

SIRPA SALIN

Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli  
vanhuksen kotihoidon osana

English abstract

*Acta Universitatis Tamperensis 1346*  
*Tampere University Press*  
*Tampere 2008*

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Ohjaaja  
Professori Päivi Åstedt-Kurki  
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat  
Professori Tarja Suominen  
Kuopion yliopisto  
Dosentti Pirkko Routasalo  
Turun yliopisto

Myynti  
Tiedekirjakauppa TAJU  
PL 617  
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu  
Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055  
Fax (03) 3551 7685  
taju@uta.fi  
www.uta.fi/taju  
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1346  
ISBN 978-951-44-7442-2 (nid.)  
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 761  
ISBN 978-951-44-7443-9 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2008

# KIITOKSET

Tutkimukseni aihe on virinnyt käytännön vanhustyössä kokemastani tilanteesta, jossa minun piti Toijalan Seudun Vanhainkotiyhdistyksen johtajana käynnistää lyhytaikaisen laitoshoidon palvelu osana vanhainkodin toimintaa. Aiheesta löytyi vain vähän tutkittua tietoa. Kokemukseni perusteella halusin selvittää, millaista hoidon pitäisi olla, jotta siitä olisi hyötyä vanhusperheille.

Tämä tutkimus on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushanketta ”Potilaan, perheen ja terveydenhuollon yhteistyö”. Osoitan parhaat kiitokset professori Päivi Åstedt-Kurjelle väitöskirjatyöni ohjauksesta. Hänen innostava ja kannustava tukensa tutkimuksen eri vaiheissa on ollut ratkaisevan tärkeä. Hän on ohjannut hapuilujani tieteellisen ajattelun polulla kärsivällisesti ja uskonut kykyyni tutkia meille molemmille niin läheistä vanhustyötä. Kiitän häntä käymistämme arvokkaista keskusteluista koko tutkimusprosessin aikana. Professori Eija Paavilaista kiitän lämpimästä ja työtäni merkittävällä tavalla edistäneestä ohjauksesta ja kannustuksesta. Sydämellinen kiitos dosentti Marja Kaunoselle huolellisesta ja syvällisestä paneutumisesta tutkimukseni eri vaiheissa. Kiitän häntä myötälämisestä ja tuesta silloin, kun omat voimani olivat loppua. Dosentti Marja-Terttu Tarkkaa kiitän työni edistymisen vilpittömästä seuraamisesta ja kannustuksesta pitkin matkaa.

Kiitän koko hoitotieteen laitoksen henkilökuntaa työtoveruudesta. Työyhteisön tutkimusilmapiiri on tempaissut minut mukaansa ja innostanut tutkimukseni tekemisen eri vaiheissa. Erityisesti kiitän toimistosihteerin Tuula Lähdekorpea, jonka käytännöllinen apu ja huolenpito monien asioiden sujumisessa on ollut merkittävä. Hoitotieteen laitoksen tutkimusseminaariryhmää kiitän opettavaisista keskusteluista. Erityinen kiitos kuuluu hiljan väitelleelle Tiina Mäenpäälle, jonka kanssa olemme jakaneet elämän ilot ja surut pitkän työtoveruuden aikana.

Professori Tarja Suomista ja dosentti Pirkko Routasaloa kiitän perusteellisesta ja asiantuntevasta esitarkastustyöstä. Heidän rakentavat huomionsa ja parannusehdotuksensa etenkin mallin aikaisempaa luovemmassa toteutuksessa olivat arvokkaita.

Olen erittäin kiitollinen niille perheille, jotka halusivat osallistua tutkimukseeni ja pitivät sitä tärkeänä. Vanhainkodin hoitohenkilökuntaa kiitän tutkimusmyönteisyydestä ja aktiivisesta osallistumisesta sen toteuttamiseen.

Kiitän osastonhoitaja Arja Lindeniä aineistonkeruun mahdollistamisesta ja kaikista käytännön järjestelyistä.

Kiitän taloudellisesta tuesta La Carita –säätiötä, Sairaanhoidajien koulutussäätiötä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusrahastoa ja Tampereen yliopistoa. Dosentti Merja Kuuppelomäkeä kiitän siitä, että hän antoi käyttöni kansainvälisen kyselylomakkeen suomenkielisen käännöksen.

Ystävien ja läheisten lämminhenkinen tuki on ollut korvaamaton etenkin silloin, kun jouduin tutkimukseni alkuvaiheessa auto-onnettomuuteen. Näin jälkikäteen voin sanoa, että tämä pakollinen pysähdys toi siunauksen elämäni. Erityisesti pastori Harri Johanssonin kanssa käymäni monet keskustelut toivat uskoa ja iloa elämäni tarkoituksesta. Kollega Katja Luojuksen tuki leikkausprosessissa oli korvaamaton. Sydämellinen kiitos teille kaikille.

Kiitän vanhempiani Kyllikki ja Matti Ahlforsia kaikesta rakastavasta huolenpidosta koko elämäni aikana. Te teitte mahdolliseksi myös aikuisopiskeluni, sillä olitte aina käytettävissämme perheeni arjessa. Lapsemme saivat varttua rakastavassa huomassanne. Veljeäni Pekkaa ja hänen perhettään kiitän ystävyyydestä ja välittämisestä.

Omistan väitöskirjani perheelleni, jolle kuuluu suurin kiitos. Monet vuodet olette kestäneet arkea, joka rytmittyy äidin tutkimustyön mukaan. Lapsemme Ville ja Salla ovat varttuneet tasapainoisiksi nuoriksi, jotka ovat pitäneet minut kiinni arjessa ja tuoneet elämäni paljon sanoin kuvaamatonta onnea ja iloa. Villeä kiitän erityisesti avusta englannin kielessä ja tietotekniikassa. Sallaa kiitän yhteisen harrastuksemme ratsastuksen jatkumisesta. Puolisoni Kari on paras ymmärtäjäni, kannustajani ja tukijani. Hänen ansiostaan väitöskirjani valmistui. Kiitos rakas Kari.

Akaa 8.8.2008

Sirpa Salin

## Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana omaishoitajan ja hoitajan kuvaamana. Tavoitteina oli saada tietoa lyhytaikaisen laitoshoidon mahdollisuuksista auttaa omaishoitajaa vanhuksen huolenpidossa selviytymisessä sekä saada tietoa omaishoitajan elämäntilanteesta.

Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen aineisto koostui omaishoitajista (n=17), jotka käyttivät säännöllisesti hoitajaksoja kotihoidon tukena. Kolmannen vaiheen aineisto koostui lyhytaikaishoitoon keskittyneiden osastojen hoitohenkilökunnasta (N=22). Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Aineistot analysoitiin käyttämällä laadullista sisällön analyysia. Neljännessä vaiheessa tutkimuksen kohdejoukkona oli 350 hoitajaksoja säännöllisesti käyttävää omaishoitajaa. Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä. Vastausprosentti oli 46,3. Kyselylomake sisälsi taustamuuttujia, omaishoitajan selviytymismenetelmiä mittaavan, The Carer's Assessment of Managing Index –mittarin (Nolan ym. 1995b) sekä tutkijan kehittämän konkreettista tukea mittaavan osion. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä tilastollisia analyysimenetelmiä. Tutkimuksen viidennessä vaiheessa edellisten vaiheiden tuloksena tuotettu käsitejärjestelmä johdettiin Phillipsin ja Rempusheskin (1986) omaishoidon mallin rakenteelliseen kehikkoon.

Tulokset osoittivat omaishoitajien tarvitsevan hoitajaksoja selviytyäkseen huolenpitosuhteessa. Hoitajaksot auttoivat arkielämän sujumista. Ne vapauttivat omaishoitajan hoitovastuusta. Toisaalta hoitajaksojen sisältö muodostui esteeksi saada täyttä hyötyä palvelusta. Omaishoitajat kuvasivat hoitajaksoja kuntoutus-, lepäämis- tai säilöjaksoina riippuen siitä, millaisena he arvioivat hoidettavan voinnin jakson jälkeen kotona. Hoidettava saattoi olla tilapäisesti työlämpi hoitaa, voinniltaan vakaa tai toimintakyvyltään parempi eli aktiivinen hyötyjä. Omaishoitajat käyttivät luovia ongelmanratkaisumenetelmiä pulmatilanteissa. He priorisoivat asiat, luottivat itseensä ja selviytymiseensä. Omaishoitajat olivat realisteja, jotka eivät syytelleet hoidettavaa tilanteesta. He käyttivät myös huumoria etsiessään asioiden huvittavia puolia. Omaishoitajista osa halusi olla yhdessä hoidettavan kanssa. Tällöin suhdetta kuvattiin molemminpuolisena välittämisenä ja kumppanuutena. Osa koki yhdessä olemisen pakkona. Tällöin suhdetta kuvattiin huolenpitosuhteena, mikä ilmeni kodin raskaana ilmapiirinä, yksityishoitajana olemisena ja julkisen sektorin resurssipulana. Omaishoitajan ja hoidettavan suhteen laatu oli yhteydessä omaishoitajan tunteisiin hoidettavan ollessa hoitajaksolla. Hoitajan ja omaishoitajan yhteistyösuhteen edistäminen edellytti molempien aktiivisuutta, kun taas sen estymisessä yhteistyötä ei pidetty kovinkaan tärkeänä. Ystävystyminen perheen kanssa muodostui hoitajille esteeksi, sillä he pelkäsivät oman ammatillisuutensa vaarantuvan.

Tutkimuksessa luotu reaalimalli vahvistaa perhehoitotieteellistä tietoperustaa. Sen avulla voidaan jäsentää ja kehittää käytännön toimintaa vanhusperheiden hoitotyössä. Mallia on testattava ja kehitettävä edelleen erilaisissa toimintaympäristöissä.

Avainsanat: perhehoitotiede, lyhytaikainen laitoshoido, omaishoitaja, huolenpito, selviytymismenelmät, konkreettinen tuki, triangulaatio

# Abstract

The purpose of this study was to develop a real model of short-term institutional respite care as part of home care for the elderly, as described by nurses and informal carers. Its aims were to study the life situations of informal carers and to analyze the possibilities of short-term respite care for helping them cope with their role.

The data for phases I and II consisted of informal carers (n=17) who regularly used periods of respite along with home care. The data for phase III consisted of nursing staff working in departments focusing on short-term care (n=22). The data were collected through semi-structural interviews, and analyzed by using qualitative content analysis. In phase IV, the sample of the study consisted of 350 informal carers who regularly used periods of respite. The data were collected through questionnaires sent by mail, of which 46,3 % were returned. The questionnaire included sections for demographic data, concrete support and The Carer's Assessment of Managing Index (Nolan et al., 1995), measuring the management strategies of the informal carer. The data analysis consisted of statistical analysis. In phase V, the concept system created during the previous phases was derived into the structural framework of Phillips and Rempusheski's (1986) model of informal caregiving.

According to the results, all participants require periods of respite to manage the care relationship. The periods were shown to make everyday life easier and free the informal carer from his or her responsibilities. However, sometimes the contents of the respite periods proved to hinder their full utilization.

The carers described the periods of respite as either occupational therapy, resting periods or safe-keeping depending on how they viewed the condition of the recipient afterwards. The recipient could be either temporarily more difficult to treat, stable, or functioning better, making him or her an active beneficiary.

The informal carers were shown to use creative methods of problem solving when encountering difficulties. They prioritized, found humorous sides to their problems and believed in themselves and their own ability to survive. They were realistic and did not blame the recipient for his or her condition.

The way the carers saw their relationship with the recipient varied. Some of them wanted to be together with the recipient and described their relationship as involving mutual caring and partnership. Conversely, those who saw the relationship as a constraint described the atmosphere at home as unpleasant and saw themselves as personal nurses suffering from the public sector's lack of resources. The quality of the relationship also affected the carers' feelings during the periods of respite.

Developing the co-operation between nurses and informal carers required activity by both parties. In situations where there was little or no co-operation, neither the nurses nor carers found it important.

The real model created in this study reinforces the knowledge base of family nursing science and can be used in analyzing and developing the care of elderly families. The model is to be tested and developed further in various environments.

**Keywords:** Family nursing science, informal caregiver, caring, management strategies, concrete support, triangulation

## TEKSTISSÄ OLEVAT KUVIOT

- Kuvio 1. Bowersin (1987) ja Nolanin ym. (1995a) huolenpidon typologia (mukaeltu). Sivu 16.
- Kuvio 2. Teoreettinen malli omaishoitamisen dynamiikasta (Phillips & Rempusheski 1986). Sivu 27.
- Kuvio 3. Omaishoitajan suhde hoidettavaan ja hoitojakson aikaiset tunteet. Sivu 45.
- Kuvio 4. Omaishoitajien näkemys lyhytaikaisen laitoshoidon sisällöstä. Sivu 52.
- Kuvio 5. Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen huolenpitoa. Sivu 55.
- Kuvio 6. Hoitajan näkemys yhteistyösuhteestaan omaishoitajaan. Sivu 60.
- Kuvio 7. Hoitajan ja omaishoitajan yhteistyösuhteen estyminen ja edistyminen. Sivu 61.
- Kuvio 8. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Sivu 67.

## TEKSTISSÄ OLEVAT TAULUKOT

- Taulukko 1. CAMI- mittarin avulla kerätyt aineistot omaishoitajien käyttämistä selviytymiskeinoista Suomessa, Ruotsissa ja Britanniassa. Sivu 21.
- Taulukko 2. Omaishoitajan näkemysten yhteys uskomuksiin hoidettavan roolista ja käytettyihin selviytymismenetelmiin (Phillips & Rempusheski 1986). Sivu 28.
- Taulukko 3. Tutkimuksen kulku. Sivu 33.
- Taulukko 4. Vastaaajien demografiset ja huolenpitoon liittyvät taustatiedot. Sivu 42.
- Taulukko 5. Hoidettavan tiedot. Sivu 43.
- Taulukko 6. Hoidettavan kotona selviytymistä eniten hankaloittava tekijä. Sivu 44.
- Taulukko 7. Omaishoitajien kaksi eniten ja vähiten käyttämää selviytymiskeinoa. Sivu 50.
- Taulukko 8. Lyhytaikaisen laitoshoidon merkitys vanhusperheen elämässä. Sivu 56.

## LIITTEET

- Liite1. Teoreettisen mallin keskeisten käsitteiden (Phillips & Rempusheski 1986) ja tässä tutkimuksessa tuotettujen käsitteiden sisältökuvaukset. Sivu 97.
- Liite 2. Omaishoitajien käyttämät ongelmanratkaisumenetelmät. Sivu 99.
- Liite 3. Omaishoitajien käyttämät vaihtoehtoiset menetelmät. Sivu 100.
- Liite 4. Omaishoitajien käyttämät stressinhallintamenetelmät. Sivu 101.
- Liite 5. Kyselylomake. Sivu 102.



## OSAJULKKAISUT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla mainittuihin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä käyttäen roomalaista numerointia:

- I Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. *Gerontologia* 3, 130 – 142.
- II Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Women's views of caring for family members: Use on respite care. *Journal of Gerontological Nursing* 9, 37 – 45.
- III Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Nurses' perceptions of their relationships with informal carers in respite care for the elderly. Submitted.
- IV Salin, S., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Informal carers of elderly family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Painossa: Journal of Clinical Nursing*.

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

# SISÄLLYS

KIITOKSET.....	3
TIIVISTELMÄ.....	5
ABSTRACT.....	6
TEKSTISSÄ OLEVAT KUVIOT.....	7
TEKSTISSÄ OLEVAT TAULUKOT.....	7
LIITTEET.....	8
OSAJULKAISUT.....	9
<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....</b>	<b>15</b>
2.1 Omaishoito.....	15
2.2 Omaishoitajan elämäntilanne.....	18
2.3 Omaishoitajan huolenpitosuhteessa käyttämät selviytymiskeinot.....	20
2.4 Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen kotihoitoa.....	21
2.5 Omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyö eri toimintaympäristöissä.....	23
2.6 Teoreettinen malli omaishoitamisen dynamiikasta.....	25
2.7 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	29
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....</b>	<b>31</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
4.1 Triangulaatio.....	32
4.2 Aineiston keruu.....	33
4.2.1 Teemahaastattelut.....	35
4.2.2 Kyselylomakkeet.....	35
4.3 Aineistojen analysointi.....	37
4.3.1 Induktiivinen sisällön analyysi.....	37
4.3.2 Tilastollinen analyysi.....	37
4.3.3 Reaalimallin rakentaminen .....	38
<b>5 TULOKSET.....</b>	<b>41</b>

5.1 Osallistujien taustatiedot.....	41
5.2 Omaishoitajien elämäntilanne lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä...44	
5.2.1 Omaishoitajan suhde hoidettavaan ja suhteen yhteys koettuihin tunteisiin hoitajakson aikana.....	44
5.2.2 Hoidettavan selviytyminen kotona hoitajakson jälkeen.....	47
5.2.3 Omaishoitajien käyttämät selviytymiskeinot.....	49
5.3 Lyhytaikainen laitoshoido omaishoitajien mukaan.....	51
5.3.1 Lyhytaikaisen laitoshoidon sisältö.....	51
5.3.2 Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen huolenpitoa....	54
5.3.3 Omaishoitajien kokemus saamastaan tuesta lyhytaikaishoidossa.....	55
5.4 Omaishoitajien ja hoitajien yhteistyösuhde.....	56
5.4.1 Omaishoitajan kuvaus suhteestaan hoitajaan.....	56
5.4.2 Hoitajan kuvaus suhteestaan omaishoitajaan.....	57
<b>6 LYHYTAIKAISEN LAITOSHOIDON REAALIMALLI VANHUKSEN KOTIHOIDON OSANA .....</b>	<b>62</b>
<b>7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....</b>	<b>68</b>
7.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi.....	68
7.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	73
7.3 Tulosten tarkastelu.....	75
7.4 Tulosten hyödyntäminen.....	79
7.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	81
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>83</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>97</b>
<b>Liite 1.</b> Teoreettisen mallin keskeisten käsitteiden (Phillips & Rempusheski 1986) ja tässä tutkimuksessa tuotettujen käsitteiden sisältökuvaukset.....	97
<b>Liite 2.</b> Omaishoitajien käyttämät ongelmanratkaisumenetelmät.....	99
<b>Liite 3.</b> Omaishoitajien käyttämät vaihtoehtoiset menetelmät.....	100
<b>Liite 4.</b> Omaishoitajien käyttämät stressinhallintamenetelmät.....	101
<b>Liite 5.</b> Kyselylomake.....	102

# 1 JOHDANTO

Terveys merkitsee iäkkäille henkilöille toimintakykyisyyttä ja koettua tunnetta selviytymisestä itseä tyydyttävällä tavalla (Helin 2008). Toimintakyvyn heikkeneminen on heidän omien arviointiensa mukaan keskeinen elämänlaatua heikentävä tekijä. Iän myötä pitkäaikaissairauksien määrä kohoaa niin, että esimerkiksi 75-vuotiailla niitä on kaksi ja 90-vuotiailla kolmesta neljään. (Heikkinen 2008.) Iäkkäät henkilöt käyttävät muita enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja juuri useiden pitkäaikaissairauksien ja toimintarajoitteiden vuoksi (Helin 2008).

Suomen väestö on yksi Euroopan nopeimmin ikääntyivistä, sillä Suomen asukkaista 16 % oli täyttänyt 65 vuotta vuoden 2005 lopussa (Tilastokeskus 2005). Palvelutarpeiden kannalta erityisen merkittävää on kaikkein iäkkäimpien henkilöiden määrän kasvu. Vuonna 1970 vain 1 % väestöstä oli 80 vuotta täyttäneitä, vuonna 2005 heitä oli 4 %, ja vuoden 2040 ennusteen mukaan 80 vuotta täyttäneitä on 10 % kaikista kansalaisista (Koskinen ym. 2008). Vuonna 2000 elinajanodote 80-vuotiaalla naisella oli 9,1 vuotta ja miehellä 7,4 vuotta. Jäljellä olevien elinvuosien määrä on lähes kaksinkertaistunut menneen sadan vuoden aikana 65- ja 80-vuotiailla (Martelin ym. 2008).

Iäkkäiden henkilöiden määrä kasvaa, ja samalla yhteiskunnallisten palveluiden tuotantoa supistetaan. Ikäihmisten hoito- ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite on kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään (Virnes ym. 2006). Valtakunnallisina tavoitteina on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 % asuu kotona itsenäisesti tai palveluiden turvin ja 13–14 % heistä saa säännöllistä kotihoitoa (STM 2008). Huolimatta näistä tavoitteista vanhusten koti- ja laitospalvelujen saajien määrä supistui merkittävästi 1990- ja 2000-luvulla (esim. Kumpulainen 2007). Valtaosa 75 vuotta täyttäneistä ei saa julkisia vanhuspalveluja, ja palveluiden kattavuus jää alle puoleen säännöllistä apua tarvitsevien määrästä (Sosiaaliturvan suunta 2003). Lehto (2002) toteaa, että ikääntyneiden oikeudet palveluihin määritetään lainsäädännössä epäsuorasti kunnan velvollisuuksina palvelujen tarjontaan tarvetta vastaavasti. Jos tarpeen määrittelyssä kriteerinä on legitimiisyys eikä mitattavuus, lakiin voisi kirjoittaa ”poliittisesti sopivaksi ja riittäväksi katsottu palvelujen tarjonta” liiallisia odotuksia synnyttävän ”kunnassa olevaa tarvetta vastaavan tarjonnan” sijasta (Lehto 2002, 66). Lähitulevaisuudessa keskeinen haaste on taloudellisen ja toimivan hyvinvointijärjestelmän aikaansaaminen (Ihamäki 2002). Usein palvelujärjestelmä näyttäytyy ikääntyneille ja omaisille vieraana,

monimutkaisena ja etäisenä. Palvelut eivät välttämättä vastaa tarpeita ja ne voivat olla hajanaisia. (Valokivi 2002.)

Pietilän ja Saarenheimon (2003) mukaan viimeisten 10 vuoden aikana kotihoito, omaishoito sen yhtenä mahdollistajana, on alkanut näyttäytyä sekä kansantaloudellisesti että inhimillisesti parhaana vanhustenhoillon vaihtoehtona. Yhteiskunnallinen kiinnostus omaishoidon kehittämiseen on Suomessa ollut suurta, mikä ilmenee muun muassa uudistuneena lainsäädäntönä. (Esim. Voutilainen ym. 2007.) Ikäihmistä kotona hoitavan läheisen uupumisen ehkäisy ja elämänlaadun kohottaminen ovat suuria haasteita suomalaisessa yhteiskunnassa (Voutilainen & Korpiniitty 1997). Perheenjäsenten keskinäinen hoiva ei ole uusi asia, sillä se on usein katsottu yhdeksi perheen ja suvun tärkeimmistä tehtävistä (Pietilä & Saarenheimo 2003). Suomessa arvioidaan olevan noin 133 000 kotona asuvaa toisen apua tarvitsevaa yli 65-vuotiasta henkilöä (Sosiaaliturvan suunta 2003). Vain pieni osa heistä saa omaishoidon tukea rahallisena hoitopalkkiona, joten suurin osa läheisiään hoitavista henkilöistä tekee hoivatyötä ilman omaishoidon tukea (Voutilainen ym. 2007).

Omaishoitajien tukeminen on maailmanlaajuisesti tunnistettu yhteiskunnallinen tavoite (EU 2002). Siitä huolimatta tarkoituksenmukaisia palveluita on kehitetty suhteellisen hitaasti, ja ne keskittyvät edelleen hoidettavan henkilön tarpeisiin (Lundh & Nolan 2003). Kotihoidon onnistumisen ja vanhusta hoitavan omaishoitajan jaksamisen kannalta on välttämätöntä, että kotihoitoa tukevia hoitomuotoja kehitetään entistä monipuolisemmiksi (Sosiaaliturvan suunta 2003). Aaltosen (2004) tekemän selvityksen mukaan omaishoitajat kaipaavat hoitamalleen henkilölle lisää palveluja, tukea, neuvontaa, kuntoutusta ja koulutusta. Lyhytaikainen laitoshoido on yksi merkittävä tukipalvelumuoto, sillä se on yleisin hoitomuoto omaishoitajien lakisääteisten vapaiden aikana (Voutilainen ym. 2007). Lyhytaikaishoidossa korostuu omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyön merkitys, sillä koti- ja laitosjaksojen pitäisi olla toisiaan tukevia. Siitä huolimatta heidän yhteistyösuhdettaan tässä kontekstissa ei ole juurikaan tutkittu. (Gilmour 2002.)

Lyhytaikaisen laitoshoidon tarkoituksena on tukea ja edistää ikääntyvän ihmisen kotona selviytymistä ja lykätä hänen pysyvään laitoshoidoon siirtymistään myöhemmäksi (Pihlaja 1991; Muurinen 2003). Tällä hetkellä hoitajaksojen vaikutusta laitoshoidoon joutumisen viivästyttäjänä ei ole voitu pitävästi osoittaa (Muurinen 2003; Mason ym. 2007). Huolimatta siitä, että palvelua on toteutettu Suomessa noin 30 vuotta, hoidon laatua on tutkittu hoitotieteessä vähän (Hartikainen 1995; Voutilainen & Korpiniitty 1997; Muurinen 2003). Lyhytaikaisen laitoshoidon kehittämiseen ei ole juuri perehdytty, joten sen ideologian ja sisällön kehittäminen on jäänyt vähäiseksi (Perttu 1996).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityyppi osana vanhuksen kotihoitoa. Malli esitetään luvussa 6 sivulta 62 alkaen omana lukunaan. Tällä haluttiin korostaa mallin keskeisyyttä sovittamalla

saadut tulokset Phillipsin ja Rempusheskin (1986) omaishoitamisen viitekehukseen. Tutkimuksen kohteena ovat omaishoitajat, jotka pitävät huolta ikääntyneestä perheenjäsenestään ja käyttävät säännöllisesti lyhytaikaisen laitoshoidon palvelua kotona selviytymisen tukena. Toisena kohderyhmänä on lyhytaikaiseen laitoshoittoon erikoistuneiden osastojen hoitohenkilökunta. Tutkimuksessa selvitetään omaishoitajan elämäntilannetta sekä lyhytaikaishoidon mahdollisuutta tukea häntä huolenpitosuhteessa jaksamisessa. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tutkimuksessa tuotetaan tietoa yhteistyösuhteesta omaishoitajan kanssa. Tutkimus on osa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushanketta ”Potilaan, perheen ja terveydenhuollon yhteistyö”.

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat perustuvat aikaisempaan tietoon omaishoitajana olemisen kokemuksista ja lyhytaikaisen laitoshoidon mahdollisuuksista auttaa kotihoidon jatkumista mahdollisimman pitkään. Koska omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhteesta lyhytaikaisessa laitoshoidossa ei ole juuri julkaistu tutkimustietoa, teoriaosassa tarkastellaan omaishoitajan ja hoitajan suhdetta laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä. Tässä tutkimuksessa omaishoitajalla tarkoitetaan perheenjäsentä tai muuta läheistä henkilöä, joka auttaa ikääntynyttä kotona selviytymisessä riippumatta siitä, saako hän omaishoidon tukea. Omaishoitaja ja –hoidettava voivat asua joko yhdessä samassa taloudessa tai yksin.

Tutkimuksen teoriaosan kirjallisuuskatsaus perustuu vuosina 1998–2008 tehtyihin hakuihin sähköisesti ja manuaalisesti. Kotimaisista yliopistotietokannoista käytettiin ARTO- ja LINDA-tietokantoja sekä ulkomaisista hoitotieteen tietokannoista CINAHL – Nursing & Allied Health, Medline (Ovid, PubMed) sekä EBSCOhost –tietokantoja. Käsinhaussa käytiin läpi eri hakujen tuloksina löydettyjen julkaisujen lähdeluettelot. Hakusanoina käytettiin seuraavia termejä: ”lyhytaikainen laitoshoido”, ”hoitotyön laatu”, ”perhehoitotyö”, ”vanhusperhe”, ”toimintakyky”, ”omaishoido” sekä näiden englanninkielisiä vastineita ”elderly”, ”institutional respite care”, ”in hospital respite care”, ”respite care”, ”quality of care”, ”family caregiving”, ”home care”, ”nurse – family relationship”. Kirjallisuushakujen tuloksia arvioitiin ensin otsakkeen ja tiivistelmän perusteella, minkä jälkeen niistä valittiin tutkimusaiheen kannalta keskeisimmät lähteet. Katsaukseen pyrittiin ottamaan 10 viimeisen vuoden aikana tehdyt tutkimukset.

# 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

## 2.1 Omaishoito

Omaishoito ei ole yksiselitteisesti määriteltävä ilmiö. Raja tavanomaisen auttamisen ja varsinaisen omaishoitajuuden välillä on liukuva (Saarenheimo 2006; Voutilainen ym. 2007). Erottavana tekijänä läheisten toisilleen antamasta vastavuoroisesta avusta on omaishoitajuuteen liittyvän annetun avun suuri sitovuus tai vaativuus (Voutilainen ym. 2007). Varsinkin iäkkäälle sukupolvelle avioliitto merkitsee antamisen ja saamisen sopimusta, joka konkretisoituu toisen hoitamisenä (vrt. Lukkaroinen 2002). Usein vasta kun hoidettavan puolison sairaus saa yliotteen, terveempi puoliso alkaa määrittää identiteettiään uudelleen esimerkiksi tämän lähes ammattimaisena hoitajana (Saarenheimo 2006).

Useissa virallisissa määritelmässä perheen jäsenen tai muun läheisen antama, niin sanottu ei-ammattillinen huolenpito määritellään toisen konkreettisena, tehtävien mukaisena hoitamisenä psykososiaalisten tarpeiden kustannuksella (Nolan & Grant 1992b). Yhtenä osoituksena tehtävien mukaisesta määrittelystä on se, että omaishoitajat eivät aina tunnista itseään omaishoitajiksi samoin kuin eivät terveydenhuollon ammattilaisetkaan tunnista heitä (Simon & Kendrick 2001; Ekwall ym. 2004). Omaishoidon arvioinnissa käytetyt toimintakykymittarit painottuvat hoidettavan fyysisten ja kognitiivisten toimintavajeiden tunnistamiseen, mutta niiden avulla ei tunnisteta riittävästi mielenterveyden ongelmia ja tuen tarvetta. Huolenpidon tarvetta tulisi arvioida nykyistä laajemmin ottamalla huomioon myös psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät (Voutilainen ym. 2007). Bowersin (1987) mukaan huolenpito pitäisi määritellä sen tarkoituksesta käsin, koska suurin osa omaishoitajan tekemästä työstä on huomaamatonta.

Bowers (1987) ja Nolan ym. (1995a) ovat tutkineet, miten omaishoitajaperheet itse määrittelevät huolenpidon. (Kuvio 1.) Bowersin typologia koostuu viidestä huolenpidon ulottuvuudesta, jotka etenevät kronologisesti ja hierarkisesti. Huolenpidon neljä ulottuvuutta, ennakoiva, ehkäisevä, valvova ja suojeleva, ovat pääasiassa huomaamattomia, eli ne eivät perustu omaishoitajan avoimeen toimintaan eikä hoidettava tunnista samaansa huolenpitoa. Suojeleva huolenpito on omaishoitajalle tärkeintä, vaikeinta ja eniten stressiä aiheuttavaa. Ainoastaan konkreettinen hoitaminen on näkyvää hoidettavan fyysisissä toiminnoissa auttamista, ja se aiheuttaa omaishoitajalle vähiten stressiä. (Bowers 1987.)

Nolanin tutkimusryhmän (1995a) mukaan Bowersin typologian heikkoutena on sen suppeus, sillä siinä ei oteta huomioon huolenpidon molemminpuolista antia niin omaishoitajalle kuin hoidettavalle. Nolan ym. laajensivat typologiaa

vastavuoroisen huolenpidon käsitteellä. Vastavuoroinen, molemminpuolinen huolenpito on läsnä koko huolenpidon prosessin ajan. Lisäksi Nolan ym. (1995a) määrittivät ennakoivan huolenpidon uudelleen, nimeten sen arvailuun ja tietoon perustuvaan ennakoivaan huolenpitoon. Myös tämä huolenpidon ulottuvuus vaikuttaa koko prosessin ajan. Bowersin (1987) mukaan suojelevan huolenpidon tarkoituksena on ennen kaikkea suojella hoidettavaa sairauden aiheuttamilta väijäämättömiltä seurauksilta. Suojelu voi näyttäytyä jopa totuuden kertomatta jättämisenä, minkä taustalla on paternalistinen ajattelu (Nolan ym. 1995a). Suojeleva huolenpito toimii Nolanin tutkimusryhmän mukaan vain lyhyen aikaa, mutta ei pitkäkestoisesti. Pitkään kestävässä huolenpitosuhteessa siihen tulisi sisältyä säilyttävä ja uudelleenrakentava ulottuvuus. Huolenpidon tarkoituksena on tällöin hoidettavan henkilön omanarvontunnon ylläpitäminen ja hänen identiteettinsä uudelleen rakentaminen etenkin kroonisissa sairauksissa.



Kuvio 1. Bowersin (1987) ja Nolanin ym. (1995a) huolenpidon typologia (mukaeltu)



Aaltonen (2005) kuvaa huolenpitoa koordinoivana toimintana, jossa keskeisenä elementtinä on vastuu asioiden sujumisesta. Omaishoidossa hoidettavan henkilön tarpeet edellyttävät usein sekä sairauksien hoitoa ja ehkäisyä että arjen sujuvuuden tukemista. Suomessa arvioidaan olevan noin 133 000 kotona asuvaa toisen apua tarvitsevaa yli 60-vuotiasta henkilöä (Sosiaaliturvan suunta 2003). Omaishoito on kansantaloudellisesti merkittävä voimavara, sillä vuonna 2006 Suomessa omaishoidon tuella hoidettavista henkilöistä noin 11 600 olisi ollut laitoshoidossa, jos hoitavaa omaista ei olisi. Bruttosäästö oli noin 533 miljoonaa euroa. (Voutilainen ym. 2007.) Yhteiskunnallinen kiinnostus kehittää omaishoitoa on ilmennyt esimerkiksi uudessa omaishoidon tuen laissa vuodelta 2006 (<http://www.finlex.fi>).

Vain pieni osa omaishoitajista saa omaishoidon tukea (Sosiaaliturvan suunta 2003; Voutilainen ym. 2007). Suurin osa perheenjäsentään hoitavista henkilöistä tekee hoivatyötä ilman virallista asemaa, vaikka hoidettavan avun tarve saattaisi edellyttää tuen saantia. Toisaalta osa omaishoitajista on tehnyt tietoisien valinnan olla hakematta tukea, sillä se voi vaikuttaa perheen taloudelliseen asemaan. Muita syitä tuen ulkopuolelle jäämiseen ovat omaishoitajan tietämättömyys haettavasta etuudesta, kunnan taloudellisten resurssien niukkuus ja omaishoitajan kokemus velvollisuudesta hoitaa perheenjäsentä. (Voutilainen ym. 2007.) Omaishoitajista suurin osa on hoidettavan puolisoita, aikuisia lapsia tai muita sukulaisia (Sörensen ym. 2002; Voutilainen ym. 2007). Arkikielessä omaishoitajalla tarkoitetaan usein nimenomaan henkilöä, joka saa lakisääteistä omaishoidon tukea. Omaishoitaja-käsitteen rinnalla on alettu käyttää läheishoitaja-nimikettä (esim. Lukkaroinen 2002) erotuksena virallisessa asemassa olevista omaishoitajista.

