

LÄHEISEN ROOLI JA TUEN TARVE IÄKKÄÄN KOTIUTUESSA ARVIOINTI- JA
KUNTOUTUSOSASTOLTA

Niina-Marika Vesa
PRO GRADU -TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Maaliskuu 2016

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata läheisen roolia ja tuen tarvetta iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tavoitteena oli saada tietoa iäkkäiden kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta ja muodostaa käsitteellinen malli, jossa on tyytetyt läheisen erilaiset roolit, niihin vaikuttavat tekijät ja tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Tutkimus oli kuvaileva tutkimus, jossa sovellettiin metodologista triangulaatiota. Kotiutuva iäkäs nimesi läheisen (n=14), jolta kerättiin tutkimusaineistoa teemahaastattelulla ja kyselyllä (COPE -indeksi, Carers of Older People in Europe). Rekrytointi tapahtui viidellä arviointi- ja kuntoutusosastolla Etelä-Suomessa kesällä 2015. Teemahaastattelu analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja kyselyn (COPE -indeksi) vastauksista laskettiin prosenttiosuudet ja kolmella osa-alueella laskettiin lisäksi summapistojen keskiarvot. Tutkimuksen päätulos tuli teemahaastattelun sisällön analyysistä, jota vahvistettiin kyselystä (COPE -indeksi) saaduilla tuloksilla.

Tämän tutkimuksen tuloksena syntyi käsitteellinen malli läheisen roolista ja tuen tarpeista iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Läheisen rooli jakautui neljään päärooliin, jotka olivat iäkkään arjen auttajan rooli, edunvalvojan rooli, tukijan rooli ja vastuunkantajan rooli. Arjen auttajan rooliin kuului läheisen käytännön järjestäjän rooli ja kodinhoitajan rooli. Edunvalvojan rooliin sisältyi iäkkään terveydellinen edunvalvojan rooli, taloudellinen edunvalvojan rooli ja puolestapuhujan rooli. Tukijan rooli muodostui iäkkään virkistäjän roolista ja muutokseen sopeuttajan roolista. Näissä rooleissa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä olivat läheisen ja iäkkään välinen suhde, läheisen oma elämä, rooliin saatu tuki ja roolin mielekkyys. Läheisen roolissa tuen tarpeita olivat arjen tuki, roolissa toimimisen tuki, rohkaiseva ja sosiaalinen tuki. Kyselyn (COPE -indeksi) tulokset täydensivät kuvausta läheisen rooliin vaikuttavista tekijöistä ja tuen tarpeista. Keskeistä tuloksissa oli, että läheisillä oli hyvä suhde iäkkäisiin, avustaminen koettiin vaivan arvoiseksi ja muiden ihmisten koettiin arvostavan heidän toimimistaan iäkkään avustajana. Ajoittain avustaminen koettiin liian vaativana tuoden kielteisiä vaikutuksia omaan tunne-elämään ja fyysiseen terveydentilaan, tunnettiin olevan ansassa. Läheiset tunsivat saavansa hyvin tukea perheeltä, mutta sosiaali- ja terveystalvuluista saatavassa tuessa koettiin parannettavaa.

Tämän empiirisen tutkimuksen tuloksena tuotettu käsitteellinen malli todentaa läheisen roolin monimutkaisuuden ja moniulotteisuuden. Läheisen roolissa tarvitaan erityistä tukea tilanteiden muuttuessa, kuten kotiutustilanteissa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä iäkkäiden yksilöllistä kotiutumista ja tilanteeseen sopivia läheisen roolia tukevia palveluita.

Asiasanat: läheinen, rooli, tuki, iäkäs, kotiutuminen

UNIVERSITY OF TURKU
Department of Nursing Science

VESA NIINA-MARIKA: The role of next of kin and the need for support when the elderly is discharged from rehabilitation department to home.

Master`s thesis, 67 pages, 23 appendix pages
Nursing Science
March 2016

The purpose of the study was to describe the role of the next of kin and the need for support when the elderly was discharged from rehabilitation department to home. The aim of the study was to get information about the process of the elderly discharged from department to home from perspective of the next of kin. The goal was to get the conceptual model about different role types and the factors affect them and also find out the next of kin the need for support when elderly was discharged from rehabilitation department to home.

This study was descriptive study and applied methodological triangulation. The elderly named the next of kin who participated in the study (n=14). The data were collected by theme interviews and COPE -index (Carers of Older People in Europe) at five rehabilitation departments in Southern Finland in summer 2015. The interview data were analyzed by inductive content analysis and response of COPE -index were analyzed by use percentages and for in the three parts of scale were calculated the sum of points. The main result was based on the inductive content analysis average themes were calculated and COPE -index supplemented the interview.

The result of this study was the conceptual model about the role of next of kin and their need for support when the elderly was discharged from rehabilitation department to home. The next of kin has four main roles when the elderly was discharged from department to home: everyday helper, trustee, supporter and responsibility carrier. The role of everyday helper was included two parts: practical organizer and housekeeper. The role of trustee was included three parts: health trustee, economic trustee and advocate. The role of supporter was included two parts: elderly refresh and adapt to change. These roles were affected by relationship, private life, received support and task meaningfulness. The next of kin needed support to everyday tasks, to be in the role, encouragement and social support. The results of the COPE -index supplemented the description of the role of factors affecting the next of kin and need support. Highlights of the COPE -index result were that the next of kin had a good relationship with elderly and they felt able to cope with assisting elderly and they felt that other people respect them during their assistant. Sometimes they felt helping elderly was too demanding and that made a negative impact on their emotional life and physical health. They felt trapped. In generally they felt receiving support of family but health and social services need to be improved.

This empirical study showed that the conceptual model about the role of next of kin was quite complex and multi-dimensional. The next of kin is required special support when situations are changed, for example the elderly is discharged from department to home. The results can be used in developing the methods of elderly care so that discharge to home would be individual and in developing appropriate service to the next of kin.

Key words: next of kin, role, support, elderly, discharge

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA	8
2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet.....	8
2.2 Tiedonhaun kuvaus	11
2.3 Läheisen rooli ja siihen vaikuttavat tekijät	13
2.4 Läheisen tuentarve	16
2.5 Yhteenveto	20
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	23
4.1 Tutkimusasetelma	23
4.2 Tutkimuksen konteksti ja kohdejoukko	23
4.3 Aineiston keruumenetelmä ja toteutus	24
4.4 Aineiston analyysimenetelmät	27
5 TUTKIMUSTULOKSET	30
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus	30
5.2 Läheisen roolit iäkkään kotiutuessa	32
5.3 Läheisen roolissa toimimiseen vaikuttavat tekijät	36
5.4 Läheisen tuen tarpeet roolissa	39
5.6 Tutkimustulosten yhteenveto	43
6 POHDINTA	44
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	44
6.2 Tutkimuksen eettisyys.....	50
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	52
6.4 Tutkimuksen merkitys hoitotieteelle, hoitotyölle ja jatkotutkimusehdotukset	58
LÄHTEET	61

LIITTEET

- Liite 1 Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin kuvaus
- Liite 2 Aihealueeseen kohdistuneet aikaisemmat tutkimukset
- Liite 3 Teemahaastattelurunko
- Liite 4 Tiedote tutkimuksesta iäkkäälle
- Liite 5 Iäkkään tietoinen suostumus
- Liite 6 Tiedote tutkimuksesta läheiselle
- Liite 7 Läheisen tietoinen suostumus
- Liite 8 Analyysi rooleista
- Liite 9 Analyysi rooleihin vaikuttavista tekijöistä
- Liite 10 Analyysi tuen tarpeista
- Liite 11 Tutkijan ennakkokäsitys aiheesta

TAULUKOT

- Taulukko 1 Läheisen roolit iäkkään kotiutuessa
- Taulukko 2 Läheisen tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa
- Taulukko 3 Iäkkäiden taustatiedot
- Taulukko 4 Vastaajien taustatiedot
- Taulukko 5 Kysely (COPE -indeksi), läheisen tuen tarve

KUVIOT

- Kuvio 1 Tutkimuksen empiirinen toteutus
- Kuvio 2 Läheisen roolit iäkkään kotiutuessa
- Kuvio 3 Läheisen rooliin vaikuttavat tekijät
- Kuvio 4 Tuen tarpeet roolissa
- Kuvio 5 Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa

"Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä."

1 JOHDANTO

Läheisen rooli on vahvistunut osaksi sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää (Perälä 2008). Iäkkään kotona asuminen on usein mahdollista vain läheisen säännöllisesti antaman avun turvin (Häikiö ym. 2011). Sairaalaista kotiutuminen koetaan turvalliseksi läheisen ollessa mukana (Hellesø ym. 2011, Perry ym. 2011). Läheisten pysyminen fyysisesti ja psyykkisesti toimintakykyisinä ja heidän tavoitteellinen tukeminen on eduksi iäkkäälle ja koko yhteiskunnalle (STM 2014), koska oikeaan aikaan saatu tuki vähentää läheisten liiallista kuormittumista sekä siirtää avustettavan iäkkään siirtymistä laitoshoidoon (Juntunen & Salminen 2011).

Iäkkäiden määrä tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Suomessa oli vuonna 2014 yli 65-vuotiaita henkilöitä 1 091 388 eli lähes 20 % väestöstä. Väestöennusteen mukaan vuoteen 2060 mennessä yli 65-vuotiaiden määrä tulee kasvamaan lähes 29 %:iin väestöstä. (Tilastokeskus 2015.) Väestörakenteen muutoksesta on seurannut, että läheisiä tarvitaan yhä enemmän auttamaan iäkkäitä (Hellesø ym. 2011, Perry ym. 2011, Perälä 2008). Suomessa eri-ikäisiä ihmisiä auttaa päivittäin 58 000 läheistä, joista omaishoidontukea saa noin 40 000 (STM 2013).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista edellyttää, että kunnat painottavat kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980, 2 luku 5§). Vuonna 2012 lähes 90 % yli 75-vuotiaista asui omassa kodissaan, jossa he halusivatkin asua (STM 2014). Kunnat ovat vähitellen muuttaneet palvelurakennetta vähentämällä laitoshoidoa. Palvelurakenteen muuttaminen kotona asumista tukevaksi edellyttää toimia asumisen, asuinympäristöjen ja palvelujen uudistamiseksi, missä tavoitteena on ikäystävällisyys. (STM 2013.)

Iäkkäillä tulee olla iästä ja toimintakyvystä riippumatta mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omassa yhteisössään, on se sitten koti tai esimerkiksi palvelutalo tai laitos. Iäkkäiden terveyttä ja toimintakykyä tulee edistää ja ylläpitää. Kaikille iäkkäille tulee turvata hoito ja huolenpito sekä mahdollistaa heidän osallistumisensa

päätöksentekoon. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980, 3 luku 13§, 14§, 16§) Iäkkäällä on vastuu osallistua ja toimia omien voimavarojensa mukaisesti, sekä asettaa itse omat tavoitteensa, valikoida toimintatapansa ja arvioida omaa toimintaansa (STM 2013).

Läheisiä pidetään sosiaali- ja terveystalvulujärjestelmän neljäntenä sektorina, mikä kertoo läheisten roolin vahvistumisesta osana sosiaali- ja terveydenhuollon talvulujärjestelmää (Perälä 2008). Hallitusohjelmassa pyritäänkin vahvistamaan omaishoitajien jaksamisen tukemista sekä lisäämään yhteisöllisyyttä eri sukupolvien välisellä yhteistyöllä. Omaishoitoon pyritään lisäämään resursseja sekä työikäisten mahdollisuutta hoitaa iäkkäitä (Ratkaisujen Suomi 2015), koska iäkkään sairastuessa läheisen uusi elämäntilanne voi olla haastava. Läheisen on jaettava oma aikansa uuden roolin tuomien velvoitteiden, tehtävien ja vastuiden välillä. (Plank ym. 2012, Choi ym. 2011, Mak ym. 2007, Grimmer ym. 2004.)

Ikääntyminen tuo mukanaan erilaisia akuutteja ja kroonisia terveystalvuluja, jolloin tarvitaan sairaala- ja kuntoutushoitaa. Iäkkään kunnan kohotessa pyritään mahdollisimman nopeaan kotiutukseen, koska on todettu sairaalahoidon passivoivan iäkkäitä ja laskevan itsenäistä toimintakykyä. (Jämsen ym. 2015.) Iäkkään kotiutuessa sairaalasta läheiset ovat iäkkään voimavara hoidon ja huolenpidon turvaajina (STM 2014, Perälä ym. 2008). Kotiutuminen koetaan turvalliseksi, kun läheinen on mukana asioiden hoidossa ja on tietoinen kaikesta saadusta informaatiosta (Hellesø ym. 2011, Perry ym. 2011). Iäkkään siirtyessä sairaalasta kotiin on kiinnitettävä huomiota tiedonkulkuun ja yhteistyöhön läheisen, iäkkään ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Läheiset tulisi ottaa mukaan iäkkään kotiutumisen suunnitteluun, jolla voidaan edistää hoidon jatkuvuutta. (Hiltunen 2015.)

Tämän tutkimusalueen aikaisempi tutkimus on kohdistunut kuvaamaan läheisen roolissa tehtäviä asioita, vastuita ja ongelmia sekä tuen tarpeita. Tutkittua tietoa on vähemmän läheisen roolityypeistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä tuen tarpeen alueista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla läheisen roolia ja tuen tarvetta iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tavoitteena oli saada tietoa iäkkäiden kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta ja muodostaa käsitteellinen malli, jossa on tyypitelty erilaiset roolit, niihin vaikuttavat tekijät ja tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Tutkimusaiheeseen perehdytään esittelemällä tutkimuksen keskeiset pääkäsitteet, jonka jälkeen kuvataan aihealueeseen aikaisemmin kohdistuneiden tutkimusten tiedonhaku. Aiempi tutkimuskirjallisuus on jaettu kahteen alakappaleeseen, jossa ensimmäisessä kuvataan läheisen roolia ja siihen vaikuttavia tekijöitä ja toisessa kappaleessa läheisen tuentarve. Lopuksi yhteenvedossa kootaan aikaisemman tutkimuskirjallisuuden anti aiheesta ja verrataan tutkimuksen tarkoitukseen.

2.1 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Tutkimuksen pääkäsitteet olivat läheinen, rooli, tuki, iäkäs ja kotiutuminen.

Läheinen

Läheinen määritellään sukulaisuudeksi, tuttavuudeksi, yhteenkuuluvuudeksi ja ystävyydeksi (MOT 2016). Omaishoidon laissa määritellään, että omaishoidon tukea voi saada hoidettavan omainen tai joku muu hoidettavalle läheinen henkilö, joka on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla (Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937, 2§). Iäkkäiden hoitoon eriasteisesti osallistuvia läheisiä on paljon. On arvioitu, että 1,25 miljoonaa suomalaista auttaa joskus omaisiaan, tuttaviaan tai ystäviään, jotka eivät pysty vanhuuden, sairauden tai vammaisuuden takia toimimaan itsenäisesti ilman toisen henkilön apua. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2013.) Omaishoitajina yleisimmin toimivat puoliset tai iäkkään omat lapset (Omaishoidontuki, opas kuntien päättäjille 2005). Tässä tutkimuksessa läheisellä tarkoitetaan iäkkään nimeämää henkilöä, joka voi olla puoliso, avopuoliso, elämänkumppani, lapsi, sukulainen, ystävä tai tuttava riippumatta onko omaishoitaja.

Rooli

Rooli on määritelty olevan jonkun osa tai yksilön sosiaaliseen asemaan kuuluva tyypillinen tai odotettu käyttäytymismuoto. Rooli on myös kuvattu olevan yksilön käyttäytymistapa ja asennoitumistapa ryhmässä. (MOT 2016.) Läheisen roolia iäkkään auttajana voidaan kuvata esimerkiksi omaishoitaja käsitteen avulla. Omaishoito on hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan iäkkään henkilön kotona asumista tukevaa hoitoa,

johon voidaan ryhtyä Suomessa sopimusomaishoitajana tai muuna omaishoitajana. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2013.)

Sopimusomaishoitaja on läheinen, jonka kanssa on tehty sopimus iäkkään hoidosta ja hänelle maksetaan siitä hoitopalkkio. Sopimusomaishoitajan antama hoito ja huolenpito ja iäkkäälle annetut palvelut on kirjattu iäkkään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Muu omaishoito voidaan toteuttaa ilman omaishoitajalle tehtävää sopimusta, jolloin hänelle ei makseta hoitopalkkiota. Tällaisessa tilanteessa omaishoitajalla on mahdollisuus saada hoitotehtäväänsä tukevia palveluja, jotka sisällytetään hoito ja palvelusuunnitelmaan, mihin on myös kirjattu omaisen tehtävät. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2013.)

Läheisen rooli voidaan myös määritellä perhe- ja ystävyys-suhteisiin kuuluvaksi lähiavuksi, jolloin läheinen huolehtii iäkkästä osana normaalia perhesuhteisiin kuuluvaa toimintaa tai muun läheissuhteen perusteella. Perhe- ja ystävyys-suhteisiin kuuluvan avun antajaa ei tueta säännöllisillä julkisilla palveluilla, eikä hänen antamaa apua kirjata hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014.) Tässä tutkimuksessa läheisen roolilla tarkoitetaan, että läheinen on ottanut kyseisen iäkkään kohdalla osan, joka voi ilmetä mm. auttajana, tukijana, opastajana, vastuunottajana, hoitajana, yhteistyökumppanina, voimavarana tai näiden yhdistelmänä tai jonain muuna riippumatta omaishoitajuus käsitteestä.

Tuki

Tuki tarkoittaa jotakin, joka antaa turvaa, pitää yllä, edistää, auttaa tai kannustaa. Tuki voi olla myös taloudellista, rahallista avustusta tai luotettavuutta, uskottavuutta, todennäköisyyttä. (MOT 2016.) Läheisten voimavarat iäkkäiden huolenpidon ja oman jaksamisen turvaamiseksi ovat aina yksilölliset ja siten myös läheisen tuentarpeet vaihtelevat. Omaishoitajaperheiden tuen muodoksi on osoittautunut perheen monipuolisesti arvioitujen tarpeiden pohjalta laadittu yksilöllinen tuen ja palveluiden kokonaisuus. (STM 2013.) Tukea voidaan saada sosiaali- ja terveyspalveluista, järjestöiltä, seurakunnilta ja lähiyhteisöiltä, joiden antama tuki voi olla neuvontaa, ohjausta, vertaistukea, virkistystä, kuntoutusta, valmennusta ja koulutusta (Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2013). Tässä tutkimuksessa tuella tarkoitetaan toimenpiteitä, ohjeita, henkistä ja fyysistä tukea, vahvistusta ja varmistusta asioihin,

joita läheinen tarvitsee osallistuessaan iäkkään kotiutumiseen arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiinsa.

Iäkäs

Iäkäs tarkoittaa korkeassa iässä olevaa tai vanhaa henkilöä (MOT 2016), mutta toisaalta käsitteelle iäkäs ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä ja yhtenäistä määritelmää. Ikääntymisen määrittelemisen kalenteri-ään mukaan on varsin ongelmallista, koska ikääntymisen mukana tuomat muutokset ovat varsin yksilölliset. Se saa aikaan henkilössä fysiologisia muutoksia, jolloin elintoiminnot muuttuvat ja krooniset sairaudet lisääntyvät sekä henkinen ja fyysinen toimintakyky vaihtelee, samoin kokemus kyvystä selviytyä arjessa. Toimintakyvyn heiketessä iäkäs henkilö alkaa tarvita yhä enemmän toisten henkilöiden apua. Ikärajoja kuitenkin käytetään määriteltäessä erilaisia tilastoja tai eläkeikää. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008.)

Vanhuspalvelulaissa iäkäs henkilö on määritelty henkilöksi, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka ikään liittyvän rappeutumisen johdosta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 28.12.2012/980, 1 luku 3§). Tässä tutkimuksessa iäkkäällä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta henkilöä, joka on kotiutumassa arviointi- ja kuntoutusosastolta omaan kotiin tai palvelutaloon.

Kotiutua

Kotiutua tarkoittaa, että palaa kotiin jostakin tai tottuu ja alkaa viihtyä jossakin paikassa. Kotiutuminen kuvastaa myös juurtumista tai pysyvää jalansijaa jonnekin. (MOT 2016.) Iäkkään sairaalasta kotiutuminen on aina uusi tilanne hänelle itselleen (Martinsen ym. 2015) sekä hänen läheiselleen (Giosa ym. 2014). Kotiutuminen koetaan turvalliseksi, kun läheinen on mukana asioiden hoidossa ja ovat tietoisia kaikesta saadusta informaatiosta (Hellesø ym. 2011, Perry ym. 2011). Iäkkäät ovat kuitenkin tuoneet esiin, että he ovat huolissaan yksin jäämisestä ja riippuvuudesta läheisten antamaan apuun. Pelkoa koetaan myös toimintakyvyn menettämisestä kun on kotiuduttu. (Martinsen ym. 2015.)

Iäkkään sairaalasta kotiutuminen tulisi suunnitella huolellisesti, jotta kotiutuminen onnistuu. Tiedonkulun varmistaminen ja yhteistyö läheisen, iäkkään ja

terveydenhuollon ammattilaisen välillä edistävät iäkkään turvallista kotiutumista. (Hiltunen 2015.) Läheiset ovat kuvanneet onnistuneen kotiutumisen edellytyksiä, jolloin perheen tilanne arvioidaan huolella ja läheinen saa tietoa ja koulutusta uudesta tilanteesta. Läheisten on hyvä olla mukana kotiutumisen suunnittelussa ja hoitosopimukset on tärkeä tehdä sekä virallisten että epävirallisten hoitajien kanssa. Läheiset kaipaavat aikaa järjestää omat henkilökohtaiset asiat ennen kuin iäkäs kotiutuu. Kotiutumisen onnistumista edesauttaa läheisen itsevarmuus, että hän selviytyy iäkkään kanssa kotona. (Giosa ym. 2014.)

Vuonna 2012 lähes 90 % yli 75-vuotiaista asui omassa kodissaan, jossa he haluavatkin asua (STM 2014). Vanhuspalvelulaki edellyttää kuntia painottamaan iäkkäiden asumista kotona ja painottaa, että iäkkäällä tulee olla iästä ja toimintakyvystä riippumatta mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omassa kodissa, palvelutalossa tai laitoksessa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 28.12.2012/980, 3 luku 13§). Suomen hallituksen tekemässä toimeenpanosuunnitelmassa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle vuosille 2016–2019 on määritelty, että ikääntyneiden ihmisten kotiin saatavia palveluja painotetaan niin, että kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia. Hallitusohjelman kärkihankkeena on myös luoda uusi omais- ja perhehoidon toimintamalli, jotka lisäävät hoitotyön houkuttelevuutta ja helpottaa omaishoidon ja työssäkäynnin yhteen sovittamista. Tavoitteena on luoda integroitu palvelukokonaisuus, jossa iäkkäiden kotona asuminen lisääntyy ja laitos- ja muu ympärivuorokautisen hoidon tarve vähenee. (Hallituksen toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016.) Tässä tutkimuksessa kotiutuminen tarkoittaa, että iäkäs kotiutuu arviointi- ja kuntoutusosastolta takaisin omaan kotiin tai palvelutaloon.

2.2 Tiedonhaun kuvaus

Tiedonhaku aloitettiin syksyllä 2014 informaation ohjauksessa, jolloin hakuja tehtiin CINAHL, Pubmed/MAEDLINE, Cochrane -tietokannoissa. Hakuja tehtiin yhdistelemällä eri tavoin hakutermejä family*, "next of kin", relative*, friend*, "informal caregiver", role*, "caregiver burden", elderly*, senior*, aged, "old people", aging*, ageing*, "discharged from hospital", "transition to home", "patient discharge". Tutkimussuunnitelman laadintaan valittiin näiden hakujen perusteella yhdeksän

kansainvälistä artikkelia. Tutkimusaiheen valinnassa vaikutti myös aiemmin tekemäni kandidaatin työ ”Omaisten rooli ikäihmisen kuntoutumisessa kotiin” (Vesa 2013).

Päivitetty tiedonhaku toteutettiin syksyllä 2015, jolloin tietoa haettiin systemaattisesti CINAHL, Web of Science, Pubmed/MEDLINE ja Medic -tietokannoista. Hakulauseke oli kaikissa tietokannoissa (family* OR "next of kin" OR relative* OR friend* OR "informal caregiver") AND (role* OR "caregiver burden") AND (elderly* OR senior* OR aged OR "old people" OR aging* OR ageing*) AND ("discharged from hospital" OR "transition to home" OR "patient discharge"). Tieteellisiä viitteitä löytyi tietokannoista yhteensä 417 kappaletta, jonka jälkeen rajaukseksi asetettiin, että tutkimusraportin tuli olla sähköisessä muodossa, englannin- tai suomenkielinen ja julkaistu vuoden 2000 jälkeen. Vuosirajaus asetettiin, koska Suomessa ensimmäinen ikäihmisiä koskeva hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus julkaistiin 2000-luvun alussa, jolloin pääministeri Paavo Lipposen II hallitus ohjelma painotti ikääntyneiden palveluiden kehittämistä kotona asumista tukevaksi (Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus 2001). Sosiaali- ja terveysministeriön (2015) julkaisemista tilastoista selviää, että vuosien 2000 ja 2014 välisenä aikana potilaspaiikkojen määrä on vähennetty merkittävästi terveyskeskuksissa (n. 73 %) ja vanhainkodeissa (n. 47 %) kun taas omaishoidon tukea saavien henkilöiden määrää on noussut kaksinkertaiseksi (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015). Näillä muutoksilla katsottiin olevan myös vaikutusta tutkimusaiheen kannalta läheisen rooliin nyky-yhteiskunnassa.

Rajauksen asettamisen jälkeen viitteitä löytyi 298 kappaletta, jotka analysoitiin otsikko ja tiivistelmätasolla. Mukaanottokriteerinä tässä vaiheessa oli, että otsikossa tai tiivistelmässä käsiteltiin iäkkään potilaan läheistä/omaista kotiutumistilanteessa. Poissulkukriteerinä olivat tutkimukset, joissa oli nuoria potilaita ja heidän läheisiään tai käsiteltiin iäkkään siirtymistä saattohoitoon kotiin. Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin 79 artikkelia ja yksi väitöskirja, jonka jälkeen poistettiin päällekkäiset artikkelit. Loput 45 artikkelia ja yksi väitöskirja luettiin kokotekstinä. Näistä mukaan otettiin 27 artikkelia ja yksi väitöskirja, jotka käsittelivät läheisiä iäkkään kotiutuessa. Hakulausekkeet, rajaukset ja hakutulokset on kuvattu kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin kuvauksessa. (Liite 1.)

Valitut tutkimukset olivat kuvailevia tutkimuksia, joista laadullisia haastattelututkimuksia oli 14 ja havainnointitutkimuksia kaksi sekä määrällisiä

kyselytutkimuksia 11 ja yksi kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksista yhdeksän oli tehty Euroopassa, kahdeksan Aasiassa, viisi Yhdysvalloissa, viisi Australiassa ja yksi väitöskirja Suomessa. Yli puolet (n=14) artikkeleista oli julkaistu vuosien 2010–2015 aikana, seitsemän vuosien 2005–2009 ja seitsemän oli vuosien 2000–2004 aikana. Artikkeleista suurin osa (n=21) oli julkaistu hoitotieteellisessä lehdessä, kolme lääketieteellisessä lehdessä ja kolme kuntoutukseen liittyvässä lehdessä sekä yksi oli suomalainen väitöskirja. Mukaan valitut aihealueeseen kohdistuneet aikaisemmat tutkimukset on kuvattu taulukkomuodossa liitteessä 2.

