raporttia on arvioitu kokonaisuutena ja muokattu tarkoituksenmukaisemmaksi.

Opinnäytetyön tekijät ovat oppineet opinnäytetyöprosessin aikana hakemaan tietoa aiempaa tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin. Opinnäytetyön tutkimuksessa on käytetty laadullista tutkimusmenetelmää ja siitä johtuen tekijät ovat kehittyneet laadullisen tutkimuksen toteuttamisessa ja tietävät, millaisen tutkimuksen toteuttamiseen laadullinen tutkimus on sopiva menetelmä. Haastattelut opettivat haastattelun toteuttamisessa huomioitavia asioita, esimerkiksi haastattelun toteuttaminen ryhmämuotoisena voi vaikuttaa siihen, kuinka henkilökohtaisia asioita tuodaan esiin.

Karelia-ammattikorkeakoulun tarjoama opinnäytetyön ohjaus koettiin opinnäytetyöprosessin aikana hyödylliseksi. Opinnäytetyön ohjaajalta saatu tuki ja tietotaito olivat tarpeellisia opinnäytetyöprosessin aikana työn edistymisen ja laadun kannalta. Opinnäytetyön pienryhmäohjaus on puolestaan rytmittänyt opinnäytetyöprosessia ja ryhmän tarjoama vertaistuki on ollut hyödyksi. Ryhmässä käydyt keskustelut ovat tarjonneet tukea ja neuvoja koko opinnäytetyöprosessin ajan. Lisäksi opinnäytetyön ohjaus on kehittänyt opinnäytetyön tekijöiden rakentavan palautteen saamisen ja antamisen taitoja.

### **9.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset**

Opinnäytetyön tekijät näkevät hyödyllisenä omaishoitajien voimavaroja kartoittavan tutkimuksen toteuttamisen laajemmin eri omaishoitajaryhmille. Näin omaishoitajuuden ja kokemusten kokonaisuus tulisi esiin laajemmin. Saatuja tuloksia olisi mielenkiintoista verrata toisiinsa, tehdä havaintoja ja lisätä ymmärrystä siitä, minkälaisia eroavaisuuksia voimavaroissa esiintyy. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä mielenkiintoisia uusia kohderyhmiä, jolle voimavaroja kartoittavan tutkimuksen voisi kohdistaa, ovat muistisairaana omaishoitajat, jotka eivät ole mukana vertaistukiryhmissä, työikäisen muistisairaana omaishoitajat sekä naiset, jotka toimivat puolisonsa omaishoitajana.

Opinnäytetyössä omaishoitajien voimavaroja on pohdittu omaishoitajan näkökulmasta. Sen vuoksi opinnäytetyön tekijät näkevät aiheen mielenkiintoisena tutkimuskohteena myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Tällöin tutkimuksen aiheena voisi olla esimerkiksi hoitohenkilökunnan kokemukset voimavaralähtöisestä ohjauksesta Joensuussa.

Jatkokehitysideana opinnäytetyön tuloksien tulkinnan aikana nousi esille erään miesomaishoitajan idea omaishoitajille suunnatusta paperisesta tiedotteesta. Tiedotteen voisi jakaa muistisairaalle ja omaiselle sairauden diagnoosin saamisen yhteydessä, jolloin tiedon tarve voi olla suuri. Tiedotteessa olisi koottuna kaikki omaishoitajille Joensuussa saatavilla olevat palvelut ja tukimuodot. Nämä pitävät sisällään esimerkiksi terveydenhuollon palvelut, omaishoidon tukeen liit-

tyvät asiat ja myös mahdolliset tukea tarjoavat kurssit ja yhdistykset. Tätä tiedotetta jaettaisiin sairauden diagnosointipaikassa, jolloin tiedote tavoittaisi mahdollisimman suuren osan sairastuneista ja omaisista.

## Lähteet

- Andersson, S. 2007. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Sosiaali ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 169. Helsinki: Stakes.
- Antikainen, H. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vertaisryhmästä dementoituvaa hoitavan tukena. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B. & Baum, M. C. 2000. Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults. *Journal of Gerontology*. 55 (4), 208 - 212.  
<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/55/4/S208.full.pdf+html>. 30.10.2015.
- Greenwood, N., Habibi, R., Mackenzie, A., Drennan, V. & Easton N. 2013. Peer Support for Carers: A Qualitative Investigation of the Experiences of Carers and Peer Volunteers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 28 (6), 617 - 626.  
<http://aja.sagepub.com/content/28/6/617.full.pdf+html>. 27.5.2015.
- Haarala, P. & Mellin, O.-K. 2015. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. 2015. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O.-K. & Teräväskanto-Mäentausta, T. (toim.). Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: EDITA, 26 - 45.
- Heikkinen, R.-L. 2002. Mielen voimavarat vanhetessa. Teoksessa Heikkinen, T. & Marin, M. (toim.). Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 207 - 231.
- Heinola, R., Kattainen, E., Mikkola, H., Perälä, M.-L., Topo, P. & Voutilainen, P. 2006. Omaishoito. Teoksessa Stakes. Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Stakesin työpapereita 23/2006. Helsinki: Stakes, 39 - 42.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90800/T23-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. 26.5.2015.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvensalo, M. 2002. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13505/9513913457.pdf?sequence=1>. 9.11.2015.
- Härkönen, P. 2012. Elämäntyytyväisyys ja terveys. Voimavarasuuntautunut ikääntyvien henkilöiden seurantatutkimus. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789526200163/isbn9789526200163.pdf>. 15.11.2015.
- Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. 2015. Kehittämisteemat. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.  
<http://www.isonet.fi/web/guest/kehittamisteemat>. 15.3.2015.

