

IKÄÄNTYNEIDEN OULULAISTEN OMAISHOITAJIEN FYYSINEN
AKTIIVISUUS JA SITÄ RAJOITTAVAT TEKIJÄT

Tapio Tarvas ja
Leena Ojutkangas
Opinnäytetyö, kevät 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Lapin ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Geronomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Tapio Tarvas, Leena Ojutkangas. Oululaisten ikääntyneiden omaishoitajien fyysinen aktiivisuus ja sitä rajoittavat tekijät. Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK), Lapin ammattikorkeakoulu, hyvinvointipalveluiden osaamisala, vanhustyön koulutusohjelma, geronomi (AMK). Kevät 2017. Sivumäärä: 46 sivua ja 1 liite.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta ja sitä rajoittavia tekijöitä. Tavoitteena oli tutkia mitkä ovat omaishoitajilla liikuntaa rajoittavia tekijöitä, joissa heitä voitaisiin tukea. Opinnäytetyö perustuu GASEL-hankkeen vuonna 2014 toteuttaman ikääntyneille oululaisille suunnatun kansalaiskyselyn vastausaineistoon.

Opinnäytetyötä tehtäessä vastauksista analysoitiin vain itsensä omaishoitajiksi ilmoittaneiden vastaukset. Omaishoitajiksi katsottiin sekä sopimukselliset omaishoitajat että sopimuksettomat omaishoitajat, koska tavoitteena oli saada tietoa omaishoitajilta.

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla. Opinnäytetyö toteutui siis määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Vastauksia analysoitiin yhteenveto- eli frekvenssitaulukkoilla, jotta saatiin selville, miten omaishoitajaksi itsensä ilmoittaneet vastaajat olivat vastanneet kuhunkin kysymykseen.

Itsensä omaishoitajiksi ilmoittaneita tutkimukseen vastanneita oli kaikkiaan 58. Vastausten perusteella oululaisista ikääntyneistä omaishoitajista viisi kuudesta harrastaa liikuntaa (hyötyliikunta huomioiden) vähintään tunnin päivässä. Heistä suuri osa liikkuu päivittäin yli 2 tuntia. Vapaa-ajanliikuntaa harrastetaan 2-3 kertaa viikossa ja noin 20–30 minuuttia kerralla.

Fyysistä aktiivisuuttaan eniten rajoittaviksi tekijöiksi omaishoitajat kokivat laiskouden, ajan puutteen, sairauden tai vamman, sekä väsymyksen. Myös apean mielialan koettiin rajoittavan aktiivisuutta. Sen sijaan vain muutama vastaaja ilmoitti kiinnostuksen tai rahan puutteen rajoittavan fyysistä aktiivisuuttaan. Vastausten perusteella yksilölliset esteet rajoittivat enemmän omaishoitajien liikkumista kuin ympäristöön liittyvät esteet.

Asiasanat: Kvantitatiivinen tutkimus, omaishoitajuus, fyysinen aktiivisuus, ikääntyminen

ABSTRACT

Tapio Tarvas, Leena Ojutkangas. Aged caregivers' physical activity and things that reduce their physical activity in Oulu region. Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Registered Nurse. Lapland University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services and Elderly Care. Degree: Bachelor of Social Services and Elderly Care. Spring 2017.

Pages 46, 1 appendix.

The aim of this thesis was to reveal the level of self reported physical activity and factors restricting physical activity among aged caregivers in Oulu region. The purpose of the thesis was produce information about modifiable factors restricting physical activity, which can be utilized in promoting health and wellbeing of the caregivers. Thesis was made in cooperation with the GASEL-project and the data from the population based GASEL-survey collected from elderly people in Oulu region was utilized in this study.

This was a quantitative study and data was analyzed using SPSS for Windows statistical software. The distribution of different answer categories were analyzed using frequency distribution.

The total amount of caregivers in this thesis was 58. According to their answers most of the aged caregivers in Oulu region exercised at least one hour a day (including daily habitual exercise). A large proportion of them exercised daily more than two hours. They exercised during leisure time on average two to three times a week, about 20-30 minutes at a time.

According to the responses aged caregivers' physical activity was mainly restricted by laziness, lack of time, illness, injury and tiredness. Also melancholic mood was reported to be one reason for reduced physical activity among the caregivers. Lack of interest or money reduced physical activity only for few caregivers. According to their answers, individual obstacles were more important factors for reduced physical activity than environmental factors.

Keywords: Quantitative study, caregiver, physical activity, ageing

SISÄLLYS

JOHDANTO	5
2 IKÄÄNTYNEET OMAISHOITAJAT	6
2.1 Omaishoitajuus	7
2.2 Ikääntymisen ja suorituskyky	8
2.3 Ikääntyneen fyysinen aktiivisuus	10
2.4 Omaishoitajien fyysinen aktiivisuus	12
2.5 Hyviä käytäntöjä omaishoitajien fyysisen aktiivisuuden tukemiseen	14
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	17
3.2 Opinnäytetyön työelämäympäristö, työelämäyhteys	17
3.3 Kysely tiedonkeruumenetelmänä ja kyselylomakkeen sisältö	17
3.4 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät	18
3.5 Opinnäytetyön aineiston keruu ja analyysi	19
4 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	21
4.1 Vastanneiden omaishoitajien taustatiedot ja fyysinen toimintakyky	21
4.2 Omaishoitajien fyysinen aktiivisuus	24
4.3 Omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta rajoittavat tekijät	26
5 POHDINTA	28
5.1 Tulosten pohdinta	28
5.2 Luotettavuuden pohdinta	31
5.3 Eettisyyden pohdinta	32
5.4 Opinnäytetyöprosessin arviointia	34
6 LÄHTEET	37
LIITTEET	43

JOHDANTO

Gerontologia on tieteenala, joka tutkii vanhenemista sosiaalisesta, biologisesta ja psykologisesta näkökulmasta. Gerontologia pyrkii selvittämään, kuinka ikääntyminen ja ikääntymisen tuomat seuraukset muuttavat yksilöiden ja yhteisöjen toimintaa sekä sitä mitkä tekijät säätelevät ikääntymiseen sisältyviä muutoksia ja kuinka niihin voitaisiin vaikuttaa. (Heikkinen 2013, 16–25.)

Keskeisiä teemoja gerontologiassa on onnistunut, menestyksekkäs vanheneminen. Aktiivisuusteorian mukaan aktiivisuuden säilyttäminen ja ylläpitäminen johtavat hyvään vanhuuteen, myönteiseen mielialaan ja tyytyväisyyteen. (Jyrämä 2013, 421–425.) Teoria tukee myös fyysisen aktiivisuuden merkitystä ikääntyessä. Riittävä fyysinen aktiivisuus on terveellisen ruokavalion lisäksi terveyden ja pitkän elämän peruspilari (Louhija 2003, 668).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta ja sitä rajoittavia tekijöitä. Tavoitteena oli tutkia mitkä ovat omaishoitajilla liikuntaa rajoittavia tekijöitä, joissa heitä voitaisiin tukea. Opinnäytetyön avulla saadaan tietoa omaishoitajien liikkumisen tukemiseksi, sekä sitä kautta omaishoitajien hyvinvoinnin ja terveyden kehittämiseksi. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymykseen: Mitkä tekijät rajoittavat ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta? Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta on mahdollista kehittää ikääntyneiden omaishoitajien fyysisen aktiivisuuden tukemisen malleja.

2 IKÄÄNTYNEET OMAISHOITAJAT

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi ja laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) määritellään ikääntynyt väestö – käsite. Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevia (tällä hetkellä 63+) henkilöitä. Iäkkääksi määritellään henkilö, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 10.)

Euroopassa arvioidaan olevan noin 100 miljoonaa omaishoitajaa (Salanko-Vuorela 2010, 7.) Ilman omaishoidon sopimusta läheistään hoitavien hoidon taloudellinen osuus kaiken hoidon kokonaiskustannuksista vaihtelee EU:n jäsenmaissa 50 % ja 90 % välillä. Esimerkiksi Iso-Britanniassa on laskettu, että tämän niin sanotun epävirallisen hoivan arvo on 141,2 miljardia euroa. Omaishoitajat ovat korvaamaton osa terveydenhoitojärjestelmää EU-tasolla. Omaishoidon merkitys tulee kasvamaan väestön ikääntyessä ja kroonisten sairauksien lisääntyessä. (Eurocarers 2015.)

Miljoona suomalaista auttaa säännöllisesti läheistään. Arvion mukaan Suomessa on 300 000 omaishoitotilannetta, joista 60 000 on sitovia ja vaativia. Pieni osa omaishoitotilanteista on omaishoidon tuen piirissä. Vuonna 2014 omaishoitotosopimuksia oli Suomessa noin 43 000. (Omaishoitajat ja läheiset liitto ry 2015.) Vuonna 2014 65 vuotta täyttäneitä omaishoitotosopimuksen tehneitä oli Suomessa 23 742 henkilöä eli yli puolet virallisen omaishoidon piiriin kuuluvista omaishoitajista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman työryhmän loppuraportissa v. 2014 todetaan omaishoidon tuella tehtävän hoitotyön laskennallisen arvon olevan Suomessa n.1,7 miljardia euroa ja omaishoidon tuen kustannusten olevan noin 450

miljoonaa euroa vuodessa. Raportissa todetaan omaishoidon tuen olevan 1,3 miljardia euroa muita hoitomuotoja edullisempaa. (Kansallinen omaishoidon kehittämishjelma 2014, 11.)

Omaisen hoitaminen on vaativaa. Se vaikuttaa omaishoitajan sosiaaliseen elämään ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Omaishoitajuuden sitovuus korostuu, kun hoidettava tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. Omaishoitajuus voi johtaa taloudellisiin vaikeuksiin, jopa köyhyyteen hoidon kustannusten vuoksi. Taloudelliseen tilanteeseen vaikuttaa omaishoitajan mahdollisuus käydä töissä. Omaishoitajat ovat usein haavoittuvaisia stressille, masennukselle, sosiaaliselle eristäytymiselle ja taloudellisille vaikeuksille. (Eurocarers 2015.)

2.1 Omaishoitajuus

Omaishoitajuus käsitteenä on tullut kielenkäyttöömme 1990-luvulla. Omaishoitoa on ollut olemassa aina. Omaishoidossa on kysymys näkymättömästä vastuun kantamisesta. Omaishoitotilanne on aina yksilöllinen. Hoitotilanteita erittelee omaishoitotilanteen synty tapa. Tarve hoitoon voi syntyä eri elämänvaiheissa. Hoitosuhde voi kehittyä hitaasti avuntarpeen lisääntyessä tai äkillisesti sairauskohtauksen tai onnettomuuden myötä. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12–13.)

Laissa omaishoidon tuesta (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937 2§) määritellään omaishoitajaksi henkilö, joka on tehnyt toimeksiantosopimuksen läheisensä omaishoidosta kunnan kanssa. Omaishoidon tukea saadakse on omaishoitajan tehtävä kunnan kanssa omaishoitosopimus. Omaishoitajan pitää olla täysi-ikäinen hoidettavan omainen tai läheinen, jonka hoidettava hyväksyy hoitajakseen. Omaishoitajan kunnon ja terveydentilan täytyy olla sellaiset, että hän pystyy huolehtimaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovituista hoidettavan tarpeista. (Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden omaishoidon tuki 1.7.2015 alkaen, 1, 2.)

Omaishoitajia ovat vammaisen lapsen vanhemmat, puolisoaan hoitavat ja ikääntyvistä vanhemmistaan huolehtivat tyttäret ja pojat. Raja tavanomaisen huolenpidon ja omaishoidon välillä on liukuva. Omaishoidossa hoivan tarve perustuu

omaisen tai läheisen terveydentilan tai toimintakyvyn heikentymiseen tai vammaisuuteen. Omaishoidon tukea myönnettäessä arvioidaan hoidon sitovuutta ja vaativuutta. Omaishoidon tukeen ei ole subjektiivista eli ehdotonta oikeutta, vaan se on määrärahasidonnainen. Tuen myöntämisperusteet ja hoitopalkkioiden suuruus ovat erilaisia eri kunnissa. Tuki muodostuu omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, vapaista ja omaishoitoa tukevista palveluista. (Laki omaishoidon tuesta, 2.12.2005/937; Omaishoidon tuki 2006; Omaishoitajat ja läheiset liitto ry 2015.)

Etäomaishoitaja voi asua toisella paikkakunnalla ja matkustaa viikonloppuisin auttamaan läheistään ja siten varmistaa hänen pärjäämisensä seuraavan viikon aikana. Omaishoitajien asema vaihtelee asuinkunnan mukaan, koska omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja hoitopalkkioiden suuruus vaihtelevat kunnittain (Siljander 2012, 19). Tässä opinnäytetyössä omaishoitajuuden subjektiivinen kokemus on riittävä perusteeksi henkilön määrittelemiseksi omaishoitajaksi.

