

ACTA

UNIVERSITATIS OULUENSIS

Anne Haapala

KINESTETIIKAN
KOULUTUSINTERVENTION
HYÖDYT OMAISHOITAJILLE
JA -HOIDETTAVILLE
KOTIKONTEKSTISSA

OULUN YLIOPISTON TUTKIJAKOULU;
OULUN YLIOPISTO,
TEKNILLINEN TIEDEKUNTA



ACTA UNIVERSITATIS OULUENSIS
C Technica 1001

ANNE HAAPALA

**KINESTETIIKAN
KOULUTUSINTERVENTION
HYÖDYT OMAISHOITAJILLE JA
-HOIDETTAVILLE
KOTIKONTEKSTISSA**

Esitetään Oulun yliopiston tekniikan ja luonnontieteiden
tohtoriohjelmatoimikunnan suostumuksella julkisesti
tarkastettavaksi Linnanmaan luentosalissa LO124 (Areena)
28. toukokuuta 2025 kello 12

OULUN YLIOPISTO, OULU 2025

Copyright © 2025
Acta Univ. Oul. C 1001, 2025

Työn ohjaajat
Dosentti Arto Reiman
Dosentti Virpi Hantikainen
Dosentti Hannele Lampela

Esitarkastajat
Professori Minna Stolt
Dosentti Jouni Koivuniemi

Vastaväittäjä
Professori Clas-Håkan Nygård

ISBN 978-952-62-4461-7 (Paperback)
ISBN 978-952-62-4462-4 (PDF)

ISSN 0355-3213 (Printed)
ISSN 1796-2226 (Online)

Kannen suunnittelu
Raimo Ahonen

PUNAMUSTA
TAMPERE 2025

Haapala, Anne, The benefits of a training intervention in kinaesthetics for family caregivers and care recipients in the home context

University of Oulu Graduate School; University of Oulu, Faculty of Technology

Acta Univ. Oul. C 1001, 2025

University of Oulu, P.O. Box 8000, FI-90014 University of Oulu, Finland

Abstract

Family caregiving is becoming increasingly common in Finland. Recent political decisions have led to an emphasis on caring for elderly individuals at home for as long as possible. As family care is becoming increasingly common in Finland, ensuring the competence and functional capacity of both family caregivers and those receiving care is essential. Targeted training for family caregivers and care recipients is one way to supporting them at home. No previous research on the topic was found. In this study, caregiving and kinesthetic training were examined in accordance with the research traditions in ergonomics, both from the perspective of developing the smoothness of caregiving and from the perspective of considering the well-being of family caregivers and care recipients.

This doctoral dissertation was carried out as a participatory and communicative action research project that included five cycles. In the first cycle, two kinaesthetic courses were organised for informal (family) caregivers and elderly care recipients over 65 years of age (n = 21). In cycles 2–4, home visits were carried out at the participants' homes (n = 31). In cycle 5, a focus group interview was carried out for the training instructors (n = 4). A narrative literature review (n = 68) was conducted to underpin the empirical part of the work.

The literature review highlighted that family caregivers experienced as significant physical and psychosocial burden and a lack of knowledge and skills needed to provide caring assistance to elderly individuals. The challenges faced by caregivers in assisting care recipients with daily activities were related to time, interaction, competence and change. Both family caregivers and elderly care recipients benefited from the targeted kinaesthetics training course, provided they implemented the learned techniques in their everyday life at home. The development objectives of the course are related to accessibility, timing and teaching methods. The study found that, addressing the needs of family caregivers and elderly care recipients would best be achieved by developing family caregiving programmes, assistive device services and home modification processes in the Finnish welfare areas.

Keywords: action research, caregiver, care recipients, ergonomics, family caregiving support, informal care, intervention, kinesthetics, socio-technical system

Haapala, Anne, Kinestetiikan koulutusintervention hyödyt omaishoitajille ja -hoidettaville kotikontekstissa

Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, teknillinen tiedekunta

Acta Univ. Oul. C 1001, 2025

Oulun yliopisto, PL 8000, 90014 Oulun yliopisto

Tiivistelmä

Viimeaikaisten poliittisten päätösten seurauksena vanhuksia pyritään hoitamaan kotona mahdollisimman pitkään. Koska omaishoito yleistyy Suomessa nopeasti, on omaishoitajien ja -hoidettavien osaamisesta sekä toimintakyvystä pidettävä huolta. Omaishoitajille ja -hoidettaville suunnatut koulutukset ovat yksi keino tukea heitä kotona. Aiheesta ei ole aikaisempaa tutkimusta. Tässä tutkimuksessa omaishoitoa ja kinestetiikkakoulutuksia tarkasteltiin ergonomian tutkimusperinteiden mukaisesti sekä omaishoidon sujuvuuden kehittämisen että omaishoitajan ja hoidettavan hyvinvoinnin huomioimisen näkökulmista.

Tämä väitöstutkimus toteutettiin osallistavana ja kommunikatiivisena toimintatutkimuksena, joka sisälsi viisi sykliä. Ensimmäisessä syklissä järjestettiin kaksi kinestetiikan kurssia omaishoitajille ja ikääntyville yli 65-vuotiaille (n = 21). Sykleissä 2–4 toteutettiin kotikäynnit osallistujien koteihin (n = 31). Syklissä 5 toteutettiin fokusryhmähaastattelu koulutuksen ohjaajille (n = 4). Työn empiiristä osuutta pohjustamaan toteutettiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus (n = 68).

Kirjallisuuskatsauksessa korostui omaishoitajiin kohdistuva voimakas fyysinen ja psykososiaalinen kuormitus sekä omaishoidon toteuttamisessa tarvittavien tietojen ja taitojen puute. Omaishoitajien kohtaamat haasteet päivittäisten toimintojen avustustilanteissa liittyivät aikaan, vuorovaikutukseen, osaamiseen ja muutokseen. Tiedot ja taidot, joita omaishoitajat tarvitsivat päivittäisten toimintojen avustustilanteissa, liittyivät arjesta selviytymiseen ja tulevaisuuden huomioimiseen. Omaishoitajat ja hoidettavat hyötyivät kinestetiikan kurssista, mikäli he toteuttivat opittuja keinoja kotonaan. Kurssin kehittämiskohteina olivat saavutettavuus, aikataulu ja opetusmenetelmät. Tutkimuksessa ilmeni omaishoitajien ja hoidettavien kokemus siitä, että omaishoitoa, apuvälinepalveluita sekä asunnon muutostöiden prosesseja on tarpeen kehittää hyvinvointialueilla.

Asiasanat: ergonomia, interventio, kinestetiikka, omaishoidettava, omaishoidon tukiprosessi, omaishoitaja, omaishoito, sosiotekninen järjestelmä, toimintatutkimus

Kiitokset

Ensimmäiseksi haluan kiittää emeritusprofessori Seppo Väyrystä, kun hän otti minut siltaopinnot suoritettuanı jatko-opiskelijaksi Oulun yliopistoon. Innovaatioopinnot yhdistettynä johtamiseen ja kehittämiseen lisäsivät poikkitieteellistä ymmärrystäni ja auttoivat minua arjen johtamis- ja kehittämistyössä. Minua jatko-opintoihin kannustaneen ja ohjaajanani toimineen TtT Arja Veijolan äkillisen menehtymisen jälkeen väitöskirjatyöni pysähtyi useaksi vuodeksi. Suoritin kuitenkin jatko-opintoni kokopäivätyön ohessa.

Kiitos ohjaajalleni dosentti Virpi Hantikaiselle uudesta väitöskirja-aiheesta; sain mahdollisuuden tutkia kinestetiikan toimintamallia omaishoidon kontekstissa. Kiitos dosentti Arto Reimanille ja dosentti Hannele Lampelalle väitöskirjani ohjauksesta päätökseen. He toivat tuotantotalouden näkökulman väitöskirjatyöhöni. Kiitos myös seurantaryhmälleni dosentti Paula Naumaselle, FT Erja Sormuselle ja dosentti Arja Sarpolalle, jotka ovat seuranneet tätä prosessia nämä vuodet.

Olvi Säätiö, Suomen Kinestetiikkayhdistys ry, Oulun yliopiston apurahasto, Tauno Tönningin Säätiö, Oulun yliopiston tukisäätiö ja Anja Mäntylän rahasto ovat osallistuneet väitöskirjatyöni rahoittamiseen, mistä kiitos heille. Koko urani ajan omaishoito on ollut läsnä päivätyössäni. Haluan kiittää väitöskirjaprosessin aikaisia työnantajiani Oulun kaupunkia, Rokuan Kuntoutus Oy:tä, Kalajoen kaupunkia, Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymää, Seinäjoen kaupunkia ja Kymenlaakson hyvinvointialuetta siitä, että ne tarjosivat minulle aitiopaikan tarkastella omaishoidon prosessien muutoksia ennen covid-19-pandemiaa sekä covid-19-pandemian ja sote-uudistuksen aikana. Haluan kiittää myös informaattikko Sirpa Grekulaa avusta aineiston hakuihin liittyvissä asioissa.

Suurin kiitos kuuluu kuitenkin äidilleni ja isälleni. Ilman optimismia ja kotoa saatua kannustusta en olisi jaksanut. Veijolan menehtymisen jälkeen väitöskirjatyön uudelleen aloittaminen oli raskasta.

18.3.2025

Anne Haapala

Lyhenteet ja määritelmät

Lyhenteet

ADL	Activities of Daily Living, päivittäin toistuvat toiminnot
EKA	European Kinaesthetics Association
EU	Euroopan unioni
HRO	Vanhuudessa ilmenevä etenevä monimuotoinen fysiologinen ja neurologinen rapistuminen, johon liittyy muun muassa painon lasku, hitaus, uupumus ja lihasheikkous (Strandberg ym., 2006).
ICT	Information and Communication Technology, tieto- ja viestintäteknologia
IEA	International Ergonomics Association
ILO	International Labour Organization
STM	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Määritelmät

- *Ergonomialla* tarkoitetaan ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutuksen tutkimista ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn parantamiseksi (Launis & Lehtelä, 2011, s. 19–20).
- *Hoidolla* tarkoitetaan sairauden tai vamman parantamiseen tai oireen tai oireiden lievittämiseen tähtäävää toimintaa, johon voi kuulua muun muassa toimenpiteitä, lääkitystä ja neuvontaa (Saano ym., 2016, s. 406). Hoito-sana kiinnittyy vahvasti lääketieteeseen (Tedre & Pöllänen, 1997).
- *Hoivalla* tarkoitetaan huolenpitoa tai ihmisten perusmotiiveihin perustuvaa toimesta ihmisestä huolehtimista (Saano ym., 2016, s. 408). Hoivan käsite kiinnittyy maallikkotietoihin ja -taitoihin (Tedre & Pöllänen, 1997).
- *Interventio* on toimintatutkimuksen käsite, jolla tarkoitetaan väliintuloa, ja sillä pyritään vaikuttamaan asioiden nykytilaan, esimerkiksi ihmisten käyttäytymiseen (Heikkinen, 2010, s. 19). Tässä tutkimuksessa interventiolla tarkoitetaan koulutuskokonaisuutta, johon sisältyi lähiopetusta ja kotikäyntejä.
- *Kinestetiikalla* tarkoitetaan tiettyä kuntoutumista ja toimintakykyä edistävää toiminnan muotoa, jonka avulla mahdollistetaan asiakkaan aktiivinen osallistuminen kaikkiin päivittäisiin toimintoihin liikkumisen rajoitteista huolimatta

(Betschon ym., 2011; Fringer ym., 2015; Gattinger, 2017; Hantikainen & Lapalainen, 2015; Hatch & Maietta, 2003). Kinestetiikka® on Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n rekisteröimä tuotemerkki.

