

Ranta-aho Elina & Saarijärvi Sanna-Maija
YLI 63-VUOTIAIDEN PUOLISOAAN HOITAVIEN
KOKKOLANSEUDUN OMAISHOITAJIEN TERVEYS

Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2013

TIIVISTELMÄ

Yksikkö Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö, Kokkola	Aika Tammikuu 2013	Tekijä/tekijät Elina Ranta-aho Sanna-Maija Saarijärvi
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Yli 63-vuotiaiden puolisoaan hoitavien Kokkolanseudun omaishoitajien terveys		
Työn ohjaaja Soili Vuollo	Sivumäärä 56 + 4	
Työelämäohjaaja Kaarina Niemi, Marjo Salmi		
<p>Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kanssa. Tutkimus sisältyi RAY:n rahoittamaan TOIMIVA-hankkeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi yli 63-vuotiaat puolisoaan hoitavat Kokkolanseudun omaishoitajat kokevat terveydentilansa ja millainen se perussairauksien, fysiologisten mittausten ja laboratorioarvojen osalta on. Tavoitteena oli saada tietoa omaishoitajille suunnattujen palveluiden kehittämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin triangulaationa, eli käytimme sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Tiedonkeruumenetelminä käytimme terveystarkastusta, jolla kartoitettiin terveyteen liittyviä tekijöitä. Lisäksi suoritimme terveystapaamisen, jossa terveystarkastus käytiin tutkittavien kanssa läpi ja tutkittaville tehtiin fysiologisia mittauksia. Tutkimukseen liittyi myös laboratoriokokeet.</p> <p>Tuloksista nousi esille, että omaishoitajat kokivat omaishoidon psyykkisesti erittäin raskaaksi. Oma jaksaminen ja sosiaalisten kontaktien rajoittuminen olivat suurimpia huolenaiheita. Fyysisiä sairauksiakin oli, mutta niiden koettiin pääosin olevan hyvässä hoitotasapainossa eikä niitä koettu kovinkaan ongelmallisiksi.</p>		

Asiasanat

omaishoitaja, omaishoitajuus, omaishoitajien terveys, omaishoito, terveys, triangulaatio

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date January 2013	Author Elina Ranta-aho Sanna-Maija Saari-järvi
Degree programme Nursing		
Name of thesis Over 63-Year Old Family Care Givers', Taking Care of Their Spouse, Health in Kokkola Region		
Instructor Soili Vuollo	Pages 56 + 4	
Supervisor Kaarina Niemi, Marjo Salmi		
<p>This thesis was carried in co-operation with Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. The study was part TOIMIVA- project funded by RAY. The purpose of this thesis was to find out what over 63-year old family care givers experience their health condition to be and what is it like from the point of view of health questionnaires, physiological results of measurements and laboratory readings. The aim was to get information for developing services channeled to family care-givers.</p> <p>The thesis was carried through as triangulation so we used both qualitative and quantitative research method. As data collecting method we used health questionnaire which we used to survey factors related to health. In addition we conducted a health meeting in which we went through the health questionnaire and we conducted physiological measurements. Laboratory tests were also included in the study.</p> <p>What came up from the results was that family caregivers experienced family care giving mentally heavy. Own managing and limitation of social contacts were the greatest subjects of worry. Family care givers had also some physical conditions but they were mainly in good balance and were not felt to be a problem.</p>		
Key words family caregivers, family caregivers' health, family caregiving, health, triangulation		

SISÄLTÖ
TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	OMAISHOITAJUUS	3
2.1	Omaishoitaja.....	3
2.2	Omaishoitosuhte.....	5
2.3	Omaishoito palvelujärjestelmässä.....	7
2.4	Kokkolan vanhustenhuoltostrategia 2015	8
3	IKÄÄNTYNEEN TERVEYS.....	10
3.1	Biologinen vanheneminen.....	10
3.2	Fyysinen vanheneminen.....	11
3.3	Psyykkinen vanheneminen	15
3.4	Sosiaalinen vanheneminen.....	17
3.5	Elämäntapojen vaikutus terveyteen	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
5	TRIANGULAATIO TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	21
6	TUTKIMUSAINESTON KERUU.....	23
7	TUTKIMUSAINESTON ANALYSOINTI.....	25
8	TULOKSET.....	27
8.1	Fysiologiset mittaukset	28
8.2	Terveydentila	28
8.3	Psyykkinen hyvinvointi.....	32
8.4	Omaishoitajuus	33
9	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	37
10	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	41
11	POHDINTA	45
11.1	Prosessi.....	45
11.2	Oma ammatillinen kasvu ja kehitys.....	49
12	LÄHTEET	51
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Yli miljoona suomalaista auttaa omaistaan päivittäisissä toimissa tavalla tai toisella. Valtaosa heistä ei kuitenkaan miellä olevansa omaishoitaja. Pääasiallisia omaishoitajia lasketaan Suomessa olevan noin 300 000. (Valkonen 2011, 18–19.)

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Lain mukaan omaishoitaja on hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. (Laki omaishoidontuesta 2005/937.) Omaishoitajuus ei kuitenkaan ole lakiin sidottu, ja suurin osa omaishoitajista onkin tuen piiriin kuulumattomia. Koko maassa omaishoitosopimuksen tehneitä hoitajia on 36 000. (Valkonen 2011, 18–19.)

Omaishoito on vaativaa ja sitovaa työtä, joka usein kuormittaa hoitajan fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Etenkin tilanteissa, joissa sekä hoitaja että hoidettava ovat ikääntyneitä, tämä korostuu. Omaishoitajista puolet on hoidettavien puolisoita ja yli puolet omaishoitajista on yli 65-vuotiaita. Omaishoitajien terveys onkin muuta väestöä heikompi. (Kröger, Voutilainen, Elomaa, Löfgren, Väänänen, Lahermaa, Äimälä, Makkula, Luomajärvi, Siitonen, Hämäläinen & Jalkanen 2008; Lamminen 2011; Valkonen 2011, 18–19; Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela 2011.)

Kun hoitoajat lyhenevät ja väestö ikääntyy, potilaan ja läheisen oma vastuu lisääntyy koko ajan, samalla myös omaishoitajuus lisääntyy. On kuitenkin otettava huomioon omaisten halu ja jaksaminen hoitaa potilas kotona. Jos omaishoitajaa ja hänen jaksamistaan ei hoideta ja tueta, saadaan uusi hoidettava. (Pihlajamäki 2011;

Paavilainen 2011; Herranen 2011.) Siksi omaishoitajat tarvitsevat yksilöllistä tukea ja apua. Monesti huomio keskittyy vain hoidettavaan. (Lamminen 2011.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa omaishoitajien terveydentilaa. Teimme tutkimuksen yhteistyössä Kokkolanseudun Omaishoitajat ja läheiset ry:n kanssa. Tutkimus sisältyi RAY:n rahoittamaan TOIMIVA-hankkeeseen. Tavoitteenamme oli saada tietoa, jonka avulla yhdistys voisi kehittää omaishoitajille suunnattua toimintaa. Valitsimme kohderyhmäksi yli 63-vuotiaat puolisoaan hoitavat Kokkolanseudun omaishoitajat. Käytimme opinnäytetyössä triangulaanista tutkimusmenetelmää.

2 OMAISHOITAJUUS

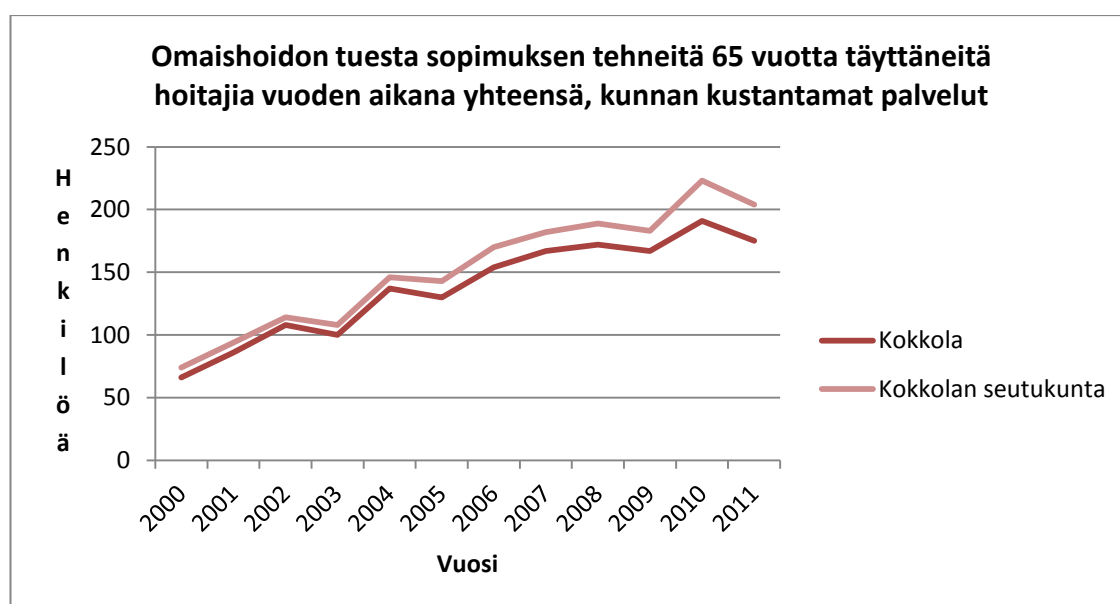
2.1 Omaishoitaja

Omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairauden, vammaisuuden tai muun erityisen hoivan tarpeen vuoksi ei selviydy arjestaan omatoimisesti. (Omaishoitajien liitto ry, n.d.; Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela, 2011.) Omaishoitotilanne voi kehittyä hitaasti hoidettavan avuntarpeen lisääntymisen seurauksena, tai äkillisesti onnettomuuden tai sairaskohtauksen seurauksena. Lainsäädännössä omaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen hoidettavan kotikunnan kanssa (Laki omaishoidontuesta 2005/937).

Omaishoitaja on oikeutettu hakemaan hoidettavan henkilön kotikunnalta omaishoidontukea, joka on määrärahasidonnainen etuus omaishoitajille (Laki omaishoidontuesta 2005/937). Omaishoidon tukeen sisältyy omaishoitajalle hoitopalkkio, jonka määrä riippuu hoidon sitovuudesta. Omaishoitaja on lisäksi oikeutettu kolmen vuorokauden mittaiseen vapaaseen kuukaudessa, jos hän on kuukauden aikana sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti. Lisäksi kunta voi kustantaa omaishoitajalle enemmän vapaata ja alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita. Eläke- ja tapaturmavakuutus sekä sosiaalipalvelut kuuluvat omaishoidon tukeen. Omaishoitajan tuen tarve ja tukimuodot kartoitetaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä. Hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan omaishoitajan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö. (Kaivolainen ym. 2011; Suomen kuntaliitto 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Omaishoitotilanteen olemassaolo ei kuitenkaan ole riippuvainen virallisesta tuesta, ja suurin osa omaishoitajista onkin tuen piiriin kuulumattomia. Suomessa ympärivuorokautisesti sitovaa ja vaativaa omaishoitoa tekeviä omaishoitajia arvioidaan olevan noin 60 000, joista tuen piirissä on noin 36 000 omaishoitajaa. Lähes puolessa (48 %) omaishoitotilanteista hoidettava on puoliso. Suomessa sairaan puolison hoitaminen koetaan moraalisesti hyvin velvoittavaksi, vaikka hoitovelvoitetta ei lainsäädännössä ole. (Kaivolainen ym. 2011.)

Vuonna 2011 omaishoidon tuen piirissä Kokkolanseudulla oli 204 yli 65-vuotiasta omaishoitajaa (KUVIO 1). (Kaakinen 2007; Sotkanet 2012.) Omaishoitajista 44 % on 65 vuotta täyttäneitä ja tutkimusten mukaan 42 % omaishoitajista ei pidä lakisääteisiä vapaita lainkaan. Toimenpiteenä on ottaa uusia tuen saajia omaishoidon tuen piiriin vähintään viisi. (Kaakinen 2007.)



KUVIO 1. Omaishoitosopimuksen tehneet yli 65-vuotiaat omaishoitajat. (THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2012)

Suhtautumistapoja omaishoitajiin on monia: omaishoitajaa voidaan pitää resurssina, yhteistyökumppanina, kanssa-asiakkaana ja korvattavana tai irrotettavana

voimavarana. Roolit voivat vaihdella ja mennä päällekkäin. Resurssina omaishoitajaa pidetään kotona hoitajana, sairaalassa "vahtina", rauhoittelijana tai lisäresurssina, jos potilas on sairaalassa haastava tai kaipaa jatkuvaa valvontaa. Näin ylimääräistä lisähenkilökuntaa ei tarvita sairaalan puolesta. Joskus omaishoitaja on jopa "pakotettu" omaishoitajaksi. (Pursiainen 2011.)

Kun omaishoitajaa pidetään irrotettavana, hoitosuhde on yleensä ylivoimainen. Tällöin hoidettavan ja hoitajan kunto eivät kohtaa, eli hoidettava on esimerkiksi liian raskas hoidettava tai hoitajan kunto ja jaksaminen eivät riitä. Kokemuksia mitätöinnistä on joka kolmannella omaishoitajalla. Heillä luottamus julkisen sektorin palveluihin on mennyt, koska he kokivat, ettei omaishoitajalla ole oikeutta sanoa mitään hoidettavan hoitoon. Omaishoitajat kokevat, etteivät he saa osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon, eivätkä he saa tietoa hoidettavan tilasta. Omaishoitajat kokevat myös heidän antamansa tiedon mitätöintiä. Mitätöintiä esiintyy erityisesti muistisairasta hoitavan omaishoitajan kohdalla. (Pursiainen 2011.)

Yhteistyökumppanina omaishoitaja toimii yhteistyössä lääkärin, hoidettavan ja hoitajan kanssa. Keskustelu on dialogista ja pyrkii yhteisymmärrykseen ja yhteisiin päätöksiin. Yhteistyökumppanin roolissa myös omaishoitajan tarpeet otetaan huomioon. Omaishoitajaa voidaan pitää hoidettavan kanssa kanssa-asiakkaana. Omaishoitajaa valmennetaan tulevaan tehtäväänsä, omaishoitaja kohdataan ihmisenä ja omaishoitajan tarpeet ovat etusijalla. (Pursiainen 2011.)

2.2 Omaishoitosuhte

Omaishoitajuuteen lähdetessä hoidettavan kunto on usein vielä hyvä, eikä omaishoitajaksi ryhtyvä useinkaan tiedä hoidettavan sairauden laatua, kehittymis-

tä tai sairauteen liittyviä ongelmia. Hoitaminen koetaan velvollisuudeksi, vaikka se on vapaaehtoista. Usein puoliset perustelevat hoitamistaan sillä, että avioliittoa solmittaessa on luvattu kantaa vastuu ja sitoutua. Suomalaiset ikäihmiset ovat sitkeitä, eivätkä he halua valittaa usein edes lähimmäisilleen. Omaishoidon tukeakin lähdetään hakemaan vasta omaishoidon raskaimmassa vaiheessa, jolloin omaishoitajan jaksaminen on jo vaaravyöhykkeellä. (Lipponen 2008; Kaivolainen ym. 2011.)