Omaishoitajien eurooppalainen etujärjestö on määritellyt omaishoitajat kaiken ikäisiksi ihmisiksi, jotka tuottavat hoivaa omaiselleen, jolla on krooninen sairaus, vamma tai muu pitkäaikainen terveysongelma ja vaivaa ei hoideta pitkäaikaishoidossa. Perheet ja ystävät toteuttavat noin 80 % Euroopan Unionin alueella annettusta hoidosta. Maissa, joissa on kehittynyt virallinen pitkäaikaissairaiden hoitojärjestelmä, omaishoitajien määrä on noin kaksinkertainen verrattuna koulutettuun hoitohenkilöstöön. (Eurocarers 2015.)

2.2 Ikääntymisen ja suorituskky

Liikunnan harrastaminen ja fyysinen aktiivisuus voi hidastaa normaalin vanhene-
misen aiheuttamien muutosten nopeutta ja astetta. Liikunta ehkäisee monia sairauksia ja ylläpitää sosiaalisia kontakteja. Aktiivisuus ja runsas harjoittelu vaikuttavat positiivisesti havaintomotoriikkaan. Heikkonäköisten ikääntyneiden liikunnassa turvallisuus laji- ja liikevalinnoissa on ensiarvoisen tärkeää. Kuntoilu vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin positiivisesti. Positiivisia vaikutuksia tulee terveillä

ja aivotoimintojen heikkenemisestä kärsivillä henkilöillä. Liikunnalla voidaan jopa ehkäistä kognitiivisten toimintojen heikkenemistä. (Aalto 2009, 13–16; 22.)

Eliniän pidentyessä tulevat omaishoitajat olemaan entistä iäkkäämpiä. Tämä haastaa kehittämään ohjaus- ja neuvontapalveluita, vuorohoitoa ja palvelutarpeen ennakointia. Perusedellytyksiä kotihoidon onnistumiselle ovat omaishoitajien hoitopalkkio, vapaapäivät, mahdollisuudet itsensä hoitoon ja kuntouttamiseen sekä palvelujen käyttöön. (Helin, von Bonsdorff 2013, 426–443.)

Ikääntymismuutoksia tapahtuu ihmisessä kokonaisvaltaisesti. Muutoksia tapahtuu ihmisen rakenteissa, toiminta- ja suorituskävyssä, aisteissa ja kognitiivisissa toiminnoissa. Lihasvoimaan vaikuttava lihasmassa vähenee viidenkymmenen ikävuoden jälkeen noin 1,5–2 prosenttia vuodessa. 70-vuotias on menettänyt lihasmassastaan keskimäärin noin 40 prosenttia. Hapenottokyky heikkenee iän myötä. Hapenottokävyyn muutokset ovat yhteydessä muutoksiin sydämessä ja hengityselimistöissä. Havaintomotoriikan muutokset iän myötä johtavat hidastumiseen monimutkaisissa tehtävissä. Iän myötä näön tarkkuus, näkökentän laajuus, valoherkkyys ja sopeutuminen hämääseen, syvyyssnäkö sekä kontrastien havaitseminen heikentyvät. Ikääntyessä tuntoaisti huonontuu. Tällöin tieto kehon asennoista ja niiden muutoksista heikkenee. Alustan muodoista ja vartalon asennoista viestittävät jalkapohjien ja jänteiden tuntoaistit heikkenevät. Saatu tieto asennosta ja asentojen muutoksista alenee. Korjausliikkeet hidastuvat ja tasapainon hallinta vaikeutuu. (Aalto 2009, 13–19.)

Fyysisten muutosten lisäksi ikääntyvässä kehossa tapahtuu myös muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa. Erityisesti muistin heikkeneminen on yleistä. Muutokset ovat kuitenkin yksilöllisiä. Muutosten laatuun ja nopeuteen voivat vaikuttaa muun muassa fysiologiset muutokset, perinnölliset tekijät, sairaudet, psykososiaaliset tekijät, pään vammat, aivojen vähäinen käyttö ja monet elintavat, sekä liikunta. (Aalto 2009, 22.)

Aktiivisuusteorian lähtökohta on 1950-luvulla Robert Havighurstin ja Ruth Albrechtin julkaisema tutkimus, jonka tulosten mukaan hyvän vanhuuden takasi

ikäntyneen toiminnallinen aktiivisuus. Tästä syntyi aktiivisuusteoria-käsite. Aktiivisuusteorian mukaan hyvään vanhuuteen liittyy aktiivisuuden säilyttäminen. Jyrkämän mukaan ikääntyneen hyvä vanhuus ei ole niin riippuvainen aktiivisuuden tasosta kuin onnistumisen ja uusien taitojen oppimisen kokemuksista arkielämässä. (Koskinen 2007, 12; Jyrkämä 2013, 421, 425.)

2.3 Ikääntyneen fyysinen aktiivisuus

Ikääntyneille fyysinen aktiivisuus on tärkeää. 65 vuotta täyttäneille suositellaan kestävyysliikunnan ohella nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittäväää liikuntaa. Heidän tulisi olla aktiivisia ja välttää fyysistä passiivisuutta. Fyysisesti passivoivia toimia ovat television katselu, kulkuneuvoissa matkustaminen ja istuma-asennossa tehtävät toiminnot. Fyysisen aktiivisuuden tukeminen on tärkeää. Liikkumattomuus on terveydelle haitallista. Istumisen haitallisista vaikutuksista verenkertoelimistön ja aineenvaihdunnan sairauksiin on näyttöä. Henkilöiden, joilla on kaatumisriski, pitäisi harrastaa tasapainoa kehittäväää liikuntaa. (Käypä hoito, liikunta; Vuori 2015, 523, 545.)

Ikääntyneiden henkilöiden liikuntaharrastusta lisäävät henkilökohtaiset tekijät, koulutus, aikaisempi harrastus ja hyväksi koettu terveys. Terveystenhoitohenkilökunnan neuvonta lisää liikunnan harrastamista. (Tiikkainen, Heikkinen 2013, 454–465). Ikääntyneiden syitä liikunnan harrastamiseen ovat terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja ilon ja virkistykseen tuottaminen. Liikunnan motiiveja voivat olla ulkoilu raittiissa ilmassa ja luonnossa, voimavarojen lisääminen ja vapaaajan viettäminen ryhmässä. Ohjattuun liikuntaan osallistuvien liikunnan motiiveja ovat terveyden edistämisen ja sosiaaliset kontaktit. Näiden syiden lisäksi heidät saa liikkumaan piristymisen, elämänhalun lisääntyminen, itsetunnon kasvaminen, kärsivällisyyden lisääntyminen ja toisilta ansaittu arvostus. (Aalto 2009, 28).

Liikuntaharrastuksen esteet iäkkäillä voivat olla yksilöllisiä pelot, yksinäisyys, sairaudet, kivut, toiminnan vajavuudet, vähäiset tulot, heikko koulutustaso, ajan tai kiinnostuksen puute, liikuntatilanteen ja varusteiden epämukavuus, välineiden puute, tulevaisuuden tavoitteettomuus ja syrjäseudulla asuminen. Ympäristön esteitä liikunnan harrastamiselle ovat vuodenaikojen vaihtelu, lumen määrä, valon

määrä, katujen hoito, kävelytiet, maaston kulkukelpoisuus, rakennetun ympäristön vaikeus (auton tarve, liukuportaat). Sairauksien ennaltaehkäisy ja kuntoutuksen vähäisyys sekä vapaa-aika- ja liikuntarakentaminen suunnitellaan hyvän toimintakyvyn omaavien ehdoilla vaikeuttavat iäkkäiden liikunnan harrastamista. (Aalto 2009, 29; Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 478–479.)

Sosiaalinen este on, ettei iäkkäille ole tarjolla monipuolista ja heille sopivaa liikuntaa. Aktiivisten roolimallien puuttuminen tai käsitys ettei liikunnan harrastaminen kuulu ikääntyneille tai on heille vaarallista ovat esteitä liikunnan harrastamiselle. Naisten rooliin nuorena ja keski-ikässä ei ole kuulunut liikunnallista vapaa-ajanviettopaikkaa. Terveystieteiden tutkimusten henkilökunnan varovaiset ja virheelliset asenteet liikuntaa kohtaan voivat luoda turhia esteitä. Liikunnan este on vammautuminen. (Aalto 2009, 29; Tiikkainen, Heikkinen 2013, 454–465.)

Aktiivisimpia liikkujia ovat 60–75-vuotiaat henkilöt. Suomalaiset ikääntyneet liikkuvat paljon kansainvälisestäkin verrattuna. Suosituin liikuntamuoto on kävely. Kävelyä harrastaa useammin kuin neljä kertaa viikossa yli 65-vuotiaista miehistä 66 % ja naisista 63 %. Puolet edellä mainitun ikäryhmän ihmisistä harrastaa kävelyliikuntaa lähes päivittäin. Toiseksi suosituin liikuntamuoto on kotivoimistelu. Sitä harrastaa puolet miesväestöstä ja 60 % naisista. Muita suosittuja lajeja ovat uinti, vesijumppa, vesijuoksu, hiihto, pyöräily ja tanssi. (Aalto 2009, 26.)

Ohjattu liikunta on melko harvinaista. Noin 10 % ikääntyneistä liikkuu ohjatusti. Kuntosaliharjoittelua harrastaa noin 3 % ikäihmisistä ja palloilulajeja noin 1 %. Liikunnallinen aktiivisuus näyttää vähenevän 75 ikävuoden paikkeilla. Tähän ovat syynä liikkumisvaikeudet. Itsenäinen liikkuminen ulkona aiheuttaa vaikeuksia yli puolelle 75–85-vuotiaista naisista ja kolmannekselle saman ikäryhmän miehistä. (Aalto 2009, 27–28.)

Ikääntyneiden liikunnan tavoite on edistää terveyttä, ylläpitää toiminta- ja suoriutuskykyä ja tukea luonnollista vanhenemista. Liikunnalla ylläpidetään liikuntaelämän ja aivojen toimintaa, tarjotaan virikkeitä, haasteita ja sosiaalisia kontakteja

arjen iloksi. Unen laatu ja ruokahalu voivat parantua. Kuntoilu ylläpitää ikääntyvän tasapainoa ja keuhonhallintaa. Hyvä tasapaino mahdollistaa turvallisen ja vaivattoman liikkumisen, ja ennaltaehkäisee kaatumisia. Liikuntaan voidaan hakea lisätukea erilaisista apuvälineistä.

Maailman terveysjärjestön WHO:n vuonna 1948 julkaiseman määritelmän mukaan terveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia kehossa. Terveysteen vaikuttavat geenit, mahdollisuudet terveyspalvelujen käyttöön, fyysinen aktiivisuus, sosiaalinen vuorovaikutus, elämäntavat sekä ympäristö (Fertman, Allensworth 2010, 5.)

2.4 Omaishoitajien fyysinen aktiivisuus

Omaishoitajien jaksamista ja hyvinvointia, palveluja ja palveluiden käyttöä, hyvinvointia, ravitsemusta, intervallijaksojen vaikutusta jaksamiseen, tuen ja tiedon tarpeita ja omaishoitajien kokemuksia vertaistuesta ja verkostoitumista on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti. Kansainvälistä tutkimustietoa on löydettävissä myös omaishoitajien fyysisestä aktiivisuudesta ja sen vaikutuksista. Tutkimuksissa on tutkittu muun muassa vapaa-ajan aktiivisuuden ja fyysisen aktiivisuuden vaikutuksista omaishoitajien kokemaan hoitotaakkaan. Säännöllinen vapaa-ajan aktiivisuus ja liikunta keventävät omaishoitajien hoitotaakkaa. (Hirano, Umegaki, Suzuki, Hayashi & Kuzuya 2015; Rha, Park, Song, Lee & Lee 2015).

Erityisesti iäkkäille puoliso-omaishoitajille olisi tärkeää että he voisivat pitää lakisääteiset vapaansa sekä saisivat tarvittavat terveystarkastukset, palvelut ja jaksamisen tuen. Vaarana on myös, että omaishoitaja ja hoidettava eristyvät yhteisöstä. Omaishoitotilantessa saatu riittävä tuki antaa omaishoitajille ja heidän hoidettavilleen mahdollisuuden pitää yllä sosiaalisia suhteita sekä osallistua ja harrastaa. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014, 70.)

Omaishoitajuudesta tehdyllä sopimuksella on merkitystä omaishoitajuuden tukemisen kannalta, koska vain sopimuksen tehneellä omaishoitajalla on oikeus jaksamista tukeviin etuihin. Näitä etuja ovat muun muassa palvelusetelit, omaishoidon lakisääteiset vapaat, sopeutumisvalmennus ja omaishoitajan kuntoutus.

Omaishoitajat eivät kuitenkaan aina osaa, jaksaa tai halua hakea tukea. (Kelo, Launiemi, Takaluoma, Tiittanen 2015, 100–102.)

Geriatric Nursing – julkaisussa vuonna 2012 verrattiin omaishoitajia ja ei-omaishoitajia. Siinä todettiin että ikääntyneillä omaishoitajilla on merkittävästi enemmän ahdistusta, masennusta, stressiä ja negatiivisia terveysoireita ja he tarvitsevat ohjausta fyysisen aktiivisuuden ja terveyden kohentamiseen. Heille olisi tutkimuksen mukaan vaikuttavampaa suositella 10 minuutin harjoitusjaksoja kerrallaan kuin 30 minuutin yhtäjaksoista harjoittelua. (Marquez, Bustamante, Kozey-Keadle, Kraemer & Carrion 2012, 358–365; Kelo ym. 2015, 100–102.)

