

Nina Rouhikko

SAUNAJOOGAHARJOITTEET OMAISHOIDON TUKENA

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
2020

SAUNAJOOGAHARJOITTEET OMAISHOIDON TUKENA

Rouhikko, Nina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
Toukokuu 2020
Sivumäärä: 75
Liitteitä: 3

Asiasanat: omaishoito, ikääntyneet, saunajooga, elämänlaatu, arki

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia saunajoogan soveltuvuutta ikääntyneille omaishoitajille, jotka toimivat muistisairaana omaisensa hoitajana. Tavoitteena oli tutkia ohjatun saunajoogaharjoittelun vaikutusta heidän arkeensa ja kokemaansa elämänlaatuun sekä ymmärtää millaisena liikuntamuotona he kokivat saunajoogaharjoittelun. Opinnäytetyö sisälsi kolme tutkimuskysymystä: 1) missä määrin saunajoogaharjoittelulla on vaikutusta ikääntyneiden omaishoitajien kokemaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun 2) miten ikääntyneet omaishoitajat kokivat saunajoogaharjoittelun vaikuttavan heidän arkeensa ja 3) millaisena ikääntyneet omaishoitajat kokivat saunajoogaharjoittelun? Tutkimus tehtiin yhteistyössä Saunayoga International Oy:n, Satakunnan Omaishoitajat ry:n, Porin Seudun Muistiyhdistys ry:n sekä Diakon Palvelut Oy:n kanssa

Tutkimukseen osallistui viisi (N=5) omaishoitajaa ja tutkimus sisälsi kymmenen viikon harjoittelujakson. Tuona aikana omaishoitajille ohjattiin saunajoogaharjoitteita kerran viikossa, yhteensä kymmenen kertaa. Tutkimusmateriaalia on kerätty neljällä eri tiedonkeruumenetelmällä: RAND-36 terveyteen liittyvällä elämänlaadun mittarilla, kyselylomakkeella, kenttämuistiinpanoilla sekä ryhmähaastattelulla. Saunajoogaharjoittelun vaikutuksia osallistujien kokemaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun tutkittiin RAND-36 mittarilla ja mittaukset toteutettiin sekä ennen että jälkeen kymmenen viikon saunajoogaharjoittelujakson. Osallistujat täyttivät jokaisen harjoittelukerran jälkeen kyselylomakkeen, jossa kysyttiin saunajoogaharjoittelun vaikutuksia nukkumiseen, kipuihin, jaksamiseen ja mielialaan. Saunajoogaharjoittelun ohjaaja kirjasi kenttämuistiinpanoja osallistujien kokemuksista. Ryhmähaastattelu toteutettiin harjoittelujakson jälkeen ja siinä haettiin vastauksia siihen, että oliko saunajoogaharjoittelulla vaikutusta osallistujien arkeen.

RAND-36 mittarin tulosten perusteella omaishoitajien elämänlaatu parantui psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen toimintakyvyn sekä tarmokkuuden osa-alueilla keskimäärin 21 indeksipistettä, kun asteikkojen pistemäärät vaihtelevat 0-100 välillä. Kyselylomakkeesta, kenttämuistiinpanoista ja haastattelusta saadun tutkimustiedon perusteella omaishoitajien tärkeimmät kokemukset saunajoogaharjoittelusta sekä vaikutukset arkeen olivat: oma aika, ryhmäterapia ja vertaistuki.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että saunajoogaharjoittelulla olisi mahdollista parantaa ikääntyvien omaishoitajien kokemaa elämänlaatua. Fyysisen vaikutusten lisäksi saunajoogaharjoittelu voi antaa osallistujille mahdollisuuden omaan aikaan, ryhmätoimintaan sekä vertaistukeen. Tulevaisuudessa voisi olla hyödyllistä tutkia saunajoogaharjoittelun vaikutusta ikääntyvien omaishoitajien lisäksi myös muistisairaiden omaishoidettavien elämänlaatuun ja arkeen.

SAUNAYOGA EXERCISES SUPPORTING DEPENDENT CARING

Rouhikko, Nina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master`s Degree Programme in Elderly Care

May 2020

Number of pages: 75

Appendices: 3

Keywords: dependent care, the elderly, saunayoga, quality of life, everyday life

The purpose of this thesis was to research if saunayoga is suitable form of exercise to the elderly who are taking care of their demented family member at home. The aim was to study if instructed saunayoga exercises has influence on participants quality of life and how does participants experience saunayoga as a form of exercise. This thesis had three research questions: 1) does saunayoga affect on participants` health related quality of life 2) how participants describe the effects of saunayoga on their everyday living and 3) how does the participants describe their experiences of saunayoga exercises? This study was conducted in co-operation with Sauna Yoga International Oy, Satakunnan Omaishoitajat ry, Porin Seudun Muistiyhdistys ry and Diakon Palvelut Oy.

Five elderly person (N=5) were included in this study, who all completed ten weeks saunayoga training period. During these weeks, saunayoga was instructed to them once a week, in total of ten times. To answer the set research questions. this study used four different research methods: RAND-36 survey, questionnaire, written notes and interview. To assess the influence of saunayoga on participant`s quality of life RAND-36 survey was implemented before and after the ten weeks saunayoga period. During the ten weeks saunayoga period, after every saunayoga session, participants filled in questionnaire concerning their experiences of sleeping, pain, coping and mood. Additionally, saunayoga instructor wrote down the notes from participants comments. After implementation of saunayoga exercises, all the participants were also asked to take part of an interview where were asked if saunayoga had any influence on their everyday living.

The results of assessed Quality of life indicated improvements in levels of mental well-being, social functioning and energy. The mean level of improvements were 21 points, while scale can vary between 0-100 points. Based on the results of the questionnaire, written notes and interview, the most important issues participants reported gaining from saunayoga exercises were personal time, group therapy and peer support. These issues were also the most important effects in participants everyday living.

In conclusion, this study indicates that saunayoga as form of exercise can improve quality of life for the elderly who are taking care of their demented family member at home. Among physical, social and mental benefits, this study also offered for participants a possibility to explore and try out a different kind of physical exercise in culturally familiar environment. In future, it would be beneficial to research if both elderly caregivers and demented family members can benefit from saunayoga exercises. Additionally, can saunayoga exercises make difference in demented family members quality of life or everyday living?

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OMAISHOITO	7
2.1	Omaishoidon yleisyys Suomessa.....	8
2.2	Omaishoidon tukeminen.....	11
2.3	Omaishoitajan elämänlaatu.....	12
2.4	Omaishoitajan arki.....	13
3	JOOGA IKÄÄNTYNEIDEN LIIKUNTAMUOTONA.....	14
4	SAUNAJOOGA.....	18
4.1	Saunajoogan periaatteet.....	18
4.2	Saunan ja saunajoogan vaikutukset.....	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	23
6	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHESTYMISTAVAT	23
6.1	RAND-36 terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari.....	26
6.2	Teemahaastattelu	29
6.3	Kyselylomake	32
6.4	Kenttämuistiinpanot.....	34
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	35
8	TULOKSET	37
8.1	Saunajoogaharjoittelun vaikutukset ikääntyneiden omaishoitajien elämänlaatuun.....	38
8.2	Saunajoogaharjoittelun fyysiset ja psyykkiset vaikutukset ikääntyneiden omaishoitajien arjessa.....	47
8.3	Ikääntyneiden omaishoitajien kokemuksia saunajoogasta	52
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	53
10	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS.....	60
11	TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	66
	LÄHTEET.....	70
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä on kasvanut Suomessa viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuonna 2000 koko maan väestöstä oli yli 65 vuotiaita 15% ja vuonna 2018 määrä oli 21,8%. Tämä sama suuntaus tulee jatkumaan tulevaisuudessakin tilastokeskuksen ennusteiden mukaan. Yli 65-vuotiaiden ikääntyneiden määrän ennustetaan nousevan 28%:iin vuoteen 2060 mennessä. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeläisten määrä sataa työkäistä kohti tulee myös nousemaan. Ennusteen mukaan 70:n huollettavan raja saadaan täyteen vuoteen 2028 mennessä. Tämän ennustetaan tapahtuvan siitäkin huolimatta, että syntyvyys on Suomessa vähentynyt koko ajan. (Sotkanetin www-sivut 2020; Suomen virallinen tilasto 2019; Suomen virallinen tilasto 2012; Terveyskylän www-sivut 2020.)

Tämä tulee olemaan haaste sosiaali- ja terveystaloudelle. Ikääntyvällä väestöllä liikunnan merkitys korostuu toiminta- ja liikkumiskyvyn ylläpitämisessä. Säännöllinen liikuntaharjoittelu vähentää myös iäkkäiden yleisimmän tapaturman eli kaatumisen riskiä. Kun taas liikkumattomuus sekä fyysisen toimintakyvyn heikentyminen lisäävät tapaturmien ja sairastumisen riskiä. Ikääntyneiden liikuntasuosituksissa tulisikin huomioida yksilöllisesti ikääntyneen liikkumiskyky ja mahdolliset sairaudet sekä korostaa tasapainon ja nivelliikkuvuuden lisäämistä. Sosiaali- ja terveystaloudellisten kustannukset, johtuen ikääntyneiden liikkumattomuudesta ja fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä, ovat huomattavan korkeat. Suomessa yli 65-vuotiaan väestön kaatumisvammojen kustannukset olivat vuonna 2015 lähes 200 miljoonaa euroa. (Lönnroos, Karinkanta, Häkkinen & Havulinna 2018, 2780; Sosiaali- ja terveystaloudellinen ministeriö 2013, 14-15, 18.)

Toinen merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste on muistisairautta sairastavien henkilöiden kasvava määrä. Suomessa muistisairauteen sairastuu vuosittain noin 14 500 henkilöä. Muistisairauteen sekä muistioireiden lisääntymiseen liittyviä riskitekijöitä on monia ja niiden joukossa on mm. ikä, vähäinen fyysinen aktiivisuus

sekä lihavuus ja ylipaino. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017.) Muistisairaudet ovat vuosien 2012-2017 aikana nousseet omaishoidettavien pääasialliseksi hoidon ja huolenpidon tarpeen syyksi. Jo vuonna 2012 muistisairaudet ovat olleet toiseksi yleisin syy omaishoidolle. Näiden viiden vuoden aikana muistisairaudet ja muut muistiongelmat korvasivat fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen osuutta hoidon ja huolenpidon syissä. (Leppäaho, Kehusmaa, Jokinen, Luomala & Luoma 2019, 26-27.) Tilastoihin perustuen omaishoitajien ja hoidettavien lukumäärät ovat yli kaksinkertaistuneet vuosien 2000-2018 välissä kertoen omaishoidon voimakkaasta lisääntymisestä Suomessa (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2020).

Omaishoidon lisääntyminen tuo samalla omat haasteensa yhteiskunnalle, sillä omaishoitajien tärkeää työtä pitäisi pystyä tukemaan ja mahdollistamaan käytettävissä olevilla resursseilla. Omaishoidontuki muodostuu hoidettavalle annettavista palveluista sekä omaishoitajalle myönnettävästä palkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Tuen järjestämisestä vastaa hoidettavan kotikunta ja omaishoitajasopimus laaditaan omaishoitajan ja kunnan välille. (Omaishoitajaliitto ry 2020, 8-10.) Kunnan myöntämän omaishoidon tuen lisäksi, on mahdollista löytää liitoista ja yhdistyksistä tukea omaishoidon toteutukseen. Omaishoitajaliiton paikallisyhdistyksillä on monimuotoista omaishoitajaa tukevaa toimintaa, kuten virkistystapahtumia, keskustelu- ja toimintaryhmiä ja OmaisOiva toimintaa, jotka tarjoavat tietoa, ohjausta ja vertaistukea mahdollisimman lähellä kotia. Yhdistykset toimivat yhteistyössä kuntien, oppilaitosten ja seurakuntien sekä muiden järjestöjen kanssa. (Omaishoitajaliiton www-sivut 2020.)

Väestön ikääntyessä, omaishoitajuuden ja muistisairauksien lisääntyessä sekä ikääntyvien fyysisen suorituskyvyn heikentymisestä johtuvan sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten ja tarpeen kasvaessa, koen tärkeäksi omalta osaltani olla mukana löytämässä ratkaisuja haasteisiin sekä olla auttamassa omaishoitajia heidän tärkeässä työssään. Tästä syystä halusin suunnata opinnäytetyöni juuri omaishoitajille ja antaa heille mahdollisuuden tutustua miellyttävään uuteen liikuntamuotoon, saunajoogaan. Näin ollen pystyisin auttamaan omaishoitajia, tuomalla heille vaihtoehdon fyysisen harjoittelun toteutukseen. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähentää riskejä liikkumattomuudesta johtuville terveysongelmille ja samalla vastaa haasteeseen sosiaali- ja terveystuettujen kasvaessa. Halusin, että osallistuessaan saunajoogaharjoitteluun

omaishoitajat pystyivät irrottautumaan kotoaan sekä omaishoitotilanteesta, saaden rauhoittua miellyttävässä lämmössä ja samalla lisätä fyysistä toimintakykyään harjoitteiden avulla. Saunajooga on lajina uusi ja siihen tutustuminen ei välttämättä onnistuisi kiireisen arjen keskellä, joten opinnäytetyöni avulla pystyin antamaan tutkimukseen osallistuneille omaishoitajille mahdollisuuden tähän. Saunajoogan vaikutuksista ei ole vielä tehty montaa tutkimusta, joten tämän tutkimuksen toteuttaminen oli varsin ajan-kohtaista. Lajin tunnettavuutta ja harrastajien määrää on myös mahdollista lisätä tutkimusten avulla. Tutkimustietoa on mahdollista käyttää saunajoogan kehittämisessä ja tästä syystä minulle avautui mahdollisuus tehdä yhteistyötä Saunayoga International Oy:n kanssa. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tutkia saunayogaharjoittelun soveltuvuutta ikääntyneille omaishoitajille, jotka toimivat muistisairaana omaisensa hoitajana. Tavoitteena oli tutkia saunajoogaharjoittelun vaikutusta heidän arkeensa ja koke- maansa elämänlattuun sekä ymmärtää saunajoogan vaikutusta tutkimukseen osallistu- vien henkilöiden kokemusten kautta.

2 OMAISHOITO

Omaishoidosta on erikseen määrätty Suomen lainsäädännössä. Laki omaishoidon tu-esta edistää omaishoidettavan edun mukaista hoidon toteutumista. Tähän tarkoituk- seen pyritään omaishoitajan työn tukemisella ja turvaamalla riittävät sosiaali- ja ter-veyspalvelut. (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937, 1§.) Laissa on erikseen mää-riteltä käsitteet omaishoito, omaishoitosopimus sekä omaishoitaja. Omaishoidolla tar-koitetaan sairaan henkilön, vanhuksen tai vammaisen henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa. Hoito tapahtuu omaisen tai hoidettavalle läheisen henkilön avustuksella. Omaishoitajasopimuksella tarkoitetaan toimeksiantosopimusta omais- hoidon järjestämisestä, joka tehdään hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan kun- nan välillä. Omaishoitaja on hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen hen- kilö, joka on tehnyt edellä mainitun omaishoitajasopimuksen. (Laki omaishoidon tu-esta 2.12.2005/937, 2§.) Suomen omaishoidon verkosto määrittelee omaishoitajan hie- man laajemmin henkilöksi, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheises- tään. Syynä on sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta

johtuva tilanne, jossa hoidettava ei selviydy omatoimisesti arjestaan. Omaishoitajaso-
pimuksen tekeminen ei siis ole pakollista, jotta Suomen omaishoidon verkoston mu-
kaan henkilö voitaisiin määritellä omaishoitajaksi. (Suomen omaishoidon verkoston
www-sivut 2019.)

Suomessa tapahtuva väestön ikääntyminen lisää omaishoitajien tarvetta ja määrää tu-
levaisuudessa. Ikääntyneiden määrän kasvaessa, lisääntyy samassa suhteessa myös
hoitoa tarvitsevien ikäihmisten määrä niin kotona kuin laitoksissakin. Jos tulevaisuu-
dessa halutaan hillitä terveydenhuollon kulujen kasvua, tarkoittaa se sitä, että laitos-
hoitopaikkojen määrää ei haluta kasvattaa. Vastuu ikääntyvien hoidosta ja hoivasta
siirtyy yhä enemmän hoitoa tarvitsevien omaisille ja läheisille. Kun tulevaisuudessa
laitoshoitopaikkoja pyritään vähentämään tai niitä ei riitä kaikille, hoidetaan kotona
yhä vaikeammin sairaita henkilöitä, kuten muistisairaita vanhuksia. Omaishoidon ke-
hittämisen ja määrän lisäämisen tavoitteena on ollut kustannusten kasvun hillitseminen,
kun omaishoidolla pystytään korvaamaan kalliimpia hoitomuotoja kuten laitos-
hoitoa. Sen lisäksi, että omaishoidon lisäämisellä on terveydenhuollon kustannusten
kasvua hillitsevä vaikutus, se mahdollistaa myös ikääntyvien haluaman turvallisen ko-
tona asumisen pidempään. (Noro 2019, 13; Salanko-Vuorela 2011, 220-221.)

2.1 Omaishoidon yleisyys Suomessa

Kaikenikäisten hoitoa tarvitsevien omaishoidettavien ja heitä hoitavien omaishoitajien
lukumäärät ovat viimeisten 30 vuoden aikana lisääntyneet voimakkaasti. Vuonna 1990
Suomessa oli yhteensä 21 032 omaishoidettavaa ja lukumäärä on yli kaksinkertaistu-
nut vuoteen 2018 mennessä ollen 49 680. Myös omaishoitajien määrissä on tapahtunut
lisääntymistä, vuonna 2000 heitä oli yhteensä 21 728 ja vuonna 2018 lukumäärä oli 47
505. (Taulukko 1.) Omaishoitajien ja hoidettavien kokonaismäärään verrattuna, on
ikäntyneiden omaishoitajien ja hoidettavien määrissä tapahtunut voimakasta kasvua
vuosien 2000-2005 välillä, mutta sen jälkeen kasvutahti on ollut tasaisempaa ja kasvua
on tapahtunut samassa suhteessa. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-si-
vut 2019.)

Taulukko 1. Omaishoidettavien ja omaishoitajien lukumäärät Suomessa. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019.)

Vuosi	Omaishoidettavat Suomessa	Omaishoitajat Suomessa
1990	21 032	
2000	22 455	21 728
2005	30 223	29 582
2010	37 566	37 212
2015	45 329	44 107
2018	49 580	47 504

Suomessa tapahtuvaan väestön ikääntymiseen sekä siihen liittyvään ikääntyvien määrän kasvuun viittaa omaishoidontukien indikaattorit vuosien varrelta. Niiden avulla on seurattu omaishoidon piiriin kuuluvien hoidettavien ja omaishoittoon osallistuvien hoitajien ikäjakaumaa sekä määrää vuosittain. Kokonaisuudesta on nähtävissä ikääntyneiden omaishoidettavien ja hoitajien määrän lisääntyminen. (Taulukko 2.) Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä löytyy indikaattoritietoa vuodesta 1990 alkaen. Sinä vuonna omaishoidon tukea saaneita yli 65-vuotiaita hoidettavia oli yhteensä 13 196. Kymmenen vuotta myöhemmin määrä oli noussut maltillisesti hieman yli 1000:lla henkilöllä. Tässä vaiheessa myös omaishoitajien, eli omaishoidon tuesta sopimuksen tehneiden yli 65-vuotiaiden, määrästä löytyy indikaattoritietoa ja heitä oli yhteensä 7600. Seuraava isompi lisäys ikääntyneiden omaishoidettavien ja hoitajien määrissä on tapahtunut vuosien 2000 ja 2005 välissä. Tällöin yli 65-vuotiaiden omaishoidettavien määrä kasvoi 38% ollen 19 796 hoidettavaa ja omaishoitajien määrä kasvoi jopa 73%:a, yhteensä 13 153:een hoitajaan. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019.)

Omaishoidontukea sai vuonna 2010 yhteensä 37 566 hoidettavaa. Valtaosa eli 66% omaishoidon tuella hoidettavista oli tuolloin yli 65-vuotta täyttäneitä. Myös sopimuksen tehneistä omaishoitajista 50% oli yli 65-vuotiaita. (Salanko-Vuorela 2011, 220-221; Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019.) Indikaattoreista on

vuosien 1990-2018 välillä havaittavissa yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ja hoidettavien lukumäärissä tapahtuneen jatkuvaa lisääntymistä. Tämä ennustaisi lukumäärien edelleen nousevan, mutta joskus kasvutahdin on hidastuttava. Myös iäkkäiden yli 85-vuotiaiden omaishoidettavien määrä on kaksinkertaistunut vuosien 2005- 2018 välillä, kertoen omaishoidon painottumisesta tähän iäkkäämpään ryhmään. (Taulukko 2.) Vuonna 2005 oli 27% hoidettavista yli 85-vuotiaita, kun vuonna 2018 osuus oli 31%. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019.)

Sotkanetin päivitettyjen indikaattoritietojen mukaan viimeisin tieto on, että omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä yli 65-vuotiaita omaishoitajia oli vuonna 2018 ollut koko maassa yhteensä 27 591 eli 58% omaishoitajien kokonaismäärästä. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019.) Valtaosa omaishoitajista on tällä hetkellä naisia ja omaishoidettava on oma puoliso. Muistisairaudet ovat nykyään yleisin syy omaishoidon aloittamiselle. Juuri muistisairauksiin liittyvien erityispiirteiden huomioiminen omaishoidossa ja sen tukipalveluissa on tulevaisuudessa erittäin tärkeässä roolissa. Huomattavaa on myös se, että 80% kaikista omaishoitajista hoitavat läheistään lähes ympärivuorokautisesti. Omaishoitajuuden sitovuuteen viittaa myös se, että jopa 57% omaishoidettavista olisi intensiivisen kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen asiakkaita ilman omaishoitajaa. (Leppäaho ym. 2019, 27-28, 32; Noro 2019, 13; THL:n www-sivut 2019.)

Taulukko 2. Yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ja hoidettavien lukumäärät Suomessa. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019.)

Vuosi	Yli 65-vuotiaat omaishoidettavat	Yli 65-vuotiaat omaishoitajat	Yli 85-vuotiaat omaishoidettavat
1990	13 196		3454
2000	14 355	7600	4158
2005	19 796	13 153	5286
2010	24 656	18 710	6808
2015	30 390	25 019	9120
2018	33 494	27 591	10 531

2.2 Omaishoidon tukeminen

Omaishoidon onnistumisen tärkeimpänä edellytyksenä on omaishoitajan jaksaminen omaishoitotyössään. Näin ollen omaishoitoperheelle tulee muodostaa kattava, joustava ja laadukas palvelukokonaisuus koko hoitoprosessin ajaksi. Tämä tarkoittaa, että prosessi alkaa palvelutarpeen arvioinnista ja päättyy omaishoitajuuden loppumiseen. Palvelukokonaisuuden suunnittelua ja toimeenpanoa tulee ohjata omaishoidettavan ja omaishoitajan asettamat tavoitteet. (Ahokas-Kukkonen, Tepponen & Tolonen 2019, 69.) Omaishoidon mahdollistumiseen ja onnistumiseen on otettu kantaa myös Kansallisessa omaishoidon kehittämissuunnitelmassa. Siinä kiinnitetään erityistä huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen ja jaksamisen tukemiseen sekä yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta riippumatta. Kehittämissuunnitelman visio vuodelle 2020 on seuraava: ”omaishoito on sopimusomaishoitoa tai muuna omaishoitona toimijoiden yhteistyönä toteutettu arvostettu hoitomuoto. Omaishoito mahdollistaa osaltaan kaikenikäisten hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien, toimintakyvyltään heikentyneiden, sairaiden tai vammaisten henkilöiden kotona asumisen. Omaishoitotilanteiden riittävä tukeminen edistää hoidettavien ja omaishoitajien hyvinvointia.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 11, 37). Omaishoitaja tarvitsee monenlaisen tiedon lisäksi sekä käytännöllistä että henkistä tukea työssään. Kenenkään, ja varsinkaan omaishoitajan, ei tarvitse selviytyä työssään täysin yksin. (Suomen omaishoidon verkoston www-sivut 2019.)

Omaishoitoon on parhaillaan valmisteilla valinnanvapauslainsäädäntö, jonka voimaantulo tuo uusia palvelujen toteuttamistapoja. Tämä tarkoittaisi muun muassa henkilökohtaisen budjetin suunnittelun ja laatimisen omaishoidolle tai asiakassetelin käyttöönoton. Omaishoitoperheelle myönnetään esimerkiksi vuositasolla määräraha, jonka avulla omaishoitoperhe voi hankkia heidän tarpeeseensa perustuvan palvelukokonaisuuden, jolla se saa parhaiten tukea perheen pärjäämiseen arjessa sekä varmistaa omaishoidon jatkumisen. Omaishoidon kattavuuden lisääminen Suomessa on yksi keskeisimpiä tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. (Ahokas-Kukkonen ym. 2019, 62-64.)

2.3 Omaishoitajan elämänlaatu

Omaishoitotilanteet ovat hyvin erilaisia ja niitä määrittelevät sekä hoidettavan että hoitajankin ikä, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, sukulaisuus- tai läheissuhde, sukupuoli, perhetilanne ja erityisesti hoidon tarpeen synnyttänyt sairaus, vamma tai muu syy. Omaishoidon tarpeen synnyttävistä syistä yleisimmiksi nousevat muistisairaudet, ikääntyminen ja mielenterveyden häiriöt. (Shemeikka, Buchert, Pitkänen, Pehkonen-Elmi & Kettunen 2017, 83-84.)

Itä-Suomen yliopistossa on tehty tutkimus Alzheimerin tautiin sairastuneen potilaan omaishoitajan terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Tutkimukseen osallistui 236 omaishoitajaa, joiden hoidettavalla oli juuri diagnosoitu Alzheimerin tauti. Tutkimuksessa kävi ilmi, että omaishoitajien terveyteen liittyvä elämänlaatu oli jo alkumittauksessa, omaisen saadessa diagnoosin, ollut heikompi verrattuna samaa sukupuolta oleviin ikätovereihin. Koko kolmevuotisen seurantatutkimuksen ajan, tämä ero pysyi samana. Tärkeä tutkimustulos oli se, että hoidettavan Alzheimerin taudin pahentuminen tutkimuksen aikana, lisäsi omaishoitajien masennusoireita ja liikuntarajoitteita. Toisaalta, hoidettavan Alzheimer taudin vaikeusaste tai taudin paheneminen, ei vaikuttanut omaishoitajan kokemaan kokonaisvaltaiseen terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tämä selittynee sillä, että omaishoitajien kokema, terveyteen liittyvä elämänlaatu, oli heikentynyt jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Toisin sanoen, Alzheimeria sairastavan henkilön omaishoitajan terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkenee tiedettyä aikaisemmin. Tästä syystä tutkimusryhmä painottaa omaishoitajien fyysisten ja psyykkisten voimavarojen kartoittamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa terveydenhuollon ammattilaisten osalta ja tilanteeseen pitäisi päästä puuttuman nopeasti. Omaishoitajan masennusoireet saattavat vaikuttaa negatiivisesti omaishoidon onnistumiseen. (Välimäki ym. 2016, 687, 690, 695.)

