
LYHYTAIKAISHOIDON KEHITTÄMINEN KUNTOUTTAMISEN NÄKÖKULMASTA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2016

Ritva Meriluoto

Ritva Meriluoto



FORSSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

Tekijä

Ritva Meriluoto

Vuosi 2016

Työn nimi

Lyhytaikaishoidon kehittäminen kuntoutuksen näkökulmasta

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaishoitajien kokemuksia ja toiveita lyhytaikaishoidon sisällöstä kuntoutuksen näkökulmasta. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita lyhytaikaishoidon kuntouttavaan työhön. Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli erään eteläsuomalaisen vanhainkodin lyhytaikaishoitoa järjestävä osasto, jonka kehittämistyöhön tutkimustulokset luovutetaan.

Tätä laadullista tutkimusta varten on kerätty teorian tietoa alan kirjallisuudesta ja hoitotieteellisistä tutkimuksista. Teoriaosuus on koostettu määrittelemällä keskeiset käsitteet, joita ovat; lyhytaikaishoito, omaishoito ja kuntouttava työ. Kuntouttava työ jakautuu edelleen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen.

Aineisto on kerätty teemahaastatteluin, jotka toteutettiin yksilöhaastatteluin. Haastateltavina oli seitsemän omaishoitajaa, joiden hoidettavat olivat kyseisen yksikön asiakkaita. Aineisto on analysoitu induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Omaishoitajien kokemukset lyhytaikaishoidosta olivat pääasiassa myönteisiä. Tärkeänä pidettiin hoitopaikan positiivista ilmapiiriä ja henkilökunnan ystävällisyyttä. Kuntoutumisen näkökulmasta omaishoitajat pitivät tärkeinä liikuntakyvyn ylläpitämistä, yksilöllisten tarpeiden huomioimista, muistelia ja keskustelua henkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi sekä läsnäoloa niiden kohdalla, jotka eivät enää kykene tavanomaiseen vuorovaikutukseen.

Kehittämiskohteiksi nousi haastatteluiden perusteella tiedottamisen lisääminen, yhteistyön parantaminen ja toiminnallisuuden lisääminen.

Avainsanat Lyhytaikaishoito, omaishoitaja, kuntouttaminen

Sivut

33 s. + liitteet 4 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Ritva Meriluoto	Year 2016
Subject of Bachelor's thesis	The development of respite care from the perspective of rehabilitation	

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to sort out experiences and wishes of family caregivers about contents of respite care from the perspective of rehabilitation. The aim was to find out development areas for the rehabilitative work of respite care. This thesis was commissioned by a certain respite care unit in southern Finland and the results will be delivered for the development work of this unit.

The theoretical knowledge for this qualitative study has been gathered from the literature and reliable sources. In the theoretical part of the study the key concepts; respite care, family caregiver and rehabilitative work were defined. The rehabilitative work contains physical, mental and social rehabilitation.

The data was collected by theme interviews, which were carried out individually. Interviewees were seven family caregivers, whose relatives were customers of the respite care unit. The data was analyzed with inductive content analysis.

Family caregivers had mostly positive experiences of the respite care. The nursing staff's friendliness and the unit's positive atmosphere were experienced to be relevant. From the perspective of rehabilitation maintaining mobility and consideration of individual needs were considered important. Maintaining the mental performance with discussion, reminiscence and the presence with the persons who have memory illness, were also considered important.

The most important development areas of the respite care were increasing the information to caregivers, improving the co-operation and increasing the functionality.

Keywords Respite care, family caregiver, rehabilitation

Pages 33 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LYHYTAIKAISHOITO KUNTOUTTAVANA TUKIMUOTONA	2
2.1	Lyhytaikaishoito.....	2
2.2	Omaishoitaja.....	3
2.3	Kuntoutus ja kuntoutuminen	4
2.3.1	Kuntouttava työote	5
2.3.2	Fyysinen kuntoutus.....	6
2.3.3	Psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen kuntoutus.....	6
2.3.4	Toimintakyvyn arviointi	7
3	LYHYTAIKAISHOITO OMAISTEN NÄKÖKULMASTA	8
3.1	Hoitojaksojen sisältö	9
3.2	Toiveet sisällön kehittämiseksi	10
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	10
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	10
5.1	Tutkimuksen toimintaympäristö	11
5.2	Aineiston keruu	12
5.3	Aineiston analysointi.....	13
6	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	14
6.1	Eettisyys tässä tutkimuksessa.....	15
6.2	Luotettavuus tässä tutkimuksessa.....	16
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	17
7.1	Omaishoitajan tarpeet.....	17
7.1.1	Tiedon tarve.....	18
7.1.2	Tuen tarve.....	20
7.1.3	Ohjauksen tarve	21
7.2	Asiakkaan tarpeet	21
7.2.1	Toiminnallisuuden tarve	22
7.2.2	Sosiaaliset tarpeet	23
7.2.3	Henkisen tuen tarve	24
7.3	Toiveet.....	25
7.3.1	Yhteistyö hoitajien kanssa	26
7.3.2	Toimintakyvyn tukeminen.....	27
7.3.3	Hoitoympäristön kehittäminen	27
8	POHDINTA.....	28
8.1	Tulosten tarkastelua.....	29
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	31

LÄHTEET**VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.**

Liite 1	Suostumuslomake
Liite 2	Haastattelupyyntö
Liite 3	Teemahaastattelurunko
Liite 4	Analyysin esimerkkikaavio

1 JOHDANTO

Suomen väestön nopea ikääntyminen aiheuttaa jatkuvasti kasvavaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntää. Entistä suurempi määrä ihmisiä sairastuu muistisairauksiin ja muihin toimintakykyä rajoittaviin sairauksiin. Myös perherakenteet ovat muuttuneet ja sukulaisuussuhteet löyhtyneet. Yhteiskunnassa esiintyy syrjäytymistä, on mielenterveys- ja päihdeongelmia. Eläköityminen aiheuttaa lisääntyvää työvoiman tarvetta hoitoalallekin ja kaikki tämä aiheuttaa paineita palvelujärjestelmälle. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014.)

Omaishoitajat tunnustetaan kunnissa merkittäväksi voimavaraksi sosiaali- ja terveyspalveluissa, mutta konkreettiset teot heidän auttamisekseen ovat kovin vähäisiä. Omaishoitajia tukemalla voidaan lykätä pysyvään laitoshoidon siirtymistä myöhemmäksi ja kunnissa olisikin viisasta hyödyntää omaishoitajien toiveet ja tarpeet ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä. (Mäkelä & Purhonen 2011, 21–23.)

Myös Hiltusen (2015) laatimassa katsauksessa ikääntyneiden hoitotyön kehittämistarpeisiin Suomessa todetaan, että ikääntyneiden palveluissa painopiste muuttuu koko ajan enemmän kotihoidon suuntaan. Näin ollen kotona selviytymisen tueksi tarjottavien palveluiden merkitys myös korostuu. Ikääntyneiden toimintakyvyn säilyminen ja omaishoitajien jaksaminen on tärkeää ja siksi niin fyysinen, psyykkinen kuin sosiaalinenkin kuntoutuminen lyhytaikaisjaksojen avulla tukee kotona asumista mahdollisimman pitkään.

Lyhytaikaishoidon kehittämisestä mietittäessä ei asiakasta ja omaista voi käsitellä erikseen, koska usein asiakkaan kotona asuminen edellyttää omaishoittoa. Tukemalla omaishoitajaa, tuetaan myös asiakkaan kotihoidon jatkumista. Toisaalta asiakkaan kuntoutuminen lyhytaikaishoidossa tukee omaishoitajan jaksamista. Myös Hiltunen (2015) nostaa raportissaan tärkeäksi kehittämiskohteeksi ikääntyneiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemisen heidän omassa asuinympäristössään. Laki velvoittaa painopisteen asettamista kotihoitoon ja kotona asumista tuetaan lyhytaikaishoidolla, jota olisi kehitettävä koko perheen kannalta mielekkääksi kokonaisuudeksi. Kuntoutuksen osaamisen lisääminen nousi myös raportissa kehittämiskohteeksi.

Tässä laadullisessa opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää omaishoitajien kokemuksia ja toiveita lyhytaikaishoidon sisällöstä kuntoutuksen näkökulmasta. Tavoitteena on löytää kehittämiskohteita lyhytaikaishoidon kuntouttavaan työhön.

2 LYHYTAIKAISHOITO KUNTOUTTAVANA TUKIMUOTONA

Linjan (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, että lyhytaikaisjaksojen tulisi olla kuntouttavia ja toimintakykyä ylläpitäviä. Jaksoihin tulisi sisältyä paitsi laadukasta perushoivaa, myös erilaisia toimintakykyä tukevia aktiviteetteja. Myös asiakkaan mielialan säilyttämiseen ja parantamiseen pitäisi kiinnittää huomiota ja lyhytaikaishoidon järjestelyissä pitäisi joustaa yksilöllisten elämäntilanteiden mukaan.

Esimerkiksi läheisten kokemasta kuormittuneisuudesta kotihoidossa tehdyn tutkimuksen perusteella yksilöllisesti räätälöidyt palvelut edistävät muistipotilaan läheisten terveyttä ja jaksamista. Kolmen kuukauden mitauksessa kuormittuneisuus väheni, jota saattaa selittää osaltaan läheisille tarjottavat sosiaali- ja terveyspalvelut. (Stolt, Suhonen, Koskenniemi, Hupli, Katajisto & Leino-Kilpi 2014.)

2.1 Lyhytaikaishoito

Lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan määrääkäs välein toistuvaa tilapäistä laitoshoidoa. Sen tarkoituksena on yleensä tukea kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä mahdollisimman pitkään. Tavoitteena on usein saada lykättyä pysyvään laitoshoittoon siirtymistä. Palvelun avulla myös tuetaan omaishoitajien jaksamista ja turvataan omaishoitajien lakisääteisten vapaiden toteutuminen. Palvelusta kuulee usein arkikielessä käytettävän myös nimiä vuoroahoito, jaksohoito ja intervalliohoito. (Salin 2008.)

Sekä Salin (2008) että Linja (2013) toteavat lyhytaikaishoidon olevan nykyisin vakiintunut osa palvelujärjestelmää. Huomiota ei ole kuitenkaan kiinnitetty riittävästi sen kehittämiseen eikä laatuun. Myöskään hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien yhteistyösuhdetta ei ole juurikaan tutkittu. Salinin (2008) mukaan hoitajaksot eivät aina ole sisällöltään optimaalisia kotona pärjäämistä ajatellen. Hoidettavan vointi jakson jälkeen ratkaisi sen, koettiinko jakso kuntouttavana vai enemmänkin säilyttävänä.

Ylirinne (2010) esitteli tutkimuksessaan aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan optimaalinen järjestely jaksoidossa olisi viikko laitoksessa ja kolme kotona. Laitosjakson tulisi siis olla näiden tulosten mukaan mahdollisimman lyhyt ja jaksoidon on epäilty jopa jouduttavan pitkäaikaishoittoon siirtymistä. Nämä tutkimustulokset olivat kuitenkin yli kymmenen vuotta vanhoja. Shaw ym. (2009) sen sijaan arvelivat, että kyseessä ei ole syy-seuraussuhde. Heidän mukaansa ehkä jaksoidoon tullaan niin myöhäisessä vaiheessa, että pitkäaikaipaikan hakeminen on jo muutenkin lähellä. Sen sijaan sekä Shaw`n (2009) että Linjan (2013) tutkimusten mukaan jaksojärjestelyissä olisi hyvä joustaa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Omaishoitaja saattaa kokea hoitotyön lyhytaikaisjaksolla olevan ristiriidassa kotona asumisen ja hänen itsensä toteuttaman hoidon kanssa. Omaishoitajat, jotka eivät ole kokeilleet vielä lyhytaikaishoitoa saattavat joskus jopa pelätä sen huonontavan hoidettavan tilaa. Myös palvelua jo käyttäneillä on ristiriitaisia kokemuksia lyhytaikaishoidon hyödyllisyydestä.

tä. Jotkut omaishoitajat käyttävät lyhytaikaishoitoa vain pysyvän hoitopaikan odottamiseen. Hoitohenkilökunnalla ja hoidon laadulla on siis suuri merkitys hoitojakson onnistumiselle. (Linja 2013.) Myös luottamus hoitopaikkaan on tärkeää ja sen synnyssä henkilökunnalla on merkittävä rooli (Mikkola 2009; Ylirinne 2010).

Myös Kotiranta (2011, 180–181) toteaa, että omaishoitajat ovat eniten huolissaan hoidettavan kunnan heikkenemisestä jakson aikana. Pelätään jakson passivoivaa vaikutusta ja pohditaan yksikön mahdollisuuksia tarjota esim. ulkoilu, virkistystä ja yhteistä tekemistä. Omaisia mietityttävät muistisairaiden yksinäisyys ja epäinhimillinen kohtelu sekä tapaturmien mahdollisuus. Osin nämä huolen aiheet nousevat tiedotusvälineiden esille tuomista ääriesimerkeistä, mutta myös aiemmista huonoista kokemuksista.

Lyhytaikaishoidon tulisi aina olla paitsi asiakkaan toimintakykyä, myös hänen ja hänen perheensä tilannetta mahdollisimman hyvin tukevaa. Jaksolla tulisi tapahtua toimintakyvyn arviointia ja sen tulosten mukaista kuntouttavaa työtä. Jakso ei saisi sisältää pelkkää perushoitoa, jolloin sen luonne muuttuu säilyttäväksi. Tavoitteena pitäisi olla, että asiakas palaisi jaksolta kotiin vähintään samassa ja mieluummin paremmassa kunnossa kuin jaksolle tullessaan. Myös muistisairasta voidaan kuntouttaa paitsi fyysisesti, myös henkisesti. Jos halutaan toteuttaa laadukasta lyhytaikaishoitoa, siihen tulee sisällyttää aina myös omaishoitajan tukeminen. Tämä tapahtuu haastattelemalla omaishoitajaa hänen kokemastaan stressistä ja kuormituksesta, kotikäyntien avulla ja muutenkin tiiviillä yhteistyöllä. (Telaranta 2014, 134–138.)

2.2 Omaishoitaja

Laki määrittelee omaishoitajaksi henkilön, joka hoitaa omaistaan tai läheistään ja on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen (Omaishoitolaki 937/2005 2:3§). Laajemmin määriteltynä omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta joko perheenjäsenestään, tai muusta läheisestään tämän ollessa esim. sairauden tai vamman vuoksi kykenemätön selviämään arjestaan itsenäisesti. Lain mukaan omaishoitajuuteen tarvitaan virallinen toimeksiantosopimus kunnan kanssa. Näin ollen läheskään kaikki omaishoitajat eivät ole lakisääteisen tuen piirissä. Vuonna 2014 omaishoitosopimuksia on ollut 43 00 Suomessa. (Mitä omaishoito on n.d.)

Suomessa noin puolessa omaishoitosuhteista hoitaja on hoidettavan puoliso. Näin on riippumatta siitä, onko perheessä lapsia. Omaishoito myös rikkoo sukupuoliroolit, sillä hoivaa antavat tasapuolisesti niin miehet kuin naisetkin. Puolisohoiva tulkitaan Suomessa omaishoitosuhteeksi, vaikka aiemmin sitä on pidetty itsestään selvänä osana aviosuhdetta. Näin ollen puoliso hoiva siis kuuluu luonnollisesti omaishoidon tukimuotojen piiriin. Tosin kaikki puoliso hoivan antajat eivät edes halua itseään kutsuttavan omaishoitajiksi koska se viittaa liiksi ammatilliseen hoitotyöhön. (Kai-vosoja 2014.)

Suurin osa omaishoitoa tarvitsevista hoidetaan ilman tukea. Myös etä-omaishoitajuus on yleistä, eli työssä käyvä omainen huolehtii kauempana

asuvasta läheisestään. Tuen ulkopuolella olevien tilanne on haastava, koska tutkimusten mukaan tuen ulkopuolella olevien omaishoitajien tilanne ei työ määrän ja raskauden suhteen juuri eroa tukea saavien tilanteesta. Tuen piirissä olevien työ on määritelty kunnissa vaativaksi ja sitovaksi. Ilman tukeakin hoidetaan siis runsaasti apua tarvitsevia ihmisiä. Omaishoidon tuen piirissä olevista valtaosa on ikääntyneitä ja hoidettavat olisivat ilman omaishoitoa laitoshoidossa. Vuosina 1994-2006 hoitajista eläkeikäisiä on ollut yli puolet ja yli 75-vuotiaita 22 %. Yleisimmin on hoidettu puolisoa (48 %) tai omia vanhempia (22 %). Muiden omaisten tai läheisten osuus oli 10 % ja sairaiden tai vammaisten lasten osuus 20 %. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12–17.)