2.3 Läheisen rooli ja siihen vaikuttavat tekijät

Tutkimuskirjallisuus toi esiin, että läheisillä oli useita erilaisia rooleja iäkkään kotiutuessa sairaalasta. Rooleihin vaikuttavat iäkkään sairauden vakavuus ja läheisen mahdollisuus osallistua iäkkään elämään. Läheisen rooleja kirjallisuuden perusteella olivat velvollisuus rooli, edunvalvojan rooli, iäkkään tukijan rooli sekä vastuunkantajan rooli. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Läheisen roolit iäkkään kotiutuessa

Rooli	Lähteet
Velvollisuus rooli	Norkly & Martinsen 2013, Majholm ym. 2012, Robinson & Barnett 2012, Mosca ym. 2011, Lin ym. 2006, Procter ym. 2001, Shyu 2000c.
Edunvalvojan rooli	Dyrstad ym. 2015, Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Bauer ym. 2009.
Iäkkään tukijan rooli	Dyrstad ym. 2015, Majholm ym. 2012, Lutz ym. 2011.
- Emotionaalinen tukija	
- Konkreettinen tukija	Majholm ym. 2012, Plank ym. 2012, Lutz ym. 2011, Mosca ym. 2011, Bauer ym. 2009, Lin ym. 2006.
Vastuunkantajan rooli	Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Majholm ym. 2012, , Plank ym. 2012, Lutz ym. 2011, Mak ym. 2007, Lin & Lu 2005,

Uusi rooli ja velvollisuus

Perheet joutuivat kohtaamaan haasteen, kun iäkkään kunto heikkeni ja jouduttiin sopeutumaan uuteen läheisen rooliin (Plank ym. 2012, Perry & Middleton 2011). Tähän rooliin saatettiin joutua ilman omaa valintaa (Gimmer ym. 2004). Läheiset kamppailivat vanhan ja uuden elämän muutoksessa, kokien epävarmuutta sekä olevansa haavoittuvaisia uudessa tilanteessa (Norkly & Martinsen 2013). Läheisillä ei ollut selvää käsitystä uudesta roolistaan, johon he olivat sitoutumassa (Lutz ym. 2011, Procter ym. 2001).

Läheiset kokivat roolinsa velvoitteeksi, josta ei voitu kieltäytyä (Norkly & Martinsen 2013). He saattoivat ottaa vastaan tehtävän, vaikka olosuhteet eivät olleet sopivat (Procter ym. 2001). Suurin osa läheisistä suoritti velvollisuutensa ilman muiden perheenjäsenten apua (Robinson & Barnett 2012). Naiset nähtiin varsinkin Aasian kulttuureissa ensisijaisina vastuunottajina iäkkään kotiutuessa sairaalasta (Mosca ym. 2011, Lin ym. 2006). Velvollisuus tulkittiin myös yhteiskunnalliseksi velvollisuudeksi, jolloin läheiset olivat halukkaita ottamaan töistä vapaata ja ottamaan iäkkään potilaan kotiin suoraan esimerkiksi päiväkirurgisesta toimenpiteestä. He hyväksyivät ajatuksen, että näin saadaan leikkausjonot lyhenemään ja tuotetaan taloudellista etua terveydenhuollolle. Tämä koettiin välttämättömäksi, jotta päiväkirurginen toiminta menestyisi. (Majholm ym. 2012.)

Läheisten lähtökohdat olivat erilaisia. Joillakin läheisillä oli paremmat valmiudet toimia huolenpitäjän roolissa kuin toisilla (Cecil ym. 2013). Läheisiään hoitavilla ihmisillä oli samanaikaisesti myös muita rooleja. He olivat puolisoita, vanhempia, työntekijöitä, kodista huolehtijoita ja kaiken tämän lisäksi he saattoivat tarvita tässä uudessa läheisen roolissa psykologin, hoitajan ja terapeutin taitoja. (Plank ym.2012.)

Iäkkään potilaan kotiutuessa sairaalasta tapahtui iäkkään ja hoitavan läheisen välillä usein roolin muutos, jossa aikaisemmat roolit saattoivat muuttua toisin päin. Tässä roolin muutoksessa kummankin osapuolen tuli tarkastella omaa käytöstään, asenteitaan ja odotuksiaan, jotta löydettiin yhteinen ymmärrys. (Perry & Middleton 2011, Shyu 2000c.) Roolin muutoksen ominaispiirteet olivat sitoutuminen rooliin, neuvottelut roolista ja asettautuminen rooliin. Sitoutuminen tapahtui ennen kotiutumista, jolloin kumpikin osapuoli varautui olemaan omassa roolissaan. Läheiset etsivät tietoa sairaudesta ja sen hoitamisesta, kun samalla hoidettava mietti, miten hän selviytyy

kotiutumisen jälkeen. Rooliin sitoutumisessa oli kysymys omaishoidon suhteen päätöksestä ja ymmärtämisestä, että tämä suhde oli pysyvä kotiutumisen jälkeen. (Shyu 2000c.)

Kotiutumisen jälkeen kohdattiin uusi tilanne ja erilainen rooli, jossa saattoi esiintyä ristiriitaa. Läheisellä oli oma mielipide asioista kun taas autettavalla iäkkäällä omansa. Hoitotyö saattoi olla erilaista kotona kuin sairaalassa oli suunniteltu. Tällöin tarvittiin neuvottelua, jolla saatiin tietoa eri osapuolten tarpeista ja vaatimuksista. Neuvottelulla ylläpidettiin iäkkään autonomiaa, kannustettiin itsehoitoon, yritettiin päästä takaisin yhteisymmärrykseen läheisen kanssa. Neuvottelusta seurasi rooleihin asettumisen vaihe, jossa läheisen ja autettavan iäkkään vuorovaikutus oli vakaata ja ristiriidat olivat laskeneet. (Shyu 2000c.) Tasapainon löytäminen iäkkään potilaan ja perheenjäsenen välillä oli ydinkysymys. Tasapainoon johtavia tekijöitä olivat perheen sisäiset riippuvuussuhteet ja selviytymistyylit sekä sopeutuminen muutokseen. (Li & Shyu 2007, Shyu 2000a.)

Edunvalvoja rooli

Tutkimukset toivat esiin edunvalvojan roolin (Dyrstad ym. 2015, Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Bauer ym. 2009). Läheiset toimivat iäkkään puolestapuhujana (Dyrstad ym. 2015, Bragstad ym. 2014, Bauer ym. 2009). He valvoivat iäkkään etua antamalla sairaalan henkilökunnalle tietoa iäkkään voinnista, lääkityksestä ja kotioloista ennen sairaalaan joutumista (Dyrstad ym. 2015). He toivat esiin iäkkään mielipiteen kun tehtiin päätöksiä (Bragstad ym 2014, Bauer ym. 2009) ja toimivat tarkkailijoina, jotta iäkäs sai asianmukaista hoitoa. Toivat esille asioita, jos oli jotain huomautettavaa. (Bragstad ym. 2014.)

Tutkimuksissa todettiin, että läheisten oli hyvä päästä mukaan iäkkään kotiutumisen suunnitteluun sairaalassa (Dyrstad ym. 2015, Slatyer ym. 2013, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009, Efraimsson ym. 2006, Bull ym. 2000), koska tämä vähensi iäkkäiden joutumista uudelleen sairaalaan ja lyhensi sairaalassa oloaika (Bauer ym. 2009). Kotiutuksen suunnitteluun osallistuneet läheiset olivat myös tyytyväisempiä iäkkään hoitoon (Bauer ym. 2009), uuteen rooliinsa (Bull ym. 2000) ja terveempinä kuin henkilöt, jotka eivät olleet osallistuneet iäkkään kotiutumisen suunnitteluun (Bull ym. 2000).

Iäkkään tukijan rooli

Läheiset valmistelivat iäkkään kodin ennen kotiutumista ja samalla yrittivät tehdä parhaansa olemalla henkisesti ja fyysisesti iäkkäälle tukena muutostilanteessa (Lutz ym. 2011). Läheiset auttoivat iäkästä ottamalla vastaan sairaalassa annettua tietoa ja tukivat iäkästä osallistumaan ja ottamaan vastuuta omasta kotiutumisestaan (Dyrstad ym. 2015). Iäkkään kotiutuessa läheinen huolehti usein ympäri vuorokauden iäkkään tarpeista ja turvallisuudesta (Bragstad ym. 2014, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009, Lin ym. 2006). Läheinen lievensi iäkkään malttamattomuutta pikaisesta paranemisesta ja tuki emotionaalisesti antamalla apua asioissa, joissa iäkäs oli aiemmin selviytynyt itsenäisesti (Majholm ym. 2012).

Läheiset auttoivat iäkästä päivittäisissä toiminnoissa kuten hygienianhoidossa, ravitsemuksessa, lääkehoidossa, asunnon siivouksessa, kauppa- ja apteekki käynneissä (Majholm ym. 2012, Mosca ym. 2011, Lin ym. 2006) sekä saattoi jälkitarkastukseen poliklinikalle (Lin ym. 2006). Cecil ym. (2013) tutkimustulosten perusteella todettiin, että läheisillä ja iäkkäillä oli vahvat suhteet toisiinsa. Tällaisessa roolissa tuli helposti tilanne, että läheinen koki avustamansa iäkkään olevan riippuvainen hänen avustaan (Bragstad ym. 2014).

Vastuunkantajan rooli

Läheiset ottivat vastuunkantajan roolin vakavasti (Bragstad ym. 2014). He kokivat olevansa kaikesta vastuusta iäkkään kotiutuessa (Norkly & Martinsen 2013, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009, Mak ym. 2007). Vastuuta koettiin iäkkään etujen valvonnasta, kannustamisesta ja tukemisesta (Norkly & Martinsen 2013). Vastuuta koettiin myös iäkkään hyvinvoinnista (Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Majholm ym. 2012), päivittäisten ohjeiden noudattamisesta (Norkly & Martinsen 2013), päivittäisten tehtävien hoidosta ja hallinnasta, apuvälineiden käytöstä, iäkkään emotionaalisista tarpeista (Lutz ym. 2011), turvallisuudesta (Lin & Lu 2005) ja viihtyisän ympäristön järjestämisestä (Norkly & Martinsen 2013).

2.4 Läheisen tuentarve

Läheiset tarvitsivat tukea ennen iäkkään kotiutumista, kotiutuessa ja kotiutumisen jälkeen (Gimmer ym. 2004). Aluksi läheiset kokivat, että eivät olleet valmiita

muuttuneeseen tilanteeseen (Gimmer ym. 2004). Läheisten sisäistäessä hoitamisen tulleen osaksi heidän elämäänsä, heillä oli tarve tulla ymmärretyksi, arvostetuksi ja tuetuksi (Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b). Tutkimuskirjallisuus toi esiin, että läheiset tarvitsivat tukea arjen sujuvuuteen, tukea läheisen omaan hyvinvointiin, tietoa iäkkään sairaudesta, auttamiskeinoista, tukipalveluista ja että hoitohenkilökunta kohtaa läheisen. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Läheisen tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa

Tuentarve	Lähteet
Arjen tuki	Cecil ym. 2013, Norkly & Martinsen 2013, Robinson & Barnett 2012, Lutz ym. 2011, Mak ym. 2007, Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b.
Läheisen hyvinvoinnin tuki	Choi ym. 2014, Cecil ym. 2013, Norkly & Martinsen 2013, Plank ym. 2012, Shyu ym. 2012, Lutz ym. 2011, Mark ym. 2007, Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b.
Tiedon tarve iäkkään auttamisessa	Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007, Mak ym. 2007, Efraimsson ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b
Tiedon tarve iäkkään tukipalveluista	Bragstad ym. 2014, Cecil ym. 2013, Luz ym. 2011, Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b.
Läheisen kohtaaminen	Dyrstad ym. 2015, Slatyer ym. 2013, Majholm ym. 2012, Plank ym. 2012, Efraimsson ym. 2006, Koponen 2003.

Arjen tuki

Iäkkään kotiutuessa sairaalasta läheiset tunsivat tarvitsevansa monenlaista arjen elämisen tukea (Mackenzie ym. 2007, Mak ym. 2007, Gimmer ym. 2004). Tarvittiin tukea taloudellisiin asioihin, vastuukysymyksiin ja tukijaa toteamaan iäkkään sairauden tilaa (Mak ym. 2007). Kotona tarvittiin tukea ja ohjausta siihen, miten läheinen auttaa iäkästä päivittäisissä toimissa, hoitotoimenpiteissä ja kuntoutuksessa (Cecil ym. 2013, Lin ym. 2006, Shyu 2000b). Varsinkin miehet kokivat tarvitsevansa tukea ruoanlaittoon, siivoukseen ja kaupassakäyntiin. Hankaluutta koettiin myös, jos läheisen piti lähteä asioille ja jättää iäkäs yksin kotiin, tällöin kaivattiin tukea. (Gimmer ym. 2004.)

Läheiset kokivat jääneensä yksin vastuuseen iäkkästä hänen kotiutuessaan (Cecil ym. 2013, Norkly & Martinsen 2013, Robinson & Barnett 2012, Lutz ym. 2011, Lin ym. 2006). Ammattilaisilta (Norkly & Martinsen 2013, Lin ym. 2006) ja muilta perheen jäseniltä saatu tuki ja apu koettiin vähäiseksi (Cecil ym. 2013, Robinson & Barnett 2012).

Päätöksessä hoitaa iäkästä kotona oli aina kaksi eri puolta. Läheinen pystyi toteuttamaan päivittäiset rutiinit ja kontrolloimaan niitä, mutta toisaalta läheinen koki pelkoa, epäilyksiä ja epävarmuutta tilanteesta (Plank ym. 2012). Tukea odotettiin iäkkään mielenvaihdoksiin, negatiivisiin tunteisiin, tylsistymiseen ja masennukseen sekä näistä johtuviin konflikteihin kotona (Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b) sekä iäkkään kokema kipu aiheutti läheisille ahdistusta (Choi ym. 2014). Tarvittiin tukea läheisten itseluottamuksen nostamiseen sekä vaikeista tilanteista palautumiseen (Shyu 2000b).

Läheisen hyvinvoinnin tuki

Terveystuon henkilökunnan tukea tarvittiin läheisten oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (Cecil ym. 2013, Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b). Läheiset kokivat itsensä emotionaalisesti rasittuneeksi ja jopa ylikuormittuneeksi, kun iäkäs kotiutui sairaalasta (Norkly & Martinsen 2013, Plank ym. 2012, Mark ym. 2007). Läheisillä ei ollut aikaa sopeutua ajatukseen, että iäkkään parantuminen ei ollut täydellinen ja jatkossa tuli olemaan rajoitteita, jotka piti ottaa huomioon. Lisäksi läheiset kokivat, että oli liian vähän aikaa käsitellä omaa surua uudesta tilanteesta. Läheisistä tuli täysin työllistettyjä ja he ymmärsivät, että he eivät olleet valmiita tähän tehtävään. (Lutz ym. 2011.) Henkilökohtaiseen elämään tuli rajoitteita, jossa huolenpitäjän rooli esti heitä tapaamasta ystäviä ja osallistumasta omiin harrastuksiin (Choi ym.2014). Tällöin oltiin vaarassa sairastua itse fyysisesti ja henkisesti (Choi ym. 2014, Shyu ym. 2012, Lutz ym. 2011), mutta terveydenhuollon antaman tuen todettiin vaikuttavan positiivisesti myös läheisen terveyteen (Shyu ym. 2012, Lutz ym. 2011).

Tiedon tarve iäkkään auttamisessa

Tutkimukset toivat esiin, että läheiset tarvitsivat tietoa monesta eri asiasta ennen ja jälkeen iäkkään kotiutumisen (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mak ym.

2007, Efraimsson ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b). Tietoa tarvittiin läheisen uudesta roolista (Mackenzie ym. 2007), koska tiedon puute aiheutti läheisille epävarmuutta uudessa tilanteessa toimimiselle (Bauer ym. 2009). Tietoa läheisen vapaa-ajan vähenemisestä sekä tilanteesta johtuvasta eristäytymisestä, miten löydetäisiin tasapaino hoidettavan iäkkään ja läheisen tarpeiden välille (Perry & Middleton 2011 Mackenzie ym. 2007).

Läheiset toivoivat saavansa tietoa iäkkään sairaudesta ja sen hoidosta sekä ohjeita akuutteihin tilanteisiin (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mak ym. 2007, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b). Tarvittiin tietoa keinoista, miten voidaan auttaa iäkästä parhaiten muuttuneessa tilanteessa (Gimmer ym. 2004). Käytännön tietoa päivittäisten asioiden hoidossa, kuten esimerkiksi hygienianhoitoon, lääkkeiden antamiseen ja ravitsemukseen (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007, Mak ym. 2007, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b).

Tiedon tarve iäkkään tukipalveluista

Tutkimukset toivat esiin, että kotiin tarjottavien palveluiden järjestämiseen tarvittiin tukea (Bragstad ym. 2014, Cecil ym. 2013, Luz ym. 2011, Shyu 2000b). Läheiset kokivat terveydenhuollon palvelut monitahoisiksi, hierarkisiksi ja joskus liian monimutkaiseksi ymmärtää (Bragstad ym. 2014), myös terveydenhuollon palveluiden saannissa ja laadussa koettiin eroavuuksia (Cecil ym. 2013, Shyu ym. 2012). Kotiin tarjottavista palveluista ja niiden organisoinnista koettiin tarvetta saada lisää tietoa (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007, Gimmer ym. 2004 Shyu 2000b) sekä taloudellisista muutoksista läheisen roolissa (Perry & Middleton 2011). Toivottiin joustavuutta maksujärjestelmiin, jotta oikea palvelu saataisiin iäkkäälle ja hänen läheiselle oikeaan aikaan (Lutz ym. 2011).

Läheisen kohtaaminen

Ammattihenkilöstön kohdatessa läheiset todettiin tämän edesauttavan tiedon kulkua (Slatyer ym. 2013) ja iäkkään kotiutumisen onnistumista (Koponen 2003). Osa tutkimuksista toi esiin, että iäkkään kotiutuminen suunniteltiin ja päätettiin ilman iäkästä ja hänen läheisiään (Dyrstad ym. 2015, Plank ym. 2012). Kotiutumispäivä ilmoitettiin läheisten mielestä liian myöhään tai läheiset joutuivat sitä itse tiedustelemaan (Dyrstad ym. 2015). Sairaalahenkilökunnan kiire, stressi (Slatyer ym. 2013, Efraimsson ym. 2006, Koponen 2003) ja taidon puute (Efraimsson ym. 2006)

heikensivät läheisten kohtaamista kotiutuksen suunnittelussa (Slatyer ym. 2013, Efraimsson ym. 2006) sekä vähensi iäkkäälle ja hänen läheiselle annettavan tiedon määrää (Slatyer ym. 2013). Tämä johti siihen, että ammattilaisilla ei ollut riittävästi ymmärrystä iäkkään ja hänen läheisensä uudesta tilanteesta (Efraimsson ym. 2006) sekä vaikutti iäkkään ja hänen läheisensä tietoon ja muistiin kotiutumisessa koskevilla asioilla. Läheisillä oli rajoittuneet tiedot terveyteen liittyvistä kysymyksistä, mitä asioita tuli seurata ja hallita kotiutumisen jälkeen. Muistettiin epämääräisesti keskustelujen sisällöt. (Slatyer ym. 2013.) Tämä johti ristiriitaan ammattilaisten tarjoamien hoitovaihtoehtojen ja kotiutuvan toiveiden ja tarpeiden suhteen (Efraimsson ym. 2006) sekä eriäviin käsityksiin milloin iäkkään kunto oli sellainen, että voitiin siirtyä kotiin (Slatyer ym. 2013).

Vuorovaikutuksen ammattihenkilöstön ja iäkkään potilaan läheisen välillä toivottiin olevan suoraa, selkeää, inhimillistä, herkkää ja aitoa (Plank ym. 2012). Todettiin tärkeäksi ja keskeiseksi, että henkilökunta keskusteli iäkkään ja hänen läheisensä kanssa ennen kotiutumista (Slatyer ym. 2013, Koponen 3003), näin saatiin jälkihoito-ohjeet paremmin talteen (Majholm ym. 2012) ja kotiutuminen oli turvalista ja koettiin sen onnistuvan (Slatyer ym. 2013, Majholm ym. 2012).

Iäkkään kotiutuessa läheisillä oli ensimmäisinä päivinä käytännön kysymyksiä, joihin usein ammattilaiset eivät osanneet vastata tyydyttävästi. Vastaukset kysymyksiin saatiin vasta muutaman viikon kuluessa, kun läheinen oli itse tutkinut tietoja kirjoista ja internetistä tai saanut tietoa tukihenkilöiltä. (Gimmer ym. 2004.) Tiedon on todettu edistävän läheisten kykyä siirtyä uuteen rooliinsa ja edesauttavan vähentämään negatiivista psyykkistä asennoitumista iäkkään kotiutumiseen. Läheisten tyytyväisyys todettiin lisääntyvän ja hoitotulosten paranevan kun he ymmärsivät kotiutussuunnitelman näkökulmat. (Bauer ym. 2009.)

2.5 Yhteenveto

Läheiset kohtasivat usein yllättäen tilanteen, jossa heidän roolinsa muuttui iäkkään auttajaksi. Tilanne oli heille uusi ja heillä oli vähän tietoa uuden roolin tuomista tehtävistä. Uusi elämäntilanne saattoi olla haastava, koska oli sovitettava uuden roolin tuomat velvoitteet, tehtävät, vastuut ja aikataulut oman elämänsä rytmiin. (Plank ym.

2012, Choi ym. 2011, Mak ym. 2007, Grimmer ym. 2004.) Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella läheisen suorittamat tehtävät, vastuut ja velvoitteet voitiin jaotella neljään ryhmään: velvollisuus rooli, edunvalvojan rooli, iäkkään tukijan rooliin sekä vastuunkantajan rooliin.

Uudessa roolissa toimimisessaan läheiset tarvitsivat tukea ja tietoa (Mackenzie ym. 2007, Mak ym. 2007, Gimmer ym. 2004). Iäkkäät arvostivat läheisen antamaa tukea ja kokivat kotiutumisen turvalliseksi, kun läheinen oli mukana asioiden hoidossa ja olivat tietoisia kaikesta saadusta informaatiosta (Hellesø ym. 2011, Perry ym. 2011). Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella läheisen tuen tarve voitiin jaotella viiteen eri osa-alueeseen: arjen tuki, läheisen omaan hyvinvointiin liittyvä tuki, tietoa iäkkään auttamisesta sekä iäkkään tukipalveluista ja ammattihenkilöstön kohtaamisesta.

Aihealueen tutkimus on kohdistunut erityisesti kuvaamaan läheisen tekemiä tehtäviä, asioita, vastuita ja ongelmia sekä tuen tarpeita yleisesti. Tutkittua tietoa on vähemmän läheisen rooleista ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä tuentarpeen eri osa-alueista. Tätä tietoa voitaisiin hyödyntää suunniteltaessa ja järjestettäessä iäkkäille ja heidän läheisilleen palveluita.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla läheisen roolia ja tuen tarvetta iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia rooleja läheisellä on iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiinsa?
2. Mitkä tekijät edistävät tai estävät läheisen roolissa toimimista iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiinsa?
3. Mitkä ovat läheisen tuen tarpeet hänen osallistuessaan iäkkään kotiutumiseen arviointi- ja kuntoutusosastolta?

Tavoitteena oli saada tietoa iäkkäiden kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta ja muodostaa käsitteellinen malli, jossa on tyypitelty läheisen erilaiset roolit, niihin vaikuttavat tekijät ja tuen tarpeet, kun iäkäs kotiutuu arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä keinoja iäkkäiden mahdollisimman yksilölliseen ja itsenäisyyttä tukevaan kotiutumiseen, parantaa iäkkäiden kotiutumisen laatua ja sisältöä, jotta kotiutuminen tapahtuu turvallisesti ja oikeaan aikaan. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä iäkkään ja hänen läheisensä mahdollisuutta osallistua kotiutumisen suunnitteluun ja edesauttaa heitä selviytymään tilanteesta kehittämällä läheisen roolia tukevia palveluita.

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus oli kuvaileva, joka soveltuu uusien ja vähän tutkittujen ilmiöiden tarkasteluun. Läheisen erilaisia rooleja ei ole aikaisemmin tyypitelty, joten kuvailevan tiedon avulla pyrittiin ymmärtämään todellisuutta sellaisena kuin se ilmeni. (Grove ym. 2013.) Ilmiötä lähestyttiin induktiivisesti, jolloin lähtökohtana olivat yksittäiset havainnot, joiden perusteella tehtiin johtopäätöksiä (Grove ym. 2013, Johanson ym. 2010).

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja täydennettiin strukturoidulla kyselyllä (COPE -indeksi, Carers of Older People in Europe), jolloin sovellettiin metodologista triangulaatiota (Clarke 2010, Casey & Murphy 2009). Tutkittavana oli sama ongelma, mutta toinen aineisto ei vaikuttanut toisen keräämiseen vaan aineistojen yhdistäminen tapahtui johtopäätöksiä tehdessä (Grove ym 2013, Halcomb & Andrew 2005). Tämä menetelmä vahvisti, täydensi ja lisäsi ymmärrystä läheisen rooliin vaikuttavista tekijöistä ja tuen tarpeista (Bekhet & Zauszniewski 2012, Casey & Murphy 2009, McEvoy & Richards 2006).

4.2 Tutkimuksen konteksti ja kohdejoukko

Tutkimus tehtiin eteläsuomalaisen kaupungin viidellä arviointi- ja kuntoutusosastolla, jossa oli yhteensä 135 kuntoutuspaikkaa. Tutkimuksen kohdejoukkona oli arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiutuvien iäkkäiden nimeämät läheiset, jotka olivat iäkkään puoliso, avopuoliso, elämänkumppani, lapsi, sukulainen, ystävä tai tuttava. Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaan, jolloin tutkimukseen osallistuvat henkilöt olivat tietoisesti sellaisia, että heillä oli käsiteltävästä aiheesta tietoa ja kokemusta (Grove ym 2013, Holloway & Wheeler 2012).

Tutkittavien määrän valintaan vaikuttivat tutkimuksen laajuus, aika, aiheen luonne, tiedon laatu ja tutkimuksen suunnittelu. Tutkimuksessa ei pyritty tulosten yleistettävyyteen, eikä aineiston keruussa noudatettu kylläntymisen periaatetta (Grove ym. 2013, Holloway & Wheeler 2012). Tutkimusaineistoa pyrittiin rikastamaan

kyselyllä (COPE -indeksi) saaduilla tuloksilla, jolla pyrittiin välttämään yksittäisen tutkimusmenetelmän tuomia heikkouksia. Tällä menettelyllä pyrittiin saamaan mahdollisimman moniulotteinen ja kokonaisvaltainen kuva läheisen rooliin vaikuttavista tekijöistä ja tuen tarpeista (Bekhet & Zauszniewski 2012, Casey & Murphy 2009). Tutkimuksessa tavoiteltiin kohdejoukoksi 30–40 iäkkään nimeämää läheistä.

Tutkimuksessa käytettiin mukaanotto- ja poissulkukriteereitä, jotka olivat määritelty ennen tutkimuksen alkamista ja koskivat iäkästä, joka oli nimeämässä läheistään (Grove ym. 2013, Holloway & Wheeler 2012). Läheisten ryhmä muodostui iäkkäiden perusteella. Mukaanottokriteerit olivat, että iäkäs 1) oli yli 65-vuotias, 2) oli arviointi- ja kuntoutusosastolla kuntoutumassa ja 3) kotiutui omaan kotiinsa tai palvelutaloon. Poissulkukriteereinä oli, että 1) iäkäs siirtyi jatkohoitoon ympärivuorokautiseen laitoshoitoon tai saattohoitoon, 2) hänellä oli henkilökohtainen avustaja tai 3) iäkäs oli henkilö, joka ei kyennyt antamaan tietoista suostumusta. Nimetyillä läheisillä ei ollut mukaanotto- ja poisjättökriteereitä, vaan ilmaistu halu osallistua tutkimukseen.