Edellä mainitun tutkimuksen aineistosta on myös tehty pro-gradu tutkimus, jossa haettiin vastausta tutkimuskysymykseen ”Miten Alzheimerin tautia sairastavien miesten puoliso-omaishoitajina toimivat naiset kuvaavat elämänlaatuun?”. Tutkimusaineistosta nousi esille kaksi keskeistä teemaa, omaishoitajan arkeen liittyvä elämänlaatu ja tunne-elämään liittyvä elämänlaatu. Arkeen liittyvässä elämänlaadussa painottuivat puolison sairauden merkitys, sosiaalinen osallistuminen ja parisuhde. Omaishoitajat

kokivat puolison sairauden rajoittavan ja kuormittavan heidän yhteistä arkeaan. Sosiaalisen elämän kaventuminen sairastumisen myötä, vaikuttaa erityisen paljon omaishoitajien kokemaan arjen elämänlaatuun. Omaishoitajat ovat rajoittaneet omia menojaan sekä kotiin kutsuttavien vieraiden määrää, jotta arjen sujuvuus parantuisi. Sosiaalisessa osallistumisessa tärkeäksi voimavaraksi nousi yhteydenpito lapsiin sekä vierailut puolin ja toisin niin lasten, sukulaisten kuin ystävienkin kanssa. Parisuhteen osalta omaishoitajalle merkityksellistä oli yhdessä tekeminen ja toimiminen. Tunne-elämään liittyvässä elämänlaadussa painottui omaishoitajan emotionaalinen taakka. Henkistä kuormittumista lisäsivät eritoten omaishoitajien kokemat kielteiset tunteet ja huolet. Kielteiset tunteet liittyvät pääasiassa puolison sairauteen ja sairaudesta oirehtimiseen. Huolta aiheutti tulevaisuus sairastuneen puolison rinnalla. (Klemettilä 2014, 23-27, 29, 34-35, 42-43.)

2.4 Omaishoitajan arki

Omaishoitajuudessa, puolison hoivatessa toista puolisoa, voidaan puhua puolisoivasta. Puolisoivassa puolisoiden arki muodostuu jokapäiväisestä elämästä, johon kuuluvat toistot, rutiinit ja välttämättömyydet. Nämä asiat muodostavat myös samalla puolisoiden arjen voimavarat. Puolisoivassa hoivan antaminen ja saaminen on muuttanut puolisoiden totuttuja tapoja, joita heillä on ollut ennen puolison sairastumista. Hoivan tarve asettaa tietyt ehdot, jotka vaikuttavat puolisoiden toimintamahdollisuuksiin arjessa. Toisaalta samalla puoliso omalla toiminnallaan muokkaavat ja tuottavat uusia käytäntöjä ja tapoja omaan arkeensa. Tämä prosessi auttaa puolisoita selviytymään tulevissa arjen vaikeuksissa ja olosuhteiden muutoksissa sekä sopeutumaan tilanteisiin muutoksien edetessä. (Mikkola 2009, 191.)

Omaishoitajan arkeen vaikuttaa myös hoivan sitovuus. Toiset omaishoitajat ovat kokeneet omaishoidon täyttävän koko elämän ja toisilla taas omaishoito on vain osa elämää. Arjen kuormittavuus riippuu siis siitä, miten paljon omaisen tarvitsee hoivaa vuorokaudessa. Alusta alkaen arki tulee liittää sovittuihin aikatauluihin, kuten lääkähoidon ja myöhemmin mahdollisesti hoidettavan fysiologian säätelyyn pakkoon tehdä tietyt asiat säännöllisesti ja tiettyyn aikaan. Oli omaishoitotilanne mikä tahansa,

yhteistä on kuitenkin se, että omaishoitajan täytyy koko ajan ottaa huomioon hoidettavansa tavalla tai toisella. Omaishoitajan työstä voi ajatella samoin kuin kenen tahansa hoitajan työstä, se on tyyliltään pakottavaa. Erona on kuitenkin se, että hoitajan työaika päättyy työvuoron lopussa, kun omaishoitajan työ jatkuu ympäri vuorokauden. Omaishoitajien henkilökohtaiset kokemukset omasta arjestaan ja sen sujuvuudesta eroavat keskenään ainakin siinä suhteessa, miten rajoittavana he pitävät omaishoitoa. Omaishoitajien jokainen päivä voi olla erilainen kuormittavuudeltaan ja omaishoitajan arjesta voitaisiin tuoda esille yhtä monta kuvausta kuin on omaishoitajiakin. Yhteistä arjessa vaikuttaisi olevan hoitajien henkilökohtaisen elämän rajoittuminen kodin läheisyyteen. (Halonen 2011, 44,60; Tikkanen 2016, 206.)

3 JOOGA IKÄÄNTYNEIDEN LIIKUNTAMUOTONA

Jooga on lajina ikivanha ja kokonaisvaltainen harjoitusmenetelmä. Se sopii kaikille, jotka ovat kiinnostuneita omasta terveydestään, hyvinvoinnistaan tai henkisestä kasvustaan. Joogassa jokainen työskentelee omien edellytystensä mukaisesti, omista lähtökohdistaan. (Suomen joogaliiton [www-sivut](http://www.jooga.fi) 2019.) Jooga on lähtökohdiltaan elämäntapa, joka kehitettiin Intiassa tuhansia vuosia sitten. Sitä harjoitetaan ruumiin, mielen sekä hengen kehittämiseksi ja joogan taustalla on vahva filosofia. Varhaisin joogaa käsittelevä teos, Patanjalin Yoga-sutra, on kirjoitettu Intiassa yli 1500 vuotta sitten. Patanjalin Yoga-sutra on filosofinen teos, jota pidetään kaikkien eri joogakoulukuntien perusteoksena. Patanjalin teoksen kirjoittamisen aikaisessa Intiassa filosofiaa ei erotettu käytännön elämästä vaan sitä elettiin ja opiskeltiin. (Broo 2019, 9-10; Sivananda Yoga Vedanta Centre 2005, 6-7.) Joogan fyysisestä harjoitteesta käytetään nimeä hatha-jooga ja kun keskitytään enemmän meditaatioon, käytetään nimeä raja-jooga. Oikeastaan hatha-jooga on raja-jooga muoto, jossa keskitytään enemmän fyysisiin liikkeisiin ja hengitysharjoituksiin. Tärkeää on kuitenkin yhdistää joogaharjoitteluun fyysisiä ja mentaalisia elementtejä, jotta harjoittelu olisi kokonaisvaltaista. (Kontala 2015, 34-35; Sivananda Yoga Vedanta Centre 2005, 6-7.)

Joogaharjoittelu näyttää hitaalta voimistelulta, harjoitus tehdään aina lempeästi omaa kehoa kuunnellen. Siinä käytetään kehon erilaisia asentoja, joita kutsutaan asanoiksi. Näiden asanoiden avulla venytetään monipuolisesti kehon eri lihaksia ja lisätään liikkuvuutta, notkeutta sekä voimaa. Lisäksi joogaharjoittelun ajatuksena on kohentaa kokonaisterveyttä, parantaa fyysistä kuntoa, opettaa rentoutumista ja oikeaa hengitystä sekä lisätä keskittymiskykyä ja elinvoimaisuutta. Joogaa voivat harrastaa kaikenikäiset ja toimintakyvyltään erilaiset henkilöt. (Joogakeskus Himalajan www-sivut 2019; Kontala 2015, 78-79; Suomen joogaliiton www-sivut 2019.) Ikääntymisen fysiologiset muutokset kuten lihaskato, aerobisen kestävyuden heikentyminen, tasapainon heikentyminen, notkeuden vähentyminen ja kognitiivisten toimintojen vähentyminen saattavat toisaalta tuoda haasteita joogan harjoitteluun. (Komulainen & Vuori 2015.)

Ikääntyneiden tasapainoa on tutkimuksissa testattu ennen ja jälkeen toteutetun joogaharjoittelun ja tuloksia on myös verrattu saman ikäisistä henkilöistä koostuvaan kontrolliryhmään. Tutkimusten perusteella, joogaharjoitteluun osallistuvien henkilöiden tasapaino oli parantunut harjoittelun aikana. Verrattuna harjoittelemattomaan kontrolliryhmään, ero tasapainossa näkyi selvästi harjoitteluryhmän eduksi. Tutkijat totesivat, että terveydenhuollon ammattilaiset voivat suositella joogaharjoittelua yli 60-vuotiaille henkilöille, jotka haluavat parantaa omaa tasapainoaan. Joogaharjoittelun todetaan olevan turvallinen ja miellyttävä tapa ikääntyville liikkua ja kehittää tasapainoa sekä kehonhallintaa. Harjoittelun vaikutusten seurauksena saattaa olla vähentynyt kaatumariski, varsinkin yli 60-vuotiailla itsenäisesti kotona asuvilla henkilöillä. (Sivaramakrishnan ym. 2019, 19; Youkhana, Dean, Wolff, Sherrington & Tiedeman 2015, 24,28; Zettergren, Lubeski & Viverito 2011, 91-92.)

Kävelyn nopeutta on mitattu sekä normaalivauhtisessa että nopeavauhtisessa kävelyssä. Joogaharjoittelulla näyttää olevan parantavaa vaikutusta näihin molempiin kävelyvauhteihin, mutta erityisesti parannusta oli tullut nopealla kävelyvauhdilla tehdyssä testissä. (Kelley, Aaron, Hynds, Machado & Wolff 2014, 952; Zettergren, ym. 2011, 91.) Kävelyvauhdin lisäksi joogaharjoittelulla näyttäisi olevan vaikutusta myös askelpituuteen. Normaalinopeudella testatussa kävelyssä oli pystytty toteamaan, että tutkimukseen osallistujien askelpituus oli pidentynyt. Askeleiden pidentyminen vaikuttaa myös suoranaisesti kävelyvauhdin lisääntymiseen. Joogaharjoittelu mahdollistaa houkuttelevan ja kustannustehokkaan tavan kehittää ikääntyvien kävelykykyä, sillä

harjoitteita voi myös tehdä omassa kodissa ilman ohjaajaa. (DiBenedetto ym. 2005, 1833-1834,1836.)

Joogaharjoittelussa eri asennot eli asanat venyttävät kehon lihaksia. Samalla selkärankaan sekä raajojen niveliin kohdistuu venyttäviä liikkeitä, jopa lähes nivelten ääriasennoissa. Tästä syystä juuri jooga on muita perinteisimpiä harjoittelumuotoja tehokkaampi tapa lisätä kehon liikkuvuutta ja venyvyyttä. (Patel, Newstead & Ferrer 2011, 913.) Liikkuvuuden on todettu lisääntyvän erityisesti ikääntyvien alavartalon venyvyydessä. Joogaharjoitteita tehneen interventoryhmän alavartalon venyvyys oli parantunut selvästi, verrattuna kahteen eri kontrolliryhmään, vähän liikkuviin ikääntyneisiin sekä aktiivisesti liikkuviin ikääntyneisiin. (Sivaramakrishnan ym. 2019, 13.)

Lonkkanivelen maksimaalinen ojennus vähentyy erityisesti ikääntyvien kävelyssä, mistä johtuen kävely vaikeutuu ja saattaa jopa johtaa kaatumisiin. Ikääntyneillä on myös todettu lantion kallistumista eteenpäin, kun kävelyn nopeutta lisätään ja ilmiö on yhteydessä lonkkanivelen ojennusvajauteen. (Kerrigan, Lee, Collins, Riley & Lipsitz 2001, 28-29.) Joogaharjoittelun on todettu vaikuttavan niin lonkkanivelen ojennukseen kuin lantion kallistukseenkin. Kahdeksan viikon joogaharjoittelulla, johon sisältyi kaksi 90 minuutin harjoittelukertaa sekä kotona tehdyt harjoitteet, on pystytty lisäämään lonkkanivelen ojennusta sekä vähentämään lantion kallistusta ikääntyneillä henkilöillä. Joogaharjoittelun vaikutus näkyy siis suoranaisesti kävelyn parantumisenä ja kaatumisten vähentymisenä. (DiBenedetto ym. 2005, 1833-1834, 1836.)

Joogaharjoittelun on todettu vaikuttavan myös muihin mitattaviin ominaisuuksiin. Tutkimustietoa löytyi joogaharjoittelun positiivisista vaikutuksista ikääntyneiden alaraajojen lihasvoimaan, uneen, jaksamiseen, masentuneisuuteen ja luuntiheyteen. Joogaharjoittelu vaikuttaisi olevan muihin liikuntamuotoihin verrattuna parempi tapa kehittää terveyttä ja hyvinvointia, kun ikääntyvät arvioivat liikunnan vaikutusta omaan fyysiseen ja henkiseen terveydentilaansa, liikkuvuuteensa ja kestävyyskuntoonsa. (Patel ym. 2012, 902; Sivaramakrishnan ym. 2019, 13-14.) Joogaharjoittelun vaikutusta ikääntyvien elämänlaatuun ja psyykkiseen hyvinvointiin on myös tutkittu ja tutkimuksissa on käytetty kahta eri kyselymittaria, SF-36:ta sekä SF-12:ta. Nämä on kehitetty samassa RAND-tutkimuslaitoksessa, missä on myös kehitetty RAND-36- terveyteen

liittyvä elämänlaadun mittari. Edellä mainituista, SF-36 ja RAND-36 mittarit ovat yhtenevät ja kartoittavat hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla ulottuvuudella. Tutkimusten tulokset osoittivat joogaharjoittelun parantavan ikääntyvien elämänlaatua ja psyykkistä hyvinvointia. (Aalto, Aro & Teperi 1999, 3-5; Sivaramakrishnan ym. 2019, 13-14; Tulloch, Bombell, Dean & Tiedeman 2018, 540-541.) Lisäksi joogaharjoittelu, joka toteutetaan ryhmässä, on ideaalinen tapa lisätä ikääntyneiden sosiaalisia kontakteja sekä osallistamista yhteiskuntaan. (Kelley ym. 2014, 953.)

Joogaharjoittelua toteutetaan omien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tilanteiden ja edellytysten mukaisesti. Esteettömyyteen on tässäkin lajissa kiinnitetty erityistä huomiota ja siihen liittyen joogaharjoitteista on Englannissa kehitetty ”soveltava jooga”, joka on kohdistettu ikääntyneille henkilöille, joilla on rajoitteita osallistua täysipainoisesti tavalliseen joogaharjoitteluun. Rajoitteena voi olla henkilön passiivinen elämäntapa ja liikkumattomuus, erilaiset liikuntakykyyn vaikuttavat sairaudet tai muut rajoitteet fyysisessä toimintakyvyssä. (Tew, Howsam, Hardy & Bissel 2017, 2-3, 6, 8.)

Soveltavasta joogaharjoittelusta on myös tehty tutkimus Englannissa ja sen tarkoituksena oli selvittää lajin soveltuvuutta, fyysisesti hyvin vähän liikkuvien ja erilaisia sairauksia sairastavien ikääntyvien liikuntamuodoksi. Tutkimuksessa selvitettiin myös soveltavan joogan vaikutuksia osallistujien fyysiseen toimintakykyyn ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Tutkimuksen osallistajat jaettiin kahteen ryhmään, interventioryhmään ja ”odotuslista” kontrolliryhmään. Interventioryhmä sai esittelylehtisen, jossa annettiin liikuntaohjeita ikääntyville henkilöille sekä he saivat osallistua joogaharjoitteluun kymmenen kertaa, kerran viikossa, 12 viikon aikana. Kontrolliryhmälle annettiin vain esittelylehtinen, mutta tarjottiin toki mahdollisuutta osallistua samaan joogaharjoitteluun tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksessa interventioryhmä sai paremmat tulokset loppumittauksissa kuin kontrolliryhmä. Paremmat tulokset tulivat itsearvioidusta terveydentilasta sekä mielialasta, viisi kertaa tuolilta ylösnousun-testistä sekä eteentaivutuksen testistä. Tutkimuksessa todetaan, että soveltavalla joogaharjoitteluohjelmalla, joka toteutetaan kerran viikossa kymmenen viikon ajan, näyttäisi olevan positiivista vaikutusta hyvin vähän liikkuvien iäkkäiden fyysiseen suorituskykyyn sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Soveltavan joogaharjoittelun todetaan olevan turvallinen, käyttökelpoinen ja hyväksyttävä liikuntamuoto ikääntyneille, jotka ovat fyysisesti passiivisia tai sairaita. (Tew, Howsam, Hardy & Bissel 2017, 2-3, 6, 8.)

4 SAUNAJOOGA

Saunajooga on Suomessa kehitetty uusi liikuntamuoto, jolla on kehoa huoltava ja mieltä rentouttava vaikutus. Lajin on kehittänyt Tiina Vainio vuonna 2012. Siinä yhdistyvät saunan hiljaisuus sekä joogaan pohjautuvat yksinkertaiset liikkeet. Se on kehitetty hiljaiseksi lajiksi hiljaiseen tilaan. Saunajoogassa liikkeet tehdään lauteilla istuen tai ne lähtevät istuma-asennosta. Liikkeen aikana saatetaan käydä seisomassa hetkellisesti, mutta palataan aina takaisin alkuasentoon. Saunan lämpötila on optimissaan noin 50 astetta, joten lämpötila on mieto joogaharjoittelun ajan. Osa liikkeistä vahvistaa lihaksia keskivartalossa ja jaloissa, toiset liikkeet lisäävät liikkuvuutta selkärangassa sekä olka- ja lonkkanivelissä. Saunajoogassa on myös paljon lihaksia venyttäviä liikkeitä, jotka kohdistuvat niska- ja hartiaseltuun, selkään, kylkiin ja pakaralihasten alueelle. Saunajoogassa juuri saunan mieto lämpö sekä lempeät joogaliikkeet purkavat kehon jännitystiloja ja rentouttavat mieltä. Tämän lisäksi saunajoogalla on aineenvaihduntaa vilkastuttava, stressiä vähentävä ja unta parantava vaikutus. (Vainio 2012, 11.)

4.1 Saunajoogan periaatteet

Saunajoogassa on kuusi periaatetta, joihin harjoittelu perustuu. (Kuvio 1.) Saunajoogasarja koostuu alku- ja loppurentoutuksesta sekä yksittäisistä liikkeistä tai liikesarjoista. Saunajoogan aloitusasennot ja liikkeet ovat yksinkertaisia ja niiden tekeminen ei edellytä aikaisempaa kokemusta joogasta. Kokonaisen saunajoogasarjan tekemiseen kuluu aikaa noin puoli tuntia. Saunajoogasarjat sisältävät monia eri liikkeitä, jotka soveltuvat lempeiksi harjoituskerroiksi tai yksittäisiä saunajoogaliikkeitä voi käyttää rentoutuakseen. Sarjoihin on valittuna liikkeitä, riippuen siitä, mitä tavoitellaan. Illalla tehtävässä rauhoittavassa sarjassa liikkeiden vaikutus on syvän rentouttava ja aamusarjan jälkeen olo on virkeä ja elinvoimainen. Saunajooga on rauhallisena ja miellyttävä lajina hyvä harjoittelumuoto kaikille ihmisille, iästä, koosta ja kuntotasosta huolimatta. Tämän vuoksi lajia on mahdollista harrastaa myös itsenäisesti omassa saunassa. (Vainio 2012, 11-13.)



Kuvio 1. Saunajoogan periaatteet (Vainio 2012, 16.)

Saunajoogasta on myös kehitetty ikääntyneille sekä liikunta- ja toimintarajoitteisille sopivia liikkeitä ja sarjoja, joissa nämä kuusi eri periaatetta nousevat esille. Tässä soveltavassa saunajoogassa on huomioitu sekä lämmön vaikutus, että liikkeiden toteuttaminen eri vammojen, sairauksien ja toimintakykyjen näkökulmasta. Soveltava saunajooga noudattaa saunajoogan perusideaa harjoitustuokion kokonaisuudessa ja liikkeiden toteutuksessa, mutta samalla antaen mahdollisuuden muokata sisältöjä asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Tuettu istuma-asento tekee soveltavassa saunajoogassa liikkeistä kontrolloituja, kun ylävartaloa pitää taivuttaa tai kiertää eri suuntiin. Tuettu istuma-asento voidaan saada aikaiseksi sitomalla reisien ympärille ison kylpypyyhkeen. Soveltavassa saunajoogassa liikkeet on suunnattu niskahartiaseudulle sekä selkä- ja rintarankaa tukeville lihaksille. (Saunayoga International Oy:n www-sivut 2019.)

4.2 Saunan ja saunajoogan vaikutukset

Perinteinen saunominen 80-90°C lämmössä on fysiologisesti hyvin voimakas, mutta lyhykestoinen lämpöstressi. Saunomisen vaikutuksia terveille sekä perussairauksista kärsiville henkilöille on lääketieteessä tutkittu lähinnä Suomessa ja Saksassa. (Kukkonen-Harjula 2007, 1592.) Saunomisen fysiologiset vaikutukset vaihtelevat lämpötilan,

kosteuden, saunomisen keston sekä siihen liittyvän vilvoittelun ja yksilöiden ominaisuuksien mukaan. Merkitystä on myös sillä, kuinka paljon henkilö on tottunut saunomaan. (Strandberg, Hussi & Kukkonen-Harjula 2018, 1572.) Tähän mennessä tehtyihin tutkimuksiin perustuen saunominen on turvallista kaikenikäisille terveille henkilöille, eikä se myöskään aiheuta ongelmia niille henkilöille, joilla verenkiertoelimistön sairaus on vakaassa vaiheessa ja hyvässä hoitotasapainossa eli lääkitys on kunnossa. (Kukkonen-Harjula 2007, 1594; Kukkonen-Harjula & Kauppinen 2006, 198.) Terveyshaitat liittyvät lähinnä liian pitkään ja kuumaan saunomiseen terveydentilasta ja iästä riippumatta. Saunomisen pitää joka tapauksessa tapahtua saunojan omien tunteusten mukaan. (Strandberg ym. 2018, 1571-1572.)

Saunajooga on varsin nuori laji, jonka vaikutuksista ja soveltuvuudesta kerätään jatkuvasti uutta tietoa. Saunajoogan vaikutuksia on tähän mennessä tutkittu ikääntyneillä, reumapotilailla, kipupotilailla sekä työssäkäyvillä henkilöillä. Saksassa tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu saunajoogan vaikutusta terveiden ja melko aktiivisten ikääntyneiden henkilöiden liikkuvuuteen, lihasvoimaan, tasapainoon sekä elämänlaatuun. Tutkimukseen osallistuvat olivat 60-80- ikävuoden väliltä ja heille ohjattiin saunajoogaharjoitteita kerran viikossa, kahdeksan viikon ajan. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt oli satunnaistetusti jaettu kahteen ryhmään. Interventoryhmässä oleville henkilöille saunajoogaliikkeitä ohjattiin 50 asteen lämmössä ja kontrolliryhmälle liikkeitä ohjattiin normaalissa huoneenlämmössä. Tutkimukselle asetetuissa hypoteeseissa, saunajoogaharjoittelu parantaisi selkärangan ja hartiasseudun liikkuvuutta ja takareisien venyvyyttä, kun taas vähäisempää vaikutusta odotettiin alaraajojen lihasvoimiin ja staattiseen tasapainoon. Hypoteesit osoittautuivat vain osittain oikeiksi. Tilastollisesti merkittäviä parannuksia saatiin interventoryhmässä aikaiseksi alaselän ja takareisien lihasvenyvyyttä mittaavassa testissä. Vähäistä tilastollista merkittävyyttä esiintyi interventoryhmän eduksi alaraajojen lihasvoimien osalta sekä staattisessa tasapainossa, silmät kiinni testattuna. Tutkimukseen perustuen saunajooga voisi toimia hyvänä harjoittelumuotona ikääntyville henkilöille, jotka haluavat lisätä venyvyyttä selän lihasten sekä takareisien alueella. (Bucht & Donath 2019, 1-2, 4-5, 6-7.)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa tuli esille, että saunajoogaharjoittelulla vaikuttaisi olevan lievästi positiivista vaikutusta kroonisista selkävaikeuksista kärsiville henkilöille, heidän elämänlaatuunsa ja unen laatuunsa. Tutkimuksessa ei saatu esille tilastollisesti

merkittäviä tuloksia, johtuen alku- ja loppumittausten tulosten suuresta vaihtelusta tutkimukseen osallistujien kesken. Mutta tutkittavien alku- ja loppumittausten tuloksista on nähtävissä parannusta unen laadussa ja elämänlaadussa. Kuuden viikon saunajoogaharjoittelu näyttäisi parantavan unen laatua sekä elämänlaatua, koska harjoittelujakson aikana krooniset kivut eivät häirinneet yöunta yhtä paljon kuin muuna aikana. Tutkija halusi myös painottaa, että saunajoogaharjoittelun vaikutukset ovat hyvin yksilöllisiä ja tähän viittaa myös se, että kuuden viikon aikana harjoittelua jouduttiin muokkaamaan osallistujille sopivaksi, sillä osalla oli vaikeuksia toteuttaa liikkeitä ja osalla saunan mieto lämpö tuntui epämiellyttävältä. Tulokset ovat kuitenkin lupaavia saunajoogaharjoittelun kipua lievittävästä vaikutuksesta. (Pajukorpi 2017, 18-23.)

Saunajoogan vaikutusta työikäisten henkilöiden työn aiheuttamaan fyysiseen kuormitukseen, palautumiseen sekä unen laatuun, on tutkittu Firstbeat-mittausten avulla. Mitarilla rekisteröitiin sairaalassa työskentelevien henkilöiden sykettä ja sykkeiden vaihtelua kolmen päivän aikana. Tuon aikana heille ohjattiin yhtenä päivänä saunajoogaharjoitteita ja henkilöt kävivät muuten normaalisti töissä. Saunajoogaharjoittelu näyttää lisäävän kuormittuneisuutta harjoittelun yhteydessä, mutta seuraavana päivänä ja sitä seuraavana yönä harjoittelun vaikutus näkyi osalla palautumisen lisääntymisenä ja unen laadun parantumisena. Tutkimuksessa ei kuitenkaan löydetty tilastollisesti merkittäviä tuloksia saunajoogan vaikutuksista. Tutkijan mukaan tähän on osittain syynä tutkimuksen sekä otannan pienuus. Huomattavaa oli myös se, että työstä aiheutuvan kuormituksen ja työstä palautumisen välinen tasapaino vaihteli suuresti osallistujien kesken. Osalla ryhmästä voimavarat lisääntyivät jakson aikana, osalla vähentyivät. Tutkimukseen perustuen saunajooga saattaisi kuitenkin olla hyvä harjoittelumuoto työssä käyville henkilöille, lähinnä työn aiheuttaman rasituksen hetkelliseksi vähentämiseksi. (Leskelä 2019, 53-56.)

Reumaliiton kanssa yhteistyössä on tehty tutkimus saunajoogan soveltuvuudesta reumasairautta sairastavien henkilöiden kuntoutuksen tueksi. Siinä on pyritty selvittämään, että soveltuuko lämmin sauna harjoitteluympäristöksi reumasairautta sairastaville henkilöille sekä sopivatko saunajoogaliikkeet heidän terveydentilaansa tai mitkä liikkeistä ovat hyviä nivelille. Samalla on pyritty tuomaan terveydenhuollon ammattilaisille ja reumapotilaille hyödyllistä tietoa uudesta, helposti toteutettavasta harjoitte-

lumuodosta, saunajoogasta. (Lehtola 2017, 19.) Tutkimukseen osallistujat olivat Suomen reumaliiton jäseniä, jolle annettiin mahdollisuus osallistua yhteen saunajooga-harjoittelukertaan. Tämän jälkeen osallistujien oli heti mahdollista vastata kyselylomakkeeseen tai vaihtoehtoisesti myöhemmin sähköiseen kyselyyn. (Lehtola 2017, 22-23.)

