

Juho Päätaalo, Marko Vähäsarja

OMAISHOITAJIEN KOETTU TUEN TARVE

Opinnäytetyö

OMAISHOITAJIEN KOETTU TUEN TARVE

Opinnäytetyö

Juho Päätaalo, Marko Vähäsarja
Opinnäytetyö
Syksy 2019
Sosiaali-alan tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan tutkinto-ohjelma, Sosionomi

Tekijät: Juho Päätaalo, Marko Vähäsarja
Opinnäytetyön nimi: Omaishoitajien koettu tuen tarve
Työn ohjaaja: Seija Kokko, Kari Virolainen
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: 2019

Sivumäärä: 45 + 5

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Hirosenkodin palvelukeskuksen kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa COPE arviointityökalulla omaishoitajien kokemaa tuentarvetta. Tutkimukseen osallistui omaishoitajia, jotka toivat hoidettaviaan vuorohoitoon tai muuhun lyhytaikaiseen hoitoon Hirosenkotiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Hirosenkodille omaishoitajien kokemasta tuentarpeesta.

Aikaisemman tutkimustiedon mukaan omaishoitajat kokevat, että he tarvitsevat tukea palveluiden hakemiseen. Omaishoitajilla on halu selvittää ilman apua, jos se vain on mahdollista, mutta vaikeista päätöksistä ei itse haluttu ottaa täyttä vastuuta, vaan siihen kaivattiin ammattilaista jakamaan vastuuta.

Kelan tutkimusosaston vuonna 2011 julkaisema COPE-indeksi on tehty sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttöön. Sitä on käytetty aikaisemmissa tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä. COPE-indeksi on saanut hyvän vastaanoton ja on käytössä monissa kunnissa. Mittaria käytettiin aineistonkeruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä, ja se koostuu kolmesta osa-alueesta: kielteinen vaikutus osa-alue, myönteinen vaikutus osa-alue sekä tuen laatu osa-alue. Saimme 20 lomaketta täytettyinä takaisin, joiden aineiston käsitelimme kvantitatiivisin menetelmin ja COPE:n mukana tulleen pisteytysjärjestelmän mukaan. Tulokset analysoimme käyttäen sosiaalisen tuen määritelmää.

Tulosten mukaan keskimäärin omaishoitajat kokevat olevansa ylikuormittumisen riskirajoilla. He eivät koe saavansa yhteiskunnalta tarpeeksi tukea ja arvostusta. Moni kokee omaishoitajuuden omaa elämää rajoittavana, fyysisesti raskaana ja stressaavana. Moni ei koe omaishoitajuutta taloudellisia vaikeuksia aiheuttavana, vaan omaishoitajuuden ongelmakohdat koskevat enemmän lomien ja vapaa-ajan puutetta, sekä huolta omasta terveydestä. Moni kokee suhteensa avustettavaan hyväksi ja avustaminen tuntuu vaivan arvoiselta. Suurin osa kokee kuitenkin fyysisen terveydentilansa hyväksi, ja kokee saavansa tukea perheiltään.

Hirosenkoti voi hyödyntää saatuja tuloksia suunnitellessaan ja arvioidessaan omaishoitajille suunnattuja palveluita. Vuorohoidon on tarkoitus tukea omaishoitajan jaksamista antamalla tälle omaa vapaa-aikaa, sekä ylläpitää hoidettavan toimintakykyä. Tutkimuksen avulla saadaan tietoa niistä osa-alueista, jotka omaishoitajat itse kokevat ongelmakohdiksi.

Asiasanat: Omaishoitaja, COPE-indeksi, Jaksaminen, Kuormittavuus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Social services

Authors: Juho päätalo, Marko Vähäsarja

Title of thesis: The experienced need of support for carers of elderly people

Supervisors: Seija Kokko, Kari Virolainen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2019 Number of pages: 45 + 5

The thesis was carried out in co-operation with Hirosenkoti service center. The purpose of the thesis was to survey carers of elder people need of support by using COPE-index. The participants of this survey were caregivers who brought their treatables to short-term care. The aim was to produce information to professionals at Hirosenkoti about the need of support that the caregivers of elder people get.

Earlier studies show that caregivers feel that they need guidance on finding the information about the services they can get. Caregivers has the will to survive without help if possible but they don't want to take full responsibility on making the difficult decisions but rather they long for professionals to search responsibility.

Social insurance institution of Finland (KELA) released the finnish version of COPE-index in 2011. It has been made for use of professionals at the field of social- and healthcare. In previous researches it has been used as a method for collecting data. COPE index has received a good reception and it is already in use in many municipalities. This instrument has been used in this thesis and it consists of three sectors: negative causation, positive causation and quality of support. We received 20 filled questionnaires back, on which based our analysis using quantitative methods and the rating system that came with the COPE index. We analyzed the results using construct of social support.

According to results the average of caregivers feel that they are on the brink of overload. They don't experience that they get enough support and respect from the society. Many feel that the caregiving is limiting their own personal life both physically and mentally. Many of them doesn't feel that caregiving is causing financial problems, but instead the problems focus more on lack of holidays and leisure time. They also feel concern about their own health. Most caregivers feel that the relationship with the treatable is good and assisting is worth the trouble. How ever majority of caregivers feel that their physical health is good as of now and that they receive support from their families.

Hirosenkoti can utilize the results when they plan and evaluate caregivers that they are associated with. Short-term cares purpose is to support caregivers longevity by giving them more leisure time and by maintaining treatables ability to function. By means of this survey we receive information about the sectors that they themselves feel are problematic.

Keywords: Caregiver, The COPE-index, Coping, Strain

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	OMAISHOITAJIEN KOETTU TUENTARVE	8
2.1	Omaishoitajuus.....	9
2.1.1	Koti hoitoympäristönä	9
3	SOSIAALINEN TUKI.....	11
3.1	Emotionaalinen tuki	12
3.2	Aineellinen tuki	13
3.2.1	Omaishoitajien palvelut.....	13
3.3	Tiedollinen tuki	14
3.4	Arvioiva tuki	15
4	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	16
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
5.1	Opinnäytetyön eteneminen.....	18
5.2	Tutkimusmenetelmä	19
5.3	COPE	20
6	TULOKSET	22
6.1	Vastaajien taustatiedot	22
6.2	Kielteinen vaikutus osa-alue.....	22
6.3	Myönteinen vaikutus osa-alue	25
6.4	Tuen laatu osa-alue.....	27
6.5	Avoimen kysymyksen sisällönanalyysi	28
6.6	Omaishoitajien koettu emotionaalinen tuki	32
6.7	Omaishoitajien koettu aineellinen tuki	33
6.8	Omaishoitajien koettu tiedollinen tuki	33
6.9	Omaishoitajien koettu arvioiva tuki	34
7	POHDINTA	35
7.1	Tulosten tarkastelu	35
7.2	Henkilökohtaiset oppimistavoitteemme opiskelijan näkökulmasta.....	38
7.3	Luotettavuus.....	39
7.4	Eettisyys.....	40
7.5	Kehittämis ehdotukset	41

LÄHTEET.....	43
LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi ikäihmisten hyvinvointipalveluihin liittyen omaishoitajien koetun tuen tarpeen. Alkuperäinen idea opinnäytetyön aiheesta on tullut Oulun kaupungin hyvinvointipalveluista, ja sen Oulun kaupungin puoleisena yhteyshenkilönä toimi ikäihmisten hyvinvointipalveluiden palvelupäällikkö Maria Vahtola, sekä myöhemmin Marja Miettunen. Opinnäytetyömme on tutkimusluontoinen, kyselypohjainen opinnäytetyö ja tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena.

Suomen väestöpohja on vahvasti ikääntymässä ja omaishoitajuutta sen eri muodoissa tulee olemaan suomalaisessa yhteiskunnassa yhä enenevässä määrin, joten pidämme tärkeänä tehdä tutkimusta kyseistä aiheesta (Tilastokeskus 2018, viitattu 11.11.2019). Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista määritellään, että kuntien on tuettava ikääntyneitä erityisesti heidän kotiinsa annettavilla sosiaali- ja terveystalvveluilla, ja omaishoitajuus on yksi keino tehdä niin (980/2012).

Ikäihmisten määritelmä on laaja ja se vaihtelee aihepiirin ja käsitteen käyttäjän mukaan. Tässä tutkimuksessa tutkittavamme ovat Hirosenkodin eläkeikäisiä asiakkaita, joilla on omaishoitaja, ja jotka käyvät Hirosenkodissa vuorohoidossa tai lyhythoitajaksoilla.

Tarkoituksena on kuvailla omaishoitajien koettua tuen tarvetta COPE-indeksin avulla, sekä kartoittaa mahdollisia lisätuentarpeita. Tutkimustuloksilla on tarkoitus kuvailla omaishoitajien koettua tuen tarvetta, sekä tuoda omaishoitajien mielipiteet ja ajatukset omaishoitajien tuista ja omaishoitajuuden arjesta sosiaali- ja terveystalvvelualan ammattilaisten nähtäville.

2 OMAISHOITAJIEN KOETTU TUENTARVE

Tässä tutkimuksessa olemme etsineet tietoa erilaisista tietokannoista, kuten Finnasta, Theseuksesta ja Google Scholarista. Päähakuasana on toiminut omaishoito. Lisähakusanoina olemme käyttäneet termejä: koettu tuentarve, omaishoidettava, COPE-indeksi, COPE, elderly caregiver, tuentarpeen arviointi, lyhyt hoitojakso, kotihoito, palvelut, palvelujärjestelmä, kuormittavuus, voimavarat. Olemme rajanneet haettavat tulokset pääsääntöisesti suomen- ja englanninkielisiin pro graduihin, väitöskirjoihin, tutkimusjulkaisuihin, tutkimusraportteihin, sekä kirjoihin.

Aihetta on käsitelty aiemmin muun muassa Marja Vaaraman kirjassa ”Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito: omaishoidon palvelusetelikokeilun loppuraportti”, sekä kattavammin COPE:sta Anna-Liisa Salmisen ja Kristiina Juntusen kirjassa ”Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi: COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön”. Lisäksi samasta aihepiiristä on tehty lukuisia opinnäytetöitä, sekä graduja eri oppilaitoksissa.

Koetulla tuen tarpeella tarkoitetaan omaishoitajien omia kokemuksia siitä millaisien eri tahojen tarjoamien tukien avulla omaishoito olisi käytännössä mahdollista, sekä millaisilla tuilla omaishoito saisi kehitettyä niin, että se olisi mahdollisimman tarkoituksenmukaista niin omaishoitajalle, kuin hoidettavalle. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme myös millaiset taustatekijät vaikuttavat tuen tarpeeseen.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan tuottama raportti Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviytymiseen (2017, 85-86) tarkastelee omaishoidon tukitoimien vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Raportin tulosten mukaan ei ole mitään yksiselitteistä vaihtoehtoa, millaisia tukitoimia yleensä pitäisi järjestää, vaan se korostaa jokaisen omaishoitotilanteen ainutlaatuisuutta ja erilaisuutta. Valtioneuvoston kirjallisuuskatsauksen tulos onkin, kuinka monimuotoista omaishoidon tilanteet -ja niissä selviytymistä edistävät tukitoimet ovat. Mielestämme tämän takia koettu tuentarve on hyvä lähtökohta tuentarpeen selvittämiseksi. Kokemus tuentarpeesta on siis jokaisen omaishoitajan subjektiivinen kokemus.

2.1 Omaishoitajuus

Omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavalle läheistä henkilöä, joka hoitaa vanhusta, vammaista tai sairasta henkilöä kunnan tukemana. Omaishoitajien ohjauksesta ja kouluttamisesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, viitattu 14.2.2019.) Omaishoitajana toimii kuitenkin myös paljon henkilöitä, jotka eivät ole lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä. Omaishoitajaliiton mukaan omaishoitajien tuen piiriin kuuluukin vain noin 10 prosenttia omaishoitajista (Omaishoitajaliitto 2018, viitattu 14.2.2019). Muistiliiton mukaan Suomessa on noin 350 000 omaishoitajaa, mutta vain noin 44 000 omaishoitosopimusta.

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoidon vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämiseksi kotiooloissa. Omaishoidossa hoitajana toimii omainen tai muu läheinen henkilö.

Lakisääteisiin omaishoidon tukiin kuuluvat nykyisellään rahallinen korvaus, vapaat, eläke- ja tapaturmavakuutukset, sekä erilaiset sosiaalipalvelut. Nämä tuet ja niiden suuruudet vaihtelevat hoidon sitovuuden, sekä vaihtelevuuden perusteella. Omaishoitajien erilaisista tuista ja palveluista huolehtii kunta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, viitattu 25.4.2019.) Tuot ovat lakisääteisiä sosiaalipalveluja (937/2005).

2.1.1 Koti hoitoympäristönä

Koti ja kotona tapahtuva hoito määrittelee omaishoitajuutta voimakkaasti, ja siksi onkin mielestämme tärkeää käsitellä myös sitä tutkimuksen tietoperustassa. Yksilöiden kodeissa on omat totut tavat ja koti yleensä liittyy enemmän tai vähemmän jonkinlaisiin sosiaalisiin verkostoihin.

Omaishoitopariskunnat joutuvat oppimaan uudenlaisen arjen ja heidän aikaisempien roolien mukaiset työnjaot tulevat muuttumaan. Hoidon tapahtuminen kotona, eräänlaisessa mikrokulttuurissa, joka on minuuden jatke, tekee jokaisesta tilanteesta omanlaisensa. Palvelujärjestelmä ei usein ota huomioon näitä yksilöiden luomia persoonallisia eroja, vaan se tuottaa jähmeitä standardiratkaisuja. Kaikkien kodit eivät välttämättä ole soveltuvia uusiin tarpeisiin, ja välimatkoilla sekä palveluiden saatavuudella on myös vaikutusta kodin mikrokulttuurin säilymiselle. (Saarenheimo & Pietilä 2005, 101.)

Vaihtelu puolison ja omaishoitajan roolien välillä voi aiheuttaa kompetenssin ja kuormittavuuden tunteita. Kotona tapahtuvaa hoitoa pidettiin usein velvollisuutena, ja omaishoitajuudesta haluttiin pitää kiinni viimeiseen asti. Kuormittavuutta voitaisiin vähentää omaishoitajien tilaisuudella jäsentää omia kokemuksiaan vertaistuen avulla. (Saarenheimo & Pietilä 2005, 104.) Koti hoiva ympäristönä on hoidettavalle hyvä, ja se tukeekin selviytymistä päivittäisistä toiminnoista ja ylläpitää toimintakykyä. Kotilomituspalvelu onkin koettu hyväksi vaihtoehdoksi vuorohoitovapaalle (Liusaari 2013, 40.) Toisaalta sijaishoitopalveluiden käyttö tukee omaishoitajien jaksamista.