Meta-analyysitutkimuksessa, jossa koottiin yhteen 288 tutkimusta, oli lopputuloksena että tutkimuksissa järjestään raportoitiin suuremmista masennusoireista ja mielenterveysongelmista omaishoitajien joukossa verrattuna ei-omaishoitajiin. Puolisoaan hoitavilla omaishoitajilla fyysiset vaivat ja hoidettavan käytösoireet olivat voimakkaammin yhteydessä kuormittuneisuuteen kuin aikuisilla lapsilla jotka toimivat vanhempiensa omaishoitajina. (Pinquart, Sörensen 2003, 112–128.)

Omaishoitajan uupuminen onkin yleisin syy omaishoitosopimuksen purkamiseen. Erityisen alttiita uupumiselle ovat puoliso-omaishoitajat. Syynä suuremmalle riskille ovat tiivis hoitosidonnaisuus, heikko terveydentila ja taloudelliset seikat. Omaishoitajan kuormitusta keventämällä voidaan vähentää hoidettavan riskiä joutua laitoshoitoon. Riittävät tukipalvelut kuten muistisairaiden kohdalla päiväkeskuskäynnit ovat hyvä tapa keventää omaishoitajan taakkaa. Omaishoitaja sivuuttaa helposti omat tarpeensa. Tarpeiden tiedostaminen ja myöntäminen on jaksamisen kannalta tärkeää. Omaishoitajan jaksaminen on aina hoidettavan etu. Alzheimer's & Dementia – julkaisussa ilmestyneessä artikkelissa todetaan että hoidettava omaisen sairauden laatu vaikuttaa omaishoitajan jaksamiseen. Esimerkiksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan omaisen hoitaminen on kuormittavampaa kuin Alzheimerin tautia sairastavan. Hoidettavan käytösongelmat lisäävät omaishoitajan masennusoireita. Omaishoitajan masennusoireet yhdistyvät ahdistuneisuuteen ja huonompaan elämänlaatuun ja käänteisesti ne yhdistyvät fyysiseen aktiivisuuteen ja vapaa-aikaan. Fyysinen aktiivisuus ja vapaa-

aika näyttäisivät olevan tutkimuksen mukaan omaishoitajia rasitukselta ja kuoritukselta suojaavia tekijöitä. Tutkimus osoittaa myös että omaishoitajat hyötyvät psykososiaalisista interventioista ja masennuksen ja ahdistuksen asianmukaisesta lääkkeellisestä ja psykologisesta hoidosta. (Kelo ym. 2015, 100–102; Santos, Ladeira, Aprahamian, Forlenza & Nunes 2013, 487.)

Kuntoutuksessa tehokkaimmiksi on todettu interventiot, jotka kohdistuvat sekä läheiseen että kuntoutujaan. Niillä lisätään sekä hoidettavan toimintakykyä että läheisen voimavaroja ja parempia työtapoja. (Juntunen 2016, 405.)

2.5 Hyviä käytäntöjä omaishoitajien fyysisen aktiivisuuden tukemiseen

Oulun seudulla ikääntyneille tarjotaan monenlaisia liikuntapalveluja. Palveluja tuottavat Oulun kaupungin lisäksi urheilu- ja liikuntaseurat sekä kolmannen sektorin järjestöt. Liikuntapalveluja tarjoavia järjestöjä ovat muun muassa Oulun Naisvoimistelijat ja Oulun seudun omaishoitajat ry.

Oulun kaupungin liikuntapalvelut tarjoaa ikääntyneille oululaisille ohjattuja ryhmiä ja liikunnallista toimintaa. Ohjattua toimintaa tarjotaan perusterveille, pitkäaikaissairaille ja ihmisille, joilla on liikkumisen apuväline. Tarjolla olevia liikuntapalveluja ovat ikääntyneiden omat kuntosalivuorot, uinti ja vesivoimistelu. Veteraaneille, yli 70-vuotiaille ja tietyille sairausryhmille on omat palvelunsa (Oulun Kaupunki 1. i.a.). Oulujoen pohjoispuolella asuville ikäihmisille on tarjolla toimintaa Lassintalon seniorikeskuksessa. Keskuksen toiminta on suunnattu 65 vuotta täyttäneille. Ikääntyneet voivat osallistua maksutta ohjattuihin liikunta- ja kädentaitojen ryhmiin sekä psykososiaaliin virike- ja keskusteluryhmiin. Kädentaitoryhmissä on materiaalimaksu. (Oulun kaupunki 2. i.a.)

Oulun kaupunki tukee ikääntyneiden liikuntaharrastusta seniorikortilla. Seniorikortti on tarkoitettu oululaisille 65 vuotta täyttävälle ja iäkkäämmille itsenäiseen kuntoiluun kuntosaleilla yleisö- ja seniorivuoroilla sekä uintiin ja vesivoimisteluun. KunnonLähteellä tarkoitetaan vertaisohjaajien ohjaamia maksuttomia liikunta- ja toimintaryhmiä yli 65-vuotiaille oululaisille (Oulun Kaupunki 4. i.a.). Näihin ryhmiin

kuuluu kuntosalia, pallopelejä, jumppaa, keilausta, senioritanssia ja sauvakävelyä. Kesäisin pelataan mölkkyä. Liikuntaharrastusryhmien lisäksi KunnonLähde-toimintaan kuuluu kirjallisuuspiiri, kuvataideryhmä, videokerho ja yhteislaulutilaisuudet. Toiminnnan lähtökohtina ovat ikääntyneiden omat mielenkiinnonkohteet. Ohjaajina toimii myös alle 65-vuotiaita. (Oulun kaupunki 3. i.a.)

65 vuotta täyttäneillä oululaisilla on mahdollisuus liikuntaneuvontaan. Fysioterapeutti antaa yksilöllistä neuvontaa vastaanotollaan. Liikuntaneuvonnalla tuetaan ja ohjataan kunnon kohottamisessa ja autetaan ikääntyneitä löytämään sopiva liikuntamuoto. Oulujoen pohjoispuolella asuvien liikuntaneuvonta on Lassintalon seniorikeskuksessa kaksi kertaa kuukaudessa. Eteläpuolen asukkaiden liikuntaneuvonta on Oulun uimahallilla Raksilassa. (Oulun kaupunki 5. i.a.)

Oulun Naisvoimistelijat ry tuottaa oululaisille ikääntyneille liikuntapalveluita. Naisvoimistelijat on mukana Voimisteluliiton IKILIKE -pilottihankkeessa. Kehityshankkeen nimi on ollut syksystä 2015 alkaen Ikiliike. Hankkeella pyritään lisäämään ikääntyneiden liikuntaryhmiä ja panostamaan ikääntyneiden kunnon harjoittamiseen. Ryhmissä keskitytään lii-kunnallisten tarpeiden harjoittamiseen. Ryhmissä harjoitetaan voimaa, tasapainoa liikkuvuutta sekä kestävyyttä. Sosiaalisuus kuuluu ryhmien toimintaan. Ryhmiin voivat osallistua kaikki seuran jäsenet. Tunnit sopivat hyvin aloittelijoille. (Oulun Naisvoimistelijat i.a.)

Oulun seudun omaishoitajat ry tarjoaa jäsenilleen kuntosalivuoroja neljä kertaa viikossa. Kuntosalivuorojen lisäksi tarjotaan jäsenille myös virkistystoimintaa ja vertaistukea. Virkistystoiminta toimii Ommaiskahvilan nimellä. Omaiskahviloihin ovat tervetulleita kaikki omaistaan hoitavat. Ratkaisevaa ei ole saako omaishoidon tukea tai mikä on omaishoidon tilanne kotona. (Oulun seudun omaishoitajat, i.a.)

Ommaiskahvilat ovat avoinna kaikille. Niihin voi ottaa mukaan hoidettavan omaisensa. Kahvilaan voi tulla tapaamaan muita omaistaan hoitavia ja hakemaan tietoa eri omaishoidon tilanteisiin. Samalla saa vaihtelua, virkistystä arkeen ja osallistuu oman paikkakunnan keskusteluun omaishoidosta. Ommaiskahviloissa on

yhdistyksen työntekijöitä sekä vapaaehtoistoimijoita. Ommaiskahviloissa on teema, keskustelutilaisuus, asiantuntijan puheenvuoro tai virkistäytyminen. (Oulun seudun omaishoitajat, i.a.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta ja sitä rajoittavia tekijöitä. Tavoitteena on tutkia mitkä ovat omaishoitajilla liikuntaa rajoittavia tekijöitä, joissa heitä voitaisiin tukea. Opinnäytetyön tehtävänä on saada vastaus kysymykseen: Mitkä tekijät rajoittavat ikääntyneiden omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta?

3.2 Opinnäytetyön työelämäympäristö, työelämäyhteys

Toimeksianto opinnäytetyölle saatiin Oulun Diakonissalaitoksen Liikuntalääketieteelliseltä Klinikalta (ODL Liikuntaklinikka) GASEL-hankkeesta (GASEL-hanke i.a.). GASEL-hanke oli toteuttanut ikääntyneille oululaisille suunnatun väestöpohjaisen kyselytutkimuksen, jonka osallistujat oli poimittu sattumanvaraisesti väestörekisteristä 65 vuotta täyttäneistä. Opinnäytetyön aineistona käytettiin GASEL-hankkeen kyselyn vastauksia. GASEL-hanke saa opinnäytetyön tuloksista tietoa ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysisestä aktiivisuudesta.

Tekesin rahoittaman Oulun yliopiston ja Oulun Diakonissalaitoksen Liikuntaklinikan toteuttaman GASEL-hankkeen tavoitteena on luoda monialainen yhteistyöverkosto sekä tutkia ja luoda vaatimusmääritykset uudentylaiselle, ikääntyneiden omaan osallisuuteen ja vertaisverkostoon sekä räätälöityyn vuorovaikutteiseen ohjaukseen perustuvalle hyvinvointipalvelukonseptille, jolla voidaan ehkäistä ikääntyneiden syrjäytymistä ja edistää heidän hyvinvointiaan (Oulun Diakonissalaitos i.a., GASEL-hanke i.a.)

3.3 Kysely tiedonkeruumenetelmänä ja kyselylomakkeen sisältö

Tiedonkeruumenetelmät ovat tapoja, joilla tutkijat keräävät tietoa kohteistaan. Näitä voivat olla esimerkiksi kyselylomakkeet, testit tai fysiologiset mittausmenetelmät (Paavilainen 2014, 33). Englanninkielinen termi survey tarkoittaa sekä ky-

sely- että haastattelututkimusta, vakiintunutta suomennosta sille ei ole (Vehkalahti 2008, 12). Se perustuu tutkimusaineiston keräämiseen valmiiksi jäsennetyillä lomakkeilla (Nummenmaa ym. 2016, 16, 17).

GASEL-hankkeen kyselylomake oli laaja ja kysymykset oli jaoteltu aihepiireittäin. Kyselyssä kartoitettiin vastaajien tilannetta ja tottumuksia. Kysely oli lähetetty 1500 vähintään 65-vuotiaalle Oulun alueella asuvalle. Kyselyn vastausprosentti oli 61 %. Vastaajia oli 918. Vastaajista 25 vastasi kyselyyn sähköisesti. Vastaajien keski-ikä oli 73 vuotta. (Oulun Yliopisto 2014.)

Taustatiedoissa selvitettiin vastaajien ikä, paino, terveydentila ja työhistoria sekä asumismuoto. Kansalaiskyselyssä oli kysymyksiä joilla selvittiin vastaajien kaatumishistoriaa, aisteja, mielialaa, unta, terveystietoja, ravitsemusta ja luontosuhdetta. Liikunta ja teknologian käyttö sekä liikunta- ja luontoympäristö kaupungissa olivat myös kysymysten aiheina. Vastaajien persoonallisuutta ja temperamenttia, turvattomuuden tunnetta ja sosiaalista ympäristöä koskevia kysymyksiä kuului myös kyselyyn. Kysymyksillä pyrittiin varmistamaan kattavien tietojen saaminen Oulun seudun ikääntyneistä. Hankkeen tavoitteena oli, että moniammatillinen työryhmä voi analysoida vastauksia useammasta eri näkökulmasta. (GASEL-kyselylomake 2014).

3.4 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ilmiöitä kuvataan ja tulkitaan mittausmenetelmillä, joilla kerätään numeerisia tutkimusaineistoja joita analysoidaan tilastollisilla analyysimenetelmillä (Vilpas i.a.). Yleisin tiedonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on kyselylomake (Kananen 2011, 12). Kvantitatiivisissa tutkimuksissa mittaustulokset ilmaistaan numeroina (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2016, 16,17). Tilastollisen analyysin avulla voidaan etsiä asioiden välisiä riippuvuuksia, selittää ilmiöitä ja ennustaa tulevaa kehitystä (Vilpas i.a.).

