



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Omaishoitajan psyykkinen hyvinvointi sekä psyykkisen tuen tarpeet ja toiveet

Maria Andersén
Elisa Huttunen

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Omaishoitajan psyykkinen hyvinvointi sekä psyykkisen tuen tarpeet ja toiveet

Maria Andersén ja Elisa Huttunen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2019

Maria Andersén, Elisa Huttunen

Omaishoitajan psyykkinen hyvinvointi sekä psyykkisen tuen tarpeet ja toiveet

Vuosi 2019

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa omaishoitajien psyykkisestä hyvinvoinnista sekä psyykkisen tuen tarpeista ja toiveista. Tavoitteena oli selvittää ryhmähaastattelun avulla, millaiseksi omaishoitajat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa sekä saadun tuen sekä tuottaa tietoa psyykkisen tuen toimintamallin kehittämiseksi, kuvata työpajojen toteutusprosessi sekä esittää tutkimustulosten perusteella kehittämisohdotuksia omaishoitajille suunnattujen palveluiden parantamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin osana Laurea ammattikorkeakoulun projektia, jonka tavoitteena on kehittää toimintamalli omaishoitajien psyykkiseen tukeen. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingissä sijaitsevan omaishoidon toimintakeskuksen kanssa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää omaishoitajien psyykkisen tuen toimintamallin kehittämisessä sekä suunnittelussa.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa käytettiin työpajatyöskentelyn aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelua ikääntyneille kotona puolisoaan hoivaaville omaishoitajille. Tutkimusaineisto koostui työpajoista kerätyistä kirjallisesta aineistosta sekä äänitteistä, jotka litteroitiin. Aineisto käsiteltiin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin tutkimusmenetelmiä käyttäen. Analyysi tehtiin aineistolähtöisesti eli teoria muodostettiin kerätyn aineiston pohjalta.

Tutkimusten tulosten mukaan nykyinen palvelujärjestelmä ei pysty vastaamaan omaishoitajien psyykkisen tuen tarpeisiin. Omaishoitajat kokevat palvelujärjestelmän kuormittavaksi ja tiedon saaminen sekä palveluiden piiriin ohjautuminen on riippuvainen omaishoitajan omasta aktiivisuudesta ja jaksamisesta. Sosiaali- ja terveysterveyst palvelut eivät pysty nykyisellään vastaamaan omaishoitajien yksilöllisiin tuen tarpeisiin ja etenkin muutostilanteisiin liittyvä lisääntynyt tuen tarve jäi lähes huomioimatta. Tuloksista esiin nousseita omaishoitajien psyykkiseen tukemiseen liittyviä kehitysohdotuksia olivat muun muassa omaishoitajille suunnattu puhelinpalvelu, josta saisi nopeasti neuvontaa ja tukea sekä kotiin saatavien yksilöllisten terveysterveyst palveluiden kehittäminen.

Asiasanat: Omaishoito, Omaishoitaja, Psyykkinen hyvinvointi, Psyykkinen tuki

Laurea University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Bachelor's thesis

Abstract

Maria Andersén, Elisa Huttunen

Family carers' mental well-being and their needs and wishes for psychological support

Year 2019

The purpose of this thesis was to increase the knowledge of family carers' mental well-being and their needs as well as wishes for psychological support. The aim was by using focus group interviews to discover how family carers' experience their well-being and the support that they receive as well as provide new information for developing an operations model for caregivers' psychological support, to describe the process of the workshops and to come forward with development ideas for services directed to caregivers. This thesis was carried out as part of a development project at Laurea University of Applied Sciences that aims for coming out with an operations model for caregivers' psychological support. This thesis was made in cooperation with an activity centre for dependant care located in Helsinki. Information retrieved from research papers can be used by social and health workers working and developing the services for family carers.

The approach of the thesis was qualitative. The data was collected in workshops using different methods of facilitation for focus group interviews for elderly spouse caregivers. The research data consisted of audio recordings that were transcribed and written notes from the workshops. All the data was processed using methods of qualitative content analysis, which was based on research data i.e. the theory consisted of the collected data.

The results showed that the current service system does not meet an elderly carer's needs of psychological support. The caregivers described the service system causing stress and found that getting information and being directed to using the services was dependent on caregivers' own activity and coping. The social and healthcare system does not currently acknowledge a family carer's individual needs enough, especially the elevated need of support during a state of change. Development ideas based on the results were e.g. a phone service for caregivers where they could get support and guidance easily and fast whenever needed and developing some customized home services.

Keywords: dependant care, family carer, mental well-being, psychological support

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Psyykkinen hyvinvointi	7
2.1	Positiivinen mielenterveys ja resilienssi	8
2.2	Omaishoitajan psyykkinen hyvinvointi	9
2.3	Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen	11
3	Omaishoito	12
3.1	Omaishoitaja	13
3.2	Omaishoitajan tuen tarpeet	13
3.3	Sosiaali- ja terveysalan sekä kolmannen sektorin ammattilaiset omaishoitajan tukena 15	
4	Tarkoitus ja tutkimustehtävä	17
5	Työpajojen suunnittelu ja toteutus	17
5.1	Yhteiskehittäminen	18
5.2	Työpajojen suunnittelun lähtökohdat ja fasilitointi	18
5.3	Aineiston keruu	21
6	Aineiston analyysi	23
7	Tulokset	26
7.1	Hyvinvoinnin kokeminen ja siihen vaikuttavat tekijät	26
7.2	Sosiaaliset suhteet	29
7.3	Parisuhde ja puoliso	30
7.4	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä vertaistuki omaishoitajan tukena ...	32
7.5	Tiedon saaminen ja palveluiden piiriin ohjautuminen	35
7.6	Muutokset ja sopeutuminen	36
8	Pohdinta	38
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	38
8.2	Työpajojen arviointi	43
8.3	Eettisyys	44
8.4	Luotettavuus	45
	Lähteet	48
	Kuviot	52
	Liitteet	53

1 Johdanto

Suomessa on liki miljoona ihmistä, jotka auttavat läheistään. Väestön ikääntyminen ja siitä johtuvan hoidon sekä hoivan tarpeen kasvu kohdistuu enenevässä määrin omaisiin, koska kotona loppuun asti asuminen on useimpien ikääntyvien ihmisten toive ja ikääntyneet ihmiset haluavat jatkaa yhteistä elämää, vaikka toinen puolisoista sairastuisikin. (Salanko-Vuorela 2010, 14, Mikkola 2009, 15.) Ikääntyvien hyvinvointi ja kotona pitkään asuminen on myös yhteiskunnallinen tavoite, jonka saavuttamiseksi tulisi seurata ikääntyneitä kotona hoitavien läheisten jaksamista ja hyvinvointia sekä tukea heitä omaishoidossa (Omaishoitoliitto 2018, Juntunen & Salminen 2011, 3). Ring ym. (2016) mukaan omaishoitajat kokevat toteuttavansa osuutensa läheisen hoidosta säästämällä yhteiskunnan varoja sekä antamalla inhimillistä hoivaa, mutta heidän tarpeitaan ei siitä huolimatta haluta kuulla tai huomioida. Jotta omaishoitaja pystyy täysipainoisesti pitämään huolta lähimmäisestään, tulisi hänen saada riittävästi tukea, joka ylläpitäisi ja edistäisi hänen omaa hyvinvointiaan ja terveyttään. (Ring, Laulainen & Rissanen 2016.) Omaishoitaja kokevatkin asemassaan usein huomattavaa psyykkistä kuormitusta, minkä vuoksi psyykkisen tuen saaminen on tärkeää omaishoitajan oman jaksamisen ja hoivatyön onnistumisen kannalta.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan, millaiseksi ikääntyneet puolisoaan kotona hoivaavat omaishoitajat kokevat hyvinvointinsa sekä millaisia psyykkisen tuen tarpeita ja toiveita heillä on. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa omaishoitajien psyykkisestä hyvinvoinnista sekä psyykkisen tuen tarpeista ja toiveista. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää ryhmähaastattelun avulla, millaiseksi omaishoitajat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa sekä saadun tuen sekä tuottaa tietoa psyykkisen tuen toimintamallin kehittämiselle, kuvata työpajojen toteutusprosessi sekä esittää tutkimustulosten perusteella kehittämis ehdotuksia omaishoitajille suunnattujen palveluiden parantamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin osana Laurea ammattikorkeakoulun ja Helsingissä sijaitsevan omaishoidon toimintakeskuksen yhteistä projektia, jonka tavoitteena on kehittää toimintamalli omaishoitajien psyykkisen tukeen.

2 Psyykkinen hyvinvointi

Ajatellaan, että ihmisellä on fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön sekä toistensa kanssa (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 42). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan hyvinvointi voidaan jakaa kolmeen eri ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin sekä koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Ihmisen elinympäristöstä, elinoloista, työstä, koulutuksesta, työllisyydestä ja toimeentulosta puhutaan yhteisö tason hyvinvointina, kun taas yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijöiksi voidaan luetella esimerkiksi sosiaaliset suhteet, itsensä kehittäminen, sosiaalinen pääoma sekä koettu onnellisuus. Koettua hyvinvointia voidaan mitata kokonaisvaltaisella elämänlaadulla, mitä muokkaavat terveys, materiaallinen hyvinvointi, ihmissuhteet, omanarvontunto, itselle tärkeiden asioiden tekeminen sekä yksilön omat odotukset mielekkästä elämästä. (THL 2015.)

Psyykkinen hyvinvointi on laaja käsite, jolla ei tarkoiteta pelkästään mielenterveysongelmiin puuttumista. Sen ajatellaan tarkoittavan prosessia, missä ihminen pystyy pitämään yllä psyykkistä tasapainoa muuttuvissa olosuhteissa ja elämäntilanteissa. (Saarenheimo 2012, 42.) Omaishoitajuudessa on vaarana liiallinen kuormittuminen, joka voi johtaa sairastumiseen niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Suuri riski sairastumiselle ja kuormittumiselle on iäkkäillä omaishoitajilla. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014, 70.)

Omaishoitajana toimimisen kuormitustekijät voivat heikentää hoivaamisen toteutumista. Omaishoitajat kokevat, että palvelujen riittämättömyys, hoitotyön raskaus, perheväkivalta, hoitovaihtoehtojen puuttuminen ja hoivaa saavan eristäytyminen sekä uupuminen kuormittavat hoitotyön tekemistä. Omaishoitajien oman hyvinvoinnin heikentyminen heikentää myös omaishoidon toteutumista. (Mikkola 2009, 39.) Omaishoitajien näkökulmasta omaishoidon ongelmiksi nähdään hoitamisen sitovuus, fyysinen rasittavuus, psyykkinen kuormittavuus, käytännölliset ongelmat, vuorovaikutusongelmat sekä omaishoitajan emotionaaliset ristiriidat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 16-17.)

Omaishoitajan tulisi pitää huolta itsestään ja tehdä asioita, jotka ovat hänelle itselleen merkityksellisiä ja antavat voimaa. Omaishoitajan tulisi saada elää myös omaa elämäänsä, harrastaa, nähdä ystäviä ja antaa aikaa itselleen. Usein näin ei kuitenkaan ole. Omaishoitajan unohtaessa itsensä, omat tarpeensa ja toiveensa, ei omaishoitajana toimimisessa jaksa kauan (Kaakkurinniemi 2014.) Järvinen (2017) toteaa kuitenkin tutkimuksessaan, että hoivaamisesta saatu tyydytys voi toisaalta lisätä elämän tarkoituksellisuutta ja sen myötä lisätä omaishoitajan psyykkistä hyvinvointia. Omaishoitajuus voi siis olla upeimmillaan ihana matka, minkä aikana saa kokea olevansa läheiselleen tärkeä ja tuottavansa tälle iloa ja turvaa. (Kaakkurinniemi 2014.)

2.1 Positiivinen mielenterveys ja resilienssi

Positiivinen mielenterveys nähdään mielenterveyden dynaamisena sekä vaihtelevana luonteena. Se on jatkuvasti muuttuva prosessi, missä ihmisen toimintaa tarkastellaan sosiaalisissa ja arkielämän käytännöllisissä yhteyksissä ja missä ihmisen käyttäytymisellä nähdään olevan aina jokin mielekkyys ja tarkoituksellisuus. Positiivisen mielenterveyden ajattelussa erilaiset elämäntapahtumat nähdään luonnollisina ja tarpeellisina mielenterveyden kannalta. Dynaamisessa mielenterveyskäsityksessä psyykkisiä ongelmia ei nähdä pysyvinä sairauksina tai persoonallisuuteen kuuluvina, vaan prosessin erilaisina vaiheina, missä ongelmat jostain syystä kasautuvat ja alkavat ylläpitää itseään. Hetkestä toiseen muuttuva mielenterveys nähdään liittyvän ajatukseen, missä jatkuvasti etsitään tasapainoa ja sen ylläpitämistä psyykkistä hyvinvointia uhkaavien koettelemusten ja ihmisen käytössä olevien voimavarojen välillä. Ihmisen subjektiivisilla kokemuksilla nähdään olevan keskeinen rooli tasapainon etsimisessä. Haastavat ja vaikeat ulkoiset tapahtumat tai olosuhteet eivät aina johda psyykkiseen kriisiin, mikäli ihmisellä on riittävästi valmiuksia ja keinoja tilanteen käsittelemiseen. Tasapainon etsiminen on reagoimista elämäntapahtumiin ja muuttuviin tilanteisiin, mutta sen avulla voidaan myös suunnata elämäntietä ja antaa muutoksille tarkoitusta. (Saarenheimo 2003, 85-86.)

Resilienssillä tarkoitetaan psyykkistä palautumiskykyä tai selviytymiskykyä. Se on joustavuutta, soveltamista sekä ennakoimista. Se merkitsee dynaamisia, sopeutumista edistäviä prosesseja, jotka ilmenevät ennen traumalle altistumista, sen aikana ja sen jälkeen. Siihen vaikuttavat useat eri tekijät, jotka lähtevät niin kasvatuksesta kuin biologisista ominaisuuksistakin. Osa yksilöistä kykenee sopeutumaan ja toipumaan hyvin altistuessaan vaikeille kokemuksille, he pystyvät säilyttämään psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn. (Haravuori, Marttunen & Viheriälä 2016.)

Resilienssia edistäviä piirteitä ovat pragmaattiset eli käytännönläheiset ja joustavat sopeutumiskeinot, hyvät ongelmanratkaisutaidot, sujuva kommunikaatio sekä kyky positiivisiin tunne-elämyksiin. Resilienssia lisää myös ajatus siitä, että kykenee vaikuttamaan omiin elämäntapahtumiin, muutoksen näkeminen mahdollisuutena kehittymiseen sekä sitoutuminen ja aktiivinen mukana olo tapahtumissa. Ihmissuhteet ja tunnesiteet, jotka tukevat luottamusta, autonomiaa sekä aloitekykyä edesauttavat myös resilienssia. Näiden lisäksi resilienssia kasvattaa yksilön omat kokemukset sekä lähipiirin ja ympäristön tuomat myönteiset ja haitalliset vuorovaikutukset. Resilienssi ei ole yksilön kiinteä ominaisuus vaan sitä pystyy jokainen harjoittelemaan. Yksilön resilienssi muokkautuu eliniän aikana, sitä voidaan lisätä myönteisillä toiminnoilla, jotka ylläpitävät toimintakykyä ja tukevat kohtaamaan haastavat olosuhteet. Menetyksistä ja epätoivotuista muutoksista huolimatta vaikealla elämäntilanteella

voi olla myös myönteisiä seurauksia. (Mielenterveyden keskusliitto 2016, Haravuori, Marttunen & Viheriälä 2016.)

Resilienssi auttaa kokemaan merkityksellisyyttä elämässä ja siihen liittyy olennaisesti optimismi, vaikeissakin asioissa pystyy näkemään jotakin positiivista ja tunnistaa vaikutusmahdollisuutensa tilanteeseen. Resilienssi auttaa selviytymään vastoinkäymisistä ja suojaa vastoinkäymisten vaikutuksilta, jolloin toimintakyky säilyy ja ihminen pystyy vaikeassakin tilanteessa toimimaan. Tällöin henkilö tunnistaa omat voimavaransa ja kykenee ottamaan ne käyttöön. Olennainen osa sitä on myös kyky osata pyytää apua tarvittaessa. Lisäksi resilienssillä on havaittu olevan yhteys terveyteen. (Lääperi 2016.)

2.2 Omaishoitajan psyykkinen hyvinvointi

Hoivaamiseen ja hoivaan sitoutumiseen vaikuttavat tunteet. Vaikeat kokemukset sekä muistot voivat saada omaishoitajan mielen alakuloiseksi ja hän voi tuntea tästä syyllisyyttä ja katkeruutta. Toisaalta arjesta voi löytyä myös paljon iloa, naurua ja huumoria. Ristiriitaisten tunteiden vuorottelu on usealle omaishoitajalle tuttua. Tunteiden nähdään ohjailevan omaishoitajien toimintaa niin palveluiden hakemisessa, ammattilaisen kohtaamisessa sekä läheisen kanssa. (Kaivolainen 2011, 107-108.) Tunteiden tehtävänä on antaa palautetta siitä, mitä eri hetkissä on tapahtumassa. Hyvän elämän lähtökohtana mielekkyyden tai elämän tarkoituksen kokeminen. Miellyttävä elämä voi ajoittain tuntua raskaalta, ihminen voi silti olla siihen tyytyväinen, eikä kaipaakaan siihen muutosta. (Ojanen 2007, 38.)

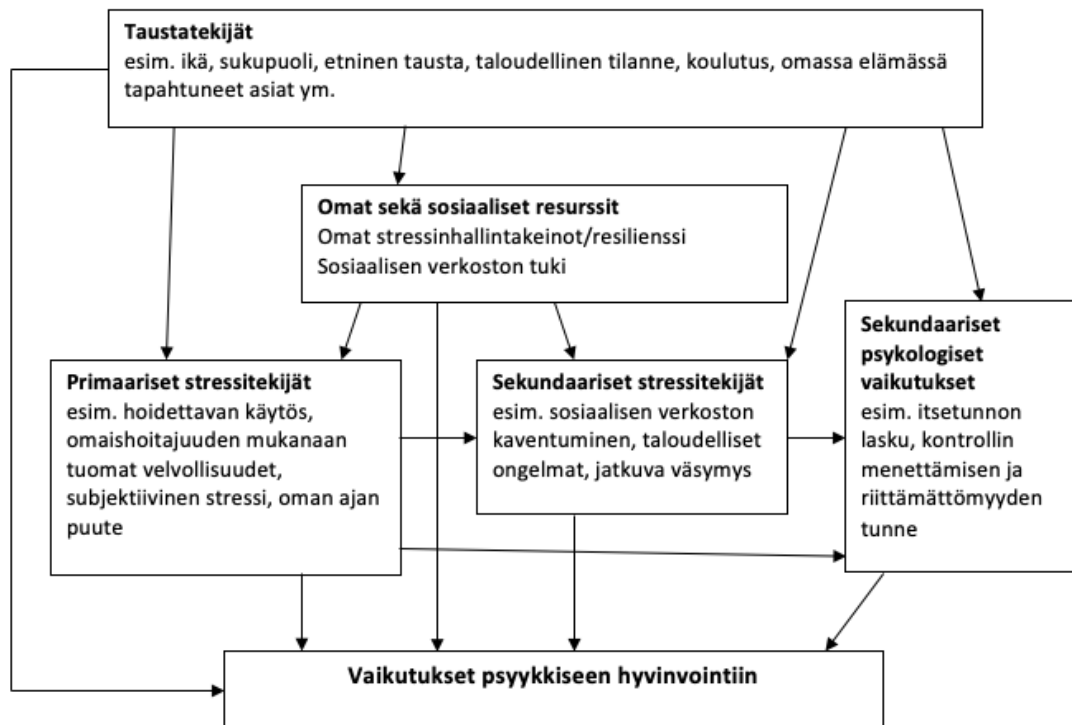
Omaishoitajan roolin omaksumisen taustalta löytyy yleensä rakkaus hoidettavaa kohtaan. Rakkaus on käsitteenä monimuotoinen ja se voimistaa muita tunteita, niin negatiivisia kuin positiivisiakin, joita omaishoitaja kokee arjessaan. Tunneside hoidettavaan säilyy taustalla, vaikka se tuntuisi hiipuneelta tai kadonneelta monin tavoin muuttuneessa elämäntilanteessa. Rakkaus ja kiintymys hoidettavaa kohtaan antavat omaishoitajalle voimia jaksaa arjessa ja merkityksellisyyden tunteen, että on läheiselleen tarpeellinen ja tärkeä. (Kaivolainen 2011, 108-109.)

Moninaisten tunteiden kirjo voi kuormittaa omaishoitajaa merkittävästi. Myönteisten tunteiden ilmaiseminen koetaan usein helpommaksi kuin negatiivisten tunteiden, kuten vihan, katkeruuden tai syyllisyyden näyttäminen. Omien tunteiden peittämiseen voi olla syynä halu olla loukkaamatta hoidettavaa läheistä tai ajatus, ettei halua rasittaa läheisiään tai vaikeuttaa yhteistyötä viranomaisten kanssa. Omaishoitaja vastaanottaa ja kantaa myös hoidettavan läheisensä tunteita, mikä voi olla negatiivisten tunteiden osalta hyvinkin kuormittavaa, vaikka kuinka pyrkisi validoimaan ja ymmärtämään niitä elämäntilanteen ja sairauden kautta. Siinä missä hoidettavan tunteet ovat hyväksyttäviä, on omaishoitajan nähtävä myös omat tunteensa oikeutettuina jaksakseen. (Kaivolainen 2011, 123-124.)

