



**RYHMÄSTÄ VOIMAA- HYVINVOINTIA
MUISTISAIRAAN OMAISELLE**

Vertaistukiryhmä terveydenhoitajan työmenetelmänä

Katriina Kauttu
Tiina Luoto

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

KAUTTU, KATRIINA & LUOTO, TIINA
Ryhmästä voimaa – hyvinvointia muistisairaana omaishoitajalle
Vertaistukiryhmä terveydenhoitajan työmenetelmänä

Opinnäytetyö 54 s., liitteet 20 s.
Lokakuu 2010

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää terveydenhoitajien keinoja tukea muistisairaiden omaishoitajia. Perhekeskeisyyden merkitys korostuu nykyään hoitotyössä, joten terveydenhoitajan tulee entistä enemmän ottaa huomioon myös sairastunutta kotona hoitava henkilö sekä hänen hyvinvointinsa. Opinnäytetyön tarkoitus oli järjestää ensitieto- ja vertaistukiryhmä muistisairaiden omaishoitajille. Tutkimustehtävänä oli tiedon kerääminen ryhmän käyttämisestä terveydenhoitajan työmenetelmänä. Teoreettisena lähtökohdana olivat muistisairaudet ja omaishoitajuus, joita työssä käsiteltiin kirjallisuuden ja tutkimuksiin viitaten.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytteenä, jonka tuotoksena pidettiin omaishoitajien ensitieto- ja vertaistukiryhmä. Ryhmän tavoitteena oli antaa ryhmäläisille valmiuksia varautua tulevaisuuteen muistisairaana omaishoitajana ja turvata heidän jaksamistaan muuttuvassa elämäntilanteessa. Ryhmään kutsuttiin kymmenen omaishoitajaa, joiden läheisillä oli todettu muistisairaus. Ryhmä kokoontui kuusi kertaa. Ryhmässä korostuivat tiedonsaannin merkitys sekä vertaistuen saanti.

Ryhmään osallistuneiden omaishoitajien palautteen perusteella voidaan todeta, että tämänkaltaisille ryhmille on tarvetta. Kaikki jäsenet kokivat hyötyneensä osallistumisesta. Opinnäytetyöstä saadun kokemuksen perusteella ryhmäohjaus on kustannustehokas työmenetelmä terveydenhoitajan työssä, sen lisäksi että se toimii myös hyvin terveystiedon jakamisen välineenä. Ryhmässä jäsenet saavat vertaistukea, jota yksilökäynnillä ei saa. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää, kuinka ryhmämuotoinen omaishoitajien tukeminen vaikuttaa hoidettavan laitoshoitoon siirtymiseen. Myös terveydenhoitajien kokemuksia tämänlaisten ryhmien pitämisestä sekä niissä käytettäviä työmenetelmiä voisi tulevaisuudessa selvittää.

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä laadittiin valmis ohjerunko ryhmäohjaajalle omaisten ensitieto- ja vertaistukiryhmän järjestämistä varten. Kehittämistehtävä koostuu ryhmien pitämisen perustiedoista sekä tapaamiskertojen sisällöstä ja ryhmäläisille jaettava materiaalista.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Public Health Nursing

KAUTTU, KATRIINA & LUOTO, TIINA
Strength from the group – well-being for caregivers
Peer group as public health nurse's working method

Bachelor's Thesis 54 pages, attachments 20 pages.
October 2010

This thesis was designed to develop public health nurse's means to support people who are caring for close relatives. Because family is the trend now in nursing, public health nurses must take this into consideration when treating a person with memory disorder. The coping of the relatives is increasingly important in nursing. This study was designed to provide primary information and organize a peer group session for dementia caregivers. The research assignment was to gather information on utilizing a group as a public health nurse's working method.

This bachelor's thesis was carried out as a functional study. As an outcome of the study, a peer support session for primary caregivers was organized and a guide on organizing a similar group activity was compiled. The theoretical framework of this study is based on the concepts of memory disorders and caring for close relatives. In the process of this thesis, participant observation method was applied to some extent, as well as keeping a reflective diary. A written feedback was gathered from the participants at the end of the peer group session.

The aim of the group was to prepare the participants for the future with a family member suffering from a memory disorder. Ten caregivers were invited to the group. The group met six times. The group emphasized the importance of receiving information and peer support.

The feedback from the peer group members shows that there is a need for these kinds of groups. All participants felt that they benefited from having attended the group. A group is a cost effective tool in public health nurse's work and it also works well in sharing health information. The group members received support from other group members in the same situation. Further research could focus on the significance of the caregivers in the transition from home care to institutional care. Besides, the subject could be examined from the perspective of public health nurses' experiences.

Key words: caring for close relatives, memory disorder, group counselling, peer group.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OMAINEN HOITAJANA	8
2.1 Omaishoitajuus	8
2.2 Omaishoitajuus hoitavan henkilön näkökulmasta.....	9
2.3 Omaishoitajuuden tukimuodot.....	10
3 TERVEYDENHOITAJAN KEINOT OMAISHOITAJUUDEN TUKEMISEEN.....	13
3.1 Terveydenhoitaja ja terveyden edistäminen.....	13
3.2 Terveydenhoitajan työnkuva ja asiakkaat	14
3.3 Ryhmä terveydenhoitajan työmenetelmänä	18
3.3.1 Ryhmänohjaus ja ohjaajan tehtävät.....	18
3.3.2 Vertaistukiryhmä omaishoitajan tukena.....	23
3.3.3 Vertaisryhmien hyödyt ja epäkohdat	25
4 MUISTISAIRAUDET OMAISHOITAJAN NÄKÖKULMASTA	26
4.1 Muistihäiriöistä	26
4.2 Alzheimer ja omaishoitajuus.....	27
4.3 Vaskulaariset dementiat ja omaishoitajuus	29
4.4 Lewyn kappale –dementia ja omaishoitajuus	30
4.5 Otsalohkodementiat ja omaishoitajuus	31

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	33
6 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	34
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	34
6.2 Projektin toteutumisen kuvaus	37
6.3 Projektin toteutumisen arviointi	40
6.3.1 Ryhmäläisten ja yhteistyökumppanin palaute	40
6.3.2 Tavoitteiden saavuttaminen	42
7 POHDINTA	44
7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	44
7.2 Ryhmä terveydenhoitajan työvälineenä omaishoitajan tukemisessa	45
7.3 Jatkotutkimuskohteita ja kehitysajatuksia ryhmätoiminnalle	47
7.4 Kehittämistehtävä	49
LÄHTEET	50
LIITTEET	55

1 JOHDANTO

Omaishoitajuus koskettaa suoraan tai välillisesti suurta osaa suomalaisista. Omaishoitajuutta onkin tuettu Suomessa vuodesta 1993 lähtien. 2000-luvulla omaishoidon tukien määrä on lisääntynyt selvästi, vuonna 2007 omaishoidon sopimuksen tehneitä henkilöitä olikin jo 32 300. (Stakes 2006). Noin puolessa tapauksista omaistaan hoitava on hoidettavan puoliso, ja noin 20 prosenttia tapauksista muodostavat vanhempi- lapsi suhteessa olevat omaishoitajat (Voutilainen, Kattainen & Heinola 2006, 32).

Kuntien olisikin järkevää kehittää omaishoitajien tukemista, koska omaishoitajat tekevät arvokasta työtä, joka säästää kunnilta resursseja ja rahaa. Jos omaishoitaja väsyä eikä voi enää hoitaa omaistaan kotona, on kunnan osoitettava hoidettavalle laitoshoitopaikka. Vuonna 2006 tukea saavista 11 600 olisi ollut laitoshoidossa ilman omaishoitajaansa. Omaishoitajat ovat siis säästäneet merkittävästi kuntien rahoja. (Kalliomaa-Puha 2007, 33.)

Tässä opinnäytetyössä keskitymme käsittelemään omaishoitajuutta, jossa hoidettava on muistisairas henkilö. Valitsimme aiheen, koska muistisairaudet lisääntyvät väestön ikääntyessä ja samalla myös omaishoitajien määrä kasvaa. Vuosittain etenevän muistisairauden diagnoosin saa yli 13 400 yli 64-vuotiasta henkilöä ja tällä hetkelläkin Suomessa on sairastuneita jo 5-9% 65 vuotta täyttäneistä (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 25).

Opinnäytetyömme ja sen toiminnallinen osuus keskittyvät terveydenhoitajan keinoihin tukea omaishoitajia ja edistää heidän jaksamistaan vaativassa, mutta merkityksellisessä työssään. Aiheen työhömmme saimme Kangasalan kunnan muistihoitajalta. Koska ei ole olemassa mitään valtakunnallisesti yhtenäistä toimintatapaa tai käytäntöä omaishoitajien tukemiseksi, paneudumme työssämme Kangasalan kunnan muistihoitajan toimenkuvaan ja asiakaskuntaan ottaen huomioon erityisesti muistisairaiden omaishoitajat. Tästä lähtökohdasta pohdimme erityisesti ryhmäohjausta terveydenhoitajan työmenetelmänä sekä sen toimivuutta omaishoitajien tietojen lisäämisessä sekä henkisessä tukemisessa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on ensitieto- ja vertaistukiryhmän järjestäminen muistisairaiden omaishoitajille. Omaishoitajien ensitieto- ja vertaistukiryhmä antaa omaishoitajille tietoa eri muistisairauksista sekä tarjoaa mahdollisuuden keskustella muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Tällöin omaiset saavat tietoa sekä asiantuntijoilta että toisilta omaishoitajilta.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää terveydenhoitajien keinoja tukea muistisairaiden omaishoitajia. Omaishoitajat ovat tärkeässä roolissa ajatellen tulevaisuuden vanhustenhoitoa. Tällöin korostuu heidän huomioimisen tärkeys myös terveydenhuollossa. Ryhmän pitäminen on hyvä ja tehokas tapa tavoittaa kerralla useampia ihmisiä, joita asia koskettaa. Erilaisten työtapojen käyttö rikastuttaa myös terveydenhoitajan työtä ja antaa uusia näkökulmia työskentelyyn. Kehittämistehtävänä teimmekin valmiin rungon vastaavanlaista muistisairaiden omaishoitajille suunnattua ryhmää varten.

Kiitokset yhteistyöstä ja hyvistä neuvoista Kangasalan terveystieteiden muistihoitajalle. Lisäksi kiitämme Kangasalan sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta siitä, että saimme käyttää kokoustiloja ryhmäämme varten. Kiitokset myös opponenteillemme sekä ohjaajille hyvistä neuvoista.

2 OMAINEN HOITAJANA

2.1 Omaishoitajuus

Omaishoitajuutta on ollut olemassa yhtä kauan kuin on ollut ihmisiäkin. Kuitenkin vasta viimeisen 25 vuoden aikana omaishoitajuus on tunnustettu tärkeäksi osaksi sosiaali- ja terveyspalveluja yhteiskunnan ja politiikan taholta (Adams 2008, 88). Suomalaisessa yhteiskunnassa omaishoitoa toteutetaan edelleen pitkälti perheiden, kunnallisen palvelujärjestelmän ja hoitoalan henkilöstön yhteistyönä (Saarenheimo & Pietilä 2005, 7).

Omaisten kotonaan toisilleen antama hoito on määritelty viralliseksi osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Omaishoitajuus voidaankin määritellä toimeksiantosuhteessa tehtynä hoivatyönä, jolloin omaishoitaja on tehnyt omaisensa asuinkunnan kanssa omaishoidon sopimuksen hoitotyöstä. (Laki 937/2005.) Suomessa on tälläkin hetkellä noin 280 000 omaishoitajaa, joista suurin osa hoitaa muistisairasta puolisoaan tai vanhempaansa (Sulkava 2009). Tällöin hoitosuhde koostuu erilaisista konkreettisista teoista, vuorovaikutustilanteista ja tunteista. Omaishoitoa on se, kun puoliso auttaa toista peseytymään ja pukeutumaan, mutta myös se, kun saadaan päätös omaishoidon tuesta tai kun hoidettava asuu hoitokodissa hoitajan loman ajan. (Pietilä & Saarenheimo 2006, 18.)

Tässä opinnäytetyössä keskitymme nimenomaan käsittelemään omaishoitajuutta, jossa hoidettava on muistisairas henkilö. Muistisairaiden perheissä omaishoitajuussuhteen taustalla on usein pitkä, läheinen ihmissuhde aviopuolisona tai lapsena. Etenevän muistisairauden myötä tämä entinen tasa-arvoinen ihmissuhde muuttuu vuosia jatkuvaksi yhtäjaksoiseksi ja ympärivuorokautiseksi hoivasuhteeksi. Sairauden alkuvaiheessa omaishoitaja huolehtii usein lähinnä korkeamman tason toiminnoista kuten lääkityksestä ja raha-asioista. Sairauden edetessä omaishoitaja joutuu yhä enenevässä määrin päättämään muistisairaana asioista sekä huolehtimaan perushoidosta ja kaikissa päivittäisissä toimissa avustamisesta. (Kröger 2001, 11-13.)

2.2 Omaishoitajuus hoitavan henkilön näkökulmasta

Muistisairausdiagnoosi vaikuttaa usein eniten omaishoitajiin. Diagnoosi on heille järkytys. (Jylhä, Salonen, Mäki & Hervonen 1996, 68.) Vaikka tiedontarve on suuri, tapahtuun sen omaksuminen asteittain. Silti tiedon ja opetuksen saaminen on ensiarvoisen tärkeää ja kurssit ja erilaiset ryhmät valmistavat uuteen elämäntilanteeseen. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 11.) Nurmen pro gradu –tutkielma (2002) osoittaa, että tiedolliset voimavarat ovat tärkeitä voimia vahvistavia tekijöitä. Parhaiten tiedollisista voimavaroista omaishoitajaa tukivat hoitoon liittyvät lääketieteelliset tiedot. Lähes kaikki omaishoitajat olivat tyytyväisiä tietoihinsa lääkehoidosta. Eniten tietoa omaishoitajat olivat saaneet terveydenhuoltohenkilöstöltä. Myös potilasyhdistyksiltä saatiin tietoa. Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat olivat myös korostaneet hoitotyöntekijöiltä saatavan tuen tärkeyttä muuttuvassa elämäntilanteessaan. (Nurmi 2002, 42-43,48.)

Kun puolisoista toinen sairastuu, muuttuu heidän keskinäinen työnjakonsa velvollisuuksineen väistämättä. Tämän myötä muuttuvat myös roolit ja niihin liittyvät oletukset ja odotukset. Uusien roolien ja tasapainon löytyminen ei ole aina helppoa. Kun toinen ei enää kykene huolehtimaan asioista kuten ennen, kasaantuvat velvollisuudet lopulta kokonaan toisen harteille. Tätä voi kutsua omaishoitajaksi tulemisen prosessiksi. (Saarenheimo & Pietilä 2005, 28.)

Muistisairaus tuo siis mukanaan monia muutoksia sekä sairastuneen että häntä hoitavien arkeen. Omaishoitajan asema on yhtäkkiä muuttunut puolisoista tai lapsesta täysipäiväiseksi hoitajaksi ja peräänkatsojaksi. Muistisairaita hoitavien omaisten on havaittu kärsivän stressioireista, masennuksesta, ahdistuksesta ja sosiaalisesta eristäytymisestä. (Jylhä ym. 1996, 20.) Jatkuva hoitaminen vaikuttaa myös omaishoitajien toimintakykyyn ja suoriutumiseen. Tämä voi ilmetä monenlaisina tunteina, kuten hermostumisena ja ärtymyksenä sairastunutta kohtaan sekä suruna ja väsymyksenä. Läheiset ihmiset ovat merkittävä osa omaishoitajien elämää ja ovat heidän tärkeimpiä tukijoitaan. Ikävä kyllä osa läheisistä katoaa sairastuneen elämästä, koska he kokevat sairastuneen kanssa toimimisen hankalaksi. (Kröger 2001, 28-31.)

Omaishoitajuuteen liittyy silti myös paljon positiivisiakin tunteita. Omaishoitaja tuntee tyytyväisyyttä, kun huomaa, että hoidettavan on hyvä olla, ja siitä että hän on täyttänyt tehtävänsä hoitajana. Omaishoitajat pystyvät näkemään ja kokemaan myönteisiä puolia pienistäkin asioista, kuten pienistä selkeistä hetkistä, sekä hetkistä, jolloin puoliso pysyy osoittamaan jonkinlaisia tunteita. Osa omaishoitajista käyttää huumoria keventääkseen arkipäivää. Samalla se voi olla myös henkilökohtainen keino sopeutua tilanteeseen (Kröger 2001, 43). Usein omaishoitajat tuntevat myös kiitollisuutta ja helpotusta saamastaan avusta sekä sairastuneen paremmista päivistä. Voimaa omaishoitajat kokevat saavansa eniten siitä, kun he tuntevat tulevansa kuulluksi ja saavat kokemuksen siitä, että hoitotyöntekijä on käytettävissä. (Jylhä ym. 1996, 36-39, 84.)

2.3 Omaishoitajuuden tukimuodot

Lain omaishoidon tuesta (937/2005) mukaan hoitoa tarvitsevan vanhuksen, sairaan tai vammaisen kotikunta on voinut tehdä hoitavan omaisen kanssa sopimuksen hoivatyöstä ja maksaa työstä korvausta. Hoivatyön virallistamiseen kuuluu useimmiten myös hoiva-arkea helpottavia kodinhoitajan tai kotisairaanhoidon palveluja, mutta monelle omaishoitajalle tärkeintä on oikeus lomaan. Kunta sitoutuu järjestämään omaishoitajille vapaapäivät joka kuukausi. Omaishoitajalle kertyy eläkettä ja hän on tapaturmavakuutettu. (Laki 937/2005.)

Kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos henkilö alentuneen toimintakyvyn tai sairauden takia tarvitsee kotioloissa hoitoa ja omaishoitajan tuen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista. Lisäksi hoitavan henkilön terveyden ja toimintakyvyn tulee vastata omaishoidon asettamia vaatimuksia, ja henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla. Hoidettavan kodin on myös oltava olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva. (Laki 937/2005.) Hoitopalkkio määräytyy hoidon vaativuuden mukaan, vähimmäismäärältään se oli vuonna 2008 317,20 euroa kuukaudessa. Jos hoitaja on estynyt tekemään ansiotyötä hoidollisesti raskaassa sairauden vaiheessa, on hoitopalkkio 634,42 euroa kuukaudessa. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2008, 24.)

Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata kolme vuorokautta sellaista kuukautta kohden, jona hän on ollut sidottuna hoitoon yhtäjaksoisesti. Hoito katsotaan ympärivuorokautiseksi, vaikka hoidettava olisi säännöllisesti lyhyitä aikoja kodin ulkopuolella esimerkiksi kuntoutuksessa. Näiden vapaiden lisäksi kunta voi järjestää omaishoitajille säädettyä enemmän vapaapäiviä ja alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Kunnan on huolehdittava hoidettavalle tarpeenmukainen hoito omaishoitajan vapaiden ajaksi. Vapaapäivät eivät myöskään vähennä hoitopalkkion määrää. (Laki 937/2005.)