Tämä opinnäytetyössä käytetyt mittaustulokset oli saatu kyselylomakkeella väestöpohjaisessa kansalaiskyselyssä, joka oli GASEL-hankkeen toteuttama vuonna 2014. Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistona GASEL-kyselyyn vastanneiden omaishoitajien vastauksia. Kyselylomakkeen kysymyksistä suurin osa oli suljettuja joissa mittaustulokset saatiin kvantitatiivisesti numeroina ja niitä analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.

3.5 Opinnäytetyön aineiston keruu ja analyysi

Tutkittavaa ilmiötä edustava joukko eli otos (Kananen 2011, 22.) ovat tässä opinnäytetyössä oululaiset ikääntyneet omaishoitajat, jotka olivat vastanneet GASEL-hankkeen vuonna 2014 toteuttamaan kansalaiskyselyyn. Kansalaiskyselystä valittiin opinnäytetyöhön tutkimuskysymykseen liittyvät kysymykset yhteistyössä toimeksiantajan kanssa.

Opinnäytetyössä analysoitiin kansalaiskyselyn omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta koskevia vastauksia. Lähtökohtana oli tutkimuskysymys, johon haettiin vastausta. Kansalaiskyselyn kysymykset jakautuivat vastaajien taustatietoja koskeviin ja tutkittavaa asiaa kartoittaviin kysymyksiin. Opinnäytetyöhön valitut kysymykset ovat työn liitteenä.

SPSS eli Statistical Package for Social Sciences on 1960-luvulta alkaen käytetty erityisesti yhteiskuntatieteisiin sopiva tilastollisten sovellusohjelmien paketti (Vehkalahti 2008, 196.) Kansalaiskyselyn vastausaineiston analyysissä opinnäytetyössä käytettiin SPSS-ohjelmistoa. Ohjelman käytöstä sovittiin toimeksiantajan kanssa ja opinnäytetyössä käytetty vastausaineisto saatiin valmiiksi SPSS-ohjelmaan soveltuvassa taulukkomuodossa.

Kartoitettavana ilmiönä tässä opinnäytetyössä oli ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysinen aktiivisuus. Ilmiön ymmärtämiseksi määriteltiin aluksi käsite omaishoitajuus ja sen vaikutus ikääntyneiden fyysiseen aktiivisuuteen. Lähdekirjallisuuden perusteella perehdyttiin myös siihen mikä yhteys ikääntymisellä on kehoon ja suorituskyykyyn sekä fyysisen aktiivisuuden esteisiin ja motiiveihin

ikääntyneillä. Lisäksi otettiin selvää Oulun kaupungin käytännöistä ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden tukemiseksi.

Vastauksia käsiteltiin SPSS-ohjelmalla ja esitettiin suorina jakaumina. Suora jakauma eli frekvenssitaulukko on tapa, millä voidaan esittää ja tiivistää saatu tieto ja mistä voidaan analysoida eri vaihtoehtojen saamat vastaukset (Kananen 2015, 288). Näin saatiin selville, miten omaishoitajaksi itsensä ilmoittaneet vastaajat olivat vastanneet kuhunkin kysymykseen.

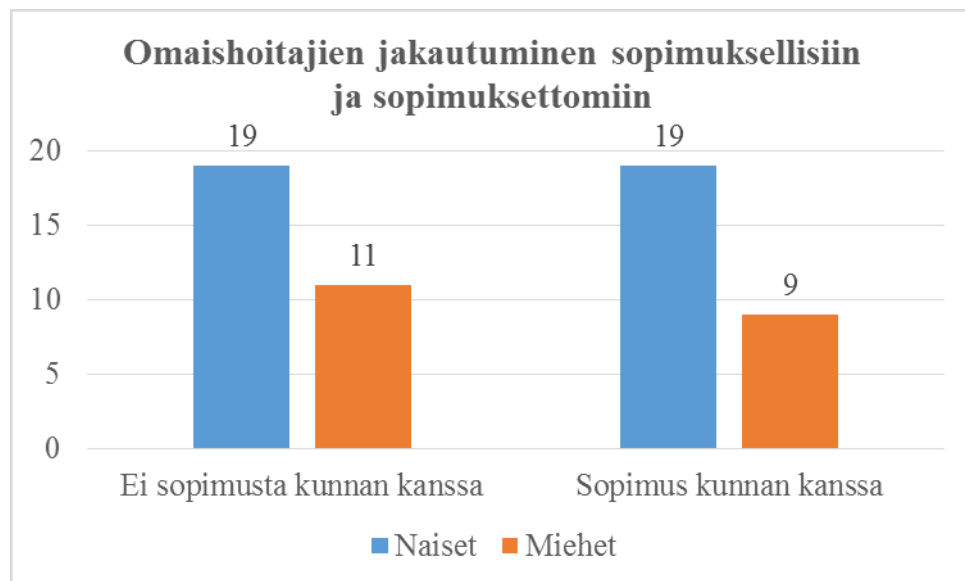
Taustamuuttajat ovat niin sanottuja sosioekonomisia muuttujia (Kananen 2011, 41). Niitä ovat tässä opinnäytetyössä sukupuoli, koulutustaso, omaishoitajasopimuksen tehneet ja ilman omaishoitosopimusta olevat omaishoitajat. Opinnäytetyössä tutkittiin ikääntyneiden omaishoitajien vastauksia kokemukseen fyysisestä toimintakyvystään ja terveydentilastaan. Heidän fyysistä aktiivisuuttaan tutkittiin päivittäisen liikkeellä olon sekä liikuntakertojen keston ja määrän perusteella. Tuloksista selvisi myös kuinka kuinka monta tuntia he istuvat keskimäärin arkisin.

Tuloksien havainnollistamiseksi käytettiin pylväsdiagrammeja sekä taulukointia. Tulosten ilmoittamisessa käytettiin lukumääriä, prosentteja ja keskiarvoja. Tulosten pohdinnassa käytettiin lisäksi luokittelua yksilöllisiin ja ympäristöllisiin syihin pohjautuen lähdekirjallisuuteen.

4 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

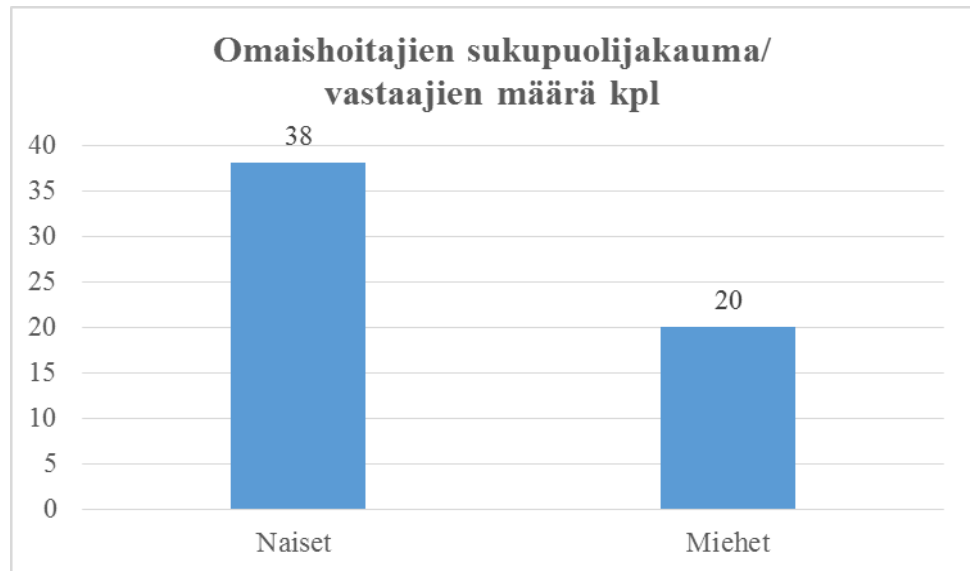
4.1 Vastanneiden omaishoitajien taustatiedot ja fyysinen toimintakyky

Kansalaiskyselyyn vastanneista henkilöistä 58 ilmoitti olevansa omaishoitajia. Kunnan kanssa sopimuksen tehneitä omaishoitajia oli vastaajista 48,3 % ja sopimuksettomia omaishoitajia oli 51,7 % (N=58). Tässä opinnäytetyössä näitä kahta ryhmää ei erotella vaan heitä käsitellään yhtenäisenä omaishoitaja-ryhmänä. Tämä valinta tehtiin, koska tutkimuskysymyksen vastauksen saamiseksi tarvittiin omaishoitajien vastauksia.



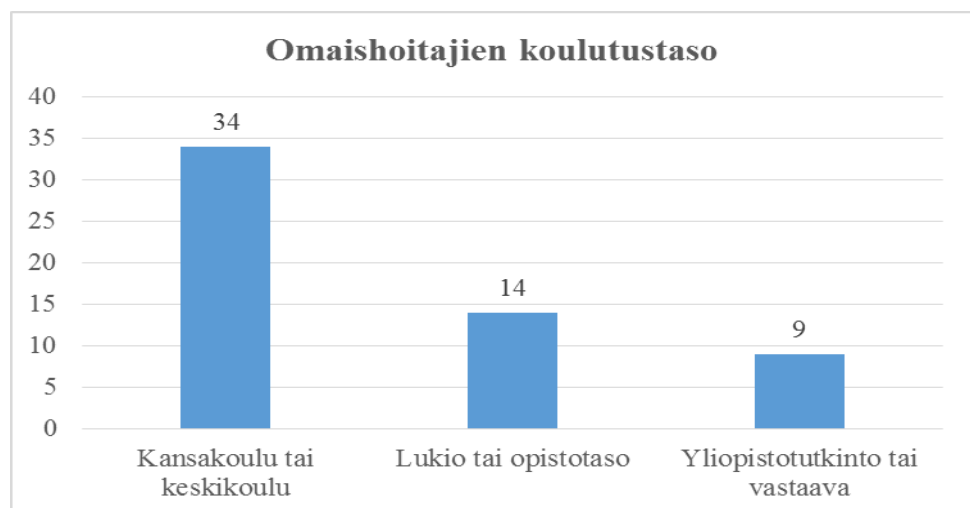
KUVIO 1. Omaishoitajien jakautuminen sopimuksellisiin ja sopimuksettomiin

Ikääntyneistä omaishoitajista naisia oli 65,5 % ja miehiä 34,5 % (N=58).



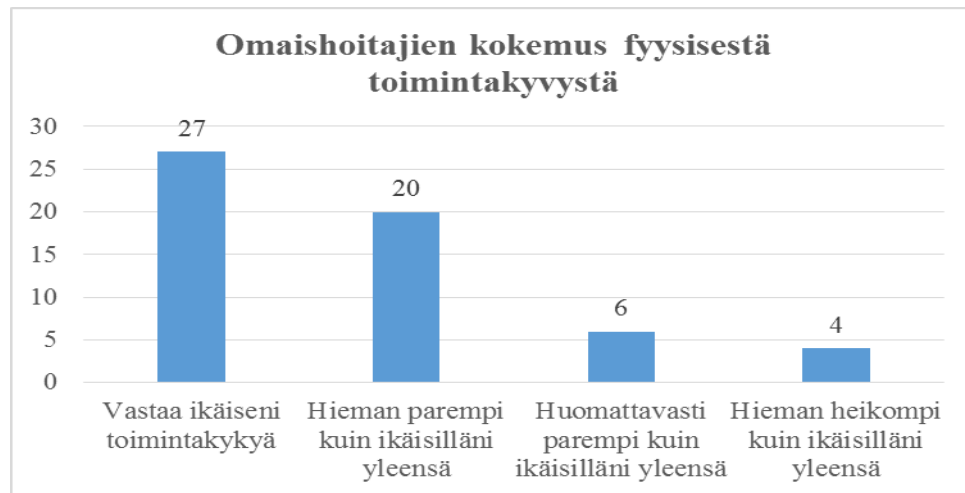
KUVIO 2. Omaishoitajien sukupuolijakauma

Yli puolet (59,6 %) kansalaiskyselyyn vastanneista omaishoitajista oli käynyt kansakoulun tai keskikoulun. 24,5 % vastaajista oli käynyt lukion tai suorittanut opistotason koulutuksen. Yhdeksän vastaajaa (15,8 %) oli suorittanut yliopistotutkinnon tai vastaavan koulutuksen (N=57).