Suomalaisessa terveysalan kirjallisuudessa epävirallisen, ei-ammattillisen huolenpidon antajina ovat omaishoitajat ja/tai läheishoitajat, ja virallisen, ammattillisen huolenpidon antajina ovat sairaanhoitajat ja lähihoitajat, joita kutsutaan yhteisellä nimikkeellä omaishoitaja ja/tai lähihoitaja. Huolimatta nimikkeiden läheisyydestä ei juurikaan tiedetä, miten omaishoitajat sopivat virallisen, ammattillisen palvelujärjestelmän osaksi (Duncan & Morgan 1994; Ward-Griffin & McKeever 2000).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä omaishoitajiin voidaan suhtautua resurssina korostamalla omaishoidon työn ensisijaisuutta ja sen mahdollisuuksia inhimillisenä voimavarana auttaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevia lähimmäisiä. Silloin kun omaishoitajiin suhtaudutaan yhteistyökumppaneina ja asiakkaina, omaishoitoa tuetaan ja täydennetään julkisilla palveluilla. Tällöin tuen kohteena ovat sekä hoidettava että omaishoitaja (Aaltonen 2005; Voutilainen ym. 2007). Palvelujärjestelmän tehtävänä voi olla myös omaishoidon korvaaminen ottamalla hoiva- ja hoitotehtävien huolehtiminen sille itselleen (Aaltonen 2005).

Tässä tutkimuksessa läheistään kotona hoitavaa henkilöä kutsutaan omaishoitajaksi. Omaishoitaja auttaa hoidettavaa selviytymään arjessa kotona lyhytaikaisen laitoshoidon tuen turvin. Omaishoidon tuen saaminen ei ole kriteerinä omaishoitajuudelle. Omaishoitajaan suhtaudutaan yhteistyökumppanina, ja lyhytaikaisen laitoshoidon palvelua tarkastellaan hänen työnsä tukijana. Palvelun tarkoituksena on helpottaa omaishoitajan työtä ja auttaa hoidettavaa selviytymään kotona mahdollisimman pitkään.

## 2.2 Omaishoitajan elämäntilanne

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana on tutkittu paljon huolenpidon psykologisia vaikutuksia omaishoitajaperheiden elämään (Yin ym. 2002; Pinguart & Sörensen 2003). Näissä tutkimuksissa huolenpidon fyysinen, psykologinen, sosiaalinen ja taloudellinen vaikutus on käsitteellistetty omaishoitajan kuormittuneisuutena ja stressinä (Jones & Peters 1992; Braithwaite 2000; Samuelsson ym. 2001; Chappell & Golin 2002; Pinguart & Sörensen 2003). Tutkijat eivät ole yksimielisiä siitä, miten huolenpidon vaikutuksia parhaiten arvioidaan omaishoitajan elämässä (Stull ym. 1994; Chappell & Golin 2002). Huolenpidon kuormittavuudesta huolimatta omaishoitajat haluavat jatkaa huolenpitoaan mahdollisimman pitkään (McGarry & Arthur 2001), sillä hoidettavan pysyvään laitoshoitoon siirtyminen on perheelle usein vaikeaa (Ryan & Scullion 2000b). Jotta huolenpidon kokemusta ymmärrettäisiin paremmin, on alettu tutkia kuormittavuuden ja hyvinvoinnin suhdetta omaishoitajan elämässä (Chappell & Golin 2002). Kuormittavuus ja hyvinvointi eivät ole itsenäisiä käsitteitä vaan ne ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa (Stull ym. 1994; Chappell & Colin 2002). Omaishoitajat voivat olla kuormittuneita, mutta silti heillä on mahdollisuus ylläpitää kohtuullista elämänlaatua (Chappell & Golin 2002).

Omaishoitajien kokemaa stressiä on tutkittu paljon, mutta huolenpidon merkityksestä heidän elämässään on vähän tutkittua tietoa. Huolenpitosuhde on kompleksinen ja emotionaalinen vastuuhde (Cheung & Hocking 2004), jota omaishoitajat kuvaavat erilaisina haittoina, kuten fyysisenä uupumuksena, toivottomuuden tunteina, tunnustuksen puutteena ja taloudellisina menetyksinä (Theis ym. 1994; Nolan ym. 1995; Ashworth & Baker 2000; Stoltz ym. 2004). Toisaalta omaishoitajat saavat huolenpitosuhteesta hyötyä ja iloa, joista keskeisiä ovat läheisyyden tunteet hoidettavan kanssa, oman itsekunnioituksen kohentuminen ja huolenpidon arvostaminen. (Nolan ym. 1995a; Livingston ym. 1996; Ashworth & Baker 2000; Pinguart & Sörensen 2003.)

Tällä vuosikymmenellä omaishoidon tutkimuksessa on siirrytty entistä laajalaisempaan näkökulmaan, sillä omaishoitajat joutuvat nykyään hoitamaan entistä sairaampia hoidettavia kotona. Ilmiön tarkastelussa ei siksi enää riitä pelkästään kuormittuneisuuden näkökulma (Schumacher ym. 2000; Perry 2004).

Perheenjäsenen hoitaminen kotona edellyttää hoitamisen taitojen lisäksi psykologisia valmiuksia käsitellä suuren elämänmuutoksen aiheuttamia tunteita sekä ongelmanratkaisukykyä (Schumacher ym. 2000; McGarry & Arthur 2001; Saarenheimo & Pietilä 2004; Perry 2004). Siitä huolimatta yllättävän vähän on tehty tutkimusta perheenjäsenten välisestä suhteesta ja sen merkityksestä niin huolenpidon kokemukseen kuin omaishoitajan kokemaan elämänlaatuun (Perry 2004).

Tutkimusten mukaan omaishoitajan ja hoidettavan suhteen laadulla on tärkeä merkitys omaishoitajan kokemaan elämänlaatuun (Braithwaite 2000; Pinquart & Sörensen 2003). Läheinen ja lämmin suhde edisti omaishoitajan hyvinvointia ja tyytyväisyyttä elämään, kun taas toimimaton suhde lisäsi omaishoitajan kuormittuneisuutta ja ahdistuneisuutta (Jones & Peters 1992; Braithwaite 2000). Comtonin tutkimusryhmän (1997) mukaan omaishoitajan ja hoidettavan huono suhde ennen hoidettavan sairastumista sekä kokemus jäämisestä ilman ulkopuolista apua olivat yhteydessä hoidettavan kaltoinkohteluun. Braithwaiten (1998) mukaan toimimaton suhde saattaa jopa jouduttaa hoidettavan siirtymistä pysyvään laitoshoittoon. Omaishoitajuus ei aina perustu rakkauteen hoidettavaa kohtaan vaan myös sitoutumiseen perheeseen tai yhteiskuntaan (Perry 2004).

Toimimaton suhde ja huolenpidon suuret vaatimukset lisäsivät lyhytaikaispalvelun käyttöä (Braithwaite 1998; Chappell & Colin 2002). McGarryn ja Arthurin (2001) tutkimustulosten mukaan omaishoitajat turvautuivat lyhytaikaispalveluun silloin, kun he eivät itse jaksaneet enää. Hoidettavan toimintakyky oli jo heikentynyt merkittävästi. Lyhytaikaispalvelun käytön oikea ajankohta on siitä saatavan hyödyn kannalta oleellista. Ehkä tämä on yksi syy, miksi tutkijat ovat erimielisiä palvelun hyödyllisyydestä (Knight ym. 1993; Cox 1997; McNally ym. 1999; Chappell & Golin 2002).

Omaishoitajat ovat useimmiten puolisoita, jotka ovat itsekin iäkkäitä (Theis ym. 1994; Sörensen & Pinquart 2002; Sosiaaliturvan suunta 2003) ja potentiaalisia avuntarvitsijoita. Kotisairaanhoidajat ovat avainasemassa havaitsemaan perheiden elämäntilanteita (Samuelsson ym. 2001; Cheung & Hocking 2004). He voivat auttaa palveluiden käyttämisessä ajoissa, ennen kuin huolenpidon kuormittavuus johtaa kriisiin perheessä (Theis ym. 1994; McGarry & Arthur 2001; Schur & Whitlatch 2003). Omaishoitajien tarpeiden tunnistaminen ja heidän terveytensä edistäminen on tärkeää, jotta he jaksavat jatkaa onnistuneesti haavoittuvaa huolenpitosuhdettaan (McGarry & Atrhur 2001; Sanford ym. 2005). Vaikka omaishoitajien arvellaan olevan psykologisesti haavoittuvia Livingstonen ym. (1996) tutkimuksen mukaan omaishoitajana oleminen ei sinänsä ole riskitekijä sairastua psyykkisesti tai saada psyykkisiä oireita.

## 2.3 Omaishoitajan huolenpitosuhteessa käyttämät selviytymiskeinot

Omaishoitajan huolenpitosuhteessa kokema stressi ja selviytyminen ovat pohjimmiltaan yksilöllisiä kokemuksia (Nolan ym. 1996a). Omaishoitajan subjektiivinen arvio omasta elämäntilanteestaan on lähtökohtana arvioitaessa, onko huolenpito stressaavaa vai ei, ja miten omaishoitaja reagoi kokemuksiinsa vaikeuksiin (Nolan ym. 1995b; Lundh 1999; Nolan ym. 2003). Nolan ja kollegat (1995b, 2003) nimeävät kolme laajaa selviytymismenetelmäryhmää, joista jokainen sisältää lukuisia selviytymiskeinoja. Ensimmäisenä ryhmänä (1) ovat ongelman ratkaisumenetelmät. Jos ongelma on ratkaistavissa, nämä keinot ovat parhaimmat. Kaikki ongelmat eivät kuitenkaan ole ratkaistavissa, ja silloin nämä keinot ovat sekä tehottomia että niiden käyttäminen lisää todennäköisesti omaishoitajan kokemaa stressiä. Vaihtoehtoisten näkökulmien luominen (2) ei sinänsä poista ongelmaa, mutta ne auttavat omaishoitajaa suhtautumaan vaikeuksiin siten, että näistä tulee vähemmän stressaavia. Jos kummatkaan edellä mainitut menetelmät eivät ole mahdollisia, vaikeuksien kanssa on selvitävä (3) esimerkiksi käyttämällä erilaisia stressinhallintamenetelmiä. Nämä kolme selviytymismenetelmäryhmää muodostavat The Carer's Assessment of Managing Index eli CAMI-mittarin. (Nolan ym. 1995b). CAMI-mittari esitellään tarkemmin luvussa 4.2.2 sivulla 35.

CAMI-mittarin avulla on tutkittu omaishoitajien huolenpitosuhteessa käyttämiä selviytymiskeinoja eri maissa (Nolan ym. 1996a; Lundh 1999; Kuuppelomäki ym. 2004; Ducharme ym. 2006; Jarvis ym. 2006). Taulukossa 1 esitetään koosteena eurooppalaisten tutkimusten päätulokset. Ducharme ym. (2006) arvioivat stressinhallintaintervention vaikuttavuutta vanhusten omaishoitajien elämässä. CAMI-mittari oli yksi kuudesta arvioinnissa käytetystä mittarista, joten sen avulla saatuja tuloksia ei ole raportoitu erikseen.

Eri maiden omaishoitajat luottavat itseensä ja omaan selviytymiseensä huolenpidon vaikeuksissa, mikä ilmenee muun muassa kykynä priorisoida asioita ja keskittyä oleelliseen. Tärkeä keino on myös hoidettavan oman aktiivisuuden ylläpitäminen. Pohjoismaiden omaishoitajat turvautuvat harvemmin kuin britit muun perheen tai ammattiauttajien apuun. Suomalaiset omaishoitajat puhuvat ongelmistaan luottamalleen henkilölle vähemmän kuin muiden maiden omaishoitajat. Suomalaisilla omaishoitajilla on myös erilainen suhde ongelmanratkaisutapoihin. He miettivät ongelmia vähemmän sekä kokeilevat erilaisia ratkaisumalleja vähemmän kuin muut.

Koska kaikkia huolenpidon ongelmia ei voida ratkaista suoraan, tarvitaan vaihtoehtoisia näkökulmia tilanteisiin. Omaishoitajat selviytyvät etenkin asennoitumalla vaikeuksiin realistisesti. He eivät syyttele toisia tilanteestaan vaan hyväksyvät sen sellaisenaan. Heitä auttaa ”päivä kerrallaan” -asenne. Suomalaiset omaishoitajat ovat aika pidättyväisiä tunteidensa ilmaisussa eivätkä asennoidu huumorilla tilanteisiin yhtä usein kuin muut.

Eri maiden omaishoitajien yhteinen stressinhallintamenetelmä on vapaa-ajan varaaminen itselle. Lukeminen ja television katsominen ovat keinoja päästä irti arjesta. Hoitamisen vastapainoksi he etsivät myös muita mielenkiinnon kohteita elämälleen. Suomalaiset omaishoitajat eroavat muista etenkin paineiden purkamisen suhteen. Siinä missä muut kokevat paineiden purkamisen hyödylliseksi esimerkiksi huutamalla ja karjumalla, suomalaiset eivät myönnä käyttävänsä tätä menetelmää. He eivät myöskään koe itkemisen juuri tuovan helpotusta tilanteeseensa.

*Taulukko 1. CAMI-mittarin avulla kerätyt aineistot omaishoitajien käyttämistä selviytymiskeinoista Suomessa, Ruotsissa ja Britanniassa (Nolan ym. 1996a; Lundh 1999; Kuuppelomäki ym. 2004; Jarvis ym. 2006)*

<b>Selviytymiskeino erittäin / melko hyödyllinen %</b>	<b>Suomi Kuuppelomäki ym. (2004) (n= 290) %</b>	<b>Ruotsi Lundh (1999) (n= 123) %</b>	<b>UK Nolan ym. (1996a) (n= 266) %</b>	<b>UK Jarvis ym. (2006) (n= 172) %</b>
<b>Ongelman ratkaisumenetelmä</b>				
Pitämällä hoidettava aktiivisena	78	86	70	
Luottamalla omaan kokemukseen / asiantuntijuuteen	80	94	82	
Laittamalla asiat tärkeysjärjestykseen	86	93	77	
Saamalla apua ammattilaisilta	49	58	79	67
Saamalla apua perheeltä	42	50	57	73
Puhumalla ongelmasta luotetulle henkilölle	66	84	82	
Miettimällä ongelmaa ja sen ratkaisua	65	91	75	
Kokeilemalla erilaisia ratkaisumalleja	58	87	75	
<b>Vaihtoehtoisten näkökulmien luominen</b>				
Ottamalla päivä kerrallaan	85	90	88	
Hyväksymällä asiat sellaisenaan	79	86	73	
Syyttelemättä ketään	70	82	79	
Kiinnittämättä ongelmaan huomiota	19	6	4	2
Kiristelemällä hampaita ja koettamalla kestää	14	73	74	
Näkemällä asioiden huvittava puoli	55	77	76	79
Pitämällä tunteet tiukasti hallinnassa	52	79	53	
<b>Stressitilanteissa selviytyminen</b>				
Varaamalla vapaa-aikaa itselle	68	61	78	75
Koettamalla päästä irti asioista esim. lukemalla	75	84	80	
Etsimällä hoitamisen vastapainoksi muuta	59	73	70	75
Purkamalla paineita esim. huutamalla	4	54	30	
Itkemällä kunnolla	26	61	35	

## 2.4 Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen kotihoitoa

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tarkoitetaan tilapäistä tai määräajoin toistuvaa kuntouttavaa laitoshoidojaksoa, jonka on hoidon alkaessa arvioitu kestävän enintään 90 vuorokautta kerrallaan (Sosiaali- ja lääkintöhallitus 1988). Lyhytaikainen laitoshoido on tarkoitettu kotihoitoa ja kotona asumista tukevaksi, henkilön itsenäistä selviytymistä edistäväksi hoidoksi, ja sen toivotaan lykkäävän vanhuksen pysyvään laitoshoidoon siirtymistä myöhemmäksi (esim. Pihlaja 1991; Muurinen 2003). Toisaalta palvelun ensisijaisena tarkoituksena voi olla omaishoitajan mahdollisuus lepoon ottamalla vanhus lyhytaikaisesti laitoshoidoon (Valvanne ym. 2002). Lyhytaikainen laitoshoido on yleisin

hoitomuoto omaishoitajien lakisääteisten vapaiden aikana (Voutilainen ym. 2007). Huolimatta siitä, että lyhytaikaista laitoshoidoa on Suomessa toteutettu lähes 30 vuotta, sitä on tutkittu vähän (Hartikainen 1995; Voutilainen & Korpiniitty 1997; Muurinen 2003).

Lyhytaikaisesta laitoshoidosta käytetään arkikielessä käsitteitä intervallihoito, jaksohoito ja vuoroahoito. Koti- ja laitosjaksojen kesto ja rytmi sovitaan yleensä vanhusasiakkaan tarpeiden mukaan niin, että ne parhaiten tukevat kotona olemista osan ajasta (Muurinen 2003). Englanninkielisissä julkaisuissa palvelusta käytetään käsitettä ”respite care”, mikä tarkoittaa hengähdystaukoa, levähdystä, levähdysajan antamista jollekin. Käsite sisältää implisiittisesti ajatuksen, että hoidettava vanhus on kuin taakka, ja palvelu hyödyttää ensisijaisesti omaishoitajaa vapauttamalla hänet tietyksi ajaksi tästä taakasta. (Nolan & Grant 1992a.) Stalkerin (1996) mukaan palvelun sisältöä kuvaa paremmin käsite ”short term –care”, jonka tavoitteena on tarjota mahdollisuuksia ja taukoja niin hoidettavalle kuin omaishoitajalle. Stalkerin ehdotuksesta huolimatta alan tutkimukset käyttävät pääsääntöisesti ”respite care” –käsitettä, ja sillä tarkoitetaan niin kotihoitoa, päivähoitoa kuin lyhytaikaista laitoshoidoa. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta puhuttaessa käytetään joko käsitettä ”in hospital respite care”, ”institutional respite care” tai ”respite care”.

Vanhusten lyhytaikaista laitoshoidoa on tutkittu omaishoitajan kuormittuneisuuden ja stressitunteiden (Danylle 1994; Theis ym. 1994; Cox 1997) sekä hoidettavan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten (Danylle 1994; Hartikainen 1995; Cox 1997; Muurinen 2003) näkökulmista. Omaishoitajien hoidon laatuun liittyvistä odotuksista on vähemmän tutkimuksia (Voutilainen & Korpiniitty 1997; Gilmour 2002). Tutkimusten tulokset lyhytaikaisen laitoshoidon vaikutuksista omaishoitajan ja hoidettavan hyvinvointiin ovat ristiriitaisia

Lyhytaikaisesta laitoshoidosta saattaa olla jopa haittaa dementiaa sairastaville, sillä hoitajakset heikensivät hoidettavan toimintakykyä ja omatoimisuutta (Primrose & Primrose 1992; Hirsch ym. 1993; Larkin & Hopcroft 1993; Cox 1997) sekä lisäsivät käytöshäiriöitä (Primrose & Primrose 1992; Hirsch ym. 1993; Larkin & Hopcroft 1993). Eloniemen ym. (1998) tutkimuksen tulokset ovat päinvastaisia, sillä dementiaa sairastavien kognitiivinen toimintakyky parani tilastollisesti merkittävästi hoitajakson aikana. Lisäksi omaishoitajista ja hoitohenkilökunnasta yli puolet arvioi jakson vaikuttaneen myönteisesti myös potilaan mielialaan.

Homerin ja Gilleardin (1994) tutkimuksessa suurin osa vanhuksista, joilla ei ollut muistihäiriötä, hyötyi hoitajaksoista. Toimintakyky parani eniten niillä hoidettavilla, joiden omaishoitaja oli kaikkein uupunein. Omaishoitajien emotionaalisen hyvinvoinnin ei todettu kohentuneen hoitajakson aikana, eikä sillä ollut vaikutusta omaishoitajan kokemuksiin stressitunteisiin. Muurisen (2003) tutkimuksessa hoidettavien fyysinen ja älyllinen toimintakyky pysyivät

ennallaan vuoden seurannan aikana. Sen sijaan Hartikaisen (1995) tutkimuksessa hoidettavien toimintakyky heikkeni hoitajakson aikana ja heillä oli enemmän häiritsevää käyttäytymistä.

Tutkimustiedon ristiriitaisuus saattaa osittain johtua käytetyistä tutkimusmenetelmistä, pienestä otoskoosta ja kontrolliryhmän puutteesta (McNally ym. 1999). Ylipäätään kvantitatiivisten mittareiden kykyä ja herkkyyttä mitata hoidon vaikuttavuutta on lisäksi epäilty (Ashworth & Baker 2000). Hoidettavan toimintakyvyssä tapahtunut heikkeneminen (esim. Hartikainen 1995; Cox 1997) voi johtua iän tuomasta raihnaistumisesta eikä niinkään hoitajakson tehottomuudesta. Hoitajaksojen vaikuttavuuden arviointi hoidettavan toimintakykyyn on vaikeaa myös siksi, että palvelun käytön oikeasta ajankohdasta ei ole tarkkaa tietoa (Perttu 1996; Cox 1997; Muurinen 2003; Mason ym. 2007). Hoitajaksojen toivotaan lykkäävän vanhuksen pysyvään laitoshoitoon siirtymistä myöhemmäksi (Nolan & Grant 1992a; Gilmour 2002; Muurinen 2003).

Omaishoitajat ovat huolissaan hoidon laadusta laitosjaksolla (Voutilainen & Korpiniitty 1997; Ashworth & Baker 2000; Gilmour 2002). Etenkin virikkeiden puute ja hoidettavan pitkästyminen laitoshoidon aikana on yksi kritiikin kohde (Voutilainen & Korpiniitty 1997; Ashworth & Baker 2000). Hoidettavan henkisessä ja hengellisessä tukemisessa ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämässä on omaishoitajien mukaan parantamisen varaa (Muurinen 2003). Huoli hoidon laadusta on yksi syy, miksi omaishoitajat kävivät jatkuvasti katsomassa hoidettavaa jakson aikana (Homer & Gilleard 1994; Gilmour 2002).

## 2.5 Omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyö eri toimintaympäristöissä

Vanhuksen perheen ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä eri toimintaympäristöissä on viimeaikaisissa hoitotyön tutkimuksissa tarkasteltu niin hoitajan, perheenjäsenen kuin molempien näkökulmista. Yhteisenä piirteenä näissä tutkimuksissa tulee näkyviin, että hoitajat pitävät tärkeänä potilaan tai asiakkaan perheen kanssa tehtävää yhteistyötä (Åstedt-Kurki ym. 2001; Hertzberg ym. 2003; Weman ym. 2004; Morin & Leblanc 2005; Weman ym. 2006). Tutkimukset ovat yhteneviä myös sen suhteen, että hoitajat tunnistavat perheenjäsenen ensisijaisesti tiedonantajana niin potilaan kuin perheen tilanteesta. Perheenjäsenen merkitys potilaan emotionaalisenä ja psykososiaalisena tukijana on myös tunnistettu (Hertzberg ym. 2003; Weman ym. 2006). Sen sijaan perheenjäsenen oma tilanne tai selviytyminen eivät ole niinkään hoitajien kiinnostuksen kohteena (Åstedt-Kurki ym. 2001; Weman ym. 2004).

Hoitajan ja perheen välistä suhdetta on tarkasteltu sekä yhteistyötä edistävien että estävien tekijöiden näkökulmista. Perheenjäsenten on oltava itse aktiivisia osapuolia, jos he haluavat olla yhteydessä hoitajiin. Åstedt-Kurjen tutkimusryhmän (2001) mukaan sairaalahoidossa olevan potilaan perheenjäsen pääasiassa aloitti keskustelun hoitajien kanssa. Hoitajat eivät etsineet aktiivisesti kontaktia perheenjäseniin myöskään vanhusten hoitokodeissa (Sandberg ym. 2001; Hertzberg ym. 2003), ja kontaktit heihin olivat epäsäännöllisiä. Hoitajat eivät huomioineet niitä perheenjäseniä, jotka tulivat ja menivät mieluiten huomaamatta (Hertzberg ym. 2003). Toisaalta suhdetta hoitajiin oli vaikea rakentaa, jos perheenjäsenen täytyi etsiä hoitajia (Sandberg ym. 2001).

Hoitajien mukaan yhteistyön esteenä oli resurssipula, varsinkin kiire (Åstedt-Kurki ym. 2001; Mäkinen 2002; Hertzberg ym. 2003; Weman ym. 2004), vuorotyö ja arvostuksen puute (Hertzberg ym. 2003). Yhteistyötä perheen kanssa ei ilmeisesti pidetä kovin tärkeänä, sillä ajan puutteessa hoitajat vähensivät juuri kommunikointia potilaan ja perheen kanssa (Morin & Leblanc 2005). Hoitajan ja perheenjäsenen persoonalliset ominaisuudet ovat yhtäältä yhteistyötä edistäviä tai toisaalta estäviä tekijöitä (Gladstone & Wexler 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001). Hertzbergin tutkimusryhmä (2003) totesi hoitajien jopa välttelevän hankalaksi kokemiaan perheenjäseniä ja ohjaavan heidät sosiaalityöntekijän luokse. Ristiriidat perheen ja hoitajien välillä sekä perheen sisäiset jännitteet vaikeuttavat yhteistyötä (Pillemer ym. 2003; Weman ym. 2004; Weman ym. 2006). Oman haasteensa yhteistyösuhteelle tuovat myös nykypäivän kyvykkäät ja vaativat perheenjäsenet (Hertzberg ym. 2003; Weman ym. 2004), joiden kohtaamisessa hoitajat kokevat avuttomuutta (Hertzberg ym. 2003).

Perheenjäsenet eivät läheskään aina ole todellisia hoitotiimin jäseniä sen paremmin akuuttisairaalassa, vanhainkodissa kuin kotihoidossa (Åstedt-Kurki ym. 1997; Nolan & Dellasega 1999; Ward-Griffin & McKeever 2000; Laitinen-Junkkari ym. 2001; Sandberg ym. 2001; Mäkinen 2002). Perheen ja hoitajien välinen suhde on usein pinnallinen, muodollinen ja väkinäinen (Nolan & Dellasega 1999; Sandberg ym. 2001). Yhtenä syynä tähän on epäselvyys valta- ja vastuukysymyksissä; perheenjäsenen rooli etenkin vanhainkodissa on tutkimusten mukaan epäselvä niin hoitajille kuin perheenjäsenille (Kellet 1998; Nolan & Dellasega 1999; Bauer & Nay 2003; Pillemer ym. 2003). Hertzbergin ja kollegoiden (2003) tutkimuksessa hoitajat pitivät omaisia resurssina, mutta tietyn ehdoin. Heidät koettiin tiedonantajina ja tavaroiden tuojina, mutta ammattitaitoa vaativien hoitotoimenpiteiden tekijöiksi heistä ei ollut (myös Ryan & Scullion 2000a).

Bauerin ja Nayn (2003) tutkimuksen mukaan hoitajat haluavat usein sellaiset työolot, jotka ovat heidän kontrolloitavissaan. Perheeltä odotetaan silloin kohteliaisuutta ja yhteistyökykyä. Perheen mahdollisuudet olla mukana vanhuksen hoitamisessa riippuvat muun muassa siitä, millainen käsitys hoitajalla on perheestä (Bauer & Nay 2003; Paulus ym. 2005). Todellisen yhteistyön



esteenä on myös erilainen näkemys siitä, kuka on hoidossa olevan vanhuksen hoitamisen asiantuntija. Kellelin (1998) tutkimuksen mukaan perheenjäsenet pitävät itseään asiantuntijoina, koska he tuntevat vanhuksen tarpeet ja odotukset. Päinvastaista näkökulmaa edustavat hoitajat, joiden mukaan perheenjäsenen tiedot vanhuksesta kuuluvat menneisyyteen ja he hoitajina tietävät asiakkaan hoidon nykyisyyden kokonaisvaltaisesti (Hertzberg ym. 2003).

Ristiriidat hoitajien ja perheen välillä eivät ole harvinaisia (Bauer & Nay 2003). Hoitajat ovat sitä mieltä, että heidän asenteensa eivät aina kannusta perhettä osallistumaan (Ryan & Scullion 2000a). Perheenjäsenille pitäisi antaa vaihtoehtoja siitä, miten he haluavat olla mukana vanhuksen hoitamisessa (Bauer & Nay 2003; Paulus ym. 2005). Sekä Pillemerin (2003) että Laitinen–Junkkarin (2001) tutkimusryhmien mukaan perheenjäsenien osallistumista tukevilla interventio-ohjelmilla saatiin hyviä tuloksia heidän osallistumisensa tukemisessa vanhuksen hoidossa.

Ward–Griffin ja McKeever (2000), Jeon (2004) sekä Büscher (2007) ovat tutkineet avoterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien ja omaishoitajien suhteen kehittymistä. Hoitaja–omaishoitaja-suhde on oppimisprosessi, jossa kumpikin osapuoli oppii työskentelemään yhdessä, joskin eri tasoilla ja eri vaiheiden kautta. Jeonin (2004) tutkimuksessa korostuu molempien osapuolten merkitys toistensa muovaajina kohti rakentavaa vastavuoroisuutta. Tällöin hoitaja ja omaishoitaja saavuttavat kumpikin yksilölliset tavoitteensa ja toivomansa tulokset sekä potilaan että itsensä kannalta. Osa hoitaja-omaishoitaja-suhteista jää kuitenkin joko tasolle vastavuoroisuuden puute tai osittainen vastavuoroisuus. Kummassakin tapauksessa hoitajan ja omaishoitajan välillä on esteitä toisensa ymmärtämisessä. Ward–Griffinin ja McKeeverin (2000) tutkimuksen mukaan hoitajan ja omaishoitajan suhde jäi omaishoitajan hyväksikäyttösuhteeksi eikä muodostunut todelliseksi yhteistyösuhteeksi, sillä omaishoitajien panos vanhuksen hoitamisessa oli suurempi kuin hoitajien. Büscherin (2007) mukaan omaishoitajan ja hoitajan yhteistyösuhteessa keskeistä on molemminpuolisen luottamuksen rakentuminen. Etenkin yhteistyösuhteen alkuvaihe on ratkaisevan tärkeä. Hoitajalta se edellyttää ajan antamista ja omaishoitajan tunnistamista hänen ansioistaan omaishoitajana. Molempien persoonalliset ominaisuudet edistävät yhteistyösuhteen syntymistä, mutta silti toisesta pitäminen ei ole välttämättömyys. Useimmat omaishoitajat ja hoitajat eivät halua henkilökohtaista suhdetta toistensa kanssa.

## 2.6 Teorettinen malli omaishoitamisen dynamiikasta

Omaishoitajan ja hoidettavan suhteen luonteella on ratkaisevan tärkeä merkitys huolenpidon kokemuksessa ja laadussa (Nolan ym. 1992b; Braitwaite 2000).

Phillips ja Rempusheski (1986) ovat kehittäneet grounded teoria –menetelmällä omaishoitamisesta mallin, joka perustuu 39 omaishoitajan haastatteluun. Mallin viitekehyksen muodostavat symbolisen interaktionismin ja sosiaalisen vaihdannan teorit. Malli muodostuu neljästä toisiaan seuraavasta vaiheesta, jotka rakentuvat viidestä keskeisestä käsitteestä ja niiden kahdesta liikkeelle panevasta voimasta. Malli tuottaa osittaisen selityksen omaishoidon laadusta ja alustavan selityksen vanhuksen kaltoinkohteluilmiöstä (Kuvio 2). (Phillips & Rempusheski 1986.)

Tilanteen määrittämisvaiheessa (I) omaishoitaja määrittelee hoidettavan persoonallisen identiteetin vertailemalla tämän mennyttä ja nykyistä olemusta toisiinsa. Vertailussa omaishoitaja arvioi hoidettavaa inhimillisenä ihmisenä, omine heikkouksineen ja vahvuuksineen tai epäinhimillisenä henkilönä. Tällöin hän on joko jumaloitu tai stigmatisoitu, lähinnä taakka, ilman hyviä ominaisuuksia. Elämän arkitodellisuudessa hoidettavan mennyt epäinhimillisyys yhdistyy todennäköisemmin huonoon suhteeseen kun taas inhimillisyys hyvään. Omaishoitaja määrittelee tässä vaiheessa myös käsityksensä huolenpidosta. Siihen vaikuttavat omaishoitajan henkilökohtaiset arvot, normit ja hänen välttämättöminä pitämänsä asiat sekä miten ne toteutuvat huolenpidon arjessa. Omaishoitaja ikään kuin vertailee luomaansa implisiittistä ideaalimallia todellisiin huolenpidon tilanteisiin. Huolenpidon todellisuutta arvioidaan ja rajoitetaan erilaisten normien perusteella, kuten terveellinen elämäntapa, elämänlaatu, perheen käyttäytymismallit ja perhesuhteet. Silloin kun edellä mainitut tekijät ovat keskenään sopusoinnussa, omaishoitaja omaksuu huolenpidon tavan, joka on avoin ja suojeleva. Hänellä on myös vähemmän odotuksia hoidettavaa kohtaan. Ristiriita omaishoitajan uskomusten ja käsitysten välillä saattaa puolestaan johtaa rankaisevan tyylin käyttämiseen huolenpidon tilanteissa. Omaishoitaja odottaa hoidettavan tällöin olevan anelijan kaltainen. (vrt. Nolan ym 1992b). Ensimmäisen vaiheen ajatuksilla on suora vaikutus seuraavan vaiheen kognitiivisiin prosesseihin.