Läheisen sairastuminen voi olla omaiselle toisenlaisen identiteetin rakentamista. Omaisen on pysähdyttävä pohtimaan, miten sairastuminen vaikuttaa perheen välisiin suhteisiin ja rooleihin. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 53.) Muuttunut rooli onkin usein omaishoitajia kuormittava tekijä. Omaishoitaja kokee, että hän on joutunut tekemään myönnytyksiä koskien omaishoitajuutta. Kuormittumista nähdään aiheuttavan myös ristiriidat muiden kanssa, vähäinen vapaa-aika, vähentynyt mahdollisuus ylläpitää sosiaalisia suhteita sekä taloudelliset ongelmat. Psykkinen kuormitus vaikuttaa minäkäsitykseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Minäkuvaan liitettävät itsetunto ja oman elämänhallinnan tunteminen voi tuntua omaishoitajasta vaikealta sitoa uuteen rooliinsa. (Juntunen & Salminen 2011, 4.)

Omaishoitajuudessa korostuvat myös moraaliset odotukset sekä velvoitteet. Läheisestä huolehtiminen pitää yllä omaishoitajan moraalista uskottavuutta yhteisössä. Hoitamisesta kieltäytyvää pidetään vastuuntunnottomana, välinpitämättömänä sekä tunteettomana. Omaishoitaja voi ajatella myös väliaikaisen hoitovastuun pois antamisen olevan moraalisesti arveluttavaa, sen ajatellaan liittyvät läheisen hylkäämiseen. (Mikkola 2009, 38-39.) Korkea moraali voi myös aiheuttaa sen, ettei apua osaamattomuuteen tai jaksamattomuuteen haluta helposti hakea. Voidaan kokea, että tehtävä on kutsumustehtävä, mikä voi saada aikaan sen, ettei omasta hyvinvoinnista tai jaksamisesta muisteta huolehtia. (Kaakkuriniemi 2014, 15-17.)

Stressiprosessia kuvaavan mallin (Stress Process Model) avulla pystytään kuvaamaan omaishoitajien kuormittumista selittäviä tekijöitä. Malli sisältää neljä yllirasittumiseen liittyvää tekijää, joilla puolestaan on useampia osatekijöitä, kuten stressin taustatekijät, konteksti, stressitekijät, stressin vaikutukset sekä suojaavat tekijät. Stressin taustatekijöihin kuuluvat sosioekonomisia piirteitä kuten, ikä, sukupuoli, etninen tausta, koulutus, taloudellinen tilanne. Nähdään, ettei omaishoitajien palkkiot, oikeudet, mahdollisuudet sekä vastuu ole samanvertaista kaikille. Taustatekijöiden merkitys näkyy jokaisessa vaiheessa stressiprosessissa. Tutkimusten mukaan naiset ovat alttiimpia kuormittumiseen kuin miehet. Stressitekijöistä ensisijainen kuormittuminen nähdään syntyvän avustettavan tarpeista ja hoidon vaativuudesta. Nämä ovat suoraan omaishoitoon liittyviä asioita, mitkä usein tuntuvat omaishoitajasta pelottavalta, lannistavalta ja uuvuttavalta. Tällainen stressitekijä voi olla esimerkiksi hoidettavan riippuvuus omaishoitajasta useissa päivittäisissä toiminnoissa. Pitkään jatkunut kuormittuminen aiheuttaa usein myös muitakin ongelmia. (Juntunen & Salminen 2011, 4.)



Kuvio 1 Leonard I. Pearlinin stressiprosessimallia mukaillen esimerkki omaishoitajan stressiprosessista.

2.3 Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Psyykkistä hyvinvointia edistää ja sitä suojaa esimerkiksi onnistuneet ja läheiset ihmissuhteet, koulutus, mielekäs tekeminen, palkitseva työ sekä turvallinen elinympäristö. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 15-16.) Psyykkisen hyvinvoinnin uhkaaviksi tekijöiksi voidaan ajatella tätä suojaavien tekijöiden vastakohtat: sairastuminen, muutokset elämäntilanteessa, sosiaalisissa suhteissa tai elinympäristössä horjuttavat ihmisen psyykkistä hyvinvointia. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 15.) Psyykkisen hyvinvoinnin riskitekijöitä ikääntyneillä ovat ruumiilliset ja kognitiiviset muutokset, läheisten ihmisten menetykset, sairaudet, ihmissuhteisiin liittyvät muutokset, yhteiskunnan kielteiset asenteet, autonomian menetys sekä erityistilanteet, kuten omaishoito. (Saarenheimo 2012, 43.)

Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen pitää sisällään hyvinvoinnin edistämisen ja auttamisen silloin, kun psyykinen hyvinvointi on uhattuna. Se tarkoittaa, että apua tarvitsevaa autetaan ilmaisemaan ja käsittelemään omia tuntemuksiaan, ajatuksiaan ja kokemuksiaan siten, että hän on osaa tunnistaa ja käyttää omia voimavarojaan ja selviytymiskeinojaan. (Suua & Tuomikoski 1995, 64.) Jokainen ihminen tarvitsee psyykkistä tukea, erityisesti elämän kriisitilanteissa sekä elämänkaaren murrosvaiheissa. Psyykinen tukeminen on kannustamista,

rohkaisemista sekä kuuntelemista. Se antaa mahdollisuuden tunteiden työstämiseen. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 444, Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76.) Terveystuollon ja sosiaaliuollon työntekijät sekä erilaisten yhdistysten työntekijät tarjoavat konkreettista tukea ja keskusteluapua, mutta usein perhe ja lähipiiri koetaan kuitenkin korvaamattomaksi tukipilariksi. Myös ystävien ja muun sosiaalisen verkoston tarjoama tuki on tärkeää omaishoitajan psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäjänä. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 78.)

3 Omaishoito

Omaishoito käsitteenä on vakiintunut Suomessa käyttöön vasta 1990-luvulla, vaikka omaishoitoa on ollut aina. Omaishoidosta puhutaan, kun omaisen tai muu hoidettavalle läheinen ihminen hoitaa kotona vanhusta, vammaista tai pitkäaikaissairasta. Ihmisten eliniän kasvaessa on aloitettu miettimään, miten pystyttäisiin turvaamaan palvelut jokaisella apua tarvitsevalle. Omaishoito mielletään usein pelkästään vanhusten hoitamiseksi, mutta myös monet lapset ja työikäiset saavat läheisiltään hoitoa. Tilanne omaishoitajuustilanteelle voi syntyä ihmisen eri elämäntilanteissa, hoitosuhde voi kehittyä hiljalleen hoidettavan avuntarpeen lisääntymisen seurauksena tai äkillisen onnettomuuden, vammautumisen tai erityistä hoivaa tarvitsevan lapsen myötä. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12-13; Rautava-Nurmi ym. 2012, 537.)

Laki omaishoidon tuesta on astunut voimaan vuonna 2006, tukea täydentää sosiaaliuoltolaki sekä sosiaaliuoltoasetus. Laki edistää hoidettavan edun mukaista omaishoitoa turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja hoidon jatkuvuuden. Laki tukee myös omaishoitajan tekemää työtä. (Salanko-Vuorela & Mattila 2011, 42,44.)

Kunnallisen tuen piirissä omaishoitajista on vain pieni osa. Hoitopalkkiota tuen piirissä olevat omaishoitajat saavat noin 420€ kuukaudessa. Hoitopalkkio on noin 40 prosenttia tuen kustannuksista kunnalle. Omaishoitajat ovat taloudellisesta näkökulmasta merkittävä voimavara hoitotyössä. Heidät halutaan myös kunnassa nähdä voimavarana ja usein he saavat osakseen kiitosta tekemästään työstä. Nähdään kuitenkin, että konkreettiset teot omaishoitajien tukemiseen ovat vähäisiä. Pysyvää laitoshoidoa voidaan lykätä omaishoitajuuden avulla. (Mäkelä & Purhonen 2011, 22-23.)

Omaishoitoa on pidetty näkymättömänä vastuun kantamisena, eikä monetkaan läheistään hoitavat koe olevansa omaishoitajia. Vuoden 2008 Omaishoitotutkimukseen osallistuneista auttajista 77% ei ollut ajatellut koko asiaa. Omaishoitosuhteen nähdään toteutuvan virallisessa kunnan tukemassa suhteessa, vaikka omaishoitosuhteen olemassaolo ei ole riippuvainen saadusta tuesta. Moni omaishoitotilanteista jää lakisääteisen tuen ulkopuolelle, vaikka tilanteiden vaativuus ja sitovuus siihen oikeuttaisikin. Tukea aletaan usein hakea vasta sitten, kun tilanne on vaikeassa vaiheessa ja omaishoitajan voimavarat ovat lopussa. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 13-14.)

Omaishoitosuhteissa on eroja niin hoivan kestossa, sisällössä ja kuormittavuudessa. Omaishoidon tuen ulkopuolelle jäävien omaishoitajien tilanne ei välttämättä eroa tuen saajien tilanteesta. Voidaan siis sanoa, että Suomessa hoidetaan paljon apua tarvitsevia ilman kunnalta saatua tukea. Etäomaishoitajuudesta puhutaan silloin, kun läheistään hoitavat eivät saa virallista tukea. Etäomaishoitajat ovat usein työssä käyviä, eivätkä he koe olevansa omaishoitajia. Etäomaishoidolla tarkoitetaan sitä, että kauempana asuvan läheisen asioista ja hyvinvoinnista huolehditaan. Etäomaishoitajuus vaatii sitoutumista ja se on yhtä lailla kuormittavaa niin taloudellisesti kuin henkisesti. Etäomaishoitajuuden keskiössä ovat läheisen tarvitsemat palvelut sekä tukitoimet. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 14-15.)

3.1 Omaishoitaja

Omaishoitolain mukaan omaishoitaja määritellään hoidettavan omaiseksi tai muuksi hoidettavalle läheiselle henkilölle, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. Omaishoitosopimus laaditaan aina hoidettavan kotikunnan kanssa. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 13) Omaishoitajaksi ryhdytään usein siksi, että omainen on hyvin läheinen, esimerkiksi puoliso tai vanhempi. Yhteinen elämä, koetut asiat, rakkaus ja toisaalta myös velvollisuuden tunteen tunteminen voivat johtaa omaishoitajasopimukseen. Ajatellaan, että läheisellä on hyvä, turvallinen ja tyytyväisempi olo olla kotona, joten tämä halutaan mahdollistaa. Läheisen tai perheenjäsenen kasvanut avun tarve hoivaan ja arjessa selviytymiseen tapahtuu usein hiljalleen. Menee usein pitkä aika, ennen kuin tunnistetaan oma tilanne omaishoidoksi. Omaishoitajuudesta voidaan puhua myös roolina, joka tulee elämään, jo olemassa olevien roolien rinnalle. (Purhonen 2011, 18, Mäkinen 2011, 50, Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 58; Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 7-8.)

Omaishoitajana toimii usein 50-64-vuotias nainen, vaikka miehiäkin toimii nykyään enenevässä määrin omaishoitajina. Hoivaamisen ja auttamisen muodot ovat sukupuolisdonnaisia. Siinä missä naisten nähdään hoitavan esimerkiksi siivoamiset, ruoanlaitot ja hygienian asiat, nähdään miehet auttamassa erilaisissa korjaus-, kunnostus- ja kuljetustöissä. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 14.)

3.2 Omaishoitajan tuen tarpeet

Omaishoito nähdään perustuvan ihmissuhteeseen, mikä on ollut olemassa jo ennen omaishoitosuhteen syntymistä. Tämän vuoksi omaishoitajilla voi olla vaikeuksia havaita avun ja tuen tarpeita. Varsinkin iäkkäiden ja pitkään yhdessä asuneiden avioparien on vaikea havaita, missä vaiheessa tavallinen perhesuhde on muuttunut sitovaksi ja raskaaksi hoitotehtäväksi, että voidaan puhua omaishoidosta. (Salanko-Vuorela 2010, 9.)

Omaishoitajan ylikuormittumista voidaan ehkäistä ja vähentää kohtaamalla hänet itsenäisenä tuen tarvitsijana eli erillisenä asiakkaana. (Malmi & Mäkelä 2011, 125.) Jos omaishoitaja

nähdään vain hoidettavan läheisen tilanteen kautta, voi omaishoitajalle olla vaikeaa tuoda esiin omia tuen tarpeitaan ja hän jättää helposti itsensä toiselle sijalle ajatellessaan, että hoidettavan läheisen täytyy olla ensisijainen tuen saaja. Etenkin hoidettavan läsnä ollessa omaishoitaja voi kokea, ettei ole oikeutettu tuomaan omia ongelmiaan esiin, minkä takia omaishoitajalle olisikin hyvä varata aina myös erillinen tapaaminen, jossa hänet kohdataan erillisenä asiakkaana. (Kaivolainen 2011, 169.)

Omaishoitotilanteessa tulee vastaan useita erilaisia kohtia, jolloin tuen ja ohjauksen tarve korostuvat (Omaishoitajaliitto 2018). Omaishoitaja kohtaa erilaisia muutostilanteita ja siirtymävaiheita omaishoitajuutensa aikana, jotka aiheuttavat kuormitusta ja lisäävät tuen tarvetta. Tällaisia ovat omaishoitajuuden alkaminen eli läheisen henkilön sairauden tai vamman toteaminen, lyhytaikaishoitajaksoille osallistuminen, sairauden mahdollinen äkillinen eteneminen, hoidettavan läheisen siirtyminen lopullisesti kodin ulkopuoliseen pitkäaikaishoitoon ja viimeisenä läheisen kuoleman kohtaaminen. Hitaasti tapahtuviin muutoksiin sopeutuminen tapahtuu hiljalleen ajan kanssa, usein lähes huomaamatta, mutta äkillisesti tapahtuva muutos voi olla kriisi, johon ei pysty varautumaan. Yllättävä muutos koetaan usein uhkana, kun tuttu ja turvallinen vaihtuukin joksikin tuntemattomaksi. (Kotiranta 2011, 172.)

Omaishoitajat tarvitsevat niin fyysistä kuin psyykkistäkin tukea, tietoa, vapaapäiviä, lepoa sekä virkistäytymistä. Omaishoitajana toimiminen on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa ja heidän tekemänsä hoitotyö on usein ympärivuorokautista. Läheisen hoitaminen kotona voi olla omaiselle yksinäistä, häneltä puuttuu työpaikan tuomat sosiaaliset suhteet sekä verkostot. Omaishoitajilla on enemmän terveydellisiä ongelmia muuhun väestöön verrattuna. (Heino 2011, 35, Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76.) Omaishoitajat tarvitsevat tehtävänsä tueksi tietoa, palveluita hoidettavalle, apuvälineitä, taloudellista tukea sekä palveluita itselleen, joihin sisältyy vapaa-aika ja henkinen tuki (Omaishoitajaliitto 2018).

Vapaa-ajan järjestäminen voi olla omaishoitajalle vaikeaa. Aikaa omille harrastuksille tai sosiaalisten suhteiden ylläpitämiselle ei juurikaan ole, eikä hoidettavaa pysty jättämään yksin ja hoitoavun saaminen voi olla hankalaa. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76). Omaishoitajien saama riittävä tuki toisi mahdollisuuden pitää yllä heille tärkeitä sosiaalisia suhteita, harrastuksia sekä osallisuutta (Kansallinen kehittämisohjelma 2014, 70).

Omaishoitajan arkeen sisältyy erilaisia askareita ja hän on usein yksin vastuussa kodinhoidosta ja kodin ulkopuolella asioimisesta. Läheistään hoitava omainen tarvitsisi paljon apua ja aikaa myös oman hyvinvointinsa ylläpitoon. Tutkimusten mukaan kuitenkin yli 65-vuotiaat omaishoitajat kuvailevat olevansa väsyneitä yli puolet ajastaan. He tuovat esille, että suurin kuormittava asia tilanteessa on henkinen rasitus, myös oma sairaus, ikääntyminen ja hoidon sitovuus nähdään arkea vaikeuttavana asiana. (Malmi 2011, 105-106.)

3.3 Sosiaali- ja terveysalan sekä kolmannen sektorin ammattilaiset omaishoitajan tukena
Ihmiset haluaisivat tulla toimeen ilman apua ja avun vastaanottaminen tai avun pyytäminen mielletään usein hankalaksi. Omaishoitaja hakeutuu usein avun piiriin vasta, kun jaksaminen on loppuillaan tai perheen tilanne on jo vaikea. Tilanteiden ei kuitenkaan tarvitsisi mennä näin, vaan ammattilaiset voisivat tehdä ennakoitavasti omaishoitajien palvelujärjestelmää ja tukimuotoja suotuisammaksi. (Mäkelä 2011, 87.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on tunnistaa omaishoitoperheiden tuen tarpeet. Tämä edellyttää ammattilaiselta asiantuntemusta, aikaa ja kokonaisuuksien hallitsemista. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76.) Omaishoitoperheet kokevat ammattilaisen yhteistyökumppanina, jonka tehtävänä on auttaa heitä löytämään oikeat palvelut sekä kannustaa heitä kertomaan toiveitaan. Omaishoitoperheet odottavat ammattilaiselta perheen yksityisyyden kunnioittamista, keskustelua sekä yksilöllisen tuen vaihtoehtoja. Yksilöllisellä tuella tarkoitetaan perheiden kulttuuri erojen, voimavarojen sekä selviytymiskeinojen huomioimista. Ammattilaisen tulee kannustaessaan perhettä palvelujärjestelmien piiriin huomioiden heidän toiveet ja ajatukset palveluista. (Mäkelä 2011, 87.)

Läheistään kotona hoitavan omaishoitajan hyvinvoinnin tukemiseksi kunta voi myöntää omaishoidon tukea, joka perustuu lakiin omaishoidon tuesta. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, minkä järjestämisestä kunta on vastuussa. Omaishoidon tukeen kuuluu hoitopalkkiot, omaishoidon tukipalvelut hoidettavalle ja hoitajalle sekä kolme lakisääteistä vapaavuorokautta kuukaudessa. Vapaa päivät voidaan pitää kuukausittain tai kerätä pitemmäksi jaksoksi. Omaishoidon tukeen sisältyy omaishoitajien tekemää hoitotyötä tukevat sosiaalihuollon palvelut, johon sisältyy ohjausta ja neuvontaa. Näiden lisäksi kunnan on nimettävä yhteyshenkilö, johon omainen voi ottaa yhteyttä omaishoitoon liittyvissä asioissa. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 26, 30-31.)

Omaishoidon tukea haetaan kunnan sosiaalitoimistosta, jonka jälkeen sieltä tehdään omaishoitoperheeseen arviointikäynti. Kotikäynnillä arvioidaan tuen myöntämisedellytykset, jonka myötä laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä perheen kanssa. Omaishoidon tuen päätös tehdään näiden toimenpiteiden jälkeen. Omaishoidon tuen päätöksen ollessa myönteinen, kunta tekee yhdessä omaishoitajan kanssa omaishoitosopimuksen, mikä sisältää tiedot hoitopalkkion määrästä ja maksutavasta. Sopimus sisältää myös tiedot omaishoitajan oikeuksista lakisääteiseen vapaaseen sekä muista vapaapäivien järjestämisestä. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 28.) Omaishoitajat ovat myös oikeutettuja kunnan järjestämään hyvinvointi- ja terveystarkastukseen sekä heidän tulisi saada sosiaali- ja terveyspalveluiden hyvinvointia ja hoitotehtävää tukevia palveluita. Omaishoitolain mukaisesti kunnan tehtävä on tarvittaessa järjestää omaishoitajalle valmennusta ja koulutusta hoitotehtävää varten. (Omaishoitoliitto 2018.)

Omaishoitajat tarvitsevat tietoa, jonka avulla he pystyvät huolehtimaan läheisensä ja itsensä hyvinvoinnista. Tieto ja arjessa saatu tuki helpottavat omaishoitajien elämää vaikeissakin hoitotilanteissa kotona. Omaishoitajat joutuvat hakemaan hoidon onnistumiseen tietoa ja tukea useilta eri tahoilta. Terveystuon ammattilaisen tehtävä on keskeinen, heidän tulisi välittää tietoa perheille. (Mäkelä 2011, 88.)

Ammattilaisen tehtävänä on antaa omaishoitajalle tarvittavaa tietoa ja ohjausta, jotta tämä pystyy toimimaan tarkoituksenmukaisesti. Ammattilaisen tehtävänä on auttaa omaishoitajaa sopeutumaan muuttuviin tilanteisiin sekä etsiä yhdessä ratkaisuja tuen tarpeisiin (Malmi & Nissi-Onnela, Malmi & Mäkelä, Kaivolainen 2011, 76, 125, 168). Omaishoitajat kaipaavat ammattilaiselta tietoa läheisensä sairaudesta, hoidosta, hoitotarvikkeista, apuvälineistä, tuesta, palveluista, omaishoitajien oikeuksista ja tuista sekä omasta jaksamisesta (Mäkelä 2011, 88).

Viranomaisten, perheen läheisten, vapaaehtoisten ja toisten omaishoitotilanteessa olevien perheiden tarjoama tieto ja apu ovat merkittävässä osassa omaishoitoperheen elämässä. Omaishoitajat tarjoavat omaishoitajille yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tukitoimintoja ja he myös kehittävät niitä. Tuen tarpeessa on läheisen sairastumisen myötä usein koko perhe. Perheen tukena toimivien ammattilaisten tehtävänä on auttaa perhettä tunnistamaan elämää kuormittavia tekijöitä ja löytämään voimavaroja. (Omaishoitaja 2011, 78-79.) Omaishoitajilla on arvokasta kokemusta läheisensä hoidosta, jota ammattilaisen olisi hyvä osata hyödyntää auttaessaan omaishoitoperhettä (Mäkelä & Purhonen 2011, 23).