Alkuperäinen toivomus tämän tutkimuksen toteuttamisesta tuli Hirosenkodilta, joka tarjoaa muun muassa näitä sijaishoitopalveluita. Hirosenkoti on erityisesti lyhytaikaista laitoshoidon tarjoava hoivakoti. Hirosenkoti tarjoaa vuorohoidon, kuntoutusta ja muuta lyhytaikaishoitoa Oulun Kaukovainiolla. (Ouka 2019, 15.1.2019.)

3 SOSIAALINEN TUKI

Sosiaalinen tuki on sosiaalisen verkoston ominaisuus. Sosiaalinen verkosto tarvitsee vähintään kahden ihmisen välisen vuorovaikutussuhteen. Sosiaalinen verkosto onkin ihmissuhteiden kokonaisuus, joka sisältää vuorovaikutusta, joka tukee sosiaalista identiteettiä. (Marin 2003b, 78.)

Sosiaalinen tuki sisältää käsityksen yleisesti ihmisellä olevasta tiedosta ja käsityksestä, että hänestä huolehditaan, häntä rakastetaan ja että hän kokee osallistuvansa vuorovaikutukselliseen kommunikaatioon ja velvollisuuksien verkostoon. Sosiaalisen tuen merkitys ihmisen elämään on merkittävä, sillä se ylläpitää ihmisen fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja auttaa sairauden haittojen ehkäisyssä ja sairaudesta kuntoutumisessa. Liiallinen sosiaalinen tuki voi heikentää henkilön omaa toimijuutta, aiheuttaa riippuvuutta ja vähentää hänen vaikuttamismahdollisuuksiaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 80, 88,89, 151-153.) Sosiaalinen tuki voidaankin nähdä muiden ihmisten tuottamana resurssina, jolloin heikkolaatuisella tai väärinmitoitetulla tuella voi olla negatiivisia vaikutuksia yksilön terveyteen (Cohen & Syme 1985, 45).

Sosiaalisesta tuesta on useita eri määritelmiä. Williams (2004) on analysoinut artikkelissaan "Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention and practice" kirjallisuudessa ja tutkimuksissa käytettyjä sosiaalisen tuen määritelmiä. Yleisin käytetty määritelmä on Sydney Cobbin (1976) määritelmä, jossa sosiaalinen tuki muodostuu ihmisen kuulumisesta johonkin sosiaaliseen verkostoon, josta saa rakkautta, arvostusta ja kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta (Cobb 1976, 300). Toiseksi yleisin määritelmä on Cohen ja Symen (1985) määritelmä, jossa sosiaalinen tuki nähdään muiden ihmisten tuottamana materiaalisena tai informatiivisena resurssina, joka vaikuttaa yksilön hyvinvointiin.

Kolmanneksi käytetyin määritelmä on Williamsin mukaan Housen (1981) määritelmä sosiaalisesta tuesta. Siinä sosiaalinen tuki jaetaan neljään erilaiseen tuen tyyppiin. Emotionaaliseen tukeen kuuluvat rakkaus, empatia, myötätunto ja välittäminen. Informatiiviseen eli tiedolliseen tukeen kuuluvat tieto, neuvot ja taidot, joilla voidaan auttaa henkilöä esimerkiksi päätöksenteossa. Materiaaliseen eli aineelliseen tukeen kuuluvat tavarat, konkreettinen apu ja palvelut. Viimeisenä sosiaalisen tuen muotona on annettava rakentava palaute, johon kuuluvat tiedon ja taidon antaminen yksilölle, jotta tämä voi pohtia sosiaalista lähiympäristöään. (House 1981, 39.)

Sosiaalista tukea on hankala määritellä tarkasti, sillä se tuntuu usein kattavan kaikenlaisen ihmisen tai yhteiskunnan tuottaman tuen. Sosiaalisen tuen puute stressaavissa elämäntilanteissa voi aiheuttaa fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia (Seikula 1994, 26). Tässä tutkimuksessa omaishoitajien koetun tuentarpeen tarkastelussa käytetään viitekehyksenä Housen (1981) määritelmää. Määritelmä antaa selkeän viitekehyksen tulosten analysoinnille, vaikka osa-alueet vaikuttavatkin usein toisiinsa ja saattavat osittain mennä päällekkäinkin.

3.1 Emotionaalinen tuki

Emotionaalinen tuki sisältää empatian, välittämisen, luottamuksen ja rakkauden. Emotionaalista tukea saadaan läheisistä ihmissuhteista. Omaishoitajilla on usein hankaluuksia löytää aikaa omien ihmissuhteiden ja harrasteiden hoitamiseen, sillä hoito on usein ympärivuorokautista. Hoitotyö koetaan usein raskaaksi, ja jaksamiseen myönteisesti vaikuttavat hyvät ihmissuhteet jäävät usein puutteellisiksi. Ikäihmisillä sosiaaliset suhteet ovat saattaneet vähentyä myös läheisten ikääntymisen ja kuolemien vuoksi. Myöskin ikääntyneen omaishoitajan oma ikääntyminen vaikuttaa jaksamiseen. (Lahtinen 2008, 13.)

Hanna Parantaisen Pro gradu -tutkielmassa (2018, 49-53) nousi esiin, kuinka useat omaishoitajat kärsivät yksinäisyydestä ja masennuksesta. He ovat myös usein huolissaan muististaan ja heillä on uniongelmia. Moni ei myöskään käytä heille lakisääteisesti kuuluvia omaishoidon vapaita, sillä he eivät halua jättää hoidettavaa, tai hoidettava ei suostu lähtemään hoitoon. Omaishoitajien kuormittumista voidaan ehkäistä hyvällä läheisiltä ja viranomaisilta saadulla tuella. Kuormittuneista omaishoitajista melkein puolet eivät käyttäneet sijaishoitopalveluita (Rutanen 2013, 41). Emotionaalisen tuen vähyys siis altistaa omaishoitajan psyykkisille ja fyysisille ongelmille.

Omaishoitajien verkostot ja emotionaalisen tuen lähteet ovat jokaisella erilaisia. Jos omaishoitajan oma luonnollinen sosiaalinen verkosto ei tarjoa tarpeeksi emotionaalista tukea, sitä tulisi olla saatavilla muualta. Kuormittavuutta voitaisiin vähentää esimerkiksi omaishoitajien tilaisuudella jäsentää omia kokemuksiaan vertaistuen avulla. (Saarenheimo & Pietilä 2005, 104.)

3.2 Aineellinen tuki

Aineellinen tuki käsittää kaiken konkreettisen tuen, tavarat ja palvelut. Aineellisesta tuesta voidaan puhua myös fyysisenä tukena. Fyysisen tuen tarpeet omaishoitajuudessa vaihtelevat suuresti hoidettavan hoidon tarpeesta riippuen. Omaishoidon tukeen fyysiset tuet liittyvät omaishoitoa tukevinä palveluina, joita voivat olla muun muassa ateria-, kylvytys- ja kuljetuspalvelut, sekä erilaiset henkilökohtaiset avut. (Omaishoitajaliitto 2019, viitattu 14.2.2019.)

Tuttu, luotettava ja kodinomainen vuorohoitopaikka koetaan turvalliseksi, ja hoitohenkilökunnan pysyvyys ja luotettavuus lisäävät omaishoitajien varmuutta antaa hoidettava muualle hoitoon. Myöskin tiedonkulun helppous on tärkeää omaishoitajille, ja yleensäkin palveluiden luotettavuus lisäsi palvelun käyttöä. Huonosti kohdennettu ja toimimaton palvelu jäi yleensä käyttämättä. Luottamus muuhun hoitohenkilökuntaa lisäsi hoidon vastuunjakamisen helppoutta. (Liusaari 2013, 39-41.)

3.2.1 Omaishoitajien palvelut

Omaishoidon rahallisen korvauksen tuen maksuluokat vaihtelevat hoidettavan tuentarpeen mukaan. Runsaasti hoitoa ja huolenpitoa vaativan omaisen hoidosta voi saada 919,19 euroa/kuukaudessa. Omaisen hoidosta, joka selviytyy osittain itse päivittäisistä toiminnoista, eikä sido omaishoitajaa kokopäiväisesti, saa 399,91 euroa/kuukausi. Tukea voidaan maksaa korotettuna, jos hoidettava täyttää ensimmäisen maksuluokan mukaiset kriteerit, mutta hoitaja joutuu jäämään pois töistä omaisen saattohoidon tai äkillisen sairauden vuoksi. Korotettua tukea ei voi saada, jos hoitaja on eläkkeellä, päivärahalla, opiskelijana tai saa muuta säännöllistä tuloa. Korotettu tuki on 1601,61 euroa/kuukausi. Tilanteet arvioidaan aina tarpeen mukaisesti. (Ouka 2019, viitattu 15.1.2019.)

Kunnan kanssa hoitosopimuksen tehneillä on oikeus pitää vähintään kaksi vuorokautta vapaata kuukaudessa. Jos omaishoitaja on sitoutunut hoidettavaan ympärivuorokautisesta ilman useampia keskeytyksiä, on hänellä oikeus vähintään kolmeen vapaaseen kuukaudessa. Ympärivuorokautisuuteen ei vaikuta, jos hoidettava viettää vähäisiä aikoja käyttäen kodin ulkopuolella järjestettäviä sosiaali- ja terveystalvveluja. Kunnan vastuulla on huolehtia sijaishoidosta omaishoitajan vapaiden ajaksi. Järjestetty hoito maksaa asiakkaalle 11,50 euroa vuorokautta kohden (vuonna 2017). (Ouka 2019, viitattu 15.1.2019.)

Omaishoidon tuen asiakkaalle voidaan myöntää taloudellista tukea hoitajan sijaisen palkkakustannuksiin 70euroa/vuorokaudessa. Kaupunki voi myös järjestää hoidon omassa asumispalveluyksikössään tai tilapäishoidon yksikössään. Hoito voidaan myös järjestää yksityisessä asumispalveluyksikössä tai tilapäishoidon yksikössä. (Ouka 2019, viitattu 15.1.2019.)

Omaishoitajilla on oikeus hyvinvointi- ja terveystarkastukseen joko sähköisesti tai asioimalla hyvinvointikeskuksessa. Tehdyn tarkastuksen perusteella sovitaan jatkotoiminpiteistä. (Ouka 2019, viitattu 15.1.2019.)

3.3 Tiedollinen tuki

Tiedolliseen tukeen kuuluvat tieto, taidot ja neuvot, joilla voidaan auttaa henkilöä esimerkiksi päätöksenteossa.

Tiedollisen tuen palveluihin voi kuulua esimerkiksi palveluita, joiden avulla tuetaan omaishoitajia ja ennaltaehkäistään omaishoitajien psyykkisiä ongelmia, tuetaan henkistä jaksamista, sekä ehkäistään mielenterveysongelmia. Käytännössä tiedollisen tuen muotoja omaishoitajille on nykyisessä suomalaisessa palvelujärjestelmässä omaishoitajien valmennukset. Näiden valmennusten ja koulutusten avulla omaishoitajien valmiuksia toimia omaishoitajana parannetaan, jotta omaishoitajuus ei olisi tarpeettoman kuormittavaa. Tiedolliseen tukeen kuuluvat myös erilaiset psyykkiset hyvinvointi- ja terveystarkastukset, joita toteutetaan kliinisten tutkimusten ja muiden menetelmien avulla. (Omaishoitajaliitto 2019, viitattu 14.2.2019.)

Omaishoitajien toiveet palveluiden kehittämiseksi Liusaaren (2013) pro-gradun mukaan painottivat toiveita oikeanlaisten palveluiden kohdentamisen parantamisesta. Myöskin hyvä tuki ja ohjaus heti omaishoitajuuden alusta asti koettiin kuormittavuutta vähentävänä. Palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen on myös kaivattu selkeyttä ja mahdollisista tuista on toivottu lisätietoa. Jotta mahdollinen asiantuntijatieto ja tuki olisi toimivaa, se vaatii ammattilaiselta hyvää vuorovaikutusosaamista, sekä tilanne- ja substanssitietoa (Karhula 2015, 59).

Saarenheimon ja Pietilän tutkimuksessa (2005, 101-102) nousi esiin myös avunpyytäminen ja vastaanottaminen. Omaishoitajilla oli suuri tarve selviytyä ilman apua, jos se vain oli mahdollista. Vaikeista päätöksistä ei kuitenkaan itse haluttu ottaa täyttä vastuuta, vaan siihen kaivattiin ammattilaista jakamaan vastuuta.

3.4 Arvioiva tuki

Arvioiva tuki sisältää palautteen antamisen ja sosiaalisen vertailun. Se sisältää myös tiedon ja taidon antamisen yksilölle, jotta tämä voisi pohtia omaa sosiaalista lähiympäristöään.

Omaishoitajat usein kokevat voimakasta velvollisuuden tunnetta hoidettavaa kohtaa ja työn raskaus on toissijainen asia, jolloin oma jaksaminen voi unohtua. Omaishoitajuus tulee ihmiselle usein vähitellen läheisen sairauden edetessä, jolloin siihen on helppo sopeutua. Usein myös omaishoitajuuden raskaus kestetään, koska koetaan ettei muuta vaihtoehtoa ole (Karhunen 2015, 39-42). Kodin omassa mikrokulttuurissa tilanteet saattavat siis kehittyvät niin vaivihkaa, ettei ihminen itse huomaa, milloin tilanteessa ollaan jo omilla ääri rajoilla.

4 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla omaishoitajien koettua tuen tarvetta Hirosenkodin asiakaskunnassa. Tutkimuksen omaishoitajat ovat henkilöitä, joiden hoidettava käyttää Hirosenkodin palveluita.