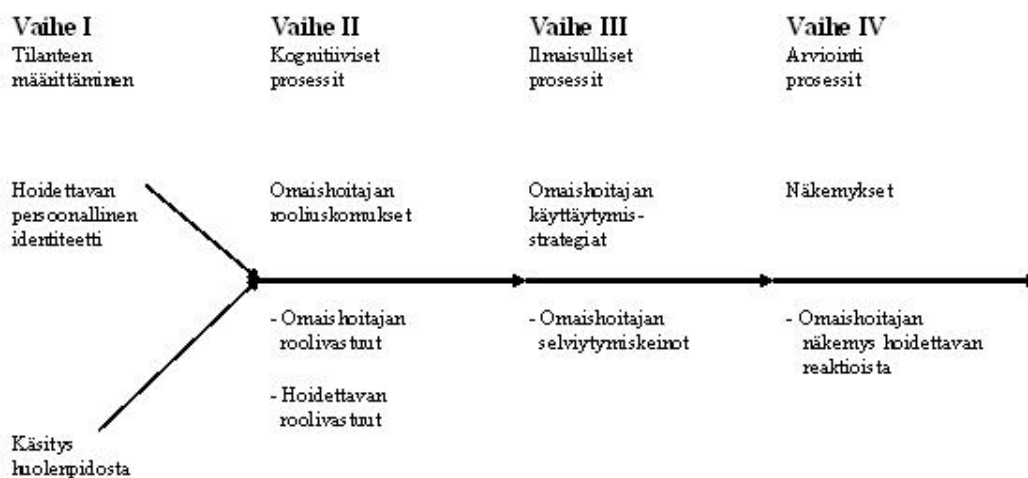
Kognitiivisten prosessien (II) keskiössä ovat omaishoitaja ja hänen rooliuskomuksensa niin omasta kuin hoidettavan roolista ja vastuista huolenpitosuhteessa. Omaishoitajan näkökulmasta tarkasteltuna ne tarkoittavat esimerkiksi puolesta tekemistä, suojelemista, toimimista toisen hyväksi, sosiaalisen hyväksyttävyyden tarkkailemista sekä standardien luomista ja niiden toteutumista. Omaishoitaja voi odottaa, että hoidettava kohtelee häntä hyvin, osallistuu huolenpitoon ja osoittaa yhteistyökykyään. Huolenpitosuhteen laatua määriteltäessä näiden kahden ensimmäisen vaiheen yhteisvaikutuksella on ratkaiseva merkitys.

Ilmaisulliset prosessit -vaiheen (III) pääkäsitteet ovat omaishoitajan käyttäytymis- ja selviytymisstrategiat. Ne tarkoittavat tapoja ja menetelmiä, joita omaishoitaja käyttää kontrolloidessaan hoidettavan käyttäytymistä ja ratkoessaan ristiriitatilanteita. Omaishoitajan käyttämät selviytymismenetelmät voidaan kuvata jatkumona, jonka ääripäissä ovat äärimmäisen myönteinen ja

äärimmäisen kielteinen tapa toimia. Useimmiten omaishoitaja aloittaa myönteisellä keinolla, mutta siirtyy neutraalin keinon kautta yhä kielteisempään suuntaan, kunnes toivottu vastaus saadaan. Omaishoitajan valitsemalla selviytymismenetelmällä ja vaiheella, jossa hän alkaa kontrolloida käyttäytymistä, on suora yhteys omaishoitajan rooliuskomuksiin ja epäsuora yhteys niin hoidettavan persoonaan kuin käsitykseen huolenpidosta (vaihe I).

Arviointiprosesseissa (IV) keskeinen käsite on näkemys, joka tarkoittaa omaishoitajan kuvausta tai käsitystä todellisuudesta. Näkemykseen sisältyy omaishoitajan tekemä tulkinta hoidettavan reaktioista. Huolenpitotilanteissa hoidettavasta tekemiensä havaintojen perusteella omaishoitaja voi muokata niin hoidettavan nykyistä olemusta kuin käsitystään huolenpidon todellisuudesta myönteiseen tai kielteiseen suuntaan ajan kuluessa (vaihe I).

Huolenpidon dynamiikassa keskeisenä tekijänä on palaute arviointiprosesseista takaisin tilanteen määrittämisprosessiin. Muina vaikuttavina tekijöinä ovat tämänhetkinen roolimuo to ja keskinäinen riippuvuus. Vaikka omaishoitajat käyttävät useita roolimuo toja, ovat hoivaaminen-tukeminen ja tarkkaileminen-kontrollointi niistä kaikkein ilmeisimpiä. Tämänhetkinen roolimuo to liittyy omaishoitajan taipumukseen joko hoivata ja tukea tai tarkkailla ja kontrolloida hoidettavaa. Hoivaaminen-tukeminen tarkoittaa omaishoitajan laadukasta tapaa kiinnittää huomiota hoidettavan hyvään oloon, hänen herkyyttään, lähellä oloaan ja hyväksyntäänsä. Huolenpitoa leimaava tekijä on tällöin ehdoitta hyväksyminen. Omaishoitajan ollessa tarkkailija-kontrolloija hän on ahdasmielinen ja tiukka. Ääritapauksessa hän on kuin vanginvartija, joka sanoilla rakastamisesta huolimatta tarkkailee hoidettavaa koko ajan ja korjaa tämän käyttäytymistä. Keskinäinen riippuvuus puolestaan korostaa tosiasiaa, että molempien on hyvin vaikeaa vetäytyä omaishoitaja-hoidettava-suhteesta. (Vrt. Nolan ym. 1992b.)



Kuvio 2. Teoreettinen malli omaishoitamisen dynamiikasta (Phillips & Rempusheksi 1986).

Phillips ja Rempusheski (1986) muodostavat mallista 14 hypoteesia, joissa keskeisinä argumentteina ovat omaishoitajan käsitys hoidettavan persoonasta ja hänen vastuistaan, omasta itsestä omaishoitajana, huolenpidon todellisuudesta ja selviytymiskeinojen toimivuudesta. Väittämässä verrataan näiden yhteyttä sekä omaishoitajan ja hoidettavan olemukseen että omaishoitajan valitsemaan käyttäytymisstrategiaan (Taulukko 2).

*Taulukko 2. Omaishoitajan näkemysten yhteys uskomuksiin hoidettavan roolista ja käytettyihin selviytymismenetelmiin (Phillips & Rempusheski 1986.)*

<b>Omaishoitajan näkemys</b>	<b>Omaishoitajan näkemys hoidettavan roolista</b>	<b>Omaishoitajan käyttämät menetelmät</b>
Hoidettava: -inhimillinen ihminen - jumaloitu  - stigmatisoitu	vähemmän yhteistyökykyinen osallistuva, ei olela omaishoitajan hyvää kohtelua  tottelevampi, osallistuvampi, kohdeltava omaishoitajaa hyvin	kannustus toiminnoissa  kielteiset menetelmät
Huolenpitosuhde: ideaalimalli vs. todellisuus ristiriita  yhtenevä	tottelevampi, osallistuvampi, kohdeltava omaishoitajaa hyvin  ei olela toisen olevan yhteistyökykyinen, osallistuva ja omaishoitajaa hyvin kohteleva	kielteiset menetelmät  myönteiset menetelmät
Omaan rooliin kuuluu: rankaisu ja kontrolli  tuen antaminen	yhteistyökyvytön, ei osallistu, kohtelee huonosti omaishoitajaa  yhteistyö, osallistuminen, omaishoitajan hyvä kohtelu	kielteiset menetelmät  myönteiset menetelmät
Hoidettavan reaktiot: Omaishoitaja pitää hoidettavasta ja huolenpitämisestä  Omaishoitaja ei pidä hoidettavasta ja huolenpitämisestä	myönteinen vaikutus hoidettavaan  kielteinen vaikutus hoidettavaan	toimivat  eivät toimi

Phillips ja Rempusheski (1986) toteavat, että vaikka mallissa ei huomioida huolenpidon dynamiikassa vaikuttavia tekijöitä kuten, sen kuormittavuus, rooliristiriidat ja perheen tuki, se luo perustan omaishoitamisen teoreettiselle tarkastelulle. Terapeuttinen ja kustannustehokas vanhustenhoito riippuu siitä, miten hyvin hoitajat ymmärtävät omaishoitamisen dynamiikkaa ja tuntevat ne keinot, joiden avulla he kohtaavat niin omaishoitajan kuin hoidettavan tarpeet. (Vrt. Chinn & Kramer 2004.)

## 2.7 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Omaishoidolle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Useissa virallisissa määritelmässä perheen jäsenen tai muun läheisen antama huolenpito tarkoittaa ennen kaikkea hoidettavan konkreettista hoitamista, vaikka se on vain yksi ja usein vähiten stressiä aiheuttava huolenpidon ulottuvuus. Omaishoidon arvioinnissa käytettävillä toimintakykymittareilla saadut tulokset tukevat virallisten määritelmien suppeutta, joten suuri osa omaishoitajista ja terveydenhuollon ammattilaisista ei tunnista omaishoitajien antamaa huolenpitoa.

Huolenpidon kuormittavuutta ja siitä aiheutuvaa stressiä on tutkittu paljon omaishoitajan elämässä viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Omaishoitajat kuvaavat huolenpitosuhdetta vastuusuhteena, josta aiheutuu heille monenlaista haittaa, mutta myös paljon hyötyä ja iloa. Omaishoitajan ja hoidettavan suhteen luonteella on ratkaisevan tärkeä merkitys siinä, miten omaishoitaja kokee niin huolenpitosuhteen kuin oman elämänsä laadun. Omaishoitajat joutuvat nykyään hoitamaan entistä sairaampia hoidettavia kotona, joten he tarvitsevat hoitamisen taitojen ohella valmiuksia käsitellä sairauden aiheuttamia tunteita elämän muutosvaiheessa sekä ongelmanratkaisukykyä. Omaishoitajien tukeminen on sekä kansainvälisesti että kansallisesti hyväksytty tosiasia. Lyhytaikainen laitoshoido on yksi merkittävä kotihoitoa ja kotona asumista tukeva palvelu, jota on Suomessa toteutettu noin 30 vuotta. Siitä huolimatta aihetta on tutkittu vasta vähän.

Lyhytaikaisen laitoshoidon on vastattava omalta osaltaan niihin yhteiskunnan vaatimuksiin, joiden mukaan vanhukset asuvat pääsääntöisesti kodeissaan erilaisten tukipalveluiden turvin. Hoitajaksojen yhtenä tavoitteena on lykätä vanhuksen pysyvään laitoshoidoon siirtymistä myöhemmäksi. Tutkimustulokset hoitajaksojen hyödyllisyydestä niin omaishoitajan kuin hoidettavan elämässä ovat ristiriitaisia. Vaikuttavuuden arviointi on vaikeaa muun muassa siksi, että käytetyt tutkimusmenetelmät eivät ole tarpeeksi herkkiä, palvelun käytön oikeaa ajankohtaa vanhuksen elämässä ei tiedetä ja toimintakyvyn lasku saattaa johtua iän tuomasta heikkenemisestä. Omaishoitajan elämässä hoitajakset merkitsevät yhtäältä mahdollisuutta elää normaalia elämää, toisaalta huolta hoidon laadusta.

Omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhdetta vanhuksen lyhytaikaisen laitoshoidon kontekstissa ei ole juurikaan tutkittu. Avoterveydenhuollossa tehtyjen tutkimusten mukaan yhteistyösuhteen rakentuminen on molemminpuolinen oppimisprosessi, jonka perusta on luottamus ja tasa-arvo. Terveysthuollon muissa toimintaympäristöissä perheenjäsenet eivät ole läheskään aina hoitotiimin todellisia jäseniä. Yhtenä syynä on molempien osapuolten epätietoisuus yhdessä toimimisen muodoista. Etenkin lyhyessä laitoshoidossa korostuu yhteistyön merkitys, sillä koti- ja laitosjaksojen pitäsi nivoutua yhtenäiseksi kokonaisuudeksi vanhusperheen elämässä, jotta hoitajaksoilla saavutetaan niille asetetut tavoitteet.

# 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa reaalitymalli lyhytaikaisesta laitoshoidosta osana vanhuksen kotihoitoa omaishoitajan ja hoitajan kuvaamana. Mallin avulla voidaan jäsentää ja kehittää käytännön toimintaa vanhusperheiden hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteina on saada tietoa lyhytaikaisen laitoshoidon mahdollisuuksista auttaa omaishoitajaa vanhuksen huolenpidossa jaksamisessa ja saada tietoa omaishoitajan elämäntilanteesta.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millaisena omaishoitaja kuvaa elämäntilannettaan lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä? (Artikkeli II)
2. Miten omaishoitaja kokee lyhytaikaisen laitoshoidon osana vanhuksen huolenpitoa? (Artikkeli I)
3. Millaista on lyhytaikaisen laitoshoidon hoitajien ja omaishoitajien välinen yhteistyö hoitajien kuvaamana? (Artikkeli III)
4. Miten omaishoitaja arvioi omaa selviytymistään huolenpitosuhteessaan? (Artikkeli IV)
  - a) Millaista tukea omaishoitajat saavat lyhytaikaisesta laitoshoidosta?
  - b) Millaisia selviytymiskeinoja omaishoitajat käyttävät huolenpitosuhteessaan?
5. Millainen reaalitymalli muodostuu lyhytaikaisesta laitoshoidosta osana vanhuksen kotihoitoa osajulkaisujen I - IV perusteella? (Väitöskirjan yhteenveto-osa)

# 4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

## 4.1 Triangulaatio

Tässä tutkimuksessa käytetään kvalitatiivista ja kvantitatiivista metodologiaa osittain jaksotellen, ja niiden yhteiskäyttöä tarkastellaan metodologisesta näkökulmasta (Morse 1991; Sandelowski 2000; Thurmond 2001). Tutkimuksessa käsitteellistetään inhimillistä toimintaa (Leino-Kilpi 1998) eli omaishoitajien huolenpitosuhteessa selviytymistä lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä. Huolenpito on monisyinen ja kompleksinen todellisuuden ilmiö, joka muodostuu laadusta ja määrästä. Siksi sen mahdollisimman laajaan sisällölliseen määrittämiseen tarvitaan useampi tutkimuslähestymistapa (Lincoln & Guba 1985; Dentzin 1989; Sim & Sharp 1998). Triangulaatio tarkoittaa kahden tai useamman teoreettisen näkökulman, aineiston, tutkijan tai analyysimenetelmän yhdistämistä samassa tutkimuksessa (Thurmond 2001; Polit & Beck 2004; Halcomb & Andrew 2005). Tässä tutkimuksessa käytettiin aineisto- ja menetelmätriangulaatiota.

Menetelmätriangulaatio tässä tutkimuksessa tarkoittaa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän sekä sisäistä että niiden välistä yhdistelmää (Thurmond 2001; Halcomb & Andrew 2005). Menetelmiä käytettiin yhtäältä peräkkäin etenemällä induktiosta deduktioon, koska lyhytaikaista laitoshoidoa osana omaishoitajan elämää on tutkittu hoitotieteessä vähän (Gilmour 2000; Muurinen 2003). Omaishoitajien ja hoitajien haastattelujen pohjalta muodostettuja käsitteitä testattiin tilastollisesti samalle omaishoitajapopulaatiolle suunnatussa kyselytutkimuksessa (Sandelowski 2000).

Toisaalta omaishoitajien huolenpitosuhdetta ja siinä käytettyjä selviytymiskeinoja on tutkittu hoitotieteessä paljon CAMI-mittarilla (Nolan ym. 1996b; Lundh 1999; Kuuppelomäki ym. 2004; Ducharme ym. 2006; Jarvis ym. 2006). CAMI-mittari (Nolan ym. 1995b) on kehitetty laadullisen syvähaastattelumenetelmän pohjalta, ja sitä on testattu myös suomalaisessa aineistossa (Kuuppelomäki ym. 2004), ei kuitenkaan pelkästään lyhytaikaishoidon asiakaskunnalle. Käytännön syistä CAMI-mittariaineisto kerättiin edellä kuvatun induktiivis-deduktiivisesti luodun lomakkeen kanssa yhtäaikaan, joten CAMI-aineiston osalta kyseessä on samanaikainen triangulaatio (Halcomb & Andrew 2005). Menetelmien sisäinen ja niiden välinen triangulaatio tarkoittaa molempien kyselylomakkeiden sisältämiä erilaisia mittausmenetelmiä,



kuten summatiivisia asteikkoja ja avointa kysymystä (Thurmond 2001; Halcomb & Andrew 2005).

Aineistotriangulaatio tässä tutkimuksessa tarkoittaa omaishoitajien ja hoitajien haastatteluja sekä omaishoitajien kyselyaineistoa monipuolisemman ja rikkaamman kuvan saamiseksi lyhytaikaisen laitoshoidon palvelusta osana vanhuksen kotihoitoa (Dentzin 1989). Triangulaatioiden kombinaation tarkoituksena ei ollut niinkään vahvistaa tutkimuskohteen validiteettia, vaan lisätä tietoa ja ymmärrystä etsimällä erilaista informaatiota (Leino-Kilpi 1998) ja vahvistamalla tutkimusotetta (Lincoln & Guba 1985).

## 4.2 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin vaiheittain siten, että ensin kerättiin laadullinen haastatteluaineisto ja viimeisenä määrällinen kyselyaineisto. Jokaisesta aineistosta kirjoitettiin osajulkaisu, ja saatujen tulosten yhdistelmästä rakennettiin väitöskirjan yhteenveto-osa, reaalinmalli. Tutkimuksen kulku on esitetty taulukossa 3.

*Taulukko 3. Tutkimuksen kulku*

Vaihe	Tutkimustehtävä	Aineistot	Lähestymistapa Analyysimenetelmä	Raportointi
Vaihe 1. v. 2003	Kuvata omaishoitajien kokemuksia lyhytaikaisesta laitoshoidosta osana vanhuksen kotihoitoa	Teemahaastattelu N=17 Omaishoitajat	Laadullinen tutkimus Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisu I Väitöskirjan yhteenveto-osa
Vaihe 2. v. 2003	Kuvata omaishoitajien elämäntilannetta säännöllisen lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä	Teemahaastattelu N=17 Omaishoitajat	Laadullinen tutkimus Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisu II Väitöskirjan yhteenveto-osa
Vaihe 3. v. 2005	Kuvata hoitajien kokemuksia omaishoitajien kanssa tehtävästä yhteistyöstä vanhuksen lyhytaikaisessa laitoshoidossa	Teemahaastattelu N=22 Hoitajat	Laadullinen tutkimus Induktiivinen sisällönanalyysi	Osajulkaisu III Väitöskirjan yhteenveto-osa
Vaihe 4. v. 2006	Selvittää omaishoitajien kokemuksia saamastaan tuesta vanhuksen lyhytaikaisessa laitoshoidossa sekä huolenpitosuhteessa käytetyistä selviytymiskeinoista	Kyselytutkimus N=145 Omaishoitajat	Määrällinen tutkimus/ Kuvailevat tilastomenetelmät	Osajulkaisu IV Väitöskirjan yhteenveto-osa
Vaihe 5.	Reaalinmallin rakentaminen	Osajulkaisut I - IV	Phillips & Rempusheski (1986) teoreettinen malli viitekehysenä	Väitöskirjan yhteenveto-osa

## *Vaiheet I ja II*

Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen laadullinen aineisto kerättiin kevään ja alkukesän 2003 aikana haastattelemalla vanhusta kotona hoitavia omaishoitajia (N=18). Valintakriteerinä haastateltavaksi tutkimukseen oli, että perhe käytti säännöllisesti lyhytaikaista laitoshoidon vanhusten kotona selviytymisen tukena. Haastateltavat valittiin tutkimukseen harkinnanvaraisesti vanhainkodin lyhytaikaispalvelusta vastaavan sosiaalityöntekijän avustuksella. Tutkimukseen valittiin haastateltaviksi 23 omaishoitajaa, jotka täyttivät kriteerin. Yhteystietojen saamisen jälkeen heille lähetettiin kirje, jossa selvitettiin tutkimusta ja sen kulkua sekä parin päivän sisällä tapahtuvaa tutkijan yhteydenottoa puhelimitse. Viisi omaishoitajaa kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen henkilökohtaisista syistä. Haastatteluajankohta ja -paikka sovittiin omaishoitajien toivomalla tavalla. Haastattelut tehtiin yhtä lukuunottamatta heidän kodeissaan, joten tutkijalla oli mahdollisuus havainnoida heidän elämismaailmaansa ja tehdä siitä muistiinpanoja (Polit & Beck 2004). Yksi haastattelu tehtiin vanhainkodin tiloissa. Haastatteluista yksi jouduttiin hylkäämään, sillä perheessä juuri tapahtunut kriisi esti keskittymisen tutkimusaiheeseen. (Osajulkaisut I ja II.)

## *Vaihe III*

Tutkimuksen kolmannen vaiheen laadullinen aineisto kerättiin keväällä 2005 haastattelemalla vanhainkodin kahdella lyhytaikaisen laitoshoidon osastolla työskentelevää hoitohenkilökuntaa. Haastateltavat olivat sairaanhoitajia (n=3) ja lähi- ja perushoitajia (n=19). Haastatteluista lähihoitajista neljä oli miehiä. Vanhainkoti valittiin siksi, että aikaisemmin haastatellut omaishoitajat käyttivät pääsääntöisesti kyseisen laitoksen lyhytaikaispalvelua. Vanhainkodin osastot saivat kirjallisen selvityksen tutkimuksesta ja sen kulusta ennen kuin tutkija meni tapaamaan hoitohenkilökuntaa. Hoitajat olivat molemmilla osastoilla jo etukäteen päättäneet halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. He olivat suunnitelleet haastatteluajankohdat omien työvuorojensa mukaan. Haastattelut tehtiin hoitajien työajalla osaston ulkopuolella sijaitsevassa vanhainkodin kokoushuoneessa. (Osajulkaisu III.)

## *Vaihe IV*

Tutkimuksen neljännen vaiheen määrällinen aineisto kerättiin loppuvuodesta 2006. Kyselylomake lähetettiin 350:lle lyhytaikaista laitoshoidon säännöllisesti käyttävälle hoidettavalle henkilölle kotiosoitteeseen. Käytännön syistä lomakkeet piti lähettää hoidettavan nimellä, sillä vanhainkoti tilastoi ainoastaan

lyhytaikaisjakson käyttäjät. Kirjekuoressa oli pääimmäisenä pyyntö, jossa jaksojen käyttäjää ohjeistettiin antamaan lomake henkilölle, joka vanhuksen mielestä on hänen omaishoitajansa. (Laitinen-Junkkari 1999.) (Osajulkaisu IV.)

#### *4.2.1 Teemahaastattelut*

Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aiheet, joista keskusteltiin omaishoitajien kanssa, muotoutuivat aikaisemman tutkimustiedon (Ashworth & Baker 2000; Muurinen 2003) ja tutkijan vanhustyökokemuksen perusteella. Teemat jätettiin tarkoituksella väljiksi, jotta omaishoitajat saattoivat vapaasti kertoa kokemuksistaan (Polit & Beck 2004). Aineistonkeruun ensimmäisen vaiheen haastatteluteemat olivat seuraavat: 1) omaishoitajan kuvaus hoitajan kanssa käydyistä keskusteluista hoitajakson alkaessa, sen aikana sekä kotiinlähtövaiheessa, 2) hoitotyön laatu lyhytaikaisosastolla, 3) hoidettavan vointi ja toimintakyky hoitajakson jälkeen kotona. Aiheeseen johdattelevina kysymyksiä olivat haastateltavan ja hoidettavan taustatiedot. Laadullisessa tutkimuksessa haastateltava näyttää usein soveltavan ”terapiatilanteen” tai ”ystävien keskistä luottamuksellista keskustelua” ja keskittyy siihen, miten juuri hän yksilönä kokee erilaiset asiat (Alasuutari 2007). Omaishoitajat kertoivat avoimesti elämästään, kuten suhteestaan hoidettavaan, perheen elämäntilanteen muutoksista hoidettavan sairastuttua sekä omasta elämäntilanteestaan toisen ollessa hoitajaksolla. Analyysivaiheessa tutkija huomasi, että aineisto kattoi kyllä tutkimustehtävän, mutta sen lisäksi se vastasi vielä toiseen kysymykseen, millaisena omaishoitaja kuvaa elämäntilannettaan lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä (tutkimustehtävä 1). Hirsjärven (2000) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät saattavat muuttua prosessin myötä, joten nämä kertomukset muodostivat toisen vaiheen aineiston. Haastattelut kestivät tunnin kahteen ja puoleen tuntiin (ka. 90 min) ja ne nauhoitettiin. Aineistoa kertyi aukikirjoitettuna 263 sivua rivivälillä 1,5.

Hoitajien haastatteluteemat muodostettiin aikaisempien tutkimusten perusteella (Ward-Griffin & McKeever 2000; Salin & Åstedt-Kurki 2005), ja ne olivat seuraavat: 1) omaishoitajan kuvaus omaishoitajan kanssa käydyistä keskusteluista hoitajakson alkaessa, sen aikana ja kotiinlähtövaiheessa, 2) oman lähtökohdan kuvaus vanhuksen perheen kanssa työskentelystä. Lisäksi hoitajilta kysyttiin koulutustausta ja työkokemus vanhusten hoitotyössä. Haastattelut kestivät 55 minuutista puoleentoista tuntiin (ka. 1,15 h) ja ne nauhoitettiin. Aukikirjoitettua aineistoa kertyi 312 sivua rivivälillä 1,5.

#### *4.2.2 Kyselylomakkeet*

Kyselylomake koostui kahdesta osiosta, joista ensimmäinen oli Nolanin tutkimusryhmän (1995b) kehittämä ”The Carer’s Assessment of Managing Index”, CAMI-mittari. Mittari koostuu 38:sta omaishoitajan selviytymistä

kuvaavasta väittämästä, jotka muodostavat kolme summamuuttujaa: 1) ongelman ratkaisu (14 väittämää), 2) vaihtoehdoisen näkökulman luominen (15 väittämää) ja 3) stressitilanteissa selviytyminen (9 väittämää). Vastajia pyydetään valitsemaan neljästä vastausvaihtoehdosta itselleen parhaiten sopiva vaihtoehto: en käytä tätä keinoa (= 1), käytän tätä keinoa ja se on mielestäni melko hyödytön (= 2), melko hyödyllinen (= 3) tai erittäin hyödyllinen (= 4) keino. Nolan ja kollegat (1995b, 1996a) ovat kehittäneet CAMI-mittarin kirjallisuuden ja omaishoitajien (N = yli 100) syvähaastattelujen perusteella, ja Alzheimer-yhdistyksen jäsenet (N = 266) ovat esitelleen sen Britanniassa. Kuuppelomäen tutkimusryhmä (2004) on käyttänyt CAMI-mittaria suomalaisessa aineistossa, joten mittari oli käännetty suomeksi. CAMI-mittari on tekijänoikeussuojan alainen tieteellinen tuotos, ja sen vuoksi alkuperäisestä mittarista on esitetty vain väittämien suorat jakaumat liitteissä 2–4.

Kyselylomakkeen toinen osio laadittiin omaishoitajien (N=17) haastatteluiden perusteella (Salin & Åstedt-Kurki 2005). Mittarissa on 14 kysymystä omaishoitajan saamasta konkreettisesta tuesta lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä (liite 5). Vastausvaihtoehdot muotoiltiin viisiportaisella Likert-tyyppisellä asteikolla (1 kielteisin mielipide - 5 myönteisin mielipide). Likert-asteikko soveltuu hyvin mielipiteiden, asenteiden ja uskomusten mittaamiseen (Burns & Grove 2003; Polit & Beck 2004). Taustakysymyksiä kysyttiin omaishoitajan ikää, sukupuolta ja sukulaissuhdetta sekä hoidettavan henkilön ikää, sukupuolta, asumisjärjestelyitä, terveydentilaa, huolenpitosuhteen kestoa ja käytettyjä palveluita. Avoimessa kysymyksessä omaishoitajaa pyydettiin nimeämään hoidettavan vanhuksen kotihoitoa eniten hankaloittava tekijä.

Ennen aineistonkeruuta mittarin luotettavuutta arvioitiin asiantuntija-arviointina. Sen teki kaksi terveystieteiden tohtoria, joista toinen oli menetelmän ja toinen sisällön asiantuntija (Pett ym. 2003). Viisi omaishoitajaa (2 puolisoa, 2 tytärtä ja poika) esitesti lomakkeen. Esitestauksella pyrittiin tunnistamaan mittarin väittämät, jotka mahdollisesti olivat väärinymmärrettyjä tai kieliasultaan epäselviä. Kysymyksiin tehtiin esitestauksen jälkeen pieniä selvennyksiä sekä lomakkeen ulkoasua muokattiin aiempaa väljemmäksi, jotta vastaajien olisi helpompi täyttää se. Mittareiden reliabiliteettia eli sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alpha-kertoimen avulla. Molempien mittareiden alpha-arvot osoittautuivat hyväksi (Burns & Grove 2003 s. 313), sillä CAMI-indeksissä ne olivat 0,66–0,86 ja konkreettista tukea mittaavassa osiossa 0,65–0,84.

## 4.3 Aineistojen analysointi

### 4.3.1 Induktiivinen sisällön analyysi

Tutkimuksen laadulliset aineistot (vaiheet I, II ja III) sekä kyselylomakkeen avokysymys (vaihe IV) analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (Kyngäs & Vanhanen 1999; Hsieh & Shannon 2005). Sisällön analyysi valittiin analyysimenetelmäksi, koska tutkimuksen avulla pyrittiin saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Cavanagh 1997; Kyngäs & Vanhanen 1999; Hsieh & Shannon 2005). Analyysien lopputuloksina tuotetut käsitejärjestelmät kuvaavat tutkittavan ilmiön eri puolia, jotka yhdistettiin lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityöksi (Cavanagh 1997).

Tutkija litteroi itse kaikki haastattelut, joten aineistoon tutustuminen alkoi jo kirjoitusvaiheessa. Analyysiyksiköksi valittiin tutkimustehtävien mukaisesti lausuma, jolla tarkoitetaan useammista sanoista koostuvaa ajatusta, eräänlaista ajatusteemaa (Guba & Lincoln 1983; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Aineistoa luettiin tämän jälkeen läpi useita kertoja ja sille tehtiin kysymyksiä. Pelkistämävaiheessa aineistosta koodattiin tutkimustehtävän mukaisia lausumia, jotka ryhmiteltiin samaa tarkoittaviksi ilmaisuiksi. Seuraavaksi samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja sille annettiin sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Analyysia jatkettiin edelleen yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat yläkategorioiksi. Abstrahointia jatkettiin niin kauan kuin se oli sisältöjen kannalta mahdollista (Kyngäs & Vanhanen 1999; Hsieh & Shannon 2005). Osajulkaisussa III on havainnollistettu analyysin eteneminen. Analyysissa pyrittiin analysoimaan vain haastatteluiden ilmisällöt sellaisina kuin ne oli selvästi ilmaistu haastatteluissa. Sen sijaan kategorioiden nimeämisessä käytettiin tulkintaa, joka pohjautui piilossa oleviin viesteihin. (Burns & Grove 1997; Graneheim & Lundman 2004). Tässä oli apuna tutkijan pitämä päiväkirja. Kyselylomakkeiden avovastaukset analysoitiin kuten edellä.

### 4.3.2 Tilastollinen analyysi

Tilastollinen aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS 14,0 for Windows -ohjelmaa ja eksploratiiviseen faktorianalyysiin Amos 6.0-rakenneyhtälöohjelmaa. Taustamuuttujat kuvattiin frekvenssi- ja prosenttilukuina (taulukot 4 ja 5). CAMI-mittarin summamuuttujat muodostettiin Nolanin ym. (1995) mukaan. Tässä tarkastelussa summamuuttujat A (ongelman ratkaisu), B (vaihtoehdoisen näkökulman luominen) ja C (stressitilanteissa selviytyminen) saatiin laskemalla yhteen kunkin muuttujan arvo sekä jakamalla saatu summa vastaavien muuttujien lukumäärällä. Saadut arvot koodattiin takaisin alkuperäiselle asteikolle siten, että alkuperäisen arvon 0–1,499 uusi arvo oli 1 (en käytä tätä keinoa), 1,5–2,499 oli 2 (melko hyödytön), 2,5–3,499 oli 3 (melko hyödyllinen)

ja 3,5–4 oli 4 (erittäin hyödyllinen). CAMI-mittarin validiteettia ja reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alpha-kertoimella, jonka hyväksyttävästä arvosta tutkijat eivät ole yksimielisiä (esim. Polit & Hungler 1999; Polit & Beck 2004). Summamuuttujien sisäisen johdonmukaisuuden arviointiin käytettiin Cronbachin alpha -reliabiliteettikerrointa ( $>.70$ ) (Polit & Beck 2004). Summamuuttujien kertoimet olivat  $\alpha^A=0,79$ ,  $\alpha^B=0,72$  and  $\alpha^C=0,66$ .

Tukimittarissa summamuuttujat muodostettiin käyttämällä eksploratiivista faktorianalyysia konkreettista tukea mittaavien muuttujien ryhmittelyssä. Faktorianalyysin avulla voidaan tarkastella tutkittavan ilmiön rakennetta. Se on tilastollinen monimuuttujamenetelmä, jossa useita keskenään korreloivia väittämiä ryhmitellään muuttujakokonaisuuksiksi eli faktoreiksi. Faktoreiden sisällä muuttujat korreloivat voimakkaasti keskenään (Laippala & Koivisto 1997; Metsämuuronen 2003; Polit & Beck 2004; Laijärvi & Kaunonen 2005). Ennen faktorianalyysia muuttujien välisiä yhteyksiä arvioitiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Muuttujat korreloivat vähintään yhden muuttujan kanssa ( $r > .30$ ), joten ne todennäköisesti mittaavat samaa asiaa (Laijärvi & Kaunonen 2005). Matemaattisen määrittelyn jälkeen tutkija tulkitsee saadut tulokset nimeämällä ne voimakkaammin latautuneiden muuttujien mukaan. Summamuuttujista muodostui yksi elämänlaatua (4 väittämää), yksi yhteistyökumppanuutta (7 väittämää) ja yksi hoitojakson hyötyä (2 väittämää) kuvaava faktori. Kommunaliteetti-arvoilla mitattiin muuttujien kuulumista faktoreihin. Omaishoitajien kokema elämänlaatua kuvaavien muuttujien kommunaliteetit vaihtelivat 0.17–0.73 välillä, omaishoitajien yhteistyökumppanuuden 0.36–0.66 sekä hoidettavan saaman hyödyn 0.35–0.68 välillä. Faktorilataukset rotatoitiin eli kierrettiin vinokulmaisena, jotta ne olisivat paremmin tulkittavissa (Metsämuuronen 2003; Polit & Beck 2004).

Tukimittarin summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alpha-kertoimella ( $>.70$ ) (Polit & Beck 2004). Saatujen arvojen vaihteluväli oli 0.66–0.86. Summamuuttujille ja niiden sisältämille osioille laskettiin myös keskiarvot ja keskihajonnat. Taustamuuttujien ja kummankin mittarin summamuuttujien välistä yhteyttä tutkittiin ristiintaulukoinnilla, Khiin neliötestillä, t-testillä ja Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokertoimella. Tutkimuksen merkitsevyysarvoksi asetettiin  $\leq .05$ .

### 4.3.3 Reaalimallin rakentaminen

Mallia voidaan pitää teorian kehittämisen vaiheena eli teorian esiasteena (Meleis 1997; Walker & Avant 2005). Tässä tutkimuksessa mallilla tarkoitetaan reaalimallia eli pelkistettyä kokonaisuutta lyhytaikaisen laitoshoidon toiminnasta osana vanhuksen kotihoitoa. Se muodostuu abstrakteista ja yleisistä käsitteistä, jotka määrittelevät sen olennaisimmat perusasiat sekä väittämistä, jotka määrittävät käsitteiden välisiä suhteita (Marriner-Tomey 1994). Koska

tutkimuksen tarkoituksena on hoitotyön käytännön kuvaaminen mallina eikä luodun mallin testaaminen, kyseessä ei ole teoria (Walker & Avant 2005).