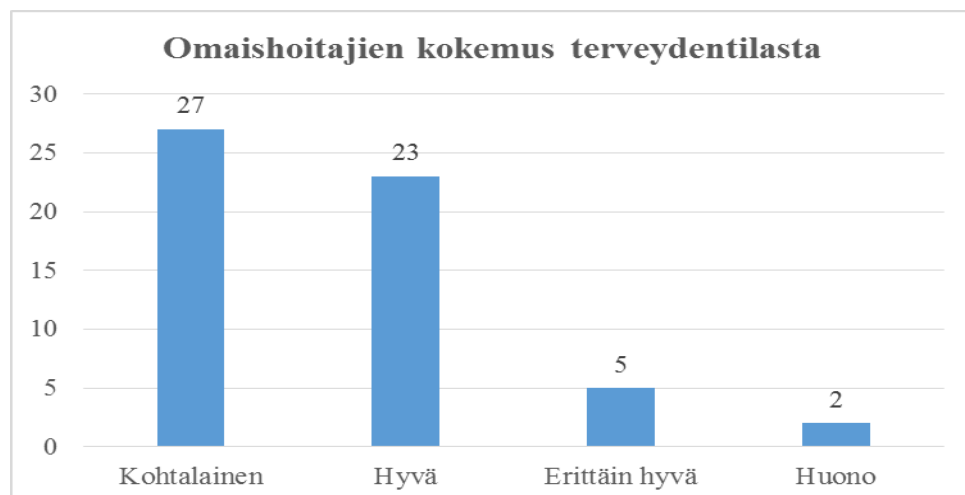
KUVIO 3. Omaishoitajien koulutustaso

47,4 % vastanneista omaishoitajista koki fyysisen toimintakykynsä vastaavan ikäistensä toimintakykyä, ja 35 % koki toimintakyvyn olevan hieman parempi kuin saman ikäisillä yleensä. 10,5 % koki fyysisen toimintakykynsä olevan ikäisiään huomattavasti paremman. 7 % heistä koki fyysisen toimintakykynsä olevan hieman heikommaksi ikäisekseen (N=57).



KUVIO 4. Omaishoitajien kokemus fyysisestä toimintakyvystä

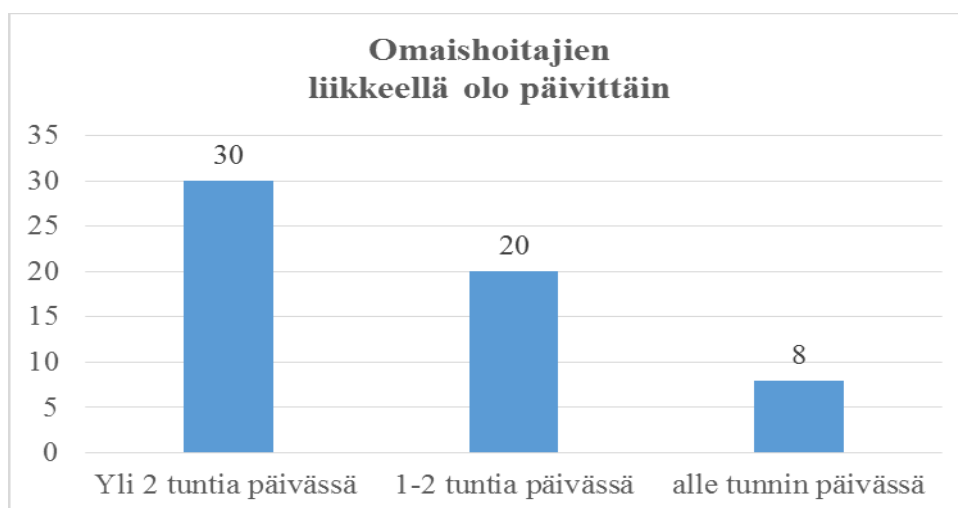
87,7 % ikääntyneistä omaishoitajista koki terveytensä olevan hyvä tai kohtalainen. Erittäin hyväksi terveydentilansa koki 8,8 % vastanneista. Vain 3,5 % omaishoitajista koki terveydentilansa olevan huono (N=57).



KUVIO 5. Omaishoitajien kokemus terveydentilasta

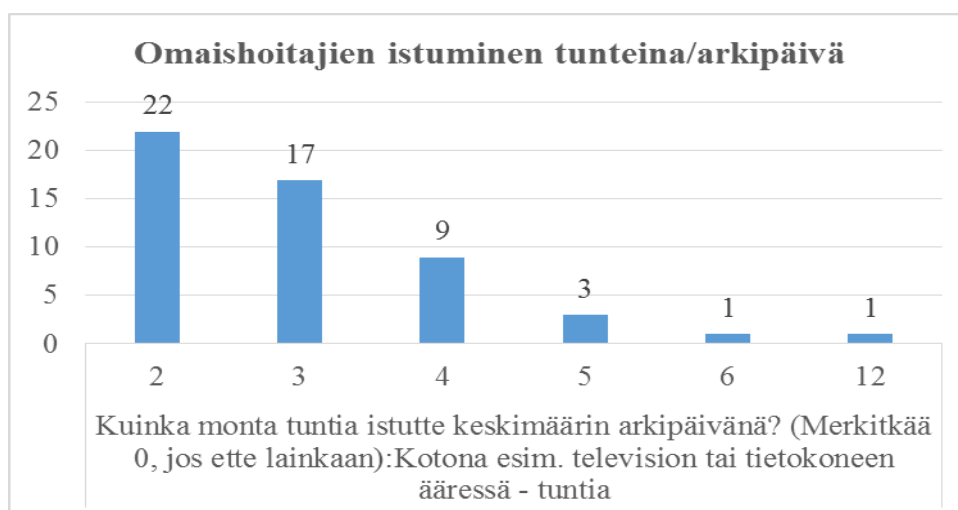
4.2 Omaishoitajien fyysinen aktiivisuus

Yli 2 tunnin päivittäiseen liikkeellöoloon ylsi 51,7 % ja 1-2 tuntia päivittäin ilmoitti liikkuvansa 34,5 % ikääntyneistä omaishoitajista. 13,8 % vastaajista ilmoitti olevansa liikkeellä alle tunnin päivässä (N=58).



KUVIO 6. Omaishoitajien liikkeellä olo päivittäin

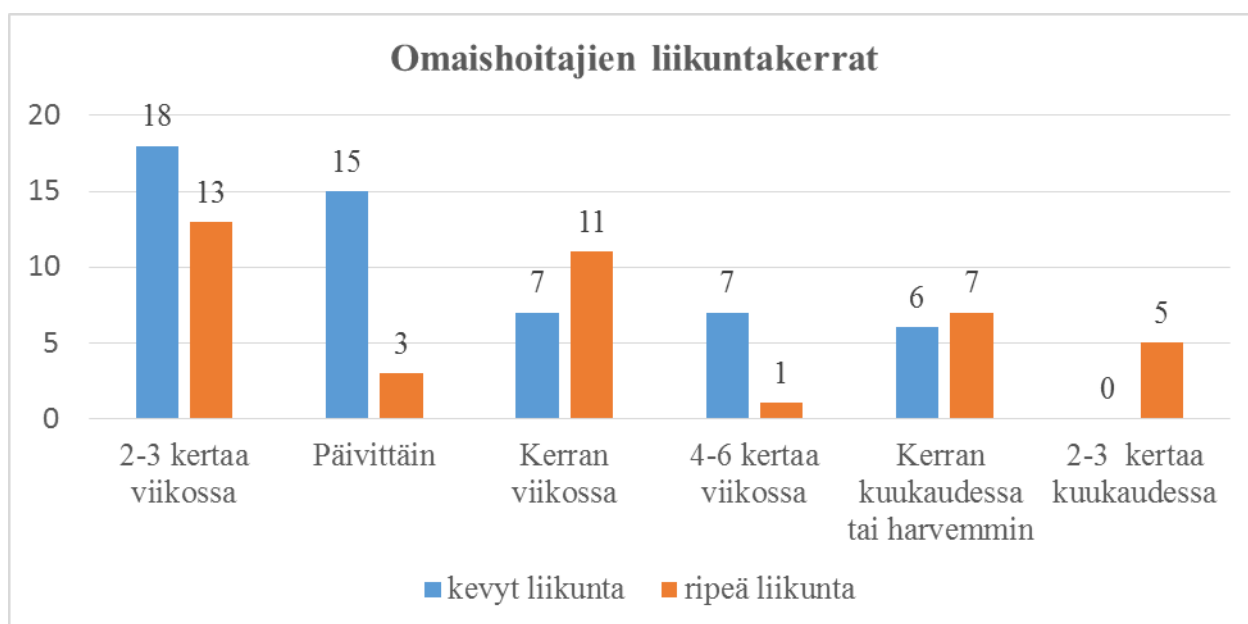
41,5 % vastaajista istui 2 tuntia arkipäivisin. 3-4 tuntia istumiseen käytti 49% vastaajista. 5,7 % ikääntyneistä omaishoitajista istui 5 tuntia arkisin ja sitä pidemmän ajan istuen heistä vietti 3,8 % (N=53).



KUVIO 7. Omaishoitajien istuminen tunteina/arkipäivä

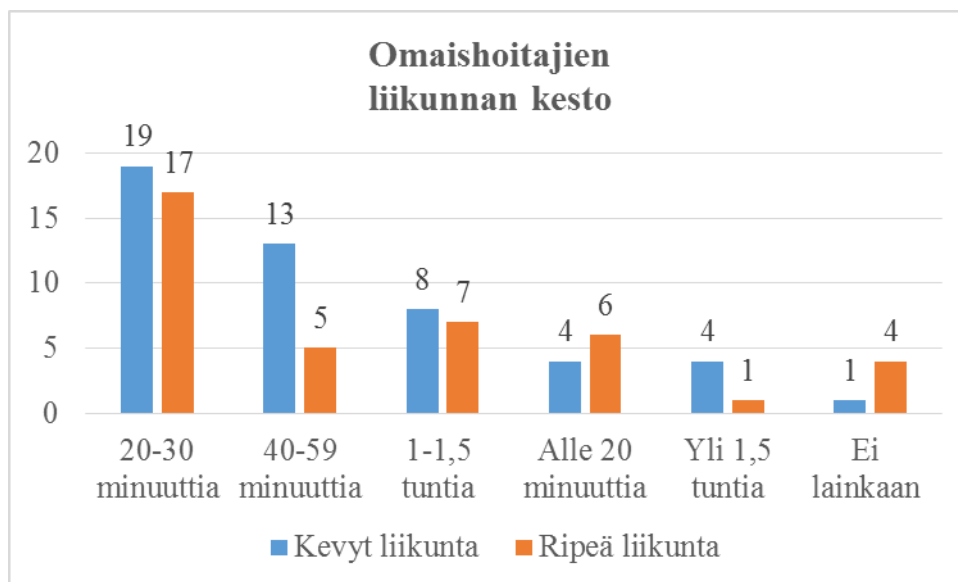
Kyselyssä kevyt liikunta määriteltiin liikunnaksi, jonka aikana ei hengästy eikä hikoile. 28,3 % harrasti kevyttä liikuntaa päivittäin ja 34 % 2-3 kertaa viikossa. 13,2 % harrasti kevyttä liikuntaa 4-6 kertaa viikossa. Kerran viikossa kevyttä liikuntaa harrasti 13,2 % vastaajista ja kerran kuukaudessa tai harvemmin 11,3 % (N=53).

Ripeä liikunta määriteltiin liikunnaksi, jonka aikana hengästyy ja hikoilee ainakin lievästi. Ripeän liikunnan osalta omaishoitajien vastaukset vaihtelivat kevyttä liikuntaa enemmän. Toiset liikkui kevyesti päivittäin ja toiset harvemmin, kuitenkin 2-3 kertaa viikossa kevyesti liikkui 32,5 % vastaajista. Päivittäin kevyttä liikuntaa harrasti 7,5 % ja kerran viikossa 27,5 % vastaajista. 4-6 kertaa viikossa kevyttä liikuntaa harjoitti 2,5 % ja 1-3 kertaa kuukaudessa kevyttä liikuntaa harrastavia oli 30 % vastaajista (N=40).



KUVIO 8. Omaishoitajien liikuntakerrat

Tunnin tai enemmän kevyttä liikuntaa kerrallaan harjoitti 24,5 % (N=49) ja riipeää liikuntaa 20 % (N=40). Kevyen liikunnan kestoksi kerrallaan 26,5 % vastaajista ilmoitti 40-59 minuuttia ja 38,8 % ilmoitti 20-30 minuuttia. Alle 20 minuuttia kerrallaan kevyttä liikuntaa harjoitti 8,2 % vastaajista. 20-30 minuuttia kerrallaan riipeää liikuntaa harjoitti 42,5 % ja 40-59 minuuttia 12,5 % vastaajista. Riipeää liikuntaa ei lainkaan harjoittanut 10 % vastaajista.