Lipponen (2008) on tutkinut omaishoitajien kokemuksia omaishoitotilanteen kuormittavuudesta. Useimmat omaishoitajat kokivat elämänsä kutistuneen neljän seinän sisään. Ystäväpiiri oli harventunut, koska ei ollut mahdollisuutta tavata muita ihmisiä tai osallistua yhteisiin toimintoihin niin usein kuin ennen. Lisäksi sitovuus hoidettavaan koettiin raskaana. Hoitovastuu painoi omaishoitajia 24 tuntia vuorokaudessa, ja jatkuva varuillaan olo tuntui uuvuttavalta. Hoitaminen rytmitti kaikkea elämää, ja se oli raskasta niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Useimmat omaishoitajat kertoivat yölläkin auttavansa parin tunnin välein hoidettavaa ja kokivat jatkuvan univelan aiheuttavan itsessään uupumusta, ärsyyntymistä, keskittymiskyvyttömyyttä ja ilottomuutta. Kaikki omaishoitajat olivat kokeneet masennusta sekä arvostuksen ja tuen puutetta. Etenkin viranomaisten kanssa oli ollut hankaluuksia. Vuosia kestäneet taistelut omista oikeuksistaan olivat uuvuttavia ja loivat heille ”hankalan henkilön” leiman. Kun palveluita lopulta saatiin, ne olivat usein riittämättömiä.

Sitoutuminen omaishoittoon oli hyvin vahvaa ja omaishoitajat asettivat aina hoidettavan tarpeen omiensa edelle. Usea omaishoitaja jätti hänelle kuuluvan loman käyttämättä, koska hoidettava ei halunnut laitoshoittoon tai omaishoitaja piti laitoksen tarjoaman palvelun laatua heikkona. Moni omaishoitaja ei myöskään halunnut pyytää apua lapsilta, koska he ajattelivat lapsilla olevan omia kiireitä. He eivät myöskään halunneet kertoa todellista tilannetta lapsilleen. He ajattelivat,

etteivät lapset ymmärtäisi hoidettavan sairauden vakavuutta ja hoidon raskautta. Puolisoiden välinen parisuhde oli muuttunut hoitaja-potilas-suhteeksi ja omaishoitajat kokivat olevansa tilanteessa yksin. (Lipponen 2008.)

Myönteiseksi omaishoitajat kokivat tunteen, jonka saivat auttamisesta. He kokivat tekevänsä arvokasta ja merkityksellistä työtä ja pitivät huolta lähimmäisestään. He olivat hyvin perillä omaisensa asioista, mikä mahdollisti tasavertaisemman keskustelun lääkärin kanssa ja antoi luottamusta omiin näkökulmiin. (Lipponen 2008.)

2.3 Omaishoito palvelujärjestelmässä

Kunnan näkökulmasta omaishoito on erittäin edullinen hoidon järjestämisen vaihtoehto. Omaishoidontuen piirissä olevat omaishoitajat saavat raskaasta työstään hoitopalkkiota keskimäärin 420 euroa kuukaudessa (v. 2009), mikä on noin 40 % koko tuen kustannuksista kunnalle. Omaishoidossa olevan laitoshoitokuntoisen hoidettavan kustannukset kunnalle ovat noin 12 000 euroa vuodessa. Laitoshoidon maksu on vastaavassa tilanteessa noin 150 euroa vuorokaudessa, eli 55 000 euroa vuodessa. Omaishoidolla tehtävä työ tuo säästöä kunnalle arviolta 43 000 euroa vuodessa yhtä laitoksessa hoidettavaa kohti. Omaishoitajat ovat taloudellisesta näkökulmasta arvioituna hyvin merkittävä voimavara hoitotyössä. (Kaivolainen ym. 2011.)

Vaikka omaishoidon taloudelliset vaikutukset tiedostetaan varsin hyvin, palvelujärjestelmä ei kuitenkaan ole kehittynyt kotihoitoa tukevaksi. (Kaivolainen ym. 2011). Jokitalon (2011) sosiaaliasiamies selvityksen mukaan Kokkolassa omaishoidon määrärahat eivät riittäneet vuonna 2011 ja kielteisiä päätöksiä tehtiin 39, vaikka hakija olisi täyttänyt omaishoidon kriteerit. Kaikki kielteisen päätöksen saaneis-

ta olivat yli 65-vuotiaita. Sosiaaliasiamiehen tekemän selvityksen mukaan Kokkolan alueella tilanne on vakava, koska vuodelle 2011 määrärahat riittivät vain voimassaolevien sopimusten hoitamiseen.

Kunnan palvelujärjestelmässä omaishoidon merkitys kuitenkin kasvaa (Kaivolainen ym. 2011; Lamminen 2011; Omaishoitajat ja läheiset liitto ry n.d.). Tavoitteena on, että vain 3 % yli 75-vuotiaista olisi tulevina vuosina laitoshoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Kun laitoshoidon määrä vähenee, ei kotona hoitamisen yhtälöä voi ratkaista ilman omaishoidon kasvavaa osuutta ja merkitystä. Lain mukaan ketään ei voi pakottaa omaishoitajaksi. Jos omaishoitotilanteissa vedottaisiin tähän ja jätettäisiin hoitoratkaisut kuntien vastuulle, mitkään laitospaikat eivät riittäisi hoitovelvoitteen toteuttamiseen. Jos yhden sitovaa ja vaativaa omaishoitotyötä tekevän henkilön tilalle jouduttaisiin palkkaamaan kotiin hoitohenkilökuntaa, tarvittaisiin viisi hoitajaa. (Kaivolainen ym. 2011; Lamminen 2011.)

2.4 Kokkolan vanhustenhuoltostrategia 2015

Vuosiin 2015 ja 2020 mennessä yli 65-vuotiaiden vanhusväestön määrä kasvaa rajusti. Vanhusväestön määrä lähes 1,5-kertaistuu joka ikäryhmässä. Kokkolan vanhustenhuolto 2015 –strategian tavoitteina ja toimenpiteinä on, että vuonna 2015 Kokkola on hyvä, turvallinen ja mieluisa asumiskaupunki ikäihmisille. Ikäihmisten hyvinvointi perustuu laadukkaisiin palveluihin, kaksikieliseen ja monipuoliseen kulttuuriin, sekä erityisesti turvalliseen ja viihtyisään elinympäristöön. Vanhustenhuollon perustehtävänä on edistää ikääntyvien kokkolalaisten hyvinvointia ja kehittää vanhuspalveluja moniammatillisena työnä. Ikääntyneiden elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista tuetaan vanhustenhuollon palveluilla. Vanhustenhuollon kokonaisuus rakentuu joustavasta ja toimivasta hoitoketjusta. (Kaakinen 2007.)

Palvelurakenne perustuu kotona asumisen ensisijaisuuteen. Turvallista kotona asumista kehitetään monipuolisilla avohoidon palveluilla, omaishoidon tukea kehittämällä, ennaltaehkäisevällä toiminnalla ja palvelutarpeiden jatkuvalla ennakoinnilla. Vanhustenhuollon henkilöstön riittävästä henkilökunnan mitoituksesta huolehditaan ja siinä huomioon otetaan asiakkaiden toimintakyky ja hoidon tarve. Hyvinvointia lisäävät toimet, joilla tuetaan henkisen ja fyysisen hyvinvoinnin lisääntymistä tai joilla ehkäistään tai vähennetään hyvinvointia heikentäviä seikkoja, parantavat elämänlaatua ja säästävät korjaavien hoitopalvelujen tarvetta. Ennaltaehkäisyn vaikuttavuutta voidaan parantaa toimenpiteiden oikealla kohdentamisella, toimintojen monipuolisuudella ja niiden pitkäjänteisellä systemaattisella toteutuksella. Erilaisten järjestöjen ja yhdistysten osuus on merkittävä ennaltaehkäisevässä toimintakykyä sekä henkistä vireyttä ylläpitävässä toiminnassa. (Kaa-kinen 2007.)

3 IKÄÄNTYNEEN TERVEYS

Terveys määritellään yleisimmin sairauden puuttumisena, voimavarana, toimintakyknä, fyysisenä kuntona, psyykkisenä hyvinvointina ja terveyskäyttäytymisenä. Terveysteen voidaan liittää myös kyky säilyttää sosiaalisia suhteita ja kyky pysyä auttamaan muita. (Lauri & Elomaa 1999, 63; Leinonen 2008, 229–230.) Hoitotieteen näkökulmasta korostetaan ihmisen omaa näkemystä ja kokemusta terveydestään (Lauri & Elomaa 1999, 64). Erityisesti iäkkäät painottavat psyykkis-sosiaalista hyvinvointia enemmän kuin sairauden puuttumista. (Leinonen 2008, 229–230.) Vanheneminen on luonnollinen osa elämänkaarta ja terveyttä. Vanheneminen voidaan jaotella biologiseen, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen vanhenemiseen. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006.)

3.1 Biologinen vanheneminen

Vanhenemisilmiöt ovat yksittäisten solujen muutoksia, niiden kemiallisten reaktioiden hidastumista ja solujen jakautumisten harvinaistumista. Primaari vanheneminen voidaan määritellä myös iän karttumista seuraavaksi fysiologisten toimintojen lisääntyväksi huononemiseksi, kuten esimerkiksi hapenkulutuksen, sydämen ja verenkierron toiminnan, lihaksen massan ja voiman, muistin, reaktioajan, ihon ja keuhkojen elastisuuden sekä näön alenemiseksi. Primaari vanheneminen johtaa vähentyneeseen stressinsietokykyyn sekä kasvavaan sairastumisalttiuteen. (Heikkinen 2008; Portin 2008.)

Sekundaarinen vanheneminen johtuu sairauksista, ympäristötekijöistä, kuten esimerkiksi tupakoinnista, fyysisestä inaktiivisuudesta ja uv-säteilystä. Vanheneminen, sairaudet ja toiminnanvajauden ovat vuorovaikutussuhteessa keskenään.

Prosessien taustalla ovat elämäntavat, joiden aiheuttaman fysiologiset vaikutukset kohdistuvat sairauksiin, toimintakykyyn sekä vanhenemiseen. Vaikuttaviin tekijöihin luetaan ravinto, liikunta, tupakointi, alkoholi, sekä muut elintavat, kuten unen määrä ja harrastustoiminta. (Heikkinen 2008.)

Perusveren kuvasta (B-PVK) saa yleiskuvan verisoluista ja hemoglobiinista. Perusveren kuvaan kuuluvat hemoglobiini (B-Hb), punasolujen määrä (B-Eryt), hematokriitti (B-HKR), punasoluindeksit, valkosolut, (fB-leuk) sekä trombosyytit (B-Tromb). Perusveren kuvan avulla voidaan todeta monia eri sairauksia. Se voidaan tutkia esimerkiksi silloin, jos potilaalla on väsymystä, vatsakipuja tai mustelma-
taipumusta. Veren puna- ja valkosolujen muutokset voivat kertoa myös raudan tai jonkin vitamiinin puutteesta. (Eskelinen 2012.)

3.2 Fyysinen vanheneminen

Fyysinen vanheneminen tarkoittaa elimistön toimintojen hidastumista. Fyysistä vanhentumista ei voi estää, joten se tulisi nähdä luonnollisena osana ihmisen elämänsä kaarta. Fyysistä vanhenemista voidaan kuitenkin hidastaa terveillä elämäntavoilla, kuten liikunnalla ja terveellisellä ravinnolla. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Kun ihminen ikääntyy, hermoston toiminta heikkenee. Ikääntynyt kestää nuoria huonommin kuumuutta, kylmyyttä, fyysistä räsytystä, hapenpuutetta, sairauksia ja vaikeita traumoja. (Vallejo Medina ym. 2006.) Myös aistitoiminnoissa tapahtuu rappeutumista ikääntymisen myötä. Näön heikentyminen alkaa jo 40–50 vuoden iässä, koska silmän mykiö menettää kimmoisuuttaan ja kovettuu. Tämä heikentää etenkin lähinäköä. Usein myös kyynelnesteen erityks heikkenee, jolloin silmän pinta kuivaa ja aiheuttaa silmälle erilaisia ongelmia. Lisäksi näön heikkeneminen liittyy moniin sairauksiin, kuten esimerkiksi diabetekseen, glaukoomaan, harmaa-

kaihiin ja aivoverenkiertohäiriöihin. (Hyvärinen 2003, 155–163; Vallejo Medina ym. 2006.)

Ikääntymisen myötä aistitoiminnoista kuulo heikkenee. Arviolta 25–30 % eläkeikäisistä kärsii huonontuneesta kuulosta. Vanhuuden huonokuuloisuus eli presbyakusia johtuu sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen heikkenemisestä. Sisäkorvan simpukan karvasolut surkastuvat, jolloin etenkin korkeiden äänien kuuleminen hankaloituu. 70-vuotiaalla saattaa olla jopa puolet karvasoluisista tuhoutunut. Myös meluvauriot ovat saattaneet aiheuttaa kuulon alenemaa, mutta sitä ei pidetä luonnollisena ikääntymiseen kuuluvana asiana. (Sorri & Huttunen 2003, 143–154; Vallejo Medina ym. 2006.)

Ikääntymisen myötä hankaluuksia ilmenee tasapainon kanssa. Tämä johtuu sisäkorvan tasapainoelimen rappeutumisesta, mutta tasapainoelin vastaa kuitenkin vain noin 60 % tasapainon säätelystä. Tasapainoa edesauttaa näköaisti sekä lihasten ja jalkapohjien tuntoaisti. Mutta koska ikääntyneen kaikki aistit heikkenevät, kaatumisia tulee paljon. Lisäksi useat sairaudet vaikuttavat tasapainon hallintaan, kuten esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöt, Parkinsonin tauti, diabetes sekä erilaiset tuki- ja liikuntaelinvaivat. (Pajala, Sihvonen & Era 2003, 123–142; Vallejo Medina ym. 2006.) Ikääntymisen myötä lihasmassa vähenee ja nivelten liikkuvuus on rajoittuneempaa. Tämä hankaloittaa liikkumista, ja aiheuttaa erityisesti nivelten kipuja. (Sipilä & Rantanen 2003, 99–109.)

Ruoansulatuskanavan rakenteen ja toiminnan muutokset aiheuttavat erilaisia ongelmia ruoansulatuselimistöön, kuten takaisinvirtausoireita tai suolen toiminnan hidastumista (Vallejo Medina ym. 2006). Myös hengityselimistö altistuu ikääntymisen myötä erilaisille ongelmille, kuten infektioille, sillä yskänheijaste heikkenee ja eivätkä keuhkot ole yhtä toimintakykyiset kuin ennen. Hengityslihasten heikkous ja rintakehän jäykkyys pienentävät hengitysvirtausta ja keuhkojen vitaalika-

pasiteettia. (Sipilä & Rantanen 2003, 99–109; Kallinen 2003, 110–116; Vallejo Medina ym. 2006.)

Riski erilaisille sydän- ja verisuonisairauksille lisääntyy, kun sydämen maksimaalinen suorituskyky heikentyy. Ikääntymisellä on vaikutusta esimerkiksi verenpaineeseen. Verenpaineen voidaan katsoa olevan normaali, kun arvot ovat alle 130/85. Sen ylimenevät tulokset merkitsevät kohonnutta verenpainetta. (Mustajoki 2011a; Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006; Kallinen 2003, 110-116.)