Sopeutumisvalmennuskurssit ovat tärkeä toimintamuoto, etenkin kun läheinen on äskettäin sairastunut. Kurseja järjestetään sekä sairastuneille että heidän omaisilleen. Omaishoitajille tarkoitetuissa ryhmissä voidaan puhua sairauteen kuuluvien teemojen lisäksi käytännön hoitoon ja auttamiseen liittyvistä asioista. Tällöin tiedon saamiseen yhdistyy vertaistuki muilta samassa asemassa olevilta. Tällaisia kurseja järjestävät yleensä potilas- ja omaisjärjestöt. Toimintaan voidaan liittää myös hoitamispalvelu, joka helpottaa ryhmään lähtemistä. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 22-23.)

Omaishoitajan elämänlaadun kannalta ehkä tärkeimmät tukimuodot ovat omaishoidon tuki ja kotiapu. Nämä ovatkin eniten käytetyt yhteiskunnan palvelumuodot. Kotiapua voidaan antaa tilapäisesti tai jatkuvasti riippuen tarpeesta. Kotipalveluihin sisältyy työntekijän sairastuneen kotona tekemä avustava työ ja huolenpito, kuten lääkkeiden antaminen ja ruokailussa ja pukeutumisessa avustaminen. Useimmilla kotipalvelun henkilöillä on terveystieteiden koulutus, jolloin neuvoja ja opastusta on helppo saada (Lappalainen & Turpeinen 1999, 24). Kotiavun lisäksi voi halutessaan saada muita tukipalveluja, mm. ateriapalvelun, kylvetysavun, siivous- ja kuljetuspalvelun. Näillä tukipalveluilla on merkittävä apu omaishoitajan jaksamiselle. (Kröger 2001, 20.) Kunnallista kotihoitoa haetaan sosiaalitoimesta, yleensä kotihoidon palveluohjaajilta. Avuntarve selvitetään yleensä ensin hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnan yhteydessä, missä sovitaan myös avun määrästä ja sisällöstä. Vastaavia palveluita voi nykyään ostaa myös yksityisiltä palveluntuottajilta. (Lappalainen & Turpeinen 1999, 26.)

Myös muistisairauksista kärsiville henkilöille on olemassa apuvälineitä, joilla voidaan tukea heidän toimintamahdollisuuksiaan sekä helpottaa omaishoitajan työtä. Tällaisia apuvälineitä ovat mm. liesivahti, hälyttimet, kulkuvalot, lääkeannostelija sekä hälyttävä rannekello. Muistisairautta sairastavan henkilön onnistuneen apuvälineen valinnan perustana on yhteistyö sairastuneen, omaisten ja ammattilaisten välillä. Prosessi aloitetaan niistä tarpeista, joita omaiset ja sairastunut henkilö pitävät tärkeimpänä. Tärkeää on huolehtia apuvälineiden käytön riittävästä opastamisesta kaikille sairastuneen kanssa tekemisissä oleville. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus 2008, 13-16, 19.)

Kun kotona asuminen ei enää sairauden edetessä ole mahdollista tai omaishoitajan väsyessä, on olemassa erilaisia hoitomuotoja ja -paikkoja sairastuneelle. Useimmissa kunnissa on tarjolla sekä kunnallisia että kolmannen sektorin tuottamia päivähoitopalveluja. Päiväkeskukset tarjoavat erilaisia palveluita sekä dementiapotilaille että myös muille avuntarpeessa oleville vanhuksille. Keskuksissa autetaan mm. peseytymisessä, erilaisissa hoitotoimenpiteissä sekä viriketoiminnassa. Päivähoitoa voidaan käyttää aluksi harvemmin tarjoamaan omaishoitajalle lepoa, ja sairauden edetessä kertoja voidaan lisätä. Käytäntö on osoittanut, että säännöllinen päiväkeskuksessa käynti auttaa sekä omaista että sairasta sopeutumaan ajatukseen tulevasta laitoshoidosta. (Telaranta 2004, 109-111.)

Seuraava askel sopivaa hoitomuotoa mietittäessä on usein lyhytaikaishoito tai jaksohoito, jolloin hoitajakset toistuvat säännöllisesti. Hoitajaksojen tavoite on, että sairastunut palaa kotiin virkistyneenä ja paremmassa kunnossa kuin jaksolle lähtiessä. Samalla myös omaishoitaja on saanut jakson ajan keskittyä omaan itsestään huolehtimiseen. Kun lyhytaikaishoito ja jaksohoitokaan eivät enää riitä tarjoamaan tarvittavaa voimaantumisjaksoa hoitajalle, on syytä harkita pitkäaikaispaikan hakua. Tämä päätös on usein omaisille hyvin raskas ja he tuntevat suurta syyllisyyttä. Oman terveydenhoitajan tuki on tällöin tärkeää. Terveydenhoitaja on usein myös ensimmäinen henkilö, joka kiinnittää huomiota omaishoitajan jaksamiseen, terveydentilaan ja kykenevyyteen hoitaa muistisairasta. Terveydenhoitaja onkin tärkeässä asemassa alettaessa miettiä, olisiko hoitopaikan hakeminen ajankohtaista. (Telaranta 2004, 113-121.)

3 TERVEYDENHOITAJAN KEINOT OMAISHOITAJUUDEN TUKEMISEEN

3.1 Terveydenhoitaja ja terveyden edistäminen

Terveydenhoitaja on terveydenhoitajatyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija yksilöiden eri elämänvaiheissa (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry 2009). Vertio (2004) mukaan terveyden edistäminen on ihmisen omien mahdollisuuksien parantamista oman ja lähiympäristönsä terveydestä huolehtimiseksi sekä terveyden edellytysten parantamista yhteisöissä ja yhteiskunnassa (Vertio 2004, 197). Kuntien toiminnassa terveyden edistäminen puolestaan tarkoittaa sitä, että kaikissa toiminnoissa otetaan huomioon terveystieteelliset kohdat. Kuntien tavoitteena terveyden edistämässä on lisätä väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008.) Asiakkaan ja ohjaajana toimivan terveydenhoitajan vuorovaikutus, yhteistyösuhde ja erilaisten yksilöllisten ratkaisujen uudelleentulkinta ohjaavatkin terveyden edistämistä ja siihen käytettäviä työmenetelmiä (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 56).

Pesson (2004) tutkimuksessa terveydenhoitajien käsityksistä hoitotyöstä, terveydenhoitajat puhuvat hoitotyön pohjasta, perustasta ja lähtökohdasta. Terveydenhoitajat toivat tutkimuksessa esille, että hoitotyön lähtökohtana on kokonainen ihminen, joka voi olla kokonainen vain ympäristönsä kanssa, koska ympäristö on osa ihmisen olemassaoloa. Tutkimuksessa mainitaan, että on tärkeää huomioida ihminen kokonaisuutena, hänen elämäntilanteensa, ympäristönsä ja yhteisönsä. Terveydenhoitajat mainitsevat tutkimuksessa myös, että käsitteinä terveys ja sairaus ovat nivoutuneet yhteen ja yksilö voi kokea olevansa terve, vaikka hänellä olisi vaivoja. Terveys on siis subjektiivinen kokemus omasta voinnista. (Pesso 2004, 86-87.)

3.2 Terveydenhoitajan työnkuva ja asiakkaat

Terveydenhoitajan työn oleellinen osa on aktivoida väestö itse vaikuttamaan omaan hyvinvointiinsa ja terveytensä ylläpitämiseen ja edistämiseen (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry 2009). Terveydenhoitaja tekeekin työtä yksilöiden, perheiden, työ- ja muiden yhteisöjen, väestön ja ympäristön terveyttä edistäen ja ylläpitäen sekä sairauksia ehkäisten (Haarala, Honkanen, Mellin ja Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22). Pessa (2004) mainitsee tutkimuksessaan, että terveydenhoitotyössä painottuu terveyden ylläpitäminen, edistäminen, suojeleminen sekä sairauksien ehkäiseminen ihmistä tukien ja selviytymään auttaen. Terveydenhoitotyössä korostuu sen preventiivinen eli ennalta ehkäisevä ja promotiivinen eli terveyttä rakentava ja terveyden edellytyksiä luova ja tukeva puoli. (Pessa 2004, 121-122.)

Asiakkaina terveydenhoitajilla on perhettä suunnittelevat aikuiset, lasta odottavat pariskunnat ja perheet, vastasyntyneiden ja vanhempien lasten perheet, nuoret, työikäiset sekä ikääntyvät henkilöt ja heidän omaisensa. Terveydenhoitajat työskentelevät neuvoloissa, avosairaanhoidossa, kouluterveydenhuollossa ja opiskelijaterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja kotihoidossa. (Haarala ym. 2008, 25.) Taulukossa 1 (sivulla 15) on Tilastokeskuksen (2009) laatima ennuste suomalaisten väestörakenteelle. Koska terveydenhoitajat työskentelevät kaikkien ikäryhmien kanssa, kuvaa väestörakenteen ennuste myös terveydenhoitajien asiakkaiden jakautumisen ennustetta. Kuten taulukosta 1 voi huomata, on ikääntyvien, yli 64-vuotiaiden määrä kasvussa. Tämä väestörakenteen kehitys tuo terveydenhoitajien eteen haasteen ikääntyvien terveyden edistämisestä ja heidän hyvinvointinsa turvaamisesta sekä yhteistyön kehittämistä asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Terveydenhoitajien työn yhtenä tärkeänä terveystaloudellisena haasteena onkin vanhusväestön elämänlaadun edistäminen erityisesti kotona asumisen tukemisena (Sirola ym. 1998, 107).

TAULUKKO 1. Väestöennuste (Tilastokeskus 2009)

	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Väkiluku	5 378 000	5 636 000	5 850 000	5 985 000	6 090 000	6 213 000
0-14 v.	887 000	937 000	943 000	927 000	948 000	957 000
15-64 v.	3 547 000	3 408 000	3 382 000	3 451 000	3 461 000	3 469 000
65- v.	944 000	1 290 000	1 525 000	1 608 000	1 681 000	1 787 000

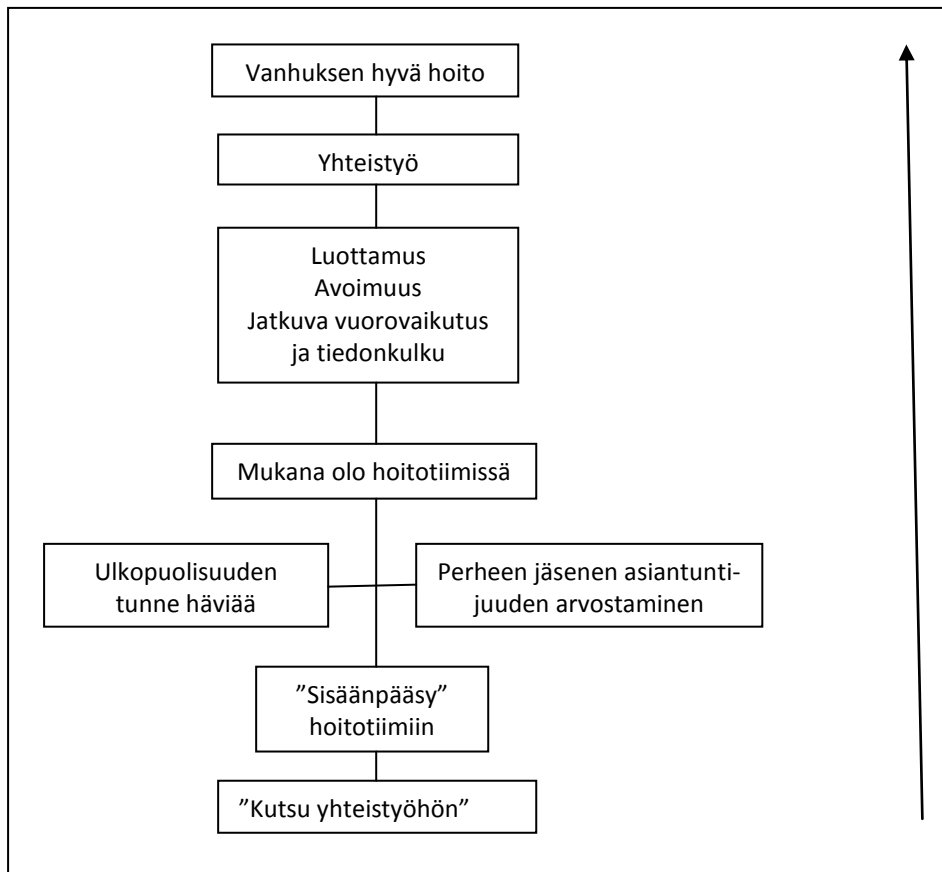
Väestön ikääntyessä yhdeksi tärkeäksi näkökulmaksi vanhusväestön kotona selviytymiselle ja heidän omaistensa arjessa jaksamiselle nousee yksilöiden toimintakyky ja sen vaihtelu. Toimintakyky jaetaan yleensä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Se vaihtelee ikääntymisen aiheuttamien muutosten lisäksi sen mukaan, kuinka tärkeänä yksilö oman toimintakykynsä ylläpitämistä ja kehittämistä pitää. (Häkkinen & Holma 2004, 11.) Terveystoimintajärjestäjien tehtävänä onkin heidän toimintakykynsä ylläpitäminen ja riippumattomuuden turvaaminen mahdollisimman pitkään. Lisäksi terveydenhoitaja pyrkii työssään siihen, että vanhukset ovat tietoisia omaa terveystään koskevista valinnoista ja päätöksen teosta. Vanhusten elinympäristön ja sosiaalisen tuen kehittäminen on tärkeää, jotta toimintakyky ja itsenäinen suoriutuminen säilyvät. (Sirola ym. 1998, 113.)

Kun kunnan kaikille asukkailleen tarjoamien palveluiden käyttö ei enää onnistu, otetaan käyttöön ikääntyneille suunnatut palvelut. Palvelutarjonta perustuu ikääntyneiden tarpeisiin ja muuttuu tarpeiden muuttumisen myötä. Ensisijaisia vaihtoehtoja ovat avopalvelut ja kotona asumisen tuki. Kotipalvelu, kotisairaanhoidon ja omaishoidon tuki mitoitetaan kunnissa niissä esiintyvää tarvetta vastaavaksi. Dementia on ikääntyvillä yksi tärkeimmistä palvelun tarvetta lisäävistä tekijöistä. Palveluntarpeeseen vaikuttavat alentuneen toimintakyvyn lisäksi myös yksin asuminen, puutteelliset asunnot ja asuin ympäristöt sekä omien tukihenkilöiden puute. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 14.) Kotipalveluja tehostamalla on tarkoitus, että yhä useampi vanhus pystyy asumaan kotonaan aina 85 ikävuoteen saakka. Ikääntyvillä asiakkailla on oikeus kunnioittavaan kohteluun ja siihen, että hänen toiveensa ja mielipiteensä otetaan huomioon. Lisäksi heillä on oikeus osallistua ja vaikuttaa niiden palvelujen suunnitteluun ja toteutukseen, joita he tarvitsevat. (Leino-Kilpi 2003, 228-229.)

Vaaraman (1999) mukaan iäkkäät haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Tällöin koti muuttuu aikaa myöten myös hoitoympäristöksi. (Leino-Kilpi 2003, 231.) Vanhusväestö vastaa ensisijaisesti itse läheistensä avulla hyvinvoinnistaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 14). Vaikka hoitotyössä on perinteisesti korostettu yksilöä ja hänen asemaansa, ei yksilöä voi irrottaa pois siitä ympäristöstä, jossa hän elää. Niinpä terveydenhoitajalla on velvollisuus ottaa huomioon asiakkaan perhe terveydenhuollon palveluja tuottaessaan. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 124.) Perhekeskeinen hoitotyö onkin terveydenhuollon suunta nyt ja tulevaisuudessa. Perhe on terveydenhoitajan asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta huomattava voimavara, jota tulee osata terveydenhoitotyössä hyödyntää. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14.) Omaisten ja läheisten merkitys vanhusten hoitotyössä korostuu tulevien vuosien aikana. Siksi tulisi-kin kehittää yhteistyömuotoja, joiden avulla voidaan kohdata tulevat haasteet vanhus-työssä. (Laitinen-Junkkari 1999, 275.) Lindeman (1998) tutki opinnäytetutkielmassaan perhekeskeisen hoitotyön toteutumista dementoituvien kotihoidossa. Puolet tutkimukseen osallistuneista kotisairaanhoidajista kuvasi perhekeskeistä hoitotyötä perheen osallistumisena hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Osa kotisairaanhoidajista kuvasi perhekeskeistä hoitotyötä myös perheen tukemiseksi tietoa ja ohjausta antamalla sekä huomioimalla perhettä ja keskustelemalla säännöllisesti omaisen kanssa hänen jaksamisestaan ja mahdollisesta lisäavun tarpeesta. Myös moniammatillisen yhteistyön merkitystä korostettiin vastauksissa. Kotisairaanhoidajat näkivät perheellä olevan suuri merkitys potilaan hyvinvointiin. (Lindeman 1998, 64-65.)

Alinen (1999) kuvaa perheenjäsenen kokemusta tarvitsemastaan tuesta kuvion 1 (sivulla 17) mukaisesti. Kuvioon on koottu ne perusasiat, joita perheenjäsenet pitävät tärkeinä pohdittaessa hoitohenkilökunnalta saatua tukea. Jotta vanhuksen hyvä hoito mahdollistuu, on Alisen mukaan kuvion alaosassa olevien tekijöiden oltava kunnossa. Tutkimuksessa perheenjäsenet toivat esille, että he kokivat lamauttavana ja ahdistavana hoitohenkilökunnan avoimuuden ja tukea antavan käytöksen puutteen. Myös perheenjäsenten tapa olla omainen vaihtelee Alisen mukaan paljon. Osa omaisista on hyvinkin aktiivisia, ja heillä on suuri vastuuntunne vanhuksen asioista ja he huolehtivat asioista, joista vanhus ei enää itse voi huolehtia. Jotkut omaiset taas ovat ajoittain aktiivisia, mutta he eivät aina jaksaa tai uskalla toimia, vaan tyytyvät toimimaan itse eivätkä vaadi terveydenhoitohenkilökunnalta toimia vanhuksen hyvinvoinnin parantamiseksi. Alinen mainitsee

myös sen omaisten joukon, joka on hiljainen ja vähään tyytyväinen. Hoitohenkilökunnan onkin havainnoitava perheenjäsenten tapa toimia omaisena ja ottaa se huomioon toteuttaessaan perhekeskeistä hoitotyötä. (Alinen 1999, 48-49, 65-66.)



KUVIO 1. Perheenjäsenen kokemus tarvitsemastaan tuesta (Alinen 1999, 48)

Koska terveydenhoitajankin on työssään huomioitava asiakas kokonaisvaltaisesti ja otettava asiakkaan perheenjäsenet huomioon terveyden edistämisen näkökulmasta, opinnäytetyömme keskittyy muistisairastuneen omaishoitajana toimivan puolison hyvinvoinnin tukemisen keinoihin.