Omaishoitajalla ja terveydenhuollon ammattilaisilla yhteisenä tavoitteena on hoidettavan hyvinvointi. Heidän hoitosuhteen ehdot ovat kuitenkin erilaiset, omaishoitosuhteesta eivät rajoita säännökset. Omaishoitaja voi olla työssään ammattitaitoinen, mutta suhteessa korostuu kuitenkin vahvasti tunneside. Ammatillisessakin hoitosuhteessa syntyy usein tunneside, mutta siihen liittyy myös piirteitä, joita ei liity omaishoitosuhteeseen. Ammatillisuuteen nähden liittyvän vahvasti tasapuolisuus, ammattitaito, hoitotoimien laatu, laillinen vastuu ja palkkatyön oikeudet ja velvollisuudet. (Mäkinen 2011, 50.)

Omaishoidon tilanteen selvityksestä (2006) käy ilmi, ettei kunnissa tunneta tai osata hyödyntää järjestöjen toimintaa esimerkiksi vertaistuen toteuttamisessa. Omaishoitajat tuovatkin esille, että saatu tuki tulee pääasiassa omalta perheeltä tai verkosta. Seurakunnalta, järjestöiltä ja viranomaisilta saatu tuki on vähäisempää verrattuna perheeltä saatuu tukeen. (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järnstedt & Korhonen 2006.) Läheistään hoitavan tärkeimmäksi tukiverkostoksi nimetäänkin usein oma perhe ja lähipiiri. Sairastuneen kotona selviytyminen edellyttää usein läheisiltä tiivistä ja vaativaa hoitoa ja huolenpitoa. (Järnstedt, Kaivolainen ym. 2009, 8-9.) Läheisiltä saadun tuen lisäksi vertaistuki on niin ikään merkitykselliseksi koettu tukimuoto omaishoitajille. Vertaistukiryhmät voivat olla erilaisten

järjestöjen, kuntien tai seurakunnan ylläpitämiä keskustelu- tai toimintaryhmiä saman tyyppisessä elämäntilanteessa oleville henkilöille. Vertaistuki ovat parhaimmillaan omaishoitajalle voimaannuttavaa, hyvää oloa ja yhteisöllisyyden tunnetta lisäävää toimintaa, josta saa sekä tiedollista tukea, mutta myös ymmärrystä ja henkistä tukea. Jotkut kokevat asioiden purkamisen ja yhdessä käsittelyn hyvänä keinona lisätä jaksamista ja omaa psyykkistä hyvinvointia, mutta kaikille tämän tyyppinen jakaminen ei ole luontevaa eivätkä he koe vertaistukiryhmiä itselleen sopivana tukimuotona. (Kaivolainen 2011, 127-129.)

4 Tarkoitus ja tutkimustehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa omaishoitajien psyykkisestä hyvinvoinnista sekä psyykkisen tuen tarpeista ja toiveista. Tavoitteena oli selvittää kolmen kerran työpajatyöskentelyn avulla, millaiseksi omaishoitajat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa ja saadun tuen sekä tuottaa tietoa psyykkisen tuen toimintamallin kehittämiseksi, kuvata työpajojen toteutusprosessi sekä esittää tutkimustulosten perusteella kehittämisehdotuksia omaishoitajille suunnattujen palveluiden parantamiseen.

Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat:

1. Millaiseksi omaishoitajat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa?
2. Millaisia psyykkisen tuen tarpeita ja toiveita omaishoitajilla on?
3. Millaisia ideoita ja kehittämisehdotuksia omaishoitajilla on psyykkisen tuen toimintamallin kehittämiseksi?

5 Työpajojen suunnittelu ja toteutus

Työpajatyöskentely toteutettiin ikääntyneille kotona puolisoaan hoivaaville omaishoitajille ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelun tavoitteena oli tuottaa rikas aineisto, joka kertoo ja kuvaa omaishoitajien kokemuksia sekä näkemyksiä psyykkisen tuen tarpeista ja toiveista. Menetelmän valinnassa meitä ohjasi ajatus siitä, että kehittämisen tulisi perustua tunteisiin ja kokemuksiin, jolloin on hyödyksi, että työpajaan osallistuja pysyy osallistumaan omien kokemusten, henkilökohtaisen ajatusten sekä näkemyksen kautta (Toikko & Rantanen 2009, 98-99). Kolmen kerran työpajatoteutukset olivat kestoaltaan noin kaksi tuntia ja ne toteutettiin 26.10.-5.11.2018 välisenä aikana Helsingissä sijaitsevan omaishoidon toimintakeskuksen tiloissa. Yhteistyökumppanimme rekrytoi vapaaehtoiseen työpajatoteutukseen omaishoitajia ja toimitti ilmoittautuneille omaishoitajille saatekirjeen (Liite1).

5.1 Yhteiskehittäminen

Toteutimme opinnäytetyössä projektin kannalta tärkeää yhteiskehittämistä. Osallistavaan ja toiminnalliseen tyyliin päädyimme yhteiskehittämisen myötä, koska koimme tämän avulla saavamme osallistujien äänen kuuluviin heitä koskevan asian kehittämisessä.

Yhteiskehittämiselle tarkoitetaan ihmisten välistä yhteistyötä, jossa asiakas otetaan mukaan kehittämisprosessiin, jolloin kohderyhmän jäsenet ovat mukana kehittämässä palvelua. Näin kehittämisvaiheessa saadaan hyödyllistä tietoa asiakkaan tarpeista ja toiveista, sekä myöhemmässä vaiheessa kehittämisprosessia myös palvelun tietoa käyttökokemuksesta. Näin voidaan välttyä monilta ongelmilta, koska asiakas on ollut mukana kehittämisessä ja mukaan ollaan saatu asiakkaan näkökulma, toiveet sekä kokemus. (Aaltonen ym. 2016.)

Palveluiden kehittäjät eivät useinkaan ymmärrä kohderyhmän elämäntilanteita sekä tuen ja palveluiden tarpeita riittävän hyvin ja kokonaisvaltaisesti. Palvelun käyttäjiä ei enää kuitenkaan nähdä passiivisina kohteina, vaan heidän mukaan ottaminen kehittämiseen nähdään tuovan lisäarvoa palveluiden kehittämiselle. Eri lähtökohdista tulevat käyttäjät tuovat suunnitteluun erilaisia näkökulmia ja tietoa, jota voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisessä, eli henkilökohtainen ja kokemukseen perustuva tieto saadaan jaettua ja näin hyödynnettyä. (Pöyry-Lassila, 2017, 25-26.) Työpajatyöskentelyn avulla saatiin omaishoitajien kokemustieto mukaan palvelun kehittämisprosessiin. He osaavat parhaiten kertoa, millaisia haasteita ja tarpeita hänellä on arjessaan, miten nykyinen palvelujärjestelmä kohtaa nämä tarpeet ja miten niihin voitaisiin vastata paremmin. Jotta psyykkisen tuen mallia voidaan kehittää, on oltava olemassa käsitys siitä, mitä psyykkisen tuen tarpeita omaishoitajilla on ja millaista tukea he kokevat kaipaavansa arkeen. Toteutukseen osallistujat saivat siis osallistua palvelun kehittämiseen, jonka aiheen kokivat itselleen tärkeäksi ja ottaa näin osaa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi eli tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin kehittää, parantaa ja kohdentaa heille suunnattuja palveluita.

5.2 Työpajojen suunnittelun lähtökohdat ja fasilitointi

Ryhmähaastattelussa hyödynsimme fasilitointia, koska uskomme, että saimme kerättyä tavoitteiden mukaisen aineiston käyttämällä ryhmähaastattelua fasilitoinnin keinoin kuin esimerkiksi käyttämällä strukturoitua ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelusta aineiston keruumenetelmänä kerrotaan seuraavassa kappaleessa.

Fasilitoinnilla tarkoitetaan ryhmälähtöistä työskentelyä ja sen tueksi luodut menetelmät antavat ryhmälle työkaluja, joilla jokainen osallistuja saisi äänensä kuuluviin. Fasilitoinnin tavoitteena on helpottaa ryhmän työskentelyä edistämällä osallistujien luovuutta ja saada näin jokaisen osallistujan asiantuntemus yhteiseen käyttöön. Fasilitoinnilla pyritään ajan tehokkaaseen käyttöön ja sen myötä tuloksellisuuden varmistamiseen. (Summa & Tuominen 2009.) Fasilitointi on siis ryhmän neutraalia ja tavoitteellista ohjaamista, jolla on selkeä

struktuuri (Kantojärvi 2012, 11). Tavoitteenamme oli ottaa omaishoitajat mukaan aineiston keruuseen hieman uudella tavalla, joten päädyimme fasilitointiin, koska sen tueksi kehitettyjen menetelmien tavoitteena on saada jokaisen ääni kuuluviin, lisätä osallistujien luovuutta ja saada jokaisen asiantuntijuus yhteiseen käyttöön. (Summa & Tuominen 2009.) Fasilitoinnin menetelmien hyödyntäminen työskentelyssä on tehokas keino myös yhteiskehittämisen näkökulmasta, koska sillä saadaan ryhmän asiantuntemus tehokkaaseen käyttöön, antaen meille kuitenkin mahdollisuuden luoda työpajatyöskentelyyn tehokas, turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. Työpajatyöskentelyllä lähestyttiin myös arjen normaalia keskustelua, joka mahdollistui fasilitoinnin myötä.

Kohderyhmästä saimme suunnitteluvaiheessa tietoa yhteistyökumppaniltamme. Toteutukseen ilmoittautuneilla yhdeksällä ikääntyneellä omaishoitajalla oli jokaisella tuore kokemus puolison omaishoitajuudesta. Valitsimme työskentelymenetelmäksi ryhmätyöskentelyä vähintään kolmen hengen ryhmissä ja muuntelimme fasilitoinnin menetelmiä kohderyhmälle, tilalle ja tavoitteille sopivammiksi.

Ennen työpajatoteutuksia kävimme tutustumassa toimintakeskuksen tiloihin, koska tilan merkitys luovalle ilmapiirille nähdään olevan suuri ja tilajärjestelyssä tulisi huomioida vuorovaikutteisuus, läsnäolo sekä huomioida myös se, että tila voidaan järjestää niin, että jokainen osallistuja näkisi toisensa. (Kantojärvi 2012, 45-46.) Työpajatoteutuksille varattu tila oli suuri ja tilassa oli valmiina vapaasti käytettävissä fläppitaulu sekä videotykki, joita hyödynsimme työskentelyssä. Videotykin välityksellä näytimme osallistujille PowerPoint-esityksen (Liite5), jonka oli tarkoitus toimia ohjeistuksena suullisesti annettujen ohjeiden lisäksi. Olimme jokaisen toteutuskerran alussa hieman aikaisemmin paikalla, jotta pystyimme järjestelemään tilan valittujen menetelmien mukaisesti.

Tutustuttuamme kohderyhmään sekä käytettävissä olevaan tilaan, aloitimme työpajatoteutuksen sisällön suunnittelun. Suunnittelutyötämme ohjasi työpajatyöskentelyn prosessi lähtien aloittamisesta, jonka tavoitteena on luoda turvallinen ilmapiiri, jossa jokainen saa olla aktiivinen osallistuja. Hyvällä alulla pyritään luovaan ajatteluun sekä kokonaisvaltaisen läsnäolon virittäytymiseen, jotta jokainen osallistuja uskaltaisi ottaa osaa keskusteluun. Aloittamisessa on tärkeää, että osallistujat tietävät mihin he ovat osallistumassa, mitä tapahtuu, mikä on heidän roolinsa ja mikä on toteutuksen tarkoitus ja tavoite. (Kantojärvi 2012, 29.) Aloittamisen jälkeen siirrytään selkeyttämisvaiheeseen, jossa selkeytetään lähtötilanne. Tässä vaiheessa luodaan ymmärrystä käsiteltävistä asioista ja käydään läpi osallistujien ajatuksia. Selkeyttämisvaiheen jälkeen siirrytään ratkaisujen suunnitteluvaiheeseen, jossa tuotetaan ideoita, heittäydytään pois tavanomaisesta ajattelusta, valitaan ideoita sekä kehitellään ratkaisuja niistä. Tämän vaiheen jälkeen siirrytään toiminnan suunnitteluun, jossa suunnitellaan, miten esille tulleita ratkaisuja voitaisiin viedä käytäntöön. (Kantojärvi 2012, 29-30.) Työpajatyöskentelyn prosessin

viimeinen vaihe on lopetus, jolloin arvioidaan työpajaa, sovitaan mahdollisista jatkoista ja lopetetaan työskentely hyvässä hengessä. (Kantojärvi 2012, 29-30.) Työpajatyöskentelyn prosessin mukaisesti jokainen työpaja lopetettiin selkeästi, osallistujia kiitettiin ja mahdolliset jatko suunnitelmat käytiin läpi.

Ensimmäisen toteutuskerran tavoitteena oli kartoittaa omaishoitajien näkemyksiä hyvinvoinnista sekä siitä millaisena hyvinvointi näyttäytyy heidän elämässään ja millaiseksi he kokevat oman hyvinvointinsa. Toteutuskerralle osallistui viisi omaishoitajaa.

Tavoitekysymykset toteutuskerralle olivat: mitä hyvinvointia on, miten hyvinvointi näkyy, millaisena hyvinvointi näkyy sinun elämässäsi ja millaiseksi koet oman hyvinvointisi.

Tavoitekysymysten lisäksi teimme tarkentavia kysymyksiä, joiden tarkoitus oli syventää saatavaa tietoa (Hirsijärvi & Hurme, 35). Jotta työpajan aloitus olisi onnistunut, aloitimme työpajan esittäytymisellä, jossa hyödynnettiin kuvakortteja. Osallistujat saivat valita pöydälle asetetuista korteista itselleen mieluisen, jonka jälkeen kävimme vuorollaan läpi kysymyskysymyksen, miksi päätyi valitsemaan juuri tänään kyseisen kortin. Tällä oli tarkoitus rakentaa ryhmään avointa ja turvallista ilmapiiriä. Ensimmäisellä toteutuskerralla kävimme omaishoitajien kanssa läpi työpajatyöskentelyiden tarkoituksen sekä tavoitteet. Kerroimme, keitä olemme ja miksi työpajat järjestetään. Ennen työskentelyn aloittamista omaishoitajien kanssa käytiin yhdessä läpi saatekirje ja suostumuslomakkeet kerättiin täytettynä.

Valitsimme ensimmäisen työpajan tavoitteita vastaamaan fasilitointiin kehitellyn työskentelymenetelmän, SWOT-analyysin, jonka avulla pyrittiin avaamaan hyvinvointia eri näkökulmista. Suomensimme tämän menetelmän osallistujien ohjeisiin nimellä ”tehotiimi”. SWOT-analyysi on klassinen malli erilaisten ratkaisujen jalostamiseen. Siinä pohditaan vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia (Kantojärvi 2012, 196). Muokkasimme menetelmää vastaamaan haluttuihin kysymyksiin ja kävimme tavoitekysymyksiä läpi yhdessä saman pöydän ääressä. Tarkentavat kysymykset, millaisena hyvinvointi näkyy teidän elämässänne ja millaiseksi koet oman hyvinvointisi, käytiin läpi hyödyntäen Me-We-Us-menetelmää, jolla pystytään aktivoimaan ryhmää tasapuolisesti. Sillä haluttiin saada jokainen osallistumaan, jakamaan jokaisen tietotaito koko ryhmälle sekä saada hiljaistenkin osallistujien ääni kuuluviin. (Kantojärvi 2012, 54.) Osallistujat saivat A4- paperit kysymyksineen eteensä, jonka jälkeen aikaa vastata niihin itsenäisesti. Tämän jälkeen käytiin läpi vastaukset ja kirjattiin näistä vielä esille nousseet avainsanat fläppitaululle.

Toisen toteutuskerran tavoitteena oli selvittää mitkä asiat vaikuttavat omaishoitajien hyvinvointiin, kuka heidän hyvinvointiaan tukee ja kuinka sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat osana tätä kokonaisuutta. Toteutuskerralle osallistui kuusi omaishoitajaa. Työpajassa keskityttiin kysymyksiin: mikä sinun hyvinvointiasi edistää, mikä sitä heikentää, kuka sinun hyvinvointiasi tukee, miten ja millaista tukea saat terveydenhuollon ammattilaisilta. Työpaja aloitettiin kysymällä jokaiselta vuorollaan, mikä asia on juuri sinä

päivänä osallistujia ilahduttanut. Tällä pyrittiin aloittamaan työpaja luoden turvallisuuden ja luottamuksellisuuden ilmapiiriä. Aloituksen jälkeen kysyimme osallistujilta aiheeseen johdattelevaa kysymystä: Miksi on tärkeää, että omaishoitajien hyvinvointiin kiinnitetään huomiota? Kävimme kysymystä läpi keskustelun kautta. Tällä oli tarkoitus virittäytyä osallistujien kanssa käsiteltävään aiheeseen. Käytimme tavoitekysymysten käsittelyssä fasilitoinnin menetelmää ”kontrolloitu kahvila”, jolla tarkoitetaan työskentelytapaa, jossa käydään monta samanaikaista kokousta. Kontrolloidussa kahvilassa on etukäteen sovittuja aiheita ja jokainen osallistuja käy jokaisessa kokouksessa. (Kantojärvi 2012, 176.) Muutimme toteutustapaa työpajan aikana, koska osallistujia kyseiselle menetelmälle ei ollut tarpeeksi. Jaoin osallistujat kahteen eri ryhmään pöytien äärelle, jonne oli aseteltu kaksi erillistä kysymystä fläppipapereille. Osallistujat vastasivat näihin kysymyksiin keskustelun kautta ja fasilitaattorin johdattamana. Kysymyksiä oli yhteensä neljä ja työskentely lopetettiin, kun ryhmät olivat vastanneet kysymyksiin. Tämän jälkeen kävimme vielä yhdessä läpi kysymykset keskustellen ja lisäsimme fläppipapereille keskustelussa esiin nousseita näkökulmia, joita ei oltu vielä kirjattu ylös.

Viimeisen toteutuskerran tavoitteena oli keskustella edellisistä työpajoista esiin nousseista asioista, kartoittaa käsityksiä ja ajatuksia kyseisiin aiheisiin liittyen sekä pohtia ideoita, miten esiin nousseita osa-alueita voitaisiin tulevaisuudessa kehittää, jotta palvelu tarjonta kohtaisi esiin nousseet tuen tarpeet. Toteutuskerralle osallistui neljä omaishoitajaa. Kokosimme edellisistä työpajoista esiin nousseita asioita yhteen hyödyntäen kerättyä kirjallista aineistoa. Esiin nousi aiheet: oma aika, tiedon saaminen, ylikuormittuneisuuden ehkäisy, apua arkeen sekä kodin muutokset. Pohdimme omaishoitajan hyvinvoinnin näkökulmasta, mitä tuen tarpeita näihin teemoihin liittyy ja miten näitä asioita voitaisiin tulevaisuudessa kehittää. Teimme jokaiselle esille nousseelle asialle oman fläppipaperin, johon liitimme etukäteen tunteita ja ajatuksia herättäviä kuvia aiheesta. Kuvien oli tarkoitus herättää osallistujien ajatuksia ja ideoita kyseisestä aiheesta.

5.3 Aineiston keruu

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen sekä siihen liittyvien merkitysten ja kokemusten tarkastelu. Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineistoa pyritään hankkimaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Siinä suositaan ihmisiä tiedon keruun menetelmänä ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Kvalitatiivinen tutkimus toteutetaan joustavasti ja siinä tutkimussuunnitelma voi muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161, 164.) Laadullinen tutkimus sopi mielestämme tutkittavaan ilmiöön, sillä yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada laadullisessa tutkimuksessa määrällisen tutkimuksen tapaan, koska ollaan tekemisissä tarinoiden, kertomusten ja merkitysten kanssa (Kylmä & Juvakka

2007, 16.) Tämän vuoksi koimme, että valittu menetelmä sopii parhaiten tutkimusaiheeseemme.

Opinnäytetyössä on huomioitu fenomenologinen lähestymistapa, joka antaa mahdollisuuden kuvailla, analysoida ja ymmärtää yksilöiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä (Koskinen 2011, 268). Siinä tutkimuskohteena on ihmisen kokemuksellinen suhde maailmaan, jossa hän elää. Fenomenologisessa ihmiskäsityksessä tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat kokemus, merkitys sekä yhteisöllisyys. Siinä varsinaiseksi tutkimuskohteeksi tarkentuu inhimillisen kokemuksen merkitykset ja ihmisten erilaiset käsitykset tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 39-40, Rissanen 2006.) Tämä lähestymistapa tuntui sopivalta, koska tutkimuksen kohteena on ihmisen omakohtainen kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Huomioimme fenomenologian lähtökohtia tutkiessamme omaishoitajien psyykkisen tuen tarpeita heidän omasta näkökulmastaan sekä heidän jokaisen oman kokemusmaailman kautta. Kokemustiedon hankkiminen opinnäytetyön tavoitteiden täyttämässä ja ajatellen kehittämishanketta, jonka osana opinnäytetyö toteutetaan, on asiakaslähtöinen keino kerätä tietoa tutkittavasta kohteesta, joka lopulta tähtää palvelumallin kehittämiseen.