4.3 Aineiston keruumenetelmä ja toteutus

Teemahaastattelu

Aineisto kerättiin yksilökohtaisesti teemahaastattelulla, jonka teemat oli edeltä käsin määritelty kirjallisuuden perusteella (Holloway & Wheeler 2012, Eskola & Vastamäki 2010, Hirsjärvi & Hurme 2010). Lähdettiin oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voitiin tutkia tällä menetelmällä. Korostettiin haastateltavien elämysmaailmaa ja heidän määrittämiä tilanteita sekä huomioitiin, että merkitykset syntyivät vuorovaikutuksessa. (Holloway & Wheeler 2012, Hirsjärvi & Hurme 2010.) Varsinaisia haastatteluteemoja oli seitsemän, ja kohteena olivat vastaajien omat kokemukset roolistaan, kun iäkäs on kotiutunut arviointi- ja kuntoutusosastolta. Edelleen kysyttiin, mitkä tekijät olivat edistäneet tai estäneet läheisen toimimista roolissaan sekä minkälaista tukea läheiset olivat saaneet ja minkälaista tukea he olisivat toivoneet saavansa. Teemahaastattelun kysymykset on kuvattu liitteessä 3.

Tutkija kävi esittelemässä tutkimuksen viidellä arviointi- ja kuntoutusosastolla, kun tutkimuslupa oli saatu huhtikuussa 2015. Iäkkäiden rekrytointi aloitettiin osastoilla

toukokuussa 2015, kun tiedettiin iäkkään kotiutumispäivä. Yksiköiden yhdyshenkilöt rekrytoivat tutkimukseen mukaan iäkkäitä antamalla tutkimuksesta tiedotteen (liite 4) ja pyytämällä kirjallisen tietoisuuden suostumuksen (liite 5), jonka jälkeen kysyttiin iäkkään nimeämältä läheiseltä halukkuutta osallistua tutkimukseen. Läheisen osallistuessa tutkimukseen annettiin hänelle tiedote tutkimuksesta (liite 6), tietoinen suostumuslomake (liite 7) ja kyselylomake (COPE -indeksi) kotiin mukaan täytettäväksi. Tutkija sopi puhelimitse haastateltavan läheisen kanssa haastatteluajankohdan. Teemahaastattelut suoritettiin tutkittavien kotona noin kahden viikon jälkeen iäkkään kotiuduttua. Haastattelun alussa tutkittavalla oli mahdollisuus vielä kysyä tutkimuksesta ja samalla varmistettiin, että tietoinen suostumus oli allekirjoitettu ja kyselyyn (COPE -indeksi) oli vastattu. Tämän jälkeen suoritettiin teemahaastattelu, joka nahoitettiin äänityslaitteella.

Haastattelun aluksi läheistä pyydettiin kuvailemaan kotiutuneen iäkkään perustietoja (sukupuoli, ikä, syy miksi oli joutunut kuntoutukseen ja kuinka läheisen mielestä kotiutuminen oli onnistunut). Tällä pyrittiin pääsemään sisälle aiheeseen, siirtämään ”valta” haastattelijalta haastateltavalle ja luottamuksellisen keskustelusuhteen luominen. (Holloway & Wheeler 2012, Eskola & Vastamäki 2010.) Haastattelussa edettiin valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Haastattelija varmisti, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet tulivat käsiteltyä haastateltavan kanssa, mutta niiden järjestys ja laajuus vaihtelivat haastattelusta toiseen. (Holloway & Wheeler 2012, Eskola & Vastamäki 2010, Hirsjärvi & Hurme 2010, Graneheim & Lundman 2003.) Teemahaastattelu nauhoitettiin osallistujan luvalla, koska näin saatiin haastattelu sujumaan nopeasti ja ilman katkoja. Tämä mahdollisti luontevan ja vapautuneen keskustelun sekä saatiin säilymään kaikki kommunikaatiotapahtumassa olevat seikat kuten tauot, äänenpainot ja johdattelut. (Grove ym. 2013, Holloway & Wheeler 2012, Hirsjärvi & Hurme 2010.) Tutkimusaineisto kerättiin kesä - lokakuun 2015 aikana.

Kysely (COPE -indeksi)

Teemahaastattelun lisäksi tutkimuksen aineistoa haluttiin vahvistaa kyselyllä (COPE -indeksi), joka on läheisen jaksamiseen ja tuen tarpeen arviointiin kehitetty mittari. Kyselyllä (COPE -indeksi) saatiin myös kerättyä vastaajien taustatietoja. Mittarin avulla selvitettiin lukumäärin ja prosentiosuuksin, miten läheinen itse koki iäkkään auttamisen omassa elämässään ja keneltä läheinen koki saavansa tukea roolissaan

iäkkään auttajana. Näitä tuloksia voitiin havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. (Kellar & Kelvin 2013.)

Kysely (COPE -indeksi) (Juntunen & Salminen 2011, McKeen ym. 2003) on standardoitu kyselylomake, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot ja yksi avoin kysymys. Taustatietokysymyksissä kysyttiin läheisen ikää, terveydentilaa, suhdetta iäkkääseen, sukupuolta, työtilannetta ja asumisetäisyyttä iäkkääseen. Tuen tarvetta arvioitiin 15 kysymyksellä, jotka jakautuivat kolmeen osa-alueeseen: kielteisen vaikutuksen osa-alueeseen, myönteinen merkitys osa-alueeseen ja tuen laatu osa-alueeseen. Kielteisen vaikutuksen osa-alueen kysymyksiä oli seitsemän (avustamisen vaativuus, ystävyysuhteiden vaikeutuminen, fyysisen terveydentilan heikkeneminen, perhesuhteiden vaikeutuminen, taloudelliset vaikeudet, roolivaikeudet ja kielteiset tunnekokemukset), myönteinen merkitys osa-alueen kysymyksiä oli neljä (selviytyminen hyvin avustajana, hyöty, hyvä suhde avustettavaan henkilöön, arvostus) ja tuen laatu osa-alueen kysymyksiä oli neljä (saako tukea: yleisesti, ystäviltä ja/tai naapureilta, perheeltä sekä terveys- ja sosiaalipalveluilta). Yhdessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin, oliko jotain muuta, mitä halusi kertoa. (Juntunen & Salminen 2011.)

Mittarin vastausvaihtoehdot sekä pistemääräasteikko olivat: ei koskaan tai ei koske minua = 1 piste, joskus = 2 pistettä, usein = 3 pistettä ja aina = 4 pistettä. Kunkin osa-alueen vastaukset laskettiin yhteen eli summapisteet ja sitten laskettiin niiden keskiarvo. Kielteisen vaikutuksen osa-alueen (eli kysymykset 3,4,5,6,7,8,15) pisteet voivat jakautua välille 7–28. Korkeampi pistemäärä merkitsee useammin koettuja kielteisiä vaikutuksia ja ilmentää suurempaa rasitusta tai kuormittumista. Myönteisen merkitys osa-alueen (eli kysymykset 2,10,12,14) ja tuen laatua osa-alueen (eli kysymykset 1,9,11,13) pisteet voivat jakautua välille 4–16, jossa korkea pistemäärä ilmentää enemmän myönteisiä merkityksiä ja parempaa tuen laatua läheisen roolissa. (Juntunen & Salminen 2015, Juntunen & Salminen 2014, Juntunen & Salminen 2011.) Osa-alueiden pistemäärillä ei ole kynnsarvoja, joten yksittäinen pistemäärä ei jaa omaishoitajia rasittuneisiin ja ei rasittuneisiin, omaishoitajan roolissa tyydytystä saaviin ja ei saaviin tai niihin, jotka kokevat tai eivät koe saavansa tukea roolissa. (Juntunen & Salminen 2011.)

Kyselyn (COPE -indeksi) luotettavuutta ja pätevyyttä on arvioitu McKeen ym. (2003), Balducci ym. (2008) ja Juntunen & Salminen (2012) tekemissä tutkimuksissa. McKeen ym. (2003) sekä Balducci ym. (2008) tutkimuksissa analysointiin kyselyn (COPE -indeksi) pääkomponenttirakennetta eurooppalaisilla yli 65-vuotiaiden vanhusten omaishoitajilta kerätyillä aineistolla. McKeen ym. (2003) tutkimuksessa nousi esille, että pääkomponenttien määrä ja rakenne vaihtelivat maakohtaisissa osa-aineistoissa. Kielteisen vaikutus -osa-alueen sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä ja pysyi samanlaisena eri maissa. Myönteinen merkitys- ja tuen laatu -osa-alueissa maakohtaiset rakenteet poikkesivat kokonaisaineiston rakenteesta. (McKee ym. 2003.) Balduccin ym. (2008) tekemässä tutkimuksessa kielteinen vaikutus -osa-alueen sisäinen johdonmukaisuus oli hyvä ja myönteinen merkitys -osa-alue merkitys sekä tuen laatu -osa-alueen sisäinen johdonmukaisuus kohtalainen. Aineistossa komponenttiratkaisu vaihteli hieman maittain myönteinen merkitys ja tuen laatu -osa-alueiden kysymyksissä. (Balduccin ym. 2008.)

Juntunen & Salminen (2012) arvioivat kyselyn (COPE -indeksi) rakennevaliditeettiä, reliabiliteettiä ja yhtäaikaishvaliditeettiä suomalaisia omaishoitajia koskevassa tutkimuksessa. Tuloksissa selvisi, että suomenkielisessä kyselyn (COPE -indeksi) osa-alueista kielteisen vaikutukset ja tuen laatu osa-alueet vastaavat teorian mukaista kyselymallia eli kumpikin kuvaa yksiuolotteisesti tavoitettua ilmiötä. Myönteisiä merkityksiä kuvaava osa-alue näytti kuvaavan ainakin kahta ilmiötä. Tutkijat totesivat, että myönteisistä merkityksistä laskettuun yhteispisteeseen tulee suhtautua varovasti ja kiinnittää huomiota yksittäisiin vastauksiin, jotta myönteiset merkitykset eivät tulisi ylitä aliarvioiduksi. (Juntunen & Salminen 2012.)

4.4 Aineiston analyysimenetelmät

Teemahaastatteluaineiston analyysi

Teemahaastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, koska läheisen roolista ei ole aikaisempaa tyypittelyä ja läheisen roolissa tarvittavasta tuesta on hajanaista tietoa (Elo & Kyngäs 2008) sekä induktiivinen sisällön analyysi sopii tekstiaineiston analyysimuodoksi (Waltz ym. 2010, Kylmä ym. 2008). Läheisen roolit ja siihen vaikuttavat tekijät sekä tuen tarpeet johdettiin aineistosta induktiivisella sisällön analyysillä, jossa päättely noudatti loogisia sääntöjä. Päättelyssä siirryttiin

konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Elo & Kyngäs 2008, Graneheim & Lundman 2004.) Näin pystyttiin tietoaaineisto tiivistämään ja tutkittava ilmiö voitiin lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla sekä tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saatiin esille (Tuomi & Sarajärvi 2011, Elo & Kyngäs 2008, Graneheim & Lundman 2004).

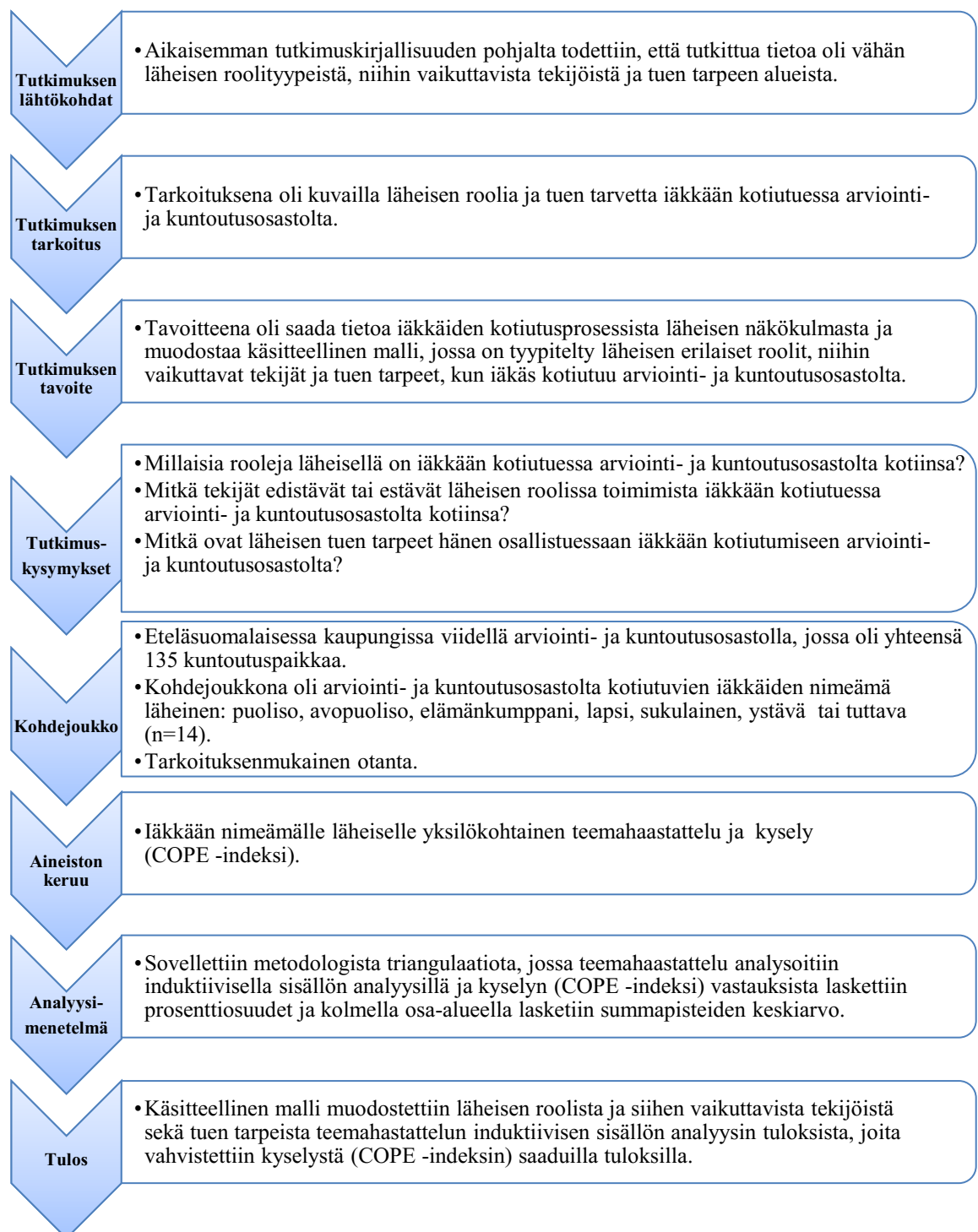
Induktiivinen sisällön analyysi aloitettiin haastatteluiden auki kirjoittamisella eli litteroinnilla. Haastatteluaineistoa oli yhteensä 7 tuntia ja 55 minuuttia, josta muodostui tekstiä yhteensä 167 sivua fontilla Courier New, fonttikoko 12 ja riviväli 1,5. Tutkija perehtyi aineistoon litteroidessaan haastatteluja tekstiksi. Aineistoon perehtyminen auttoi tutkijaa saamaan kokonaiskuvan tutkimusaineistosta. Tutkimusaineistoa lähdettiin tarkastelemaan tutkimuskysymys kerrallaan, jolloin jokaisesta tutkimuskysymyksestä muodostettiin oma Word-taulukko. Ensimmäisessä vaiheessa etsittiin tutkimuskysymykseen liittyvä suora lainaus tekstistä eli analyysiyksikkö, joka saattoi olla lause tai usea lause. Analyysin kohde saattoi olla myös ilmaisu, jossa oli piilomerkitys. Toisessa vaiheessa tehtiin tiivis kuvaus suorasta lainauksesta niin, että suoran lainauksen oleellinen sisältö säilyi ilman, että alkuperäisilmaisu ei toistettu. Kolmannessa vaiheessa muodostettiin pelkistys eli alakategoria tiivistetystä ilmaisusta. Analyysiä jatkettiin yhdistämällä saman sisältöiset alakategoriat, jotka nimettiin ja näistä muodostettiin yläkategoria. (Kylmä ym. 2008, Elo & Kyngäs 2008, Graneheim & Lundman 2004.)

Kyselyaineiston (COPE -indeksi) analyysi tilastollisin menetelmin

Kyselyllä (COPE -indeksi) saatu tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 22.0 -tilasto-ohjelmalla käyttäen kuvailevia tilastotieteen menetelmiä. Aineiston analysointi aloitettiin muuttujakohtaisella tarkastelulla, jolloin tarkastettiin muuttujakohtainen minimi ja maksimi arvo sekä kysymyskohtaisesti kategoriset muuttujat ja frekvenssit. Näillä toimilla pystyttiin tarkistamaan mahdolliset poikkeavat arvot tuloksista. (Kellar & Kelvin 2013.) Taustamuuttujissa vastaajien ikä päädyttiin ryhmittelemään kolmeen ryhmään sekä arvio siitä, kuinka monta tuntia käyttää viikossa iäkkään avustamiseen, ryhmiteltiin neljään ryhmän. Kysymyskohtaisesti vastauksia tarkasteltiin vastausvaihtoehtojen prosenttiosuuksin (Kellar & Kelvin 2013). Kielteisen vaikutuksen osa-alueen kysymysten (3, 4, 5, 6, 7, 8, 15) ja myönteisen merkityksen osa-alueen kysymysten (2, 10, 12, 14) sekä tuen laatu osa-alueen (1, 9, 11, 13) kysymysten vastauksista laskettiin jokaisen osa-alueen summapisteet ja niiden keskiarvo.

Tämän jälkeen kyselyn (COPE -indeksi) tulokset lisättiin vahvistamaan, täydentämään ja syventämään ymmärrystä induktiivisen sisällön analyysin tuloksia läheisen rooliin vaikuttavista tekijöistä ja tuen tarpeista iäkkään kotiutuessa (Bekhet & Zauszniewski 2012, Casey & Murphy 2009, McEvoy & Richards 2006).

Tutkimuksen empiirinen toteutus on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen empiirinen toteutus

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Tutkimukseen osallistui arviointi- ja kuntoutusosastoilta 14 iäkästä ja heidän nimeämää läheistä. Kotiutuneista iäkkäistä naisia oli 86 % ja miehiä 14 %, keski-ikä ollessa 86 - vuotta. Arviointi- ja kuntoutusosastoille iäkkäistä 64 % oli tullut suoraan kotoaan ja 36 % sairaalasta. Tulossyynä puolella iäkkäistä oli muistiin liittyvät syyt ja 29 % oli murtumasta tai tekonivelleikkauksesta johtuva jatkokuntoutus sekä 21 % oli jokin muu syy. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Iäkkäiden taustatiedot

Sukupuoli n=14	Vastaus %
Nainen	86
Mies	14
Ikä, ka 86 vuotta, n=13	
70–79 vuotta	23
80–89 vuotta	38
90–99 vuotta	38
Mistä tuli kuntoutusosastolle n=14	
Kotoa	64
Sairaalasta	36
Tulossyynä kuntoutukseen n=14	
Muistiin liittyvää	50
Murtuma tai tekonivelleikkaus	29
Muu syys	21
Kotiutuminen oli onnistunut läheisen mielestä n=14	79

Tutkimuksessa kyselyyn (COPE -indeksi) sekä teemahaastatteluun vastasi 14 iäkkäiden nimeämää läheistä, joista naisia oli 57 % ja miehiä 43 %. Heistä nuorin oli 50-vuotias ja vanhin 80-vuotias, eniten vastanneissa oli 61–70-vuotiaita ja toiseksi eniten 50–60-vuotiaita ja vähiten 71–80-vuotiaita. Vastajaista yli puolet arvioi terveydentilansa olevan hyvä ja kohtalainen 21 %, mutta huonoksi tai erittäin huonoksi terveydentilansa arvioi 14 % vastanneista. Päätoimisessa työssä vastanneista kävi 29 %, osa-aika työssä 7 %, työttömänä 7 % ja yli puolet oli eläkkeellä. Iäkäs oli äiti tai isä yli puolelle vastanneista ja puoliso 21 % ja muu perheen jäsen tai ystävä/naapuri 14 %. Samassa taloudessa iäkkään kanssa asui 21 % vastanneista, 14 % asui samassa rakennuksessa, mutta eri taloudessa. Eniten vastanneista 57 % asui auto-, bussi- tai junamatkan

etäisyydellä. Läheisistä 39 % käytti iäkkään avustamiseen aikaansa 0–5 tuntia viikossa, 31 % käytti aikaansa 16–20 tuntia viikossa. Yksi läheinen koki avustavansa iäkästä ympäri vuorokauden. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien taustatiedot

Vastaajien sukupuoli n=14	Vastaus %
Nainen	57
Mies	43
Vastaajien ikä n=12	
50–60 vuotta	33
61–70 vuotta	42
71–80 vuotta	25
Avustamiseen käytetty aika h/vko n=13	
0–5 h/vko	39
6–10 h/vko	15
11–15 h/vko	8
16–20 h/vko	31
21–168 h/vko	8
Yleinen terveydentila n=14	
Erittäin hyvä	7
Hyvä	57
Kohtalainen	21
Huono	7
Erittäin huono	7
Avustettava on n=14	
Puoliso/kumppani	21
Äiti/isä	64
Muu perheen jäsen	7
Ystävä/naapuri	7
Työtilanne n=14	
Työssä päätoimisesti	29
Työssä osa-aikaisesti	7
Eläkkeellä	57
Työtön	7
Asumisen sijainti n=14	
Samassa taloudessa	21
Eri taloudessa, mutta samassa rakennuksessa	14
Kävelymatkan etäisyydellä	7
10 min auto-bussi- tai junamatkan etäisyydellä	14
30 min auto-bussi- tai junamatkan etäisyydellä	36
1 h auto-bussi- tai junamatkan etäisyydellä	7

5.2 Läheisen roolit iäkkään kotiutuessa

Aineiston induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena tuotettiin kuvaus läheisen erilaisista rooleista iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiinsa tai palvelutaloon. Teemahaastattelussa läheisiä pyydettiin kuvailemaan rooliaan, osaansa tai asemaansa iäkkään kotiutuessa sekä kertomaan millaisissa asioissa ja tilanteissa he olivat osallistuneet enemmän kotiutumista, kotiutuessa ja kotiutumisen jälkeen. Läheisten kertomusten perusteella ryhmiteltiin samanlaiset asiat, tilanteet ja tehtävät ensin alakategorioiksi ja niistä yhdistettiin samanlaisuudet yläkategorioiksi muodostaen läheisten erilaiset roolityypit. (Liite 8.) Läheisen rooli iäkkään kotiutuessa jakaantui neljään päärooliin, jotka olivat iäkkään arjen auttajan rooli, edunvalvojan rooli, tukijan rooli ja vastuunkantajan rooli. Arjen auttajan rooliin kuului läheisen käytännön järjestäjän rooli ja kodinhoitajan rooli. Edunvalvojan rooliin sisältyi terveydellinen edunvalvojan rooli, taloudellinen edunvalvojan rooli ja puolestapuhujan rooli. Tukijan rooli muodostui virkistäjän roolista ja muutokseen sopeuttajan roolista. (Kuvio 2.)

Iäkkään arjen auttajan rooli jakautui *käytännön järjestäjän rooliin* ja *kodinhoitajan rooliin*. Käytännön järjestäjän roolissa läheiset huolehtivat iäkkään ”juoksevista” asioista, jotka tarkoittivat mm. postin tarkistamista, puhelimen käyttöön liittyvien muutosten järjestämistä, erilaisten anomusten kirjoittamista ja niiden lähettämistä. Läheiset huolehtivat iäkkään henkilökohtaiset tavarat kuntoutusosastolta mukaan ja järjestivät ne kotona oikeille paikoilleen. Käytännön järjestäjän roolissa läheiset huolehtivat ja suorittivat iäkkään muuton uuteen asuntoon ja hankkivat erilaisia kulutustavaroita kuten television, radion, turvapuhelimen ja vaatteita. Läheiset asioivat iäkkään puolesta apteekissa ja ruokakaupassa. Käytännön järjestäjän roolissa läheiset tiedottivat iäkästä häntä koskevista asioista ja varmistavat, että päivittäiset asiat sujuvat kotona esimerkiksi muistisairaudesta huolimatta.

”...me hankittiin auto ja siirrettiin ne tavarat sinne ja puhelimen kanssa sitten vähän taisteltiin siinä sitten, lankapuhelinta sinne nyt sitten ei sitten enää saanut.” (ID4)

Kodinhoitajan roolissaan läheiset huolehtivat iäkkään elinympäristön puhtaudesta ja viihtyvyydestä, jolloin he siivosivat asunnossa, huolehtivat vuodevaatteista, pesivät pyykkiä ja vaihtoivat verhoja tai ostivat esimerkiksi kukkia somistaakseen iäkkään kotia. Läheiset auttoivat iäkästä hygienian hoidossa, kuten suihkussa tai wc:ssä

käymisessä. He auttoivat iäkästä ravitsemukseen liittyvissä asioissa valmistamalla tai lämmittämällä ruokaa. Kodinhoitajan roolissa lääkkeitä jaettiin lääkedosettiin ja autettiin niiden ottamisessa sekä myös varmistettiin, että lääkkeet tuli otettua.

”Kaikkea siinä sitten, sillä tavalla kuin tulee lomareissulta, kun siellä ei ole mitään. Oltiin huolehdittu, että siellä on ruokaa ja kaikki mukavuus, puhtaat lakanat, kaikki tämmöinen. Kaikki kivat jutut, kukkasista lähtien, että olisi kiva tulla kotiin. (ID2)

”Tossa minun on aina autettava vaimoa kun wc:ssä hän päivällä käy.” (ID3)

Edunvalvojan rooli jakautui *terveydelliseen edunvalvojan rooliin, taloudelliseen edunvalvojan rooliin ja puolestapuhujan rooliin*. Terveydellisen edunvalvojan roolissa läheiset arvioivat iäkkään terveyttä ja siihen liittyvää avuntarvetta sekä palveluiden tarpeen muutosta. Mietittiin iäkkään asunnon soveltuvuutta hänen tarpeisiinsa sekä turvalliseen selviytymiseen. Terveydellisen edunvalvojan roolissa läheiset osallistuivat iäkkään terveyteen liittyvien asioiden hoitoon osallistumalla hoitokokoukseen, esitti ja toimi aloitteentekijänä iäkästä parhaiten hyödyttävissä vaihtoehdoissa. He veivät iäkkään terveyteen liittyviä asioita eteenpäin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestäville tahoille ja varmistivat iäkkään terveyteen liittyvien asioiden hoitoa tarkkailemalla tilannetta ja tuomalla esiin puutokset.