Kyselyyn vastanneista suurimmalle osalle saunajooga oli täysin uusi harjoittelumuoto ja he kokivat, että voisivat kokeilla saunajoogaharjoittelua uudelleen. Erityisesti saunan lämmön todettiin vaikuttavan suotuisasti, saaden lihaksiston lämpenemään ja mahdollistaen syvemmät lihasvenytykset. (Lehtola 2017, 32.) Toisaalta osallistujia neuvottiin käymään kylmässä suihkussa harjoituskerran jälkeen (Lehtola 2017, 24). Tämä johtuu siitä, että reumaa sairastavien henkilöiden nivelkipujen on todettu lisääntyvän saunomisen jälkeen ja osalla kylmän suihkun käyttö vähentää näitä kipuja (Kukkonen-Harjula ym. 2006, 199; Reumaliiton www-sivut 2020). Osa raportoi harjoittelun aiheuttaneen päänsärkyä ja huonovointisuutta, mutta he kokivat sen johtuvan enemmän nestehukasta kuin pelkästä lämmön vaikutuksesta (Lehtola 2017, 32).

Lehtolan (2017, 28-29.) tutkimuksessa saunajoogaharjoitteet jaettiin vahvistaviin, venyttäviin sekä rauhoittaviin liikkeisiin. Osallistujilta kysyttiin, että mikä näistä kolmesta vaihtoehdosta soveltuivat parhaiten heidän harjoittelumuodokseen. Yli puolet koki saunajoogan venyttävien liikkeiden olevan parhaita juuri heidän terveydentilalleen ja loput kokivat saunajoogan rentouttavat tai lihasvoimaa lisäävät liikkeet heidän vointiinsa nähden parhaimmaksi. Moni osallistujista oli kiinnostunut kokeilemaan saunajoogaa itsenäisesti kotona omassa saunassa. Tutkimuksen perusteella saunajoogaharjoittelun voidaan nähdä olevan hyödyllinen ja rentouttava harjoittelumuoto, jota tutkija voisi suositella kokeiltavaksi reumasairauksia sairastaville henkilöille. (Lehtola 2017, 28-29, 32.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tieteellisessä työssä tutkimusongelman määrittely ja rajaaminen on tärkeää, koska se ohjaa koko tutkimusprosessia (Kananen 2014, 32). Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmana on ikääntyneiden omaishoitajien kokema elämänlaatu ja tarkoituksena on tutkia saunayogaharjoittelun soveltuvuutta ikääntyneille omaishoitajille, jotka toimivat muistisairaana omaisensa hoitajana sekä saunajoogaharjoittelun vaikutusta heidän arkeensa ja kokemaansa elämään.

Opinnäytetyön tavoitteena on ymmärtää saunajoogan vaikutuksia interventioon osallistuvien henkilöiden kokemusten kautta, saunayogaharjoittelun mahdollistaminen omaishoitajille kymmenen viikon ajaksi sekä antaa heille mahdollisuuden tutustua uuteen ja erilaiseen liikuntamuotoon.

Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Missä määrin saunajoogaharjoittelulla on vaikutusta ikääntyneiden omaishoitajien kokemaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun?

Miten ikääntyneet omaishoitajat kokevat saunajoogaharjoittelun vaikuttavan heidän arkeensa?

Millaisena ikääntyneet omaishoitajat kokivat saunajoogaharjoittelun?

6 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHESTYMISTAVAT

Opinnäytetyöni koostuu interventiotutkimuksesta ja sisältää luotettavalla kansainvälisellä RAND-36 mittarilla tehdyn alkumittauksen ennen interventiota sekä loppumittauksen sen jälkeen. Kymmenen viikon interventiojakson aikana tutkimusryhmälle oh-

jattiin saunajoogaharjoitteita kerran viikossa. Tutkimusasetelma ei sisältänyt kontrolliryhmää. Jakson aikana tutkimustietoa kerättiin erikseen suunnitellulla kyselylomakkeella sekä kenttämuistiinpanoilla ja vielä intervention jälkeen toteutettiin ryhmähaastattelu. Tutkimustapaa, jossa on yhdistetty erilaisia tutkimusmetodeja aineiston keräämiseen, kutsutaan aineistotriangulaatioksi. Monimetodisen lähestymistavan eli triangulaation ensisijainen tavoite on lisätä tutkimuksen kattavuutta ja vähentää luotettavuusvirheitä, mutta myös tarkastella ilmiötä mahdollisimman monesta näkökulmasta. Näistä eri näkökulmista pyritään saamaan vahvistusta yhteiselle tutkimustulokselle. Triangulaation käyttöä perustellaan tutkimustilanteissa, joissa yksi menetelmä jättää tiedonkeruuseen aukkoja, joihin muiden menetelmien avulla voidaan saada vastauksia. (Kananen 2008, 39-41; Vilka 2015, 70-71.)

Opinnäytetyössä käyttämäni monimetodisen lähestymistavan johdosta, en voi luokitella tutkimustani täysin kvantitatiiviseksi enkä kvalitatiiviseksi. Näiden tutkimustyyppien eroja on nostettu esille jo pitkään ja niitä on pyritty havainnollistamaan monin tavoin, kuten taulukoimalla kummankin lähestymistavan tyypillisimpiä piirteitä rinnakkain, laatimalla luokitteluja ja kuvauksia molemmista suuntauksista. Ne ovat kuitenkin lähestymistapoja, joita on käytännössä vaikea erottaa tarkkarajaisesti toisistaan. Tutkimukset nähdään toisiaan täydentäviksi, ei kilpaileviksi suuntauksiksi ja menetelmiä voidaan käyttää rinnakkain. Tutkimuksen analyysivaiheessa voidaan kyllä erottaa toisistaan kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen analyysi, mutta niitä voi aivan hyvin käyttää samassa tutkimuksessa ja saman tutkimusaineiston analyysissa. Kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysia voidaan pitää toistensa jatkumoina, ei vastakohtina tai toisensa pois sulkevinä analyysimalleina. (Alasuutari 1995, 31-32; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 131-132.)

Kvantitatiivinen tutkimus painottuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujat voivat olla riippumattomia eli selittäviä, kuten vastaajien taustatiedot iästä ja sukupuolesta tai ne voivat olla riippuvia eli selitettäviä, esimerkiksi vastaajien tyytyväisyys annettuun hoitoon tai heidän kokemuksensa elämänlaadustaan. Myös väliin tuleva muuttuja voi vaikuttaa mittaustulokseen, jolloin sekin on otettava huomioon tutkimuksessa. Väliin tulevalla muuttujalla ei ole suoranaista yhteyttä tutkittavaan ilmiöön vaan se vaikuttaa tutkimuksen aikana tutkimusolosuhteisiin, kuten vuoden aikojen lämpötilaan ja sitä

kautta tutkimuksen lopputulokseen. Kun kvantitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita yhden ilmiön vaikutuksesta toiseen ilmiöön, kutsutaan tutkimusasetelmaa kokeelliseksi tai kvasikokeelliseksi asetelmaksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55-57.)

Kokeellisen tutkimuksen tavoitteena on tutkia ilmiöiden vaikutuksia ja ”syy-seuraussuhteita” toisiinsa kontrolloidusti, tietyssä ympäristössä tai tilanteessa. Pyrkimyksenä on kontrolloitujen ja systemaattisten havaintojen tekeminen sekä mahdollisimman luotettavien tutkimustulosten saaminen. (Jyväskylän yliopiston Koppa www-sivut 2019.) Hoitotieteellisessä tutkimuksessa kokeellisen asetelman luominen on ongelmallista, sillä tutkimuksessa tutkitaan ilmiöiden vaikutusta ihmisiin. Väliin tulevien muuttujien eliminoiminen täysin on vaikeaa, sillä tutkittavat elävät omaa arkeaan osana yhteiskuntaa ja onkin mahdollista, että he saavat vaikutteita muualta elinympäristöstään. Tämän vuoksi on vaikea arvioida pelkän ilmiön vaikutusta tutkimusasetelmassa. (Kankkunen ym. 2013, 58).

Tutkimuksen osallistujiin kohdistettava interventio on kokeellisen tutkimuksen olennaisin piirre (Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut 2019). Interventio on väliintulo tai toimenpide, jolla pyritään vaikuttamaan johonkin. Opinnäytetyöni kausallinen muuttuja, jolla pyrittiin vaikuttamaan tutkimusryhmään, oli saunajoogaharjoittelu. Interventiokäsitettä tarkastellessa terveydenhuollon kontekstissa, on se tapahtuma, jonka tarkoitus on vaikuttaa yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Keskeisenä tavoitteena on saada aikaan myönteisiä tuloksia, jotka edistävät asiakkaan hyvinvointia. Hoitotyössä interventio voi sisältää erilaisia toimenpiteitä, joita terveydenhuoltohenkilöstö toteuttaa asiakkaan puolesta tai yhteisesti hänen kanssaan. Hoitotieteissä tärkeää on se, että interventioiden tulisi perustua parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön. (Pölkki 2014, 3.)

Kokeellisen tutkimuksen ensimmäinen mittauskerta tehdään aina ennen interventiota, jotta pystytään mittaamaan selitettävän muuttujan lähtötaso. Seuraava tai seuraavat mittaukset tehdään intervention jälkeen, jotta tuloksia voidaan verrata ensimmäisen mittauskerran tuloksiin. Näin saadaan selville mahdollinen muutos ja intervention vaikutus tutkimusryhmässä. Jos muutos on ollut merkittävä ryhmässä, voidaan päätellä, että interventiolla on ollut vaikutusta selitettävään muuttujaan. (Menetelmäopetuksen

tietovarannon [www-sivut 2019](#).) Kvasi-kokeellinen tutkimus eroaa varsinaisesta kokeellisesta tutkimuksesta, sillä siitä puuttuu kokeellisen tutkimuksen peruslähtökohta eli tutkittavien kohteiden satunnaistaminen eri ryhmiin tai siitä puuttuu vertailuryhmä kokonaan tai mahdollisesti jopa molemmat edellä mainituista asioista (Axelin, Hätönen, Pölkki & Salanterä 2012, 304).

Paneeliasetelmaksi kutsutaan tilannetta, jossa ei edes edellytetä kontrolliryhmän käyttöä. Siihen kuuluu yleensä useita havaintoyksiköitä ja ainakin kaksi eri mittauskertaa. Samoin kuin klassisessa kokeellisessa tutkimuksessa, paneeliasetelmassa ensimmäinen mittauskerta on aina ennen interventiota. Seuraava tai seuraavat mittauskerrat toteutetaan intervention jälkeen ja siten pystytään näyttämään, kuinka suuri muutos interventioista seurasi tutkimuksen kohteena olevassa muuttujassa. Koska paneeliasetelmään ei kuulu kontrolliryhmää, voi ongelmaksi muodostua se, että tutkija ei voi olla täysin varma siitä johtuuko havaittu muutos juuri interventioista vai vaikuttiko jokin muu tekijä. Opinnäytetyössäni ei ollut kontrolliryhmää, joten olen toteuttanut tutkimuksen paneeliasetelmalla. (Menetelmäopetuksen tietovarannon [www-sivut 2019](#).)

6.1 RAND-36 terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari

Kyselytutkimuksessa mittaus toteutetaan kyselylomakkeella ja se on tyypillisesti luokiteltu kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi. Strukturoitu kysely muodostuu eksakteista kysymyksistä, jotka on varustettu vastausvaihtoehdoilla ja on kyselyn formaalisin muoto. Valmiiden vaihtoehtojen on oltava toisensa pois sulkevia, joten vastaajalle ei pitäisi syntyä epäselvyyksiä siitä, mikä vaihtoehto pitäisi valita. Strukturoidut kysymykset mahdollistavat vastausten vaihtoehtojen määrien eli frekvenssien laskemisen, joten kysymyksiä voidaan tulkita numeerisesti ja puhua määrällisestä menetelmästä. (Kananen 2014, 74-75; Vehkalahti 2014, 20-24.) Kyselylomake voi toimia tutkimuksessa mittarina, korostaen erityisesti tilastollisia näkökohtia. Mittari koostuu osioista, jotka mittaavat eri tavoin toisiinsa liittyviä asioita. Osiot ovat mittarin yksittäisiä kysymyksiä tai väitteitä, jotka mittavat vain yhtä asiaa kerrallaan. Ne voivat olla myös avoimia, jolloin vastaajalla on mahdollisuus tuottaa vapaata tekstiä. Näiden avovastauksien avulla saatetaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, joka voisi muuten jäädä kokonaan havaitsematta. (Vehkalahti 2014, 20,23-25.)

Opinnäytetyössäni käytetty kyselymittari RAND-36 on maailmanlaajuisesti käytetyin terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari, joka on tarkoitettu hoidon vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan sekä hoitotyössä että kliinisessä tutkimuksessa. (Hays & Morales 2001, 350; Korpilahti & Aalto 2013.) Mittarin alkuperä on RAND-tutkimuslaitoksessa Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimushankkeessa, Medical Outcome Study:ssa (MOS), jonka yhtenä tavoitteena on ollut kehittää mittausvälineitä terveydenhuollon tulosarviointiin. Hankkeen avulla on kehitetty eri käyttötarkoituksiin soveltuvia, eripituisia kyselymittareita, jotka kartoittavat ihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia. Niissä on lähtökohtaisesti korostettu potilaan näkökulmaa oman terveydentilansa arvioinnissa. Tutkimuslaitoksessa on kehitetty yhtenevät SF-36 sekä RAND-36 mittarit, jotka kartoittavat hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla ulottuvuudella. Mittarit eroavat toisistaan siinä, että RAND-36 mittari sisältää ulottuvuuksien ulkopuolisen, terveydentilassa tapahtunutta muutosta kartoittavan kysymyksen. (Aalto ym. 1999, 5.)

Suomessa RAND-36 mittari on saatavilla Toimia-tietokannasta ja suomennoksen ylläpidosta vastaa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos sekä TOIMIA-tietokanta. Alkuperäisen englanninkielisen version ylläpidosta vastaa organisaatio RAND Health. Mittari on helppokäyttöinen sekä vapaasti käytettävissä oleva ja maksuton. Mittarin arvioitu täyttöaika on viidestä kymmeneen minuuttia. Sen käyttö ei vaadi erillistä koulutusta, mutta suositellaan riittävää perehtymistä käyttöohjeisiin ja pisteiden laskemiseen. Tarvittavat välineet ovat kyselylomake, käyttöohjeet ja pisteytysohje. Mittarista on vuonna 1999 julkaistu suomalaisen väestöön perustuvat viitearvot, sukupuolen, iän, koulutuksen sekä pitkäaikaissairastavuuden mukaisissa alaryhmissä. (Aalto ym. 1999, 35-40; Korpilahti & Aalto 2013.) “Moniulotteista RAND-36-mittaria voidaan käyttää terveystutkimuksissa, joissa halutaan selvittää eri kroonisten sairauksien vaikutuksia. Se soveltuu myös tulostittariksi terveydenhuollon arviointitutkimuksissa, kun halutaan saada tietoa terveysintervention vaikutuksista eri elämänalueilla. RAND-36-mittari soveltuu myös työvälineeksi esimerkiksi kuntoutustyöntekijöille, jotka haluavat seurata oman työnsä tuloksellisuutta ryhmätasolla.” (Aalto ym. 1999, 5-6.)

RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarissa tuloksia käsitellään kahdeksalla eri ulottuvuudella, vaikka kysymyksiä on yhteensä 36 kappaletta. (Taulukko 3.)

Huomioitavaa on, että terveydentilassa tapahtuvaa muutosta koskeva kysymys, numero kaksi, ei kuulu näiden ulottuvuuksien summa-asteikoille. (Liite 1.) Tulosten saamiseksi kysymysten vastaukset käsitellään kahdessa vaiheessa. Ensimmäiseksi alkuperäisistä vastausvaihtoehdoista saadut pisteet koodataan uudelleen mittarin oman taulukon mukaisesti niin, että kukin kysymyksen vastaukset saavat uudet arvot 0-100 pisteen välillä. Korkea pistemäärä kunkin kysymyksen kohdalla ilmaisee hyvää terveyttä ja elämänlaatua. (Aalto ym. 1999, 75,78.) Sen jälkeen voidaan laskea keskiarvot eli indeksi-arvot kuvaamaan vastaajan sijoittumista kullakin kahdeksalla eri ulottuvuudella. Keskiarvoon lasketaan koodatut pistemäärät 0-100 pisteen väliltä, jotka vastaaja on saanut ulottuvuuden kysymyksistä ja jaetaan ulottuvuuden kysymysten lukumäärällä. Mitä korkeampi indeksi-arvo on, sitä paremmaksi vastaaja kokee tilanteensa kyseisellä ulottuvuudella. (Aalto ym. 1999, 75-76.)

Taulukko 3. RAND-36 mittarin ulottuvuuksien sisällölliset luonnehdinnat. (Aalto ym. 1999, 6.)

Ulottuvuus	Kysymysten lukumäärä	Sisältö
Koettu terveys	5	Subjektiiivinen käsitys nykyisestä terveydentilasta, oman terveyden kehitymisestä, alttiudesta sairauksille.
Fyysinen toimintakyky	10	Fyysinen kunto, selviäminen erilaisista fyysistä ponnistuksista.
Psyykinen hyvinvointi	5	Ahdistuneisuus, masentuneisuus, positiivinen mieliala. (viimeksi kuluneen neljän viikon ajalta)
Sosiaalinen toimintakyky	2	Terveydentilan aiheuttamat rajoitukset tavanomaiselle sosiaaliselle kanssakäymiselle perheen, ystävien, naapurien ym. kanssa.
Tarmokkuus	4	Vireystila, energian taso. (viimeksi kuluneen neljän viikon aikana)
Kivuttomuus	2	Kivun voimakkuus ja häiritsevyys.

Fyysinen roolitoiminta	4	Fyysisten terveysongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumisessa. (viimeksi kuluneen neljän viikon aikana)
Psyykkinen roolitoiminta	3	Tunneperäisten ongelmien aiheuttamat rajoitukset tavanomaisista rooleista suoriutumisessa. (viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana)

Omassa opinnäytetyössäni käsittelin alkumittausten ja loppumittausten välisten indeksiarvojen eroavuutta eri ulottuvuuksilla sekä vertasin tuloksia olemassa oleviin väestöarvoihin. Neljältä osallistujalta sain alku- ja loppumittaustulokset ja yhdeltä osallistujalta vain alkumittaustulokset. Suomalaisesta väestöstä kerätyistä väestöarvoista käytin ikään perustuvaa luokittelua, yli 65 vuotta täyttäneet henkilöt, jossa havaintoyksiköiden määrä oli 531 henkilöä (n=531). Alkumittauksen osalta käytin viiden osallistujan vastausten indeksiarvojen keskiarvoa ja loppukyselyn osalta neljän osallistujan. (Aalto ym. 1999, 35-40.)

6.2 Teemahaastattelu

Haastattelu on kvalitatiivisen tutkimuksen käytetyin aineistonkeruumenetelmä ja se voidaan luokitella osallistujien määrän mukaan joko yksilö- tai ryhmähaastatteluksi. Ryhmähaastattelua ei voida pitää erillisten yksilöhaastatteluiden suoranaista vaihtoehtona, sillä se tuottaa erilaista tietoa johtuen ryhmätilanteen vaikutuksesta. Teemahaastattelussa kahden ihmisen tai ryhmän kesken käydään keskustelua aihe kerrallaan. Tämä antaa tutkijalle riittävän väljyyden tutkimustulosten löytämiseen ja samalla kuitenkin antaa mahdollisuuden rajata haastattelua teemoittelulla. Haastattelu on hyvä tallettaa äänitteenä, sillä keskustelun kirjaaminen reaaliaikaisesti olisi liian aikaa vievää ja suuritöistä. Joskus tutkija voi haluta videoida haastattelun, jotta analyysissä voidaan huomioida myös haastateltavien ilmeet ja eleet. Tutkija on etukäteen päättänyt aiheet eli teemat, joista haastattelussa keskustellaan ja niiden valinta tapahtuu tutkittavan ilmiön ennakkonäkemyksestä. Teemat voivat olla suoria kysymyksiä, joilla kartoitetaan tutkittavaa ilmiötä eri näkökulmista. Teemahaastattelun etuna on myös se, että siinä

voidaan tarkentavien ja syventävien kysymysten avulla löytää lisää tutkimustietoa, korostaen vastaajien tulkintoja tutkittavasta ilmiöstä. Jos teemahaastattelulla ei saada tarpeeksi syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta, voidaan aineistonkeruumenetelmänä käyttää syvähaastattelua. Siinä keskustellaan aiheesta ilman ennalta valittuja teemoja ja pyritään pääsemään syvemmälle tutkittavien kokemuksiin. (Kananen 2008, 73-75; Kananen 2014, 70-72; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88.)

Opinnäytetyöni teemahaastattelu on toteutettu ryhmässä. Sen tarkoituksena oli kerätä tutkimustietoa kaikilta ryhmän jäseniltä yhdellä kertaa, säästämällä heidän aikaansa ja vaivaansa. Yksilöhaastatteluiden sopiminen olisi ollut vaikeaa osallistujille, sillä haastattelut olisi pitänyt tapahtua osallistujien kotona. Tiedonkeruun näkökulmasta ryhmähaastattelulla voidaan saada paremmin tietoa siitä, miten ilmiötä käsitellään ryhmässä, sillä haastatteluun tulevat mukaan ryhmätilanteen vaikutukset. Koska saunajoogaharjoittelu oli toteutettu ryhmässä, oli luonnollista toteuttaa myös haastattelu ryhmässä. Ryhmähaastattelussa osallistujien keskinäinen vaikutus voi olla tietoa lisäävä, johon olen myös haastattelun valinnassa pyrkinyt. (Kananen 2008, 75.) Haastattelu sisälsi kuusi kysymystä, joihin halusin osallistujilta vastauksia. Lisäksi oli kolme lisäkysymystä, jotka esittäisin, mikäli haastattelun lopussa jäisi aikaa niiden esittämiseen ja vastaamiseen. (Kuvio 2.) Haastattelun tavoitteena oli löytää vastaus siihen, miten osallistujat kokivat saunajoogaharjoittelun vaikuttavan heidän arkeensa.

1. Kysymys	•Soveltuiko saunajoogaharjoittelu arkeesi omaishoitajana?
2. Kysymys	•Oliko saunajoogalla vaikutusta arkeesi?
3. Kysymys	•Oliko saunajoogalla vaikutusta sinuun?
4. Kysymys	•Olivatko saunajoogaliikkeet mielestäsi sopivia?
5. Kysymys	•Voisitko ajatella hyödyntäväsi saunajoogaharjoittelua tulevaisuudessa?
6. Kysymys	•Onko teillä kehittämis ehdotuksia?
7. Kysymys	•Miltä tuntui viettää tunti viikossa ohjatussa saunajoogaharjoittelussa?
8. Kysymys	•Suositteletko saunajoogaa muille omaishoitajille?
9. Kysymys	•Miten kuvailisit saunajoogaa muille omaishoitajille?

Kuvio 2. Teemahaastattelun kysymykset.

Haastattelusta saatu aineisto on yleensä laaja ja sen käsittely sellaisenaan on hankalaa. Jotta aineiston käsittely olisi mahdollista, tulee se ensin saattaa kirjalliseen muotoon eli litteroida. Varsinaista litterointia voidaan tehdä eri tarkkuudella ja tarkimmissa tapauksissa pitää huomioida puheen lisäksi eleet ja äänenpainot taukoineen. Usein riittää melko yleinen taso, jossa keskitytään vastauksen ytimen löytämiseen, eikä tuoda esille vastaajan koko ilmaisua. Sanatarkassa litteroinnissa voidaan kuvauksia myöhemmin käyttää sellaisinaan sitaatteina. Ennen analysointia, litteroitu aineisto vaatii työstämistä sellaiseen muotoon, että analysointi on mahdollista toteuttaa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on lajitella haastattelusta saatua tietoa uudelleen niin, että tietomassasta nähtäisiin sen taustalla oleva ilmiö sekä järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Kananen 2008, 88-91,94; Kananen 2014, 101-104; Kankkunen ym. 2013, 165-169; Tuomi ym. 2018, 117-127.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä edetään yksittäisestä asiasta yleiseen ja tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, siten ettei aikaisemmat havainnot, tiedot tai teorit ohjaa analyysia. Ennen analyysin aloittamista on valittava analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai sisältää useita lauseita ja sen määrittämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. Sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen, jonka avulla etsitään kirjoitetusta aineistosta tutkimuskysymystä kuvaavia ilmaisuja ja karsitaan tutkimukselle ylimääräinen pois. Yksi pelkistämisen keinoista on koodaus. Siinä yhdistetään samaa tarkoittavat asiat saman koodin alle, kuitenkin vähentämättä aineiston laadullista sisältöä. Koodaus ei ole vielä analyysi vaan välivaihe, joka tekee itse analyysin mahdolliseksi. Redusoinnin jälkeen on vuorossa klusterointi eli ryhmittely, jossa koodattu aineisto käydään läpi ja etsitään samanlaisuuksia ja eroavuuksia. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi ja näistä muodostuvat alaluokat. Abstrahointi eli käsitteellistäminen jatkaa yhdistelemällä alaluokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä alaluokat yhdistetään yläluokiksi ja yläluokat pääluokiksi, edeten teoreettisiin käsitteisiin ja johdopäätöksiin sekä tutkimuskysymyksen vastaukseen. (Kananen 2008, 88-91,94; Kananen 2014, 101-104; Kankkunen ym. 2013, 165-169; Tuomi ym. 2018, 117-127.)

6.3 Kyselylomake

Kyselylomakkeen huolellisella laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista. Lomakkeen tulisi näyttää helposti täytettävältä, sen tulisi olla ulkoasultaan moitteeton ja avoimille vastauksille pitää olla riittävästi tilaa. Kysymyksiä voi muotoilla kolmella eri tavalla. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tyhjää tilaa vastaamista varten. Monivalintakysymyksissä on laadittu valmiit vastausvaihtoehdot, joiden kohdalle vastaaja merkitsee rastin tai ympyröi vastauksen. Asteikkoihin perustuvissa kysymyksissä esitetään väittämiä, joista vastaaja valitsee sen kohdan, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. (Hirsijärvi ym. 2007, 193-199.)

Kyselylomakkeen toteutuksessa olen käyttänyt sekä monivalinta että avoimia kysymyksiä mahdollisimman monipuolisen tutkimusmateriaalin saamiseksi. Samalla pyrin suunnittelemaan lomakkeen mahdollisimman helppokäyttöiseksi ja siitä syystä se sisälsi vain kaksi erillistä kysymystä. (Liite 2.) Ensimmäiseen kysymykseen pystyi vastaamaan ympyröimällä valmiin vastausvaihtoehdon sekä halutessaan täydentämään vastausta kirjoittamalla. Se kartoitti saunajoogan vaikutusta neljällä eri osa-alueella, joita olivat nukkuminen, kivut, jaksaminen sekä mieliala. Vastausvaihtoehdot olivat: ”ei”, ”en osaa sanoa” tai ”kyllä”. Jos vastaaja ympyröi vastauksen ”kyllä”, oli hänen mahdollista tarkentaa vastauksen taustaa ja kirjoittaa avoimeen kysymykseen vastaus. Avoimessa kysymyksessä oli mahdollista vastata siihen, että miten saunajooga on vaikuttanut kyseiseen asiaan. Toinen kysymys oli pelkästään avoin kysymys ja koski osallistujien tuntemuksia siitä, millaista saunajoogaharjoittelu on heidän mielestään ollut. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten vastaukset käsitelin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Monivalintakysymysten vastaukset olen koonnut taulukoihin numeerisessa muodossa.