3.3 Ryhmä terveydenhoitajan työmenetelmänä

3.3.1 Ryhmänohjaus ja ohjaajan tehtävät

Ryhmän määrittelemisen vaihtelee sen mukaan, mikä on ryhmän olemassaolon tarkoitus ja minkälaisesta ryhmästä kulloinkin on kyse. Ryhmä saattaa olla vain yhtä tilaisuutta varten kerätty ihmisten joukko tai toisaalta hyvinkin tiivis joukko yksilöitä, jotka tapaavat toisensa säännöllisin väliajoin. (Kyngäs ym. 2007, 104-105.) Kun ryhmä muodostuu tiettyä tarkoitusta varten, puhutaan tavoitteellisesta ryhmästä. Satunnainen ryhmä muodostuu ihmisten tullessa sattumalta ja tilapäisesti tekemisiin toistensa kanssa. Tavoitteellisessa ryhmässä jäsenet sitoutuvat yhteiseen tavoitteeseen. Satunnaisessa ryhmässä taas yksilöt ovat toteuttamassa omia yksilöllisiä tavoitteitaan ja ryhmään sitoutuminen on heikompaa. (Jauhiainen & Eskola 1994, 49, 54.)

Ryhmänohjausta suunniteltaessa on syytä huomioida ryhmän koon merkitys ryhmän ohjaukseen, koska ryhmän koko vaikuttaa sekä ryhmän toimintaan että sen dynamiikkaan (Kyngäs ym. 2007, 104). Pennington (2005) määrittelee pienryhmät ryhmiksi, joissa on kahdesta kolmeen kymmeneen jäsentä. Hänen mukaansa yläraja on vaikea asettaa, mutta alle 20-30 jäsenen ryhmä on helpommin ohjattavissa ja johdettavissa kuin sitä suuremmat ryhmät. (Pennington 2005, 8-9.)

Ryhmiä on olemassa kahdentyypisiä, suljettuja ja täydentyviä. Suljetussa ryhmässä on vain yksi alku, mutta täydentyvään ryhmään voi jäsen tulla uutena missä ryhmän vaiheessa tahansa, ja tällöin ryhmästä tulee tavallaan aina uusi. Suljetussa ryhmässä jäsenet ovat usein samanikäisiä ja heillä on samankaltaisia henkilöhistorioita. Suljettu ryhmä myös päättyy sovitusti. Suljetussa ryhmässä on aina olemassa hajoamisen riski, kun täydentyvässä ryhmässä ryhmäläisten poisjääminen ei hajota ryhmää. (Muhonen 2003, 163-164, 170.)

Ryhmän muotoutumiseen ja kehitykseen liittyy viisi vaihetta, jotka ovat taulukossa 2. Nämä vaiheet ryhmän ohjaajan tulee huomioida ryhmäläisten kanssa työskennellessään.

TAULUKKO 2. Ryhmän kehityksen viisi vaihetta (Pennington 2005, 74)

Ryhmän vaihe	Sisältö
1. muotoutuminen	Jäsenet tutustuvat ja päättävät perussäännöistä
2. kuohunta	Erimielisyydet voivat aiheuttaa ristiriitoja. Kaupankäyntiä ryhmän sisällä.
3. normien synty	Myönteinen ryhmäidentiteetti. Säännöt ja tavoitteet on saatu aikaan.
4. suoritus	Ryhmä tekee yhteistyötä tehtävien suorittamiseksi tai tavoitteiden saavuttamiseksi.
5. hyvästijätö	Ryhmä voi hajaantua, koska tehtävä on suoritettu tai jäsenet poistuvat.

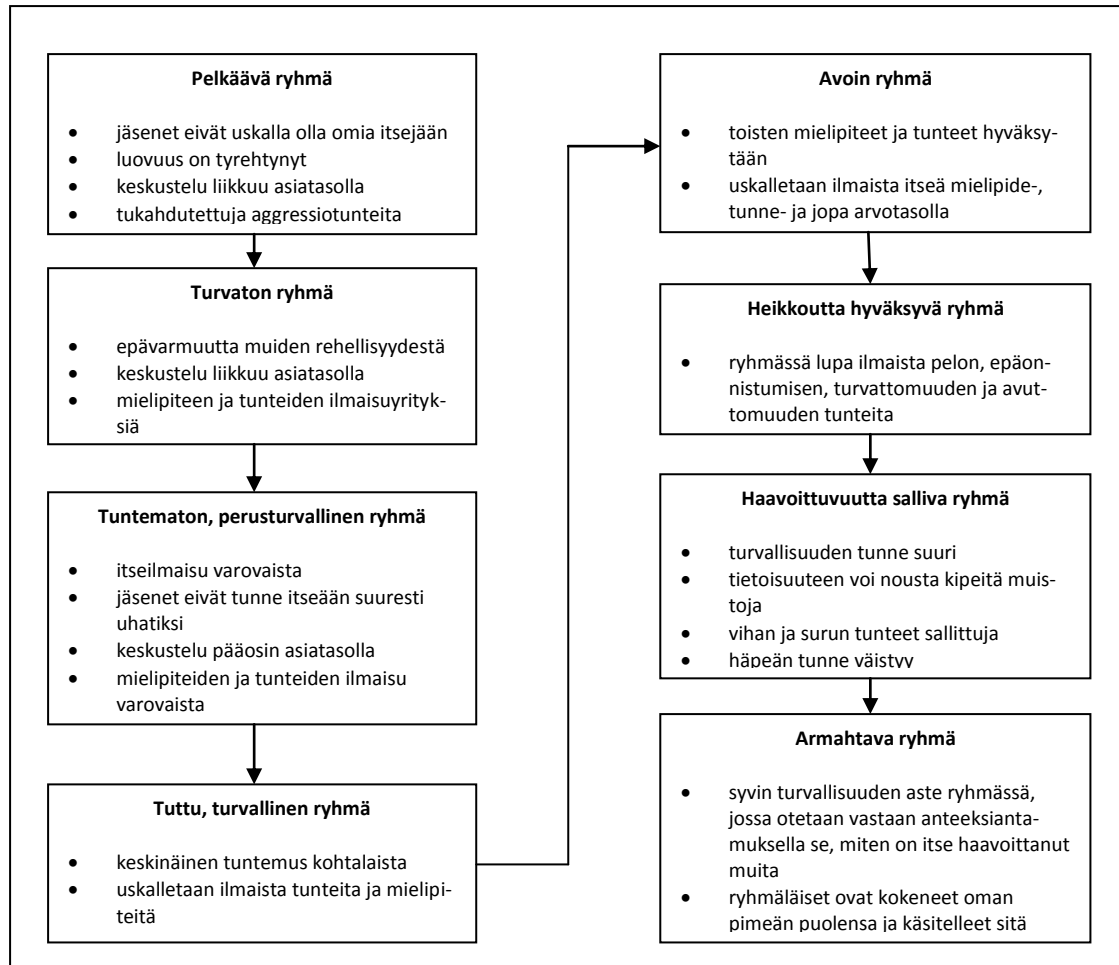
Ryhmän muodostumisen alkuvaiheessa ohjaajan on hyvä ottaa tehtäväkseen luoda ilmapiiriä ja tutustuttaa ryhmän jäsenet toisiinsa. Alussa ohjaajalta myös kaivataan paljon tietoa ja tukea sekä ohjeita ryhmän toiminnan aloittamiseen. (Hämäläinen 2007.)

Ryhmä kehitysprosessin toiseen vaiheeseen liittyy se, että ryhmäläiset testaavat toisiaan ja ohjaajaa (Jauhiainen & Eskola 1994, 93). Ryhmäläisten tutustuttua toisiinsa alkaa ryhmän sisälle muodostua alaryhmiä ja liittoumia, kun ryhmän jäsenet hakevat paikkaansa. Ohjaajan tehtävänä on tällöin kannustaa kaikkia esittämään omia mielipiteitään ja selvittää ristiriidat ja ongelmatilanteet. Arvostavan ja kannustavan palautteen antaminen kaikille ryhmän jäsenille auttaa ryhmää kehittämään toimintaansa eteenpäin. (Hämäläinen 2007.)

Normien syntymisen vaiheessa ryhmällä on vahva me-henki ja ryhmässä viihtyminen voi viedä jäsenten huomiota ryhmän varsinaiselta tehtävältä. Tässä vaiheessa ohjaajan tulee pitää huolta ryhmän perustehtävästä sekä nähdä ryhmän jäsenet yksilöinä, joilla on kullakin merkitys ryhmän onnistumiseen tehtävässään. Kun ryhmä pääsee kehittymään, muodostuu siitä yhteistyöryhmä, jossa on luottamusta ja jossa uskalletaan ottaa vastuuta. Ryhmän kommunikaatio on sallivaa ja avointa ja ristiriidoista osataan keskustella. Ohjaajan rooli pienenee ryhmän kehittyessä ja hän on lähinnä yksi ryhmäläisistä. Ohjaajan tehtävänä on pitää yllä motivaatiota. (Hämäläinen 2007.)

Ryhmän lopetusvaihe on oleellinen osa ryhmän toimintaa. Ryhmä lopettaa toimintansa ja ryhmän jäsenet hyvästelevät toisensa. (Pulkkinen 2002.) Kaukkilan ja Lehtosen (2007) mukaan ryhmäläiset voivat kokea surua ja haikeutta ryhmän päättymisestä. Ryhmän päättyessä ohjaajan on hyvä keskustella ryhmäläisten kanssa heidän kokemistaan tunteista ja yhteisten jatkotapaamisten suunnittelu voi helpottaa eroahdistusta. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 26.)

Ryhmän turvallisuuden aste kuvastaa ryhmän ja sen jäsenten tilaa ryhmässä. Kuten kuvioista 2 (sivulla 21) nähdään, turvallisessa ryhmässä kaikki ryhmän jäsenet hyväksyvät omana itsenään. Oppiminen ja itsensä kehittäminen vaativat turvallisen ryhmän. (Aalto 2002, 5-6.)



KUVIO 2. Ryhmän turvallisuuden asteet (Aalto 2000, 22-23 mukaillen)

Ryhmän turvallisuus koostuu useasta tekijästä. Ryhmän sisällä oleva luottamus muodostuu jäsenten kyvystä heittäytyä luottamaan, olla luotettava ja tukea ja vastaanottaa annettua tukea. Kun ryhmäläiset hyväksyvät toisensa yksilöinä, syntyy turvallisuuden tunne ryhmässä. Haavoittuvaksi altistuminen edellyttää avoimuutta ja uskallusta kertoa tunteistaan ja tilanteestaan. Kun ryhmän jäsen luottaa muihin jäseniin ja uskaltaa paljastaa haavoittuvaisuutensa, turvallisuus lisääntyy. Myös tuen antaminen toisille ryhmäläisille lisää luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta. Lisäksi yhtenä tärkeänä osatekijänä mainitaan sitoutuminen. Se osoittaa ryhmän jäsenten halukkuutta yhteistyöhön ja tavoitteiden saavuttamiseen. (Aalto 2002, 6-7.)

Ryhmän ohjaaja voi lisätä ryhmän turvallisuutta antamalla toiminnasta myönteistä palautetta. Tämä lisää sisäistä turvallisuutta ja luottamusta. Ryhmän turvallisuutta osoittaa myös se, kuinka ryhmäläiset toisiinsa suhtautuvat silloin, kun he ilmaisevat itseään. Ryhmän turvallisuuden asteesta antaa viitteitä myös jäsenten elekieli, sijoittuminen, fyysinen läheisyys ja vapautuneisuus. (Aalto 2000, 65, 71-72.)

Ryhmäohjauksella on mahdollista saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmän ohjaajan sopivuudella on suuri merkitys ryhmän toimintaan, ja hänen tulee huomioida jokainen ryhmän jäsen yksilönä (Niemi 2007, 34). Taulukossa 3 on koottuna seikat, jotka ryhmän ohjaajan tulee ottaa huomioon ryhmää suunnitellessaan. (Kaukkila & Lehtonen, 2007, 20-21):

TAULUKKO 3: Huomioitavat seikat ryhmäohjauksessa (Kaukkila & Lehtonen 2007, 20-21)

1	Ryhmän perustaminen	-kenelle ja miksi ryhmä perustetaan -mikä on ryhmän tarkoitus ja perustehtävä
2	Ryhmän jäsenten valinta	-missä, milloin ja miten alkavasta ryhmästä ilmoitetaan -miten ryhmän jäsenet valitaan
3	Ryhmän kesto ja koko	-minkä kokoinen ryhmästä tulee -kuinka usein ja kuinka monta kertaa ryhmä kokoontuu -milloin ryhmä alkaa ja päättyy
4	Ryhmän kokoontumispaikka	-missä ja millaisessa tilassa ryhmä kokoontuu -millaiset liikenneyhteydet on paikkaan
5	Ryhmän talous	-kuinka paljon ryhmä tarvitsee rahaa -miten ryhmä rahoittaa toimintansa -kuka hoitaa raha-asioita ja vastaa niistä
6	Ryhmän työskentely	-millainen on ryhmätapaamisten rakenne ja sisältö -kuinka kauan yksi ryhmätapaaminen kestää
7	Ryhmäohjaajat	-kuinka monta ohjaajaa ryhmällä on -kuka tai ketkä ryhmää ohjaavat -kenellä on päävastuu ryhmästä
8	Ryhmäohjaajan rooli	-millainen ote ja työskentelytapa ohjaajalla on
9	Valmistautuminen ryhmätapaamiseen	-ovatko ryhmän käytännön valmistelut ajoissa valmiina -onko ohjaaja kerrannut edellisen ja valmistellut uuden tapaamisen kulun -onko ohjaaja tyhjentänyt mielensä muista asioista ja valmistautunut vastaanottamaan ryhmän iloineen ja suruineen
10	Ryhmäohjaajan oma työnohjaus ja tuki	-milloin ja miten järjestetään ohjaajan oma työnohjaus -mitkä ovat työnohjauksen kustannukset -voiko ryhmäohjaaja tavata muita ryhmäohjaajia

Pietikäisen (2003) mukaan ryhmänohjaajien on syytä antaa ryhmäläisille tilaisuus ensin arvioida ohjaajan kykyä hoitaa tehtäväänsä: hänen ammatillista pätevyyttään, luotettavuuttaan sekä sitä, millainen hän on ihmisenä. Sen jälkeen ryhmän jäsenet tarvitsevat turvallisuuden tunteen. Se muodostuu parhaiten, kun ihminen muodostaa suhteen ainakin yhden ryhmän jäsenen kanssa. (Pietikäinen 2003.)

Ryhmän ohjaamisessa tulee huomioida se, että ryhmän tavoitteet vaihtelevat ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaan. Tavoitteeksi voi omaishoitajaryhmän ollessa kyseessä asettaa esimerkiksi ryhmäläisten voimaantumisen ja vertaistuen jakamisen. Ryhmän jäsenten välillä on usein myös sanatonta vuorovaikutusta, joka on syytä huomioida ryhmän käyttäytymistä ja dynamiikkaa pohdittaessa. Ryhmän toiminnalle on oleellista, että kaikki ryhmäläiset tietävät ryhmän tavoitteen ja ovat sitoutuneet toimimaan niin, että tavoite saavutetaan. Yhteinen tavoite lisää ryhmäläisten motivaatiota ja sitoutuneisuutta ryhmään. (Kynäs ym. 2007, 104-105.)

Ryhmän toimintaa suunniteltaessa on myös huomioitava, että ryhmällä on omat rajansa. Näistä rajoista on syytä myös keskustella ryhmäläisten kanssa ryhmän toiminnan aloitusvaiheessa. Fyysisiä rajoja on mm. tila, aikataulu ja osallistujajoukko. Psykkiset rajat määrittelevät sen, millainen toiminta on sallittua, hyväksyttävää ja ryhmän normien mukaista. Tietoisuus ryhmän tavoitteista, tehtävästä ja rajoista tukee ryhmän turvallisuutta. Selkeät rajat tukevat myös ryhmän luovuutta ja vahvistavat vuorovaikutusta. (Kynäs ym. 2007, 105.)

3.3.2 Vertaistukiryhmä omaishoitajan tukena

Vertaisuuden käsitettä käytetään ilmaisemaan toimintaa, jossa samoja kokemuksia tai samanlaisessa elämäntilanteessa olevat yksilöt yhdessä pohtivat heitä koskettavia asioita ja jakavat kokemuksiaan toisilleen. Vertaistukea voi olla enemmän tai vähemmän ohjattuna ja ryhmät voivat erota toisistaan mm. tavoitteidensa ja toimintatapojensa puolesta. Yleisin vertaistukiryhmän muoto on suljettu ryhmä, jossa on ohjaaja. Tapaamisten kesto ja lukumäärä on näissä ryhmissä ennalta suunniteltu eikä uusia jäseniä oteta ryhmän aloituksen jälkeen. (Saarenheimo & Penttilä 2006, 29,33.)

Antikainen tutki pro gradu -tutkielmassaan (2005) omaishoitajien kokemuksia vertaisryhmätoiminnasta. Tutkimuksessa omaishoitajat määrittivät vertaistukea toinen toisensa auttamiseksi, myötäelämiseksi ja samalla aaltopituudella olemiseksi. Omaishoitajat kokivat vertaistuella olevan suuri merkitys heidän jaksamiselleen omaishoitajana. Omaishoitajien kokemusten perusteella vertaisryhmästä saatu tuki, vertaistuki, muodostui yhteenkuuluvuuden tunteesta, emotionaalisesta tuesta, tiedollisesta tuesta ja arjen jakamisesta. Yhteenkuuluvuuden tunteeseen liittyi Antikaisen mukaan tieto siitä, että muilla on samanlainen elämäntilanne ja tästä johtava mahdollisuus keskinäiseen ymmärrykseen. Myös avoimuus ja luottamuksellisuus kuuluvat yhteenkuuluvuuden tunteeseen. Emotionaalinen tuki muodostui muilta saadusta hyväksynnästä, mahdollisuudesta irtautua arjesta, virkistymisestä, huumorin käytöstä ja turvallisuuden tunteesta. Tiedollista tukea vertaisryhmätoiminnassa tuli, kun ryhmäläiset saivat tietoa omaishoitajien tukijärjestelmistä ja toisten omaishoitajien käytännön neuvoista. Arjen jakaminen koostui mahdollisuudesta keskustella toisten omaishoitajien kanssa arjen sujumisesta, mahdollisuudesta kuunnella toisten kokemuksia arjesta ja mahdollisuudesta tulla kuulluksi. (Antikainen 2005, 28-37.)

Nylund (2005) mainitsee, että erilaisten vertaisryhmien ja -verkostojen määrä on lisääntynyt paljon viimeisten vuosien aikana. Tämä kertoo hänen mukaansa siitä, että ihmisillä on tarvetta jakaa kokemuksiaan muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa. Vertaistukea voi saada ja antaa Nylundin mukaan kahden kesken, ryhmissä ja verkostoissa. Vertaisryhmissä ennestään toisille tuntemattomat ihmiset kokoontuvat säännöllisin väliajoin tapaamaan toisiaan ja hyödyntämään ryhmän tarjoamaa tukea. (Nylund 2005, 195, 203.) Niemen (2007) tutkimuksessa 89% omaishoitajaryhmään osallistuneista koki saavansa hyötyä tai tukea omaan työhönsä omaishoitajana. Kukaan ei kokenut, ettei saanut ryhmästä tukea tai hyötyä. Vapaus luottamuksellisesti puhua omasta arjesta ja hoidettavasta oli tutkimusryhmään osallistuvien vertaistukiryhmän jäsenten mukaan tärkeimpiä vertaisryhmän hyötyjä. (Niemi 2007, 26-27.)