”Tein sitten kirjelmää kun näin, että äitini minun käsitykseni mukaan ei kuitenkaan tule toipumaan semmoiseen kuntoon, että pystyisi enää rollaattorin kanssa liikkumaan.” (ID1)

”Olen nyt käynyt pitkän keskustelun kotihoidon ohjaajan kanssa ja mun äitini tilanne menee isoon kokoukseen ensi viikolla.” (ID8)

Taloudellisen edunvalvojan roolissa läheiset huolehtivat iäkkään rahavaroista, jolloin he hankkivat iäkkäälle käteisvaroja pankista ja tarvittaessa säilyttivät niitä kotonaan. Läheiset huolehtivat laskujen maksamisesta ja toimivat mahdollisimman taloudellisesti muutoksia tehdessään, esimerkiksi vakuutusasioissa. Taloudellisen edunvalvojan roolissa läheiset huolehtivat sosiaalisten etuuksien hakemisesta, tarkkailivat rahavarojen riittävyttä ja järjestivät iäkkään oman asunnon myymisen tai vuokra-asunnon sopimuksen purkamisen iäkkään muuttaessa palvelutaloon. Läheiset järjestivät ja olivat

mukana kun iäkkäälle tehtiin sopimusta palvelutaloon sekä tarkkailivat palvelutalososopimuksen noudattamista muuton jälkeen.

”Mutta nää kumminkin kaikki anotaan. Seurataan sitten miten nää kaikki muutokset nyt sitten toimii” (ID1)

”Mä maksan sitten ne apteekki maksut.” (ID10)

Puolestapuhujan roolissa läheiset toivat esiin iäkkään mielipiteen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. He esittivät iäkkään puolesta pyyntöjä ja toiveita sekä toteuttivat iäkkään toiveita. Läheiset pitivät iäkkään puolia omalla aktiivisuudellaan huolehtien iäkkään oikeuksista ja oikeanlaisesta kohtelusta sekä palveluiden saannista.

”...ensinnäkin äidin kanssa niin kuin tavallaan sovittiin käsikirjoituksesta tai toimintatavoista. Äidillä oli tahto, että hän ei voi kotiin tulla, että hän saa turvallisen paikan. Se oli niin kuin äidin tahto ja sitten me ruvettiin suunnittelemaan ja toteuttamaan.” (ID13)

Tukijan rooli jakaantui *muutoksen sopeuttajan rooliin ja virkistäjän rooliin*. Muutoksen sopeuttajan roolissa läheiset edesauttoivat iäkästä sopeutumaan muutoksiin kertomalla, suosittelemalla ja opastamalla iäkkäitä uusissa asioissa. Läheiset pyrkivät pitämään iäkkään toivoa yllä kuuntelemalla iäkkään murheita, lohduttamalla ja olemalla läsnä. Iäkkään kotiutuessa läheiset edistivät kotiutumista laittamalla uuden tai vanhan kodin kuntoon ja hankkimalla päivittäisiä tavaroita valmiiksi kotiin. Muutoksen sopeuttajan roolissa läheiset olivat läsnä iäkkään kotiutuessa, jolloin pidettiin seuraa ja samalla varmistettiin kotona pärjäämistä ensimmäiset päivät kotiutumisen jälkeen. Läheiset kannustivat iäkkäitä mahdollisimman itsenäiseen toimintaan, liikkumaan ja ulkoilemaan. Kannustettiin osallistumaan päivätoimintaan sekä perusteltiin iäkkäälle ulkopuolisen avun tarpeellisuutta. Läheiset tiedustelivat iäkkään kuulumisia puhelimitse, jolloin varmistettiin myös iäkkään selviytymistä yksin kotona.

”Nyt ollaan tässä sitten yritetty kehua sitä systeemiä, niin kuin puolestapuhujana, että kyllä tää nyt on hyvä, että kyllä tää nyt täytyy ymmärtää (palvelutaloon muuttaminen).” (11D)

”Mä aina sanoin, että kun hän sanoi, että hän ei muista, niin mä sanoin, että me ollaan molemmat sen ikäisiä, että en minäkään kuule aina kaikkea muista, ja nytkin vielä sanon lohduttaakseni.” (ID5)

Virkistäjän roolissa läheiset vierailivat iäkkään luona tai mahdollistivat iäkkään sosiaalisen kanssakäymisen hakemalla hänet vierailulle omaan kotiinsa tai soittelemalla kuulumisia. Läheiset tarjosivat iäkkäälle mahdollisuuden harrastaa hänelle tuttuja ja mieluisia asioita, esimerkiksi toivat tavuristikoita täytettäväksi. Virkistäjän roolissa läheiset tekivät yhdessä iäkkään kanssa asioita, kuten ulkoilivat, kuuntelivat musiikkia, viettivät yhdessä syntymäpäiviä. Läheiset järjestivät iäkkäälle mieluista ohjelmaa, esimerkiksi mahdollistivat hengelliseen tilaisuuteen pääsemisen.

”Nyt juhannuksena haettiin äiti meille tänne, yritetään sellaista tiettyä, ettei jää paljon vaan neljän seinän sisällä.” (ID2)

”Yleensä me kyllä jutellaan ja katsellaan valokuvia ja sitten taas jutellaan. Sit mä voin soittaa jotain musiikkia äidille.” (ID10)

Vastuunkantajan roolissa läheiset kokivat huolta iäkkään terveydentilasta, kuntoutumisesta ja kotona pärjäämisestä, johon liittyi huoli liikkumattomuudesta, tapaturmariskeistä, hygienian hoidosta, ympäristön siisteydestä ja ravitsemuksen toteutumisesta. Läheiset olivat huolissaan iäkkään asunnon tarpeen muutoksesta, taloudellisista asioista ja sosiaalisten suhteiden puuttumisesta. Vastuunkantajan roolissa koettiin velvollisuudeksi pitää yhteyttä ja auttaa iäkästä sekä osallistua iäkkään asioiden hoitoon. Vastuunkantajan roolissa läheinen oli henkilö, joka edusti sisaruksiaan. Roolissa kannettiin vastuta iäkkään auttamisesta, asioista ja selviytymisestä kotona.

”No siis mä hoidan kaiken, mun äitini on kuin lapsi. Minä kannan vastuun kaikesta. Mä olen ainoa kokonaisvaltaisen vastuun kantaja.” (ID8)



Kuvio 2. Läheisen roolit iäkkään kotiutuessa

5.3 Läheisen roolissa toimimiseen vaikuttavat tekijät

Aineiston induktiivisen sisällön analyysin tuloksena tuotettiin myös kuvaus läheisen roolissa toimimiseen vaikuttavista tekijöistä. (Liite 9.) Teemahaastattelussa haastateltavia pyydettiin kertomaan rooliaan edistäviä tai estäviä tekijöitä. Läheisen roolissa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä olivat läheisen ja iäkkään välinen suhde, läheisen oma elämä ja rooliin saatu tuki sekä roolin mielekkyys. (Kuvio 3.) Kyselyn (COPE -indeksi) vastauksista saatiin lisäymmärrystä läheisen roolissa toimimiseen vaikuttavista tekijöistä, miten läheinen itse koki iäkkään auttamisen omassa elämässään (Taulukko 5).

Läheisen ja iäkkään välinen suhde vaikutti läheisen roolissa toimimiseen. Hyvät välit, arvostus, avoin vuorovaikutus ja luottamus iäkkään, läheisen ja koko perheen välillä edistivät roolissa toimimista. Kommunikaation vaikeudet kuten häveliäisyys

henkilökohtaisista asioista puhuttaessa tai ristiriidat iäkkään kanssa sekä iäkkään ulkoisista palveluista kieltäytyminen saattoivat estää läheisen roolissa toimimista.

”Meillä on kyllä niin hyvät välit, että mä kyllä voin sanoa, että nyt hei näin ja näin ja musta olisi hyvä että sä tän ja tän asian huomioisit tässä. Meillä on kyllä ihan hyvät ja avoimet välit.” (ID12)

”.. että aina sä määräät (iäkäs sanoo läheiselle). Tulee tällaisia salamaniskuja, mutta se kuuluu niin kuin taudin kuvaan.” (ID9)

Kyselyn (COPE -indeksi) mukaan 71 % läheisistä oli aina hyvä suhde iäkkäisiin ja 28 % oli usein tai joskus hyvä suhde iäkkäiseen (Taulukko 5).

Läheisen oma elämä vaikutti roolissa toimimiseen. Edistäviä tekijöitä oli mahdollistava elämäntilanne, jolloin läheinen oli itse terve ja hänellä oli aikaa auttaa, esimerkiksi läheinen oli itse eläkkeellä tai työnantaja jousti työajoissa. Ajan rajallisuus saattoi johtua palkkatyöstä tai muista elämään kuuluvista velvoitteista, kuten omat lapset ja lapsenlapset. Tehtävän sitovuus saattoi tuottaa läheiselle hankaluutta omassa elämässä.

”...jollain kun on lapset, perhe tai puoliso, jotain tämmösiä asioita, että sellasii esteitä mulla ei ole.” (ID10)

”Että en mä voi sanoa, että mä olen nyt kaksi viikkoa pois.... Aina pitää kattoo se, että homma hoituu.” (ID12)

Kyselyn (COPE -indeksi) tulosten mukaan yli puolella vastanneista avustaminen vaikutti joskus kielteisesti omaan tunne-elämän ja 21 % kohdalla usein kun taas ei koskaan vaikuttanut 14 %. Fyysiseen terveyteen iäkkään avustaminen vaikutti kielteisesti joskus 36 % vastanneista, usein 29 % ja ei koskaan 29 %. Omien ystävyysuhteiden ylläpitämiseen avustaminen vaikutti aina tai usein 28 % vastanneista ja joskus 43 %, mutta ei koskaan 29 %. Perheenjäsenten suhteisiin iäkkään auttaminen ei vaikuttanut 43 % vastaajista, mutta yli puolen kohdalla vaikutti joskus tai usein. Taloudellisia vaikeuksia avustaminen ei aiheuttanut yli puolelle vastanneista, mutta joskus 36 % ja usein 7 % vastanneista. (Taulukko 5.)

Rooliin saatu tuki edisti läheisen roolissa toimimista. Tukea saatiin perheeltä, hoitohenkilökunnalta, ystäviltä ja tukipalveluista. Puolisot, lapset, sisarukset auttoivat fyysisesti sekä kannustivat roolissa toimimisessa. Hoitohenkilökunnan kohdatessa ja huomioidessa läheiset he antoivat positiivisen kokemuksen toiminnastaan ja henkilökunnastaan. Hoitokokous, keskusteluapu ja ymmärrys tilanteesta tukivat läheistä toimimaan roolissaan. Iäkkään saamat ulkoiset tukipalvelut edesauttoivat välillisesti läheisen roolissa toimista. Iäkkään saadessa kotihoitoa, siivouspalvelua, kauppapalvelua, apteekinpalvelua, henkilökohtaisen avustajan palveluita tai iäkkään osallistuessa päivätoimintaa läheinen sai omaa aikaa tai aikaa johonkin muuhun tehtävään. Tiedon puute kuntoutuksesta tai epidemiasta johtuneesta vierailukiellosta sekä vuorovaikutuksen puute heikensivät roolissa toimimista.

”Mä voin soittaa tarvittaessa ja jos jotakin pyydän niin hän kyllä järjestää, että omahoitaja on aivan loistava.” (ID11)

”...mulla tai meillä ei ole mitään tietoa minkälaista se kuntoutus äidillä siellä oli. Se meillä niin kuin jäi vähän suoraan sanoen kaivertamaan se homma.” (ID2)

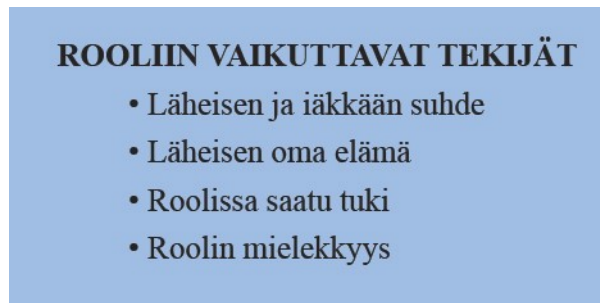
Kyselyn (COPE -indeksi) vastauksissa tukea perheeltä saivat aina 50 % vastanneista, usein 14 % ja joskus 21 %. Perheeltä tukea ei saanut 14 % ja ystäviltä tukea ei saanut 36 % vastanneista. Tukea ystäviltä sai aina 14 %, usein 29 % ja joskus 21 % vastanneita. (Taulukko 5.)

Roolin mielekkyys vaikutti läheisen roolissa toimimiseen. Läheisen kokiessa tehtävänsä merkitykselliseksi ja saadessaan siitä mielihyvää, rooli koettiin mielekkääksi. Edistäviä tekijöitä olivat läheisen hoivaava luonteenpiirre, ymmärrys sairaudesta sekä positiivisen palautteen saaminen iäkkäältä ja hoitohenkilökunnalta. Pitkä matka ja hankalat kulkuyhteydet iäkkään luokse saattoivat haitata roolissa toimimista. Uupumus, joka johtui tehtävän raskaudesta, kiireestä ja työpäivän päälle tehtävästä avustamisesta heikensi roolissa toimimista.

”Nyt hän kyllä aina muistaa sanoa kiitos, että ei kellään ole kyllä noin hyvää lasta. Tuntuuhan se sitten hyvältä. Niin, että ei ole turha vaan silleen, että tuntuu, että hän on oikeesti hirveen kiitollinen ja onnellinen aika pienestä.” (ID11)

”Mutta se on tietenkin sellainen asia, että mulla ei ole autoa ja mä kuljen julkisilla. Eihän äiti nyt kauheen hankalassa paikassa asu, mutta on siinä aina, että joskus tuntuu, että ei nyt jaksaisi.” (ID10)

Kyselyn (COPE -indeksi) mukaan avustaminen tuntui vaivan arvoiselta aina tai usein lähes kaikilla vastanneilla. Avustajana hyvin selviytyvänä koki aina tai usein 71 % vastanneista ja joskus 29 %. Vastanneista puolet koki, että muut ihmiset arvostavat häntä usein toimiessaan iäkkään avustajana ja lähes toinen puoli aina tai joskus. (Taulukko 5.)



Kuvio 3. Läheisen rooliin vaikuttavat tekijät

5.4 Läheisen tuen tarpeet roolissa

Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena tuotettiin kuvaus läheisen roolin tuen tarpeista. (Liite 10.) Haastattelussa vastaajia pyydettiin kertomaan, minkälaista tukea he olivat saaneet tai toivoneet saavansa kun iäkäs kotiutui. Läheisen roolin tuen tarpeita olivat arjen tuki, roolissa toimimisen tuki, rohkaiseva tuki ja sosiaalinen tukin (Kuvio 4). Arjen toiminnoissa koettiin saavan tukea kun taas roolissa toimimiseen toivottiin saavan lisää tukea. Kyselyn (COPE -indeksi) vastauksista saatiin lisäymmärrystä, keneltä läheinen kokivat saavansa tukea roolissaan iäkkään auttajana (Taulukko 5).

Arjen tuki muodostui konkreettisista käytännön avuista, jotka kohdistuivat lääkehoitoon, kaupassa käymiseen, siivoukseen, tukianomusten täyttämiseen ja muutossa auttamiseen. Konkreettisia apuja saatiin ulkoisten palveluiden tuottamina tai muiden sukulaisten auttamina. Kotihoidon käyntiavusta saatiin tukea arjen askareisiin.

Arjen tukea oli myös iäkkään käyminen päivätoiminnassa, henkilökohtaisen avustajan auttaessa tai sijaishenkilön apu, kun läheisellä oli omaa menoa. Nämä tuet olivat kohdistettu iäkkäälle, mutta auttoivat myös läheistä toimimaan roolissaan.

”Toi musta on aivan ihana toi lääke juttu, alussa me pyöritettiin myös sitäkin. Me haettiin niitä itse reseptillä ja me katottiin, että tää on ihan toivotonta. Sit se lähti vaan pyörimään (apteekin lääkkeiden puussijakelu) ja mä sanoin, että ihanaa. Se oli hyvä, koska se oli aivan mahdotonta tietää, että lääkkeet on oikein.” (ID2)

Roolissa toimimiseen tukea saatiin kun tehtiin yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Saatiin keskustelua hoitohenkilökunnalta, lääkäriltä ja omalta perheeltä. Hoitokokoukset edistivät keskustelun syntymistä ja edesauttoivat hoitohenkilökunnan tapaamista säännöllisesti. Palveluiden toivottiin olevan joustavia ja toivottiin mahdollisuutta neuvotella asioista ja päätöksistä. Roolissa toimimiseen tarvittiin tietoa ja neuvoja erilaisista palveluista sekä tukihakemusten täyttämässä. Toivottiin, että pysytään sovitussa palvelumäärässä. Konsultointi apua saatiin tarvittaessa hoitohenkilökunnalta ja kotihoito tarkkaili pärjäämistä kotona.

”Kyllä mä uskonkin, kun ne sanoivat, että sinne (kuntoutusosastolle) saa soittaa koska tahansa, jos on jotain ongelmaa.” (ID7)

Kyselyn (COPE -indeksi) vastauksissa avustajan roolissa yli puolet koki saavansa yleisesti tukea joskus kun taas aina tai usein koki saavansa 42 % vastanneista. Terveys- ja sosiaalipalveluista hyvin tukea koettiin saavan vain joskus 57 % vastanneista. (Taulukko 5.)

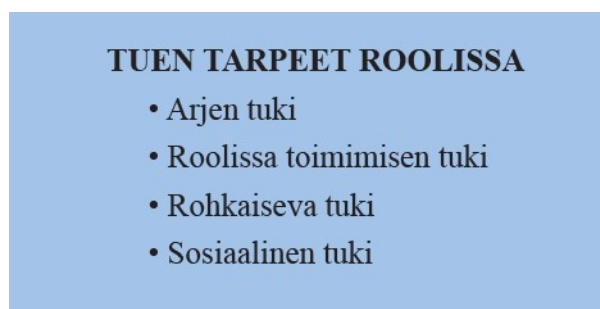
Rohkaisevaa tukea oli, että läheinen koki tullessaan hoitohenkilökunnan kanssa kohdatuksi vieraillessaan osastolla. Koettiin henkilökunnan olevan läsnä ja lähestyvän läheistä positiivisesti, tasa-arvoisesti, empaattisesti ja ymmärtäväisesti. Läheistä kannustettiin toimimaan läheisen roolissa ja kannustettiin antamaan palautetta kotihoidon toiminnasta. Läheinen koki tullessaan kuulluksi sekä saaneensa henkistä tukea.

”...kohdattu ihan niin kuin ihmisenä. Suurin osa henkilökunnasta osastolla teki sen. Nyttien tuolla (palvelutalossa) on ihan semmoinen ilo kun omainen tulee ja kohdataan,

kiva että tulitte tänne. Ehkä olisin joskus myös kaivannut sitä kiitostakin (kuntoutusosastolla)”(ID4)

Sosiaalista tukea saatiin tai toivottiin saavan perheeltä ja ystäviltä, jotka kävisivät vierailmassa tai soittelisivat kuulumisia. Vastuuta toivottiin jaettavan sisarusten kesken.

”Ollaan veljen kanssa yritetty vähän niin kuin puolittaa tätä auttamista” (ID1)



Kuvio 4. Läheisen tuen tarpeet roolissa

Kyselyn (COPE -indeksi) osa-alueet

Kyselyn (COPE -indeksi) vastauksia arvioitiin myös kolmella osa-alueella: kielteisen vaikutuksen osa-alueella, myönteinen merkitys osa-alueella ja tuen laatu osa-alueella. Kielteisen vaikutuksen osa-alueen summapisteen keskiarvo oli 13,8, jossa yksittäisten vastaajien pisteet vaihtelivat välillä 7–21 (minimi 7 ja maximi 28). Korkeampi pistemäärä merkitsi useammin koettuja kielteisiä vaikutuksia ja ilmensi suurempaa räsitusta tai kuormittumista. Myönteisen merkityksen osa-alueen summapisteen keskiarvo oli 12,9, jossa yksittäisten vastaajien pisteet vaihtelivat välillä 8–16 (minimi 4 ja maksimi 16). Korkea pistemäärä ilmensi enemmän myönteisiä merkityksiä läheisen roolissa. Tuen laatu osa-alueen summapisteen keskiarvo oli 10,1, jossa yksittäisten vastaajien pisteet vaihtelivat välillä 6–15 (minimi 4 ja maximi 16). Korkea pistemäärä ilmensi parempaa tuen laatua läheisen roolissa. (Taulukko 5.) (Juntunen & Salminen 2011).

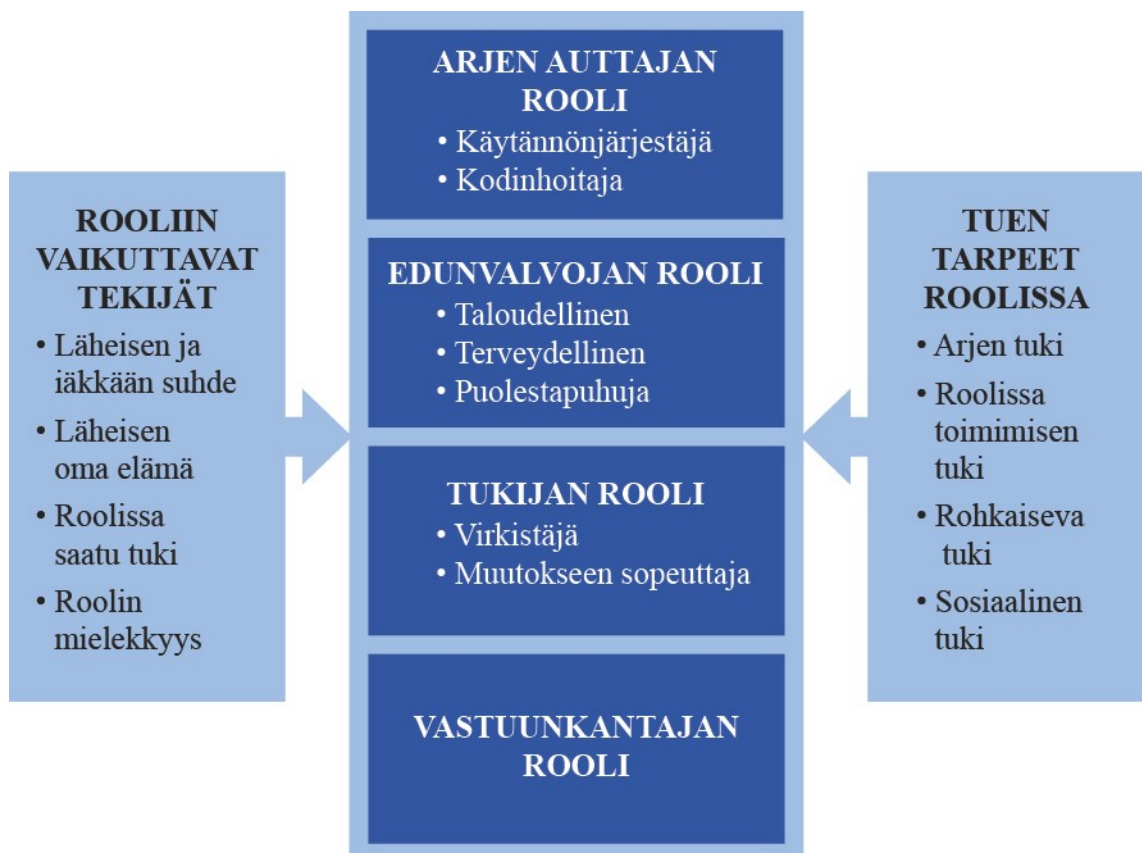
Kyselyn (COPE -indeksi) viimeisessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin, oliko jotain muuta mitä halusi kertoa. Tähän kysymykseen ei ollut kukaan vastannut.

Taulukko 5. Kysely (COPE -indeksi), läheisen tuen tarve, n=14

Osa-alueet	(%)			
	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan/ Ei koske minua
Kielteinen vaikutus osa-alue:				
Yhteenlasketun pistemäärä ka 13,8				
Vastaajien arvot 7–21 välillä (Mahdollinen 7–28)				
3. Pidätkö avustamista liian vaativana?	-	29	57	14
4. Vaikeuttaako avustaminen omien ystävyysuhteittesi ylläpitoa?	14	14	43	29
5. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaasi?	7	29	36	29
6. Vaikeuttaako avustaminen sinun ja perheenjäsentesi suhteita?	-	29	29	43
7. Aiheuttaako avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?	-	7	36	57
8. Tunnetko olevasi ansassa roolissasi avustajana?	-	21	50	29
15. Vaikuttaako avustaminen kielteisesti omaan tunne-elämäsi?	-	21	64	14
Myönteinen merkitys osa-alue:				
Yhteenlaskettu pistemäärän ka 12,9				
Vastaajien arvot 8–16 välillä (Mahdollinen 4–16)				
2. Tunnetko selviytyväsi hyvin avustajana?	21	50	29	-
10. Tuntuuko avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?	50	43	7	-
12. Onko sinulla hyvä suhde avustamaasi/hoitamaasi henkilöön?	71	14	14	-
14. Tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat sinua avustajana?	21	50	21	7
Tuen laatu osa-alue:				
Yhteenlaskettu pistemäärän ka 10,1				
Vastaajien arvot 6–15 välillä (Mahdollinen 4–16)				
1. Tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi avustajana?	21	21	57	-
9. Tunnetko saavasi hyvin tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi?	14	29	21	36
11. Tunnetko saavasi hyvin tukea perheeltäsi?	50	14	21	14
13. Tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista? (esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen)	14	14	57	14

5.6 Tutkimustulosten yhteenveto

Tulosten perusteella muodostettiin käsitteellinen malli läheisen roolista iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Läheisen rooli jakaantui neljään päärooliin, jotka olivat iäkkään arjen auttajan rooli, edunvalvojan rooli, tukijan rooli ja vastuunkantajan rooli. Arjen auttajan rooliin kuului läheisen käytännön järjestäjän rooli ja kodinhoitajan rooli. Edunvalvojan rooliin sisältyi iäkkään terveydellinen edunvalvojan rooli, taloudellinen edunvalvojan rooli ja puolestapuhujan rooli. Tukijan rooli muodostui iäkkään virkistäjän roolista ja muutokseen sopeuttajan roolista. Näissä rooleissa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä olivat läheisen ja iäkkään välinen suhde, läheisen oma elämä, rooliin saatu tuki ja roolin mielekkyys. Läheisen roolissa tuen tarpeita olivat arjen tuki, roolissa toimimisen tuki, rohkaiseva ja sosiaalinen tuki. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset (Grove ym. 2013, Holloway & Wheeler 2012). Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla läheisen roolia ja tuen tarvetta iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tavoitteena oli saada tietoa iäkkäiden kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta ja muodostaa käsitteellinen malli, jossa on tyypitelty läheisen erilaiset roolit, niihin vaikuttavat tekijät ja tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Tutkimuksessa sovellettiin metodologista triangulaatiota, jossa teemahaastattelun lisäksi tutkimusaineistoa vahvistettiin kyselyllä (COPE -indeksi) saaduilla tuloksilla. Tällä menettelyllä rikastutettiin tutkimusaineistoa ja samalla pienennettiin yksittäisen tutkimusmenetelmän tuomia heikkouksia. Aineistot kerättiin itsenäisesti, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. (Grove ym. 2013, Bekhet & Zauszniewski 2012.) Teemahaastattelu toi tuloksiin kokemuksen rikkautta läheisen roolista ja tuen tarpeesta kun taas kyselyn (COPE -indeksin) tulokset toivat tarkkuutta, siitä miten läheinen itse kokee iäkkään auttamisen omassa elämässään ja keneltä läheinen kokee saavansa tukea roolissaan iäkkään auttajana (Clarke 2010). Näin saatiin mahdollisimman moniulotteinen ja kokonaisvaltainen kuva läheisen roolista ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä läheisen erilaisista tuen tarpeista (Bekhet & Zauszniewski 2012, Casey & Murphy 2009). Monipuolinen tutkimusaineisto mahdollisti tulosten varmentamisen ja näkemysten syventämisen sekä yhdenmukaiset tutkimustulokset ilmiöstä osoittavat tutkimuksen validiteettiä eli pätevyyttä (Bekhet & Zauszniewski 2012, Casey & Murphy 2009).