- *Makrotasolla* tarkoitetaan ihmistä osana organisaatioita ja verkostoja (Dul ym., 2012, s. 379; Rasmussen, 2000, s. 872–874). Tässä tutkimuksessa omaishoitajat ja -hoidettavat ovat osana omaishoitoa sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa.
- *Mesotasolla* tarkoitetaan ihmistä osana teknisiä prosesseja tai työryhmää (Dul ym., 2012, s. 379; Rasmussen, 2000, s. 872–874). Tässä tutkimuksessa omaishoitaja ja -hoidettava muodostavat työryhmän.
- *Mikrotasolla* tarkoitetaan ihmisen toteuttamaa tehtävää yksilötasolla (Dul ym., 2012, s. 379; Rasmussen, 2000, s. 872–874). Tässä tutkimuksessa mikrotasolla tarkoitetaan omaishoitajan ja -hoidettavan yksilötasoa.
- *Ohjaajilla* tarkoitetaan tähän tutkimukseen osallistunutta kinestetiikan kouluttajaa ja tutoreita.
- *Omaishoidettavalla* tarkoitetaan henkilöä, joka heikentyneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee hoitoa tai muuta huolenpitoa kotona (Helsingin kaupunki, 2021, s. 3).
- *Omaishoidoksi* kutsutaan tilanteita, joissa vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoito ja huolenpito järjestetään kotiooloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla (Laki omaishoidon tuesta 2.1 § [Omaishoitolaki]).
- *Omaishoitajalla* tarkoitetaan 1) Suomessa hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen hoidon järjestämisestä vastaavan hyvinvointialueen kanssa (Omaishoitolaki 2.3 §). Omaishoitaja voi olla myös 2) hoidettavan omainen tai läheinen henkilö, joka hoitaa häntä ilman hyvinvointialueen kanssa tehtyä virallista omaishoitosopimusta suorittaen kaikki ne toimet, joista hyvinvointialueen kanssa tehtävässä sopimuksessa myös sovittaisiin, eli läheisen hoitoon sitoutunutta henkilöä (Suomen omaishoidon verkosto, 2022).
- *Omaishoitosopimuksella* tarkoitetaan hoitajan ja hoidon järjestämisestä vastaavan hyvinvointialueen välistä toimeksiantosopimusta (Omaishoitolaki 2.2 §; Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 2 §).
- *Omaishoidon tuella* tarkoitetaan lakisääteistä hoidettavan henkilön sosiaalipalvelua, joka koostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavista hoitopalkkioista, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Sen järjestämisestä vastaa määrärahojensa puitteissa

hyvinvointialue (Omaishoitolaki 2.4 §; Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 2 §).

- *Sosiotekninen järjestelmä* kuvaa ihmisten, teknologian ja ympäristön muodostamaa kokonaisuutta tietyssä kontekstissa (Mumford 2001).
- *Toimintakyvyllä* tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2022).
- *Voimavaralähtöisen* toiminnan keskiössä ovat toimiminen yhteistyössä asiakkaan kanssa, tavoitelähtöisyys, voimavarojen ja vahvuuksien tunnistaminen, mielekkäiden valintojen tarjoaminen, asiakkaiden valinnanmahdollisuus, asiakkaan ympäristössä olevien resurssien huomioiminen ja käyttöönotto tavoitteiden saavuttamiseksi sekä toivon löytäminen ja säilyttäminen (Rapp ym., 2005, s. 81–82).

Sisällysluettelo

Abstract	
Tiivistelmä	
Kiitokset	7
Lyhenteet ja määritelmät	9
Sisällysluettelo	13
1 Johdanto	15
1.1 Tutkimuksen tavoite ja kysymykset	18
1.2 Omaishoito Suomessa	19
1.3 Kinestetiikan voimavara- ja lähtötoimintamalli	21
2 Kirjallisuuskatsaus	23
2.1 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus	23
2.2 Omaishoitajien kohtaamat haasteet avustustilanteissa	24
2.3 Omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottavia interventioita	26
2.4 Kinestetiikan tutkimuksen nykytilanne	30
2.5 Yhteenveto narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tuloksista	31
3 Empiirisen tutkimuksen aineisto ja menetelmät	33
3.1 Toimintatutkimus metodologisenä lähestymistapana	33
3.2 Toimintatutkimuksen toteutus	35
3.3 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	36
3.4 Aineiston analyysi	39
3.5 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	41
3.6 Tutkimuksen eettiset näkökulmat	43
4 Tutkimuksen toteutus	45
4.1 Ensimmäinen sykli: kinestetiikan kurssit	45
4.2 Syklit 2–4: seurantakäynnit	47
4.3 Viides sykli: fokusryhmähaastattelu kurssin ohjaajille	49
5 Tutkimuksen tulokset	51
5.1 Omaishoitajien kohtaamat haasteet	51
5.2 Omaishoitajien tarvitsemat tiedot ja taidot	55
5.3 Kinestetiikan kurssin hyödyt	58
5.3.1 Omaishoitajien kokemat hyödyt	59
5.3.2 Omaishoidettavien kokemat hyödyt	64
5.4 Kokemuksia kinestetiikan kurssista sekä kurssin kehittämistarpeet	70
6 Pohdinta ja johtopäätökset	83

6.1 Omaishoidon haasteet sekä omaishoitajien tietoon ja taitoon liittyvät tarpeet	83
6.2 Kinesetiikan koulutusinterventiosta tukea omaishoidon haasteisiin.....	84
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	87
6.4 Tutkimuksen rajoitukset.....	91
6.5 Johtopäätökset.....	92
6.6 Yhteenveto ja jatkotutkimusmahdollisuudet	92
Lähdeluettelo	95
Liitteet	115

1 Johdanto

Omaishoito yleistyy nopeasti Suomessa. Erilaisten sosiaalipoliittisten päätösten seurauksena vanhuksia pyritään hoitamaan kotona mahdollisimman pitkään. Tähän tilanteeseen ovat johtaneet julkisen avun, kuten koti- ja ympärivuorokautisen hoidon, rajaaminen eniten tarvitseville (Ilmarinen ym., 2024, s. 29; Koivisto & Muurinen, 2024, s. 23–24; Shemeikka ym., 2017, s. 52–57; THL, 2023, s. 2–4, 2024, s. 3–4; Tevameri, 2024, s. 27–28). Taustalla oleva huoltosuhteen heikkeneminen ja muuttoliike kaupunkeihin lisäävät painetta palvelurakenteiden ja -tapojen muutokselle (Aro ym., 2020, s. 4, 153; Tilastokeskus, 2023).

Näihin haasteisiin vastataan muun muassa työurien pidentämisen, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen sekä aktiivisen työvoima- ja vanhuspolitiikan avulla (Larja & Peltonen, 2023, s. 39; Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], 2023b, s. 7; Valtioneuvosto, 2023b, s. 66). Aktiivisia työvoimapolitiittisia ratkaisuja ovat tutkintokoulutuksen lisääminen, muunto- ja täydennyskoulutukset sekä liikkuvuuden edistäminen (Larja & Peltonen, 2023, s. 39). Vanhuspolitiikan tavoitteena on rakentaa taloudellisesti, ekologisesti ja sosiaalisesti kestävä palvelujärjestelmä, jotta ihminen voi asua kotonaan mahdollisimman pitkään erilaisten palvelujen ja tukimuotojen avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto, 2020, s. 23; Valtioneuvosto, 2023a, s. 8). Poliittiset päätökset ovat johtaneet siihen, että entistä huonokuntoisemmat ikäihmiset asuvat kotona, senioritalossa tai muussa kodin ja laitoksen välimuodossa ostaen tarvitsemansa palvelut, kuten siivous- ja kotihoidon palvelut, kokonaan tai osittain esimerkiksi palvelusetelin avulla ja elävät omaistensa ja läheistensä avustamana, jos omaisia on (Karsio & Van Aerscht, 2017, s. 165–166; Zechner, 2017, s. 180).

Omaishoidoksi kutsutaan tilanteita, joissa vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoito ja huolenpito järjestetään kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla (Omaishoitolaki 2.1 §). Organisaatioiden ja verkostojen näkökulmasta tarkasteltuna kyse on omaishoidon suorituskyvyn optimoinnista eli hoidon ja hoivan julkisen vastuun siirtämisestä erilaisin sopimuksin hyvinvointialueilta yrityksille, järjestöille ja perheille (Zechner, 2017, s. 179–180). Omaishoitajien odotetaan samanaikaisesti sekä sitoutuvan omaishoitoon että koulututtuvan, ottavan työtä vastaan entistä laajemmalla alueella ja pidentävän työuria.

Omaishoidon sisältö on monimuotoista ja yksilöllistä esimerkiksi sen mukaan, mihin omaishoidettava tarvitsee apua, millainen hänen kotiympäristönsä on ja mitä apuvälineitä hän käyttää. Töytärin ja Sainion (2018, s. 175–176) mukaan 70 vuotta täyttäneistä miehistä noin joka seitsemäs ja naisista joka viides käyttää liikkumisen

apuvälinettä. Vanhemmissa ikäluokissa apuvälineiden käyttö on runsaampaa. Vajaa puolet 80 vuotta täyttäneistä naisista ja noin kolmannes 80 vuotta täyttäneistä miehistä käyttävät liikkumisen apuvälinettä (Töytäri & Sainio, 2018, s. 175–176). Vastaavasti omaishoitajan toimintarajoitukset ja apuvälineiden käyttö, varsinkin jos omaishoitaja on ikääntynyt, vaikuttavat siihen, miten hän avustaa avustustilanteessa (Heliövaara ym., 2018, s. 81–82; Lundqvist ym., 2018, s. 47; Sipiläinen, 2011, s. 143–154; Töytäri & Sainio, 2018, s. 175). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi sähköasentajana toiminut rollaattoria käyttävä mies voi omien tietojensa ja taitojensa varassa avustaa toispuolihalvauksesta kärsivää pyörätuolia käyttävää puolisoaan.

Omaishoidon on todettu kuormittavan omaishoitajaa henkisesti ja fyysisesti (Darragh ym., 2015; Liu & McDaniel, 2015; Vukicevic ym., 2016). Esimerkiksi epävarmuus hoidon ja hoivan ratkaisuisissa, vapaa-ajan puute ja sosiaalisen tuen riittämättömyys sekä ristiriidat omaishoitajan ja -hoidettavan välillä ilmenevät omaishoitajan lisääntyneenä henkisenä kuormituksena (Chi ym., 2018; Oliver ym., 2017; Petruzzo ym., 2017; Sampaio ym., 2019; Vukicevic ym., 2016). Avustustilanteissa omaishoitajaan kohdistuva fyysinen kuormitus saattaa johtaa tuki- ja liikuntaelinongelmiin (Darragh ym., 2015). Fagerström (2013, s. 4) ja Karppi ym. (2022, s. 615) suosittelevat, että hoidon ja hoivan vaaranpaikat tunnistetaan ja työturvallisuutta lisätään muun muassa avustusinterventioiden avulla.