- Joensuun kaupungin vastaava ohjaaja. 2015. Omaishoitoon ja päivätoimintaan liittyviä kysymyksiä ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. maria.kolehmainen@edu.karelia.fi. 14.8.2015.
- Johannesen, A., Petersen, J. & Avlund, K. 2004. Satisfaction in Everyday Life for Frail 85-year-old Adults: a Danish Population Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 11, 3 - 11.  
<http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=085acc89-8089-4ead-a102-5f419eac28f1%40sessionmgr113&vid=3&hid=128>. 26.3.2015.
- Kaivolainen, M. 2011. Vertaisryhmästä tukea omaishoitajille. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). *Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 126 - 130.
- Kananen, J. 2008. *Kvali - Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 131. Helsinki: Kela.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4>. 26.5.2015.
- Kettunen, V. 2006. Muistihäiriöt haasteena. Teoksessa Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. (toim.). *Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry*. Pori: Kehitys Oy, 142 - 145.
- Kirsi, T. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksista. Tampereen yliopisto. *Lääketieteen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja*.  
<http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/Rakasta,%20k%C3%A4rsi%20ja%20kirjoita.pdf>. 28.7.2014.
- Kirsi, T. 2008. Pojat vanhemmistaan huolenpitäjinä. Teoksessa Lipponen, P. (toim.). *Rakas velvollisuus -Omaishoitajan arjen haasteet*. Helsinki: Kirjapaja, 106 - 128.
- Kirsi, T. 2013. "Se on niin heleppo se dementiapotilas kun on konstit" Miesryhmän neuvottelua omaishoitajuudesta. Teoksessa Ojala, T. & Pietilä I. (toim.). *Miehistä puhetta. Miehet, ikääntyminen ja vanhenemisen kulttuuriset mallit*. Tampere: Tampere University Press, 274 - 305.
- Klementtilä, M. 2014. Puoliso-omaishoitajien kokemuksellinen elämänlaatu: Alsova-päiväkirjat tutkimusaineistona. Jyväskylän yliopisto. *Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma*.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140860/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140860.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140860/urn_nbn_fi_uef-20140860.pdf). 9.11.2014.
- Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka- Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito. 2010. *Muistisairaudet*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044#s6>. 12.3.2015.

- Laitinen, E. 2011. Omaishoitoon liittyvien palvelujen käyttö ja tarve sekä niihin vaikuttavat tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120053/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120053.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120053/urn_nbn_fi_uef-20120053.pdf). 27.5.2015.
- Laki omaishoidon tuesta 937/2005.
- Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. 65-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotis seuraututkimus. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13489/9513918394.pdf?sequence=1>. 9.11.2015.
- Lehtonen, H. 2008. Ikääntyneiden kokemuksia terveydestä ja terveyden edistämisestä. Haastattelututkimus kotona asuville kuopiolaisille ikääntyneille. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090044/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090044.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090044/urn_nbn_fi_uef-20090044.pdf). 10.7.2015.
- Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen - teoria terveyden resursseista. Teoksessa Pietilä, A.-M. (toim.). Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro OY, 32 - 52.
- Lyyra, T.-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 16 - 28.
- Malmi, M. & Nissi-Onnela, S. 2011. Omaishoitajan ja omaishoitoperheen tuen tarpeet. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76 - 79.
- Matilainen, I. 2002. Dementoitunutta läheistään hoitavan ikääntyneen omaishoitajan kokemus terveydestään ja sen tukemisesta. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Omais\\_hoitaja%20Matilainen.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Omais_hoitaja%20Matilainen.pdf). 4.6.2015.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti, T. 2015. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137 - 147.
- Metso, I. & Mäkelä, T. 2001. Omaishoitajuuden päättymiseen ja iäkkään hoidettavan pysyvään laitossijoitukseen yhteydessä olevat tekijät. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Omais\\_hoitajuuden%20päättyminen.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Omais_hoitajuuden%20päättyminen.pdf). 5.6.2015.
- Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni - Tutkimus puoliso hoivan arjen toimijuuksista. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.
- Mikkola, T. 2014. Läheisestä omaishoitajaksi. Teoksessa Kaakkuriniemi, S., Kalliomaa-Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palosaari, E. & Uusitalo, M. (toim.). Omaishoitajan käsikirja. Tallinna: United Press Global, 159 - 174.



- Muistiliitto. 2015. Muisti ja muistisairaudet. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/>. 15.3.2015.
- Mäkelä, M. 2011a. Ammattilaiset omaishoitajille tarpeellisen tiedon välittäjinä. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, . (Toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 88 - 90.
- Mäkelä, M. 2011b. Ammattilainen omaishoidon ohjaajana ja kannustajana. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (Toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 84 - 86.
- Mäkelä, M. 2011c. Ammattilaiset ohjaamassa omaishoidon palveluiden käyttöön. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (Toim.) Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 87.
- Mäkelä, M. & Purhonen, M. 2011. Omaishoito kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tärkeä voimavara. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21 - 23.
- Mäkinen, P., Raatikainen, E., Rahikka, A. & Saarnio, T. 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Möttönen, V. 2013. Kuunnellaan mutta kuullaanko. Omaishoitajien kokemuksia kuulluksi tulemisesta terveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201309171699.pdf>. 9.11.2015.
- Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011. Omaishoitajuus liittyy yhteen monia rooleja. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58 - 64.
- Nurmi, N. 2002. Omaishoitajien voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Opinnäytetyötutkimus.
- Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. 2015. Mitä omaishoito on? <http://www.omaishoitajat.fi/mita-omaishoito>. 15.11.2015.
- Pietilä A.-M. 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia - katsaus kirjan ydinsisältöihin. Teoksessa Pietilä, A.-M. (toim.). Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro OY, 10 - 14.
- Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A.-M. (toim.). Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro OY, 15 - 31.
- Pohjois-Karjalan Muisti ry. 2015. Yhdistystoiminta. Pohjois-Karjalan Muisti ry. <http://www.dementiayhdistys.fi/5>. 15.3.2015.
- Purhonen, M. 2011. Omaishoidon motiivit ja merkitys omaishoitajille sekä hoitettaville. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito - Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17 - 20.
- Purhonen, M., Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito - Tie-