Kahden tutkimusmenetelmän yhdistämistä on kritisoitu, koska niissä on erilainen tieteenfilosofinen lähtökohta (Eskola & Suoranta 2008, McEvoy & Richards 2006, Leino-Kilpi 1998). Kvalitatiivinen lähestymistapa perustuu laaja-alaiseen tieteen filosofiseen suuntaukseen, jossa maailma on sosiaalisesti rakennettu ja ymmärretty. Tähän lähestymistapaan kuulu laaja valikoima filosofiasia näkökulmia, esimerkiksi fenomenologia ja hermeneutiikka (Polit & Beck 2010a, McEvoy & Richards 2006), joissa on tavoitteena inhimillisen toiminnan ymmärtäminen ja tulkitseminen ihmisen

yksilöllisistä merkitysrakenteista käsin (Crove ym 2013, Polit & Beck 2010a, Leino-Kilpi 1998). Toimitaan luonnollisessa ympäristössä, jossa inhimillistä toimintaa pidetään tarkoituksellisena ja pyritään löytämään tutkittavien ihmisten ainutlaatuisuus sekä heidän asioille antama merkitys (Leino-Kilpi 1998). Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu positivismiin (Crove ym. 2013, McEvoy & Richards 2006), joka korostaa tarkkoja tieteellisin menetelmin tuotettua tietoa. Tieteellisinä menetelminä pidetään ilmiöiden välitön ja mahdollisimman objektiivista havainnointia ja mittausta erilaisten määrällisten muuttujien avulla. (McEvoy & Richards 2006.)

Toinen kritiikin kohde on, että tutkimuksen otoskoon suunnittelussa ja tulosten raportoinnissa nähdään myös eroja (Leino-Kilpi 1998). Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa päädyttiin noudattamaan laadullisen tutkimuksen tarkoituksenmukaista otantaa ja tavoitteeksi asetettiin 30–40 informanttia (Gove ym 2013, Polit & Beck 2010a). Tutkimuksessa tuli kuitenkin vastauskato. Tutkimukseen rekrytointi tapahtui monivaiheisesti ja usean henkilön suorittamana, mikä saattoi vaikuttaa osallistujamäärän vähyyteen. Rekrytointiprosessi tapahtui neljässä vaiheessa, jolloin ensin pyydettiin iäkkään suostumus tutkimukseen, jonka jälkeen iäkkään suostumuksella rekrytoitiin hänen nimeämänsä läheinen ja tämän jälkeen tutkija oli yhteydessä läheiseen haastatteluajankohdan sopimiseksi ja sitten sovittuna päivänä haastattelu suoritettiin. Rekrytoinnin aikana oli osittain myös kesälomakausi, joten henkilökunnassa tapahtui vaihdoksia. Tämä tuotti mahdollisesti haastetta tutkimukseen liittyvässä tiedonkulussa. Iäkkäiden läheiset olivat myös kesälomalla, mikä saattoi vaikuttaa halukkuuteen osallistua tutkimukseen. Arviointi- ja kuntoutusosastojen toimintaan liittyä, että joillakin iäkkäillä on pitkiä kuntoutusjaksoja ja heidän kohdalla saatetaan päätyä hakemaan ympärivuorokautista pitkäaikaishoidon paikkaa. Tällöin nämä iäkkäät odottavat uutta paikkaa osastolla. Tämä saattoi vaikuttaa myös siihen, että osastoilla ei ollut kotiin lähdössä olevia iäkkäitä rekrytoinnin aikana. Arviointi- ja kuntoutusosastoilta kotiutuvista iäkkäistä kaikkiaan 22 oli halukkaita osallistumaan tutkimukseen nimeämällä läheisen, mutta lopulta vain 14 vapaaehtoista informanttia osallistui tutkimukseen. Osallistujien määrä oli laadullisen tutkimuksen teemahaastatteluun riittävä (Tuomi & Sarajärvi 2011, Hirsjärvi & Hurme 2010), mutta määrälliseen tutkimusosioon liian pieni (Groves m. 2013). Vastaajakadon vuoksi päädyttiin tutkimuksessa painottamaan teemahaastattelun tuloksia ja pitämään kyselyn (COPE -indeksi) tulokset teemahaastattelua vahvistavina tuloksina.

Teemahaastattelun luotettavuus

Teemahaastattelun luotettavuus koskee koko tutkimusprosessia, mihin kuuluu aineiston kerääminen, analysointi ja raportointi (Holloway & Wheeler 2012, Ruusuvuori ym. 2010, Kyngäs & Elo 2007, Graneheim & Lundman 2004). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (*trustworthiness*) voidaan arvioida seuraavien kriteerien avulla: uskottavuus (*credibility*), vahvistettavuuden (*dependability*) ja siirrettävyys (*transferability*) (Graneheim & Lundman 2004).

Uskottavuus

Tutkimuksen uskottavuutta lisäsi tutkimuksen lähestymistavan ja aineiston keruumenetelmän valinta (Graneheim & Lundman 2004). Kirjallisuuskatsauksen perusteella todettiin, että tähän tutkimusaiheeseen oli kohdistunut vähän tutkimusta ja läheisen rooleja ei ollut tyypitelty aiemmin tutkimuskirjallisuudessa, joten oli perusteltua käyttää kuvailevaa tutkimusta. Kuvailevan tiedon avulla pyrittiin ymmärtämään todellisuutta sellaisena kuin se ilmeni ja tuotiin esiin asioita, joihin ei ollut aiemmin kiinnitetty huomiota. Tutkimuksessa tarkasteltiin ilmiötä uudesta näkökulmasta. Ilmiötä lähestyttiin induktiivisesti, jolloin tutkimuksen lähtökohtana olivat yksittäiset havainnot, joiden perusteella tehtiin johtopäätöksiä. (Grove ym. 2013, Johanson ym. 2010.) Kuvailevan ja induktiivisesti lähestyvän tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi sopi teemahaastattelu, jolla saatiin mahdollisimman laaja-alaisesti kerättyä haastateltavan kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, kun voitiin tehdä tarkentavia kysymyksiä haastattelussa (Grove ym.2013).

Tutkimuksen uskottavuutta vahvisti tutkimuksen osallistujien ominaispiirteiden mahdollisimman tarkka kuvaaminen (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa tutkimusmenetelmän valinta mahdollisti informanttien samansisältöisen ja tarkan tiedon keräämisen kyselyn (COPE -indeksi) taustatietojen avulla. Tutkittavien ominaispiirteiden kuvaamisen uskottavuutta lisäsi, kun tutkija tarkasti haastattelun alussa kyselyn (COPE -indeksi) vastaukset, että kaikkiin kysymyksiin oli vastattu ja tarvittaessa pyydettiin tarkennusta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kotiutuvien iäkkäiden nimeämät läheiset, jotka tässä tutkimuksessa olivat iäkkään puoliso, avopuoliso, elämäkumppani, lapsi, sukulainen, ystävä tai tuttava. Tutkimuksen uskottavuutta vahvisti tämä tutkittavien moninaisuus, josta saatiin monipuolinen tutkimusaineisto (Graneheim & Lundman 2004).

Teemahaastattelun ensimmäisessä teema-alueessa pyydettiin läheistä kuvaamaan kotiutuneen iäkkään sukupuoli, ikä ja syy, miksi hän oli joutunut arviointi- ja kuntoutusosastolle. Tällä saatiin iäkkäiden osalta tarkka kuvaus tutkimuskontekstista. (Hollaway & Wheeler 2012, Graneheim & Lundman 2004.)

Teemahaastattelun uskottavuutta saattoi heikentää yhdessä haastattelussa kotiutuneen iäkkään mukana olo. Haastateltava saattoi jättää kertomatta asioita tai vastaili kaunistellen tai liioitellen vastauksiaan. Uskottavuutta saattoi heikentää myös muissa haastatteluissa se, jos tutkittava yritti vastata tutkijan mieliksi. (Hollaway & Wheeler 2012.)

Teemahaastatteluissa huomioitiin, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Tutkija pyrki empaattisuudellaan, aktiivisella kuuntelulla ja reflektoinilla luomaan tilanteista vuorovaikutuksellisia. Teemahaastatteluissa lähdettiin oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voitiin tutkia tällä menetelmällä. Korostettiin haastateltavien määrittämiä tilanteita siten, että ei keskeytetty tutkittavan kertomusta vaan kannustettiin kertomaa tapahtuneen tilanteen loppuun. (Hirsjärvi & Hurme 2010.)

Tutkimuksen uskottavuutta on pyritty lisäämään induktiivisen sisällön analyysin tarkalla selostuksella analyysin kaikista toteutuneista vaiheista sekä lisäämällä tutkimuksen liitteeksi analyysitaulukot jokaisesta tutkimuskysymyksestä (Ruusuvuori ym. 2010, Kyngäs & Elo 2007, Graneheim & Lundman 2004). Tuloksissa on esitetty suoria lainauksia haastatteluista, jotka kuvastavat teemaa (Graneheim & Lundman 2004). Näiden toimenpiteiden uskotaan auttavan lukijaa tai toista tutkijaa arvioimaan, miten on päädytty lopputulokseen (Hollaway & Wheeler 2012, Ruusuvuori ym. 2010, Graneheim & Lundman 2004).

Induktiivisessa sisällön analyysissä uskottavuutta saattaa heikentää usean lauseen analyysiyksikkö. Tutkimuksen analyysissä jouduttiin paikoin poimimaan suoraan lainaukseen tekstiä pidemmältä matkalta, jättäen välistä tekstiä pois. Tämä ei kumminkaan vaikuttanut itse käsiteltävään asiaan, jota haastatteliija oli tuomassa esiin. (Graneheim & Lundman 2004.)

Analyysin uskottavuutta varmistettiin myös siten, että ohjaava professori tarkasti analyysin etenemisen vaihe vaiheelta ennenmin tulosten kirjoittamista tekstiksi. Koko tutkimuksen teossa saatiin vertaistukea opiskelijatovereilta ja opettajilta seminaareissa sekä tutkimuksen ohjaavalta professorilta ohjauksessa. (Hollawy & Wheeler 2012, Graneheim & Lundman 2004.)

Vahvistettavuus

Teemahaastattelun luotettavuutta heikensi se, että ei suoritettu esihaastattelua (Hollawy & Wheeler 2012, Hirsjärvi & Hurme 2010). Tämä toimenpide olisi voinut edesauttaa teemahaastattelun toisen kysymyksen uudelleen muotoiluun ennenmin varsinaista haastattelua. Kysymys osoittautui haastateltavien kohdalla vaikeaksi ymmärtää. Vastaukset olivat hyvin lyhyitä tai haastateltavat saattoivat alkaa kertoa aivan toisesta aiheesta. Tällaisessa tilanteessa tutkija ohjasi hienovaraisesti haastateltavan takaisin aiheeseen niin, ettei haastateltavan ajatus katkennut. Toisaalta teemahaastattelu antaa tutkittavalle juuri vapauden kertoa oman näkemyksensä.

Tutkimuksen vahvistettavuutta lisättiin sillä, että tutkija suoritti henkilökohtaisesti kaikki teemahaastattelut. Haastatteluissa edettiin valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Haastattelijä varmisti, että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet tuli käsiteltyä haastateltavan kanssa, mutta niiden järjestys ja laajuus saattoi vaihdella haastattelusta toiseen. Laadulliseen tutkimukseen myös kuuluu, että kysymykset voivat mukautua yksityiskohdaltaan tutkimuksen kuluessa. (Hollawy & Wheeler 2012, Tuomi & Sarajärvi 2011, Eskola & Vastamäki 2010, Hirsjärvi & Hurme 2010.)

Tutkijan usean vuoden työkokemus iäkkäiden hoitotyössä ja siihen liittyvä kokemus iäkkäiden kotiuttamisesta saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska tutkija oli keskeinen toimija analyysityössä (Hollawy & Wheeler 2012, Eskola & Suoranta 2008). Tutkimustulosten analysoinnissa saattoi vaikuttaa tutkijan ennakko-oletukset aiheesta. Tutkija pyrki tarkastelemaan omaa käsitystään asiasta (liite 11) ja tulkintaansa verrattuna tutkittavien käsitteeseen. (Hollawy & Wheeler 2012, Eskola & Suoranta 2008.) Tutkija pyrki myös toimimaan neutraalisti, eikä tuonut esiin omia mielipiteitään (Hollawy & Wheeler 2012, Hirsjärvi & Hurme 2010). Tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että tutkija joutui muutamassa haastattelussa antamaan esimerkkejä, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Tämän jälkeen tutkittavan kerronta lähti liikkeelle. Tämä

saattoi ohjata haastateltavan vastausta tutkijan ennakkokäsitteiden mukaisesti, mutta oli kuitenkin teemahaastatteluiden mukaista.

Siirrettävyys

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, kun tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä vastaavanlaiseen tilanteeseen tai osallistujiin (Hollawy & Wheeler 2012, Polit & Beck 2010b, Graneheim & Lundman 2004). Tämän päätöksen tekee tutkimuksen lukija (Polit & Beck 2010b, Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksen raportoinnissa on pyritty kuvaamaan mahdollisimman kattavasti tutkimuksen tarkoitus, osallistujien ominaispiirteet, tiedonkeruu, analysointi prosessi ja tulokset (Hollawy & Wheeler 2012, Polit & Beck 2010b, Graneheim & Lundman 2004). Analyysin tuloksen esittelyssä on esitetty suoria lainauksia haastatteluista vahvistaen lukijan käsitystä ilmiöstä ja sen siirrettävyydestä (Graneheim & Lundman 2004). Tämän perusteella voidaan todeta, että tutkimustulokset on siirrettävissä vastaavanlaiseen tilanteeseen, kun iäkäs kotiutuu kuntoutusosastolta tai sairaalasta saman toimintakyvyn omaavina kuin tutkimukseen osallistuneet iäkkäät. Tällöin läheisen rooli on varmasti samanlainen.

Kyselyn (COPE -indeksi) luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo kyselyn (COPE -indeksi) reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin luotettavuutta, jolloin tarkastellaan miten luotettavasti ja toistettavasti mittari mittaa haluttua ilmiötä. Mittarin validiteetti tarkoittaa taasen mittarin pätevyyttä, jolloin tarkastellaan, miten hyvin mittari mittaa tutkittavaa ilmiötä. (Grove ym. 2013, Polit & Beck 2010a.) Mittarin luotettavuutta on arvioitu ulkomaisissa ja kotimaisissa tutkimuksissa, joissa mittari on todettu luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi, vaikka maakohtaisia eroavuuksia on havaittu kielteisen vaikutus osa-alueen, myönteisen merkityksen osa-alueen ja tuen laatu osa-alueen yhteneväisyydessä (Juntunen & Salminen 2012, Balduccin ym. 2008, Roud ym. 2006, McKee ym. 2003).

Tähän tutkimukseen osallistui 14 informanttia, joten aineisto ei riittänyt tilastolliseen tarkasteluun luotettavasti (Groves m. 2013). Kyselyn (COPE -indeksi) saatuja tuloksia käytettiin teemahaastattelua vahvistavina tuloksina. Tutkimuksessa mittarin käytön luotettavuutta lisäsi, kun tutkija tarkisti jokaisen haastattelun yhteydessä mittarin vastaukset ja tarvittaessa pyysi informanttia täydentämään puuttuvat vastaukset, näin ollen vastausprosentti oli mittarin osalta 100 %.

Tutkimuksen kielteisen vaikutusosa-alueen, myönteisen osa-alueen ja tuen laatu osa-alueen summapisteiden keskiarvot olivat samansuuntaiset kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa (Juntunen & Salminen 2015, Salminen & Juntunen 2013, Alwin ym. 2013, Roud ym. 2006). Voidaan todeta, että tämän tutkimuksen osanottajamäärän pienuudesta huolimatta tulokset olivat melko luotettavat kyselyn (COPE -indeksi) osalta, koska eri kontekstissa ja ajassa aiemmin saadut tulokset eivät poikenneet suuresti tämän tutkimuksen tuloksista (Grove ym. 2013).

Cronbachin alphalla tarkasteltiin mittarin osa-alueiden kysymysten sisäistä johdonmukaisuutta, vaikka tutkimuksen osallistujien määrä oli pieni. Cronbachin alphan ollessa 1.00, kysymykset mittaavat juuri samaa asiaa ja tätä tavoitellaan. Tutkimuksessa kielteisen vaikutuksen osa-alueen Cronbachin alpha oli 0,88 ja myönteinen merkitys osa-alueen Cronbachin alpha oli 0,82. Tuen laatu osa-alueen Cronbachin alpha oli 0,74. Voidaan todeta, että kielteisen vaikutuksen osa-alueen ja myönteisen merkityksen osa-alueen kysymysten sisäinen johdonmukaisuus oli riittävä. Tuen osa-alueen sisäinen johdonmukaisuus oli vähän heikompi. (Grove ym. 2013.)

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisiä periaatteita (TENK 2012) sekä voimassa olevaa lainsäädäntöä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488). Tutkija sitoutui tutkimustyössään toimimaan rehellisesti, huolellisesti ja tarkkaavaisesti koko tutkimusprosessin ajan. Tiedonhankinta, tutkimus ja arviointi suoritettiin eettisin perustein. (TENK 2012.) Tutkimusaihe oli eettisesti perusteltu, koska aikaisemman aiheeseen liittyvän tutkimuskirjallisuuden pohjalta todettiin, että aiheeseen oli kohdistunut vain vähän tutkimusta ja läheisen rooleja ei ollut aiemmin tyypitelty. Tutkimuksen odotettiin tuovan uutta tietoa, jota voitaisiin hyödyntää kehitettäessä keinoja iäkkäiden mahdollisimman yksilölliseen ja itsenäisyyttä tukevaan kotiutumiseen. Parantaa iäkkäiden kotiutumisen laatua ja sisältöä, jotta kotiutuminen tapahtuisi turvallisesti ja oikeaan aikaan. Tutkimuksen avulla voitaisiin myös kehittää iäkkään ja hänen läheisen mahdollisuutta osallistua kotiutumisen suunnitteluun ja edesauttaa heitä selviytymään tilanteesta kehittämällä läheisen roolia tukevia palveluita.

Tutkimusta tehtäessä kunnioitettiin muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitattiin heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla (Turku CRC 2014, TENK 2012, Israel & Hay 2006, Hirvonen 2006). Kysely (COPE -indeksi) on kehitetty eurooppalaisena yhteistyönä projektissa, johon osallistui yhteistyötahoja seitsemästä Euroopan maasta. Mittarin käyttöön saatiin sähköpostitse (14.1.2015) puoltava vastaus yhdeltä projektin vastuuhenkilöltä. Suomenkielinen mittari on julkaistu vuonna 2011 Kansaneläkelaitoksen toimesta. Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston johtava tutkija viestitti sähköpostilla (14.1.2015), että erillistä lupaa ei tarvita suomennetun kyselyn (COPE -indeksi) käyttöön, vaan mittari on vapaasti käytettävissä Kelan julkaisuhaun nettisivulla. Turun yliopiston eettiseltä toimikunnalta haettiin eettistä ennakoarviota tutkimuksen toteutuksesta ja eettisestä hyväksyttävyydestä, koska tutkimukseen osallistuvista läheisesti osa saattoi olla iäkkäitä henkilöitä, ja varsinainen tutkittava oli iäkkään kotiutuvan henkilön nimeämä läheinen. Turun yliopiston eettinen toimikunta antoi tutkimuksen eettisyydelle puollon (23.2.2015/Lausunto15/2015). Tutkimuslupa haettiin organisaation käytänteiden mukaisesti ja saatiin 20.4.2015 (HEL 2015–003263 T 13 02 01).

Tutkimuseettisesti on tärkeää varmentua tutkittavan tietoisesta suostumuksesta, johon kuuluu tutkittavan kompetenssi, tutkittavalle annettava tiedonanto ja sen ymmärrys, tutkimuksen vapaaehtoisuus ja suostumus tutkimukseen (Beauchamp & Childress 2009). Tutkimuksessa oli tiedote kotiutuvalla iäkkäälle sekä hänen nimeämälleen läheiselle, joka oli varsinainen informantti. Kotiutuvalta iäkkäältä haluttiin kuitenkin myös tietoinen suostumus, koska tutkittava asia tuli käsittelyyn ja tutkimuksen piiriin siten, että häneen liittyvin sisäänottokriteerein rekrytoitiin tutkimukseen hänen nimeämänsä läheinen. Läheinen sai myös tiedotteen ja hänen halukkuuttaan osallistua tutkimukseen kysyttiin sekä lupaa tutkijan yhteydenottoon. Läheisen suostuessa tutkijalle toimitettiin yhteystiedot, jonka jälkeen sovittiin puhelimitse haastatteluajankohta. Haastattelu alkoi informantin tietoisesta suostumuksesta kysymisellä ja allekirjoittamisella, jolloin samalla vielä tuotiin esiin, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavalla oli oikeus keskeyttää tutkimus tarvitsematta perustella päätöstään. Teemahaastattelut tehtiin luottamuksellisesti ja kunnioitettiin tutkittavien yksityisyyttä. Tutkimuksen aihe oli sensitiivinen, joten tutkija varautui arkaluontoisten asioiden esille tuloon. (Turku CRC 2014, Israel & Hay 2006.)

Tutkimusaineiston käsittelyssä noudatettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Kyselyn (COPE -indeksi) tiedot koodattiin tilastomatriisiin rehellisesti ja tarkasti, mitään lisäämättä tai pois jättämättä. Tämän jälkeen SPSS 22.0 tilastomatriisit tallennettiin USB -muistitikulle. Nauhoitetut haastattelut siirrettiin USB -muistitikulle, jonka jälkeen ne litteroitiin manuaaliseksi tekstiaineistoksi sekä tallennettiin USB -muistitikulle. Nauhurissa ollut äänite tuhottiin. Informantien vastaamat kyselylomakkeet (COPE -indeksi) ja teemahaastattelun manuaalinen tekstiaineisto, sekä USB -muistitikulle tallennetut tiedostot säilytetään 15 vuotta lukitussa tilassa. Tutkimuksesta ei syntynyt varsinaista henkilörekisteriä ja informanteja ei voida tunnistaa aineistosta. (TENK 2012, Hirvonen 2006.) Tietoja tutkijan lisäksi käsitteli tutkimuksen ohjaava professori, joka on myös tutkijan ohella salassapitovelvollinen (Turku CRC 2014).

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tuloksena syntyi käsitteellinen malli läheisen roolista ja tuen tarpeesta iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tämän empiirisen tutkimuksen avulla pystyttiin osoittamaan, että läheisen rooli kotiutuvan iäkkään läheisenä on varsin moninainen ja tukea tarvitseva tehtävä. Tuloksia voidaan pohtia myös siltä kannalta, että nämä roolit voivat olla monen läheisen kohdalla myös heidän päivittäistä elämää iäkkään kanssa.

Tutkimusalueen aikaisempi tutkimuskirjallisuus perustui pääasiassa ulkomaalaisiin tutkimuksiin, mikä osaksi vaikutti tulosten pohdinnassa esiin tulleisiin eroavuuksiin. Eri kulttuureissa vaikuttavat maan historia, asenteet ja arvot iäkkäiden huolenpitoon. Eri maiden julkisten palveluiden tarjonnassa ja maiden taloudellisissa tilanteissa on eroa, mitkä oletettavasti vaikuttivat iäkkäiden ja heidän läheistensä tukemiseen tutkimuskirjallisuudessa.

Tutkimusaineiston sisällön analyysin perusteella läheisen rooli iäkkään kotiutuessa jakaantui neljään päärooliin, jotka olivat iäkkään arjen auttajan rooli, edunvalvojan rooli, tukijan rooli ja vastuunkantajan rooli. Arjen auttajan rooliin kuului läheisen käytännön järjestäjän rooli ja kodinhoitajan rooli. Edunvalvojan rooliin sisältyi iäkkään taloudellinen edunvalvojan rooli, terveydellinen edunvalvojan rooli, ja puolestapuhujan rooli. Tukijan rooli muodostui iäkkään virkistäjän roolista ja muutokseen sopeuttajan roolista. Näissä rooleissa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä oli läheisen ja iäkkään

välinen suhde, läheisen oma elämä ja rooliin saatu tuki sekä roolin mielekkyys. Läheisen roolin tuen tarpeita olivat arjen tuki, roolissa toimimisen tuki, rohkaiseva tuki ja sosiaalinen tuki.

Läheisen rooli

Tutkimustulos laajensi käsitystä läheisen roolista *arjen auttajana*, joka jakaantui käytännön järjestäjän rooliin ja kodinhoitajan rooliin. Tutkimuksen tulokset vahvistivat aiemmin tehtyjen tutkimusten käsitystä, että läheiset auttavat iäkästä päivittäisissä toimissa kuten hygienian hoidossa, ravitsemuksessa, lääkehoidossa, siivouksessa, kaupassa- ja apteekissa käynnissä (Majholm ym. 2012, Mosca ym. 2011, Lin ym. 2006). Tämän lisäksi *käytännön järjestäjän* roolissa läheiset huolehtivat ja varmistivat iäkkään kotiutumisen ja tiedottivat sekä muistuttivat iäkästä häntä koskevissa asioissa. Läheiset auttoivat konkreettisesti muuton järjestämisessä palvelutaloon ja huolehtivat ”juoksevista asioista” kuten postin seuraamisesta tai puhelimen käyttöliittymän muuttamisesta. Päivittäisten kulutustavaroiden lisäksi läheiset hankkivat iäkkäille vaatteita, kodinelektroniikkaa ja apuvälineitä. Kotiutustilanteessa läheisen *kodinhoitajan roolissa* välittyi kokonaisvaltainen viihtyvyyden luominen iäkkään kotiin. Tällöin läheinen siivosi, pyykkäsi, vaihtoivat puhtaat liinavaatteet, sisusti ja laittoi ruokaa.

Edunvalvojan rooli muodostui taloudellisesta, terveydellisestä (Dyrstad ym. 2015, Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Slatyer ym. 2013, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009, Efraimsson ym. 2006, Bull ym. 2000) ja puolestapuhujan roolista (Dyrstad ym. 2015, Bragstad ym. 2014, Bauer ym. 2009). Tutkimustulokset osoittivat uutta näkökulmaa läheisen roolista *taloudellisena edunvalvojana*. Läheiset huolehtivat iäkkään rahavaroista, laskujen maksamisesta, vakuutuksista, etuuksien hakemisesta ja yleensä iäkkään rahojen riittävydestä. Taloudellisen edunvalvojan rooliin kuului myös tarvittaessa iäkkään entisen asunnon myyminen tai vuokra-asunnon irtisanominen. Läheiset olivat myös mukana tekemässä palvelutaloon sopimuksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa terveydellisen edunvalvojan rooli tuli esiin läheisten osallistuessa kotiutuksen suunnitteluun (Dyrstad ym. 2015, Slatyer ym. 2013, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009, Efraimsson ym. 2006, Bull ym. 2000) tai tarkkailemalla iäkkään hoidon laatua ja puuttumalla tarvittaessa epäkohtiin (Bragstad ym. 2014). Tämän lisäksi tutkimus toi esille merkitsevän tuloksen siitä, että *terveydellisessä edunvalvojan roolissa* läheiset arvioivat iäkkään terveyttä ja siihen liittyvää avuntarvetta sekä palveluiden

tarpeen muutosta että iäkkään asunnon soveltuvuutta hänen tarpeisiinsa. Läheiset toimivat aloitteentekijänä iäkkään parhaiten hyödyttävissä vaihtoehtoisissa viemällä eteenpäin asiaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestäville tahoille. *Puolestapuhujan roolissa* läheiset valvoivat iäkkään etua tuomalla esiin tietoa iäkkään voinnista, lääkityksestä ja kotioloista (Dyrstad ym. 2015) sekä toivat esiin iäkkään mielipiteen (Bragstad ym. 2014, Bauer ym. 2009) että toteuttivat iäkkään toiveita.