Välimäen (2012) tutkimuksessa Alzheimerin tautiin sairastuneiden omaishoitajista todetaan, että jo omaisen diagnosoinnin aikaan pitäisi kiinnittää enemmän huomiota myös omaishoitajan terveydentilaan. Monella on ollut masennusta ja vaikeuksia jaksamisessa jo ennen omaisen Alzheimerdiagnoosia. Jos masennusoireista, uniongelmistä ja sosiaalisesta eristäytyneisyydestä kärsivät omaishoitajat tunnistettaisiin jo varhaisessa vaiheessa, se auttaisi kohdentamaan tukitoimia juuri heille jo hoitosuhteen varhaisessa vaiheessa. Stolt ym. (2014) toteavatkin, että tulevaisuudessa tulee edelleen tehostaa muistisairaiden läheisille suunnattuja palveluita mm. säännöllisten vapaajaksojen muodossa.

Kehusmaa (2014) on selvittänyt väitöskirjassaan tekijöitä, jotka vaikuttavat ikääntyneiden palveluiden käyttöön ja kustannuksiin. Osa aineistosta on kerätty Kelan ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen (IKÄ-hanke 2002–2007) yhteydessä ja täydennetty THL:n Hoitoilmoitusrekisterin tiedoilla terveyspalveluiden käytöstä sekä Kelan etuusrekisterin tiedoilla. Tutkimuksen mukaan omaishoito laskee huomattavasti hoidon kustannuksia ja panostaminen ikäihmisten sosiaalipalveluihin vähentää terveyspalveluiden käyttöä ja menoja.

Vaikka Suomessa hoitovelvoitetta ei ole kirjattu lakiin, sairaan puolison hoitaminen koetaan moraalisesti velvoittavaksi. Omaishoitajaksi ryhdytään rakkaudesta läheiseen, kun ihmissuhteessa vuorovaikutus on ollut toimivaa. Tästä syystä omaishoitajien tukemisesta on helppo yhteiskunnassa tinkiä, koska ajatellaan, että ihmiset hoitavat läheistään joka tapauksessa. (Purhonen 2011, 17–20.)

2.3 Kuntoutus ja kuntoutuminen

Kuntoutukseen käsitteenä liitetään yleensä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kuntouksen ja hoidon erot liittyvät keinoihin ja kuntoutuksen monialaisuuteen. Hoidon ja kuntouksen välillä ei ikääntyneiden kohdalla kuitenkaan aina ole selkeää rajaa. Tärkeintä on hoidon jatkuvuus sekä ikääntyneen kokonaistilanteen ja läheisten huomiointi. Vanhuspolitiikan ohjelmat ja suositukset edellyttävät toimintakyvyn säilymistä ja kotona asumisen tukemista, vaikka ikääntyneet eivät useinkaan täytä lainsäädännön mukaisia kriteereitä kuntoutuksen suhteen. (Pikkarainen, Era & Grönlund 2011.)

2.3.1 Kuntouttava työote

Kuntouttavalla työotteella ei ole virallista tieteellistä määritelmää. Käsitettä kuitenkin käytetään paljon alan oppikirjoissa ja käytännön hoitotyössä. Puhutaan myös toimintakykyä ylläpitävästä ja kuntouttavasta hoitotyöstä tarkoittaen samaa asiaa. Käytännössä tällä tarkoitetaan hoitajan tapaa toimia siten, että hoidettava omat voimavarat tulevat käyttöön. Hoidettava on toimijana itse kykyjensä, tarpeidensa ja toiveidensa ehdoilla hoitajan ohjauksessa ja vain tarvittaessa auttaessa. (Mäkinen 2015.)

Tarkemmin Mäkinen (2015) on hahmotellut kuntouttavaa työtettä mallilla, jossa keskiössä on ikääntyneen toimintakyky. Hoitaja huomioi säilyneet voimavarat ja tukee heikentyneitä osa-alueita. Myös asiakasta itseään tuetaan samalla voimavarojensa tunnistamiseen. Kuitenkin on toimittava niin, että asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys säilyvät. Keskeistä on tavoitteellinen yhdessä toimiminen. Tavoitteet sovitaan yhdessä asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Kuntouttava työote vaatii hoitajilta omien työtapojen ja asenteiden tarkastelua sekä moniammatillista yhteistyökykyä. Voimavarakeskeisessä vanhustyössä huomiota ei kiinnitetä ongelmiin, vaan osaamiseen ja vahvuuksiin (Hohenthal-Antin 2013, 25–26).

Osalle omaisista kuntouttava työote voi olla käsitteenä outo ja voi aiheuttaa väärinkäsityksiä. Henkilökunnan käsityksen mukaan itsenäinen tekeminen vahvistaa hoidettavan omatoimisuutta ja toimintakykyä. Kotona taas monet päivittäisiin toimiin liittyvät asiat on jo pitkään ehkä tehty läheisen puolesta. Kuitenkin kuntoutuksen kohdentaminen päivittäisistä toiminnoista vielä melko itsenäisesti selviytyviin vähentää pitkäaikaishoitoon joutumista (Kehusmaa 2014.) Siksi onkin tärkeää selvittää hoitoyössä käytettyjen käsitteiden sisältöä myös omaisille (Kotiranta 2011, 181).

Hiltusen (2015) mukaan juuri päivittäisiin toimintoihin liittyvän liikuntakyvyn ja omatoimisuuden tukemiseen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Hän mainitsee keinoina esimerkiksi kotona median välityksellä järjestettävät harjoitteluhetket. Myös harjoittelupäiväkirjan pitäminen tukisi hänen mukaansa omahoitoa. Pelkkään liikuntakyvyn keskittyminen on silti ristiriitaista, koska palvelutarvetta arvioitaessa kartoitetaan toimintakyvyn kaikki osa-alueet (Kehusmaa 2014).

Psyykkistä ja emotionaalista tukea pitäisi siis järjestää aiempaa enemmän. Sekä hoidettavan että hänen läheistensä henkisiä voimavaroja tulisi vahvistaa läsnäolon ja kannustuksen avulla. Ikääntyneelläkin on vielä unelmia. Hän ehkä tarvitsee apua niiden ja muiden merkityksellisten asioiden kartoittamiseen. Iloa ja hyvää mieltä voidaan yhdessä löytää harrastustoimintaan kannustamalla ja näin lievittää myös toivottomuuden tunteita. Tärkeiden sosiaalisten tukiverkoston puuttuessa hoitohenkilökunta voi auttaa ikääntynyttä ystävyssuhteiden luomisessa. Vertaisryhmät on hyväksi havaittu tukimuoto. (Hiltunen 2015.)

2.3.2 Fyysinen kuntoutus

Perinteisen käsityksen mukaan kuntoutuksella pyritään ennaltaehkäisemään, korjaamaan, lievittämään tai kompensoimaan sairauden, vian tai vamman aiheuttamaa toimintakyvyn vajetta ja lisäämään näin fyysistä toimintakykyä. Nykyisin kuntoutuksessakin kuitenkin keskitytään voimavarakeskeisyyteen. Asiakas ei ole passiivinen toimenpiteiden kohde, vaan itsekin aktiivinen toimija. Puhutaan kuntoutujasta, eikä kuntoutettavasta. Keskitytään vahvuuksiin ja parannetaan myös fyysistä toimintaympäristöä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 278–279.)

Myös muistisairaat hyötyvät fyysisestä harjoittelusta. Muistisairauden oireet pahenevat ja yleiskunto laskee, jos kehoa ei käytetä. Liikunta vähentää toimettomuutta, ahdistusta ja aggressiivisuutta sekä lievittää kipua. Liikunnan myötä lisääntynyt aistitieto aktivoi aivoja ja vahvistaa näin sekä fyysistä, psyykkistä että kognitiivista toimintakykyä. Vähäinen liikunta taas aiheuttaa käytösoireiden pahenemista ja harhailua sekä lisää rauhoittavien lääkkeiden tarvetta. (Forder 2014, 109.)

Pikkarainen, Era ja Grönlund (2011) kirjoittavat Kuntoutusportissa gerontologisesta kuntoutuksesta. Käsite on Suomessa vielä vieras ja usein ikääntyneiden kuntouttaminen tapahtuu samalla toimintamallilla kuin nuoremman aikuisväestön parissa. Uuden tiedon myötä vanhenemisilmiötä on alettu ymmärtää laaja-alaisemmin ja ikääntyneiden perinteiset palvelut ovat tulleet uudelleen arvioitaviksi ja kehitettäväksi. Kun käsitykset vanhenemisesta ja ikääntyneiden palveluista ovat muuttuneet, perinteisen hoitotyön rinnalle on noussut käsite kuntouttava hoitotyö tai kuntoutumista edistävä hoitotyö.

Hartikaisen ja Lönnroosin (2008, 281–283) mukaan geriatriksen arvioinnin ja kuntoutuksen tärkeimmät kohderyhmät ovat henkilöt, joilla on akuutin sairauden aiheuttama toimintakyvyn lasku, selittämätön toimintakyvyn lasku, toistuvia kaatumisia, lonkkamurtuma, aivoverenkiertohäiriö tai jotka ovat siirtymässä pitkäaikaispaikalle. Valitettavan usein iäkkäiden kohdalla kuntoutukselle otollisin aika ohitetaan, koska heidän terveydentilansa ongelmia pidetään enemmän sosiaalisina kuin lääketieteellisinä. Positiivista on, että ikäihmisille suunnattu liikuntatarjonta on lisääntynyt ja geriatrasta kuntoutustakin voidaan antaa muutenkin kuin laitostuntoutuksena, mm. kotiympäristössä.

2.3.3 Psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen kuntoutus

Telarannan (2014, 57–58, 97) mukaan muistisairaahan kuntouttamisen tulee olla monimuotoista, laaja-alaista ja toimintakykyä ylläpitävää, sairautta ei voida sillä parantaa. Kuntoutuksen jatkuvuus pitää taata niin kotona kuin hoidossa ollessakin, ja se on luonteeltaan ennakkoivaa, toimintakyvyn laskua estävää. Kuntoutusta on siis paitsi kaikenlainen arjen askareiden suorittaminen, myös virike- ja tapahtumarikas elämä, joka tuottaa hyvää mieltä ja iloa. Vaikka muistisairaus aiheuttaakin rajoitteita sosiaalisiin suhteisiin, myös sairastunut kaipaa kanssakäymistä, ihmissuhteita ja vuorovaikutusta.

Arviolta jopa 40 % ikääntyneistä kärsii yksinäisyyden kokemuksista. Yksinäisyyden lievittäminen olisi siis tärkeää ikääntyneiden hoitotyössä. Puhutaan kielteisestä yksinäisyydestä, joka on pakottavaa, ahdistavaa ja sitovaa. Näin ollen se vaikuttaa suoraan elämänlaatuun ja mielenterveyteen. Yksinäisyys voi olla joko sosiaalisten kontaktien puutetta tai subjektiivinen kokemus. Hoitavan henkilökunnan tehtävä on puuttua yksinäisyyteen sitä kohdatessaan. (Suhonen & Toivonen 2013, 53–60.)

Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja. Niitä voidaan ylläpitää harjoittelemalla. Myös tavallinen, aktiivinen elämä tukee kognitiivista toimintakykyä. Aivoja aktivoivat harjoitukset, virikkeelliset harrastukset ja sosiaalinen aktiivisuus auttavat ylläpitämään näitä toimintoja. Aivot kykenevät muotoutumaan ja sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja tämä kognitiivisen kuntoutumisenkin lähtökohta. (Hallikainen, Forder, Mönkäre & Nukari 2014, 97; Paajanen & Hänninen 2014, 98.)

Hyvä sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky vaikuttaa myös psyykkiseen toimintakykyyn. Jaksamista voi vahvistaa ohjaamalla ajatuksia omien voimavarojen käyttämiseen ja niistä iloitsemiseen. Alentunut psyykkinen toimintakyky voi estää muiden osa-alueiden vahvistamisen. On tärkeää, että hoitajilla on osaamista muistisairaana ja hänen läheisensä psyykkisen voimien arvioinnissa ja psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa ja ylläpitämisessä. (Mönkäre 2014, 102–103.)

2.3.4 Toimintakyvyn arviointi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Toimia-tietokannasta löytyy suositukset iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamiseen palvelutarpeen kartoittamisen yhteydessä sekä suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. (TOIMIA:n suositukset, menettelytapaohjeet ja yhteenvedot aihepiireittäin 2011–2014.)

Palvelutarpeen arviointi tulee tehdä, kun iäkäs henkilö ei selviä arjestaan ilman tukea tai tällainen tilanne on odotettavissa. Arvioinnin pitää olla moniammatillista ja systemaattista. Palvelun tarvetta mitattaessa toimintakyvyn ulottuvuuksia on neljä; fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Arviointia tehdään, paitsi keskustellen ja havainnoiden, erilaisten mittareiden avulla. Suosituksessa on esitelty yhdeksän erilaista mittaria, joista ainoastaan kahden soveltuvuus ikäihmisten arviointiin on kyseenalaista. Muut seitsemän soveltuvat hyvin. Koska arviointi on vuorovaikutustilanne, lopputulos on aina yksilöllinen. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011.)

Hyvinvointia edistäviä palveluita voivat olla esimerkiksi ennakkoivat kotikäynnit, neuvontapalvelut ja erilaiset toimintakykyä ylläpitävät ryhmäpalvelut. Palvelut voivat olla kohdennettuja jollekin riskiryhmälle tai ikään tai elämäntilanteeseen perustuvalla ryhmälle. Myös näiden palveluiden yhteydessä pitää toimintakyvyn eri osa-alueet kartoittaa. Kartoittamisen helpottamiseksi on suositukseen liitetty erilaisia yksinkertaisia apukysymyk-

siä kullekin osa-alueelle sekä neljä erilaista mittaria, joista kolme soveltuu hyvin tarkoitukseensa. (Mäkelä, Autio, Heinonen, Holma, Häkkinen, Hänninen, Pajala, Sainio, Schroderus, Seppänen, Sihvonen, Stenholm & Valkeinen 2013.)

Ikääntyneiden kohdalla oleellista on suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista. Nämä jaotellaan edelleen päivittäisiin perustoimintoihin (ADL-toiminnot) ja asioiden hoitoon liittyviin toimiin (IADL-toiminnot). Perustoimintoihin kuuluvat esimerkiksi pukeutuminen, peseytyminen ja ruokailu. Asioiden hoidolla tarkoitetaan kotiaskareita ja kodin ulkopuolella asiointia. (Voutilainen 2009, 125.)

Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan arvioida TOIMIA-tietokannassakin (2011) mainittujen mittareiden avulla. Näitä mittareita ja niiden soveltuvuutta ikäihmisten hoivassa on Voutilainen (2009, 131–137) avannut tarkemmin ja mainittakoon tässä yhteydessä esimerkiksi laajasti käytössä olevat MMSE, CERAD, GDS ja RAI. CERAD ja MMSE mittaavat kognitiivisen toimintakyvyn ja dementoivan sairauden vaikeusastetta. GDS:n avulla pyritään selvittämään masennusoireita ja RAI mittaa toimintakykyä ja avun tarvetta.

Lyhytaikaisjaksolla toimintakyvyn arviointi on keskeistä jakson sisältöä ja tapahtuu luontevasti erilaisten päivittäisten toimintojen yhteydessä. Toimintakykyä arvioidaan silti myös erilaisin edellä mainituin testeillä ja lääkärin toimesta. Arviointiin otetaan mukaan omaiset mahdollisuuksien mukaan ja myös kotikäyntejä tehdään. (Helminen, Honkanen, Iso-Pietilä, Korhonen, Lehtonen, Mäkitalo, Määttä & Nieminen 2016.)