Avoimien kysymysten avulla on mahdollista saada esille näkökulmia, joita tutkija ei ole etukäteen osannut ajatella sekä ne antavat vastaajalle tilaisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään. Toisaalta avoimet kysymykset tuottavat sisällöltään kirjavaa aineistoa, jota on vaikeampi käsitellä kuin monivalintavastauksia. Monivalintakysymysten etuna on se, että ne auttavat vastaajaa tunnistamaan asian, sen sijaan että hänen pitäisi yrittää muistella vastaukseen liittyviä tapahtumia tai tuntemuksia ja tästä

syystä vastaaminen on helpompaa. Kysymykset on myös helpompi laatia merkitsemään samaa asiaa kaikille vastaajille ja vastauksia voidaan vertailla keskenään. Kyselylomakkeisiin voi lisäksi sisältyä vastaajia itseään koskevia taustakysymyksiä eli selittäviä muuttujia, kuten sukupuoli, ikä, ammatti, perhesuhteet. Näitä selittäviä muuttujia olen kysynyt opinnäytetyöhöni osallistuvilta vain kerran, alkumittauksen yhteydessä, erillisellä taustatietolomakkeella. (Hirsijärvi y. 2007, 192-197.)

Kyselylomaketta suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon sen luotettavuus eli validiteetti. Lomakkeessa olevat käsitteet pitää olla kaikkien ymmärrettävissä ja tutkijan on osoitettava selvästi, mitä tarkastettava käsite juuri tässä yhteydessä tarkoittaa. Mikäli käsitteet ovat abstrakteja, on riskinä se, että vastaajat ymmärtävät käsitteet eri tavoin. Tällöin on syytä toteuttaa käsitelmämittely eli operationalisointi. Siinä käsitteet määritellään sellaisiksi analyttisiksi käsitteiksi, joita voidaan mitata ja ymmärtää. Kyselylomakkeen toimiessa mittarina, on tärkeää, että se mittaa juuri sitä mitä sen on tarkoitus mitata, tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti. Yksittäisen kyselylomakkeen tai mittarin hyvä validiteetti on välttämätön tutkimuksen kokonaisvaliditeetin kannalta. Huonosti suunniteltu kysely ei välttämättä tuota tarvittavaa ja tarpeeksi kattavaa tietoa ilmiöstä ja saattaa johtaa tutkimuksen epäonnistumiseen. Kyselylomakkeen reliabiliteetti eli käyttövarmuutta on myös tärkeä huomioida, jotta se johdonmukaisesti mittaa aina samaa asiaa. Samaa mittaria voidaan käyttää monissa eri tilanteissa, joten on tärkeää, että tuloksiin ei pääse vaikuttamaan satunnaisvirheet tai olosuhteet. (Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut 2019.)

Kyselylomakkeen valmistelussa on hyvä käyttää pilottitutkimusta, jonka avulla voidaan tarkistaa sen validiteettia ja reliabiliteettia. Pilotti-kyselyn jälkeen pystytään tarkistamaan kyselyn näkökohtia ja korjata kysymysten muotoilua. (Hirsijärvi ym. 2007, 199.) Opinnäytetyöni kyselylomakkeelle ei toteutettu varsinaista pilottitutkimusta, mutta kysymykset on tarkistettu opinnäytetyön ohjaajalla. Osallistujat vastasivat kyselyyn kymmenen kertaa ja tuona aikana heiltä ei tullut kysymyksiä tai kommentteja koskien kysymysten ymmärtämistä. Esille ei myöskään noussut vaikeuksia vastaamisessa.

6.4 Kenttämuistiinpanot

Havainnointia voidaan käyttää sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä. Havainnoinnissa on kyse siitä, että tutkija tarkkailee objektiivisesti tutkimuksen kohdetta ja tekee havainnoinnin aikana muistiinpanoja tai kenttäraporttia. Tutkimuksen kohteena on lähes aina ihmiset ja ryhmät, joiden toimintaa havainnoidaan. Ryhmän toiminnassa keskiössä ovat ihmisten väliset suhteet ja se, mitä he tekevät. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on mukana tutkimusryhmässä toimijana ja dokumentoi havainnoimansa ilmiöt päiväkirjan muodossa, joka on todiste tiedonkeruusta. Siihen kirjataan ylös kaikki tutkittavaan ilmiöön liittyvät tapahtumat ja ilman tätä dokumentointia havainnointi ei ole tieteellistä. Osallistuvan havainnoin pyrkimyksenä on saada aikaan muutos tutkittavassa ryhmässä, joka jatkuisi vielä tutkimuksen jälkeenkin. Kyse on havainnoinnin kautta tulevasta oppimisesta, joka mahdollistaa muutoksen. Päiväkirjan lisäksi tai sijaan, tutkija voi myös tehdä erilaisia muistiinpanoja tutkimuskohteestaan varsinaisen kenttätyön aikana, kirjata ylös havainnointinsa ryhmän toiminnasta tai ilmiöistä. Näitä muistiinpanoja kutsutaan kenttämuistiinpanoiksi. Ilmiöt kirjataan ylös heti tai mahdollisimman pian, koska tapahtumat ja niiden yksityiskohdat unohtuvat nopeasti. Joskus kenttäolosuhteissa tilanteet vaihtuvat niin nopeasti ja tulee jatkuvasti uutta tietoa, ettei muistiinpanojen tekemiseen välttämättä jää aikaa kyseisessä tilanteessa. Tällöin on hyvä kirjata tapahtuma heti ylös ja palata asiaan myöhemmin, kuitenkin mahdollisimman pian. (Kananen 2008, 70; Kananen 2014, 65-69; Metsämuuronen 2006, 116.)

Opinnäytetyössäni olen toteuttanut osallistuvaa havainnointia saunajoogaharjoittelun yhteydessä ja olen tehnyt kenttämuistiinpanoja jokaisella harjoittelukerralla. Opinnäytetyöni kenttämuistiinpanot pohjautuvat kolmeen aiheeseen, joiden avulla olen halunnut kerätä tietoa saunajoogaharjoittelusta. (Kuvio 3.) Aina saunajoogaohjauskerran lopuksi, kysyin ryhmän mielteitä saunajoogasta sekä kyseisestä ohjauskerrasta. Vastaukset kirjasin heti saunassa ylös paperille. Ohjauskerran jälkeen kirjasin myös itse kenttämuistiinpanoja siitä, mitä tunnin aikana tehtiin ja mitkä olivat omat tuntemukseni tunnista. Kenttämuistiinpanoista saatu kirjallinen materiaali on työstetty aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla vastaukseksi tutkimuskysymykseen, millaisena ikään-tyneet omaishoitajat kokivat saunajoogaharjoittelun.

1. Aihe	• Ryhmän mietteet tunnin jälkeen.
2. Aihe	• Kuvaus tunnista, Mitä tehtiin?
3. Aihe	• Omat kokemukset tunnista.

Kuvio 3. Kenttämuistiinpanojen rakenne

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni sisälsi kymmenen viikon interventiojakson, jonka aikana saunajooga-harjoitteita ohjattiin omaishoitajille kerran viikossa, 60 minuuttia kerrallaan. Jokaisen harjoituskerran aikana omaishoitajien oli mahdollista kysyä neuvoa ja ohjeita koskien harjoitteiden toteutusta sekä tarkoitusta, jotta heidän olisi periaatteessa mahdollista tehdä harjoitteita myös kotona, omassa saunassa. Oma-aloitteista saunajoogaharjoitteiden suorittamista kotona tai muualla saunassa, ei vaadittu opinnäytetyössä.

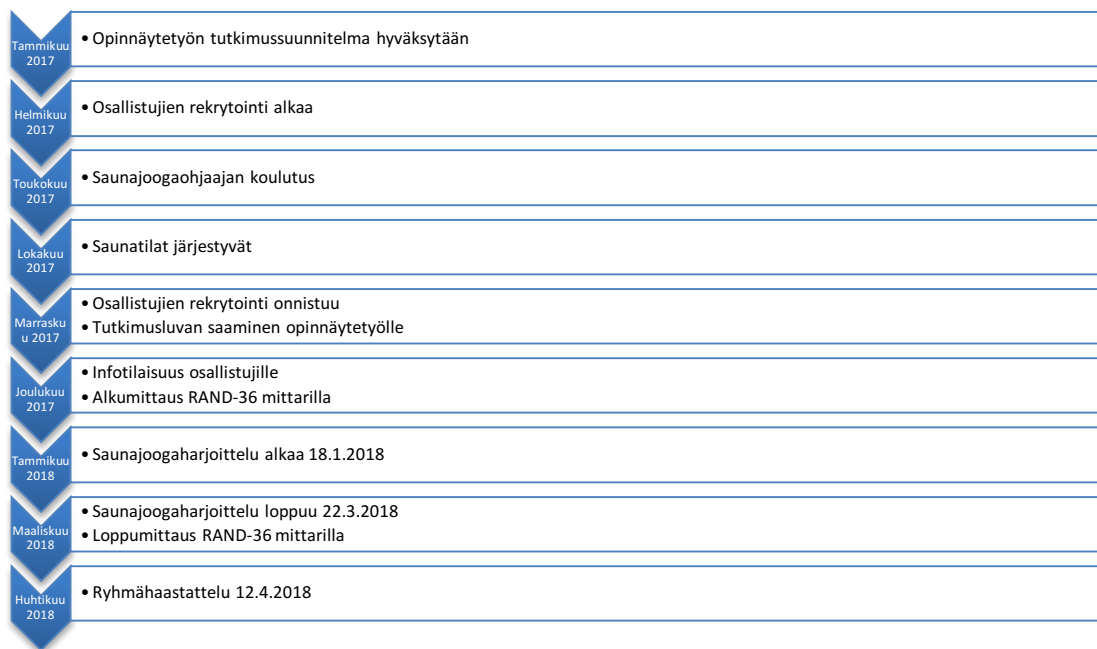
Interventiota ennen sekä sen jälkeen toteutettiin osallistujien terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaus RAND-36 mittarilla, jotta pystyttiin kartoittamaan lähtötilanne ennen intervention toteutusta sekä lopputilanne intervention jälkeen. Näin pystyttäisiin arvioimaan mahdollinen muutos eli intervention vaikutus. (Kananen 2014, 45.) Muita tiedonkeruumenetelmiä oli intervention aikana osallistujien täyttämä kyselylomake omista tuntemuksistaan, tutkijan tekemät kenttämuistiinpanot jokaisen saunajoogaohjauskerran yhteydessä sekä lopussa toteutettu ryhmän teemanhaastattelu. Näiden tutkimusmenetelmien avulla saatua tutkimustietoa analysoitiin vasta intervention jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma valmistui tammikuussa 2017 ja osallistujien rekrytointi alkoi helmikuussa. Aluksi olin yhteydessä Porin seudun muistiyhdistys ry:n puheenjohtajaan ja hänen kanssaan sovimme rekrytoinnin toteutuksesta. Toukokuuhun 2017 mennessä ei ollut löytynyt tutkimukseen osallistujia, joten siirsin rekrytointia seuraavaan syksyyn. Toukokuussa 2017 osallistuin sovitusti saunajoogaohjaaja koulutukseen, jotta minulla olisi valmiudet aloittaa saunajoogaharjoittelun ohjaaminen

syksyllä. Lokakuussa 2017 oli seuraava rekrytointiyritys, joka ei myöskään tuottanut tulosta. Samaan aikaan sain sovittua Diafysion, nykyisen Diakonin, saunatilojen vuokraamisesta saunajoogaharjoittelun ajaksi. Saunatilan koko rajoitti osallistujien määrän viiteen henkilöön.

Marraskuussa 2017 osallistuin Satakunnan omaishoitajat ry:n tilaisuuteen, jossa sain esitellä paikalla oleville omaishoitajille opinnäytetyöni suunnitelman ja kertoa heille saunajoogasta. Tässä tilaisuudessa sain rekrytoitua viisi osallistujaa. Joulukuussa 2017 pidin opinnäytetyöhöni osallistuville viidelle omaishoitajalle infotilaisuuden, glögitarjoilun kera, Satakunnan omaishoitajat ry:n tiloissa. Tilaisuudessa keskustelimme saunajoogaharjoittelun toteutuksesta ja osallistujat saivat infokirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyön sisällöstä ja osallistujien oikeuksista. (Liite 3.) Sovimme yhdessä saunajoogaharjoittelun aloitusajankohdaksi 18.1.2018 ja interventiojakson pituudeksi kymmenen viikkoa. (Kuvio 4.)

Saunajoogaharjoittelu toteutui kerran viikossa Diakonin saunatiloissa, ajalla 18.1.2018 – 22.3.2018. Osallistujat palauttivat alkumittauslomakkeet ensimmäisen harjoituskeran yhteydessä. Interventiojakson jälkeen oli vuorossa ryhmähaastattelu, johon toivoin kaikkien viiden osallistujan pääsevän mukaan. Ryhmähaastattelun päivämäärästä, ajasta ja paikasta sovimme yhteisesti ennen interventiojakson loppumista. Loppumittauslomakkeet palautuivat ryhmähaastattelussa 12.4.2018 ja paikkana toimi jälleen Satakunnan omaishoitajat ry:n tilat.



Kuvio 4. Opinnäytetyön toteutuksen aikataulu

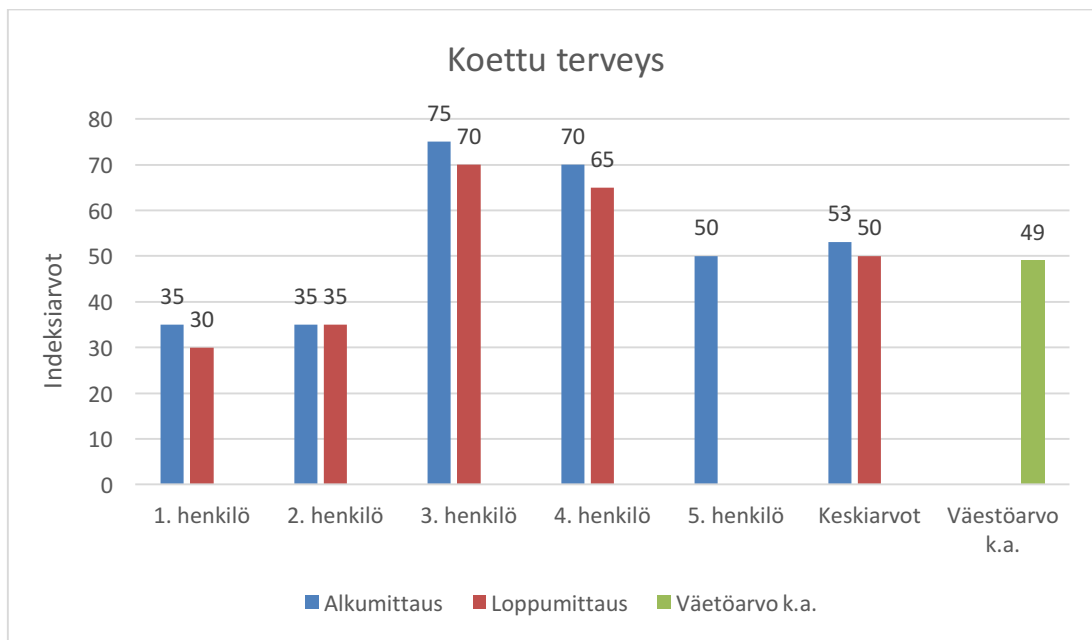
8 TULOKSET

Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden taustatietoja olen kerännyt valmiilla lomakkeella, jonka olen saanut Satakunnan omaishoitajat ry:ltä. Lomake on käytössä Omaisoiva-ryhmätoimintaan osallistuvien henkilöiden taustatietojen kartoituksessa. Se sisältää yhteensä 11 monivalintakysymystä, joista kolmeen on lisättyä avoin kysymys. Vastausten perusteella kaikki viisi osallistujaa ilmoittivat olevansa omaishoitajia ja ovat eläkkeellä ansiotyöstään. Vastaajista naisia on kolme ja miehiä kaksi. Ikäjakama on kaikilla 63-79 vuotta. He toimivat puolisonsa omaishoitajana ja saavat omaishoidon tukea. Kaksi omaishoitajaa oli toiminut puolisonsa hoitajana yhdestä viiteen vuoteen ja loput viidestä kymmeneen vuoteen. Kaikki vastaajat kuuluvat Omaishoitajaliiton paikallisyhdistykseen ja kolme heistä on osallistunut aikaisemmin yhdistyksen toimintaan. Kahdelle vastaajalle opinnäytetyöni ohjattu saunajoogaharjoittelu oli ensimmäinen osallistuminen yhdistyksen toimintaan. Neljä vastaajista sai tietää ryhmästä yhdistykseltä ja yksi ilmoitti saaneensa tiedon Omaishoitajaliitosta. Taustatietojen perusteella ulkopuolisilla henkilöillä ei ole mahdollisuutta tunnistaa opinnäytetyöhön osallistuvia henkilöitä.

8.1 Saunajoogaharjoittelun vaikutukset ikääntyneiden omaishoitajien elämänlaatuun.

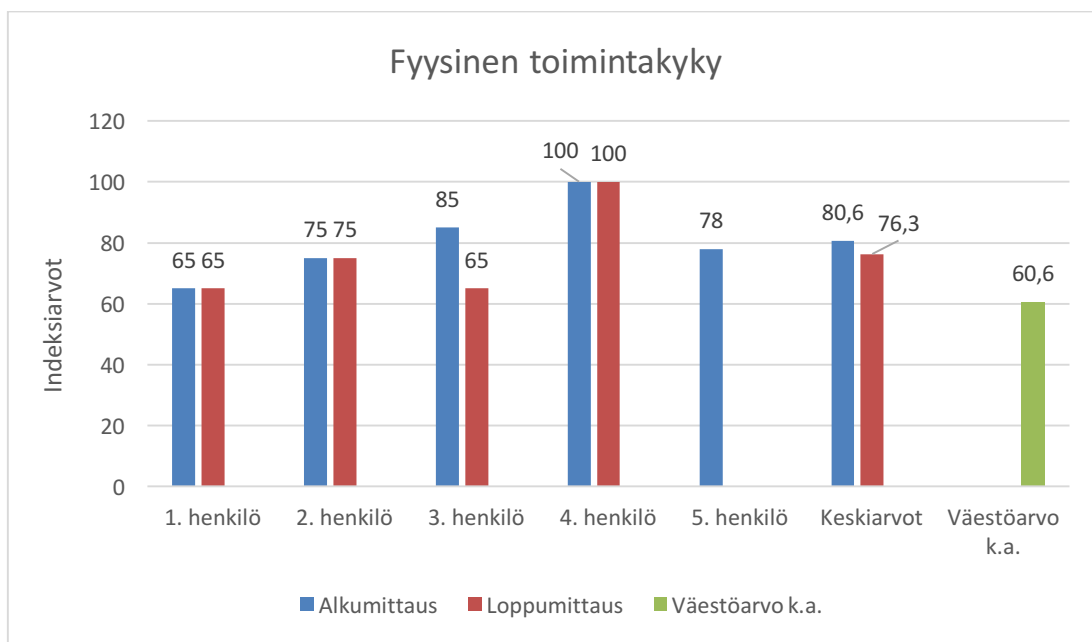
RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarilla kartoitetaan vastaajien hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksalla eri ulottuvuudella. (Liite 1.) Näitä ulottuvuuksia ovat koettu terveys, fyysinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, fyysinen roolitoiminta sekä psyykinen roolitoiminta. (Aalto ym. 1999, 5-6.) Opinnäytetyössäni pyysin osallistujia vastaamaan RAND-36 kyselyyn ennen saunajoogaharjoittelun aloittamista sekä kymmenen viikon saunajoogaharjoittelun jälkeen. Tulosten yhteenvedossa kiinnitin huomiota alku- ja loppumittausten väliseen eroon jokaisen osallistujan kohdalla yksilöllisesti sekä koko ryhmän alku- ja loppumittauksista laskettujen keskiarvojen välillä. Olen myös verrannut tuloksia saman ikäisten ikääntyneiden suomalaisten väestönarvojen keskiarvoon, jotka löytyvät Stakesin tutkimusraportista (Aalto ym. 1999, 35-40).

Koetun terveyden ulottuvuudessa on viisi kysymystä, joissa mitataan henkilön subjektiivista käsitystä nykyisestä terveydentilasta, oman terveyden kehittymisestä sekä alttiudesta sairauksille (Aalto ym. 1999, 6). Kolmella vastaajalla indeksi-arvo laski alku- ja loppumittausten välillä viisi pistettä, eli yhteensä 15 pistettä. Yhden vastaajan tulos pystyi samana. Muutokset alku- ja loppumittausten välillä olivat vähäiset ja eivätkä juurikaan merkitykselliset ryhmälle. Väestönarvojen keskiarvo koetulle terveydelle on 49 pistettä, osallistujien keskiarvo alkumittauksessa oli 53 pistettä ja loppumittauksessa 50 pistettä. Osallistujien keskiarvo heikentyi kolmella pisteellä. (Kuvio 5.) Väestönarvojen keskiarvo ja mittaustulosten keskiarvot olivat erittäin lähellä toisiaan, joten ryhmän koettu terveys muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna, oli yhteneväinen.



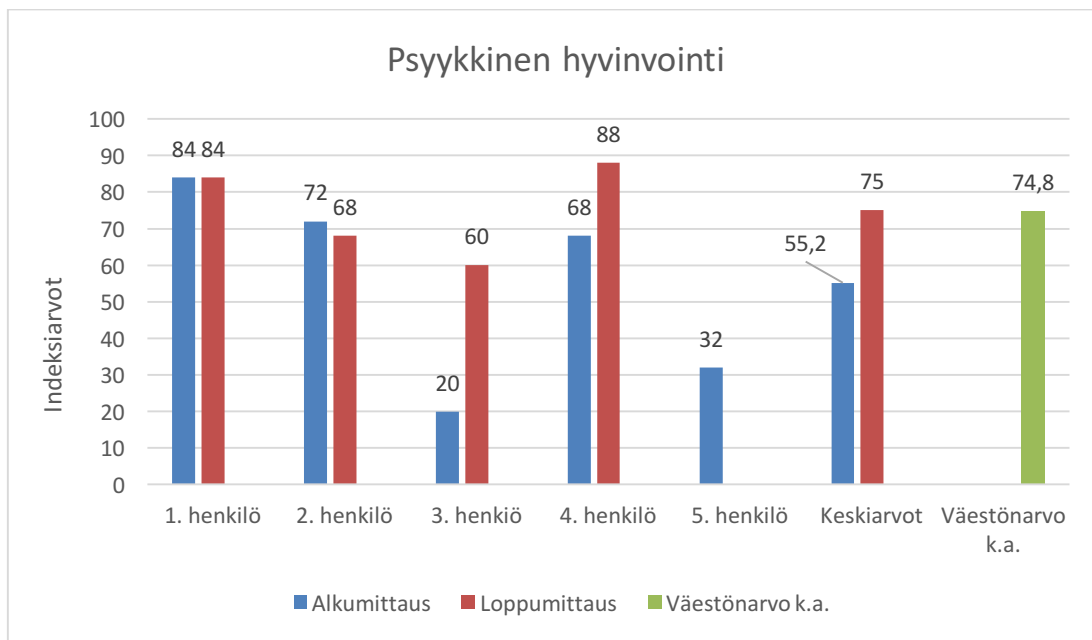
Kuvio 5. Osallistujien koettu terveys.

Fyysisen toimintakyvyn ulottuvuudessa on kymmenen kysymystä. Tämä ulottuvuus kertoo henkilön fyysisestä kunnosta ja selviämisestä erilaisista fyysisistä ponnistuksista. Parhaimmillaan terveydentila ei rajoita vaativiakaan suorituksia kuten rasittavia urheilusuorituksia. Heikoimmillaan henkilöllä voi olla suuria vaikeuksia liikkumisessa tai päivittäisistä toimista selviytymisestä. (Aalto ym. 1999, 6.) Kolmen vastaajan indeksi-arvot pysyivät samoina alku- ja loppumittauksissa. Yhden osallistujan indeksi-arvo laski 20 pistettä. Fyysisen toimintakyvyn väestönarvon keskiarvo on 60,6 pistettä ja osallistujien alkumittausten keskiarvo oli 80,6 pistettä ja loppumittausten 76,25 pistettä. Osallistujien keskiarvoissa tuli vähennystä yhteensä 4,3 pistettä. (Kuvio 6.) Ryhmän molemmat mittaustulokset olivat väestönarvon keskiarvoon verrattuna korkeammat, joten ryhmän fyysinen toimintakyky oli koko ajan ollut parempi muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna.



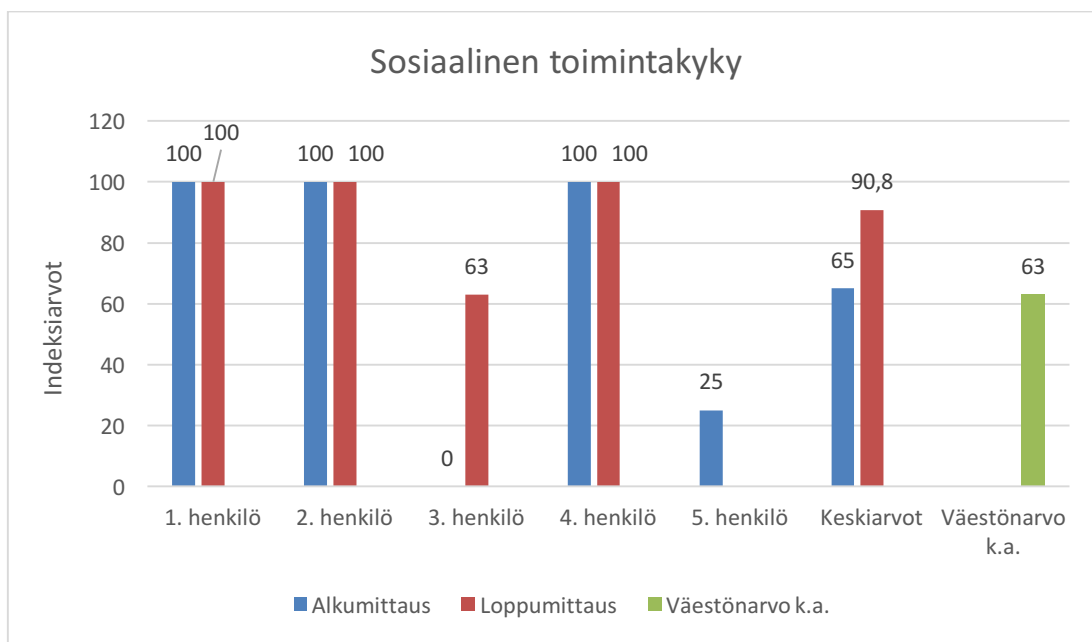
Kuvio 6. Osallistujien koettu fyysinen toimintakyky.

Psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudessa on viisi kysymystä, joilla mitataan henkilön ahdistuneisuutta, masentuneisuutta tai positiivista mielialaa. Heikoimmillaan henkilö voi tuntea olevansa hermostunut ja masentunut. Parhaimmillaan olo voi olla rauhallinen ja onnellinen. (Aalto ym. 1999, 6.) Yhden vastaajan tulos pysyi muuttumattomana. Kahdella vastaajalla indeksiarvot nousivat ja yhdellä arvo laski vain neljän pisteen verran. Nousseet indeksiarvot olivat 40 pistettä ja 20 pistettä eli yhteensä 60 pistettä. Ottaen huomioon alku- ja loppututkimusten välisen kokonaispistemäärän nousun, on tulos merkittävä tässä yhteydessä. Psyykkisen hyvinvoinnin pistemäärä nousi toiseksi eniten, kaikista kahdeksan ulottuvuuden kokonaispistemäärästä, alku- ja loppumittausten välillä. Psyykkisen hyvinvoinnin väestönarvon keskiarvo on 74,8 pistettä ja osallistujien alkumittausten keskiarvo oli 55,2 pistettä ja loppumittausten keskiarvo oli 75 pistettä. Parannusta osallistujien keskiarvossa tuli 19,8 pistettä, joka on prosentuaalisesti 19,8%. (Kuvio 7.) Alkumittauksen keskiarvo jäi selvästi alle väestön keskiarvon, mutta loppumittauksessa se oli noussut täysin samalle tasolle väestön keskiarvon kanssa. Kun ryhmän psyykinen hyvinvointi oli intervention jälkeen noussut muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna samalle tasolle, on se koko ryhmälle merkittävä tulos.



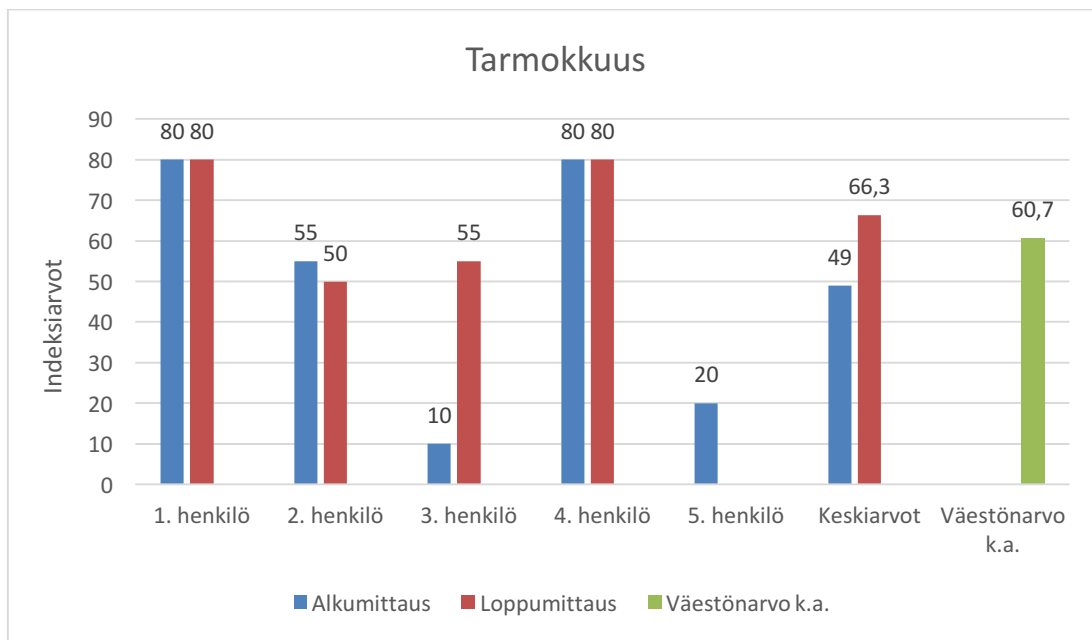
Kuvio 7. Osallistujien koettu psyykkinen hyvinvointi.

Sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuudella mitataan fyysisen ja psyykkisen terveyden-tilan aiheuttamia rajoituksia tavanomaiselle sosiaaliselle kanssakäymiselle ihmisten kanssa. Tähän ulottuvuuteen kuuluu kaksi kysymystä. (Aalto ym. 1999, 6.) Kolmella osallistujalla ei tullut muutoksia alku- ja loppumittauksien välillä. Näillä henkilöillä alku- ja loppumittausten tulos oli paras mahdollinen eli 100 indeksipistettä. Yhdellä osallistujalla tulos parantui huomattavasti mittausten välillä ja tämä vaikutti merkittävästi myös koko ryhmän tulokseen. Alkumittauksessa tulos oli nolla pistettä ja loppumittauksessa 63 pistettä, joten tämän osallistujan kohdalla tulos oli siis huomattavasti parantunut sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Sosiaalisen toimintakyvyn väestönarvon keskiarvo on 77,3 pistettä ja osallistujien alkumittausten keskiarvo oli 65 pistettä ja loppumittauksen 90,75 pistettä. Osallistujien keskiarvo parantui 25,8 pistettä ja prosentuaalisesti 25,8%. (Kuvio 8.) Intervention lopussa ryhmän sosiaalinen toimintakyky oli siis muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna huomattavasti parempi ja tämä tulos oli ryhmän osalta merkityksellinen.



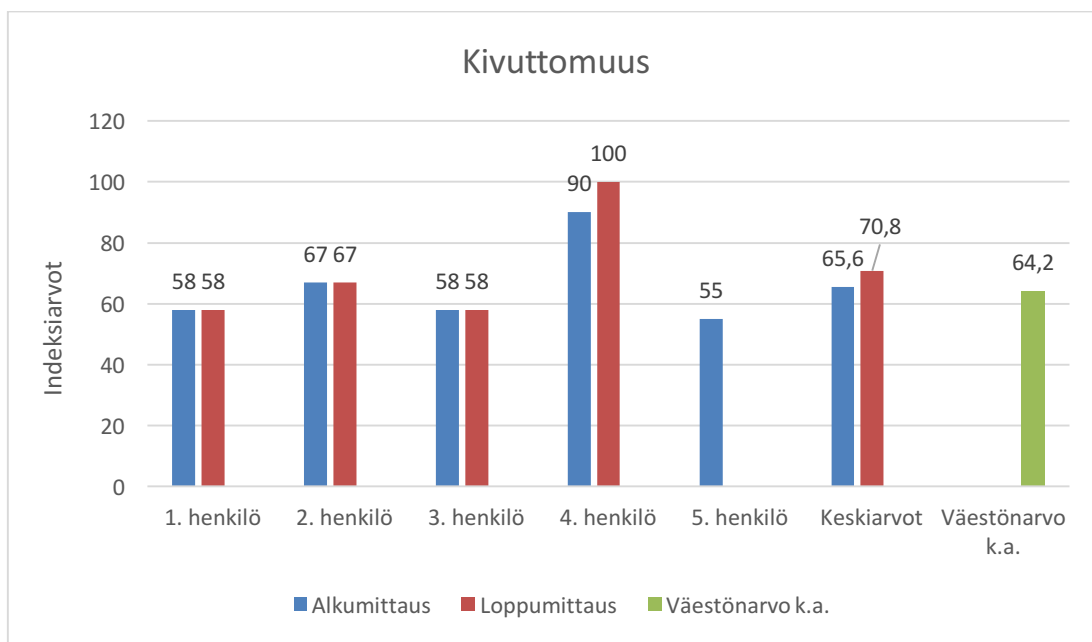
Kuvio 8. Osallistujien koettu sosiaalinen toimintakyky.

Tarmokkuuden ulottuvuudessa on neljä kysymystä, joilla mitataan vireystilaa ja energiantasoa. Parhaimmillaan henkilö on ollut energinen ja elinvoimainen viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Heikoimmillaan henkilö on ollut jatkuvasti väsynyt. (Aalto ym. 1999, 6.) Kahdella osallistujalla tulokset pysyivät samoina molemmissa mittauksissa. Yhdellä osallistujalla tulos laski viisi pistettä, kun taas yhdellä nousi 45 pistettä. Eli yhden osallistujan osalta tarmokkuuden kokemisessa oli tapahtunut huomattavaa parantumista. Väestönarvon keskiarvo tarmokkuuden ulottuvuudelle on 60,7 pistettä. Osallistujien alkumittauksen keskiarvo oli 49 pistettä ja loppumittauksen 66,3 pistettä, joten interventiojakson aikana ryhmän keskiarvo nousi hieman väestönarvoa paremmaksi. Osallistujien alku- ja loppumittausten keskiarvo parantui 17,3 pisteellä ja prosentuaalisesti 17,3%. (Kuvio 9.) Vaikka vain yhden henkilön kokema tarmokkuuden parantuminen on ollut huomattavaa, vaikutus näkyy koko ryhmän keskiarvoa nostaen.



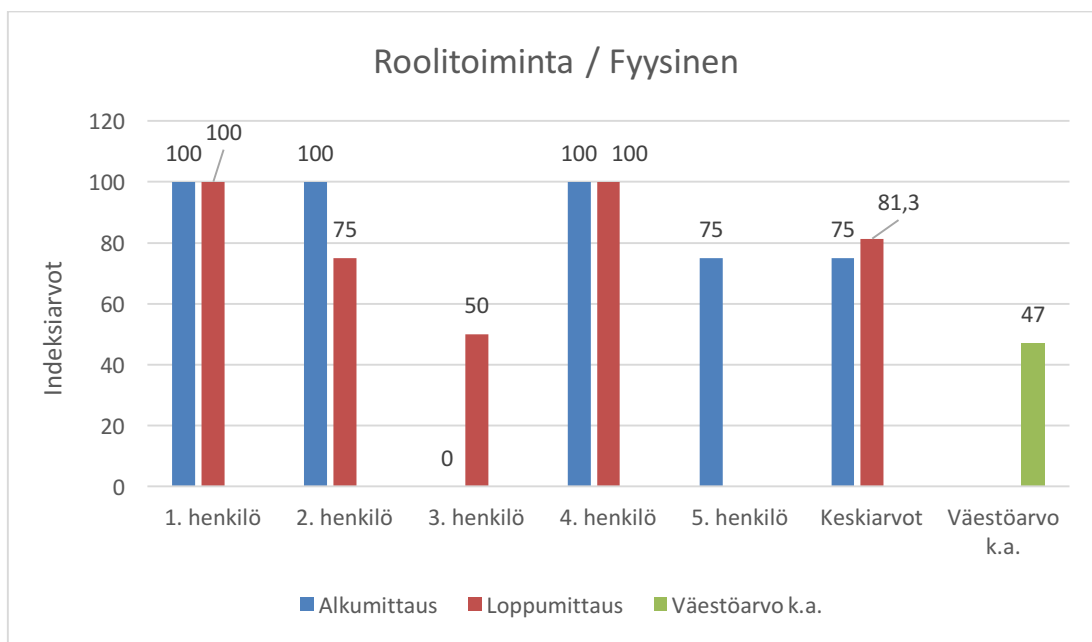
Kuvio 9. Osallistujien koettu tarmokkuus.

Kivuttomuuden ulottuvuudella mitataan kivun voimakkuutta ja häiritsevyyttä. Tähän ulottuvuuteen kuuluu kaksi kysymystä. (Aalto ym. 1999, 6.) Osallistujista kolmella ei tullut muutoksia alku- ja loppumittausten välillä. Yhdellä osallistujalla tulos parantui kymmenen pistettä. Muutokset eivät olleet ryhmän kannalta merkityksellisiä, koska olivat niin vähäisiä. Kivuttomuuden väestönarvon keskiarvo on 64,2 pistettä ja osallistujien alkumittausten keskiarvo oli 65,6 pistettä ja loppumittausten 70,8 pistettä. Osallistujien keskiarvo parantui 5,2 pisteellä. (Kuvio 10.) Molemmat mittaustulokset olivat väestönarvon keskiarvoa paremmat, joten ryhmän kivuttomuus oli muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna lievästi parempi.



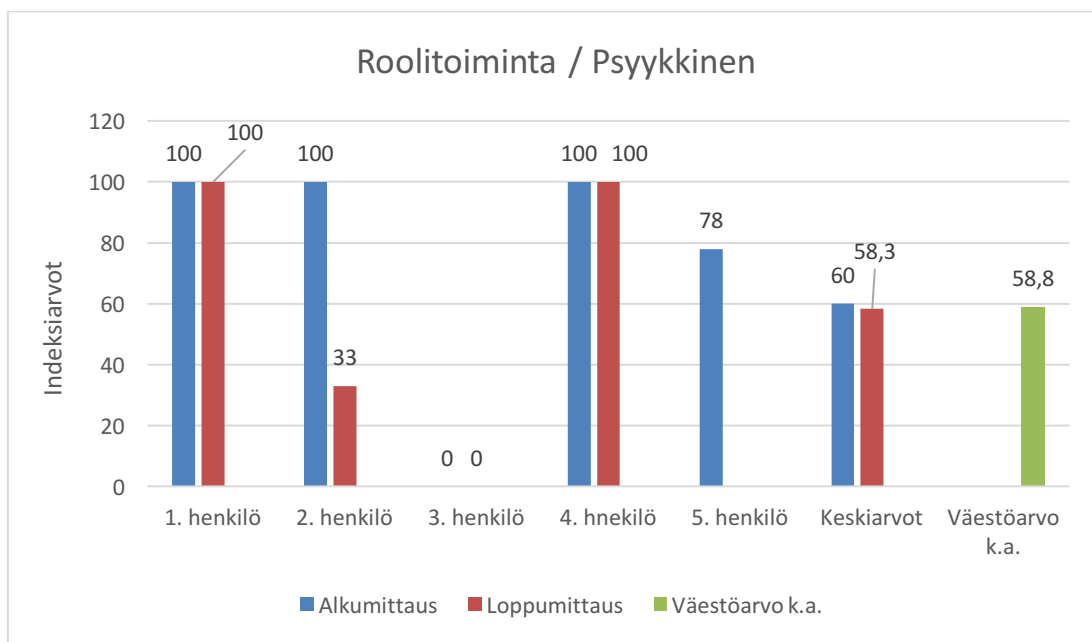
Kuvio 10. Osallistujien koettu kivuttomuus.

Fyysinen roolitoiminta on ulottuvuus, joka mittaa fyysisten terveysongelmien aiheuttamia rajoituksia tavanomaisista rooleista suoriutumisessa, viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Parhaimmillaan ei ole rajoituksia suoriutumisessa. Heikoimmillaan henkilö on joutunut vähentämään työaikaa ja/tai työtehtäviä sekä saavutukset ovat olleet heikompia kuin tavallisesti. (Aalto ym. 1999, 6.) Kahdella vastaajalla tulokset olivat muuttumattomat alku- ja loppumittauksissa. Yhdellä henkilöllä indeksi-arvo laski 25 pistettä ja yhdellä nousi 50 pistettä eli vastausten yhteenlaskettu tulos parantui 25 pisteellä. Tulosten osalta merkittävää oli pisteiden suuri nousu yhden henkilön kohdalla, mutta koko ryhmää ajatellen kokonaismuutos oli vähäisempi. Väestönarvon keskiarvo tälle ulottuvuudelle on 47 pistettä ja osallistujien alkumittauksen keskiarvo oli 75 pistettä ja loppumittauksen 81,25 pistettä. Osallistujien keskiarvo parantui 6,3 pisteellä. (Kuvio 11.) Molemmat tulokset ovat väestönarvojen keskiarvoihin verrattuna selvästi korkeammat. Ryhmän roolitoiminta fyysisestä näkökulmasta oli alkumittauksesta asti ollut muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna huomattavasti parempi.



Kuvio 11. Osallistujien koettu fyysinen roolitoiminta.

Psyykinen roolitoiminta on ulottuvuus, joka mittaa tunneperäisten ongelmien aiheuttamia rajoituksia tavanomaisista rooleista suoriutumisessa, viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Parhaimmillaan henkilöllä ei ole rajoituksia. Heikoimmillaan henkilö on joutunut vähentämään työaikaan tai keskittyminen ja saavutukset ovat olleet heikompiä kuin tavallisesti. (Aalto ym. 1999, 6.) Kolmella osallistujalla ei ollut muutoksia alku- ja loppumittauksen tuloksissa. Yhdellä osallistujalla indeksiäarvo laski 67 pistettä. Tällä henkilöllä alkumittauksen pistemäärä oli paras mahdollinen eli 100 pistettä. Pisteteiden vähentyminen 33 pisteeseen on siis huomattava lasku. Tämän ulottuvuuden väestöarvon keskiarvo on 58,8 pistettä ja osallistujien alkumittauksen keskiarvo oli 60 pistettä ja loppumittauksen 58,3 pistettä. Osallistujien keskiarvo heikentyi 1,7 pisteellä. (Kuvio 12.) Vaikka yhdellä henkilöllä tulos laski 67 pistettä, niin pysyi ryhmän loppumittauksen keskiarvo kuitenkin väestöarvon tasalla. Ryhmän roolitoiminta psyykkisestä näkökulmasta on siis väestöarvojen mukainen.



Kuvio 12. Osallistujien koettu psyykinen roolitoiminta.

Tuloksien yhteenveto on nähtävissä taulukossa, mittarin tulokset keskiarvoina ja väestönarvo. (Taulukko 4.) Taulukon avulla on helpompi verrata eri ulottuvuuksien alkua ja loppumittausten välisiä eroja sekä verrata tuloksia väestönarvoon. Väestönarvona on käytetty Stakesin tutkimuksen yli 65-vuotiaiden henkilöiden väestönarvon keskiarvoa.

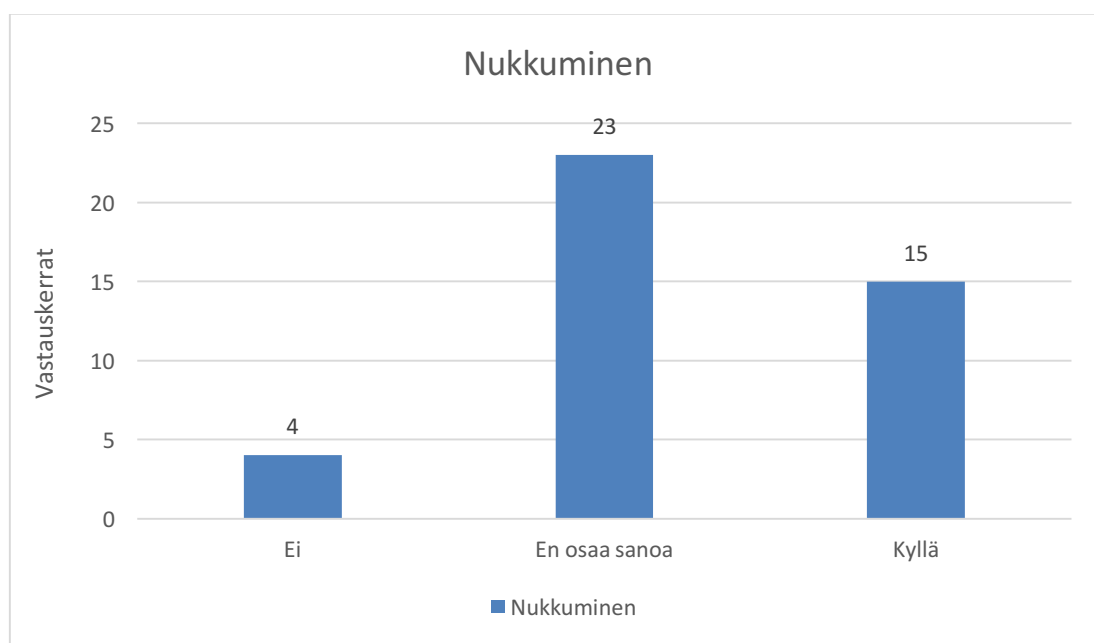
Taulukko 4. RAND-36 mittarin tulokset keskiarvoina sekä väestönarvo. (Aalto ym. 1999, 35-40.)

Ulottuvuudet	Alkumittaus k.a.	Loppumittaus k.a.	Väestönarvo k.a.
Koettu terveys	53	50	49
Fyysinen toimintakyky	80,6	76,3	60,6
Psyykinen hyvinvointi	55,2	75	74,8
Sosiaalinen toimintakyky	65	90,8	77,3
Tarmokkuus	49	66,3	60,7
Kivuttomuus	65,6	70,8	64,2
Roolitoiminta / fyysinen	75	81,3	47
Roolitoiminta / psyykinen	60	58,3	58,8

8.2 Saunajoogaharjoittelun fyysiset ja psyykkiset vaikutukset ikääntyneiden omaishoitajien arjessa

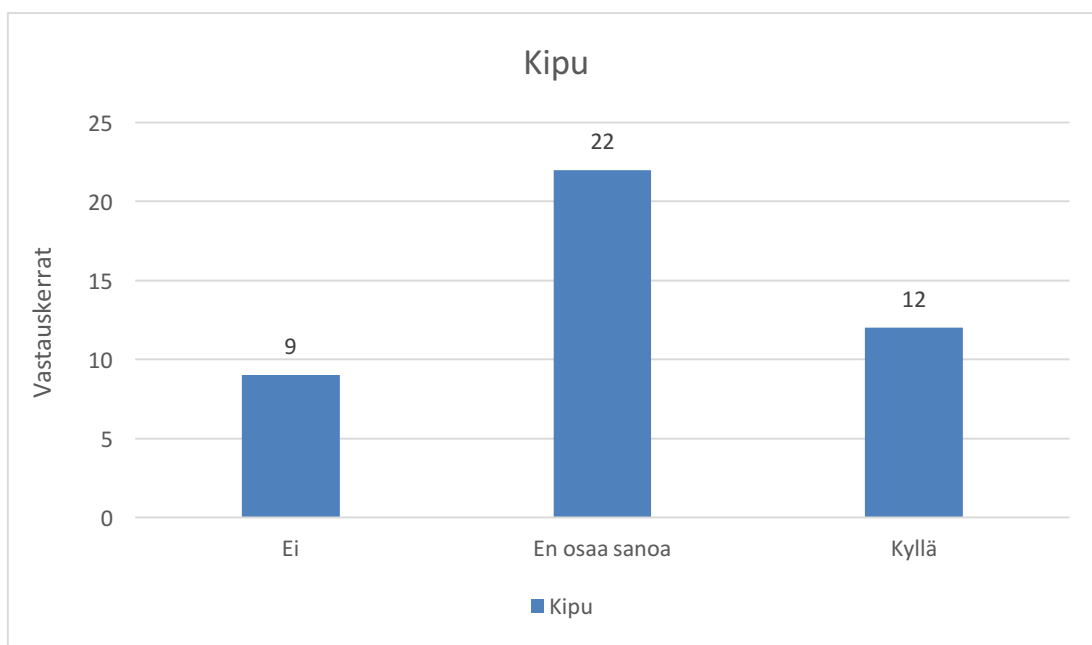
Saunajoogaintervention aikana, johon kuului yhteensä kymmenen harjoituskertaa, osallistujat täyttivät kyselylomaketta tuntemuksistaan. Lomake oli jokaisella kerralla täysin samanlainen ja siihen oli mahdollista kirjata myös vapaata tekstiä. (Liite 2.) Osallistujat täyttivät kyselylomaketta tuntemuksistaan yhden viikon ajalta, saunajoogaharjoittelukerran jälkeen. Kyselylomakkeen palautus oli aina seuraavalla harjoittelukerralla, paitsi viimeisen kyselylomakkeen ryhmäläiset palauttivat ryhmähaastattelun osallistuessaan. Jokaisella osallistujalla oli siis mahdollisuus vastata kysymyksiin kymmenen eri kertaa. Kaikki eivät täyttäneet ja palauttaneet kyselylomaketta jokaisen viikon jälkeen.

Kyselylomakkeessa ensimmäisenä kysyttiin, että oliko saunajoogalla vaikutusta osallistujien nukkumiseen. Eniten vastauksia oli kohdassa ”en osaa sanoa”. (Kuvio 13.) Nukkumista koskevan avoimen kysymyksen vastaukset kertoivat, että saunajooga rauhoitti ja paransi yöunta. Osallistujat kokivat myös unen tarpeen lisääntyneen harjoittelun jälkeen. Osa mainitsi myös saunajoogan kehoa ja mieltä rentouttavan vaikutuksen. Yksi osallistujista koki jalkakipuja, jotka häiritsivät nukkumista. Toisaalta hänen mielestään saunajooga ei aiheuttanut näitä kipuja.



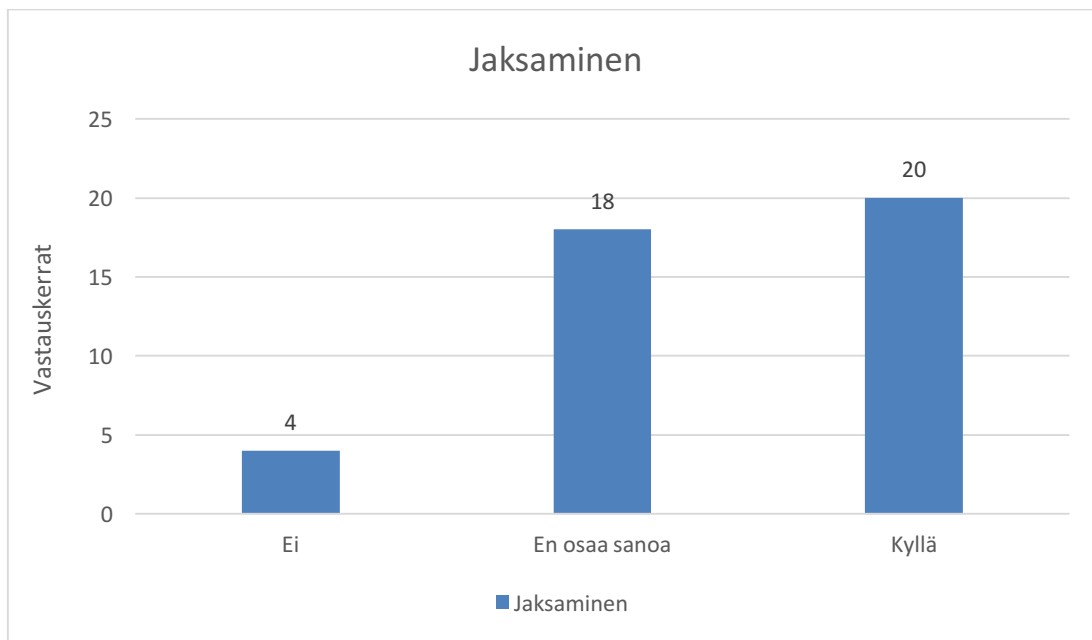
Kuvio 13. Saunajoogan vaikutus nukkumiseen intervention aikana.

Toisessa kohdassa kysyttiin, että kokivatko osallistujat saunajoogalla olevan vaikutusta kipuihin. ”En osaa sanoa” vastauksia tuli jälleen eniten. (Kuvio 14.) Avoimien vastausten perusteella saunajooga lievitti kipuja hetkellisesti, kuten harjoittelun aikana ja heti samana päivänä harjoittelun jälkeen. Vastaajat kokivat, että saunajooga rentoutti lihaksia, vaikka suoranaista kipuun liittyvää vaikutusta sillä ei ollutkaan. Yksi osallistujista mainitsi jaloissa esiintyvistä kivuista, mutta hänen mielestään ne eivät olleet aiheutuneet saunajoogasta.