Tukijan rooli jakaantui muutoksen sopeuttajan rooliin ja virkistäjän rooliin. Tutkimustulokset vahvistivat aikaisempien tutkimusten tuloksia, että *muutokseen sopeuttajan roolissa* läheiset olivat läsnä iäkkään kotiutuessa huolehtien hänen emotionaalisista (Dyrstad ym. 2015, Majholm ym. 2012, Lutz ym. 2011) ja fyysisistä tarpeista ja turvallisuudestaan (Bragstad ym. 2014, Plank ym. 2012, Lutz ym. 2011, Bauer ym. 2009, Lin ym. 2006). Tämän lisäksi läheiset edesauttoivat iäkkään sopeutumaan muutokseen suosittelemalla uusia ratkaisuja, kannustamalla iäkkään ottamaan ulkopuolista apua, kertomalla ja opastamalla uusista asioista, kuuntelemalla sekä pitämällä iäkkään toivoa yllä. Tutkimuskirjallisuudessa esitettiin myös, että läheiset auttoivat iäkkään sairaalasta annettuja ohjeita vastaan ja tukivat iäkkään osallistumaan ja ottamaan vastuun omasta kotiutumisestaan (Dyrstad ym. 2015). Tutkimus toi esille merkittävän uuden näkökulman iäkkään virkistykseen ja henkisen vireyden osalta. Tässä iäkkään *virkistäjän roolista* läheiset pyrkivät järjestämään iäkkäälle mielekästä ja mieleistä tekemistä. Tehtiin asioita yhdessä kuten ristisanatehtäviä, ulkoiltiin ja kuunneltiin musiikkia. Vierailtiin iäkkään luona ja haettiin hänet kylään tai soiteltiin kuulumisia.

Vastuunkantajan rooli muodostui tutkimustulosten mukaan läheisen velvollisuuden tunnosta (Norkly & Martinsen 2013) pitää yhteyttä ja auttaa iäkkään sekä osallistua iäkkään asioiden hoitoon. Tutkimustulokset tukivat aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta siitä, että läheiset kokivat kokonaisvaltaista huolta iäkkään hyvinvoinnista (Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Majholm ym. 2012) ja turvallisuudesta (Lin & Lu 2005). Vastuuta kannettiin iäkkään kotona pärjäämisestä päivittäisissä toimissa (Norkly & Martinsen 2013, Lutz ym. 2011) sekä hänen emotionaalisista tarpeistaan (Lutz ym. 2011). Tutkimustuloksissa vastuunkantajan rooli tarkoitti myös kyseisen läheisen edustuvan sisaruksiaan hoitaessa tai osallistuessa iäkkään asioiden hoitoon. Vastuunkantajan roolissa toimivat naiset ja miehet, kun taas tutkimuskirjallisuudessa tuli esiin, että varsinkin Aasian kulttuureissa naiset olivat ensisijaisia vastuunottajia

iäkkään kotiutuessa (Mosca ym. 2011, Lin ym. 2006). Läheiset ottivat iäkkään auttamisen vakavasti, koettiin olevan kaikesta vastuussa (Bragstad ym. 2014, Norkly & Martinsen 2013, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009, Mak ym. 2007), myös tässä tutkimuksessa kokonaisvaltaista vastuuta kokivat varsinkin muistisairaiden läheiset.

Läheisen rooliin vaikuttavat tekijät

Läheisen rooleissa toimimiseen vaikuttavia tekijöitä olivat läheisen ja iäkkään välinen suhde, läheisen oma elämä ja rooliin saatu tuki sekä roolin mielekkyys. *Läheisen ja iäkkään välinen suhde* vaikutti läheisen roolissa toimimiseen, mikä selvisi teemahaastattelun ja kyselyn (COPE -indeksi) tuloksien perusteella. Läheisen ja iäkkään hyvät välit, keskinäinen arvostus, avoin vuorovaikutus ja luottamus edistivät roolissa toimimista. Tutkimuskirjallisuudessa tuli esiin uusi tilanne iäkkään kotiutuessa, läheisen ja iäkkään välillä oli tapahtunut roolin muutos, jolloin iäkkään ja läheisen perhedynamiikka oli muuttunut toisin päin tuoden ristiriitoja arkeen (Perry Middleton 2011, Shyu 2000c). Vastaavaa ei ollut havaittavissa tässä tutkimuksessa, mutta ristiriitaa iäkkään ja läheisen välillä saattoi olla iäkkään kieltäytyessä palveluista näin estäen läheistä toimimasta haluamallaan tavalla läheisen roolissa. Aikaisemmin on todettu, että läheisellä ja iäkkäällä on vahva suhde toisiinsa (Cecil ym. 2013), jolloin läheinen koki avustamansa iäkkään olevan riippuvainen hänen avustaan (Bragsta ym. 2014), joka myös tässä tutkimuksessa tuli läheisten kokemuksesta ilmi.

Läheisen roolissa toimimiseen vaikutti *läheisen oma elämä*. Aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa tuli esille, että läheisen rooliin saatettiin joutua ilman omaa valintaa ja ennalta arvaamatta (Plank ym. 2012, Choi ym. 2011, Mak ym. 2007, Grimmer ym. 2004), kun taas tässä tutkimuksessa monet kokivat läheisen roolin velvollisuutenaan. Läheiset näkivät edistäväksi tekijöiksi hyvän terveydentilansa sekä vapaan elämäntilanteen, jolloin he olivat eläkkeellä tai heillä oli aikaa auttaa. Toisaalta ajan rajallisuus nähtiin esteenä, koska haluttiin myös viettää omaa aikaa ystävien, lapsenlapsien tai omien harrastusten parissa (Choi ym. 2014). Läheisillä oli myös elämässä muita velvollisuuksia (Plank ym. 2012) ollessaan puoliso, lasten vanhempi tai työntekijä. Läheisen roolin tehtävät näyttivät sitovan läheistä pienentämään oman elämän alaa ja vapautta (Perry & Middleton 2011, Mackenzie ym. 2007), myös kyselyn (COPE -indeksi) tuloksissa ilmeni, että avustaminen koettiin ajoittain liian vaativana tuoden kielteisiä vaikutuksia omaan tunne-elämään ja fyysiseen terveydentilaan. Avustajan roolissa koettiin myös toisinaan olevan ansassa.

Läheisen *rooliin saatu tuki* edisti roolissa toimista. Läheiset saivat teemahaastattelun ja kyselyn (COPE -indeksi) tulosten mukaan parhaiten tukea perheeltään, kun tutkimuskirjallisuudessa asia nähtiin toisin (Robinson & Barnett 2012, Cecil ym. 2013, Robinson & Barnett 2012). Ammattilaisilta esitettiin saavan vähän tukea (Norkly & Martinsen 2013, Lin ym. 2006), kuten myös kyselyn (COPE -indeksi) vastaukset osoittivat, että yli puolet vastaajista koki saavansa vain joskus hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista.

Tutkimustulokset toivat uutta näkökulmaa läheisen *roolin mielekkyyden* vaikutuksesta roolia edistävänä tekijänä. Edistäviä tekijöitä oli läheisen hoivaava luonteenpiirre, ymmärrys sairaudesta sekä positiivinen palautteen saaminen iäkkäältä ja hoitohenkilökunnalta. Kyselyn (COPE -indeksi) vastaukset osoittivat, että läheiset kokivat iäkkään auttamisen vaivanarvoisena tehtävänä ja suurin osa koki selviytyvänsä hyvin tehtävästään. Roolin mielekkyyttä laski pitkä matka ja hankalat kulkuyhteydet iäkkään luokse sekä tehtävän raskaus, oman elämän kiire ja työpäivän päälle tehdyt avustamistyöt iäkkään luona.

Kyselyn (COPE -indeksi) myönteisen merkitys osa-alueen summapisteyden keskiarvon vaihteluväli oli 4 ja 16 välillä, jolloin korkea pistemäärä kertoi läheisen olevan rooliinsa tyytyväinen (Juntunen & Salminen 2011). Tässä tutkimuksessa tämä tulkittiin, että läheinen koki toimintansa mielekkääksi, mikä edisti roolissa toimimista. Matalat pisteet myönteisen osa-alueen kysymyksistä viestitti, että läheisen roolissa toimiminen ei ollut mielekästä eli esti roolissa toimimista. Tutkimuksen myönteisen merkitys osa-alueen summapisteyden keskiarvo oli 12,9. Tulos osoitti läheisten kokevan roolissa toimimisen mielekkääksi, mikä katsottiin edistävän roolissa toimimista.

Läheisen tuen tarve

Läheisen tuen tarve oli arjen tuki, roolissa toimimisen tuki, rohkaiseva tuki ja sosiaalinen tuki. Tutkimustulokset vahvistivat aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia *arjen tuesta* (Cecil ym. 2013, Norkly & Martinsen 2013, Robinson & Barnett 2012, Lutz ym. 2011, Mak ym. 2007, Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b), että iäkkään kotiutuessa tarvittiin käytännön apua päivittäisissä toiminna (Cecil ym. 2013, Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b) kuten ruoanlaitossa, kaupassa käymisessä ja siivouksessa. Tämän lisäksi tutkimuksessa tuli esiin tarve saada apua

lääkehoitoon ja muuton järjestämiseen. Näihin arjen askareisiin saatiin apua iäkkään kotihoidolta, sukulaisilta ja ostamalla ulkoisia palveluita.

Läheisen tuen tarve oli *roolissa toimimiseen saatu tuki*. Tutkimustulokset vahvistivat aikaisemman tutkimuskirjallisuuden käsitystä, että läheiset kokivat saavansa tukea kun oli mahdollisuus tehdä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon hoitohenkilökunnan kanssa (Dyrstad ym. 2015, Slatyer ym. 2013, Plank ym. 2012, Bauer ym. 2009 Efraimsson ym. 2006, Koponen 2003, Bull ym. 2000). Hoitokokousten ja säännöllisten tapaamisten nähtiin edesauttavan keskustelun syntyä hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa ja näin saatiin myös mahdollisuus tyydyttää tuen tarve. Tutkimustulos kuitenkin osoitti, että läheiset toivoivat palveluiden tarjoajien pysyvän sovitussa palvelusopimuksessa. Tutkimustulokset vahvistivat aikaisemman tutkimuskirjallisuuden näkemystä, että roolissa toimimiseen tarvitaan tietoa ja neuvoja eri palvelujärjestelmistä (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007, Mak ym. 2007, Efraimsson ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b). Tämän lisäksi vain tutkimuskirjallisuudessa tuli esiin, että läheiset tarvitsivat tietoa uudesta roolista ja sen tuomista muutoksista omaan elämään (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007), tietoa toivottiin myös iäkkään sairaudesta ja sen akuutin tilanteen hoidosta (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mak ym. 2007, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b). Tietoa tarvittiin keinoista selviytyä päivittäisistä tehtävistä iäkkään hoidossa kuten hygienianhoidosta, lääkkeiden antamisesta ja ravitsemuksesta (Perry & Middleton 2011, Bauer ym. 2009, Mackenzie ym. 2007, Mak ym. 2007, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b).

Aikaisemmat tutkimustulokset osoittivat läheisen hyvinvoinnin tukemisen tarpeellisuuden (Cecil ym. 2013, Lin ym. 2006, Gimmer ym. 2004, Shyu 2000b), jolloin puhuttiin läheisen henkisestä rasittumisesta ja ylikuormittumisesta (Norkly & Martinsen, 2013 Plank ym. 2012, Mark ym. 2007) sekä yksin jäämisestä iäkkään kanssa (Cecil ym. 2013, Norkly & Martinsen 2013, Robinson & Barnett 2012, Lutz ym. 2011, Lin ym. 2006). Hankaluutta koettiin, jos läheisen piti lähteä omille asioille ja jättää iäkäs yksin kotiin, tällöin kaivattiin tukea (Gimmer ym. 2004). Vastaavat tilanteet tulivat esille myös tässä tutkimuksessa, varsinkin muistisairasta iäkästä hoitavien läheisten kohdalla.

Kyselyn (COPE -indeksi) kielteisen vaikutuksen osa-alueen summapisteidien keskiarvon vaihteluväli oli 7 ja 28 välillä, jolloin korkea pistemäärä merkitsi useammin koettuja kielteisiä vaikutuksia ja ilmensi suurempaa rasitusta tai kuormittumista. (Juntunen & Salminen 2011.) Tässä tutkimuksessa tämä ilmensi läheisen roolissa toimimisen estettä ja tarvetta saada lisää tukea, kun taas matalat pisteet kertoivat, että läheinen ei ollut rasittunut ja tämä edisti roolissa toimimista. Tutkimuksessa kielteisen vaikutus osa-alueen summapisteen keskiarvo oli 13,8, mikä on keskivertainen.

Läheiset tarvitsevat rohkaisevaa tukea ja sosiaalista tukea toimiessaan läheisen roolissa. Tutkimustuloksissa läheiset kokivat *rohkaisevaksi tueksi* kun henkilökunta kohtasi läheisen osastolla positiivisesti, kannustavasti ja keskustellen läheisen ja iäkkään kanssa (Slatyer ym. 2013, Plank ym. 2013). Tällöin koettiin henkilökunnan olevan läsnä ja lähestyvän läheistä positiivisesti, tasa-arvoisesti, empaattisesti ja ymmärtäväisesti. *Sosiaalista tukea* toivottiin saavan perheeltä ja ystäviltä, niin että vastuuta jaettaisiin sisarusten kesken tai he kävisivät tervehtimässä iäkstä ja hänen läheistä kotona. Osassa aikaisimmissa tutkimuksissa esitettiin, että muilta perheen jäseniltä saatu tuki ja apu koettiin vähäiseksi (Cecil ym. 2013, Robinson Barnett 2012). Kyselyn (COPE -indeksi) tutkimustuloksissa noin puolet koki, että ystävät antoivat vain joskus tai ei koskaan hyvin tukea, kun taas puolet vastaajista koki saavansa perheenjäseniltä aina hyvin tukea.

Kyselyn (COPE -indeksi) tuen laatu osa-alueen summapisteidien vaihteluväli oli 4 ja 16, jolloin korkea pistemäärä tarkoitti läheisen saavan hyvin tukea eri tahoilta ja matala pistemäärä kertoi tuen antajien puutteesta (Juntunen & Salminen 2011). Tässä tutkimuksessa matala pistemäärä tarkoitti, että tuen puute oli este roolissa toimimiselle ja läheinen tarvitsisi lisää tukea. Tämän tutkimuksen tuen laatu osa-alueen summapisteen keskiarvo oli 10,1, joka osoitti läheisten kokevan saavansa tukea keskivertoa paremmin.

6.4 Tutkimuksen merkitys hoitotieteelle, hoitotyölle ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen aihe oli hyvin ajankohtainen ja erityisen tärkeä tehtäessä SOTE- ja aluehallintouudistusta, jossa tavoitellaan ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista, kustannusten vähentämistä ja peruspalveluiden vahvistamista sekä

muuttamista asiakaslähtöiseksi (Sote uudistuu 2016). Tutkimus toi tietoa iäkkäiden kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta. Empiirisesti osoitettiin läheisen roolin moninaisuus ja siihen kohdistuvat tuen tarpeet. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää pohdittaessa sujuvia sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseja ja käytänteitä palvelujen kehittämiseksi. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä läheisen roolia tukevia palveluita, samalla edistäen keinoja iäkkäiden mahdollisimman yksilölliseen ja itsenäisyyttä tukevaan kotiutumiseen. Parantaa iäkkäiden kotiutumisen laatua ja sisältöä, jotta kotiutuminen tapahtuu turvallisesti ja oikeaan aikaan läheisen ollessa mukana.

Läheiset ovat osittain saaneet vastuulleensa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän tehtäviä. Läheiset tarkkailivat ja arvioivat iäkkään terveydellistä kuntoa sekä palveluiden riittävyttä esittäen sosiaali- ja terveydenhuollon edustajille näkemystään asiasta. Voidaan kysyä, että vaatiiko nykyjärjestelmä iäkkäällä olevan aktiivinen puolestapuhuja, jotta palveluja saadaan riittävästi ja oikeaan aikaan. Tällöin myös herää kysymys jäävätkö yksinäiset iäkkäät toisarvoiseen asemaan. Iäkkään ja läheisen tilannetta pitäisi katsoa kokonaisvaltaisesti ja rakentaa sen mukaan yksilöllinen tukijärjestelmä.

Läheisen rooli on hyvin moninainen ja moniulotteinen, usea iäkkään läheinen elää niin kutsuttuja ”ruuhkavuosia”. On tilanteita, että läheinen huolehtii kokonaisvaltaisesti iäkkään asioista sekä samalla huolehtii omasta perheestään palkkatyönsä ohessa. Jatkuva kiire ja huoli voi verottaa läheisen jaksamista. On hälyttävää, jos läheisille suunnitellaan edelleen siirrettävän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tehtäviä. Tällöin olisi työnantajan ja yhteiskunnan tuettava läheisen mahdollisuutta osa-aikaiseen palkkatyöhön, jotta tätä sukupolvea ei ajeta loppuun.

Yhteistyön vahvistaminen läheisten, iäkkäiden ja ammattihenkilökunnan välillä on ensiarvoisen tärkeää. Ammattihenkilökunnan antama rohkaiseva tuki edesauttoi läheisiä toimimaan roolissaan. Hoitotyössä tulisikin panostaa enemmän läheisten positiiviseen kohtaamiseen, avoimempaan vuorovaikutukseen ja yhteisiin neuvotteluihin, koska tutkimuksen tulosten perusteella tässä koettiin puutetta. On todettu hoitohenkilökunnan, kotiutuvan iäkkään ja läheisten kanssa toteutuneen yhteistyön edesauttavan iäkkään onnistunutta kotiutumista (Lipson ym. 2006, Mackenzie ym. 2007).

Iäkkäiden tukipalveluita on tuettava ja vahvistettava, koska tämä edistää myös läheisiä toimimaan roolissaan. Iäkkään saadessa tukipalvelua kotiinsa tai käydessään muutaman kerran viikossa päivätoiminnassa mahdollistaa läheiselle omaa aikaa tai aikaa järjestää käytännön asioita. Tukipalvelut edistävät myös monen läheisen kohdalla mahdollisuuden käydä työssä, joka on yhteiskunnallisesti että yksilöllisesti mielekästä ja järkevää.

Läheisillä on merkittävä rooli iäkkäiden virkistyksen ja henkisen virkeyden edistäjinä. Tutkimustuloksen mukaan läheiset ja iäkkäät tekivät yhdessä asioita tai läheinen järjesti iäkkäälle mieluista tekemistä. Virkistäjän rooliin kuuluvat tehtävät ovat ensiarvoisen tärkeitä, jotta iäkkäät kokevat elämänsä mielekkääksi, tuntevat itsensä hyväksytyiksi ja tärkeiksi. Yhteiskunnan tulisi panostaa siihen, että läheisillä on mahdollisuus ja voimavaroja toimia tässä virkistäjän roolissa. Tärkeää on myös huomioida iäkkäät, joilla ei ole läheisiä ympärillä huolehtimasta sosiaalisesta elämästä. Jokaiselle yksinäiselle iäkkäälle tarvitaan ystävä, joka kävisi häntä virkistämässä.

Positiivista on tutkimustulosten mukaan se, että läheiset kokevat roolinsa mielekkääksi, heillä oli hyvät välit iäkkäisiin, saivat tukea perheeltään ja kokivat arvostusta muilta ihmisiltä sekä kokivat roolinsa vaivan arvoiseksi. Roolin mielekkyys edesauttaa läheistä antamaan myös positiivista kannustusta iäkkäälle. Kriittisesti voidaan pohtia tutkimustulosta, että osallistuivatko tähän tutkimukseen vain henkilöt, jotka kokivat roolinsa mielekkääksi tai heillä oli voimavaroja osallistua tutkimukseen. Tämä on aina tutkimuksen teossa paradoksi, että osallistujat voivat olla helpommin niitä, jotka ajattelevat pystyvänsä vaikuttamaan asioihin osallistumalla tai heillä on sen hetkessä elämäntilanteessa mahdollisuus osallistua.

Tutkimusta voidaan pitää pilottitutkimuksena ja voidaan todeta, että on tarve jatkaa tutkimusta. Jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä laajempi mittaus, jolloin testattaisiin mallia. Tämän lisäksi laajemmalla aineistolla voitaisiin tutkia, onko läheisillä erilaisia roolikokonaisuuksia, joita voitaisiin tyypitellä ja samalla miettiä niihin sopivien palveluiden kehittämistä. Jatkotutkimuksessa voitaisiin myös laajentaa tutkimuksen näkökulmaa katsomalla tilannetta iäkkään potilaan näkökulmasta, esimerkiksi tekemällä havaintotutkimus iäkkään kotiutustilanteesta. Tällöin voitaisiin selvittää, että miten iäkäs pärjää kotona saamallaan hoidolla kun läheinen osallistuu kotiutumiseen tai kun iäkkäällä ei ole tukenaan läheistä.

LÄHTEET

Alwin J, Persson J & Krevers B 2013. Perception and significance of an assistive technology intervention -the perspectives of relatives of persons with dementia. *Disability and Rehabilitation* 35 (18), 1519–1526.

Balducci C, Mnich E, McKee K, Lamura G, Becmann A, Krevers B, Wojszel B, Nolan M, Prouskas C, Bién B & Öberg B 2008. Negative impact and positive values in caregiving: Validation of the COPE Index in a six-country sample of carers. *The Gerontological Society of America* 48 (3), 276–286.

Bauer M, Fitzgerald L, Haesles E & Manfrin 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing* 18 (18), 2539–2546.

Beauchamp T & Childress J. 2009. *Principles of biomedical ethics*. 6. edition. Oxford University Press. New York.

Bekhet A & Zauszniewski J. 2012. Methodological triangulation: an approach to understanding data. *Nurse Researcher* 20 (2), 40–43.

Bragstad L Kirkevold M & Foss C 2014. The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge. *Bio Med Central Health Services Research* 13 (331), 1–12.

Bull J, Hansen H & Gross C 2000. Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Applied Nursing Research* 13 (2), 76–82.

Casey D & Murphy K. 2009. Issues in using methodological triangulation in research. *Nurse Researcher* 16 (4), 40–55.

Cecil R, Thompson K, Parahoo K & McCaughan E 2013. Toward an understanding of the lives of families affected by stroke: a qualitative study of home care. *Journal of Advanced Nursing* 69 (8), 1761–1770.

Choi J, Donahoe M, Zullo T & Hoffman L. 2011. Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six months' experience. *American Journal of Critical Care* 20 (1), 12–23.

Choi J, Tate J, Hoffman L, Shulz R, Ren D, Donahoe M, Given B & Sherwood P 2014. Fatigue in family Caregivers of adult intensive care unit survivors. *Journal of Pain and Symptom Management* 48 (3), 353–363.

Clarke S 2010. Introduction to research. From book: Johnson B & Webber P. (ed.) *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*. 3. edition. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Dyrstad D, Laugaland K & Storm M 2015. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspective. *Journal of Clinical Nursing* 24 (11–12), 1693–1706.

Efrainsson E, Sandman P-O, Hydén L-C & Rasmussen B 2006. How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference. *Journal of Advanced Nursing* 53 (6), 646–655.

Elo S & Kyngäs H. 2007. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.

Eskola J & Suoranta J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Eskola J & Vastamäki J. 2010. *Teemahaastattelu: opit ja opetukset*. Teoksesta: Aaltonen J & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. 3. painos. WS Bookwell Oy. Juva.

Gimmer K, Moss J & Falci J. 2004. Becoming a care for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. *The Inter Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2 (4), 1–8.

Giosa J, Stolee P, Dupuis S, Mock S & Santi S. 2014. An examination of family caregiver experiences during care transitions of older adults. *Canadian Journal on Aging* 33 (2), 137–153.

Graneheim U.H & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112.

Grove SK, Burns N & Gray J. 2013. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence*. 7. edition. Saunders Elsevier, St. Louis.

Halcomb E & Andrew S. 2005. Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher* 13 (2), 71–82.

Hallituksen toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016. Hallituksen toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:2. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/handle/10024/129750> . Luettu 12.2.2016.

Hellesø R, Eines J & Fagermoen M 2011. The significance of informal caregivers in information management from the perspective of heart failure patients. *Journal of Clinical Nursing* 26 (3–4), 495–503.

Hiltunen P. 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa -Katsaus kehittämistarpeisiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/raportit> . Luettu 25.1.2016.

Hirsjärvi S & Hurme H. 2010. *Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. GAUDEAMUS Helsinki University press. Helsinki.

Hirvonen A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa: Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S & Sorvali I. (toim.) *Etiikka ihmistieteille*. Hakapaino Oy. Helsinki.

Holloway I & Wheeler S. 2012. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3.painos. John Wiley & Sons Ltd. United Kingdom.

Häikiö L, Van Aerschot L & Anttonen A 2011. Vastuullinen ja valitseva kansalainen: vanhushoivapolitiikan uusi suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3), 239–250.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluita koskeva laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Saatavilla: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Sivut/default.aspx> . Luettu 12.2.2016.

Israel M & Hay I. 2006. Research ethics for social scientists. Sage Publications. London.

Johanson B & Webber P. 2010. An introduction to theory and reasoning in nursing. 3. edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Juntunen K & Salminen A-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE -indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Sosiaali- ja terveysturvanselosteita 7. Kelan tutkimusosasto. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/handle/10138/2257/search?rpp=20&sort_by=0&order=DESC&query=cope-indeksi&scope=10138%2F2260 . Luettu 21.4.2015.

Juntunen K & Salminen A-L. 2012. COPE-indeksin arviointitutkimus. Kelan tutkimusosasto nettityöpäpaperi 38. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/handle/10138/2257/search?rpp=20&sort_by=0&order=DESC&query=cope-indeksi&scope=10138%2F2260 . Luettu 21.4.2015.

Juntunen K & Salminen A-L 2014. Mikä omaishoitajaa kuormittaa? Omaishoitajan ja tuen tarve COPE-indeksillä mitattuna. Teoksessa: Tillman P, Kalliomaa-Puha L & Mikkola H. (toim.) Rakas mutta raskas työ, Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Kelan tutkimusosasto. Työpapereita 69/2014. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/handle/10138/2257/search?query=cope-indeksi&rpp=20&sort_by=0&order=DESC&submit=Hae . Luettu 15.10.2015.

Juntunen K & Salminen A-L. 2015. Kelan järjestämien omaishoitajien kuntoutuskurssien arviointitutkimus. Kelan tutkimusosaston työpapereita 72/2015. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/154649> . Luettu 15.2.2016.

Jämsen E, Kerminen H, Strandberg T & Valvanne J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei, sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 14–15 (70), 977–983.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2013. Työryhmän väliraportti, Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:10. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/handle/10024/126190> . Luettu 11.2.2016.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma, työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/handle/10024/116146> . Luettu 11.2.2016.