Omaishoitajille on tarjolla useita erilaisia potilassiirtoihin ja avustamiseen liittyviä koulutusinterventioita (esim. Ergomentor Oy, 2024; Suomen Kinestetikkayhdistys ry, 2022). Yhtenä tällaisena palveluna Suomessa tarjotaan omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennettuja kinestetikan koulutuksia. European Kinaesthetics Associationin (EKA) (2008) sekä Hantikaisen ja Lappalaisen (2015, s. 5–8) mukaan kinestetikan koulutus antaa kokonaisvaltaisen ja hienosäätöisen tavan tarkastella ja tunnistaa voimavaralähtöistä vuorovaikutusta, ihmisen luonnollista liikkumista ja aistitoimintoja, liikkumista ja toimintoja tukevaa ympäristöä sekä niiden merkitystä avustettavan yksilölliselle tukemiselle. Julkaisussa ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023” todetaan kinestetikan olevan uudenlainen ja hyväksi todettu toimintamalli, joka lisää asiakkaan omaa liikkumista ja tukee avustajan työskentelyä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto, 2020, s. 49). Kinestetikan toimintamallin hyötyjä käytännössä sekä koulutusten toimivuutta on tutkittu aikaisemmin vanhustenhuollon (Freiberg ym., 2016; Fringer ym., 2014, 2015; Gattinger, Leino-Kilpi ym., 2017; Stenman, 2020; Stenman ym., 2016, 2020) ja saattohoidon (Gattinger ym., 2023) konteksteissa. Tässä väitöstutkimuksessa tutkitaan ensimmäistä kertaa

omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetun kinestetikan omaishoitajakurssin hyötyjä ja mahdollisia kehittämistarpeita omaishoidon kontekstissa kotiympäristössä.

Prosessien analysointi ja kehittäminen sekä tehtyjen toimenpiteiden vaikutusten arviointi ovat tuotantotalouden keskeisiä tutkimuskohteita (esim. Badiru, 2013). Ergonomialla on keskeinen rooli tuotantotaloudessa (Biles, 1991; Kosky ym., 2021). Ergonomian avulla pyritään löytämään keinoja tukea ja kehittää ihmisten terveyttä, turvallisuutta, hyvinvointia sekä toiminnan tehokkuutta ja sujuvuutta (Rahman ym., 2014; Työturvallisuuskeskus, 2020, s. 3). Työturvallisuuskeskus (2020, s. 3) suosittelee ergonomian periaatteiden integroimista osaksi työn suunnittelua. Ergonomian kannalta keskeistä on ottaa henkilöstö mukaan suunnitteluun, sillä heillä on tuntemus laitteista, niiden käytöstä ja työympäristöstä sekä kehittämistarpeista. Osallistaminen varmistaa myös lopputuloksen hyväksynnän. (Työturvallisuuskeskus, 2020, s. 13; Launis & Lehtelä, 2011, s. 31).

Tässä tutkimuksessa omaishoitoa ja sen kehittämistä kinestetikkakoulutuksilla tarkasteltiin tuotantotalouden näkökulmasta erityisesti ergonomiaan kohdentuen. Ergonomia auttaa tarkastelemaan tässä tutkimuksessa omaishoitoa ja kinestetikkakoulutuksia samanaikaisesti sekä omaishoidon sujuvuuden kehittämisen että omaishoitajan ja -hoidettavan hyvinvoinnin huomioimisen näkökulmista. Vaikka ergonomia yhdistetäänkin usein työhön, ei sitä tarvitse rajata pelkästään siihen kuten Dul ym. (2012) tuovat esille. Työtä voidaan tehdä monin eri tavoin, haastaen myös työn käsitteeseen liittyviä perinteisiä ajattelumalleja. Tässä tutkimuksessa omaishoitajan suorittaman hoidon ja hoivan sekä avustamisen tehtävien voidaan ajatella vertautuvan työhön. Omaishoitajan suorittamat hoidon ja hoivan tehtävät voidaan ymmärtää työtehtävinä, jotka edellyttävät riittävää osaamista. Työjärjestelyillä tarkoitetaan omaishoitoon liittyvää hoidon ja hoivan järjestelyä. Työn sisällöllä tarkoitetaan omaishoitoon liittyvää hoidon ja hoivan sisältöä. Työyhteisöllä tarkoitetaan omaishoitajan ja -hoidettavan muodostamaa työparia, joka toimii yhdessä avustustilanteissa. Omaishoitajilla tarkoitetaan sekä omaishoitosopimuksen tehneitä että sopimuksettomia omaishoitajia.

Ergonomia auttaa ymmärtämään työtä sosioteknisenä järjestelmäkokonaisuutena, jolloin tarkasteltavaksi tulevat fysiologiset, psykologiset (affektiiviset ja kognitiiviset), psykososiaaliset sekä organisatoriset näkökulmat (Dul ym., 2012; International Labour Organization [ILO] & International Ergonomics Association [IEA], 2021, s. 5–16; Miller ym. 2013; SFS-EN ISO6385, 2016) eri järjestelmätasojille kohdentuen (esim. Karsh ym., 2014). Tässä tutkimuksessa näitä järjestelmätasoja olivat yksilön (mikrotaso), omaishoitaja–hoidettava-parin (mesotaso) ja

hyvinvointialueiden (makrotaso) muodostamat kokonaisuudet Karshia ym. (2014) mukailleen. Vastaavia eri järjestelmätasoja käsitteleviä ergonomiatarkasteluja on esitelty sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa monissa muissakin tutkimuksissa, kuten voidaan havaita esimerkiksi Abdollahpourin ym. (2023), Carayonin ym. (2022), Razakin ym. (2024) ja Wooldridgen ym. (2022) artikkeleissa. Tämä tutkimus osaltaan laajentaa uudenlaisella tavalla tätä ergonomiaan liittyvää tutkimuskirjallisuutta omaishoidon kontekstiin kohdentuen.

1.1 Tutkimuksen tavoite ja kysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennettua, Suomessa yleistyneen kinestetiikan koulutuksen hyötyjä ja kehittämistarpeita. Kinestetiikan koulutuksia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa koulutusinterventioina. Tavoitteena oli tuottaa laadulliseen tutkimusotteeseen painottuvalla toimintatutkimuksen lähestymistavalla uutta tietoa kinestetiikkakoulutuksista omaishoidon kontekstissa ja edetä yleisesti nykytilan analysoinnista ja kehittämiskohteiden tunnistamisesta kehitysehdotusten tekemiseen.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia haasteita ikäihmisten omaishoitajat kohtasivat omaishoidettavan päivittäisten toimintojen avustustilanteissa?
2. Millaisia tietoja ja taitoja ikäihmisten omaishoitajat tarvitsivat selviytyäkseen päivittäisten toimintojen avustustilanteista?
3. Millaisia kokemuksia omaishoitajilla ja -hoidettavilla oli heihin kohdistetun kinestetiikan kurssin hyödyistä päivittäisten toimintojen avustustilanteissa?
4. Millaista palautetta ja muutostoiveita ikäihmisten omaishoitajat ja -hoidettavat sekä ohjaajat esittivät kinestetiikan kurssista?

Luvussa 1.2 esitellään suomalaista omaishoitajärjestelmää ja sen erityispiirteitä. Tämä auttaa hahmottamaan makrotason kontekstia, jossa omaishoitaja ja -hoidettava toimivat. Luvussa 1.3 esiteltävä kinestetiikan toimintamalli puolestaan auttaa hahmottamaan sitä tutkimusympäristöä, johon tämä tutkimus kohdentuu. Tässä tutkimuksessa käytännön toimien välistä monimutkaista vuorovaikutusta kuvataan osallistavan ja kommunikatiivisen toimintatutkimuksen avulla. Mikro-, meso- ja makrotason lähestymistavan mukainen tarkastelu kulkee mukana koko tutkimuksen ajan. Tämän tutkimuksen empiirisessä osassa tutkittiin yli 65-vuotiaille kohdennettua kinestetiikan voimavaralähtöistä koulutusta ja siitä kertyneitä kokemuksia.

1.2 Omaishoito Suomessa

Kaiken kattavaa ja ajankohtaista tietoa omaishoitajista ja -hoidettavista ei ole saatavilla. Aiemmin on arvioitu, että 1,2 miljoonaa suomalaista avustaa läheisiään (Vilkko ym., 2014, s. 225). Heistä noin 700000:n oletetaan toteuttavan omaishoitoa työn ohessa (Kauppinen ym., 2013, s. 86). Pelkosen ja Rajaksen (2023) mukaan omaishoidon tukea saaneiden määrä oli 45000 henkilöä vuoden 2022 lopussa. Heistä eläkeläisiä oli 55 prosenttia, työssä käyviä 31 prosenttia ja opiskelijoita yksi prosentti. Enemmistö omaishoidon tukea saaneista oli naisia. Vain 90–99-vuotaiden ryhmässä miesten osuus oli naisia suurempi (Pelkonen & Rajas, 2023). Erholan ym. (2018, s. 161–164) mukaan samassa kotitaloudessa asuvien auttaminen on iäkkäiden puolisoiden keskinäistä avustamista.

Omaishoidontuki on lakiin perustuva harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, jonka myöntämisestä päättää hyvinvointialue (Omaishoitolaki 11 §; Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 2 §). Omaishoidon tuki koostuu omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista sekä hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista (Omaishoitolaki 3 a – 5 §). Hoidon ja sitovuuden ja vaativuuden mukaan maksettu vähintään 300 euron suuruinen hoitopalkkio on veronalaista ansiotulua, työkorvausta, ei palkkaa (Keva, 2022, s. 30, 51; Omaishoitajaliitto ry., 2023, s. 7–8; Omaishoitolaki 5 §). Kevan (2022) mukaan omaishoitajalle kertyy hoitopalkkiosta eläkettä eläkkeen kertymisen yläikärajaan asti, joka on 68–69 vuotta syntymävuodesta riippuen. Useat omaishoitajat jatkavat tehtävässään senkin jälkeen, kun eläkekertymä päättyy. Leppäahon ym. (2019, s. 32) mukaan omaishoidon tuen myöntämisessä on ollut suuria alueellisia eroja, sillä yhteisiä kansallisia kriteerejä ei ole ollut olemassa. Hyvinvointialueiden odotetaan yhtenäistävän omaishoidon tuen kriteerejä (Kehusmaa ym., 2022). Pieni hoitopalkkio ei kuitenkaan riitä kattamaan kokopäivätyössä käyvän omaishoitajan kuluja, koska omaishoidettava tarvitsee muita maksullisia palveluja omaishoitajan ollessa töissä (Shemeikka ym., 2017, s. 92). Suurin tulonmenetys omaishoitajalle on silloin, kun hän jättää omaishoidon vuoksi palkkatyönsä kokonaan tai osittain.

Työttömien keskusjärjestö ry:n (2021) mukaan omaishoitajuus näyttäytyy usein köyhyytenä. Omaishoitajat kuuluvat myös ylivelkaantumisen riskiryhmään. Esimerkiksi TE-toimistoissa työtön omaishoitaja tulkitaan usein työlliseksi, jos omaishoitajuus vaatii ympärivuorokautista läsnäoloa. Omaishoitaja voikin jäädä vaille turvaa, jos hän ei ole ollut kodin ulkopuolisessa työssä työssäoloehdon täyttämiseksi (Työttömien keskusjärjestö ry, 2021). Parempituloisen omaishoidettavan,

joka Suomessa on yleisesti ollut mies, siirtyminen hoitokotiin voi romahduttaa kotiin jäävän omaishoitajan talouden tai lisätä taloudellisia ongelmia. Asiakasmaksulakiuudistuksen odotetaan helpottavan oman kodin pitämistä puolison asuntona vielä, kun toinen puoliso asuu hoivakodissa. Asiakasmaksulain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 10 c §) mukaan tehostetun palveluasumisen maksuista vähennetään välittömät asumismenot, joita puolisonsa kanssa yhdessä asunut vanhus on maksanut ennen tehostettuun palveluasumiseen siirtymistään. Omaishoitajaliitto ry:n (2021) mukaan sosiaaliturva tarvitsee uudistusta. Ansiotyön, omaishoidon ja sosiaaliturvan yhdistämiseen tarvittaisiin toimiva käytäntö kaikissa omaishoidon tilanteissa (Omaishoitajaliitto ry., 2021, s. 2).