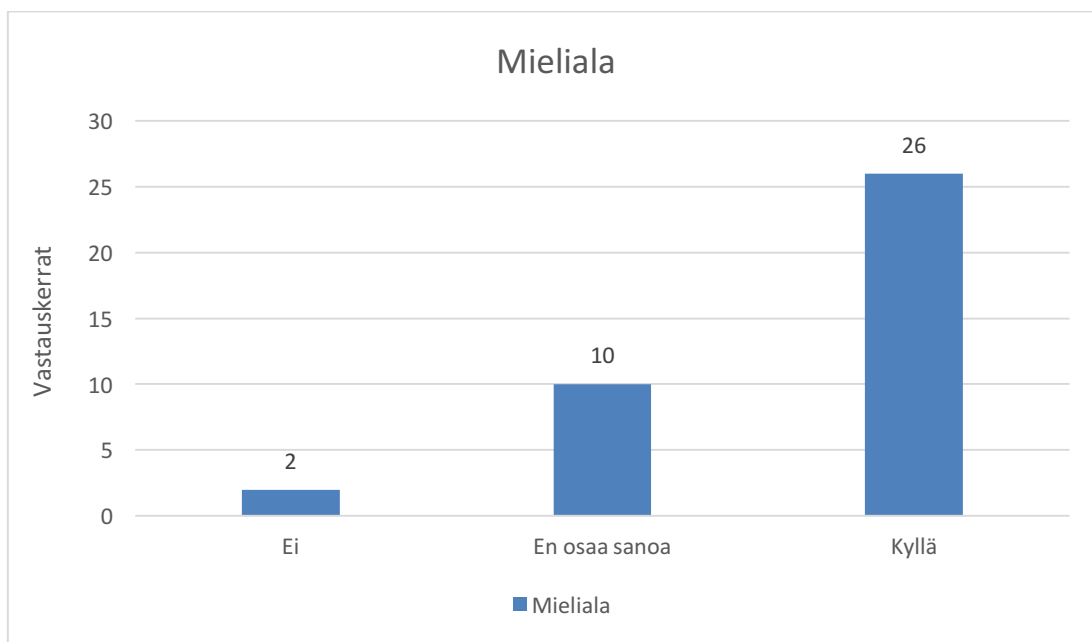
Kuvio 14. Saunajoogan vaikutus kipuihin intervention aikana

Seuraavassa kohdassa kartoitettiin, että kokivatko osallistujat saunajoogalla olleen vaikutusta jaksamiseen. ”Kyllä” vastauksia tuli hieman enemmän kuin muita. (Kuvio 15.) Osallistujat kokivat saunajoogan virkistäneen ja lisänneen vireyttä, joiden ansiosta jaksaminen oli ollut parempaa. Saunajooga vaikutti lisäämällä positiivisuutta arjessa ja samalla antaen voimia arjen pyörittämiseen. Saunajoogaharjoittelua kuvattiin monta kertaa ryhmäterapiana, jonka vaikutus oli koettavissa monella eri elämän osa-alueella. Fyysisinä vaikutuksina jaksamiseen, tuli esille yleinen rentoutuminen sekä lihaskunnon ja joustavuuden parantuminen.



Kuvio 15. Saunajoogan vaikutus jaksamiseen intervention aikana.

Viimeisenä kysyttiin saunajoogan vaikutusta osallistujien mielialaan. Vastauksia tuli selvästi suurin määrä ”kyllä” kohtaan. (kuvio 16.) Osallistujien mielestä saunajooga virkisti sekä kevensi mielialaa. Saunajooga toi positiivisen suunnan mielialalle, joka oli alussa matalalla. He kokivat saunajoogan antaneen voimia arkeen. Viikoittainen oma aika, kun osallistujat tulivat paikalle ohjattuun saunajoogaharjoitteluun, oli tärkeää. Fyysisesti saunajooga rentoutti ja sitä kautta osallistujat kokivat saunajoogan vaikuttavan positiivisesti mielialaan. Tärkeimpänä ryhmäläiset kokivat saunajoogaharjoittelun antaneen heille vertaistukea ja ryhmäterapiaa. Näiden kahden asian yhteisvaikutus mielialaan oli ryhmän kokemusten perusteella suuri.



Kuvio 16. Saunajoogan vaikutus mielialaan intervention aikana.

Kyselylomakkeen lopussa oli avoin kysymys, johon osallistujat pystyivät vastaamaan pelkästään omin sanoin. Kysymyksessä kartoitettiin, että millaista saunajoogaharjoittelu oli osallistujien kokemusten perusteella ollut. Avoimia vastauksia tuli yhteensä 23 kappaletta. Vastausten perusteella saunajoogaharjoittelua pidettiin mukavana ja rentouttavana liikuntamuotona. Fyysinen vaikutus painottui lihaksissa esiintyviin venytyksen tuntemuksiin ja nestekierron vilkastumiseen. Itse saunajoogaharjoittelua tärkeämmäksi kokemukseksi nousi ryhmän mielestä kuitenkin se, että harjoittelu on ollut heille ryhmäterapiaa sekä vertaistukea. Tähän liittyy myös ryhmän kokema hyvä ryhmähenki, jonka he olivat nostaneet esille monta kertaa. Osallistujat kokivat tärkeäksi myös sen, että saunajoogaharjoittelu oli hetki omaa aikaa viikossa sekä he olivat sitä mieltä, että voisivat mielellään jatkaa harjoittelua tulevaisuudessa.

Interventiojakson jälkeen toteutettiin ryhmähaastattelu, jonne kaikki viisi osallistujaa kutsuttiin sekä suullisesti että kirjallisen kutsun avulla. Haastattelu pidettiin 12.4.2018 ja paikkana oli Satakunnan omaishoitajat ja läheiset ry:n tilat. Aikaa haastatteluun oli varattuna yksi tunti. Ennen haastattelua osallistujille tarjottiin kahvia sekä pientä syötävää. Haastattelussa oli mukana neljä tutkimukseen osallistunutta henkilöä, yksi henkilö ei ilmoittanut poissaolostaan eikä tullut paikalle. Kaikki haastateltavat olivat mukana ryhmähaastattelussa vapaaehtoisesti.

Teemahaastattelun avulla lähdin etsimään vastausta tutkimuskysymykseen saunajoogaharjoittelun vaikutuksesta osallistujien arkeen. Haastattelun aikana ehdin kysymään kaikki kysymykset, joita oli yhteensä yhdeksän kappaletta. Haastattelu äänitettiin sanelunauhurilla sekä puhelimen sanelu-toiminnolla. Äänitetty haastattelu on tämän jälkeen litteroitu eli muutettu kirjalliseen muotoon, jotta tiedon analysointi olisi mahdollista. Litteroitu haastattelu on koodattu sisällön pelkistämiseksi ja aineiston käsittelemiseksi. Koodausta on ohjannut tutkimuskysymys ”Miten ikääntyneet omaishoitajat kokevat saunajoogaharjoittelun vaikuttavan heidän arkeensa?”. Koodattu aineisto on vedetty yhteen, yhdistämällä samaa asiaa tarkoittavia lauseita. Tarkoituksena oli löytää haastattelussa toistuvat asiat ja nostaa ne esille aineistosta. Lopulta haastattelun aineisto supistui kolmeentoista lauseeseen, jotka kuvaavat saunajoogan soveltuvuutta omaishoitajan arkeen sekä omaishoitajien kokemuksia saunajoogasta.

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että saunajoogaharjoittelu kerran viikossa soveltui hyvin heidän arkeensa ja se tuki heidän jaksamistaan. Haastateltavat olivat erityisesti järjestäneet ajan saunajoogaharjoitteluun kerran viikossa ja he kokivat sen soveltuneen muun arjen tapahtumien rinnalle. Saunajoogaharjoittelu oli ollut heille erilainen tapahtuma kuin mitä he koskaan aikaisemmin olivat kokeneet ja he saivat harjoittelusta jaksamista kohdata arjessa esiintyneitä vastoinkäymisiä. Haastateltavat kokivat, että harjoittelukerrat olivat toimineet samalla sekä ryhmäterapiana että vertaistukena, koska ryhmäläisillä oli samalainen tausta ja ryhmäkoko oli pieni. Ryhmäkoon pysyessä pienenä oli osallistujien helpompi tutustua toisiinsa ja luoda luottamuksellinen suhde ryhmän sisälle. Haastateltavat kokivat harjoittelukerrat sosiaalisesti tärkeinä tilanteina, erityisesti siksi, että heillä oli tällöin omaa aikaa ja he pääsivät hetkeksi pois omasta kodistaan. Heidän mielestään ohjattu ryhmäliikunta motivoi harjoitteluun enemmän kuin yksin suoritettu liikunta. Haastateltavat arvelivat, että saunajoogaa voisi liikuntalajina harrastaa monta kertaa viikossa, koska se ei rasittanut kehoa liikaa. Heidän mielestään olisi tärkeää toteuttaa saunajoogaharjoittelua sopivan kokoisessa tilassa sekä sopivassa lämmössä. Liian paljon osallistujia, liian pienessä tilassa estäisi liikkeiden suorittamista ja vaikeuttaisi harjoitteluun keskittymistä. Liian kuumassa saunassa harjoittelu voisi tuoda huonon olon ja tuntuisi siltä, että happi loppuisi tilasta.

Haastateltavien kokemusten perusteella saunajooga oli sekä mieltä että kehoa hellivä ja hoitava liikuntamuoto. Se oli myös turvallinen sekä helppo laji. Haastattelussa tuli

useita kertoja esille saunajoogan positiivinen vaikutus haastateltavien olotilaan sekä fyysisesti että psyykkisesti. Fyysinen vaikutus tuntui koko kehon rentoutumisena ja psyykkinen vaikutus mieltä rauhoittavana kokonaisvaltaisena kokemuksena. Haastateltavat kokivat olonsa seesteiseksi harjoittelun jälkeen. Saunajoogan muista fyysisistä vaikutuksista nousi selvästi esille hikoilu sekä lihaksissa ja nivelissä tapahtuneet muutokset, kuten lihasten venyminen ja nivelten notkistuminen. Yksi osallistujista kertoi kokeneensa päänsärkyä harjoittelun aikana ja yksi kertoi päänsäryn ja huonovointisuuden esiintyneen harjoittelua seuranneena yönä. Molempien osallistujien olotilaa helpotti sillä hetkellä veden juominen ja oireet poistuivat nopeasti.

Osa haastateltavista huomasi hikoilun määrän vasta harjoituskerran jälkeen, kun he menivät käymään suihkussa ja lähtivät riisumaan harjoittelussa käytettyjä vaatteita. He kertoivat, että yllättyivät siitä, miten paljon vaatteet olivat kastuneet hiestä ja vaatteiden riisuminen oli tällöin hieman hankalaa. Haastateltavat kertoivat, että kymmenen viikon interventiojakson aikana keho tottui liikkeiden tekemiseen ja he muistivat liikkeet paremmin intervention loppua kohden. He kokivat erittäin mielekkäänä sen, että he tiesivät jo etukäteen, miten liikkeet pitää suorittaa ja mikä liike tulee seuraavaksi. Saunajoogan fyysiset vaikutukset koettiin hyvin lyhytkestoisina, jatkuen vain harjoittelupäivän illan tai seuraavan päivän ajan. Mutta arjessa jaksamiseen ja mielialan kohentamiseen saunajoogaharjoittelulla oli pidempi vaikutus kuin vain kahden päivän verran.

8.3 Ikääntyneiden omaishoitajien kokemuksia saunajoogasta

Interventiojakson aikana kirjoitin osallistujien kertomia tunteita ylös, saaden aikaiseksi kenttämuistiinpanoja koko jakson ajalta. Jokaisen saunajoogaharjoittelukerran lopuksi pyysin osallistujia kertomaan mietteitään ja tunteitaan kyseisestä harjoittelukerrasta sekä kuluneesta viikosta. Ryhmän kertoman mukaan saunajoogaharjoittelu tuntui erittäin miellyttävältä ja tehtävät liikkeet olivat hyviä. Harjoittelun onnistumisen kannalta saunan sopiva lämpötila ja happipitoisuus korostuivat keskusteluissa. Harjoittelun aikana äänetön tila oli tärkeässä roolissa, jotta ei tulisi häiriöitä keskittymiseen tai kokonaistunnelmaan. Hikoilua tuli paljon, joka oli ryhmän mielestä positiivista ja kertoi harjoittelun tehokkuudesta. He kokivat saunajoogaharjoittelun

yleisesti rentouttavana lajina. Muutamalla kerralla osallistujilla oli vaikeuksia nukah-
taa illalla saunajoogaharjoittelun jälkeen. Tähän ei osattu antaa selvää syytä, mutta
sama ilmiö ei toistunut joka ilta, joten saunajoogalla saattoi olla yhteys nukahtamis-
vaikeuteen. Ryhmän mielestä tunnin saunajoogaharjoittelu kerran viikossa oli tärkeää
omaa aikaa, jolloin oli poissa arjesta ja omasta kodista. Tärkeimmäksi asiaksi nousi
ryhmän mahdollisuus keskusteluun tunnin aikana ja sen jälkeen. He kokivat keskuste-
lun vertaistukena ja ryhmäterapiana. Intervention aikana syntynyt hyvä ryhmähenki
oli tärkeää keskustelun avoimuuden kannalta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

RAND-36 mittarilla tutkittiin opinnäytetyöhön osallistuneiden henkilöiden elämänlaa-
tua ennen saunajooga harjoittelun aloitusta sekä kymmenen viikon harjoittelujakson
jälkeen. Mittarin avulla pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymykseen ”Missä määrin
saunajoogaharjoittelulla oli vaikutusta ikääntyneiden omaishoitajien kokemaan tervey-
teen liittyvään elämänlaatuun?”. Alku- ja loppumittausten keskiarvoja verratessa, vii-
dessä ulottuvuudessa oli tapahtunut muutosta parempaan. Näitä olivat psyykinen hy-
vinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus ja fyysinen roolitoi-
minta. Ryhmän kannalta selvästi tärkeimmät muutokset tulivat psyykkisen hyvinvoin-
nin sekä sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksissa, joissa pistemäärät nousivat 19,8
ja 25,8 indeksipisteellä. Seuraavaksi suurin muutos oli tarmokkuuden ulottuvuudessa,
joka parantui 17,3 indeksipisteen verran. Jokaisessa ulottuvuudessa indeksipisteiden
asteikot vaihtelevat 0-100 pisteiden välillä. Joten muutokset olivat prosentuaalisesti
17,3 – 25,8% välillä. Muiden ulottuvuuksien muutokset parempaan tai huonompaan
jäivät kahdesta kuuteen indeksipisteeseen, eivätkä olleet ryhmälle yhtä merkitykselli-
siä.

Indeksipisteitä verratessa alku- ja loppumittausten välillä, olin laskenut jokaiselle ulot-
tuvuudelle omat keskiluvut. Keskiluvuista aritmeettinen keskiarvo soveltui parhaiten
tulosten tarkasteluun ja se on kaikkein yleisin muuttujan arvoja kuvaava keskiluku. On
kuitenkin huomioitava, että pienissä aineistoissa yhdenkin muuttujan poikkeava arvo

voi vaikuttaa suuresti aritmeettiseen keskiarvoon. Tämä esiintyi myös omassa opinnäytetyössäni, sillä yhden henkilön tulokset puuttuivat kokonaan loppumittauksesta sekä yhdellä henkilöllä tuli paljon muutoksia indeksipisteissä alku- ja loppumittausten välillä verrattuna muihin osallistujiin. Olin opinnäytetyötä suunnitellessani päätenyt käyttämään kuvailevaa tilastoanalyysia, tilastollisen päättelyn sijaan. Tämä johtui tutkimuksen pienestä otantamäärästä, eikä tarkoituksena ollut yleistää tuloksia perusjoukkoa koskeviksi tuloksiksi. Kuvaileva tilastoanalyysi pyrkii kuvailemaan ja tiivistämään määrällisen muuttujan jakaumaa, pyrkimättä tekemään tulosten pohjalta yleistyksiä laajempaan perusjoukkoon. Opinnäytetyössäni määrällisiä muuttujia olivat RAND-36 mittarista saadut alku- ja loppumittausten indeksi-arvot. (Menetelmäopetuksen www-sivut 2020.)

Osallistujien alku- ja loppumittausten tuloksia verrattiin suomalaisten, yli 65-vuotiaiden miesten ja naisten väestönarvoihin. Vertailuarvoina käytettiin tulosten keskiarvoja. (Aalto ym. 1999, 35-40.) Tutkimustulokset psyykkisen roolitoiminnan sekä koetun terveyden osalta olivat samalla tasolla väestöarvojen kanssa, vaikka loppumittauksessa tuli vähemmän pisteitä alkumittaukseen verrattuna. Fyysinen roolitoiminta, kivuttomuus sekä fyysinen toimintakyky olivat molempien mittauskertojen tulosten osalta väestönarvoja paremmat, joten nämä ulottuvuudet olivat vahvuuksia ryhmässä. Psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen toimintakyvyn sekä tarmokkuuden alkumittausten tulokset olivat väestönarvoon verrattuna heikommat. Loppumittauksessa psyykkisen hyvinvoinnin tulos oli noussut väestönarvon tasolle sekä sosiaalisen toimintakyvyn ja tarmokkuuden tulokset olivat väestönarvoja paremmat.

Verrattaessa RAND-36 mittarin alku- ja loppumittauksista saatujen indeksipisteiden välisiä eroja sekä osallistujien keskiarvoja väestönarvoihin, näkyivät muutokset samoissa ulottuvuuksissa. Psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen toimintakyvyn ja tarmokkuuden indeksipisteet olivat parantuneet huomattavasti ja samalla pistemäärät nousivat väestönarvojen tasalle tai paremmiksi. Joten intervention aikana, ryhmän elämänlaadun parantuminen sijoittui näihin kolmeen ulottuvuuteen. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että tutkimusryhmässä positiivinen mieliala sekä rauhallinen ja onnellinen olotila olivat lisääntyneet ja ryhmän kokemat sosiaalisen kanssakäymisen rajoitukset olivat vähentyneet. Myös energisyys ja elinvoimaisuus olivat lisääntyneet. Tarkasteltaessa RAND-36 mittarin kokonaispistemäärää, alku- ja loppumittausten välillä,

oli parannusta tapahtunut intervention aikana. Tähän perustuen, saunajoogaharjoittelulla saattaa olla yhteys sen hetkiseen osallistujien kokemaan terveyteen liittyvän elämänlaadun parantumiseen. Myös Buchtin ym. (2019, 5-7) tutkimuksessa selvitettiin saunajoogaharjoittelun vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun, tosin WHOQOL-BREF mittarilla. Siinä kontrolliryhmään verrattuna, tutkimusryhmän tulokset olivat parantuneet elämänlaadun osalta mittarin kaikilla neljällä ulottuvuudella, mutta tilastollista merkittävyyttä esiintyi vain ympäristöön liittyvässä ulottuvuudessa.

Perinteisen joogan osalta Oken ym. (2006) on tehnyt tutkimuksen kuuden kuukauden joogaharjoittelun vaikutuksesta terveiden, 65-85 vuotiaiden naisten ja miesten, elämänlaatuun sekä kognitioon. Tutkimuksessa käytettiin RAND-36 mittarin kanssa yhteneväistä SF-36 mittaria. Tilastollisen merkittävyyden näkökulmasta tutkimusryhmän tulokset olivat parantuneet tarmokkuuden, fyysisen roolitoiminnan, kivuttomuuden, sosiaalisen toimintakyvyn ja fyysisen toimintakyvyn osalta. (Oken ym. 2006.) Joogaharjoittelun vaikutusta ikääntyvien terveyteen liittyvään elämänlaatuun on tutkittu myös muilla mittareilla. Tutkimustulokset osoittavat joogaharjoittelun parantavan tutkittavien elämänlaatua ja mielialaa, erityisesti parannusta tuli masentuneisuuden kokemiseen, koettuun fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, unenlaatuun sekä tarmokkuuteen. (Sivaramakrishnan ym. 2019, 19; Tew ym 2017, 8; Tulloch ym. 2018, 541.) Perinteisellä joogaharjoittelulla ja saunajoogaharjoittelulla näyttäisi olevan samansuuntaisia vaikutuksia, kun mitataan niiden vaikutuksia terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Kyselylomaketta ja haastattelua oli käytetty opinnäytetyöni aineistonkeruumenetelminä, selvittämään saunajoogaharjoittelun vaikutusta osallistujien arkeen. Vastausten perusteella harjoittelu rauhoitti ja paransi yöunta sekä lievitti kipuja hetkellisesti. Parantunut yöuni ja vähentyneet kivut voivat helpottaa arjessa toimimista, koska ihminen on hyvin nukuttuaan virkeämpi päivällä sekä kivuttomassa hetkessä päivittäiset toimetkin onnistuvat helpommin. Saunajoogaharjoittelun ja kipujen yhteyttä on tutkittu aikaisemmin julkaistussa opinnäytetyössä. Pajukorven (2017, 20-21) tutkimuksessa tuli esille, että saunajoogaharjoittelujakson aikana krooniset selkäkivut eivät häirinneet yöunta ja elämästä nauttimista yhtä paljon kuin muuna aikana. Tutkimuksessa käytettiin BPI-SF mittaria, joka mittaa kivun voimakkuutta ja sen vaikutusta elämän eri osa-

alueilla. Tutkimustulokset eivät olleet tilastollisesti merkittäviä, mutta antavat silti viitteitä siitä, että saunajoogaharjoittelulla olisi mahdollista vähentää kroonisia kipuja. Tutkija painotti myös, että saunajoogan vaikutukset nukkumiseen ja elämästä nauttimisen olivat hyvin yksilöllisiä.

Saunajoogan vaikutusta unen laatuun on tutkittu toisessa opinnäytetyössä. Leskelän (2019, 45-51.) tutkimuksessa työikäisiltä oli mitattu firstbeat-mittaria käyttämällä saunajoogaharjoittelun jälkeisen yön unen laatua ja verrattu sitä muihin öihin. Mittaukset osoittivat, että unen laatu oli parempaa, silloin kun henkilö oli illalla osallistunut saunajoogaharjoitteluun. Mielenkiintoista on myös se, että perinteisellä joogaharjoittelulla ja saunajoogaharjoittelulla on todettavissa samanlaisia nukkumista parantavia vaikutuksia, sillä perinteisellä joogalla on tutkitusti unen laatua parantavaa vaikutusta (Sivaramakrishnan ym. 2019, 19).

Kyselylomakkeen vastausten perusteella, saunajoogaharjoittelulla saattoi olla vähäistä vaikutusta osallistujien arjessa jaksamiseen. Osallistujat kokivat, että harjoittelu lisäsi vireyttä ja positiivisuutta, joiden vuoksi jaksaminen arjessa oli parantunut ja arjen pyörittäminen helpottunut. Vastauksissa painotettiin saunajoogaharjoittelun muistuttavan ryhmäterapiaa, jonka vaikutus kohdistui monelle elämän osa-alueelle. Rauhallisella harjoittelulla saattaakin olla fyysisiä vaikutuksia juuri vireyden lisääntymisenä, sillä sekä saunajoogassa että perinteisessä joogassa tutkimustulokset viittaavat tähän samaan johtopäätökseen. Sivaramakrishnan ym. (2019, 13-14.) toteaa vireyden lisääntyneen joogaharjoittelun avulla, kun tutkimusryhmänä olivat ikääntyneet henkilöt.

Saunajoogaharjoittelulla vaikuttaisi olevan suurin merkitys osallistujien mielialaan. Kyselylomakkeeseen vastanneet kokivat saaneensa mielialaansa positiivisen suunnan ja samalla voimia arkeen. Tärkeäksi nousi harjoittelun tuoma oma aika poissa kotiympäristöstä ja omaishoitajan roolista sekä vertaistuki ja ryhmäterapia ryhmän sisällä. Tutkimusten mukaan omaishoitajat saattavat kokea henkilökohtaisen elämänsä rajoittuvan liian paljon kodin läheisyyteen. Heidän arkeensa vaikuttaa suurelta osin omaishoitotilanteen sitovuus, se että tarvitseeko hoidettava kuinka paljon hoivaa ja apua päivittäin. Jos omaishoidettava tarvitsee päivittäin paljon apua, saattaa se tuottaa omaishoitajalle vaikeuksia järjestää omia menojaan kodin ulkopuolelle. (Halonen 2011, 44; Tikkanen 2016, 206.) Tämän vuoksi tärkeäksi tulokseksi opinnäytetyössäni nousikin

juuri omaishoitajan kokemukset omasta ajasta kodin ulkopuolella sekä irrottautuminen hetkeksi omaishoitajan roolista.

Haastattelun tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kyselylomakkeen vastausten kanssa, mistä johtuen eri tiedonkeruumenetelmistä saadut tulokset vahvistivat johtopäätöksiä. Haastateltavat kokivat, että saunajoogaharjoittelu kerran viikossa soveltui hyvin heidän arkeensa omaishoitajina ja he saivat siitä lisää voimia kohdata arjen haasteet. Fyysiset vaikutukset olivat lyhytaikaisia, mutta arjessa jaksamiseen ja mielialan kohentamiseen saunajoogalla oli selvästi pidempiaikainen, useita päiviä kestänyt vaikutus. Ryhmäterapia ja vertaistuki nousivat jälleen esille ja osallistujat painottivat niiden tärkeyttä.

Osallistujien mielestä ryhmäliikunta motivoi liikkumiseen enemmän kuin yksilöliikunta ja he kokivat harjoittelun sosiaalisesti tärkeänä tapahtumana arjessaan. Vaikka saunajoogaa sekä perinteistä joogaa voidaan harrastaa yksin liikkeitä tehden, saattaa molemmissa lajeissa ryhmämuotoinen harjoittelu tuottaa tärkeän kontaktin muihin ihmisiin. Kelley ym. (2014, 953.) toteaa joogaharjoittelun, joka tapahtuu ryhmässä, olevan ideaalinen tapa kehittää kehon hallintaa ja liikkuvuutta, vähentää kaatumisriskiä sekä lisätä sosiaalisia kontakteja ikääntyneiden kesken.

Haastateltavat kokivat saunajoogan olevan turvallinen ja helppo laji harrastaa liikuntaa, mikä osaltaan myös helpotti harjoitteluun osallistumista. Istuen tehtävät helpot liikkeet, joita tehdään rauhalliseen tahtiin, saattaa alentaa kynnystä kokeilla saunajoogaa. Perinteisessä joogaharjoittelussa asentoja on enemmän, sillä siinä liikkeitä tehdään seisten, istuen ja maaten. Siitäkin huolimatta Tulloch ym (2018, 542.) on päätenyt saman suuntaiseen tulokseen tutkiessaan joogan vaikutusta ikääntyneiden elämäntilaan ja henkiseen hyvinvointiin, sillä tutkimuksessa painotettiin joogaharjoittelun olevan turvallinen ja toteuttamiskelpoinen laji ikääntyville henkilöille.

Osallistujat kertoivat haastattelussa, että saunajoogaharjoittelu vaikutti fyysisesti nivelten ja lihasten venymiseen sekä kehon notkistumiseen. Samaan tulokseen saunajoogan osalta oli päässyt Bucht ym. (2019, 6.), jonka tutkimuksessa saatiin tilastollisesti merkittäviä tuloksia alaselän sekä alaraajojen lihasten joustavuutta mittaavassa testissä. Myös perinteisen joogan vaikutusta nivelten liikeratoihin ja lihasten notkuteen

on tutkittu. DiBenedetto ym. (2005, 1834.) totesi, että joogaharjoittelulla voidaan lisätä erityisesti lonkkanivelen ojennusta ja lantion kallistusta, koska harjoitteiden ansiosta lihasten ja sidekudosten kireydet vähentyivät. Toinen tutkimus tuo esille, että joogaharjoittelu voisi olla muihin harjoittelumuotoihin verrattuna parempi tapa lisätä notkeutta koko kehossa (Patel ym. 2012, 913).