Ongelmia saattaa ilmetä myös virtsarakon suhteen. Virtsarakko ei enää veny kunnolla, joten sen tilavuus pienenee. Lihasvoiman heikentyessä lantionpohjan ja rakkoa tukevat lihakset veltostuvat. Tämä johtaa siihen, ettei rakko tyhjene kunnolla, jolloin rakkoon jää jäännösvirtsaa. Muutokset aivokuoressa ja hermostossa vaikuttavat virtsaamiseen heikentämällä virtsaamisrefleksiä ja virtsaamisen säätelyä. Miehillä suurentunut eturauhanen saattaa haitata virtsaamista. Myös hormonitasapainoissa tapahtuu muutoksia. Hormonitoimintojen heikentyessä sukupuolten välinen hormonaalinen ero kaventuu. Naisille tulee maskuliinia piirteitä, kun taas miehille voi tulla feminiinisiä piirteitä. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Ikääntyneen iho uusiutuu hitaasti, koska ihon pintakerroksen verenkierto on hidastunut ja ihonalainen rasvakerros on ohentunut. Verenkierron muutosten myötä ihosta tulee kalpea, haavat paranevat hitaasti ja ihon lämmönsäätely heikentyy. Ihosta tulee herkempi erilaisille vaurioille, kuten auringon polttamille. Ikääntyneen iho alkaa olla ryppyinen kimmoisuuden vähentymisen seurauksena ja kuiva talirauhasten vähentymisen vuoksi. Kaikki ihon muutokset eivät kuitenkaan johdu vanhenemisestä, vaan myös ympäristöllä on merkitystä. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Ikääntymisen myötä painon nousu on yleistä, koska rasvan määrä kehossa lisääntyy. Lihavuus on lisääntynyt sekä keski-ikäisillä että yli 65-vuotiailla viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Lievä ylipaino ei näytä riskiä sairastua ylipainosta johtuviin sairauksiin mikäli lihaskunto on hyvä. (Suominen 2003, 96.)

Painoindeksillä eli BMI:llä (Body Mass Index) tarkoitetaan painon suhdetta pituuden neliöön. Normaalin painoindeksin alue on 18,5–25. Painoindeksin ollessa yli tai alle tämän alueen, sairauksien riskien määrä suurenee. Yli 70-vuotiailla painoindeksi voi olla yli 25 ilman että sairauksien vaara suurenee. Painoindeksi 25–30 merkitsee ylipainoa eli lievää lihavuutta, 30–35 merkittävää lihavuutta ja 35–40 vaikeaa lihavuutta. (Mustajoki 2011b.) Optimaaliset BMI-rajat ovat iäkkäillä todennäköisesti korkeampia kuin keski-ikäisillä ja nuorilla aikuisilla (Suominen 2003, 96).

Vanhenemisen myötä ihonalaista rasvaa kertyy enemmän keskivartaloon kuin raajoihin. Lisäksi ihonsisäinen, sisäelinten ympärille ja lihaksiin kertyvä rasva lisääntyy suhteessa ihonalaiseen rasvaan. (Suominen 2003, 96.) Normaali vyötärön ympäryys naisilla on alle 80 cm ja miehillä alle 90 cm. Kun naisilla vyötärön ympäryys on 80–90 cm, ollaan riskirajoilla, miehillä vastaava lukema on 90–100 cm. Kun naisilla vyötärön ympäryys ylittää 90 cm ja miehillä 100 cm, puhutaan vyötärölihavuudesta. (Mustajoki 2011c.)

län mukana insuliiniresistenssi lisääntyy ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Olen- naisimpia tekijöitä ovat vähentynyt fyysinen aktiivisuus sekä lihaskudosten korvautuminen rasvalla. Myös lihassolujen glukoosinkäyttö vähenee vanhetessa. (Tilvis 2001a, 180–181; Linton, Hooter & Elmers 2007, 543.) Normaalin verensokerin raja on 6,0 mmol/l (Mustajoki 2011d).

Ikääntyneen lääkehoidossa on paljon ongelmia verrattuna muuhun väestöön. Ikääntyneet käyttävät runsaasti lääkkeitä, joten lääkkeiden käytössä voi ilmetä sekaannusta ja heikentynyttä hoitomyönteisyyttä. Lisäksi ikääntymisen myötä elimistön metaboliassa tapahtuu muutoksia; lääkkeet eivät metaboloitu enää yhtä tehokkaasti, joten ikääntynyt saattaa herkistyä eri lääkeaineille ja sivuvaikutuksia saattaa tulla herkemmin. (Tilvis 2001b, 321–327.)

Polyfarmasiaa (lääkkeiden runsas määrä) pidetään huonon hoidon suunnittelun ja toteutuksen seurauksena. Maailman terveysjärjestön ohjeiden mukaan pitäisi välttää useamman kuin kolmeen lääkevalmisteen käyttöä. Tämä ei kuitenkaan ole käytännössä mahdollista, koska vanhuksilla on paljon sairauksia ja vaivat ovat moninaisia. Suositeltuja hoitotavoitteita on yleensä vaikea saavuttaa yhdellä lääkkeellä muissa kuin aivan lievissä tapauksissa. Usein vanhukset itse eivät edes haluaisi käyttää niin paljon lääkkeitä, vaan tuntevat lääkehoitoa kohtaan usein vastenmielisyyttä ja velvollisuudentuntoa. (Tilvis 2001b, 321–327.)

3.3 Psyykinen vanheneminen

Psyykinen vanheneminen ei ole rappeutumista vaan pikemminkin päinvastoin. Se on uuteen elämänvaiheeseen siirtymistä ja uusien asioiden käsittelemistä. Ikääntyneet ihmiset suhtautuvat asioihin eri tavoin kuin nuoret, heillä on kokemusta elämästä ja he osaavat suhtautua asioihin tyynesti, mutta toisaalta taas passiivisemmin ja hitaammin kuin nuoret. Sosiaalisuus ja ulospäinsuuntautuneisuus vähentyvät ja sisäänpäinkääntyneisyys lisääntyy. Vanhetessaan ihmiset syventyvät entistä enemmän itseensä, omiin ajatuksiinsa ja tunteisiinsa. Toisaalta ulkomaailmasta eristäytyminen voi johtua myös muista syistä kuin ikääntymisestä, kuten esimerkiksi masennuksesta, virikkeiden puutteesta, toimintakyvyttömyydestä tai huonosta terveydentilasta. Ikääntyneen käyttäytyminen saattaa olla va-

rovaista, mikä johtuu vähentyneistä voimista ja siten riskien ottamisen välttämiseksi. Toisaalta varovaisuus voi johtua paremmasta ymmärryksestä. Minäkuvan säilyttäminen myönteisenä ei ole aina helppoa, sillä oma persoonallisuus voi jäädä rapistuvan kehon varjoon. Kun ikääntymisen hyväksyy, ollaan sujut oman kehonsa kanssa. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Eläkkeelle jääminen on suuri asia ikääntyneelle. Toisaalta se saattaa olla helpotus, sillä jatkuva muutos työelämässä ja uusien menetelmien opettelu voi tuntua liian vaativalta. Lisäksi työ voi olla fyysisesti kuormittavaa. Toisaalta työstä luopuminen voi luoda huonommuuden ja tarpeettomuuden tunnetta, muuttaa taloudellista asemaa ja sosiaalista vuorovaikutusta. Usein eläkkeelle jäävät etsivät työn tilalle uusia keinoja säilyttää itsearvostuksensa. Joskus eläkkeelle jääneen arvomaailman muuttuu. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Vaikka ikääntymisen myötä ongelmanratkaisukyky ja tiedonkäsittely hidastuvat, suoriutuminen tavallisessa elämässä säilyy ennallaan 80–85 -vuotiaaksi asti, ellei keskushermostossa tapahdu suuria muutoksia vamman tai sairauden vuoksi. Ikääntyneellä on paljon elämänkokemusta ja tietoa eri asioista, eikä älykkyys katoa mihinkään. Ikääntyneen muistissa tapahtuu kuitenkin muutoksia. Muisti heikkenee etenkin tietyn tapahtuman tai tapahtumasarjan muistamista vaativissa tehtävissä. Myös tiedon lähteen muistaminen heikkenee. Käsitteiden, niiden suhteiden ja ominaisuuksien muistaminen puolestaan ei heikkene kovinkaan paljoa iän myötä, päinvastoin, se saattaa jopa parantua esimerkiksi sanavaraston karttuessa. Ainoastaan nimien muistaminen voi tuottaa hankaluuksia. Taitojen muistaminen säilyy kohtuullisen hyvin. (Vallejo Medina ym. 2006; Kuusinen 2003, 164–173.)

3.4 Sosiaalinen vanheneminen

Sosiaalinen vanheneminen tarkoittaa ikääntyvän ihmisen ja hänen ympäristönsä tai yhteisönsä välisiä suhteita ja niissä tapahtuvia muutoksia. Sosiaalisen vanhenemisen muutoksia voivat olla esimerkiksi terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen, työstä luopuminen, vanhempien kuolema, lasten muutto kotoa, isovanhemmuus ja leskeksi jääminen. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Ihmisen sosiaalinen verkosto vaikuttaa moniin terveyden osa-alueisiin. Hyvällä sosiaalisella verkostolla on yhteys matalaan kuolleisuuteen sekä sairastavuuteen. Hyvät sosiaaliset suhteet omaavilla on todettu ilmenevän vähemmän sydäninfarkteja, aivohalvauksia, fyysisiä toiminnanvajeita ja kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemistä. Toisaalta sosiaaliset suhteet voivat muodostua myös negatiivisiksi tekijöiksi terveyden ja toimintakyvyn kehitykseen, toimia epäterveellisen ja riskiä sisältävän käyttäytymisen mallina johtaen oireiluun ja fysiologisten systeemien toimintahäiriöihin. (Heikkinen 2008, 336.)

3.5 Elämäntapojen vaikutus terveyteen

Elintavoilla on todettu olevan yhteys vanhenemiseen ja siihen liittyviin terveysongelmiin (Heikkinen 2008, 338-339). Vanhenemiseen liittyvät muutokset ovat läheisessä yhteydessä **ravintotottumuksiin**, mikä vaikuttaa sairastumisriskiin vanhalla iällä. Esimerkiksi monien tautien synnyssä lihavuudella ja abdominaalisella metabolisella oireyhtymällä on osasyynsä. Päivittäinen energiantarve vaihtelee iän, painon, sukupuolen, kehonrakenteen sekä päivittäisen fyysisen aktiivisuuden mukaan. Puutteellinen tai yksipuolinen ravinto voi kiihdyttää ikääntymiseen liittyviä prosesseja ja sairauksien ilmaantumista vahvistamalla riskitekijöitä. (Heikkinen 2008, 338-339.) Energiansaannin ja kulutuksen tulisi pysyä tasapainossa myös

iäkkäillä ihmisillä (Suominen 2008, 468). Koska iäkkäät eivät jaksakaan syödä kerralla suuria annoksia, on tärkeää ruokailla monta kertaa päivässä. Välipalojen merkitys korostuu, kun lounaalla ja päivällisellä syödyn ruoan määrä vähentyy. Yöpaasto ei saisi venyä liian pitkäksi. (Suominen, ym. 2010.) Maku- ja hajuaistissakin tapahtuu heikentymistä. Etenkin makeiden ja suolaisten makujen aistiminen huononee. Tämä voi aiheuttaa ikääntyneelle ruokahaluttomuutta ja vajaaravitsemustiloja. (Vallejo Medina ym. 2006.)

Liikunnalla on myönteinen vaikutus keskimääräiseen elinaikaan. Fyysisellä aktiivisuudella katsotaan olevan merkitystä sekä vanhenemisen että elämänlaadun kannalta. Suositeltava määrä on puoli tuntia päivässä 4–5 kertaa hikoiluttavaa ja hengästyttävää liikuntaa. Myös liikunta erilaisissa arkiaskareissa muutaman kerran viikossa parantaa kestävyyttä. Liikunnan avulla voidaan vastustaa useiden ikääntymiseen liittyvien sairauksien ilmaantumista ja toimintakyvyn heikkene- mistä. (Heikkinen 2008, 340.)

Tupakointi nopeuttaa sekundaarista vanhenemista aiheuttamalla sydän- ja verisuonisairauksia, luiden huokoistumista, pahanlaatuisia kasvaimia ja kroonisia keuhkosairauksia. Päivittäin tupakoivien osuus vanhemmissa ikäryhmissä on pieni. Alkoholin liiakäyttö pahentaa kaikkia sairaustiloja ja johtaa usein ravitsemuksen puutteisiin. (Heikkinen 2008, 342–343.)

Unen rakenteessa havaitaan muutoksia noin 60 ikävuodesta alkaen. Unen yhtäjaksoisuus heikkenee, yöuneen kuuluu useita lyhytkestoisia heräämisiä ja uni muuttuu pinnallisemmaksi. Vuorokaudessa nukutun unen määrä ei juurikaan ikääntyessä muutu. Ikääntymisen vuoksi on hankala ylläpitää yhtäjaksoista valvetilaa kovin pitkään, jonka vuoksi otetaan päiväunia. Usein tästä aiheutuu yönien keston lyheneminen. Varsinkin naisilla heikentynyt unenlaatu saattaa herkästi johtaa mielialamuutoksiin. (Kivelä 2008, 369–371.) Ei voida olla täysin varmoja, mi-

ten vanhukset käsittävät uniongelmat ja nukuttujen periodien pituudet. Tähän vaikuttaa osaltaan se, että unilääkkeiden käyttö vanhemmissa ikäryhmissä on yleistä. (Heikkinen 2008, 343.)

Aktiivisen **harrastustoiminnan** katsotaan ylläpitävän sekä psyykkistä että fyysistä että psyykkistä toimintakykyä. Aktiivisuudella on myönteisiä vaikutuksia sekä ikääntyvän terveyden että hyvinvoinnin ylläpitämiseen. (Heikkinen 2008, 343.)

Alkoholilla on kulttuurissamme tärkeä sosiaalinen merkitys. Alkoholilla ei kuitenkaan suositella ikääntyneille, koska alkoholin aiheuttamat terveysriskit ovat suuremmat iäkkäille kuin työikäisille. Alkoholin haittavaikutukset lisääntyvät, koska ikääntymisen myötä aineenvaihdunnassa ja vastustuskyvyssä tapahtuu heikkenemistä. Alkoholin vaikutukset elimistössä voimistuvat, koska elimistön nestepitoisuus pienenee ja aineenvaihdunta hidastuu. Muutoksia tapahtuu myös maksan toiminnassa. Sairaudet ja lääkkeidenkäyttö altistavat alkoholin haitoille. Lisäksi alkoholi aiheuttaa erilaisia neurologisia oireita ja lisää kaatumisalttiutta. (Suominen, Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva & Soini 2010.) Mikäli alkoholia haluaa kuitenkin käyttää, viikoittainen käyttö ei saisi ylittää seitsemää annosta. Tulee muistaa, että alkoholi sisältää runsaasti energiaa, mutta ei suojaravintoaineita. Yksi annos alkoholia sisältää energiaa 80–150 kcal (335–630 kJ). Lisäksi alkoholi vaikuttaa myös verensokerin vaihteluihin. (Suominen ym. 2010.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa puolisoaan hoitavien yli 63-vuotiaiden omaishoitajien terveydentilaa. Halusimme tietää, millaiseksi omaishoitajat kokevat oman terveytensä, jaksamisensa ja voimavaransa. Tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry voi kehittää omaishoitajille suunnattuja palveluita, jotta ne tukisivat mahdollisimman hyvin omaishoitajien terveyttä.

Tutkimuksemme avulle pyrimme vastaamaan seuraaviin **tutkimuskysymyksiin:**

1. Millaiseksi omaishoitajat kokevat terveytensä?
2. Millainen omaishoitajien terveys on terveystieteellisen, fysiologisten mittauksen ja laboratorioarvojen perusteella?