Tässä tutkimuksessa luodun reaalitymallin käsitteet tuotettiin neljässä osatutkimuksessa, joista ensimmäisessä arvioidaan omaishoitajan elämäntilannetta lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä. Toisessa vaiheessa tarkastelun kohteena ovat hoitajakset osana kotihoitoa. Kolmannessa osatutkimuksessa analysoidaan hoitohenkilökunnan kokemusta yhteistyösuhteestaan omaishoitajan kanssa. Neljännessä vaiheessa selvitetään omaishoitajien kokemuksia saamastaan tuesta hoitajaksoilla sekä heidän käyttämiään selviytymiskeinoja huolenpitosuhteessa. Näiden vaiheiden tuloksena saatiin joukko toisiinsa liittyviä käsitteitä, mutta ei rakennetta, jonka avulla käsitteiden välisiä suhteita olisi voitu kuvata (Walker & Avant 2005).

Kirjallisuuden perusteella havaittiin, että vanhusta kotona hoitavan omaishoitajan näkökulmasta on kehitetty teoreettinen malli (Phillips & Rempusheski 1986). Tämä kotihoidon kontekstissa rakennettu malli on varsin analoginen lyhytaikaisen laitoshoidon kontekstissa, sillä paikan vaihtumisesta huolimatta omaishoitajan ja hoidettavan suhde on keskeinen tekijä. Tässä tutkimuksessa tuotettuja käsitteitä tarkastellaan Phillipsin ja Rempusheskin (1986) nelivaiheisen mallin rakenteellisessa viitekehityksessä. Vaiheessa I määritellään tilanne. Lyhytaikaishoidossa se tarkoittaa omaishoitajan käsitystä hoidettavasta hoitajaksojen käyttäjänä sekä omaishoitajan käsitystä heidän suhteestaan. Kognitiiviset prosessit (II) rakentuvat tämän tutkimuksen mukaan omaishoitajan hoitajakson aikaisista tunteista, jotka ovat yhteydessä omaishoitajan ja hoidettavan suhteen laatuun. Ilmaisulliset prosessit (III) tarkoittavat omaishoitajan käyttäytymisstrategioita. Phillips ja Rempusheski (1986) määrittelevät omaishoitajan selviytymisstrategiat laatuina, kun taas reaalitymallissa niitä tarkastellaan yksittäisinä menetelminä. Lisäksi lyhytaikaishoito oli yksi merkittävä selviytymiskeino. Vaiheen IV arviointiprosesseissa omaishoitajan tekemä tulkinta hoidettavan reaktioista tarkoittaa tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitajaksojen yhteyttä hoidettavan toimintakykyyn.

Phillipsin ja Rempusheskin (1986) huolenpidon dynamiikassa keskeisenä tekijänä on omaishoitaja hoivaajana-tukijana tai tarkkailijana-kontrolloijana. Lyhytaikaishoidon kontekstissa toimijana on myös hoitohenkilökunta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan näiden kahden toimijan suhdetta lähestytään yhteistyön estymisen ja edistymisen näkökulmista. (Liite 1.)

Malli johdettiin seuraavien vaiheiden kautta (Walker & Avant 2005):

1. Phillipsin ja Rempusheskin (1986) omaishoidon dynamiikasta tekemän mallin rakenteen, käsitteiden ja niistä johdettujen väittämien tunnistaminen. (Luku 2.5.)

2. Lyhytaikaisen laitoshoidon kontekstissa tehtyihin tutkimuksiin perehtyminen omaishoitajan huolenpitosuhteessa selviytymisen näkökulmasta.
3. Tämän tutkimuksen eri vaiheissa tuotettujen käsitteiden ja niiden välisten yhteyksien määrittelemine ja yhteenliittäminen. (Luku 5.)
4. Phillipsin ja Rempusheskin (1986) mallin ominaisuuksien vertaileminen tämän tutkimuksen tulosten kanssa. (Liite 1.)
5. Reaalimallin rakentaminen. Aikaisemman mallin (Phillips & Rempusheski 1986) viitekehysten tunnistaminen ja sen käsitteiden muuttaminen ja laajentaminen lyhytaikaisen laitoshoidon kontekstiin sopivaksi. (Luku 6.)



# 5 TULOKSET

## 5.1 Osallistujien taustatiedot

### *Omaishoitajien laadullinen aineisto*

Tutkimukseen haastatellut omaishoitajat olivat kaikki naisia (N=17). Miestään hoitavia puolisoita oli 13, ja he olivat iältään 58–82-vuotiaita. Äitiään hoitavat tyttäret (n = 4) olivat iältään 46–73-vuotiaita. Omaishoitajista kahdeksalla oli diagnostisoituja sairauksia, jotka vaikeuttivat huolenpitosuhteessa jaksamista. He tarvitsivat itsekin toisten apua. Omaishoitajat, yhtä lukuunottamatta, asuivat samassa taloudessa hoidettavan kanssa. Puoliso- ja tytärhoitajat olivat kantaneet yksin hoitovastuuta perheenjäsenestään keskimäärin viisi vuotta, ja perheet käyttivät lyhytaikaisjaksoja säännöllisesti yhden tai kahden viikon jaksoina. Puolisohoitajista muutama kävi joka päivä, neljä vähintään kerran viikossa ja seitsemän ei käynyt lainkaan katsomassa miestänsä hoitojakson aikana. Tytärhoitajista kaikki kävivät vähintään kerran viikossa tapaamassa äitiään hoitojakson aikana.

Hoidettavien henkilöiden keski-ikä oli 78,5 vuotta, ja heistä puolet oli monisairaita, pitkäaikaisen laitoshoidon riskirajoilla olevia ikäihmisiä. Omaishoitajien mukaan heillä oli hemiplegia (n = 2), Parkinsonin tauti (n = 1), keskivaikea dementia (n = 4) ja masennus (n = 1). Viisi heistä odotti pysyvää laitospaikkaa.

### *Omaishoitajien määrällinen aineisto*

Kyselylomakkeita lähetettiin 350 kappaletta, ja kahden viikon määräaikaan mennessä niistä palautui 123. Uusintakyselyssä lomakkeita palautui vielä 39, joten vastausprosentti oli 46,3. Lomakkeista 19 jouduttiin hylkäämään, sillä ne olivat joko täytetty puutteellisesti (alle 50 % kysymyksistä vastaamatta) tai palautuskuoressa oli täyttämätön lomake ja kirje, jossa omaishoitaja kertoi huolenpitosuhteessaan kokemastaan uupumuksesta ja ahdistuksesta. Lomakkeen saaneista hoidettavista tai perheenjäsenistä 15 soitti tutkijalle. Puheluiden sisällöt koskivat niin hoitamisen vaikeutta kuin kokemuksia hoitojakson käytänteistä. Lomakkeita jäi analysoitavaksi 143.

Omaishoitajista (n = 143) oli naisia 78 % ja miehiä 22 %. Vastaajista suurin osa oli puolisoita ja tyttäriä ja noin kolmannes poikia ja muita läheisiä. Vastaajien keski-ikä oli 62,7 vuotta (min. 24, max. 95). Omaishoitajista lähes yhtä moni oli alle 50-vuotias (n = 18) tai yli 80-vuotias (n = 16). Lähes puolet vastaajista kuului ikäryhmiin 60–69-vuotiaat ja 70–79-vuotiaat. Uupuneeksi itsensä koki joskus tai usein lähes 80 % vastaajista, mutta silti omaishoitajat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämäänsä. Vain reilu viidennes oli tyytymättömiä. Omaishoitajista lähes puolet koki oman kuntonsa hyväksi, kun taas 16 % koki sen huonoksi. Vastaajista neljäsosa ilmoitti hoitavansa läheistään 24 tuntia vuorokaudessa ja noin puolet alle neljä tuntia päivässä. Omaishoitaminen oli kestänyt 3–10 vuotta suurimmalla osalla vastaajista (71 %). (Taulukko 4.)

*Taulukko 4. Vastaajien demografiset ja huolenpitoon liittyvät taustatiedot*

Taustatekijät	n	%
sukupuoli		
nainen	110	78
mies	31	22
suhde hoidettavaan		
puoliso	45	31,7
tytär	51	35,9
poika	19	13,4
muu läheinen	27	19
ikä		
alle 50	18	12,6
50–59	41	28,7
60–69	47	32,9
70–79	21	14,7
80 ja yli	16	11,2
uupumuksen kokemus		
harvoin	29	20,6
joskus	58	41,1
usein	54	38,3
oma kunto		
huono	23	16,2
ei huono/ei hyvä	57	40,1
hyvä	62	43,7
tyytyväisyys elämään		
tyytyväinen	110	77,5
tyytymätön	32	22,5
huolenpidon tunnit päivässä		
0–4	47	46,5
5–10	18	17,8
11–23	11	10,9
24	25	24,8
huolenpitosuhteen kesto		
< 2 tai 2	31	23,5
3–5	54	40,9
6–10	40	30,3
>10	7	5,3

Hoidettavien sukupuolijakauma oli epätasainen, sillä suurin osa heistä oli naisia. Hoidettavien keski-ikä oli 82,3 vuotta (min. 59 ja max. 95), joten he olivat varsin iäkkäitä. Yli puolet hoidettavista asui kuitenkin yksin. Lähes kaikkien vastaajien mukaan hoidettavan terveydentila oli huono tai tyydyttävä ja lähes puolella oli dementia. Hoidettavista yli puolet käytti kotihoitopalvelua ja lähes puolella kävi kotisairaanhoidaja. Ateriapalvelun piirissä oli 66 % hoidettavista, mutta kauppapalvelua käyttivät melko harvat. Hoidettavista kolmannes kävi lisäksi päiväkeskuksessa. (Taulukko 5.)

*Taulukko 5. Hoidettavan tiedot*

Taustatekijät	n	%
sukupuoli		
nainen	87	61,3
mies	55	38,7
ikä		
<70	10	7
70-79	36	25,4
80-89	70	49,3
>90	26	18,3
asumisjärjestelyt		
asuu yksin	79	57,7
yhdessä läheisen kanssa	58	42,3
dementia		
kyllä	65	48,5
ei	69	51,5
terveydentila		
huono	84	60,4
tyydyttävä	50	36
hyvä	5	3,6
kotipalvelut		
kyllä	80	56,3
ei	62	43,7
kotisairaanhoidajan palvelut		
kyllä	69	48,6
ei	73	51,4
ateriapalvelu		
kyllä	48	33,8
ei	94	66,2
päiväkeskus		
kyllä	47	33,1
ei	95	66,9
kauppapalvelu		
kyllä	21	14,9
ei	120	85,1

Omaishoitajien mukaan hoidettavan kotona selviytymistä hankaloitti eniten huono liikuntakyky, muistamattomuus sekä yksinäisyys ja turvattomuus. (Taulukko 6.)

*Taulukko 6. Hoidettavan kotona selviytymistä eniten hankaloittava tekijä*

kategoria	%	204 lausumaa
huono liikuntakyky	22	
muistamattomuus	13	
yksinäisyys / turvattomuus	11	
riippuvuus muiden avusta	10	
hygieniaongelmat	9	
heikentynyt näkökyky	8	
masentuneisuus / apeus	6	
epäkäytännöllinen asunto	5	
huimaus / kaatuilu	3	

### *Hoitohenkilökunnan aineisto*

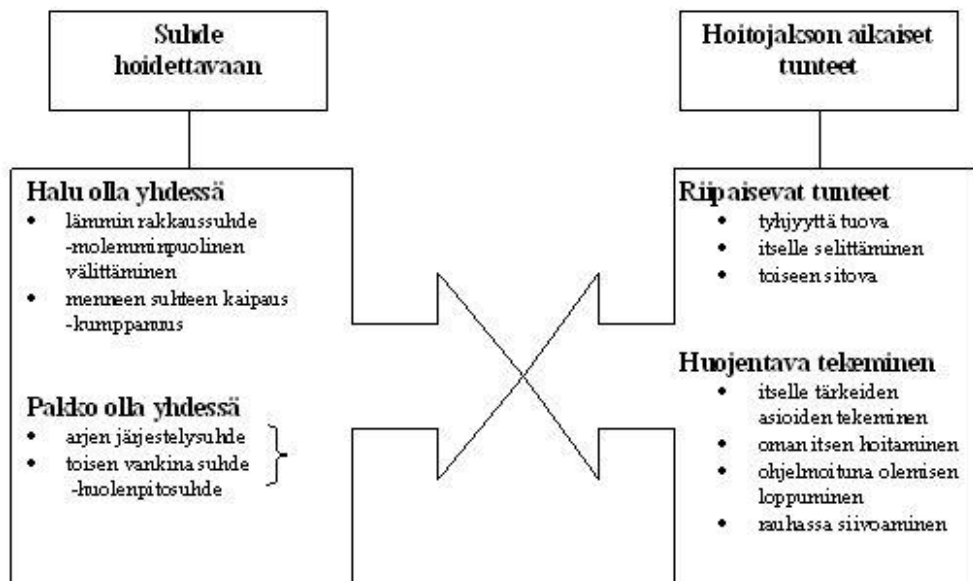
Haastatellut hoitajat (N=22) olivat työskennelleet valmistumisensa jälkeen pääsääntöisesti vanhusten parissa keskimäärin 11,5 vuotta (vaihteluväli 1–30 vuotta). Lähi- ja perushoitajat toimivat omahoitajina lyhytaikaisen laitoshoidon osastoilla. Haastatteluhetkellä osastoilla oli käytäntönä, että sairaanhoitajat (n=3) eivät enää toimineet varsinaisina omahoitajina, vaan he koordinoivat kaikkien hoidettavien asioita ja olivat lähi- ja perushoitajien tukena.

## 5.2 Omaishoitajien elämäntilanne lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä

Omaishoitajien kuvausten perusteella heidän elämäntilanteensa lyhytaikaisen laitoshoidon asiakkaina jäsenyi suhteesta hoidettavaan, hoitojakson aikaisista tunteista sekä kotijaksolla käytetyistä selviytymiskeinoista. (Osajulkaisut II ja IV.)

### *5.2.1 Omaishoitajan suhde hoidettavaan ja suhteen yhteys koettuihin tunteisiin hoitojakson aikana*

Omaishoitajan suhdetta hoidettavaan kuvasi yhtäältä halu olla yhdessä, toisaalta pakko olla yhdessä toisen kanssa. Puolisohoitajat, jotka halusivat olla yhdessä, eivät kokeneet hoitavansa miestään, vaan he olivat ennen kaikkea vaimoja. Omaishoitajat, jotka kokivat yhdessä olemisen pakkona, kuvasivat suhdettaan puolisoonsa tai äitiinsä etupäässä huolenpitosuhteena, jossa toisen auttaminen oli velvollisuus (Kuvio 3).



Kuvio 3. Omaishoitajan suhde hoidettavaan ja hoitojakson aikaiset tunteet

## Suhde hoidettavaan

### Halu olla yhdessä

Puolisohoitajat, jotka halusivat olla yhdessä hoidettavan kanssa, elivät lämpimässä rakkaussuhteessa, jossa toisen auttaminen oli molemminpuolista. Puolisohoitajat eivät tunnistanee hoitavansa aviomiestään, mutta he tarvitsivat silti omien sairauksiensa ja väsymyksensä takia taukoa ja lepoa toisen auttamisesta. Hoitojaksojen aikana molemmat kuitenkin ikävöivät toisiaan ja olivat päivittäin puhelinyhteydessä toisiinsa. Jakson aika oli puolisolle tyhjyyttä ja yksinäisyyttä tuovaa aikaa tyhjässä kodissa. Hoitojakson aikana vaimoilla oli mahdollisuus hoitaa omaa terveyttään ja hyvinvointiaan kaikessa rauhassa. Molempien toiveena oli yhteiselämän jatkuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Oman kunnon heikkenemisen myötä hoitojaksot olivat tervetulleita lepotaukoja molemmille osapuolille.

Dementiaa sairastavan miehen puolisohoitajista osa kaipasi mennyttä parisuhdettaan. He kuvasivat suhdettaan kumppanuutena, mikä ei ollut enää samanlaista kuin ennen toisen sairastumista. Kumppanit tekivät arjen askareita yhdessä vastuun ollessa vaimolla. Parisuhdetta yritettiin jatkaa kuten ennen käymällä esimerkiksi ravintolassa syömässä, kylpylässä ja kylässä. Sosiaaliset tilanteet eivät olleet helppoja kummallekaan, sillä ulkopuolisten tuijotusta ja ihmetteleviä katseita oli vaikea kestää. Päätös omaan kotiin jäämisestä kuitenkin kapeutti pariskuntien elämää. Mennyttä suhdettaan kaipaavat puolisohoitajat eivät hekään kokeneet varsinaisesti hoitavansa miestänsä, vaikka tämä ei tullut

enää yksin toimeen. Hoitajaksojen aika merkitsi heille usein yksinäisyyttä. Toisinaan he menivät sukulaisvierailuille, matkoille tai kuntoutukseen, vaikka se ei ollut mielekästä eikä mahdollista joka jakson aikana. He olivat harkinneet hoitajaksojen käytön lopettamista, mutta asiantuntijoiden ja muun perheen kannustus sai heidät miettimään myös omaa jaksamistaan tulevaisuudessa.

### *Pakko olla yhdessä*

Omaishoitajat kokivat toisaalta yhdessäolon myös pakkona, sillä muuta vaihtoehtoa ei heidän mukaansa ollut. Vaikka yhdessäolo koettiin pakkona, omaishoitajilla oli myös lämpimiä tunteita hoidettavaa kohtaan. Kokemus hoitamisen pakosta johtui yhtäältä siitä, että pitkäaikaisia laitospaikkoja ei ollut, toisaalta siitä, että omaishoitaja tunsii hoitamisen velvollisuutenaan. Velvollisuus hoitaa äitiä tai puolisoa johtui kiitollisuudesta tätä kohtaan. Hoitaminen koettiin velvollisuutena myös omaishoitajan kristillisen elämäkatsomuksen vuoksi, vaikka suhde hoidettavaan oli muuten etäinen. Puolisohoitajilla, jotka kokivat yhdessäolon pakkona, oli kaikilla pitkän parisuhteen tuomia kipeitä elämäkokemuksia, jotka olivat etäännyttäneet puoliset toisistaan.

Arjen järjestelysuhteessa elävät omaishoitajat järjestelivät päivän hyvin suunnitelluksi ohjelmaksi. Arki muistutti rytmiltään paljolti laitoksen tapaa, ja se antoi omaishoitajalle muutaman tunnin päivittäisen vapauden oman ajan käyttämiseen. Omaishoitajat olivat toisinaan kuin ohjelmoituja tekemään hoidettavan puolesta lähes kaiken. Järjestelemisestä oli tullut kuin toinen luonto. Hoitajakson aika ei siksi merkinnyt heille pelkästään helpotusta, vaan he saattoivat kokea yllättävää syyllisyyttä, mitä he eivät edes itse voineet käsittää. Jakson aika oli toiseen sitovaa, sillä omaishoitaja murehti hoidettavan selviytymistä jaksolla. Hän saattoi sekä käydä läheisensä luona että soittaa osastolle usein. Hoidettava valitti avun saamisen vaikeutta, mikä entisestään lisäsi niin omaishoitajan syyllisyyttä kuin kokemusta toiseen sidottuna olemisesta. Toisaalta jakson aikana omaishoitaja koki huojennusta, sillä hänen oli mahdollista tehdä kaikessa rauhassa itselleen tärkeitä asioita, esimerkiksi käsitöitä, ja hoitaa omaa itseään menemällä esimerkiksi jalkahoitoon. Ohjelmituna olemisen kokemus oli kuitenkin niin totaalinen, että omaa vapautta ei tahtonut heti muistaa, kun jakso alkoi. Omaishoitajat siivosivat kodin perusteellisesti ja pesivät pyykit, minkä jälkeen heidän oma lepäämisensä alkoi.

Kokemus toisen vankina olosta edellytti uhrautumista hoidettavan puolesta. Hoidettavan huono kunto vaati jatkuvaa läsnäoloa ja valppautta, koska toista ei voinut jättää yhtään yksin. Hoitajaksojen turvin sinniteltiin päivästä toiseen ja odotettiin pitkäaikaispaikan vapautumista. Yllättävän harvat olivat keskustelleet kotihoidon jatkumisesta hoidettavan kanssa saatikka suunnitelleet yhdessä tulevaisuuttaan. Hoitajakson aika merkitsi omaishoitajalle pelkästään helpottavia tunteita, sillä se tarkoitti mahdollisuutta elää omaa elämää.

## *Huolenpitosuhde*

Omaishoitajat, jotka kokivat yhdessä olemisen pakkona, kuvasivat suhdettaan hoidettavaan ennen kaikkea huolenpitosuhteena. Hoidettavan tai molempien heikko terveys sekä keskinäiset huonot välit olivat kapeuttaneet suhteen huolenpitosuhteeksi. Sitä kuvattiin kodin raskaana ilmapiirinä, yksityishoitajana olemisena ja julkisen sektorin resurssipulana. Omaishoitajat kokivat olevansa yksin vastuussa hoidettavasta äidistä tai puolisoista. Jatkuva asioiden toistaminen ja jatkuva kysymyksiin vastaaminen, käsiksi käymisen ja henkisen väkivallan kohteeksi joutuminen tekivät kodin ilmapiiristä raskaan. Hoidettavan kiittämättömyys, häijyys ja synkkämielisyys saivat omaishoitajan tuntemaan itsensä voimattomaksi. Hän joutui olemaan usein myös tyytymättömyyden kohteena, koska ei ollut muita, kenelle kiukutella.

Yksityishoitajana oleminen tarkoitti perheen tuen puutetta, sillä muu perhe ei tiennyt arjen sujumisesta eikä omaishoitajan ja hoidettavan suhteen todellisesta luonteesta. Hoitovastuu jäi yksinomaan tyttarelle tai puolisolle. Se vaati jatkuvaa lähellä oloa, oman ajan vähyyttä ja oman persoonan kätkemistä. Konkreettinen hoitaminen tarkoitti etenkin toisen hygienian hoitamista ja eritteiden siivoamista, mikä oli erityisen vaikeaa silloin, kun hoidettava kieltäytyi yhteistyöstä eikä tunnistanut ongelmiaan hygienianhoidossa. Kodin epäsiisteys ja ummehtunut ilma sai aikaan erimielisyyttä ja johti riitoihin. Arjen askareet jäivät pelkästään omaishoitajan tehtäviksi kaiken muun ohella. Toisinaan kotijakso vierähti jatkuvina päivystyskäynteinä ja siirtymisinä sairaalasta toiseen. Omaishoitaja saattoi jopa pelätä hoidettavan joutumista päivystykseen, koska hän jännitti omaa selviytymistään yllättävissä tilanteissa. Oma vanheneminen ja sen mukanaan tuomat sairaudet vaikeuttivat tilannetta.

Julkisen sektorin resurssipula ilmeni vaikeutuneena avunsaantina, hoitopaikkapulana ja ammattiauttajien ymmärtämättömyytenä. Omaishoitajan oma sairastuminen hoidettavan ollessa kotijaksolla oli hankala tilanne, sillä sosiaali- ja terveydenhuollosta ei saanut apua resurssien vähyyden vuoksi. Omista etuisuuksista ei tiedetty tarpeeksi. Suurta ihmetystä ja mielipahaa aiheutti erityisesti joutuminen pois vanhainkotijonosta, mikä oli monelle tuskaa tuova kokemus. Omaishoitajat kokivat, että ammattiauttajat eivät aina ymmärtäneet heidän kokemaansa hoitotaakkaa. Toisinaan yhteistyöneuvotteluissa ilmeni näkemuseroja niin palveluiden tarpeen kuin apuvälineiden saamisen suhteen.

### *5.2.2 Hoidettavan selviytyminen kotona hoitajakson jälkeen*

Omaishoitajien kokemusta hoidettavan tavasta olla kotona hoitajaksojen jälkeen kuvasivat seuraavat luokat: tilapäisesti taantuja, vakaana pysyjä ja aktiivinen hyötyjä. (Osajulkaisu I.)

### *Tilapäisesti taantuja*

Omaishoitajalla saattoi olla aluksi jopa raskaampaa hoidettavan kanssa kotona kuin ennen hoitojaksoa. Mukavuudenhaluisen hoidettavan toimintakyky oli monista sairauksista johtuen alhainen ja hoitojakson aikana hänen omatoimisuutensa heikkeni merkittävästi. Omaishoitajan piti palauttaa hoidettavan usko omaan toimintakykyynsä ja vaadittava häntä toimimaan itse. Mukavuudenhaluisena hoidettava oli aloitekyvytön ja pyysi eri toiminnoissa palveluita omaishoitajalta. Kesti jonkin aikaa ennen kuin omaishoitaja sai palautettua hoidettavan uskon omaan suoriutumiseensa.

Dementiaa sairastaville ympäristön vaihdos oli vaikea. Hoitojakson jälkeen hoidettava ei aina tunnistanut kotiaan, mikä ilmeni levottomuutena ja taitamattomuutena. Omaishoitajan mukaan hoidettava oli toimintakyvyltään aluksi taantunut ja muistamaton. Muutaman päivän kuluttua tilanne yleensä palautui ennalleen.

Toisinaan kotiutuja oli omaishoitajan mukaan henkisesti epätasapainossa ja alakuloinen. Hoitojakson aikana hänen oli täytynyt olla itse aktiivinen ja mahdollisimman toimintakykyinen. Omaa henkilökohtaista avustajaa ei ollut laitoksessa, toisin kuin kotona. Hoidettava tunsi itsensä ulkopuoliseksi omassa kodissaan aivan kuin hän olisi luopunut tilapäisesti omasta elämästään.

Hoidettava saattoi olla toisinaan raskas hoidettava muutaman päivän ajan heti jakson jälkeen, mikäli hän rasittui hoitojaksolla. Koska kotona ei voinut tilanpuutteen takia tehdä pitkiä kävelymatkoja, laitoksen pitkien käytävien käveleminen useita kertoja päivässä oli vienyt voimat ja aiheutti kotiutujalle fyysisen väsymyksen. Nukkuminen ja liikkumisen väheneminen kotona palautti toimintakyvyn ennalleen muutamassa päivässä.

### *Vakaana pysyjä*

Omaishoitajat kuvasivat hoidettavan kuntoa vakaaksi hoitojakson jälkeen. Hoidettava oli kotiin tullessaan oma itsensä ja hänen toimintakykynsä oli samanlainen kuin ennen. Ympäristön vaihtuminen kodin ja laitoksen välillä ei ollut vaikuttanut toimintakykyyn eikä muistiin mitenkään erityisesti. Hoidettavan laitostuminen kävi kuitenkin nopeasti ja se oli omaishoitajien yhteisenä huolenaiheena.

### *Aktiivinen hyötyjä*

Hoitojakson jälkeen hoidettava saattoi olla elämänhaluinen tullessaan kotiin. Hoitojakson aika oli virkistävää kuntoutumisen aikaa, mikä tuntui esimerkiksi kohentuneena lihasvoimana jaloissa. Jalat pitivät paremmin siirryttäessä pois



pyörätuolista. Tällöin hoitaminen ei ollut niin raskasta omaishoitajalle. Hoidettavat saattoivat lähteä yksin bussilla kaupungille, mikä entisestään lisäsi uskoa omaan selviytymiseen. Kotijakson aikana kohentunut toimintakyky heikkeni melko nopeasti, sillä kuntoutusharjoituksia oli huomattavasti vaikeampaa toteuttaa yksin kotona. Hoitojaksoa saatettiin siitä syystä jo odottaa.

### *Omaishoitajien kuvaus saamastaan tuesta hoitojakson jälkeen*

Edellisten tulosten perusteella haluttiin kuvata vielä määrällisesti omaishoitajan käsitystä hoidettavan toimintakyvystä ja mielialasta hoitojakson päätyttyä. (Liite 5, kysymys 16 ja 17.) Omaishoitajista (n=142) puolet arvioi, että hoidettavan toimintakyky pysyi ennallaan, alle 10 % piti sitä huonompana ja 40 % parempana kuin ennen hoitojaksoa. Hoidettavan mieliala koheni omaishoitajien mukaan (54 %) hoitojaksolla. Vastaajista 38 % arvioi sen pysyneen ennallaan tai huonontuneen vähän (8 %). (Osajulkaisu IV.)

### *5.2.3 Omaishoitajien käyttämät selviytymiskeinot*

Selviytymiskeinoina omaishoitajat käyttivät eniten ongelmanratkaisumenetelmiä, sillä 71 % käytti niitä ja koki ne hyödyllisinä. Käytetyin yksittäinen keino oli asioiden pistäminen tärkeysjärjestykseen ja keskittyminen olennaiseen (89 %) (taulukko 7). Lähes kahdeksan omaishoitajaa kymmenestä luotti omaan kokemukseensa ja asiantuntijuuteensa, muutti kotiympäristönsä toimivammaksi ja puhui omista ongelmistaan luottamalleen henkilölle. Ongelman miettiminen ja sen ratkaiseminen sekä hoidettavan pitäminen niin aktiivisena kuin mahdollista oli usein (yli 70 %) käytettyjä menetelmiä. Omaishoitajista alle puolet turvautui perheeltä saatavaan käytännölliseen apuun ja piti sitä hyödyllisenä, kun taas joka viides koki sen melko hyödyttömänä keinona. Vastaajista kolmannes ei edes käyttänyt perheeltä saatavaa apua. Ammattiauttajien ja muiden palveluntuottajien tarjoamaa apua käytti ja piti hyödyllisenä lähes seitsemän omaishoitajaa kymmenestä. (Liite 2.)

Vaihtoehtoisten strategioiden käyttö oli toiseksi yleisin tapa selviytyä huolenpitosuhteessa, sillä vähän yli puolet omaishoitajista käytti niitä kokien ne hyödyllisinä (taulukko 7). Vastaajien mielestä oli hyödyllistä ottaa päivä kerrallaan (85 %) ja koettaa nähdä tilanteissa positiivisia puolia (84 %). Omaishoitajat uskoivat itseensä (79 %) ja kykyynsä eivätkä syytelleet toisia tilanteesta (78 %). Vastaajat kokivat aikaisempien hyvien aikojen muistelemisen hyödyllisenä sekä näkivät asioissa huvittavia puolia. Ajatus siitä, että joillakin on asiat vielä huonommin kuin itsellä, oli lohdullista. Omaishoitajista lähes seitsemän kymmenestä ei käyttänyt menetelmiä, joissa ehdotetaan ongelman kieltämistä, toivotaan sen katoamista tai turvautumista henkilökohtaiseen vakaumukseen. (Liite 3.)

Omaishoitajista ainoastaan viidennes piti stressinhallintakeinoja hyödyllisinä, vaikka kahdeksan kymmenestä käytti niitä. Käytetyin yksittäinen keino oli koettaa päästä asioista irti esimerkiksi lukemalla ja TV:tä katsomalla (80 %). Vapaa-ajan varaaminen itselle sekä käveleminen, uiminen tai muu liikunta olivat hyviä stressinpurkukeinoja (yli 70 %). Omaishoitajat eivät juuri osallistuneet läheistään kotona hoitavien ryhmiin (10 %) eivätkä käyttäneet rentoutusmenetelmiä (66 %) selviytymiskeinoina (taulukko 7). Paineiden purkaminen esimerkiksi huutamalla oli vähän käytetty keino, ja ne jotka käyttivät sitä, kokivat sen melko hyödyttömänä (19 %). Puolet vastaajista kertoi itkevänsä kunnolla, mutta 16 % heistä koki sen kuitenkin melko hyödyttömänä. (Liite 4.)

Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin summamuuttujiin ongelman ratkaisu, vaihtoehtoisten näkökulmien luominen ja stressitilanteissa selviytyminen. Tulosten mukaan hoidettavan sukupuolella, iällä, terveydentilalla, dementiaalla ja asumisjärjestelyillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä summamuuttujien kanssa. Tyytyväiseksi itsensä kokeneet omaishoitajat sen sijaan käyttivät enemmän ongelmanratkaisukeinoja kuin muut. Hoidettavan päivittäinen avuntarve tai hoitosuhteen kesto eivät vaikuttaneet tilastollisesti merkitsevästi käytettyyn selviytymisstrategiaan. (Osajulkaisu IV.)