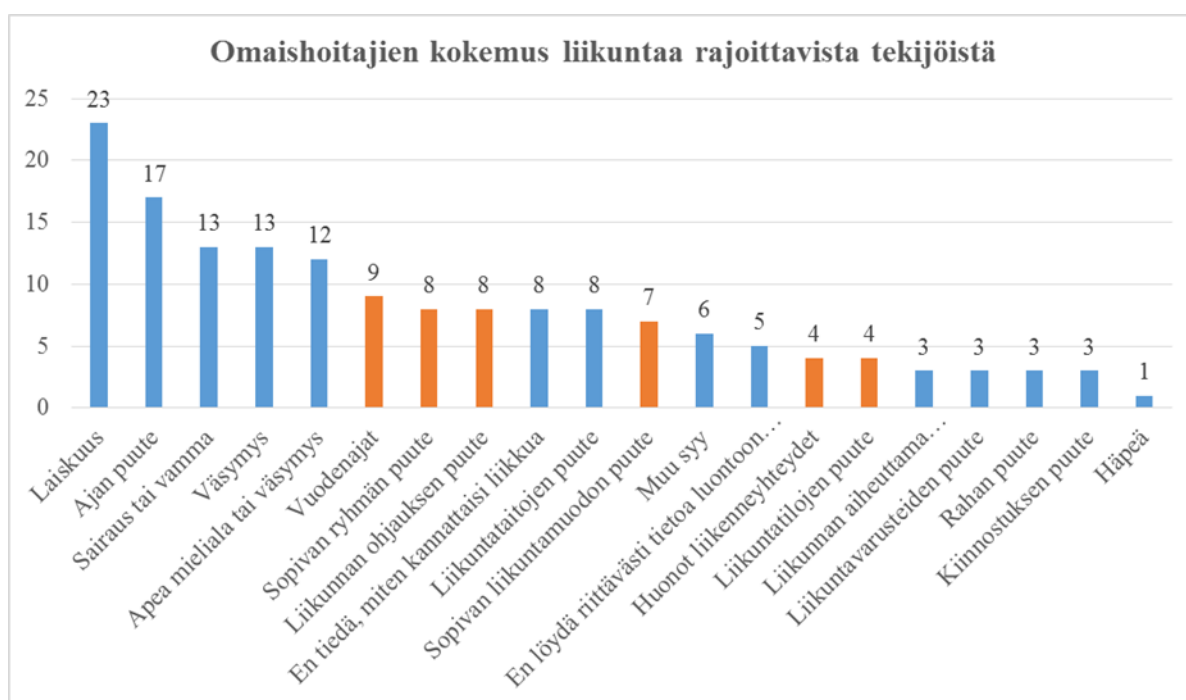


KUVIO 9. Omaishoitajien liikunnan kesto kerrallan

4.3 Omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta rajoittavat tekijät

Oulun seudulla asuvien omaishoitajien antamien vastausten mukaan perusteella eniten heidän vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuttaan rajoittavia tekijöitä ovat laiskuus (14,6 % vastaajista, N=158), ajan puute (10,8 % vastaajista), sairaus tai vamma (8,2 % vastaajista), väsymys (8,2 % vastaajista) ja apea mieliala tai väsymys (7,6 % vastaajista). Muita liikuntaa rajoittavia tekijöitä olivat vuodenaika (5,7 % vastaajista), liikuntataitojen puute, tiedon puute liikkumisesta (en tiedä miten kannattaisi liikkua), liikunnan ohjauksen puute, sopivan ryhmän puute (5 % vastaajista jokaisessa vaihtoehdossa) ja sopivan liikuntamuodon puute (4,4 % vastaajista). Sen ettei löydy riittävästi tietoa luontoon liittyvistä harrastuksista koki liikkumista rajoittavaksi 3,2 % vastaajista. Huonot liikenneyhteydet (2,5 % vastaajista) ja liikuntatilojen puute (2,5 % vastaajista) rajoittivat osalla vapaa-ajanliikkumista. Sen sijaan vain vähäinen osa vastaajista koki kiinnostuksen (1,9 % vastaajista) tai

rahan puutteen(1,9 % vastaajista) tai liikuntavarusteiden puutteen (1,9 % vastaajista) tai liikunnan aiheuttaman epämiellyttävän olon (1,9 %) rajoittavan liikkumista. Osa vastaajista koki useamman kuin yhden syyn rajoittavan vapaa-ajanliikkumistaan. Vastausvaihtoehtona oli myös mahdollisuus kirjoittaa omin sanoin vastauksena muu syy mikä rajoittaa vapaa-ajan liikkumista. Tällaisia vastauksia oli tullut 2. Toisessa vastauksessa liikuntaa rajoitti sopivan seuran puute ja toisessa sopivan lajin puute. 4 vastaajaa oli sitä mieltä että heidän vapaa-ajanliikkumistaan rajoitti joku tekijä, mutta he eivät olleet kirjoittaneet sitä lomakkeeseen.



KUVIO 10. Vapaa-ajan liikkumista rajoittavat tekijät (Yksilölliset esteet merkitty sinisellä ja ympäristölliset esteet oranssilla)

5 POHDINTA

5.1 Tulosten pohdinta

Kyselyyn vastanneista ikääntyneistä omaishoitajista yli puolella (52 %:lla) ei ollut sopimusta omaishoidosta kunnan kanssa. Omaishoitajuutta koskevissa tutkimuksissa tuli ilmi että he ovat erityisen haavoittuvainen ryhmä koska vain omaishoidontuesta sopimuksen tehneillä on oikeus jaksamista tukeviin etuihin tällä hetkellä. Positiivista oli että valtaosa ikääntyneistä omaishoitajista koki terveytensä vähintään kohtalaiseksi (96,5 %vastaajista) ja fyysisen toimintakykynsä hyväksi (92,9 % vastaajista). Tämä voi viitata siihen että fyysinen aktiivisuus suojaa ikääntyneitä omaishoitajia rasitukselta ja kuormitukselta, mikä oli todettu aiemmissa tutkimuksissa.

Päivittäin yli 2 tuntia liikkeellä oli vastaajista yli puolet. 13,8 % ilmoitti kuitenkin olevansa päivittäin liikkeellä alle tunnin, mikä on melko vähäinen määrä. Vastaajat harrastivat vaihtelevissa määrin sekä kevyttä että ripeää liikuntaa, vain 2 % vastaajista ei harrastanut kevyttä ja 10 % vastaajista ripeää liikuntaa lainkaan.

Liiallisen istumisen haitallisuudesta terveydelle ollaan nykyään tietoisia. Euroopalaisen selvityksen mukaan aikuiset istuvat keskimäärin 5-6 tuntia päivässä ja eläkkeelle siirryttäessä paikallaanolo lisääntyy kotiloissa (UKK-instituutti 2016). Oululaiset ikääntyneet omaishoitajat viettävät selvitykseen verrattuna istuen suhteellisen vähän aikaa, 41,5 % istuu 2 tuntia arkipäivisin ja 49 % istuu 3-4 tuntia arkipäivisin. 5 tuntia tai enemmän aikaa heistä istuu 9,4 %.

Negatiiviset tunnekokemukset ja ajatukset itsestä liikkujana olivat yleisimpiä esteitä liikunnan harrastamiselle. Tästä voi päätellä että monilla on iso kynnys lähteä liikkumaan, liikunnasta on tiettyjä mielikuvia mitä sen pitäisi olla ja ehkä aikaisempia huonoja kokemuksia. Ei ole välttämättä aiempaa liikunnallisuutta eikä liikunta ole kuulunut harrastuksiin. Ajatellaan, että liikkumaan lähteminen olisi ison vaivan takana.

Vastaajien kokonaismäärät (kyllä ja ei vaihtoehto) valmiiksi annetuissa liikuntaa rajoittavissa tekijöissä vaihtelivat jonkin verran. Taustatietoja koskevissa kysymyksissä 58 vastaajaa kertoi olevansa omaishoitaja. Liikuntaa rajoittavia tekijöitä koskeviin kysymyksiin oli kuitenkin vastannut vain osa omaishoitajista. Vastanneiden omaishoitajien määrät vaihtelivat 40 ja 58 välillä. Pienin vastaajamäärä oli ripeän liikunnan kestoa ja liikuntakertojen määrää koskevissa kysymyksissä. On mahdollista että nämä kysymykset olivat vaikeaselkoisia tai henkilöt jotka eivät kokeneet harrastavansa ripeää liikuntaa jättivät nämä kysymykset väliin.

Oulun seudulla asuvien omaishoitajien antamien vastausten mukaan eniten liikunta-aktiivisuutta rajoittavia tekijöitä ovat laiskuus, ajan puute, väsymys, sairaus tai vamma ja apea mieliala. Muita enemmän vastauksia keränneitä liikuntaa rajoittavia tekijöitä olivat vuodenaika, liikuntataitojen puute, tiedon puute liikkumisesta (en tiedä miten kannattaisi liikkua), liikunnan ohjauksen puute, sopivan ryhmän puute ja sopivan liikuntamuodon puute.

Vapaa-ajan liikkumista rajoittavia tekijöitä kysyttäessä osa vastaajista koki useamman kuin yhden syyn rajoittavan vapaa-ajanliikkumistaan ja oli valinnut monta vastausvaihtoehtoa. Tämän voi päätellä siitä että vastauksia tähän kysymykseen oli tullut 158 kappaletta

Tuloksista näkyy että valtaosa oululaisista ikääntyneistä omaishoitajista kokee voivansa hyvin ja he ovat fyysisesti aktiivisia. Joukossa on kuitenkin niitäkin, jotka eivät näin koe olevan. Vapaa-ajan liikkumista rajoittavien tekijöiden kysymykseen oli tullut suoranainen vastausvyöry, mikä kertoo että rajoittavia tekijöitä on runsaasti. Ikääntyneiden omaishoitajien fyysisen aktiivisuuden tukemista ajatellen ja ottelimme vastaukset yksilöllisiin ja ympäristöllisiin. Rajoittavien tekijöiden vaikutusta vähentämällä ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysiseen aktiivisyyteen voidaan vaikuttaa positiivisesti ja kannustavasti.

Ikääntyneiden liikuntaharrastamisen esteet voidaan luokitella yksilöllisiin ja ympäristöllisiin (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 474–484). Ryhmittelimme GASEL-kyselyssä olleet vastausvaihtoehdot. Yksilöllisiin esteisiin kuuluvat väsymys töiden, opiskelun ym. vuoksi, kiinnostuksen ja liikuntataitojen puute, liikunnan aiheuttama epämukava olo ja apea mieliala, laiskuus, häpeä tai väsymys, ajan puute, rahan puute, tiedon puute ja välineiden puute. Ympäristöllisiä esteitä olivat vuodenajat, sopivan ryhmän puute, liikunnan ohjauksen puute, sopivan liikuntamuodon puute, huonot liikenneyhteydet, liikuntatilojen puute ja sopivan lajin puute. Vastausvaihtoehdoissa oli myös vaihtoehtona joku muu syy, mikä oli mahdollista kirjoittaa tyhjälle riville. Tämän vaihtoehdon oli valinnut 6 vastaajaa ja vastauksia oli tullut 2, toisessa sopivan seuran puute ja toisessa sopivan lajin puute.

TAULUKKO 1. Vapaa-ajan liikkumisen yksilölliset ja ympäristölliset esteet

Vapaa-ajan liikkumista rajoittavat tekijät	
Yksilölliset esteet	Vastausten määrä
Laiskuus	23
Ajan puute	17
Sairaus tai vamma	13
Väsymys	13
Apea mieliala tai väsymys	12
En tiedä miten kannattaisi liikkua	8
Liikuntataitojen puute	8
En löydä riittävästi tietoa luontoon liittyvistä harrastuksista	5
Liikunnan aiheuttama epämiellyttävä olo	3
Liikuntavarusteiden puute	3
Rahan puute	3
Kiinnostuksen puute	3
Häpeä	1
Sopivan seuran puute	1
Ympäristölliset esteet	
Vuodenajat (talvi)	9
Sopivan ryhmän puute	8
Liikunnan ohjauksen puute	8
Sopivan liikuntamuodon puute	7
Huonot liikenneyhteydet liikuntapaikoille	4
Liikuntatilojen puute	4
Sopivan lajin puute	1

5.2 Luotettavuuden pohdinta

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa että tutkitaan tutkimusongelman kannalta oikeita asioita ja reliabiliteetti saatujen tulosten pysyvyyttä jos tutkimus toistetaan. (Kananen 2011, 118, 119.) Tässä opinnäytetyössä validiteetti näkyy siinä että tutkimuskysymykseen on saatu vastaus käytetyn tutkimusmenetelmän avulla. Reliabiliteetista tässä opinnäytetyössä voi todeta että jos tutkimus tehdään uudestaan käyttäen samaa aineistoa ja tutkimusmenetelmää, saadaan samat numeeriset tulokset.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta ja sitä rajoittavia tekijöitä. Tavoitteena oli tutkia mitkä ovat omaishoitajilla liikuntaa rajoittavia tekijöitä. Opinnäytetyön avulla saadaan tietoa omaishoitajien liikkumisen tukemiseksi, sekä sitä kautta omaishoitajien hyvinvoinnin ja terveyden kehittämiseksi. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastaus kysymykseen: Mitkä tekijät rajoittavat ikääntyneiden oululaisten omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta? Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta on mahdollista kehittää ikääntyneiden omaishoitajien fyysisen aktiivisuuden tukemisen malleja.

Opinnäytetyössä kuvataan GASEL-hankkeen kansalaiskyselyyn vastanneiden ikääntyneiden omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta. Yli 65-vuotiaita oli vuonna 2014 Oulussa 26 258 henkilöä (Oulun kaupungin tilastollinen vuosikirja 2015, 27) eli oululaisista yli 65 vuotta täyttäneistä GASEL-kyselyyn vastasi n.3,5 %. Kyselyä ei lähetetty kaikille tämän ikäryhmän edustajille, joten kaikilla ei ollut mahdollisuutta osallistua siihen. GASEL-hankkeen kansalaiskyselyn vastausprosentti oli 61 %, mikä on riittävä määrä, jotta tutkimuksen luotettavuus on hyvä. Jos otos on useita satoja, niin 30–40%:n vastausmäärälläkin voidaan tehdä tutkimus. (Kananen 2012, 135).