Omaishoitolain (4 §) mukaan omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohden. Jos omaishoito on ympärivuorokautista tai päivittäin sitovaa, vapaiden määrä on kolme vuorokautta kalenterikuukautta kohden. Sovittaessa omaishoitaja voi pitää vapaansa useana alle vuorokauden mittaisena jaksona tai kerätä vapaapäiviä pidemmällä ajanjaksolla (Omaishoitajaliitto ry., 2023, s. 9). Halutessaan hyvinvointialue voi antaa omaishoitajalle enemmän vapaapäiviä tai alle vuorokauden mittaisia virkistysvapaita (Omaishoitolaki 4 §). Sosiaalihuoltolain [SHL] (3:27 b §) mukaan myös sopimuksetoman omaishoitajan on mahdollista pitää vapaapäiviä, mikäli hoitotyön sitovuuden ja vaativuuden kriteerit täyttyvät. Kun omaishoitaja on vapaalla, omaishoidettavan hoidosta ja hoivasta vastaa hyvinvointialue esimerkiksi lyhytaikaisen hoidon, koti-hoidon tai päivätoiminnan avulla (Omaishoitajaliitto ry., 2023, s. 9). Leppäahon ym. (2019, s. 36) ja Linnosmaan ym. (2014, s. 46) mukaan noin puolet omaishoitajista jättää vapaapäivänsä käyttämättä epäsopivien palvelujen vuoksi.

Omaishoitolain (3 a §) mukaiset omaishoitajan hoitotehtävää tukevat palvelut ovat hyvinvointialueen tarvittaessa järjestämät valmennukset ja koulutukset hoitotehtävää varten, hyvinvointi- ja terveystarkastukset sekä omaishoitajan hyvinvointia ja hoitotehtäviä tukevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Omaishoidettavalle annettavia tapauskohtaisia sosiaali- ja terveyspalveluja ovat muun muassa kotihoidon palvelut, apuvälineet ja asunnon muutostyöt sekä päivä- ja lyhytaikaishoito (STM, 2023a; SHL 3.14 §, 3.19 a §, 3.21 §; Vammaispalvelulaki 2.22 §). Sihdon ym. (2022, s. 47) mukaan tuen ja palvelujen saatavuus heikkeni koronapandemian aikana eniten niillä omaishoitajilla, joiden antama hoiva oli kaikkein intensiivisintä ja joiden tuen ja palvelujen tarpeet olivat ennen pandemiaa suuret.

1.3 Kinestetiikan voimavaralähtöinen toimintamalli

Kinestetiikan (*saks. Kinästhetik, engl. kinaesthetics*) ovat kehittäneet yhdysvaltalaiset käyttäytymistieteilijät Lenny Maietta ja Frank Hatch 1970-luvulla (Betschon ym., 2011; European Kinaesthetics Association [EKA], 2008; Fringer ym., 2014; Hatch & Maietta, 2003). Kinestetiikka muodostuu kreikan kielen sanoista *kinesis* (*liike*) ja *aisthesis* (*aistimus*) (Hantikainen & Hoivala, 2017). European Kinaesthetics Associationin (EKA) (2008) mukaan kinestetiikka tarkoittaa tietoista ja eriytettyä liikettä tai liikkeen havaitsemista ja hallintaa. Kinestetiikan periaatteiden mukainen toiminta edistää tietoisuutta ihmisen ominaisuuksista kaikissa päivittäisissä toiminnoissa (EKA, 2008). Kinestetiikan juuret ovat käyttäytymiskybernetiikassa, jonka mukaan ihminen oppii, säätelee ja hallitsee toimintojaan sensomotorisen palautteen kautta, jossa liikkeellä ja liikkumisella on keskeinen rooli (EKA, 2008, 2009, 2022; Hantikainen & Lappalainen, 2015).

Hoitotyöhön kinestetiikkaa ryhtyivät soveltamaan Maietta, Hatch sekä sveitsiläiset, saksalaiset ja itävaltalaiset hoitotyöntekijät 1980-luvulla (Hantikainen, 2018, s. 16). Suomeen kinestetiikan toi dosentti, TtT Virpi Hantikainen vuonna 1997 (Hantikainen & Hoivala, 2017, s. 57). Suomessa kinestetiikasta käytetään nimitystä kinestetiikan voimavaralähtöinen toimintamalli, ja sitä käytetään hoito- ja avustustilanteissa (Hantikainen, 2018; Hantikainen & Hoivala, 2017).

Hantikaisen (2018, s. 17–30) sekä Hantikaisen ja Lappalaisen (2015, s. 9) mukaan kinestetiikan toimintamallissa ihmisen liikkumista ja toimintoja tarkastellaan kuuden käsitteen avulla, joita ovat vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. Nämä käsitteet ovat samanaikaisesti mukana ihmisen toiminnoissa, ja jokaisella niistä on oma merkitysensä ihmisen liikkumisessa. Käsitteet ja niihin kuuluvat alakäsitteet mahdollistavat ihmisen toimintojen tarkastelun systemaattisesti ja yksilöllisesti (Hantikainen, 2018, s. 17–30; Hantikainen & Lappalainen, 2015, s. 9). Taulukossa 1 esitetään kinestetiikan käsitteet, niiden sisältö ja esimerkkejä merkityksestä (Hantikainen, 2018, s. 17–30; Hantikainen & Lappalainen, 2015, s. 9–46).

Taulukko 1. Kinestetiiikan käsitteet ja esimerkkejä niiden merkityksestä (Hantikainen, 2018, s. 17–30; Hantikainen & Lappalainen, 2015, s. 9–46).

Käsite	Alakäsitteet ja merkitys
Vuorovaikutus	<i>Aistit, liikkeen elementit ja vuorovaikutusmallit.</i> Avustustilanteissa huomioidaan aistit, joita avustettava käyttää kommunikoidessaan. Mitä heikompi toimintakyky avustettavalla on, sitä enemmän korostuu kosketuksen ja liikkeen kautta tapahtuva viestintä. Luonnollisen liikkumisen mahdollistavat sopiva aika, tila ja voima. Tavoitteena on vahvistaa vuorovaikutuskäytäntöä, joka huomioi ja hyödyntää avustettavan omia voimavaroja avustustilanteissa.
Toiminnallinen anatomia	<i>Luut ja lihakset, kehon osat ja liikealueet sekä kehon ja liikkeen hallinta.</i> Kehon toiminnan ja anatomian tuntemus mahdollistaa luontaisten liikemallien mukaisen avustamisen avustustilanteissa. Tavoitteena on, että avustettava on aktiivinen tilanteessa siten, että hän hallitsee oman kehonsa toimintakykynsä mukaisesti ja kokee tilanteen miellyttäväksi.
Ihmisen liikkuminen	<i>Yhdensuuntainen ja spiraalinen liike.</i> Tavoitteena on, että avustaja tunnistaa, kumpaa liikemallia avustettava käyttää hyvin.
Voima	<i>Veto ja työntö.</i> Tavoitteena on, että avustettavalla on mahdollisuus käyttää kehonosiaan vetämiseen ja työntämiseen hänelle ominaisella tavalla.
Ihmisen toiminnot	<i>Perusasennot ja perusliikkuminen, paikalla suoritettavat toiminnot ja siirtyminen.</i> Ihmisen kyky pysyä paikallaan ja liikkua asennosta toiseen on perusta kaikille päivittäisille toiminnoille. Tavoitteena on, että avustaja tietää, miten asennosta toiseen siirtymistä voi tukea, ja on samalla tietoinen omasta asennostaan ja painonsiirroistaan.
Ympäristö	<i>Tilat, apuvälineet ja avustava henkilöstö.</i> Tavoitteena on, että avustettava voi käyttää omia voimavarojaan ja avustaja voi hyödyntää kaikkia kinestetiiikan käsitteitä monipuolisesti ympäristössä, jossa avustaminen tapahtuu.

Suomessa kinestetiiikan koulutukset on kohdennettu sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille että omaishoitajille ja perheille (Hantikainen, 2018, s. 15–16). Kinestetiiikan koulutuskokonaisuus koostuu neljän päivän mittaisesta peruskurssista, kolmen päivän mittaisesta syventävästä kurssista, viiden päivän mittaisesta tutorkurssista sekä seitsemän päivän mittaisesta kouluttajakoulutuksesta. Omaishoitajille kohdennetut kinestetiiikan kurssit ovat pituudeltaan 1–2 päivän mittaisia sopimuksen mukaan. (Suomen Kinestetiiikkayhdistys ry, 2022) Omaishoitajille suunnattujen kurssien tavoitteena on yhdessä omaishoitajien ja -hoidettavien kanssa löytää toimivia keinoja selvittää vaikeistakin avustustilanteista, vähentää omaishoitajan työn tai tehtävien fyysistä kuormittavuutta ja lisätä jaksamista sekä ylläpitää ja kehittää omaishoidettavan toimintakykyä (Hantikainen & Lappalainen, 2015, s. 3–4).

2 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimusaiheeseen perehdyttiin kirjallisuuskatsauksen avulla, jossa tarkasteltiin kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia omaishoitajien kokemista haasteista avustustilanteissa sekä omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuja interventioita. Koska kinestetikan toimintamallia ei ole tutkittu omaishoidon näkökulmasta, tarkasteltiin aikaisempia kinestetikan toimintamalliin liittyviä tutkimuksia omaishoidon kontekstin ulkopuolelta.

2.1 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jonka tarkoituksena oli tehdä synteesi aiheeseen liittyvästä aikaisemmista tutkimuksista (Salminen, 2023, s. 8). Narratiivinen kirjallisuuskatsaus eteni neljän vaiheen mukaan: 1) tutkimuskysymysten muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tulosten tarkastelu (Kangasniemi ym., 2013, s. 294). Tiedonhauissa ja hakusanojen yhdistämisessä hakulausekkeiksi hyödynnettiin Oulun yliopiston terveystieteiden tietopalvelua. Haut rajattiin vuoden 2015 jälkeen, jotta saatiin muodostettua kuva viimeaikaisista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista.

Tietokantahakujen tuloksena saatiin 892 osumaa. Näistä valittiin otsikoiden ja tiivistelmien perusteella tarkempaan analyysiin yhteensä 116 artikkelia. Lopulliseksi aineistoksi valikoitui 68 artikkelia, jotka valittiin koko tekstien lukemisen perusteella. Käytetyt tietokannat, hakulausekkeet, rajaukset, osumien määrä ja tarkempaan analyysiin valittujen julkaisujen määrä on kuvattu liitteessä 1. Artikkelien mukaanottokriteereinä olivat julkaisukieli (englanti, suomi), artikkelin saataavuus koko tekstinä sekä niiden sisältämä tieto, joka liittyy omaishoitajien kokemiin haasteisiin, omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottaviin interventioihin ja tutkimuksiin kinestetikan toimintamallista. Omaishoitajien tuli olla aikuisia tai vanhempia ja omaishoidettavien 65-vuotiaita tai vanhempia. Muistisairaat omaishoidettavat ja yhteisöasuminen rajattiin pois.