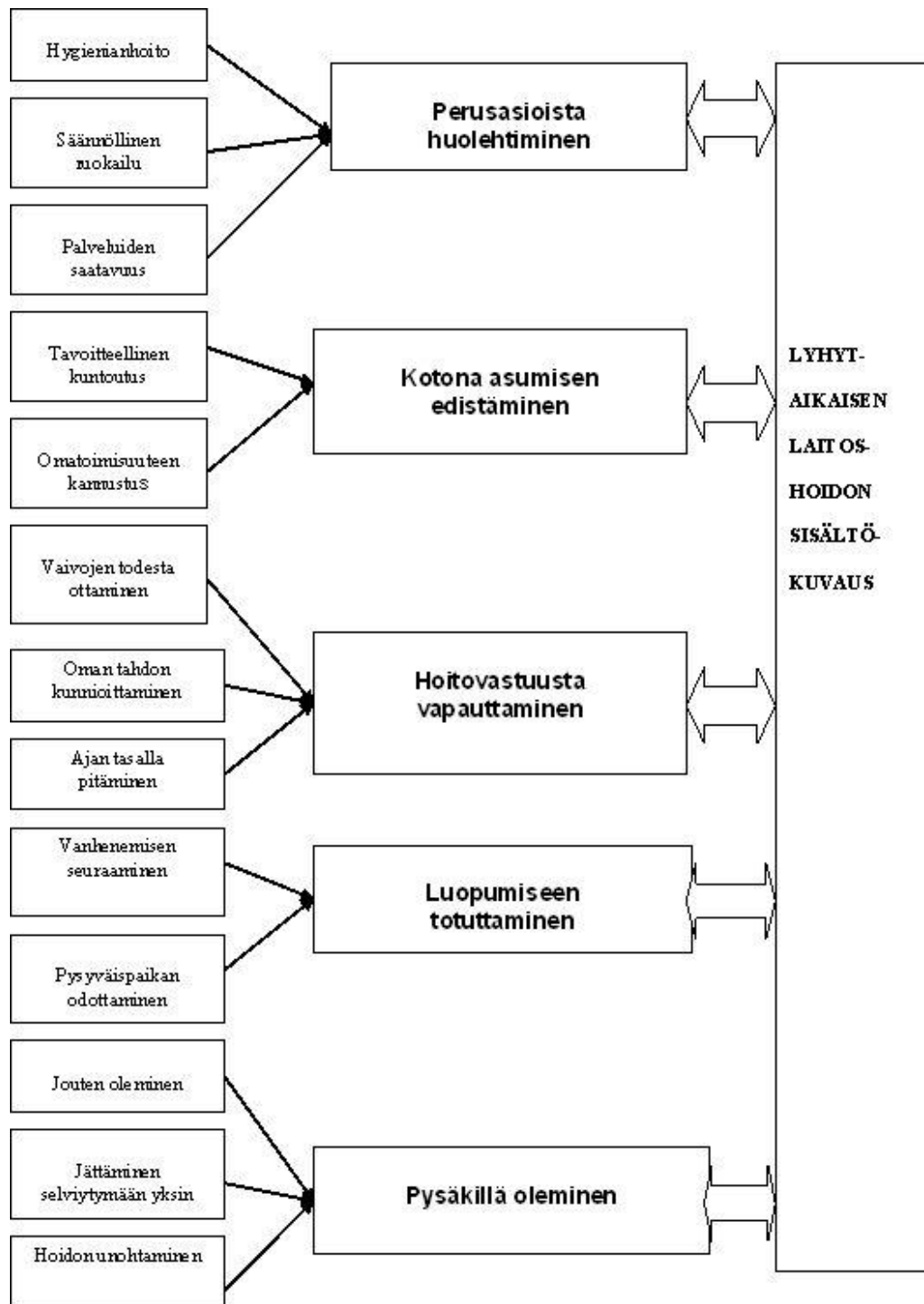
*Taulukko 7. Omaishoitajien kaksi eniten ja vähiten käyttämää selviytymiskeinoa*

Selviytymiskeino	Eniten käytetyt	Vähiten käytetyt
<b>Ongelmanratkaisu</b>	*asioiden pistäminen tärkeysjärjestykseen ja keskittyminen oleelliseen (89 %)  *omaan selviytymiseen luottaminen oman kokemuksen ja saavutetun asiantuntemuksen avulla (77 %)	*käytännöllisen avun saaminen perheeltä (32 %)  *lujana oleminen ja odotusten ilmaiseminen hoidettavaa kohtaan (25 %)
<b>Vaihtoehtoinen näkökulma</b>	*päivän kerrallaan ottaminen (85 %)  *asioiden huvittavan puolen näkeminen (84 %)	* tuen saaminen voimakkaasta henkilökohtaisesta /uskonnollisesta vakaumuksesta (66 %)  * ongelman huomiotta jättäminen ja toivomus sen katoamisesta (66 %)
<b>Stressinpurku</b>	*asioista irti pääseminen esimerkiksi lukeminen, TV:n katsominen (80 %)  *vapaa-ajan varaaminen itselle (79 %)	*kotona läheistään hoitavien ryhmässä käyminen (89 %)  *paineiden purkaminen huutamalla, karjumalla (72 %)

## 5.3 Lyhytaikainen laitoshoido omaishoitajien mukaan

### *5.3.1 Lyhytaikaisen laitoshoidon sisältö*

Omaishoitajien kuvauksista lyhytaikaisen laitoshoidon sisällöstä muodostui viisi pääluokkaa: perusasioista huolehtiminen, kotona asumisen edistäminen, hoitovastuusta vapauttaminen, luopumiseen totuttaminen ja pysäkillä oleminen (kuvio 4). (Osajulkaisu I.)



Kuvio 4. Omaishoitajien näkemys lyhytaikaisen laitoshoidon sisällöstä

#### *Perusasioista huolehtiminen*

Omaishoitajat olivat hyvin tyytyväisiä siihen, miten hoitajaksolla huolehdittiin vanhuksen perusasioista, kuten hygienian hoidosta, ravitsemuksesta ja erilaisten

palveluiden saatavuudesta. Näistä normaaliin elämään kuuluvista, usein itsestään selvistä toiminnoista oli tullut monelle monimutkaisia operaatioita, jotka hankaloittivat omaishoitajan ja hoidettavan elämää. Hoitajakson aikana oli mahdollisuus saada kampaajan, parturin ja jalkahoitajan palveluita, kunhan ne oli kotoa käsin tilattu.

#### *Kotona asumisen edistäminen*

Hoitajakset edistivät vanhuksen kotona asumista, sillä hoitoon sisältyi tavoitteellinen kuntoutus ja omatoimisuuteen kannustaminen. Toisinaan kuntoutuksella tarkoitettiin fysioterapiaa, ja sen puuttumista jaksolta kritisoitiin. Hoitajien kuntouttavaa työtä ei aina mielletty toimintakykyä ylläpitävänä toimintana, ellei hoitaja ollut selvittänyt hoidettavan omatoimisuuteen kannustamisen ja puolesta tekemisen välttämisen taustaa.

#### *Hoitovastuusta vapauttaminen*

Lyhytaikaisjaksot vapauttivat omaishoitajan hoitovastuusta silloin, kun hän pystyi luottamaan hoitoon. Hoitajaksolla vanhuksen vaivat otettiin todesta, ja hänellä oli mahdollisuus päästä aina tarvittaessa lääkäriin, mielellään yhdessä omaishoitajan kanssa. Hoidettavan tahtoa kunnioitettiin kysymällä hänen toiveitaan ruokavalinnoissa sekä osallistumisessa viriketoimintaan. Omaishoitaja pidettiin ajan tasalla monenlaisissa hoidossa olijan asioissa niin hoitajan yhteydenpitona kuin hoidettavan soittaessa kotiin.

#### *Luopumiseen totuttaminen*

Hoitajakset totuttivat perhettä luopumiseen oman perheenjäsenen ja muiden hoidossaolijoiden elämää seuraamalla. Vanhenemisen seuraaminen oli monelle ahdistava kokemus. Toisaalta hoitajakset auttoivat perhettä sopeutumaan ajatukseen tulevasta elämänmuutoksesta eli perheenjäsenen pysyvään laitoshoitoon siirtymisestä. Aika ja myönteiset kokemukset hoitajaksoista hälvensivät perheen pelkoja ja ennakkoluuloja vanhainkotihoitoa kohtaan.

#### *Pysäkillä oleminen*

Hoitajaksoja kuvattiin myös kielteisillä ilmaisuilla, kuten vanhuksen jouten olemisena, jättämisenä selviytymään yksin sekä unohtuneena hoitona. Hoidon

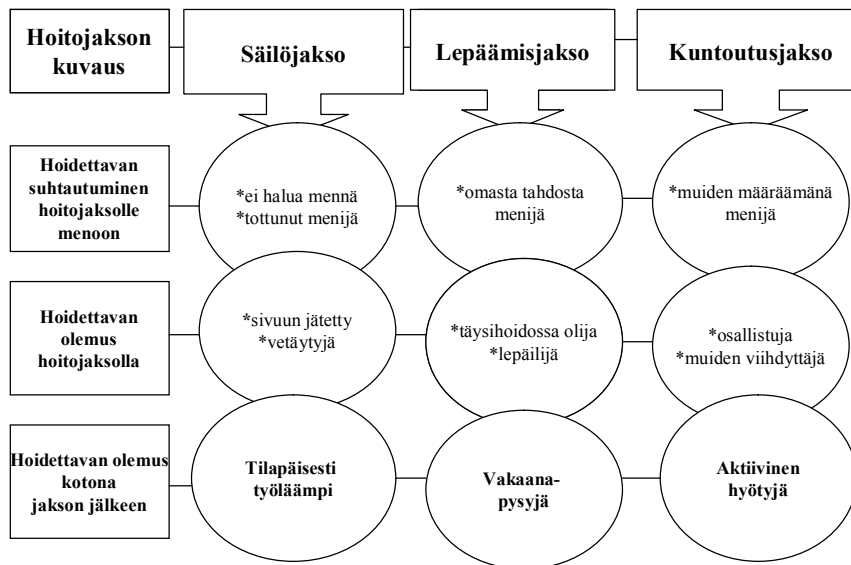
tavoitteista ei keskusteltu yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa, joten omaishoitaja ei tiennyt niistä. Hoidettava oli kuin pysäkillä, odottamassa kotiinlähtöä. Hoitoa kuvattiin esimerkiksi unohtuneena haavan hoitona ja hampaiden pesuna, joita omaishoitajat sitten hoitivat joko jakson aikana tai jälkeensä kotona. Hoitajaksojen toivottiin edistävän vanhuksen kotona asumista sekä sisältävän ajassa kiinni pitävää toimintaa. Osajulkaisussa I on tarkemmin kuvattu lyhytaikaishoidon sisältö.

### *5.3.2 Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen huolenpitoa*

Kuviossa viisi esitetään yhteenvedona omaishoitajan kuvaus hoitajaksoista, hoidettavan suhtautumisesta hoitajaksoille menoon sekä hoidettavan olemuksesta osastolla ja kotona.

Omaishoitajat kuvasivat hoitajaksoja säilöjaksoina, lepäämisjaksoina ja kuntoutusjaksoina. Hoidon ollessa säilövää hoidettava jättäytyi tai jäi helposti sivuun osaston toiminnoista, minkä vuoksi hän saattoi kokea itsensä yksinäiseksi ja joutilaaksi. Aloitekyvyttömyyteen toivottiin hoitajilta huomiota sekä kannustamista sen poistamiseen. Lepäämisjaksolla hoidettava oli itse päättänyt jaksonsa tavoitteen, lepäämisen, johon omaishoitaja ja hoitaja olivat suostuneet. Oloa kuvattiin hotellin täysihoidossa olemisena. Kuntoutusjaksolla olivat osallistuneet osaston toimintaan yhdessä muiden kanssa. Osa heistä auttoi muita hoidettavia tekemällä pikku palveluksia heille sekä esiintymällä erilaisissa viriketapahtumissa. (Kuvio 5.)

Omaishoitajien kuvausten perusteella hoidettava suhtautui kolmella tavalla hoitajaksoille menemiseen. Muiden määräämänä menijät eivät halunneet mennä hoitajaksoille ja suhtautuivat siihen ristiriitaisin tuntein. Synä mielialoihin olivat oman henkilökohtaisen hoitajan puuttuminen jaksolla, yksinäisyyden kokemukset ja kotoa poissa oleminen. Toisaalta hyvien kavereiden tulo samalle jaksolle ja kuntoutuksen saaminen auttoivat sopeutumisessa. Tottuneet menijät suhtautuivat varsin neutraalisti hoitajaksoihin, sillä niistä oli vuosien käytön aikana tullut osa normaalia elämänrytmiä ilman mielipahaa. Omasta tahdostaan hoitajaksoille menijät lähtivät mielellään, sillä osa heistä ajatteli vaimonsa jaksamista, osa omaa kuntoutumistaan ja toisilla meneminen näytti kuuluvan dementoivan sairauden kuvaan.



Kuvio 5. Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen huolenpitoa

### 5.3.3 Omaishoitajien kokemus saamastaan tuesta lyhytaikaishoidossa

Omaishoitajista (N=143) puolisoahoitajat olivat kaikkein tyytyväisimpiä elämäntilanteeseensa (95 %), joskin yksin asuvat omaishoitajat olivat tyytyväisempiä elämäänsä kuin yhdessäasuvat. Elämänlaatu koettiin parempana, kun hoidettava oli iältään nuorempi ja tarvitsi päivittäistä apua vähemmän. Omaishoitajista 38 % tunsi itsensä uupuneeksi usein, 41 % joskus ja 20 % harvoin. Oman kuntonsa he arvioivat hyväksi (44 %) tai huonoksi (16 %). Hoitojakson aikana omaishoitajista suurin osa virkistyi paljon tai jonkin verran, ja ainoastaan noin yksi kymmenestä virkistyi itse vain vähän. Omaishoitajista lähes kaikki kävivät katsomassa läheistään hoitojaksolla, jopa joka päivä kävijöitä oli yhdeksän (6 %). (Osajulkaisu IV.)

Lyhytaikaisen laitoshoidon merkityksiä perheen elämässä voidaan kuvata omaishoitajien kokemusten perusteella siten, että hoitojakso auttaa arkielämän sujumisessa ja tukee elämän muutosvaiheessa. Toisaalta palvelu voi estää perhettä saamasta täyttä hyötyä hoitojaksosta. (Taulukko 8.)

*Taulukko 8. Lyhytaikaisen laitoshoidon merkitys vanhuserheen elämässä*

---

Lyhytaikaisen laitoshoidon sisältö ja merkitys omaishoitajan elämälle	
<ul style="list-style-type: none"><li>• perusasioista huolehtiminen</li><li>• kotona asumisen edistäminen</li></ul>	} auttaa arkielämän sujumisessa
<ul style="list-style-type: none"><li>• hoitovastuusta vapauttaminen</li><li>• luopumiseen totuttaminen</li></ul>	} tukee elämän muutosvaiheessa
<ul style="list-style-type: none"><li>• pysäkillä oleminen</li></ul>	estää täyden hyödyn saamista

---

## 5.4 Omaishoitajien ja hoitajien yhteistyösuhde

### *5.4.1 Omaishoitajan kuvaus suhteestaan hoitajaan*

Haastatelluista omaishoitajista kaikki olivat tekemisissä hoitohenkilökunnan kanssa. Suhde hoitajiin ilmeni yhteistyökumppanuutena ja jäämisenä etäiseksi toisilleen.

#### *Yhteistyökumppanit*

Omaishoitajan mukaan yhteistyökumppanuuden ehtona oli, että hoitaja oli halukas yhteistyöhön, persoonana sopiva vanhustyöhön sekä taitava ammatissaan. Perheen vastaanottaminen hoitajaksolle loi pohjan tälle suhteelle. He, jotka tunsivat itsensä odotetuiksi asiakkaiksi, kokivat vastaanoton lämpimäksi ja suunnitelluksi. Heillä oli mahdollisuus kertoa niin omat kuin hoitoon tulevan kuulumiset, toiveet ja tavoitteet jaksolle. Yhteistyösuhde oli kahden asiantuntijan tasavertainen kohtaaminen, jonka tarkoituksena oli koti- ja laitosjaksojen nivoutuminen eheäksi kokonaisuudeksi.

#### *Etäiset toisilleen*

Suhteen jäädessä etäiseksi hoitajaksosta muodostui erilliset vaiheet perheen elämässä. Jos vastaanottotilanne osastolla oli sellainen, että perhe tuli ikään kuin yllättäen, se esti kohtaamisen. Luottamusta ei päässyt rakentumaan omaishoitajan ja hoitajan välille, sillä keskusteluyhteys tuntui puuttuvan. Omaishoitajan mukaan hoitajan kiireisyys ja huono käytös muodostuivat yhteistyön esteiksi. Koska keskusteluyhteys puuttui, omaishoitaja ei tiennyt



hoitajakson kulusta ja oli kriittinen hoitoa kohtaan. Hoitajakson aikaisista ongelmista ei myöskään keskusteltu, ja ne paljastuivat usein vasta kotona.

Hoitajaksojen aikaista yhteistyökumppanuutta mittaavissa kysymyksissä (osajulkaisu IV) ilmeni, että omaishoitajista naiset olivat tyytymättömämpiä yhteistyöhönsä hoitajien kanssa kuin miehet. Suurin osa (87 %) tunsivat itsensä ja hoidettavan tervetulleiksi hoitopaikkaan jakson alkaessa. Omaishoitajien mukaan hoitajat tiesivät heidän kotitilanteestaan joko hyvin (37 %), ei hyvin / ei huonosti (29 %) tai huonosti (34 %). Vaikka vastaajista suurin osa (70 %) koki hoitajien kuuntelevan heitä hoidettavan tilanteesta hyvin, silti vain 38 % mietti hoitajakson tavoitteita yhdessä hoitajan kanssa. Hoitopaikan hoitajat jäivät noin puolelle omaishoitajista melko tuntemattomiksi. Vain noin yhdelle kymmenestä tuli yksi hoitaja erityisen tutuksi, vaikka työmuotona oli yksilövastuinen hoitotyö. Hoitajakson päättyessä noin neljännes koki saaneensa hoidettavan jatkohoidosta hyvin tietoa, kun taas lähes puolet sai sitä huonosti. Omaishoitajien omaa jaksamista ja selviytymistä hoitajat joko kysyivät (12 %) tai eivät kyselleet (58 %).

#### *5.4.2 Hoitajan kuvaus suhteestaan omaishoitajaan*

Lyhytaikaisen laitoshoidon hoitotyöntekijöiden kuvauksista yhteistyöstä omaishoitajien kanssa muodostui neljä pääkategoriaa: tietoinen sivuuttaminen, yritys ymmärtää perheen elämäntilannetta, yksityisyyden raottaminen sekä ystävänä oleminen. (Kuvio 6.) (Osajulkaisu III.)

##### *Tietoinen sivuuttaminen*

Omaishoitajan tietoinen sivuuttaminen tarkoitti pikaista suoriutumista kohtaamisesta. Hoitajien mukaan se oli myös perheenjäsenen tapa toimia, sillä molemmilla osapuolilla oli kiire. Jaksolle saattoi tulla samaan aikaan yhdeksän asiakasta edellisten lähtiessä kotiin. Pikaista suoriutumista kohtaamisessa kuvasivat käsitteet väsyminen tilanteeseen, tarpeettomana pitäminen ja rutiinisuurittaminen. Kaikki käsitteet kuvasivat haastateltavien näkemystä tietynlaisesta välinpitämättömyydestä, sillä hoito sujui ilman sen kummempaa yhteistyötä, oltiinhan jo tuttuja. Etenkin vakituisesti jaksoja käyttävien asiakkaiden kohdalla osa hoitajista piti yhteistyötä perheenjäsenten kanssa tarpeettomana, sillä he tunsivat asiakkaan hyvin entuudestaan. Yhteistyöstä saattoi olla jopa haittaa, sillä hoitoon tulija osasi kertoa itse omat asiansa. Omaishoitajan todettiin jopa häiritsevän hoitajan ja asiakkaan suhdetta liiallisella puhumisella ja ylihuolehtimisella. Yhteistyösuhdetta kuvattiin rutiinisuurittamisena, jolloin keskusteltiin lähinnä tasolla ”oliko mitään erikoista”.

Hoitaja ja perheenjäsen säästivät itseään myös vetäytymällä toisistaan, ja tällöin he jäivät vieraiksi toisilleen. Osaston luonne lyhytaikaisena hoitopaikkana

mahdollisti sen, että he eivät tutustuneet toisiinsa. Hoitajat eivät tunnistanee osastolla vierailevia omaisia läheskään aina, eivätkä menneet esittäytymään heille. Perheenjäsenien ajateltiin olevan luonteeltaan sulkeutuneita ja haluttomia lähempään kontaktiin. Vetäytyjien persoonaa haluttiin kunnioittaa jättämällä heidät huomiotta. Osa haastateltavista kammoksui potilaan kotiasioiden kysymistä pitämällä sitä itselleen kuulumattomien asioiden uteluna. Yhtenä vetäytymisen syynä oli rohkeuden puute mennä perheenjäsenen luokse. Haastateltavista osa ei halunnut ottaa omahoitajana vastuuta potilaan kokonaishoidosta, joten hoitosuhdetta perheen kanssa ei muodostunut.

Pakoileminen oli yksi keino säästää itseään yhteistyösuhteessa. Hoitajien mukaan perheenjäseniltä puuttui rohkeus tulla keskustelemaan heidän kanssaan. Perheenjäsen saattoi livahtaa potilaan huoneeseen kenenkään huomaamatta, joten hänen ei tiedetty edes käyneen osastolla. Osaston sokkeloisuus antoi hyvän mahdollisuuden tulla ja mennä kenenkään huomaamatta. Haastateltavista osa tunnisti itsessään haluttomuuden mennä omaishoitajan luokse. Etenkin vaativan tyttären tai vaimon pakoileminen johtui halusta välttää mielipahaa. Näiden perheenjäsenien tyytymättömyys purkautui jatkuvina valituksina asiasta kuin asiasta. Hoitajat joutuivat olemaan toistuvasti altavastajina ja turtuivat tilanteeseen. He joutuivat selittämään sekä itselleen että perheenjäsenelle jatkuvasti, että he tekivät parhaansa. Vaativan perheenjäsenen tuloa jännitettiin eikä mielellään oltu paikalla silloin, kun hän tuli. Haasteellisimmat omaishoitajat tiedettiin jo etukäteen, mikä oli yksi omahoitajan valintakriteeri hoitojakson alkaessa. (Kuvio 6.)

#### *Yritys ymmärtää perheen elämäntilannetta*

Hoitajat yrittivät ymmärtää perheen elämäntilannetta menemällä perheenjäsenen luokse, antamalla tälle aikaansa ja tukeaan. Omaishoitajan ei välttämättä tarvinnut sanoa mitään, sillä hoitaja teki päätelmiä huolenpitosuhteen haasteellisuudesta niin omaishoitajan olemuksen kuin hoidettavan persoonan perusteella. Kuulostelemiseen vaadittiin aktiivisuutta, omaishoitajaa oli otettava ”hihasta kiinni”. Haastateltavien mukaan yhdessä sopimalla selvitettiin kotihoidon jatkumista hoitojaksolla. Kotihoitoa käytiin läpi myös omaishoitajan laatimien kirjallisten ohjeiden avulla. Yhdessä sovittiin, miten ohjeita voidaan noudattaa laitoksen päivärytmissä ja miten toiveita otettiin vastaan. Omaishoitajan antamalle palautteelle oli oiva tilaisuus. Omaishoitajilta kysyttiin neuvoa harvinaisempien apuvälineiden käytössä. Sen sijaan hoitajat eivät tunnistanee opastavansa omaishoitajia. Perheenjäseniä oli toisinaan rauhoitettava hoitojakson aikana, sillä he eivät aina erottaneet osastoa omasta kodistaan. Haastateltavien mukaan perheenjäsenen väsymys ilmeni juuri yliaktiivisena puuttumisena niin hoitamisen sisältöihin kuin osaston päiväjärjestykseen. (Kuvio 6.)

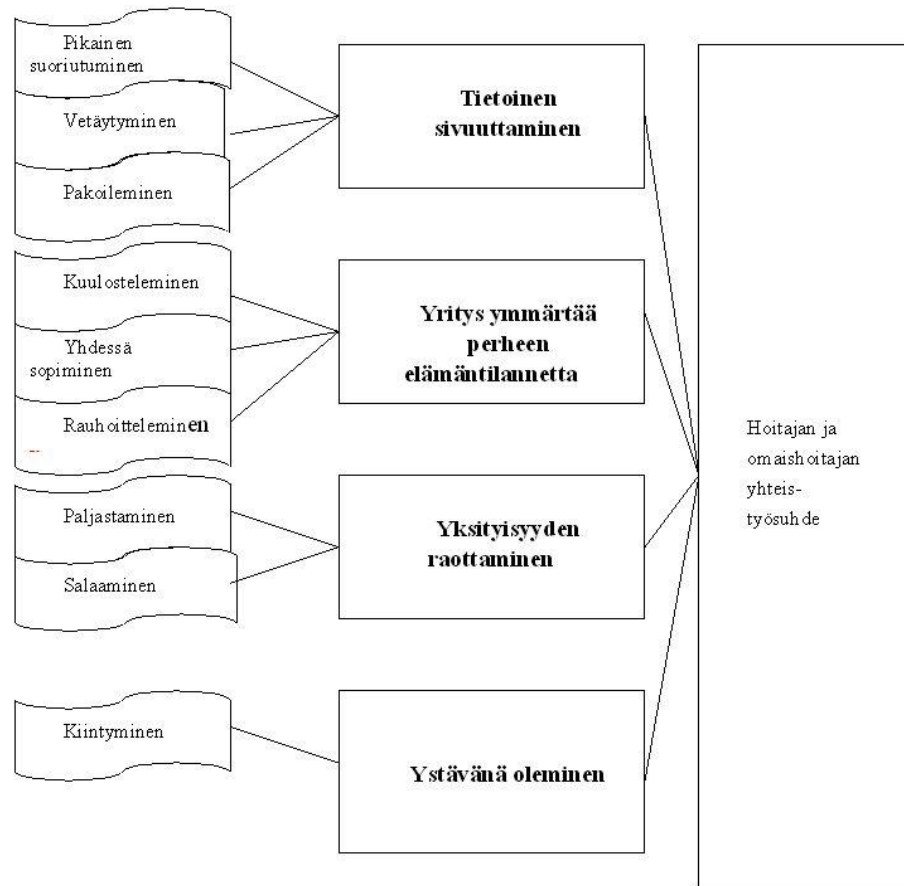
### *Yksityisyyden raottaminen*

Hoitajien näkemyksen mukaan perheen yksityisyyttä raotettiin sekä paljastamalla että salaamalla arkoja asioita perheen elämästä. Osa omaishoitajista pystyi kertomaan hoitajille samoista asioista, joista toiset vaikenivat. Havaituista väärinkäytöksistä, kuten viitteistä vanhan ihmisen huonosta kotikohtelusta, ei juuri kysytty, vaan asia siirrettiin sosiaalityöntekijän selvitettäväksi. Haastateltavista osa koki valmiuksiensa puuttua väärinkäytöksiin riittämättömiksi, osan mukaan perheen kotiasiat eivät kuuluneet heille. Hoitajista suurin osa koki, että he eivät sittenkään tienneet perheen kotitilanteesta tarpeeksi. Paras tapa ymmärtää perheen kokonaistilannetta oli tehdä kotikäynti joko palauttamalla hoidettavalle tämän jaksolle unohtama tavara, tarkistamalla kotona pärjääminen hoidettavan kotiutuessa tai kyläilemällä kotijakson aikana.

Haastateltavien kuvauksien perusteella myös he salasivat perheenjäseniltä hoitojakson aikaisia tapahtumia. Hoitajat jättivät kertomatta asioita, joista omaishoitaja ei pitänyt. Hoidettavan toiveita kunnioitettiin ensisijaisesti mahdollistamalla esimerkiksi hänen tupakointinsa tai kahvin juontinsa. Omaan ammattitaitoonsa vedoten hoitajat arvioivat tilannetta toisin kuin rajoituksia antanut puoliso tai tytär. Kielletyn asian ilmituleminen nakersi uskottavuutta ja vaikeutti luottamuksen syntymistä hoitajan ja omaishoitajan välillä. Tosinaan hoidettava halusi itse salata hoitojakson aikaiset asiansa läheiseltään ja vaati omahoitajaa olemaan kertomatta mitään hänen asioistaan perheenjäsenille. Hoidettavan toivetta kunnioitettiin. (Kuvio 6.)

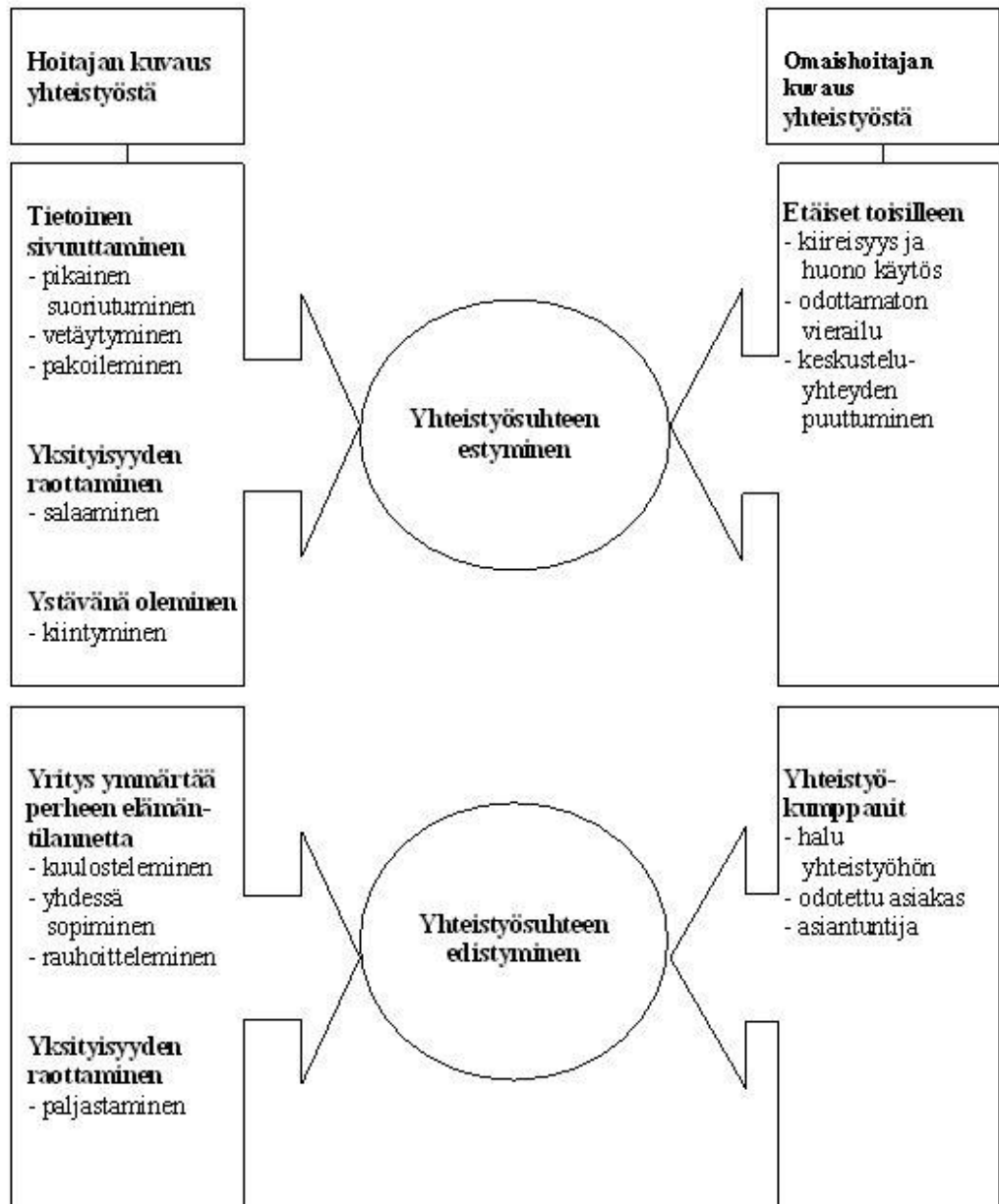
### *Ystävänä oleminen*

Hoitajien näkemyksen mukaan yhteistyö saattoi kehkeytyä myös ystävyudeksi joko koko perheen, sen jäsenen tai hoidettavan vanhuksen kanssa. Ystävyys rakentui ajan kuluessa ja se edellytti ainakin aluksi omahoitajana olemista hoitojaksojen aikana. Hoitajat osallistuivat perhejuhliin, kävivät kylässä ja pitivät yhteyttä kotijaksojen aikana. He jakoivat myös perheen surun vanhuksen kuoltua. Ystävän kotona selviytymistä murehdittiin ja mietittiin, tavataanko tätä enää hoitojaksoilla. Haastateltavat pelkäsivät oman ammatillisuutensa vaarantuvan ystäväystymisen myötä etenkin silloin, kun perheessä alettiin miettiä pysyvään laitoshoitoon siirtymistä. Ystäväksi tullut hoitaja ei enää halunnut toimia omahoitajana juuri tästä syystä. (Kuvio 6.)



*Kuvio 6. Hoitajan näkemys yhteistyösuhteestaan omaishoitajaan*

Kuviossa 7 sivulla 61 on koottuna sekä hoitajan että omaishoitajan näkökulmasta muodostetut yhteistyösuhdetta kuvaavat käsitteet (ks. kuvio 6 ja luku 5.4.1. s. 56). Näiden käsitteiden sisältökuvauksien perusteella ne muodostuivat sekä yhteistyösuhdetta estäviksi että edistäviksi tekijöiksi.



Kuvio7. Hoitajan ja omaishoitajan yhteistyösuhteen estyminen ja edistyminen

# 6 LYHYTAIKAISEN LAITOSHOIDON REAALIMALLI VANHUKSEN KOTIHOIDON OSANA

Kuviossa 8 (s. 67) esitetään tutkimuksen tuloksiin perustuen lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Tutkimuksen käsitteet ja niiden väliset suhteet kuvataan Phillipsin ja Rempusheskin (1986) omaishoidon mallin rakenteellisen kehikon avulla. Kehitetty malli on tarkoitettu hoitajien työvälineeksi. Mallin avulla he voivat jäsentää omaishoitajan huolenpitosuhteessa kohtaamia vaateita ja auttaa häntä tiedostamaan omia lähtökohtiaan omaishoitajana. Mallin avulla hoitaja voi jäsentää ja kehittää omaa työtään vanhusperheiden hoitotyössä.

## *Tilanteen määrittäminen*

### *Käsitys hoidettavasta*

Omaishoitaja arvioi lyhytaikaista laitoshoidoa osana kotihoitoa sen perusteella, millainen hoidettava on olemukseltaan hoito- ja kotijaksolla. Hoitajat eivät tiedä tarpeeksi hyvin hoidettavan kotitilannetta, jonka perusteella hoitojakson tavoitteet asetetaan. Hoitojakson tavoitteet tukevat hoidettavan selviytymistä kotona siten, että toimintakyky pysyy vähintään ennallaan, mieluiten jopa kohenee. Hoidettavan avuntarpeen arvioiminen oikein on siksi ensiarvoisen tärkeää, jotta hoitojakson ajasta muodostuu kuntoutusjakso tai vähintään lepäämisjakso. Epäonnistuminen hoidon lähtökohtien arvioinnissa ja tavoitteiden asettamisessa tuottaa tilapäisesti työläämmän kotiutujan. Tällöin omaishoitaja arvioi hoidon säilöväneä.

Perheen luona kotona käyvien hoitajien on mahdollista arvioida hoidettavan toimintakykyä paremmin kuin muiden.

## *Käsitys huolenpitosuhteesta*

Omaishoitajan ja hoidettavan keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, millaisena omaishoitaja kokee huolenpitosuhteen luonteen. Lämmin rakkaus ja menneen suhteen kaipuu puolisoitten välillä ilmenee haluna jatkaa yhteiseloa. Vaikka puoliset eivät miellä itseään omaishoitajiksi, he tarvitsevat kuitenkin hoitojakson tuoman mahdollisuuden omaan lepäämiseensä. Hoitajien on kannustettava etenkin itsensä hyväkuntoisiksi kokevia puolisoita jatkamaan jaksojen käyttöä, vaikka kotitilanne ei tunnu sitä vaativan. Lyhytaikaisen laitoshoidon mahdollisuudet auttaa omaishoitajaa ja hoidettavaa selviytymään kotona mahdollisimman pitkään ovat tällöin paremmat kuin kriisitilanteissa. Puolison oma halu tai tottumus mennä jaksolle tukevat omaishoitajaa jatkamaan hoitojaksojen käyttöä.