Yleisesti ottaen tuen tarvetta on arvioitu COPE-kyselylomakkeella (Carers of Older People in Europe). COPE on kehitetty vuonna 2003 aiempien tutkimusten luomalle pohjalle. COPE on kehitetty välineeksi omaishoitajan ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen välille, ja sen avulla voidaan tutkia omaishoidon kuormittavuutta ja omaishoitajan tuen tarvetta. (THL 2016, viitattu 18.11.2019)

Tutkimuksemme tavoite on tuottaa tietoa Hirosenkodin työntekijöille omaishoitajien kokemasta tuen tarpeesta. Tämän tutkimuksen tulokset analysoimalla saamme selville nämä koetut tuen tarpeet. Kyselyn tulokset pisteytimme ja käsitelimme COPE:n ohjeiden mukaan, ja analysoinnin viitekehysenä käytimme Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmää. Tarkoituksemme ei ole ratkaista esiin nousevia omaishoidon tuen ongelmia eikä puutteita. Voimme yleisesti pohtia lopuksi millaisilla keinoilla omaishoidon tukea voisi parantaa. Tutkimuksen pohjalta on mahdollista antaa aiheita mahdollisille jatkotutkimuksille ja -toimille.

Hirosenkodin henkilökunta on myös kiinnostunut saamaan lisätietoa asiakkaidensa omaishoitajien koetusta tuentarpeesta, jotta he voivat kehittää toimintaansa ja vastata esiin nouseviin tarpeisiin tai puutteisiin. Hirosenkodin työntekijöiden mukaan he saavat paljon suullista palautetta omaishoitajilta ja heidän hoidettaviltaan omaishoitajuuden eri osa-alueista, mutta tämän tutkimuksen avulla nuo suulliset palautteet on mahdollista saada kirjalliseen muotoon. Kirjallista palautetta on helpompi analysoida, ja sen avulla on mahdollista tehdä myös konkreettisia omaishoitajien, sekä Hirosenkodin arkea helpottavia muutoksia. Hirosenkodin yhteyshenkilömme toivoivatkin mahdollisuutta osallistua tutkimuksen esittämistilaisuuteen tai saavansa tutkimuksen tiedon muuta kautta.

Tutkimuksen avulla voidaan hahmottaa, kuinka omaishoitajien tukitoimista ja erilaisista palveluista voisi tehdä tarkoituksenmukaisempia, toimivampia ja näin ollen kustannustehokkaampia. Lisäksi voimme saada tietoa omaishoitajien tarpeista ja ajatuksista nykyisestä omaishoitajuuden mallista ja sen tukitoimista. Lisäksi tutkimuksen avulla omaishoitajat saavat väylän minkä kautta he voivat saada äänensä kuuluviin ja mahdollisesti luoda pohjaa tukitoimien kehittymiselle ja omaishoidon

paremmalle tulevaisuudelle. Tutkimustehtävinä tässä tutkimuksessa ovat, miten omaishoitajat kokevat nykyiset omaishoitajien tuet, ja millaisissa tuen osa-alueissa omaishoitajat kokevat puutteita. Pohdinta osiossa voimme tulosten perusteella miettiä, kuinka tutkimuksessa esiin nousevia puutteita voisi korjata.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen kohteena on omaishoitajien koettu tuentarve, eli kyseessä on jokaisen omaishoitajan subjektiivinen käsitys tuentarpeesta.

Rajasimme tutkimukseen osallistuvat omaishoitajat niihin, jotka toivat hoidettaviaan Hirosenkotiin vuorohoitoon tai muuhun lyhytaikaiseen hoitoon. Sovimme yhdessä tämänkaltaisesta otannasta ja kyselyyn osallistujien valinnasta Hirosenkodin työntekijöiden kanssa. Monet tukitoimet ovat alueellisesti eroavaisia ja jotkin tukitoimet, jotka toimivat esimerkiksi Helsingissä, eivät välttämättä ole yhtä toimivia muualla Suomessa. Tutkimuksen kannalta oli parempi rajata otanta pienemmälle maantieteelliselle alueelle perusteellisemmän tiedon saamiseksi. Lisäksi tutkijan kannalta on helpompaa toteuttaa aineiston kerääminen pienemmällä alueella muun muassa logististen syiden vuoksi.

Kyselylomakkeita ja niiden mukana menneitä saatekirjeitä jaettiin yhteensä 128 kappaletta Hirosenkodin vuorohoidossa käyvien asiakkaiden omaishoitajille ja niitä jaettiin kolmelle eri Hirosenkodin osastolle.

5.1 Opinnäytetyön eteneminen

Hirosenkoti lupasi meille käyttöönsä heidän tulostimiaan kaavakkeiden tulostamiseen. Jakelusta eikä vastausten keräämisestä kertynyt siis meille kustannuksia, vaan Hirosenkodin työntekijät jakoivat kyselylomakkeet omaishoitajille heidän tuodessaan hoidettaviaan vuorohoitoon tai muuhun lyhytaikaiseen hoitoon.

Kyselylomakkeiden vastaanamiseen annoimme aikaa noin 3 kuukautta, jonka jälkeen aloitimme tulosten purkamisen ja analysoinnin. Tutkimukseen vastasi lopulta 20 omaishoitajaa. Tutkimukseen vastaamatta jättäneistä omaishoitajista ei kuitenkaan tehty katoanalyysia, koska se ei ollut mahdollista. Kysely toteutettiin nimettömästi, eikä kyselylomakkeita ole numeroitu, joten yksittäisen omaishoitajan vastaanemisesta tai vastaamatta jättämisestä ei ole tietoa.

Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen opinnäytetyö on esitetty Oulun ammattikorkeakoululla Hyvinvointia yhdessä -päivässä, sekä Hirosenkodissa osalle työntekijöistä.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Kyselyssä aineistonkeruumenetelmänä tietoa kerätään vakioidusti, eli jokaiselta tutkimukseen osallistujalta kysytään samat asiat. Survey-tutkimuksen, jossa otantana toimii Hirosenkodin asiakaina olevat henkilöiden omaishoitajat, tulokset käsitellään kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 193-194.) COPE:n kyselylomake sisältää myös yhden avoimen kysymyksen, mutta muut kysymykset perustuvat skaaloihin. Avoimen kysymyksen analysointiin käytimme abstrahointia sisällönanalyysi menetelmänä.

Kyselytutkimuksen etuina on, että niillä on helppo kerätä laaja tutkimusaineisto. Strukturoidun kyselyn tulokset on myös helpompi analysoida. Mahdollisia huonoja puolia kyselytutkimuksessa voi olla, ettei vastaajien suhtautumisen vakavuudesta ole varmuutta. Myös väärinymmärrykset ovat mahdollisia, kun kyselyjen täyttäminen tapahtuu itsenäisesti. Lisäksi vastaajien kato voi olla suurta. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.) Vastaajien katoa pyrimme kuitenkin kompensoimaan pitämällä vastaajakunnan niin laajana, että joidenkin omaishoitajien kieltäytyminen vastaamisesta ei vaikuta tutkimuksen kokonaiskuvaan niin suuresti.

Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme kvantitatiivisen tutkimuksen, koska tutkimusotantamme on suuri, ja halusimme kattavasti tietoa, sillä tuentarpeisiin on helpompi kehittää ratkaisuja niin sanotusti massaratkaisuna. Vaikka subjektiivinen kokemus on aina yksilökohtainen, voi niistä löytyä yhteisiä tekijöitä, joiden avulla palvelua voidaan kehittää. Suuri otanta myös lisää tulosten vaikuttavuutta, mikä voi auttaa yleisesti palvelun kehittämisessä.

Tutkimuksemme kohderyhmänä on omaishoitajat, ja uskomme että he suhtautuivat kyselyyn vakavasti, sillä se koskettaa heidän arkeaan vahvasti. COPE on erittäin selkeä ja hyvin laadittu, joten uskomme ettei väärinymmärryksiä kysymyksissä ja vastauksissa tule paljon.

Valitsimme COPE:n, sillä se kartoittaa hyvin omaishoitajuuden koettua kielteistä vaikutusta, myönteisiä merkityksiä ja tuen laatua. Kyselykaavake antaa tietoa omaishoitajan subjektiivisesta kokemuksesta, ja kartoittaa mahdollisia tuentarpeita. (THL 2014, viitattu 18.11.2019). COPE:n tulokset käsittelemme COPE:n ohjeiden (LIITE 3.) mukaan ja analysoimme käsitellyt tulokset käyttäen viitekehystenä Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmää.

Meillä oli Hirosenkodin kanssa hyvä mahdollisuus saada helposti laaja ja kattava asiakasotanta tutkimustamme varten. Asiakasotannan rajaus esimerkiksi omaishoitajien ja heidän hoidettavien, sekä Hirosenkodin välisen hoitosuhteen perusteella oli myös helppoa heidän käyttämiensä järjestelmien avulla. Hirosenkoti pystyi myös jakamaan ja keräämään kyselykaavakkeet omaishoitajille heidän tuodessaan ja hakiessaan hoidettaviaan vuorohoitoon tai muille lyhytaikaishoitajaksille, jonka avulla me ja tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat välttyivät postituksilta.

5.3 COPE

Valitsimme COPE-kyselylomakkeen, koska se pyrkii kartoittamaan omaishoitajan subjektiivista kokemusta tuentatarpeesta. Se voidaan antaa hoidettavalle itsenäisesti täytettäväksi (Juntunen & Salminen 2011, 12). Aikaisempi tutkimus osoittaa, että palvelujärjestelmän tarjoamat standardiratkaisut eivät ota tätä subjektiivista näkemystä huomioon. Tukitoimien reunaehdot on määritelty tarkasti muun muassa taloudellisista ja fyysisistä näkökulmista, vaikka omaishoitajuutta voi rasittaa monet tekijät. Esimerkiksi henkilö voisi tarvita eniten tietoa ja vertaistukea, mutta hänelle tarjotaan vain taloudellista tukea ja muita palveluja (Saarenheimo & Pietilä 2005, 101).

Kyselyn vastaukset pisteytetään COPE:n kuuluvalla pisteytysmenetelmällä. COPE on jaoteltu kolmeen eri osa-alueeseen, jotka ovat myönteinen vaikutus, kielteinen vaikutus, sekä tuen laatu. Jokainen osa-alue pisteytetään erikseen ja niiden avulla kokemuksia ja tuen tarpeita voidaan tarkastella tarkemmin tietyiltä osa-alueilta laskemalla eri osa-alueiden pisteet erikseen. Kunkin osa-alueen vastaukset pisteytettiin pisteytysjärjestelmän mukaan niin, että aina = 4, usein = 3, joskus = 2, Ei koskaan = 1 ja Ei koske minua = 1. Mikäli vastaaja saa kielteisen osa-alueen osiossa korkean pistemäärän eli 15 pistettä tai yli, voi se tarkoittaa, että vastaaja voi olla yllirasittunut omaishoitajuudesta. Pieni pistemäärä myönteinen vaikutus -osa-alueesta voi tarkoittaa sitä, että omaishoitaja ei koe saavansa tyydytystä omaishoitajuudesta, tai että hän saa sitä vain vähän. Viimeisessä tuen laatua tarkastelevassa osa-alueessa pieni pistemäärä kuvaa omaishoitajan kokemusta siitä, että hän ei koe saavansa tarpeeksi tukea omaishoitajuuteen (THL 2016, viitattu 18.11.2019.)

Eri osa-alueita ei ole merkitty kyselylomakkeeseen näkyville, vaan ne käyvät ilmi COPE:n käyttöohjeesta pisteiden laskemista varten. Vuoden 2011 COPE:n ohjetta ei enää löydy Toimia-tietokannasta, joten ohje on liitteisiin (LIITE 3) otettu kirjasta Omaishoitajien jaksamisen ja tuentarpeen arviointi (2011). Osa-alueiden avulla tuen tarvetta pystytään kartoittamaan tarkemmin ja näin ollen

saada tarkoituksenmukaisempia tuloksia. Jotkin omaishoitajat voivat esimerkiksi kokea saavansa tyydytystä omaishoitajuudesta, mutta voivat silti olla väsyneitä ja yllirasittuneita esimerkiksi puutteellisen koulutuksen vuoksi.

Kielteisen vaikutuksen osa-alueen kysymykset ovat suunniteltu kartoittamaan omaishoitajien ja omaishoitajuuden tuomia negatiivisia vaikutuksia. Kysymyksiä tällä osa-alueella ovat esimerkiksi ”Vaikeuttaako avustaminen omien ystävyysuhteitiesi ylläpitoa?”, sekä ”aiheuttaako avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?”. Mikäli kyselyyn vastaaja saa kielteinen vaikutus -osa-alueesta suuren pistemäärän voi hän olla ylikuormittunut omaishoitajuudesta.

Myönteinen merkitys osa-alueen kysymykset kartoittavat niitä positiivisia vaikutuksia mitä omaishoitajuudesta voi mahdollisesti saada. Tämän osa-alueen kysymyksiä ovat muun muassa ”tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana?” ja ”tuntuuko avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?” Korkea pistemäärä tältä osa-alueelta kuvastaa omaishoitajuuden tuottamaa tyydytystä ja muita positiivisia vaikutuksia.

Viimeinen osa-alue on tuen laatu. Tuen laadun osa-alueella pyritään kartoittamaan omaishoitajan tukena olevien erilaisten ammattilaisten ja läheisten tahojen ja palveluiden laatua, laajuutta ja toimivuutta. Kysymyksiä tällä osa-alueella ovat esimerkiksi ”tunnetko saavasi tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi?” ja ”tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista? (Esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen.)” Korkea pistemäärä tältä osa-alueelta kuvastaa näiden tukien hyvää toimivuutta. (Juntunen, Salminen 2011, 9, 11.)

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista (n = 20) 10 oli naisia ja 8 miehiä. Kaksi vastaajaa ei ilmoittanut kyselylomakkeeseen taustatietojaan. Vastaajien iät ovat 61 ja 90 väliltä ja keskiarvolta vastaajien ikä on 73,7 vuotta. Enimmillään viikossa avustamiseen käytettäväksi ajaksi kyselyyn vastanneista kertoivat 168 tuntia ja vähimmillään 3 tuntia. Keskimääräinen arvio hoitoon käytettävästä ajasta oli 62,5 tuntia.

Valtaosa vastaajista koki omaksi terveydentilakseen kohtalaisen. Kohtalaiseksi terveydentilakseen ilmoitti 10 vastaajaa. Toiseksi eniten vastanneista omaishoitajista ilmoitti terveydentilakseen hyvän. Näitä vastauksia oli viisi. Erittäin hyväksi terveydentilakseen vastaajista ilmoitti yksi ja huonoksi kaksi. Kukaan vastaajista ei kokenut heidän terveydentilansa olevan erittäin huono.