Kellar, S & Kevin E. 2013. Statistical methods for health care research. 6. edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

- Koponen L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Saatavilla: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67337> . Luettu 27.2.2016.
- Kylmä J, Rissanen M-L, Laukkanen E, Nikkonen M, Juvakka T & Isola A 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen, Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva Hoitotyö 6 (2), 23–29.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> . Luettu 22.9.2014.
- Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937> . Luettu 11.2.2016.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>. Luettu 20.2.2016.
- Leino-Kilpi H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Li H & Shyu Y 2007. Coping processes of Taiwanese families during the post discharge period for an elderly family member With Hip Fracture. Nursing Science Quarterly 20 (3), 273–279.
- Lin P & Lu C 2005. Hip fracture: family caregivers'burden and related factors for older people in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 14 (6), 719–726.
- Lin P, Hung S, Liao M, Sheen S & Jong S 2006. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric population during the post-discharge transition period. Journal of Nursing Research 14 (4), 251–259.
- Lutz B, Young m, Cox K, Martz C & Creasy R. 2011. The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. Tops stroke Rehabilitation 18 (6), 1–16.
- Mackenzie A, Perry L, Lockhart E Cottee M, Cloud G & Mann M 2007. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. Disability and Rehabilitation 29 (2), 111–121.
- Majholm B, Esbensen B, ThomsenT, Engbæ & Møller A 2012. Partners' experiences of the postdischarge period after day surgerya qualitative study. Journal of Clinical Nursing 21 (17–18), 2518–2527.
- Mak A, Mackenzie A & Lui M. 2007. Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. Journal of Clinical Nursing 16 (5), 971–979.
- Martinsen B, Harder I & Norlyk A. 2015. Being back home after intermediate care: the experience of older people. British Journal of Community Nursing 20 (9), 423–428.
- McEvoy P & Richards D. 2006. A Critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. Journal of Research in Nursing 11 (1), 66–78.

McKeen K, Philp I, Lamura G, Prouskas C, Öberg B, Krever B, Spazzafumo L, Bien B, Parker C, Nolan M & Szczerbinska K. 2003. The COPE index –a first stage assessment of negative impact, positive value and qualitative of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health* 7 (1), 39–52.

Mosca L, Mochari-Greenberger H, Aggarwal B, Liao M, Suero_Tejeda N, Commellas M, Rehm L, Umann T & Mehran R 2011. "Patterns of caregiving among patients hospitalized with cardiovascular disease. *Journal of Cardiovascular Nursing* 26 (4), 305–311.

MOT 2016. MOT -sanakirja. Kielikone Oy.
Saataavilla: <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.utu.fi/mot/turkuyo/netmot.exe>. Luettu 11.2.2016.

Nolyk A & Martinsen B. 2013. The extended arm of health professionals? Relatives`experiences of patient`s recovery in a fast-track programme. *Journal of Advanced Nursing* 69 (8), 1737–1746.

Omaishoidon tuki, opas kuntien päättäjille 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30.Saataavilla: <http://www.julkari.fi/handle/10024/111301>. Luettu 11.2.2016.

Perry M, Hudson S & Ardish K. 2011. "If I didn`t have anybody, what would I have done?" Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine* 43 (10), 916–922.

Perry L & Middleton S. 2011. An investigation of family carers`needs following storke survivors`discharge from acute hospital care in Australia. *Disability and Rehabilitation* 33 (19–20), 1890–1900.

Perälä M, Hammer T & Rissanen R 2008. Omainen läheisensä hoitajana kotona. Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoidon työntekijöiden avun määrään. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 63–72.

Plank A, Mazzone V & Cavada L. 2012. Becoming a caregiver: new family carers`experience during the transition from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing* 21 (13–14), 2072–2082.

Polit D & Beck C. 2010a. Essentials of nursing evidence for nursing practice. 7. edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin. Philadelphia.

Polit D & Beck C. 2010b. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies* 47 (11), 1451–1458.

Procter S, Wilcockson J, Pearson P & Allgar V 2001. Going home from hospital: the carer/patient dyad. *Journal of Advanged Nursing* 35 (2), 206–217.

Ratkaisujen Suomi 2015. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 15/2015. Saataavilla: <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>. Luettu 25.1.2016.

Robinson R & Barnett T. 2012. Health related quality of life and support needs of carers of cardiac surgical patients: An exploratory study. *International Journal of Nursing Practice* 18 (2), 205–209.

Roud H, Keeling S & Sainsbury R. 2006. Using the COPE assessment tool with informal carers of people with dementia in New Zealand. *The New Zealand Medical Journal* 119 (1237), 1–12.

Ruusuvuori J, Nikander P & Hyvärinen M. 2010. Haastattelun analyysi vaiheet. Vastapaino. Tampere.

Shyu Y. 2000a. Patterns of caregivers when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 35–43.

Shyu Y. 2000b. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing* 32 (3), 619–625.

Shyu Y. 2000c. Role turning between caregiver and care receiver during discharge transition: an illustration of role function mode in Roy's adaptation theory. *Nursing Science Quarterly* 13 (4), 323–331.

Shyu Y, Chen M, Liang J & Tseng M. 2012. Trend in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. *Journal of Clinical Nursing* 68 (3), 658–666.

Slatyer S, Toye C, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A & Williamson J. 2013. Early re-presentation to hospital after discharge from an acute medical unit: perspectives of older patients, their family caregivers and health professionals. *Journal of Clinical Nursing* 22 (3–4), 445–455.

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/kokoomajulkaisut/sosiaali-ja-terveysalan-tilastollinen-vuosikirja> . Luettu 12.2.2016.

Sote uudistuu 2016. Sote uudistuksen tavoitteet. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus> . Luettu 26.2.2016.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministerin julkaisuja 2013:11. Helsinki. Saatavilla: <http://stm.fi/julkaisu?pubid=10024/110355>. Luettu 21.1.2016.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Esite. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882187&name=DLFE-30158.pdf. Luettu 25.1.2016.

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 14.4.2015.

Tilastokeskus 2015. Väestö. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html. Luettu 21.1.2016.

Tuomi J & Sarajärvi S 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. painos. Hansaprint Oy. Vantaa.

Turku CRC 2014. Turku Clinical Research Centre. Ohjeisto. Saatavilla:
<http://www.turkucrc.fi/index.phtml?s=17>. Luettu 21.2.2016.

Vanhuus ja hoidon etiikka 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE -julkaisu 20. Saatavilla:
<http://etene.fi/julkaisut/2008> . Luettu 12.2.2016.

Vesa N. 2013. Omaisen rooli ikäihmisen kuntoutumisessa kotiin. Kandidaatintutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
Waltz C, Strickland O & Lenz E. 2010. Measurement in nursing and health research. 4th ed. Springer Pub. New York.

Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessin kuvaus

Tietokanta	Hakulauseke	Tulos	Rajaus 2000–2015 ja englannin tai suomen kielellä sähköisessä muodossa	Otsikon perusteella valitut	Dublikaation poiston jälkeen sopivia	Mukaan valitut
Cinahl	(family* OR "next of kin" OR relative* OR friend* OR "informal caregiver") AND (role* OR "caregiver burden") AND (elderly* OR senior* OR aged OR "old people" OR aging* OR ageing*) AND ("discharged from hospital" OR "transition to home" OR "patient discharge")	83	64	21	21	15
Web of Science	(family* OR "next of kin" OR relative* OR friend* OR "informal caregiver") AND (role* OR "caregiver burden") AND (elderly* OR senior* OR aged OR "old people" OR aging* OR ageing*) AND ("discharged from hospital" OR "transition	165	116	27	17	8

	to home" OR "patient discharge")					
Pubmed/ MEDLINE	(family* OR "next of kin" OR relative* OR friend* OR "informal caregiver") AND (role* OR "caregiver burden") AND (elderly* OR senior* OR aged OR "old people" OR aging* OR ageing*) AND ("discharged from hospital" OR "transition to home" OR "patient discharge")	157	111	31	7	4
Medic	(family* OR "next of kin" OR relative* OR friend* OR "informal caregiver") AND (role* OR "caregiver burden") AND (elderly* OR senior* OR aged OR "old people" OR aging* OR ageing*) AND ("discharged from hospital" OR "transition to home" OR "patient discharge")	12	7	1	0	1
Yhteensä		417	298	80	45	28

Aihealueeseen kohdistuneet aikaisemmat tutkimukset

Tekijä(t), vuosi, tutkimus ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä Kohderyhmä	Keskeiset tulokset
Bauer M, Fitzgerald L, Haesles E & Manfrin 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. Australia.	Tavoitteena oli määrittää käytäntöjä, joiden avulla voitiin parantaa kotiutuksen suunnittelua iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä kohdalla.	Kirjallisuuskatsaus Englannin kielisistä artikkeleista, jotka julkaistu 1995 jälkeen sairaalasta kotiutetun iäkkään ja hänen läheistensä kokemus.	Iäkkään potilaan läheiset tarvittiin mukaan kotiutuksen suunnitteluun. Läheiset tarvitsivat tietoa ja koulutusta, keskustelua ja tukea iäkkään kotiutumisessa.
Brastad L Kirkevoid M & Foss C 2014. The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge. Norway.	Tarkoituksena oli kuvata iäkkään potilaan läheisten kokemuksia vaikuttaa päätöksen tekoon ennen ja jälkeen kotiutuksen.	Seurantatutkimus Puhelinhaastattelu Induktiivinen temaattinen sisällön analyysi Läheiset (n=19)	Läheiset ottivat kokonaisvaltaisen roolin yhdysiteenä iäkkään potilaan ja terveydenhuollon palveluiden välillä. He toimivat roolissaan aktiivisesti iäkkään potilaan puolesta ja olivat puolestapuhujia päätöksenteossa. He varmistivat iäkkään potilaan saavan parhaan mahdollisen hoidon.
Bull J, Hansen H & Gross C 2000. Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. USA	Tarkoituksena oli määrittää iäkkään potilaan läheisten osallistumisen tasot hänen kotiutuksen suunnittelussa. Vaikuttiko läheisen terveys ja tyytyväisyys kotiutussuunnitelmaan. Mikä oli heidän käsitys hoidon jatkuvuudesta ja mikä oli heidän valmius auttaa iäkästä.	Pitkittäistutkimus puolistrukturoitu haastattelu ja mittari 2 vko ja 2 kk kuluttua kotiutumisesta. Tilastollinen analyysi Läheiset (n=130)	Läheiset hyötyivät osallistuessaan iäkkään kotiutuksen suunnitteluun, erityisesti saivat tietoa tulevasta kotiutumisesta ja tietoa hoidon rutiineista. Kotiutuksen suunnitteluun osallistuneet läheiset olivat paremmin hyväksyneet omaishoitajan roolin ja olivat terveempiä verrattuna läheisiin, jotka eivät olleet osallistuneet kotiutuksen suunnitteluun.
Cecil R, Thompson K, Parahoo K & McCaughan E 2013. Toward an understanding of the lives of families affected by stroke: a qualitative study of home care. UK	Tarkoituksena oli tutkia iäkkään aivohalvauspotilaiden läheisten jaksamista ja tunnistaa tekijöitä jotka vaikuttivat heidän elämäänsä.	Laadullinen kuvaileva puolistrukturoitu haastattelu 6 vko:n kuluttua potilaan kotiututtua. Temaattinen analyysi Läheiset (n=30)	Läheisillä ja potilailla oli vahvat suhteet toisiinsa. Läheiset olivat erilaisissa lähtökodissa, jossa toisilla oli paremmat valmiudet toimia huolenpitäjän roolissa kuin toisilla. Myös terveydenhuollon palveluiden saanti koettiin vaihtelevaksi. Läheiset toivoivat lisää tietoa ja harjoitusta, jotta selviytyisivät roolissaan.

<p>Choi J, Donahoe M, Zullo T & Hoffman L. 2011. Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six months' experience. USA</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata läheisen elämäntavassa tapahtuvia rajoituksia ja ahdistusta iäkkään kotiuduttua, myös verrattiin iäkkään ja läheisen kokemuksia.</p>	<p>Pitkittäistutkimus Mittarit 3 kpl kerättiin potilastiedoista ja puhelin/s-posti haastattelu 1kk ja 6 kk kuluttua iäkkään kotiuduttua. Tilastollinen analyysi. Läheiset (n=69)</p>	<p>Iäkkään kotiutumisen jälkeen läheisen elämään vaikuttivat rajoitteet eivät laskeneet 1 ja 6 kk välillä. Iäkkään käytösongelmat ja läheisen kokemassa ahdistuksessa ei tapahtunut muutosta. Läheiset kertoivat huolenpitäjän roolin estävän heitä tapaamasta ystäviä ja osallistumasta harrastuksiin. Läheisen ahdistusta aiheuttivat iäkkään potilaan kokema kipu ja negatiiviset tunteet.</p>
<p>Choi J, Tate J, Hoffman L, Shulz R, Ren D, Donahoe M, Given B & Sherwood P 2014. Fatigue in family Caregivers of adult intensive care unit survivors. USA</p>	<p>Tutkimuksessa kuvattiin läheisen väsymystä kun iäkäs oli selviytynyt tehohoidosta.</p>	<p>Pitkittäistutkimus 4 kk. 7 mittaria Tilastollinen analyysi. Läheiset (n=47)</p>	<p>Pahin väsymys kohdistui läheisiin joiden iäkäs ei voinut kotiutua tutkimuksen tarkkailujakson aikana. Väsymys vaikutti läheisen masennusoireisiin, hoitamisen taakkaan, riskikäyttäytymiseen ja unen laatuun.</p>
<p>Dyrstad D, Laugaland K & Storm M 2015. An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspective. Norwegia.</p>	<p>Tutkittiin iäkkäiden potilaiden osallistumista sairaalahoidossa ja kotiutumisessa</p>	<p>Laadullinen havainnointitutkimus. Syväanalyysi. Iäkkäät potilaat ja heidän läheiset (n=41)</p>	<p>Tiedonkulussa ja iäkkään osallistumisessa oli vaihtelua. Iäkkäät potilaat ja heidän läheiset kokivat, että iäkäs osallistui vähän päätöksen tekoon. Läheiset näyttivät olevan iäkkään potilaan puolestapuhujia ja antoivat käytännön tukea. Tähän todettiin vaikuttavan hoitohenkilökunnan ajan rajoitteet ja raskas työtaakka sekä iäkkäiden terveydellinen kunto ja asenne.</p>
<p>Efrainsson E, Sandman P-O, Hyden L-C & Rasmussen B 2006. How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference. Sweden.</p>	<p>Miten iäkäs potilas ja hänen läheinen sekä terveydenhuollon ammattilainen jakoivat erilaiset ongelmat ja vastuut, jotka esiintyivät kotiutuskokouksessa ja miten ne päätettiin jakaa.</p>	<p>Laadullinen kotiutuskokouksen videointi. Diskurssianalyysi Iäkkäät, läheiset, terveydenhuollon edustajat (n=35)</p>	<p>Iäkäs potilas, läheinen ja terveydenhuollon edustajat ottivat erilaisia rooleja ja kamppailivat samanaikaisesti vaikuttaakseen tilanteeseen. Tulokset muodostuivat kahdenlaisin kategorioihin: ”Kahakoiva/ristiriitainen näkökulma” ja ”Laitosmainen kehys/runko”</p>

<p>Grimmer K, Moss J & Falco J. 2004. Becoming a care for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. Australia.</p>	<p>Kuvailli läheisiä, jotka ottivat uuden roolin iäkkään kotiutuessa sairaalasta uuden tai pahentuneen terveysongelman kanssa.</p>	<p>Laadullinen havainnointitutkimus haastattelu Temaattinen sisällönanalyysi Läheinen (n=24)</p>	<p>Läheiset olivat valmistautumattomia uuteen tehtäväänsä ja elämä muuttui uudessa roolissa. Tilanne turhautti ja siihen jouduttiin ilman vaihtoehtoa. Psykykkistä ja emotionaalista kuntoa ei huomioitu kotiutumisessa. Tietoa koettiin saavan vähän iäkkään hoitamisesta. Yhteisön palveluja tarjottiin harvoin ensimmäisellä viikolla kotiutumisesta. Stressiä tunnettiin läheisen ja iäkkään potilaan välillä.</p>
<p>Koponen L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Suomi.</p>	<p>Kehitettiin teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheen jäsenten ja hoidon antajien yhteistyöstä potilaan siirtymisessä kodin ja sairaalan välillä.</p>	<p>Laadullinen aineisto-triangulaatio. Gounded teorian menetelmillä. Potilaita (n=24) Läheisiä (n=14) Hoitajia (n=54)</p>	<p>Muodostui substantiivinen teoria, jonka mukaan kontaktin toimivuus ja yhteistyön vaikuttavuuden sopivuus on yhteydessä yhteiseen näkemykseen yhteistyön tehtävästä selviytymisessä kohdattaessa muutoksia, selviytymisen yrittämiseen sekä paneutuvan avun saamiseen ja puuttumiseen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yhteistyö sairaalan, iäkkään ja läheisen välillä edistää onnistunutta kotiutumista - Läheisille tulee muutoksia jotka vaikuttavat selviytymiseen - Iäkkäiden ja läheisten näkemyksen selvittäminen edistää yhteistyötä - Iäkkään ja läheisen osallistuminen suunnitteluun edistää - Yhteinen näkemys edistää - Iäkkään ja läheisen hyvä kontakti terveydenhuollon henkilökuntaan edistää siirtymisvaiheen onnistumista - Hoitajat olivat tyytymättömiä iäkkäiden ja läheisten

			kohtaamiseen ajan puutteesta johtuen
Li H & Shyu Y 2007. Coping Processes of Taiwanese Families During the Postdischarge Period for an Elderly Family Member With Hip Fracture. China.	Tarkoituksena oli kehittää käsitteellinen kehys, jolla selitettiin läheisten selviytymisprosessia iäkkään lonkkaleikkauksen jälkeen.	Royn adaptaatio malli Syvähaastattelu 1 ja 3kk kuluttua kotiutumisesta. Grounded teorian analyysi Läheiset (n=26) ja iäkkäitä (n=18)	Tasapaino iäkkään potilaan ja läheisen välillä oli ydin kysymys, jotta perhe selvisi iäkkään lonkkaleikkauksesta. Tasapainoon johtavia tekijöitä olivat perheen riippuvuussuhteet, perheiden selviytymistyylit ja sopeutumisen tyypit tuloksiin. Keskinäiseen riippuvuuteen vaikuttivat sisäiset ja ulkoiset tekijät.
Lin P, Hung S, Liao M, Sheen S & Jong S 2006. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric population during the post-discharge transition period. Taiwan	Tutkittiin geriatrisen lonkamurtuma potilaan erityistarpeita ja ongelmia siirryttäessä kotiin sekä korreloiko iäkkään fyysinen kunto heidän hoidon tarvetta	Kuvaileva tutkimus strukturoitu lomake 1 vko:n kotiutumisesta. Tilastollinen analyysi iäkkäät ja heidän läheiset (n=71)	Läheiset olivat usein naisia, joiden tehtäväksi nähtiin sairaiden vanhusten hoito. Perheet jakoivat vastuuta iäkkään hoidosta, jolloin ei jääty yksin. Suurin osa läheisistä oli saanut terveydenhuollon ammattilaisilta ohjausta potilaan hoidossa ennemmin kotiutumista. Kotiutumisen jälkeen hoitovastuu jäi täysin omaisille, kotihoitoa ei ollut.
Lin P & Lu C 2005. Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. Taiwan	Tutkittiin omaishoitajan taakkaa kun iäkäs kotiutuu.	Mittari 1 vko:n ja 1 kk:n kuluttua kotiutumisesta Tilastollinen analyysi Läheiset (n=98)	Läheisten taakka ei kasvanut kuukauden aikana kun iäkäs kotiutui. Läheiset toivat esiin haastattelussa huolensa, että iäkäs kaatuisi uudestaan ja siksi olivat varuillaan kokoajan. Läheiset, jotka jakoivat vastuutaan iäkkään hoidosta eivät olleet niin kuormittuneita kuin henkilöt, jotka hoitivat iäkäästä yksin. Läheisen taakaan avain kysymys oli iäkkään omatoimisuuden taso.
Lutz B, Young M, Cox K, Martz C & Creasy R. 2011. The crisis of stroke: Experiences of patients and their family caregivers. USA	Tutkittiin aivohalvauspotilaan tarpeita ja heidän läheisiään kun siirryttiin akuutista hoidosta kuntoutukseen ja kotiin.	Strukturoitu haastattelu 4 pv, 6 vko:n ja 6 kk:n kuluttua Dimensional analyysi ja vertaileva analyysi Läheiset (n= 19) ja iäkkäät potilaat (n=19)	Läheisillä ei ollut käsitystä roolista, johon he sitoutuivat. He olivat usein valmistautumattomia ottamaan jopa perustehtävät, mitä potilas tarvitsi kotiutuessa. Heillä ei ollut riittävästi aikaa

			käsitellä shokkia ja kriisiä tapahtuneesta aivohalvauksesta. He hoitivat yksin kotiutus kriisin ja vastuut. Läheisille ei tarjottu perheneuvontaa, jossa olisi näitä elämänmuutoksia käsitelty.
Mackenzie A, Perry L, Lockhart E, Cottey M, Cloud G & Mann M 2007. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. UK	Tutki iäkkään aivohalvauspotilaan läheisen tuen odotuksia	Pitkittäistutkimus Viisi mittaria. Tilastollinen analyysi. Läheiset (n=42)	Koettiin tietovajetta psykologisista, emotionaalisista ja käyttäytymiseen liittyvistä ongelmista sekä tiedonsaantiin paikallisista palveluista. Kasvokkain käytyjä keskusteluja arvostettiin. Tieto aivohalvauksen riskitekijöistä oli alhainen. Läheiset kokivat jäävänsä yksin ja palveluita ei ollut koordinoitu.
Majholm B, Esbensen B, Thomsen T, Engbæ & Møller A 2012. Partners' experiences of the postdischarge period after day surgery - a qualitative study. Denmark.	Tutkittiin päiväkirurgisen iäkkään potilaan läheisen roolia potilaan kotiutuessa.	Kuvaileva laadullinen tutkimus. Puolistrukturoitu haastattelu. Järjestelmällinen tekstin tiivistäminen Läheiset (n=11)	Oli kaksi roolia. Ensimmäinen rooli oli, että oltiin iäkkään potilaan luona ja huolehdittiin hänen tarpeistaan ja liikkumisestaan, esimerkiksi määräysten noudattaminen, päivittäisissä liikkeissä auttaminen, informaation tukija, haittavaikutusten seuraaja. Toinen rooli oli, että läheinen edisti yhteiskuntaa. Viitattiin siihen, että toimittiin avustavana henkilönä, jotta potilas pystyi olemaan kotona.
Mak A, Mackenzie A & Lui M. 2007. Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. Hong Kong.	Tutkittiin kiinalaisten iäkkäiden aivohalvauspotilaiden läheisten muutoksen tarvetta ennen ja jälkeen kotiutumisen.	Kuvaileva-vertaileva tutkimus. Kolme eri mittaria. Tilastollinen analyysi. Läheiset (n=40)	Suurin osa läheisistä ennakoivat suurimman osan tarpeistaan. Tarve kasvoi käytännön ongelmissa: apuvälineiden puute ja avun puute kotona. Omaisten neljä tärkeintä tarvetta oli: emotionaalinen (tunteellinen) ja psykologiset ongelmat ja taloudelliset vaikeudet, väsymys
Mosca L, Mochari-Greenberger H,	Tarkoituksena oli arvioida omaishoidon	Standardoitu haastattelu	Iäkkäitä avustavia henkilöitä oli 13 %

<p>Aggarwal B, Liao M, Suero_Tejeda N, Commellas M, Rehm L, Umann T & Mehran R 2011. "Patterns of caregiving among patients hospitalized with cardiovascular disease. USA</p>	<p>malleja ja omaishoitajuuden ominaispiirteitä sairaalassa olleiden sydän ja verisuonitautia sairastaneiden iäkkäiden potilaiden keskuudessa.</p>	<p>Tilastollinen analyysi. Iäkstä potilaita (n=4500), joilla erilaisia auttajia: Maksullisia (n=546) Ei maksullisia (n=1257) Kuka vain (n=1656) Asui hoitokodissa (n=29) Järjestetty hoito (n=27)</p>	<p>maksullisia henkilöitä ja 51 % läheisiä, joista 78 % oli naisia. Yleisimmät läheisen tehtävät olivat kaupassa käyminen, ruoan laitto, lääkityksestä huolehtiminen ja kuljettaminen lääkäriin.</p>
<p>Norlyk A & Martinsen B. 2012. The extended arm of health professionals? Relatives`experiences of patient`s recovery in a fast-track program. Denmark.</p>	<p>Kuvaili lähiomaisen kokemusta paksusuolen syöpää sairastavan iäkkään potilaan ollessa nopeutetussa hoito-ohjelmassa.</p>	<p>Kuvaileva fenomenologinen lähestymistapa. Syvähaastattelu 2 viikon ja 2 kk kuluttua potilaan kotiutumisesta. Analysoitiin "Reflective Lifeworld Research" suuntaviivojen Läheiset (n=12)</p>	<p>Läheiset kokivat suurta vastuuta iäkkään potilaan hyvinvoinnista ja paranemisesta. Heillä oli kahdenlainen rooli, jossa tuettiin iäkstä ja toisaalta valvottiin, että noudatettiin ammattilaisten antamia ohjeita. Rooli koettiin velvoitteeksi, josta ei voitu kieltäytyä.</p>
<p>Perry L & Middleton S. 2011. An investigation of family carers`needs following storke survivors` discharge from acute hospital care in Australia. Australia.</p>	<p>Pyrittiin laajentamaan ymmärrystä iäkkään aivohalvauspotilaan läheisen kohdalta. Läheiset arvioivat tietojaan aivohalvauksesta, havaittuja tarpeita, saatuja palveluita ja taakan tunnetta potilaan kotiutuessa akuutista sairaalasta.</p>	<p>Polistrukturoitu haastattelu 4 eri mittaria 1 kk:n ja 3 kk:n kuluttua kotiutumisesta. Tilastollisin menetelmin. Läheiset (n=36)</p>	<p>Läheisten keskeinen huolenaihe iäkkään aivohalvauspotilaan kotiutumisen jälkeen oli informaation saaminen ja elämä kotiutumisen jälkeen. Puutteita koettiin tiedon saannissa ja viestinnässä.</p>
<p>Plank A, Mazzoni V & Cavado L 2012. Becoming a caregiver: new family carers`experience during the transition from hospital to home. Italy.</p>	<p>Tarkoituksena oli ymmärtää uuden omaishoitajan kokemusta kun iäkäs potilas siirtyy kotiin.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Puolistrukturoitu lomake ryhmähaastattelu. Analysoitiin Fenomenologisella menettelyllä Läheiset (n=18)</p>	<p>Läheiset kokivat olevansa kaikessa päävastuussa, joka kuormitti heitä. Myös muut sosiaaliset tehtävät rasittivat: vanhempana, työntekijä, vaimo ym. Läheiset kokivat tilanteen emotionaalisesti kuormittavaksi. Tilanne oli kaksijakoinen, kotona oli rutiinit, mutta toisaalta oli pelottavaa, epäilyksiä ja epävarmuutta. Kotiutuessa vastuu jäi usein yhdelle läheiselle, joka oli valmistutumaton ja ahdistunut. Läheiset määrittivät, että ohjeet tulisi antaa suoraan ja selvästi käyttäen inhimillistä herkkyyttä ja rehellisyyttä.</p>
<p>Procter S, Wilcockson J, Pearson P & Allgar</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli saada</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Puolistrukturoitu</p>	<p>Läheiset olivat suostuneet rooliinsa,</p>