Arjen järjestelysuhteessa elävillä sekä toisen vangiksi itsensä kokevilla omaishoitajilla on monenlaisia tunteita, myös lämpimiä, hoidettavaa kohtaan. Huolenpito koetaan pakkona olla yhdessä, joko velvollisuudesta tai vaihtoehdon puutteesta. Omaishoitajat kokevat huolenpidon ennen kaikkea kuormittavana tekijänä elämässään. He eivät pohdi hoitojaksojen käytön lopettamista, vaikka hoidettava ei haluaisikaan mennä jaksolle. Kodin raskas ilmapiiri on yksi uupumusta aiheuttava tekijä, jota jaksakseen omaishoitajat tarvitsevat tukea ja taukoa. Yksityishoitajana oleminen näyttyy yksin jäämisenä hoidettavan kanssa, vailla riittävää oman perheen ja yhteiskunnan tukea. Omaishoitajan jaksamisesta keskusteleminen ei ole hoitajille itsestään selvä keino auttaa huolenpidon kokemuksen purkamista.

## *Kognitiiviset prosessit*

### *Hoitojakson aikaiset tunteet*

Hoitojaksojen käyttäminen aiheuttaa omaishoitajassa tunteita, joita hän ei aina pysty ymmärtämään. Se, miten omaishoitaja käyttää hoitojakson hänelle antaman ajan, on yhteydessä niin parisuhteen ja huolenpitosuhteen laatuun kuin omaishoitajan omaan terveydentilaan. Myös hoidettavan kokemus jaksojen käyttäjänä on yksi merkittävä omaishoitajan tunteisiin vaikuttava tekijä. Omaishoitajan on helpompi levätä silloin, kun hoidettava menee mielellään hoitojaksolle. Hoitojaksolle menosta ja molempien lepäämisestä on sovittu yhdessä. Parisuhteen ollessa tiivis puolisoita kokee yksinäisyyttä tyhjässä kodissa. Toisaalta hänelle mahdollistuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen.

Jos omaishoitajan ja hoidettavan suhde on kapeutunut lähinnä huolenpitosuhteeksi, omaishoitaja saattaa aluksi kokea käsittämätöntä syyllisyyttä hoitajaksojen käytöstä. Etenkin silloin jos hoidettava ei mene mielellään hoitajaksole, syyllisyyden tunne on yksi tekijä, miksi omaishoitaja tekee hoidettavan puolesta kotona lähes kaiken. Hoidettavan on siksi vaikea sopeutua toisenlaiseen hoitokulttuuriin, jossa edellytetään itsenäistä suoriutumista omien voimavarojen puitteissa. Murehtiminen toisen puolesta pitää omaishoitajan henkisesti sidottuna jaksolla olijaan, joka saattaa soittaa päivittäin kotiin ja valittaa hoidon puutetta. Omaishoitaja joutuu selittämään ennen kaikkea itselleen lyhytaikaispalvelun käyttöä. Hoidon oikeutukseen tarvitaan ammattilaisen tuki, jotta palvelun käyttö jatkuu.

Huolenpitosuhteen ollessa hyvin sitova omaishoitajien ensisijaisena tunteena on helpotus, mikä purkautuu huojentavana tekemisenä. He tarvitsevat ennen kaikkea hoitajan tukea valmentautumisessa yhdessä hoidettavan kanssa tulevaan elämänmuutokseen, pysyvään laitoshoitoon siirtymiseen. Omaishoitajan ja hoidettavan on vaikea keskustella aiheesta keskenään ja suunnitella yhdessä tulevaisuuttaan. Pysyvään laitoshoitoon siirtyminen on suuri elämänmuutos kummallekin osapuolelle ja koko perheelle.

## *Ilmaisulliset prosessit*

### *Omaishoitajan selviytymisstrategiat*

Lyhytaikainen laitoshoido on yksi merkittävä omaishoitajan käyttämä selviytymiskeino. Se auttaa etenkin omaishoitajaa arkielämän sujumisessa, sillä hoitajaksoilla huolehditaan hyvin hoidettavan perusasioista ja edistetään kotona asumista. Hoitajakset tukevat vanhusperheitä elämän muutosvaiheessa vapauttamalla omaishoitajat hoitovastuusta jakson ajaksi sekä totuttavat molempia osapuolia ajan kuluessa luopumaan entisestä. Toisaalta hoitajakset estävät perhettä saamasta täyttä hyötyä lyhytaikaisen laitoshoidon palvelusta.

Hoitajat päättelevät sekä omaishoitajan fyysisen olemuksen että hoidettavan persoonallisten piirteiden perusteella, miten omaishoitaja selviytyy hoidettavan kanssa kotona. Omaishoitajat käyttävät paljon luovia ongelmanratkaisutapoja luottamalla itseensä ja omaan selviytymiseensä. He ovat sangen usein realisteja, jotka eivät syyttele hoidettavaa tilanteesta. Omaishoitajat käyttävät myös huumoria etsiessään asioiden huvittavia puolia. Hoitajat tunnistavat omaishoitajien asiantuntijuuden ja realistisuuden. He voisivat tukea omaishoitajaa jakamaan hoitovastuuta sekä oman perheen että ammattiauttajien kesken paremmin. Omaishoitajat ovat ilmeisen arkoja kertomaan hoidettavalle omista odotuksistaan tätä kohtaan. Hoidettavan itseluottamus omaan



selviytymiseen saattaa kohentua hoitajaksolla, kun taas kotijakson aikana se voi jopa heikentyä ja päinvastoin. On tärkeää, että hoitaja rohkaisee omaishoitajaa ja hoidettavaa sopimaan kummankin osuudesta huolenpitosuhteessa kotihoidon jatkumisen turvaamiseksi.

### *Arviointiprosessit*

Hoitojakson jälkeen kotona omaishoitaja arvioi hoidettavan olemuksen perusteella hoitojakson onnistumista. Hoidettava on aktiivinen hyötyjä, vakaana pysyjä tai tilapäisesti työläämpi kotiutuja. Omaishoitaja arvioi hoidettavasta tekemiensä havaintojen perusteella, onko hoidettava ollut kuntoutus-, lepäämis- vai peräti säilöjaksolla. Jakson ollessa osana kotihoitoa hoidettavaa on helpompi hoitaa, koska hänen fyysinen ja henkinen vointinsa on kohentunut. Päinvastaisessa tilanteessa omaishoitajalla on kotijakson aluksi enemmän työtä saada hoidettava asettumaan taas kotiin.

### *Omaishoitajan ja hoitajan yhteistyösuhteen edistyminen ja estyminen*

Hoitohenkilökunnan toiminnan tärkeänä tavoitteena on omaishoitajan tukeminen. Omaishoitajan ja hoidettavan elämänlaatuun vaikuttaa merkittävänä tekijänä se, onko omaishoitaja joko hoidettavan hoivaaja ja tukija vai tarkkailija ja kontrolloija. Hoitajan ja omaishoitajan yhteistyösuhte mahdollistaa omaishoitamisen lähtökohtien tarkastelun.

Omaishoitajan ja hoitajan yhteistyösuhteen edistymisen edellytyksenä on, että molemmat pitävät sitä tärkeänä. He ymmärtävät yhteistyön välttämättömäksi tavaksi toimia, jotta koti- ja laitosjaksot nivoutuvat toisiinsa yhtenäiseksi kokonaisuudeksi perheen elämässä. Yhteistyösuhteessa hoidon piirissä on myös omaishoitaja, jolle tarjoutuu mahdollisuus toimimiseen ammattilaisen rinnalla. Yhteistyösuhteen edellytykset luodaan parhaiten hoitojaksolle tulovaiheessa. Hoitajan antama aika paljastaa, miten tärkeänä hän pitää omaishoitajan kohtaamista. Tulovaiheessa sovitaan yhteisesti kotihoidon jatkumisesta hoitojaksolla sekä puhutaan avoimesti perheen elämäntilanteeseen liittyvistä asioista. Hoitajalta edellytetään taidollisuutta lähestyä omaishoitajaa etenkin silloin, kun hän ei tule kertoneeksi omia mietteitään. Hoitajan ammattitaidosta riippuu, miten hän havainnoi omaishoitajan olemusta, hoidettavan toimintakykyä ja persoonaa sekä millaisia päätelmiä hän niistä tekee. Hoitajan sensitiivisyys ja tapa kysyä aroistakin asioista antaa omaishoitajalle mahdollisuuden avautua. Toisen luottamuksen saaminen ja yhteistyösuhteen syveneminen vie tavallisesti aikaa, joten perheellä tulisi olla omaishoitaja, joka ei vaihdu. Omaishoitajaa ei tarvitse silloin arvuutella kotona, sillä se on etukäteen myös hoidettavan tiedossa.

Omahoitajalla on keskeinen merkitys siinä, miten perhe tulee kuulluksi ja autetuksi.

Yhteistyösuhteen muodostuminen omaishoitajan ja hoitajan välille ei edellytä omaishoitajan käyntejä hoitajaksoilla. Suhteen ollessa luottamuksellinen ja avoin hoitaja voi jopa ehdottaa, että omaishoitaja ei käy osastolla. Toisaalta yhdessä voidaan sopia myös siitä, miten omaishoitaja haluaa olla mukana hoidettavan asioissa jakson aikana. Yhteistyökumppanit tunnistavat toistensa asiantuntijuuden ja kunnioittavat sitä.

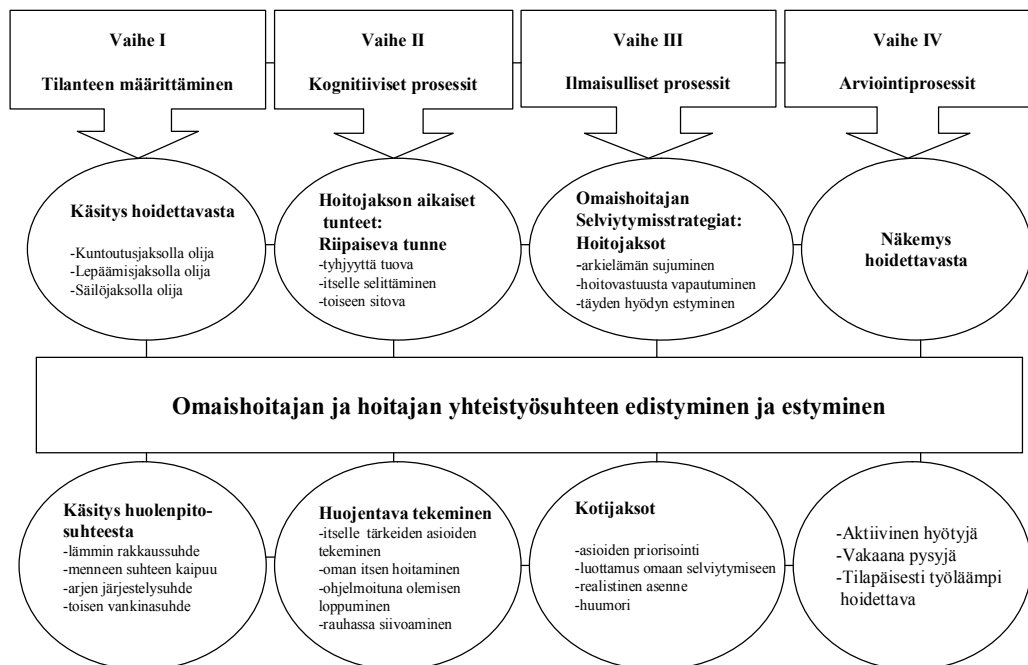
Yhteistyösuhteen estymisen taustalla on ajatus, että perheen kotiasiat eivät kuulu lyhytaikaisen laitoshoidon hoitohenkilökunnalle, eivät edes hoidettavan asiat. Perheestä otetaan hoitoon vain hoidettava, jonka hoitaminen sujuu ammattilaisilta tehtävien mukaisesti. Kotijaksot ja laitosjaksot seuraavat toisiaan irrallisina vaiheina perheen elämässä. Hoitajaksoista muodostuu omaishoitajan lomajakso. Molemmat osapuolet, omaishoitaja ja hoitaja, tekevät toistensa käyttäytymisen ja persoonallisten ominaisuuksien perusteella päätelmiä, joissa toinen on hän, joka ei halua yhteistyötä. Jos hoitaja arvostaa omaa työtään, hän selvittää omaishoitajan tyytymättömyyden taustalla vaikuttavia tekijöitä, eikä mene pakoon tai vetäydy tilanteesta.

Tulovaiheessa jaksolle luodaan perusta yhteistyösuhteelle. Omaishoitajan ja hoidettavan pitäisi tuntea itsensä tervetulleiksi ja odotetuiksi henkilöiksi. Omaishoitaja on heitä vastassa eikä tavattavissa esimerkiksi seuraavana päivänä. Suunnitellussa tapaamisessa sovitaan niin perheen toiveista ja tavoitteista hoitajaksoille kuin yhteistyömuodoista. Jos tässä epäonnistutaan, omaishoitaja ei voi luottaa hoitoon. Hänen on käytävä jatkuvasti tarkastamassa hoidon laatua ja hänestä saattaa tulla kriitikko, jota hoitajat eivät mielellään tapaa. Luottamukseen perustuvaa yhteistyösuhdetta ei voi syntyä silloin, kun hoitajat salaavat asioita omaishoitajalta, toimimalla vastoin hänen toiveitaan. Vaikka hoidettavan hyvän olon edistäminen on tavoitteena toivottava, sitä ei pidä tehdä paremman ammattitaidon nimissä.

Perheen sisäisten jännitteiden keskiöön joutuminen, johon vääjäämättä törmää hoitotyössä, on hoitajille vaativa tilanne. Hoidettava voi estää omaishoitajan ja hoitajan välisen yhteistyön ohjeistamalla asioistaan puhumisen. Toisaalta perheenjäsenet voivat yrittää saada, joko yhtenä tai kahtena rintamana, hoitajia puolelleen ristiriitatilanteissa. Hoidettavan kotona pärjäämättömyys ja laitoshoidon siirtymisen välttämättömyys, jopa vastoin hoidettavan omaa tahtoa, ovat vaikeita, usein jopa uuvuttavia tilanteita hoitajille. Näissä tilanteissa hoitajia ei pitäisi jättää selviytymään yksin eikä perheitä ilman apua. Tarvitaan moniammatillinen työryhmä ottamaan kantaa asiaan. Toisaalta hoitajat eivät saisi jättää havaitsemiensa väärinkäytösten selvittelyä pelkästään toisen ammattiryhmän vastuulle, koska silloin perhe jää asiassa vaille hoitajan tukea.

Hoitajan ystävystyminen perheen tai hoidettavan kanssa muodostaa esteen yhteistyösuhteelle, sillä hoitajat pelkäävät ammatillisuutensa vaarantuvan. Omaishoitajan ja hoidettavan saattaa olla vaikeaa ymmärtää, miksi heidän luottohoitajansa ei ole enää omahoitaja. Juuri omahoitajuuden kautta ystäväksi tuleminen on mahdollistunut, sillä se vaatii aikaa ja toisen persoonan ja elämäntilanteen tuntemista. On paradoksaalista, että hoitaja, joka on saavuttanut omaishoitajan ja/tai hoidettavan luottamuksen sekä tuntee perheen elämäntilanteen parhaiten, ei voi käyttää sen tuomaa hyötyä perheen hyväksi.

Seuraavassa kuviossa esitetään tutkimuksen tuloksena syntynyt lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana.



Kuvio 8. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana

# 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

## 7.1 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

### *Laadullisten analyysien luotettavuus*

Tutkimuksen laadullista osiota arvioidaan laadullisen tutkimuksen seuraavilla yleisillä luotettavuuskriteereillä: uskottavuus, siirrettävyys, seuraamuksellisuus ja todeksi vahvistettavuus (Lincoln & Guba 1985; Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2004).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista lukijoille (Lincoln & Guba 1985). Tutkimushenkilöiden, niin omaishoitajien kuin hoitajien, luottamuksen saamisen yhtenä edellytyksenä oli, että tutkija sitoutui pitkäksi ajaksi omaishoitajien elämäntilanteeseen lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä (Lincoln & Guba 1985; Polit & Beck 2004). Uskottavuutta vahvisti myös tutkijan pitkä kokemus vanhustyöstä. Haastateltavien käyttämä kieli ja huolenpidon toimintaympäristöt, koti ja vanhainkoti, olivat ennestään tuttuja, joskin eri kaupungissa. Tämä auttoi välttämään mahdollisia virhetulkintoja aineistoja analysoitaessa. Lincoln ja Guba (1985) korostavat jatkuvan havainnoinnin merkitystä uskottavuutta lisäävänä tekijänä. Tutkijalla oli mahdollisuus havainnoida sekä omaishoitajia että hoitajia heidän omimmassa ympäristössään, jossa huolenpito toteutui. Koska tutkija kävi kaikkien paitsi yhden omaishoitajan kotona, hänellä oli mahdollisuus havainnoida niin kodissa tehtyjä järjestelyjä huolenpidon helpottamiseksi kuin toisinaan omaishoitajan tapaa kohdata hoidettava. Kevään kestävien osastokäyntien yhteydessä tutkijalla oli tilaisuus ennen haastattelujen alkamista havainnoida hoitajia vanhainkodin arjessa. Aineistojen analysointivaiheessa näitä päiväkirjamerkintöjä käytettiin kategorioiden nimeämisessä (Kylmä & Juvakka 2007).

Uskottavuutta vahvistettiin käyttämällä aineistotriangulaatiota tutkimusotteen vahvistamiseksi ja monipuolisen kuvan saamiseksi (Lincoln & Guba 1985; Dentzin 1989; Polit & Beck 2004; Kylmä & Juvakka 2007). Uskottavuus liittyy myös haastateltavien valintaan (Burns & Grove 2003). Valintamenetelmänä käytettiin teoreettista otantaa. Omaishoitajilla oli pitkä kokemus sekä omaishoitajuudesta että lyhytaikaisesta laitoshoidosta osana vanhuksen

kotihoitoa. Hoitajien aineistossa se tarkoitti pelkästään lyhytaikaisosastolla työskentelevien haastateltavien valintaa, vaikka hoitajaksoja toteutettiin myös vanhainkodin pitkäaikaisosastoilla. Koska lyhytaikaisen laitoshoidon sisällöstä haluttiin saada mahdollisimman syvälinen ymmärrys, päädyttiin aineisto keräämään sieltä, missä hoitajaksojen lyhytaikaisuus oli ainut toimintamuoto. Valinta perustuu Eloniemen ym. (1998) tutkimukseen, jossa todettiin korkealaatuisen erikoisyksikön vaikuttavan hoidon laatuun merkitsevästi.

Luotettavuuden tarkastelussa tulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan niiden siirrettävyyttä muihin vastaaviin yhteyksiin, joissa tutkimus on toteutettu (Lincoln & Guba 1985). Tutkimuksen osajulkaisuissa samoin kuin yhteenveto-osassa kuvataan osallistujien tiedot ja etenkin omaishoitajien elämäntilanteet siten, että lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toisiin samankaltaisiin tilanteisiin (esim. Polit & Beck 2004; Kylmä & Juvakka 2007). Lukija päättää viimekädessä, ovatko tulokset siirrettävissä toiseen kontekstiin (Graneheim & Lundman 2004). Tulosten siirrettävyyttä voi osittain heikentää se, että hoitajien aineisto kerättiin pelkästään lyhytaikaiseen laitoshoittoon erikoistuneilta osastoilta, vaikka jaksoja tarjotaan erimuotoisina palveluina esimerkiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla. Yleistettävyyden sijaan tutkimuksen laadullisessa osiossa pyrittiin kuvaamaan ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä (Hsieh & Shannon 2005).

Seuraamuksellisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa ovat läsnä sekä inhimillinen vaihtelu että ilmiöön ja asetelmaan liittyvä muutos (Lincoln & Guba 1985). Inhimillistä vaihtelua pyrittiin vähentämään siten, että haastattelutilanteista tehtiin mahdollisimman samankaltaisia. Omaishoitajat haastateltiin, yhtä lukuunottamatta, heidän kodeissaan ja hoitajat työaikana vanhainkodin kokoushuoneessa. Omaishoitajat saivat itse päättää haastatteluajankohdan. Toiset heistä halusivat, että tutkija tapaa myös hoidettavan, joka ei kuitenkaan ollut läsnä haastattelun aikana. Hoidettavan kotona olo saattoi vaikeuttaa sekä omaishoitajan että haastattelijan keskittymistä, sillä haastattelu jouduttiin keskeyttämään muutaman kerran hetkiseksi. Myös tutkijan pitkä kokemus vanhustyöstä ja sen mukanaan tuoma ennakkosenne ohjasi niin haastattelun kulkua kuin aineiston analyysia. Tätä seuraamuksellisuutta pyrittiin välttämään sillä, että toinen tutkija arvioi analyysin etenemistä aineiston alaluokitusten synnystä abstrahointiin (Cavanagh 1997). Tutkijan pitämä päiväkirja oli myös apuna oman toiminnan tiedostamisessa (Kylmä & Juvakka 2007). Hoitajien haastatteluissa seuraamuksellisuutta heikensi se, että tutkija tunnisti heidän kuvauksistaan aiemmin haastatellut omaishoitajat. Vaarana oli, että tutkija saattaisi alkaa ohjailta haastattelun kulkua ennakkokäsitystensä mukaan. Tässä olivat apuna haastatteluteemat, joiden avulla jokaisessa haastattelussa käsiteltiin samat sisältöalueet.

Tutkimustulosten todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tulokset perustuvat aineistoon eivätkä tutkijan omiin käsityksiin (Lincoln & Guba 1985). Tutkijan kyky pelkistää aineisto tiivistettyyn muotoon ja muodostaa siitä kategoriat on

sisällön analyysin luotettavuuteen oleellisesti vaikuttava tekijä (esim. Kyngäs & Vanhanen 1999; Graneheim & Lundman 2004). Yhteys aineiston ja tulosten välillä on raportoitu osajulkaisuissa I, II ja III siten, että lukija voi seurata tutkijan tekemiä polkuja autenttisten lainausten ja niistä muodostettujen kategorioiden avulla (Hsieh & Shannon 2005). Aineiston analysoinnissa pyrittiin analysoimaan ilmisisältö eli ”mitä teksti sanoo”, jotta tutkijan subjektiivinen käsitys asiasta ei ohjaisi prosessia. Kategorioiden nimeämisessä käytettiin tulkintaa eli piilosisältöjä ”mistä tekstissä puhutaan”. (Graneheim & Lundman 2004.)

### *Määrällisten analyysien luotettavuus*

Vanhustutkimuksessa kyselylomakkeen laatiminen vaatii erityistä huolellisuutta (Laitinen–Junkkari 1999). Kyselylomakkeiden eli mittareiden luotettavuus on suoraan verrannollinen tutkimuksen luotettavuuteen, jota kuvataan käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti. (Metsämuuronen 2003.) Omaishoitajien tukimittarin tulosten luotettavuutta tarkastellaan sisältö- ja rakennevaliditeetin avulla.

Sisältövaliditeettia pyrittiin vahvistamaan lukemalla omaishoitajien tuen saantia käsitteleviä tutkimuksia. Koska tukimittarin rakentamisen pohjana oli induktiivisesti tuotettujen käsitteiden testaaminen, sen arvioinnissa käytettiin asiantuntija-arviota ja esitestauksia. (Burns & Grove 2003.) Kyselylomakkeen esitestasi kaksi terveystieteiden tohtoria, joista kumpikin on sekä teorian kehittämisen menetelmäasiantuntija että perhehoitotieteen sisältöasiantuntija (Pett ym. 2003). Heidän lisäksi viisi omaishoitajaa, kaksi puoliso- ja tytärhoitajaa sekä yksi poikahoitaja esitestasivat lomakkeen. Esitestauksella pyrittiin tunnistamaan mittarin väittämät, jotka mahdollisesti olivat väärinymmärrettyjä tai kieliasultaan epäselviä. Kysymyksiin tehtiin esitestauksen jälkeen pieniä selvennyksiä sekä lomakkeen ulkoasua muokattiin väljemmäksi, jotta vastaajien olisi helpompi täyttää se (Laitinen–Junkkari 1999). Edellisten tarkennusten lisäksi vastausvaihtoehdot kirjoitettiin jokaisen kysymyksen jälkeen näkyville, jotta vastaajan ei tarvinnut palata katsomaan eri vaihtoehtojen sisältöä.

Rakennevaliditeettia arvioitiin eksploratiivisella faktorianalyysillä, mikä vahvisti mittarin väittämien eli muuttujien yhteyden induktiivisesti tuotettuihin käsitteisiin ja todensi aikaisempaa tietoa omaishoitajien saamasta tuesta (Burns & Grove 2003; Polit & Beck 2004). Faktorianalyysi ei anna täysin luotettavaa kuvaa rakennevaliditeetista, sillä muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita ja otoskoko on melko pieni (N=143) (Laijärvi & Kaunonen 2005). Toisaalta otoskoon riittävydestä ei olla tutkijoiden kesken yksimielisiä, sillä esimerkiksi Metsämuuronen (2003) mukaan 200 havaintoa on riittävä, kun taas Burns ja Grove (2003) suosittelivat kolmea vastaajaa jokaista muuttujaa kohden. Spearmanin järjestyskorrelaatio laskettiin ennen faktorianalyysia. Saatujen muuttujien arvojen perusteella ( $r > .30$ ) summamuuttujien sisältämät osiot

mittasivat samaa asiaa. Faktoreiden perusteella muodostettujen kolmen summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa-kertoimella. Arvot olivat hyvät vaihdellen välillä 0.66–0.86 (esim. Burns & Grove 2003).

Tutkimuksen toista kyselylomaketta eli CAMI-mittaria on käytetty aikaisemmin myös suomalaisessa vanhustutkimuksessa (Kuuppelomäki ym. 2004), ja sen sisältövaliditeetti ja sisäinen homogeenisuus osoittautuivat hyväksi kuten myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Nolan ym. 1996a; Lundh 1999; Jarvis ym. 2006). Tämän tutkimuksen summamuuttujien Cronbachin alpha-arvot eivät poikenneet juuri aikaisemmin esitetyistä ( $\alpha^1 = 0,79$ ,  $\alpha^2 = 0,72$ ,  $\alpha^3 = 0,66$ ).

Tulosten luotettavuutta heikentää melko alhaiseksi jäänyt vastausprosentti (46,3 %). Tutkittavien kato on yksi yleisimpiä ja suurimpia ongelmia kvantitatiivisessa vanhustutkimuksessa (Bowsher ym. 1993; Laitinen-Junkkari 1999). Vastaamatta jättäneiden taustatiedoista ei ole tietoa, sillä tutkijalla oli käytettävänä ainoastaan hoitojaksoa käyttäneiden henkilötiedot ja osoitteet. Lyhytaikaispalvelua käyttänyt vanhus sai pyynnön osallistua tutkimukseen. Hänen arvioitavakseen jäi, kenelle hän antaa lomakkeen vai antaako ollenkaan. Kysely lähetettiin kaikille erään kaupungin vuosien 2005 ja 2006 aikana säännöllisesti vähintään kolme kertaa hoitojaksoja käyttäneille lyhytaikaishoidon asiakkaille (N=350) loppuvuodesta 2006. Tutkimuksen ajankohta osui suureen rakenteelliseen muutokseen ko. kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa, sillä 1.1.2007 voimaan tullutta tilaaja-tuottajamallia ja sen vaatimaa organisaatiomuutosta valmisteltiin koko edeltänyt vuosi. (Kumpulainen 2007.). Kyselyn toteuttamisen ajankohta vaikutti osaltaan vastausaktiivisuuteen (Laitinen – Junkkari 1999), sillä muutoksien takia hoitopaikka saattoi vaihtua.

Tutkimusjoukon edustavuutta suhteessa lyhytaikaispalvelun käyttäjien perusjoukoon tarkasteltiin vertaamalla tutkimukseen osallistuneiden hoidettavien ikää ja sukupuolta vastaaviin perusjoukkoa koskeviin tietoihin (Burns & Grove 2003). Säännöllisesti hoitojaksoja vuosien 2005–2006 aikana käyttäneistä oli naisia 70,6 % (n = 247) ja miehiä 29,4 % (n = 103). Kyselyyn vastanneiden omaishoitajien hoidettavista 61,3 % oli naisia ja 38,7 % miehiä. Tuloksen mukaan näyttää siltä, että miesten omaishoitajat olivat aktiivisempia vastaamaan kyselyyn kuin naisten. Miespuoliset hoidettavat saattoivat olla naisia aktiivisempia pyytämään omaishoitajaansa osallistumaan tutkimukseen. Vastanneista omaishoitajista naisia oli 78 % ja miehiä 22 %. Kaikkien hoitojaksoja käyttäneiden henkilöiden keski-ikä oli 82,7 vuotta (naiset 86,3 ja miehet 80,5 vuotta). Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden keski-ikä oli 82,3 vuotta, joten iän suhteen tutkimusjoukon voidaan katsoa edustavan perusjoukkoa hyvin.

Vuoden 2006 tilastotietojen perusteella ko. kaupungin 75 vuotta täyttäneistä asukkaista 56 % oli jokapäiväistä elämää tukevien palveluiden piirissä. Heistä 46 % oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita (Kumpulainen 2007). Tutkimukseen

osallistuneista 56 % käytti kotihoitopalveluita ja 49 %:lla kävi kotisairaanhoidaja. Tutkimusjoukon voidaan katsoa edustavan perusjoukkoa hyvin myös tukipalveluiden käytön osalta.

### *Kehitetyn mallin luotettavuus*

Tutkimuksen tarkoituksena oli rakentaa reaalimalli vanhuksen lyhytaikaisesta laitoshoidosta osana kotihoitoa. Rakennettu malli edustaa käytännönläheistä ja konkreettista hoitotyön erityisaluetta ja sen avulla voidaan ohjata käytännön toimintaa. Tässä vaiheessa reaalimalli on keskitason teorian esiaste, josta voidaan edelleen tutkimalla ja testaamalla kehittää keskitason teoria (Lauri & Kyngäs 2005). Mallia voidaan arvioida sen selkeyden, yksinkertaisuuden, yleisyyden, empiirisen täsmällisyyden ja johdettavissa olevien seurausten perusteella (Marriner-Tomey 1994).

Reaalimallin johtaminen alkoi havainnosta, että Phillipsin ja Rempusheskin (1986) mallissa on rakenteellisia yhtäläisyyksiä tässä tutkimuksessa tuotettujen käsitteiden välisten suhteiden kanssa (Walker & Avant 2005; Lauri & Elomaa 1999). Tutkijan tekemät ratkaisut edellyttävät teoreettisen tietoperustan hallinnan lisäksi luovuutta ja innovatiivisuutta (Lauri & Elomaa 1999). Tulososiossa kuvataan reaalimallin tärkeimmät käsitteet ja alakäsitteet havainnollistamalla niiden rakennetta ja suhteita kuvioin ja taulukoin sekä raportoimalla käsitteiden rakentamisen vaiheet tarkasti. Tutkimuksen teoriaosassa tarkastellaan Phillipsin ja Rempusheskin (1986) omaishoitamisen mallia siten, että lukija voi arvioida sen rakenteellista sopivuutta tässä tutkimuksessa luotuun käsitejärjestelmään. (Walker & Avant 2005). (Liite 1.)

Mallin yleisyyden määrittämiseksi tutkitaan sen käsitteiden ja käyttötarkoituksen laajuutta (Marriner-Tomey 1994). Tässä tutkimuksessa se tarkoittaa reaalimallia, joka voidaan edellä esitetyin varauksin yleistää vanhuksen lyhytaikaiseen laitoshoitoon osana kotihoitoa. Mallin yleistettävyyttä laajempaan kontekstiin vaikeuttaa haastateltavien valikoituminen sekä määrällisen aineiston edustavuudessa ilmenneet ongelmat. Mallista voidaan kuitenkin kehittää keskitason teoria testaamalla sitä laajemmalla aineistolla (Lauri & Kyngäs 2005).

Empiirisellä testattavuudella tarkoitetaan mallin testattavuutta ja käyttökelpoisuutta. Mallista pitää Walkerin ja Avantin (2005) mukaan pystyä muodostamaan hypoteeseja. Tässä tutkimuksessa induktiivisesti tuotettuja mallin käsitteitä on operationalisoitu väittämiksi ja käsitteiden rakenne on testattu empiirisesti toimiviksi. Mallia voidaan soveltaa sellaisenaan käytännön hoitotyöhön hoitajien ajattelun apuvälineeksi, mutta sitä tulee kokonaisuutena testata suuremmalla omaishoitajien ja hoitajien ryhmällä.



## 7.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkijan on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen aihe, omaishoitajan huolenpitosuhteessa jaksaminen lyhytaikaisen laitoshoidon yhteydessä, on yhteiskunnallisesti merkittävä, mutta Suomessa vähän tutkittu alue. Asia konkretisoitui tutkijalle omakohtaisesta 2000-luvun alussa, jolloin hänen piti käynnistää lyhytaikaisen laitoshoidon palvelu johtamassaan vanhainkodissa. Tutkimustiedon vähyys yllätti, sillä vanhusta kotona hoitavan läheisen uupumisen ehkäisy ja elämänlaadun kohottaminen olivat ja ovat suuria haasteita suomalaisessa yhteiskunnassa (Voutilainen & Korpiniitty 1997). Tutkimus rakentaa siten osaltaan terveystieteiden tietoperustaa (Kylmä & Juvakka 2007) lyhytaikaisen laitoshoidon mahdollisuuksista auttaa vanhuksen perhettä selviytymään kotona mahdollisimman pitkään (STM 2008).

Koska vanhat ihmiset ovat yksi haavoittuvimmista tutkimukseen osallistujaryhmistä (Bowsher ym. 1993), tutkimuslupaa anottiin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta kahteen kertaan, ensin haastatteluiden tekemiseen ja sitten kyselytutkimuksen suorittamiseen. Hoitajien haastatteluluvat saatiin vanhainkodin ylihoitajalta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen omaishoitajien valinnan teki heidät tunteva sosiaalityöntekijä. Näin menetellen pyrittiin varmistamaan, että valintakriteerinä ollut säännöllinen lyhytaikaispalvelun käyttö täyttyi. (ks. s. 34.) Tutkija lähetti omaishoitajille kirjeen, jossa heitä pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Lisäksi kirjeessä kerrottiin tutkimuksen tausta ja tarkoitus sekä sen kulku lyhyesti (Bowsher ym. 1993; Orb ym. 2000; Burns & Grove 2003). Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus tuotiin esille. Omaishoitajille annettiin aikaa muutama päivä miettiä tutkimuspyyntöä. Tutkijan soittaessa viisi omaishoitajaa kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen ja he perustelivat haluttomuutensa spontaanisti (osajulkaisu I). Haastattelutilanteissa omaishoitajat kertoivat varsin avoimesti elämäntarinansa (luku 4.2.1 s. 35), jolloin huolena oli menneen aktivoituminen uudelleen. Monen elämäntilanne oli vaikea, joten haastattelun virallisen osuuden loputtua tutkija jäi vielä keskustelemaan omaishoitajan kanssa hänen esille ottamista asioista. Muutama omaishoitaja myös soitti tutkijalle myöhemmin, joten haastattelun nostamia tunteita voitiin käsitellä vielä yhdessä (Bowsher ym. 1993; Orb ym. 2000).