Taustatiedoissa kysyttiin myös omaishoitajien suhdetta avustamaansa henkilöön. Suurin osa vastanneista omaishoitajista oli hoidettaviensa puolisoita tai kumppaneita. Puolisoita tai kumppaneita vastanneista oli 13 henkilöä. Viisi vastaajista oli hoidettavien lapsia. Muita suhteita omaishoidettavaan ei kyselyssämme ilmennyt.

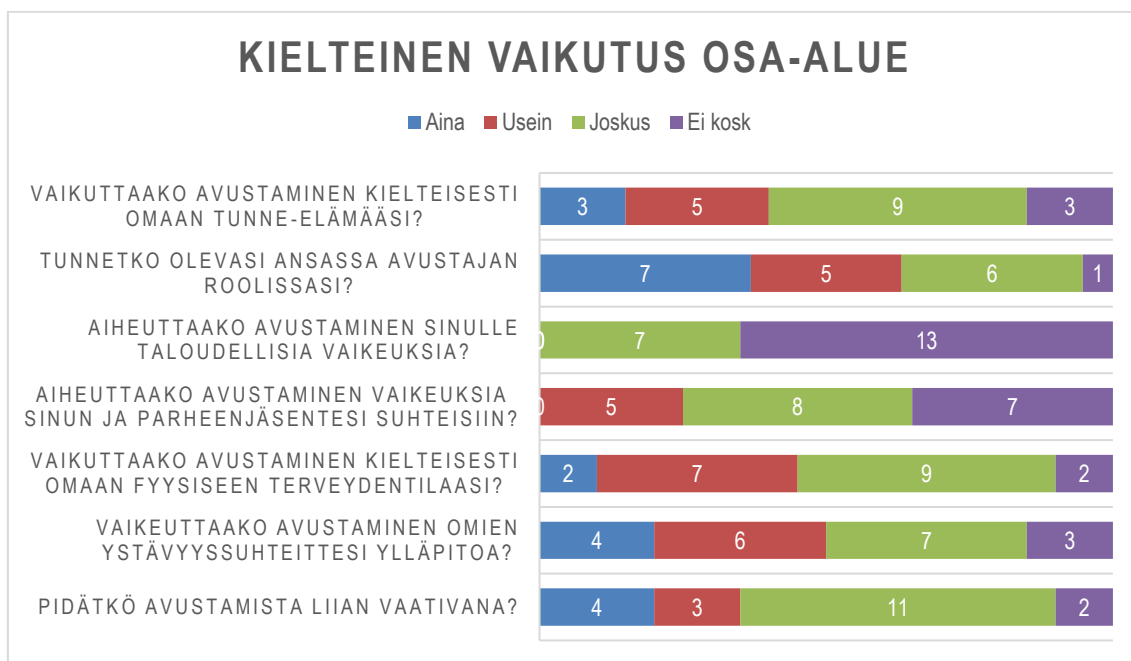
Lähes kaikki kyselyyn vastanneista olivat työtilanteeltaan eläkeläisiä. Eläkeläiseksi itsensä ilmoittaneita oli 15 kappaletta. Yksi vastaajista oli työssä päätoimisesti, yksi työssä osa-aikaisesti ja yksi oli työtön.

Taustatiedoista selvitettiin myös omaishoitajien ja hoidettavien asumisjärjestelyitä. 14 vastaajaa vastasi asuvansa hoidettavan kanssa samassa taloudessa, yksi vastasi asuvansa kävelymatkan etäisyydellä, yksi 10 minuutin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä ja yksi 30 minuutin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä.

6.2 Kielteinen vaikutus osa-alue

Kielteinen vaikutus osa-alueella tarkastellaan omaishoitajuuden kielteisiä vaikutuksia heidän omaan arkeensa ja elämäänsä. Yksittäisien vastaajien korkea pistemäärä tältä osa-alueelta voi

kuvastaa sitä, että omaishoitaja on yllirasittunut. Näiden omaishoitajien tilannetta tulisi kuitenkin selvittää tarkemmin, jotta voitaisiin löytää keinoja rasituksen vähentämiseksi. Korkeaksi pistemääräksi tämän kyselyn pisteytyksessä tulkitaan yli 15 pistettä. Maksimipistemäärä tältä osa-alueelta on 28 pistettä. Tässä tutkimuksessa 20 vastaajasta 10 sai pistemääräksi tältä osa-alueelta yli 15 pistettä. Korkein yksittäinen pistemäärä kielteinen vaikutus osa-alueelta oli 24 ja matalin 10. Keskiarvolta vastaajien pistemäärä oli 16.



KUVIO 1. Vastausten jakautuminen kielteinen vaikutus osa-alueella.

Kielteinen vaikutus osa-alueen kaikkiin kysymyksiin vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet omaishoitajat jonkin vaihtoehdon (n = 20). Ensimmäisenä tämän osa-alueen kysymyksenä kysyttiin avustamisen kielteisiä vaikutuksia kyselyyn osallistuneiden omaishoitajien omaan tunne-elämään. Kolme vastaajista kertoi avustamisen vaikuttavan siihen kielteisesti aina, viisi usein, yhdeksän joskus ja kolme ei koskaan. Vastauksia tähän kysymykseen tuli hyvin laajalta skaalalta, eikä vastauksista ilmene mitään suurta yhteneväisyyttä.

Toisessa kielteisen vaikutuksen osa-alueen kysymyksessä selvitettiin kyselyyn osallistuneilta tuntevatko he olevansa ansassa avustajan roolissa. Seitsemän heistä kertoi tuntevansa niin aina, viisi usein ja kuusi joskus. Vain yksi vastaajista kertoi, ettei koe koskaan olevansa ansassa roolissaan avustajana. Suurin osa vastaajista kokee siis olevansa ansassa roolissaan ainakin useasti, mikä kasvattaa COPE:n pistemäärää tältä osa-alueelta reilusti.

Seuraavassa kysymyksessä kysyttiin aiheuttaako avustaminen vastaajalle talousvaikeuksia. Seitsemän vastaajaa kertoi, että avustaminen aiheuttaa talousvaikeuksia joskus. Loput 13 vastaajaa kertoi, ettei se aiheuta talousvaikeuksia heille koskaan. Yleisesti ottaen vastaajat eivät siis koe omaishoitajuuden tuovan heille taloudellisia ongelmia. Vastaukset joskus ja ei koskaan tuovat vähiten pisteitä COPE:n käyttöohjeiden mukaan, joten tämä kysymys ei kasvata omaishoitajien kokonaispistemäärää tältä osa-alueelta kovinkaan paljoa.

Neljäntenä kysymyksenä oli ”Aiheuttaako avustaminen vaikeuksia sinun ja perheenjäsenesi suhteisiin?”. Viisi vastaajista kertoi sen vaikuttavan perhesuhteisiin usein ja kahdeksan joskus. Seitsemän vastaajista kertoi, ettei avustaminen aiheuta vaikeuksia perheen välisiin suhteisiin. Myös tässä kysymyksessä vastaajien jakaantuminen oli verrattain suurta. Iso osa vastaajista koki avustamisen aiheuttavan vaikeuksia perhesuhteisiin usein, ja saivat näin ollen korkean pistemäärän tästä kysymyksestä. Toisaalta taas moni omaishoitajista kertoi, ettei avustaminen aiheuta vaikeuksia perhesuhteisiin, jolloin saatu pistemäärä jää pieneksi.

Kysyttäessä avustamisen kielteisistä vaikutuksista omaan fyysiseen terveydentilaan kaksi vastanneista omaishoitajista kertoi sen vaikuttavan siihen kielteisesti aina, seitsemän usein ja yhdeksän joskus. Kaksi vastaajaa kertoi, ettei avustaminen vaikuta heidän fyysiseen terveydentilaansa negatiivisesti. Vastaukset jakautuivat siis skaalan keskivaiheille.

Toiseksi viimeisenä kielteisen vaikutuksen osa-alueen kysymyksenä oli vaikeuttaako avustaminen vastaajien omien ystävyysuhteitten ylläpitoa. Neljä vastaajaa kertoi sen vaikeuttavan ylläpitoa aina, kuusi usein, seitsemän joskus ja kolme ei koskaan.

Viimeisenä kysyttiin pitävätkö he avustamista liian vaativana, johon neljä vastanneista omaishoitajista vastasi pitävänsä avustamista liian vaativana aina, kolme usein ja 11 joskus. Kahden vastaajan mukaan avustaminen ei ole heille liian vaativaa koskaan. Valtaosa vastaajista ei siis pidä omaishoitajuutta liian vaativana kuin joskus, jolloin myös pistemäärä tästä kysymyksestä on matala. (Kuvio 1.)

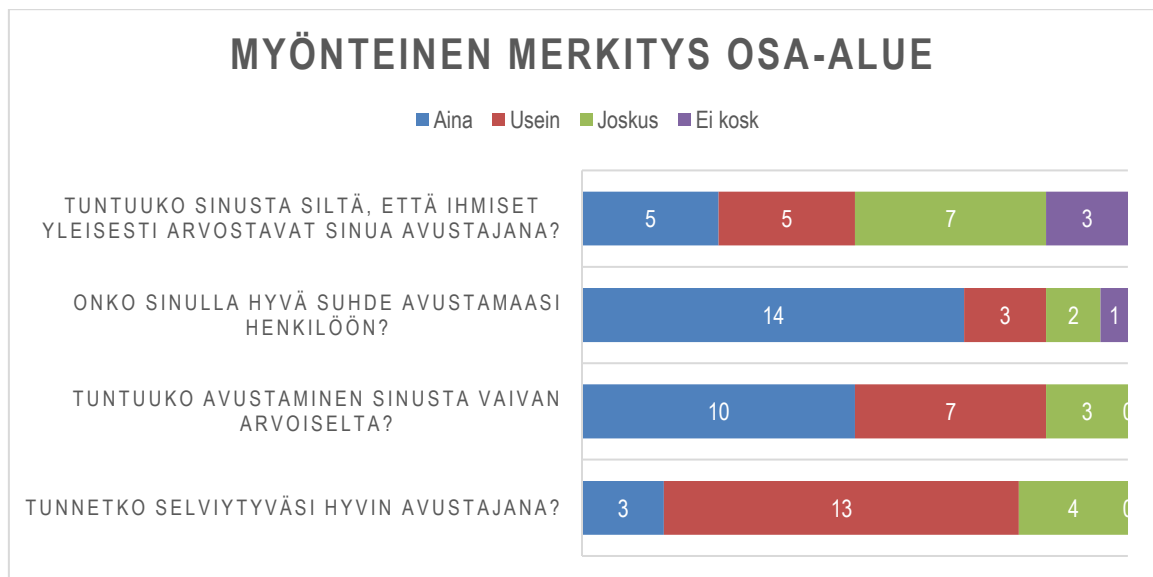
Kielteinen vaikutus osa-alueen kysymyksien vastauksista nousee esiin monenlaisia omaishoitajien kokemia tuen tarpeita. Tuen tarpeita oli niin psyykkisiä, fyysisiä, kuin sosiaaliakin. Moni omaishoitaja kokee olevansa ansassa omaishoitajan roolissa ja se vaikuttaa kielteisesti omien sosiaalisten suhteiden hoitamiseen. Melkein puolet piti avustamista liian vaativana ja koki sen vaikuttavan

kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaansa. Monella avustaminen vaikutti myös kielteisesti omaan psyykkiseen jaksamiseen ainakin joskus. Kielteinen vaikutus osa-alueesta esiin nousevat tarpeet koskevat eniten sosiaalisia ja fyysisiä tuentarpeita.

Omaishoitajat eivät kokeneet, että heidän tuen tarpeensa olisivat taloudellisia. Omaishoitajuuden ei siis koettu tuovan taloudellisia ongelmia.

6.3 Myönteinen vaikutus osa-alue

Tällä osa-alueella selvitetään omaishoitajien kokemuksia myönteisistä vaikutuksista omaishoitajuudesta, sekä omaishoitajuuteen myönteisesti vaikuttavia ulkoisia tekijöitä. Myönteinen vaikutus osa-alueella pieni pistemäärä kuvastaa sitä, että omaishoitaja ei saa roolistaan tyydytystä ja hän voi kokea taitonsa avustajana tai hoitajana riittämättömiksi. Suurin mahdollinen pistemäärä tältä osa-alueelta on 16. Pieneksi pistemääräksi tässä osa-alueessa tulkitaan 10 pistettä tai vähemmän. Tähän kyselyyn vastanneista omaishoitajista 10 pistettä tai alle sai 4 vastaajaa. Loput 16 vastaajaa sai yli 10 pistettä. Matalin pistemäärä myönteisen vaikutuksen osa-alueesta vastaajien keskuudesta oli kahdeksan ja korkein 15. Keskiarvo tämän osa-alueen pisteityksessä oli 12,4.



KUVIO 2. Vastausten jakautuminen myönteinen vaikutus osa-alueella.

Myönteinen vaikutus osa-alueen kaikkiin kysymyksiin vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet omaishoitajat (n = 20). Ensimmäinen tähän osa-alueeseen kuuluva kysymys oli ”tuntuuko sinusta

siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana?”. Tähän kysymykseen viisi kertoi tuntevansa, että ihmiset arvostavat heitä avustajina aina ja viisi vastasi usein. Seitsemän vastaajista kertoi tuntevansa arvostusta joskus ja kolme ei koskaan. Vastaukset jakautuivat siis laajasti koko skaalalle, eikä kysymyksessä noussut esiin suuria yhteneväisyyksiä.

Toisessa myönteinen merkitys osa-alueen kysymyksessä tiedusteltiin kyselyyn osallistuneiden omaishoitajien suhteen laatua avustamaansa henkilöön. 14 vastaajaa sanoi suhteen avustamaansa henkilöön olevan aina hyvä, kolmen mukaan se oli usein hyvä, kahden joskus. Yksi vastaajista kertoi, ettei suhde avustettavaan ole koskaan hyvä. Suurin osa vastaajista sai siis tästä kysymyksestä suuren pistemäärän, mikä on tällä osa-alueella positiivinen asia.

Kysyttäessä omaishoitajien kokemusta siitä tuntuuko avustaminen vaivan arvoiselta 10 heistä kertoi sen tuntuvan vaivan arvoiselta aina, seitsemän kertoi sen tuntuvan siltä usein ja kolme joskus. Kukaan vastaajista ei tuntenut, että avustaminen ei tuntuisi koskaan vaivan arvoiselta. Myös tässä kysymyksessä valtaosa kysymykseen osallistuneista omaishoitajista kertoi avustamisen tuntuvan vaivan arvoiselta ja sai näin ollen korkean pistemäärän, mikä kuvastaa sitä että omaishoitajat kokevat saavansa roolistaan tyydytystä.