- toa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12 - 17.
- Pursiainen, A. 2010. "Kun ne ottas meijjät tosissaan...". Omaishoitaja terveydenhuollon ja terveystieteiden asiakkaana- kokemuksia ja kohtaamisia. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön erikoistumiskoulutuksen lisensiaatin-tutkimus. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=34483de1-67da-4e39-a30d-bb7590c378b8>. 5.6.2015.
- Rautianen, K. 2015. Johtava sosiaalityöntekijä. Omaishoitajuuteen Joensuussa liittyviä kysymyksiä opinnäytetyön tutkimustulosten tueksi. maria.kolehmainen@edu.karelia.fi. 3.8.2015.
- Reimari, N. 2013. Alzheimerin tautia sairastavan potilaan puoliso-omaishoitajan elämänlaatu kolmen vuoden seurannassa: ALSOVA-tutkimus. Itä-Suomen Yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu - tutkielma. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130944/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130944.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130944/urn_nbn_fi_uef-20130944.pdf). 16.2.2015.
- Remes, A. & Rinne, J. 2015. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172 - 180.
- Remes, A., Hallikainen, M. & Erkinjuntti, T. 2015. Alzheimerin kliininen kuva ja taudinmääritys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119 - 136.
- Rinne, J. 2015. Levyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165 - 171.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV - 7.3.4 Teema-haastattelu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html). 7.3.2015.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV - 7.3.4 Teemoittelu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html). 12.5.2015.
- Saarenheimo, M. 2005. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Teoksessa Saarenheimo, M. & Pietilä, M. (toim.). Kaksin kotona läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 25 - 52.
- Saarenheimo, M. 2006. Hoitamisen voimavarat. Teoksessa Saarenheimo, M. & Pietilä, M. (toim.). Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoitoon. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 13. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto. 99 - 118.
- Saastamoinen, T. 2013. Niin hyvinä kuin huonoinakin päivinä, aina kuolemaan asti - Puolisoiden antamia merkityksiä muistisairauden vaikutuksille parisuhteessa ja arjessa. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/41632/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201305291840.pdf?sequence=1>. 28.7.2014.
- Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. Pori: Kehitys Oy.

- Salmela, S. & Matilainen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 217 - 232.
- Sarvimäki, A. 2012. Elämänlaatu. Teoksessa Surakka, J. (toim.). SUFACARE – Supporting Family Caregivers and Receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. Helsinki: Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola, 42 - 44.  
[http://dspace.arcada.fi:8080/xmlui/bitstream/handle/10478/53/Arcada\\_Publikation4\\_2012.PDF?sequence=1](http://dspace.arcada.fi:8080/xmlui/bitstream/handle/10478/53/Arcada_Publikation4_2012.PDF?sequence=1). 15.11.2015.
- Siira, H. 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys, hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8388/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2006515.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8388/URN_NBN_fi_jyu-2006515.pdf?sequence=1). 4.6.2015.
- Siljander, E. 2013. Omaishoidon tuen kuntakysely 2012 -Alustavia tuloksia ja havaintoja. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. PowerPoint-esitys.  
[http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/THL\\_powerpoint\\_omaishoito.pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.pohjaton-asiakas.fi/files/THL_powerpoint_omaishoito.pdf). 27.6.2014.
- Siljander, E. 2014. Omaishoito terveys- ja hyvinvointierojen kaventajana - uudet toimintamallit käyttöön?. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/ajankohtaista/blogissa/2014/siljander\\_2014](https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/ajankohtaista/blogissa/2014/siljander_2014). 12.3.2015.
- Sointu, L. & Anttonen, A. 2008. Omaistaan hoivaavan arki- Rakastamista, sitoutumista ja jaksamista. Teoksessa Lipponen, P. (toim.). Rakas velvollisuus -Omaishoitajan arjen haasteet. Helsinki: Kirjapaja, 21 - 62.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9882186&name=DLFE-29417.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-29417.pdf). 26.5.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkeiden toteuttaminen. [http://stm.fi/artikkeli-/asset\\_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa](http://stm.fi/artikkeli-/asset_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa). 3.6.2015.
- Strandberg, T. & Tilvis, R. 2010. Ennaltaehkäisy geriatriassa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 425 - 436.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Tervaskanto-Mäentausta, T. & Linattiniemi, S. 2015. Monen sukupolven ikääntyvät. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O.-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.). Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Edita, 335 - 352.
- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Iäkkaät.  
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eri-arvoisuus/elamankulku/iakkaat>. 12.3.2015.
- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Keskeisiä käsitteitä.  
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eri-arvoisuus/keskeisia-kasitteita>. 9.11.2015.
- Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010.