5 TRIANGULAATIO TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Metodologinen triangulaatio tarkoittaa kahden tai useamman tutkimusmenetelmän käyttämistä tutkimuskohteen tutkimisessa (Leino-Kilpi 1997, 225; Taanila 2005). Yleensä samanaikaisessa triangulaatiossa jompikumpi lähestymistapa on ensisijainen. Esimerkiksi voidaan käyttää strukturoitua kyselylomaketta, johon on liitettyä vapaamuotoisia kysymyksiä. Kysymyksellä annetaan tutkittavalle mahdollisuus ilmaista asia omalla tavallaan. Vastauksia voidaan analysoida induktiivisesti. (Leino-Kilpi 1997, 226–227.)

Käytimme tutkimuksessamme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää kyselylomakkeen avointen kysymysten osalta. Tämä loi tutkimuksellemme pohjan, jota täydensimme kyselylomakkeen monivalintakysymyksillä, fysiologisilla mittauksilla ja laboratorionkokeilla, joissa käytimme kvantitatiivista menetelmää. Laadulliset vastaukset analysoimme induktiivisella sisällönanalyysillä ja määrälliset Exceltaulukoinnin avulla. Nämä yhdessä loivat hyvän, kattavan kokonaisuuden ja pystyimme tarkastelemaan omaishoitajien terveyttä kahdesta eri näkökulmasta. Tähän tutkimusmenetelmään päädyimme, koska pelkkä kvalitatiivinen tutkimus olisi jättänyt tutkimustulokset subjektiivisiksi omaishoitajien kokemuksiksi omasta terveydestään. Sen vuoksi otimme tueksi kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän.

Triangulaatio lisää luotettavuutta eli nostaa validiteettia tasolle, joka ei olisi mahdollista käyttämällä vain yhtä menetelmää. Mitä suurempi yhdenmukaisuus saavutetaan triangulaation menetelmien avulla, sitä paremmin voidaan luottaa saatuihin tuloksiin. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä kannattaa yhdistää niin, että toinen tutkimusmenetelmä täydentää toisen tutkimusmenetelmän puutteita tai vahvistaa jo saatuja tuloksia. Näiden kahden tutkimusmenetelmän yhdistäminen helpottaa muuttujien välisen suhteen tulkintaa. Mikäli näiden kahden tutkimusmenetelmän välillä esiintyy suuria eroavaisuuksia, pitää selvit-

tää, oliko virhe mittarin heikkoudessa vai tutkimustulosten tulkintavirheissä. Yksittäisen kyselylomakkeen epäselviä tai provokatiivisia vastauksia voidaan selvittää tarkemmin kenttämuistiinpanojen avulla. (Taanila 2005.)

Useiden tutkimusmenetelmien yhdistäminen vaatii tekijältään monenlaista osaamista. Tutkijan täytyy olla valmistautunut käsittelemään monimutkaista asetelmaa, erilaisia mittareita, analyysejä ja tulkintoja. Ongelmia voidaan vähentää analysoimalla erityyppiset aineistot erikseen niille soveltuvilla menetelmillä ja päätämällä, miten erilaisia tuloksia painotetaan. Analysointia tulee jatkaa niin kauan, että löytää jotain yhteneväisyyttä tutkimustuloksissa tai ymmärtää niiden eroavaisuuksien merkityksen. (Leino-Kilpi 1997, 228; Taanila 2005.)

6 TUTKIMUSAINEISTON KERUU

Valitsimme tutkimuksen kohderyhmäksi Kokkolanseudun yli 63-vuotiaat puolisoaan hoitavat omaishoitajat. Kohderyhmän rajasimme yhdessä Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n työntekijöiden kanssa. Rajasimme kohderyhmän yli 63-vuotiaisiin omaishoitajiin, koska he alkavat olla eläkeiässä eivätkä kuulu enää työterveyshuollon piiriin eikä heillä ole säännöllisiä terveystarkastuksia. Puolisoaan hoitavat omaishoitajat valitsimme myös siitä syystä, että suurin osa omaishoitajista on juuri puolisoaan hoitavia, ja kohderyhmä kiinnosti meitä. Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kanssa suunnittelimme tutkimukseen osallistuvien määräksi 20 omaishoitajaa, koska se tuntui realistiselta otantamäärältä työn laajuuteen nähden. Naisia oli 17 ja miehiä 3.

Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n syystiedotteessa julkaisimme ilmoituksen (LIITE 1) tutkimuksesta, johon halukkailla oli mahdollisuus ilmoittautua. Tutkimukseen ilmoittautuneiden joukossa oli myös lastaan tai vanhempiansa hoitavia omaishoitajia, joita ei kuitenkaan otettu mukaan tutkimukseen, koska he eivät täyttäneet kohderyhmän kriteerejä. Kaikille tutkimuksesta kiinnostuneille järjestettiin infotilaisuus Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n tiloilla syksyllä 2011. Tilaisuudessa osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä aikatauluista. Kerroimme tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja että olemme vaitiolovelvollisia henkilötietojen ja arkaluontoisten asioiden suhteen. Jokaiselle tutkimukseen ilmoittautuneelle lähetettiin myös infokirje tutkimukseen liittyen, sillä kaikki eivät olleet päässeet paikanpäälle infotilaisuuteen. Kirje koostui niistä asioista, joita tilaisuudessa oli käyty läpi (LIITE 3).

Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää eli triangulaatiota. Suoritimme omaishoitajille terveystapaamisen, joka sisälsi puolistrukturoidun kyselylomakkeen (elämäntapoihin ja terveydenti-

laan liittyen) sekä fysiologiset mittaukset ja laboratoriokoetulokset. Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry hoiti yhteydenpidon tutkimukseen osallistuviin omaishoitajiin sekä postitti infokirjeet ja kyselylomakkeet (LIITE 4) heille etukäteen postitse, jolloin he saivat kotona rauhassa paneutua lomakkeen täyttämiseen. Lisäksi yhdistys otti yhteyttä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan laboratorioon, ja tutkittaville järjestettiin läheteet laboratoriokokeisiin, jossa otettiin perusverenkuva, johon sisältyy P-leuk, P-eryt, P-Hb, P-HKR, E-MCV, E-MCH, E-MCHC, P-Trom ja fP-Gluc. Laboratoriokokeissa tutkittavilla oli aikaa käydä terveystapaamiseen mennessä. Koetulokset laboratorio lähetti tutkittaville kotiin, ja tutkimukseen osallistujat ottivat sekä terveystarkastuslomakkeen että laboratoriokoevastukset mukaan terveystapaamiseen. Laboratoriokokeet valitsimme yhdistyksen ehdotuksesta sekä siitä syystä, että niillä saadaan terveystarkastusta tukevia tietoja fyysisestä terveydestä.

Terveystapaaminen toteutettiin Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n tiloissa. Saimme käyttöön oman työhuoneen, ja tapaaminen suoritettiin ainoastaan tutkittavien ja tutkijoiden kesken yksitellen. Terveystapaamisessa kyselylomake käytiin läpi ja täydennettiin puuttuvilta osin. Laboratoriovastaukset käytiin niin ikään yhdessä läpi tutkittavan kanssa. Omaishoitajille tehtiin myös fysiologisia mittauksia (verenpaine, pulssi, verensokeri, paino, pituus ja vyötärönympäryys).

7 TUTKIMUSAINIESTON ANALYSOINTI

Tutkimusaineiston laadulliset osuudet analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällön analyysissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. Tallennettu laadullinen aineisto on useimmiten tarkoituksen mukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasanaisesti eli litteroida. Litteroinnin jälkeen alkaa valmisteluvaihe ja valitaan analyysiyksikkö. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi yksittäinen sana tai lause. Aineisto käydään läpi useaan kertaan, vastaukset pelkistetään ja samaa tarkoittavat asiat yhdistetään kategorioiksi. Kategoriat johdetaan aineistosta ja tutkimusongelmien ohjaamana. Kattegoria nimetään mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla nimellä, ja näistä alakategorioista muodostetaan yläkategorioita. Lopputuloksena ovat muodostetut pääkategoriat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131–137.) Sisällönanalyysiä, erityisesti induktiivista käytetään yleisesti laadullisissa tutkimuksissa. Tavoitteena on kuvata tai kuvailla tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.) Noudatimme tutkimustulosten analysoinnissa edellä mainittua mallia, ja saimme muodostettua sisällön kannalta loogisia kokonaisuuksia, joiden avulla tulosten tarkastelu oli mahdollista.

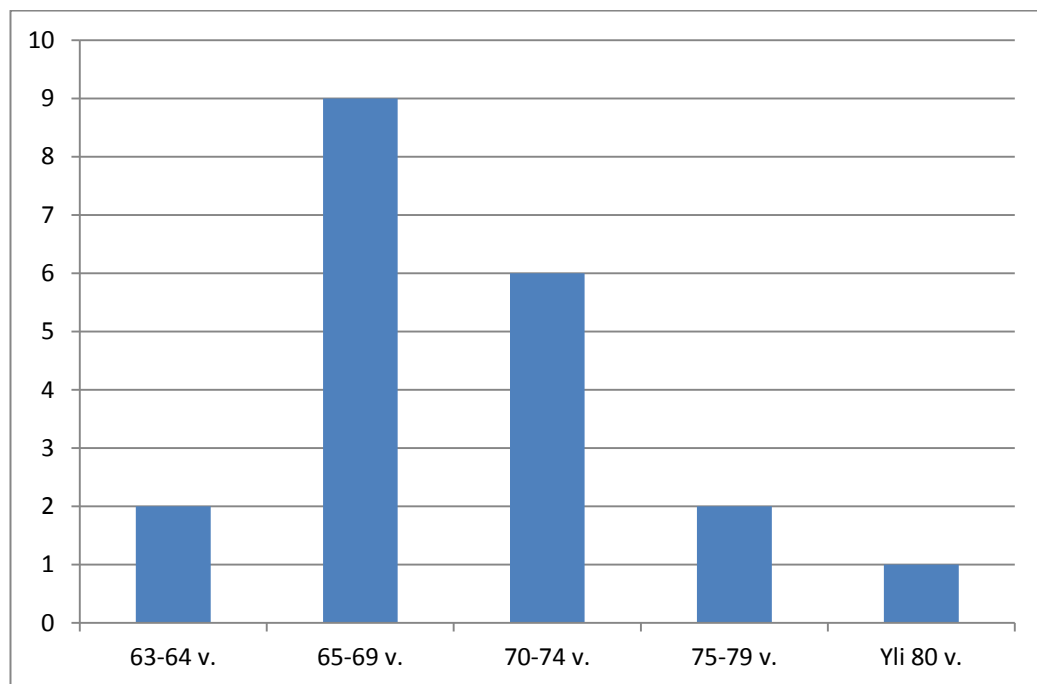
Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä aineistonkeruun suunnitelma, jossa on tärkeää, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen, perusjoukon ja otannan määrittely, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.) Tutkimusaineisto oli määrälliseksi aineistoksi hyvin suppea. Määrällisten osioiden analysoinnissa käytimme Microsoft Office Exceliä, jonka avulla taulu-

koimme tulokset, jolloin tulokset olivat havainnollisemmassa muodossa. Pienen aineiston vuoksi emme käyttäneen SPSS-taulukointiohjelmaa.

8 TULOKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi omaishoitajat kokevat terveytensä ja millainen heidän terveydentilansa on terveyskyselyn, fysiologisten mittausten ja laboratorioarvojen perusteella. Tavoitteena on kehittää omaishoitajille suunnattu palveluita heidän terveydentilaansa tukeviksi.

Tutkimukseen osallistui 20 omaishoitajaa. Omaishoitajien ikä vaihteli 63 vuodesta 88 vuoteen ja suurin ikäryhmä otoksessa oli 65–69 -vuotiaat (KUVIO 2.). Tutkittavien keski-ikä oli 70 vuotta. Tähän tutkimukseen osallistuneista 17 oli naisia ja 3 miehiä.



KUVIO 2. Tutkittavien ikäjakauma

8.1 Fysiologiset mittaukset

Kaksi tutkittavista ei osallistunut terveystapaamiseen, joten heille mittauksia ei pystytty tekemään. Fysiologiset mittaukset tehtiin siis kahdeksalletoista tutkittavalle.

Tutkittavista 17:llä oli mittausten mukaan **kohonnut verenpaine**. Tutkittavista 14:llä oli **verensokeri** normaalirajoissa, neljällä tutkittavalla verensokeriarvot olivat koholla. Terveystapaamisessa mitatut verensokerit eivät olleet paastoarvoja. **Laboratorioarvot** olivat pääosin viitearvoissa. Jonkin verran poikkeamia ilmeni verensokerin paastoarvossa, jonka tulisi olla 4.0-6.1 mmol/l (Mustajoki & Kaukua 2008). Tutkittavista kahdeksalla paastoarvo oli lievästi ja yhdellä huomattavasti koholla.

Tutkittavista normaalin **painoindeksin** rajoissa oli 2. Lievän ylipainon rajoissa oli 9 tutkittavaa, merkittävää ylipainoa oli kuudella ja vaikeaa ylipainoa yhdellä tutkittavista. Tutkittavista naisista ainoastaan yhdellä oli **vyötärön ympäryys** alle 90 cm ja lopuilla neljällätoista yli 90 cm. Miehistä yhdellä vyötärön ympäryys oli alle 100 cm ja kahdella muulla yli 100 cm.

8.2 Terveystila

Omaishoitajista kahdella ei ollut perussairauksia, lopuilla 18 vastaajalla oli perussairauksia yksi tai useampi. Yleisimpiä sairauksia olivat sydän- ja verisuonisairaudet, hengityselinsairaudet ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Jonkin verran esiintyi myös aineenvaihduntasairauksia, kuten diabetesta ja kilpirauhasen vajaatoimintaa. Vastaajista säännöllistä lääkitystä käytti 17 henkilöä. Itsehoitolääkkeitä

käytti vastaajista 17 henkilöä. Lääkärin vastaanotolla oli käynyt 19 vastaajaa viimeisen kuluneen vuoden aikana. Viimeisen vuoden aikana toimenpiteessä tai leikkauksessa oli käynyt 5 henkilöä.

Oman terveydentilan hyväksi koki vastaajista 6 henkilöä, kohtalaiseksi 13 henkilöä ja yksi henkilö ei osannut sanoa, millaiseksi tämänhetkisen terveydentilansa kokee. Vastaajat kertoivat, että tämänhetkiseen terveydentilaan vaikuttavat stressi, väsymys, elämäntilanteen kuormittavuus, nukkumisvaikeudet, omat perussairaudet ja kivut. Terveydentilaa vastaajat pitävät yllä liikunnalla ja terveillä elämäntavoilla. He kommentoivat omaa terveydentilaa seuraavasti:

Väsyt nopeammin kuin ennen.

Omit sairauksia sen verran, ettei voi sanoa olevansa hyväkuntoinen.

Stressi vaikuttaa ja väsymys.

Yhdeksän vastaajaa kertoi olevansa huolissaan jostakin terveytensä liittyvästä asiasta. Huolissaan vastaajat olivat oman kunnon ja terveyden heikkenemisestä, kivuista, univaikeuksista, sosiaalisten yhteyksien vähenemisestä (pelko ”neljän seinän sisään” jäämisestä).

Ei muuta, kun pysyis tällainenkin kunto ja terveys.