Narratiiviseen kirjauskatsaukseen mukaan otetuista tutkimuksista laadittiin kolme yhteenvedotaulukkoa (liitteet 2–4). Liite 2 sisältää tutkimuksia omaishoitajien kokemista haasteista ja niiden keskeisiä tuloksia. Liitteessä 3 kuvaillaan omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottaviin interventioihin liittyviä tutkimuksia ja niiden keskeisiä tuloksia. Liitteessä 4 esitellään kinestetikkaan liittyviä tutkimuksia ja niiden keskeisiä tuloksia. Tutkimukset esitetään aikajärjestyksessä vanhimmasta

uusimpaan, millä halutaan osoittaa tulosten ajankohtaisuus. Tulokset esitetään luvuissa 2.2–2.4.

2.2 Omaishoitajien kohtaamat haasteet avustustilanteissa

Omaishoitajien haasteet arjessa liittyivät yleisesti työtaakkaan, fyysiseen ja henkiseen rasitukseen, sosiaalisiin suhteisiin, taloudellisiin haasteisiin ja yhteistyöhön sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön kanssa. Duranten ym. (2019) mukaan korkea ikä, naissukupuoli, hoitoon käytettävissä olevan ajan vähyys ja huono sosiaalinen tuki ennustavat suurempaa omaishoitajan taakkaa. Omaishoidettavan huono terveydentila (Lu ym., 2016; Oldenkamp ym., 2016), omaishoitajan ja -hoidettavan heikko keskinäinen suhde (Hooker ym., 2018; Li, 2021; Vukicevic ym., 2016), omaishoidettavan hoidettavaksi heittäytyminen (Vukicevic ym., 2016) ja vähäinen sosiaalinen tuki (Li, 2021; Petruzzo ym., 2017) liittyvät suurempaan koettuun taakkaan. Aikuiset omaishoitajina toimivat lapset ilmoittavat suuremmasta taakasta silloin, kun heiltä kuluu paljon aikaa hoitotyöhön (Oldenkamp ym., 2016). Chaffirin ym. (2017) tutkimustulosten mukaan henkisen asenteen ja kuormituksen välillä on merkitsevä yhteys: jos henkinen asenne on kohtalainen tai suhteellisen hyvä, omaishoitaja kokee lievää kuormitusta. Duranten ym. (2023) tutkimustulosten mukaan omaishoitajan kokemaa taakkaa ennustavat heikentynyt kognitio, heikentynyt fyysinen toiminta ja suuri riippuvuus omaishoitajasta.

Fyysisesti rasittavia tekijöitä ovat Darraghin ym. (2015) mukaan omaishoitajan ja -hoidettavan ominaisuudet, aktiiviteettivaatimukset ja fyysinen ympäristö. Lisääntynyt fyysinen rasitus uuvuttaa (Liu & McDaniel, 2015), kipeyttää (Xie ym., 2016) ja saattaa johtaa erilaisiin terveysongelmiin (Oldenkamp ym., 2016), joista yleisiä ovat tuki- ja liikuntaelinongelmat (Darragh ym., 2015).

Fyysisen rasituksen lisäksi omaishoitotyö on psyykkisesti raskasta (Cubukcu, 2018; Liu & McDaniel, 2015; Petruzzo ym., 2017). Omaishoitajilla voi olla muisti- ja keskittymisongelmia (Weiss ym., 2016), heikko unen laatu (Gusdal ym., 2016; Zeng ym., 2023), pelkoja (Zeng ym., 2023) ja huoliajatuksia (Gusdal ym., 2016) sekä epävarmuutta omaishoidettavan tilan heikentyessä (Gusdal ym., 2016; Petruzzo ym., 2017; Sampaio ym., 2019) ja hoitotyön ratkaisuisissa (Chi ym., 2018; Oliver ym., 2017; Petruzzo ym., 2017; Sousa ym., 2022; Zeng ym., 2023; Zhang ym., 2023). Myös omaishoitajan itsestä huolehtiminen saattaa olla rajoittunutta (Weiss ym., 2016). Lisääntynyt psyykinen rasitus ilmenee esimerkiksi mielenterveysongelmina (Oldenkamp ym., 2016). Omaishoitajan ja -hoidettavan masennusriskiä lisää Badrin ym. (2017) mukaan omaishoidettavan heikko itsehoito sekä

omaishoitajan suuri kuormitus ja heikentynyt terveys. Pendergrassin ym. (2017) tutkimustulosten mukaan omaishoitajan masennusriskiä lisää negatiivinen orientaatio, heikko hoitotyön hallinta ja tyytymättömyys vapaa-aikaan. Tilanteeseen vaikuttavat erityisesti omaishoidettavan ongelmakäyttäytymisen toistuvuus ja hänen vajavaisuutensa päivittäisissä toiminnoissa (ADL) (Pendergrass ym., 2017). Naisilla on miehiä suurempi riski sairastua masennukseen, mikäli heidän kumppaninsa on masentunut (Badr ym., 2017). Allenin ym. (2022) tutkimustulosten mukaan omaishoitajien masennus lisääntyi koronaepidemian aikana.

Greenwoodin ym. (2019) mukaan iäkkäät omaishoitajat eivät mielellään ota ulkopuolista apua vastaan oman heikentyvän fyysisen ja psyykkisen terveytensä vuoksi. He ovat huolestuneita siitä, etteivät kykene hoitamaan omaishoidettavaa tai kuolevat itse (Greenwood ym., 2019). Kiljusen ym. (2024) tutkimustulosten mukaan hauraus-raihnausoireyhtymä (HRO) on yleinen omaishoitajien keskuudessa. HRO:lla tarkoitetaan vanhuudessa ilmenevää etenevää monimuotoista fysiologista ja neurologista rapistumista, johon liittyy muun muassa painon lasku, hitaus, uupumus ja lihasheikkous (Strandberg ym., 2006). Kiljusen ym. (2024) mukaan heikkouden ennustajia ovat näkökyvyn heikkeneminen ja kehnot ruokailutottumukset.

Koska omaishoitajat ovat vastuussa arkielämän toiminnoista, saattaa omaishoitotilanne vaikuttaa rooleihin ja elämäntapaan (Gusdal ym., 2016; Petruzzo ym., 2017; Sampaio ym., 2019; Zhang ym., 2023). Joillekin omaishoitajille hoito ja huolenpito on luonnollinen osa arkea, jotkut saattavat kokea sen häiritsevän omaa elämänsä (Sampaio ym., 2019). Omaishoitajan ja -hoidettavan keskinäistä yhteistyötä heikentävät luottamuksen puute (Liu & McDaniel, 2015; Lyons ym., 2015) ja puutteelliset vuorovaikutuskäytännöt (Chi ym., 2018; Zeng ym., 2023).

Hoitotyöhön käytetyn ajan pidentyessä omaishoitajalle jää vähemmän aikaa vapaa-aikaan (Sampaio ym., 2019) ja sosiaalisiin suhteisiin (Liu & McDaniel, 2015; Miravittles ym., 2015). Timonet-Andreun ym. (2018) mukaan omaishoitajat arvioivat päivittäiseen hoitoon käytetyn ajan pidemmäksi kuin se todellisuudessa on. Tuntien yliarviointiin vaikuttavat hoitajan ikä, hoitosuhteen kesto, avustajien määrä, omaishoidettavan riippuvuusaste ja henkilökohtaisen hyvinvoinnin ylläpito (Timonet-Andreu ym., 2018). Kaunan, suuttumuksen ja häpeän on todettu vähentävän omaishoitajan avustamiseen käyttämää aikaa (Durante ym., 2019). Omaishoitajat kokevat usein sosiaalisen tuen riittämättömäksi (Chi ym., 2018). Xien ym. (2016) mukaan omaishoitajan sosiaaliseen elämään vaikuttavat omaishoitajan ikä, lisäsaipurat ja hoitotyön vaikutukset. Muualla kuin syntymämaassaan asuvalla omaishoitaja-hoidettava-parilla saattaa olla kielimuuri, joka lisää sosiaalista eristäytymistä ja joka vaikeuttaa ensiavussa ja lääkärissä käyntejä (Liu & McDaniel, 2015).

Käydessään kotimaassaan omaishoitaja on usein riippuvainen ystävien ja naapureiden uudessa maassa antamasta avusta omaishoidettavalle (Liu & McDaniel, 2015).

Omaishoitajuudessa on myös omat taloudelliset haasteensa (Chi ym., 2018; Gusdal ym., 2016; Liu & McDaniel, 2015; Oliver ym., 2017; Xie ym., 2016). Koska omaishoitajat haluavat hoitaa omaishoidettavaa kotona, vaikuttaa omaishoitajana toimiminen sekä työuraan että taloudelliseen tilanteeseen heikentävästi (Cubukcu, 2018; Liu & McDaniel, 2015; Oliver ym., 2017; Xie ym., 2016; Zeng ym., 2023).

Yhteydenpito terveydenhuollon toimijoihin on tärkeää. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tarjota omaishoitajille yksilöllistä tietoa terveyden ylläpitämisestä, sairaudesta ja sen hoidosta (Cheng ym., 2023; Jellema ym., 2022) sekä kuolemaa edeltävistä hetkistä (Zhang ym., 2023). Chengin ym. (2023) mukaan omaishoitajat hyötyvät yksilöllisestä kasvokkain kotona toteutetusta neuvonnasta. Hoidon jatkuvuuden (Corbett ym., 2022) ja omaishoitajan kyvykkyyden tukemisen (Su ym., 2023) avulla voidaan vahvistaa omaishoidettavan itsehoitoa. Cheng ym. (2023) suosittelevat itsehoidon tukemista omaishoitajavalmennusten avulla. Nicholasin ym. (2017) ja Oliverin ym. (2017) mukaan huonot kokemukset terveydenhuollon toimenpiteistä vähentävät luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään. Morales-Asencion ym. (2016) mukaan saattaa syntyä myös tilanteita, joissa palvelun tarjoajat ja omaishoitajat eivät kohtaa sirpaleisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän vuoksi.

2.3 Omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottavia interventioita

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan omaishoitajille on tarjottu erilaisia interventioita työtaakan vähentämiseksi. Omaishoitaja–hoidettava-pareille on tarjottu interventioita, jotka on kohdennettu fyysisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn parantamiseen sekä tietojen ja taitojen lisäämiseen, ja mahdollisuutta osallistua tulevaisuuden teknologian testaamiseen.

Omaishoitajan työtaakan vähentämiseksi omaishoitajille on tarjottu Health Educational Program -terveyskasvatusohjelmaa, joka on sisältänyt ravitsemusneuvontaa, liikkuvuuteen, vatsan toimintaan ja hygienian hoitoon liittyvää tietoa sekä emotionaalisen itsehoidon tukemista (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015), puhelinpohjaista psykososiaalista interventiota (Badr ym., 2015), itsehallinnan verkkotyökalua (Jansen ym. 2022) ja kotona tapahtuvaa keuhkokuntoutusinterventiota (Grosbois ym., 2022). Tutkimustulosten mukaan omaishoitajat ovat hyötäneet puhelinpohjaisesta psykososiaalisesta interventiosta (Badr ym., 2015) ja kotona

tapahtuvasta keuhkokuntoutusinterventiosta (Grosbois ym., 2022). Grosbois ym. (2022) ja Badrin ym. (2015) tutkimustulosten mukaan kohdennettu yksilöllinen interventio on vähentänyt omaishoitajan työtaakkaa. Omaishoitajat eivät ole hyötäneet Health Educational Program -terveyskasvatuskoulutusohjelmainterventiosta (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015) eivätkä itsehallinnan verkkotyökälusta (Jansen ym., 2022), sillä ne eivät ole keventäneet omaishoitajien työtaakkaa.