Opinnäytetyöhön osallistujien kokemukset saunajoogasta olivat suurelta osin positiivisia. Erityisen hienona kokemuksena pidettiin saunantilan äänetöntä ympäristöä ja saunan miellyttävää lämpöä. Harjoitteiden suorittaminen tällaisessa ympäristössä oli uusi kokemus kaikille. Venytykset ja liikkuvuutta lisäävät harjoitteet tuntuvat osallistujista miellyttävämmiltä, jopa rentouttavilta. Myös Lehtola (2017, 32) on omassa tutkimuksessaan tuonut esille saunan lämmön vaikuttavan suotuisasti saunajoogaharjoitteluun, sillä lihaksiston lämpenemisen ansiosta, liikkeiden suorittaminen on helpompaa.

Kyselylomakkeen, haastattelun sekä kenttämuistiinpanojen tuloksista erottui selvästi kolme asiaa, joita osallistujat pitivät tärkeimpinä. Näitä olivat oma aika, ryhmäterapia ja vertaistuki. Osallistujat kokivat saunajoogaharjoittelun omana aikana, jolloin heidän oli mahdollista toimia muussa roolissa kuin omaishoitajana ja kerätä voimia arkeen. Harjoitteluun osallistuminen mahdollisti vertaistuen toisilta osallistujilta, jopa niin paljon, että tilannetta verrattiin terapiaan. Koska nämä kolme asiaa toistuivat tutkimusaineistoissa sekä osallistujat painottivat niiden tärkeyttä, voidaan niiden todeta olevan tutkimuksen kannalta tärkeitä tuloksia ja vastaavan kahteen tutkimuskysymykseen siitä, miten osallistujat kokivat saunajoogaharjoittelun vaikuttavan heidän arkeensa sekä millaisena he kokivat harjoittelun.

Tässä opinnäytetyössä esitetyt tutkimustulokset koskevat siihen osallistuvia henkilöitä, eivätkä ole yleistettävissä muuhun väestöön tai muihin omaishoitajiin. Tulokset ovat yksi lähestymistapa lisätä saunajoogaharjoitteista tehtyihin tutkimuksiin Suomessa ja Saksassa. Omat tutkimustulokseni vahvistivat aikaisempia tuloksia unen laadun parantumisesta ja lajin rentouttavasta vaikutuksesta sekä toi esille uuden näkökulman lajin soveltuvuudesta omaishoidon tukemiseen ryhmäliikuntamuotona. Jotta saunajoogaharjoittelun vaikutuksia voitaisiin yleistää perusjoukkoon, on lisää tutkimuksia tehtävä isommalle otokselle. Interventiojakso on myös hyvä suunnitella pidemmäksi,

jotta poissaolot ohjaustilanteista eivät vaikuttaisi tutkimuksen laatuun. Isommalla tunnustetulla otoksella, pidemmällä interventiolla sekä vielä laajemman aineistotriangulaation avulla on mahdollista lisätä tutkimusaineistoa ja parantaa ulkoista validiteettia. Tulevaisuudessa olisi hyvä lisätä tutkimukseen myös muistisairaat omaishoidettavat. Tutkimuksessa olisi tärkeää yhdistää saunajoogan vaikutuksia muistisairaiden omaishoidettavien elämänlaatuun ja arjessa pärjäämiseen, sillä heidän hyvinvoinnilaan on todennäköisesti yhteys myös omaishoitajien kokemuksiin omaishoidosta. Tämä olisi tärkeä tutkimuskohde, sillä omaishoito on selvästi lisääntynyt.

Harmikseni, osallistujien perustietojen kerääminen ei onnistunut toivomallani tavalla. Tutkimustuloksia analysoidessani huomasin, että osallistujien perustietojen keräämisessä oli selvästi puutteita. Paremmin suunnitellulla esitietolomakkeella olisin pystynyt samaan osallistujilta tutkimuksen kannalta tarkempia perustietoja. Jos olisin kerännyt osallistujien ikään liittyviä tietoja tarkan ikävuoden perusteella, asteikon sijaan, olisin voinut käyttää väestön viitearvoja ikäryhmittäin. Nyt viitearvo määräytyi hyvin laajaan ryhmän mukaan, 65 vuotta täyttäneisiin. Tämä ei kuitenkaan estänyt opinnäytetyön kirjoittamista tai tulosten käyttöä.

Saunajoogaharjoitteiden säännöllinen viikoittainen ohjaaminen omaishoitajaryhmälle voisi tulevaisuudessa antaa osallistujille tilaisuuden fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen, rentoutumiseen sekä sosiaalisten kontaktien muodostumiseen. Omaishoitajan työnkuva saattaa olla fyysisesti ja henkisesti hyvinkin rasittavaa sekä kotiin sidonnaista. Näin ollen saunajoogaharjoittelu toisi positiivisia kokemuksia arjen ulkopuolelta. Yhdistystoiminta on tärkeässä roolissa virkistystoiminnan toteuttamisessa, joten miksi siihen ei voisi yhdistää säännöllistä saunajoogaharjoittelua. Harjoittelun järjestäminen vaatii saunatilat sekä koulutetun saunajoogaohjaajan. Suomessa saunatilojen löytyminen ei suinkaan ole suuri ongelma, toki tarpeeksi ison saunan löytäminen voi olla haastavampaa. Saunajoogaohjaajia löytyy myös useimpia Satakunnassa ja ohjaajan ei tarvitse olla sama henkilö joka kerralla. Toivonkin, että opinnäytetyöni osoittaisi saunajoogaharjoittelun hyödyt ja innostaisi yhdistyksiä tarjoamaan jäsenilleen hieman erilaista virkistystä saunajoogan muodossa.

10 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön tulosten tulee olla luotettavia, jotta tutkimus on onnistunut. Tieteellisen työn luotettavuutta tarkastellaan luotettavuusmittareiden avulla. Yleisimmät mittarit ovat reliabiliteetti sekä validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta, tutkimuksen kykyä antaa ”ei-sattumanvaraisia” tuloksia. Jos tutkimus uusitaan, saadaan samat tutkimustulokset. Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys on sitä, että tutkimuksessa on mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Opinnäytetyössäni RAND-36 terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari kestää tarkastelua sekä reliabiliteetin että validiteetinkin kautta. Nämä luotettavuusmittarit on kehitetty kvantitatiiviseen tutkimukseen, jonne ne on omaksuttu luonnontieteistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetille ja validiteetille on esitetty omat luotettavuuden arvioinnin menetelmät ja niiden sisältö on erilainen kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Hirsijärvi ym. 2007, 226-227; Kananen 2014, 145-147; Kankkunen ym. 2013, 189-190.)

Tutkimuksen validiteetista voidaan erottaa kaksi erillistä osiota, mittarin luotettavuus sekä tulosten luotettavuus. Mittarin luotettavuudessa voidaan vielä erotella useita alalajeja, joiden mukaisesti mittaria arvioidaan. Yksi alalaji on sisältövaliditeetti, joka on koko tutkimuksen luotettavuuden lähtökohta, mittarin pitää todella mitata sisällöllisesti sitä, mitä sillä halutaan mitata. Jos mittari on valittu väärin tai se ei mittaa haluttua ilmiötä, on tällöin vaikeaa saada luotettavia tutkimustuloksia. Mittaria valittaessa tai suunnitellessa pitää pohtia, että onko mittari riittävän kattava vai jääkö jokin osa-alue mittaamatta. Suositeltavaa onkin käyttää olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita, joiden avulla saadaan laadukkaita mittaustuloksia. Toki mittarin käyttöön ja ohjeisiin pitää perehtyä etukäteen, jotta osaa käyttää mittaria oikein. Mittarin kriteerivaliditeetti kertoo tilanteesta, jossa mittarin asteikko korreloi jonkin toisen samaa ilmiötä kartoittavan mittarin kanssa. Ennustevaliditeetissa mittari tuottaa tuloksia, joiden perusteella voidaan ennakoida seuraavan mittauskerran tuloksia ja käsitevaliditeetissa mittarin asteikkoa arvioidaan suhteessa siihen teoriaan, jonka pohjalta se on kehitetty. (Aalto ym. 1999, 7-9; Hirsijärvi ym. 2007, 226-227; Kananen 2014, 147-150; Kankkunen ym. 2013, 190-195; Menetelmäopetuksen tietovarannon [www-sivut](http://www.sivut) 2019.)

Mittarin ulkoisessa validiteetissa nousee esille mittaamisesta riippumattomat tekijät, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Ulkoisten tekijöiden vaikutusta pitää pystyä hallitsemaan mahdollisimman hyvin, jotta saadaan luotettavia tutkimustuloksia. Reliabiliteettia taas arvioidaan mittarin sisäisellä johdonmukaisuudella, pysyvyydellä sekä vastaavuudella. Johdonmukaisuus tarkoittaa mittarin eri osioiden ja kysymysten, jotka mittaavat samaa asiaa, korrelointia keskenään. Pysyvyys kertoo mittarin kyvystä tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla ja vastaavuus eri mittaajien saamasta yhteneväisistä mittaustuloksista samalla mittarilla. (Aalto ym. 1999, 7-9; Kananen 2014, 147-150; Kankkunen ym. 2013, 190-195; Menetelmäopetuksen tietovarannon [www-sivut](http://www.sivut) 2019.)

Aallon ym. (1999, 11, 48.) tutkimuksessa on arvoitu RAND-36 mittarin suomenkielisen version tuottaman tiedon laatua sekä käsitevalidiutta suomalaisessa aikuisväestössä. RAND-36 on kehitetty tutkimuskäyttöön ryhmätason vertailuja varten ja soveltuu yleisenä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina väestötutkimuksiin. Toisaalta suhteellisen lyhyenä mittarina, se soveltuu myös käytettäväksi potilastutkimuksissa yhdessä sairausspesifien elämänlaatumittarien kanssa. Suomessa mittaria on yleisimmin käytetty kuntoutuksen arvioinnissa ja tutkimuksessa. Kansainvälisesti sitä on käytetty kokeellisissa tutkimuksissa sekä tiettyyn sairauteen kehitettyjen elämänlaatumittareiden validoinnissa. (Korpilahti ym. 2013.) Olen käyttänyt opinnäytetyössäni RAND-36 mittaria, koska se on kansainvälinen mittari, joka on julkaistu jo 1990-luvulla Yhdysvalloissa sekä sitä on sen jälkeen käytetty monissa tutkimuksissa. Mittarin luotettavuus ja laadukkuus, joihin edellisessä kappaleessa viitattiin, on todettu jo vuosien käytön aikana. Mittarista on olemassa suomenkielinen versio ja suomalaiseen väestöön perustuvat väestöarvot. Toimia-tietokannan soveltuvuusarvion mukaan mittari soveltuu aikuisten elämänlaadun mittaamiseen terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa. (Korpilahti ym. 2013.)

Valmiin mittarin lisäksi olen käyttänyt tiedonkeruunmenetelminä kyselylomaketta sekä kenttämuistiinpanoja, jotka olen itse laatinut. Mittarin tai kyselylomakkeen esitestaamista suositellaan sen luottavuuden ja toimivuuden näkökulmasta. Esitestaaminen suoritetaan yleensä tutkimusjoukkoa pienemmällä vastaajaryhmällä ja on tärkeää silloin kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria. (Kankkunen

ym. 2013, 191.) Opinnäytetyötäni varten en ole teettänyt kyselylomakkeelle enkä kenttämuistiinpanoille esitutkimusta, koska lomakkeet ovat varsin yksinkertaisia, lyhyitä ja helposti ymmärrettävissä. Esitestaamiseen käytetty aika olisi lisännyt opinnäytetyön työmäärää verrattuna esitestaamisesta saatuun hyötyyn, joten työmäärän optimoimiseksi lomakkeita ei esitestattu.

Koska jo edellä mainittiin, että tutkimuksen luotettavuudesta voidaan erottaa kaksi erillistä osiota, tulee tutkimuksen luottavuutta arvioida myös tulosten kannalta, ei vain pelkän mittarin osalta. Tulosten arvioinnin kohteena ovat sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäisessä validiteetissa tulokset johtuvat vain tutkimusasetelmasta, eikä siihen pääse vaikuttamaan muut asiat. Sisäisessä validiteetissa pitää siis löytyä oikea ”syy-seuraussuhde”. Puhutaan reaktiivisuuden ongelmasta, kun tutkija tai tutkimusasetelma vaikuttavat tutkittavaan ilmiöön ja sitä kautta tutkimustuloksiin. Suurena riskinä on se, että tutkimustulokset vääristyvät. Reaktiivisuutta voidaan pyrkiä vähentämään, mutta harvoin sitä voidaan poistaa kokonaan. Reaktiivisuutta voidaan yrittää hallita tekeillä tutkimusta laboratorio-olosuhteissa, jossa tutkimusasetelmaa voidaan vakioda pitämällä tutkimuslaboratorion olosuhteita tasaisena. (Kananen 2008, 122-123; Kananen 2014, 148; Kankkunen ym. 2013, 195-197; Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut 2019.) Opinnäytetyöni tutkimustuloksissa sisäisen validiteetin saavuttaminen osoittautui erittäin haastavaksi. Tutkimukseen osallistujien elämässä tapahtui paljon muitakin asioita, jotka saattoivat vaikuttaa tuloksiin. Joten intervention aikana esiin tulleista muutoksista osa on voinut hyvinkin johtua saunajoogaharjoittelusta, mutta täysin varmaa tietoa asiasta ei ole saatavissa.

Tutkimustulosten ulkoinen validiteetti tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä. Siihen vaikuttaa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden eli havaintoyksiköiden määrä sekä valintakriteerit. Havaintoyksiköistä koostuvaa ryhmää kutsutaan perusjoukoksi, joka opinnäytetyössäni on omaishoitajat. Tutkimuksissa useimmiten keskitytään perusjoukkoa pienemmän ryhmän, satunnaisesti valitun otoksen tutkimiseen. Satunnaisotanta lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä otoksen kaikilla havaintoyksiköillä on ollut yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi tutkimukseen, eikä tutkija ole vaikuttanut henkilövalintoihin. Joskus satunnaisotannan saaminen perusjoukosta voi olla haastavaa ja tällöin tutkijan on tyydyttävä harkinnanvaraiseen näytteeseen, joka on valikoi-

tunut tutkijan mielenkiinnon tai saatavuuden mukaan. (Kananen 2014, 148; Kankkunen ym. 2013, 195-197; Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut 2019; Metsämuuronen 2006, 45.)

Opinnäytetyöni tutkimusryhmä on harkinnanvarainen näyte perusjoukosta eli omaishoitajista. Mielenkiintoni omaishoitajien tärkeää työtä kohtaan ja auttamisenhalu olivat syynä perusjoukon valintaan. Ryhmä muodostui saatavuuden mukaan, joten näyte oli ”ei-satunnainen”. Minulla oli vaikeuksia löytää tutkimukseen osallistujia omaishoitajista ja sen vuoksi rekrytointia tehtiin kolmeen eri kertaan. Koska näyte on harkinnanvarainen, ”ei-satunnaistettu” ja sisältäen vain viisi henkilöä, voin todeta, että opinnäytetyöni ulkoinen validiteetti eli yleistettävyyks on heikko. Toisaalta opinnäytetyötäni suunnitellessani ja toteuttaessani en ole myöskään pyrkinyt ulkoiseen validiteettiin vaan tarkoituksena oli toteuttaa laadullinen tutkimus, jossa tulokset koskevat kyseistä ryhmää. Aikomuksena on ollut löytää esimerkki saunajoogaharjoittelun mahdollisista vaikutuksista. Yleistettävyyks olisi vaatinut isompaa tutkimusryhmää ja teorian luominen laajempaa tutkimusotetta.

Määrällisen aineiston analyysia voidaan tehdä kuvailevalla tilastoanalyysilla tai tilastollisella päättelyllä. Omassa opinnäytetyössäni olin päätenyt käyttämään kuvailevaa analyysi tutkimuksen pienestä otannasta johtuen. Kuvaileva tilastoanalyysi pyrkii nimensä mukaisesti tiivistämään sekä kuvailemaan määrällisen muuttuja jakaumaa. Siinä ei pyritä tekemään tulosten pohjalta yleistyksiä mihinkään perusjoukkoon. Koska opinnäytetyöni otanta sisälsi viisi henkilöä, olin valinnut käyttää määrällisten tulosten analysoinnissa indeksiarvojen keskilukuja, jotka kuvaavat muuttujien arvojen keskimääräistä suuruutta. Keskiluvuista valitsin yleisimmin käytetyn eli aritmeettisen keskiarvon, jota käytetään välimatka- ja suhdeasteikolla mitattuihin muuttujiin. Aritmeettisessä keskiarvossa on muistettava myös se, että pienen otoksen kohdalla, yksikin poikkeava muuttujan arvo voi vaikuttaa suuresti keskiarvon suuruuteen. Opinnäytetyössäni tapahtuikin juuri niin, että RAND-36 mittarilla mitattu suuri vaihteluväli yhden henkilön kohdalla alku- ja loppumittauksissa, vaikutti suuresti koko ryhmän keskiarvoon. Vaikutusta keskiarvoihin oli myös sillä, että loppumittausten osalta käytössä oli vain neljän osallistujan tulokset. (Menetelmäopetuksen www-sivut 2020.)

Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri ulkoiseen validiteettiin eli tulosten yleistettävyyteen vaan enemminkin ymmärtämään ja selittämään yksittäisiä ilmiöitä. Siinä tutkija päättää ketä tutkitaan, mitä kysytään tai ei kysytä sekä miten kerätty aineisto kerätään ja tulkitaan. Tulokset pätevät yleensä vain kyseisessä tutkimusryhmässä, mutta laadullisen tutkimuksen pohjalta voidaan kyllä kehittää teorioita ja malleja, jolloin voidaan puhua laajemmasta yleistämisestä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat erilaisia kuin määrällisessä, koska kriteerit on luotu arvioimaan laadullisesta näkökulmasta tuotettua tutkimusmateriaalia. (Kananen 2014, 148-151; Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut 2019.)

Yksi kriteereistä on vahvistettavuus, jolla halutaan varmistaa, että tulokset ovat tutkitavan henkilön kannalta luotettavia ja uskottavia. Paras tapa tämän toteuttamiseen on antaa tutkitavan perehtyä aineistoon vahvistaen tulkinnan ja tuloksen. Opinnäytetyössäni vahvistettavuutta olisi voitu parantaa sillä, että tutkimukseen osallistujat olisivat päässeet lukemaan haastattelusta litteroidun aineiston. Tämän ymmärsin vasta opinnäytetyön luotettavuudesta kirjoittaessani ja jäi siitä syystä toteuttamatta. Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa tulosten pitävyyttä myös muissa yhteyksissä ja sitä voidaan parantaa hyvällä lähtötilanteen ja oletusten dokumentoinnilla. Tulkinnan tekeminen aineistosta on oma taitolajinsa. Ristiriidattomuuden voi varmistaa sillä, että toinen tutkija voi tarkistaa ratkaisujen virheettömyyden ja tulella samaan johtopäätökseen kirjoittajan kanssa. Saturatio on yksi käyttökelpoinen luotettavuuden mittari ja tarkoittaa sitä, että eri lähteiden tarjoamat tutkimustulokset alkavat toistua ja ne eivät enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Siitä tietää, että tutkimusaineistoa on kerätty riittävästi ja se onkin yksi käytännöllinen tapa rajata aineiston määrää. (Kananen 2014, 150-154; Kananen 2008, 126-127; Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut 2019.)

Teemahaastattelu pohjautui opinnäytetyössäni laadulliseen aineistonkeruumenetelmään. Olin rakentanut teemahaastattelun rungon valitsemalla siihen kysymykset, jotka voisivat tuoda ratkaisun tutkimuskysymykseen ”Miten ikääntyneet omaishoitajat kokevat saunajoogaharjoittelun vaikuttavan heidän arkeensa?”. Haastattelu oli dokumentoitu äänitteenä ja jälkikäteen tuotettu kirjalliseen muotoon. Aineiston kirjallinen muoto vastasi täysin haastateltavien vastauksia, mutta aineiston analyysin perustuva

tulkinta on tutkijan näkemys haastattelussa esille nousseista asioista. Aineiston analyysin tulkinta määrittelee myös sen, löytyikö vastaus siihen tutkimuskysymykseen, johon vastausta haettiin. Dokumentointi oli pääroolissa tutkimuksen aikana, sillä haastattelusta, kyselylomakkeesta sekä kenttämuistiinpanoista oli saatu kirjallista tutkimusaineistoa analysoitavaksi. Kyselylomakkeella oli mahdollista vahvistaa haastattelun tulokset saunajoogaharjoittelun vaikutuksesta arkeen ja kenttämuistiinpanoilla kerättiin tietoa siitä, millaisena harjoittelu oli koettu. Kaikesta tästä aineistosta olen pyrkinyt nostamaan esille tutkimustehtävän kannalta keskeisen tiedon sekä löytämään olennaisimmat ilmiöt, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tähän viitaten voin todeta onnistuneeni opinnäytetyöni aineiston tulkinnassa sekä löytäneeni vastaukset kahteen tutkimuskysymykseen. (Menetelmäopetuksen tietovarannon [www-sivut](http://www.sivut) 2019.)

Käytin opinnäytetyöni aineistonkeruussa monimetodista lähestymistapaa eli triangulaatiota. Aineistoriangulaatiossa yhdistetään eri tavoin kerättyjä tutkimusaineistoja keskenään, yrittäen löytää aineistoista yhteneväisiä tuloksia. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä esimerkiksi osallistuvalla havainnoinnilla, tarkkailulla, teema- tai lomakehaastatteluilla, kyselyillä tai aineisto voi olla jo valmiina. Aineistoriangulaation optimaaliseen määrään on mahdollista soveltaa saturaation käsitettä siitä, että uusia näkökulmia voidaan nostaa esille niin kauan, kunnes tulosten tulkinta ei enää muutu. Triangulaatiolla pyritään parantamaan tutkimuksen luotettavuutta, siinä tutkittavasta ilmiöstä on kerätty aineistoa usealla menetelmällä, yrittäen löytää eri näkökulmia. Vain yhtä aineistonkeruumenetelmää käyttäen, voisi jotakin oleellista jäädä huomioimatta. Vähäinen aineisto ei taas välttämättä pysty nostamaan tärkeimpiä asioita esille. Kun samat asiat toistuvat useassa aineistossa, nousevat ne myös selvemmin esille. Aineistoriangulaatiolla pystyin vahvistamaan opinnäytetyöni haastattelusta, kyselylomakkeesta ja kenttämuistiinpanoista esille nousseita tuloksia omaishoitajan omasta ajasta, vertaistuesta ja ryhmäterapiasta. (Kananen 2008, 127; Kananen 2014, 152; Vilkkä 2015, 70-72.)

11 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Opinnäytetyöni eettiset pohdinnat perustuvat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeeseen, joka on uudistettu vuonna 2019. Ohje sisältää ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet sekä ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin Suomessa. Eettiset periaatteet on laadittu ihmistä tutkivien henkilöiden sekä tutkimusryhmien tuksi sekä suojaamaan tutkimuksen kohteena olevia ihmisiä. Ohjetta tulee soveltaa kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa, joka kohdistuu ihmiseen tai jossa käytetään ihmistieteiden tutkimusmenetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 3,6.) Satakunnan korkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan edellä mainittuja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ohjeita. (Satakorkean www.sivut 2020).

Suomessa kaikilla tieteenaloilla toimivia tutkijoita ohjaavat kolme yleistä eettistä periaatetta. Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Kunnioittaa aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä, luonnonperintöä sekä luonnon monimutkaisuutta. Sekä toteuttaa tutkimuksensa niin, että tutkimuksesta ei aiheudu tutkimukseen osallistuville henkilöille, yhteisöille tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 5-6.) Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ihmisarvosta ja itsemääräämisoikeudesta on määrätty Suomen perustuslaissa, perusoikeuksissa. Laissa on todettu, että jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Myös jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 2 luku, 7§, 10§.)

Perustana ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa on se, että tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on luottamus tutkijoihin ja tieteeseen. Tämä on mahdollista vain silloin, kun tutkimukseen osallistuvien henkilöiden ihmisarvoa ja oikeuksia kunnioitetaan. Tähän perustuu tutkimuksen keskeinen eettinen periaate siitä, että suostumus osallistua tutkimukseen on tietoon perustuvaa. Tutkittavalla henkilöllä on oikeus saada tietoa tutkimuksen sisällöstä, henkilötietojen käsittelystä ja tutkimuksen käytännön toteutuksesta. Sekä saada ymmärrettävä ja totuuden mukainen kuva tutkimuksen tavoitteista

sekä siitä mahdollisesti koituvista haitoista tai riskeistä. Tärkeää on myös kertoa realistisesti tutkimuksen vaikutuksista ja mahdollisista hyödyistä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7-9.) Opinnäytetyössäni pyrin huolehtimaan riittävän tiedon jakamisesta niin kirjallisesti kuin suullisestikin. Jokainen osallistuja sai info-kirjeen, jossa kerrottiin saunajoogasta, tutkimuksen tavoitteet, miksi henkilö kutsuttiin tutkimukseen, mitä henkilöä pyydettiin tekemään tutkimuksessa, esiteltiin tutkimuksessa käytetty mittari, kuinka kauan saunajoogaharjoitteluun kuluu aikaa, liittyikö tutkimukseen riskejä sekä osallistujien oikeudet. Kirjeen sisällön pyrin kirjoittamaan mahdollisimman ymmärrettävästi ja rehellisesti. (Liite 3.)

Lempeänä liikuntamuotona saunajooga soveltuu kaikille, jotka pystyvät saunomaan normaalilämpöisessä saunassa. Infokirjeessä olen pyytänyt osallistujia kertomaan minulle, mikäli osallistujan terveydentilassa on tapahtunut muutoksia lähiaikoina, ennen tutkimuksen aloittamista. Tarkoituksena oli selvittää mahdollisia terveydellisiä kontraindikaatiota tutkimukseen osallistumiselle. Osallistujilta ei tullut yhtään ilmoitusta tähän liittyen. Mahdollisia terveystietoja olisin käsitellyt luottamuksellisesti, vaitiolovelvollisuuteen perustuen. Jälkikäteen ajatellen osallistujien perussairauksien ja terveydentilan kartoittaminen perusteellisemmin olisi ollut järkevää turvallisuus syistä. Tutkimukseen rekrytoitavalla henkilöllä on oikeus osallistua vapaaehtoisesti tai kieltäytyä osallistumasta. Mikäli henkilö päättää kieltäytyä osallistumasta, on huolehdittava siitä, että hänelle ei jää pelkoa kielteisistä seuraamuksista kieltäytyessään tutkimuksesta. Tutkijan pitää dokumentoida tutkittavan antaman osallistumissuostumuksen kirjallisesti, suullisesti tai sähköisesti. Tutkittava voi myös milloin tahansa peruuttaa osallistumisensa tutkimukseen ja sen pitää olla yhtä helppoa kuin suostuminen on ollut. Tutkittavalla henkilöllä on myös oikeus keskeyttää osallistumisensa tutkimuksen aikana, ilman kielteisiä seurauksia ja keskeyttämiselle ei tarvitse ilmaista erityistä syytä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 6-8.) Info-kirjeessäni painotin juuri näitä kyseisiä tutkimukseen osallistuvien oikeuksia, jotta osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja luottamukseen. Kirjeen lisäksi olen tehnyt jokaisen tutkimukseen osallistuvan henkilön kanssa kirjallisen sopimuksen, jonka olen käynyt henkilökohtaisesti läpi jokaisen osallistujan kanssa. Kirjallisen sopimuksen allekirjoitus on suostumus osallistua tutkittavaksi ja siinä on varmistettu, että kyseinen henkilö on saanut ja lukenut info-kirjeen, ymmärtää oikeutensa tutkimuksen keskeyttämiseen sekä tiedostaa kaikkien tutkimuksen tietojen luottamuksellisen käsittelyn.