3 LYHYTAIKAISHOITO OMAISTEN NÄKÖKULMASTA

Tikkanen (2016) kuvaa väitöskirjassaan omaishoitajien verran hoidon sitovuutta ja raskautta jopa avovankilassa olemiseen. Hoito koetaan erittäin sitovaksi ja henkisesti raskaaksi, vaikka kiintymys hoidettavaan onkin hoitosuhteen taustalla. Osa omaishoitajista tekee työtään ilman virallista omaishoitosopimusta ja se on heille tietoinen valinta. Hoitaminen koetaan moraaliseksi velvollisuudeksi ja palvelukseksi hoidettavaa kohtaan.

Omaishoitajat kokevat yleisesti ottaen lyhytaikaishoidon olevan edellytys selviytymiselleen huolenpitotyöstä. Hoidon suunnittelussa onkin välttämättöntä huomioida myös omaishoitaja ja hänen tarpeensa (Salin 2008; Ylirinne 2010). Mikkola (2009) käsittelee väitöskirjassaan erityisesti puoliso-hoivaa ja hänen mukaansa hoivapalveluiden käyttäminen ei saa olla ristiriidassa puolison ja hoidettavan yhteisten ehtojen kanssa. Palvelun pitää tukea perheen omaksumaa elämäntapaa. Palveluja järjestettäessä pitää huomioida myös hoidettavan suhde puolisoon ja heidän yhteiset elämänarvonsa ja tavoitteensa.

Hoivapalveluiden käyttäminen ei ole puoliso-hoivaa antaville henkilöille aina mutkatonta ja itsestään selvää. Monet ovat tottuneet tulemaan toimeen ilman yhteiskunnan tukea ja palveluiden hakeminen saattaa tuntua nöyryyttävältä. Myös palveluiden järjestämisen yhteydessä kotiin tulevat

vieraat toimijat voidaan kokea uhkana. Hoidon järjestäminen omaishoitajan levon tarpeen ja lomapäivien vuoksi edellyttää kompromissien tekemistä. Hoitopaikan olosuhteet ja toiminta vaikuttavat paljon hoitoon sopeutumiseen. (Mikkola 2009.)

Ylirinne (2010) toteaa tutkimuksessaan puolisoiden välisen suhteen vaikuttavan siihen, miten hyödyllisenä lyhytaikaisjaksot koetaan. Lyhytaikaisjaksoista koettu tuki on ilmeisin silloin, kun jaksot koetaan hyvänä apuna omaishoitosuhteessa. Tilanne mutkistuu, kun lyhytaikaisjaksoista tulee välttämätön apu tai välttämätön pakko. Silloin kokemukseen tulee mukaan luopumista, surua, yhteisen kaipuuta ja yhteisen suojelemista. Moni omaishoitaja koki myös vaikeutta luovuttaa puoliso toisen hoidettavaksi.

3.1 Hoitojaksojen sisältö

Linjan (2013) mukaan hoitohenkilökunta jää omaishoitajille melko vieraaksi omaishoitajajärjestelmästä huolimatta. Yhteistyössä olevien puutteiden vuoksi hoitojaksot eivät tue kotona tapahtuvaa hoitoa. Hoitajat eivät tunne asiakkaiden kotioloja kovin hyvin, eikä jaksoille ole mietitty tavoitteita. Mikkola (2009) taas kirjoittaa henkilökunnan haasteena olevan palvelun kohdentaminen yksilöllisesti kunkin tarpeisiin omaishoitajan hoiva-tilanteen helpottamiseksi.

Salinin (2008) haastattelemat omaishoitajat kuvasivat hoitojaksojen helpottavan arjen sujumista. Hoitojaksojen sisältö ei kuitenkaan ollut sellainen, että jaksoista saataisiin täysi hyöty. Hoidettavan vointi jakson jälkeen ratkaisi sen, pidettiinkö jaksoa kuntoutus-, lepäämis- vai säilöjaksoina. Hoidettava saattoi olla tilapäisesti työläämpi hoitaa, vointi oli pysynyt samanlaisena tai toimintakyky oli parantunut. Hoitojakson aika ei merkinnytkaan pelkästään helpotusta, vaan aiheutti myös syyllisyyttä. Murehdittiin hoidettavan selviytymistä jaksolla, käytiin usein häntä katsomassa ja vastaanotettiin hoidettavan kokemus avun saannin vaikeudesta jaksolla.

Salinin (2008) tutkimuksessa tyytyväisiä oltiin perusasioihin, kuten hygieniaan ja ravitsemukseen, yleiseen huolehtimiseen sekä erilaisten palveluiden saatavuuteen. Tavoitteellisen kuntoutuksen ja omatoimisuuteen kannustamisen vuoksi jaksot edistivät kotona asumista. Toisinaan fysioterapiapäättymistä jaksolta saatettiin kritisoida. Ei mielletty kuntouttavaa työtettä toimintakykyä ylläpitävänä toimintana, ellei sitä ollut selitetty omaishoitajalle.

Edelleen Salin (2008) toteaa lyhytaikaisjaksojen vapauttaneen omaishoitajan hoitovastuusta, jos hän pystyi luottamaan hoitoon. Hoidettavan tahtoa oli kunnioitettu ja omaishoitajaa pidetty ajan tasalla hoidettavan asioissa. Perhe myös tottui luopumiseen ja ajatukseen tulevasta elämänmuutoksesta hoitojaksojen avulla. Mikäli hoidon tavoitteista ei kuitenkaan keskusteltu omaishoitajan kanssa tai hoitotoimenpiteitä jäi syystä tai toisesta suorittamatta, hoitojaksoa kuvattiin esimerkiksi pysäkillä olemisena.

3.2 Toiveet sisällön kehittämiseksi

Ylirinteen (2010) mukaan keskeiset asiat jaksohoidossa vaikuttavat olevan kunnossa, eivätkä omaishoitajat osaa sanoa juurikaan parannusehdotuksia. Sisältöön liittyvät muutamat toiveet liittyivät jaksolla järjestettävään toimintaan, kuten laulu-, askartelu ja voimistelutuokioihin sekä hierontapalveluihin. Tiedon tarve hoidettavan voinnista, jakson sisällöstä ja erilaisista palveluista tuli kuitenkin ilmi tässäkin tutkimuksessa.

Linjan (2013) tutkimus kertoo lyhytaikaishoidon olevan yleisesti ottaen hyödyllinen tukimuoto omaishoitajille heidän jaksamistaan ajatellen. Tulosten perusteella pitäisi kuitenkin enemmän kiinnittää huomiota yhteistyöhön omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan välillä. Huomiota vaatisi myös hoidettavan toimintakyvyn ja mielialan parantaminen tai ainakin niiden säilyttäminen. Omaishoitajien toiveissa on ollut lyhytaikaisjaksojen joustavuus ja yksilöllisyys vaihtelevissa elämäntilanteissa. Jaksoilta toivotaan kuntouttavaa ja laadukasta perushoitoa tarjoavaa sisältöä sekä erilaisia aktiviteetteja, erityisesti ulkoilua.

Tutkimuksen mukaan tiedonkulussa omaisten ja hoitajien välillä olisi parantamisen varaa. Toivotaan keskusteluja omaishoitajan kanssa ja yleisesti mielenkiinnon osoittamista perheen elämää kohtaan. Osa toiveista liittyy hoitopaikan fyysisiin tiloihin ja perushoitoon. Toivotaan yhden hengen huoneita ja hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtimiseen parempaa tasoa. (Linja 2013.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen aihe nousi lyhytaikaisyksikön kehittämistarpeista ja kaupungin linjauksista. Kuntouttavan työn näkökulma puolestaan oli palveluesimiehen ehdotus. Asiakaslähtöisyyden periaatteen noudattamiseksi syntyi ajatus omaishoitajien haastattelusta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää omaishoitajien kokemuksia ja toiveita lyhytaikaishoidon sisällöstä kuntoutuksen näkökulmasta. Tavoitteena on löytää kehittämiskohteita lyhytaikaishoidon kuntouttavaan työhön.

Tutkimustehtävänä on siis selvittää, miten lyhytaikaishoidon kuntouttavaa toimintaa voitaisiin kehittää sekä hoidettavia että omaishoitajia paremmin palvelevaksi. Tarkasteltavana ovat sekä fyysinen, psyykkinen että sosiaalinen toimintakyky.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja toteutustapana oli omaishoitajien teemahaastattelu. Haastatteluissa pyrittiin selvittämään, mitkä asiat omaishoitajat ovat kokeneet tähän asti hyödyllisiksi lyhytaikaishoidossa ja mihin he toivoisivat vielä kiinnitettävän huomiota. Haastatteluissa haettiin vastausta myös siihen, minkälainen toiminta omaishoi-

tajien mielestä tukisi hoidettavan kotona pärjäämistä ja omaishoitajien omaa jaksamista. Näin ollen tutkimustehtävä ohjasi teemojen valintaa.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja teemahaastattelurungossa (Liite 3.) huomioitiin niin psyykkisen, fyysisen kuin sosiaalisen kuntouttamisen näkökulma. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen, hänen elämänsä ja kokemuksensa. Laadullisella tutkimuksella ei saada tilastollisesti yleistettävää tietoa, koska materiaali koostuu tarinoista ja niiden merkityksistä. Tavoite on kuitenkin sama kuin määrällisessäkin tutkimuksessa: pyritään selvittämään ja jäsentämään todellisuutta ihmisen terveyteen liittyvissä ilmiöissä. (Kylmä & Juvakka 2012, 17–20.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei mielellään puhuta tutkimuksen kohteesta, vaan tutkimuksen toimijoista. Tutkijahan jakaa yhteistä maailmaa toimijoiden kanssa, eikä niinkään ole ulkopuolinen tarkkailija. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteistä voisi mainita esimerkiksi tavoitteen osallistujien näkökulman ymmärtämiseen ja tutkimuksen tekijän läheisen kontaktin osallistujiin. Osallistujia on yleensä vähän ja luonnollisia olosuhteita painotetaan. (Kylmä & Juvakka 2012, 31.)

5.1 Tutkimuksen toimintaympäristö

Yksikkö, johon työ tehtiin, on eräässä eteläsuomalaisessa vanhainkodissa toimiva 26-paikkainen lyhytaikaisyksikkö. Yksikkö jakautuu kahteen pienkotiin, joissa molemmissa on 13 paikkaa. Pienkotien henkilökunta on yhteinen, mutta jokaisella hoitajalla on kuitenkin nimettynä ensisijainen oma pienkoti. Yksikössä toteutetaan omahoitaja-järjestelmää.

Asiakkaista suurin osa on kotona asuvia muistisairaita, joiden omaishoitaja toimii joko itsekkin iäkäs puoliso tai joku lapsista. Lyhytaikaishoitoon tulon syitä ovat toimintakyvyn ylläpitäminen, kotona pärjäämisen tukeminen, omaishoitajan vapaat, kuntoutus sairaalajakson jälkeen tai kokonaistilanteen arviointi. Säännöllisten hoitojaksojen pituudet vaihtelevat yhdestä kolmeen viikkoon kuukaudessa. Osa asiakkaista tulee lyhytaikaishoitoon myös sosiaalisista syistä ja monet heistä ovat kotihoidon asiakkaita. Lyhytaikaisyksikön moniammatillisessa tiimissä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, sosionomi-ohjaaja, fysioterapeutti, lääkäri, palveluohjaaja sekä avustavia työntekijöitä.

Organisaatio, jonka alaisuudessa tutkimuksen kohteena oleva yksikkö sijaitsee, tarjoaa useita erilaisia kuntoutustuotteita. Näistä säännöllistä lyhytaikaisjaksoa, kuntouttavaa tilapäisjaksoa ja kuntouttavaa arviointijaksoa toteutetaan kyseisessä lyhytaikaisyksikössä. (Helminen ym. 2016.)

Säännölliset lyhytaikaisjaksot ovat juuri niitä, joilla tuetaan omaishoitajien jaksamista. Kuntouttavat lyhytaikaisjaksot ovat tilapäisiä ja palvelevat esimerkiksi sairaalasta kotiutuvia. Kuntouttavien arviointijaksojen kohderyhmänä ovat esim. asiakkaat, jotka ovat ohjautumassa pitkäaikaispaikalle.

Jakson tarkoituksena on asiakkaan kokonaistilanteen arviointi. Myös arviointijakson asiakkaat voivat luonnollisesti olla omaishoidon piirissä. (Helminen ym. 2016.)

Kuntouttavalla arviointijaksolla tehdään asiakkaan kokonaistilanteen arviointi, joka sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä ravitsemuksen arvioinnin. Arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittareita havainnoinnin ja haastattelun lisäksi. (Helminen ym. 2016.) Mittarit sisältävät myös aiemmin mainittuja THL:n suosittamia mittareita.

Asiakkaan nykyiset palvelut arvioidaan. Omaisten, läheisten, vapaaehtoisten ja muiden kumppaneiden osuus arvioidaan. Jakso sisältää myös lääkärin arvion, yksilöllisen hoitosuunnitelman ja liikuntasuunnitelman. Jaksolla tehdään kotikäynti ja pidetään hoitoneuvottelu omaisten ja moniammatillisen ryhmän kesken. Kotiolot arvioidaan ja lopuksi tehdään kotikokeilu. Jakso päättyy joko kotiutumiseen tehostetun kotikuntoutuksen ja kotihoiton turvin tai asiakas siirtyy pitkäaikaispaikalle. (Helminen ym. 2016.)

5.2 Aineiston keruu

Laadulliseen tutkimukseen sopivia aineiston keruun menetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja kysely. Rinnalla on usein tarkoituksenmukaista käyttää erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa. Kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee tai mitkä ovat hänen motiivinsa jonkin toiminnan takana, on loogista kysyä sitä. Tähän perustuu haastattelunkin idea. Kyse-lyssä kaikki vastaajat täyttävät samanlaisen lomakkeen, eikä heillä saa olla kirjoittamiseen, lukemiseen tai itsensä ilmaisemiseen liittyviä esteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74.)

Haastattelu on joustavampi tapa kerätä tietoa. Kysymyksiä voidaan toistaa, tarkentaa ja selventää, sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Kysymykset voidaan esittää haastattelijan kannalta tarkoituksenmukaisessa järjestyksessä ja haastattelijalla voi havainnoida haastateltavaa samalla. Koska haastatteluluvasta sovitaan henkilökohtaisesti, haastateltavat eivät yleensä kiellä haastattelun käyttöä tutkimusmateriaalina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74.)

Teemahaastattelussa valitaan muutamia teemoja tai avainkysymyksiä, joiden ympärille haastattelu rakennetaan. Kysymyksiä ohjaa tutkimusongelma, johon haetaan vastausta (Kananen 2014, 72.) On tärkeää, että kysymyksiä ja teemoja ei ole liikaa tai liian vähän. Apukysymysten avulla haastattelu pidetään linjassa, mikäli se on vaarassa alkaa rönsyilemään. Kysymyksillä ei saa kuitenkaan raamittaa aihetta liikaa, jotta haastateltava saa tarinansa kerrottua. Haastattelijan on kyettävä etenemään joustavasti ja haastateltavan ehdoilla. Yleensä haastatteluun valikoituu henkilöitä, jotka ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Jos vielä ilmapiiri on luottamuksellinen, haastattelun onnistumisesta ei tarvitse olla huolissaan. (Kylmä & Juvakka 2012, 78–80.)

Tiedonkeruu päätettiin toteuttaa teemahaastatteluin, koska ikääntyneille saattaa olla helpompaa kertoa tarinaansa suullisesti kuin kirjallisesti. Mo-

net omaishoitajista ovat itsekkin iäkkäitä. Kyselylomakkeella vastausprosentti olisi saattanut jäädä alhaiseksi. Teemahaastattelu valittiin menetelmäksi tähän tutkimukseen, koska oleellista on omaishoitajien kokemukset ja toiveet. Heidän tulee saada kertoa tarinaansa avoimesti.

Haastattelujen toteutustavaksi valikoitui yksilöhaastattelu aiheen sensitivisyyden vuoksi. Nauhoittamiseen päädyttiin, jotta myös havainnoinnille jää tilaa, eikä muistinpanojen tekeminen häiritse haastateltavan kertomuksen etenemistä. Nauhoittamalla myös saadaan kertomukset tarkasti talteen.