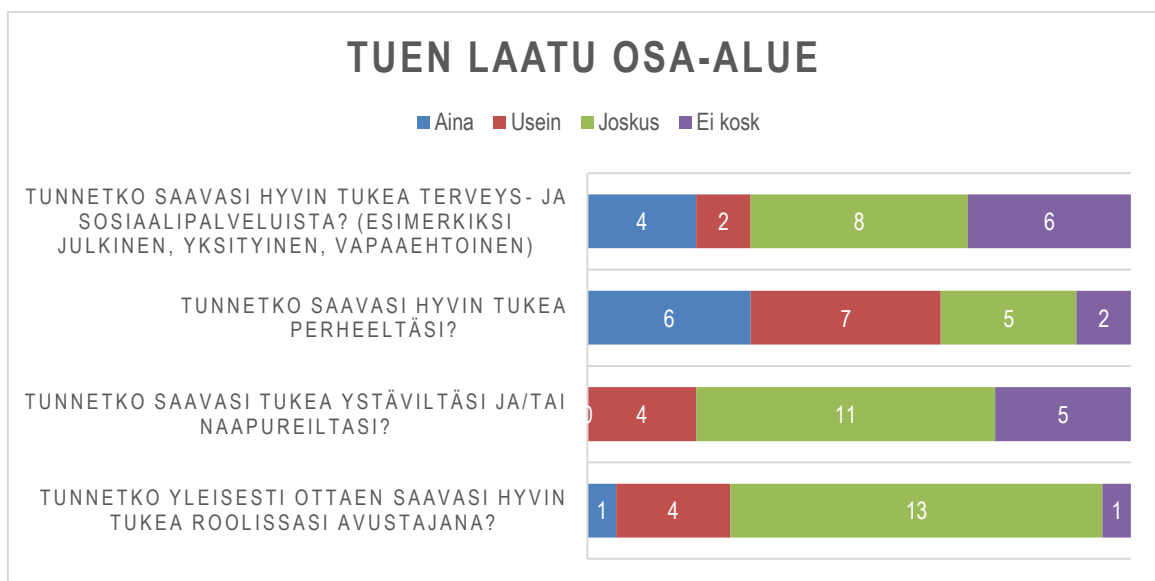
Viimeisenä tämän osa-alueen kysymyksenä oli tuntevatko he omaishoitajina selviytyvänsä hyvin avustajina. Kolme heistä kertoi selviytyvänsä hyvin aina ja 13 usein. Neljä vastaajaa ilmoitti selviävänsä hyvin avustajana joskus. Myöskään tässä kohdassa kukaan kyselyyn osallistuneista omaishoitajista eivät kokeneet, etteivät he selviäisi avustamisesta hyvin koskaan. Myös tämä kysymys nosti siis tämän osa-alueen pistekeskisarvoja. (Kuvio 2.)

Yli puolet vastaajista koki aina tai usein suhteen avustettavaan hyväksi, avustaminen tuntui vaivan arvoiselta ja omaishoitajat kokivat selviävänsä avustamisesta hyvin. Tämä tarkoittaa sitä, että kyseisissä kysymyksissä ei noussut esiin koettuja tuentarpeita.

Puolet omaishoitajista koki, etteivät ihmiset arvosta heitä avustajana. Sosiaalisen tuen vähyyden omaishoitajan roolissa voi ilmetä arvostuksen puutteen tunteena. Tämän osa-alueen kysymyksistä esille nousseet koetut tuen tarpeet olivat enimmäkseen sosiaalisia tuen tarpeita, eikä niinkään fyysisiä.

6.4 Tuen laatu osa-alue

Tuen laatu osa-alueella tarkastellaan omaishoitajuuden tuen laatua heidän omaan arkeensa ja elämänsä. Yksittäisien vastaajien alhainen pistemäärä tältä osa-alueelta voi kuvastaa sitä, että omaishoitajan saama tuki on vähäistä. Näiden omaishoitajien tilannetta tulisi kuitenkin selvittää tarkemmin, jotta voitaisiin löytää keinoja tuen lisäämiseen. Suurin mahdollinen pistemäärä tältä osa-alueelta on 16. Tässä tutkimuksessa 20 vastaajasta 2 sai pistemääräksi tältä osa-alueelta alle kuusi pistettä. Korkein yksittäinen pistemäärä tuen laatu osa-alueelta oli 15 ja matalin 5. Keskiarvolla vastaajien pistemäärä oli 9,2. Kaksi vastaajaa 20:stä sai tasan kuusi pistettä.



KUVIO 3. Vastausten jakautuminen tuen laatu osa-alueella.

Tuen laatu osa-alueen kaikkiin kysymyksiin vastasivat kaikki kyselyyn osallistuneet omaishoitajat jonkin vaihtoehdon (n = 20). Kysyttäessä tuntevatko omaishoitaja saavansa hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista (esim. Julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen) neljä vastasi tuntevansa saavansa tukea aina, kaksi usein, kahdeksan joskus ja kuusi vastaajista koki, ettei koe saavansa tukea koskaan terveys- ja sosiaalipalveluista. Vastaukset olivat siis hyvin paljon toisistaan poikkeavia, joten yksittäisten vastaajien saamat pistemäärät tästä kysymyksestä jakautuivat myös epätasaisesti.

Vastaajista kuusi koki saavansa hyvin tukea perheeltään aina ja seitsemän usein. Viisi koki saavansa tukea hyvin perheeltään joskus ja kaksi ei koskaan. Suurin osa vastaajista koki siis saavansa tukea perheeltään ainakin usein. Tämä nostaa myös pistemäärää tältä osa-alueelta. Korkea pistemäärä kuvastaa sitä, että saatu tuki on riittävää.

Kysyttäessä tunnetko saavasi tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi neljä kertoi saavansa apua ja tukea usein ja 11 joskus. Loput viisi vastaajaa koki, ettei saa koskaan apua ystäviltä tai naapureilta. Valtaosa vastaajista ei siis kokenut saavansa tukea ystäviltä tai naapureiltaan. Joskus ja ei koskaan vastauksista saa vähiten pisteitä, ja alhainen pistemäärä tarkoittaa sitä, että tukea ei koeta saavan tarpeeksi.

Neljäs kysymys tuen laatu osa-alueella oli - tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi avustajana, johon yksi vastaajaa vastasi aina, neljä usein, 13 joskus ja yksi ei koskaan. Myöskään tämä kysymys ei kasvattanut tämän osa-alueen keskiarvoa kovinkaan paljoa. (Kuvio 3.)

Eniten sosiaalista tukea omaishoitajat kokivat saavansa perheeltään. Apua koettiin saavan ainakin joskus myös terveys- ja sosiaalipalveluista sekä ystäviltä ja naapureilta. Melkein kaikki vastaajat kokivat myös saavansa yleisesti ottaen tukea ainakin usein.

Tuenlaatu osa-alueelta ei nouse esiin selkeitä koetun tuentarpeita. Tuensaanti sosiaali- ja terveyspalveluista sekä naapureilta ja ystäviltä oli vähäisintä. Kysymysten perusteella on mahdoton tietää, että onko saatu tuki fyysistä, psyykkistä vai sosiaalista.

6.5 Avoimen kysymyksen sisällönanalyysi

Avoimen kysymyksen ”Onko jotain muuta, mitä haluaisitte kertoa?” vastaukset litteroitiin tietokoneelle, jonka jälkeen aloitimme esiin nousevien ilmaisujen pelkistämisen. Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelystä päädyimme abstrahointiin.

Avoimeen kysymykseen: ”Onko jotain muuta, mitä haluaisitte kertoa?”, vastasi 14 omaishoitajaa. Vastaukset käsittelimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla. Abstarahoimalla klusteroitujen ryhmien pääluokaksi muodostettiin Koettu aineellinen tuentarve (Kuvio 4.), ja pääluokan alle

Omaishoitajien koettu tuentarve (Kuvio 5.) laitoimme yläluokiksi koetun emotionaalisen tuentarpeen, koetun tiedollisen tuentarpeen ja koetun arvioivan tuentarpeen.

Avoimen kysymyksen pelkistetyt ilmaukset painottuivat voimakkaasti koettuun aineellisen tuentarpeeseen, joten käsittelimme sen tulokset omana kokonaisuutena (Kuvio 4.). Muut kolme Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmän osa-aluetta käsittelimme yhtenä kokonaisuutena pääluokan Omaishoitajien koettu tuentarve alla (Kuvio 5.).

Osa pelkistetyistä ilmauksista oli hankala sijoittaa varmasti oikean tuentarpeen alle, sillä yksinkertainen lause ei välttämättä kerro tarpeeksi. Hieman epäselvissä ilmauksissa olemme selittäneet koko alkuperäisen lauseen, ja syyn miksi se on laitettu kyseisen ylä- tai pääluokan alle.



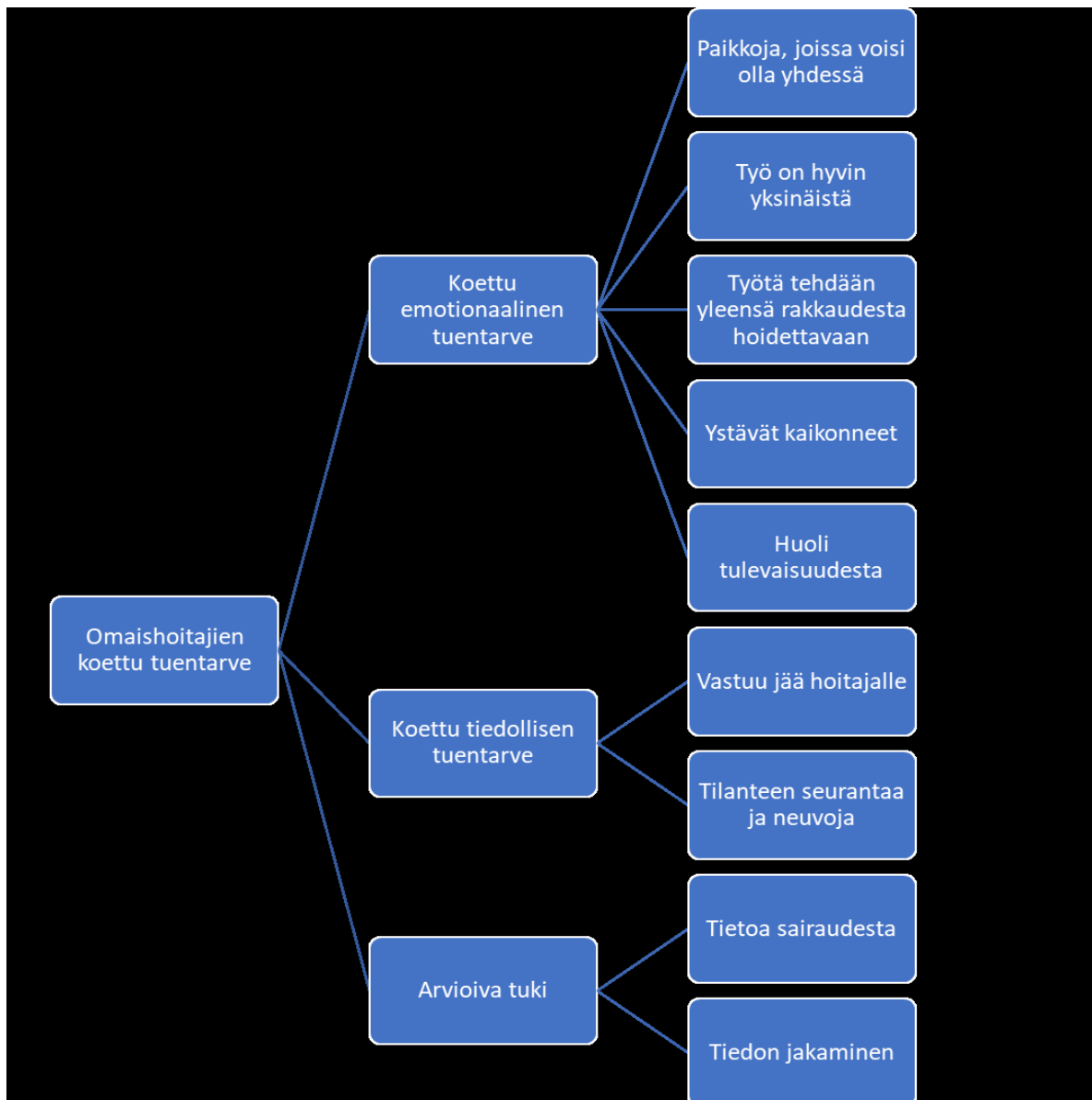
KUVIO 4. Aineiston abstrahointi: kuvaus avoimen kysymyksen koetusta aineellisesta tuentarpeesta

Vastauksista esiin nousseet pelkistetyt ilmaukset painottuivat voimakkaasti koetun aineellisen tuentarpeen alle, joten siitä muodostui pääluokka. Yläluokiksi muodostuivat lomien puute, hoitopaikan puute, oman ajan puute arjessa ja kuntoutuksen puute.

Yläluokka lomien puute muodostui pelkistetyistä ilmauksista: lomien riittämättömyys, sairaalomaan vain akuuttitapauksissa ja pitää sairaanakin hoitaa. *“Omaishoitajan 2-3vrk/KK vapaat eivät ole riittävä voimien palautumiseen.”*

Yläluokka hoitopaikan puute muodostui pelkistetyistä ilmauksista: haluaisin hoidettavan jo hoitokotiin, yhteiskunnan tulisi painottaa kunnalliseen hoivaan ja työtä tehdään pakosta. *“Haluaisin hoidettavan jo hoitokotiin, että minäkin haluaisin elää vielä omaakin elämää ja olla terveenä”*.

Yläluokat oman ajan puute arjessa ja kuntoutuksen puute muodostuivat ilmaisuista: muutama tunti apua viikossa ja kuntoutusta kunnon ylläpitämiseen. *“Tarvittaisiin myös kuntoutusta oman kunnon ylläpitämiseen”*.



KUVIO 5. Aineiston abstrahointi: kuvaus avoimen kysymyksen koetusta emotionaalisesta, tiedollisesta ja arvioivasta tuesta

Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmän kolme muuta ulottuvuutta muodostivat yläluokat. Pääluokaksi sopi luontevasti omaishoitajien koettu tuentarve.