Hyödynsimme laadullisen tutkimuksen menetelmiä käyttämällä työpajatyöskentelyssä tutkimusaineiston keruuna ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelussa ovat aina läsnä ryhmadynamiikan perusilmiöt, mikä voi näkyä esimerkiksi siinä, että jokainen pyrkii noudattamaan enemmistön mielipiteitä. Kun ryhmän jäsenet on valittu huolella, eli kaikilla on jotakin yhteistä ja sama tavoite, voidaan ryhmähaastattelulla saada esiin laajempi kuva tutkittavasta ilmiöstä kuin tavanomaisella haastattelutilanteella. Työpajatyöskentelyyn osallistuvien vuorovaikutus, toisten ajatusten kehittäminen sekä haastaminen luo uudenlaisia näkemyksiä käsiteltävissä olevaan ilmiöön. (Valtonen 2011, 93-94, 99, Kylmä & Juvakka 2007, 84-85.) Ryhmähaastattelun eduiksi nähdään se, että sen avulla saadaan kerättyä usealta ihmiseltä tietoa yhtä aikaa ja ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan muistamaan jotain mitä yksilöhaastattelussa ei tulisi välttämättä mieleen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009).

Ryhmähaastattelussa haastattelijan rooli on pyrkiä huomioimaan ja innoittamaan, että jokainen ryhmän jäsen osallistuu monipuoliseen keskusteluun. Mikäli vain yksi henkilö puhuu, jää osaamisen jakaminen ja ymmärryksen luominen syntymättä. Ryhmähaastattelun yksi tavoite onkin, että keskustelu on vapaamuotoista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, Kantojärvi 2012.) Ryhmäprosessin valmisteluun ja tukemiseen tarvitaankin fasilitaattoria, joka on edellytys ryhmälähtöiselle työskentelylle (Summa & Tuominen 2009). Fasilitaattorin tehtävä ryhmän vetäjänä on aktivoida ryhmän jäsenet ja luoda innostava ilmapiiri, joka edesauttaa ryhmän tavoitteen täyttymistä. Fasilitaattori ei siis vaikuta ryhmän sisällön tuottamiseen, vaan siitä vastaavat ryhmän jäsenet itse. (Kantojärvi 2012, 11.) Toimintaamme työpajatyöskentelyssä ohjasi fasilitaattorin rooli, koska halusimme innostavan ja avoimen

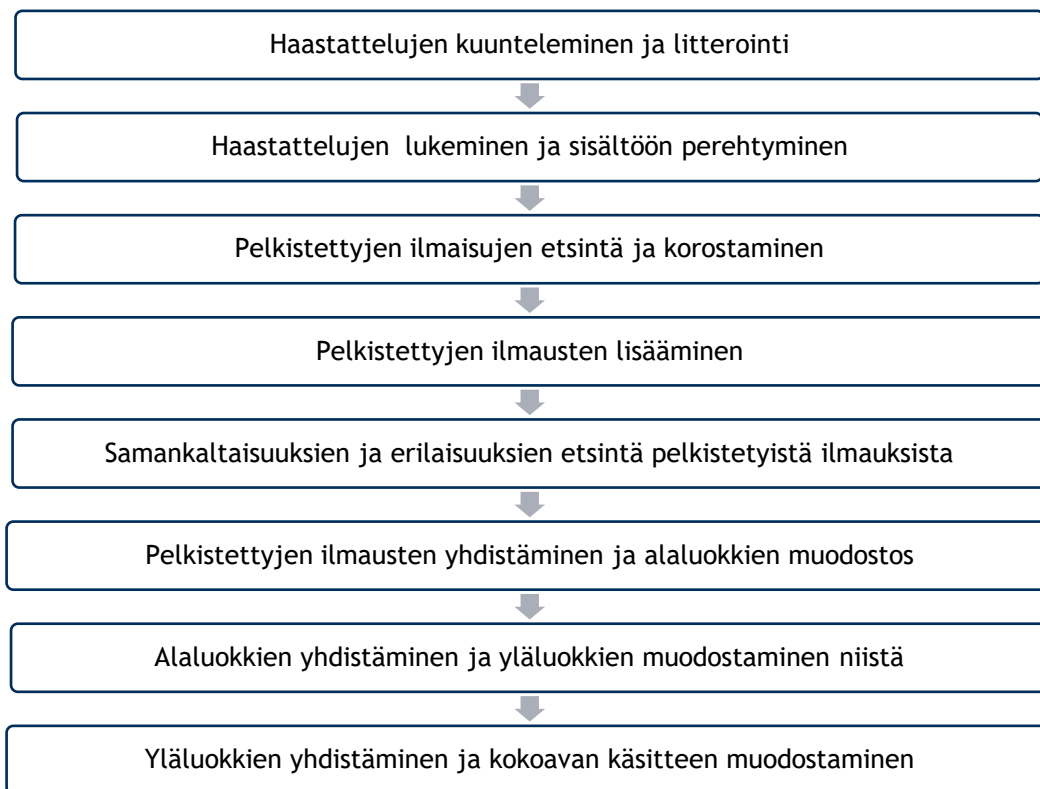
ilmapiirin myötä aktivoida osallistujia, saada heidän maksimaalinen potentiaali käyttöön ja saada luotua turvallinen ja luottavainen ilmapiiri. Roolimme fasilitaattoreina oli kantaa vastuu työpajojen aikataulun (Liite3), sisällön suunnittelusta (Liite4) ja toteutumisesta (Liite4) sekä mahdollistaa ryhmäytyminen, luoda suotuista ympäristö ja ilmapiiri. Räättälöimme fasilitoinnin työkaluja soveltuvaksi kohderyhmälle ja asettelimme työpajojen kysymykset siten, että ne haastoivat kohderyhmää pohtimaan käsiteltävää asiaa.

Työpajat äänitettiin kokonaisuudessaan lukuun ottamatta ensimmäisen työpajan alussa käytyä esittäytymistä ja aloittamista, johon käytettiin noin 20min, koska nauhuri unohdettiin käynnistää. Nauhureita meillä oli käytössä kaksi. Nauhoituksella pystyttiin huolehtimaan siitä, että kaikki oleellinen tieto tulee taltioituksi. Keräsimme työpajatyöskentelyssä myös kirjallisia muistiinpanoja. Apuna meillä oli työpajojen aikataulun ja sen kertaiseen teemaan omat muistiinpanot, joihin olimme merkanneet itselle ohjeita käytettävistä menetelmistä sekä työpajatyöskentelyä ohjailevista kysymyksistä. Kerättyä aineistoa kertyi yhteensä 6h 36min äänitteitä, jotka litteroitiin. Aukikirjoitettua aineistoa kertyi yhteensä 52 A4-sivua (fontti Trebuchet MS, fonttikoko 12, riviväli 1). Litteroinnista jätettiin pois muutamia työpajojen tavoitteen kannalta epäolennaisia keskustelunpätkiä, kuten täytesanoja ja aiheesta irrallisia keskusteluja. Tämä päätettiin tehdä, koska litteroitavaa aineistoa oli paljon, eikä pois jätetyt irralliset keskustelut liittyneet tutkittavaan aiheeseen. Tämän lisäksi kirjallista materiaalia oli 12 kappaletta A2 kokoisia papereita erilaisia keskusteluista nousseita avainsanoja, kuten ”oma aika” ja ”harrastukset”, nämä sanat lisättiin sellaisenaan litteroidusta aineistosta poimittujen pelkistettyjen ilmausten joukkoon. Kirjallista materiaalia kertyi myös ensimmäisessä työpajassa yksilötehtävänä tehdyistä 5 kappaleesta A4 kokoisille papereille kirjoitetuista vastauksista kahteen erilliseen kysymykseen. Näistä vastauksista etsittiin pelkistetyt ilmaukset, kuten ”oma aika” ja ”olen melko tyytyväinen”, jotka luokiteltiin sisällön mukaisesti.

6 Aineiston analyysi

Kerätyn aineiston analysointiin valittiin menetelmäksi induktiivinen sisällönanalyysi. Laadullisessa sisällönanalyysissä sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistoa käsin, eli tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Keskeistä tässä on tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota ohjailee tutkimuksen tarkoitus ja kysymystenasettelu. Analyysissä ei ole tarkoitus analysoida kaikkea tietoa, vaan sillä haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.) Päädyimme valitsemaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska aineistomme oli runsasta ja sitä oli niin nauhoitetussa kuin muistiinpanojenkin muodossa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan mahdollisimman avoimin kysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 117), joten asettelimme tutkimukseemme mahdollisimman avoimia

kysymyksiä, jotta pystyimme valitun menetelmän avulla löytämään aineistosta vastaukset tutkimuskysymyksiimme, kuten ”Miksi on tärkeää, että omaishoitajien psyykkiseen tukemiseen kiinnitetään huomiota?”. Etenimme analyysissa Tuomi & Sarajärven (2009) sisällönanalyysin mukaisesti (kuvio 2).



Kuvio 2. Sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Induktiivista sisällönanalyysia voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, joka aloitetaan aineiston redusoinnilla eli pelkistämällä, jossa analysoitava aineisto voi olla esimerkiksi aukikirjoitettu dokumentti, josta pelkistämällä on karsittu tutkimukselle epäolennainen pois. Tällöin tutkimustehtävä ohjailee aineiston redusointia ja aineistosta on pelkistämällä litteroitu tutkimustehtävälle oleelliset ilmaukset. Pelkistäminen voidaan tehdä niin, että litteroidusta aineistosta nostetaan esiin tutkimustehtävän kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja, jotka listataan peräkkäin puhtaalle sivulle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Aloitimme kerätyn aineiston analyysin kuuntelemalla nauhoitetut äänitteet ja litteroimalla ne yksitellen. Litteroinnin valmistuttua perehdyimme kirjoitettuun sisältöön, jonka jälkeen etsimme litteroidusta aineistosta pelkistettyjä ilmauksia ja lisäsimme ne tyhjälle Word-sivulle. Etsimme aineistosta ilmauksia vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Ilmausten etsimisessä hyödynsimme myös työpajoissa käyttämiämme apukysymyksiä (Liite4). Siirretyt ilmaukset alleviivattiin aukikirjoitetusta aineistosta, jottemme lisäisi samoja ilmauksia moneen kertaan. Ilmauksia kerättiin yhteensä 18 A4-sivua (fontti Arial, fonttikoko 11, riviväli 1).

Aineiston pelkistämisen jälkeen siirryimme vaiheeseen kaksi, jossa aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä listatut ilmaukset käydään läpi ja näistä etsitään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia, tai näitä molempia. Käsitteitä ryhmitellään ja yhdistellään luokiksi ja nämä nimetään luokan sisällön mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.) Ryhmittelimme listatuista ilmauksista samankaltaisuudet eriäväisyyksineen alaluokkiin ja nimesimme luokat niiden sisällön mukaisesti. Ryhmittelyvaiheessa ilmauksista löydettiin 14 ryhmää, joissa ilmauksia oli ryhmästä riippuen noin 14-85. Samaan ryhmään saatettiin asettaa ilmauksia, jotka olivat toistensa vastakohtia, mutta kuuluvat silti saman luokan alle, kuten ”Olen melko positiivinen ja tyytyväinen” ja ”Hyvinvointi takkuilee”. Ryhmittelyssä syntyneet luokat on kuvattu taulukossa 6.2. Päädyimme tekemään ryhmittely vaiheen luokitteluineen näin, koska koimme sen olevan meille selkeämpää laajan aineiston myötä. Nimetyt luokat syntyivät työpajojen teemojen, työpajoille asetettujen kysymysten ja esille nousseiden aiheiden myötä.

Taulukko 6.1. Esimerkki luokittelusta

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Aika on kortilla Lomat jäävä aina pitämättä Läheisen hyvinvointi stressaa	Hyvinvointia heikentävät asiat
Ei omaa hyvinvointia ajattele Hyvinvointi vaihtelee paljon En tiedä kauan pärjään	Oman hyvinvoinnin kokeminen
Kaupungin sivut ovat hirveän hankalat On aina itse ongittava se tieto Minä olen itse soittanut ja kysynyt	Tiedon saamisen vaikeus ja haasteet

Taulukko 6.2. Aineiston ryhmittely 14 käsitteen alle.

Käsite	Ilmauksia (kpl)
Hyvinvointia tukevat asiat	85
Miten hyvinvointi näyttäytyy	30
Hyvinvointia heikentävät asiat	39
Oman hyvinvoinnin kokeminen	37
Parisuhteen voimavarat	24
Kuormittavia asioita arjessa puolison kanssa	46
Miten sosiaaliset suhteet näyttäytyvät omaishoitajan elämässä	57
Miten yhdistykset/järjestöt/kaupunki/vertaistuki tukee omaishoitajaa	62
Millaista tukea omaishoitaja saa terveydenhuollosta	38
Tiedon saamisen vaikeudet ja haasteet	45
Omaishoitaja kokee systeemin raskaana	41
Omaishoitajan kokema vastuu arjesta	14
Miten kodin muutokset vaikuttavat hyvinvointiin	17

Vaiheessa kolme aineisto abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä. Aineiston redusoinnissa analysoitava tieto voi olla esimerkiksi dokumentti, joka pelkistetään niin, että aineistosta on karsittu kaikki tutkimukselle epäolennainen asia pois. Tämä voi olla joko tiedon tiivistämistä tai osiin pilkkomista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Ryhmittelyvaiheessa luodut alaluokat nimettiin käsitteellistämisen vaiheessa yläluokiksi. Näille 14 alaluokalle etsittiin yläluokiksi käsitteitä, joihin ne sopisivat. Yläluokkia aineistosta muodostui seitsemän kappaletta. Yläluokat on esitetty taulukossa 6.3. Yläluokkien muodostuksessa huomioimme sen, mitä ilmauksia kukin alaluokka piti sisällään, näin aihealueet nivoutuivat yhteen. Alaluokka ”kehitysehdotukset ja ideoinnin tulokset” päädyttiin jättämään kokonaan omaksi yläluokaksi.

Taulukko 6.3. Aineiston käsitteellistäminen ala- ja yläluokkiin.

Alaluokka	Yläluokka
Hyvinvointia tukevat asiat Miten hyvinvointi näyttäytyy Hyvinvointia heikentävät asiat Oman hyvinvoinnin kokeminen	Hyvinvointiin vaikuttavat tekijät
Miten sosiaaliset suhteet näyttäytyvät omaishoitajan elämässä	Sosiaaliset suhteet, perhe, läheiset tukena
Parisuhteen voimavarat Kuormittavia asioita arjessa puolison kanssa	Parisuhde ja puoliso
Millaista tukea omaishoitaja saa terveydenhuollosta Omaishoitaja kokee systeemin raskaana	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä vertaistuki
Tiedon saamisen vaikeudet ja haasteet Miten yhdistykset/järjestöt/kaupunki/vertaistuki tukee omaishoitajaa	Tiedon saaminen ja palveluiden piiriin ohjautuminen
Omaishoitajan kokema vastuu arjesta Miten kodin muutokset vaikuttavat hyvinvointiin	Muutokset ja sopeutuminen
Kehitysehdotukset/ideoinnin tulokset	Kehitysehdotukset/ideoinnin tulokset

7 Tulokset

Tutkimusaineiston analysointi aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmiä hyödyntäen loi seitsemän yläluokkaa, jotka pitivät sisällään 14 alaluokkaa. Nämä luokat kuvaavat omaishoitajien psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ja heidän tekemänsä hoitotyön vaativuutta.

7.1 Hyvinvoinnin kokeminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Työpajoihin osallistuneet omaishoitajat kokivat vointinsa pääsääntöisesti hyväksi, mutta vaihtelua voinnissa esiintyy kuitenkin paljon. Omasta jaksamisesta oltiin ajoittain huolissaan

ja oman jaksamisen rajoja pohdittiin paljon. Aineistosta nousi esiin myös pelko siitä, milloin heidän oma jaksaminen loppuu. Osa osallistujista toi esille, että he kokevat vointinsa usein väsyneeksi ja stressaantuneeksi, kuormitus arjessa puolison hoivaajana on suuri. Pariskunnan kodin ja käytännön asioiden hoitaminen oli kokonaan yhden henkilön varassa ja tämän lisäksi hoivaa tarvitsevan puolison auttaminen vei voimia. Arki oli kiireistä ja pyöri täysin hoidettavan ympärillä, ajatuksissa koettiin jatkuvasti olevan huoli hoivattavasta puolisoista, aikatauluista ja muista velvollisuuksista.

Oman hyvinvoinnin nähtiin peilautuvan omasta aktiivisuudesta ja ulospäin suuntautuneisuudesta, kodin siisteydestä ja mielialasta. Omaishoitajat kertoivat, että hyvinvoivana jaksoi tehdä enemmän asioita, ajatuksiin mahtui muutakin kuin hoivattavan asiat, keskittymiskyky oli hyvä, elämästä jaksoi nauttia ja jaksoi tehdä sekä kiinnostua uusista asioista. Muutama osallistuja toi esiin, että oma hyvinvointi näkyi myös kodin siisteydessä: hyvinvoivana kodista piti huolta ja paikat pysyivät siistinä, huonovointisena koti saattoi jäädä siivoamatta tai siisteyteen ei ainakaan kiinnittänyt niin paljoa huomiota. Kaikki osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että hyvinvoivana toimeliaisuus lisääntyi, jaksoi nähdä ystäviä ja miettiä kulttuuritapahtumiin osallistumista, teatteriin menemistä tai pohtia uusiksi kodin sisustusta. Pienistä asioista jaksoi nauttia ja olo koettiin rennoksi ja tasapainoiseksi. Hyvinvoivana päivän rutiinit sujuivat hermostumatta ja niissä pystyi näkemään hyödyn sekä hoivattavalle puolisolle kuin itselleenkin, arjessa koettiin tällöin olevan enemmän iloa ja naurua.

Positiivinen asenne koettiin tärkeäksi voimavaraksi, tämän koettiin lisäävään tyytyväisyyttä, jaksamista ja iloa omassa arjessa. Omaishoitajat korostivat, että omalla asenteella on ylipäättään iso merkitys oman hyvinvoinnin kokemisessa. Hyvälaatuinen stressi koettiin voimavaraksi, joka sai pysymään virkeänä ja suorittamaan arjen asiat tehokkaasti, mutta useimmat kokivat kuitenkin liiallista stressiä ja kuormitusta omassa arjessaan. Stressi heijastuu selvästi arkeen, jossa omaishoitaja yrittää tasapainoilla arjen askareiden ja velvollisuuksien kanssa. Tasapainoinen olo ilman liian suurta kuormitusta, riittävä unensaanti ja itselle mieluisten aktiviteettien tekeminen koettiin omaa psyykkistä hyvinvointia tukeviksi ja edistäviksi elementeiksi.

Oma aika oli kaikille tärkeää: omalla ajalla sai hengähtää, ylläpitää sosiaalisia suhteita, harrastaa itselle mieluisia aktiviteetteja ja käydä tapahtumissa. Oman ajan saaminen ja kotoa ulos lähteminen koettiin hyvin yksimielisesti virkistävänä ja hyvinvointiin positiivisesti vaikuttavana tekijänä. Esille nousi, että omaa aikaa oli hyvin hankala saada itselle järjestettyä, kun hoivattavaa ei voinut jättää yksin kotiin pitkäksi aikaa, eikä apua ollut helposti saatavissa niin perheen kuin muunkaan tahon puolesta. Toisilla oli kuitenkin läheisiä ihmisiä, jotka pystyivät auttamaan hoivaamisessa, jolloin oman ajan järjestäminen oli helpompaa. Osallistujista muutaman hoivattava puoliso kävi kaupungin järjestämässä

päivätoiminnassa, jolloin omaishoitajalle jäi omaa aikaa, mutta tämä koettiin kuitenkin lyhyeksi ajaksi oman palautumisen kannalta, joten päivätoiminnan ajateltiin hyödyttävän lähinnä hoivattavaa.

”Lapsenlapset välillä kysyy, että haluisitko mummi mennä jonnekin, että me voitais tulla.”

”Mä en kauheesti ainakaa vielä sitä omaa aikaa oo kaivannu, mä oon saanu matkustella ja kun on loma-aikaa ja kaikkee nii mun on ihan hyvä olla kotona puolison kanssa. Muuta ku se että mä voisin turvallisesti lähteä joskus niinku tänne tänään.”

Omaishoitajista osa koki, etteivät he tarvitse enemmän omaa aikaa kuin elämäntilanteessaan saivat, ja osa koki tarvitsevänsä sitä oman hyvinvointinsa ylläpitämiseksi paljon sen hetkistä enemmän. Tämä selvästi heijastui hoidettavan vointiin ja hoitotoimenpiteiden vaativuuteen. Osa omaishoitajista toi myös esille, ettei puoliso haluaisi antaa omaishoitajalle omaa aikaa, mikä selvästi kuormittaa myös joidenkin arkea. Oman ajan vähyys ja arjen vastuu ajaa osan omaishoitajista toteuttamaan itselle tärkein asioiden tekemistä öisin. Tähän ei kuitenkaan kaikki ole suostuneet ja moni korostikin unen tärkeyttä oman hyvinvoinnin kannalta. Omaa aikaa arjessa omaishoitajat saivat osallistuessaan erilaisiin tapaamisiin omaishoitajien toimintakeskuksessa tai yhdistyksissä, harraste- ja liikuntaryhmissä.

”Tietysti noi virikkeet (tukee hyvinvointia) ja sit omaishoitajilla pitäis olla enemmän vapaata, se on liian vähäistä se muutama tunti, siin ei kerkii palautua. Jos on pikkunen vapaa aika, se on kellon kyttämistä.”

”Haudassa varmaan nukun, et älkää ihmetelkö sitte ku mä oon ihan höperö.”