Haastateltaville tarjottiin mahdollisuutta toteuttaa haastattelu heidän kotonaan, mikäli he niin haluaisivat. Näin pyrittiin tekemään haastattelutilanne mahdollisimman vaivattomaksi omaishoitajille. Tällä tavoin voitiin myös suojella peremmin heidän anonymiteettiään. Yksikön tiloissa haastateltaessa haastateltavien henkilöllisyyttä olisi ollut vaikeampi salata. Kotona he pystyivät myös tarvittaessa konkreettisesti esittämään, minkälaisia haastetta läheisen kotihoitoon liittyy.

Haastattelupyyntöjä lähti omaishoitajille yhteensä 33 kappaletta. Kaikkia omaishoitajia ei saatu ensimmäisellä soittokierroksella kiinni. Ensimmäisessä vaiheessa halukkaita haastateltavia ilmoittautui kuitenkin jo 14. Toisella soittokierroksella löytyi vielä neljä lisää. Kymmenen kieltäytyi haastattelusta ja viiteen ei saatu ollenkaan yhteyttä. Halukkaita oli siis yhteensä 18 kappaletta.

Koska kaikkia ei voinut ottaa tutkimukseen mukaan, päädyttiin valitsemaan joukosta seitsemän haastateltavaa. Valintaperusteena käytettiin monipuolisuutta. Joukkoon valikoitui haastateltavia tasapuolisesti molemmista pienkodeista, molemman sukupuolen edustajia sekä niin puolisohoitajia kuin hoidettavan lapsia. Osa haastateltavista oli haastattelijalle tuttuja, osa tuntemattomia. Lopuksi otettiin puhelimitse yhteyttä niihinkin omaishoitajiin, jotka eivät tulleet valituiksi tutkimukseen. Heitä kiitettiin avun tarjoamisesta ja kerrottiin, että kaikki eivät mahtuneet mukaan tutkimukseen.

Kaikki osallistujat halusivat haastattelun tapahtuvan heidän kotonaan. Haastattelut tapahtuivat kahden viikon aikana ja ensimmäisenä päivänä tehtiin koehaastattelu. Koska se sujui hyvin ja haastatteluteemat tuntuivat toimivilta, koehaastattelu otettiin mukaan tutkimukseen. Haastattelurunkoa ei ollut tarvetta muuttaa.

Ajallisesti haastattelutilanteiden kestoksi oli arvioitu noin tunti. Kolme ensimmäistä haastattelua kesti 40-45 minuuttia ja loput noin puoli tuntia itse nauhoituksen osalta. Käytännössä haastattelukäynnit venyivät pidemmiksi, koska haastateltavat halusivat keskustella asioistaan yleisemmällä tasolla vielä haastattelun jälkeinkin. Näitä keskusteluja ei ole käytetty tutkimuksessa.

5.3 Aineiston analysointi

Sisällön analyysi on aineistojen perusanalysointimenetelmä, jonka avulla eritellään ja kuvataan erilaisia aineistoja. Analyysissä valitaan ensin ana-

lyysiyksikkö, sen jälkeen tutustutaan aineistoon ja pelkistetään se, jonka jälkeen aineisto luokitellaan ja tulkitaan. Lopuksi vielä arvioidaan aineiston luotettavuus. Analyysi voi olla induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Analyysin tuloksena syntyy erilaisia käsiteluokituksia, -järjestelmiä, -kartoja ja malleja. Analyysin avulla kuvataan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–166.)

Induktiivinen sisällön analyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen. Ensin aineisto pelkistetään, sitten se ryhmitellään ja lopuksi luodaan käsitteet. Auki kirjoitetun haastatteluaineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Sen kannalta oleelliset ilmaisut poimitaan aineistosta ja listataan. Ensin pitää kuitenkin määritellä analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokiksi ja luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavasti. Näin saadaan aineistosta alaluokkia, joista muodostetaan edelleen ylä- ja pääluokkia. Viimeisessä vaiheessa luokista muodostetaan käsitteitä. Tätä jatketaan niin kauan kuin se aineiston näkökulmasta on mahdollista. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108–113.) Tässä työssä käytetään induktiivista sisällön analyysiä.

Aluksi aikomus oli litteroida jokainen haastattelu heti tuoreeltaan. Tästä jouduttiin kuitenkin luopumaan ensimmäisen haastatteluviikon kiireellisten aikataulujen vuoksi. Litterointi aloitettiin, kun neljä haastattelusta oli tehty ja loput olivat meneillään. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja mukaan yritettiin saada myös eri vivahteet, eleet ja äänenpainot taukoineen käyttäen erikoismerkkejä

Analyysi alkoi käymällä haastattelut ensin useampaan kertaan läpi. Sen jälkeen alettiin etsiä samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta. Valitut ilmaisut eriteltiin sisältönsä perusteella erilaisiin ryhmiin ja ryhmät nimettiin. Näin muodostui alaluokkia. Myöhemmin alaluokat käytiin uudelleen läpi ja silloin joukosta poistettiin niihin kuulumattomiksi katsottuja ilmaisuja. Nekin kuitenkin säästettiin mahdollista käyttöä varten.

Muodostuneita alaluokkia sisältönsä perusteella edelleen yhdistelemällä syntyivät yläluokat ja niistä edelleen kolme pääluokkaa. Näistä tehtiin havainnollistamisen helpottamiseksi kaaviokuvat. Koska pääluokkia on kolme, myös kaavioita on kolme. Tekstissä taulukoiden jälkeen on eri luokkien sisältö avattu ja mukaan otettu alkuperäisilmauksia analyysin seuraamisen helpottamiseksi. Muodostuneet kolme pääluokkaa vastasivat tutkimustehtävään, joten analyysi voitiin lopettaa.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusetiikka edellyttää, että tutkittavien yksityisyyttä suojellaan mahdollisimman hyvin ja tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tut-

kittavilla pitää olla mahdollisuus halutessaan keskeyttää tutkimus ja kieltäytyä antamasta tietoja. Tutkittavilla on oltava selvillä tutkimuksen tarkoitus ja menetelmät, eikä ihmisarvoa saa loukata. Tutkijan on varmistettava, että tutkittava on ymmärtänyt hänelle annetun informaation, eikä tutkija saa syyllistyä vilppiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–215.)

Voimakkaita mielipiteitä kohdatessaan tutkijan pitää pysyä neutraalina ja pyrkiä objektiivisuuteen. Omat tunteet ja mielipiteet on pidettävä erillään ja on pysyteltävä riippumattomana. Koska tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, tutkittavien motivointi on tutkimuksen onnistumisen kannalta tärkeää. Yleensä kynnys osallistua madaltuu, jos tutkimus koetaan aiheeltaan tärkeäksi. (Kuula 2006, 153–155.)

Luotettavuutta voidaan laadullisessa tutkimuksessa arvioida esim. aineiston riittävyuden, analyysin kattavuuden, arvioitavuuden ja toistettavuuden avulla. Riittävyydellä tarkoitetaan kylläntymistä, eli samojen asioiden toistumista. Kun aineistoa käsitellään järjestelmällisesti, eikä vain satunnaisin osin, tulee aineistosta kattava. Analyysin teko pitää dokumentoida tarkasti vaihe vaiheelta, silloin toistettavuus ja arvioitavuus tulevat mahdolliseksi. (Kananen 2014, 122–134.)

Tutkimuksen uskottavuutta voidaan lisätä tulosten kuvaamisella mahdollisimman selkeästi, jolloin lukijalle tulee selväksi, miten analyysi on tehty. Myös tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset on hyvä kuvata. Tulosten luokittelu siten, että ne kattavat aineiston, lisää tutkimuksen uskottavuutta. Analyysi pitää kuvata tarkasti, jotta aineiston ja tulosten suhde tulee vahvistetuksi. Tarvittaessa voidaan käyttää taulukointia, jossa kuvataan analyysin etenemistä alkuperäisestä tekstistä käsin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Tutkimusympäristö pitää kuvata huolellisesti, samoin osallistujien valinta ja taustat. Ne muodostavat kehyksen, johon tuloksia voi verrata. Aiheesta pitää olla koottuna perusteltua teoretietoa ja käsitteet tulee avata. Aineiston keruu ja analysointi tulee kuvata, jotta tutkimusprosessia pystytään tarvittaessa seuraamaan. Suorat lainaukset haastattelutekstistä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta, toisaalta liian pitkiä lainauksia tulee välttää. Pitkät lainaukset voivat kertoa analyysin jäsentymättömyydestä. Luokittelun pitää olla loogista, selkeää ja perusteltua. Tutkijalla pitää olla teoretietoa käyttämästään menetelmästä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198–200.)

6.1 Eettisyys tässä tutkimuksessa

Tutkimukseen haettiin lupa sen kaupungin kehittämissyksiköstä, jossa lyhytaikaishoidon yksikkö sijaitsee. Ensimmäinen yhteydenotto omaishoitajien haastattelupyynnön (Liite 2.) muodossa hoidettiin työpaikkaohjaajan toimesta. Hän myös selvitti puhelimitse henkilöt, jotka olivat halukkaita haastatteluun. Haastattelupyyntö (Liite 2.) lähetettiin kaikille omaishoitajille, jotta haastateltavia saataisiin riittävästi.

Haastattelijan ensimmäinen kontakti haastateltaviin tapahtui vasta suostumuslomakkeen (Liite 1.) allekirjoituksen yhteydessä. Näin ollen kaikkien omaishoitajien yhteystiedot eivät tulleet haastattelijan tietoon. Haastattelut perustuvat vapaaehtoisuuteen ja haastateltavilta on pyydetty kirjallinen suostumus (Liite 1.). Se, keitä lopulta haastateltiin, jäi ainoastaan haastattelijan tietoon.

Haastattelupyynnössä (Liite 2.) tuotiin esille tutkimuksen tausta, tarkoitus ja menetelmät. Osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja keskeyttämisen mahdollisuudesta kerrottiin. Pyynnössä oli kerrottu, että materiaali käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään jälkeensä. Vastaajan tai hänen läheisensä henkilöllisyys ei paljastuisi missään vaiheessa. Kerrottiin myös vastauksia käsiteltävän niin, että tunnistaminen on mahdotonta. Haastattelupyynnössä (Liite 2.) oli myös maininta siitä, että osallistumishalukkuuden ollessa runsasta, kaikki eivät ehkä pääse mukaan.

Eettisestä näkökulmasta ongelmaksi olisi saattanut muodostua se, että haastattelija työskentelee itsekin tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä. Tästä johtuen haastateltavien anonymiteetin suojelemiseen oli kiinnitettävä erityistä huomiota. Jälkeensä ei saisi käydä ilmi keitä oli haastateltu. Haastateltavien mielipiteitä ei saisi ottaa henkilökohtaisesti, omat tunteet ja mielipiteet tulisi pitää erillään haastattelutilanteesta. Toisaalta tuttu henkilö saattoi herättää myös luottamusta haastateltavissa. Motivatio kertoa toiveistaan ja kokemuksistaan voi olla parempi, kun luottamus on jo olemassa. Omaishoitajat kokevat tärkeäksi läheisensä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn säilymisen, ja tämäkin motivoi heitä osallistumaan haastatteluihin.

6.2 Luotettavuus tässä tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa pyrittiin luotettavuuteen tarkalla dokumentoinnilla, tulosten selkeällä kuvaamisella kaaviokuvien ja seuraamalla aineiston kylläntymistä. Myös kaavioanalyysin etenemisestä (Liite 4.) lisää luotettavuutta. Koska haastattelut nauhoitettiin, oli haastattelijalla samalla mahdollisuus tehdä havaintoja, eikä muistiinpanojen tekeminen häirinnyt haastattelutilannetta. Dokumentoinnin tarkkuus varmistettiin nauhoittamalla haastattelut, sanatarkalla litteroinnilla ja sisällön analyysin johdonmukaisella käytöllä. Kun aineistosta ei enää löytynyt uusia näkökulmia, vaan samat asiat alkoivat toistua, analyysi lopetettiin.

Haastattelurungon sopivuus testattiin tekemällä koehaastattelu. Tulosten esittelyn lomassa on käytetty suoria lainauksia haastattelutekstistä, jotta lukijan on helpompi seurata aineiston keruuta ja tulosten luokittelua. Tulokset on esitetty taulukoin, jotta niitä olisi helpompi lukea ja ymmärtää. Tutkimusympäristö on kuvattu, osallistujien taustat ja valintaprosessi on selvitetty ja aineiston keruu ja analyysi on kuvattu. Haastateltavat olivat motivoituneita tiedonantajia, koska he kokivat aiheen tärkeäksi. Tämä kävi ilmi, kun heidän kanssaan käytiin läpi suostumuslomaketta (Liite 1.). Myös halukkaiden haastateltavien suuri määrä kertoi asian tärkeydestä.

Sisällön analyysin tekoon tutustuttiin ensin kirjallisuuden avulla ja keskustelemalla analyysiä aiemmin tehneiden henkilöiden kanssa. Analyysin luotettavuuteen pyrittiin siten, että haastatteluista saatu aineisto analysoitiin kokonaisuudessaan, eikä vain satunnaisin osin. Aineisto käytiin läpi useampaan kertaan luokittelun oikeellisuuden varmistamiseksi. Aineistoa pyrittiin tutkimaan mahdollisimman objektiivisesti ja tutkimustehtävä koko ajan mielessä säilyttäen. Analyysin luotettavuutta saattaa heikentää työskenteleminen yksin. Tämän tosiasian tiedostaminen kuitenkin auttaa pyrkimyksessä objektiivisuuteen ja kriittisyyteen omia valintoja kohtaan analyysin edetessä.

Teoriatietoa haettiin alan kirjallisuudesta, hoitotieteellisistä tutkimuksista ja tutkimusjulkaisuista. Tiedonhaussa pyrittiin löytämään uusinta mahdollista tietoa rajaten tiedonhaku 5 vuoteen. Joissain kohdin jouduttiin tiedonhakua laajentamaan 10 vuoteen. Hakusanoina käytettiin ”kuntouttava työ”, ”omaishoitaja”, ”muistisairas”, ”lyhytaikaishoito” ja näiden yhdistelmiä. Tiedonhaku toteutettiin käyttämällä Medic-tietokantaa ja englanninkielisessä haussa Ebscoa. Englanninkielisiä hakusanoja olivat ”respite care”, ”rehabilitation”, ”informal care”, ”family care-giver” ja ”elderly” sekä näiden yhdistelmät. Hyviä lähteitä löytyi myös muiden tutkimusten lähdeluetteloista, vapaalla google-haulla ja omaishoitajien liiton sivuilta. Myös Google Scholaria käytettiin tiedonhaussa.

Teemahaastattelurungon (Liite 3.) teemat perustuvat teoriatietoon kuntouttavan työn osa-alueista ja haastattelijan näkemykseen siitä, millaisilla kysymyksillä voidaan saada tutkimusta palvelevaa tietoa. Haastattelurunko (Liite 3.) sisälsi myös apukysymyksiä, joilla voitiin tämentää vastauksia tarvittaessa. Haastateltaviksi valikoituivat omaishoitajat, koska heillä on kokemuseräistä tietoa lyhytaikaishoidon kuntouttavasta vaikutuksesta hoidettavaan. Haastattelussa selvitettiin myös haastateltavien taustatiedot ja haastateltavien valinta on kuvattu kappaleessa 4.3.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

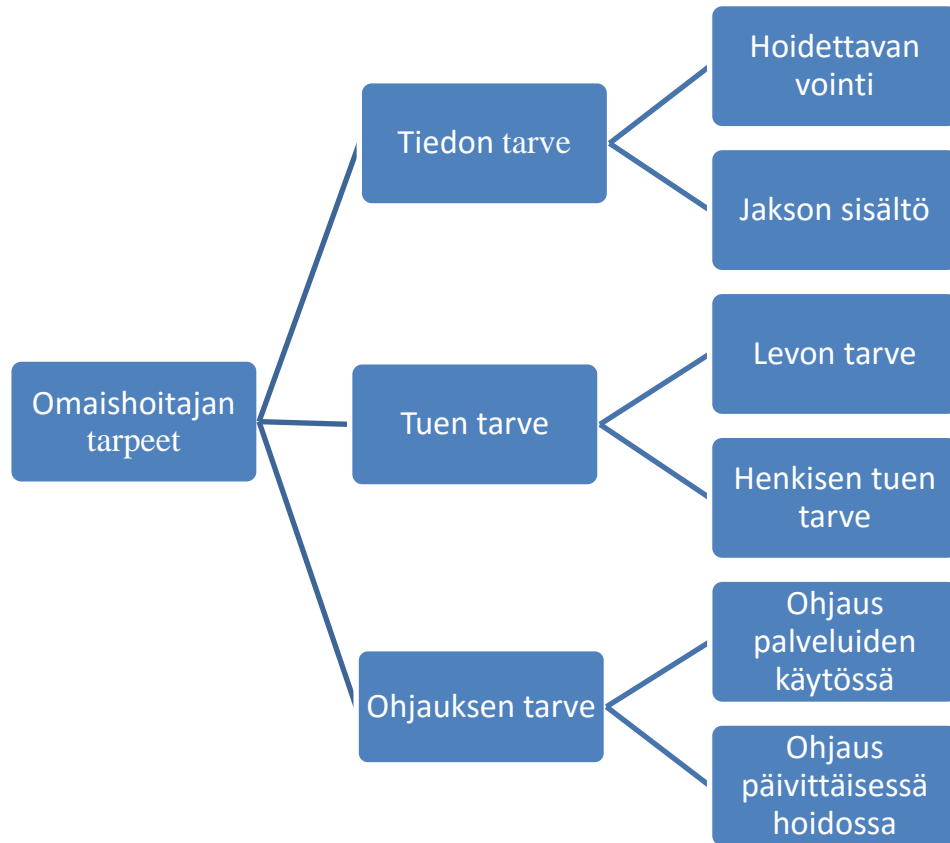
Haastateltuja omaishoitajia oli seitsemän. Joukossa oli sekä puolisoita että hoidettavan lapsia. Osa hoitajista asui yhdessä hoidettavan kanssa, osa oli etäomaishoitajia. Edustettuina olivat molemmat sukupuolet. Joillakin oli kotihoidon palveluja tukena. Materiaalia tuli paljon, vaikka haastateltuja oli vähän ja lopulta samat asiat alkoivat toistua, eli aineisto kylläntyi.