3.3.3 Vertaisryhmien hyödyt ja epäkohdat

Antikaisen (2005) tutkimuksen mukaan omaishoitajien odotukset vertaistukiryhmätoimintaan kohdistuivat hoidettavan sairaudesta irrottautumiseen, yksilöllisyyteen, säännöllisyyteen, jatkuvuuteen, tiedon saantiin ja yhteistoiminnallisuuteen. Huomioimalla nämä osa-alueet ja kehittämällä niitä voidaan vertaisryhmätoiminnalla edesauttaa merkittävästi omaishoitajien jaksamista (Antikainen 2005, 48). Saarenheimo ja Penttilä (2006) mainitsevat vertaistukiryhmän hyviksi puoliksi sen, että ryhmän jäsenille ei tarvitse selittää asioita, koska heidän voi ajatella tietävän, mistä on kysymys. Tämä tuo ryhmän sisälle yhteisyyden tunteen ja näin tapaamisista tulee voimaannuttavia. (Saarenheimo & Penttilä 2006, 34-35.) Nimenomaan vertaisryhmien turvallinen ilmapiiri mahdollistaa keskustelun aroista ja henkilökohtaisistakin asioista ja tällaisessa ryhmässä hyväksytään myös tunteen purkaukset (Antikainen 2005, 34).

Nylund (2005) pohtii myös vertaistuen kääntöpuolta, voiko vertaisryhmät vahingoittaa jäseniensä hyvinvointia. Hän mainitsee erityisesti internetin vertaisryhmien ongelmat yksityisyys- ja identiteettinäkökulman huomioonottaen. Lisäksi hän mainitsee, ettei internetin vertaisryhmien tarjoaman informaation oikeellisuutta voida taata ryhmien jäsenille. Vertaistukiryhmissä, jotka tapaavat toisensa säännöllisesti, ei Nylundin mukaan ole tutkimuksissa löydetty negatiivisia puolia eikä ryhmillä ole ollut jäseniään vahingoittavia ominaisuuksia. (Nylund 2005, 204-205.) Myös Saarenheimo ja Penttilä (2006) mainitsevat vertaistukiryhmässä olevan ristiriidan yksilön ja yhteisön etujen ja tavoitteiden välillä. Ryhmätoiminta ei heidän mukaansa myöskään sovi kaikille. Osa voi kokea vertaistukiryhmät vaativiksi, liian henkilökohtaisiksi tai he eivät luota ryhmän vaihtoloon. Vertaistukeen saattaa myös Saarenheimon ja Penttilän mukaan kohdistua liian suuria odotuksia. Ryhmäläisten kokemukset voivat erota toisistaan niin paljon, että yhteenkuuluvuuden tunnetta ei pääse syntymään. Myös jotkut ryhmän jäsenet voivat olla hallitsevampia ja näin määrittelevät ryhmän toimintaa omalla käytöksellään. (Saarenheimo & Penttilä 2006, 34,36.)

4 MUISTISAIRAUDET OMAISHOITAJAN NÄKÖKULMASTA

4.1 Muistihäiriöistä

Dementialla tarkoitetaan laaja-alaista henkisten kykyjen heikentymistä, joka haittaa merkittävästi henkilön itsenäistä selviytymistä. Kyse on siis oireyhtymästä, ei erillisestä sairaudesta (Erkinjuntti 2006, 94.) Diagnoosikriteerinä potilaalla tulee muistihäiriön lisäksi olla vähintään yhden muun kognitiivisen osa-alueen häiriö, kuten esimerkiksi kielellinen häiriö. Dementiaoireiden taustalla on siis dementoiva sairaus. Yleisin näistä on Alzheimerin tauti, josta kärsii jopa 50-60% dementiaa sairastavista. Muita dementoivia sairauksia ovat vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale –tauti, sekä frontotemporaalinen dementia. Kaikkiin näihin sairauksiin saattaa liittyä muistioireiden lisäksi myös käytösoireita: persoonallisuus voi muuttua, saattaa esiintyä aggressiivisuutta, masennusta, harhaluuloisuutta, passivoitumista sekä monenlaisia muita oireita. Nämä muutokset muistihäiriöiden lisäksi tekevät omaishoitajan työstä erittäin vaativaa. (Juva 2007, 8-9.)

Yleisen käsityksen mukaan muistin heikkeneminen kuuluu osana vanhuuteen, vaikka se onkin ristiriidassa toisen käsityksen kanssa, jonka mukaan viisaus lisääntyy iän myötä. Kuitenkin arvioiden mukaan 5-9% kaikista 65 -vuotiaista kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta. Muistihäiriöt yleistyvät voimakkaasti iän mukana, 90 –vuotiaista jo kolmasosa kärsii jonkinlaisesta muistisairaudesta. (Suutama 2003, 175, 178.) Dementoituminen ei kuitenkaan kuulu onnistuneeseen vanhenemiseen, vaan siihen on aina jokin syy, joka tulee selvittää. Aivojen ikääntymismuutokset ja rappeutumissairaudet aiheuttavat monenlaisia muutoksia, myös henkisessä suoriutumiskyvyssä. (Hervonen & Lääperi 2001, 36-37.) Dementia ei ole kuitenkaan pelkästään ikä-ihmisten ongelma, vaan niihin voi sairastua jo keski-ikässä. Suomessa on noin 7000 alle 65 –vuotiaista jotakin muistisairautta sairastavaa henkilöä. (Juva 2007, 9.)

Kaikissa muistisairauksissa varhainen toteaminen on tärkeää, koska silloin saadaan kohdennettu ja tarkka lääkehoito ajoissa ja voidaan hidastaa taudin pahenemista ja etenemistä, ja näin laitoshoido lykkääntyy. (Juva 2007, 9.) Yleensä jokin tilanne tai tapahtuma herättää omaisissa epäilyn, että kaikki ei ole kunnossa ja he hakeutuvat lääkäriin (Jylhä ym. 1996, 33). Terveystuhoon haasteena onkin muistisairauden varhainen tunnistaminen ja perustutkimusten järjestäminen. Perustutkimukset tehdään pääsääntöisesti terveyskeskuksissa. Jatkotutkimuksissa tarvitaan erikoisalojen asiantuntijoiden

neuvoja. Perustutkimuksissa käytetään kognitiivista tehtäväsarjaa CERAD:ia tai Muis-tiseulaa. MMSE, eli Mini Mental State Examination, on yleisesti käytetty seulontatesti. Se on itsenäisestäikin käytettävä osio laajemmasta CERAD –testistä. Näillä testeillä pyri-tään selvittämään henkilön orientoitumista aikaan ja paikkaan, ne sisältävät myös lyhyi-tä muistia, keskittymistä ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. Tulokset ovat kuitenkin aina viitteellisiä, sillä siihen vaikuttaa henkilön koulutus, harjaantuneisuus sekä kielelli-set kyvyt. Parhaimman käsityksen tilanteesta saakin usein haastatteleamalla omaisia ja keräämällä ennakkotietoja. (Erkinjuntti ym. 2009, 56-59.)

4.2 Alzheimer ja omaishoitajuus

Alzheimerin tauti on yleisin dementian aiheuttaja. Se on todettu noin 60% kaikista muistioireista kärsivillä. Taudin esiintyvyys nousee voimakkaasti iän myötä. Alle 65 – vuotiailla esiintyvyys on alle prosentin luokkaa koko väestöstä, kun taas yli 85 – vuotiaista jo noin 30%:lla on Alzheimerin tauti. (Telaranta 2004, 19.) Suurimmat riski-tekijät Alzheimerin taudille on todettu olevan korkea ikä, aivovammat, korkea veren-paine, huonot elämän tavat ja alhainen koulutustaso sekä aiemmin sairastettu masennus. Alzheimerin varhaisemmalla iällä alkavan tautimuodon on todettu olevan osin perinnöl-linen, tosin erittäin harvinainen. Toisaalta riski sairastumiselle lisääntyy, jos lähisuvussa useammalla henkilöllä esiintyy Alzheimerin tautia. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127-128.) Tyypillistä Alzheimerin taudille on sen eteneminen hitaasti ja vaiheittain, taudin keston ollessa yleensä noin 7-10 vuotta. Oirekuvat ovat hyvinkin tapauskohtaisia ja voi-vat vaihdella suuresti eri henkilöillä. Keskeisinä oireina ovat kuitenkin lähimuistin heikkeneminen, ajan ja paikan katoaminen, kielelliset vaikeudet kuten afasia, hahmot-tamisen vaikeudet sekä sairautentunnottomuus. Sairauden edetessä voi esiintyä painon laskua, jäykistymistä ja virtsainkontinenssi. Aivojen tutkimuksissa voidaan todeta hip-pokampuksen ja sen lähialueiden selvää surkastumista. (Hervonen & Lääperi 2001, 96.)

Tarja Krögerin pro gradu tutkielmasta (2001) käy ilmi että omaishoitajat pitävät erilaisia asioita hoitamisessa raskaana. Kokemukseen on vaikuttanut eniten Alzheimerin taudin aste. Jotkut omaishoitajat kokivat tutkimuksen mukaan hoitamisen henkisesti raskaana. Lisäksi, jos hoidettavalla oli aggressiivista tai syyttelevää käytöstä, koettiin se erityisen raskaana. Toiset taas kokivat muistamattomuuden vaikeimpana. Myös fyysiset vaivat, etenkin sairauden loppuvaiheessa, olivat omaishoitajien kokemusten mukaan raskaita. (Kröger 2001, 48.)

Alzheimerin taudin omaishoitajan kannalta vaikeimpia oireita ovatkin varmasti käytökseen ja persoonallisuuteen liittyvät muutokset. Ennen lempeä ihminen saattaa muuttua äkkipikaiseksi ja aggressiiviseksi. (Telaranta 2004, 53-71.) Sairastunut kiihtyy usein turhautuessaan, kun huomaa, että on esimerkiksi epäonnistunut jossain askareissaan, jotka aiemmin sujuivat. Kiihtymys puolestaan voi aiheuttaa väkivaltaista käyttäytymistä. Usein tämä väkivaltainen käytös kohdistuu hoitavaan henkilöön. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi pukeutuminen ja peseytyminen. (Hervonen & Lääperi 2001, 101.) Käyttöoireista tyypillisiä ovat myös masennus sekä epäluuloisuus. Osalle sairastuneista ilmaantuu harhaluuloisuutta, kuten varastamisepäilyjä ja mustasukkaisuutta puolisoistaan. Nämä oireet ja niiden aiheuttamat syytökset ovat omaishoitajille erittäin raskaita. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 137.)

Taudin edetessä selviytyminen arkielämästä heikkenee, mistä johtuen omaishoitajan vastuulle jää yhä enemmän asioita. Sairastunut ei enää ole kykenevä huolehtimaan raha-asioistaan, liikkumaan itsenäisesti eikä huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan. Sairauden loppuvaiheessa henkilön taitotaso vastaa puolitoistavuotiaan lapsen tasoa ja huolenpidon tarve on sen mukaista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 136.) Lisäksi hahmotusvaikeuksista voi seurata erilaisia väärintunnistuksia, sairastunut ei enää tunnista läheisiään, tai kuvittelee näkevänsä esimerkiksi sohvatyynyn tilalla kissan. Myös peilit asunnossa aiheuttavat usein ongelmia sairastuneen kuvitellessa asunnossa olevan vieraita nähdessään itsensä peilistä. Myös wc-käynnit voivat aiheuttaa ongelmia, kun Alzheimerista kärsivä henkilö ei välttämättä hahmota wc-istuinta muusta ympäristöstä, tai löydä ylipäänsä wc:tä. Näissä kaikissa tilanteissa omaishoitajat joutuvat miettimään, miten saavat arjen sujumaan parhaiten. Ja näissä tilanteissa vertaistuki olisikin varmasti monelle ensiarvoisen tärkeää. (Hervonen & Lääperi 2001, 103-104.)

4.3 Vaskulaariset dementiat ja omaishoitajuus

Vaskulaarisiksi dementioiksi kutsutaan erilaisten aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia dementioita. Nämä ovat toiseksi yleisempiä dementian aiheuttajia, noin 30% kaikista tapauksista. Puhtaat vaskulaariset dementiat ovat kuitenkin harvinaisia ja usein kyse onkin niin sanotusta sekamuotoisesta dementiasta. Usein tämä dementian muoto esiintyy yhdessä Alzheimerin taudin kanssa. (Juva 2007, 13.) Kuten Alzheimerin taudissa myös vaskulaarisissa dementioissa eteneminen on vaiheittaista. Taudin kesto on yleensä noin 5-8 vuotta ja kuolinsyy on perussairauteen, verisuonitautiin liittyvä. Vaskulaarisen dementian riskitekijöitä ovat verenkiertohäiriöt, kohonnut verenpaine, sydänsairaudet, diabetes, tupakointi sekä korkea ikä. (Erkinjuntti ym. 2006, 147.) Aivokuvissa voidaan nähdä valkean aineen muutoksia, jotka kertovat aivojen syvien osien pienten valtimoiden tukoksista (Hervonen & Lääperi 2001, 98). Vaskulaarisen dementian oireet vaihtelevat sen mukaan, missä aivojen osassa vaurio on. Kuitenkin kaikille verisuoniperäisille muistisairauksille on tyypillistä lievien muistiongelmien ilmaantuminen. Muistiongelmiä tunnusomaisempaa on vaikeudet oman toiminnan ohjaamisessa ja jäsentämisessä. Myös kävelyvaikeudet ja näköhäiriöt sekä virtsaamiseen liittyvät ongelmat ovat tyypillisiä oireita. (Erkinjuntti ym. 2009, 92.)

Koska vaskulaarisen dementian aiheuttamat muutokset ovat pitkälti samoja kuin Alzheimerin taudissa, ovat myös omaishoidon kannalta huomioitavat asiat samoja. Pyykön (1999) tekemän tutkimuksen mukaan omaishoitajat kokivat raskaana nimenomaan sen, miten sairaus vaikutti sairastuneen kykyyn huolehtia itsestään. Tämä aiheutuu yleisesti taudin aiheuttamista muutoksista aivoissa. Nämä muutokset heikentävät henkilön toimintakykyä ja toiminnanohjausta. Yleisesti koetut ongelmat arjessa olivat tutkimuksen mukaan ruokailu, pukeutuminen ja peseytyminen sekä virtsainkontinenssi. Ongelmat näissä arkisissa tilanteissa aiheuttavat jatkuvaa hoidon ja auttamisen tarvetta. Tämä puolestaan aiheuttaa ongelmia omaishoitajan itsestään huolehtimiselle sekä jaksamiselle. Lisäksi sairastuneen kävelyn vaikeutuminen ja itseohjautuvuuden puuttuminen saattavat aiheuttaa vaaratilanteita esimerkiksi sairastuneen lähtiessä yöllä vessaan. (Pyykkö 1999, 33-36.)

4.4 Lewyn kappale –dementia ja omaishoitajuus

Kolmanneksi yleisin muistisairaus on Lewyn kappale –tauti. Lewyn kappale –taudissa sairastuneen aivojen hermosoluissa voidaan taudin nimen mukaisesti havaita takiaispalloomaisia jyväsiä, joita pidetään taudin aiheuttajina. Yli puolella Lewyn kappale -tautiin sairastuneista löydetään myös Alzheimerin taudin kaltaisia muutoksia aivoista. Sairausten kesto on kuitenkin lyhyempi kuin Alzheimerin taudissa, se vaihtelee 2-12 vuoden välillä. (Erkinjuntti ym. 2009, 93.) Tauti alkaa 50-70 vuoden iässä ja on harvoin perinnöllinen. Tyypillisinä oireina Lewyn kappale –dementiassa voidaan pitää Parkinsonin taudin kaltaista jäykkyyttä, jähmeyttä, ilmeettömyyttä ja yksityiskohtaisia näköharhoja. Lisäksi voi esiintyä harhaluuloja ja vihamielisyyttä. Unihäiriöt ja toistuvat kaatuilut ja pyörtyilyt ovat myös yleisiä (Juva 2007, 15). Lewyn kappale –taudin alkuvaiheessa muisti ja kielelliset taidot ovat säilyneet paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Tyypillistä taudille on myös oireiden vaihtelut päivästä ja viikosta toiseen. (Hervonen & Lääperi 2001, 96.)

Aistiharhat ovat yleisiä Lewyn kappale –taudissa. Tavallisimmin ne ilmaantuvat näköharhoina, jotka voivat olla hyvinkin yksityiskohtaisia ja kummuta eletystä elämästä ja kokemusmaailmasta. Maalaistalon isäntä saattaa esimerkiksi nähdä ikkunasta katsoessaan lehmät laitumella, vaikka todellisuudessa näkyisikin vain kaupunkimaisemaa. Tällaiset harhat ovat omaisille usein pelottaviakin, koska he eivät voi niitä nähdä, ja nämä näyt sotivat täysin todellisuutta vastaan. Sairastuneen näkemät ja kokemat asiat ovat hänelle todellisia, eikä niitä pidäkään siksi mennä jyrkästi kumoamaan. Jos henkilön elämän kulku on hoitajan tiedossa, pystyy hän tulkitsemaan harhoja oikein ja kääntämään ne hyödyksi hoitotilanteissa. (Telaranta 2004, 64-65.)

Myös unihäiriöt ovat tyypillisiä Lewyn kappale-taudin oireita, ja niiden luonteesta riippuu, paljonko ne rasittavat päivittäistä elämää kotihoidossa. Vuoteessa vietetty aika saattaa lisääntyä, koska oireistoon kuuluu myös apatia ja masentuneisuus. On kuitenkin tärkeää, ettei sairastuneen anneta jäädä koko päiväksi sängyn pohjalle, koska se voi aiheuttaa toimintakyvyn romahtamista. Joillakin sairastuneilla unentarve voi vähentyä niin, että omaisesta tuntuu, ettei hänelle jää hetkeäkään omaa rauhaa. Sairastunut saattaa esimerkiksi vaellella levottomasti ja nousta yhtenä vuoteesta. (Telaranta 2004, 70-71.)