Yläluokka koettu emotionaalinen tuen tarve muodostui pelkistetyistä ilmaisuista: paikkoja, joissa voisi olla yhdessä, työ on hyvin yksinäistä, työtä tehdään yleensä rakkaudesta hoidettavaan, ystävät kaikonneet ja huoli tulevaisuudesta. *“Huoli tulevaisuudesta nakertaa voimia jo nyt.”*

Yläluokka Koettu tiedollisen tuen tarve muodostui pelkistetyistä ilmauksista: vastuu jää hoitajalle ja tilanteen seuranta sekä neuvontaa. *“Paras tuki SOTE palveluista omaisellekin on se, että voisi*

luottaa näiden palveluiden seuraavan ja lisääntyvän sitä mukaa, kun vanhuksen terveydentila ja avuntarve lisääntyy.”: Vaikka lainauksessa omaishoitaja toivoo tukea sosiaali- ja terveystalveista, olemme sijoittaneet sen yläryhmän koettu tiedollisen tuen tarve tuentarpeen luonteen mukaan. Tietoa ja tukea voi periaatteessa saada muualtakin.

Yläluokka Arvioivan tuen tarve koostui pelkistetyistä ilmauksista: tietoa sairaudesta ja tiedon jakamisesta. *“HOIDETTAVAN SUHTEEN: ystävät kaikonneet, yhteydenpidot loppuneet, sisaretkin väistyneet jne... Olisi TV-ohjelman aihe, koska hyvin yleinen ja itse kärsin tästä eniten!”*. Lainauksen maininta *“Olisi TV-ohjelman aihe”* kertoo mielestämme halusta saada muut ymmärtämään tilannetta paremmin, jotta he osaisivat suhtautua asiaan paremmin ja näin vaikuttaa omaishoitajankin omaan kokemukseen. Vastaus *“hoidettava on aivan eri persoona kotona ja hoidossa. Hoitajat kehuvat hyväntyyliseksi. Kotona on aina pahantuulinen.”* pelkistettiin muotoon tietoa sairaudesta. Tieto mahdollisen muistisairauden vaikutuksista ja muutoksista voisi lisätä omaishoitajan ymmärrystä ja antaa keinoja toimia hoidettavan kanssa, kuten monella alan työntekijällä on.

6.6 Omaishoitajien koettu emotionaalinen tuki

Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat kokivat saavansa emotionaalista tukea eniten perheeltään ja vähiten ystäviltä ja naapureilta. Omaishoitajuus myös vaikeuttaa kyselyyn osallistuneiden omaishoitajien mukaan ystävyysuhteiden ylläpitämistä, mikä vaikeuttaa emotionaalisen tuen saamista ystäviltä entisestään. Suurin osa kyselyyn osallistuneista omaishoitajista kertoikin kokensa, että he saavat tukea hyvin vain joskus. Tutkimuksen tulokset tukevat aiempaa tutkimusta kuten Hanna Parantaisen Pro gradu -tutkielmaa (2018), että useat omaishoitajat kärsivät yksinäisyydestä ja masennuksesta. Emotionaalisen tuen saamisen vaikeudet perheeltä ja ystäviltä, sekä näiden suhteiden ylläpitämisen vaikeudet voivat pitkittyessään kehittyä yksinäisyydeksi ja masennukseksi, sekä vahvistaa entisestään kokemusta ansassa olemisesta.

Avoimen kysymyksen sisällönanalyysissä painottui voimakkaasti myös koetun emotionaalisen tuentarve. Työtä kuvattiin yksinäiseksi ja ystävät olivat kaikonneet. Työtä kuitenkin tehtiin rakkautesta, ja eräs toivoi paikkaa, jossa olla yhdessä puolisoina, eikä vain hoitajana ja hoidettavana. Eräs vastaajista mainitsi myös huolen tulevaisuudesta.

6.7 Omaishoitajien koettu aineellinen tuki

Aineellista tukea kyselyyn vastanneet omaishoitajat kokivat saavansa eniten sosiaali- ja terveyspalveluista. Omaishoitajuuden ei koettu aiheuttavan taloudellisia ongelmia, joten aineelliset tuen tarpeet eivät kohdistu taloudellisiin tekijöihin. Aineellisen tuen tarpeita nousi kuitenkin esiin kysyttäessä, miten omaishoitajuus vaikuttaa omaishoitajien omaan terveydentilaan. Iso osa vastanneista kertoi sen vaikuttavan heidän fyysiseen terveydentilaansa negatiivisesti ainakin usein. Aineellisen tuen tarpeet eivät siis jää pelkästään hoidettavan hoitajaksoihin ja omaishoitajien taloudellisiin tukiin, vaan omaishoitajat kokevat tarvitsevänsä fyysistä tukea esimerkiksi terveyspalveluiden muodossa myös itselleen.

Avoimen kysymyksen sisällönanalyysissä painottui eniten koetun aineellisen tuentarve. Omaishoitajien lomien määrä koettiin vähäiseksi, ja etenkin omaishoitajan sairastuessa sairausloman saanti koettiin hankalana. Moni koki, että hoidettava kuuluisi jo hoitopaikkaan, joten osalle hoitajuus näyttyi pakkona eikä valintana. Avoimen kysymyksen analyysissä nousi myös esiin tarve muutaman tunnin avusta viikolle, jotta voisi hoitaa omaa kuntoaan. Kuntoutusta tarvittaisiin myös omaishoitajien oman kunnon hoitamiseen.

6.8 Omaishoitajien koettu tiedollinen tuki

Tiedollisen tuen näkökulmasta tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien vastauksista käy ilmi joitain koettuja tuen tarpeita. Suurin osa vastaajista koki omaishoitajuuden olevan liian vaativaa ainakin joskus. Tätä kokemusta voitaisiin vähentää oikeanlaisella tiedollisella tuella, kuten esimerkiksi erilaisilla valmennuksilla, jonka avulla omaishoitajuuden vaativuutta voisi vähentää.

Avoimen kysymyksen sisällönanalyysissä esiin nousi vastuun jääminen hoitajalle, ja omaishoitajuuteen kaivattiin tilanteen seuranta ja neuvoja. Liusaaren (2013) mukaan omaishoitajuuden kuormittavuutta voitaisiinkin ehkäistä mahdollisimman varhaisella tuella ja neuvonnalla.

6.9 Omaishoitajien koettu arvioiva tuki

Omaishoitajien kokema arvioivan tuentarve ei noussut selkeästi esiin COPE:n monivalinta kysymyksistä, mutta avoimen kysymyksen sisällönanalyysi toi esiin tarpeen tiedon ja taidon jakamisesta yksilölle, jotta he voisivat pohtia ympäristöään. Eräs vastaaja koki, ettei ympäristö ymmärrä hänen tilannettaan, ja hän toivoisikin omaishoitajuudesta ja sairastumisesta tietoa myös muille. Hän koki, että ystävät ja sukulaiset olivat hylänneet hoidettavan sairauden takia. Monesti esimerkiksi muistisairaiden läheiset alkavat karttamaan sairastunutta, koska eivät enää koe ymmärtävänsä tätä, tai tulevansa toimeen tämän kanssa. Tulokset tukevat Saarenheimon & Pietilän (2005, 104) tuloksia, joiden mukaan omaishoitajuuden kuormittavuutta voitaisiin vähentää vertais-tuen ja omien kokemusten jakamisen avulla. Omaan tilanteeseen voi saada uutta näkökulmaa, kun tajuaa, ettei ole yksin tilanteessaan.

Arvioivan tuentarpeen määrittämiseksi tarvittaisiin tarkempia kysymyksiä, sillä se on luonteeltaan monimutkaisempi, kuin sosiaalisen tuen muut osa-alueet. Arvioiva tuentarve sisältää sosiaalisen vertailun, ja tiedon ja taidon antamisen yksilölle, jotta tämä voisi pohtia omaa lähiympäristöään.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää omaishoitajien koettua tuentarvetta Hirosenkodissa COPE:n kyselylomakkeen avulla. Analysoimalla nämä tulokset tutkimus tuottaa tietoa omaishoitajien koetusta tuentarpeesta muun muassa Hirosenkodille, sekä muille omaishoitajuuden parissa työskenteleville ammattilaisille, sekä omaishoitajien läheisille.

Vastaajien sukupuolijakauma tutkimuksessa oli hyvä. Tutkimukseen osallistui 10 naista, kahdeksan miestä, ja kaksi ei ilmoittanut taustatiedoissa sukupuoltaan. Tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien ikäjakauma oli 61-90 vuotta keskiarvon ollessa 73,7 vuotta. Keskimääräinen arvio hoitoon käytettävästä ajasta oli 62,5 tuntia, mikä on mielestämme aika korkea iäkkäälle ihmisille. Vaikka omaishoitajat ovat iäkkäitä, suurin osa kokee terveydentilansa hyväksi tai kohtalaiseksi. Huonoksi terveydentilansa koki vain kaksi. Suurin osa omaishoitajista oli hoidettavan puolisoita ja eläkkeellä olevia.

Kielteinen vaikutus osa-alueella puolet vastaajista sai yli 15 pistettä, mikä kuvastaa, että omaishoitaja on ylirasittunut. Keskiarvo oli 16 pistettä. Eniten korkean pistearvon antaneita kielteisen osa-alueen vastauksia tuli kysymykseen ”tunnetko olevasi ansassa avustajan roolissasi”. Moni myös koki avustamisen vaikeuttavan omien ystävyysuhteiden ylläpitoa ja vaikuttavan kielteisesti heidän omaan fyysiseen terveydentilaansa. Silti vain seitsemän vastaajaa piti avustamista liian vaativana aina tai usein. Alhaisimmat pistemäärät tulivat kysymykseen ”aiheuttaako avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia”. Usein omaishoitajien aineellisista tuista puhuttaessa nousevat esiin taloudelliset vaikeudet, mutta se voi mielestämme johtua siitä, että yleensä palveluista puhuttaessa talous nousee aina ensimmäisenä esiin. Useiden kyselyyn osallistuneiden omaishoitajien kokemus ansassa olemisesta voi kuvastaa niin emotionaalisen, kuin aineellisen tuen tarvetta. Usein tuen tarpeet eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä tilanteita, joihin vain jonkin tietynlaisen tuen tarjoaminen toisi parannusta. Esimerkiksi juuri omaishoitajuuden kanssa ansassa olemisen kokemukseen voi tarvita niin emotionaalista ja aineellista, kuin tiedollista ja arvioivaa tukea jotta tilanteeseen saataisiin pidempi kestoisempi ratkaisu.

Myönteinen vaikutus osa-alueella pienen pistemäärän sai neljä vastaajaa, mikä kuvastaa sitä, että omaishoitaja ei saa roolistaan tyydytystä ja hän voi kokea taitonsa avustajana tai hoitajana riittämättömänä. Keskiarvo vastauksissa oli 12,4 pistettä. Suurin osa koki suhteensa avustettavaan hyväksi ja avustaminen tuntui vaivan arvoiselta. Suurin osa myös koki selviytyvänsä hyvin avustajana usein. Eniten alhaisia pisteitä kertyi kysymykseen ”tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana”. Emotionaalisella ja arvioivalla tuella tätä kokemusta arvostuksen puutteesta voitaisiin muuttaa. Arvioivasta tuesta puhuttaessa tuki ei välttämättä aina ole sellaista, jossa omaishoitajat itse ovat tukea pelkästään vastaanottava taho. Arvioivassa tuessa on myös mahdollista, että omaishoitajille mahdollistetaan tiedon jakaminen ja omasta tilanteestaan kertominen joko sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, tai muille ihmisille.

Tuen laatu osa-alueella kaksi vastaajista sai alhaisen pistemäärän, joka kuvastaa, että omaishoitajan saaman tuen laatu on vähäistä. Tuen laatu osa-alueen vastauksissa on kuitenkin eniten negatiivisia arvoja. Vähiten tukea koettiin saavan terveys- ja sosiaalipalveluista. Eniten tukea koettiin saavan perheeltä. Tuen saanti koettiin vähäiseksi yleisesti ottaen ja ystävilta ja/tai naapureilta. Jos perheeltä saadaan eniten tukea, niin miten jaksavat ne omaishoitajat, joilla ei ole tällaista tukiverkostoa, kun vähiten tukea koettiin saavan terveys- ja sosiaalipalveluista. Aikaisemmankin tutkimustiedon mukaan omaishoitajat kokevat kuormittavuutta eniten juuri lomajaksojen ja vapaa-ajan puutoksen muodossa. Tähän kuormitukseen on myös aiemmin sanottu auttavaksi tekijäksi läheisten ja erilaisten palveluiden tuoma tuki, mutta näiden palveluiden vähyyttä on silti korostettu. Tämä palveluiden vähyyden kokemus ja koettu emotionaalisen, sekä aineellisen tuen tarve varmasti korostuu entistä enemmän sellaisilla omaishoitajilla, joiden oma läheisverkosto ei ole riittävän laaja tai aktiivinen auttamaan omaishoitajaa. Tulevaisuudessa tämä trendi tulee todennäköisesti vain kasvamaan ihmisten henkilökohtaisten tukiverkostojen kaventuessa lapsimäärien vähentymisen vuoksi, sekä ihmisten muuttaessa enemmän pois näiden läheisverkostojen piiristä.

Saarenheimon ja Pietilän tutkimuksessa (2005, 101-102) nousi esiin myös avunpyytäminen ja vastaanottaminen. Omaishoitajilla oli suuri tarve selviytyä ilman apua, jos se vain oli mahdollista. Tämä ilmenee tutkimukseen osallistuneilla omaishoitajilla koetulla arvioivan tuen tarpeella. Vaikeista päätöksistä ei itse haluttu ottaa täyttä vastuuta, vaan siihen kaivattiin ammattilaista jakamaan vastuuta. Vastuu kuormittavana tekijänä nousi esiin myös meidän tutkimuksemme avoimen kysymyksen osiossa. Hyvällä arvioivalla tuella omaishoitajat voivat itse hoitaa arkensa, sekä vaikeat päätökset paremmin. Omaishoitajien arvioivan tuen tarpeen tiedostaminen on kuitenkin askel kohti parempaa, sillä omaishoitajuuteen liittyvät tuen tarpeet voivat kehittyä niin vähitellen, etteivät

omaishoitajat itsenäisesti niitä välttämättä huomaa. Arvioivaa tukea tulisikin tarjota omaishoitajille niin, ettei aloite siihen tule välttämättä aina omaishoitajalta itseltään, vaan joltain muulta taholta, kuten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta tai omaishoitajien läheisiltä. Moni omaishoitaja myös koki stressiä hoidettavan kasvavan palvelutarpeen takia ja lomien vähäisyyden vuoksi. Tämä kuvastaa omaishoitajien kokemusta aineellisen tuen tarpeesta. Omaishoitajuus voi useasti olla ympärivuorokautista, jolloin omaishoitajien saamat lomapäivät eivät ole riittäviä. Lisäksi omaishoitajat voivat joutua käyttämään lomapäiviään omien pakollisten menojen hoitamiseen, sekä heidän oman terveytensä parantamiseen, jolloin lomapäivät eivät tunnu lomapäiviltä. Aineellisen tuen tarpeet ovat kuitenkin usein kaikista selkeimmin esillä omaishoitajien tilanteita tarkasteltaessa. Ongelmaksi aineellisen tuen tarjoamisessa nousee kuitenkin yhteiskunnalliset, sekä läheisten resurssit.