En ole huolissani terveydentilastani, otan vastaan mitä elämä tuo.

Mikään fyysinen vaiva ei huoleta.

Kyselyn mukaan kukaan vastaajista ei tupakoi. Kaksi vastaajista kertoo käyttävänsä alkoholia silloin tällöin, 11 henkilöä käyttää alkoholia harvoin ja 7 henkilöä ei käyttänyt ollenkaan alkoholia. Vastaajat, jotka kertoivat käyttävänsä alkoholia,

nauttivat kerralla 1–2 annosta. Alkoholinkäyttö on suurimmalla osalla vastaajista pysynyt ennallaan ja kahdella vastaajista vähentynyt.

Yksittäisiä oireita kysyttäessä yli puolet vastaajista ilmoitti kärsivänsä niska- tai hartiavaivoista, kohonneesta verenpaineesta sekä lihas ja nivelvaivoista. Muita koettuja oireita olivat uupumus, ruokahaluttomuus, muut vatsaoireet, mahahaava, veri ulosteessa, ummetus, virtsaelintulehdus, virtsaamisvaivat, puutuminen raajoissa, huonomuistisuus, ärtyneisyys, ihottuma, syöpä (pahanlaatuinen kasvain), huononäköisyys, huonokuuloisuus, pitkäaikainen huimaus, toistuva päänsärky, masennus, suonikohjut, rintakipua rasituksessa. (KUVIO 3.)

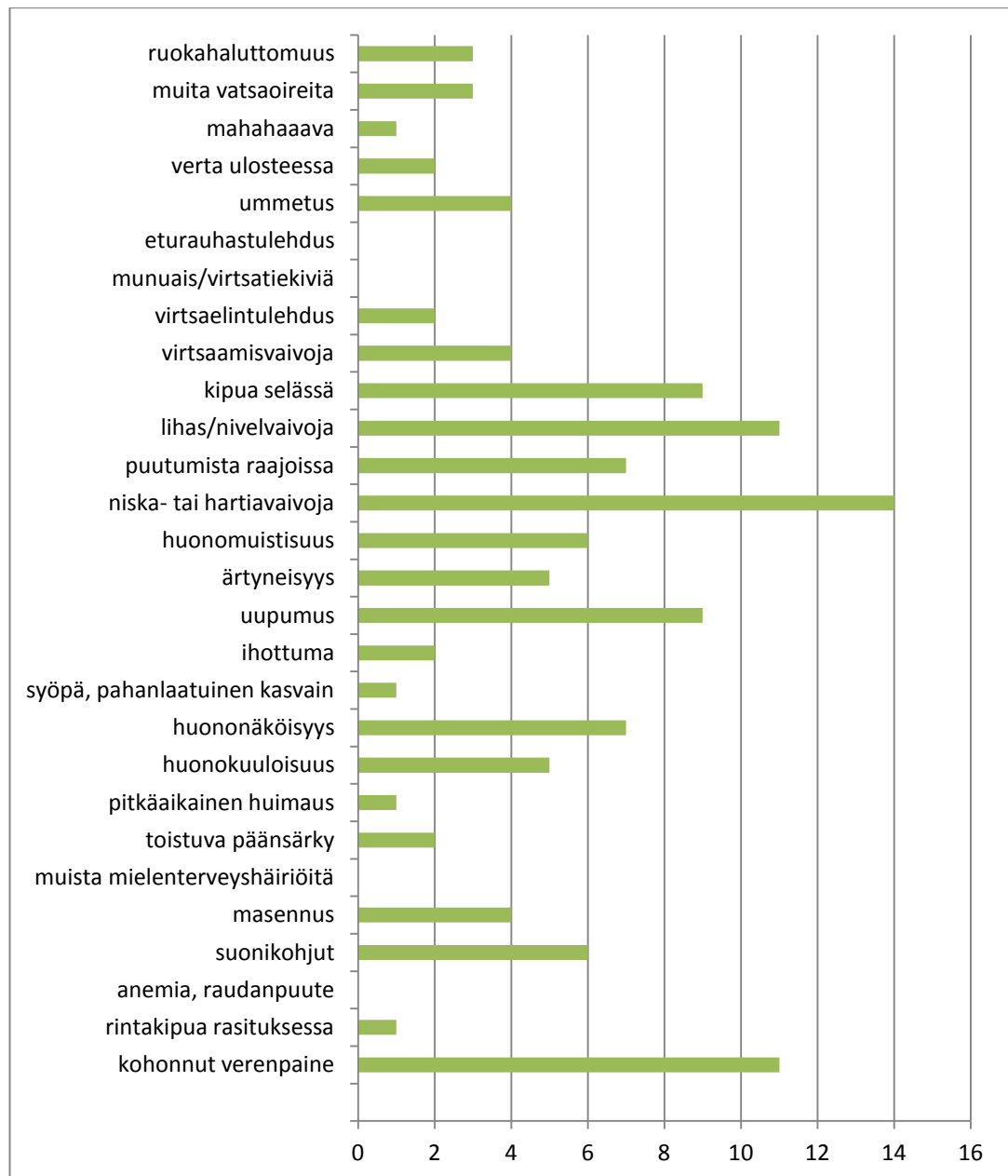
Jokainen vastaajista ilmoitti ruokailevansa ainakin kahdesti päivässä. Suurin osa ruokailee 3-4 kertaa vuorokaudessa ja syö ainakin yhden lämpimän aterian päivässä. Suurin osa vastaajista syö omasta mielestään terveellisesti ja monipuolisesti. Yksi vastaajista ei osannut sanoa syökö terveellisesti ja monipuolisesti ja yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei syö tarpeeksi terveellisesti. Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut rajoituksia ruokavalionsa suhteen. Laktoositon ruokavalio sekä diabetesruokavalio mainittiin erityisruokavalioina.

Kyllä, yritän syödä monipuolisesti ja terveellisesti.

Unen määrä yössä vaihteli suuresti. Moni vastaajista kertoi unen keskeytyvän öisin puolison avuntarpeen vuoksi. Saadun unen määrä vaihteli 1–10 tuntiin. Vastaajista kuusi henkilöä oli tyytyväisiä unensa laatuun, kahdeksan oli vaihtelevasti tyytyväisiä ja viisi henkilöä ei ollut ollenkaan tyytyväinen unensa laatuun. Yksi vastaajista ei osaa sanoa.

Ei saa nukkua hoitamisen takia.

Katkonaista omaiseni yölevottomuuden takia.



KUVIO 3. Oireet

Kahdeksan vastaajaa kertoo olevansa väsynyt päivisin, seitsemän kertoo olevansa väsynyt päivisin joskus tai vaihtelevasti ja viisi vastaajaa ei koe olevansa väsynyt päivällä. Väsymyksen vuoksi kolme henkilöä joutuu nukkumaan päivisin ja kuusi vastaajaa ei. Hieman yli puolet (11 vastaajaa) nukkuu päivisin joskus tai harvoin.

Vastaajista 13:lla liikunnan määrä kuluneen vuoden aikana on pysynyt ennallaan ja seitsemällä liikunnan määrä oli vähentynyt. Määrän vähentymisen syiksi vas-

taajat sanoivat, että puolison kunto ja omaishoitajuus rajoittavat liikunnan harrastamisen mahdollisuutta. Osa oli myös sitä mieltä, että vuodenajat vaikuttavat (talvella tulee harrastettua vähemmän liikuntaa).

Ei ole mahdollisuutta niin kuin haluaisi.

Vaihtelevasti, pyrin käymään lenkillä päivittäin.

8.3 Psyykinen hyvinvointi

Vastaajien keskuudessa psyykinen hyvinvointi oli vaihtelevaa. Osa koki psyykkisen vointinsa hyväksi, eivätkä he kokeneet mielialassaan erityisiä muutoksia. Mieli oli positiivinen, he kokivat itsensä iloisiksi, elämänmyönteisiksi ja ulospäin suuntautuneiksi. He tiedostivat kuitenkin ajoittaisen väsymyksen ja kuormittuneisuuden merkit itsessään.

Nykyisin yritän säilyttää sisäisen rauhan!

...ihan positiivinen mieli, joskus vähän väsynyt olo.

Osa oli selkeästi sitä mieltä, että omaishoito vie fyysisiä, mutta erityisesti psyykkisiä voimavaroja. Mielialoissa tapahtui suuriakin vaihteluita: omaishoitajat kokivat itsensä alakuloisiksi, väsyneiksi, masentuneiksi ja herkästi ärsyyntyviksi. Omaishoitotilanne aiheutti myös surua ja huolta hoidettavasta. Osa vastaajista oli tietoisesti hakenut apua psyykkiseen jaksamiseen.

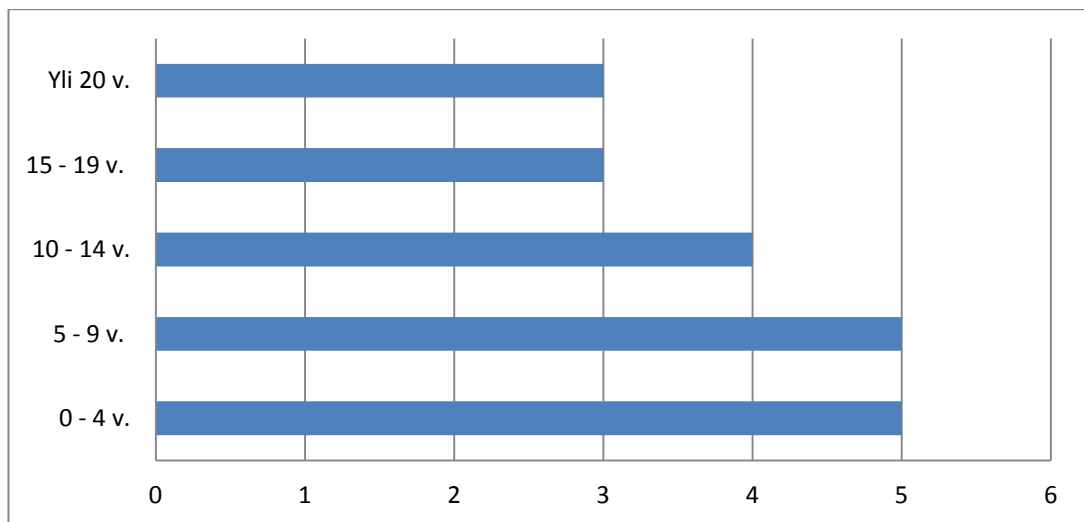
Psyyke huolettaa eniten, mieliala vaihtelee.

Psyykkistä voimattomuutta.

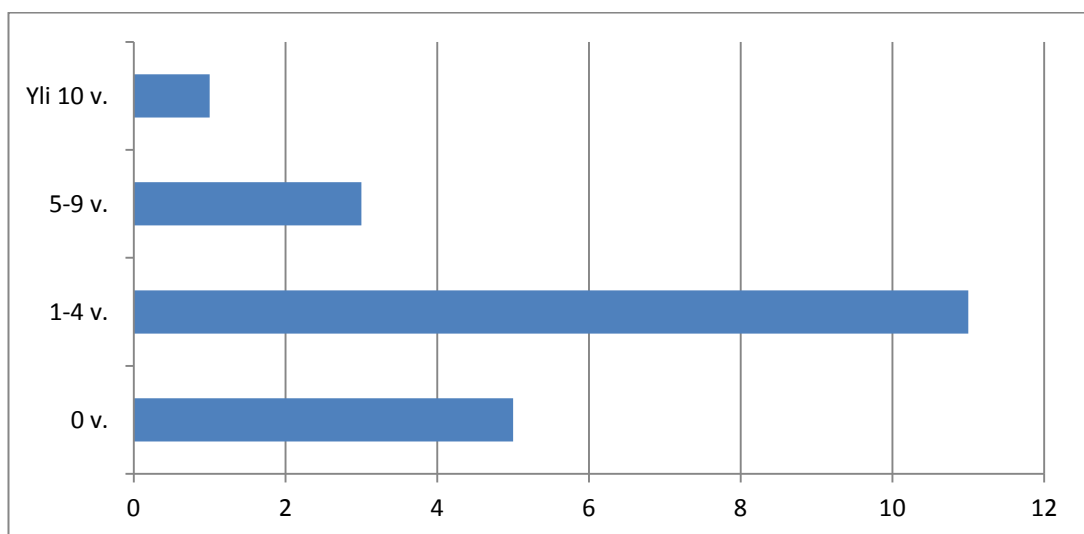
Aika usein ärtynyt.

8.4 Omaishoitajuus

Vastaajat kertovat toimineensa omaishoitajina 1–30 vuotta (KUVIO 4), keskimäärin noin 10 vuotta. Tutkimushetkellä omaishoidon tuen piirissä oli vastaajista 16. Tuen piiriin kuulumattomia oli siis neljä, joista kahdella oli tuenhaku meneillään. Tuen piirissä olevat omaishoitajat ovat keskimäärin saaneet tukea 3,4 vuotta, eli noin kolmasosan siitä ajasta jonka ovat omaishoitajana toimineet. Suurin osa vastaajista oli toiminut omaishoitajina 1–4 vuotta (KUVIO 5).



KUVIO 4. Vuodet omaishoitajana



KUVIO 5. Vuodet omaishoidontuen piirissä

Omaishoitajat kokivat raskaimmiksi tekijöiksi omaishoitajuudessa sitovuuden, vastuun kannon arjesta ja yhteisistä asioista, huolen puolison terveydentilasta ja läheisten voinnista, oman psyykkisen jaksamisen, parisuhteen muuttumisen, sosiaalisten kontaktien vähentymisen sekä ulkopuolisen avunsaannin hankaluudet.

Vastuun kantaminen kaikissa elämäntilanteissa yksin.

Kumppanuus ja läheisyys puuttuu. Ei ole vuorovaikutusta eikä aitoa kontaktia.

Sellainen kyllä huolettaa, että kun huomaa kun läheinen huononee ja kunto heikkenee, eikä voi toista auttaa siinä kunnolla.

Henkisesti raskasta kuulla samat jutut joka päivä, samat kuviot toistuu. Kaikki asioiden hoito on omalla vastuulla.

Sitovaksi vastaajat kokivat omaishoidon siksi, että hoito on ympärivuorokautista ja usein vaativaa. Puoliso ei tule toimeen ilman apua. Raskaalta tuntui vastuunkantaminen kaikista yhteisistä asioista, puolison kuljettamisesta ja kotitöiden hoitamisesta.

Hän [hoidettava] ei tule missään asioissa toimeen ilman toisen apua.

Hoidettava ei ole yksin kotona, vaan on kuljetettava mukana aina.

Sitovuus 24 tuntia vuorokaudessa.

Omaishoitajia huoletti myös puolison terveydentilan heikkeneminen. Myös oma henkinen jaksaminen huolestutti. Vaikka omaishoitajuus ei olisi ollut fyysisesti kuormittavaa, henkinen paine oli suuri. Myös parisuhteen koettiin muuttuneen omaishoitajuuden myötä. Osa koki parisuhteen muuttuneen hoitosuhteeksi, kun taas osa koki omaishoitajuuden lähentäneen puolisoita.

Toisen sairauskeskeisyys painostaa.

Suuri osa koki omaishoitajuuden vaikuttaneen sosiaalisiin suhteisiin. Kotoa lähteminen koettiin haasteelliseksi omaishoitosuhteen sitovuuden tai hoidettavan suuren avuntarpeen vuoksi. Lisäksi pelättiin yllättävien ja epämiellyttävien tilanteiden syntymistä. Osa vastaajista koki, että ulkopuolista apua oli vaikea saada varsinkin tilanteissa, joissa apua olisi tarvinnut nopeasti ja intervallijaksojen saaminen tuntui vaikealta.