Henkilötietoja sisältävän tutkimusaineiston käsittelyä ohjaavat suunnitelmallisuus, vastuullisuus ja lainmukaisuus. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon tutkimusaineiston käsittelyyn liittyvät riskit koko tutkimuksen elinkaaren aikana. Pääsääntöisesti ei ole tarkoituksenmukaista julkaista tutkittujen henkilöiden tietoja niin, että heidät voitaisiin tunnistaa. Tutkimukseen osallistuneiden ja julkaisussa mainittujen henkilöiden yksityisyyttä pitää suojella. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 11-13.) Tästä on aikaisemmin säädetty Henkilötietolaissa, joka on kumottu 1.1.2019 ja korvattu Tietosuojalailla. Lain mukaisesti, tieteellistä tutkimusta varten kerättävien henkilötietojen käsittely perustuu asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan, tutkimuksella on vastuuhenkilö tai vastaava ryhmä sekä tietoja käytetään ja luovutetaan vain tieteellistä tutkimusta varten. Ja toimitaan niin, että henkilöä koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille. (Tietosuojalaki, 5 luku, 31§.)

Oman tutkimusaineistoni keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisen kannalta on tärkeää huomioida tietosuojatietoa niin, että tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei voida tunnistaa helposti tai kohtuuttomitta kustannuksitta. Tutkimukseen osallistujat täyttivät viikoittain kyselylomakkeita, joissa käytin numeroituja lomakkeita, joihin ei tarvinnut täyttää yksilöiviä tunnisteita kuten nimeä, osoitetta, henkilötunnusta. Alku- ja loppumittauksessa käyttämäni RAND-kyselylomakkeeseen ei myöskään tarvinnut nimeä vaan lomakkeet olivat numeroituja. Tutkimuksessani olen kerännyt osallistujien henkilötiedot erillisille lomakkeille, joita säilytän tutkimuksen muusta materiaalista erillisenä. Tutkimusaineistoni säilytystä tutkimuksen aikana, arkistointia tutkimuksen jälkeen sekä mahdollisuutta käyttää tutkimustuloksia myöhemmissä tutkimuksissa olen suunnitellut jo etukäteen. (Satakorkean www-sivut 2020.)

Tutkimukseeni osallistuvien henkilöiden henkisten, taloudellisten ja sosiaalisten haittojen välttäminen oli osa tutkimukseni suunnittelua. Henkisten haittojen välttämiseen kuului tutkittavien arvostava kohtelu ja kunnioittava kirjoitustapa tutkimusjulkaisussa. Sosiaalisia haittoja olisi voinut aiheutua julkaisemalla tutkimuskohdetta leimaavia tuloksia, mitä pyrin erityisesti välttämään. Tutkimuksessani taloudellisena haittana ja riskinä oli tutkimukseen osallistuvien kulkemiseen liittyvät kulut, joko omalla autolla tai julkisilla kulkuneuvoilla. Myös omaisen hoitoon liittyvissä asioissa oli mahdollista syntyä kustannuksia. Tutkittavat olivat tietoisia näistä riskeistä sekä kustannukset eivät olleet suurempia kuin normaalissa elämässä eteen tulevat kustannukset.

Opinnäytetyöni interventiotutkimuksessa ei ollut mukana kontrolliryhmää, johon tutkimusryhmää olisi verrattu. Näin ollen minun ei tarvinnut miettiä kenenkään jäävän ilman intervention mahdollisia hyötyjä. Saunayogaharjoitteet ovat tarkkaan kehitetty ja käytännössä soveltuviksi todettu sekä koulutettujen ohjaajien pitämiä tuokioita. Näin ollen, saunayogaharjoitteet interventiotutkimuksen suunnitelman ja toteutuksen mukaisesti, eivät tuottaneet fyysistä tai psyykkistä vaaraa tutkimukseen osallistujille. Tavoitteenani oli antaa omaishoitajille mahdollisuus tutustua uuteen turvalliseen liikuntamuotoon, jossa harjoitteet ovat pehmeitä ja miellyttäviä. Mahdollisesti jopa innostaa harjoitteluun, joista olisi hyötyä omaishoitajan arjessa jaksamiseen.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Aro, AR. & Teperi, J. 1999. Rand-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 101. Viitattu 20.11.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201211089642>

Ahokas-Kukkonen, I., Tepponen, M. & Tolonen, E. 2019. Omais- ja perhehoidon suosituksia maakunnallisiin linjauksiin vuosille 2018-2025. Teoksessa Noro, A. (toim.) Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015-2018. Päätelmät ja suositukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 61/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 61-80.

Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. 3. Uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Axelin, A., Hätönen, H., Pölkki, T. & Salanterä, S. 2012. Kokeellinen tutkimus ja sen haasteet hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 24:4, 302-312. Viitattu 6.12.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1580792>

Broo, M. 2019. Patanjalin Yoga-sutra. Joogan filosofia. Toinen, uudistettu laitos. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Bucht, H. & Donath, L. 2019. Sauna Yoga Superiorly Improves Flexibility, Strength, and Balance: A Two-Armed Randomized Controlled Trial in Healthy Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(19), 3721. Viitattu 16.11.2019 <https://doi.org/10.3390/ijerph16193721>

DiBenedetto, M., Innes, K.E., Taylor, A.G., Rodeheaver, P.F., Boxer, J.A., Wright, H.J. & Kerrigan, D.C. 2005. Effect of a Gentle Iyengar Yoga Program on Gait in the Elderly: An exploratory Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 86(9), 1830-1837. Viitattu 17.11.2019. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.03.011>

Halonen, U. 2011. Hoivaa miten taidat – omaishoitajan arki ja toimijuus. Pro-gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Viitattu 9.11.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-2011070511131>

Hays, R.D. & Morales, L.S. 2001. The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of Medicine* 33(5), 350-357. Viitattu 6.12.2019. <https://doi.org/10.3109/07853890109002089>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut. Viitattu 14.12.2016. <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>

Isojärvi J. 2011. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkaluna. Viitattu 12.12.2016. <http://www.bmf.fi/file/view/PICO-asetelma+informaation+tyokaluna.pdf>

Joogakeskus Himalajan www-sivut 2019. Viitattu 17.11.2019 <https://www.himalaja.fi>

Jyväskylän yliopiston Koppa www-sivut. 2019. Viitattu 6.12.2019 <https://koppa.jyu.fi>

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

Kananen, J. 2008. KVALI Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelley K.K., Aaron D., Hynds K., Machado, E. & Wolff, M. 2014. The effects of a Therapeutic Yoga Program on Postural Control, Mobility, and Gait Speed in Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 20(12), 949-954. Viitattu 17.11.2019. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0156>

Kerrigan, D.C., Lee, L.W. Collins, J.L., Riley P.O. & Lipsitz, L.A. 2001. Reduced Hip Extension During Walking: Healthy Elderly and Fallers Versus Young Adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82(1), 26-30. Viitattu 20.11.2019. <https://doi.org/10.1053/apmr.2001.18584>

Klemettilä, M. 2014. Puoliso-omaishoitajien kokemuksellinen elämänlaatu: ALSOVA-päiväkirjat tutkimusaineistona. Pro-gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 9.11.2019 <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20140860>

Komulainen, P. & Vuori, I. 2015. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu. Viitattu 17.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01182>

Korpilahti, U. & Aalto A-M. 2013. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. Toimia-tietokanta. Viitattu 7.12.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Kontala, J. 2015. Joogan sydän. Kohti sisäistä harjoitusta. Helsinki: Basam Books Oy.

Kukkonen-Harjula, K. 2007. Saunomisen terveyshyödyt ja riskit. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 13, 1592-1596. Viitattu 30.3.2020. <https://www.duodecimlehti.fi>

Kukkonen-Harjula, K. & Kauppinen, K. 2006. Health effects and risks of sauna bathing. *International Journal of Circumpolar Health* 65:3, 195-205. Viitattu 30.3.2020. <https://doi.org/10.3402/ijch.v65i3.18102>

Laki omaishoidon tuesta. 2005. L 2.12.2005/937 muutoksineen. Viitattu 5.11.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937#a29.6.2016-511>

Lehtola, L. 2017. Effects of saunayoga on people diagnosed with rheumatic diseases. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.11.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017112217756>

Leppäaho, S., Kehusmaa, S. Jokinen, S. Luomala, O. & Luoma, M-L. 2019. Kaikenikäisten omaishoito – Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa Noro, A. (toim.) Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015-2018. Päätelmät ja suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 25-36.

Leskelä, A. 2019. Sauna yoga` s effects on recovery from work-related stress based on heart rate variability. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.11.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201902202538>

Lönroos, E., Karinkanta, S., Häkkinen, H. & Havulinna, S. 2018. Tiedosta ja toimi – iäkkäiden kaatumisia voidaan ehkäistä. Lääkärilehti 47/2018, 2780-2785. Viitattu 28.2.2020 <https://www.fmnet.fi>

Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut. 2019. Viitattu 6.12.2019 <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Menetelmäopetuksen tietovarannon www-sivut. 2020. Viitattu 18.4.2020. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky.

Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni – Tutkimus puolisohoivan arjen toimijuuksista. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A, Tutkimuksia, 21. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.11.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200911175557>

Noro, A. 2019. Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015-2018. Päätelmät ja suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Oken, B.S., Zajdel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., Kraemer, D.F., Lawrence, J. & Leyva, J. 2006. Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Alternative therapies in health and medicine* 12, 40-47. Viitattu 14.12.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1457100/>

Omaishoitajaliiton www-sivut 2020. Viitattu 28.2.2020. <https://omaishoitajat.fi>

Omaishoitajaliitto ry 2020. Palveluopas 2020-2021. Viitattu 28.2.2020 <https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Palveluopas-2020-2021.pdf>

Pajukorpi, J. 2017. Therapeutic effects of sauna yoga in patients with chronic pain. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.11.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017112017450>

- Patel, N.K., Newstead, A.H. & Ferrer, R.L. 2012. The Effects of Yoga on Physical Functioning and Health Related Quality of life in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 18(10), 902-917. Viitattu 17.11.2019. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0473>
- Pölkki, T. 2014. Hoitotyön interventiot ja niiden vaikuttavuus. *Tutkiva hoitotyö* 12(4), 3. Viitattu 6.12.2019 <http://www.emagz.fi.lillukka.samk.fi/reader/issue/10228/178431/2>
- Reumaliiton www-sivut 2020. Viitattu 30.3.2020. <https://www.reumaliitto.fi>.
- Salanko-Vuorela, M. 2011. Pohdintoja omaishoidon tulevaisuudesta. Teoksessa Kai-volainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) *Omaishoito, Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 220- 228.
- Satakorkean www-sivut 2020. Viitattu 24.2.2020. <https://www.samk.fi/satakorkea/>
- Saunayoga International Oy www-sivut. 2019. Viitattu 16.11.2019 <http://www.sau-nayoga.com/fi/>
- Shemeikka, R., Buchert, U., Pitkänen, S., Pehkonen-Elmi, T. & Kettunen, A. 2017. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviämiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 37/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 30.11.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-384-2>
- Sivananda Yoga Vedanta Centre 2005. *Joogan käsikirja*. Neljäs painos. Karkkila: Kustannus-Mäkelä Oy
- Sivaramkrishnan, D., Fitzsimons, C., Kelly, P., Ludwig, K., Mutrie, N., Saunders, D.H. & Baker, G. 2019. The effects of yoga compared to active and inactive controls on physical function and health related quality of life in older adults – systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16, 1-22. Viitattu 17.11.2019. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0789-2>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. *Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Viitattu 28.2.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3412-2>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. *Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.11.2019 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Strandberg, T., Hussi, E. & Kukkonen-Harjula 2018. Ylös, ulos, lenkille- ja saunaan. *Saunomisen terveysvaikutukset. Suomen lääkärilehti* 24-31, 1571-1576. Viitattu 30.3.2020. <http://hdl.handle.net/10138/304146>
- Suomen joogaliiton www-sivut 2019. Viitattu 17.11.2019 <https://www.joogaliitto.fi>.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017. Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. Viitattu 28.2.2020 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Suomen omaishoidon verkoston www-sivut. 2019. Viitattu 6.11.2019. <https://omaishoidonverkosto.fi/toiminta/>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 muutoksineen.

Suomen virallinen tilasto: Väestöennuste. 2012. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 20.2.2020. http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto: Väestöennuste. 2019. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 20.2.2020. https://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_2019-09-30_tie_001_fi.html

Terveyskylän www-sivut 2020. Viitattu 28.2.2020. <https://www.terveyskyla.fi>

Tew, A. G., Howsam, J., Hardy, M. & Bissell, L. 2017. Adapted yoga to improve physical function and health-related quality of life in physically-inactive older adults: a randomised controlled pilot trial. *BMC Geriatrics* 17(1):131, 1-10. Viitattu 16.11.2019. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0520-6>

THL:n www-sivut. 2019. Viitattu 9.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/omaishoito-ja-perhehoito>

Tietosuojalaki 5.12.2018/1050

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.11.2019. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetin www-sivut 2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.20.2020. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>

Tikkanen, U. 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 27.11.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1056-5>

Tulloch, A., Bombell, H., Dean, C. & Tiedemann, A. 2018. Yoga-based exercise improves health-related quality of life and mental well-being in older people: a systematic review of randomised controlled trials. *Age and Ageing*. 47(4), 537-544. Viitattu 20.11.2019. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy044>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 1.3.2020. <https://www.tenk.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Viitattu 1.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Vainio, T. 2012. Saunajooga. Rauhoitu ja rentoudu. Helsinki: WSOY.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectra. Painetun kirjan kanssa saman sisältöinen pdf on Helsingin yliopiston vuonna 2019 julkaisema. Viitattu 7.12.2019 <http://doi.org/10.31885/9789515149817>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. Uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Välimäki, T.H., Martikainen, J.A., Hongisto, K., Väätäinen, S., Sintonen, H. & Kouvisto A.M. 2016. Impact on Alzheimers` s disease on the family caregiver`s long-term quality of life: results from an ALSOVA follow-up study. *Quality of Life Research* 25:3, 687-697. Viitattu 9.11.2019 <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1100-x>

Youkhana, S., Dean, C.M., Wolff, M., Sherrington, C. & Tiedemann, A. 2016. Yoga-based exercise improves balance and mobility in people aged 60 and over: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 45(1), 21-29. Viitattu 17.11.2019. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv175>

Zettergren, K.K., Lubenski, J.M. & Viverito, J.M. 2011. Effects of a Yoga Program on Postural Control, Mobility, and Gait Speed in Community-Living Older Adults: A Pilot Study. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 34(2), 88-94. Viitattu 17.11.2019. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e31820aab53>

LIITE 1

1. Onko terveyttenne yleisesti ottaen ...
(ympyröikää yksi numero)

1 erinomainen
2 varsin hyvä
3 hyvä
4 tyydyttävä
5 huono

2. Jos vertaatte nykyistä terveydentilaanne vuoden takaiseen, onko terveyttenne yleisesti ottaen ...
(ympyröikää yksi numero)

1 tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten
2 tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
3 suunnilleen samanlainen
4 tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
5 tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten

Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon?

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
3. huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esimerkiksi juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
4. kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot, kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
5. ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
6. nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
7. nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3
8. vartalon taivuttaminen, polvistuminen, kumartuminen	1	2	3
9. noin kahden kilometrin matkan kävely	1	2	3
10. noin puolen kilometrin matkan kävely	1	2	3
11. noin 100 metrin matkan kävely	1	2	3
12. kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

LIITE 1

**Onko teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut RUUMIILLISEN TERVEYDEN-
TILANNE TAKIA** alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomai-
sissa päivittäisissä tehtävissänne?
(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

		kyllä	ei
13.	Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne aikaa	1	2
14.	Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
15.	Terveydentilanne asetti teille rajoituksia joissakin työ- tai muissa tehtävissä	1	2
16.	Töistänne tai tehtävistänne suoriutumisen tuotti vaikeuksia (olette joutuneet esim. pönnustelevään tavallista enemmän)	1	2

**Onko teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut TUNNE-ELÄMÄÄN LIITTYVIEN
vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia** alla mainittuja
ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne?
(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

		Kyllä	ei
17.	Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne aikaa	1	2
18.	Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte	1	2
19.	Erte suorittanut töistänne tai muita tehtäviänne yhtä huolellisesti kuin tavallisesti	1	2

20. **MISSÄ MÄÄRIN** ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet
ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista)
toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?
(ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

LIITE 1

21. Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja teillä on ollut viimeisen 4 viikon aikana? (ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
2 hyvin lieviä
3 lieviä
4 kohtalaisia
5 voimakkaita
6 erittäin voimakkaita

22. Kuinka paljon kipu on häirinnyt tavanomaista työtänne (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana? (ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
2 hieman
3 kohtalaisesti
4 melko paljon
5 erittäin paljon

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä teistä on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne.

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomatavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
23. tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa	1	2	3	4	5	6
24. ollut hyvin hermostunut	1	2	3	4	5	6
25. tuntenut mielialanne riin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä piristää .	1	2	3	4	5	6
26. tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3	4	5	6
27. ollut täynnä tarmoa	1	2	3	4	5	6
28. tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3	4	5	6
29. tuntenut itsenne "loppuunkuluneeksi"	1	2	3	4	5	6
30. ollut onnellinen	1	2	3	4	5	6
31. tuntenut itsenne väsyneeksi	1	2	3	4	5	6

LIITE 1

32. Kuinka suuren osan ajasta ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaanne (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)?
(ympyröikää yksi numero)

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | koko ajan |
| 2 | suurimman osan aikaa |
| 3 | jonkin aikaa |
| 4 | vähän aikaa |
| 5 | ei lainkaan |

- Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa teidän kohdallanne?
(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | pitää
ehdotto-
masti
paikkansa | pitää
enimmäk-
seen
paikkansa | en
osaa
sanoa | enimmäk-
seen ei
pidä
paikkansa | ehdotto-
masti ei
pidä
paikkansa |
|--|---|--|---------------------|--|---|
| 33. Minusta tuntuu, että sairastun jonkin verran helpommin kuin muut ihmiset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Olen vähintään yhtä terve kuin kaikki muutkin tuntemani ihmiset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Uskon, että terveyteni tulee heikkenemään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Terveyteni on erinomainen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

LIITE 2

Torstai XX.XX.XXX – torstai XX.XX.XXXX -> Palautus torstai XX.XX.XXXX

Koetko, että saunayogalla on ollut vaikutusta nukkumiseen, kipuihin, jaksamiseen tai mielialaan?
Ympyröi vaihtoehto.

Nukkuminen: Ei

En osaa sanoa

Kyllä,
miten on vaikuttanut: _____

Kipu: Ei

En osaa sanoa

Kyllä,
miten on vaikuttanut: _____

Jaksaminen: Ei

En saa sanoa

Kyllä,
miten on vaikuttanut: _____

Mieliala: Ei

En osaa sanoa

Kyllä,
miten on vaikuttanut: _____

Millaista saunayogaharjoittelu on mielestäsi ollut?



Infokirje tutkimukseen osallistuvalla

Tutkimuksen nimi:	Saunajoogaharjoitteet omaishoidon tukena
Tutkija:	Nina Rouhikko, fysioterapeutti (AMK)
Yhteystiedot:	Nina Rouhikko nina.rouhikko@student.samk.fi Puhelin: 050-4671557
Oppilaitos:	SAMK
Koulutusohjelma:	Vanhustyön Ylempi AMK YGE16

Kiitos halukkuudestasi osallistua tutkimukseeni. Pyydän sinua lukemaan tämän informaatiokirjeen huolellisesti ja kertomaan mikäli sinulle syntyy kysymyksiä aiheesta. Kirjeen tavoitteena on varmistaa, että olet saanut kaiken tarvittavan tiedon tutkimuksesta sekä siihen liittyvistä vaiheista ja tehtävistä. Luethan tämän infokirjeen huolellisesti. Kun olet lukenut kirjeen sisällön ja olet varmistunut siitä, että ymmärsit tutkimuksen sisällön, pyydän sinua ennen tutkimukseen osallistumista allekirjoittamaan osallistujasopimuksen.

Mikä on saunayoga?

Saunajooga on Suomessa vuonna 2012 kehitetty kehoa huoltava ja mieltä rentouttava liikuntamuoto, jota toteutetaan (liikkumiseen soveltuvassa vaateuksessa) miedossa lämmössä (40 – 50°C) saunan lauteilla istuen. Saunajoogaharjoitteet on suunnattu kehon eri ominaisuuksiin, osa vahvistaa lihaksia tai kehittää tasapainoa, osa puolestaan venyttää lihaksia tai avaa nivelien ja rangan liikeratoja. Saunajooga soveltuu kaikille, jotka pystyvät saunomaan normaalilämpöisessä saunassa.

LIITE 3

Mistä tutkimuksessa on kysymys?

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia saunajoogaharjoitteiden soveltuvuutta ikääntyneille omaishoitajille, jotka hoitavat muistisairaasta omaistaan. Tutkimuksen tavoitteena on tutkia saunajoogaharjoitteiden vaikuttavuutta heidän kokemaansa elämänlatuun ja toimintakykyyn. Tärkeää on myös saunajoogaharjoittelun mahdollistaminen omaishoitajille sekä uuden, mahdollisimman monille soveltuvan liikuntamuodon esittely. Tulevaisuudessa saunajooga voisi toimia harjoittelumuotona kaikille halukkaille niin kotisaunassa kuin ohjatuilla tunneilla eri puolella maailmaa.

Miksi sinut/teidät on kutsuttu tähän tutkimukseen?

Olet yli 65-vuotias ja toimit omaishoitajana muistisairaalle omaishoidettavalle. Terveystilasi sallii normaalilämpöisen saunomisen.

Mitä sinun pyydetään tekemään tutkimuksessa?

Mikäli tulet osallistumaan tutkimukseen, sinua pyydetään osallistumaan 10 viikon interventiojaksoon eli harjoittelujaksoon. Harjoittelujakson aikana sinulle tullaan ohjaamaan saunajoogaharjoitteita kerran viikossa, 5 hengen ryhmässä. Jokaisen ohjatun saunajoogaharjoituskerran aikana sinun on mahdollista kysyä neuvoa ja ohjeita koskien harjoitteiden toteutusta sekä tarkoitusta.

- Saunajoogaharjoitteita ohjataan omaishoitajille 1 x viikossa (45 min harjoituksen kesto). Kokonaiskesto yhdelle ohjaukskerralle on n. 60 min.
- Paikka: ~~Diapysion~~ saunatilat, Metsämiehenkatu 2G, 28100 Pori

Ennen harjoitusjakson toteuttamista, sinua pyydetään vastaamaan RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittariin, jolla kartoitetaan elämänlaatua ja toimintakykyä sekä koettuja kipuja. Pyydän sinua myös pitämään päiväkirjaa harjoitusjakson aikana esiintyneistä tunteista, kivuista, unen laadusta ja kaikesta muusta, mikä koskee arkea. Harjoitusjakson jälkeen sinua pyydetään vastaamaan uudelleen RAND-36 mittariin, johon vastasit jo ennen interventiota.

- Ennen harjoittelujakson aloittamista pyydän sinua vastaamaan kirjalliseen RAND-36 terveyden ja elämänlaadun mittariin. Mittarin tarkoituksena kartoittaa tutkimukseen osallistuvien elämänlaatua ja terveyttä ennen tutkimukseen osallistumista.
- Harjoittelujakson eli interventiojakson aikana pyydän sinua täyttämään kyselylomaketta.
- Interventiojakson jälkeen pyydän sinua vastaamaan RAND-36 mittarin kysymyksiin uudelleen. Uudelleen mittauksen tavoitteena on verrata kahta toteutettua mittausta toisiinsa ja löytää näyttöä harjoittelujakson vaikutuksista.

LIITE 3

Tutkimuksessa käytettävä mittari

Olen päättänyt käyttää tutkimuksessani, jo olemassa olevaa, luotettavaa sekä kansainvälisesti tunnettua RAND-36 mittaria terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Mittari löytyy Toimia-tietokannasta ja suomennoksen ylläpidosta vastaa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Mittari on helppokäyttöinen sekä vapaasti käytettävissä oleva. Mittarin arvioitu täyttöaika on 5-10 minuuttia.

Kuinka kauan ohjattuun saunayogaharjoitteluun kuluu aikaa?

Ohjattu saunajoogaharjoittelu kestää n. 45 minuuttia, sisältäen alkurentoutuksen, harjoitteet ja loppurentoutumisen. Sinun on hyvä varautua 45 min harjoitteluun ja sen lisäksi varata 15 min aikaa kysymyksille ja keskustelulle. Mikäli haluat tehdä samoja harjoitteita kotisaunassa, mitä on tehty ohjatuilla tunneilla, on se tietenkin mahdollista. Kotisaunassa harjoittelu tapahtuu osallistujien elämään ja päivärytmiin sopivalla tavalla, elämäntilanteita kunnioittaen.

Liittykö tutkimukseen osallistumiseen riskejä?

Osallistujien turvallisuus ja mukavuus ovat minulle tärkeitä asioita, joihin pyrin tutkimuksen aikana kiinnittämään huomiota. Saunajooga lempeänä liikuntamuotona soveltuu kaikille, jotka pystyvät saunomaan normaalilämpöisessä saunassa. Olen käynyt saunajoogakoulutuksen ja olen koulutettu ohjaaja. Vain koulutetut ohjaajat saavat ohjata saunajoogaa ja koulutuksessa on myös kiinnitetty huomiota osallistujien turvallisuuteen ohjaajan näkökulmasta. Osallistuja voi kuitenkin halutessaan keskeyttää yksittäisen harjoittelukerran tai koko tutkimuksen koska tahansa.

Toivon sinun kertovan minulle, mikäli terveydentilassasi on tapahtunut muutoksia lähiaikoina ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkimuksen aikana. Käsitelen kaiken tiedon luottamuksellisesti ja minulla on vaitiolovelvollisuus koskien kaikkea tutkimukseen liittyvää.

Osallistujan oikeudet:

Tutkimukseen osallistujana sinun on hyvä tietää, että:

- Voit keskeyttää tutkimuksen, milloin tahansa. Vaikka olisit allekirjoittanut tutkimuksen lomakkeet, eikä mahdollisesta keskeyttämisestä aiheudu sinulle harmia.
- Kaikkia antamiasi tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja tiedot säilytetään salasanana takana olevalla tietokoneella.
- Halutessasi saat kopion kyselyn tuloksista. Tuloksista ei suoranaisesti ole osallistujalle henkilökohtaista hyötyä, mutta ne ovat arvokkaita tämän tutkimuksen onnistumisen kannalta.
- Tutkimuksen tietosuojaja on huomioitu julkaisuissa niin, että tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ei voida tunnistaa kerättävän ja analysoidavan aineiston perusteella.