Sisällön analyysissä muodostui kolme pääluokkaa: omaishoitajan tarpeet, asiakkaan tarpeet ja kehittämisideat ja toiveet. Pääluokkien sisältö vastaa tutkimustehtävään. Kukin pääluokka jakautuu edelleen yläluokkiin ja alaluokkiin. Alaluokat on johdettu pelkistetyistä ilmauksista, tästä on tehty liitteeksi esimerkkikaavio (Liite 4.).

7.1 Omaishoitajan tarpeet

Esille nousseista omaishoitajien tarpeista muodostui kolme yläluokkaa: tiedon tarve, tuen tarve ja ohjauksen tarve. Tiedon tarpeen kohdalla nousi

esille etenkin keskustelun ja yhteistyön tarve hoitajien kanssa. Tuen tarpeella tarkoitetaan tässä omaishoitajien henkisen tuen tarvetta ja tarvetta lepoon juuri hoitajaksojen muodossa. Ohjauksen tarpeen keskeisiä elementtejä olivat tuki käytännön asioissa eli esimerkiksi ohjaus apuvälineasioissa, ohjaus palveluiden käytössä ja ohjaus päivittäisiin toimiin liittyvässä hoitotyössä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Omaishoitajan tarpeet lyhytaikaishoidon kehittämisen kannalta

7.1.1 Tiedon tarve

Tietoa kaivattiin hoidettavan voinnista ja jakson sisällöstä, joten ne muodostivat tämän luokan alaluokat (Kuvio 1). Pelkistetyiksi ilmaisuiksi muodostuivat tiedollinen tuki, tiedon puutteet, yhteistyöhön liittyvät ongelmat ja henkilökunnan tavoitettavuus. Omaishoitajat kokivat tarvetta keskustella henkilökunnan kanssa läheisensä voinnista, voinnin muutoksista ja osallistumisesta viriketoimintaan jakson aikana. He kokivat, ettei heillä ole riittävästi tietoa osaston toiminnasta ja läheisensä mahdollisuuksista osallistua osastolla järjestettyyn toimintaan.

Siitä mä oisin toivonu, ku me ei tiedetä omaiset siitä toiminnasta mitään....., että jotain siitä jaksosta, ni tiätäs ihan oikeesti, että mitä ne on siä tehny!

Tämmösistä asioista ois niinku kiva keskustella.....(hoidettavan voinnista, oireista, jne.)

Tiedon tarve ei ilmennyt pelkästään tiedon puutteina.

Oli hyvä tiato, että siäläkin on ollu samanlaista.

....niin hän (fysioterapeutti) on kertonu, että ollaan käyty kuntosalilla ja muuta.

Omaishoitajat kertoivat ilmaisseensa hoitajille hoidettavansa yksilöllisiin tarpeisiin liittyviä toiveita, jotka olivat pieniä, mutta merkityksellisiä. Vaikka monet omaishoitajista kokivat tulleen kuulluksi toiveidensa suhteen, he toisaalta olivat havainneet, että toiveet eivät siitä huolimatta jakson aikana aina toteutuneet. Toisin sanoen tieto ei jostain syystä kulkenut vastaanottotilanteesta eteenpäin. Tämä liittyy yhteistyön tarpeeseen.

Mulla on paljon semmosia asioita, mitä mä niinkun toivoisin....enhän mä voi olettaa, että ne muistetaan.....Mut sit mä toivon, että ku mä tuodessa kerron, ettei se jäis vaan siihen.....mut kai mun tarvii sitten vaan joka kerta.....siis pikku juttuja.

Olin pyytäny siellä jaksolla, että....., niin se ei aina toteutunu.

Yhteistyön sujumista hankaloitti omaishoitajien mielestä henkilökunnan kiire ja toisinaan huono tavoitettavuus. Monet kertoivat ymmärtävänsä, että hoitajia on liian vähän. Toisaalta joidenkin mielestä hoitajia on kyllä paikalla, mutta kirjalliset työt menevät asiakastyön ohi tärkeysjärjestyksessä. Tämä nousi kommentteissa moneen kertaan esille. Koettiin myös, ettei voi odottaa hoitajien ehtivän keskittyä yhteen asiakkaaseen kovin pitkään, saati voivan ottaa yksilöllisiä tarpeita huomioon.

Tiatokoneella on siälä useempi hoitaja, mut kukaan ei tuu vastaanottamaan. Kukaan ei tuu periaatteessa meittä lähettämään siältä.

....kun eihän siälläkään niitä hoitajia...., niistä on pula! Ei kukaan pysty sitten keskittymään sillä tavalla. (yhden ihmisen tarpeisiin)

Hoitajien läsnäoloa kaivattiin paitsi tulotilanteessa, myös lähtötilanteessa. Tiedonkulku koettiin puutteelliseksi, jos hoitaja ei ollut lähtötilanteessa paikalla. Tiedotus jakson kulusta jäi silloin toteutumatta.

Sekin auttais, kun me saatais vaikka tuloste siältä tiatokoneelta, että mitä siälä on. Eihän ne mitään salaisuuksia siellä ole.

7.1.2 Tuen tarve

Alaluokiksi muodostuivat omaishoitajan levon tarve ja henkisen tuen tarve (Kuvio 1). Pelkistettyjä ilmauksia luokassa levon tarve olivat unen puute, hoidon sitovuus ja jakson tuoma helpotus. Unen puute koettiin erityisen raskaaksi, kun hoidettava oli levoton öisin. Unen puute vaikutti myös päiväaikaiseen jaksamiseen.

Et niinku yötki on mulle tosi vaikeita. Mä en uskalla nukkua niinku oikeestaan ollenkaan.

Kyllä mä sitte oon kanssa vähän kuitti. Että mä meen ja oikasen itteni.

Hoidettavan jatkuva valvonnan tarve koettiin ahdistavaksi ja käytännön elämääkin hankaloittavaksi. Omaishoitajat toivoivat kotijaksonkin aikana pystyvänsä edes vähän irtautumaan esimerkiksi asioille tai johonkin harrastuksensa pariin.

Kun hän on tässä kotosalla, niin en mä uskalla häntä jättää yhtään.....sen verran oon käyny, että roskat viemässä tuolla pihalla.

Et kun sais sellasen luotettavan henkilön kotiin, et pystyis vaik kahtena kertana viikos käymään kauppas tai jossain kerhossa.

Lyhytaikaisjaksojen koettiin auttavan väsymykseen ja tukevan hoitajan jaksamista. Omaishoitajat saivat vapaajaksonsa aikana levätä ja käyttää aikaa omiin harrastuksiinsa sekä sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen. Apua jaksoista koettiin olevan paitsi hoitajalle, myös hoidettavalle.

Kyllä mä nyt huomasin, kun se oli sen kaks viikkoa siellä, ni mä olen nyt jaksanut.

Luokassa henkisen tuen tarve (Kuvio 1) pelkistettyjä ilmauksia olivat pelot ja huolet, uupumus ja huono omatunto sekä luottamus hoitopaikkaan. Omaishoitajien pelot ja huolenaiheet liittyivät hoidon jatkuvuuteen ja tulevaisuuteen sekä hoidettavan sairauden etenemiseen. Kotihoidon palveluista huolimatta monella oli jatkuva huoli omaisensa kotona pärjäämisestä. Esiintyi uupumusta ja huonoa omaatuntoa väsymisestä.

Että niinku itte omatuntonsa kanssa kamppailee siitä, että mikä on oikein ja mikä on väärin. Et sitä pohtii sitä, et onks se oikeesti nyt niin huono, etten mä muka jaks. Et teenks mä väärin, kun mä laitan sen sinne.

Vaikka siälä käy kolme kertaa kotihoito, nin kyllä se on ain piäni huali.....olemassa.

Luottamus hoitopaikkaan ilmeni luottamuksena hoitajien ammattitaitoon ja kykyyn nähdä asiakkaiden tarpeita. Oli myös havaittu, että läheinen läh-

tee hoitopaikkaan mielellään ja jää sinne rauhallisin mielin. Hoitajien ystävällisyyttä kiiteltiin ja läheisen koettiin piristävän heti jaksolle tullessaan.

Eilen illalla mä tulin sieltä kauheen hyvällä mielellä kotiin. Ku välillä tulee semmonen, et niinku ihan hyvinhän hän siellä....et SE tuntuu hyvältä. Ja sekin, et kun hän jäi siihen niin kaikessa rauhassa. Et jotenkin ajatteli, et ihan hyvin on kaikki.

7.1.3 Ohjauksen tarve

Yläluokassa ohjauksen tarve alaluokiksi muodostui ohjaus palveluiden käytössä ja ohjaus päivittäisessä hoidossa (Kuvio 1). Ohjaus palveluiden käytössä liittyi esimerkiksi apuvälineiden saantiin ja niiden käytössä ohjaamiseen, sekä verikokeiden ottamiseen jakson aikana. Pelkistettyjä ilmauksia olivat asiantuntijuus, sairaanhoidollinen apu ja fysioterapeutilta saatu ohjaus. Jotkut omaishoitajista kokivat itsensä epävarmaksi hoidettavansa päivittäisiin toimiin liittyvässä avustamisessa ja olivat saaneet ohjausta siinä. Pidettiin tärkeänä tietää oikeanlaiset tavat auttaa esimerkiksi liikkumisessa. Erityisesti käytännön tuki koettiin tärkeäksi.

Mä en tiedä, kuinka autetaan, kun just pitäs nousta sängystä ylös tai miten kannattaa mennä sinne sänkyyn.

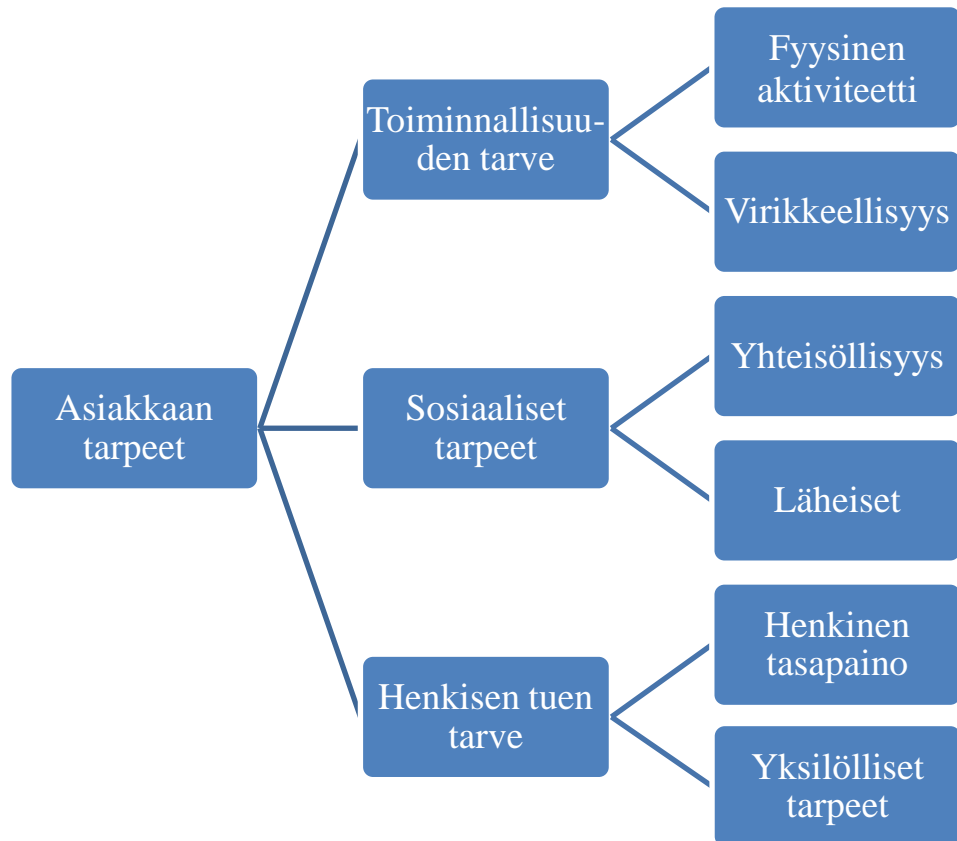
Oli alkuun nää tämmöset....opetella nää hygieniasiat.

Mä oon aina saanu sieltä sillä tavalla, kun mä oon pyytänyt....verikokeet siellä....tai sokerit tai jotain.

Henkilökunnan asiantuntijuuteen luotettiin ja kotona tapahtuvaa neuvontaa pidettiin hyvänä. Arkea helpottavana koettiin se, ettei esimerkiksi laboratoriokokeisiin tarvinnut lähteä muualle.

7.2 Asiakkaan tarpeet

Asiakkaan tarpeet muodostivat kolme yläluokkaa: toiminnallisuuden tarve, sosiaaliset tarpeet ja yksilöllisyyden tarve (Kuvio 2). Toiminnallisuuden tarve piti sisällään sekä fyysisen aktiviteetin että virikkeellisuuden. Sosiaaliset tarpeet sisälsivät yhteisöllisyyden ja läheiset. Yhteisöllisyyteen liittyi myös vuorovaikutus hoitajien kanssa. Henkisen tuen tarve muodostuu erilaisten sairauksien ja vaivojen tuomista rajoitteista ja huolen aiheista sekä yksilöllisistä tarpeista jotka kunkin asiakkaan kohdalla liittyvät juuri heidän kotona selviytymiseensä.



Kuvio 2. Asiakkaan tarpeet lyhytaikaishoidon kehittämisen kannalta

7.2.1 Toiminnallisuuden tarve

Omaishoitajat kuvasivat hoidettavansa tarvetta ulkoiluun ja liikkumiseen, mutta toisaalta oli myös liikkumisen ongelmia ja esteitä. Liikkumisen esteet syntyivät yleensä sairauden tuomista rajoitteista, kaatuilutaipumuksesta ja haluttomuudesta käyttää apuvälinettä, tai aloitekyvyttömyydestä ja yleisestä passiivisuudesta. Osa kertoi omaisensa harrastaneen liikuntaa koko ikänsä ja näin ollen kaipaavan sitä edelleen. Jotkut kuvasivat omaisen liikkuvan jaksolla ehkä enemmän kuin kotona, koska tilat ovat hyvät ja melko esteettömät. Kuntosalilla käymistä ja lihasvoiman ylläpitämistä pidettiin tärkeänä ja omaishoitajat kertoivat läheisensä lähtevän kuntosalille mielellään. Liikuntakyvyn ylläpitämistä pidettiin tärkeänä kotona selviytymisen kannalta. Nämä kuvaukset muodostivat alaluokan fyysinen aktiviteetti (Kuvio 2).