Ongelmiin on ollut vaikea saada nopeaa apua...

Kaikki vastaajista kokevat saavansa apua joltakin taholta. Osa kuitenkin kokee, että ei saa tarpeeksi apua. Omaishoitajista 18 eli lähes kaikki kokee saavansa apua perheenjäseniltään ja sukulaisiltaan, kuten lapsilta ja lapsenlapsilta. Myös yhdistystoiminnan kautta saatu apu koettiin tärkeäksi, erityisesti omaishoitajayhdistyksen kautta saatu vertaistuki. Omaishoitajat saivat apua myös ystäviltä. Osa koki saavansa apua Kelan ja kaupungin myöntämistä tuista sekä järjestämistä intervallijaksoista ja kuntoutuksesta. Lisäksi omaishoitajat kokivat saavansa apua terveyskeskuksesta, harrastuksista, seurakunnasta sekä kotihoidosta. Hoidettavalle järjestetty kerho- tai päivätoimintaa koettiin tärkeäksi.

Omaishoitoyhdistys --- sieltä saa tukea ja tietoa, sekä vertaistukea, kun tapaa samassa tilanteessa olevia.

Minulla on hyvät tukijoukot.

Yhdeksän vastaajista oli sitä mieltä, että aikaa löytyy omille harrastuksille ja rentoutumiselle, mutta se tapahtuu pääasiassa kotona omaisen hoitamisen ohessa. Harrastuksina mainittiin muun muassa lukeminen, käsityöt ja puutarhatyöt. Kolme vastaajaa koki, että aikaa itselle on vain hoidettavan intervallijakson aikana, ja silloinkin aika kuluu arkisten asioiden hoitamiseen. Kolme vastaajaa koki,

että aikaa itselle on jonkin verran, ja neljä oli sitä mieltä, että aikaa itselle ei ole riittävästi. Yksi vastaaja kertoi, että hän yrittää ottaa aikaa itselleen, kun jaksaa. Omaishoitajien vapaiden järjestymiseen oltiin pääasiassa tyytymättömiä.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineistonkeruun kannalta, mutta myös tulosten luotettavuutena. **Kvantitatiivisessa** tutkimuksessa korostuu erityisesti mittarin luotettavuus. Mittarin tulee olla tarkka, herkkä sekä täsmällinen, jotta se osaa rajata, erotella ja mitata tutkittavan käsitteen oikein. Olennaisinta on, että mittari mittaa sitä, mitä sen tulisi mitata. Esitestauksella tutkija voi varmistaa, että mittarin on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–207.)

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittariin liittyvät epätarkkuudet voivat liittyä itse mittariin tai käyttäjän epäjohtonmukaisuuteen. Reliabiliteettia voidaan parantaa esitestauksella, hyvillä ohjeilla, aineiston kerääjien koulutuksella tai osaamisella sekä minimoimalla virhetekijät, joita voi olla mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten paljous, kysymysten ymmärrettävyys ja niiden järjestys. Myös ympäristötekijät voivat vaikuttaa mittarin luotettavuuteen. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 209.)

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia on myös syytä tarkastella suhteessa tuloksiin. Sisäiseen validiteettiin vaikuttavat muun muassa historia, henkilöiden valikoituminen tutkimukseen, kypsyminen, testauksen vaikutus, aineistosta tapahtuneet poistumat ja kontaminaatio. Ulkoiseen validiteettiin vaikuttavia tekijöitä ovat tutkijavaikutus, testausvaikutus, uutuusvaikutus, valikoituminen, asetelma ja historia. Tärkeintä on taata, että tutkimusasetelma on pysyvä eikä tuloksiin vaikuta sekoittavat tekijät. Validiteettiin kuuluu myös tulosten yleistettävyys, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210–211.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen arvioimiseksi ei ole yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiiviseen tutkimukseen. Validiteettiongelma voi syntyä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, aineiston keräämisessä on puutteita ja tutkimusaineisto ei ole edustava. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto ei pyrikään olemaan edustava otos perusjoukosta eikä siinä pyritä yleistettävyyteen, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja intuiotensa. (Nieminen 1997, 215.)

Aineistojen luotettavuus perustuu tutkijan harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta. Yleensä tutkijan on luotettava siihen, että tutkittavien kertomukset pitävät paikkansa. Ongelmia tuottavat liian lyhyet tai vain ranskalaisin viivoin kirjoitetut kuvaukset. Liian niukka aineisto sopii huonosti laadullisen tutkimuksen materiaaliksi. Tutkijalla ei ole lupaa tehdä aineistosta sellaisia johtopäätöksiä, joihin aineisto ei anna edellytyksiä. Kirjallista aineistoa käyttävältä tutkijalta jää saamatta haastattelussa ilmenevä informaatio, eikä tutkija voi kysyä tarkentavia kysymyksiä. (Nieminen 1997, 216–218.)

Pyrimme koko tutkimuksen ajan luotettavuuteen ja eettisyyteen. Kokkolanseudun läheiset ja omaishoitajat ry:n yhteyshenkilö hankki tutkimukseen osallistujat ja pyysi heiltä suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkittavilta pyydettiin vielä erillinen suostumus tutkimukseen ja heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Lisäksi heille kerrottiin mahdollisuudesta jättäytyä tutkimuksesta pois missä tahansa vaiheessa. Noudatimme tutkimuksessa vaitiolovelvollisuutta, suojasimme henkilötietoja eikä ketään voida tunnistaa valmiista opinnäytetyöstä. Kyselylomakkeet ja muut asiakirjat hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Luotettavuutta lisää se, että kyselylomake on suunniteltu juuri tätä tutkimusta varten. Luotettavuuteen pyrimme laatimalla mahdollisimman täsmällisiä kysymyksiä kyselylomakkeeseen, jotta niiden pohjalta saataisiin mahdollisimman todenmukaista tietoa. Tarkastuksessa pyrimme herättämään tutkittavien luottamuksen, jotta he pystyisivät olemaan mahdollisimman rehellisiä ja avoimia. Lisäksi halusimme tarkastuksessa käydä lomakkeen läpi tutkittavien kanssa henkilökohtaisesti, jotta välttyttäisiin epäselvyyksiltä ja väärinymmärryksiltä. Tarkastus pyrittiin tekemään kaikille samalla tavoin ja esimerkiksi mittauksissa käytettiin samoja välineitä. Kahden tutkimukseen osallistuvan kohdalla fysiologisia mittauksia ei ollut kuitenkaan mahdollista suorittaa, koska he eivät pystyneet osallistumaan terveystapaamiseen. Saimme kuitenkin muut tarvittavat materiaalit heiltä. Toisen tutkittavan kohdalla kävimme kyselylomakkeen läpi hänen toiveestaan puhelimitse terveystapaamisen keskusteluosuuden tapaan, koska halusimme välttyä virheellisiltä tulkinnoilta.

Mielestämme tutkimus on luotettavasti toteutettu. Luotettavuutta karsii hieman ainoastaan se, että emme olleet esitestanneet kyselylomaketta etukäteen ajan puutteen vuoksi. Testaamalla kaavakkeen olisimme voineet muokata sitä paremmin tutkimukseen sopivaksi. Mielestämme saimme kuitenkin nykyiselläkin kaavakkeella laajasti tietoa ja nimenomaan sellaista tietoa, joka vastasi tutkimuskysymyksiimme.

Tutkimuksen toteutuksessa tulee huomioida myös eettisyys. Tutkimuksen etiikka korostuu erityisesti hoitotieteellisessä tutkimuksessa, kun ihmistä tutkitaan tietoisena ja toimivana subjektina. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla huomattavasti suurempi kuin haitan. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuja voi jättäytyä pois tutkimuksesta koska tahansa.

Vastuu tutkimuksesta on tutkimuksen tekijöillä. (Vehviläinen-Julkunen 2007, 26–27.)

Halusimme noudattaa tutkimuksessamme hyvää eettistä toimintatapaa. Tutkimukseemme osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, ja tutkittavilla oli mahdollisuus jättäytyä tutkimuksesta pois missä tahansa vaiheessa. Henkilötietoja suojattiin, eikä ketään voida tunnistaa valmiista opinnäytetyöstä. Esimerkiksi opinnäytetyön tulososiossa käytetyt suorat lainaukset on valittu siten, ettei niistä voida tunnistaa ketään. Kaikki tutkimustulosmateriaalit hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Omaishoitajuutta on tutkittu jo 1990-luvulta lähtien ja tutkimuksia tältä ajalta löytyy paljon. Nurmi (2002) on tutkielmassaan selvittänyt omaishoitajien voimavaroja ja keinoja niiden vahvistamiseksi. Puolet tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista piti työtään erittäin raskaana. He kertoivat olevansa todella uupuneita ja voimavarojensa olevan riittämättömiä omaishoitajana toimimiseen. Neljännos koki omaishoitajuuden raskaaksi ajoittain ja toinen neljännos oli sitä mieltä, että tilanne oli hyvä. Kuitenkin 86 % vastanneista oli sitä mieltä, että omaishoitajuus oli suuri elämänmuutos. 90 % piti omaishoitajuutta fyysisesti ja 94 % henkisesti erittäin raskaana. Tämä tarkoittaa sitä, että suuri osa myös hyväksi tilanteen kokevista vastaajista piti omaishoitoa raskaana niin psyykkisesti kuin fyysisestikin.

Myös meidän tutkimuksessamme ilmenee samansuuntaisia tuloksia kuin Nurmen vuonna 2002 tekemässä tutkimuksessa. Terveysteen vaikutti hyvin paljon psyykinen vointi ja jaksaminen. Tutkimuksessamme omaishoitajat kokivat kokonais-terveyden suurimmaksi osaksi kohtalaiseksi. Suurimmaksi terveyttä heikentäväksi tekijäksi omaishoitajuudessa omaishoitajat kokivat psyykkisen terveyden kuormittumisen. Terveystentilaan vaikuttavat stressi, väsymys, elämäntilanteen kuormittavuus, nukkumisvaikeudet, omat perussairaudet ja kivut. Omaishoitajien suurimpina huolenaiheina olivat omaan jaksamiseen liittyvät tekijät ja sosiaalisten kontaktien rajoittuminen.

Myös Välimäki (2012) ja Siira (2006) ovat tutkimuksissaan selvittäneet omaishoitajien terveydentilaa. Tuloksista on ilmennyt, että omaishoito rasittaa heitä henkisesti turhautumisena, stressaantumisena ja hermostumisena. Omaishoitajan jaksaminen tulisi huomioida jo siinä vaiheessa, kun hoidettavalla tehdään diagnoosi. Lisäksi 44 % vastaajista oli jokin omaishoitajuutta hankaloittava pitkäaikaissairaus,

vaiva tai vamma. Yleisimpiä sairauksia olivat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet sekä selkävut ja -vaivat, niska- ja hartiaseudun säröt ja ongelmat. Myös nivelreuma, diabetes sekä kulumat polvissa ja lonkissa vaikeuttivat vastaajien omaishoitajana toimimista. Tukea omaishoitajat kokivat saavansa perheenjäseniltään, ystäviltään sekä omaishoitajien yhdistykseltä tiedon ja vertaistuen muodossa. Omaishoitajat kokivat vapaapäivien toteutuvan tyydyttävästi. Noin puolet vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että aikaa itselle ja omille harrastuksille löytyy riittävästi. Vastaajat kuitenkin kertoivat, että harrastustoimintaa tehdään pääasiassa omassa kotona (lukeminen, käsityöt, piha-askareet), koska kotoa lähteminen ei aina ollut järjestettävissä.

Välimäen (2012) ja Siiran (2006) tutkimuksista huolimatta meitä yllätti se, että vaikka omaishoitajilla oli paljon fyysisiä sairauksia, he eivät nostaneet niitä niin merkittäviksi tekijöiksi terveydessään. Samanlaisia tuloksia on saatu myös Perälä ja Saaren (2012) Ylivieskassa omaishoitajille tehdyssä tutkimuksessa. Myös heidän tutkimuksessaan oli kartoitettu samanlaisia asioita kuin meidän tutkimusessamme ja tulokset olivat samansuuntaisia. Vaikka tutkimusessamme omaishoitajilla oli perussairauksia ja fyysisiä ongelmia, ne eivät nousseet olennaiseen asemaan koetussa terveydessä. Jonkin verran vastaajat olivat kuitenkin huolissaan oman kunnon ja terveyden heikkenemisestä, kivuista, univaikeuksista.

Perälän ja Saaren (2012) tutkimuksessa kartoitettiin tutkimukseen osallistuneiden omaishoitajien fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja ja hyvinvointia. Tutkimuksessa todettiin tutkittavien verenpaineiden, verikokeiden ja toimintakyvyn olevan hyvällä tasolla. Tutkimuksessa selvisi, että omaishoitajilla on lääkehoitoa vaativia sairauksia, erilaisia tuki- ja liikuntaelinongelmia, unihäiriöitä ja kipuja. Omaishoitotyö koettiin sitovaksi sekä enemmän henkisesti kuin fyysisesti rasittavaksi. Tulevaisuudessa suurimmat huolenaiheet olivat hoidettavan kunto, oma terveys ja jaksaminen omaishoitotyössä.

Erona Perälän ja Saaren (2012) tutkimukseen meillä oli se, että emme tutkimuksessamme kartoittaneet omaishoitajien toimintakykyä. Lisäksi Perälällä ja Saarella oli käytössään depressioseula sekä kattavampi verikoetetaus, mikä olisi ollut hyödyksi myös meidän tutkimuksessamme.

Meidän tutkimuksessamme laboratoriotulokset olivat tutkittavilla lähes kaikki viitearvoissa. Myös tämä hieman yllätti niin meidät kuin tutkittavatkin, koska monen tutkittavan kohdalla veriarvoja ei oltu kontrolloitu pitkiin aikoihin. Laboratoriokokeiden kattavuus oli toisaalta aika suppea, joten laajempia päätelmiä näiden tulosten pohjalta ei voitu tehdä. Laboratoriokokeisiin olisi voitu sisällyttää myös esimerkiksi kolesteroliarvojen ja nestetasapainoarvojen mittaukset, joiden pohjalta olisi voitu tehdä laajempia päätelmiä. Tarkoituksenamme oli kuitenkin saada vain terveystarkastusta tukevaa tietoa eikä kokonaisvaltaista kuvaa laboratorioarvojen perusteella.

Fysiologisten mittausten osalta yksittäisellä mittauksella ei voida myöskään erityisen luotettavasti tehdä johtopäätöksiä eli tulokset eivät ole niin valideja. Esimerkiksi verenpaineen osalta pitäisi tehdä pitempiaikaista seuranta, jotta sen pohjalta voitaisiin tehdä johtopäätöksiä. Myös verensokeri vaihtelee päivän mittaan muun muassa liikunnan, syömisestä, lääkityksen vaikutuksesta. Erityisen poikkeavat lukemat voidaan tietysti havaita ja kontrolloida jo yhdellä tapaamisella. BMI:tä voidaan pitää suhteellisen luotettavana, sillä painossa ei merkittäviä päivittäisiä vaihteluita esiinny ja pituus on vakio. Vyötärön ympärysmitta on myös suhteellisen luotettava mittari, sillä siinä ei suuria vaihteluita esiinny, kunhan mittaus tehdään oikein.