4.5 Otsalohkodementiat ja omaishoitajuus

Otsalohkodementioiksi eli frontotemporaalisiksi dementioiksi kutsutaan ryhmää demen-
tioita, jotka nimensä mukaan vaurioittavat erityisesti aivojen otsalohkoja. Kuvantamis-
tutkimuksissa sairastuneilla voidaan nähdä aivojen etuosaan painottuvaa rappeutumista
ja verenkierron heikkenemistä (Hervonen & Lääperi 2001, 97.) Tämän tyyppin dementiat
ovat harvinaisempia kuin edellä käsitellyt, Suomessa arvioidaan olevan kaikkiaan vaan
noin 600-700 tapausta. Otsalohkodementiat alkavat yleensä 45-65 ikävuoden aikoihin
keskimääräisen sairauden keston ollessa 8 vuotta. Noin puolella potilaista sairauden on
todettu olevan perinnöllinen. (Rinne 2006, 169-170.) Taudin oireet ilmenevät asteittain
ja vähitellen etenevänä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksina. Sairastuneen
arvostelukyky heikkenee ja hänestä tulee estoton. Tyypillistä on myös tunteiden latis-
tuminen, levottomuus sekä apatia ja puhehäiriöt, lisäksi voi esiintyä virtsainkontinens-
sia. Muistitoiminnot ja hahmotuskyky säilyvät yleensä melko pitkään. (Erkinjuntti
2009, 94). Otsalohkodementioihin ei ole olemassa tehokasta lääkehoitoa, tärkeintä on
sairastuneen ja omaisten tukeminen (Juva 2007, 17).

Otsalohkodementian ehkä haastavin oire omaisten kannalta on sairastuneen muuttumi-
nen estottomaksi. Tämä on otsalohkodementioissa hyvinkin yleinen oire. Estottomuus
ilmenee siten, että sairastunut saattaa aivan yllättäen tehdä tai sanoa jotain sopimatonta,
mitä hän ei aikaisemmin olisi missään tapauksessa tehnyt. Hän saattaa tehdä esimerkiksi
sopimattomia ehdotuksia ja hänen puheensa saattaa muuttua seksuaalisväritteisiksi.
(Rinne 2006, 171.) Tämän kaltaiset käytöksen muutokset karsivat herkästi sosiaalisia
kontakteja entisestään, minkä takia omaishoitajakin helposti eristäytyy muusta maail-
masta. Kotoa ei enää uskalleta lähteä, kun takaraivossa kalvaa pelko siitä, mitä sairastu-
nut voi tehdä tai sanoa. Ystävät saattavat etäännyä omaishoitoperheestä monista muista-
kin syistä. Taustalla voi olla pyrkimys olla aiheuttamatta enempää vaivaa, ja toisaalta
ystävät voivat olla epävarmoja, miten sairastuneen kanssa tulisi keskustella. Sopimat-
tomat puheet voivat ulkopuolisesta tuntua pahoilta ja loukkaavilta, jos he eivät tiedä,
miksi henkilö toimii niin. Myös omaishoitaja voi kotonaan joutua olemaan varuillaan ja
jopa pelkäämään hoidettavaa hänen käyttäytymisensä vuoksi. (Saarenheimo & Pietilä
2005, 55.)

Epätietoisuus itsestään ja omasta ympäristöstä voi aiheuttaa otsalohkodementiasta kärsiville levottomuutta ja tarvetta vaelteluun. Syitä tämän tyyppiseen oireiluun voi olla monia. Niitä on kuitenkin vaikea selvittää, koska usein sairastunut ei enää kykene ilmaistamaan itseään sanallisesti. Kyseessä ei kuitenkaan useimmiten ole tarkoituksenmukainen karkaaminen, vaan yksinkertainen tarve ja halu päästä muualle ja eteenpäin. Levottomuus aiheuttaa hankaluutta arjen pyörittämiseen ja omaishoitaja joutuu kokoajan pitämään silmällä sairastunutta. Tämä puolestaan hankaloittaa omaishoitajan itsestään huolehtimista sekä arkiasioiden hoitamista, mikäli sairastunut ei voi jättää yksin lainkaan. Omaishoitajat saattavat kokea myös, etteivät voi jättää sairastunutta kenenkään muunkaan hoidettavaksi, koska se saattaisi laukaista levottoman käytöksen. (Telaranta 2004, 62-63.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoite on kehittää terveydenhoitajan keinoja tukea muistisairaiden omaishoitajia ja tarkoitus on järjestää ensitieto- ja vertaistukiryhmä muistisairaiden omaishoitajille.

Tutkimustehtävänä on saada tietoa ryhmän käyttämisestä terveydenhoitajan työmenetelmänä.

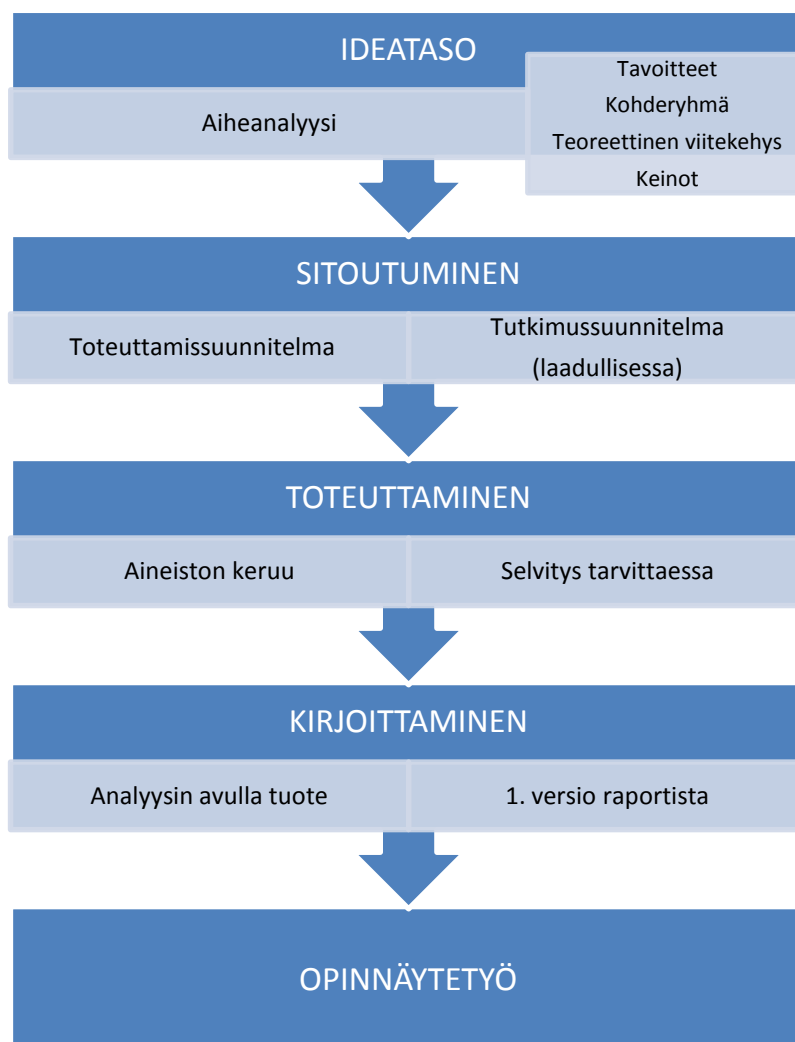
Projektiosan tavoitteena on antaa ryhmäläisille valmiuksia varautua tulevaisuuteen muistisairaana omaishoitajana ja turvata heidän jaksamistaan muuttuvassa elämäntilanteessaan. Projektiosan tarkoitus on antaa omaishoitajille ensitietoa sekä tarjota mahdollisuus saada ja antaa vertaistukea.

6 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme oli toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on aina jotain konkreettista kuten jokin tapahtuma, ohjeistus tai kirja. Opinnäytteeseen kuuluu tuotoksen toteuttamiseen liittyvä aiheen teoreettinen tarkastelu ja projektin purkaminen sekä opinnäytteen pohdinta. (Vilka & Airaksinen 2003a, 51; Vilka & Airaksinen 2003b) Me toteutimme toiminnallisena opinnäytetyönä ensitieto- ja vertais-tukiryhmän muistisairastuneiden omaishoitajille.

Kuviossa 3 on kuvattu toiminnallisen opinnäytetyön eteneminen Vilkaan ja Airaksisen (2003b) mukaan.



KUVIO 3. Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi (Vilka & Airaksinen 2003b)

Kuten kuvioista 3 (sivulla 34) voi nähdä, alkaa toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen ideoimisesta. Toiminnallista opinnäytetyötä tehtäessä olisi suotavaa, että työlle on toimeksiantaja eli työlle on olemassa todellinen tarve. Tarpeen lähtökohdasta opinnäytetyön tekijä pohtii ideointivaiheessa työlleen tavoitteet, kohderyhmän, teoreettisen viitekehyksen ja keinot opinnäytetyön toteutukselle. Kohderyhmän valintaan on syytä paineutua erityisen hyvin, koska toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään jokin tuote, tapahtuma tai ohjeistus jonkun käytettäväksi. (Vilka & Airaksinen 2003a, 16-17, 38.) Opinnäytetyössämme toimeksiantajana oli Kangasalan kunnan muistihoitaja, jonka mielestä työmme aihe oli ajankohtainen ja tarpeellinen. Vilkan ja Airaksisen (2003a) mukaan myös teoreettisen viitekehyksen osuus on tärkeä toiminnallisessa opinnäytetyössä, koska sillä opinnäytetyön tekijät osoittavat taitonsa yhdistää teoreettisen tiedon ammatilliseen käytäntöön, ja tehdä näistä nousevien havaintojen perusteella ratkaisuja ja kehittää omaa alaansa. (Vilka & Airaksinen 2003a, 42.) Teoreettista viitekehystä kirjoittaessamme ja ryhmien sisältöjä suunnitellessamme perehdyimme myös teoriassa erilaisiin muistisairauksiin sekä ryhmien toimintaan ja ohjaamiseen.

Toiminnallinen opinnäytetyö etenee tämän jälkeen kuten muutkin opinnäytteet, eli opinnäytetyölle laaditaan toteuttamissuunnitelma, johon kirjataan työn tehtävät ja tavoitteet, toteuttamisaikataulu, toteuttamismenetelmät ja suunnitelmaa teoriasta. Toimintasuunnitelmassa vastataan kysymyksiin mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. (Vilka & Airaksinen 2003a, 25.) Laadimme opinnäytetyösuunnitelman, jossa suunnitelimme alustavasti opinnäytetyömme teoriasisältöä eli mitkä ovat ne keskeiset asiat, joita halusimme nostaa tässä opinnäytetyössä teoriapuolella esille. Tärkeimmiksi käsitteiksi nousivat omaishoitajuus, muistisairaudet ja ryhmäohjaus terveydenhoitajan työmenetelmänä. Toteuttamissuunnitelmassa laadimme myös työllemme alustavan toteuttamissuunnitelman, jonka mukaan toimimalla suunnitelimme työmme valmistuvan aikataulun mukaisesti. Pitämillämme ryhmäohjauksilla oli huomattava merkitys laatiessamme suunnitelmaa opinnäytetyömme toteuttamiselle.

Kuvion 3 (sivulla 34) mukaisesti seuraavassa vaiheessa on opinnäytetyön varsinainen toteuttaminen, jossa opinnäytetyön tekijät keräävät teoriatietoa aiheesta ja sen perusteella rakentavat opinnäytetyönsä toiminnallista osuutta. Lopullinen opinnäytetyön kirjallinen osuus on teoreettinen osuus aiheesta ja raportointi opinnäytetyön toiminnallisesta osuudesta. Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina jokin tuote, minkä vuoksi raportoinnissa onkin kirjattava ja perusteltava tuotteen tuottamiseen käy-

tettyjä keinoja ja menetelmiä. (Vilkkä & Airaksinen 2003a, 51.) Opinnäytetyömme teoreettinen osuus koostuikin katsauksesta eri muistisairauksiin, omaishoitajuuteen sekä ryhmien ohjaamiseen. Toiminnallinen osuus puolestaan käsitti ryhmän pitämisen Kangasalan kunnassa. Lopullisena tuotteena, kehittämistehtävänä opinnäytetyössämme oli kirjallinen materiaali, jota terveydenhoitaja voi hyödyntää suunnitellessaan ja toteuttaessaan vastaavanlaista ryhmää muistisairaiden omaishoitajille.

Käytimme opinnäytetyössämme myös osia osallistuvan havainnoinnin menetelmästä. Osallistuva havainnointi tarkoittaa, että tutkija osallistuu ryhmän toimintaan ryhmäläisten ehdoilla ennalta sovitun ajanjakson. (Vilkkä 2006, 44-45.) Havainnoinnissa keskityimme tarkkailemaan ja pohtimaan ryhmäohjauksen sopivuutta omaishoitajien tukimenetelmänä. Olimme ryhmässä tasavertaisina ryhmänjäseninä osallistuen keskusteluun ja samalla arvioimme ryhmän toimivuutta. Koivulan, Suihkon ja Tyrväisen (2002) mukaan käytettäessä havainnointia tutkimuskeinona, se tehdään systemaattisesti. Havainnointi tuo menetelmänä aitoa ja välitöntä tietoa tilanteista, joista ei haastattelu- ja kyselytutkimuksella saataisi vastaavaa tietoa. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 41-42.) Olemalla ryhmänjäseniä havainnoimme ryhmän toimintaa aitona ja konkreettisena tilanteena, jossa jokainen ryhmän jäsen oli mukana omana persoonanaan omien kokemustensa kanssa. Tällä menetelmällä keräämämme tutkimustieto oli ainutlaatuista ja ajankohtaista.

Lisäksi pidimme opinnäytetyöpäiväkirjaa, johon keräsimme materiaalia liittyen lähinnä ryhmäohjauksiimme. Purimme ryhmätapaamisissa ollutta tunnelmaa ja keskustelua päiväkirjaan, jotta pystyimme paremmin muistamaan tilanteet myöhemmin, kun aloimme tehdä opinnäytetyömme raportointiosuutta. Vilkkä ja Airaksinen (2003a) suosittelevatkin dokumentoimaan opinnäytetyöpäiväkirjaan opinnäytetyöprosessiin liittyviä ideointeja, päätöksiä ja opinnäytteen toteutumista (Vilkkä & Airaksinen 2003a, 19-20).

6.2 Projektin toteutumisen kuvaus

Lähetimme keväällä 2009 sähköpostilla tiedustelun Kangasalan kunnan terveyskeskuksen kotihoidonohjaajalle mahdollisista opinnäytetyön aiheista. Tuossa vaiheessa projektipäällikkö Tarja Heinonen oli aktiivisesti mukana hakemassa opinnäytetyöllemme suuntaa Aktiivisesti ikääntyen Pirkanmaalla –projektin tiimoilta.

Noin kuukauden päästä tiedustelumme lähettämisestä saimme vastauksen kotihoidonohjaajalta, että Kangasalan kunnan muistihoitaja olisi halukas tapaamaan meitä ja keskustelemaan mahdollisesta opinnäytetyöstämme. Niinpä tapasimme muistihoitajan Kangasalan terveyskeskuksella. Keskustelimme hänen toimenkuvastaan ja hän ehdotti, että pitäisimme muistisairaita puolisoitaan/ omaisiaan hoitaville vertaistuki- ja ensitietoryhmän. Ryhmän järjestäminen ja läpivieminen toisivat meille arvokasta kokemusta ryhmänohjaajana toimimisesta ja muistihoitaja saisi tarvitsemaansa apua. Keskustelimme jo alustavasti kohderyhmästä, ryhmien ajankohdasta ja sisällöstä sekä siitä, voisimmeko tehdä kehittämistehtävänä rungon, joka sisältäisi jaettavan materiaalin vastaavien ryhmien pitämiseen. Tämä oli tärkeä ja tarpeellinen aihe, koska halusimme laajentaa tietämystämme ikääntyvien terveyden edistämisestä. Näistä näkökohdista johtuen päätimme tehdä opinnäytetyömme tästä aiheesta.

Saimme tutkimusluvan Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskuksen johtavalta ylihoitajalta, jonka jälkeen laadimme liitteenä 1 olevan etenemisaikataulun opinnäytetyöprosessitamme. Ryhmätoiminnan kohderyhmäksi valikoitui vuoden 2009 aikana muistisairausdiagnoosin saaneiden omaiset, koska heille ensitiedon jakaminen ja vertaistuen saaminen oli ajankohtaista. He valikoituivat edellä mainitun omaisen diagnoosiajankohdan mukaan. Lisäksi huomioon otettiin ryhmäläisen käytännön mahdollisuudet osallistua ryhmätoimintaan sekä heidän oma kiinnostuksensa ryhmätoiminta kohtaan. Muistihoitaja kutsui kymmenen omaista mukaan ryhmään. Jokaiselle kutsutulle lähetimme henkilökohtaisen kutsukirjeen sekä ryhmän ohjelmarunon, jotka ovat liitteinä 2 ja 3, jotta tulevat ryhmäläiset saivat ennakkokäsitystä, millaisesta ryhmästä on kyse, ja jotta he olivat tietoisia, että kyseessä oli opinnäytetyönä pidettävä ryhmä.

Päädyimme kuuteen tapaamiskertaan ja viikon tapaamisväleihin, koska se tuntui sopivalta ajalta sitouttaa ryhmäläiset. Muutenkin se oli mielestämme riittävä määrä kertoja asiasisällön puolesta. Tapaamisen kestoksi sovimme 1,5 tuntia. Se oli myös muistihoitajan mielestä sopiva aika omaishoitajien päästä irtoamaan kotoa. Tämä tuntui meidän mielestämmekin hyvältä, koska silloin aikaa oli tarpeeksi kahvitteluun, teoriaan ja keskusteluun. Tapaamiset alkoivat kello 16, koska muistihoitaja kertoi sen aiemman kokemuksensa perusteella olevan hyvä aika. Kullekin tapaamiskerralle suunnittelimme alkukahvit, asiapitoisen osuuden ja myös tilaa vapaalle keskustelulle. Erityisen tärkeäksi huomasimme keskustelun mahdollisuuden, kun ryhdyimme pitämään ryhmää. Paikaksi valikoitui Kangasalan kunnan terveyskeskuksen kokoustila, jonka muistihoitaja varasi käyttöömmekä. Niemen (2007) tutkimuksessa 72% vastaajista oli sitä mieltä, että kokoontumispaikalla on merkitystä virkistymisen kokemiseen. Erityisesti siisti, viihtyisä ja rauhallinen sekä kodinomainen paikka on sopiva ryhmän kokoontumiseen. Tärkeäksi asiaksi ryhmän kokoontumispaikan valinnassa nousee Niemen mukaan myös hyvät kulkuyhteydet. (Niemi 2007, 30.)

Suunnitellessamme tapaamiskertojen sisältöjä keskustelimme muistihoitajan kanssa aikaisemmista ryhmistä ja hänen näkemyksistään omaishoitajille tarpeellisista aiheista. Tärkeimmiksi aihealueiksi nousivat eri muistisairaudet, käytännön ongelmat, omaishoitajan jaksaminen sekä etuisuudet. Näistä aiheista koostimme tapaamiskertojen teoriasisällöt (taulukko 4, sivulla 39). Vaikka olimme ennen ensimmäistä tapaamista suunnitelleet alustavat rungot kerroille, kysyimme silti ryhmäläisten mielipidettä sisällöstä. Olimme tarvittaessa muuttaneet sisältöä toiveiden mukaiseksi.