Kuntosalille on kyl mielellään lähteny, samoin saunaan.

Hänellähän on rollaattori, mutta ei suostu sitä enää käyttämään.....

.....oleellinen asia, et reisis on voimaa.....

Järjestetystä toiminnasta oli saatu virkistystä jakson aikana. Käden taitojen ylläpitäminen ja erityisesti leipominen oli ollut mieluista. Jakson aikana hoitopaikassa oli käynyt jonain kertana alpakoita vierailemassa ja se muistettiin. Myös koirakavereita kaivattiin. Ennen pääsiäistä oli käynyt lapsia virpomassa ja lasten vierailut yleensäkin olivat toivottuja. Muistelua ja vapaamuotoista yhdessäoloa pidettiin myös hyvänä. Monet kuvasivat omaisensa pitävän luonnosta ja eläimistä kovasti.

Se kaikkalainen askartelu ja seurustelu.

Ne oli viäny leipomaanki.....sai sitten itte syäräkin.

On ihanaa, kun ne lapset käy.

Myös toiminnan puutetta oli havaittu. Huonekaveri oli liian huonokuntoinen seurustelemaan tai jostain muusta syystä yhteys toisiin ei ollut syntynyt. Oli oletettu jaksolta löytyvän enemmän seuraa. Arveltiin, että tarvittaisiin hoitajilta ohjausta vuorovaikutuksen syntymiseen. Hoitajien läsnäoloa päiväsalissa toivottiin muutenkin enemmän. Televisio koettiin kovin hallitsevaksi elementiksi. Monessa kommentissa tuli ilmi, että asiakkaat istuvat paljon televisiota katsellen.

....kun ne istuu aina siinä telkkaria kattelemassa.

Sitä seurustelua pitäis olla enemmän.

Ne hoitajat on hirveen paljon siällä kansliassa. Jollonka siten ei oo siälä niitten asiakkaitten kanssa ketään.

Päivärytmin ylläpitämistä pidettiin tärkeänä. Moni koki, että läheisellä oli kotona ollessaan päivärytmi hukassa. Hoidettava saattoi kotona olla yövaatteissaan vielä iltapäivällä tai viettää suuren osan päivästä sängyssä. Tähän puuttuminen omaishoitajan taholta saattoi aiheuttaa eripuraa, ja hoidettava koki itsemääräämisoikeutensa puuttuneen. Myös passiivisuus ja aloitekyvyn puute huoletti. Jaksojen toivottiin tukevan päivärytmin ylläpitämistä.

Kahren aikaan vielä oli yäpuku päällä siällä (kotona)...hän sanookin, että hän saa omassa kodissa tehdä mitä hän haluaa.

Se turhan paljon on sitten vaan tualla huaneessaan ja nukkuu.

7.2.2 Sosiaaliset tarpeet

Sosiaalisten tarpeiden kohdalla alaluokiksi nousivat yhteisöllisyys ja läheiset. Yhteisöllisyydellä tarkoitetaan tässä sekä asiakkaiden keskinäistä yhdessäoloa että kanssakäymistä hoitajien kanssa. Vuorovaikutus läheisten ja perheen kanssa oli myös keskeistä. Ongelmallista oli monen kohdalla se, että ystävistä suurin osa on kuollut tai niin huonokuntoisia, että tapaamiset eivät enää onnistu. Hoitajia pidettiin tärkeänä osana sosiaalisia

kontakteja ja varsinaisen hoitotyön ulkopuolinen vuorovaikutus sai kiitos-
ta.

Ne on tualla kirkkomaassa, ne hänen ystävät.

No kylhän siel on hoitajia, jotka heittää hänen kans huulta.

Lapsenlapsenlapset kyllä ne kaikista tärkeimmät on!

Kotona ollessaan hoidettavan kerrottiin kokevan yksinäisyyttä. Hoidetta-
van kerrottiin vain nukkuvan tai katsovan televisiota. Yksinäisyyttä koet-
tiin silloinkin, kun omaishoitaja asui hoidettavan kanssa. Kotihoidon hoi-
tajien käynnit olivat monelle piristävää vaihtelua. Vaikka muistisairaus
joillakin haittasi kovastikin vuorovaikutusta, ei sen silti ollut havaittu pois-
tavan sosiaalisten kontaktien tarvetta. Sanavaraston puute ja ongelmat asi-
oiden ymmärtämisessä eivät poistaneet läsnäolon tarvetta. Sanattomankin
läsnäolon koettiin rauhoittavan hoidettavaa. Muistisairaiden havaittiin tu-
kevan toinen toisiaan ja samojen ihmisten viettävän aikaa yhdessä, vaikka
oli epävarmaa, onnistuuko keskustelu enää.

Toinen toisiaan siinä sitten muistisairaat auttavat ja iloitsee,
puhuvat samat asiat uudestaan ja muistelevat.

Hän rauhottuu, hän tykkää siitä, kun joku on lähellä. Kun ei
hän mitään oikeen pysty tekemään enää.

....ei oikeestaan osaa keskustella, tai jos keskustelee, ni niin
epäselvästi, ettei siitä saa kukaan selvää.

Myös aistivajeet olivat merkittävä ongelma sosiaalisessa kanssakäymises-
sä. Huono kuulo ja näkö hankaloittivat vuorovaikutusta. Kuulolaitetta
käyttävillä taustahäly on ongelmallista ja asiakas saattaakin vetäytyä huo-
neeseensa siltä välttyäkseen. Kaivattiin siis myös kahdenkeskistä kontak-
tia. Myös kuulolaitteen käyttöön toivottiin enemmän hoitajien tukea. Kuu-
lolaitteita oli jakson aikana kadonnut, paristoja ei ollut muistettu vaihtaa
tai kuulolaitetta ei huomattu tai osattu puhdistaa. Tämä tuli esille useissa
kommenteissa.

7.2.3 Henkisen tuen tarve

Alaluokiksi muodostuivat henkinen tasapaino ja yksilölliset tarpeet (Kuvio
2). Pelkistettyjä ilmaisuja olivat mielialan vaihtelut, koti-ikävä, sairauksien
tuomat rajoitteet, yksilölliset luonteenpiirteet ja jaksojen tarjoama vaihte-
lu. Omaishoitajat olivat havainneet hoidettavillaan mielialaongelmia ja
jonkinasteista masentuneisuutta. Myös muistisairauden mukanaan tuomaa
luonteenpiirteiden muuttumista oli havaittu.

Jotain sellasta masentuneisuutta mun mielestä.

.....tulee sit semmosta sanaharkkaa....äksyilyä...

Joinaki päivinä on ihan maansa myyny ja joinaki päivinä hyvinki virkee.

Hoitopaikan iloisen ja positiivisen ilmapiirin koettiin piristävän kuitenkin hoidettavaa ja sillä oli suuri merkitys henkiseen hyvinvointiin.

....kun siel on ilosia naamoja vastassa.

Heti, kun hän sinne menee, niin tsemppaa ja on iloinen ja hymyilevä.

Koko hänen olemuksensa on kyllä huomattavasti pirteempi sen jakson jälkeen. Ei ite kyllä sitä myännä.

Sairauksista aistivajeet ja muistisairauden myötä tulleet kommunikaatio-ongelmat koettiin merkittäviksi. Huono kuulo ja näkö haittasivat osallistumista yhteiseen toimintaan jopa enemmän kuin muistisaira. Tämä johdatti tarpeeseen saada yksilöllisempää virikettä, jonka esteeksi koettiin hoitajien ajan puute. Myös asiakkaiden yksilöllisiä mieltymyksiä ja luonteenpiirteitä toivottiin huomioitavan. Toivottiin, että asiakkaalta itseltään kysytään, mitä hän haluaisi. Myös vireystason vaihtelut toivottiin otettavan huomioon.

Kaikki hänen harrastuksensa liitty siihen, että hän näkee.

Menee aikaa vielä, kun hän ei kuule.

Jotain sellasta yhteistä tekemistä...jos hän vielä pystyis olemaan niissä mukana omien kykyjensä mukaan.

Jaksojen tarjoama vaihtelu koettiin sekä positiivisena asiana että kotiin paluuta hankaloittavana. Jotkut asiakkaat kokivat jakson aikana koti-ikävää ja kantoivat huolta omaishoitajan voinnista kotona. Myös erilaiset rutiinit kotona ja jaksolla saattoivat vaikuttaa hoidettavan kotona pärjäämiseen jakson jälkeen. Kotona pärjäämistä tukisi siis ajatusten suuntaaminen sopivasti kodin ulkopuolisiin asioihin, mutta toisaalta kotiolojen ja kotirutiinien huomioiminen mahdollisuuksien mukaan.

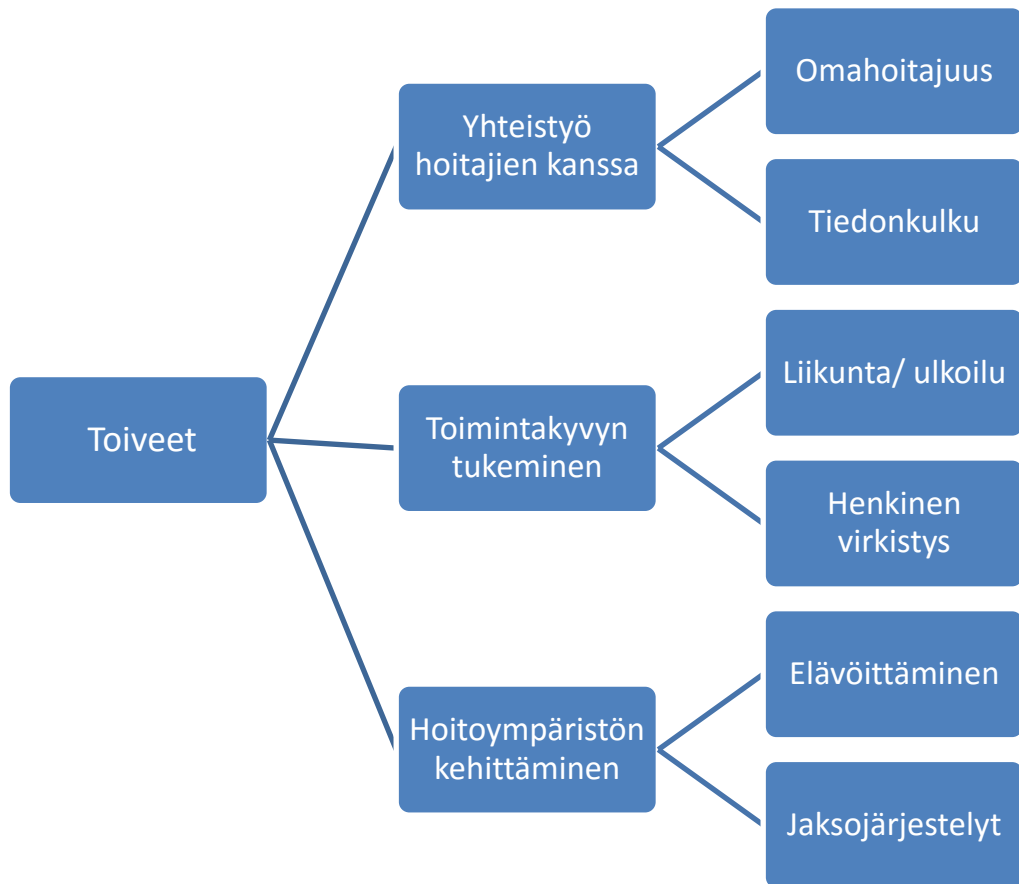
Kun tullaan kotiin, niin ehkä se on se, kun tulee eri ympäristö ja erilaiset käytännöt.

Kyllä se sitte murehtii sitä kotona olevaa, miten se siällä voi.

7.3 Toiveet

Omaishoitajien toiveista muodostui kolme yläluokkaa: yhteistyö hoitajien kanssa, toimintakyvyn tukeminen ja hoitoympäristö. Yhteistyö hoitajien kanssa piti sisällään omahoitajuuden ja tiedonkulun. Toimintakyvyn tukeminen voitiin jakaa liikuntaan/ ulkoiluun ja henkiseen virkistykseen.

Hoitoympäristöön liittyviä olivat elävöittäminen ja jaksojärjestelyt. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Toiveet.

7.3.1 Yhteistyö hoitajien kanssa

Merkitseväksi tässä luokassa nousivat omahoitajuus ja tiedonkulku (Kuvio 3). Pelkistettyjä ilmaisuja olivat yhteydenpito, tieto jakson kulusta ja tieto omaisen voinnista. Kontaktia omahoitajaan toivottiin enemmän ja kaivattiin myös varahoitajajärjestelmää. Toivottiin omahoitajan soittoa kotiin, mikäli hänen kanssaan ei kohdata muuten jakson aikana. Toivottiin parempaa tiedottamista jakson kulusta ja toiminnasta, johon on mahdollisuus osallistua. Moni koki, ettei tiedä hoitopaikan toiminnasta riittävästi tai mitään. Ehdotettiin jonkinlaista reissuvihkoa tiedonkulun parantamiseksi tai tietokoneelta tulostettavaa yhteenvetoa.

Tähän omahoitajaan liittyen vielä, niin toivottais vielä, jos ei mitään kirjallista juttua siitä jakson jutuist tule, mitä siäl on nyt tehty, että hän soittais sitten kotiin.

Miksei sinne vois kehittää vaikka jonkun sortin reissuvihkoo.

Hoitajan läsnäoloa tulo- ja lähtötilanteissa toivottiin nykyistä enemmän. Hoitajien kiirettä tässä kohtaa arveltiin tiedokulun esteeksi.

Samoten sitten, kun me tullaan hakemaan. Ihan sama tilanne, että ois yks hoitaja, joka veis tän homman niinku loppuun saakka.

Kun me on vähän pimennossa oltu koko ajan. Kun hänhän on, et ei oo tehty mitään (muistisairas hoidettava).

7.3.2 Toimintakyvyn tukeminen

Toimintakyvyn tukemisen suhteen pelkistettyjä ilmaisuja olivat liikuntakyvyn säilyttäminen, henkinen vireys ja yksilölliset toiveet. Asiakkaan omien toiveiden kysyminen nousi esille. Tiedettiin, että hoitopaikassa on uima-allas ja sinne pääsyä toivottiin. Myös pääsyä talossa järjestettäviin kerhoihin pohdittiin. Jotkut tukeutuivat henkilökunnan asiantuntemukseen asiassa. Kunnan yläpitämistä joka tapauksessa pidettiin tärkeänä.

Sellasta jotain, mihin pitäis ehkä vielä kiinnittää huomi-oo....vieraan silmin näkee paremmin.

Sitä mä oisin niinku kaivannu, ja hänki, että olis niinku pääs-sy ulos useemmin....siitä hän tykkää.

Myös konkreettisia ehdotuksia toiminnallisuuteen tuli. Jotkut niistä olivat jo hoitopaikassa ohjelmassa, mutta omaishoitaja ei niistä tiennyt. Tärkeänä pidettiin musiikkia ja elokuvien katselamista, ääneen lukemista, tanssia, luontokokemuksia ja mahdollisuutta kohdata eläimiä. Syntymäpäivien huomioimista toivottiin, vaikka tarjoilun järjestämistä ehdotettiin jätettäväksi omaisten kontolle. Muistelu ja keskustelu sekä saman ikäisten seura nousi myös tärkeänä pidettyjen asioiden joukkoon.

Vaikka syntymäpäivänä kakkukahvit. Vaikka omaiset tois. Se syntymäpäivä tuntuu olevan tärkeä.

Myös toive autoajeluista nousi esiin useammin kuin kerran. Ympäristönvaihdoksen uskottiin piristävän hoidettavaa. Etenkin miesasiakkaista monet ovat tottuneet terveenä ollessaan liikkumaan autolla ja kaipasivat autoilua. Naisasiakkaiden huomioimista kampausten ja kynsien laittamisen muodossa ehdotettiin ja arveltiin, että se voisi hoitua esim. kampaaja- ja kosmetologiopiskelijoiden toimesta.