Koska tutkimuksemme tulokset ovat suuntaa-antavia, jatkossa voitaisiin tehdä laajempi määrällinen tutkimus omaishoitajien terveydestä, jotta tuloksia voitaisiin

yleistä. Toisaalta olisi mielenkiintoista tietää, miten omaishoitajuuden kesto ja hoidettavan terveydentila vaikuttavat omaishoitajien terveyteen. Lisäksi olisi mielenkiintoista vertailla, onko omaishoitajien terveydessä eroja eri alueilla Suomessa.

11 POHDINTA

11.1 Prosessi

Opinnäytetyön aiheeksi halusimme ajankohtaisen ja työelämälähtöisen aiheen. Päädyimme omaishoitajiin, koska yhteiskunnassa ollaan painottamassa kotihoitoa ja sen toteuttamisessa omaishoitajat ovat olennaisessa asemassa. Omaishoitajat tekevät arvokasta työtä, mutta yhteiskunta kiinnittää liian vähän huomioita omaishoitajien hyvinvointiin ja jaksamiseen. Otimme yhteyttä Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:hyn keskustellaksemme heidän kanssaan tutkimuksen aihevalinnasta ja tarpeellisuudesta. Heillä oli heti tarjota ehdotus, että kartoitaisimme Kokkolanseudun omaishoitajien terveyttä terveystapaamisen muodossa. Aloimme kehittää yhteistyössä tutkimuksen sisältöä, tarkoitusta ja tavoitteita.

Mietimme myös aiheen rajausta, ja päädyimme ottamaan kohderyhmäksi yli 65-vuotiaat, puolisoaan hoitavat Kokkolanseudun omaishoitajat. Tämä siksi, että he eivät enää kuulu työterveyshuollon piiriin, eikä heillä ole näin ollen mitään säännöllisiä tarkastuksia. Lisäksi ajattelimme iän olevan kuormittava asia; sekä hoitajat että hoidettavat ovat jo ikääntymässä, sekä kunto, jaksaminen ja terveys huononevat iän myötä. Päädyimme ottamaan tutkimukseen mukaan 20 omaishoitajaa, koska ajattelimme, että otanta on tarpeeksi laaja. Tutkimukseen käytettävissä oleva aika oli kuitenkin rajallinen, joten 20 terveystapaamista oli realistinen määrä toteuttaa.

Yhdistys julkaisi yhdistyksen omassa tiedotteessa ilmoituksen tutkimuksesta, johon vapaaehtoiset saivat ilmoittautua. Kiinnostusta tutkimusta kohtaan oli, sillä tutkimukseen ilmoittautuneita oli runsaasti. Olimme valinneet kohderyhmäksi puolisoaan hoitavat omaishoitajat, joten emme ottaneet tutkimukseen mukaan

esimerkiksi lastaan tai vanhempansa hoitavia omaishoitajia. Vaikka kohderyhmämme oli yli 65-vuotiaat, teimme kaksi poikkeusta, koska henkilöt täyttivät muuten tutkimuksen otettavien henkilöiden kriteerit ja iät olivat niin lähellä 65 vuotta (63 ja 64 vuotta). Näin ollen laajensimme kohderyhmää koskemaan yli 63-vuotiaita.

Menetelmä suunniteltiin yhdessä yhdistyksen kanssa. Yhdistys ehdotti, että toteuttaisimme terveystapaamisen, koska Ylivieskassa oli toteutumassa vastaavanlainen tarkastus. Lisäksi halusimme ottaa mukaan terveystarkastuksen tutkimuksen pohjaksi. Yhdistykseltä tuli myös toive, että ottaisimme mukaan laboratorioko-keet. Tämä järjestyi siten, että yhdistys antoi tutkittavien luvalla heidän henkilötietonsa laboratorioon, jolloin heille pystyttiin tekemään lähetteet. Tutkittavat saivat käydä näytteenotossa omaan tahtiin, ja laskut maksoi yhdistys. Laboratoriovastaukset tulivat tutkittaville kotiin, ja he ottivat ne mukaan terveystapaamiseen. Halusimme tarkastukseen mukaan myös fysiologisia mittauksia, koska ne oli helppo toteuttaa ja niillä saataisiin objektiivista tietoa tutkittavien terveydentilasta.

Terveystarkastus haluttiin lähettää omaishoitajille etukäteen, jotta omaishoitajat saisivat rauhassa miettiä vastauksiaan ja heillä olisi aikaa paneutua siihen. Lisäksi meillä olisi pohja terveystapaamista varten, eikä meidän tarvitsisi enää tapaamisessa käyttää aikaa lomakkeen täyttämiseen. Näin ollen aikaa voitiin käyttää keskustelemiseen sekä vastausten läpikäyntiin ja selventämiseen. Terveystarkastuslomake sisälsi sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Niiden avulla koimme saavamme riittävästi tietoa monelta eri terveyden osa-alueelta. Jonkin verran mallia kyselylomakkeeseen otimme aiemmin hyväksi havaituista lomakkeista, joita eri tutkimuksissa on käytetty.

Kun olimme päättäneet aiheesta ja valinneet menetelmät, pidimme alkuinformaation halukkaille tutkimukseen osallistujille omaishoitajille. Yhdistys oli etukäteen

laittanut tiedon infotilaisuudesta heidän syystiedotteeseensa. Näin ollen halukkaat tulivat paikalle, ja kerroimme heille tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja aikataulusta. Lisäksi he saivat kysyä epäselvistä asioista. Mielestämme tämä lisäsi omaishoitajien kiinnostusta tutkimusta kohtaan, ja uskomme tällä olleen tärkeä rooli siinä, että saimme tutkimukseen mukaan riittävästi omaishoitajia. Infotilaisuuden jälkeen ilmoittautuneista kaikki pysyivät mukana loppuun asti tutkimuksessa. Kiinnostusta lisäsi se, että he saivat itselleen tietoa omasta terveydentilastaan. Tutkimuksen aikana kahden omaishoitajan puoliso menehtyi, mutta omaishoitajat halusivat jatkaa tutkimuksessa. Päätimme pitää tutkittavat tutkimuksessa, sillä puolisoitten poismenot tapahtuivat yllättäen tutkimuksen aikana, eikä tutkimukseen osallistumisen hetkellä tätä voitu tietää.

Terveystapaamisten rakenne oli selkeä. Aluksi teimme fysiologiset mittaukset ja kävimme läpi laboratoriotulokset yhdessä tutkittavan kanssa. Sen jälkeen kävimme läpi kyselylomakkeen ja tarkensimme epäselviä vastauksia, jotta vastaukset pystyttäisiin tulkitsemaan siten, miten tutkittava on asian tarkoittanut. Kyselylomakkeet olivat hyvin täytettyjä, ja niistä palautui kaikki. Terveystapaaminen ajoitettiin helmikuulle 2012. Olimme valinneet tietyn viikon tarkastuksia varten ja omaishoitajat saivat varata itselleen sopivan ajan vastaanottotyypillisesti yhdistyksen kautta. Pohdimme myös avovastaanottoa, että omaishoitajat saisivat tulla vapaasti tarkastukseen ilman ajanvarausta. Tulimme kuitenkin siihen tulokseen, että omaishoitajien kannalta olisi parempi, että olisi tietty sovittu aika, jolloin heidän olisi helpompi esimerkiksi järjestää hoidettavan hoito tapaamisen ajaksi.

Kun kaikki tapaamiset oli suoritettu, oli edessä tulosten analysointi. Avoimet kysymykset kirjoitettiin auki ja analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Ensin pelkistimme vastaukset ja ryhmittelimme ne, minkä jälkeen jaoin ne ylä- ja alaluokkiin. Monivalintakysymykset, mittaustulokset ja laboratorionkokeiden

vastaukset puolestaan voitiin taulukoida, jonka jälkeen niitä voitiin tarkastella ja niistä pystyttiin tekemään johtopäätöksiä.

Tulosten läpikäynti ja analysointi oli haasteellista ja aikaa vievää, koska olimme käyttäneet kahta eri menetelmää, sekä laadullista että määrällistä. Olemme kuitenkin edelleen sitä mieltä, että menetelmät tukivat toisiaan ja olemme tyytyväisiä, että käytimme molempia menetelmiä. Tutkimuksessa olisimme lisäksi voineet käyttää esimerkiksi mielialaa mittaavia kyselyitä, kuten depressioseulaa, koska tutkimuksen tuloksissa nousi esiin paljon henkiseen jaksamiseen liittyviä asioita. Fyysisiin sairauksiin liittyviä ongelmia ei juuri ollut, ja perussairaudet olivat pääasiassa hyvässä hoitotasapainossa.

Tutkimuskysymyksiinämme oli ”Millaiseksi omaishoitajat kokevat terveytensä?” ja ”Millainen omaishoitajien terveys on terveystutkimuksen, fysiologisten mittausten ja laboratorioarvojen perusteella?”. Mielestämme tutkimuksemme vastaa näihin kysymyksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tutkimustulosten perusteella omaishoitajien palveluita heidän terveydentilaansa tukeviksi. Mielestämme tutkimustuloksia voidaan hyödyntää jatkossa etenkin Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:ssä, koska he järjestävät paljon toimintaa omaishoitajille.

Yhteistyö Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kanssa on toiminut moitteettomasti. He ovat olleet aktiivisia, innokkaita ja innostavia. He ovat toimineet suuressa roolissa linkkinä tutkijoiden ja tutkittavien välillä.

Tutkimuksen aikataulu piti paikkaansa mielestämme kohtalaisesti. Sovitut päivämäärät ja terveystapaamiset toteutuivat suunnitelman mukaan. Tulosten analysointi vei kuitenkin aikaa odotettua enemmän. Lisäksi meillä oli hankaluuksia sovittaa aikataulumme yhteen työharjoitteluiden ja töiden vuoksi.

11.2 Oma ammatillinen kasvu ja kehitys

Tämän tutkimuksen tekeminen on antanut meille ammatillisia valmiuksia ymmärtää ikääntyvän ihmisen terveyden moniulotteisuutta sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys vaikuttavat toinen toisiinsa varsin herkästi sekä vahvistavana että heikentävänä elementtinä. Tutkimuksen etenemisen myötä olemme saaneet tietoa ikääntyneen omaishoitajan todellisesta terveydentilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Olemme hyvin saaneet yhdistettyä tutkimukseen työelämänäkökulman, josta on hyötyä tulevaa työelämää ajatellen, sillä omaishoitajia ja omaishoitotilanteita voi tulla vastaan missä työyksikössä tahansa. Tämä tutkimus on palvellut meitä molempia sekä sairaanhoidon että terveydenhoidon ennaltaehkäisevästä ja terveyttä tukevasta näkökulmasta.

Vuorovaikutustaitomme ovat kehittyneet toimiessamme erilaisten ihmisten kanssa. Tutkimusta tehdessä on ollut välillä haastavaa säilyttää tutkijan rooli, sillä hoitajan identiteetti on ollut vahvana mielessä. Mielestämme kuitenkin onnistuimme hyvin tutkijan rooleissamme tutkimusaiheen herättämistä tunteista huolimatta.

Tutkimuksen myötä olemme oppineet enemmän lähdekriittisyyttä ja tiedonetsintätaitomme ovat kehittyneet. Tätä tutkimusta tehdessä lähteitä löytyi hyvin, mutta monen kohdalla pohdimme ja arvioimme, onko tieto ajantasaista ja luotettavaa sekä onko tieto olennaista tutkimuksemme kannalta. Aikaisempia tutkimustuloksia oli mielenkiintoista ja antoisaa vertailla oman tutkimuksemme tuloksiin.

Hyvä ja looginen suunnitelma on kaiken lähtökohta ja sen avulla pääsee pitkälle. Tutkimuksen alussa emme käsittäneet tutkimuksen laajuutta kokonaisuudessaan, joten ajankäyttöä olisi voinut suunnitella, toteuttaa ja hallita paremmin. Olisimme voineet aloittaa opinnäytetyön teon aikaisemmin tai hyödyntää aikaa enemmän

ennaltasuunnitteluun. Olemme kuitenkin tyytyväisiä siihen, että itse tutkimusaineiston keruu tapahtui sujuvasti ja ajallaan.

Koulutus on antanut tiedollisia ja taidollisia valmiuksia tutkimuksen toteuttamiseen, mutta vasta lähdettyämme tekemään tutkimusta tutkimusprosessi tuli paremmin tutuksi ja selkeni meille. Myös arvostus muita tutkimuksia kohtaan on noussut, sillä nyt tajuaamme kuinka paljon työtä tutkimuksen toteuttaminen vaatii. Tutkimuksen tekeminen on ollut haastavaa ja olemmekin oppineet pitkäjänteisyyttä ja paineensietokykyä laajan aiheen ja työn käsittelyssä. Luottamus omiin ja toisen taitoihin on kasvanut yhteisen työn myötä. Työn etenemisen kannalta on ollut hyvä, että työssä on ollut kaksi tekijää, jolloin molemmat ovat vastavuoroisesti tukeneet ja kannustaneet toista eteenpäin. Molempien erilaiset tiedot, taidot, vahvuudet ja keskinäinen vuorovaikutus ovat täydentäneet toisiaan tutkimuksen aikana. Oivalluksia oppimiskokemuksista tulee varmasti vielä pitkän ajan päästä tutkimuksen valmistumisesta, kun tutkimusta pystyy tarkastelemaan etäämmältä.

12 LÄHTEET

- Eskelinen, S. 2012. Perusverenkuva (B-PVK). Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03030 Luettu 27.11.12.
- Heikkinen, E. 2008. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 338–343.
- Herranen, L. 2011. Asiakaslähtöisen omaishoitajien ohjausmallin kehittäminen terveydenhuoltoon sekä projektissa toteutetun BIKVA-haastattelun tuloksia. Seinäjoen keskussairaala, omaishoitaja-seminaari, 5.4.2011.
- Hyvärinen, L. 2003. Näön vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammerpaino Oy, 155–163.
- Hämäläinen, P., Pitkänen, L., Suomalainen, E. & Utriainen, E., 2010. ”On lupa toisesta huolta kantaa...” Muistisairasta läheistään hoitavan omaishoitajan terveystapaaminen. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/13022/Hamalainenopnt.pdf?sequence=1> Luettu 29.4.2011.
- Jokitalo, H. 2011. Sosiaaliasiamies selvitys 2011. Pöytäkirja 25.4.2012. Sosiaali- ja terveyslautakunta. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://kokwww.kokkola.fi/kokkola/DynJulk/kokous/20123642-5.HTM> Luettu 3.9.2012.
- Järnstedt, P. 2011. Omaishoitaja – resurssi vai yhteistyökumppani? Luentomateriaalit. Omaishoitaja-seminaari, Seinäjoen keskussairaala, 5.4.2011.
- Kaakinen, J. 2007. Kokkolan vanhustenhuoltostrategia. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.kokkola.fi/hallinto/strategiat/vanhustenhuollon_strategia/fi_FI/vanhustenhuollon_strategia/. Luettu 21.4.2011
- Kaivolainen M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön., Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

- Kallinen, M. 2003. Kestävyys. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammerpaino Oy, 110–116.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy, 131–137.
- Karvinen, M. 2010. Omaishoitajia tuetaan laaja-alaisesti. Sairaanhoitaja 3/2010. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/3_2010/hoitotyön_ilmioita/omaishoitajia_tuetaan_laaja-alai/. Luettu 21.4.2011.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kivelä, S. 2008. Uni ja vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammerpaino Oy, 369–371.
- Kröger, T., Voutilainen, P., Elomaa, N., Löfgren, M., Väänänen, P., Lahermaa, A., Äimälä, M., Makkula, J., Luomajärvi, J., Siitonen, S., Hämäläinen, J. & Jalkanen, S. 2008. Omaishoitajan hoitovapaa. Työryhmän loppuraportti. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.tem.fi/files/20822/omaishoitajan_hoitovapaat.pdf. Luettu 1.11.2012.
- Kuusinen, J. 2003. Älykkyys ja vanheminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammerpaino Oy, 164–173.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138–148.
- Laki omaishoidontuesta 2005/937.
- Lamminen, M. 2011. Omaishoitaja – resurssi vai yhteistyökumppani? Omaishoitaja asiakkaana sosiaali- ja terveydenhuollossa – kokemuksia kohtaamisesta ja kehittämisestä - seminaari. Seinäjoen keskussairaala. 5.4.2011.
- Lauri S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3. painos. Juva: WSOY, 63–64.
- Leino-Kilpi, H. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Linton, A. D., Hooter, L. J., & Elmers, C. R. 2007. Endocrine system. Matteson & McConnell's Gerontological Nursing. Teoksessa A. D. Linton & H. W. Lach (toim.) Concepts and Practice. 3. painos. St. Louis: Saunders Elsevier.