TAULUKKO 4. Vertaistuki- ja ensitietoryhmä Kangasalla keväällä 2010

	Ajankohta	Ryhmäläisiä paikalla	Aihe	Muuta huomioitavaa
1. tapaaminen	11.3.2010 klo 16-17.30	7 (neljä nais- ta, kolme miestä)	Ryhmän aloitus, muisti- häiriöt	muistihoitaja mukana
2. tapaaminen	18.3.2010 klo 16-17.30	5 (neljä nais- ta, yksi mies)	Muistihäiriöihin liittyvät käytösoireet, TunteVa- menetelmä	
3. tapaaminen	25.3.2010 klo 16-17.30	6 (neljä nais- ta, kaksi miestä)	Edunvalvonta (sosiaali- työntekijä), kunnan tar- joamat palvelut	
4. tapaaminen	8.4.2010 klo 16-17.30	6 (neljä nais- ta, kaksi miestä)	Apuvälineet (fysiotera- peutti), turvalaitteet ja arkea helpottavat käytän- nön järjestelyt	
5. tapaaminen	15.4.2010 klo 16-17.30	6 (neljä nais- ta, kaksi miestä)	Oma jaksaminen, rentou- tumisharjoitus, jumppa	
6. tapaaminen	22.4.2010 klo 16-17.30	5 (kolme nais- ta, kaksi miestä)	Omaishoitajayhdistyksestä puheenjohtajan vierailu, omaishoidon tukimuodot, ryhmän lopetus, palaute	muistihoitaja mukana

Omaishoitajien ensitieto- ja vertaistukiryhmä kokoontui kuusi kertaa kevään aikana. Ryhmää ei tällä koostumuksella enää syksyllä jatkettu. Emme myöskään suunnitelleet pitävämme jatkotapaamisia näiden ryhmäläisten kanssa. Muistihoitaja on näiden ihmisten kanssa säännöllisesti yhteydessä muuten työnsä puolesta, mikäli he eivät muihin ryhmiin osallistu. Jatkoseuranta toteutuu myös näin heidän osaltaan.

6.3 Projektin toteutumisen arviointi

6.3.1 Ryhmäläisten ja yhteistyökumppanin palaute

Keräsimme palautteen ryhmän toiminnasta kyselylomakkeella. Jaoimme palautekyselyn (liite 4) ryhmän viimeisellä tapaamiskerralla. Yksi ryhmäläisistä täytti palautekyselyn jo toiseksi viimeisellä kerralla, koska hän ei päässyt osallistumaan viimeiseen tapaamiseen. Palautekysely oli lomake, jossa oli monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä, joihin toivoimme ryhmäläisten pohtivat ryhmän toimintaa. Tiedustelimme ensin ryhmäläisten ajatuksia ryhmän alkamisesta. Viisi kuudesta oli innostuneita ja tyytyväisiä, kun sellainen ryhmä järjestettiin. Yksi ryhmäläinen vastasi, ettei hänellä ollut ryhmän suhteen erityisiä odotuksia. Tämä osoittaa, että tarvetta omaishoitajien ryhmälle on selkeästi olemassa. Kysyimme myös ryhmän tapaamiskertojen ajankohdan ja aikataulun onnistumista ja sopivuutta ryhmäläisten elämäntilanteeseen. Kaikkien kuuden mielestä ryhmätapaamisten pituus, 1,5 tuntia, oli riittävä. Aloitusaika kello 16 oli viidelle ryhmäläiselle mieluisa, mutta yhdelle liian myöhäinen. Tapaamisten väli, joka oli kaksi viikkoa, oli kaikkien ryhmäläisten mielestä hyvä. Näistä vastauksista voi tehdä sen johtopäätöksen, että ryhmän tapaamisaikataulu ja ajankohta olivat onnistuneet ja vastaavaa ryhmään jatkossa suunniteltaessa voidaan samankaltaista ajankohtaa käyttää.

Kaikki ryhmän jäsenet pitivät ryhmän ohjelmaa sopivan monipuolisena ja sitä oli heidän mielestään riittävästi. Erityisesti antoisiksi aiheiksi ryhmäläiset mainitsivat omaishoidon tukimuodot ja Pirkanmaan omaishoitajat ry:n puheenvuoron, jossa yhdistyksen puheenjohtaja esitteli yhdistyksen toimintaa. Muuten ryhmäläiset mainitsivat kaikkien läpikäytyjen aiheiden olleen hyödyllisiä. Mitään esittelemäämme aihetta ryhmäläiset eivät pitäneet turhana eikä kukaan maininnut aihetta, joka olisi jäänyt käsittelemättä. Kun kysyimme, mikä erityisesti ryhmässä miellytti, nousi vastauksista esiin keskustelun ja vertaistuen tärkeys. Kaksi jäsentä ei olisi halunnut enempää henkilökohtaisia keskusteluja, mutta kolme olisi halunnut sitä enemmän.

Omaisensa hoidossa kukaan ei kokenut olleen ongelmaa ryhmän aikana. Seuraavia ryhmiä suunniteltaessa on syytä ottaa huomioon myös ryhmäläisten käytännön mahdollisuudet osallistua ryhmän toimintaan. Hoidettavan omaisen on jätävä turvalliseen ja hyvään hoitoon omaishoitajan poissaolon ajaksi, jotta omaishoitaja voi hyvillä mielin ja varmana omaisensa hyvinvoinnista osallistua ryhmätapaamiseen.

Meidän osaamisemme ryhmänohjaajina ryhmäläiset arvioivat riittäväksi, yksi arvioi osaamisemme kohtuulliseksi. Kysyttäessä mitä ryhmätapaamiset jäsenille merkitsivät, saatiin kuviossa 4 nähtäviä vastauksia.



KUVIO 4. Palautekyselyn tuloksia. Ryhmätapaamisten merkitys ryhmän jäsenille

Ryhmän jäsenet pitivät ryhmätapaamisista tilaisuutena nähdä muita omaishoitajia ja saada vaihtelua päiviinsä. Myös tiedon ja muiden omaishoitajien kokemusten kuuleminen olivat tärkeitä näkökohtia ryhmään osallistuttaessa. Tämä kertoo nimenomaan ryhmän tärkeimmäksi tehtäväksi nousevan vertaistuen merkityksestä.

Yhteyshenkilömme antama palaute vastasi ryhmäläisiltä saamaamme palautetta. Hän koki yhteistyömme sujuneen hyvin ja mainitsi meidän työskennelleen ryhmänohjaajina ammattitaitoisesti ja ryhmäläisten erilaiset persoonallisuudet huomioon ottaen. Hänen mielestään myös laatimamme ohjelmarunko ryhmän sisällölle oli toimiva omaishoitajien ryhmälle. Tietopaketti oli hänen mielestään sopivan kokoinen, jolloin keskustelulle jäi ryhmätapaamisissa aikaa riittävästi.

6.3.2 Tavoitteiden saavuttaminen

Projektimme antoi omaishoitajille tärkeää tietoa heidän hoidettaviensa sairauksista. Ymmärrys sairauden eri vaiheista ja etenemisestä helpottaa omaisia käsittelemään omia tunteitaan sairastunutta ja hänen käyttäytymistään kohtaan. Tieto siitä, että puolison tai omaisen käyttäytyminen ja oireet johtuvat diagnosoidusta sairaudesta auttaa omaishoitajaa suhteutumaan tilanteeseen paremmin. Käsitelimme aiheita monipuolisesti tapaamisissa ja lisäksi jaoin tiivistelmät teoretiedosta. Tällöin ryhmäläiset pystyivät paneutumaan aiheeseen vielä kotonakin. Teoriaosuus toteutettiin kuitenkin ryhmäläisten ehtoilla ja heidän tarpeidensa mukaan. Aina aihetta ei tarvinnut käydä läpi yhtä perusteellisesti kuin olimme suunnitelleet. Tällöin kävimme aihetta läpi lähinnä keskustellen ja kokemuksia vaihtaen. Vapaalle keskustelulle pyrimme jättämään muutenkin paljon aikaa. Huomasimme jo ensimmäisellä tapaamisella, että tällaisen jutustelun tarve oli ryhmäläisillä suuri.

Osa ryhmäläisistä oli puheliaampia kuin toiset. Jotkut kertoivat hyvinkin suorasanaisesti omasta elämästään, kun taas toiset olivat lähinnä kuuntelijan roolissa. Pyrimme antamaan kaikille tasapuolisesti aikaa ja tilaa. Ryhmän ohjaajan tärkeä ominaisuus onkin pystyä tunnistamaan ryhmäläisistä erilaiset persoonallisuudet ja tukea jokaista omana persoonanaan. Koimme, että jokainen ryhmäläinen oli mukana omana itsenään ja hyötyi tapaamisista. Ne, joilla oli tarve puhua omasta tilanteestaan, saivat tilaa ja aikaa purkaa kotitilannettaan ja ne, jotka mieluummin halusivat kuunnella muiden keskustelua, saivat pysyä keskusteluissa taustalla niin halutessaan. Kaikkien ryhmäläisten vointia ja tilannetta kotona tiedustelimme jokaisen tapaamisen aluksi ja ryhmäläiset saivat itse päättää, kuinka paljon elämästään halusivat ryhmälle jakaa.

Ryhmäläiset saivat tapaamisissa keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa, jolloin he saivat myös käytännöntietoa arjessa selviämiseen. Tällaista tietoa ei kirjoista voi lukea. Keskusteluissa he myös saivat tukea toisiltaan ja meiltä ohjaajilta omaan jaksamiseensa. Omaishoidettavien ollessa sairauden erivaiheissa, kuultiin ryhmässä monenlaisia kokemuksia ja ratkaisukeinoja hankaliin tilanteisiin kotona. Tämä toikin laaja-alaista ymmärrystä ryhmäläisille sairauden etenemisestä ja niistä mahdollisuuksista, joilla elämää muistisairastuneen kanssa voi helpottaa. Myös muiden ryhmäläisten kokemukset oman hyvinvoinnin ylläpitämisestä helpottivat ryhmäläisiä pohdittaessa mahdollisuuksia panostaa omaan jaksamiseen.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Huomioimme eettiset arvot koko opinnäytetyöprosessin ajan. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 26). Valitessamme vanhukseen liittyvän aiheen opinnäytetyöllemme teimme tietoisin ratkaisun keskittyä aiheeseen, jota monet eivät opinnäytetyölleen ota. Koska vanhusten hyvinvointi ja terveyden edistäminen ovat näkökulmia, joihin tulevaisuudessa yhteiskunnan on panostettava, koimme opinnäytetyön tekemisen vanhusväestön hyvinvointia parantavaan asiaan liittyen tärkeäksi.

Ikääntyneiden hoidossa hoitohenkilökunnan on huomioitava, että omaishoitajat ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Hoitotyöntekijän onkin syytä muistaa, että vaikka omaishoitajalle ei ole hoitotyön ammatillista koulutusta, juuri omaishoitajilla on muistisairaasta puolisoistaan tietoa ja tuntemusta, joita on tarkoituksenmukaista hyödyntää hoitotyössä. (Leino-Kilpi 2003, 246.) Näimmeikin terveydenhoitajan yhteistyön omaishoitajien kanssa tärkeäksi ja panostamisen arvoiseksi. Tätä yhteistyötä tukemalla terveydenhoitaja voi edesauttaa muistisairaahan hyvinvointia sekä myös omaishoitajan jaksamista.

Omaishoitajien hyvinvoinnista ja jaksamisesta on jo pitkään oltu julkisuudessa huolissaan. Kuitenkin usein on niin, että omaishoitajat eivät käytä niitäkään etuja, joita heille olisi tarjolla (Pesonen 2009, 30-31). Tämä tulos tukee sitä näkökulmaa, että yhteistyötä omaishoitajien kanssa on tehostettava, jotta heidän jaksamisestaan ja hyvinvoinnistaan voidaan huolehtia. Nimenomaan omaishoitajan jaksamiseen panostamalla voi terveydenhoitaja edistää muistisairastuneen elämänlaatua. Näiden näkökulmien vuoksi koimme opinnäytetyön tekemisen juuri muistisairaiden omaishoitajien parissa tärkeäksi ja mielekkääksi.

Opinnäytetyömme eettisyyteen kuuluu myös se, että saimme luvan opinnäytetyöllemme ja ryhmien pitämiselle Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskuksen johtavalta ylihoitajalta. Lisäksi työmme eettisyyttä lisää käytännönohjaajamme mukanaolo suunnitteluprosessin aikana, ja hänen hyväksyntänsä työllemme. Yhteistyön kautta saimme varmistuksen

sille, että toimimme ja suunnittelimme työtämme tarkoituksenmukaisesti ja ryhmän jäsenet huomioon ottaen. Tiedotimme myös ryhmäläisille jo varhaisessa vaiheessa, että kyseessä on opinnäytetyönä pidettävä ryhmä. Näin heillä oli tieto siitä, että ryhmän ohjaajat olivat opiskelijoita.

Ryhmän toimintaa suunnitellessamme otimme huomioon eettisyyden huomioimalla ryhmään osallistuvien elämäntilanteen. Suunnittelumme pyrki muokkaamaan sisältöjä tämän mukaan. Ryhmätoimintaan osallistuminen oli jäsenille vapaaehtoista ja heillä oli vapaus jäädä pois ryhmästä missä vaiheessa tahansa niin halutessaan. Ryhmään osallistuvilla oli vaihteluvollisuus, kuten myös meillä ryhmänvetäjinä. Näin kaikki ryhmään osallistuneet pystyivät luottamaan siihen, että kaikki asiat, mitä ryhmätapaamisten aikana puhuttiin, jäivät vain ryhmäläisten tietoon. Pyrimme myös luomaan ryhmään luottavaisen ilmapiirin, jotta kaikki kokisivat ympäristön turvalliseksi puhua kipeistäkin asioista. Tätä turvallisuuden tunnetta ja työmme luotettavuutta lisäsi käytännönohjaajan mukanaolo muutamalla kokoontumiskerralla, sekä se että hän kutsui jäsenet ryhmään. Eettisenä näkökulmana on myös se, että ryhmäläisten henkilöllisyys pidettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan salassa eikä heitä voi raportoinnissamme tunnistaa.

Opinnäytetyömme teoriaosuudessa perehdyimme aiheeseen useita erilaisia lähteitä käyttäen. Käyttämämme lähteet olivat luotettavia, koska ne olivat alan asiantuntijoiden laatimia teoksia ja opinnäytetöitä, pro gradu –tutkielmia ja väitöskirjoja. Käyttämämme lähteet olivat pääasiassa viime vuosilta. Monipuolisesta ja luotettavasta lähdeaineistosta laadittu teoriaosuus lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

7.2 Ryhmä terveydenhoitajan työvälineenä omaishoitajan tukemisessa

Kuten Antikaisen (2005) tutkimuksessa mainittiin, omaishoitajat löytävät vertaistukiryhmistä yhteenkuuluvuuden tunnetta, emotionaalista ja tiedollista tukea sekä mahdollisuuden jakaa arjen tilanteita muiden saman kokeneiden kanssa. Tutkimuksessa kävi myös ilmi että tieto muiden samanlaisesta elämäntilanteesta loi yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunteen vertaistukiryhmään, jonka ansioista omaishoitajat kokivatkin ryhmällä olevan suuri merkitys heidän omalle jaksamiselleen. (Antikaisen 2005, 28.) Vertaistukiryhmien määrän kasvaminen kertoo myös niiden jatkuvasta tarpeesta ja siitä, että työmenetelmä on hyväksi havaittu (Nylund 2005, 195). Järjestämästämme vertais-

tukiryhmästä saamamme palautteen ja Niemen (2007) tutkimuksen mukaisesti suurin osa vertaistukiryhmiin osallistujista kokevat saavansa hyötyä ryhmätoiminnassa mukana olemisesta. (Niemi 2007, 26-27.)

Vaikka Nylundin (2005) mukaan säännöllisesti kokoontuvilla vertaistukiryhmillä ei ole jäseniään vahingoittavia ominaisuuksia, ei se silti sovi kaikille (Nylund 2005, 205). Saarenheimo ja Penttilä toteavat tutkimuksessaan (2006), että ryhmää suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, ettei vertaistukiryhmää pidä tarjota kaikille sopivana tukimuotona, vaan tulee pohtia, ketkä tämän kaltaisesta ryhmätoiminnasta hyötyvät eniten. On huomioitava ihmisten erilaiset persoonallisuudet sekä sosiaaliset ja vuorovaikutustaidot. (Saarenheimo & Penttilä 2006, 135.) Alun perin suunnittelimme, että vertaistukiryhmän jäsenet olisivat olleet kaikki niitä, joiden puoliso oli vuoden sisällä saanut muistisairausdiagnoosin. Lopulliseen ryhmään tuli kuitenkin mukaan omaishoitajia, joiden puolisoiden muistisairaus oli edennyt jo pitkälle. Nämä omaishoitajat kokivat tarvetta ryhmästä saatavalle vertaistuelle, joten emme halunneet rajata heitä pois. Ryhmän aikana huomasimme, että he toivat tapaamisiin paljon sisältöä, jolloin omaishoitajuuden alkutaipaleella olevat ryhmäläiset saivat heiltä paljon tietoa. Toisaalta ryhmän ensimmäisellä tapaamisella oli mukana yksi henkilö, joka jättäytyi pois ryhmästä. Hän ei ilmeisesti kokenut ryhmätoimintaa itselleen sopivaksi tuen muodoksi, olihan hän huomattavasti muita jäseniä nuorempi eikä ollut yhtä kiinteässä hoitosuhteessa omaisensa kanssa kuin muut ryhmäläiset.

Huomasimme ryhmäläisten välille muodostuvan lievää erimielisyyttä erilaisten persoonallisuuksien vuoksi. Tämän vuoksi olisikin hyvä, että terveydenhoitaja voisi tavata ryhmäläiset yksitellen jor ryhmän suunnittelun vaiheessa. Tällöin hän voisi ryhmää muodostaessaan ottaa huomioon ryhmäläisten erilaiset persoonallisuudet ja niiden yhteensopivuudet. Kun yhteistyö ryhmäläisten välillä sujuu ilman konflikteja, jää tapaa-miskerroilla enemmän aikaa ja energiaa ryhmän todellista tarkoitusta varten. Mitä paremmin ryhmäläiset tulevat keskenään toimeen, sitä todennäköisempää on, että heidän yhteistyönsä jatkuu myös ryhmän loppumisen jälkeen.

Ensieto- ja sopeutumisvalmennusryhmät ovat myös tärkeä toimintamuoto etenkin, kun läheinen on äskettäin sairastunut. Usein onkin järkevää yhdistää vertaistukiryhmiin ensitiedollinen osuus, jolloin omaishoitajille voidaan kertoa sairauteen liittyvien asioiden lisäksi käytännön hoitoon ja auttamiseen kuuluvista asioista. (Lappalainen & Turpeinen

1999, 22-23.) Koimmekin, että on tärkeää tarjota ryhmäläisille tietoa eri sairauksista, mutta jättää myös riittävästi tilaa vertaistuelle ja keskustelulle. Myös keräämästämme palautteesta kävi ilmi, että tiedon ja muiden omaishoitajien kokemusten kuuleminen olivat tärkeitä näkökohtia ryhmään osallistuttaessa.