Tutkimuksen kvantitatiivisessa aineistonkeruussa osallistumispyyntö jouduttiin käytännön syistä lähettämään hoitajaksoja käyttävälle hoidettavalle. Tutkimuseettisestä näkökulmasta katsottuna se oli hyvä ratkaisu, sillä menettely paljasti meneillään olevan tutkimuksen hoidettavalle (Orb ym. 2000). Lisäksi se antoi hoidettavalle valtuuden päättää omasta omaishoitajastaan, sillä suurin osa hoidettavista asui yksin (57,7 %) (Laitinen-Junkkari 1999). Bowsherin ym. (1993) mukaan vanhusvastaajat saattavat epäröidä allekirjoittaa suostumuksensa

osallistua tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa suostumuslomakkeista palautui alle puolet vaikka kyselylomake oli täytetty. Omaishoitajista moni soitti lomakkeen saatuaan tutkijalle ja kertoi elämäntilanteensa vaikeudesta, leskeksi jäämisestään tai yksinkertaisesti siitä, että lomake oli vaikea täyttää.

Hoitajista kaikki (N=22) osallistuivat ensimmäistä kertaa haastattelututkimukseen, joten laadullisen tutkimuksen eettisistä periaatteista hoitajien autonomia ja heille koitua hyöty olivat tarkastelun keskiössä (Orb ym. 2000). Tutkimuksesta tiedotettiin ensin kirjallisesti hoitohenkilökunnalle, minkä jälkeen tutkija kävi tapaamassa hoitohenkilökuntaa molempien osastojen henkilöstökokouksessa. Tutkimuksen vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja anonymiteetti tutkimuskäytäntönä selvitettiin konkreettisesti kuulijoille. Hoitajien keskenään sopima kollektiivinen suostumus osallistua tutkimukseen katsottiin riittäväksi suostumukseksi, joten heiltä ei pyydetty enää henkilökohtaista suostumusta. Heille kaikille annettiin mahdollisuus oman tarinansa kertomiseen (Orb ym. 2000; Kylmä & Juvakka 2007), vaikka aineisto kyllääntyi 19 haastattelun jälkeen. Haastateltavat olivat saman organisaation työntekijöitä ja pienenä ryhmänä he tunsivat toisensa hyvin, joten haastattelut tehtiin vuoroin kummaltakin osastolta. Tutkimusraportin (osajulkaisu III) autenttisissa lainauksissa ei eritellä tästä syystä myöskään haastateltavien ammattinimikettä eikä sukupuolta (Orb ym. 2000; Aita & Richer 2005; Kylmä & Juvakka 2007).

Koska sama tutkija oli aikaisemmin haastatellut omaishoitajia, hän tunnisti usein hoitajien kuvauksista, kenestä tämä kertoi. Tutkijalta vaadittiin erityistä varovaisuutta, että hän ei lisäkysymyksillään johdatellut hoitajaa omaishoitajan tarinan ohjaamana (Aita & Richer 2005). Tutkijan roolissa pitäytyminen oli vaativaa, sillä haastattelijalla on vuosien kokemus vanhustyöstä. Yhtäältä se voi auttaa hyvän aineiston saamisessa, koska tutkija tunsi tilanteen ja hoitajat luottivat häneen. Toisaalta hoitajat saattoivat tuntea osallistumisensa pakkona, koska kollektiivisesta päätöksestä oli mahdollisesti vaikea poiketa, ja siksi he ehkä säätelivät antamansa tiedon määrää ja laatua (Orb ym 2000).

Tutkimustyötä ohjaava periaate on rehellisyys ja oikeudenmukaisuus (Orb ym. 2001; Aita & Richer 2005), eli tutkija on vastuussa tulostensa avoimesta ja rehellisestä raportoinnista. Tutkimuksen laadulliset aineistot ovat äänitteinä ja litteroituina paperi- ja tietokonetallenteina ainoastaan tutkijan käytössä ja ne hävitetään väitöskirjan valmistuttua. Kyselylomakkeet ovat paperiversioina lukitussa kaapissa, ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

## 7.3 Tulosten tarkastelu

### *Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhuksen kotihoitoa*

Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhusperheen kotihoitoa on yksi merkittävä tukipalvelumuoto, jotta yhteiskunnan asettamat tavoitteet 75 vuotta täyttäneiden kotona asumisesta toteutuvat (STM 2008). Vaikka Suomessa hoitajakset ovat vakiinnuttaneet paikkansa osana palvelujärjestelmää (esim. Voutilainen ym. 2007), lyhytaikaispalvelun kehittäminen on jäänyt vähälle huomiolle. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (STM 2008) ei juuri käsitellä tätä palvelua varteenotettavana vaihtoehtona, vaikka suosituksessa korostetaan muun muassa kotona asumista tukevien palveluiden lisäämistä sekä varhaisen puuttumisen tärkeyttä. Vanhuksen kotihoiton onnistuminen ja häntä hoitavan läheisen jaksaminen ovat yhteiskunnan julkilausuttuja tavoitteita, mutta silti kotihoitoa tukevien palveluiden kuten lyhytaikaisten hoitajaksetojen kehittämiseen ei ole juuri panostettu (esim. Perttu 1996). Tässä tutkimuksessa lyhytaikainen laitoshoido näyttöytyi omaishoitajan käyttämänä selviytymiskeinona, jotta vanhuksen kotihoitoa jaksettiin jatkaa.

Omaishoitajan tukeminen lyhytaikaisessa laitoshoidossa edellyttää hoitajalta tietoa perheen elämäntilanteesta, jonka perusta on perheen historiassa. Omaishoitajan ja hoidettavan keskinäinen suhde vaikuttaa tärkeänä osana siihen, miten omaishoitaja mieltää oman osuutensa toisen auttajana (Phillips & Rempusheski 1986; Nolan ym. 1992b; Braitwaite 2000). Onpa hän sitten edelleen miehensä vaimo, arjen järjestelijänä ohjelmoitu kotihoiton mahdollistaja vai peräti toisen vanki, kaikilla omaishoitajilla on tunteita hoidettavaa kohtaan. Tulos vahvistaa Perryn (2004) tutkimuksen tuloksia omaishoitamisen perustana olevasta rakkaudesta, mutta myös sitoutumisesta ja velvollisuudesta omaa perhettä ja yhteiskuntaa kohtaan. Omaishoitajan kokemat tunteet ovat oikeutettuja ja todellisia ja vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa. Hoitaja ei voi muuttaa mennyttä, mutta hän voi auttaa omaishoitajaa ymmärtämään omia tunteitaan, myös vihan ja katkeruuden tunteita, sallimalla niiden kertomisen. Omaishoitajat ovat hyvin yksin, sillä he eivät juuri käy vertaistukiryhmissä eivätkä tukeudu muun perheen apuun. Perheen puoleen kääntyminen on vähäistä myös muualla maailmassa (Nolan ym. 1996a; Lundh 1999; Kuuppelomäki ym. 2004). Yhtenä syynä saattaa olla etenkin puolisoitajien antaman avioliitto- sopimuksen tuoma velvollisuus (Saarenheimo 2006), mutta myös se, että omia lapsia ei haluta kuormittaa eikä häiritä. Schurin ja Whitlatchin (2003) mukaan etenkin puolisoitajat saattavat vetäytyä muusta perheestä ja ystävistä ja keskittyä pelkästään hoitamaan kumppaniaan. Lyhytaikaisen laitoshoidon mahdollisuutta huolenpidon lähtökohtien ja sen vaikutusten selvittämisessä ei saisi siksi hukata.

Omaishoitajan olisi voitava kertoa huolenpitosuhteen todellisesta luonteesta hoitajalle, jotta hoitajaksetolla voitaisiin puuttua oikeisiin ja oleellisiin asioihin.

Omaishoitajan saattaa olla vaikeaa kertoa, miten vastuu toisesta ympäri vuorokauden ilmenee (McGarry & Arthur 2001). Vaikka hoitaja ei voi järjestää lisää resursseja, hän voi vaikuttaa kodin raskaaseen ilmapiiriin ja yksityishoitajana olemisen kokemuksiin esimerkiksi miettimällä yhdessä omaishoitajan ja hoidettavan kanssa kotitilanteen ongelmia ja erilaisia ratkaisumalleja. Omaishoitajat tarvitsevat tukea ennen muuta huolenpitosuhteen henkisen taakan kantamisessa. Etenkin puolisoitajat ovat usein iäkkäitä, ja heille saattaa olla vaikeaa kertoa ulkopuolisille arkitodellisuuden jopa raadollisuudesta. Varsinkin psyykkisistä häiriöistä kärsivien ja dementiaa sairastavien hoidettavien omaishoitajat ovat riskiryhmässä sairastua itse masennukseen (Livingston ym. 1996).

Kuten aikaisemmat tutkimukset (Bowers 1987; Nolan ym. 1995a; McGarry & Arthur 2001) osoittavat, konkreettinen hoitaminen on melko pieni ja usein helpoiten hoituva osa huolenpitosuhdetta. Omaishoitajat ovat kehittyneet siinä hyvin taitaviksi osaajiksi, minkä hoitajat tunnistivat kysymällä heiltä opastusta etenkin harvinaisempien sairauksien hoidossa ja apuvälineiden käytössä. Omaishoitajien toiveena on, että hoitajat tunnistavat heidän asiantuntijuutensa, hyväksyvät heidän mukana olonsa sekä kuuntelevat heidän hoitokokemuksiaan (Duncan & Morgan 1994; Voutilainen & Korpiniitty 1997; Gilmour 2002). Toisaalta omaishoitajien pitäminen taitavina osaajina voi estää heitä saamasta ammattilaisten tieto-taitoa, sillä hoitajat eivät itse tiedostaneet opettavansa omaishoitajia. Tuloksen perusteella voidaan päätellä, että tiedollinen ja taidollinen tukeminen ei ole systemaattista ja tavoitteellista, koska sitä ei edes tunnisteta. (Wiles 2002; Muurinen 2003; Smith ym. 2004.) Tutkimusten mukaan omaishoitaja ja hoidettava tarvitsevat kuitenkin opastusta, koulutusta ja neuvontaa myös hoitojaksojen käytössä (Hanson ym. 1999; Ashworth & Baker 2000).

Omaishoitajien kokemat tunteet hoitojakson aikana ovat samansuuntaisia kuin aikaisempi tutkimustieto (Ashworth & Corkery 1996; Ashworth & Baker 2000; Gilmour 2002). Braitwaiten (1998) mukaan toimimaton suhde lisäsi hoitojaksojen käyttöä samoin kuin suhteen aikaisemmat konfliktit. Tässä tutkimuksessa omaishoitajan ja hoidettavan suhteen laatu ei ollut yhteydessä palvelun käytön useuteen, vaan omaishoitajan tunteisiin ja tekemisiin jakson aikana. Puolisohoitajat, joiden toiveena oli kotihoidon jatkuminen, olivat yksinäisiä toisen ollessa jaksolla. Iäkkäämpien puolisoitajien oma terveys oli huono ja he tarvitsivat itsekkin apua. Puolisot eivät halunneet olla erossa toisistaan, joten heidän tilanteessaan kotiin annettava päivittäinen palvelu voisi olla parempi vaihtoehto kuin viikkojen erossa olo. (Esim. Jones & Peters 1992; Cheung & Hocking 2004.) Nuoremmille puolisoitajille hoitojakson aika merkitsi ambivalentteja tunteita. Yksinäisyyttä ei voinut aina torjua menemällä jonnekin. Koska molempien fyysinen kunto oli melko hyvä, puolisoitaja voi kyseenalaistaa jaksojen käytön tarpeellisuuden ja jopa lopettaa ne ilman ammattilaisten tukea (Gox 1997; Schur & Whitlatch 2003). Hoitotyön ammattilaisten tulisi kuitenkin ymmärtää ennalta kognitiivisesti heikkenevien hoidettavien tilanne ja kiinnittää erityistä huomiota niin hoitotyön laatuun kuin

omaishoitajan tukemiseen jatkaa palvelun käyttöä. Vaikka lyhytaikaishoidon oikeaa aloittamisajankohtaa ei tarkalleen tiedetä, ei kriisitilanne perheessä ole toivottava hetki sen aloittamiseen, kuten usein tapahtuu. (Jones & Peters 1992; Theis ym. 1997; McGarry & Arthur 2001; Schur & Whitlatch 2003.)

Omaishoitajien velvollisuus perhettä ja yhteiskuntaa kohtaan näyttäytyi tässä tutkimuksessa pakkona olla yhdessä hoidettavan kanssa. Yhteiskunta käyttää tätä velvollisuuden tunnetta myös hyväksi jättämällä omaishoitajat vaille riittäviä julkisia resursseja (vrt. Kumpulainen 2007; Voutilainen ym. 2007). Yhtenä osoituksena kuntien välinpitämättömyydestä on, että omaishoitajien eriarvoiseen asemaan on pitänyt puuttua lainsäädännöllisin keinoin. Lyhytaikaisen laitoshoidon käyttö aiheuttaa omaishoitajissa tunteen omasta epäonnistumisesta (Ashworth & Baker 2000) sekä syyllisyyttä (Homer & Gilleard 1994; Ashworth & Corkey 1996; Hanson ym. 1999). Tämän tutkimuksen tulos tukee vain osittain edellisiä, sillä syyllisyyden ja pärjäämättömyyden tunteita kokivat ainostaan ne omaishoitajat, joiden hoidettava ei mennyt omasta tahdostaan jaksolle ja omaishoitaja teki hoidettavan puolesta lähes kaiken. Hoitojakson aikana tätä toimintamallia ei ollut helppo muuttaa, ja se aiheutti kaikissa osapuolissa, myös hoitajissa, hämmennystä ja kriittisyyttä.

Tässä tutkimuksessa kaikkein sitovimmassa huolenpitosuhteessa eläneet omaishoitajat kokivat hoitojaksot pelkästään helpottavana asiana. Tutkimuksen tulos on yhdenmukainen tutkimuskirjallisuuden kanssa, eli hoidettavan fyysinen ja kognitiivinen toimintakyvyttömyys ja siitä aiheutuva huolenpidon sitovuus sekä käytöshäiriöt lisäävät omaishoitajan ahdistusta ja kuormittavat häntä eniten (Cox 1997; Chappell & Colin 2002; Pinguart & Sörensen 2003). Kodin ilmapiiri oli usein kireä, sillä hoidettavan henkistä ja fyysistä väkivaltaa oli vaikea kestää, samoin asioiden jatkuvaa toistamista (Pinguart & Sörensen 2003; Schur & Whitlatch 2003). Toisen vangiksi itsensä kokeneet omaishoitajat odottivat hoidettavalle pitkäaikaista laitospaikkaa, mutta he eivät kyenneet puhumaan asiasta keskenään (Ryan & Scullion 2000b). Hoitotyöntekijöiden tulisi järjestää säännöllisiä perheneuvotteluja pysyväispaikkaa odottaville perheille, mikä auttaa heitä valmentautumaan tulevaan suureen elämänmuutokseen.

Myös tässä tutkimuksessa omaishoitajien yhtenä selviytymiskeinona olivat hoitojaksot (Muurinen 2003; Sawatzky & Fowler-Kerry 2003; Jeon ym. 2005). Phillipsin ja Rempusheskin (1986) väittämän mukaan omaishoitaja, jonka käsitys huolenpidon todellisuudesta vastaa hänen mielikuvaansa siitä, käyttää myönteisiä selviytymiskeinoja. Omaishoitajat olivat tiedostaneet, että he tarvitsevat hoitojaksoja jaksakseen, arvostivat palvelun tuomia mahdollisuuksia ja olivat hyväksyneet ne osana kotihoitoa. Tulos tukee Masonin ym. (2007) johtopäätöstä, että omaishoitajat ovat enimmäkseen hyvin tyytyväisiä palveluun. Hoitojaksojen sisältökuvausten perusteella ainoastaan yksi sisältökuvaus, pysäkillä oleminen, esti omaishoitajaa ja hoidettavaa saamasta täyttä hyötyä palvelusta.

Tutkimuksen tulos vahvistaa Nolanin ym. (1996a) päätelmää, että ongelman ratkaisumenetelmät ovat kaikkein tehokkaimpia selviytymistä edistäviä keinoja silloin, kun ongelma on ratkaistavissa. Omaishoitajat tarvitsevat kuitenkin entistä paremmin hoitajien ohjausta ja tukea, jotta he osaisivat ja rohkenisivat vaatia, mitä he voivat odottaa hoidettavalta. On kaikkien osapuolten etu, että hoidettavan itseluottamus omaan toimintakykyyn on realistinen. Tulosten mukaan tässä ei aina onnistuttu, sillä omaishoitajan piti toisinaan palauttaa hoidettavan usko omaan selviytymiseen hoitajakson jälkeen (vrt. Gilmour 2002). Toisaalta omaishoitaja saattoi kotijaksolla jopa mitätöidä hoidettavan laitosjaksolla alkaneen omatoimisuuden tekemällä kaiken tämän puolesta. Kummassakaan tilanteessa koti- ja laitosjaksot eivät tukeneet toisiaan. (Myös Ashworth & Baker 2000; Gilmour 2002).

### *Omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhde*

Tutkimuskirjallisuuden mukaan omaishoitajien toiveena on läheinen ja persoonallinen suhde hoitajiin (Voutilainen & Korpiniitty 1997; Gilmour 2002, Muurinen 2003). Tässä tutkimuksessa omaishoitajista lähes puolet kuvasi hoitajat etäisiksi itselleen. Molemminpuolisen suhteen luominen on kaksisuuntainen prosessi, johon tarvitaan molempia (Nolan & Dellasega 1999; Jeon 2004). Yhteistyösuhteen estyminen ilmeni hoitajan tietoisena valintana sivuuttaa omaishoitaja; yhteistyöstä ei voi tällöin edes puhua. Suhde oli pinnallinen eikä omaishoitajaa hyväksytty hoitotiimin jäseneksi, kuten aikaisempikin tutkimustieto osoittaa. (Esim. Ward-Griffin & McKeever 2000; Sandberg ym. 2001; Åstedt-Kurki ym. 2001.)

Suhde hoitajiin muodostui etäiseksi silloin, kun omaishoitaja koki itsensä ja hoidettavan odottamattomiksi vierailijoiksi hoitajakson alkaessa. Perheenjäsenen sivuuttamisen syynä ei voi olla vetoaminen aika- tai henkilöstöpulaan (Weman ym. 2004). Yhteistyön lähtökohta on, miten hoitaja ymmärtää vanhuksen perheen osaksi työtään (Bauer & Nay 2003). Perheen merkitys korostuu erityisesti lyhytaikaisessa laitoshoidossa, sillä sen tarkoituksena on auttaa sekä hoidettavaa että omaishoitajaa selviytymään kotihoidossa mahdollisimman pitkään (esim. Nolan & Grant 1992b). Tämän tavoitteen saavuttaminen oli osittain kyseenalaista. Yhteistyösuhteen estymisen takia perheen kotitilanteesta ei tiedetty tarpeeksi hyvin tai hoitajakson kulkua ei käsitelty jakson päättyessä. Hoitajat eivät olleet kovinkaan kiinnostuneita omaishoitajan henkilökohtaisesta jaksamisesta, sillä yli puolelta vastaajista asiaa ei kysytty.

Tässä tutkimuksessa hoitajan ja perheen ystäväystyminen muodostui yhteistyösuhteen esteeksi. Hoitajien mukaan ystävä ei voinut toimia enää omahoitajana hoitajakson aikana, jotta oma ammatillisuus ei vaarannu. Tulosten perusteella voidaan väittää, että omahoitajuus on hoitajaksoja tarjoavissa yksiköissä ainakin osittain hukassa. Hoitajat jäivät lähes puolelle omaishoitajista melko tuntemattomiksi, ja vain tusinalle heistä tuli yksi hoitaja erityisen tutuksi.

Omaishoitajan ja hoitajan välisestä suhteesta ja sen kehittymisestä on vähän tutkimustietoa (Ward-Griffin & McKeever 2000; Gilmour 2002). Hoitamisen eri toimintaympäristöissä tehtyjen tutkimusten mukaan suhteessa on paljon jännitteitä (esim. Ryan & Scullion 2000a; Bauer & Nay 2003; Jeon 2004). Uuden jännitteen tähän suhteeseen näytti tuovan tämän tutkimuksen tulos, yhteistyösuhteen syveneminen ystävyudeksi.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat rakensivat tietoisesti yhteistyösuhdettaan omaishoitajan kanssa antamalla hänelle aikaa. Gladstonen ja Wexlerin (2000) mukaan perheet arvostavat hoitajien tapaa tunnistaa heidät apua tarvitsevinä persoonina, joilla on nimi. Hoitojaksojen merkitys ymmärrettiin osana kotihoitoa, ja molempien tavoite oli sama, eli potilaan hyvinvoinnin turvaaminen paikan vaihtumisesta huolimatta. Hoitajat olivat kiinnostuneita myös omaishoitajan jaksamisesta ja yrittivät tukea häntä eri tavoin. Tutkimuksen tulos poikkeaa osittain aikaisemmista tutkimuksista, joiden mukaan perheenjäsenen hyvinvointia ei niinkään ajateltu (Åstedt-Kurki ym. 2001; Weman ym. 2004). Omaishoitajan tukemiseen kuului myös rajojen asettaminen ja selkiyttäminen hoitojakson aikana, minkä hoitajat kokivat vaikeana ja aikaa vievänä tehtävänä. Tulokset poikkeavat aikaisemmista tutkimuksista (Ryan & Scullion 2000a; Hertzberg ym. 2003) siten, että hoitajat kokivat myönteisenä perheenjäsenien osallistumisen vanhuksen hoitamiseen hoitojakson aikana.

Tässä tutkimuksessa hoitajan ja omaishoitajan yhteistyö ilmeni yksityisyyden raottamisena, mikä merkitsi usein samojen asioiden joko salaamista tai paljastamista. Tuloksen perusteella voi kysyä, mitkä ovat ne yhteistyösuhteen ehdot, jotka joko mahdollistavat tai estävät vaikeista asioista puhumisen (vrt. Jeon 2004). Omaishoitajille yhteistyökumppanuuden rakentumisen edellytyksenä oli, että he tunnistivat hoitajan halukkuuden yhteistyöhön. Yhteistyön perusta luotiin hoitojaksolle tulovaiheessa, josta muodostui kriittinen kohta koko palvelun onnistumiselle.

## 7.4 Tulosten hyödyntäminen

Tämä tutkimus on perhehoitotieteellinen tutkimus. Tutkimuksessa luotiin triangulaatiomenetelmällä lyhytaikaisen laitoshoidon reaalityömalli vanhuksen kotihoidon osana omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan kuvaamana. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa käyttökelpoista ja sovellettavaa tietoa hoidon kehittämiseksi vanhusten lyhytaikaiseen laitoshoitoon. (Rantanen ym. 2006.) Suomessa eri tahot ovat toteuttaneet lukuisia omaishoidon käytännön kehittämisprojekteja, mutta kehittämistyön tulokset on useimmiten tarkoitettu hyödynnettäviksi vain omalla paikkakunnalla (Pietilä & Saarenheimo 2003). Lyhytaikaisen laitoshoidon yhteyttä omaishoitajan elämänlaatuun ei ole niinkään tutkittu, sillä Muurisen (2003) väitöskirja keskittyy lyhytaikaisen laitoshoidon

laatuun ja kustannusten vertailuun eri henkilökuntarakenteilla. Tämä tutkimus kartuttaa ja täydentää tietoa vanhusperheiden terveydestä, koska tässä tutkitaan ilmiötä aikaisempaa kokonaisvaltaisemmin, useasta eri näkökulmasta ja useilla eri menetelmillä.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää vanhusperheiden hoitotyön käytännön eri toimintaympäristöissä kotona ja laitoksissa. Reaalimalli tarjoaa hoitohenkilökunnalle hyvän perustan pohtia omia lähtökohtiaan vanhusperheiden hoitamisessa, sillä tutkimustieto omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan suhteesta on ollut vähäistä (Duncan & Morgan 1994; Ward-Griffin & McKeever 2000). Mallin tuottamaa tietoa hoitajat voivat käyttää hoitamisen sisällölliseen kehittämiseen, jotta vanhusperheet saavat nykyistä perhekeskeisempää hoitoa. Malli auttaa hoitajia tiedostamaan, miksi lyhytaikaisen laitoshoidon palvelu on tärkeä osa kotihoitoa ja miksi omaishoitajat ovat heidän asiakkainaan yhtä tärkeitä kuin hoidettavat.

Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden koulutuksen aikaisilla työssäoppimisjaksoilla on ratkaiseva merkitys asennoitumisessa vanhustyöhön. (Hirvonen ym. 2004; Luukka 2007.) Luukan (2007) mukaan juuri ammattikäytännössä saatujen merkityksellisten oppimiskokemusten perusteella motivoituttiin vanhustyöhön. Sen sijaan Hirvosen ym. (2004) mukaan suhtautuminen vanhustyöhön muuttui kielteiseen suuntaan ohjatun harjoittelun ja työssäoppimisen aikana. Vanhustyön tietoperustan lisääminen, harjoittelua edeltävän teoreettisen opetuksen käytäntöön sovellettavuus sekä opiskelijassa virinneiden tunteiden reflektointi ovat keskeisiä kehittämiskohteita, jotta tulevat hoitotyön ammattilaiset suuntautuisivat vanhustyöhön. (Hirvonen ym. 2004; Luukka 2007.) Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan käyttää hoitotyön opetuksessa sosiaali- ja terveystieteillä sekä eri sektoreilla toimivien ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksessa (ks. Lehto 2007). Vanhusperhehoitotyön vahvistaminen alan koulutuksessa on tärkeää, sillä väestö ikääntyy ja tarvitsee enemmän palveluja ja hoivaa, johon ei voida vastata pelkästään lisäämällä julkisia palveluita. Nykyisin korostetaan avoimuuden mahdollisuuksia. Omaishoitajuuden avulla vanhuksesta huoltajiksi läheiset liitetään osaksi julkista palvelujärjestelmää. (Aaltonen 2005.)

#### *Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat kehittämisehdotukset*

1. Hoitajaksi tulo- ja kotiinlätövaihetta tulisi kehittää hyvin suunnitelluksi omaishoitajan, hoidettavan ja omaishoitajan kohtaamiseksi, jossa koti- ja laitosjaksot nivotaan toisiinsa perheen kannalta mielekkääksi kokonaisuudeksi.
2. Omaishoitajuutta pitäisi kehittää siten, että omaishoitaja ja hoidettava tietävät omaishoitajan etukäteen. Kummankaan ei tarvitse arvailla sitä ennen hoitajaksi.



alkua. Omahoitajan tulisi olla perhettä vastassa heti hoitojakson alkaessa, jolloin tulovaiheessa voidaan sopia yhdessä hoitojakson käytänteistä. Olisi suotavaa, että omahoitaja ei vaihdu joka jaksolla. Järjestely mahdollistaa luottamuksen syntymisen etenkin omaishoitajan ja hoitajan välillä. Omaishoitajan pitäisi pystyä luottamaan vanhuksen hoitoon kaikissa tilanteissa.

3. Vanhuksen hoidossa tulee olla selkeät tavoitteet, joihin kaikki osapuolet sitoutuvat. Lyhytaikaishoitoa pitäisi kehittää omana hoitomuotonaan, johon kaikki osapuolet tarvitsevat koulutusta. Tällöin palvelusta saadaan kaikki hyöty irti.

4. Omahoitajan pitäisi käydä ainakin kerran vanhusperheen luona kotikäynnillä, jotta hän saa realistisemmän käsityksen perheen elämäntilanteesta. Hoitojaksojen tavoitteet on helpompi asettaa, kun tiedetään millaiseen ympäristöön hoidettava kuntoutetaan.

5. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa potilaan koko perhe on asiakas, jonka hyvinvointi on tärkeää onnistuneen kotihoidon jatkumisen turvaamiseksi. Hoitajat eivät voi sivuuttaa perheenjäseniä luulemalla, että he eivät halua olla yhteydessä hoitajiin. Hoitajat tarvitsevat koulutusta potilaan perheen kohtaamisessa. Olisi tärkeää, että hoitajille järjestettäisiin säännöllistä työnohjausta esimerkiksi ryhmissä, jotta he saisivat välineitä kohdata vaikeaksi kokemiaan omaishoitajia sekä moniongelmaisia perheitä.

## 7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksessa kehitetty reaali malli kuvaa vanhuksen lyhytaikaista laitoshoidon omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa tuotettua mallia on mahdollista kehittää edelleen esimerkiksi haastatteleamalla hoitojaksoja käyttäviä hoidettavia. Lyhytaikaisen laitoshoidon vaikuttavuutta hoidettavan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinolon edistäjänä tulisi tutkia entistä monipuolisemman kuvan saamiseksi. Olisi tärkeää tietää, miten hoidettavat itse kuvaavat hoitojaksot osana elämäänsä. Laadullisella lähestymistavalla voisi edelleen syventää omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhteen rakentumisen taustalla vaikuttavia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa hoitajat arvioivat vain vähän omaa toimintaansa, joten havainnointi ja videointi aineistonkeruun menetelminä olisivat haastattelujen ohella tarkoituksenmukaisia.

Mallin testaaminen ja kehittäminen isoilla aineistoilla olisi tarpeen. Mallin pohjalta voitaisiin laatia mittari, jolla kerättäisiin aineisto sen testaamiseksi. Tutkimus tulisi kohdistaa myös pitkäaikaisen laitoshoidon ja terveystieteiden keskuksiin.

vuodeosaston toimintaympäristöihin, missä lyhytaikaista laitoshoidoa toteutetaan osana kotihoitoa muun potilashoidon ohessa. Mallin soveltuvuutta erikoissairaanhoidon vanhusperheiden hoitotyöhön olisi syytä tutkia.

# LÄHTEET

Aaltonen, E. 2005. Omaishoito ja julkinen palvelujärjestelmä. *Yhteiskuntapolitiikka* 70, 4, 432-439.

Aaltonen, E. 2004. Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työmuistioita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

Aita, M. & Richer, M-C. 2005. Essentials of research ethics for healthcare professionals. *Nursing and Health Sciences* 7, 119-125.

Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Gummerus Oy. Vaajakoski.

Ashworth, M. & Baker, A. 2000. "Time and space": Carers' views about respite care. *Health and Social Care in the Community* 8, 50-56.

Ashworth, M. & Corkery, M. 1996. Respite care in an intermediate care centre: The views of patients and carers. *Health and Social Care in the Community* 4, 234-245.

Bauer, M. & Nay, R. 2003. Family and staff partnerships in long-term care. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing* 29, 46-53.

Bowers, B. 1987. Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science* 9, 20-31.

Bowsher, J., Bramlett, M., Burnside, I. & Gueldner, S. 1993. Methodological considerations in the study of frail elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18, 873-879.

Braithwaite, V. 2000. Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist* 40, 706-717.

Braithwaite, V. 1998. Institutional respite care: Breaking chores or breaking social bonds? *The Gerontologist* 38, 610-617.

Burns, N. & Grove, SK. 2003. Understanding nursing research. Third edition. Saunders. Philadelphia.

Burns, N. & Grove, SK. 1997. The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization. Third edition. Saunders. Philadelphia,

Büscher, A. 2007. Negotiating helpful action. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1206. Tampere.

Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. Nurse Researcher 4, 5-16.

Chambers, M., Ryan, A. & Connor, S. 2001. Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8, 99-106.

Chappell, N. & Colin, R. 2002. Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. The Gerontologist 42, 772-780.

Cheung, J. & Hocking, P. 2004. Caring as worrying: the experience of spousal carers. Journal of Advanced Nursing 47, 475-482.

Chinn, P. & Kramer, M. 2004. Integrated knowledge development in nursing. Sixth edition. Mosby, St Louis.

Compton, S., A., Flanagan, P. & Gregg, W. 1997. Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. International Journal of Geriatric Psychiatry 12, 632-635.

Cox, C. 1997. Findings from a statewide program of respite care: A comparison of service users, stoppers, and nonusers. The Gerontologist 37, 511-517.

Danylle, J. 1994. Caregiver attitudes regarding utilization and usefulness of respite services for people with Alzheimer's disease. Journal of Gerontological Social Work 23, 85-107.

Dentzin, N.K. 1989. Interpretive interactionism. Sage, Newbury Park, CA.

Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L. & Trudeau, D. 2006. Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design. Research in Nursing and Health 29, 427-441.

Duncan, M. & Morgan, D. 1994. Sharing the caring: Family caregivers' views of their relationships with nursing home staff. The Gerontologist 34, 235-244.

Ekwall, A., Sivberg, B. & Hallberg, I. 2004. Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 239-248.

Eloniemi, U., Tervalo, J., Sulkava, R. 1998. Special care units are efficient in respite care of demented patients. *Research and Practice in Alzheimer's Disease* 1, 223-232.

EU. 2002. Communication from the Commission to the Council and the European parliament. European's response to World Ageing. Promoting economic and social progress in an ageing world. A contribution of the European Commission to the 2<sup>nd</sup> World Assembly on Ageing. Available: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/social\\_situation/docs/com2002\\_0143\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_situation/docs/com2002_0143_en.pdf). 9.9.2005

Flint, A. 1995. Effects of respite care on patients with dementia and their caregivers. *International Psychogeriatrics* 7, 505-517.

Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-12.

Gaugler, J., Leitsch, S. & Perlin, L. 2000. Caregiver involvement following institutionalization: Effects of replacement stress. *Research on Ageing* 4, 337-359.

Gilmour, J. 2002. Dis/integrated care: Family caregivers and in - hospital respite care. *Journal of Advanced Nursing* 39, 546-553.

Gladstone, J. & Wexler, E. 2000. A family perspective of family/staff interaction in long-term care facilities. *Geriatric Nursing* 2, 16-19.

Guba, EG. & Lincoln, YS. 1985. *Effective evaluation*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, California.

Guberman, N., Nicholas, E., Nolan, M., Rembicki, D., Lundh, U. & Keefe, J. 2003. Impacts on practitioners of using research-based carer assessment tools: experiences from the UK, Canada and Sweden, with insights from Australia. *Health and Social Care in the Community* 11, 345-355.

Halcomb, E. & Andrew, S. 2005. Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher* 13, 71-82.

Hanson, E., Tetley, J. & Clarke, A. 1999. Respite care for frail older people and their family carers: concept analysis and user focus group findings of a pan-European nursing research project. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1396-1407.

Hartikainen, A. 1995. Vanhuuden päivät kotona ja vanhainkodissa. Vuorohoito vanhusten ja omaishoitajien arvioimana. Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportti nro 2. Helsinki.

Heikkinen, E. 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu. 402 – 408.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu. 416-435.

Hertzberg, A., Ekman, S-L. & Axelson, K. 2003. ”Relatives are a resource, but...” : Registered nurses’ views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 12, 431-441.

Hirsch, C., Davies, H., Boatwright, F. ym. 1993. Effects of a nursing home respite admission on veterans with advanced dementia. *The Gerontologist* 33, 523-528.

Hirsjärvi, S. 2000. Tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa: Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. *Tutki ja kirjoita*. Tammi, Helsinki. 178-206.