Lipponen, P. (toim.) 2008. Rakas velvollisuus. Omaishoitajan arjen haasteet. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Leinonen, K. 2009. Kukkasia vai kantoja polulla?: Terveiden edistäminen ikääntyneiden omaishoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Www-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4275/Leinonen_Kirsi.pdf?sequence=1. Luettu 1.11.2012.

Leinonen, R. 2008. Terveiden kokeminen. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia, 2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino oy, 229–230.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Glukoosi. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03091. Luettu 12.11.2012

Mustajoki, P. 2011a. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034 Luettu 4.11.2012.

Mustajoki, P. 2011b. Tietoa potilaalle. Painoindeksi (BMI). Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>. Luettu: 4.11.2012.

Mustajoki, P. 2011c. Tietoa potilaalle: Lihavuus. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=bmi. Luettu 4.11.2012.

Mustajoki, P. 2011d. Diabetes (sokeritauti). Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011. Luettu 4.11.2012.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215–218.

Nurmi, N. 2002. Omaishoitajan voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotyön johtamisen koulutus.

- Paavilainen, E. 2011. Miksi perhekeskeistä hoitoa tarvitaan terveydenhuollossa? Luentomateriaalit. Omaishoitaja-seminaari, Seinäjoen keskussairaala, 5.4.2011.
- Pajala, S., Sihvonen, S. & Era, P. 2003. Asennonhallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-paino oy, 123–142.
- Pihlajamäki, J. 2011. Perheiden, omaisten ja omaishoitajien tukemisen tärkeys erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Luentomuistiinpanot. Omaishoitaja-seminaari, Seinäjoen keskussairaala, 5.4.2011.
- Perälä, S. & Saari, J. 2012. Omaishoitaja keskiössä: Suuntaa antava tutkimus omaishoitajien hyvinvoinnista. Opinnäytetyö, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu ja Oulun seudun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma ja sosiaalialan koulutusohjelma. Www-dokumentti. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41406/perala_suvi_saari_jaa_na.pdf?sequence=1. Luettu 30.10.2012.
- Portin, P. 2008. Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino oy, 312.
- Pursiainen, A. 2011. ”Kun ne ottais meijät tosissaan” – omaishoitajien kokemuksia terveydenhuollon palveluista. Lisensiaatintutkimuksen tuloksia. Seminaari, Seinäjoen keskussairaala. 5.4.2011.
- Siira, H. 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys, hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8388/URN_NBN_fi_jyu-2006515.pdf?sequence=1. Luettu 30.1.2012
- Sipilä, S. & Rantanen, T. 2003. Lihasvoima. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino Oy, 99–109.
- Sorri, M. & Huttunen, K. 2003. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino Oy, 143–154.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf. Luettu 9.11.2012.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Omaishoidon tuki. 26.4.2011. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/omaishoito. Luettu 25.5.2011.
- Sotkanet. 2012. Omaishoidon tuesta sopimuksen tehneitä 65 vuotta täyttäneitä hoitajia vuoden aikana yhteensä, kunnan kustantamat palvelut. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/SU1/111,112/3/3A/0/2106/>. Luettu 3.11.2012.
- Suomen kuntaliitto, 2011. Omaishoidon tuki. Www-dokumentti. Sisältö tarkistettu 17.2.2011. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/omaishoidontuki/Sivut/default.aspx>. Luettu 11.5.2011.
- Suominen, H. 2003. Kehon rakenne ja koostumus. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Tampere: Tammer-Paino Oy, 96.
- Suominen, M. 2008. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 468.
- Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemusositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>. Luettu 26.11.2012.
- Taanila, A. 2005. Triangulaatio tutkimusmenetelmänä. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/triangulaatio3.pdf>. Luettu 4.11.2012.
- Tilvis, R. 2001a. Endokriiniset ja elektrolyyttitasapainon häiriöt. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 180–181.
- Tilvis, R. 2001b. Vanhusten lääkehoito. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 321-327.
- Valkonen, L. 2011. Omaishoitajuuteen luotava yhtenäiset valtakunnalliset kriteerit. Vanhustyö 2, 18–19.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–27.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 206–213.

Välimäki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A. & Koivisto, A., 2010. Omaishoitajan kokemus Alzheimerin tautia sairastavan läheisen hoitamisesta. Sairaanhoitaja 9.

Välimäki, T. 2012. Family caregivers of persons with Alzheimer's disease: Focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving. An ALSOVA follow-up study. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Www-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0808-7/urn_isbn_978-952-61-0808-7.pdf Luettu 10.9.2012.

Hei!

Olemme terveydenhoitaja- ja sairaanhoitajaopiskelija Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä omaishoitajien terveydentilasta. Tarkoituksena on järjestää omaishoitajille terveystarkastus, jossa tehdään perusmittauksia ja keskustellaan elämäntavoista, jaksamisesta ja hyvinvoinnista. Yhteistyökumppanimme toimii Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry.

Alkuinfo terveydentarkastuksiin liittyen järjestetään syksyllä 2011 ja terveystarkastukset alkavat tammikuussa 2012. Tarkemmat ajankohdat ilmoitamme myöhemmin. Osallistuminen on Teille täysin maksuton.

Ilmoittautumiset _____ mennessä

Kaarina Niemi
Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry
puh. 044-336 0122/06-822 6725
kaarina.niemi@kokkolanomaishoitajat.fi



Elina Ranta-aho
terveydenhoitajaopiskelija
elina.ranta-aho@cou.fi
Sanna-Maija Saarijärvi

sairaanhoitajaopiskelija
sanna-maija.saarijarvi@cou.fi



Hyvä omaishoitaja,

Kiitos, että olet päättänyt osallistua omaishoitajien terveydentilaa koskevaan tutkimuksemme! Tahdomme toivottaa Sinut tervetulleeksi infotilaisuuteen 9.11.2011 klo 12 Kokkolanseudun omaishoitajat ja läheiset ry:n tiloille. Tilaisuudessa esittäydymme, kerromme tulevasta tutkimuksesta ja voitte esittää kysymyksiä. Tilaisuudessa myös kahvitarjoilu.

Ilmoittautumiset ja peruutukset ottaa vastaan Marjo. Jos haluat osallistua terveystarkastukseen, mutta et pääse infotilaisuuteen, ilmoitathan myös tästä.

Jos et pääse tulemaan paikalle, lähetämme sinulle tiivistelmän infotilaisuudessa käsitellyistä asioista!

Lämpimin syysterveisin

Elina Ranta-aho
terveydenhoitajaopiskelija

Sanna-Maija Saarijärvi
sairaanhoitajaopiskelija

HYVÄ OMAISHOITAJA!

Tässä tiivistelmä 9.11. olleesta terveystarkastuksen infotilaisuudesta.



Tammikuun alussa Sinulle lähetään kirje, jossa on mukana kyselylomake. Ole ystävällinen ja täytä se tammikuun aikana. Ota se mukaan helmikuussa järjestettävään terveystarkastukseen.

Tammikuussa 9.1.-20.1.2012 välisenä aikana Sinun tulisi käydä laboratoriossa. Marjo Salmi kerää etukäteen nimet ja henkilötunnukset, jotka luottamuksellisesti ilmoitetaan laboratorioon. Näin pääset laboratorioon ilman lähetettä, ilmoitat vastaanottoon ainoastaan nimesi ja henkilötunnuksesi. Sinulle lähetetään myöhemmin kotiin tulokset ja lasku laboratoriokäynnistä. **Laskua Sinun ei tarvitse itse maksaa, vaan Kokkolanseudun Omaishoitajat ja Läheiset Ry hoitaa sen puolestasi!** Ota siis lasku mukaan helmikuussa järjestettävään terveystarkastukseen. Ota ystävällisesti mukaan myös laboratoriotuloksesi.

Katso alta oma laboratoriosi.

Laboratoriossa käydään tammikuussa viikolla 2-3 (9.1.-20.1.2012).

Muista olla ravinnotta ennen laboratorioon menoa!

Kokkolalaiset: **Keskussairaalan laboratorio** (avoinna 7.00-14.45) ti-to välisenä aikana.

Kannuslaiset:

Kälviäläiset:

Lohtajaiset:

Helmikuussa on vuorossa varsinainen terveystarkastus. Se järjestetään Kokkolanseudun Omaishoitajat ja läheiset ry:n tiloissa **13.-16.2.2012**. Olemme paikalla jokaisena päivänä klo 9.00-12.00 ja 13.00-16.00. Varaa Sinulle sopivin aika Marjo Salmelta (puh. 044-336 0124) tammikuun aikana! Tarkastuksen kesto on n. 1 h, jossa käymme läpi kyselylomakkeen, laboratoriotulokset ja teemme fysiologisia mittauksia (verenpaine, leposyke, verensokeri yms.)

Noudatamme terveystarkastuksessa ehdotonta vaitiolovelvollisuutta. Emme julkaise henkilötietojanne opinnäytetyössämme eikä ketään voida tunnistaa siitä. Tutkimusmateriaalit eivät pääse missään vaiheessa ulkopuolisen haltuun ja kun opinnäytetyömme on valmis, hävitämme kaikki materiaalit asianmukaisesti.

Mikäli Sinulla on jotakin kysyttävää, otathan rohkeasti yhteyttä Marjo Salmeen (puh. 044-336 0124).

Ystävällisin terveisin

Elina Ranta-aho
Terveystarkastajaopiskelija

Sanna-Maija Saarijärvi
Sairaanhoitajaopiskelija

OMASHOITAJAN TERVEYSTARKASTUSLOMAKE Täyttöpäivämäärä: _____

Nimi : _____

Henkilötunnus: _____

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin mahdollisimman totuudenmukaisesti. Tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Ota tämä lomake mukaan terveystarkastukseen, vastaukset käydään läpi terveystarkastuksen yhteydessä.

1. Terveystila

Minkälaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä (esim. erinomainen, hyvä, kohtalainen, huono, erittäin huono)? Perustelut!

Onko teillä perussairauksia? Mitä?

Oletteko olleet viimeaikoina toimenpiteissä (leikkaus tms.)?

Oletteko viimeisen vuoden aikana käyneet lääkärin vastaanotolla (kylä/ei)? _____

Rastittakaa, jos teillä on ollut/ on tällä hetkellä jotakin seuraavista:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine | <input type="checkbox"/> huonomuistisuus |
| <input type="checkbox"/> rintakipua rasituksessa | <input type="checkbox"/> niska- tai hartiavaivoja |
| <input type="checkbox"/> anemia, raudanpuute | <input type="checkbox"/> puutumista raajoissa |
| <input type="checkbox"/> suonikohjut | <input type="checkbox"/> lihas-/niveltaivoja |
| <input type="checkbox"/> masennus | <input type="checkbox"/> kipua selässä |
| <input type="checkbox"/> muita mielenterveyshäiriöitä | <input type="checkbox"/> virtsaamisvaivoja |
| <input type="checkbox"/> toistuva päänsärky | <input type="checkbox"/> virtsaelintulehdus |
| <input type="checkbox"/> pitkäaikainen huimaus | <input type="checkbox"/> munuais- ja virtsatiekiviä |
| <input type="checkbox"/> huonokuuloisuus | <input type="checkbox"/> eturauhastulehdus |
| <input type="checkbox"/> huononäköisyys | <input type="checkbox"/> ummetus |
| <input type="checkbox"/> syöpä, pahanlaatuinen kasvain | <input type="checkbox"/> verta ulostaessa |
| <input type="checkbox"/> ihottumaa | <input type="checkbox"/> mahahaava |
| <input type="checkbox"/> uupumus | <input type="checkbox"/> muita vatsaoireita |
| <input type="checkbox"/> ärtyneisyys | <input type="checkbox"/> ruokahaluttomuus |

Onko teillä ollut/ on tällä hetkellä jotakin muita oireita, joita ei edellisessä mainittu?

Millaiseksi koette psyykkisen hyvinvointinne? Millainen mielialanne useimmiten on?

Oletteko huolissanne jostain terveyteenne liittyvästä asiasta?

2. Lääkitys

Onko teillä säännöllinen lääkitys? Mikä?

Käytättekö muita lääkkeitä? Mitä? Kuinka usein?

3. Tupakointi

Tupakoitteko (päivittäin, silloin tällöin, harvoin, en ikinä, olen lopettanut)?

Jos tupakoit, kuinka monta savuketta päivässä? _____ kpl

Onko tupakointi vähentynyt, lisääntynyt vai pysynyt ennallaan kuluneen vuoden aikana?

4. Alkoholinkäyttö

Käytätkö alkoholia (päivittäin, silloin tällöin, harvoin, en ikinä, olen lopettanut)?

Jos käytät, kuinka paljon/montako annosta kerralla? _____

Onko alkoholinkäyttö vähentynyt, lisääntynyt vai pysynyt ennallaan kuluneen vuoden aikana?

5. Ravitsemus

Kuinka usein ruokaillette (4-6 krt/pvä, 3 krt tai harvemmin, epäsäännöllisesti)?

Syöttekö mielestänne terveellisesti/ monipuolisesti?

Onko teillä erikoisruokavalio/ruoka-allergioita/dieettejä?

6. Uni

Montako tuntia keskimäärin nukutte yössä? _____ tuntia

Oletteko tyytyväinen unenne laatuun (kyllä/ ei/vaihtelevasti)?

Heräilettekö usein? (kyllä/ei/vaihtelevasti)

Oletteko väsynyt päivisin?

Joudutteko väsymyksen takia nukkumaan päivällä?

7. Liikunta

Kuinka usein harrastatte liikuntaa?

Onko liikunnan määrä vähentynyt, lisääntynyt vai pysynyt ennallaan kuluneen vuoden aikana?

8. Omaishoitajuus

Kauanko olette toimineet omaishoitajana? _____

Mitkä asiat koette raskaiksi omaishoitajuudessa/ nykyisessä elämäntilanteessanne?

Saatteko apua tarvittaessa? Millaista ja mistä (esim. perheenjäsenet, ystävät, järjestöt, terveyskeskus, KELA...)?

Onko teillä aikaa itsellenne, omille harrastuksille, ystäville ja rentoutumiselle?

Kiitos osallistumisestanne kyselyyn!