Oman ajan lisäämistä varten pohdittiin myös palvelua, jonka kautta voisi helposti ja nopeasti puhelimen välityksellä saada sijaishoitajan muutamaksi tunniksi. Nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ei ole mahdollisuutta saada nopeasti sijaista vaan sijaisen tarve on tiedettävä aina hyvissä ajoin.

”Mul on koko ajan se pelko, et millon tää loppuu, et mä en enää jaksa.”

Omaishoitajat kokivat, että heille tarkoitetut lomat jäivät usein pitämättä, osa koki tämän johtuvan siitä, ettei puoliso ole loman tarpeesta samaa mieltä yhdessä omaishoitajan kanssa. Velvollisuudentunnosta lomia jätettiin pitämättä paljonkin, vaikka esille tuotiin vahvasti lomien positiivinen vaikutus omaan jaksamiseen ja oman ajan saamista korostettiin hyvinvointia ylläpitävänä elementtinä arjessa. Vapaus liikkua omien menojen mukaan oltaisiin koettu hyvinvointia tukeväksi asiaksi, mutta yksimielisesti oltiin sitä mieltä, ettei tämä toteutunut omassa arjessa, koska osa ei voinut jättää puolisoa ollenkaan yksin ja osa vain

lyhyeksi ajaksi, minkä aikana oli kuitenkin jatkuva huoli puolison voinnista ja pärjäämisestä. Erityisesti erilaiset omaishoitajille suunnatut tapaamiset koettiin merkityksellisiksi ja omaa hyvinvointia tukeviksi, minkä vuoksi toive olikin päästä osallistumaan näihin ilman jatkuvaa huolta puolison pärjäämisestä kotona.

Fyysisen hyvinvoinnin koettiin vaikuttavan suoraan kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnin kokemiseen ja oman kunnon ylläpitämistä pidettiin tärkeänä. Moni kertoi luonnossa liikkumisen ja erilaiset aktiviteetit luonnossa, kuten marjastuksen ja vaeltamisen, voimaannuttavina ja rauhoittavina. Omaa fyysistä kuntoa omaishoitajat hoitavat luonnossa liikkumisella, liikuntapuistoja hyödyntämällä sekä ulkoilemisella. Fyysisestä kunnosta tulee pitää huolta, jotta oma liikuntakyky säilyisi ja arki sujuisi.

“Jos minä en jaksa, niin se siitä.”

Omaa hyvinvointia ei kuitenkaan ajateltu arjessa paljoakaan, vaan huomio kiinnittyi hoitamiseen ja puolison hyvinvointiin. Omaishoitajat kokivat, että läheisen hyvinvointi stressasi heitä paljon ja huoli puolisoista oli koko ajan läsnä. Omaishoitajat toivat kuitenkin esille, että työpajoissa käydyin keskustelun myötä omaa hyvinvointia alkaa ajattelemaan enemmän ja keinoja hyvinvoinnin lisäämiseen alkaa etsiä omaan arkeensa.

7.2 Sosiaaliset suhteet

Sosiaalisia suhteita pidettiin hyvin tärkeinä ja perhe, ystävät sekä läheiset koettiin suurena voimavarana ja ilon lähteenä. Osa kertoi saavansa perheeltä apua myös puolison hoitamisessa, naapurit olivat tarjonneet apua ja joillain oli myös ystäviä, jotka auttoivat tarpeen tullen. Toisaalta avun pyytäminen läheisiltä koettiin jokseenkin vaikeaksi, koska heitä ei haluttu kuormittaa. Tuotiin myös esille, että jotkut läheiset eivät ehkä soita sen takia, että ajattelevat joutuvansa auttamaan, jos ottavat yhteyttä.

”Se on mun mielestä hirveen tärkeätä, et on niitä sosiaalisia suhteita ja ainaki osa semmosista, jotka on olleet ystäviä, huomaa et ne ehkä arkaillee tällä hetkellä, että vähän niinku häviää ihmisiä.”

”Ite täytyy siitaki pitää huolta et on enemmän sinne ystäviin päin yhteydessä ja mäki vähän arkailen sitte, et onko mikä tilanne, että pääseekö lähtemään, että aloitteellinen pitää olla itse.”

Tilanteet vaihtelivat osallistujien kesken paljon, mutta ystävien suhteen kaikki olivat samaa mieltä: sosiaalinen piiri kapenee hiljalleen, itse pitää olla aktiivisesti ottaa yhteyttä ystäviin ja ystäväpiiri pienenee vuosien varrella. Osalla omaishoitajista pitkäaikaiset ystävyys-suhteet olivat säilyneet, mutta koettiin, että itse piti olla hyvin aktiivinen ystävien suhteen, jotta yhteydenpito säilyi. Esiin tuotiin ajatuksia siitä, etteivät vieraat enää halunneet käydä

kylässä, koska koti näytti sairaalalta ja että tuttujen ihmisten saattoi olla vaikea suhtautua sairastuneeseen tuttuun ihmiseen, joka oli sairauden myötä muuttunut niin paljon. Sosiaalisten suhteiden ylläpitoa koettiin vaikeuttavan, jos tilanne kotona oli se, ettei hoidettava puoliso halunnut poistua kotoa, eikä halunnut kenenkään tulevan vierailemaan. Kokemusta löytyi myös siitä, ettei kotona olisi hoidettavan mielestä puhelin saanut soida, mutta siihen ei oman hyvinvoinnin vuoksi suostuttu, koska ystävien ja läheisten kanssa asioiden jakaminen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen nähtiin hyvin tärkeäksi. Oman ajan puutteen koettiin vaikuttavan negatiivisesti sosiaalisten suhteiden ylläpitoon.

”Se on ikävä nähdäkin ku semmonen tuttu ihminen, eikä hänestä oo sit jälellä enää ku kuori.”

Sosiaalisuutta ja ystäviä kerrottiin kuitenkin saavan myös harrastusten, vertaistukiryhmien ja puhelimen välityksellä. Osallistujista yksi toi esiin oman kampaajansa tärkeyden, johon hän oli saanut luotua syvän ystävyssuhteen vuosien varrella. Esiin nousi myös käyttökokemus sosiaalisesta mediasta, jota yksi osallistujia kertoi käyttävänsä ja tämän avulla seuraavansa lähimmäisten ihmistensä elämää hyvinkin aktiivisesti. Puhelimen välityksellä yhteyden pitäminen nähtiin hyvin tärkeänä, sillä ystäviä ei välttämättä ehtinyt nähdä niin usein kuin olisi halunnut, mutta myös puhelimen välityksellä keskustelu ja asioiden jakaminen koettiin voimaannuttavaksi.

”Ihminen ei niin suurta taakkaa saa, etteikö sitä jaksaisi kantaa.”

Perhe nähtiin hyvin tärkeäksi ja omaa hyvinvointia lisääväksi. Tärkeitä olivat yhteiset hetket perheen kanssa, lastenlasten kanssa ajan viettäminen, perheen kutsuminen koolle syömään yhdessä samaan pöytään ja erillisiin perheen tärkeisiin tapahtumiin, kuten valmistujaisiin, osallistuminen. Muutama omaishoitaja kertoi perheen niin ikään olevan suuri apu, kun tarvitsi hetkeksi hoitajaa puolisolle ja heidän kanssaan tehtiin myös yhdessä reissuja muiden sukulaisten ja läheisten luokse, mikä toi iloa sekä omaishoitajalle että hoidettavalle.

”Minkä mä oon nytte kokenu tämän sairauden aikaan tosi tärkeeks on tää vertaistuki siellä alzheimeryhdistyksessä, se on kyllä ollu ihan korvaamatonta.”

7.3 Parisuhde ja puoliso

Jokainen työpajoihin osallistuneista omaishoitajista oli kokenut parisuhteessaan muutoksia hoivattavan puolison sairauden ja omaishoitajuuden myötä. Osa sanoi suoraan olevansa nykyään puolisolleen enemmänkin hoitaja kuin puoliso ja että parisuhteesta tulee ajan myötä potilas- hoitaja suhde. Tunne-elämän koettiin kuitenkin olevan vahvasti läsnä, mutta sen muoto oli muuttunut. Parisuhteesta oli tullut kumppanuutta tai ystävyyttä, osa omaishoitajista koki olevansa puolisolleen turva. Välittäminen ja rakkaus koettiin voimaannuttavina tunteina, jotka auttoivat jaksamaan raskasta omaishoitajan arkea ja toivat

elämään merkityksellisyyden tunnetta. Hoidettavan puolison koettiin myös tukevan omaa hyvinvointia: yhteinen elämä näkyi edelleen yhteisinä kiinnostuksen kohteina, huumorina ja hellyydenosoituksina.

Moni omaishoitaja toi esille, että vuorovaikutus oli muuttunut paljon, vastavuoroisuus oli hävinnyt ja tilalle oli tullut yksipuolinen parisuhde. Muutama omaishoitaja oli tilanteessa, jossa puoliso ei enää tuottanut kuin yksittäisiä sanoja, minkä koettiin vaikeuttavan kommunikointia ja vaikka sen ymmärrettiin johtuvan sairaudesta, sitä oli vaikea hyväksyä, koska se tuntui itsestä pahalta. Kommunikaation muutoksissa koettiin kuormittavaksi myös sairauden mukanaan tuoma puheen ymmärtämisen vaikeus, ettei enää tiedä, mitä toinen haluaa tai tarkoittaa sekä hoivattavan puhumattomuudesta johtuva yksipuolinen keskustelu.

”Oli järkytys huomata, että toinen on ihan pihalla.”

Hoivattavan sairauden eteneminen aiheutti omaishoitajille paljon huolta ja stressiä. Huolta arjessa tuo pelko siitä, milloin oma puoliso ei enää tunnista omaista tai milloin puolison toimintakyky menee huonompaan suuntaan. Osa koki myös oman terveyden kärsivän puolisoista aiheutuneen stressin myötä. Sairauden alkuvaiheessa moni oli kokenut jopa vuosien ajan stressistä ja kuormituksesta johtuvaa levottomuutta ja vaikeutta keskittymisessä, mikä ilmeni esimerkiksi kykenemättömyytenä lukemaan kirjoja. Omaishoitajat kertoivat kaipaavansa jo sairauden alkuvaiheessa tietoa puolison sairaudesta, oireista ja ennusteesta, jotta heidän olisi helpompi suhtautua siihen ja sopeutua elämään sen kanssa.

”Tuota et sit jos menee siihen pisteeseen ettei enää tunne minuakaan nii sitä mä kyllä kaikkein eniten pelkään.”

”Minä oon sopeutunu tilanteeseen, joka ei oo ideaali itelle.”

”Mutta kai se on sellanen tuo ihmisluonne, että siin mukana kasvaa siinä sairauden kanssa.”

Neurologinen sairaus voi muuttaa psyykettä, minkä osa osallistujista oli nähnyt hoidettavassa puolisossaan käytöksen muutoksina. Osalle puolison mielialan muutokset ja käytöshäiriöt olivat tuttuja, erityisen kuormittavina koettiin ilkeä puhe puolisolta, mikä aiheutti riittämättömyyden ja arvottomuuden tunteen, kun antamastaan hoivasta ei saanut minkäänlaista kiitosta. Vaikeuksia aiheuttivat myös tietyt hoitotoimenpiteet, kuten hoidettavan suihkutuspöytä tai lääkkeitä antaminen, mikä lisäsi omaishoitajan stressiä. Osa osallistujista koki vaikeaksi puolison vetäytymisen sosiaalisesta kanssakäymisestä, kun hoidettava ei enää halunnut käydä kodin ulkopuolella tai ei halunnut edes kotiin tulevan vieraita. Tämän nähtiin kaventavan sosiaalista verkostoa ja vähentävän omaa sosiaalista kanssakäymistä.

”Kyllä se (parisuhde) jollain tavalla muuttuu mutta tuota sitte toisaalta niin no toisaalta tuntuu, että siellä on se tunne elämä edelleen vahvasti vaikka on muistissa että kyllä hän tuntee minut ja kättä kaulalle tulee lenkillä ja mennää kaulakkain että ollaan ku nuori rakastava pari välillä.”

”En minä tiedä oonko mä puoliso vai mikä mä oon, mut mä oon se turva.”

”Kyllä se tahtoo ajan mittaan muuttua vähän niinku potilas-hoitaja suhteeks.”

7.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä vertaistuki omaishoitajan tukena

Yhtä mieltä oltiin siitä, että omaishoitajien tukeminen on tärkeää, koska omaishoitaja ei välttämättä itse tunnista uupumuksen merkkejä tai tunnista tilannetta, jossa avun pyytäminen olisi oman hyvinvoinnin kannalta paikallaan. Toisaalta esiin nousi myös ajatus, jossa omainen ei välttämättä halua myöntää itselleen tai muille olevansa uupunut. Avun vastaanottamisen ja etenkin avun pyytämisen koettiin olevan hankalaa.

Yksi omaishoitajista koki, että terveydenhuollosta on saanut lähinnä sääliä kommentteja, kuten ”Miten sä kestät?” tai ”Sä et tuut jaksaan hoitaan sun miestä”, eikä kannustavasta tai tukevasta yhteistyöstä ole kokemusta juurikaan. Osa omaishoitajista kuitenkin koki, että ovat saaneet terveydenhuollosta tukea oman hoidettavan kautta. Hoidettavan erinäiset käynnit terveydenhuollon ammattilaisilla ovat myös tukeneet omaishoitajien vointia, kun sieltä ollaan kysytty myös heidän vointiaan. Tämä näkyi selvästi tilanteissa, joissa hoitosuhde hoivattavaan oli kestänyt jo pidemmän aikaa. Myös erilaiset omaishoitajille suunnatut kuntoutuskurssit tuotiin esiin hyödyllisinä ja hyvinvointia tukevinä, näille oli osallistunut muutama omaishoitajista.

”Mä koen, että olen saanut tukea ja eväitä näistä omaishoito kursseista ja näistä tämmöisistä kuntoutuskursseista, Kelan kursseista. Niissä on aina sairaanhoitaja ja lääkäri, kuntoutuksessa ei oo mitään sairaanhoitajia mut Kelalla on. Sieltä oon saanu tukea. He puhuu siellä lauseilla ja oon saanu sieltä sitä henkilökohtaista aikaa ja tunnetta siitä, että oon tärkeä.”

Omaishoitajat kokivat melko yksimielisesti, että omasta hyvinvoinnista on itse pidettävä huolta ja vointia kysytään hyvin harvoin sosiaali- ja terveystalveluiden puolelta.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä koettiin kokonaisuudessaan jäykäksi ajatellen omaishoitajan jaksamista ja hyvinvointia. Esimerkiksi intervallijaksolle pääseminen vaati kotihoidon palveluiden ottamisen, vaikei siitä välttämättä muuten olisi kokenutkaan olevan hyötyä.

Omaishoitajien mukaan heidän omaa hyvinvointia lisää kuitenkin selvästi se, että hoidettava käy lyhytaikaisjaksolla, jolloin omainen saa omaa aikaa itsensä huolehtimiseen. Useampi toi

kuitenkin esiin, etteivät saa lähes koskaan lomaa pidettyä, koska hoidettavan puolison kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen omaishoitajan loman tarpeesta ja hoidettavalle sille ajalle järjestettävästä lyhytaikaishoidosta. Hoidettavan puolison vastahakoisuus lyhytaikaiseen laitoshoidon sekä puolison omaishoitajan lomantarpeen kyseenalaistaminen koettiin suurena kynnyksenä pitää lomat, jolloin ne jätettiin usein pitämättä. Eräs omaishoitajista kertoi pitävänsä kerran vuodessa viikon loman, mikä tarkoittaa käytännössä yhdeksän kuukauden lomien pitämättä jättämistä. Lyhytaikaiset hoitojaksot tulee myös tietää hyvissä ajoin, joten tämä ei palvele hetkeä, jolloin avun tarve voi olla suurimmillaan.

”Omaishoitajan pitää jaksaa tehdä, olipa itse missä kunnossa hyvänsä.”

Suurin osa työpajoihin osallistuneista oli omaishoitajuutensa aikana kokenut tilanteen, jossa he olisivat tarvinneet akuuttia psyykkistä tukea, jonkun jolle purkaa tapahtunut tai tunteet hetkellä, jolloin omat voimavarat eivät tunnu riittävän. *”Siinä pitäis olla ihminen, kenen kanssa puhua, semmonen omaishoitajien puhelin”*. Ideaa kannatettiin hyvin yksimielisesti, sillä tilanteet koettiin äkillisiksi, jolloin avun olisi oltava nopeasti ja vaivattomasti saatavissa, jotta siitä olisi omaishoitajalle optimaalinen apu psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseksi. *”Olis hyvä olla helposti saatavilla joku, keltä kysyä ja jolle kertoa”*. Terveystuella puhelimella välityksellä kaivattiin henkisen tuen lisäksi myös neuvontaa sekä palvelua, jonka kautta saisi kotiin nopeasti avuksi jonkun tarpeen vaatiessa. Omaishoitajat kokivat, ettei nopeasti saatavilla olevaa apua ole. Palvelusetelillä saatavan lomauttajan saattoi saada kotiin loman ajaksi ilmoittamalla noin viikkoa ennen haluttua päivää, lyhytaikaishoitopaikkaa varten tarvitsi ilmoittaa toivottu ajankohta viikkoja etukäteen.

”Ollaan sellaisessa välimaastossa, ettei oikein kukaan tartu asioihin.”

Vertaistuki nähtiin korvaamattomana tukena omalle hyvinvoinnille ja jaksamiselle. Vertaistuessa tärkeänä koettiin sosiaalinen kanssakäyminen kodin ulkopuolella, asioiden jakaminen ihmisten kanssa, jotka olivat samassa elämäntilanteessa ja pystyivät sitä kautta reflektoimaan ja antamaan ymmärrystä ja tukea toisilleen. Vertaistukiryhmissä oltiin tutustuttu uusiin ihmisiin, joita oli tapaamisissa mukavaa nähdä ja vaihtaa kuulumisia. Tapaamiset nähtiin tärkeinä myös kokemustiedon jakamisen näkökulmasta, sillä samassa tilanteessa olevat omaishoitajat tiesivät omakohtaisesti palveluista, järjestöistä tai tapahtumista, joista toinen ei välttämättä ollut kuullut, mutta pystyi saadun tiedon avulla mahdollisesti hyödyntämään myös omassa elämässään. Osa omaishoitajista kertoi myös jakaneensa paljon tietoa muille omaishoitajille, mistä saivat itselleen merkityksellisyden tunnetta ja hyvää mieltä muiden auttamisesta.

Oman jaksamisen loppuessa omaishoitajat kokevat, että hoidettavan saaminen pitkäaikaishoitoon on hankalaa. Esiin nostettiin ajatus siitä, että läheisen tulisi päästä hoitoon aikaisemmin, eikä omaishoitajan tarvitsisi sinnitellä oman jaksamisensa äärirajoilla.

Palvelujärjestelmä koetaan kokonaisuudessaan rasittavana omaishoitajan näkökulmasta. Se ei joustu tai huomioi tilanteita yksilöllisestä näkökulmasta. Palvelujärjestelmä koetaan kankeana, eikä omaishoitajien huomioimiseen koeta tällä hetkellä olevan riittävästi resursseja. Pieni osa omaishoitajista koki, ettei heidän työtään arvosteta eikä heitä kunnioiteta. He kokivat, että heillä tulisi itsellään olla lisää voimavaroja raskaan hoitotyön lisäksi vielä puolustaa niin omia kuin hoidettavankin oikeuksia. Helsingin kaupungin he kokevat vain päättävän asioita ilman inhimillistä kohtelua, vaikka omaishoitajat tekevätkin merkittävää hoitotyötä, josta on suuri hyöty kaupungille.

”Me säästetään kaupungin kassaa.”

Kotihoidosta omaishoitajilla oli pääosin negatiivisia kokemuksia, mutta esiin tuotiin myös, että he olivat kuulleet muiden kehuva kotihoidon tukea kovasti ja kokeneen sen hyödylliseksi. Tähän arveltiin syynä voivan olla, että palvelu toimii jollain alueilla paremmin ja jokainen työntekijä on erilainen.

Avun ei koettu olevan paikalla silloin, kun sitä olisi tarvittu, koska aamutoimia ei voi odottaa puoleen päivään asti tai jos jotain tapahtui äkillisesti. Sovittuihin aikoihin ei voinut luottaa ja jatkuva hoitajien vaihtuminen koettiin kuormittavana. Kotihoidon työntekijöiden kiire myös välittyi omaishoitajille ja se koettiin niin, ettei heille ole aikaa tai halua todella auttaa tarpeellisissa toimissa.

”Se on niin kankea se systeemi mä sanon, että mä sairastun ite sen systeemin kanssa.”

Toisaalta kotihoidon henkilökunta sai osalta myös kiitosta, he kysyivät myös omaishoitajan vointia sekä kuulumisia ja keskustelu heidän kanssaan nähtiin voimaannuttavana. Kuulumisien kyselemisestä ei tosin kaikilla ollut kokemusta.

”Kyllä mä ymmärrän, mä sanoinkin et aivan ihania ihmisiä ketä sieltä on tullu ja kuitenkin tietää sen heidän kiireensä ja nyt mä teen sitte samat hommat mitä aikasemmin mut onhan mulla se kymmenen minuutin rupattelutuokio aamulla, että onhan seki sellanen voimaannuttava, että sieltä tulee jotain hyvinvointiin.”