- Tienari, P., Myllykangas, L., Polvikoski, T. & Tanila, H. 2015. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soinen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 100 - 118.
- Topo, P., Voutilainen, P. & Käyhty, M. 2008. Asiakkaan tilanteen tunnistaminen palvelujen perustana. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.). Laadukkaat dementia-apalvelut - Opas kunnille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 35 - 42.
- Vilkkö, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Jokinen, S. 2014. Läheisavun moninaisuus. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 222 - 237.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soinen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35 - 43.
- Voutilainen, P., Kauppinen, S. & Huhtamäki-Kuoppala, M. 2008. Palvelujärjestelmä vastaamaan dementiaoireisten ihmisten tarpeisiin. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.). Laadukkaat dementia-apalvelut - Opas kunnille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 15 - 24.
- Wang, L.-Q., Chien, W.-T. & Ym Lee, I. 2012. An Experimental Study on the Effectiveness of a Mutual Support Group for Family Caregivers of a Relative with Dementia in Mainland China. *Contemporary Nurse* 40 (2), 210 - 224.  
<http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=085acc89-8089-4ead-a102-5f419eac28f1%40sessionmgr113&vid=6&hid=128>. 14.11.2015.
- World Health Organization. 1946. Constitution of the World Health Organization. [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf). 27.5.2015.
- World Health Organization. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>. 26.5.2015.

## Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
Toimeksiantajan edustaja:	Arja Jämsén, yksikön johtaja
Osoite:	Torikatu 30 B 22, 80100 Joensuu
Puhelinnumero:	044 279 5037
Sähköposti:	arja.jamsen@isonet.fi

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Pohjois-Karjalan Muisti ry
Toimeksiantajan edustaja:	Leena Knuutila, toiminnanjohtaja
Osoite:	Koulukatu 24 b 23, 80100 Joensuu
Puhelinnumero:	050 4006194
Sähköposti:	leena.knuutila@pkmuistiry.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1201358 Elina Hynninen 1201348 Maria Kolehmainen
Puhelinnumero:	0404185580/Elina 0504334286/Maria
Sähköposti:	elina.hynninen@edu.karelia.fi maria.kolehmainen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Arjen voimavarat ja niiden jaksamista tukeva sekä terveyttä edistävä vaikutus -Muistisairaana puolison miesomaishoitajana toimivien kokemuksia
Toteutusmuoto	Toteutusmuotona on laadullinen tutkimus teemahaastattelua käyttäen. Aineiston analysoinnissa käytetään teemoittelua. Kohdejoukkona ovat muistisairaiden miesomaishoitajat Pohjois-Karjalan Muisti ry:n vertaistukiryhmästä. Opinnäytetyön tuloksena syntyy laadullisella menetelmällä kerättyä tietoa miesomaishoitajien voimavaroista muistisairaana puolisonsa hoidossa.
Aikataulu	Työn teoriaosuuden kasaaminen aloitettiin kesällä 2014. Syksyn 2014 opinnäytetyöprosessissa oli tauko harjoitteluvaihdon vuoksi. Keväällä 2015 työn jatkuu siten, että opinnäytetyösuunnitelma on tavoitteena saada valmiiksi mahdollisimman pian. Haastattelut on suunniteltu pidettävän huhtikuun alussa, jonka jälkeen koittaa aineiston analysointivaihe ja sen kirjallinen raportointi opinnäytetyöhön. Opinnäytetyö on tavoitteena olla valmis toukokuun 2015 opinnäytetyöseminaarini tai viimeistään syksyn 2015 ensimmäiseen opinnäytetyöseminaarini.
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Olemme arvioineet, ettei opinnäytetyön teosta synny kuluja.

## Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

**Toimeksiantajan sitoumukset**

Pohjois-Karjalan Muisti ry sitoutuu hankkimaan haastateltavat miesomaishoitajien keskusteluryhmästä.

Opiskelija omistaa opinnäytetyön tekijänoikeudet. Toimeksiantajilla on oikeus hyödyntää työn tuloksia omassa toiminnassaan.

**Opiskelijan sitoumukset**

Opiskelijat pyrkivät tekemään opinnäytetyön laatimassaan aikataulussa. Opinnäytetyö laaditaan Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaan eettisiä periaatteita noudattaen.

Opiskelijat tiedottavat toimeksiantajia työn etenemisestä ja toimivat yhteistyössä toimeksiantajien kanssa. Lisäksi opiskelijat esittelevät työnsä tuloksia toimeksiantajien organisaatioissa ja niistä käydään keskustelemassa myös haastateltavien ryhmässä.

**Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa**

Ohjaaja: Helena Ikonen,  
tuntiopettaja

Tikkariinne 9  
80200 Joensuu  
helena.ikonen@karelia.fi  
+358503543938

**Opinnäytetyön julkisuus**

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

**Allekirjoitukset**

Päiväys  
Joensuu  
14.4.2015

Opiskelijoiden allekirjoitukset ja nimenselvennykset

Elina Hynninen

Maria Kolehmainen

Päiväys  
Joensuu  
8.8.2015

Toimeksiantajien edustajien allekirjoitukset ja nimenselvennykset

Arja Jämsén

Leena Knuuttila

Päiväys  
Joensuu  
15.7.2015

Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Helena Ikonen

## Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus



### TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

**Opinnäytetyön aihe:** Arjen voimavarat ja niiden jaksamista tukeva sekä terveyttä edistävää vaikutus-Muistisairaana puolison miesomaishoitajana toimivien kokemuksia

**Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:**

Pohjois-Karjalan Muisti Ry:n miesomaishoitajien vertaisryhmän kokoontumistilat

**Tutkimuksen:**

a) kohde/kohdejoukko: Muistisairaana puolison miesomaishoitajien vertaisryhmän jäsenet

b) aineiston keruumenetelmä: Teemahaastattelu ryhmähaastattelumuotoisena

c) aineiston keruun ajankohta: Huhtikuu 2015

**Opinnäytetyön tekijät:**

Elina Hynninen

Maria Kolehmainen

**Opinnäytetyön ohjaaja:**

Helena Ikonen

Tuntiopettaja, Karelia-ammattikorkeakoulu

**Työelämäohjaajat:**

Arja Jämsén

Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Leena Knuutila

Pohjois-Karjalan Muisti ry

13.4.2015

LIITTEET: - tutkimussuunnitelma  
- toimeksiantosopimus

## Tutkimuksen saatekirje

### Tutkimuksen saatekirje

Hyvä miesomaishoitaja,

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, joka käsittelee miesomaishoitajien arjen voimavaroja puolisonsa hoidossa. Opinnäytetyö tehdään toimeksiantona Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuselle ja Pohjois-Karjalan Muisti ry:lle. Tarkoituksena on kuvata kerätyn kokemustiedon avulla miesomaishoitajien jaksamista tukevia arjen voimavaroja puolisonsa hoidossa sekä niiden terveyttä edistävää vaikutusta. Lisäksi tarkoituksena on kuvata miesomaishoitajien kokemuksia terveydenhuollon henkilöstön toteuttamasta voimavaroja vahvistavasta toiminnasta ja sen kehittämistarpeista. Toimeksiantajat voivat hyödyntää opinnäytetyössä kerättyä kokemustietoa omassa toiminnassaan haluamallaan tavalla.

Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna Pohjois-Karjalan Muisti ry:n miesomaishoitajien vertaisryhmän osallistujien keskuudessa. Haastattelutilanteessa mukana ovat haastatteluun osallistuvat sekä kaksi opinnäytetyön tekijää haastattelijoina. Haastattelu tapahtuu Pohjois-Karjalan Muisti ry:n tiloissa. Haastattelu tallennetaan haastattelumateriaalin analysoinnin helpottamiseksi videoimalla ja äänittämällä. Haastattelun arvioitu kesto on noin puolitoista tuntia.

Haastatteluun osallistuminen on teille vapaaehtoista ja teillä on oikeus perua tai keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa niin halutessanne. Haastattelu toteutetaan luottamuksellisesti. Haastattelun aikana kerätty materiaali käsitellään nimettömästi ja siten haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Saatua materiaalia käytetään vain tässä tutkimuksessa ja materiaali hävitetään tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti.

Toivomme, että kiinnostutte osallistumaan haastatteluun ja jakamaan teillä olevaa arvokasta kokemustietoa omaishoitajana toimimisesta. Mikäli olette kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, voitte täyttää ohessa olevan haastatteluun suostumuslomakkeen.

Yhteistyöterveisin terveydenhoitajaopiskelijat

Elina Hynninen  
0404185580  
elina.hynninen@edu.karelia.fi

Maria Kolehmainen  
0504334286  
maria.kolehmainen@edu.karelia.fi



**Tutkittavan suostumus****Tutkittavan suostumus**

Tutkimuksen aihe: Arjen voimavarat ja niiden jaksamista tukeva sekä terveyttä edistävä vaikutus- Muistisairaana puolison miesomaishoitajana toimivien kokemuksia

Minua on pyydetty osallistumaan Karelia-ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyön haastattelututkimukseen, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna. Haastattelun tarkoituksena on kerätä kokemustietoa miesomaishoitajilta liittyen arjen voimavaroihin ja niiden jaksamista tukevasta ja terveyttä edistävästä vaikutuksesta.

Minulle on annettu tietoa tutkimuksen tavoitteista, toteutustavasta, tutkimusaineiston käyttö- ja käsittelytavasta. Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää sen missä vaiheessa tahansa niin halutessani. Minulle on kerrottu haastattelun tallentamisesta videoimalla ja äänittämällä. Olen myös tietoinen siitä, että haastattelusta saatua tietoa käsitellään luottamuksellisesti, siten ettei henkilöllisyyteni paljastu missään vaiheessa tutkimusta tai sen jälkeen. Haastattelusta saatua aineistoa käytetään ainoastaan kyseisessä opinnäytetyössä, jonka jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Suostun haastateltavaksi opinnäytetyöhön.

Joensuu xx.xx.2015

\_\_\_\_\_

Haastatteluun osallistuvan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys

## Teemahaastattelurunko haastattelijalle

### Teemahaastattelurunko haastattelijalle

Aihe: Arjen voimavarat ja niiden jaksamista tukeva sekä terveyttä edistävä vaikutus  
-Muistisairaana puolison miesomaishoitajana toimivien kokemuksia

#### 1) Taustatiedot

- a) Ikä
- b) Perhesuhteet
- c) Oletteko tällä hetkellä työelämässä?
- d) Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?
  - (1) Millaiseksi koette fyysisen terveytenne?
  - (2) Millaiseksi koette psyykkisen terveytenne?
- e) Millainen on tilanteenne omaishoitajana?
  - (1) Millainen on suhteenne omaishoidettavaan läheiseenne?
  - (2) Kuinka kauan olette olleet parisuhteessa puolisonne kanssa?
  - (3) Kuinka kauan olette toimineet omaishoitajana?
  - (4) Mitä sairautta puoliso sairastaa ja mitä oireita hänellä on?
  - (5) Onko omaishoidettavalla kodin ulkopuolisia hoitojaksoja?
  - (6) Kuinka usein hoitojaksoja on ollut?
  - (7) Saatteko omaishoidon tukea?
  - (8) Saatteko kotiin tarjottavia apupalveluita?