”Suomalaisia omaishoitajia kuormittaa vaikeudet irroittaa omaa aikaa ja ylläpitää omia ystävyys-suhteita. ... Vaikka suomalaiset omaishoitajat arvostavat omaishoidon tuen palkkiota muun muassa siksi, että se osoittaa omaishoidon arvostusta, he harvemmin kokevat omaishoidon sinänsä tuottavan taloudellisia vaikeuksia.” (Salminen 2015, viitattu 18.11.2019). Myös tässä tutkimuksessa nousi esiin hyvin vahvasti, että omaishoitajien kokemukset tuen tarpeista eivät olet taloudellisia, vaan enemmänkin muihin aineellisiin tukiin, sekä emotionaalisiin, tiedollisiin ja arvioiviin ongelmiin painottuvia tuen tarpeita. Vapaa-ajan puute aiheuttaa ajan kanssa monenlaisia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Nämä psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat voivat ajan myötä muuttua myös fyysisiksi ongelmiksi, jolloin myös koetut tuen tarpeet kasvavat suuremmiksi. Siksi tietynlainen ennaltaehkäiseminen esimerkiksi hyvissä ajoin tarjotulla emotionaalisella, tiedollisella ja arvioivalla tuella voivat olla paremmin toimivia ja helpommin toteutettavia ja vastaanotettavia niin omaishoitajille, kuin tukea tarjoaville tahoille. Aineelliset tuet ovat usein vaikeammin toteutettavissa ja kalliimpia, kuin erilaiset ennaltaehkäisevät tukitoimet.

Omaishoitajien toiveet palveluiden kehittämiselle Liusaaren vuonna 2013 julkaistun pro-gradun mukaan painottivat toiveita oikeanlaisten palveluiden kohdentamisen parantamisesta. Arvioivan tuen tarpeen näkökulmasta hyvä tuki ja ohjaus heti omaishoitajuuden alusta asti koettiin kuormittavuutta vähentävänä. Palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen on myös kaivattu selkeyttä ja omaishoitajille tarjottavista tuista on toivottu lisätietoa. Tutkimuksessamme omaishoitajat kokivat saavansa eniten tukea perheiltään, ja vähiten sosiaali- ja terveyspalveluista.

Avoimen kysymyksen vastauksissa koettuja tuen tarpeita esiintyi laajalla skaalalla. Emotionaalisia, aineellisia, tiedollisia, kuin myös arvioivia tuen tarpeita esiintyi kaikkia vastauksissa jossain muodossa. Avoimen kysymyksen vastauksissa moni koki vastuun raskaana ja työn yksinäiseksi. Vastauksissa toivottiin myös tukea kotihoitajakoille, jotta omaishoitajat voisivat ylläpitää omaa kuntoaan ja harrastaa. Myös tukea palveluiden hakuun oli toivottu.

Moni koki saavansa tukea perheeltään ja ystäviltään, mutta vähiten sosiaali- ja terveyspalveluista. Moni myös koki, ettei heitä arvosteta omaishoitajina. Melkein kaikki vastaajat olivat ikäihmisiä, ja vaikka omaishoitajille on monia kunnallisia tukimuotoja, voi niiden hakeminen olla haastavaa. Osa omaishoitajista halusikin apua ”tukiviidaksoon” ja toivoi enemmän arvostusta kaupungilta ja kunnalta. Suomalaista palvelujärjestelmää on usein kritisoitu monimutkaiseksi ja monesti ihmiset eivät edes osaa hakea heille kuuluvia palveluita, joten tulisiko kunnan tarjota enemmän sosiaalista tukea ja neuvontaa omaishoitajille? Tämä palveluiden hakemisen vaikeus varmasti korostuu ikääntyneiden kohdalla, sillä tieto palveluista ja niiden hakeminen on yhä enemmän ja enemmän sähköisenä internetissä, jota ikääntyneet eivät usein hallitse niin hyvin, kuin nuoremmat sukupolvet. Voisivatko omaishoitajat hyötyä, jos heidän luonaan kävisi silloin tällöin jokin sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilö suunnittelemassa hoitoa yhdessä omaishoitajan kanssa, sekä tiedottamassa tukimuodoista ja auttamassa niiden hakemisessa.

7.2 Henkilökohtaiset oppimistavoitteemme opiskelijan näkökulmasta

Opiskelijan näkökulmasta saimme kokemusta ja tietoa miten kvantitatiivinen tutkimus tehdään ja millaisia seikkoja sen tekemisessä tulee ottaa huomioon. Opimme myös hyödyntämään ja analysoimaan tutkimustuloksia tulevana sosiaalialan ammattilaisina. Olemme kumpikin kiinnostuneet työstä ikääntyneiden parissa, mutta omaishoito on jäänyt hieman vieraaksi alueeksi. Omaishoito tulee lisääntymään tulevaisuudessa runsaasti, sillä ikääntyneiden kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään tuetaan ja siihen kannustetaan myös lainsäädännön tasolla. Opinnäytetyön prosessin aikana saimme myös paljon tietoa itsellemme tutkimalla ja opiskelemalla aikaisempia tutkimuksia omaishoitajuuteen liittyen, sekä kuulemalla käytännön tarinoita omaishoitajuudesta ja omaishoitajuuden toimivuudesta tai toimimattomuudesta. Sosiaalialan kompetenssien näkökulmasta pyrimme aktiivisesti opinnäytetyön avulla reflektoimaan uutta oppimaamme jo aiempaan tietotaitoomme. Lisäksi tutkimalla omaishoitajuutta ja sen eri osa-alueiden ongelmakohtia pyrimme saamaan työkaluja ja keinoja parantaa huono-osaisuutta ja epäkohtia niin yhteiskunnan, yhteisön kuin yksilön näkökulmasta liittyen omaishoitajuuteen.

Asiakastyön osaamisen näkökulmasta pyrimme luomaan tutkimuksen niin, että se oli mahdollisimman helposti ymmärrettävissä siihen vastaaville tahoille. Kyselyn käytännön toteutus tapahtui pääosin vastaajien kesken itsenäisesti, joten varsinaista asiakaskohtaamista emme saaneet kovinkaan paljoa. Tätä kompensoimme kuitenkin hoitamalla yhteydenpidon ja yleisen vuorovaikutuksen selkeänä sekä aktiivisena yhteistyökumppanimme Hiroskodin kanssa. Palvelujärjestelmäosaamista kartutimme tutkimalla yhtä palvelujärjestelmän osaa eli omaishoitajuutta hyvin tarkasti. Oppimalla omaishoitajuuden palvelukokonaisuudesta, saimme kuvan myös muiden palvelujärjestelmien taustoista ja niihin vaikuttavista juridiikoista. (OAMK 2015, viitattu 2.4.2019.)

7.3 Luotettavuus

Pyrimme toteuttamaan tutkimuksen silmällä pitäen sen luotettavuutta ja eettisyyttä tietoa kerätessä, uutta sisältöä luodessa, sekä tutkimusprosessin toteutusvaiheessa. COPE-indeksiä aiemmin käyttäneet ammattilaisten ja omaishoitajien mukaan COPE:n avulla he ovat voineet helpommin käsitellä tärkeitä asioita. Tämän tarveperustan vuoksi uskomme, että tutkimus hyödyntäen COPE:a on tarpeenmukainen ja hyödyllinen niin omaishoitajille, kuin esimerkiksi Hiroskodin työntekijöille. Aiempien tutkimusten perusteella COPE-indeksiä on onnistuneesti käytetty myös muiden kuin iäkkeitä hoitavien omaishoitajien koetun tuen tarpeen tutkimisessa. COPE-indeksiä on käytetty ja kehitetty jo vuodesta 2003, ja Suomessakin vuodesta 2011, ja näiden vuosien aikana indeksin on todettu olevan yhtäpitävyysvaliditeetiltaan hyvä verrattuna muihin vastaaviin elämänlaatu- ja hyvinvointimittareihin. Nämä kaikki aiemmat tutkimustulokset ja tutkimusten onnistumiset tukevat tämänkin tutkimuksen validiteettia. COPE-indeksi ja sen lomakkeet on tehty selvittämään nimenomaan omaishoitajien tuen tarvetta, joten valitsemamme kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä ovat valideja. Lisäksi COPE-indeksiä käyttäneiden ammattilaisten mukaan mittari on toimiva myös arviointiprosessissa. (THL, 2016.) Tutkimuksen yleinen reliabiliteetti on myös korkea käyttäessämme jo aiemmin paljolti käytössä ollutta kyselylomaketta.

Validiteettiin, reliabiliteettiin, ja muihin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä kuvaaviin tekijöihin vaikuttaa niin moni asia sekä osa-alue, että kaikkia negatiivisia vaikutuksia on mahdotonta ennaltaehkäistä. Näiden tekijöiden muuttujat huomioiden pystyimme kuitenkin minimalisoimaan niiden vaikutukset tutkimustuloksiin.

Validiteetti kuvastaa sitä, miten hyvin käytetty mittausten menetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisen käsitteen yhdistämistä kohteessa havaittaviin mitattaviin ominaisuuksiin. Tavoitteena on pystyä mittaamaan ja havainnoimaan teorian käsittelemiä asioita mahdollisimman tarkasti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, miten luotettavasti ja toistettavasti tutkimuksessa käytetty mittari mittaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Tilastokeskus, 2019.) Tämä tutkimus on toteutettu käyttäen COPE-indeksiä, joka on luotu tutkimaan juuri omaishoitajien koettua tuen tarvetta. Lisäksi COPE-indeksiä on jo laajasti käytetty eri kunnissa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten toimesta.

7.4 Eettisyys

Huolehdimme tutkimuksen eettisyydestä tutustumalla hyvin alan aiempiin tutkimuksiin, sekä kirjallisuuteen. Tutkimuksen eettisyys pohjaa koko aiemman koulutuksemme aikana saatuihin tietoihin eettisyydestä. Erillisen opintojakson sosiaalisen alan työstä ja etiikasta lisäksi aihetta on sivuttu myös monissa muissa opintojaksoissa, ja niiden tuomat tiedot luovat rungon tutkimuksen etiikalle. Sellaisissa eettisissä ongelmissa, joihin meidän tietomme eivät riitä, tarjoaa koulu meille asiantuntija apua ja ohjeita opinnäytetyön ohjaajien muodossa. Lisäksi pidimme huolta tutkimukseen osallistuvien henkilöiden asianmukaisesta informoinnista, sekä tutkimustulosten ja tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden hyvästä tietosuojasta. Tietosuojasta olemme saaneet koululta opetusta erillisessä sosiaalialan dokumentointia ja tietosuojaa käsittelevässä opintojaksossa. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kyselylomakkeiden täyttäminen tapahtuu täysin anonyymisti, eikä yksittäisten vastaajien henkilöllisyyttä voi selvittää tutkimuslomakkeiden perusteella. Tutkimusta tehdessä pidimme myös huolen siitä, että sitä koskevat lait, kuten EU:n tietosuojasetus ja henkilötietolaki. Tekijänoikeuslain ja plagiaatintunnistamisen huomioidaan tutkimuksessa käyttämällä Urkund -järjestelmää, joka tunnistaa tekstistä luvattomasti kopioituneet aineistot. (Arene 2017, viitattu 5.4.2019) Tutkimustulokset olemme säilyttäneet niin, ettei niihin pääse kukaan ulkopuolinen käsiksi. Tutkimustulosten analysoimisen jälkeen tutkimustulokset tuhoetaan.

7.5 Kehittämissuhteet

Tutkimusta tehdessä kaikilta pieniltä tai suuriltakaan ongelmilta ja virheilta tutkimusprosessin edessä ei voi välttyä. Lisäksi tutkimuksen ollessa opinnäytetyö ja täten verrattain kokemattomien tutkijoiden tekemä on tutkimuksen virhemarginaali ja ongelmakohtien määrä varmasti myös korkeampi, kuin jonkin kokeneemman tahon tekemässä tutkimuksessa. Käytännön järjestelyiden kehittämisehdotuksia tämän opinnäytetyön tutkimusprosessin aikana nousikin esiin muutamia.

Yksi käytännön kehittämisehdotus vastauslomakkeessa on sen ohjeistuksen laajentaminen ja selkeyttäminen. Vaikka tutkimus toteutettiin pääosin kvantitatiivisena kyselynä missä on valmiit vastausvaihtoehdot, voi vastaajalla silti tulla väärinkäsityksiä kysymyksien asetteluiden ja sen täyttämisen kanssa. Kyselyyn osallistuneet omaishoitajat vastasivat kysymyslomakkeisiin omatoimisesti ilman läsnäolevaa ohjaajaa ja ohjausta, joten itsessään kysymyslomakkeiden mukana tulevien ohjeiden olisi oltava hyvin tarkkoja ja selkeitä. Tuloksia läpi käydessä huomasimme, että jotkut olivat laittaneet vastaukseensa useamman vastausvaihtoehdon yhteen kysymykseen, mikä vaikeuttaa tulkintaa tulosten analysointi vaiheessa.

Toinen tutkimusprosessin aikana esiin noussut kehittämisehdotus liittyi tutkimuslomakkeiden palautukseen. Suunnittelimme tutkimuksen niin, että kyselyyn osallistuneet omaishoitajat palauttavat täytetyt tutkimuslomakkeet Hirosenkotiin käydessään siellä seuraavan kerran esimerkiksi avustettavien vuorohoidon vuoksi. Nämä vuorohoitajaksojen väliset ajat saattoivat kuitenkin joillakin venyä niin pitkiksi, että kyselyt saattoivat helposti unohtua. Tämän vuoksi olisi ollut hyvä jakaa kyselylomakkeiden mukana myös palautuskirjekuoria, mikä olisi mahdollistanut kyselyiden palauttamisen heti niiden täyttämisen jälkeen. Vastausaika kyselyssä oli verrattain pitkä, mutta kyselylomakkeita palautui kuitenkin sen verran paljon eri aikoihin, että on myös mahdollista, että jotkin kyselyyn osallistuneista omaishoitajista eivät ole kerenneet palauttaa lomakkeita tarpeeksi nopeasti, jotta ne olisivat ehtineet tulosten analysointiin.