Kotihoidon suhteen hyödylliseksi oltaisiin koettu hoidettavan kanssa vietetty aika, jolloin omaishoitaja voisi käydä esimerkiksi reippaalla lenkillä hengähtämässä. Tällä aikaa olisi hoidettavan kanssa voinut keittää ja juoda aamukahvit, lukea lehteä tai muuten pitää seuraa. Tällä tavoin kotihoidon palvelu olisi enemmän omaishoitajan tukemista, ei pelkästään hoidettavan hoivaamista. Hyödylliseksi avuksi omaishoitajille ajateltiin myös pieniä apuja arjessa, kuten näytepurkkien tuominen kotiin ja vieminen laboratorioon, apuvälineiden

toimittaminen, hoivattavan puolison vieminen aktiviteetteihin esimerkiksi hoitoalan opiskelijoiden tai vapaaehtoisten toimesta.

7.5 Tiedon saaminen ja palveluiden piiriin ohjautuminen

Tiedon saaminen omaishoitajan palveluista ja tuista jakoi mielipiteitä. Tietoa saatiin hyvin erilaisista paikoista ja eri muodoissa: Sairaalasta saatiin lähinnä esitteitä, joista tietoa oli saatu muun muassa yhdistyksistä ja toimintakeskuksista. Suhteellisen uusi palvelu Helsingin seniori-info oltiin myös koettu toimivaksi lähteeksi saada informaatiota asioista. Samaa mieltä oltiin siitä, että omaishoitajan tuli itse olla hyvin aktiivinen palveluiden piiriin pääsemisen suhteen, eikä selkeitä ohjeita tai neuvoja ole ollut saatavilla. Toisilla sosiaaliohjaaja oli tullut kotikäynnille, jossa omaishoitaja oli saanut hieman tietoa ja informaatiota ja palveluiden pariin siirtyminen oli sujunut hieman mutkattomammin. Toiset taas kokivat jääneensä asian kanssa yksin ja tarvittavaa tietoa sekä tukea oli saanut itse hakea tai tietoa oli saanut jonkun tutun kautta. Helsingin kaupungin kotisivut koettiin vaikeina, eikä sieltä ole tietoa helposti saatavilla. Osallistujilla oli myös kokemuksia siitä, miten sosiaaliohjaajan neuvonta ja ohjaus on muuttunut ajan myötä, eikä asiat hoidu enää yhtä hyvin ja jouhevasti kuin ennen.

”Kaupungin sivuilta on turha yrittää etsiä mitään.”

Yksimielisiä oltiin omaishoitajien toimintakeskusten toiminnasta, joka koettiin erittäin toimivana sekä tiedonsaannin että muun toiminnan kannalta. Tietoa ja apua saatiin myös paljon eri yhdistyksiltä, näissäkin ilmeni kuitenkin paljon eroja. Osa yhdistyksistä oli kovinkin aktiivisia ja osa puolestaan passiivisempia. Arvokkaaksi tiedonlähteeksi koettiin muilta omaishoitajilta kokemuksen kautta hankittu tieto, jota jaettiin vertaistukiryhmissä, erilaisilla kursseilla ja tapaamisissa. Osallistujat painottivat, että tiedon jakaminen muiden omaishoitajien kanssa on kullannarvoista tiedon jakamista.

”Itse ei olisi jaksanut etsiä kaikkea tietoa, apu helpottaa ja auttaa.”

”Tiedon ja informaation määrä, mitä on saanut toimintakeskuksesta, on arvokasta.”

Tiedon saamisen suhteen oma-aloitteisuus koettiin kuitenkin ensisijaisen tärkeänä, tietoa on paljon ja sitä pitää itse aktiivisesti etsiä ja tulkita. Jos ei itse ole aktiivinen, jää paljon tietoa saamatta.

”Ainut joka kysy meiltä minulta ja puolisolta, että miten te voitte, oli toi kirurgian lääkäri tuolta, kun puoliso oli tuolla ranneleikkauksessa. Hän kysy, ainut joka kysy, että miten te pärjätte. Ei kukaan muu oo kysyny.”

”Ei kukaan kysyny ’miten sä voit’, kun puolisoni halvaantui.”

Esiin tuotiin myös huoli siitä, että monet läheistään hoivaavat eivät tiedä omaishoitajille oikeutetuista palveluista ja tuista. Pohdimme viimeisessä työpajassa, miten tieto tavoittaisi heidät, jotka eivät tienneet omaishoitajien palveluista. Aluksi aihe veti hiljaiseksi. Tuntui hankalalta keksiä väylää, mitä kautta palveluita tarvitsevat saisivat tiedon omaishoitajuuteen liittyvistä palveluista, jos he eivät ehkä itsekään olleet vielä omaksuneet ajatusta siitä, että he ovat ajan myötä ajautuneet tilanteeseen, jossa läheinen tarvitsee hyvin paljon tukea päivittäisissä toiminnoissa.

Heidät pitäisi tavoittaa ennen uupumusta ja ahdistusta tilanteesta, jossa omaishoitaja on yrittänyt yksin pärjätä. Kuten toisen työpajan alussa todettiin, kun pohdittiin, miksi omaishoitajia on tärkeää tukea, tilanteeseen uupumista ja avun tarvetta ei välttämättä itse huomaa. Vaihtoehtoksi esitettiin, että tiedon tulisi tulla niistä terveydenhuollon palveluista, joita käytetään. Vastaanotolta tai sairaalasta, lääkäriltä tai hoitajalta. Jonkun on kysyttävä, miten arki sujuu kotona, jotta tilanteeseen voidaan herätä. Äkillisen sairastumisen tapahtuessa omaiselle toivottiin mahdollisuutta keskusteluapuun, psyykkistä tukea ja tietoa siitä, mistä voi saada kriisiapua tarvittaessa.

”Silloin ku tapahtuu, pitäis antaa tieto ensimmäisestä paikasta, ensimmäisenä mistä sä saat apua itsellesi.”

”Meitä on monia, jotka tarttis apua välillä. Henkistä tukea.”

7.6 Muutokset ja sopeutuminen

Sopeutuminen ja tilanteeseen mukautuminen olivat keskusteluissa useasti esillä. Asiat muuttuvat vääjäämättä puolison sairastuessa, kun hoivan tarve lisääntyy ja muutokset näkyvät kokonaisvaltaisesti niin elinympäristössä, parisuhteessa, sosiaalisissa suhteissa ja arjen jokapäiväisissä aktiviteeteissa. Äkillisissä muutostilanteissa, kuten puolison sairastuessa, tuotiin esiin, ettei terveydenhuollolta saatu tuki ollut riittävää, omaishoitajan vointiin ja selviytymiseen ei kiinnitetty huomiota tarpeeksi. Hyödylliseksi olisi koettu omaishoitajan voinnin kysyminen, keskusteluapu ja tieto siitä, mistä omainen voi saada apua tilanteessa.

Arjessa puolison kanssa tapahtuu suuri muutos, kun toisesta tulee hiljalleen tai äkillisesti hoivattava. Toiset työpajojen osallistujista olivat parisuhteessa yhteisen elämän aikana tottuneet hoitamaan käytännön asiat, kuten raha-asiat, ruoanlaiton ja kodin huoltamisen suureksi osaksi itse, toisille siihen oli sopeuduttava opettelemalla asiat, kun puoliso ei enää pystynyt niitä sairauden myötä tekemään. Näiden lisäksi kaikki puolison hoivaamiseen liittyvä vastuu on omaishoitajan harteilla. Yksi omaishoitajista kertoi, että hänen puolisonsa söi päivässä 22 eri lääkettä, joita ei kaikkia voitu pussittaa apteekin, koska joukkoon mahtui sytostaatteja, ja vastuu lääkkeiden antamisesta oli yksin omaishoitajalla. Arki muuttuu kiireisemmäksi, kun kahden ihmisen asiat joutuu hoitamaan yksin.

”Aikasemmin meitä on ollu kaks, jotka on hoitanu niitä asioita. Mä sanon, että meillä on aina mies hoitanu kaikki tekniset asiat nii en lampppua osannu kunnolla vaihtaa, et kantapään kautta joutuu sitte opettelemaan ja yksin sen vastuun kantamaan siitä huushollista.”

”Et kyllä se ihan pitää paikkansa toi ylikuormitus et nyt on kaikki yksillä harteilla.”

Hoivattava puoliso saattaa tarvita erilaisia apuvälineitä, jotka osaltaan muuttavat elinympäristöä. Yksi omaishoitajista kertoi, että hänelle heidän kotinsa muutoksineen tuntui nykyään jo ovesta sisään mennessä kuin laitokseen astuisi. Ulko-ovi toimi kaukosäätimellä, makuuhuoneessa oli puolison säädettävä sairaalasänky, nurkkia koristivat erilaiset hoitovälineet, jotka autoivat siirtymisessä. Mattoja ei ollut enää kuin olohuoneessa, jotta liikkuminen olisi esteettömämpää. Muut omaishoitajat eivät olleet elämäntilanteessaan kokeneet yhtä suuria muutoksia elinympäristössään. Yksi omaishoitajista koki kotiin hankitut kahvat epämiellyttäväksi eikä halunnut, että niitä asennettaisiin lisää mm. olohuoneeseen. Muut olivat kokeneet alkuun vähäiset hoitotarvikkeet oudoiksi, koska ne olivat kodissa uusi asia, mutta niihin oli nopeasti totuttu. Heillä muutokset eivät näkyneet kotona yhtä kokonaisvaltaisesti. Toisaalta yhdelle omaishoitajista oli vasta tulossa kotiin apuvälineitä, kuten istuinkorokkeita ja kahvoja, jotka hän koki ainoastaan käytännöllisiksi, koska alkoi tarvita niitä myös itse. Asenteen ajateltiin olevan merkittävä tekijä kodin muutoksiin sopeutumisessa, mutta muutosten suuruudella oli myös paljon merkitystä siihen, miten niiden aiheuttama muutos kotona koettiin ja miten helppoa tai vaikeaa siihen oli sopeutua.

”Ei (koti muutu) muuta ku käytännöllisemmäks. En minä ainakaan sitä mitenkään tunteella.”

”Ei se ole enää mikään koti, kun siellä on sairaalasänky ja turneri, eva-teline ja kahvoja joka puolella ja romuja joka nurkka täynnä. Se on ku sairaala meidän huusholli.”

Asia, joka puolison sairastumisen myötä herätti huolta, oli avun saaminen, jos omaishoitajalle tapahtuisi jotain sellaista, ettei hän itse pystyisi hälyttämään apua tai jos omaishoitajalle tapahtuisi jotain kodin ulkopuolella, eikä hän pystyisi kertomaan, että kotona on hoidettava puoliso. Yhdellä omaishoitajista oli jaettavanaan positiivinen kokemus, jossa hänelle oli sattunut tapaturma, joka vaati viikkojen parantumisen, minkä ajaksi hän oli saanut hoidettavan puolisonsa heti ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan. Työpajassa käydyssä keskustelun myötä eräs omaishoitajista oli testannut kotona puolisoaan ja oli saanut iloisesti yllättyä, kun puoliso oli vastannut soittavansa hätäkeskuksen numeroon, jos tarvittaisiin apua. Keksittiin myös laittaa teipillä hätäkeskuksen numero puhelimeen, jos tämä auttaisi

muistamaan hädän tullen miten toimia, mutta tämän keinon toimivuus herätti epäilyksen puhelimen käytön osaamisesta.

”Mä kysyin muuten tämän keskustelun (edellisessä työpajassa) jälkeen puolisoilta, että mihin sä soittasit nii sano ihan reippasti että 112. Sanoin, että et sä mikään tumpelo olekaan!”

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että omaishoitajuuteen liittyy paljon kuormittavia tekijöitä, eikä palvelujärjestelmän tarjoamaa psyykkistä tukea koeta riittäväksi yksilöllisiin tarpeisiin nähden. Omaishoitajuudessa nähdään olevan vaarana liiallinen kuormittuminen, joka voi pitkään jatkuessa johtaa sairastumiseen niin psyykkisesti kuin fyysisestikin (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014, 70). Tulosten mukaan kuormittavaksi tekijöiksi arjessa koettiin muun muassa hoivatyön vaativuus, omaishoitajan suuri vastuu yhteisestä arjesta, oman ajan puute, palvelujärjestelmän kuormittavuus, parisuhteessa koetut muutokset sekä emotionaaliset ristiriidat. Mikkola (2009) toteaa, että omaishoitajana toimimisen kuormitustekijät voivat heikentää hoivaamisen toteutumista ja oman hyvinvoinnin heikentyminen vaikeuttaa myös omaishoidon toteutumista (Mikkola 2009, 39). Tämä toistuu myös tuloksissa, joiden mukaan työpajoihin osallistuneet omaishoitajat kokivat vointinsa pääosin hyväksi, mutta vaihtelua voinnissa esiintyi kuitenkin paljon. Tuloksista nousi esiin, että huoli omasta jaksamisesta varjostaa arkea ja huolta kannetaan siitä, mitä tapahtuu, kun oma jaksaminen loppuu.

Vapaa-ajan järjestäminen voi olla omaishoitajille vaikeaa, eikä aikaa omille harrastuksille tai sosiaalisten suhteiden ylläpitämiselle juurikaan ole. Hoivattavaa ei pysty jättämään yksin ja hoitoavun saaminen voi olla vaikeaa (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76). Kansallisessa omaishoidon kehittämisohjelmassa (2014, 70) todetaankin, että omaishoitajien saama riittävä tuki toisi mahdollisuuden pitää yllä sosiaalisia suhteita, harrastuksia sekä osallisuutta. Osallistujat kuvasivat harrastustoimintaa ja itselle mielekkäitä aktiviteetteja arjessa voimaannuttaviksi asioiksi, minkä vuoksi niiden mahdollistaminen olisikin tärkeää omaishoitajan psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Myös Kaakkurinniemen (2014) mukaan omaishoitajien tulisi pitää huolta itsestään ja tehdä itselleen merkityksellisiä asioita, kuten harrastaa ja nähdä ystäviä. Jos tämä ei toteudu, ei omaishoitajana jaksaa toimia kauaa. (Kaakkurinniemi 2014, 15-17). Tämän vuoksi oman ajan saaminen ja hengähdystauot hoivatyöstä olisivat arvokkaita jaksamisen kannalta. Tulosten mukaan tämä ei kuitenkaan ole omaishoitajille aina mahdollista, koska sijaishoitajaa on vaikea saada ja hoivattavan kotiin jättäminen yksin lisää omaishoitajan huolta. Osa omaishoitajista koki lyhyen vapaa-ajan, esimerkiksi hoivattavan ollessa päivätoiminnassa, kellon käyttämisenä, eikä silloin pääse

irtaantumaan tai rentoutumaan hoivatyöstä. Omaishoitajien tilanteet ovat kuitenkin aina yksilöllisiä ja tämä tulisi ottaa paremmin huomioon myös sen osalta, että osa omaishoitajista ei voi ollenkaan jättää hoivattavaa puolisoaan yksin, kun taas toisilla tilanne on joustavampi ja puoliso pärjää hyvin kotona myös yksin muutaman tunnin ajan. Omaishoitajuuden merkittävän sitovuuden voisi huomioda mahdollisuutena saada enemmän lomapäiviä suhteessa omaishoitosuhteen sitovuuteen tai vaihtoehtoisena mahdollisuutena saada useammin sijaisen esimerkiksi neljän tunnin ajaksi päivässä, jolloin omaishoitaja saisi muutaman tunnin vapaa-aikaa huolehtia itsestään ilman huolta puolisostaan. Tämä lisäisi kaivattua omaa aikaa omaishoitajalle ja vaihtoehtoisuus antaisi mahdollisuuden valita itselleen sopivampi ratkaisu, koska jotkut haluavat mieluummin pitää pidemmän pätkän lomaa kerralla ja toisille jo muutama tunti tuo jaksamista arkeen.

Perheen, lähipiirin, ystävien ja muun sosiaalisen verkoston tarjoama tuki on tärkeää omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäjänä (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 78). Omaishoitajat tuovat omaishoidon tilanteen selvityksessä (2006) esiin, että saatu tuki tulee pääosin omalta perheeltä ja tärkeimmäksi tukiverkoksi nimetäänkin usein oma perhe ja lähipiiri (Järnsted, Kaivolainen ym. 2009, 8-9). Tämä ilmeni myös tuloksista, sosiaaliset suhteet nähdään tärkeiksi ja toteutukseen osallistuneiden lähipiiri oli useimmilla aktiivinen ja auttavainen, joka lisää niin arjen mielekkyyttä kuin voi puolestaan lisätä myös omaishoitajan oman ajan määrää. Apua ei kuitenkaan aina silloin ole tarjolla, kun sille olisi tarve tai apua ei kehdeta pyytää, koska toisia ei haluta kuormittaa. Pitää kuitenkin muistaa, ettei kaikilla ole aktiivista ja läheistä perhepiiriä, mikä voi osaltaan lisätä tuen tarvetta ja vähentää huomattavasti mahdollisuuksia vapaa-aikaan ja omiin mielekkäisiin aktiviteetteihin.

Juntunen & Salminen (2011) kuvailevat stressitekijöitä, joissa ensisijaisesti kuormittuminen nähdään syntyvän avustettavan tarpeista ja hoidon vaatavuudesta. Tällainen stressitekijä voi olla esimerkiksi hoivattavan riippuvuus omaishoitajasta useissa päivittäisissä rutiineissa (Juntunen & Salminen 2011, 4). Kasautuessaan ja pitkäkestoisina stressitekijät aiheuttavat omaishoitajan psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemistä, joista tuloksissa tuotiin esiin muun muassa jatkuva väsymys ja kiinnostuksen puute asioihin, riittämättömyyden tunne ja arjen kokeminen kokonaisuutenaan hyvin raskaana. Myöskään omaa hyvinvointia ei puolisoa huolehtimisen ohella ehditty usein edes ajatella, koska huoli ja stressi hoivattavasta on koko ajan läsnä. Omaishoitajan onkin tärkeää saada riittävää tukea jo omaishoitajuuden alkutaipaleelta asti, jotta omaishoitajuuteen liittyvät primaariset stressitekijät eivät pääse kasautumaan ja aiheuttamaan siten sekundaarisia stressitekijöitä ja psyykkisen voimien heikkenemistä, mikä vaikuttaa olennaisesti omaishoidon toteutumiseen.

Kuormittuneisuutta nähdään aiheuttavan tunne myös siitä, että on joutunut tekemään myönnytyksiä koskien omaishoitajuutta, ristiriidat muiden kanssa, vähäinen vapaa-aika, vähentynyt mahdollisuus ylläpitää sosiaalisia suhteita sekä taloudelliset ongelmat. (Juntunen

& Salminen 2011, 4.) Tuloksista nousi esiin, että ystävyyssuhteita on jäänyt vuosien saatossa matkan varrelle ja useimpien kanssa yhteydenpito vähentyi puolison sairastumisen ja omaishoitajuuden alkamisen myötä. Tämän ajateltiin liittyvän muun muassa siihen, että suhde sairastuneeseen muuttuu tai yksinkertaisesti aikaa sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen ei ole. Näin ollen voidaan todeta, että vapaa-ajan lisääntyminen voisi vaikuttaa positiivisesti myös sosiaalisten suhteiden ylläpitoon sekä lisätä mahdollisuuksia toteuttaa itselle mielekkäitä aktiviteetteja ja sitä kautta tukea psyykkistä hyvinvointia. Myöskään nykyhetken tarjoamaa taloudellista tukea omaishoitajuuteen ei tulosten mukaan koeta riittävänä verraten hoivatyön vaativuuteen.

Omaishoito nähdään perustuvan ihmissuhteeseen, joka on ollut olemassa jo ennen omaishoitosuhteen syntymistä, tämän vuoksi omaishoitajalla voi olla vaikeuksia havaita avun ja tuen tarpeita (Salanko-Vuorela 2010, 9). Tuloksissa esiin nousikin huoli siitä, ettei tuen tarpeita välttämättä itse tunnista. Omaishoitaja voi kokea puolisoaan huolehtimisen luonnollisena velvollisuutena, eikä avun pyytämistä tai omaa tuen tarvetta tule ajatelleeksi, vaikka kokisikin voinnin väsyneeksi. Kaivolaisen (2011) mukaan omaishoitajan roolin omaksumisen taustalta löytyykin usein rakkaus hoivattavaa kohtaan. Tunneside hoivattavaan säilyy taustalla, vaikka se tuntuisi hiipuneen muuttuneessa elämäntilanteessa. Rakkaus ja kiintymys voivat antaa omaishoitajalle voimia jaksaa arjessa ja merkityksellisyyden tunteen, että on läheiselleen tarpeellinen ja tärkeä. (Kaivolainen 2011, 108-109.) Tulosten mukaan omaishoitajat kuvasivat suhteen puolisoonsa säilyneen tunnetasolla vahvana ja rakkauden olevan läsnä jokapäiväisessä arjessa siitä huolimatta, että parisuhde muuttaa muotoaan sairauden edetessä ja hoivan tarpeen kasvaessa. Sen kuvattiin olevan paitsi välttämätöntä, jotta raskasta hoivatyötä jaksaisi tehdä, mutta myös voimaannuttava asia ja ilon lähde arkea pyörittäessä.

Ihmiset haluaisivat tulla toimeen ilman apua ja avun vastaanottaminen tai avun pyytäminen mielletään usein hankalaksi (Mäkelä 2011, 87). Näin kokivat myös työpajoihin osallistuneet omaishoitajat. He kertoivat avun pyytämisen olevan hankalaa ja toivat esiin mahdollisen vaikeuden tunnistaa oman avuntarpeen omaishoitotilanteessa etenkin, jos puolison hoivan tarve kasvaa hitaasti ajan kuluessa. Tämän vuoksi palvelutarpeen tunnistamisen tehostaminen tukisi epävirallisessa omaishoitosuhteessa olevia omaishoitajia, jotka eivät ole vielä palveluiden piirissä, mutta hyötyisivät omaishoitajalle suunnatuista tukipalveluista. Heillä ei välttämättä ole enää voimavaroja ja jaksamista, joita palveluiden piiriin ohjautuminen tällä hetkellä vaatii omaishoitajalta.