#### 2) Miesomaishoitajien arjen voimavarat puolisonsa hoidossa

- a) Miten ymmärrätte sanan voimavara?
- b) Mitä voimavaroja teillä on?
- c) Ovatko nämä mainitsemanne voimavarat tukeneet teitä omaishoitajuudessa?
- d) Miten mainitsemanne voimavarat ovat tukeneet teitä omaishoitajuudessa?
  - (1) Onko voimavaroilla ollut omaishoitajan arjessa jaksamista edistävä vaikutus?

#### 3) Koettujen voimavarojen terveyttä edistävä vaikutus

- a) Miten ymmärrätte sanan terveyden edistäminen?
- b) Koetteko aiemmin mainittujen voimavarojen edistävän teidän terveyttänne?
- c) Miten koette aiemmin mainittujen voimavarojen edistävän teidän terveyttänne?
  - (1) Miten koette voimavarojen vaikuttavan fyysiseen hyvinvointiin?
  - (2) Miten koette voimavarojen vaikuttavan psyykkiseen hyvinvointiin?

**Teemahaastattelurunko haastattelijalle**

- 4) Miesomaishoitajien kokemukset terveydenhuoltohenkilöstön toiminnasta voimavarojen vahvistajana omaishoitajuuden aikana**
- a) Minkä verran olette olleet tekemisissä terveydenhuollon henkilöstön kanssa omaishoitajuutenne aikana?
  - b) Mitä terveydenhuollon ammattiryhmää/-ryhmiä nämä henkilöt ovat edustaneet?
  - c) Onko voimavarat otettu puheeksi terveydenhuoltohenkilöstön toimesta?
    - (1) Onko teidän jaksamistanne edistävät asiat otettu puheeksi terveydenhuoltohenkilöstön toimesta?
  - d) Onko voimavaroista keskusteltu terveydenhuoltohenkilöstön kanssa teidän aloitteestanne?
    - (1) Onko jaksamistanne edistävistä asioista keskusteltu terveydenhuoltohenkilöstön kanssa teidän aloitteestanne?
  - e) Kuinka terveydenhuollon henkilöstön jäsenet ovat kokemuksenne mukaan vahvistaneet toiminnallaan voimavarojanne?
    - (1) Millaisia konkreettisia esimerkkejä teillä on antaa tuen sisällöstä?
- 5) Miesomaishoitajien toiveet omaishoitajien voimavaroja vahvistavan toiminnan kehittämiseen terveydenhuoltohenkilöstölle**
- a) Kuinka teidän mielestänne terveydenhuoltohenkilöstön toimintaa omaishoitajien voimavarojen vahvistamisessa voisi kehittää?
    - (1) Kuinka jaksamista edistävää toimintaa voisi kehittää?
    - (2) Kuinka eri ammattikuntien edustajat, erityisesti hoitajat, voisivat kehittää omaa toimintaansa?
    - (3) Mitkä ovat konkreettisia keinoja vastaanottotyössä, joita kaivattaisiin tukemaan omaishoitajien voimavaroja?

## Esimerkki alateemojen muodostamisesta

Teema	Sitaatti	Alateema
T. 3 Koettujen voimavarojen terveyttä edistävä vaikutus	"Kyllähän ne ainakin mielenterveyttä nämä vertaisryhmät nämä vertaisryhmät parantaa." (H2)	Vertaisryhmä henkisen hyvinvoinnin tukena
	"Just meinasin sammaa sanoo että sinne (mielenterveyteen) se (vertaisryhmä) ainakin vaikuttaa.. (H3)	
	"Parasta terapiaa." (vertaisryhmästä) (H5)	
	"...ja se on minusta kyllä, kyllä tuota, aika aika merkittävää myös sen henkisen, henkisen kunnan kannalta ja sitten varsinkin jos aattelee tätä kesä- ja syksyaikaa, jolloin pääsee, tai ainakin tähän asti on päässy vielä, niinkun käymään useemman tunninkin olemaan tuolla metsässä niin tuota. Vaikka siellä fyysisesti saattaa väsyä väsyä mutta kyllä se siinä sitten niinkun henkisesti vahvistuu niin paljon, että." (H7)	Luonto henkisen hyvinvoinnin tukena
	"Kyllä, kyllä ne (voimavarat) minun mielestä (edistää terveyttä)." (H6)	Voimavarat vahvistavat henkistä hyvinvointia
	"Nii ja kyl siinä niinkun aika vahvasti niinkun tuo henkinen kantti siinä tulee, niinkun että sen vahvistaminen (voimavarojen avulla)." (H7)	
	"...Mut kaikki semmonen hyvä, kun on kokenu niin ei jää mieleen painamaan, että eipäs tullu yritettyä." (H4)	Tyytyväisyys elämään -voimavara henkisen hyvinvoinnin edistäjänä
"Niin, no ne on just nuo seuraaminen (urheilun) ja sitten on tuommosia harrastuksia, kyllä joo, että se on, että minä oon kirjoitettu semmosia omakustannusromaaneja viis kappaletta muistaakseni. (H4)	Aktiivinen elämä hyvinvoinnin tukena	