Myös omaishoitajan fyysistä kuormitusta on pyritty vähentämään Health Educational Program -terveyskasvatuskoulutusohjelman (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015) sekä videoneuvottelun, aktiivisuusrannekkeen ja motivaatiotekstiviesti-intervention (Baik ym., 2023) avulla. Omaishoidettavien lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyä on tuettu Mobile Health (mHealth) -ohjelman avulla (Pieto-Moreno ym., 2024). Rodríguez-Gonzalon ym. (2015) tutkimustulosten mukaan Health Educational Program -terveyskasvatuskoulutusohjelmainterventio ei ole keventänyt omaishoitajan fyysistä kuormitusta. Baikin ym. (2023) ja Pieto-Morenon ym. (2024) tutkimustulosten mukaan räätälöidyt digitaaliset fyysisen toimintakyvyn tukemiseen perustuvat ohjelmat ovat tukeneet omaishoitajien ja -hoidettavien fyysistä hyvinvointia.

Omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu runsaasti lähinnä teknisesti toteutettuja psykososiaalisia interventioita. Psykososiaalista kuormitusta on pyritty vähentämään Mobile System for Elderly Monitoring (Sistema Móvel de Assistência ao Idoso, SMAI)-, (Stutzel ym., 2019), Further Enabling Care at Home (FECH)-, (Slatyer ym., 2019), iPad-Enhanced Shared Care Intervention for Partners (iSCIP)- (Sebern ym., 2018) ja multimediaitsehallintaohjelman (Sun ym., 2017) sekä itsehallinnan verkkoalustan (Jansen ym., 2022) ja Educational Technology in Health (ETH) -sovelluksen (Santos ym., 2018) avulla. Omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu myös automaattista nauhoitekyselyä ja sähköpostipalautteista koostuvaa interventioita (Piette ym., 2015a; Piette ym., 2015b), videoneuvottelusta, aktiivisuusrannekkeen käytöstä ja motivaatiotekstiviesteistä koostuvaa interventiota (Baik ym., 2023) ja puhelinpohjaista psykososiaalista interventiota (Badr ym., 2015). Eiteknisesti toteutettuja psykososiaalisia interventioita ovat olleet Health Educational Program -terveyskasvatuskoulutusohjelma (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015), kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (cognitive behaviour Therapy CBT) perustuva itsehoitointerventio (McCann ym., 2015), tietoiseen läsnäoloon ja myötätuntoon perustuva interventio (Murfield ym., 2021) ja kotona tapahtuva keuhkokuntoutusinterventio (Grosbois ym., 2022).

Tutkimustulosten mukaan omaishoitajat ja -hoidettavat ovat pääosin hyötäneet heille tarjotuista psykososiaalisista interventioista. Masennusta ovat vähentäneet

puhelinpohjainen psykososiaalinen interventio (Badr ym., 2015), automaattisesta nauhoitekyselystä ja sähköpostipalautteista koostuva interventio (Piette ym., 2015a; Piette ym., 2015b) ja kotona tapahtuva keuhkokuntoutusinterventio (Grosbois ym., 2022). Omaishoidettavan elämänlaatua on lisännyt Multimediaitsehallintaohjelma (Sun ym., 2017). Sen sijaan Health Educational Program -terveyskasvatuskoulutusohjelmalla ei ollut vaikutusta omaishoitajan elämänlaatuun (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015). Omaishoitajan roolia ovat vahvistaneet FECH-ohjelma (Slatyer ym., 2019), puhelinpohjainen psykososiaalinen interventio (Badr ym., 2015) ja tietoiseen läsnäoloon ja myötätuntoon perustuvat interventiot (Murfield ym., 2021). Omaishoitajan ja -hoidettavan välistä vuorovaikutusta ovat kehittäneet itsehallinnan verkkotyökalu (Jansen ym., 2022) ja mHealth-interventio (Pieto-Moreno ym., 2024). SMAI- (Stutzel ym., 2019) ja iSCIP-ohjelmien (Sebern ym., 2018) sekä ETH-sovelluksen (Santos ym., 2018) avulla omaishoitajat ovat saaneet yhteyden terveydenhuollon tiimiin ja keskustelleet heidän kanssaan omaishoidettavan hoidosta.

Tietojen ja taitojen kehittämiseksi omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu teknisiä ratkaisuja, kuten FECH- (Aoun ym., 2018; Slatyer ym., 2019) ja iSCIP-ohjelmia (Sebern ym., 2018), multimediaitsehallintaohjelmia (Sun ym., 2017), puhelinpohjaista psykososiaalista interventiota (Badr ym., 2015) sekä automaattista nauhoitekyselyä ja siihen liittyvää sähköpostipalautteinterventiota (Piette ym., 2015b). Muita tarjottuja interventioita ovat olleet Health Educational Program -terveyskasvatusohjelma (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015) ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (cognitive behaviour therapy CBT) perustuva itsehoitointerventio (McCann ym., 2015). Tutkimustulosten mukaan omaishoitajat ovat saaneet tietoa sairaudesta ja oireista sekä tukea omahoitomenetelmiin FECH-ohjelman avulla (Aoun ym., 2018). Sunin ym. (2017) tutkimustulosten mukaan multimediaitsehallintaohjelman avulla omaishoitajien ja -hoidettavien tietämys leikkaukseen liittyvissä asioissa on parantunut. Educational Program -terveyskasvatuskoulutusohjelma on lisännyt omaishoitajien tietämystä liikehoidosta ja hygieniasta (Rodríguez-Gonzalo ym., 2015). Jäi kuitenkin epäselväksi, pystyttiinkö Rodríguez-Gonzalon ym. (2015) tutkimuksessa saatua tietoa kuitenkaan soveltamaan, koska terveyskasvatusohjelma ei tukenut omaishoitajaa fyysisesti ja psykososiaalisesti.

Lääkehoidon tukemiseksi omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu FECH-ohjelmaa (Aoun ym., 2018) sekä automaattista nauhoitekyselyä ja siihen liittyvää sähköpostipalautteinterventiota (Piette ym., 2015b). Itsehoidon vahvistamiseen omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (cognitive behaviour Therapy CBT) perustuvaa itsehoitointerventiota (McCann

ym., 2015), iSCIP- (Sebern ym., 2018), FECH-ohjelmat (Slatyer ym., 2019) ja multimediatsehallintaohjelmia (Sun ym., 2017) sekä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (cognitive behaviour Therapy CBT) perustuvaa itsehoitointerventiota (McCann ym., 2015). Tutkimustulosten mukaan kaikki lääkehoitoon (Aoun ym., 2018; Piette ym., 2015b) ja itsehoidon vahvistamiseen (McCann ym., 2015; Sebern ym., 2018; Slatyer ym., 2019; Sun ym., 2017) tähtäävät interventiot ovat osoittautuneet onnistuneiksi.

Omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu mahdollisuutta olla mukana tulevaisuuden teknologian testaamisessa. D’Onofrion ym. (2019) tutkimuksen tarkoituksena on ollut tutkia iäkkäiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa tarpeita, kun he toimivat puheella ohjatun robotin kanssa, ja identifioida ensisijaiset tarpeet, joita tulisi kehittää loppukäyttäjäperspektiivistä. Tutkimustulosten mukaan robotit hyväksyttiin yleensä hyvin. Omaishoitajat ja -hoidettavat toivoivat seurantarobotin tunnistavan eleet ja tunnetilat (D’Onofrio ym. 2019). Mejía ym. (2022) selvittivät tutkimuksessaan omaishoitajien kiinnostusta mobiiliratkaisuihin, joiden avulla pyrittiin ehkäisemään kaatumisia. Tutkimustulosten mukaan omaishoitajat ovat pitäneet mobiiliratkaisun tärkeimpinä tekijöinä paikannuspalvelua, yhteyttä hätäpalveluihin ja kaatumisten ehkäisyinterventioita. Vähiten tärkeiksi tekijöiksi arvioitiin pelilliset koulutusohjelmat, yhteys sosiaaliseen mediaan, digitaalinen yhteisö ja edistymisraportit. (Mejía ym., 2022)

Kronologisesti tarkasteltuina interventioissa oli nähtävissä teknologian kehitys. Vuonna 2015 omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottiin puhelin- ja sähköpostipohjaisia palveluja (Piette ym., 2015a; Piette ym., 2015b). Vuonna 2018 heille tarjottiin muuan muassa sovelluksia (Santos ym., 2018; Sebern ym., 2018) ja vuonna 2019 selvitettiin hoitorobotin käyttötarpeita loppukäyttäjän näkökulmasta (D’Onofrio ym., 2019).

Interventioita on toteutettu kasvotusten ja etäteknologian (puhelin, matkapuhelin, tietokone, tabletti sekä puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttö) avulla. Etäteknologia on mahdollistanut omaishoitajille osallistumisen interventioihin heille sopivaan ajankohtaan (Slatyer ym., 2019) ja säästänyt aikaa, rahaa ja matkoja (Aoun ym., 2018). Baikin ym. (2023) mukaan omaishoidettavien positiiviset kokemukset, digitaaliset taidot ja hyvä internetyhteyksien laatu ovat vaikuttaneet aikomukseen käyttää teknologiaa. Jotta omaishoitajat ja -hoidettavat hyötyisivät heille tarjottavista teknologiasta, tulee teknologia D’Onofrion ym. (2019) mukaan räätälöidä käyttäjänsä perusteella. Rodríguez-Gonzalo ym. (2015) kehottavat pidentämään interventioita ja kehittämään ohjelmia, jotka on kohdennettu erityisesti hoitotyöhön.

2.4 Kinestetiikan tutkimuksen nykytilanne

Kinestetiikan voimavaralähtöistä toimintamallia on tutkittu vielä vähän. Tutkimus on kohdentunut vanhustenhuollossa työskentelevien ammattilaisten kokemuksiin kinestetiikan koulutuksen hyödyistä ja käytännön juurruttamisesta (Fringer ym., 2014; 2015; Stenman, 2020; Stenman ym., 2020), henkilöstön kokemuksiin tyytyväisyydestä ja muutoksista hoitajan toimintaympäristössä kinestetiikan käytön oton aikana (Stenman, 2020; Stenman ym., 2016, 2020), kinestetiikan vaikutuksesta hoitajan fyysiseen kuormittavuuteen (Freiberg ym., 2016) sekä kinestetiikan osaamistasoa mittaavien mittareiden kehittämiseen ja testaukseen (Gattinger, 2017; Gattinger, Leino-Kilpi ym., 2017; Gattinger, Senn ym., 2017; Gattinger ym., 2016). Viimeaikainen tutkimus on kohdistunut kinestetiikan koulutuksen vaikuttavuuden tutkimiseen saattohoidon kontekstissa (Gattinger ym., 2023). Kinestetiikan toimintamallin käytöstä omaishoitotyössä ei ole julkaistu tutkimuksia.