<p>V 2001. Going home from hospital: the carer/patient dyad. UK</p>	<p>ymmärrys läheisten kokemuksesta kun iäkäs potilas kotiutui ja hänellä oli vaara joutua uudelleen sairaalaan.</p>	<p>haastattelu. Vertailu analyysi Läheinen (n=11)</p>	<p>mutta eivät välttämättä ymmärtäneet potilaan sairauden vaikutusta rooliinsa. Omaishoito tapahtui perhe ympäristössä, jossa hallitsivat normaalit perhe-, työ- ja sosiaalinen elämä, joiden tuli olla tasapainossa. Hoitohenkilökunnan tietämättä omaiset saattoivat ottaa tehtävänsä vastaan velvollisuuden tunnossa vaikka olosuhteet eivät olleet sopivat.</p>
<p>Robinson R & Barnett T. 2012. Health related quality of life and support needs of carers of cardiac surgical patients: An exploratory study. Australia.</p>	<p>Tutkimus sydänkirurgisten potilaiden omaishoitajien ajasta ja tuentarpeesta</p>	<p>Kuvaileva toistotutkimus 6 vko:n ja 6 kk:n kotiutuksesta Elämänlaatu mittari Tilastollinen analyysi Läheiset (n=97)</p>	<p>Elämän laadun (fyysisen, sosiaalisen ja emotionaalisen roolin sekä hyvinvoinnin) koettiin parantuvan alku ja loppumittauksen välillä. Enemmistö koki, että ei saanut tukea muilta perheen jäseniltä tai ystäviltä.</p>
<p>Shyu Y. 2000a. Patterns of caregivers when family caregivers face competing needs. China</p>	<p>Kuvattiin iäkkäitä hoitavien läheisten tasapainon löytämisen kohtia kilpivien tarpeiden välillä.</p>	<p>Puolisrukturoitu haastattelu Gounded teorian lähestymistapa. 2 vko ja 2kk:n kuluttua kotiutumisesta Jatkuvan vertailun analyysi. Läheiset (n=15) + (n=14)</p>	<p>Läheiset kohtasivat jatkuvasti kilpailevia tarpeita huolehtiessaan iäkkästä. Kilpailevat tarpeet olivat perheen-, potilaan- ja omaishoitajan tarpeita. Näiden tarpeiden löytämisellä oli vaikutus läheisten kokemaan stressiin ja hyvinvointiin. Läheiset pyrkivät löytämään tasapainon perhettä koskevissa muutostilanteissa Tasapainoa haettiin iäkkään potilaan siirtyessä sairaalasta kotiin. Terveystuollon hoitajien tulisi huomioida nämä läheisten tarpeet ja edellytykset.</p>
<p>Shyu Y. 2000b. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home a Taiwanese sample. China.</p>	<p>Iäkkäitä hoitavien läheisten tarpeiden muutos kun iäkäs siirtyy sairaalasta kotiin.</p>	<p>Laaduullinen Puolistrukturoitu haastatte ennen kotiutumista, 2 vko: ja 1 kk: n kuluttua kotiutumisesta. Jatkuvan vertailun analyysi. Läheiset (n=16)</p>	<p>Läheiset valmistuivat ottamaan vastuun kotiutuessa, mutta silti raportoivat tarvetta erityyppisille tiedoille, käytännön apua ja emotionaalista tukea.</p>

<p>Shyu Y. 2000c. Role turning between caregiver and care receiver during discharge transition: an illustration of role function mode in Roy's adaptation theory. China</p>	<p>Kehitettiin käsitteellinen viitekehys selittämään läheisen ja autettavan iäkkään vuorovaikutusta kotiutumisen aikana</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelu, kotiutuessa, 1vko:n ja 1 kk kuluttua kotiutumisesta. Jatkuva vertaileva analyysi Läheiset (n=16) Iäkstä potilasta (n=12)</p>	<p>Läheisten ja hoidettavien oli opetettava ja mukauduttava uuteen rooliinsa. Siirtyminen sairaalasta kotiin sisälsi sitoutumisen rooliin ja sitten neuvotteluvaiheen , jonka jälkeen vuorovaikutus saavutti vakiintuneen vaiheen. Näiden roolinmuutosvaiheiden ymmärtäminen edesauttoi hoitohenkilökuntaa kohtaamaan sensitiivisesti perheiden tarpeet kotiutuessa, joiden avulla voitiin kehittää kotiutumista.</p>
<p>Shyu Y, Chen M, Liang J & Tseng M 2012. Trend in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months after discharge. Taiwan.</p>	<p>Läheisten terveydentilan kehitys iäkkään lonkkamurtumapotillaan ensimmäisen 12 kuukauden kuluessa kotiutumisesta. Tutkittiin myös sosiaalisen tuen saatavuutta läheisten terveydentilaan.</p>	<p>Vertailututkimus 3 mittaria 1,3,6,12 kk kohdalla. Tilastollinen analyysi- Läheiset(n=135)</p>	<p>Ensimmäisten kuukausien aikana iäkkään lonkkamurtuma potilaan kotiutumisesta läheisten kunto (psykkinen ja fyysinen toimintakyky) oli huonompi verrattuna normaaliväestöön. Fyysinen suorituskyky parani ajan kuluessa, mutta psykkinen kunto ei kohentunut. Läheisten keskuudessa sosiaalisen tuen saatavuus koettiin positiivisesti vaikuttavan terveydentilaan.</p>
<p>Slatyer S, Toye S, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A & Williamson J 2013. Early re-presentation to hospital after discharge from an acute medical unit: perspectives of older patients, their family caregivers and health professionals. Australia.</p>	<p>Läheisten ja henkilökunnan kokemus, kun iäkäs palaa 28 päivän jälkeen takaisin sairaalaan.</p>	<p>Laadullinen kuvaileva-tutkimus. Puolistrukturoitu haastattelu. Temaattinen sisällön analyysi. Läheiset (n=15, Hoitohenkilökunta (n=35), potilaat (n=12)</p>	<p>Iäkkäät potilaat ja heidän läheiset lähetettiin kotiin puutteellisin tiedoin meneillä olleen terveysongelman kanssa, jolloin he olivat huonosti valmistautuneita tuleviin ongelmiin.</p>

Niina Vesa
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
Puh. xxx-xxxxxxx

Teemahaastattelun runko

Tutkimus: Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta

1. Kertoisitteko aluksi kotiutuneen iäkkään sukupuolen, iän ja syyn miksi hän oli kuntoutuksessa arviointi- ja kuntoutusosastolla? Onnistuiko kotiutuminen mielestänne?
2. Kuvailekaa minkälainen rooli eli asema tai osa Teillä oli iäkkään kotiutuessa?
3. Millaisissa asioissa ja tilanteissa osallistuitte iäkkään kotiutumiseen tällä kertaa, kun hän kotiutui arviointi- ja kuntoutusosastolta?
4. Millaisia tehtäviä Teillä oli iäkkään kotiutuessa? Kertokaa esimerkkejä:
 - ➔ ennen kotiutumista?
 - ➔ kotiutuessa?
 - ➔ kotiutumisen jälkeen?
5. Mitkä tekijät mielestänne edistivät Teitä toimimaan läheisen roolissa iäkkään kotiutuessa?
6. Mitkä tekijät mielestänne estivät Teitä toimimasta läheisen roolissa iäkkään kotiutuessa?
7. Minkälaista tukea koitte saaneenne läheisen roolissa, kun iäkäs kotiutui?
Esimerkiksi: Neuvottiinko Teitä käytännön asioiden hoidossa? Saitteko ohjeita? Saitteko konkreettista apua? Pystyittekö keskustelemaan asioista jonkun (ystävän, perheenjäsenen, ammattilaisen) kanssa? Koitteko saavanne (ystävältä, perheenjäseneltä, ammattilaiselta) henkistä tukea? Keneltä saitte tukea tai apua? Voitte kertoa esimerkin kokemastanne tuesta.
8. Minkälaista tukea olisitte toivoneet saavanne läheisen roolissa, kun iäkäs kotiutui?

Niina Vesa
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
Puh. xxx-xxxxxxx

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta

HYVÄ KOTIUTUJA

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Teen pro gradu -tutkielmaa, jonka tarkoituksena on kuvailla, millainen on läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Pyydän kohteliaimmin Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen nimeämällä Teille tärkeän läheisen, joka on mukana Teidän kotiutumisessa. Pyydän myös Teitä luovuttamaan nimeämänne läheisen yhteystiedot ja antamaan luvan, että läheinen saa vastata Teidän kotiutumiseen liittyviin asioihin läheisen näkökulmasta. Teidän nimeämänne läheinen henkilö voi olla puoliso, lapsi, sisarus, sukulainen, ystävä, tuttava tai kuka vain.

Tutkimukseen osallistuu noin 30–40 läheistä, joita pyydetään vastaamaan kyselylomakkeeseen ja osallistumaan henkilökohtaiseen teemahaastatteluun. Teemahaastattelu suoritetaan noin kahden viikon kuluttua kotiutumisestanne arviointi- ja kuntoutusosastolta. Haastattelu-aika ja -paikka sovitaan nimeämänne läheisen kanssa hänelle sopivaksi ajankohdaksi.

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. **Jos päätätte osallistua tutkimukseen, pyydän Teitä allekirjoittamaan liitteenä olevan suostumuslomakkeen ja samalla ilmoittamaan nimeämänne läheisen nimen ja puhelinnumeron.** Nimeämältänne läheiseltä pyydetään suostumus tutkimukseen erikseen.

Lupa tutkimuksen toteuttamiseen on saatu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastosta. Henkilöllisyytenne sekä muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkijan, ohjaavien opettajien ja mahdollisesti tilastotieteen asiantuntijan tiedossa, ja he ovat salassapitovelvollisia. Kaikkia Teistä kerättäviä tietoja käsitellään siten, ettei

Niina Vesa
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
 Puh. xxx-xxxxxxx

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

yksittäisiä tietojanne pystytään tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista.

On mahdollista, että tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille hyötyä. Tutkimuksen toivotaan tuovan tietoa ikääntyvien kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä iäkkäiden yksilöllistä ja itsenäistä kotiutumista sekä parantamaan iäkkäiden kotiutumisen laatua ja sisältöä, jotta kotiutuminen tapahtuisi turvallisesti ja oikeaan aikaan. Tutkimuksen avulla voidaan kehittää myös iäkkään ja hänen läheisensä mahdollisuutta osallistua kotiutumisen suunnitteluun.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu -tutkielmana ja mahdollisesti tieteellisenä artikkelina. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Tutkimuksen ohjaajina ovat Professori, TtT, Riitta Suhonen ja yliopisto-opettaja Heli Virtanen TtM.

Niina Vesa
 TtM-opiskelija, Sh
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. xxx-xxxxxxx
nmhves@utu.fi

Riitta Suhonen
 Professori, TtT
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. +358 2 333 8417
riitta.suhonen@utu.fi

Heli Virtanen
 Yliopisto-opettaja, TtM
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. +358 2 333 8455
heli.virtanen@utu.fi

Niina Vesa
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
Puh. xxx-xxxxxxx

KOTIUTUJAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Olen lukenut ja ymmärtänyt tiedotteen tutkimuksesta

Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen on läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Olen saanut tutkimuksesta suullisen ja kirjallisen selvityksen. Ymmärrän tutkimukseen osallistumisen tarkoituksen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimukseen. Halutessani voin keskeyttää tutkimuksen syytä ilmoittamatta.

Annan suostumukseni, että läheiseni _____ (nimi) saa osallistua tutkimukseen koskien kotiutumistani läheisen näkökulmasta. Läheiseni puhelinnumero on _____

Paikka: _____

Päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Suostumus vastaanotettu:

Päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Niina Vesa
TtM-opiskelija, Sh
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
Puh. xxx-xxxxxxx
nmhves@utu.fi

Riitta Suhonen
Professori, TtT
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
Puh. +358 2 333 8417
riitta.suhonen@utu.fi

Heli Virtanen
Yliopisto-opettaja, TtM
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
Puh. +358 2 333 8455
heli.virtanen@utu.fi

Niina Vesa
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
Puh. xxx-xxxxxxx

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta

HYVÄ LÄHEINEN

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Teen pro gradu -tutkielmaa, jonka tarkoituksena on kuvailla, millainen on läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Pyydän kohteliaimmin Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen vastaamalla kyselylomakkeeseen ja suostumalla teemahaastatteluun. Teidän vastauksenne on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Tutkimukseen pyydetään mukaan henkilöitä, jotka ovat arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiutuvan iäkkään henkilön nimeämiä läheisiä. Tutkimukseen osallistuu noin 30–40 tutkittavaa. Haastattelu suoritetaan noin kahden viikon kuluttua, siitä kun iäkäs henkilö on kotiutunut arviointi- ja kuntoutusosastolta. Haastattelu-aika ja paikka sovitaan Teille sopivaksi ajankohdaksi.

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. **Jos päätätte osallistua tutkimukseen, pyydän Teitä allekirjoittamaan liitteenä olevan suostumuslomakkeen ja palauttamaan sen haastattelussa.**

Lupa tutkimuksen toteuttamiseen on saatu luottamuksella Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirastosta. Henkilöllisyytenne sekä muut tunnistettavat tiedot ovat ainoastaan tutkijan, ohjaavien opettajien ja mahdollisesti tilastotieteen asiantuntijan tiedossa, ja he ovat salassapitovelvollisia. Kaikkia Teistä kerättäviä tietoja käsitellään siten, ettei yksittäisiä tietojanne pystytä tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista.

Tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia, joka pyydetään palauttamaan tutkijalle haastattelun yhteydessä. Haastattelu kestää noin 50

Niina Vesa
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
 Puh. xxx-xxxxxxx

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

minuuttia ja se toteutetaan erikseen sovitussa paikassa Teidän toivomuksenne mukaan. Haastattelu nauhoitetaan.

On mahdollista, että tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille hyötyä. Tutkimuksen toivotaan tuovan tietoa ikääntyvien kotiutusprosessista läheisen näkökulmasta. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä iäkkäiden yksilöllistä ja itsenäistä kotiutumista sekä parantamaan iäkkäiden kotiutumisen laatua ja sisältöä, jotta kotiutuminen tapahtuisi turvallisesti ja oikeaan aikaan. Tutkimuksen avulla voidaan kehittää myös iäkkään ja hänen läheisensä mahdollisuutta osallistua kotiutumisen suunnitteluun.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu -tutkielmana ja mahdollisesti tieteellisenä artikkelina. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Tutkimuksen ohjaajina ovat Professori, TtT, Riitta Suhonen ja yliopisto-opettaja Heli Virtanen TtM.

Niina Vesa
 TtM-opiskelija, Sh
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. xxx-xxxxxxx
nmhves@utu.fi

Riitta Suhonen
 Professori, TtT
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. +358 2 333 8417
riitta.suhonen@utu.fi

Heli Virtanen
 Yliopisto-opettaja, TtM
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. +358 2 333 8455
heli.virtanen@utu.fi

Niina Vesa
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
nmhves@utu.fi
 Puh. xxx-xxxxxxx

LÄHEISEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Olen lukenut ja ymmärtänyt tiedotteen tutkimuksesta

Läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen on läheisen rooli ja tuen tarve iäkkään kotiutuessa arviointi- ja kuntoutusosastolta.

Olen saanut tutkimuksesta suullisen ja kirjallisen selvityksen. Ymmärrän tutkimukseen osallistumisen tarkoituksen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimukseen. Halutessani voin keskeyttää tutkimuksen syytä ilmoittamatta.

Paikka: _____

Päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Suostumus vastaanotettu:

Päivämäärä: _____

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Niina Vesa
 TtM-opiskelija, Sh
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. xxx-xxxxxxx
nmhves@utu.fi

Riitta Suhonen
 Professori, TtT
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. +358 2 333 8417
riitta.suhonen@utu.fi

Heli Virtanen
 Yliopisto-opettaja, TtM
 Hoitotieteen laitos
 20014 Turun yliopisto
 Puh. +358 2 333 8455
heli.virtanen@utu.fi

Analyysi rooleista

IÄKKÄÄN ARJEN AUTTAJAN ROOLI		EDUNVALVOJAN ROOLI				TUKIJAN ROOLI		VASTUUNKANTAJAN ROOLI
Käytännön järjestäjän rooli	Kodinhoitajan rooli	Terveydellinen edunvalvojan rooli	Taloudellinen edunvalvojan rooli	Puolestapuhujan rooli	Virkistäjän rooli	Muutokseen sopeuttajan rooli	Vastuunkantajan rooli	
<p>HUOLEHTII: -postista -puhelimeen liittyvät asiat -muutosta -anomusten kirjoittamisesta -käytännön/juoksevista asioista -asioiden hoitaja -tavarat osastolta mukaan -tavarat paikoilleen kotiutussa</p>	<p>HUOLEHTII: -hygienian hoidosta -ulkoisesta siisteydestä -elinympäristön puhtaudesta /viihtyvyydestä -lääkkeiden jaosta/otosta -ravitsemuksesta ja sen valmistuksesta</p>	<p>ARVIOI iäkkään: -terveydentilaa -avun tarvetta/muutosta -palveluntarpeen muutosta -asunnon soveltuvuutta / asunnon muutos tarvetta</p>	<p>RAHAVAROISTA HUOLEHTIMINEN: -riittävyys -käteisen hankkiminen -käteisen säilyttäminen -laskutus -muuttoon liittyvien taloudellisten asioiden hoito -vakuutusasiat</p>	<p>Tuo esiin iäkkään mielipiteen</p>	<p>Vieraillee iäkkään luona</p>	<p>Edesauttaa iäkästä: -sopeutumaan muutokseen -kotiutumaan -suosittelee iäkkäälle ratkaisua -iäkkään opastaminen käytännön asioissa</p>	<p>HUOLII iäkkään: -kuntoutumisesta -terveydentilasta ja asumisen tarpeen muutoksesta. -taloudellisista asioista -hygienian hoidosta -ympäristön siisteydestä -yksin jäämisestä/ sosiaalisten suhteiden puute -liikkumattomuudesta -tapaturmariskistä -päriäämisestä -ravitsemuksen toteutumisesta</p>	
<p>KULUTUSTAVAROIDEN HANKKIMINEN: -Radion/television -Kauppatavarat -Vaatteiden hankkiminen -Kaupassa/apteekissa käyminen -Turvapuuhelimen hankkiminen</p>		<p>OSALLISTUU iäkkään terveyteen liittyvien asioiden hoitoon: -hoitokokoukseen -esittää iäkästä parhaiten hyödyttävät vaihtoehdot -laatii kirjelmän iäkkään terveyteen liittyvistä asioista -aloitteen tekijä</p>	<p>SOSIAALISET OIKEUDET -tukien hakeminen -riittävyuden tarkkailu</p>	<p>Esittää iäkkään puolesta pyynnön</p>	<p>Yhdessä harrastaminen Yhdessä tekeminen</p>	<p>Kotiutussa: -on läsnä -pitää seuraa kotona -varmistaa iäkkään selviytymisen kotona</p>	<p>Velvollisuudesta -kantaa vastuun iäkkään auttamisesta -pitää yhteyttä iäkkääseen</p>	

Liite 8

		<p>iäkkään terveyteen liittyvissä asioissa</p> <p>VARMISTAA</p> <p>iäkkään -terveyteen liittyvien asioiden hoidon -avun saamisen -turvallisen liikkumisen</p>	<p>Palvelutalo</p> <p>-sopimusten tekeminen</p> <p>- sopimusten noudattamisen tarkkailu</p>	<p>Pitää iäkkään puolia</p>	<p>Sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistaja</p> <p>-Pyytää kylään</p> <p>-Soittaa</p>	<p>Kannustaa iäkstä</p> <p>- itsenäiseen toimintaan</p> <p>-liikkumiseen</p> <p>-ulkoiluun</p> <p>-ottamaan apua vastaan</p> <p>-osallistumaan</p>	<p>Osallistuu iäkkään asioiden hoitoon</p>
<p>Tiedotti iäkstä häntä koskevassa asiassa.</p>			<p>Edellisen asunnon: -myyminen -vuokrasopimuksen purkaminen</p>	<p>Toteuttaa iäkkään toiveet</p>	<p>Järjestää iäkkäälle mieluista ohjelmaa</p>		<p>Edustaa iäkkään lapsia</p>
<p>Varmistaa päivittäisten asioiden sujumisen</p>					<p>Iäkkään</p> <p>- kuunteleminen</p> <p>- lohduttaminen tilanteessa</p> <p>-henkinen tuki</p>	<p>Huolehtii/varmistaa tiedonkulusta</p>	
					<p>Toivon ylläpitäjä</p> <p>kotituumisesta</p>	<p>Kantaa vastuuta iäkkään: -auttamisesta -asioista -selvitymisestä kotona</p>	

Analyysi rooleihin vaikuttavista tekijöistä

LÄHEISEN JA IÄKKÄÄN VÄLINEN SUHDE	LÄHEISEN OMA ELÄMÄ	ROOLIIN SAATU TUKI	ROOLIN MIELEKKYYS
HYVÄT VÄLIT +Läheisellä ja iäkkäällä +Perheellä +Lähentyneet välit	MAHDOLLISTAVA ELÄMÄNTILANNE + On aikaa iäkkäälle + Työnantaja joustaa + Ei muita velvoitteita + Läheinen on itse eläkkeellä	PERHEEN TUKI + Sisarusten tuki ja apu + Perheen tarjoama apu ja välittäminen +Puolison käytännön apu + Henkistä tukea vaimolta +Lasten ja sisaren apu +Lasten tuki +Iäkkään sisar +Avoin vuorovaikutus sisarusten välillä +Kotiväen kannustus	POSITIIVINEN KOKEMUS + Toiminnan merkityksellisyys + Saa mielihyvä tekemästään + Iäkkään kiitollisuus + Positiivinen palaute hoitohenkilökunnalta + Mielihyvä auttamisesta + Iäkkään parantunut kunto luokse aikaa vievä matka
LUOTTAMUS +Iäkkään luottamus läheiseen +Iäkkään ja läheisen välinen luottamus +Luottamuksellinen perhesuhde +läheinen perheen luottamushenkilö	AJAN RAJALLISUUS - elämäntilanne - palkkatyö - muut tehtävät ja veloitteet -tehtävän sitovuus	HOITOHENKILÖKUNNAN TUKI + Hoitokokous osastolla +Luottamus omahoitajan tukeen +Omahoitaja käy useammin +Omahoitajan ymmärrys tilanteesta +Omahoitajan kohtaaminen +Keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa +Keskustelut vastuuhoitajan kanssa +Positiivinen kokemus hoitohenkilökunnasta +Positiivinen kokemus toiminnasta +Kotihoidon konkreettinen apu +Tukea terveydenhuolloilta +Positiivinen kohtaaminen +Kotihoidolta keskusteluapua	+ Luonteenpiirre hoivaava +Ymmärrys sairaudesta +Läheisen aktiivisuus +Yhteistyö kotihoidon kanssa
+Avoin vuorovaikutus +Iäkkään arvostus läheistä kohtaan	TERVEYDEN HEIKKENEMINEN -Läheisen oman terveyden heikkeneminen + Läheisellä on hyvä terveys toimia	TUKIPALVELUT +Iäkkään henkilökohtainen avustajan +Siivouspalvelu +Päivätoiminta	MATKAN JA KULKUYHTEYDEN VAIKEUS -Pitkä matka ja kulkemisen vaikeus iäkkään luokse

Liite 9

			<ul style="list-style-type: none"> +Ravintolassa syöminen +Kauppapalvelu +Kotihoidon käynnit +Apteekin lääkkeiden pussijakelu +Laskujen suoraveloitus 	<ul style="list-style-type: none"> - Matkan pituus - Iäkkään
<p>PALVELUSTA KIELTÄYTYMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iäkkään kieltäytyminen palvelusta 		<p>YSTÄVÄN TUKI</p> <ul style="list-style-type: none"> + Ystävän +Työoverin + Ex-miehen 	<p>UUPUMUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tehtävän raskaus - Kiireen aiheuttama väsymys - Väsymys - Vierailut työpäivän päätteeksi 	
<p>KOMMUNIKAATION VAIKEUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Häveliäisyys henkilökohtaisissa asioissa - Ristiriidat iäkkään kanssa 		<p>TIEDON PUUTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiedon puute kuntoutuksesta - Epidemia esti vierailut ja keskustelut - Vuorovaikutuksen puute 		

Analyysi tuen tarpeista

ARJEN TUKI	ROHKAISEVA TUKI	ROOLISSA TOIMIMISEN TUKI	SOSIAALINEN TUKI
Kotihoidonkäyntiapu	Läheisen kuuleminen	Yhteistyö	Sosiaalinen kanssa käyminen
lääkkään päivätöiminnassa käyminen	Empaattinen kohtaaminen	Sovitussa pysyminen	Vastuun jakaminen
lääkkään henkilökohtainen avustaja	Ymmärrys	Palveluiden joustavuus	Perhe auttaa
Läheisen terapia	Läsnäolo	Keskusteluapu	Ystävä tietää
Konkreettista apua: - lääkehoitoon - muuttoon - siivoukseen - kaupassakäyntiin - tukianomusten laadintaan - sijaisapuun	Kohdataan läheinen	Tiedon jakaminen	
	Kannustetaan	Neuvojen jakaminen	
	Henkinen tuki	lääkkään tilanteen arvioiminen	
		Konsultointi apu	
		Kotihoito tarkkailee läheisen jaksamista	

Tutkijan ennakkokäsitys läheisen roolista ja tuen tarpeesta iäkkään kotiutuessa

Tutkijalla on viidentoista vuoden työkokemus iäkkäiden hoitotyöstä erilaisilla osastoilla. Iäkkäiden kotiuttaminen omaan kotiin tai palvelutaloon on ollut osa tutkijan työnkuvaa, jolloin usein on tehty yhteistyötä iäkkään läheisten kanssa.

Nykypalvelujärjestelmässä näkyy vahvasti, että yhteiskunnassa on painotettu iäkkään asumista kotona. Laitospaikkoja on vähennetty ja kotona asumista tukevia toimenpiteitä on lisätty. Palvelujärjestelmässä mietitään todella tarkkaan kenelle lähdetään ympärivuorokautista laitospaikkaa hakemaan. Yhä monisairaammat ja hauraammat iäkkäät asuvat kotonaan tukipalveluiden ja läheistensä turvin. Varsinkin muistisairaiden läheiset ovat lujilla ja tarvitsevat tukea sekä vaihtoehtoisia palveluita.

Läheiset osallistuvat eri tavoin iäkkäiden elämään, riippuen omasta elämäntilanteesta ja siitä asutaanko lähellä vai kaukana. Perheen väliset suhteet vaikuttavat, miten läheiset ovat valmiita auttamaan tai kokevatko velvollisuudekseen olla mukana iäkkään elämässä. On myös iäkkäitä, joilla ei ole syystä tai toisesta enää ketään läheistä elämässä.

Iäkkäillä, läheisillä ja ammattihenkilökunnalla on erilaisia käsityksiä siitä, minkälainen kunto tulee iäkkäällä olla kotiutuessa. On myös erilaisia käsityksiä siitä, mikä on iäkkään oma velvollisuus omaan hyvinvointiin ja kotona pärjäämiseen sekä mikä on yhteiskunnan ja läheisen velvollisuus. Realiteetit yllättävät useat, mutta hyvällä yhteistyöllä, työn läpinäkyvyydellä ja määrätietoisella suunnitelmallisuudella saadaan hyviä tuloksia aikaiseksi.

Läheiset tarvitsevat tukea ja ohjeita, ennen kaikkea kokonaisvaltaista opastamista yksilöllisessä tilanteessa. Tarvitaan tukitoimia, jotta läheinen ei jää yksin hoitamaan kaikkia asioita. Tutkijalle on muodostunut ennakkokäsitys, että läheisillä on suuri vaikutus iäkkään kotiutumisen onnistumiseen. Läheiset auttavat käytännön asioiden järjestämisessä, mutta ennen kaikkea iäkkään positiivinen tukeminen ja uskon luominen kuntoutumiseen ja kotona pärjäämiseen on kaikista tärkeintä.