## Esimerkki alateemojen muodostamisesta

	<p>"...Toi yks homma vielä, mikä mulla on ollu niin koko elämän aikana, niin oon ollu näissä yhdistyksissä innokas toimija, että ammattiyhdistysliike on ollut mulle niinkun henkeen ja vereen..." (H4)</p>	
	<p>"...ja miks ei nyt nämä meidän tai teidän kuntosalihomma." (H3)</p>	<p>Liikunta edistää fyysistä terveyttä</p>
	<p>"No ikäni olen koittanut sitä kuntoa hoitaa mutta vähän ehkä liian vähälle jää... Sanotaan näin niin siitä on jäänyt niinkun tapa." (H4)</p>	
	<p>"...Nuo oikeestaan, mitä luetteloin. Tää marjastaminen tavallaan mie sain siellä aina kiloja pois syksyllä mutta viime syksynä ei enää lähtenyt..." (H4)</p>	
	<p>"Niin, no tietysti kyllähän, kyllähän nää, niinkun nää kuntosalit ja allasjummat, nehän tätä fyysistä kuntoa kohottaa..." (H7)</p>	
	<p>"Meikälainen ei paljon, emännän kanssa, jos joskus lähetään lenkille, niin se ei oo kovin (ei saa selvää) korkeintaan kortteli kierretään ja emäntä sanoo, että nyt pitää jo pois lähteä. Siinä ei paljon kunto kasva, kun siellä etanan vauhtia männään. Hyvä muuta hyötyy kun raitista ilmaa saapihan siellä." (H6)</p>	
	<p>"Mut et sitten sitten tuossa on kirkossa Jumalanpalveluksessa siinä saa rauhottua." (H7)</p>	<p>Kirkko henkisen hyvinvoinnin tukena</p>
	<p>On ne kirjastossa kaikki. Ja niinkun sanottu, niin yks on nyt siellä (paikan nimi). Se, mie en muista nimeä, mikä se on, mut siel on tää sama juttu, mitä mie nyt oon kertonu. Kannattaa lukee..." (H4)</p>	<p>Kokemuksen jakaminen henkisen hyvinvoinnin tukena</p>

## Esimerkki yläteemojen muodostamisesta

Teema	Sitaatti	Alateema
T. 1 Psyykkisen hyvinvoinnin tuki	"Kyllähän ne ainakin mielenterveyttä nämä vertaisryhmät nämä vertaisryhmät parantaa." (H2)	Vertaisryhmä henkisen hyvinvoinnin tukena
	"Just meinasin sammaa sanoo että sinne (mielenterveyteen) se (vertaisryhmä) ainakin vaikuttaa.. (H3)	
	"Parasta terapiaa." (vertaisryhmästä) (H5)	
	"... ja se on minusta kyllä, kyllä tuota, aika aika merkittävää myös sen henkisen, henkisen kunnan kannalta ja sitten varsinkin jos aattelee tätä kesä- ja syksyaikaa, jolloin pääsee, tai ainakin tähän asti on päässy vielä, niinkun käymään useemman tunninkin olemaan tuolla metsässä niin tuota. Vaikka siellä fyysisesti saattaa väsyä väsyä mutta kyllä se siinä sitten niinkun henkisesti vahvistuu niin paljon, että." (H7)	Luonto henkisen hyvinvoinnin tukena
	"Kyllä, kyllä ne (voimavarat) minun mielestä (edistää terveyttä)." (H6)	Voimavarat vahvistavat henkistä hyvinvointia
	"Niin ja kyl siinä niinkun aika vahvasti niinkun tuo henkinen kantti siinä tulee, niinkun että sen vahvistaminen (voimavarojen avulla)." (H7)	
	"...Mut kaikki semmonen hyvä, kun on kokenu niin ei jää mieleen painamaan, että eipäs tullu yritettyä." (H4)	Tyytyväisyys elämään -voimavara henkisen hyvinvoinnin edistäjänä
	"Niin, no ne on just nuo seuraaminen (urheilun) ja sitten on tuommosia harrastuksia, kyllä joo, että se on, että minä oon kirjoitellu semmosia omakustannusromaaneja viis kappaletta muistaakseni. (H4)	Aktiivinen elämä hyvinvoinnin tukena
"...Toi yks homma vielä, mikä mulla on ollu niin koko elämän aikana, niin oon ollu näissä yhdistyksissä innokas toimija, että ammattiyhdistysliike on ollut mulle niinkun henkeen ja vereen..." (H4)		

## Esimerkki yläteemojen muodostamisesta

	"Mut et sitten sitten tuossa on kirkossa Jumalanpalveluksessa siinä saa rauhattua." (H7)	Kirkko henkisen hyvinvoinnin tukena
	On ne kirjastossa kaikki. Ja niinkun sanottu, niin yks on nyt siellä (paikan nimi). Se, mie en muista nimee, mikä se on, mut siel on tää sama juttu, mitä mie nyt oon kertonu. Kannattaa lukee..." (H4)	Kokemuksen jakaminen henkisen hyvinvoinnin tukena
T. 2 Fyysisen hyvinvoinnin tuki	"...ja miks ei nyt nämä mejän tai teijän kuntosalihomma." (H3)	Liikunta edistää fyysistä terveyttä
	"No ikäni olen koittanut sitä kuntoa hoitaa mutta vähän ehkä liian vähälle jää... Sanotaan näin niin siitä on jääny niinkun tapa." (H4)	
	"...Nuo oikeestaan, mitä luetteloin. Tää marjastaminen tavallaan mie sain siellä aina kiloja pois syksyllä mutta viime syksynä ei enää lähtenyt..." (H4)	
	"Niin, no tietysti kyllähän, kyllähän nää, niinkun nää kuntosalit ja allasjumpat, nehän tätä fyysistä kuntoa kohottaa..." (H7)	
	"Meikälainen ei paljon, emännän kanssa, jos joskus lähetään lenkille, niin se ei oo kovin (ei saa selvää) korkeintaan kortteli kierretään ja emäntä sanoo, että nyt pitää jo pois lähtee. Siinä ei paljon kunto kasva, kun siellä etanan vauhtia männään. Hyvä muuta hyötyy kun raitista ilmaa saapihan siellä." (H6)	