Toinen tutkimusta tehdessä herännyt ajatus liittyi omaishoitajuuden moninaisuuteen. Omaishoitajuutta tehdään todella monenlaisista lähtökohdista ja avustettavien hoito- ja avustustarpeet ovat niin moninaisia, että myös tuen tarpeet voivat vaihdella suuresti. Tutkimuksestamme kävi paljon ilmi yhtäläisyyksiä omaishoitajien arjen ongelmakohdista ja omaishoitajien tukien toimivista osaluista, mutta mikäli omaishoitajia olisi tarkemmin rajattu esimerkiksi hoidettavien avustus tarpeiden tai omaishoitajien iän ja elämäntilanteen mukaan olisivat todennäköisesti myös tuen tarpeiden

painotukset ja yleiset kokemukset omaishoitajuudesta muuttuneet. Tällaisia rajoituksia tehtäessä myös kyselyyn vastanneiden määrä olisi kuitenkin pienentynyt, mikä tämän kyselyn otannalla olisi tehnyt vastausmääristä todella pieniä.

Seuraavina tutkimuksina kyseisestä aiheesta voisikin tehdä tarkempia tutkimuksia erilaisista omaishoitajien lähtökohdista ja rajata kyselyitä koskemaan esimerkiksi eri ikäluokkia ja hoidettavien hoitotarpeita. Omaishoitajien tuet ovat tällä hetkellä pääsääntöisesti samanlaisia riippumatta hoitotyön määrästä ja laadusta, vaikka esimerkiksi muistisairauksien ja liikuntarajoitteiden tuomat ongelmat omaishoitajuuteen ovat hyvin erilaisia. Tutkimalla eri lähtökohdista tulevia omaishoitajia ja vertailemalla näitä tutkimuksia keskenään voitaisiin paremmin tehdä johtopäätöksiä esimerkiksi siitä, tulisiko omaishoitajien tukia muuttaa yhä enemmän tarveperusteisiksi.

LÄHTEET

Arene, Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset, 2017. Viitattu: 20.4.2019.
http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222.

Cobb, S. 1976. Social support as moderator of lifes stress. Psychomatic Medicine 38, 300-315.

Cohen, S. & Syme, S. L. 1985. Social support and health. Orlando: Academic Press.

Finlex, Laki omaishoidon tuesta (937/2005). Annettu Helsingissä 2.12.2005.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, S. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

House, J. S. 1981. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley.

Juntunen, K. & Salminen, A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Helsinki: KELA.

Järvikoski, A & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karhula, M. 2015. Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkostosta. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia ja raportteja 99. PDF-dokumentti. Viitattu: 9.1.2019.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88077/URNISBN9789515884923.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja.

Karhula, M. 2015. Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkostossa. Tutkimusraportti. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

KvantiMOTV, 2008. Viitattu: 9.1.2019.
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>.

Lahtinen, P 2008. Omainen auttajana. Omaishoitajan kasvu. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy.

Liusaari, M 2013. Omaishoitajien käsityksiä ja kokemuksia omaishoidon kotilomituspalveluista ja muista omaishoitoa tukevista palveluista. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu: 12.2.2019.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/41785/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201306171989.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Marin, M. 2003. Sosiaaliset verkostot. Teoksessa Marjatta Marin & Sinikka Hakonen (toim.) Seniori- ja vanhustyön arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus.

OAMK, 2019. Sosiaalialan tutkinto-ohjelma, tutkinto-ohjelma kohtaiset osaamisalueet. Viitattu: 2.4.2019. <https://www.oamk.fi/opinto-opas/opintojen-sisalto/opetussuunnitelmat?code=5007&opas=2011-2012&sivu=osaamisprofiili>.

Oulun kaupunki, 2019. Hiirosenkoti. Viitattu: 20.4.2019. <https://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen/hiirosenkoti>.

Oulun kaupunki, 2019. Ikääntyminen. Viitattu: 15.1.2019. <https://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen>.

Omaishoitajaliitto, Mitä on omaishoito? 2018. Viitattu: 20.4.2019. <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>.

Parantainen, H. 2018. Omaishoitajien hyvinvointi ja terveys. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Rutanen, L. 2013. COPE- indeksillä mitatun omaishoitajan kuormittumisen tilan yhteys omaishoidettavan käyttämien sijaishoitopalveluiden määrään ja käytön useuteen. Pro Gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu: 5.3.2019. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/40997/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201302271276.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Riikka, S., Buchert, U., Pitkänen, S., Pehkonen, T. & Kettunen, A. 2017. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviytymiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Valtioneuvostonkanslia.

Salminen, A-L. 2015. Omaishoidon tuen palkkiosta ei ole apua ilman muuta tukea. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/2503>. Viitattu: 18.11.2019.

Seikkula, J. 1994/1996 (1.-2. Painos). Sosiaaliset verkostot. Ammattiautajan voimavara kriiseissa. Helsinki: Kirjayhtymä.

Sosiaali- ja terveysministeriö, omaishoito, 2018. <https://stm.fi/omaishoito>. Viitattu: 19.4.2019.

THL, TOIMIA, COPE (Carers of Older People in Europe) -indeksi, 2016. Viitattu: 18.11.2019. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/165/>.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2005. Kaksin kotona. läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Saarijärvi: Gummerus.

Tilastokeskus, 2019. Käsitteet. Viitattu: 15.1.2019. <https://www.stat.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html>.

Tilastokeskus, 2019. Käsitteet. Viitattu: 15.1.2019. <https://www.stat.fi/meta/kas/validiteetti.html>.

Tilastokeskus, 2019. Nuorten määrä uhkaa vähentyä huomattavasti syntyvyyden laskusta johtuen. Viitattu: 11.11.2019. https://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html.

William, P., Barclay, L. & Schmied, V. 2004. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative health research* 7, 942-960.

HYVÄ HIIROSENKODIN ASIAKKAAN OMAISHOITAJA

Opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sosionomin tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Aiheenamme on omaishoitajien koettu tuentarve. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja tuoda ammattilaisten nähtäviksi nykyisten palveluiden ja tukien toimivuutta kyselykaavakkeiden avulla, sekä selvittää mahdollisia lisätukitoimia.

Opinnäytetyön toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsumme teidät osallistumaan. Osallistuminen merkitsee tämän saatekirjeen mukana tulevan kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista Hirosenkotiin. Osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukaiset luvat. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kysely on yleisluontoinen, joten kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista.

Vastauksenne olisi tutkimuksemme kannalta tärkeää, jotta saisimme kartoitettua mahdollisimman totuudenmukaisen kuvan omaishoitajien tilanteesta.

Mikäli osallistutte kyselyyn, pyydämme teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä Hirosenkotiin seuraavan käyntinne yhteydessä.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin,
Juho Päätalo ja Marko Vähäsarja

Liite 1

COPE Omaishoitajien tuen tarpeen arviointilomake

Omaishoitajan tiedot

Ikä: _____	
Arvioi, kuinka monta tuntia viikossa käytät avustamiseen: _____	
Yleinen terveydentilasi:	<input type="checkbox"/> Erittäin hyvä <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/> Erittäin huono
Mikä on suhteesi avustamaasi henkilöön? Olen hänelle	<input type="checkbox"/> Puoliso/kumppani <input type="checkbox"/> Sisarus <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Miniä tai vävy <input type="checkbox"/> Muu perheenjäsen <input type="checkbox"/> Ystävä/naapuri <input type="checkbox"/> Äiti/isä
Sukupuolesi:	<input type="checkbox"/> Mies <input type="checkbox"/> Nainen
Työtilanteesi:	<input type="checkbox"/> Työssä päätoimisesti <input type="checkbox"/> Työssä osa-aikaisesti <input type="checkbox"/> Eläkkeellä <input type="checkbox"/> Työtön <input type="checkbox"/> Päätoiminen opiskelija
Missä sinä ja avustamasi henkilö asutte?	<input type="checkbox"/> Samassa taloudessa <input type="checkbox"/> Eri taloudessa, mutta samassa rakennuksessa <input type="checkbox"/> Kävelymatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> 10 minuutin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> 30 minuutin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> 1 tunnin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> Yli tunnin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä

Omaishoitajan tuen tarpeen arviointi (COPE-indeksi)

1. Tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi avustajana?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
2. Tunnetko selviytyväsi hyvin avustajana?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
3. Pidätkö avustamista liian vaativana?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
4. Vaikeuttaako avustaminen omien ystävyysuhteidesi ylläpitoa?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/> Ei koske minua
5. Vaikeuttaako avustaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaasi?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
6. Vaikeuttaako avustaminen sinun ja perheenjäsentesi suhteita?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/> Ei koske minua
7. Aiheuttaako avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
8. Tunnetko olevasi ansassa roolissasi avustajana?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan

9. Tunnetko saavasi hyvin tukea ystäväiltäsi ja/tai naapureiltasi?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/> Ei koske minua
10. Tuntuuko avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
11. Tunnetko saavasi hyvin tukea perheeltäsi?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/> Ei koske minua
12. Onko sinulla hyvä suhde avustamaasi/hoitamaasi henkilöön?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
13. Tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista? (esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen)	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/> Ei koske minua
14. Tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan <input type="checkbox"/> Ei koske minua
15. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan tunne-elämääsi?	<input type="checkbox"/> Aina <input type="checkbox"/> Usein <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/> Ei koskaan
Onko jotakin muuta, mitä haluaisit kertoa meille?	

COPEN käyttö ei edellytä ammatilliselta menetelmän käyttöön liittyvää koulutusta. COPE-lomake on omaishoitajan helppo täyttää myös itsenäisesti. Omaishoitotilanteen arviointi vaatii kuitenkin aina taitoa, huolellisuutta ja ennen kaikkea vastaajalta aitoa osallistumishalukkuutta.

COPEa suositellaan käytettäväksi erityisesti seuraavalla kahdella tavalla:

A) Keskustelun tukena. COPEN avulla voidaan edistää omaishoitajan ja terveys- tai sosiaalialan ammattilaisen vuoropuhelua omaisen hoitamiseen liittyvistä tärkeistä asioista. Omaishoitaja vastaa viiteentoista COPEN kysymykseen, joiden perusteella saadaan käsitys omaishoitosuhteesta. Lisäksi on hyvä kysyä avustavan läheisen taustatietoja, joista selviävät omaisen hoitamiseen liittyvät olosuhteet. Tämän pohjalta käyty omaishoitajan ja ammattilaisen välinen keskustelu saattaa tuoda esiin lisäselvityksen tarpeen.

B) Arvioinnin välineenä. Sen avulla voidaan saada täsmällistä tietoa siitä, miten omaishoitaja itse kokee tilanteensa, ja varmistaa, onko hänellä tarpeita joillain osa-alueilla. Tämä tehdään laskemalla omaishoitajan vastauksista summapistet.

Kielteinen vaikutus -osa-alueen kysymykset ovat seuraavat:

3. Pidätkö avustamista liian vaativana?
4. Vaikeuttaako avustaminen omien ystävyys-suhteitasi ylläpitoa?
5. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaasi?
6. Aiheuttaako avustaminen vaikeuksia sinun ja perheenjäsentesi suhteisiin?
7. Aiheuttaako avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?
8. Tunnetko olevasi ansassa avustajan roolissasi?
15. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan tunne-elämäsi?

Myönteinen merkitys -osa-alueen kysymykset ovat seuraavat:

2. Tunnetko selviytyväsi hyvin avustajana?
10. Tuntuuko avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?
12. Onko sinulla hyvä suhde avustamaasi henkilöön?

14. Tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana?

Tuen laatu -osa-alueen kysymykset ovat seuraavat:

1. Tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi avustajana?
9. Tunnetko saavasi tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi?
11. Tunnetko saavasi hyvin tukea perheeltäsi?
13. Tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista? (Esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen.)

Kunkin osa-alueen vastaukset voidaan laskea yhteen seuraavan pisteitysjärjestelmän mukaan:

aina = 4 usein = 3 joskus = 2 ei koskaan = 1.

(‘Ei koske minua’ -vastauksen pistemäärä on 1.)

Suuri pistemäärä Kielteinen vaikutus -osa-alueella voi merkitä sitä, että omaishoitaja on roolissaan ylirasittunut. Pieni pistemäärä Myönteinen merkitys -osa-alueella voi merkitä sitä, että omaishoitaja saa roolistaan vain vähän tyydytystä. Pieni pistemäärä Tuen laatu -osa-alueella voi kertoa siitä, että omaishoitaja ei tunne saavansa tukea.

On tärkeää ottaa huomioon jokaisesta osa-alueesta saatu pistemäärä, jotta voidaan saada kokonaiskäsitys omaishoitajan tarpeista. Jos omaishoitaja saa suuren pistemäärän Kielteinen vaikutus -osa-alueella, keskitason pistemäärän Tuen laatu -osa-alueella ja suuren pistemäärän Myönteinen merkitys -osa-alueella, hän saattaa olla ylirasittunut mutta on saanut silti roolistaan tyydytystä ja voi olla hyvinkin halukas jatkamaan omaishoitajana, jos hänen saamansa tuen laatua kyetään parantamaan. Tällaisessa tilanteessa saattaa olla tarpeen avustettavan henkilön toimintakyvyn, kuntoutusmahdollisuuksien tai apuvälinetarpeen tarkempi arviointi. Omaishoitajan, jonka vastaavat pistemäärät edellä mainituilta osa-alueilta ovat suuri, suuri ja pieni, tarpeet voivat olla erilaisia. Tällöin omaishoitaja tuntee saavansa hyvin tukea mutta voi olla ylirasittunut ja voi tuntea saavansa vain vähän tyydytystä. Hänen olisi mahdollisesti opittava erityistaitoja tai -keinoja saadakseen työstään tyydytystä ja kokeakseen sen vähemmän rasittavana, tai olisi harkittava, millaisilla tukimuodoilla hänen rooliaan voidaan helpottaa.

Osa-alueista saatujen pistemäärien lisäksi COPE-arviointilomakkeella (omaishoitajan tiedot) saa-