7.3.3 Hoitoympäristön kehittäminen

Hoitoympäristöön liittyvät pelkistykset olivat yhteisölliset tapahtumat, vuodenkierron huomioiminen, pienimuotoisuus ja hoidon jatkuvuus. Toivottiin vuodenkiertoon liittyviä juhlia yhdessä omaisten kanssa ja nimenomaisesti vain oman osaston kesken. Koko talon yhteiset juhlat koettiin liian suuriksi. Grillaamista ja pihalla istuskelua kesällä toivottiin sekä pa-

tioitten ja parvekkeiden hyödyntämistä ulkoiluun niidenkin osalta, joiden liikuntakyky on huono. Ehdotettiin myös viinin, liköörin tai konjakin tarjoamista joskus vaikka kahvin yhteydessä halukkaille. Toivottiin jotain, mikä havahduttaisi hoidettavan edes hetkeksi pois omasta umpiostaan. Toivottiin normaaliin elämään kuuluvia asioita, kuten edellä luetellut.

Yhteistä pikkujoulua, keväťjuhlaa, syysjuhlaa....semmosta pienimuotosta vaan siällä osastolla.

Kesällä vois kenties joskus siellä pihalla olla joku semmonen grillijuttu, että paistettais vähän makkaraa ja istuttaiski siällä pihalla.

Jaksojärjestelyihin ja palvelun saantiin oltiin tyytyväisiä, mutta pelättiin jaksohoidon päättymistä hoidettavan kunnon huonontuessa. Optimaaliseksi koettiin kahden viikon jaksot. Kolmen viikon jaksojakin toivottiin, vaikka kotona vietetty aika jääkin minimaaliseksi. Järjestelyn paremmuutta pitkäaikaishoitoon nähden perusteltiin sillä, että jaksohoito on kuitenkin monella tapaa virikkeellisempää kuin pitkäaikaishoito, jossa monet hoidettavista ovat jo hyvinkin huonokuntoisia. Jaksohoidon koettiin siis joka tapauksessa ylläpitävän vielä jäljellä olevaa toimintakykyä ja antavan elämänlaatua viimeisiin vuosiin, vaikka jaksolla vietetty aika olisikin pitempi kuin kotona vietetty aika.

...ettei tää nyt ainakaan loppuis....että tää nyt ainakin jatkuis.....tää on sillä tavalla hyvä vaihtoehto....tällä tavalla elämä sujuu.

...jos niitä vois saada vieläki lisää, mut ei niit varmaan saa ku sen 2 viikkoo....ei ols yhtään pahitteeks, vaikka kolmeki viikkoo....se yksinäisyys...

Hankalaksi koettiin kahden hengen huoneet muistisairaiden kohdalla. Huoneen jakavien tavarat menevät sekaisin, vaikka kaapit on merkattu ja kotiin kulkeutuu sekä talon hygieniatuotteita että huonetoiverin omaisuutta. Tätä koskien esiin tuli toive, että hoitaja kävisi omaishoitajan kanssa vielä lähtiessä hoidettavan tavarat läpi.

Vois siinä samalla, kun omaiset tulee, niin kattoo sen saunapussukan, et nää ei oo meille kuuluvia.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää teemahaastattelun avulla omaishoitajien kokemuksia ja toiveita lyhytaikaishoidon sisällöstä kuntoutumisen näkökulmasta. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita lyhytaikaishoidon kuntouttavaan toimintaan.

Tavoitteeseen päästiin. Haastatteluista nousi selkeästi neljä keskeistä kehittämiskohdetta, joiden sisältö joko kokonaan tai osittain toistui jokaisessa haastattelussa. Vaikka omaishoitajien kokemukset lyhytaikaishoidosta

olivat pääosin myönteisiä, myös parannettavaa löydettiin. Paitsi hoidettavan, myös omaishoitajan tarpeet nousivat vahvasti esiin. Omaishoitajan tarpeita ei voi sulkea pois puhuttaessa lyhytaikaishoidon sisällöstä, koska sekä omaishoitajan, että hoidettavan hyvinvointi ovat suorassa yhteydessä toisiinsa. Asiakkaana lyhytaikaishoidossa on paitsi itse hoidettava, myös omaishoitaja ja näin ollen kuntoutuksen toiminnan kohteena molemmat. Myös Linjan (2013) tutkimus tukee tätä käsitystä.

Aiheena ikääntyneiden lyhytaikaishoidon kehittäminen oli opinnäytetyön tekijälle merkittävä ja mielenkiintoinen, koska tutkimus kohdistui omalle työpaikalle. Aihe on myös yhteiskunnallisesti tärkeä ikääntyneiden määrän kasvaessa koko ajan. Kanssaihmisille tutkimuksesta muodostuu hyötyä jaksohoidon kehittämisen muodossa. Erilaisten hoitomuotojen luominen ja kehittäminen on välttämätöntä ja huomion kiinnittäminen erityisesti kuntouttavaan hoitoon on tärkeää. Myös Salinin (2008) ja Linjan (2013) mukaan lyhytaikaishoidon kehittäminen, laatu sekä hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien yhteistyösuhde vaativat vielä tarkastelua.

Oli yllättävää, kuinka avoimesti omaishoitajat puhuivat tunteistaan, kokemuksistaan ja huolenaiheistaan. Voimavaroja kulutti monella omaisen sairauden eteneminen ja epävarmuus tulevaisuudesta. Vanhuspalveluiden epäkohdat ovat paljon esillä mediassa ja se on omiaan lisäämään omaishoitajien huolta. Pelättiin myös, että palveluna lyhytaikaishoito loppuisi palvelurakenteen uudistusten myllerryksessä. Lyhytaikaishoidosta saatua ammatillista tukea ja ohjausta pidettiin arvokkaana ja arkea helpottavana asiana.

Haastattelupyyntöihin suhtauduttiin hyvin myönteisesti ja halukkaita oli paljon enemmän kuin voitiin haastatella. Omaishoitajille on siis tärkeää, että heidän ääntään kuullaan. Monet halusivat puhua ajatuksistaan, tunteistaan ja kokemuksistaan myös varsinaisten haastatteluteemojen ulkopuolelta. Myös tutkimuksen tekijässä haastattelujen materiaali herätti monenlaisia tunteita ja auttoi ymmärtämään omaishoitajien elämää ja haasteita paremmin sekä antoi uusia näkökulmia.

Osa omaishoitajista tunsu haastattelijan entuudestaan, mutta se ei muodostunut eettiseksi ongelmaksi. Haastatteluja tehdessä painotettiin haastattelijan olevan opintovapaalla ja eikä näin ollen juuri sillä hetkellä sidoksissa työpaikkaansa. Syntyi myös vaikutelma, että oli jopa helpompi puhua tulleelle ihmiselle vaikeistakin asioista ja kokemuksista. Saattaa olla myös, että haastattelijat ymmärsi omaishoitajien kertomusta paremmin hoitoympäristön ja yksikön käytäntöjen ollessa tuttuja. Haasteellista oli olla ottamatta kantaa esille tulleisiin asioihin.

8.1 Tulosten tarkastelua

Yhden viikon hoitajaksoa pidettiin ehkä hieman liian lyhyenä. Koettiin, että viikosta kohtuuttoman suuri osa menee erilaisten asioiden hoitamiseen, eikä virkistytymiseen ja lepoon jää riittävästi aikaa. Koska läheisen hoito on useimmissa tapauksissa hyvin sitovaa, kaikki asioiden hoito kasautuu vapaaajaksille. Monet toivoivat, että myös kotijaksolla olisi

mahdollista päästä joskus irtautumaan hoitosuhteesta. Optimaaliseksi koettiin kahden viikon jaksot, mutta jopa kolmen viikon jaksosta arveltiin olevan hyötyä hoidettavan elämänlaatua ajatellen. Myös Linjan (2013) ja Shaw ym. (2009) tutkimuksista kävi ilmi tarve jaksojärjestelyjen joustavuuteen ja jaksojen yksilölliseen, tarpeenmukaiseen järjestämiseen.

Omaishoitajien henkisen tuen ja levon tarve ilmeni ristiriitaisina tunteina. Koettiin huonoa omaatuntoa omasta jaksamattomuudesta ja läheisen toimittamisesta kodin ulkopuolelle hoitoon. Toisaalta jaksohoidon tarjoama mahdollisuus omaan aikaan ja harrastuksiin koettiin tärkeänä. Haluttiin elää yhdessä puolison kanssa, vaikka elämä olikin muuttunut yksitoikkoiseksi ja hankalaksi. Parisuhteen muuttuminen hoitosuhteeksi aiheutti pettymyksen tunteita elämää kohtaan. Myös Mikkolan (2009) tutkimuksessa todettiin puolisoahoivan perustuvan kiintymyssuhteeseen. Haastaviksi koettiin etenkin muistisairausten oireet, kuten levottomuus, sekavuus ja persoonan muuttuminen. Tämä tuli ilmi myös Kaivosojan (2014) tutkimuksessa.

Kuten muutamissa muissakin jaksohoitoa käsittelevissä tutkimuksissa (Kaivosoja 2014; Linja 2013; Mikkola 2009; Salin 2008; Ylirinne 2010), haastateltavat kokivat tässäkin tutkimuksessa jaksot hyödyllisiksi ja suostaan välttämättömiksi jaksamisen kannalta. Toisaalta Salin (2008) totesi myös, että tulokset lyhytaikaishoidon vaikutuksesta omaishoitajan hyvinvointiin ja hoidettavan mielialaan ja toimintakykyyn olivat ristiriitaisia. Shaw, McNamara, Abrams, Cannings-John, Hood, Longo, Myles, O'Mahony, Roe ja Williams (2009) taas havaitsivat, että jaksohoidolla on positiivinen vaikutus omaishoitajiin, joskin vaikutus on rajallinen ja vähenen.

Yhteistyö henkilökunnan kanssa koettiin haasteelliseksi. Hoitopaikkaan ja henkilökuntaan luotettiin, mutta toisaalta koettiin, että hoitajia on joskus hankala tavoittaa. Tämä tuli ilmi myös Linjan (2013) tutkimuksessa. Huomiota oli kiinnitetty siihen, että kirjalliset työt vievät paljon aikaa ja ylipäänsä henkilökunta on paljon kansliassa. Toivottiin enemmän läsnäoloa päiväsalissa asiakkaiden keskuudessa. Henkilökuntaa pidettiin kuitenkin ammattitaitoisena, ystävällisenä ja iloisena. Mikkolan (2009) ja Ylirinteen (2010) tutkimuksissa luottamus hoitopaikkaan oli todettu merkittäväksi tekijäksi omaishoitajuuden tukemisessa. Luottamusta on siis hyödyllistä rakentaa ja ylläpitää.

Yhteistyösuhteen tärkeimmiksi kehittämisen kohteiksi koettiin tulo- ja lähtötilanteet, mutta myös suhde omahoitajaan. Kaivattiin enemmän keskustelua hoidettavan voinnista ja oireista, sekä tietoa jakson tapahtumista. Hoitajan läsnäolo ja pientenkin toiveiden huomioiminen oli monelle tärkeää. Pettymystä aiheutti se, jos jakson jälkeen huomattiin toiveiden jääneen toteutumatta pyynnöstä huolimatta.

Yhteistyösuhteen sisällön ja laadun kehittämisen puolesta puhuivat myös Salin ja Åstedt-Kurki (2005) tutkimuksessaan. Heidänkin mukaansa erityistä huomiota pitäisi kiinnittää kohtaamiseen hoitojakson tulo- ja lähtövaiheissa. Keskustelu aika hoitajan kanssa, ja nimenomaan aika omahoita-

jan kanssa, nousi esiin myös Linjan (2013) tutkimuksessa. Tuki hoitajien taholta koettiin siis tärkeämmäksi kuin vertaistuki, jota tässä haastattelussa ei maininnut kukaan. Sen sijaan esimerkiksi Kaivosojan (2014) tutkimuksen mukaan vertaistuki usein mielletään tärkeäksi tukimuodoksi. Telarannan (2014) mukaan laadukkaaseen lyhytaikaishoitoon tulee sisällyttää aina myös omaishoitajan tukeminen. Omaishoitajaa pitää haastatella hänen kokemastaan stressistä ja kuormituksesta, kotikäyntejä tarjota ja muutenkin tehdä tiivistä yhteistyötä.

Jaksojen kuntouttavasta sisällöstä ja viriketoiminnasta ei ollut riittävästi tietoa. Siitä huolimatta hoidettavan koettiin virkistyneen jaksolla ja fyysisen kunnon vähintäänkin säilyneen ennallaan, ellei parantuneen. Tämä poikkeaa Salinin (2008) ja Linjan (2013) tutkimustuloksista, joissa koettiin hoidettavan kunnon joskus heikentyneen jakson aikana. Satunnaisten epäonnistumisten, kuten kaatumisten tai väärinymmärrysten, ei koettu tässä tutkimuksessa vaikuttaneen negatiivisesti jaksokokemuksiin.

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä pidettiin tärkeänä ja mahdollisuutta kuntosaliharjoitteluun kiiteltiin. Kuitenkin toivottiin edelleen enemmän ulkoilua ja nimenomaan kävelyä, kun nyt osa vapaaehtoisten toteuttamasta ulkoilusta tapahtuu pyörätuolilla riippumatta siitä, kykenisikö asiakas itse kävelemään. Joillekin omaishoitajille ulkoilu ja liikkuminen hoidettavan kanssa ovat tärkeä osa arkea, jolloin liikuntakyky ei saisi heiketä jakson aikana. Myöskin Salinin (2008) tutkimuksen mukaan jaksohoidon tavoitteena tulee olla paitsi omaishoitajan, myös hoidettavan toimintakyvyn tukeminen.

Henkisen toimintakyvyn kannalta tärkeäksi nostettiin sekä yhteisöllisyys, että yksilöllisyyden huomioiminen. Yhteisöllisyyteen liitettiin yhteiset tapahtumat ja vuodenkierron huomioiminen ja hyödyntäminen aktiviteettien suunnittelussa. Jotkut omaiset kokivat hoidettavansa hyötyvän enemmän kahdenkeskisestä vuorovaikutuksesta kuin ryhmässä olosta. Myös Linjan (2013) tutkimuksessa nousivat esiin omaishoitajien toiveet aktiviteettien lisäämisestä. Shaw ym. (2009) kuvaavat omaishoitajien odottavan korkeatasoista hoivaa, jossa tarjotaan yhteisöllistä toimintaa ja virikkeitä hoidettavan mielenkiinnon ja kykyjen mukaan.

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen hyödynnettävyys kävi ilmi hyvin nopeasti. Haastattelujen sisällöstä nousi asioita, joita katsottiin tarpeelliseksi haastateltavien luvalla viedä heti eteenpäin tiedoksi yksikköön. Sisällön analyysi toi myös vastausten tutkimustehtävään ja kehitettävät asiat liittyivät selkeästi tiedonkulkuun, yhteistyöhön ja hoitojaksojen sisältöön. Vaikka haastateltavat eivät osanneet eritellä erityisesti kuntoutukseen liittyviä asioita eri osalueiden kohdalla, heidän vastauksistaan ammattilaisen silmin kuitenkin nousi selkeästi teemaan liittyviä elementtejä. Näin ollen kuntoutuksen näkökulma tulee huomioiduksi tutkimuksen tuloksissa.

Mikäli kohteena olevassa lyhytaikaishoitoa järjestävässä yksikössä pystytään vastaamaan esiin nousseisiin kehittämishaasteisiin, tutkimuksesta on

hyötyä omaishoitajille ja hoidettaville. Myös palveluntuottaja hyöttyy tutkimuksesta, koska kehittämiskohteet ovat asiakaslähtöisiä ja näin ollen kehittämistyö pystytään kohdentamaan juuri asioihin, joissa sitä tarvitaan. Omaishoitajien ja hoidettavien toiveiden tultua tutkimuksen myötä näkyviksi, myös henkilökunta voi hyödyntää tutkimusta hoitotyötä toteuttaessaan. Myöskin lyhytaikaishoidon tunnettavuus paranee.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että lyhytaikaishoito on tärkeä tukimuoto sekä hoidettaville että omaishoitajille. Yleisesti hoidettavan koettiin virkistyneen ja kuntoutuneen jakson aikana ja omaishoitajat saivat tilaisuuden tarvitsemaansa lepoon. Monet kokivat, etteivät tulisi lainkaan toimeen ilman lyhytaikaishoitoa. Silti kehittämistä jaksojen sisällön ja jaksojärjestelyjen suhteen löydettiin, mikä oli tämän opinnäytetyön tavoitteenaakin. Osa toiveista koski asioita, joita yksikössä jo toteutetaan, mikä puolestaan kertoo tiedon puutteesta. Tiedon puute jaksojen sisällöstä tuli haastatteluissa ilmi myös konkreettisesti omaishoitajien mainitsemana.