Omaishoitajiksi itsensä ilmoittaneita vastaajia oli 58. Oulussa oli vuonna 2014 omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä omaishoitajia 847

kappaletta (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2016). GASEL-hankkeen kansalaiskyselyyn vastanneista omaistaan hoitavista henkilöistä sopimusomaishoitajia oli 48 %. GASEL-hankkeen kansalaiskyselyyn vastasi siis noin 3,3 % Oulun sopimusomaishoitajista. Ilman sopimusta omaistaan hoitavien määrästä Oulussa ei löytynyt tilastotietoa.

Tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuuden kannalta oleellista on se, että tutkimukseen valitut henkilöt ovat omaishoitajia, koska vain he voivat antaa oikeaa tietoa, jolla voidaan vastata tutkimuskysymykseen. Jos tutkittavien joukko olisi ollut suurempi, olisi saatu tietoa tarkempaa (Kananen 2015, 278). Tuloksista näkyy kyselyyn vastanneiden oululaisten ikääntyneiden omaishoitajien näkemys omasta fyysisestä aktiivisuudestaan

Opinnäytetyön aineistona käytettiin jo tehdyn kyselyn valmiita vastauksia. Valmiiden vastausvaihtoehtojen hyvä puoli on, että tietojen käsittely on helpompaa ja voidaan tehdä tilastollisia analyyseja kun vastaukset voidaan ilmaista numeerisesti (Vehkalahti 2008, 25.) Suljettujen eli strukturoitujen kysymysten osalta saadaan tietoa vain niistä vaihtoehtoista, jotka on esitetty (Kananen 2012, 106). On mahdollista ettei kysymyksissä esitetyissä vaihtoehtoissa ole mukana kaikkia vaihtoehtoja, jolloin saatu tieto on virheellistä (Kananen 2012, 125) tai puutteellista. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen, koska siten oli mahdollista saada vastaus tutkimuskysymykseen määrällisessä muodossa olevasta tutkimusaineistosta. Aineistoksi opinnäytetyöhön valittiin yhteistyössä GASEL-hankkeen edustajan kanssa fyysistä aktiivisuutta koskevat kysymykset.

5.3 Eettisyyden pohdinta

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan eettiset suositukset ohjaavat toimintaa sosiaali- ja terveysalalla. Toiminta sosiaali- ja terveysalalla pohjautuu ihmisarvon ja ihmisarvon kunnioittamiseen. Ihmiset olivat saaneet itse päättää halusivatko osallistua GASEL-kyselytutkimukseen ja osallistujille oli kerrottu mitä tutkimuksella halutaan selvittää ja minkä vuoksi tutkimusta tehdään. Opinnäytetyössä ei mainita kyselyyn vastanneiden nimiä eikä tietoja joista heidät voisi tunnistaa.

Tutkimuksesta ei aiheudu osallistujille haittaa eikä terveysriskejä ja tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti sekä kyselyyn vastanneiden anonymiteetti säilyy. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25; Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011; Kyselytutkimukseen osallistujalle 2014.)

ODL Liikuntaklinikan kanssa allekirjoitettiin tutkimuslupa- ja toimeksiantosopimukset opinnäytetyöstä. Sopimuksen allekirjoittivat opinnäytetyön tekijät sekä GASEL-hankkeen edustaja ja ammattikorkeakoulun edustaja. Sopimukset tehtiin sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun että Lapin ammattikorkeakoulun kanssa. Lisäksi allekirjoitettiin salassapito- ja vaitiolosopimus Oulun Diakonissalaitoksen liikuntaklinikan kanssa. Kyselyaineiston säilyttämisestä opinnäytetyön tekemisen aikana sovittiin erikseen. Opinnäytetyön tekemisen jälkeen kyselymateriaali luovutetaan takaisin GASEL-hankkeelle. Näin varmistetaan, että vastausaineisto ei joudu ulkopuolisten käsiin.

Laadultaan hyvän palvelun perusta on asiakkaan etu ja se että hän tulee kuuluksi. Tavoitteena on edistää ikääntyneiden omaehtoista terveyttä ylläpitävää toimintaa ja sairauksien ennaltaehkäisyä sekä huomioida ikääntyneiden tarpeet ja erityispiirteet tietoyhteiskunnassa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011; GASEL. Osallistava räätälöity etäpalvelukonsepti ikääntyneiden terveyden edistämiseen.)

Sosiaali- ja terveysalan eettisiin suosituksiin kuuluu myös oman osaamisen pitäminen ajan tasalla ja ammattitaidon kehittäminen (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011) mikä on tärkeä osa opinnäytetyön tekemisen prosessia. Opinnäytetyöprosessin aikana kehittyi oma osaaminen tiedon keräämisestä ja analysoinnista sekä yhteistyön tekemisestä monialaisesti. Samalla saatiin lisää tietoa omaishoitajuudesta, omaishoitajista ja heidän tukemisestaan. Ikäihmisten palveluiden kehittämistarpeeseen vastaaminen on tulevaisuuden kannalta tärkeää, jotta he kykenisivät vaikuttamaan omaan hyvinvointiinsa ja saisivat laadukkaita palveluita.

5.4 Opinnäytetyöprosessin arviointia

Opinnäytetyön aihe on mielestämme ajankohtainen, koska omaishoitajien jaksamisesta käydään tiedotusvälineissä paljon keskustelua. Ajankohtaisuutta lisäävät myös työpaikallamme järjestettävät omaishoitajien kuntoutuskurssit. Uskomme, että kursseille osallistujat ovat kiinnostuneita tämän opinnäytetyön tuloksista ja tältä pohjalta fyysinen aktiivisuus on hyvä ottaa keskustelunaiheeksi heidän kanssaan. Opinnäytetyön ehkä helpoin vaihe oli sopivan aiheen löytäminen. Päädyimme ottamaan yhteyttä ODL Liikuntaklinikkaan. Yhteistyössä GASEL-hankkeen edustajan kanssa sovimme opinnäytetyön tekemisestä omaishoitajien fyysiseen aktiivisuuteen liittyen.

Opinnäytetyön oman oppimisen tavoitteena oli määrällisen opinnäytetyön toteuttaminen. Teoriaosuuden kirjoittaminen oli opinnäytetyöprosessin yksi haastavimmista vaiheista. Haastavaksi teoriaosuuden kirjoittamisen teki se, että mielenkiintoista tietoa oli tarjolla niin paljon. Oleellisen tiedon rajaaminen suuresta tietomäärästä oli vaikeinta. Selkeän tutkimuskysymyksen miettiminen heti alussa olisi varmasti helpottanut haettavan tiedon rajaamista. Opinnäytetyön ohjaajien avustuksella ja ohjauksessa tutkimuskysymyksen tärkeys opinnäytetyön prosessissa selvisi. Kansalaiskyselyn vastausten analysointiin siirtyminen helpotti lopulta myös tarpeellisen teorian tiedon löytämistä. Analysointivaiheessa jätettiin joitakin ennakkoon valittuja kysymyksiä tutkimuskysymyksen kannalta tarpeettomina pois, koska ne eivät tuoneet lisätietoa tutkimuskysymykseen vastaamiseksi.

Kansalaiskyselyn tuloksia-analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Aluksi uuden ohjelman käyttäminen tuntui vaikealta. SPSS-ohjelman käyttö osoittautui kuitenkin melko helpoksi. Tutkimuskysymysten kannalta oleellisten kysymysten valinta tehtiin yhteistyössä GASEL-hankkeen kanssa. Vaikeinta kysymysten valinnassa oli rajata vastaajia koskevien taustatietokysymysten määrää. Mielenkiintoista taustatietoa olisi löytynyt paljon, mutta kaikkien kysymysten vastauksia ei ollut tarkoituksenmukaista käyttää.

Kyselyn tulosten kirjoittaminen lopulliseen raporttiin oli myös haastavaa. Kirjoitessa piti tehdä valinta erilaisten esitystyylien välillä. Piti miettiä, mitkä asiat on

järkevää esittää pelkästään tekstimuodossa ja mitä tietoja voisi tehostaa pylväsdiagrammeilla tai taulukoilla. Näiden valintojen tekeminen ei ollut helppoa.

Toimeksiantajalta saimme opinnäytetyön teon aikana palautetta aina tarvittaessa. Yhteyttä pidimme sähköpostitse ja tapasimme myös kasvokkain. GASEL-hanke järjesti lisäksi tutkijaseminaareja, joissa oli mahdollista saada vertaistukea muilta hankkeeseen tutkimusta tai opinnäytetyötä tekeviltä tahoilta. Pyysimme loppuvaiheessa toimeksiantajalta arvion opinnäytetyöstä. Saamamme palaute oli hyvää ja kehittävää. Palautteessa oli sanamuotojen korjausehdotuksia, sekä suomen- ja englanninkielisten tiivistelmien yhdenmukaistamista koskevia muutoksia. Näiden korjausten jälkeen toimeksiantaja oli valmis hyväksymään opinnäytetyön omasta puolestaan.

6.5 Jatkoehdotuksia ja kehittämisideoita

Suomessa on toteutettu useita tutkimuksia ikääntyneiden fyysisestä aktiivisuudesta ja liikuntakäyttäytymisestä. Esimerkkeinä Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen – tutkimus sekä Kansallinen liikuntatutkimus (Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 1985–2013; Kansallinen liikuntatutkimus 2009–2010). Omaishoitajien osuutta ei valitettavasti kummassakaan tutkimuksessa ole eritelty. Tulevaisuudessa olisi hyvä huomioida omaishoitajien olemassaolon tutkimuksia tehtäessä, koska he ovat ikääntyneiden joukossa kasvava ryhmä ja heidän hyvinvoinnistaan huolehtimiseen ja sen seuraamiseen on hyvä panostaa.

Omaishoitajien hyvinvoinnin ja fyysisen aktiivisuuden tukeminen on osa meidän ammattitaitoamme tulevana sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöinä. Hyvinvointi on tärkeää omaishoitajien työssä jaksamisen kannalta. On tärkeää vaikuttaa ikääntyneiden omaishoitajien fyysiseen aktiivisuuteen. Käypähoitosuosituksen mukaan istumisen haitallisista vaikutuksista verenkerroelimistön ja aineenvaihdunnan sairauksiin on lisääntyvästi näyttöä. (Käypä hoito, Liikunta.) Fyysisen aktiivisuuden tukeminen on tärkeää, koska liikkumattomuus on terveydelle hai-

tallista. Myös omaishoitajien työn tekeminen näkyväksi ja sen arvostuksen lisääminen ovat haasteita tulevaisuudessa, koska omaishoitajien työpanos on tarpeellinen tulevaisuudessakin.

Jatkossa aihetta voisi tutkia vertailemalla omaishoitajia muihin ikääntyneisiin fyysisen aktiivisuuden osalta. Nyt on selvitetty omaishoitajien fyysistä aktiivisuutta rajoittavia tekijöitä. Tästä voisi jatkaa tutkimalla, miten rajoittavia tekijöitä voitaisiin vähentää ja vaikuttaa fyysisen aktiivisuuden määrään. Tulevaisuudessa olisi hyvä huomioida myös ne omaishoitajat, jotka eivät ole omaishoidontuen piirissä suunniteltaessa omaishoitajien jaksamista tukevia palveluita, koska yhtälailla he tekevät merkittävää työtä läheistensä eteen.

Toimeksiantaja ehdotti, että opinnäytetyön aihepiiristä tehtäisiin artikkeli sosiaali- ja terveysalan tieteelliseen julkaisuun tai ammattilehteen. Omaishoitajuuden esilletuominen on toimeksiantajan mielestä tärkeää yleisen tietoisuuden lisäämiseksi ja positiivisemmän näkökulman esiin tuomiseksi. Tämänkin opinnäytetyön perusteella enemmistö omaishoitajista kokee fyysisen aktiivisuutensa ja toimintakykynsä hyväksi.

6 LÄHTEET

- Aalto, Riku 2009. Liikkeelle - Hyvänolon opas senioreille. Jyväskylä: WSOYpro.
- Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 1985–2013. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/elakeikaisen-vaeston-terveyskayttaytyminen-ja-terveys-evtk>
- Fertman, Carl I., Allensworth, Diane, D. Editors. Health Promotion Programs from Theory to Practice. 2010 by the Society for Public health Education. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 5.
- Eurocarers. European association working for carers. 'ENABLING CARERS TO CARE', Proposal for an EU-level strategy in support of informal care provision. Viitattu 5.10. 2015. <http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Carers%20strategy%20-%20Enabling%20carers%20to%20care.pdf>
- GASEL-hanke i.a. Viitattu 14.2.2016. <http://www.oulu.fi/gasel/gasel>
- GASEL. Osallistava räätälöity etäpalvelukonsepti ikääntyneiden terveyden edistämiseen. GASEL-Gamified Service for Elderly. 1.1.2014–30.4.2016. Johtaja Raija Korpelainen. Varajohtaja Timo Jämsä. Power Point. Oulun Yliopisto. Oulun diakonissalaitos.
- Gasel-kyselylomake.2014.
- Heikkinen, Eino. 2013. Gerontologia tieteenalana. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. 3., uudistettu painos. Kustannus Duodecim. Helsinki 2013, 16–25.
- Helin, Satu, von Bonsdorff, Mikaela. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. 3., uudistettu painos. Kustannus Duodecim. Helsinki 2013, 426–443.
- Hirano, Akemi, Umegaki, Hiroyuki, Suzuki, Yusuke, Hayashi Toshio 2016. Effects of leisure activities at home on perceived care burden and the endocrine system of caregivers of dementia patients: a randomized controlled study. International Psychogeriatrics. Volume 28, Issue 2. February 2016, pp. 261-268. Viitattu 1.1.2017. <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/div->

classtitleeffects-of-leisure-activities-at-home-on-perceived-care-burden-and-the-endocrine-system-of-caregivers-of-dementia-patients-a-randomized-controlled-studydiv/E74C542FE9AC3B33FE0D11F91BE1B057.

- Hirsijärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna 2009, 25.
- Hirvensalo, Mirja, Rasinaho, Minna, Rantanen, Taina & Heikkinen, Eino. 2013. Liikunta. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. 3., uudistettu painos. Kustannus Duodecim. Helsinki 2013, 474–484.
- Juntunen, Kristiina. Omaisten ja läheisten merkitys kuntoutumisessa. Teoksessa Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen Aarne (toim.). Kustannus Duodecim. Helsinki 2016, 402-405.
- Jyrkämä, Jyrki. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. 3., uudistettu painos. Kustannus Duodecim. Helsinki 2013, 421–425.
- Kananen, Jorma. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino – Juvenes Print. 2012, 70, 106, 117, 125, 135.
- Kananen, Jorma. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino – Juvenes Print 2011, 12, 22, 41, 118, 119.
- Kananen, Jorma. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu –sarja. Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print. 2015, 278, 288.
- Kansallinen liikuntatutkimus 2009–2010. Senioriliikunta. Nuori Suomi/Suomen Liikunta ja Urheilu SLU ry/ Suomen Kuntoliikuntaliitto/ Suomen Olympiakomitea/Helsingin kaupunki/ Opetus- ja kulttuuriministeriö. http://www.sport.fi/system/resources/W1siZiIsIjIwMT-MvMTEvMjkyMTNfNDRf-MzJfMjQ2X0xpaWt1bnRhdHV0a2ltZXNfYWlrdWlZXXRfMjA-wOV8yMDEwLnBkZiJdXQ/Liikuntatutkimus_aikuiset_2009_2010.pdf

- Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2014, 11, 70
- Koskinen, Simo. Viitattu 7.4.2017. Ikääntyneen voimavarat sosiaaligerontologisen tutkimuksen alalla. Luento VI Gerontologian päivillä Oulun yliopistossa 4.-5.5.2007. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=45e82199-ab47-4702-88c6-bde42405ddcb>
- Kelo Sini, Launiemi Helena, Takaluoma Matleena & Tiittanen Hannele (2015). Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Ensimmäinen painos, 2015. Sanoma Pro.
- Käypä hoito, liikunta. Viitattu 10.12. 2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;=4F8D53C689E644FA21828C477122D102?id=hoi50075>
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013, 10.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki omaishoidon tuesta 2.12.2015/937.
- Louhija, Jukka. Pitkän iän saavuttaminen. Teoksessa Sairauksien ehkäisy. Koskenvuo, Kimmo (toim.). 2., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä 2003, 665–669.
- Marquez, David X, Bustamante, Eduardo E, Kozey-Keadle, Sarah, Kraemer, Jennifer, Carrion, Iraida. LCSW. Physical Activity and Psychosocial and Mental Health of Older Caregivers and Non-Caregivers. Geriatric Nursing September-October, 2012 volume 33, issue 5, pages 358–365
- Nummenmaa, Lauri, Holopainen, Martti, Pulkkinen, Pekka. Tilastollisten menetelmien perusteet. 1.-2.-painos. Sanoma Pro 2016, 16, 17, 24, 25, 26.
- Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005:30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2006.
- Omaishoitajat ja läheiset liitto ry. Viitattu 5.10.2015/11.12.2015. www.omaishoitajat.fi

Oulun Diakonissalaitos i.a. GASEL-hanke. Viitattu 7.12.2015.

(<http://www.odl.fi/tutkimus-ja-koulutus/tutkimushankkeet/gasel-hanke/>)

Oulun kaupungin tilastollinen vuosikirja 2014. Oulun kaupunki konsernipalvelut. Oulu 2015, 27.

Oulun kaupunki 1. i.a. Viitattu 25.10.2016. <http://www.ouka.fi/oulu/liikunta-ja-ulkoi/ikaantyneet>

Oulun kaupunki 2. i.a. Lassintalon seniorikeskus. Viitattu 25.10.2016. <http://www.ouka.fi/oulu/ikaantymisen/lassintalon-seniorikeskus>

Oulun kaupunki 3. i.a. Seniorikortti. Viitattu 25.10.2016.

Oulun kaupunki 4. i.a. Kunnon lähde. Viitattu 25.10.2016.

<http://www.ouka.fi/oulu/ikaantymisen/kunnonlahde>

Oulun kaupunki 5. i.a. Liikuntaneuvonta. Viitattu 25.10.2016.

<http://www.ouka.fi/oulu/ikaantymisen/liikuntaneuvonta>

Oulun seudun omaishoitajat i.a. Tukea ja toimintaa omaishoitoon. Viitattu 25.10.2016. <http://www.osol.fi/omaishoitajille/tukea-ja-toimintaa-omaishoitoon/>

Oulun Naisvoimistelijat i.a. Viitattu 25.10.2016. <http://www.oulunnaisvoimistelijat.fi/aikuiset/ikaantyneet/>

Oulun Yliopisto. Kyselytutkimukseen osallistujalle. 4.11.2014. Viitattu 12.12.2015. www.oulu.fi/gasel/kyselytutkimukseenosallistujalle

Paavilainen, Petri. Psykologian tutkimustyöopas. 1.-2. painos. Otavan Kirjapaino. Keuruu 2014, 33, 39.

Purhonen, M. Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 12–13.

Pinquart, Martin, Sörensen, Silvia. Associations of Stress and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. The Journals of Gerontology. March 2003. Vol.58 (2). Pp. 112–128. <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/58/2/P112.long>

- Salanko-Vuorela. Omaishoidon yleisyys Suomessa. Teoksessa toim. Marja Meriranta Omaishoitajan käsikirja. UNIPress. 2010, 7, 9.
- Santos, Glenda, Ladeira, Rodolfo, Aprahamian, Ian, Forlenza Orestes, Nunes Paula. Caring for an Older Adult with Bipolar Disorder is subject to greater Burden than caring for Dementia. *Alzheimer's & Dementia, the Journal of Alzheimer's Association*. July 2013 volume 9 issue 4, supplement, page p487. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2013.05.994>
- Siljander, Eero. CHESS/THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Omaishoidon kuntakysely- alustavia tuloksia ja havaintoja 2012, 19. http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/fi-les/THL_powerpoint_omaishoito.pdf
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Sotkanet.fi. Viitattu 18.10.2016. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy4PBwA=®ion=szYxtTZLAQA=&year=sy4rBQA=&gender=t&abs=f&color=f>
- Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Viitattu 12.12.2015. ETENE-julkaisuja 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2011. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>
- Tiikkainen, Pirjo, Heikkinen, Riitta-Liisa. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.). Gerontologia. 3., uudistettu painos. Kustannus Duodecim. Helsinki 2013, 454–465.
- UKK-instituutti. 25.5.2016. Istuminen ja paikallaanolo yleistä kaikenikäisillä. http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumattomuus/liiallisen-istumisen-haittoja
- Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden omaishoidon tuki 1.7.2015 alkaen. Omaishoitajan kriteerit 1, 2. Viitattu 21.4.2016. www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=b63bf110-c07f-4afa-3dca79896f08&groupId=64357

- Vehkalahti, Kimmo. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammalan kirjapaino, Vammala 2008, 12,25, 196.
- Vilpas, Pertti i.a. 1. Kvantitatiivinen tutkimus. Metropolia. Viitattu 23.3.2017.
<https://users.metropolia.fi/~pervil/kvantsu/Moniste.pdf>
- Vuori, Ilkka. Liikuntaa lääkkeeksi. Liikuntaohjelmia sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Bookwell, Porvoo 2015, 523, 545.

LIITTEET

Liite 1. GASEL-kansalaiskyselystä opinnäytetyössä käytetyt kysymykset

.

Liite 1 1(3)

GASEL-kansalaiskyselystä opinnäytetyössä käytetyt kysymykset

TAUSTATIEDOT

SUKUPUOLI

1 Mies 2 Nainen

KOULUTUS, AMMATTI JA TYÖHISTORIA

MIKÄ ON KOULUTUSTASONNE?

1 Vähemmän kuin kansakoulu 2 Kansakoulu tai keskikoulu 3 Lukio tai opistotaso
4 Yliopistotutkinto tai vastaava

SEURAAVAT KYSYMYKSET KOSKEVAT OMAISTEN HOITAMISTA

Kyllä, sopimus kunnan kanssa /Kyllä, ei sopimusta /Ei enää, mutta aikaisemmin
/Ei

Oletteko omaishoitaja? 1 2 3 4

LIKKUMINEN, KUNTO JA TOIMINTAKYKY

KUINKA PALJON OLETTE LIIKKEESSÄ PÄIVITTÄIN (ESIM. PYÖRÄLLÄ/KÄ-
VELLEN, KOTONA PUUHASTELU, ASIOINTIKÄYNNIT, KAUPPAAN KÄVELY,
LIIKUNTAHARRASTUKSET JNE.)?

1 alle 1 tunnin päivässä

2 1-2 tuntia päivässä

3 yli 2 tuntia päivässä

KUINKA USEIN HARRASTATTE VAPAA-AIKANANNE LIIKUNTAA?

1krt/kk tai harvemmin	2-3 krt/kk	1krt/vko	2-3 krt/vko	4-6 krt/vko	Päivittäin
Kevyttä liikuntaa	1	2	3	4	5
(et hengästy tai hikoile)					6
Ripeää liikuntaa	1	2	3	4	5
(hengästy ja hikoilet ainakin lievästi)					6

Liite1 2(3)

GASEL-kansalaiskyselystä opinnäytetyössä käytetyt kysymykset

KUINKA MONTA TUNTIA ISTUTTE KESKIMÄÄRIN ARKIPÄIVÄNÄ? (MERKIT-
KÄÄ 0, JOS ETTE LAINKAAN)

Kotona esim. television tai tietokoneen ääressä _____ tuntia _____ minuuttia

Kulkuneuvossa _____ tuntia _____ minuuttia

Mualla, missä _____ tuntia _____ minuuttia

KUINKA KAUAN KERRALLA HARRASTATTE LIIKUNTAA?

En lainkaan Alle 20min 20-39 min 40-59 min 1,5 tuntia Yli 1,5
tuntia

Kevyttä liikuntaa 1 2 3 4 5 6
(et hengästy tai hikoile)

Ripeää liikuntaa 1 2 3 4 5 6
(hengästyit ja hikoilet ainakin lievästi)

TERVEYSHISTORIA

MILLAINEN ON TÄMÄNHETKINEN TERVEYDENTILANNE OMASTA MIELES-
TÄNNE?

1 erittäin hyvä 2 hyvä 3 kohtalainen 4 huono 5 erittäin huono

KOETTEKO, ETTÄ FYYSINEN TOIMINTAKYKYNNE ON IKÄÄNNE VASTAA-
VALLA TASOLLA?

1 Fyysinen toimintakykyni on huomattavasti parempi kuin ikäisilläni yleensä

2 Fyysinen toimintakykyni on hieman parempi kuin ikäisilläni yleensä

3 Fyysinen toimintakykyni vastaa ikäisteni toimintakykyä

4 Fyysinen toimintakykyni on hieman heikompi kuin ikäisilläni yleensä

5 Fyysinen toimintakykyni on huomattavasti heikompi kuin ikäisilläni yleensä

Liite1 3(3)

GASEL-kansalaiskyselystä opinnäytetyössä käytetyt kysymykset

LIIKUNNAN ESTEET JA MAHDOLLISTAJAT

RAJOITTAVATKO SEURAAVAT ASIAT VAPAA-AJAN LIIKKUMISTANNE?

Kyllä Ei

Kiinnostuksen puute

Ajan puute

Laiskuus

Väsymys töiden, opiskelun ym. vuoksi

Apea mieliala tai yleinen väsymys

Liikuntataitojen puute

En tiedä miten kannattaisi liikkua

Sairaus tai vamma

Rahan puute

Liikuntatilojen puute

Liikuntavarusteiden puute

Huonot liikenneyhteydet liikuntapaikoille

Sopivan liikuntamuodon puute

Liikunnan ohjauksen puute

Sopivan ryhmän puute

Liikunnan aiheuttama epämukava olo

Häpeä

En löydä tarpeeksi tietoa luontoon liittyvistä harrastuksista

Vuodenajat (talvi)

Muu syy, mikä?