Ryhmää suunnitellessamme huomasimme sen vaativan paljon perehtymistä aiheeseen, muistisairauksiin sekä omaishoitajuuteen. Suunnittelussa tuli tarkasti ottaa huomioon ryhmäläisten elämäntilanne. Ryhmä toimintamuodoksi valittaessa tulee myös tietää ryhmätoiminnan teoriasta, esimerkiksi kuinka ryhmä muodostuu ja miten ryhmädynamiikka toimii. Suunnittelutaidon lisäksi terveydenhoitajalta vaaditaan myös organisointikykyä sekä kustannustietoisuutta. Ryhmätoiminta on kuitenkin hyvä työväline terveydenhoitajan työssä, koska ryhmää pitäessämme huomasimme sen olevan esimerkiksi kustannustehokasta. Samalla tapaamisella tavoittaa monta ihmistä kerralla. Se vaatii kuitenkin paljon resursseja, joita ei aina ole käytettävissä. Jos terveydenhoitaja kohtaa työssään useampia samoista ongelmista kärsiviä asiakkaita, voi hän muodostaa ryhmän, jossa kyseisiä asioita käsitellään. Ryhmätoiminta sopii hyvin erilaisiin terveyskasvatus-tilanteisiin, kuten esimerkiksi ensitiedon jakamiseen. Ryhmätoiminta sopii hyvin tiedonjakamisen välineeksi omaishoitajille, koska he saavat tällöin tärkeäksi kokemaansa vertaistukea. Samalla, kun tavoitimme kerralla useamman kuulijan, huomasivat omaishoitajat, etteivät ole tilanteessaan yksi, ja näin saivat ryhmästä myös voimaa jaksaa arjessa. Pystyimme siis samalla tarjoamaan ryhmäläisille sekä ensitietoa että vertaistukea, mikä ei esimerkiksi normaalilla vastaanotolla tai kotikäynnillä olisi onnistunut.

7.3 Jatkotutkimuskohteita ja kehitysajatuksia ryhmätoiminnalle

Aiheeseen liittyvät tutkimukset ovat painottuneet lähinnä omaishoitajien kokemuksiin ryhmätoiminnasta ryhmän toiminnan aikana ja pian ryhmätoiminnan loppumisen jälkeen. Aiheellista olisi tutkia ryhmätoiminnan vaikuttavuutta pitkällä aikavälillä. Tällöin tutkijat selvittäisivät, tuoko vertaistukiryhmässä jäsenenä oleminen omaiselle tai omaishoitajalle resursseja ja motivaatiota myös ryhmän loputtua ja kuinka pitkälle tuloksia voidaan nähdä. Tämä on oleellista ajatellen ryhmätoiminnan kannattavuutta ja mielekkyyttä. Tarpeellista olisi myös selvittää, mikä merkitys omaishoitajien tukemisella esimerkiksi tämän kaltaisella ryhmätoiminnalla on ajatellen muistisairaalan laitoshoidon siirtymistä. Samalla voitaisiin selvittää, voiko omaishoitajia tukemalla ja heidän jaksaa-

misestaan huolehtimalla viivyyttää muistisairaana pitkäaikaishoitoon joutumista. Omaishoitajat ovat kuitenkin kunnille arvokas resurssi, sillä omaishoitajien hoitaessa läheisiään kotona, säästyy kunnalta huomattavat summat laitoshoidon menoista, näin myös pitkäaikaishoitojen tarve laitoshoidossa pienenee.

Myös terveydenhoitajien ja esimerkiksi muistihoidajana toimivien henkilöiden kokemuksia ryhmätoiminnasta työmenetelmänä olisi hyödyllistä tutkia. Heidän näkemyksensä ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta, ryhmän suunnittelun haastavuudesta ja ryhmän toiminnan toteuttamisesta toisi uutta näkökulmaa mm. terveydenhoitajaopiskelijoiden ammatillisuuden kasvuun.

Vastaavaa ryhmää jatkossa järjestettäessä voisi miettiä tutustumiskäynnin mahdollisuutta esimerkiksi dementiakotiin. Tutustumiskäynti tuo vaihtelua muihin tapaamiskertoihin ja omaishoitajat ja omaiset voisivat tällöin tutustua kunnan tarjoamiin mahdollisuuksiin siinä elämäntilanteessa, kun kotona asuminen ei enää muistisairaalla onnistu. Omaisella olisi tässä tapauksessa olemassa jo kokemus muistisairastuneen tulevasta hoitopaikasta, eikä hoidettavan mahdollinen siirtyminen hoitoon ole enää niin vaikea asia. Saamamme palautteen perusteella olisimme voineet tarjota ryhmäläisille mahdollisuutta myös henkilökohtaiselle ohjaukselle ja keskustelulle.

7.4 Kehittämistehtävä

Ryhmätoiminnan jatkona ja siitä saatujen kokemusten ja ideoiden pohjalta teimme opinnäytetyömme kehittämistehtävänä (liite 5) valmiin rungon ja ohjemateriaalin ensitieto- ja vertaistukiryhmän suunnittelua ja järjestämistä varten. Kehittämistehtävä laadittiin Kangasalan terveyskeskuksen käyttöön. Kehittämistehtävämme tavoitteena oli antaa terveydenhoitajalle työväline omaishoitajan tukemiseen, ja tarkoituksena oli valmistaa materiaali, jota terveydenhoitaja voi hyödyntää pitäessään ensitieto- ja vertaistukiryhmää muistisairastuneiden omaisille ja omaishoitajille. Laatimaamme runkoa ja ohjemateriaalia apuna käyttäen terveydenhoitaja voi pitää vastaavanlaisen ryhmän muistisairaiden omaishoitajille. Rungossa on mukana kokoontumiskertojen kulku ja sisällöt. Valmiit materiaalit teoriasisällöistä annettiin ainoastaan yhteistyökumppanimme käyttöön Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskukseen. Lisäksi kehittämistehtävään on koottu opas ryhmänohjaajalle ryhmän suunnittelua ja toteuttamista varten. Aiheiksi nostimme ryhmän kannalta keskeiset asiat kuten ryhmän tavoitteet, ohjaajan roolin, ryhmän koon ja jäsenet sekä ryhmän kokoontumispaikan merkityksen ryhmätoiminnalle. Näitä asioita on käsitelty oppaassa lyhyesti ja keskittyen ryhmäohjaajan käytännön työhön ryhmää suunniteltaessa ja ryhmäohjausta toteuttaessa.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2000. Ryppäästä ryhmäksi. Turvallisen ryhmän rakentaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Aalto, M. 2002. Turvallinen ryhmä ja itseksi tuleminen. Forssa: Forssan Kirjapaino Oy.
- Adams, T. 2008. The family`s experience of dementia. Teoksessa Adams, T (toim.) Dementia care nursing. Promoting well-being in people with dementia and their families. New York: Palgrave Macmillan, 88.
- Alinen, P. 1999. Yhdessä ja erikseen –Perheenjäsenen omaisena olo ja tuen tarve kuolevien vanhusten hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Antikainen, H. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vertaisryhmästä dementoituvaa hoitavan tukena. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg, T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Oy.
- Hervonen, A., Arponen, O. & Jylhä, M. 1995. Kun ei muista, mitä lusikalla tehdään - dementiapotilaiden omaiset kertovat. 3. Painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hervonen A. & Lääperi P. 2001. Muisti pettää - jättääkö järki. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: Näkökulmia terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy, 56.
- Häkkinen, H. & Holma, T. 2004. Ehkäisevä kotikäynti -tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Hämäläinen, A. 2007. Ryhmän vaiheet ja ohjaajan rooli. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Dokumentit. Luettu 15.7.2009. <http://www.yths.fi>

Jauhiainen, R. & Eskola, M. 1994. Ryhmäilmiö. Juva: WSOY.

Juva, K. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Teoksessa Heimonen S. & Vuori U. (toim.) Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista –opas ammattihenkilöstölle. Perusoppaan:o 4/2007. Suomen muistiasiantuntijat. Helsinki.

Jylhä, M., Salonen, P., Mäki, O. & Hervonen, A. 1996. 25 tunnin vuorokausi, omaisten kokemuksista elämästä dementiapotilaan kanssa. Raportti. Stakes. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Kalliomaa-Puha L. 2007. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoidonsopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Suomen Mielenterveysseura.

Koivula, U-M., Suihko, K & Tyrväinen, J. 2002. Mission:possible. Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Tampere. Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kröger T. 2001. Dementoituvaa kotonaan hoitavan omaishoitajan kokema elämänlaatu. Pro Gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laitinen-Junkkari, P. 1999. Vanhukset ja heidän omaisensa kvantitatiivisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena –Huomioita ja ongelmakohtia. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä –teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö, 275.

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.

Lappalainen, T. & Turpeinen A. 1999. Omaishoitajan kirja. Helsinki. Kirjayhtymä.

Leino-Kilpi, H. 2003. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy, 228-229, 231, 246.

Lindeman, H. 1998. Perhekeskeisen hoitotyön toteutuminen dementoituvien potilaiden kotihoidossa. Kyselytutkimus kotisairaanhoidajille. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Muhonen, L. 2003. Täydentyvä ja suljettu ryhmä –teoreettista ja käytännöllistä tarkastelua. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. (toim.) Ryhmä hoitaa, teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Yliopistopaino, 163-164, 170.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2008. Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas 2008. Alzheimer-keskusliitto.

- Niemi, E. 2007. Ja mitä koin -omaishoitajien kokemuksia ryhmätoiminnasta. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Sosiaaliohjauksen ja toimintakyvyn vaihtoehtoiset ammattiopinnot.
- Nurmi, N. 2002. Omaishoitajan voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.
- Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, M., & Yeung, A. (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 195, 203, 205.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä –teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö, 14.
- Pennington, D. 2005. Pienryhmän sosiaalipsykologia. Suom. Ahokas, M. alkuperäinen teos 2000. Helsinki: Gaudeamus.
- Pesonen, H. 2009. Omaishoitajan jaksaminen. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.
- Pesso, K. 2004. Terveystieteiden viitekehys tutkimuskohteena. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pietikäinen, A. 2003. Mitä ryhmää ohjatessa on hyvä tietää. Kansanvalistusseura Aikuiskasvatuksen tutkimusseura 23 (3), 16. Artikkel.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 127-128, 136-137.
- Pulkkinen, M. 2002. Ryhmähoito. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Oppimateriaalit. Laadittu 17.5.2002. Luettu 14.6.10.
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/ryhmat.htm>
- Pyykkö R. 1999. Puoliso dementoituu – miten omaishoitaja selviytyy? Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Rinne, J. 2006. Frontotemporaaliset degeneraatiot. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 169-171.
- Saarenheimo, M. & Penttilä, M. 2006. Yhteinen tehtävä. Ryhmästä oivalluksia omaishoittoon. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2005. Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sirola, K., Härmälä, M., Puodinketo-Wahlsten, A., Salminen, E-M. & Sundström L. 1998. Terveystieteiden työ. Juva: WSOY- Kirjapainoyksikkö.

- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus. 2008. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Stakes. 2006. Ikääntyneet. Päivitetty 20.1.2010. Luettu 25.9.2010.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/ikääntyneet/index.htm>.
- Stakes. 2008. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa : muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa : haastattelututkimus Suomesta, Islannista, Norjasta, Ruotsista ja Tanskasta. Helsinki.
- Sulkava, R. 2009. Omaishoitaja –Suomen yleisin ammatti. Savon Sanomat. Laadittu 19.10.2009. Luettu 23.4.2010.
<http://www.savonsanomat.fi/mielipide/kolumnit/omaishoitaja-suomen-yleisin-ammatti/493408>
- Suomen terveydenhoitajaliitto ry. 2009. Terveydenhoitaja. Luettu 20.11.2009.
<http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl/terveydenhoitaja>.
- Suutama, T. 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen E., Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Telaranta P. 2004. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämän osana. 2. painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Käsitteen määrittelyjä. Päivitetty 5.3.2008. Luettu 8.4.2010. <http://www.info.stakes.fi>
- Tilastokeskus. 2009. Väestöennuste. Päivitetty 30.9.2009. Luettu 4.8.2010.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tau_001_fi.html
- Vertio, H. 2004. Terveyden edistämisen tarpeen arviointi. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 197.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003a. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003b. Toiminnallinen opinnäytetyö. Ohjaajan opas. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen P., Kattainen E. & Heinola R. 2006. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna, selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys 2007:28. Helsinki.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

LIITTEET

LIITE 1: 1(2)

AIKATAULU

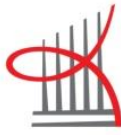
2009	
Tammikuu-helmikuu	<ul style="list-style-type: none"> • orientaatio opinnäytteeseen • aiheiden esittelyä • ideaseminaari
Maaliskuu	<ul style="list-style-type: none"> • tapaaminen Aktiivisesti ikääntyen Pirkanmaalla –hankkeen merkeissä
Maaliskuu-Huhtikuu	<ul style="list-style-type: none"> • aiheen mietintää, ja uudelleen harkintaa • tiedonhakua ja lähteiden kartoittamista
Huhtikuu	<ul style="list-style-type: none"> • palaveri yhdyshenkilön kanssa, Aktiivisesti ikääntyen Pirkanmaalla • opinnäytetyöohjaus • Muistiliiton ensitietoilta
Toukokuu	<ul style="list-style-type: none"> • ensimmäinen tapaaminen Kangasalan kunnan yhdyshenkilön kanssa, opinnäytteen teosta sopiminen heidän kuntaan • Muistiliiton sopeutumisvalmennusviikonloppu (mukana toiminnassa)
Kesäkuu	<ul style="list-style-type: none"> • tiedon hankintaa omilla tahoilla, muutama palaveri yhdessä
Lokakuu	<ul style="list-style-type: none"> • toinen tapaaminen yhdyshenkilön kanssa, kevään ryhmän toteutuksesta sopiminen • Omaishoitajat ja läheiset liitto ry:n koulutuspäivä: Kuinka lakia luetaan – omaishoitotilanteisiin liittyvää lainsäädäntöä. • Opinnäytetyöohjaus • aiheen tarkentuminen ja opinnäytetyösuunnitelman laadintaa
Marraskuu	<ul style="list-style-type: none"> • suunnitelmaseminaari -> opinnäytetyösuunnitelma valmis
Joulukuu	<ul style="list-style-type: none"> • teoriaosuuden kirjoittamista omista osuuksista

(Jatkuu)

LIITE 1: 2(2)

2010	
Tammikuu	<ul style="list-style-type: none"> • tutkimuslupa saatu • teoriaosuuden kirjoittamista omista osuuksista
Helmikuu	<ul style="list-style-type: none"> • ryhmien sisällöt: suunnittelu ja valmistelu
Maaliskuu-Huhtikuu	<ul style="list-style-type: none"> • opinnäytetyöseminaari • ryhmät torstai-iltaisin klo 16-17.30 • teoriaosuuksien kirjoittamista
Kesäkuu-Heinäkuu	<ul style="list-style-type: none"> • teoriaosuuksien viimeistelyä
Elokuu	<ul style="list-style-type: none"> • ohjausseminaari • kehittämistehtävän viimeistelyä
Syyskuu	<ul style="list-style-type: none"> • opinnäytetyön käsikirjoitus valmis
Lokakuu	<ul style="list-style-type: none"> • OPINNÄYTETYÖ JA KEHITYSTEHTÄVÄ PALAUTETAAN
Marraskuu	<ul style="list-style-type: none"> • Esitysseminaarit
Joulukuu	<ul style="list-style-type: none"> • TAMK tutkii ja kehittää

LIITE 2



TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

HEI!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä liittyen terveydenhoitajien keinoihin tukea muistisairaiden omaishoitajia. Tarkoituksenamme on pitää ensitieto- ja vertaistukiryhmä vuoden 2009 aikana muistisairausdiagnoosin saaneiden omaisille. Ryhmässä käsittelemme erilaisia muistisairauksia sekä niihin liittyviä käytännön ongelmatilanteita sekä omaishoitajuuteen liittyviä asioita ryhmäläisten toiveiden ja mielenkiinnon mukaan.

Ryhmä kokoontuu seuraavasti Kangasalan pääterveysasemalla.

TO	11.3.2010	KLO 16.00-17.30
TO	18.3.2010	KLO 16.00-17.30
TO	25.3.2010	KLO 16.00-17.30
TO	8.4.2010	KLO 16.00-17.30
TO	15.4.2010	KLO 16.00-17.30
TO	22.4.2010	KLO 16.00-17.30

Havainnoimme ryhmän toimintaa kokonaisuutena ja lopuksi teemme pienen palautekyselyn osallistujille. Ryhmästä saatujen kokemusten perusteella arvioimme ryhmätoimintaa terveydenhoitajan työmenetelmänä omaishoitajien tukemisessa.

Opinnäytetyöllämme on lupa Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskuksen johtavalta ylihoitajalta. Ryhmään osallistujien nimet eivätkä muutkaan henkilötiedot käy ilmi opinnäytetyössämme. Opinnäytetyötämme ja ryhmän toimintaa ohjaa muistihoitaja Liisa Korpinen.

Toivomme aktiivista osallistumista, mutta ryhmästä voi halutessaan jäädä pois koska tahansa.

KIITÄMME YHTEISTYÖSTÄ JO ETUKÄTEEN!

Katriina Kauttu

Tiina Luoto

katriina.kauttu@piramk.fi

tiina.luoto@piramk.fi

LIITE 3

OMAISTEN JA OMAISHOITAJIEN VERTAISTUKI- JA ENSITIETORYHMÄ**RYHMÄN OHJELMA**

- 11.3.2010 Tutustumista, ryhmän toiminnan esittelyä.
Käydään lyhyesti läpi erilaisia muistisairauksia ja ryhmän jäsenten tilanteita.
- 18.3.2010 Keskustellaan muistisairauksiin liittyvistä käytöshäiriöistä ja –muutoksista. Mietitään ratkaisuja näihin tilanteisiin. Käydään läpi TunteVa –menetelmää muistisairaana kohtaamisessa.
- 25.3.2010 Sosiaalityöntekijä Sari Hellsten tulee kertomaan edusvalvonnasta.

Keskustellaan kotihoidosta.
- 8.4.2010 Fysioterapeutti Terttu Pollari tulee kertomaan ja esittelemään turvalaitteita.
Keskustellaan erilaisista apuvälineistä, joilla voi parantaa muistisairaana elämänlaatua ja helpottaa hänen arkeaan.
- 15.4.2010 Omaisen ja omaishoitajan jaksaminen ja hyvinvointi. Pohditaan, kuinka hoitaja voi edesauttaa omaa jaksamistaan ja omaa hyvinvointiaan.

Mitä kunnalla on tarjota helpottamaan omaishoitajan ja omaisen arkea?
- 22.4.2010 Toiminnallinen hetki, kuinka käytännössä voi edesauttaa omaa terveyttään.

Ryhmän lopetus, palautteen kerääminen.



PALAUTEKYSELY

1. Millä mielellä tulit mukaan ryhmään?
 - a. En ollut kovin innostunut.
 - b. Olin innostunut ja tyytyväinen, että tällainen ryhmä järjestetään.
 - c. Minulla ei ollut erityisiä odotuksia.