Haastattelun tulokset olivat hyvin samanlaisia kuin aiempien aiheeseen liittyvien tutkimusten tulokset niin lyhytaikaishoidon hyötyjen kuin kehittämiskohteidenkin osalta. Positiivista on se, että lyhytaikaishoidosta todella koetaan olevan hyötyä omaishoitajan jaksamiselle. Jaksojen sisältöön varsinkin kuntoutuksen näkökulmasta tulisi silti vielä kiinnittää huomiota. Myös keinoja tiedonkulun ja yhteistyön parantamiseksi pitäisi miettiä, jotta hoito- ja kotijaksoista muodostuisi luonteva, hoidettavan toimintakykyä ylläpitävä jatkumo.

Haastateltavat toivoivat runsaan television katselun tilalle jotain muuta. Monelle hoidettavista televisio on kotonakin ainoa seuralainen ja jaksolta toivottiin toisenlaista sisältöä päiviin. Television oli huomattu myös lisäävän hoidettavan harhoja joissain tapauksissa. Keskustelua, muistelua ja tavallista arkista seurustelua niin hoitajien kuin asiakkaidenkin kesken pidettiin tärkeänä. Yhteisöllisyyden toteutumiseen koettiin tarvittavan henkilökunnan tukea ja ohjausta. Vaikeasti muistisairaiden toivottiin voivan osallistua toimintaan esimerkiksi vain sallimalla heidän läsnäolonsa.

Monet omaishoitajat kokivat hankalaksi sen, että hoidettava joutuu asumaan jaksolla ollessaan kahden hengen huoneessa. Erityisesti muistisairaiden kohdalla tämä oli ongelmallista, koska omat ja toisten tavarat tahvoivat mennä sekaisin ja esiintyi rauhattomuutta. Tämä asettaa suuren haasteen, koska suurin osa yksikön huoneista on kahden hengen huoneita. Kaikkien toiveita ei siis pystytä toteuttamaan. Esiin nousi siis tarve yksilöllisempiin ratkaisuihin jaksohoidon järjestelyissä.

Toisaalta yhteen sopivat huonekaverit koettiin rikkautena, jos hoidettava oli vielä kykenevä jonkinlaiseen vuorovaikutukseen. Yhteisöllisyyttä yleisestikin pidettiin hyvänä ja toivottavana, mutta koko talon yhteisiä tapahtumia liian isoina. Hoidettavien taustan ja elämänhistorian huomioiminen kuntouttavaa toimintaa ja virikkeitä järjestettäessä olisi tärkeää ja yksilöllisyyden huomioiminen nousi monen haastateltavan kohdalla tärkeäksi tarpeeksi.

Omaishoitajien tiedon puute jaksojen sisällöstä oli yleistä ja keskustelun tarve hoitajien kanssa suurta. Tiedonkulkuun liittyvät asiat vaativat kehittämistä ja henkilökunnan tulisi vastata omaishoitajien keskustelun ja henkisen tuen tarpeeseen. Sitä kautta voidaan lisätä myös hoidettavan hyvinvointia. Toimintakyvyn tukeminen myös kotona edellyttää tietoa siitä, miten sitä on tuettu jakson aikana. Tiedon kulun puutteet tulivat esille lähes jokaisessa haastattelussa.

Yhteistyön esteeksi useat haastateltavat mainitsivat havaitsemansa hoitajien kiireen ja hoitajien huonon tavoitettavuuden. Oli havaittu hoitajien käyttävän paljon aikaa tietokoneiden äärellä, josta oli vedetty johtopäätös, että kirjalliset tehtävät menevät varsinaisen hoitotyön ja asukkaiden kanssa vietetyn ajan edelle. Kuntouttavan ja toimintakykyä tukevan toiminnan edellytyksenä pidettiin hoitajan läsnäoloa ja ohjausta asukkaiden keskinäisenkin vuorovaikutuksen ollessa kyseessä.

Hoitajien ystävällisyyttä, iloisuutta ja ammattitaitoa kiiteltiin ja pidettiin tärkeänä asiana. Ajoittainen kiirekin sai ymmärrystä ja monet kokivat, että hoitajia on liian vähän, jotta asiakkaan toimintakykyä voitaisiin riittävästi tukea. Joukossa oli muutama huono kokemus siitä, että hoitaja ei ollut osannut huomioida hoidettavan itsemääräämisoikeutta, vaan päätti hoidettavan puolesta tarpeettomasti jonkin päivittäisiin toimiin liittyvistä asioista.

Yhteenvetona haastatteluiden tuloksista voidaan todeta, että lyhytaikaishoidon keskeisiksi kehittämiskohteiksi nousivat yhteistyö hoitajien ja omaishoitajien kesken, tiedottaminen ja tiedonkulku sekä lyhytaikaishoidon sisällön ja viriketoiminnan monipuolistaminen paremmin yksilölliset tarpeet huomioivaksi. Myös jaksojärjestelyissä ja jaksojen pituudessa on tarvetta joustaa asiakkaiden yksilöllisten elämäntilanteiden mukaan.

Monessa aiemmassa tutkimuksessa todetaan, että aihetta ei ole tutkittu riittävästi. Lisäksi näkökulma tutkimuksissa oli sama eli omaishoitajien kokemukset ja toiveet. Alun perin ajatuksena oli sisällyttää tähän opinnäytetyöhön myös henkilökunnan haastatteluja, mutta työstä olisi tullut silloin liian laaja. Esille nousseisiin kehittämiskohteisiin tarvittaisiin myös henkilökunnan näkemyksiä. Erityisesti yhteistyösuhde hoitajien ja omaishoitajien välillä vaatisi molempien osapuolten näkökulmaa kehittyäkseen. Olisi myös hyödyllistä seurata jatkossa, onko lyhytaikaishoidon sisällössä kuntoutuksen näkökulmasta tapahtunut kehitystä yksikössä, johon tämä työ on kohdennettu.

LÄHTEET

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S-L., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 24.3.2016.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Forder, M. 2014. Muistisairaana fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen hyödyt, 109. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M., Forder, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helminen, H., Honkanen, A., Iso-Pietilä, R., Korhonen, T., Lehtonen, R., Mäkitalo, M., Määttä, J. & Nieminen, S. 2016. Kuntouttava arviointijakso. Lyhty Uppsalankaari. Ikäihmisten hoito ja hoiva/ Hämeenlinnan kaupunki. Kehittämisiltapäivän materiaali.

Hiltunen, P. 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa. Katsaus kehittämistarpeisiin. Viitattu 27.1.2016.

<http://www.hotus.fi/hotus-fi/ikaantyneiden-hoitotyö-suomessa-katsaus-kehittämistarpeisiin-julkaisu>

Hohenthal-Antin, L. 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Iso-Pietilä, R. 2016. Kuntouttava arviointijakso. Hämeenlinnan kaupunki. Ikäihmisten hoito ja hoiva.

Kaivosoja, A. 2014. Tää on nyt meidän elämää. Aviopuolisosta omaishoitajaksi. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiologia. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 15.3.2016.

<http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/akprogradu.pdf>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 16.3.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116146/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 18.3.2016.

http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Tutkimuksia_131.pdf

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

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki omaishoidon tuesta. Omaishoitolaki. 937/2005. Viitattu 15.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2005/20050937>

Linja, J. 2013. Lyhytaikaishoito omaishoitajien jaksamisen tukena. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu - tutkielma. Viitattu 15.3.2016.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140003/urn_nbn_fi_uef-20140003.pdf

Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni – Tutkimus puolisoahoivan arjen toimijuuksista. Helsingin yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 30.5.2016.

<http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/sinusta%20kiinni%20-tutkimus%20Tuula%20Mikkola.pdf>

Mitä omaishoito on. N.d. Viitattu 27.1.2016.

<http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>

Mäkelä, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S. & Valkeinen H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Viitattu 24.3.2016.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/41/>

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

Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologian pro gradu-tutkielma. Viitattu 27.1.2016.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1>

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaana psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen, 102-103. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014. Muistisairaana kognitiivisen aktivoinnin lähtökohdat, 98. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pikkarainen, A., Era, P. & Grönlund, R. 2011. Gerontologinen kuntoutus. Viitattu 24.3.2016.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutusmuodot/kuntoutus_eri_ikaryhmissa/gerontologinen_kuntoutus/

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

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

Salin, S. 2008. Lyhytaikaishoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.3.2016.

[http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Lyhytaikaisen%20laitoshoidon%20reaalimalli%20\(Sirpa%20Salin,%20v%C3%A4it%C3%B6skirja\).pdf](http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Lyhytaikaisen%20laitoshoidon%20reaalimalli%20(Sirpa%20Salin,%20v%C3%A4it%C3%B6skirja).pdf)

Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. Gerontologia. 2005:19:140–141. Viitattu 30.5.2016.

<http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/se/g/07840039/19/3/omaishoi.pdf>

Shaw, C., McNamara, R., Abrams, K., Cannings-John, R., Hood, K., Longo, M., Myles, S., O'Mahony, S., Roe, B. & Williams, K. 2009. Systematic review of respite care in the frail elderly. Health Technol Assess 2009; 13(20). Viitattu 30.5.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56857/>

Stolt, M., Suhonen, R., Koskeniemi, J., Hupli, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoidossa. *Hoitotiede*. 2014, 26 (2), 125–135.

Suhonen, R. & Toivonen, K. 2013. Ikääntyneiden kielteinen yksinäisyys, 53-61. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) *Ikääntyneen ihmisen terveysongelmat ja niiden arviointi – Esimerkkejä keskeisistä terveysongelmista*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja Sarja A65.

Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa. Alzheimer arjessa. Helsinki: Auditorium.

Tikkanen, U. 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 30.5.2016.
<http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Omaishoidon%20arki%20Ulla%20Tikkanen.pdf>

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

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi, 124–142. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: Wsoy.

Välimäki, T. 2012. Family caregivers of person with Alzheimer`s disease. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteet. Väitöskirja. Viitattu 3.5.2016.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-08087/urn_isbn_978-952-61-0808-7.pdf

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa. Jyväskylän yliopisto. Hoitotieteet. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 30.5.2016.
http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Kokemuksia%20puolison%20vuorohoidosta_pro%20gradu.pdf

SUOSTUMUSLOMAKE

Haluan vapaaehtoisesti osallistua Ritva Meriluodon opinnäytetyön ”Lyhytaikaishoidon kehittäminen kuntouttamisen näkökulmasta” aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on kerrottu tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni, jos haluan. Mikäli keskeytän osallistumiseni, minua koskeva aineisto poistetaan opinnäytetyöstä.

Olen tietoinen, että haastattelut nauhoitetaan ja opinnäytetyössä voidaan käyttää lainauksia omasta haastattelustani siten, että minä tai omaiseni emme ole tunnistettavissa tekstistä. Minulle on myös kerrottu, että haastattelunauhat ja niistä tehty kirjallinen tuotos eivät joudu ulkopuolisten käsiin. Niissä ei myöskään mainita minun tai omaiseni nimeä.

Tiedän myös, että voin tarvittaessa ottaa myöhemminkin yhteyttä Ritva Meriluotoon tutkimukseen liittyvissä asioissa ja olen saanut hänen yhteystietonsa. Minulla on myös oikeus halutessani saada tietoa opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen Ritva Meriluodolle.

_____/____ 2016

Paikka Aika

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus

Nimen selvennys

Puhelinnumero

Tutkimuksen tekijän allekirjoitus

Yhteystiedot:

Ritva Meriluoto
sairaanhoitajaopiskelija
Hämeen ammattikorkeakoulu
puh. 044-924 6130

Ohjaava opettaja
Eeva-Liisa Breilin
lehtori
Hämeen ammattikorkeakoulu
puh. 03- 646 75 02

Kiitos osallistumisestasi!

HAASTATTELUPYYNTÖ

Olen Ritva Meriluoto ja opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksikössä sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä aiheesta: ”Lyhytaikaishoidon kehittäminen kuntoutuksen näkökulmasta, lähtökohtana omaishoitajien toiveita ja tarpeita.”

Te omaishoitajat teette tärkeää ja raskasta työtä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää lyhytaikaishoitoa omaishoidettavan voimavaroja lisäävään ja Teidän jaksamistanne entistä enemmän tukevaan suuntaan Teidän toiveidenne ja havaintojenne pohjalta. Teidän kokemustenne ja toiveidenne kuuleminen on siis tärkeää opinnäytetyöni tekemisessä.

Tutkimus suoritetaan haastatteleamalla Teitä maaliskuulta 2016, joko lyhytaikaisyksikön tiloissa tai halutessanne kotonanne. Haastatteluun ei kulu paljoa aikaa ja se toteutetaan valmiiden teemojen avulla.

Haastattelut ja niistä koottu aineisto tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Vastaajan tai hänen läheisensä henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa ja vastaukset käsitellään niin, ettei niistä pysty tunnistamaan vastaajaa.

Haastattelut nauhoitetaan ja nauhoitukset hävitetään, kun ne on saatu kirjalliseen muotoon. Tutkimuksen tulokset ja sen pohjalta löydetty kehittämistarpeet tullaan luovuttamaan lyhytaikaisyksikölle kehittämistyössä hyödynnettäväksi.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ja keskeyttää tutkimuksen omalta osaltanne koska vaan.

Toivon, että haluatte osallistua tehtävään tutkimukseen. Kirjallinen suostumuslomake allekirjoitetaan haastattelun yhteydessä, mikäli päätätte osallistua. Jos haastateltavia löytyy paljon, kaikki eivät ehkä pääse mukaan.

Työpaikkaohjaajani tutkimuksen osalta on Lyhty-yksikön vastaava sairaanhoitaja Saara Nieminen(03-621 3361) ja hän tulee ottamaan teihin puhelimitse yhteyttä ja tiedustelemaan halukkuuttanne osallistua tutkimukseen. Kun suostumuslomake on allekirjoitettu, voitte olla tarvittaessa yhteydessä suoraan minuun.

Kiitos mielenkiinnostanne!

Ystävällisin terveisin

Ritva Meriluoto
puh. 044- 924 6130

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustakysymykset:

Haastateltavan ikä, sukupuoli ja sukulaisuussuhde omaishoidettavaan.

Miten kauan vastaaja on toiminut omaishoitajana?

Onko hoitaja ja hoidettava kotihoidon tai muiden tukitoimien piirissä?

Fyysinen toimintakyky

Minkälainen mielestänne on omaisenne fyysinen toimintakyky kotiooloissa?

Miten lyhytaikaishoito on vaikuttanut omaisenne fyysiseen toimintakykyyn?

Minkälaiset liikkumiseen ja fyysiseen toimintakykyyn liittyvät asiat tuottavat eniten vaikeuksia kotona?

Minkälaista apua toivoisitte lyhytaikaishoidosta saavanne fyysisen toimintakyvyn ongelmiin?

Sosiaalinen toimintakyky

Miten kuvailisitte omaisenne sosiaalisia kontakteja kotona?

Miten lyhytaikaishoito muuttaa omaisenne sosiaalisia kontakteja?

Minkälaisia sosiaalisia tarpeita omaisellanne on?

Mikä sosiaalisessa kanssakäymisessä tuottaa mahdollisesti ongelmia?

Miten omaisenne on tottunut elämässään hoitamaan sosiaalisia kontaktejaan?

Miten lyhytaikaishoito voisi tukea omaisenne sosiaalista elämää kodin ulkopuolella?

Henkinen toimintakyky

Millainen omaisenne mieliala ja vireystila yleisesti ottaen on?

Miten lyhytaikaishoito vaikuttaa tähän?

Mihin asiaan henkisen toimintakyvyn osalta toivoisitte apua lyhytaikaishoidosta?

Minkälaisten asioiden uskotte tukevan omaisenne henkistä toimintakykyä?

Minkälaista henkistä ja emotionaalista tukea toivotte?

Lopuksi voitte halutessanne kertoa jonkin esimerkin onnistuneesta tai epäonnistuneesta lyhytaikaishoitokokemuksesta.

Voitte myös esittää lyhytaikaishoidon suhteen toiveita, jotka eivät vastauksissa vielä tulleet esille.