Tuloksista havaittiin, että tietoa omaishoitajille nähdään olevan saatavilla paljon, sitä saatiin omaishoitajuuden eri tilanteissa ja hyvin erilaisista lähteistä, jonka vuoksi tiedon saaminen koetaankin pirstaloituneena. Myös Mäkelän (2011) mukaan omaishoitajat tarvitsevat tukea ja tietoa, jotta he pystyvät huolehtimaan läheisensä ja itsensä hyvinvoinnista ja tieto sekä

arkeen saatu tuki helpottavat omaishoitajien elämää vaikeissakin hoitotilanteissa, mutta omaishoitajat joutuvat kuitenkin hakemaan hoidon onnistumiseen tietoa ja tukea useilta eri tahoilta. (Mäkelä 2011, 88.) Omaishoitaja on alkuun tilanteessa, jossa monet omaishoitajuuteen liittyvät palvelut ja tuet ovat todennäköisesti uusia asioita, joista tarvitaan ensin tietoa, jotta niitä voi hyödyntää. Tulosten mukaan omaishoitajat kokivat tiedonsaannin ja palveluiden piiriin ohjautumisen olevan omaishoitajan oman aktiivisuuden ja jaksamisen varassa. Kaikilla ei kuitenkaan ole riittäviä voimavaroja tähän ja etenkin alkutaipaleella tietoa ja ohjeistusta palveluista tulisi saada helpommin, eikä jättää avun saamista täysin omaishoitajan jaksamisen varaan. Tässäkin yksilöllinen huomioiminen on tarpeen, sillä joillain voimavarat riittävät selaamaan nipun tiedotteita ja ottamaan itse yhteyttä eri palveluntuottajiin, toiset taas vaativat enemmän tukea myös palveluiden piiriin ohjautumisessa. Omaishoitajan ei tulisi missään vaiheessa kokea jäävänsä yksin, vaan tiedon ja tuen saannin tulisi olla jatkuvaa koko omaishoitajuuden ajan.

Tuloksista käy ilmi, että osa omaishoitajista koki, etteivät he olleet saaneet omaishoitajuuden erilaisissa muutosvaiheissa, kuten puolison äkillisesti sairastuessa tai hoivantarpeen nopeasti kasvaessa, riittävää psyykkistä tukea. Yksi omaishoitajista toi esiin, että hän koki jääneensä täysin ilman tukea puolisonsa sairastuttua vakavasti yllättäen. Osallistujat pohtivat, että tällaisessa tilanteessa olisi välttämätöntä saada tietää, mistä voi saada itselleen apua, miten tilanteessa tulisi edetä ja mitä tulee tapahtumaan. Omaishoitoliiton (2018) mukaan omaishoitajuudessa tulee vastaan useita erilaisia tilanteita, jolloin ohjauksen tarve korostuu. Siksi tähän tulisi kiinnittää enemmän huomiota sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa omainen tulisi heti ottaa myös huomioon ja osaksi puolisonsa hoitoa. Tukea olisi myös toivottu ristiriitaisten tunteiden käsittelyyn, joita puolison sairauden eteneminen herätti. Näitä olivat mm. puheentuoton heikentyminen ja käytöshäiriöt, jotka ymmärrettiin sairauden aiheuttamiksi, mutta ne herättivät omaishoitajissa erilaisia tunteita, kuten turhautuneisuutta ja riittämättömyyden tunnetta.

Tuloksista selviää, että tiedon ja asioiden jakaminen on omaishoitajille henkireikä, joka antaa tukea ja voimaa arkeen. Vertaistukiryhmät koetaan tärkeiksi väyliksi saada tietoa ja tukea. Myös Kaivolainen (2011) kuvailee, että vertaistuki on parhaimmillaan omaishoitajalle voimaannuttavaa, hyvää oloa ja yhteisöllisyyden tunnetta lisäävää toimintaa, jossa saa tietoa, ymmärrystä sekä henkistä tukea. (Kaivolainen 2011, 127-129.) Omaishoitajat saivat vertaistukea puhelimen välityksellä samassa tilanteessa olevilta ystäviltä, mutta vertaistukiryhmiin ja omaishoitajille suunnattuihin tapaamisiin osallistuminen vaati aina sijaisen tai esimerkiksi hoivattavalle samaan aikaan järjestettävää toimintaa, jos puolisoa ei voinut jättää yksin tai osallistua tapaamisiin yhdessä. Toiveena oli päästä osallistumaan tapaamisiin ilman huolta puolisosta, jolloin niistä saisi mahdollisimman suuren hyödyn omaa jaksamista ajatellen. Verkossa järjestettävä vertaistukitoiminta voisi olla mahdollisuus omaishoitajille, joille on vaikeaa päästä osallistumaan tapaamisiin paikan päälle.

Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen pitää sisällään hyvinvoinnin edistämisen sekä auttamisen. Se tarkoittaa, että apua tarvitsevaa autetaan ilmaisemaan ja käsittelemään omia tuntemuksiaan, ajatuksiaan ja kokemuksiaan siten, että hän osaa tunnistaa ja käyttää omia voimavaroja ja selviytymiskeinoja. (Suua & Tuomikoski 1995, 64.) Omaishoitajalla on oikeus saada tukea, tietoa ja ohjausta, eikä raskasta hoivatyötä tarvitse jaksaa yksin. Omaishoitajan huomioiminen yksilönä omine tuen tarpeineen on ensiarvoisen tärkeää ja tämä ilmeni myös tuloksissa. Omaishoitajat toivoivat, että heitä huomioitaisiin enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten puolelta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä olisi antaa omaishoitajalle tarvittavaa tietoa ja ohjausta, jotta omaishoitaja pystyy toimimaan tarkoituksenmukaisesti. Ammattilaisen tehtävänä olisikin auttaa omaishoitajaa sopeutumaan muuttuvaan tilanteeseen sekä etsiä yhdessä ratkaisuja tuen tarpeisiin (Malmi & Nissi-Onnela, Malmi & Mäkelä, Kaivolainen 2011, 76, 125, 168). Tulosten mukaan pienikin huomioiminen koetaan hyvin tärkeänä ja tuen tarpeisiin mukautettu keskusteluavun tarjoaminen etenkin muutosvaiheissa tuen tarpeen kasvaessa koettaisiin hyödyllisenä. Keskusteluapu auttaisi käsittelemään ristiriitaisia tunteita, sopeutumaan muutoksiin ja tuomaan esiin omaishoitajan voimavaroja sekä selviytymiskeinoja.

Tuloksista esiin noussut kehittämis ehdotus, jonka idean omaishoitajat toivat itse puheeksi, oli omaishoitajille suunnattu puhelinpalvelu, josta omaishoitaja saisi helposti ja nopeasti apua tarpeen tullen. Puhelinpalvelusta olisi hyvä saada sekä neuvontaa että psyykkistä tukea, sillä omaishoitaja on etenkin psyykkisen tuen suhteen hyvin pitkälti omillaan, jos sosiaalista tukiverkkoa ei ole ja kotoa on vaikeaa lähteä. Puhelimen kautta apu olisi saatavilla, vaikka kotoa ei voisikaan lähteä. Neuvonta olisi tarpeen palvelujärjestelmän monimuotoisuuden ja koetun kuormittavuuden vuoksi ja sitä olisi hyvä saada nykyistä helpommin. Soittoajan tulisi olla vähintään joka arkipäivänä ja eduksi olisi, jos se olisi pidempi kuin virka-ajan puitteissa, sillä omaishoito on ympärivuorokautista hoivatyötä, jossa hankala tilanne ja tuen tarve voi olla mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Toinen kehittämis ehdotus on kotiin saatavien palveluiden kehittäminen vastaamaan omaishoitajan yksilöllisiä tarpeita. Kotihoito nykyisellään ei vastaa omaishoitajan tarpeisiin, sillä käyntiajat eivät ole kiinteitä ja hoitotilanne on usein jo omaishoitajan toimesta hoidettu siihen mennessä, kun kotihoidon työntekijä pääsee paikalle. Hoitotoimet ovat yleensä samoja, joita omaishoitaja on hoitanut jo aiemmin, joten esimerkiksi aamutoimien siirtäminen kotihoidolle siinä vaiheessa, kun omaishoitajan tuen tarve nousee ja hän tarvitsee apua puolison hoivassa, ei välttämättä auta ollenkaan. Asioiden hoitaminen kotihoidon kanssa on lisästressi omaishoitajalle ja jos palvelusta koituu enemmän kuormitusta kuin ilman sitä, ei se ole optimaalinen ratkaisu tilanteeseen. Omaishoitajalle olisi tulosten mukaan hyödyllisempi yksilöllisesti kustomoitu kotihoito tai kotiapu, joka todella huomioi yksilöllisen tuen tarpeen ja lähtee siitä lähtökohdasta, että palvelun hyötyjän tulisi olla omaishoitaja.

Muun muassa näytepurkkien, apuvälineiden ym. toimittaminen ja poisvienti koettaisiin hyödylliseksi etenkin, jos hoivattava puoliso ei pärjää ollenkaan yksin kotona.

8.2 Työpajojen arviointi

Työpajatyöskentelyä arvioitiin työpajoille asetettujen tavoitteiden, tutkimuskysymysten, fasilitoinnin, ryhmähaastattelun sekä allianssikyvykkyyden kautta. Allianssikyvykkyyteen nähdään kuuluvan muun muassa avoimuus, luottamus, kuunteleminen ja kannustaminen, kokonaisuuden hahmottaminen, tiedottaminen, osaaminen, kehittyminen sekä kyky toimia epävarmassa tilanteessa ja muuttuvassa ympäristössä. (Brandt 2017).

Työpajojen suunnittelua ja toteutusta ohjasi tutkimuskysymyksiimme vastaaminen. Käytimme uuden tiedon keruun apuna ryhmähaastattelua, jossa hyödynsimme fasilitoinnin tarjoamia työkaluja. Pyrimme valitsemaan sekä muokkaamaan menetelmistä sellaisia, joiden myötä saataisiin osallistujien ääni, kokemus ja asiantuntijuus tehokkaaseen käyttöön. Tämä ei ollut helppo vaihe, koska meidän tuli huomioida osallistujat kokonaisvaltaisesti, ilman että olimme heitä aikaisemmin tavanneet. Saimme kuitenkin suunnitteluun hyvää ohjausta, mikä antoi meille valmiuksia pohtia suunnitelmaamme laajemmin. Todellista osallistujamäärää ei voinut tietää ennen toteutuspäiviä, mutta huomioimme menetelmien valinnassa tämän, ajatellen etukäteen, miten voimme toteutusta muuttaa, mikäli osallistujia onkin odotettua vähemmän. Emme osanneet aavistaa ennen toteutuksia, mitkä menetelmät tai millä tavoin meidän työskenteleminen ja läsnäolo tukisi osallistujia, mikä toi jonkun verran epävarmuutta työpajojen suunnittelemiseen sekä menetelmien valintaan.

Fasilitointi oli meille molemmille uudenlainen menetelmä verrattuna perinteiseen ryhmänohjaukseen. Kumpikaan meistä ei ollut aikaisemmin ollut fasilitaattorin roolissa ja sen myötä pääsimme molemmat haastamaan itseämme ja pois mukavuusalueeltamme. Prosessin edetessä, koimme että toimintamme fasilitaattoreina kehittyi ja muuttui luontevammaksi, tähän varmasti vaikutti myös tutummaksi tuleminen osallistujien kanssa. Fasilitaattorin ei oleteta osallistuvan työskentelyyn, mutta me poikkesimme tästä ja otimme osaa keskusteluun, joten muokkasimme myös toimintaamme palvelemaan kohderyhmää. Pidimme fasilitaattorin roolista kiinni huolehtimalla työpajojen aikataulusta sekä ohjasimme keskustelua haluttujen aiheiden piiriin sekä teimme tarkentavia kysymyksiä. Ajoittain keskustelu lähti osallistujien puolelta ajelehtimaan pois aiheesta, mikä tuntui aluksi vaikealta hallita ja epävarmuuden tunne valtasi tällaisissa hetkissä mielen. Jälkikäteen huomasimme, että olimme käyttäneet juuri tällaisessa tilanteessa hyödyksi menetelmiä, joilla saada osallistujien huomio takaisin käsiteltävään aiheeseen, kuten osallistujilta käsiteltävissä olevan asian uudelleen kysyminen ja pieni äänen korottaminen, mikä saa aikaan osallistujissa huomion siirtymisen takaisin aiheen pariin.

Koemme, että saimme kuitenkin rauhallisuudellamme luotua osallistujille luottavaisen ilmapiirin ja pystyimme tämän ominaisuuden myötä myös huolehtimaan, että jokaisen osallistujan ääni tulee kuulluksi. Toimintamme ryhmänohjaajina ei välttämättä ollut kaikkein selkeintä, ohjeistuksen suhteen olisimme voineet olla selkeämpiä, saimme kuitenkin kerättyä monipuolisen aineiston. Työpajatyöskentelyn ja luottamuksen rakentumista voidaan mitata myös sillä, että osallistajat rohkaistuivat viimeisellä toteutuskerralla keskustelemaan seksuaalisuudesta ja seksistä. Työnjakomme ryhmänohjauksessa oli tasapuolista ja molemmat ottivat ohjaukseen osaa. Osallistajat olivat aktiivisia ja heillä oli halua vaikuttaa yhteisen asian hyväksi, he kokivat saavansa toteutuseroilta vertaistukea, mikä selvästi vaikutti haluamiimme tavoitteiden täyttymiseen.

Valittuihin menetelmiin olemme tyytyväisiä, vaikka muutimme suunnitelmasta poiketen joitakin menetelmiä tilanteeseen sopivammaksi. Menetelmien muuttaminen johtui joko osallistujien pienestä määrästä tai työskentelyn lomassa huomasimme, ettei seuraava työvaihe olisi ollut hedelmällinen peilaten haluttuihin tavoitteisiin. Tällainen tilanne oli esimerkiksi menetelmä, jossa olimme suunnitelleet työskentelyn tapahtuvan pienryhmissä, mutta osallistujien määrästä johtuen oli yhteisöllisyyden ja kokemusten jakamisen rikkauden myötä tehokkaampaa käsitellä haluttu menetelmä koko ryhmän kanssa yhteisesti. Tällaisissa kohdissa koimme, että omaamme ominaisuuden joustavuuteen, eli pystymme havainnoimaan tilannetta ja sen muuttuessa meillä on valmiuksia muuttaa alkuperäistä suunnitelmaamme. Valitut menetelmät olivat joltain osin hieman vajavaisia, kuten kontrolloitu kahvila ei sellaisenaan sopinutkaan toteutukseen toisin kuin taas me-we-us-menetelmän avulla saimme osallistavan vaikutuksen menetelmän oppien mukaisesti.

Tiedon ja taidon taso koskien ilmiötä ja työpajojen toteutuksen elementtejä ovat lisääntyneet. Kokemuksemme ryhmänohjauksesta antoi meille valmiuksia toimia tulevaisuudessa luontevammin ryhmänohjaustilanteessa ja opimme prosessin myötä tunnistamaan hyvän ohjaajan elementtejä. Näitä elementtejä ovat esimerkiksi avoimuus, kuunteleminen, luottamus sekä kannustaminen. Päätöksenkykytaitomme kehittyi toteutusten myötä. Prosessin aikana turvauduimme paljonkin ohjaavien lehtorien tukeen, koska koimme olomme välillä hyvinkin epävarmoiksi toteutuksen onnistumisen suhteen. Teimme kuitenkin prosessin aikana päätöksiä itsenäisesti, joiden ajattelimme edistävän aineiston keruuta. Näitä olivat esimerkiksi valitut menetelmät työpajoihin. Päätöksentekotaitomme kehittyi myös työpajatoteutuksen lomassa, kun teimme päätöksiä aikataulun muutoksen tai menetelmän vaihtamisen kanssa tilanteiden mukaan.

8.3 Eettisyys

Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys on, että tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsijärvi ym. 1997, 23). Olemme noudattaneet tutkimuksessamme

hyvää tieteellistä käytäntöä sekä tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta läpi opinnäytetyöprosessin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Tutkimuslupa haettiin Helsingin kaupungilta kirjallisena tutkimuslupahakemuksella, johon liitettiin tutkimussuunnitelma. Olemme avoimesti kirjoittaneet opinnäytetyöprosessista ja siihen liittyvistä vaiheista sekä kuvanneet ja havainnollistaneet näitä kuvioin, taulukoin ja sitaatein lisäten näin työn läpinäkyvyyttä. Tutkimustulokset on saatu tutkimuksessa kuvatuilla menetelmillä, eikä niitä ole muokattu. Toimimme sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden voimassa olevien salassapitosäännösten mukaisesti.

Osallistuminen tutkimukseen on oltava vapaaehtoista ja suostumuksen tulee perustua osallistujien omaan päätökseen. Ennen suostumuksen antamista osallistujien on saatava tarpeeksi tietoa työpajojen tarkoituksesta ja toimintatavasta sekä kerätyn aineiston käyttötarkoituksesta ja säilytyksestä. Osallistujien tulee tietää ennen suostumista, miten työpajoissa kerätään aineistoa, miten sitä käsitellään ja mihin se lopulta päättyy. (Hirsijärvi ym. 1997,25.) Työpajatyöskentelyyn osallistuminen oli omaishoitajille täysin vapaaehtoista. Omaishoitajat saivat kirjoittamamme saatekirjeen ennen toteutuskertoja (Liite1), jossa esittelimme itsemme, aiheemme sekä opinnäytetyömme toteutustavan. Saatekirjeessä painotimme, että osallistuminen toteutuksiin oli vapaaehtoista eikä mahdollista kieltäytymistä tarvinnut perustella. Työpajoihin osallistumisen suostumus tehtiin kirjallisena sopimuksena (Liite2), jolla osallistujat hyväksyivät työpajoissa käytetyt aineistonkeruumenetelmät ja kerätyn aineiston käyttötarkoituksen.

Aineiston keräämisessä tulee huomioida luottamuksellisuus, aineiston asianmukainen tallennus sekä anonyymiuden takaaminen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Työpajoista saatua aineistoa käytettiin vain tähän opinnäytetyöhön. Muistiinpanot olivat vain tutkimuksen tekijöiden hallussa ja nauhoitteet säilytettiin tarvittavan ajan yhtenä kappaleena, eikä niistä tehty kopioita. Litterointimateriaalissa tai työssä ei ole näkyvissä osallistujien nimiä.

8.4 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasti ilmiöstä. Luotettavuuden arviointi on keskeisessä osassa tutkimusta, koska tutkimusta ohjailevat tietyt arvot ja normit, joihin tulisi pyrkiä. Kaikessa tutkimustoiminnassa tuleekin pyrkiä välttämään virheitä ja yksittäisissä tutkimuksissa on arvioitava tutkimuksen luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 127, Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, Tuomi & Sarajärvi 2018, 158.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin käyttämällä laadullisen tutkimuksen neljää luotettavuuskriteeriä. Credibility eli uskottavuudella tarkoitetaan tutkimusten ja tutkimustulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta voidaan

tutkimuksessa vahvistaa siten, että tutkija on tarpeeksi pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, koska osallistujan näkökulman ymmärtäminen vie aikaa. Uskottavuutta lisää myös se, että tutkimuksen tekijä pitää tutkimuspäiväkirjaa, jossa hän pohtii tekemiään valintojaan sekä kokemuksiaan. Näiden avulla pyritään siihen, että tutkimuksen tekijä kykenee hyödyntämään tekemiään kuvauksia toimintansa tukena. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Tutkimusprosessimme alkoi toukokuussa 2018, tässä ajassa käsityksemme ja oppimamme on tarkentunut. Kirjoitimme molemmat tutkimuspäiväkirjaa, joka auttoi meitä jäsentelemään oppimaamme ja ymmärrystämme käsiteltävästä ilmiöstä. Jaoimme ja pohdimme koko opinnäytetyöprosessin ajan toistemme kanssa prosessista ja ilmiöstä syntyneitä ajatuksia ja kokemuksia. Valitsemamme aineiston keruu menetelmä eli ryhmähaastattelu onnistui vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja sen myötä omaishoitajat myös kokivat vastavuoroisuutta sekä luottamuksellisuutta, joka edesauttoi keräämään runsaan ja monipuolisen tutkimusaineiston.

Auditability eli vahvistettavuus liittyy kokonaisvaltaisesti tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimuksen tekijältä tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Tutkimuksen tekijä hyödyntää raporttia kirjoittaessa muistiinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista. Tarkoituksena on kuvata aineiston avulla, miten tutkimuksen tekijä on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiin. Vahvistettavuus voi toisaalta olla myös ongelmallinen luotettavuuden kriteeri, koska laadullisessa tutkimuksessa ei toinen tutkija päädy välttämättä samalla aineistolla samaan tulkintaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olemme avanneet ja kuvailleet opinnäytetyöprosessiamme avoimesti. Olemme perustelleet tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä sekä perustelleet näitä tutkimuskysymyslähtöisesti. Aineiston analyysi eteni pääsääntöisesti aineistolähtöisen analyysin prosessin mukaisesti (kuviot), jota olemme kuvanneet tutkimuksessamme osoittaen tämän myös esimerkein ja taulukoin. Olemme läpinäkyvyyden takaamiseksi myös nostaneet tuloksissa esiin sitaatteja.