Fringerin ym. (2014) tutkimuksen tulosten mukaan hoitohenkilökunnalle kohdennettu kinestetiikan koulutus on kehittänyt hoitohenkilökunnan ryhmädynamiikkaa ja parantanut hoitajien vuorovaikutustaitoja asukkaiden kanssa ja hoitotiimien sisällä. Kinestetiikan koulutus on johtanut prosessuaaliseen kollaboratiiviseen oppimiseen ja vaikuttanut positiivisesti asukkaiden elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen (Fringer ym., 2015). Fringerin ym. (2015), Stenmanin (2020) ja Stenmanin ym. (2020) tutkimusten tulokset ovat yhteneväisiä Fringerin ym. (2014) tutkimuksen tulosten kanssa. Heidän mukaansa kinestetiikan käyttöönotto on parantanut työyhteisön toimivuutta (Fringer ym., 2015; Stenman, 2020; Stenman ym., 2020).

Stenmanin ym. (2016) tutkimustulosten mukaan kinestetiikan toimintamalli on tehnyt kuntouttavan hoitotyön näkyväksi. Stenman (2020) on kuvaillut väitöskirjassaan, kuinka hoitajille on muodostunut yhteinen tapa tehdä töitä, mikä on ilmennyt omahoitajuutena, hoitajan kuntouttavana työotteena ja hoidon tavoitteellisuutena sekä työympäristön huomioimisena avustustilanteissa. Hoitajat ovat työskennelleet enemmän yksin ja saaneet näin paremmin kontaktin potilaaseen ja paremman vuorovaikutuksen hänen kanssaan. Hoitajat ovat saaneet kaipaamaansa arvostusta potilailta, työtovereilta ja omaisilta (Stenman, 2020). Stenman ym. (2016) ovat todenneet tutkimuksessaan hoitajien toiminnan muuttuneen hoitajakeskeisestä asiakaskeskeiseen suuntaan.

Stenmanin ym. (2016) tutkimuksen tulosten mukaan kaikille hoitajille kohdennettu kinestetiikan koulutus on edistänyt uuden menetelmän käyttöönottoa. Myös kinestetiikasta vastaavien hoitajien tuki on koettu tärkeäksi (Stenman ym., 2016). Stenmanin ym. (2020) tutkimuksen tulosten mukaan työntekijöiden ja johdon

osallistuminen kinestetiiikan koulutukseen on edistänyt moniammatillista yhteistyötä ja yhteisen tavoitteen saavuttamista. Esimiehet ovatkin olleet Stenmanin ym. (2020) mukaan avainroolissa uusien hoitokäytäntöjen käyttöönotossa.

Kinestetiiikan hyödyistä on olemassa eräviä tuloksia. Stenmanin ym. (2016) tutkimuksen tulokset ovat antaneet viitteitä, että kinestetiiikan toimintamalli on parantanut hoitajien työtyytyväisyyttä. Stenmanin ym. (2020) tutkimuksen tulosten mukaan kinestetiiikalla on ollut vähäinen vaikutus siihen, miten työntekijät ovat kokeneet työnsä, työtiiminsä ja johdon. Freibergin ym. (2016) kartoittavan katsauksen tulosten mukaan useimmissa kinestetiiikan toimintamalliin liittyvissä tutkimuksissa on raportoitu henkilöstön tuki- ja liikuntaelinten kuormituksen vähenemisestä kinestetiiikan koulutuksen avulla, mutta he eivät ole voineet antaa selkeää suositusta kinestetiiikan konseptista korkealaatuisten tutkimusten puutteen vuoksi. Gattingerin ym. (2023) saattohoidon kontekstissa saatujen tutkimustulosten mukaan Advanced Kinaesthetics in Palliative care (AdKinPal) -ohjelman avulla on parannettu hoitajien koettua kinestetiiikan osaamista ADL-toimintojen avustustilanteissa. Hoitajilla, joilla on ilmennyt niska-, hartia- tai selkäkipuja, on ollut merkittävästi heikompi kinestetiiikan osaaminen (Gattinger ym., 2023). Gattinger (2017) on osoittanut väitöskirjassaan, että pitkään työelämässä olleilla on parempi kinestetiiikan ymmärrys ja osaaminen avustustilanteissa verrattuna vastavalmistuneisiin. Sen vuoksi jatkuva kouluttaminen on tärkeää.

2.5 Yhteenvedo narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tuloksista

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan omaishoitajilla on runsaasti haasteita mikro-, meso- ja makrotasolla. Ne liittyvät yleisesti työtaakkaan, fyysiseen ja henkiseen rasitukseen, sosiaalisiin suhteisiin, taloudellisiin haasteisiin ja yhteistyöhön sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön kanssa. Omaishoitajille on kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan tarjottu erilaisia interventioita työtaakan vähentämiseksi. Lisäksi omaishoitajille ja -hoidettaville on tarjottu fyysisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn parantamiseen sekä tietojen ja taitojen lisäämiseen kohdennettuja interventioita ja mahdollisuutta osallistua tulevaisuuden teknologian testaamiseen. Laajempaa yhteiskunnallista omaishoidon tarkastelua ei tutkimuksissa ole tullut esille.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetut interventiot ovat vastanneet useimpiin omaishoitajien ja -hoidettavien mikro- ja mesotason haasteisiin. Interventioissa ei ole vastattu omaishoitajien taloudellisiin eikä makrotason haasteisiin. Tulosten mukaan omaishoitajille

ja -hoidettaville ovat sopineet räätälöidyt henkilökohtaiset interventiot paremmin kuin yleisen tason interventiot. Myös tekniset ohjelmainterventiot ovat soveltuneet kohderyhmälle hyvin. Omaishoitajat ja -hoidettavat eivät ole olleet kiinnostuneita pelillisistä interventioista eivätkä sosiaalisista alustoista.

Kinestetiikan tutkimus on jakautunut mittareiden kehittämiseen ja kokemusperäisen tiedon keräämiseen kinestetiikan oppimisprosessista, käyttöönottoon hoitotyön ympäristössä ja käyttöönoton jälkeisen tyytyväisyyden tutkimiseen. Kinestetiikkaa on tutkittu aikaisemmin vanhustenhuollon ja saattohoidon konteksteissa, mutta ei omaishoidon kontekstissa. Tässä väitöstutkimuksessa tutkitaan ensimmäistä kertaa omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetun kinestetiikan omaishoitajakurssin hyötyjä ja mahdollisia kehittämistarpeita omaishoidon kontekstissa kotiympäristössä.

3 Empiirisen tutkimuksen aineisto ja menetelmät

3.1 Toimintatutkimus metodologisena lähestymistapana

Tässä tutkimuksessa metodologisena lähestymistapana käytettiin osallistavaa ja kommunikatiivista toimintatutkimusta. Toimintatutkimuksella on useita eri suuntauksia, ja sitä on tulkittu eri aikoina eri tavoin (Heikkinen, Kaukko & Salo, 2023, s. 17–19; Heikkinen ym., 2010, s. 40–67). Carr ja Kemmis (1986, s. 165) pitävät toimintatutkimusta demokraattisia periaatteita korostavana lähestymistapana, joka sallii osallistujien vaikuttaa tai määrätä oman elämänsä ja työnsä olosuhteita sekä kehittää yhteisesti kritiikkiä riippuvuutta, epätasa-arvoa ja sosiaalisia oloja kohtaan. Kemmis ja McTaggart (1988, s. 5) määrittelevät toimintatutkimuksen yhteisölliseksi ja itsereflektiiviseksi tutkimustavaksi, jonka avulla sosiaalisen yhteisön jäsenet kehittävät yhteistyötä ja käytäntöjä järkipäisemmiksi ja oikeudenmukaisemmiksi sekä pyrkivät ymmärtämään entistä paremmin omia toimintatapojaan ja tilanteita, joissa he toimivat. Kemmis ja Wilkinson (1998, s. 21) kuvailevat toimintatutkimuksen olevan interventioon perustuva, käytännönläheinen, osallistava, reflektiivinen ja sosiaalinen prosessi, jonka tarkoituksena on tutkia sosiaalista todellisuutta, jotta sitä voitaisiin muuttaa, ja muuttaa todellisuutta, jotta sitä voitaisiin tutkia.

Osallistava toimintatutkimus edustaa toimintatutkimuksen australialaista suuntausta, joka perustuu kriittisen teorian filosofiseen perinteeseen (Heikkinen, 2018, s. 217; Kemmis & Wilkinson, 1998; Whyte, 1991a; Whyte ym., 1991). Suuntauksen tunnetuimmat henkilöt ovat Wilfred Carr ja Stephen Kemmis (Gibson, 1985; Heikkinen ym., 2010, s. 45). Carrin ja Kemmisin (1986) mukaan kehittämistoiminnan tavoitteena on luoda kriittisiä yhteisöjä, jotka toimivat demokraattisesti. Keskiössä ovat ihmisen valtaistuminen (*empowerment*), vapautuminen (*emancipation*) ja osallistuminen (*participatory action*) (Carr & Kemmis, 1986). Heikkisen ym. (2023, s. 85) mukaan osallistava toimintatutkimus pohjautuu toimintatutkimuksen isänä pidetyn Kurt Lewinin (1890–1947) elämäntyöhön. Toimintatutkimukseen perustuvia ideoita oli kuitenkin nähtävissä jo aiemmin. Esimerkiksi John Dewey käsittelee tuotannossaan reflektiivistä ajattelua toiminnan perustana ja John Collier käytti ensimmäisenä toimintatutkimuksen käsitettä (Dewey, 1929, s. 24; Heikkinen, 2018, s. 217; Wallace, 1987, s. 99).

Kommunikatiivisen toimintatutkimuksen on kehittänyt Björn Gustavsen, jonka ideat perustuvat kommunikatiivisen toiminnan teoriaan. Kommunikatiivinen toimintatutkimus pohjautuu myös pohjoismaiseen työelämäntutkimukseen, jonka juuret ovat 1960-luvulla lähtien toteutetuissa työelämän kehittämissuunnitelmissa (Heikkinen ym., 2023, s. 83–85). Kommunikatiivisen toimintatutkimuksen perusmenetelmä on demokraattinen dialogi, jonka tarkoituksena on väitteiden ja vastaväitteiden avulla tuottaa yhteinen ”totuus” ilman, että osallistujat ajavat omia etujaan (Gustavsen, 1992; Habermas, 1973, 1987; Lahtonen, 1999, s. 214–215). Työntekijät nähdään oman työnsä asiantuntijoina ja aktiivisena muutoksen liikkeelle panijoina (Heikkinen ym., 2023, s. 84).

Toimintatutkimusta käytetään ajallisesti rajatuissa tutkimus- ja kehittämisprosesseissa, joissa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja (Heikkinen, 2018, s. 216). Kanasen (2014, s. 11) mukaan toimintatutkimuksen vahvuus on siinä, että sen avulla osallistujat voidaan sitouttaa määriteltyyn uudistukseen. Muutoksen syvin olemus saadaan esille toiminnan kautta (Kananen, 2014, s. 13). Tutkimus voidaan kohdistaa yksilöön, organisaatioon tai yhteiskuntaan (Heikkinen, 2010, s. 17).