Hirvonen, R., Nuutinen, P., Rissanen, S. & Isola, A. 2004. Miksi vanhustyö ei kiinnosta? Sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden asenteet vanhuksia kohtaan ja heidän käsityksensä suomalaisesta vanhustyöstä koulutuksen eri vaiheissa. *Hoitotiede* 5, 235–246.

Homer, A. & Gilleard, C. 1994. The effect of inpatient respite care on elderly patients and their carers. *Age and Ageing* 23, 274-276.

Hsieh, H-F. & Shannon, S. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 9, 1277-1288.

Ihamäki, A. 2002. Hyvinvointivaltion palvelutuotannon nykytila ja tulevaisuudennäkymät: Taustat, realiteetit ja tarpeiden yhteensovittaminen. Teoksessa: Lehto, J. & Natunen, K. (toim.). *Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja palvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeeseen*. Acta nro 144. Suomen Kuntaliitto, Helsinki. 67 -81.

Jarvis, A., Worth, A. & Porter, M. 2006. The experience of caring for someone over 75 years of age: results from a Scottish general practice population. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1450-1459.

Jeon, Y-H. 2004. Shaping mutuality: Nurse-family caregiver interactions in caring for the older people with depression. *International Journal of Mental Health Nursing* 13, 126-134.

Jeon, Y-H., Brodaty, H. & Chesterson, J. 2005. Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 49, 297-306.

Jones, DA. & Peters, TJ. 1992. Caring for elderly dependants: effects on the carers' quality of life. *Age and Ageing* 21, 421-428.

Kellet, U. 1998. Meaning-making for family carers in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice* 4, 113-119.

Knight, B., Lutzky, S. & Macofsky-Urban, F. 1993. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. *The Gerontologist* 33, 240-248.

Koskinen, S., Nieminen, M., Martelin, T. & Sihvonen, A-P. 2008. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu. 28–35.

Kumpulainen, A. 2007. (Toim.) Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen ja kustannusten vertailu 2006. [www.kuusikkokunnat.fi](http://www.kuusikkokunnat.fi).

Kuuppelomäki, M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N. & Shimanouchi, S. 2004. Coping strategies of family carers for older relatives in Finland. *Journal of Clinical Nursing* 13, 697-706.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.

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

Laijärvi, H. & Kaunonen, M. 2005. Summa-asteikot hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2, 89-96.

Laki omaishoidon tuesta 737/2005. <http://www.finlex.fi>

Laippala, P. & Koivisto, A-M. 1997. Faktorianalyysin tausta ja sovellus. Teoksessa: Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki. 91-97.

Laitinen-Junkkari, P. 1999. Vanhukset ja heidän omaisensa kvantitatiivisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena – Huomioita ja ongelmakohtia. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY, Porvoo. 275-287.

Laitinen-Junkkari, P., Meriläinen, P. & Sinkkonen, S. 2001. Informal caregivers' participation in elderly patient care: An interrupted time-series study. *International Journal of Nursing Practice* 7, 199-213.

Larkin, J. & Hopcroft, B. 1993. In hospital respite as a moderator of caregivers stress. *Health & Social Work* 18, 132-138.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva. 21-43.

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3. uudistettu painos. WSOY, Juva.

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY, Vantaa.

Lehto, J. 2002. Ikääntyneille sosiaali- ja terveystalveluja tarvetta vastaavasti. Teoksessa: Lehto, J. & Natunen, K. (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja palvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeeseen. Acta nro 144. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. 57-66.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen: Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115: 8.

Leino-Kilpi, H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen, M., & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki. 222-231.

Lillrank, P. 1999. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava, Helsinki.

Lincoln, SY. & Guba, EG. 1985. *Naturalistic inquiry*. Sage Publications, California.

Livingston, G., Manela, M. & Katona, C. 1996. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ* 12, 153-156.



Luukka, K. 2007. Vastavalmistuneiden lähihoitajien koulutuksenaikaiset merkitykselliset oppimiskokemukset vanhustyössä. Tunnepeili oppimiskokemusten merkityksellistäjänä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 142. Kopijyvä, Kuopio.

Lukkarinen, H. & Lepola, I. 2003. Metodologinen triangulatio – tutkimuskohteen sisällöllisen kokonaisuuden hahmottaminen ja validiteetin vahvistaminen. *Hoitotiede* 5, 202-213.

Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulu.

Lundh, U. 1999. Family carers 3: coping strategies among family carers in Sweden. *British Journal of Nursing* 11, 735-740.

Lundh, U. & Nolan, M. 2003. "I wasn't aware of that": creating dialogue between family and professional carers. Teoksessa Nolan, M., Lundh, U., Grant, G. & Keady, J. Partnerships in family care: understanding the caregiving career. Philadelphia, USA. 108- 129.

Marriner-Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala. 3-16.

Martelin, T., Koskinen, S. & Sihvonen, A-P. 2008. Elinaika ja kuolemansyyt. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia Duodecim. Kustannus Oy Duodecim, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu. 36 – 50.

Mason, A., Weatherly, H., Spilsbury, K., Arksey, H., Golder, S., Adamson, J., Drummond, M. & Glendinning, C. 2007. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technology Assessment* 15, 1–175.

McGarry, J. & Arthur, A. 2001. Informal caring in late life: A qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing* 33, 182-189.

McNally, S., Ben- Shlomo, Y. & Newman, S. 1999. The effects of respite care on informal carers' well-being: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 21, 1-14.

Meleis, A. 1997. *Theoretical nursing: Development & Progress*. Third edition. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Morin, D. & Leblanc, N. 2005. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *International Journal of Nursing Practice* 11, 214-220.

Morse, J.M. 1991. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research* 40, 120-123.

Munhall, P. 2001a. Phenomenology a method. Teoksessa: Munhall, P. (toim.) *Nursing Research, a qualitative perspective*. Kolmas painos, National League for Nursing. 123–184.

Munhall, P. 2001b. Ethical considerations in qualitative research. Teoksessa: Munhall, P. (toim.) *Nursing Research, a qualitative perspective*. Kolmas painos. National League for Nursing. 537–563.

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tampereensis* 936, Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampereen yliopisto, Tampere.

Muurinen, S. & Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. *Gerontologia* 2, 65-72.

Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Akateeminen väitöskirja. *Annales Universitatis Turkuensis C* 183, Painosalama Oy, Turku.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki. 251-221.

Nieminen, H. & Åstedt-Kurki, P. 1993. Laadullisen tutkimuksen tieteenfilosofisista lähtökohdista - pohdintaa hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulmasta. *Hoitotiede* 5, 194-199.

Nolan, M. & Dellasega, C. 1999. "It's not the same as him being at home" : creating caring partnerships following nursing home placement. *Journal of Clinical Nursing* 8, 723-730.

Nolan, M. & Grant, G. 1992a. Mid-range theory building and the nursing theory - practice gap: a respite care case study. *Journal of Advanced Nursing* 17, 217-223.

Nolan, M. & Grant, G. 1992b. Regular respite, an evaluation of a hospital rota bed scheme for elderly people. Age Concern Institute of Gerontology. Research Paper No 6. London.

Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. 1996a. Understanding family care, a multidimensional model of caring and coping. Open University Press Buckingham. First Published.

Nolan, M., Keady, J. & Grant, G. 1995a. Developing a typology of family care. implications for nurses and other service provides. *Journal of Advanced Nursing* 21, 256-265.

Nolan, M., Keady, J. & Grant, G. 1995b. CAMI: a basis for assessment and support with family carers. *British Journal of Nursing* 4, 822-826.

Nolan, M., Lundh, U., Grant, G. & Keady, J. 2003. Partnerships in family care: understanding the caregiving career. Open University Press, Berkshire, England. 108-128.

Nolan, M., Walker, G. & Nolan, J. 1996. Entry to care: positive choice or fait accompli? Developing a more proactive nursing response to the needs of older people and their carers. *Journal of Advanced Nursing* 24, 265-274.

Orb, A., Eisenhauer, L. & Wynaden, D. 2000. Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship* 33, 93-96.

Paulus, A., van Raak, A. & Keijzerm F. 2005. Informal and formal caregivers' involvement in nursing home care activities: impact of integrated care. *Journal of Advanced Nursing* 49, 354-366.

Perttu, S. 1996. Lyhytaikainen laitoshoidon vanhuksen kotihoidon tukena. Teoksessa: Munnukka, T., Halme, S. & Kiikkala, I. ym. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja. Väestö ja hoitotyön asiantuntijuus.* Hygieia, Kirjayhtymä Oy, Helsinki. 78-90.

Perry, J. 2004. Daughters giving care to mothers who have dementia: Mastering the 3 R's of (re)calling, (re)learning, and (re)adjusting. *Journal of Family Nursing* 10, 50-69.

Perälä, M-L. & Räikkönen, O. 2000. Hoidon laatu omaisten silmin - avun saamiseen ja yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. *Gerontologia* 14, 89-101.

Pett, MA., Lackey, NR. & Sullivan, JJ. 2003. Making sense of factor analysis. The use of factor analysis for instrument development in health care research. Sage Publications Inc, Thousand Oaks, California.

Phillips, L. & Rempusheski, V. 1986. Caring for the frail elderly at home: Toward a theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caregiving. *Advances in Nursing Science* 8, 62-84.

Pihlaja, R. 1991. Avohuollon ja laitoshuollon yhteistyö vanhustyössä. Työkirja. Suomen Kaupunkiliitto, Sairaalaliitto, Suomen Kunnallisliitto, Jyväskylä. 41-42.

Pillemer, K., Suito, J., Henderson, R., Meador, R., Schultz, L., Robinson, J. & Hegeman, C. 2003. A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist* 43, 96-106.

Pietilä, M. & Saarenheimo, M. 2003. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Pinquart, M. & Sörensen, S. 2003. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: A Psychological Sciences and Social Sciences* 58, 112-128.

Primrose, C. & Primrose, W. 1992. Geriatric respite care - Present practise and the potential for improvement. *Health Bulletin* 50, 399-406.

Polit, D. & Beck, C. 2004. Nursing research. Principles and methods. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Polit, D. & Hungler, B. 1999. Nursing Research. Principles and methods. J.B. Lippincott Company, New York.

Rantanen, A., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2006. Tutkimus, opetus ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen – perhehoitotiedettä Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 6, 291-295.

Ryan, A. & Scullion, H. 2000a. Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 32, 626-634.

Ryan, A. & Scullion, H. 2000b. Nursing home placement: An exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing* 32, 1187-1195.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2004. Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Saarenheimo, M. 2006. Autonomia ja voimaantuminen omaishoidossa. Teoksessa: Saarenheimo, M. & Pietilä, M. Yhteinen tehtävä. Ryhmästä

oivalluksia omaishoitoon. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 13. Gummerus Kirjapaino Oy. 15–28.

Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. *Gerontologia* 3, 130-142.

Samuelsson, A., Annerstedt, L., Elmståhl, S., Samuelsson, S-M. & Grafström, M. 2001. Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15, 25-33.

Sandberg, J., Lundh, U. & Nolan, M. 2001. Placing a spouse in a care home: the importance of keeping. *Journal of Clinical Nursing* 10, 406-416.

Sandelowski, M. 2000. Focus on research methods. Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Research in Nursing & Health* 23, 246-255.

Sanford, J.T., Johnson, A.D. & Townsend-Rocchiccioli, J. 2005. The health status of rural caregivers. *Journal of Gerontological Nursing* 31, 25-31.

Sawatzky, J. & Fowler-Kerry, S. 2003. Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 277-286.

Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M. & Dibble, S. 2000. Family caregiving skill: Development of the concept. *Research in Nursing & Health* 23, 191-203.

Schur, D. & Whitlatch, C. 2003. Circumstances leading to placement. A difficult caregiving decision. *Lippincott's Case Management* 8, 187-197.

Sim, J. & Sharp, K. 1998. A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research. *International Journal of Nursing Studies* 35, 23-31.

Simon, C. & Kendrick, T. 2001. Informal carers – the role of general practitioners and district nurses. *British Journal of General Practice* 8, 655-657.

Smith, L., Lawrence, M., Kerr, S. & Lee, K. 2004. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing* 46, 235-244.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF) Yliopistopaino, Helsinki.

Sosiaaliturvan suunta 2003. Sosiaali - ja terveysministeriön julkaisuja 6. ISSN 1236-2050. Helsinki.

Sosiaalihuolto ja Lääkintöhallitus. 1988. Kunnan vanhustenhuolto sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Sosiaalihuollon opas 2/1988.

Stalker, K. 1996. Developments in short-term-care: Breaks and opportunities. Jessica Kingsley, London.

Stoltz, P., Uden, G. & Willman, A. 2004. Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 111-119.

Stull, D., Kosloski, K. & Kercher, K. 1994. Caregiver burden and generic well-being: opposite sides of the same coin? *The Gerontologist* 34, 88-94.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duderstein, P. 2002. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist* 42, 356-372.

Syron, M. & Shelley, E. 2001. The needs of informal carers: a proposed assessment tool for use by public health nurses. *Journal of Nursing Management* 9, 31-38.

Theis, S., Moss, J. & Pearson, M. 1994. Respite for caregivers: An evaluation study. *Journal of Community Health Nursing* 11, 31-44.

Thurmond, V. 2001. The point of triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 33, 243-258.

Tilastokeskus 2004. Tilastotietokannat (verkkodokumentti). Cited on 1st January 2006 from: <http://www.stat.fi/tup/tilastotietokannat/index.html/>

Valokivi, H. 2002. Teoksessa: Lehto, J. & Natunen, K. (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja palvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeeseen. Acta nro 144. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. 15 -30.

Valvanne, J., Backlund, K., Finne-Soveri, H., ym. 2002. Turvallista ja laadukasta elämää ammattitaitoisilla ja oikea-aikaisilla palveluilla. Laitoshoidon kehittämisohjelma vuosille 2002-2004. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, selvityksiä 2002:18. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus.

Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. 1996. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Komiteamietintö, Helsinki.

Virnes, E., Sahala, H., Majoinen, K. & Laukkanen, H. (toim.) 2006. Ikäpolitiikkaa kunnissa. Strategia johtamisen tukena. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

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

Voutilainen, P. & Korpiniitty, S. 1997. Dementoituvan ihmisen hyvä hoito - Omaisen odotukset hoidon laadun kehittämisen perustana. *Hoitotiede* 1, 23-32.

Väestörakenne- ja väestönmuutostilastot (eri vuodet). Tilastokeskus, sarja SVT Väestö. [www.sta.fi](http://www.sta.fi)

Walker, L.O. & Avant, K.C. 2005. Strategies for theory construction in nursing. Fourth edition. Pearson Prentice Hall, New Jersey.

Ward-Griffin, C. & McKeever, P. 2000. Relationships between nurses and family caregivers: Partners in care? *Advances in Nursing Science* 22, 89-103.

Weman, K. & Fagerberg, I. 2006. Registered nurses working together with family members of older people. *Journal of Clinical Nursing* 15, 281-289.

Weman, K., Kihlgren, M. & Fagerberg, I. 2004. Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered nurses' views of their working situation and communication with family members. *Journal of Clinical Nursing* 13, 617-626.

Wiles, J. 2002. Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. *Health and Social Care in the Community* 11, 189-207.

Yin, T., Zhou, Q. & Bashford, C. 2002. Burden on family members. Caring for elderly: A meta- analysis of interventions. *Nursing Research* 3, 199-208.

Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis, A: 349*, Tampere.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki. 152-163.

Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Perhe hoitotyössä -teoria, tutkimus ja käytäntö*, WSOY, Porvoo. 320-330.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Interaction between family members and health care providers in an acute care setting in Finland. *Journal of Family Nursing* 7, 371-390.

Åstedt-Kurki, P., Paunonen, M. & Lehti, K. 1997. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 25, 908-914.



*Liitetaulukko 1. Teoreettisen mallin keskeisten käsitteiden (Phillips & Rempusheski 1986) ja tässä tutkimuksessa tuotettujen käsitteiden sisältökuvaukset (SS)*

---

**Käsite**

**Sisältö**

---

**Tilanteen määrittäminen**

Hoidettavan persoonallinen identiteetti

Omaishoitaja määrittelee hoidettavan persoonallisen identiteetin vertailemalla tämän mennyttä ja nykyistä olemusta toisiinsa. Hoidettava on joko inhimillinen ihminen omine hyvine ja huonoine puolineen tai epäinhimillinen ihminen. Tällöin hän on joko jumaloitu tai stigmatisoitu. (P&R)

*Käsitys hoidettavasta*

*Omaishoitaja arvioi lyhytaikaista laitoshoidoa osana kotihoitoa sen perusteella, millä mielellä hoidettava tulee hoitajaksolle. Hoidettavan olemus koti- ja laitosjaksolla on toinen arvioinnissa vaikuttava tekijä. Hoidettava tulee kotiin kuntoutusjaksolta, lepäämisjaksolta tai säilöjaksolta. (SS)*

Käsitys huolenpitosuhteesta

Omaishoitaja määrittelee käsityksensä huolenpitosuhteesta omien arvojensa, normiensa ja välttämättömänä pitämiensä asioiden perusteella. Hän arvioi ja rajoittaa huolenpitoa erilaisten normien perusteella. Huolenpito voi näyttäytyä avoimena ja suojelevana tai rankaisevana tyylinä. (P&R)

*Omaishoitajan ja hoidettavan keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, miten omaishoitaja kokee huolenpitosuhteen luonteen. Halu olla yhdessä näyttäytyy lämpimänä rakkautena ja menneen suhteen kaipuuna. Omaishoitaja ei tällöin koe hoitavansa toista. Omaishoitajat, jotka kokevat huolenpidon pakkona, kokevat elävänsä huolenpitosuhteessa. Suhde ilmenee arjen järjestelemisenä ja toisen vankina olemisena. Omaishoitaja kuvaa huolenpitämistä yksityishoitajana olemisena, kodin raskaana ilmapiirinä ja julkisen sektorin resurssipulana. (SS)*

**Kognitiiviset prosessit**

Omaishoitajan rooliuskomukset

Omaishoitajan rooliuskomukset sekä omasta että hoidettavan roolista ja vastuista huolenpitosuhteessa. Omaishoitaja voi omaksua esimerkiksi toisen puolesta toimimisen, suojelemisen, sosiaalisesti hyväksyttävän käyttäytymisen tarkkailemisen. Omaishoitaja saattaa odottaa, että hoidettava kohtelee häntä hyvin, osallistuu huolenpitoon ja osoittaa yhteistyökykyä. (P&R)

*Hoitojakson aikaiset tunteet*

*Omaishoitaja saattaa tuntea hoitojakson aikana riipaisevia tai helpottavia tunteita tai pelkästään helpotusta. Helpotuksen tunteet ovat yhteydessä huolenpitosuhteen vaativuuteen. Kaikkein sitovimmassa huolenpitosuhteessa elävät omaishoitajat kokivat jaksonajan helpottavana. Omaishoitaja, joka teki toisen puolesta lähes kaiken kotona, tunsu syyllisyyttä hoitojaksojen käytöstä. Omaishoitajat, jotka halusivat olla yhdessä, kokivat yksinäisyyttä toisen ollessa jaksolla. (SS)*

**Tilanteen määrittämävaihe ja kognitiiviset prosessit vaikuttavat ratkaisevasti huolenpitosuhteen laatuun. (P&R) Omaishoitajan kokemat tunteet hoitojaksojen käyttämisestä ovat yhteydessä suhteen laatuun. (SS)**

---

## Käsite

## Sisältö

---

### Ilmaisualliset prosessit

Omaishoitajan käyttäytymisstrategiat

Omaishoitaja käyttää erilaisia käyttäytymis- ja selviytymisstrategioita ratkoessaan ongelmia ja ristiriitatilanteita. Useimmiten omaishoitaja aloittaa myönteisellä keinolla ratkoessaan pulmia. Valitulla selviytymismenetelmällä on suora yhteys omaishoitajan rooliuskomuksiin ja epäsuora yhteys hoidettavan persoonaan ja käsitykseen huolenpidosta. (P&R)

*Omaishoitajan selviytymisstrategiat*

*Lyhytaikainen laitoshoido on merkittävä selviytyskeino. Se auttaa etenkin omaishoitajaa arkielämän sujumisessa, vapauttaa hänet hoitovastuusta, mutta estää täyden hyödyn saamista. Omaishoitajat käyttävät luovia ongelmanratkaisutapoja luottamalla itseensä ja omaan selviytymiseensä huolenpidon tilanteissa. Asioiden tärkeysjärjestykseen laittaminen ja huumori ovat tärkeitä selviytymiskeinoja. (SS)*

### Arviointiprosessit

Näkemykset

Näkemyksillä tarkoitetaan omaishoitajan kuvausta tai käsitystä todellisuudesta. Omaishoitaja tekee tulkintoja hoidettavan reaktioista huolenpidon tilanteissa. Niiden perusteella hän muokkaa sekä hoidettavan olemusta että käsitystään huolenpidon todellisuudesta. (P&R)

*Näkemykset hoidettavasta*

*Hoitojakson jälkeen omaishoitaja arvioi lyhytaikaishoidon onnistumista hoidettavan olemuksen perusteella. Omaishoitajan näkemyksen mukaan hoidettava on aktiivinen hyötyjä, vakaana pysyjä tai tilapäisesti työläämpi hoitaa. (SS)*

**Arviointiprosesseissa omaishoitaja voi muokata hoidettavan nykyistä olemusta. (P&R ja SS)**

### Huolenpidon dynamiikka

Tämänhetkinen roolimuofo

Omaishoitajat käyttävät useita roolimuofoja huolenpitosuhteessa, mutta hoivaaminen– tukeminen ja tarkkaileminen kontrollointi ovat niistä ilmeisimpiä. Omaishoitajan ollessa hoivaaja–tukija hänen toimintansa perustuu ehdoilta hyväksymiseen. Tarkkailija–kontrollioja on ahdasmielinen ja tiukka. (P&R)

*Omaishoitajan ja hoitajan yhteistyösuhteen edistymisen ja estymisen*

*Omaishoitajan ja hoitajan yhteistyösuhteen edistymisen edellytyksiä ovat, että molemmat pitävät sitä tärkeänä ja välttämättömänä tapana toimia, jotta koti- ja laitoshoido tukevat toisiaan. Omaishoitajalle tarjoutuu mahdollisuus toimia ammattilaisen rinnalla. Yhteistyökumppanit tunnistavat toistensa asiantuntijuuden ja kunnioittavat sitä. Omaishoitajan ja hoitajan yhteistyösuhteen estymisen taustajatuksena on, että perheen kotiasiat eivät kuulu hoitojakson hoitohenkilökunnalle. Perheestä otetaan hoitoon vain hoidettava. Koti- ja laitoshoidot seuraavat toisiaan erillisinä vaiheina perheen elämässä. Kumpikin osapuoli salaa asioita toisiltaan. Edes ystävystyminen ei edistä yhteistyösuhdetta, sillä hoitajat pelkäävät oman ammatillisuutensa tällöin vaarantuvan. (SS)*

*Liitetaulukko 2. Omaishoitajien käyttämät ongelmanratkaisumenetelmät*

	Erittäin hyödyllinen %	Melko hyödyllinen %	Melko hyödytön %	En käytä tätä keinoa %	Yht. n
Laittamalla asiat tärkeys- järjestykseen ja keskittymällä olennaiseen	36	53	9	2	131
Luottamalla omaan kokemukseen ja asiantuntijuuteen	22	55	16	6	130
Muuttamalla kotiympäristö toimivaksi	26	50	11	14	133
Puhumalla ongelmista luotetulle henkilölle	36	40	8	15	132
Miettimällä ongelmaa ja yrittämällä löytää ratkaisu	23	50	17	10	130
Pitämällä hoidettava mahdollisimman aktiivisena	26	45	23	6	133
Saamalla apua ammattilaisilta ja muilta palvelun tuottajilta	34	35	16	15	131
Ennaltaehkäisemällä ongelmat	19	50	16	14	129
Kokeilemalla erilaisia ratkaisumalleja ja löytämällä toimiva	17	50	19	14	131
Etsimällä tietoa ajankohtaiseen ongelmaan	22	45	12	21	133
Olemalla askelen edellä ja suunnittelemalla ennalta	24	43	14	20	131
Luomalla säännölliset rutiinit ja pitäytymällä niissä	20	46	7	27	131
Saamalla käytännöllistä apua perheeltä	17	32	19	32	133
Olemalla luja ja ilmaisemalla odotukset hoidettavalle	13	33	29	25	130

*Liitetaulukko 3. Omaishoitajan käyttämät vaihtoehtoiset menetelmät*

	Erittäin hyödyllinen %	Melko hyödyllinen %	Melko hyödytön %	En käytä tätä keinoa %	Yht. n
Ottamalla päivä kerrallaan	53	32	2	13	134
Näkemällä joka tilanteessa jotain positiivista	36	48	12	4	130
Hyväksymällä asia sellaisenaan	37	42	12	9	130
Uskomalla itseensä ja kykyensä selviytyä	24	55	16	5	130
Syyttelemättä ketään	42	37	8	12	132
Syyttämättä hoidettavaa tilanteesta	49	29	8	14	133
Muistelemalla aikaisempia hyviä aikoja	32	38	11	20	133
Näkemällä asioiden huvittava puoli	22	41	16	21	126
Ajattelemalla muiden huonompaa tilannetta	24	29	23	24	133
Pitämällä tunteet tiukasti hallinnassa	11	34	28	27	128
Unohtamalla ongelmat hetkiseksi unelmoimalla	8	29	23	40	131
Ajattelemalla, että tilanne on parempi kuin aikaisemmin	9	26	25	38	131
Tukeutumalla henkilökohtaiseen uskoon tai vakaumukseen	10	15	8	66	131
Jättämällä ongelma huomiotta	6	12	17	66	126
Kiristelemällä hampaita ja yrittämällä kestää	6	12	28	53	134

*Liitetaulukko 4. Omaishoitajan käyttämät stressinhallintamenetelmät*

	Erittäin hyödyllinen %	Melko hyödyllinen %	Melko hyödytön %	En käytä tätä keinoa %	Yht. n
Koettamalla päästä irti asioista esim. lukemalla	34	46	7	14	132
Varaamalla vapaa-aikaa itselle	10	69	8	13	129
Purkamalla stressiä kävelemällä, uimalla ja liikunnalla	41	32	5	23	129
Etsimällä hoitamisen vasta- painoksi muuta	32	37	6	25	131
Itkemällä kunnolla	13	22	16	49	130
Ilahduttamalla itseä ruualla, alkoholilla, suklaalla	5	19	21	54	131
Käyttämällä rentoutus- menetelmiä, mietiskelyä	6	16	12	66	131
Käymällä vertaistukiryhmässä	4	5	2	89	132
Purkamalla paineita esim. huutamalla	3	5	19	72	130

## ARVOISA OMAINEN

Lähestymme Teitä kunnioittavasti osallistumispyynnöllä tieteelliseen tutkimukseen.

Olemme tekemässä tutkimusta vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta eri vanhainkotien ja Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteistyönä. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa vanhusta kotona hoitavan omaisen / läheisen kokemuksia ja kehittää läheistään hoitavien tuki- ja auttamisjärjestelmää hoidon ja palveluiden parantamiseksi.

Tutkimukseen on saatu asianmukaiset myönteiset lausunnot vanhainkotien eettisiltä toimikunnilta. Kaikki tutkimukseen osallistuvat saavat vastattavaksi oheisen kyselyn. Kaikki antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja siten, että henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa. Vanhainkotien henkilökunta ei saa tietää tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden nimiä.

Vanhusta kotona hoitavana henkilönä Te voitte auttaa hoitamisen ilmiön tutkimisessa. Mielipiteenne saamastanne lyhytaikaisen laitoshoidon palvelusta osana kotihoitoa ovat erittäin arvokkaita. Olette paras asiantuntija kertomaan huolenpitosuhteessanne kokemistanne tyytyväisyyden ja ilon lähteistä samoin kuin omista selviytymiskeinoistanne arjessa. Osallistumalla tähän tutkimukseen autatte kehittämään vanhuspalveluita Teidän tarpeitanne vastaaviksi.

Kiitämme vaivannäöstänne ja siitä, että olette kehittämässä antamillanne tiedoilla vanhusta kotona hoitavien perheiden tukemista ja hoitoa. Mikäli Teillä tulee tutkimukseen liittyen jotain kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä tutkija Sirpa Saliniin, os. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Medisiinarink.3, 33520 Tampere, puh. (03) 3551 6812 työ tai 040 507 9646.

Olkaa hyvä ja palauttakaa täyttämänne kyselylomake kirjekuudessa, jonka postimaksu on maksettu.

**mennessä** oheisessa

## MONET KIITOKSET TEILLE YHTEISTYÖSTÄ

Tampere, kesäkuun 20. päivänä 2006.

---

Päivi Åstedt-Kurki  
Professori  
Hoitotieteen laitoksen  
johtaja  
33014 Tampereen yliopisto

---

Marja Kaunonen  
Dosentti, yliassistentti

---

Sirpa Salin  
Tutkija, THM  
jatko-opiskelija

**KYSELYLOMAKE Teille, joka pidätte huolta läheisestänne kotona ja käytätte lyhytaikaishoitoa osana kotihoitoa**

Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä **yksi**, parhaiten kuvaava vastaus tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan.

1. Sukupuolenne

1. Nainen      2. Mies

2. Ikänne vuosina: \_\_\_\_\_ vuotta

3. Oletteko läheisellenne

1. Puoliso  
2. Tytär  
3. Poika  
4. Muu sukulainen; mikä \_\_\_\_\_  
5. Muu läheinen; mikä \_\_\_\_\_

4. Kuinka tyytyväinen olette elämäänne tällä hetkellä?

1. Erittäin tyytyväinen  
2. Tyytyväinen  
3. Melko tyytyväinen  
4. En kovinkaan tyytyväinen  
5. En ollenkaan tyytyväinen

5. Kuinka usein koette itsenne uupuneeksi läheisenne hoidon vuoksi?

1. Erittäin harvoin  
2. Melko harvoin  
3. Joskus  
4. Melko usein  
5. Erittäin usein

6. Millaiseksi koette oman kuntonne?

1. Erittäin huonoksi  
2. Melko huonoksi  
3. En huonoksi, mutten hyväksikään  
4. Melko hyväksi  
5. Erittäin hyväksi

7. Kuinka usein käytte katsomassa läheistänne hoitojaksolla?

1. En kertaakaan  
2. Yhden kerran hoitojakson aikana  
3. Kahdesta kuuteen kertaan hoitojakson aikana  
5. Joka päivä

8. Missä määrin tunnette itse virkistyväne, kun läheisenne on hoitojaksolla?
1. Erittäin vähän
  2. Melko vähän
  3. Jonkin verran
  4. Melko paljon
  5. Erittäin paljon
9. Miten tervetulleita koitte olevanne läheisenne kanssa, kun saavuitte hoitojaksolle?
1. Ei lainkaan tervetulleita
  2. Ei kovinkaan tervetulleita
  3. Jonkin verran tervetulleita
  4. Melko tervetulleita
  5. Erittäin tervetulleita
10. Kuinka hyvin osaston hoitohenkilökunta tiesi teidän kotitilanteestanne hoitojakson alkaessa?
1. Erittäin huonosti
  2. Melko huonosti
  3. Ei huonosti eikä hyvin
  4. Melko hyvin
  5. Erittäin hyvin
11. Kuinka hyvin osaston hoitohenkilökunta kuunteli, mitä teillä on sanottavaa läheisenne tilanteesta?
1. Erittäin huonosti
  2. Melko huonosti
  3. Ei huonosti eikä hyvin
  4. Melko hyvin
  5. Erittäin hyvin
12. Kuinka hyvin mietitte yhdessä omahoitajan kanssa läheisenne hoitojakson tavoitteita?
1. Erittäin huonosti
  2. Melko huonosti
  3. Ei huonosti eikä hyvin
  4. Melko hyvin
  5. Erittäin hyvin
13. Tulitteko erityisen tutuksi jonkun hoitotyöntekijän kanssa osastolla?
1. Kaikki jäivät melko tuntemattomiksi
  2. Kaikki tulivat jonkin verran tutuiksi
  3. Yksi tuli erityisen tutuksi
  4. Yksi tuli erityisen tutuksi ja tunsitte yhteenkuuluvuutta hänen kanssaan
  5. Kaikki tulivat hyvin tutuiksi
14. Kuinka hyvin teille annettiin tietoa läheisenne jatkohoidosta hänen siirtyessään hoitojaksolta kotiin?
1. Erittäin huonosti
  2. Melko huonosti
  3. Ei huonosti eikä hyvin



4. Melko hyvin
5. Erittäin hyvin

15. Kuinka hyvin osaston hoitohenkilökunta on tiedustellut Teiltä, kuinka jaksatte ja selviätte?

1. Erittäin huonosti
2. Melko huonosti
3. Ei huonosti eikä hyvin
4. Melko hyvin
5. Erittäin hyvin

16. Millaiseksi arvioitte läheisenne toimintakyvyn hoitojakson jälkeen kotona?

1. Paljon huonompi kuin ennen hoitojaksoa
2. Vähän huonompi kuin ennen hoitojaksoa
3. Ennallaan
4. Vähän parempi hoitojakson jälkeen
5. Paljon parempi hoitojakson jälkeen

17. Millaiseksi arvioitte läheisenne mielialan hoitojakson jälkeen kotona?

1. Paljon huonompi kuin ennen hoitojaksoa
2. Vähän huonompi kuin ennen hoitojaksoa
3. Ennallaan
4. Vähän parempi hoitojakson jälkeen
5. Paljon parempi hoitojakson jälkeen

**Seuraavat kysymykset koskevat läheistänne, josta pidätte huolta / hoidatte kotona**

18. Hoitamanne läheinen on

1. Nainen
2. Mies

19. Hoitamanne läheinen on iältään \_\_\_\_\_ vuotta

20. Hoitamanne läheinen

1. Asuu yksin
2. Yhdessä teidän kanssanne

21. Minkälainen on mielestänne hoitamanne läheisen tämänhetkinen terveydentila?

1. Erittäin huono
2. Melko huono
3. Tyydyttävä
4. Melko hyvä
5. Erittäin hyvä

22. Hoitamallanne läheisellä on dementia

1. Kyllä
2. Ei

23. Millaisia palveluita käytätte kotona pärjäämisen tukena? Ympyröikää kaikki käyttämäne palvelumuodot.

1. Kodinhoitajan palvelut
2. Kotisairaanhoidajan palvelut
3. Päiväkeskus- palvelut
4. Ateriapalvelu
5. Kauppapalvelu
6. Muu, mikä \_\_\_\_\_

24. Läheisenne tarvitsee apuanne \_\_\_\_\_ tuntia päivittäin.

25. Kuinka pitkään olette hoitanut läheistänne? Noin \_\_\_\_\_ vuotta

26. Mikä mielestänne hankaloittaa eniten hoitamanne läheisen kotona selviytymistä tällä hetkellä?

---

---