## Teemoittelusta muodostuneet ylä- ja alateemat

Tutkimustehtävä	Teema	Alateemat
1. Mitkä ovat miesomaishoitajien arjen voimavarat puolisonsa hoidossa?	T1. Muistiyhdistys	Vertaistuki  Muistiyhdistys henkisen tuen antajana  Muistiyhdistyksen tarjoama toiminta  Vapaaehtoistyöntekijät
	T2. Arjen tukiverkosto	Lapsien antama arjen apu  Tuttavien antama arjen apu
	T3. Yhteiskunnan tarjoama arjen apu	Siivouspalvelut  Kunnan tarjoama tuki omaishoitajalle
	T4. Parisuhde	Hyvä parisuhde sairauden rinnalla  Rakkaus puolisoa kohtaan
	T5. Vapaa-ajan toiminta	Luonto  Liikunta  Harrastustoiminta  Musiikki  Seurakunnan toiminta  Matkustelu
	T6. Säännöllinen viikon ohjelma	Säännöllinen viikon ohjelma
	T7. Sosiaaliset kontaktit	Uudet tuttavuudet eri ammattiryhmistä puolison sairauden kautta  Kodin ulkopuoliset sosiaaliset kontaktit
	T8. Omaishoitajan oma aika	Vaihtelua arkeen  Vapaapäivät
	T9. Sairauden hyväksyminen	Sairauden hyväksyminen
	T10. Kurssit omaishoitajille	Kurssien tarjoama tieto ja tuki
	2. Miten miesomaishoitajat kokevat voimavarojen	T11. Psykkisen hyvinvoinnin tuki



## Teemoittelusta muodostuneet ylä- ja alateemat

edistävän heidän terveyttään?		<p>Luonto henkisen hyvinvoinnin tukena</p> <p>Voimavarat henkisen hyvinvoinnin tukena</p> <p>Tyytyväisyys elämään -voimavara henkisen hyvinvoinnin edistäjänä</p> <p>Aktiivinen elämä hyvinvoinnin tukena</p> <p>Kirkko henkisen hyvinvoinnin tukena</p> <p>Kokemuksen jakaminen henkisen hyvinvoinnin tukena</p>
	T12. Fyysisen hyvinvoinnin tuki	Liikunta edistää fyysistä terveyttä
3. Millaisia kokemuksia miesomaishoitajilla on terveydenhuoltohenkilöstön toiminnasta voimavarojen vahvistajana omaishoitajuuden aikana?	T13. Terveysthuollon henkilöstön omaishoitajan voimavaroja tukeva toiminta	<p>Hoitajan toiminta jaksamisen tukena</p> <p>Lääkärin toiminta jaksamisen tukena</p>
	T14. Omaishoitajien voimavaroja ei ole huomioitu	Voimavaroista ei ole puhuttu terveydenhuoltohenkilöstön kanssa
	T15. Voimavarojen huomioimattomuuteen vaikuttaneet tekijät	<p>Voimavaroista puhumiselle ei ole sijaa toisen asian ohessa</p> <p>Jaksamisen puheeksiottaminen ei ole tuntunut tarpeelliselta omaishoitajista</p>
	T16. Terveysthuoltohenkilöstön ohjaus puutteellista	Terveysthuollon ohjaus kolmannen sektorin palveluihin on puutteellista
	T17. Terveysthuollon ulkopuoliset tukimuodot	Tuen saaminen terveydenhuollon vastaanottojen ulkopuolelta
4. Millaisia toiveita miesomaishoitajilla on terveydenhuoltohenkilöstölle omaishoitajien voimavaroja vahvistavan toiminnan	T18. Terveysthuoltohenkilöstön ihmisläheisempi asiakkaan kohtaaminen	<p>Ihmisen parempi kohtaaminen</p> <p>Henkilökohtaisempi ja lämpimämpi hoitosuhde</p>

## Teemoittelusta muodostuneet ylä- ja alateemat

kehittämiseen?		Asennemuutos työssä
	T19. Asiakasystävällisemmät terveydenhuollon palvelut	Joustavuutta vastaanottotyöskentelyyn  Lisää aikaa vastaanottotyöhön  Helpompi lääkärien vastaanotolle pääsy  Omalääkäri
	T20. Asiakkaan tilanteeseen kohdennetun tiedonantamisen kehittäminen	Järjestelmällisempi tiedotus omaishoitajan tukimuodoista terveydenhuollossa  Henkilön tilanteeseen kohdennettu neuvonta
	T21. Kehittämisideat omaishoitajien voimavaroja tukevista uusista palveluista	Omaishoitajien vuosittainen terveystarkastus  Muistisairaiden päivähoidon omaishoitajan jaksamisen tueksi