2. Oliko ryhmätapaamisten pituus (1,5h) mielestäsi
 - a. sopiva
 - b. liian lyhyt
 - c. liian pitkä

3. Oliko ryhmän alkamisaika (klo 16) mielestäsi
 - a. sopiva
 - b. liian aikainen
 - c. liian myöhäinen

4. Tapaamisten väli oli mielestäsi
 - a. sopiva
 - b. liian pitkä
 - c. liian lyhyt

5. Miten arvioisit ryhmän ohjelmaa kokonaisuudessaan?
 - a. Siinä oli sopivasti ohjelmaa ja keskustelua.
 - b. Siinä oli liikaa ohjelmaa ja liian vähän aikaa keskustelulle.
 - c. Siinä oli liian vähän erilaista ohjelmaa.

6. Mitä mieltä olet tapaamisten sisällöistä?
 - a. Ohjelma oli sopivan monipuolinen.
 - b. Ohjelmassa oli liikaa ”sillisalaattia”.
 - c. Olisit toivonut enemmän vielä erilaisempaa ohjelmaa.

7. Mikä käsitellyistä aiheista oli sinulle hyödyllisin?

8. Oliko joku aiheista mielestäsi turha?

9. Olisitko kaivannut enemmän tietoa jostain aiheesta, tai jäikö mielestäsi joku aihealue käsittelemättä?

10. Mikä sinua erityisesti miellytti tässä ryhmässä?

(jatkuu)

LIITE 4: 2(2)

11. Aiheuttiko ryhmään osallistumisesi ongelmia puolisososi hoidossa?
12. Oliko meillä ryhmänvetäjinä riittävästi osaamista ryhmässä toimimiseen?
13. Saivatko kaikki ryhmäläiset tasapuolisesti tilaa ryhmässä?
14. Olisitko toivonut enemmän henkilökohtaista keskustelua?
15. Mitä ryhmätapaamiset merkitsivät sinulle?
- | | |
|--|-------|
| a. tilaisuutta tavata muita omaishoitajia | kyllä |
| ei | |
| b. saada tietoa muistisairauksista yms. | kyllä |
| ei | |
| c. myönteistä vaihtelua | kyllä |
| ei | |
| d. rasittavaa poikkeamaa rutiineista | kyllä |
| ei | |
| e. mahdollisuutta saada hetkeksi omaa aikaa ilman puolisoa | kyllä |
| ei | |
| f. tilaisuutta puhua omista kokemuksista | kyllä |
| ei | |
| g. mahdollisuutta saada uusia ystäviä | kyllä |
| ei | |
16. Oletko saanut vertaistukea, onko se ollut mielestäsi riittävä?
17. Oletko saanut tarvitsemaasi tietoa?

KIITOS osallistumisestasi!!!

Katriina ja Tiina

**ENSITIETO- JA VERTAISTUKIRYHMÄ MUISTISAIRASTUNEIDEN
OMAISILLE JA OMAISHOITAJILLE**

Ohjerunko ryhmän ohjaajalle

Katriina Kauttu

Tiina Luoto

Johdanto

Tekemämme opinnäytetyön perusteella suosittelemme ryhmätoimintaa osana muistisairastuneiden omaishoitajien tukemista. Vertaistukiryhmässä jäsenet kohtaavat samassa elämäntilanteessa olevia omaisia ja tutkimustenkin perusteella muilta samassa tilanteessa olevilta saatu tuki on arvokasta tiedollisen tuen ohella. Omaishoitajat uupuvat herkästi (Sulkava ym. 1999), joten heille kuuluksi tuleminen ja oman ajan saaminen on työssään jaksamisen kannalta merkityksellistä.

Ensieto- ja vertaistukiryhmä on suljettu ryhmä, johon jäsenet kutsutaan henkilökohtaisesti. Opinnäytetyöstämme saamamme kokemuksen perusteella voimme suositella suljettua ryhmää käytettäväksi omaishoitajille tarkoitettussa ryhmätoiminnassa, koska tällöin ryhmän jäsenet ovat sitoutuneempia ryhmän toimintaan ja ryhmän luottamuksellisuuden ilmapiiri pysyy parempana.

Ryhmän ohjaajan on pohdittava ryhmää suunnitellessaan, haluaako ryhmään omaisia, joiden hoidettavat ovat saaneet diagnoosin samaan aikaan, jolloin kokemusten jakaminen samassa tilanteessa olevien kanssa mahdollistuu. Toisaalta muistisairausten erivaiheiden nähneet omaiset tuovat tilanteisiin eri näkökulmia ja kokeneemmat voivat jakaa kokemuksiaan vertaistukena muille. Ryhmäkoko on syytä pitää melko pienenä, jotta ryhmän jäsenillä on kaikilla mahdollisuus osallistua keskusteluun.

Myös ryhmän kokoontumispaikka ja -aika sovitetaan ryhmän jäsenten lukumäärän ja tarpeiden mukaan. Pitämämme vertaistukiryhmän perusteella ryhmätapaamisen kestoksi puolitoista tuntia on sopiva. Tässä ajassa ehtii käydä läpi kulloisenkin kerran asiaosuuden ja aikaa jää myös vapaalle keskustelulle.

Ryhmätapaamisten sisältönä on suotavaa olla tiedollista osuutta, jolloin ensieto-tyyppinen informaatio auttaa omaista ymmärtämään sairastuneen tilannetta ja yhteistä tulevaisuutta hänen kanssaan. Ohjaaja ottaa huomioon ryhmän jäsenten yksilölliset tarpeet ja pohtii ryhmätapaamisten asiaosuuksien sisältöä ryhmäläisten odotusten ja tarpeiden mukaan. Tässä materiaalissa olemme teh

LIITE 5: 3(14)

neet ohjelman omaisten ryhmälle kokemamme ryhmätoiminnan suunnittelun ja toteutuksen perusteella. Oleellista ryhmätapaamisia suunniteltaessa ja toteuttaessa on jättää runsaasti aikaa myös vapaalle keskustelulle, koska tänä aikana ryhmän jäsenet pääsevät jakamaan huoliensa ja arkeansa.

Omaishoitajien ryhmässä ohjaajan tehtävänä on huolehtia jokaisen tapaamisen asiasisällöstä, mahdollistaa jokaisen ryhmän jäsenen osallistuminen ryhmän toimintaan haluamallaan tavalla ja huolehtia tapaamisten aikataulun pitämisestä ym. käytännön järjestelyistä.

Jokainen tapaamiskerta on hyvä aloittaa kahvittelulla ja kuulumisten vaihtamisella. Ohjaaja hankkii tapaamiseen tarjottavat ja ottaa huomioon mahdolliset ruokavaliot, jotta kaikki ryhmäläiset tuntevat olonsa tervetulleiksi. Myös tilan siivoaminen tapaamisen jälkeen kuuluu ryhmän ohjaajan tehtäviin. Tällöin omaiset ja omaishoitajat voivat kokea ryhmän jäsenenä olemisen todella voimavaroja antavana.

Liitteenä on ryhmäläisille jaettava materiaali kunkin tapaamisen asiaosuuden tiivistelmänä.

Omaishoitajien ryhmät

Omaishoitajat tarvitsevat tietoa muistisairauksista jaksakseen toimia omaishoitajina ja ymmärtääkseen hoidettavan omaisensa käyttäytymistä ja voinnissa tapahtuvia muutoksia. Myös vertaistuen merkitys on suuri omaishoitajien arvioissa osa-alueita, jotka vaikuttavat heidän omaan hyvinvointiinsa (Antikainen 2005). Muistisairastunutta omaistaan hoitaville ryhmätoimintaa suunniteltaessa on otettava huomioon nämä molemmat osa-alueet. Kullakin tapaamiskerralla on syytä keskittyä johonkin omaishoitajia koskettavaan aiheeseen ja paneutua tähän tutkitun tiedon pohjalta. Tämän lisäksi on aiheellista jättää aikaa keskustelulle, jolloin ryhmän jäsenillä on mahdollisuus jakaa kokemuksiaan ja huoliaan aiheesta.

Ryhmän aloitusvaiheessa on korostettava ryhmäläisten kesken vallitsevan luottamuksellisuuden merkitystä sekä ohjaajan vaitiolovelvollisuutta. Tämä takaa ryhmässä avoimuuden ilmapiirin, jossa kaikki ryhmän jäsenet uskaltavat tuoda esiin omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan.

Ryhmän tavoitteet

Ryhmän tavoitteena on antaa muistisairasta kotona hoitaville tietoa ja tukea vertaistukiryhmän muodossa. Lisäksi ryhmä tarjoaa omaishoitajalle hetken hengähdystauon arjesta turvallisessa ilmapiirissä, jossa muut jäsenet ovat samantilaisessa elämäntilanteessa. Ryhmäläisten kanssa voi ryhmätoimintaa aloitettaessa keskustella kunkin jäsenen yksilöllisistä tavoitteista ryhmään osallistumisesta. Nämä tavoitteet ohjaavat ryhmänohjaajaa oikeaan suuntaan ryhmän sisältöä ja tapaamiskertoja suunniteltaessa.

Vertaistoiminnan tavoitteena on auttaa omaishoitajia käsittelemään muistisairauteen liittyviä tunteitaan sekä kehittämään ongelmanratkaisukeinoja haastavissa tilanteissa yhdessä toisten omaishoitajien kanssa.

Ohjaajan rooli

Ohjaaja toimii ryhmässä koollekutsujana ja organisoijana. Hän järjestää ryhmässä tarvittavat resurssit ja materiaalit. Ohjaajan tehtävänä omaishoitajien ryhmässä on tiedollisen osuuden tuottaminen ja ryhmänjäsenten rohkaiseminen keskusteluun. Ohjaajalle onkin hyödyllistä olla perehtynyt ryhmädynamiikkaan ja ryhmän toimintaa koskevaan kirjallisuuteen. Ryhmänohjaaja ohjaa keskustelua ja pitää huolta, että kukin ryhmän jäsen pääsee osallistumaan keskusteluun. Lisäksi hän tarkkailee ryhmän ilmapiiriä ja toimii tarvittaessa tunteiden lieventäjänä.

Ohjaajan tulee pitää huolta ryhmätapaamisten aikataulusta ja siitä, että keskustelu pysyy kullekin tapaamiselle suunnitellussa aiheessa. Vaikka ohjaaja on ryhmässä asiantuntija, voi hän hyödyntää paikkakunnalla toimivia muita asiantuntijatahoja. Omaishoitajille voi esimerkiksi kutsua puhumaan sosiaalityöntekijän tai fysioterapeutin, jotka omalla osaamisalueellaan voivat vaikuttaa omaishoitajien hyvinvointiin. Vierailijoiden kutsuminen tuo myös vaihtelua tapaamisiin.

Huomioitavat seikat ryhmänohjauksessa

TAULUKKO 1: Huomioitavat seikat ryhmänohjauksessa (Kaukkila & Lehtonen 2007, 20-21)

1	Ryhmän perustaminen	-kenelle ja miksi ryhmä perustetaan -mikä on ryhmän tarkoitus ja perustehtävä
2	Ryhmän jäsenten valinta	-missä, milloin ja miten alkavasta ryhmästä ilmoitetaan -miten ryhmän jäsenet valitaan
3	Ryhmän kesto ja koko	-minkä kokoinen ryhmästä tulee -kuinka usein ja kuinka monta kertaa ryhmä kokoontuu -milloin ryhmä alkaa ja päättyy
4	Ryhmän kokoontumispaikka	-missä ja millaisessa tilassa ryhmä kokoontuu -millaiset liikenneyhteydet on paikkaan
5	Ryhmän talous	-kuinka paljon ryhmä tarvitsee rahaa -miten ryhmä rahoittaa toimintansa -kuka hoitaa raha-asioita ja vastaa niistä
6	Ryhmän työskentely	-millainen on ryhmätapaamisten rakenne ja sisältö -kuinka kauan yksi ryhmätapaaminen kestää
7	Ryhmänohjaajat	-kuinka monta ohjaajaa ryhmällä on -kuka tai ketkä ryhmää ohjaavat -kenellä on päävastuu ryhmästä
8	Ryhmäohjaajan rooli	-millainen ote ja työskentelytapa ohjaajalla on
9	Valmistautuminen ryhmätapaamiseen	-ovatko ryhmän käytännön valmistelut ajoissa valmiina -onko ohjaaja kerrannut edellisen ja valmistellut uuden tapaamisen kulun -onko ohjaaja tyhjentänyt mielensä muista asioista ja valmistautunut vastaanottamaan ryhmän iloineen ja suruineen
10	Ryhmänohjaajan oma työnohjaus ja tuki	-milloin ja miten järjestetään ohjaajan oma työnohjaus -mitkä ovat työnohjauksen kustannukset -voiko ryhmänohjaaja tavata muita ryhmänohjaajia

Ryhmän kokoontumispaikka

Ryhmän kokoontumispaikalla on merkitystä virkistymisen kokemukseen (Niemi 2007). Ihanteellinen tapaamispaikka on ryhmän koolle sopiva, kodinomainen tila, jossa ryhmäläiset voivat istua niin, että kaikki näkevät toisensa. Myös ryhmäläisten mahdollisuus kulkea paikalle on huomioitava. Kulkuyhteyksien tulee olla hyvät ja sisätilojen esteettömät. Lisäksi paikalla on hyvä olla tarpeelliset välineet kuten tietokone ja/tai piirtoheitin tai muita havainnollistamisvälineitä, kahvinkeittovälineet ja astiat. Kokoontumistilan lähellä on myös oltava saniteettitilat.

Ryhmän jäsenet

Ryhmän jäsenet on syytä kutsua henkilökohtaisesti, jotta ryhmäläiset tuntevat alusta alkaen itsensä tervetulleiksi.

Ryhmän koon merkitys on huomioitava suunniteltaessa ryhmänohjausta, koska se vaikuttaa ryhmädynamiikkaan ja ryhmän toimintaan (Hirvonen ym. 2007). Pienryhmässä ihmisten on helpompi keskustella ja saada tilaa.

Ryhmään voi aluksi kutsua useamman henkilön kuin aiottu ryhmäkoko on, koska todennäköisyys sille, että kaikki osallistuvat jokaiseen ryhmätapaamiseen on pienempi. Tällöin jonkun ryhmäläisen poisjääminen ei vaikuta ryhmään niin merkittävästi.

Jäseniksi kutsutaan mielellään saman verran sekä miehiä että naisia, jotka kuuluvat samaan ikäluokkaan. Tällöin vertaistuen saaminen toteutuu parhaiten, koska ryhmänjäsenten elämäntilanteet ovat samankaltaisia. Myös todennäköisyys ryhmäläisten yhteistyön jatkumiselle ryhmätoiminnan loppumisen jälkeen on tällöin suurempi.

1. Tapaaminen

Tapaamisen tavoite:

Ryhmäläiset tutustuvat toisiinsa, ryhmätoiminta alkaa, luottamuksellinen ilmapiiri ryhmässä, jäsenille tietoa eri muistisairauksista

Tapaamisen ohjelma:

Kahvittelu ja keskustelun aloitus

Tutustutaan ryhmän jäseniin ja sovitaan ryhmän toiminnasta. Ryhmän aloituksessa on syytä käydä läpi ryhmän tarkoitus, ohjelma, sopia ryhmän säännöistä ja keskustella luottamuksellisuudesta.

Asiaosuus:

Muistisairaudet

Yleisyys

Eteneminen

Riskitekijät

Keskustelua ryhmäläisten tilanteista



2. Tapaaminen

Tapaamisen tavoite:

Ryhmäläiset saavat tietoa muistisairauksiin liittyvistä käytösoireista ja saavat myös keinoja kohdata sairastunut haastavissa tilanteissa, lisätä ryhmäläisten ymmärrystä muistisairastuneen haastavaa käyttäytymistä kohtaan. Kokemusten jakaminen ryhmäläisten kesken.

Tapaamisen ohjelma:

Kahvittelua ja kuulumisten vaihtoa

Asiaosuus:

Muistihäiriöihin liittyvät käytösoireet

Erilaiset käytösoireet ja syitä niihin

Ratkaisukeinoja tilanteisiin

Esitellään TunteVa –menetelmää



3. Tapaaminen

Tapaamisen tavoite:

Lisätä ryhmäläisten tietoisuutta edunvalvonta- ym. sosiaalialan asioissa. Keskustella ryhmäläisten kanssa kunnan tarjoamista palveluista ja niiden saatavuudesta.

Tapaamisen ohjelma:

Kahvittelua ja kuulumisten vaihtoa

Asiaosuus:

Edunvalvonta-asioista, pyydetään kunnan sosiaalityöntekijä mukaan ryhmätapaamiseen

Esitellään kunnan tarjoamia vanhusten palveluja



4. Tapaaminen

Tapaamisen tavoite:

Tarjota ryhmäläisille käytännön apukeinoja ja helpotusta sujuvaan elämään muistisairastuneen kanssa kotona. Lisäksi yhdessä pohtien löytää toimivia keinoja.

Tapaamisen ohjelma:

Kahvittelua ja kuulumisten vaihtoa

Asiaosuus:

Turvalaitteista ja käytännön järjestelyistä

Erilaisia markkinoilla olevia apu- ja turvalaitteita

Lisäksi käytännön vinkkejä helpottamaan muistisairastuneen ja omaisen kotona selviytymistä.



5. Tapaaminen

Tapaamisen tavoite:

Esitellä ryhmäläisille menetelmiä rentoutua ja löytää voimavaroja arjessa jaksamiseen.

Tapaamisen ohjelma:

Kahvittelua ja kuulumisten vaihtoa

Asiaosuus:

Rentoutumista jotain menetelmää esim. värirentoutusta käyttäen.

Keskustelua omasta jaksamisesta, miten ryhmän jäsenet huolehtivat omasta hyvinvoinnistaan.

Jumppa, jossa esitellään liikkeitä, joita voi toteuttaa helposti kotona.

Lopuksi rentoutus käyttäen jotain muuta mielikuvarentoutusta.



6. Tapaaminen

Tapaamisen tavoite:

Vierailu/ vierailija tuo lisänäkemystä muistisairastuneen omaisena ja omaishoitajana toimimisesta.

Ryhmän toiminnan päätyminen ja palautteen kerääminen.

Tapaamisen ohjelma:

Kahvittelua ja kuulumisten vaihtoa

Vierailija esim. omaishoitajajärjestöstä

Ryhmätoiminnan lopetus ja keskustelua ryhmäläisten kokemuksista ryhmän jäsenenä olemisesta.



LÄHDELUETTELO:

Antikainen, H. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vertaisryhmästä dementoituvaa hoitavan tukena. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Eloniemi-Sulkava, U., Sulkava, R. & Viramo, P. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo : Janssen-Cilag.

Hirvonen, E, Johansson, K. Kyngäs, H., Kääriäinen, M. Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Suomen Mielenterveysseura.

Kauttu, K. & Luoto, T. 2010. Ryhmästä voimaa –hyvinvointia muistisairaana omaishoitajille. Vertaistukiryhmä terveydenhoitajan työmenetelmänä. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Niemi, E. 2007. Ja mitä koin –omaishoitajien kokemuksia ryhmätoiminnasta. Opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.