Reflektiivisyydellä edellytetään tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdista tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on arvioitava ja huomioitava oma vaikuttaminen aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä hänen on kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Emme olleet kumpikaan ennen tämän opinnäytetyöprosessin alkua tehneet tutkimusta, mikä osaltaan toi epävarmuutta ajoittain tutkimuksen aikana tehtyihin päätöksiin ja tutkimuksen etenemiseen. Tätä epävarmuutta helpotti kuitenkin hyvä ohjaus sekä tutustuminen kirjallisuuteen. Koemme, että valitsimme oikean tutkimusmenetelmän ajatellen tutkimuskysymyksiämme ja haluttua tulosta aineiston laajuuden suhteen. Saimme hyödyntämällä fasilitointia ryhmähaastattelussa aineistosta rikkaan ja monipuolisen.

Neljäs kriteeri on transferability eli siirrettävyys, jolla tarkoitetaan tutkimuksen siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista sekä ympäristöstä, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olemme tuoneet esiin tutkimukseen osallistujien näkökulmat ja kuvailleet niin ympäristöä kuin osallistujien kokemuksia avoimesti. Tutkimustuloksissa esiin nousseita ilmiöitä voidaan löytää myös aikaisemmista tutkimuksista.

Laadullisten tutkimusten luotettavuutta on kritisoitu tutkimuksiin osallistujien pienestä määrästä. Tällaisissa tapauksissa laadullista tutkimusta arvioidaan määrällisen tutkimuksen näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 133.) Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa omaishoitajien ajatuksista, toiveista ja tarpeista koskien psyykkistä hyvinvointia ja siihen liittyvää tuen tarvetta, jotta omaishoitajien psyykkisen tuen toimintamallia pystyttäisiin kehittämään. Tutkimuksen toteutumisen kannalta toivoimme saavamme 4-12 omaishoitajaa osallistumaan työpajatyöskentelyyn. Tämä tavoite toteutui, kun osallistujia oli työpajakerrasta riippuen 4-6 osallistujaa.

Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää se, että työpajatyöskentelyyn osallistui omaishoitajia, jotka ovat aktiivisia ja heiltä löytyy voimavaroja vaikuttamiseen. Näin ollen tutkimuksen ulkopuolelle jäivät mahdollisesti juuri he, jotka eniten tarvitsisivat arjessaan apua ja tukea. Luotettavuutta saattaa heikentää myös se, että osallistujilla saattoi olla taipumusta antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsijärvi ym. 1997, 206). Tämä on yksi ryhmäkeskustelun erityispiirteistä, joka saatetaan toisinaan nähdä tiedon hankintaa haittaavana piirteenä, mutta toisaalta on luonnollista sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, että ihmiset vaikuttavat toinen toisiinsa. Tutkijoiden tehtävä oli kuitenkin pyrkiä työskentelemisellä siihen, että osallistujat pysyvät annetuissa aiheissa sivuuttamalla aiheet, jotka eivät ole työpajan tavoitteiden kannalta tärkeitä ja tekemällä lisäkysymyksiä ja reflektoimalla kiinnostavia aiheita, joista halutaan tietää lisää. (Valtonen 2011, 89.) Osallistujat antoivat paljon sellaista tietoa, mikä ei ole oleellista tutkimuksen kannalta, mutta näistä aiheista saimme fasilitaattoreina useimmiten ohjattuna osallistujat takaisin sen hetkisen asian äärelle.

Lähteet

Aaltonen S., Hytti, U., Lepistö, T., Mäkitalo-Keinonen, T. yhteistyössä Agile-hankkeen muiden tutkimusryhmien ja tutkijoiden kanssa, 2016. Yhteiskehittäminen: kaikki siitä puhuu, mutta mitä se on ja miten siinä onnistua? Turun yliopisto, Turun Kauppakorkeakoulu. Viitattu 27.8.2018. Saatavissa:

https://www.utu.fi/fi/yksikot/tse/ajankohtaista/uutiset/Sivut/Yhteiskehitt%C3%A4minen_kaiikki-siit%C3%A4-puhuu,-mutta-mit%C3%A4-se-on-ja-miten-siin%C3%A4-onnistua.aspx

Brandt, A. 2017. IPT. Hankinnan suunnittelu- työpaja 8.-9.6.2017. Allianssikyvykkyys ja ryhmätyöskentelyn arviointi. IPT-ryhmähanke. Viitattu: 6.2.2019. Saatavissa:

https://asiakas.kotisivukone.com/files/ipt-hanke.fi.auttaa.fi/IPT2_8.6._Allianssikyvykkyys_ja_ryhmatyoskentelyn_arviointi.pdf

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. Porvoo: Bookwell Oy.

Heino, M. 2011. Omaishoitajan työoikeudellinen asema ja tilanne työmarkkinoilla. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 35.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Juntunen, K. & Salminen, A. 2011. Omaishoitajan jaksaminen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. 78/211. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 28.8.2018. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28272/Selosteita78.pdf?sequence>

Järvinen, V. 2017. Iäkkäiden omaishoitajien masennusoireet ja niitä selittävät tekijät. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.9.2018. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/54529/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201706152915.pdf>

Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T & Salanko-Vuorela, M. 2009. Omainen hoitajana. Saarijärvi: Omaishoitajat ja Läheiset- Liitto ry.

Kaakkuriniemi, S. 2014. Mistä omaishoitaja saa voimaa? Teoksessa: Kaakkuriniemi, S., Kalliomaa-Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palosaari, E. & Uusitalo, M. Omaishoitajan käsikirja. United Press Global.

Kaivolainen, M. 2011. Omaishoitajan tunnekokemukset. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 107-108.

Kaivolainen, M. 2011. Myönteisten tunteiden voima. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 108-109.

Kaivolainen, M. 2011. Omaishoitajan tunteiden säätely ja tunnettyö. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 122-123.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. 2014. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Viitattu:13.8.2018

Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kantojärvi, P. 2012. Fasilitointi luo uutta. Helsinki: Talentum.

Koskinen, M. 2011. Fenomenografia tutkimuslähestymistapana. Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan, toim. Puusa, A. & Juuti, P. Johtamistaidon opisto JTO.

Kotiranta, T. 2011. Muutostilanteet omaishoitoperheessä. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 172.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lääperi, P. 2016. Resilienssi auttaa vastoinkäymisissä. Tunne & Mieli 2016/1. Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 9.12.2018.

Saatavissa: <http://mtkl.fi/resilienssi-auttaa-vastoinkaymisissa/>

Malmi, M. 2011. Omaishoitajat voivat huonommin kuin keskivertosuomalaiset. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 105-106.

Malmi, M. & Mäkelä, M. 2011. Ammatilainen omaishoitajan jaksamisen tukena. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 125.

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

Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni- Tutkimus puolisoheivon arjen toimijuuksista. Tampere: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 38-39.

Mäkelä, M. 2011. Ammatilaiset omaishoitajille tarpeellisen tiedon välittäjinä. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 88.

Mäkelä, M. 2011. Ammatilaiset ohjaamassa omaishoidon palveluiden käyttöön. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 87.

Mäkelä, M. & Purhonen, M. 2011. Omaishoito kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen tärkeä voimavara. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 22-23.

Mäkinen, E. 2011. Omainen hoitajana-läheinen hoidettavana. Teoksessa: Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 50.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011. Minäkö omaishoitaja- omaishoitajaidentiteetti. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 53.

Ojanen, M. 2007. Positiivinen psykologia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Omaishoitoliitto. 2018. Kuinka paljon Suomessa on omaishoitajia?. Viitattu 24.5.2018
Saatavissa: <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>

Omaishoitoliitto.2018. Omaishoitotilanteita on monenlaisia. Omaishoitaja tarvitsee tukea. Viitattu 25.5.2018. Saatavissa: <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>

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. Hämeenlinna: Duodecim, 12-15.

Purhonen, M., Mattila, Y & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidon tuki ja omaishoitotosopimus. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 26,28.

Purhonen, M. & Tuomi, M. 2015. Omaishoito ennen ja nyt, kehitysnäkymiä. Teoksessa: Toim. Purhonen, M., Omaishoitajat ja läheiset- liitto ry., Nummela, I. & Kirkkohallitus. Lähellä ja tukena. Omaishoitajien valtakunnallinen kirkkopyhä 22.11.2015, 3. Viitattu 8.8.2018.

Saatavissa:

[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/50D07624412D3C9DC22577EC00417FAB/\\$FILE/Omaishoitajien%20kirkkopyh%E4materiaali%202015.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/50D07624412D3C9DC22577EC00417FAB/$FILE/Omaishoitajien%20kirkkopyh%E4materiaali%202015.pdf)

Pöyry-Lassila, P. & Laurea-ammattikorkeakoulu. 2017. Palveluiden yhteiskehittäminen ja yhteistuottaminen. Kunnallisanalan kehittämissäätiö KAKS. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/04/nakokulmia-sote-uudistukseen-3.pdf>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro Oy.

Ring, M., Laulainen, S. & Rissanen, S. 2016. Omaishoito psykologisena sopimuksena. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto. Gerontologia 30(4). Viitattu 12.9.2018. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi/nelli.laurea.fi/se/g/0784-0039/30/4/omaishoi.pdf>

Rissanen, R. 2006. Fenomenografia. Luku 5.1.kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere:Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.2.2019. Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_1.html

Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa (toim.) Heimonen, S. & Pajunen, H. Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita Prima Oy, 42-43.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Vantaa: Dark Oy, 85-86.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 27.8.2018. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Sisällönanalyysi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 28.8.2018. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Ryhmähaastattelu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu: 24.1.2019. Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_4.html

Salanko-Vuorela, M., Purhonen, M., Järnstedt, P. & Korhonen, A. 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. "Hoitaahan ne joka tapauksessa". Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto ry. Pori: Kehitys Oy. Viitattu 28.8.2018. Saatavissa: https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/03/Selvitys-omaish-kirja_2006.pdf

Salanko-Vuorela, M. & Mattila, Y. 2011. Laitoshoito ja palveluasuminen. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Hämeenlinna: Duodecim, 42,44.

Salanko-Vuorela, M. 2010. Omaishoidon yleisyys. Teoksessa Meriranta, M. (toim.). Omaishoitajan käsikirja. Painettu EU:ssa.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Viitattu: 12.9.2018. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71453/opp_2005_30_omaishoidon_tuki_verkko.pdf?sequence=1

Summa, T. & Tuominen K. 2009. Fasilitaattorin työkirja - Menetelmiä sujuvaan ryhmätyöskentelyyn. Kepan Raporttisarja, Kehitysyhteistyön palvelukeskus Keka ry. Miktor. Viitattu 28.8.2018. Saatavissa: https://www.globaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf

Suua, P. & Tuomikoski, M. 1995. Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Teoksessa: Oulun ammattikorkeakoulu. Oulun terveydenhuolto-oppilaitos. Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset, 64.

Taylor, K. M. 2016. Facilitating Learning with the Adult Brain in Mind. Jossey-Bass.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Hyvinvointi. 7.12.2015. Viitattu 23.5.2018. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Eettinen ennakkoarviointi ihmistieteissä. Viitattu 27.8.2018. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissa>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 20.2.2019. Saatavissa: <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valtonen, A. 2011. Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan, toim. Puusa, A. & Juuti, P. Johtamistaidon opisto JTO.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuviot

Kuvio 1: Pearlinin stressiprosessimallia mukaillen esimerkki omaishoitajan stressiprosessista..

Kuvio 2: Sisällönanalyysin eteneminen

Taulukot

Taulukko 6.1: Esimerkki luokittelusta

Taulukko 6.2: Aineiston ryhmittely 14 käsitteen alle

Taulukko 6.3: Aineiston käsitteellistäminen ala- ja yläluokkiin

Liitteet	
Liite 1: Saatekirje	54
Liite 2: Suostumuslomake	55
Liite 3: Työpajojen aikataulutus	56
Liite 4: Työpajasuunnitelmat	57
Liite 5: Powerpoint-esitys.....	58

Liite 1: Saatekirje

Hyvä omaishoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa (AMK) Laurea ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötämme omaishoitajan psyykkisen tuen tarpeista, toiveista ja odotuksista. Opinnäytetyömme on Helsingin omaishoidon toimintakeskuksen ja Laurea ammattikorkeakoulun yhteistä projektia, jonka tavoitteena on kehittää omaishoitajille psyykkisen tuen toimintamalli.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa omaishoitajien omakohtaisia kokemuksia psyykkisen tuen tarpeesta sekä tuoda esiin ajatuksia toiveista ja odotuksista psyykkisen tuen palveluiden suhteen. Järjestämme kolme tapaamista, joissa keskustelemme yhdessä aiheesta omaishoitajien omien kokemusten pohjalta.

Opinnäytetyömme toteutetaan työpajatyöskentelynä. Äänitämme tapaamisten keskustelut, jotta pystymme jälkikäteen keräämään tietoa ja analysoimaan keskustelujen sisältöä. Nauhoitteet tuhoetaan heti litteroinnin valmistuttua ja muu alkuperäinen aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Kerätty aineisto säilytetään vain meidän hallussamme. Tapaamisissa kerätty aineisto käsitellään kunnioittaen osallistujien yksityisyyttä, jokainen osallistuja pysyy työpajoissa tuotetussa aineistossa nimettömänä.

Osallistumiseen on vapaaehtoista ja osallistumiseen voi perua tai keskeyttää milloin tahansa ilman perusteluja, eikä kieltäytyminen tule vaikuttamaan mihinkään.

Mikäli teillä ei ole mitään osallistumista vastaan, pyytäisimme teitä allekirjoittamaan liitteenä olevan kirjallisen suostumuksen.

Mikäli teillä herää kysyttävää, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Ystävällisesti,

Maria Andersén

maria.andersen@student.laurea.fi

Elisa Huttunen

elisa.huttunen@student.laurea.fi

Liite 2: Suostumuslomake

Suostumuslomake

Suostumus

Minä _____ olen tutustunut saatekirjeeseen, joka kertoo osallistumisesta Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyön toteutukseen.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan psyykkisen tuen toimintamallin kehittämiseen ja voin keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa. Minua koskevat tiedot ovat luottamuksellisia, eivätkä tietoni tule esiin julkaistavassa opinnäytetyössä.

Aika ja paikka:

Allekirjoitus ja nimen selvennys:

Liite 3: Työpajojen aikataulutus

13.00-15.00	Pe 26.10.	Pe 2.11.	13.30-15.30	Ma 5.11.
13:00	Esittäytyminen 15min	Aloitut; päivää ilahduttanut asia 10min	13:30	Aloitut; päivää ilahduttanut asia 10min
13:05			13:35	
13:10		Esineen kierrättäminen	13:40	Aiheeseen johdattelu
13:15	Fokusointi		13:45	Kuvakollaasit ja ohjaus
13:20			13:50	Ensimmäinen kollaasi 15min
13:25		Kontrolloitu kahvila (ohjaus)	13:55	
13:30	SWOT ohjaus, aiheiden jako pienryhmille	Ensimmäinen aihe 15min	14:00	
13:35			14:05	Toinen kollaasi 15min
13:40	SWOT pienryhmäkeskustelut		14:10	
13:45		Toinen aihe 15min	14:15	
13:50			14:20	Tauko 10min
13:55	Tauko 10min		14:25	
14:00		tauco 10min	14:30	Kolmas kollaasi 15min
14:05	SWOT yhteinen keskustelu		14:35	
14:10		Kolmas aihe 10min	14:40	
14:15			14:45	Neljäs kollaasi 15min
14:20		Neljäs aihe 10min	14:50	
14:25	Me-We-Us ohjaus		14:55	
14:30	Me-We-Us oma pohdinta	Kontrolloitu kahvila yhteenveto	15:00	Yhteenveto/keskustelu/katselu
14:35	Me-We-Us ryhmäkeskustelu		15:05	
14:40	Me-We-Us yhteiskeskustelu		15:10	Rentoutumisharjoitus
14:45			15:15	
14:50	Lopetus; fiilikset	Loppu; pallon kierrättäminen	15:20	Lopetus: fiilikset
14:55			15:25	
15:00			15:30	

Liite 4: Työpajasuunnitelmat

	Työpaja I	Työpaja II	Työpaja III
Tavoite	Kartoittaa omaishoitajien käsitystä hyvinvoinnista yleisesti, millaisena hyvinvointi näkyy heidän elämässään ja miten he kokevat oman hyvinvointinsa.	Selvittää, mikä on omaishoitajien oma näkemys siitä, miksi heidän hyvinvointiaan on tärkeää tukea. Kerätä tietoa siitä, mitkä asiat vaikuttavat positiivisesti ja negatiivisesti omaishoitajien hyvinvointiin, kuka heidän hyvinvointiaan tukee ja kuinka terveydenhuollon palvelut ovat osana tätä kokonaisuutta.	Keskustella edellisissä työpajoissa esiin nousseista asioista, kartoittaa käsityksiä ja ajatuksia kyseisiin aiheisiin liittyen sekä pohtia ideoita, miten näitä osa-alueita voitaisiin tulevaisuudessa kehittää, jotta palvelun tarjonta kohtaisi esiin nousseet tuen tarpeet.
Kysymykset/aiheet	<ul style="list-style-type: none"> - Mitä hyvinvointi on? - Miten hyvinvointi näkyy? - Millaisena hyvinvointi näkyy sinun elämässäsi? - Millaiseksi koet oman hyvinvointisi? 	<ul style="list-style-type: none"> - Miksi omaishoitajan hyvinvointia on tärkeää tukea? - Mikä sinun hyvinvointiasi edistää? - Mikä heikentää? - Kuka sinun hyvinvointiasi tukee? - Miten? - Millaista tukea saat terveydenhuollon ammattilaisilta? 	<ul style="list-style-type: none"> - Miten näitä voidaan kehittää? - Oma aika - Tiedon saanti - Ylikuormittumisen ehkäisy / apuja arkeen - Kodin muutokset - Mitä haluaisitte meidän vielä kysyvän?
Menetelmät	Kuvakortit SWOT Me-We-Us	Fokusointikysymys Kontrolloitu kahvila	Kuvakollaasit
Aikataulus	ks. liite 3	ks. liite 3	ks. liite 3

Liite 5: Powerpoint-esitys



TERVETULOA

TEHOTIIMI

1. Jakaudumme 3 hengen ryhmiin
2. Eteenne tuodaan fläppipaperi. Siinä kysytään teidän mielipidettänne neljään eri kysymykseen.
3. Keskustelkaa ryhmässä, tuokaa esille ajatuksianne ja kootkaa niitä edessänne olevalle paperille. Voitte myös piirtää tai sanoittaa asianne vain yhdellä sanalla.
4. Kun aika täyttyy, käymme ryhmä kerrallaan tuotoksenne läpi
5. Mikäli herää mielipiteitä tai ajatuksia, älä epäröi sanoa sitä ääneen

MINÄ-ME-ME

**Millaisena hyvinvointi näkyy teidän elämässänne?
Millaiseksi koet oman hyvinvointisi?**

- Millaisia ajatuksia kyseiset kysymykset sinussa herättävät
- Pohdi ensin yksin, kirjoita ylös ajatuksesi
- Jakakaa ajatuksenne koko ryhmälle

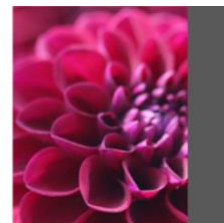


TERVETULOA

Toiselle toteutuskerralle

Keitä me oikein ollaan?

1. Valitse yksi kortti, joka puhuttelee sinua tänään
2. Kerrothan oman nimesi ja sen, mikä sai sinut valitsemaan juuri kyseisen kortin
3. No keitä me sitten ollaan ja mitä me täällä oikein tehdään?



Mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan?

Miten se voisi näyttäytyä?

Mitä hyvinvointi voisi pitää sisällään?



Kiitos!
Nähdään taas ensi viikolla

Miksi on tärkeää, että omaishoitajien jaksamiseen kiinnitetään huomiota?

Kahvila

1. Jakaudutaan kolmen hengen ryhmiin
2. Edessänne on kysymys, vastatkaa tähän joko piirtäen, kirjoittaen
3. Jonkun ajan kuluttua pyydämme teitä siirtymään seuraavan paperin luokse
4. Täyttäkää siihen ajatuksenne, voitte myös jatkaa toisten ajatuksia
5. Kunnes olette kiertäneet jokaisen kysymyksen, jää paikoillesi
6. Kertokaa meille, mitä edessänne olevassa paperissa lukee.

Kiitos tästä päivästä
Mukavaa viikonloppua kaikille!



Millaista tukea sinä tarvitset, jotta hyvinvointisi parantuisi/ jotta voisit vielä paremmin?

Mitä ihannetilan saavuttamiseksi tarvitaan?

Mikä sitä tukisi?

Mikä olisi merkki onnistumisesta?

Kollaasit

- Olemme tehneet kuvakollaaseja viime kerralla syntyneistä ajatuksista
- Jakaudutaan kolmen hengen ryhmiin, jokainen ryhmä saa eteensä kollaasit
- Miten kyseisiä ajatuksia voitaisiin viedä eteenpäin? Mikä asioita parantaisi? Millaisia toimia tarvittaisiin?
- Kirjoittakaa ideanne kollaasin ympärille
- Mitä ajatuksia teille heräsi kollaasin työstämisestä?



SUURI KIITOS
TEILLE

KUVIEN LÄHTEET

- www.piilola.fi
- www.jorvinkukkajalahja.fi