Toimintatutkimusta kuvataan yleensä spiraalimaisesti eteneväksi kehittämiseksi, johon kuuluvat syklisesti etenevät suunnittelu-, toteutus-, havainnointi- ja reflektiovaiheet. Käytännössä kehittämistyössä tapahtuu monenlaisia ja hyvin monen tasoisia prosesseja. Ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. (Hart & Bond, 1996; Heikkinen, 2010, s. 33–37; Heikkinen ym., 2023, s. 24–33) Toimintatutkimus mahdollistaa perinteisistä tutkimusmetodeista poiketen tutkimuksen suunnan muutoksen kesken tutkimuksen. Whyte (1991b) kutsui sitä yllätykseksi. McNiff ym. (1996, s. 23) käyttivät sittemmin yleistynyttä käsitettä toimintatutkimuksen sivuspiraali.

Toimintatutkimuksessa voidaan Heikkisen ja Syrjälän ym. (2006, s. 147–148) mukaan käyttää laadullista ja määrällistä aineistoa, mutta toimintatutkimus ei yleensä tuota tilastollisesti pätevää näyttöä eikä tutkimusta voida yleistää. Näin ollen toimintatutkimus voi olla esimerkiksi laadullinen tai monimenetelmätutkimuksen mukaan, mitä aineistonkeruumenetelmiä tutkimuksessa on käytetty (Heikkinen, Kauko & Salo, 2023, s. 35).

Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa on riippuvainen käytetystä toimintatutkimusorientaatiosta, joka jakautuu Habermasin (1973) kehittämän tiedonintressin mukaan tekniseen, käytännölliseen ja vapauttavaan. Jos orientaatio on tekninen, tarkastellaan toimintaa ulkopuolelta ja tutkija toimii ulkopuolisena asiantuntijana. Käytännöllisessä eli praktisessa orientaatiossa tutkija rohkaisee osallistujia osallistumaan ja reflektoimaan omaa toimintaansa. Kun orientaatio on vapauttava eli

kriittinen, käynnistää tutkija muutoksen sekä kontrolloi yhteistoimintaa ja osallistujia ja jakaa vastuun heidän kanssaan. (Carr & Kemmis, 1986, s. 201–205; Habermas, 1973; Heikkinen ym., 2010, s. 43–48; Kemmis & Wilkinson, 1998, s. 27)

Huovinen ja Rovio (2010, s. 94) odottavat tutkijalta kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia. Kananen (2014, s. 67) edellyttää, että tutkijalla on tietoa tutkittavasta aiheesta ja että hän hallitsee toimintatutkimuksen prosessit, käytettävät aineistonkeruumenetelmät ja ryhmäkäyttäytymisen. Kuula (1999, s. 145–146) painottaa luottamuksellisen suhteen rakentamista tutkittavien kanssa, vuorottelee tutkijan rooli osallistavassa toimintatutkimuksessa tietoisesti konsultin ja tasavertaisen osallistujan välillä.

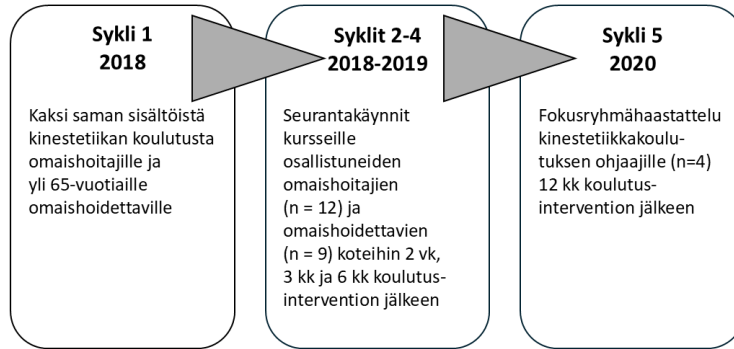
3.2 Toimintatutkimuksen toteutus

Osallistava ja kommunikatiivinen toimintatutkimus ymmärrettiin tässä tutkimuksessa väljänä lähestymistapana, ei systemaattisesti seurattavana metodina. Tutkimuksessa tutkittiin omaishoitajille ja ikääntyville yli 65-vuotiaille omaishoidettaville kohdennetun kinestetikan kurssin hyötyjä ja kehittämistarpeita. Tutkijan toimintaa ohjasi sosiaalisen konstruktivismin mukainen näkemys, jonka mukaan käsitteet ja teoriat ovat sosiaalisesti ja kielellisesti rakentuneita ja sidoksissa paikkaan (Ylijoki, 1999, s. 318). Tutkija auttoi tutkimukseen osallistuvia omaishoitajia ja -hoidettavia sekä kouluttajia löytämään ongelmat ja ajattelemaan asioista eri tavalla. Tässä tutkimuksessa etsittiin syvällisempää todellisuutta, jonka avulla pyrittiin saamaan aikaan muutoksia avustuskäytännöissä omaishoidon kontekstissa. Todellisuudessa kyse oli toimijoiden itse muodostamasta totuudesta. Käytännön harjoitusten ja kokemusten reflektoinnin avulla osallistujat pyrkivät ymmärtämään kokemuksiaan tietoisesti ja syventämään ymmärrystään kehittääkseen avustamiskäytäntöjään. (Heikkinen, 2018, s. 222–224; Niemi ym., 2023, s. 128–131) Tutkimuksessa edettiin osallistujien omilla ehdoilla ja heidän itsensä asettamien tavoitteiden mukaan avustuskäytäntöjen kehittämisessä. Toisten tulkinnat saattoivat vaikuttaa yksittäiseen toimijaan siinä tapauksessa, jos hän piti niitä merkittävänä suhteessa omaan tietoonsa. (Carr & Kemmis, 1986, s. 129, 156, 189–190; Hart & Bond, 1996; Mezirow, 1996a, 1996b)

Tämän tutkimuksen vaiheet (kuvio 1) koostuivat viidestä spiraalimaisesti etenevästä toimintatutkimuksen syklistä, joista jokainen sisälsi suunnittelu-, toteutus-, havainnointi- ja reflektiovaiheet. Jokaisen intervention jälkeen tutkija tarkasteli koottua aineistoa, reflektoi sitä ja suunnitteli seuraavan vaiheen toteutusta. Koska ilmiötä tutkittiin ensimmäistä kertaa, piti tutkija koko tutkimuksen ajan silmällä

mahdollisia sivuspiraaleja ja oli valmis tarvittaessa kääntämään tutkimuksen suuntaa.

Toimintatutkimuksen vaiheet



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen vaiheet.

3.3 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Tutkimusaineisto kerättiin tutkimuksen viidestä syklistä, joita olivat kaksi järjestettyä kinestetiikan kurssia, kotikäynnit kurseille osallistuneiden omaishoitajien ja -hoidettavien koteihin kaksi viikkoa, kolme kuukautta ja kuusi kuukautta kurssin jälkeen sekä ohjaajille kohdennettu fokusryhmähaastattelu 12 kuukauden kuluttua kursseista. Kohderyhmät, aineistonkeruumenetelmät ja -ajankohdat sekä tieto siitä, mihin tutkimuskysymykseen vastataan, esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Kohderyhmät, aineistonkeruumenetelmät ja -ajankohdat sekä tieto siitä, mihin tutkimuskysymykseen vastataan.

Kohderyhmä	Menetelmä	Arviointi- ja tiedonkeruuvaihe				Kehittämis- vaihe 12 kk kurssista	Tutkimus- kysymys
		Kinestetiikan kurssi	2 vk kurssista	3 kk kurssista	6 kk kurssista		
Omaishoitajat	I Taustatieto- lomake (liite 5)	X					
	II Työn kuormitta- vuuskysely (liite 6)	X		X	X		1
Omaishoidet- tavat	III Taustatieto- lomake (liite 7)	X					
Omaishoitajat ja -hoidettavat	IV Kurssipalaute (liite 8)		X				4
	Kinestetiikan kurs- sin hyödyt -haastattelurunko Teemahaastattelu kotikäyntien yhtey- dessä (liite 9)		X	X	X		3
Koulutuksen ohjaajat	Fokusryhmähaas- tattelu					X	4
Omaishoitajat ja -hoidettavat sekä koulu- tuksen ohjaa- jat	Osallistuva havainnointi	X	X	X	X	X	1–3
	Tutkimuspäiväkirja	X	X	X	X	X	1–4

Tutkimuksen tiedonkeruun menetelminä käytettiin lomakekyselyjä, teema- ja fokusryhmähaastatteluja, osallistuvaa havainnointia ja tutkimuspäiväkirjaa. Kyselylomakkeissa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on määritelty ennalta, ja vastaajat vastaavat esitettyyn kysymyksiin ja väittämiin (Valli, 2010, s. 103–106). Kyselyn vahvuutena pidetään sitä, että se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston keräämisen. Kyselyn heikkoutena pidetään sitä, että kyselytutkimuksessa ei ole mahdollista varmistaa, vastaavatko vastaajat vakavissaan asetettuihin kysymyksiin. Kato eli vastaamattomuus voi kasvaa suureksi, mikäli vastausvaihtoehdot eivät ole onnistuneita (Hirsjärvi ym., 2007, s. 190–195) Tässä tutkimuksessa

lomakekyselyjä käytettiin omaishoitajien ja -hoidettavien taustatietojen ja kurssi-palautteiden keräämiseen.

Teemahaastattelu toteutetaan nimensä mukaisesti keskustelemalla etukäteen määritellyistä teemoista. Esitetyillä kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjes-tystä. (Eskola ym., 2018, s. 29–30, s. 41–46) Teemahaastatteluissa tutkija voi esit-tää tarkentavia kysymyksiä (Huovinen & Rovio, 2010, s. 107–110). Haastattelun etuna on sen joustavuus tutkimustilanteessa. Heikkoutena pidetään sitä, että se vie aikaa ja haastateltavilla on taipumus antaa sosiaalisesti soveliaita vastauksia. (Hirs-järvi ym., 2007, s. 200–201) Tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastatteluja ko-tikäynneillä avustustilanteissa ilmenevän tiedon keräämiseen.

Fokusryhmähaastattelu on ryhmäkeskustelun muoto, jota käytetään tilanteissa, joissa halutaan syventää saatua tietoa. Fokusryhmähaastattelun vahvuutena pide-tään sitä, että se tuottaa monipuolisen ja rikkaan aineiston, jonka analysointi on useinkin hyvin vaativaa. (Mäntyranta & Kaila, 2008, s. 1507–1508, 1512) Tässä tutkimuksessa käytettiin fokusryhmähaastattelumenetelmää teemahaastatteluin ke-rätyn tiedon jatkokäsittelyyn ryhmässä.

Osallistuvaa havainnointia käytetään tilanteissa, joissa tutkittavasta ilmiöstä tiedetään vähän tai ei ollenkaan. Havainnoinnin kohteena voi olla yksilö tai yhteisö sosiaalisine ja kulttuurisine perinteineen. Tutkijan osallistumisen aste voi vaihdella täydellisestä osallistumisesta havaintojen tekemiseen. Menetelmän vahvuutena pi-detään sitä, että se kytkee saadun tiedon kontekstiin. Heikkoutena pidetään sitä, että menetelmä on suuritöinen ja aikaa vievä. (Grönfors, 2010, s. 154–159) Tässä tut-kimuksessa käytettiin havainnointia teema- ja fokusryhmähaastattelujen rinnalla tukemaan niistä saatua tietoa.

Tutkimuspäiväkirja on tutkijan väline, tuotos, joka sisältää olennaiset tutki-mukseen liittyvät havainnot, ideat, asiat, mietteet ja pohdinnat sekä lähdevinkejä. Muodoltaan tutkimuspäiväkirja voi olla vapaamuotoinen tai kurinalainen. (Hirs-järvi ym., 2007, s. 45–46) Tässä tutkimuksessa käytettiin vapaamuotoista tutkimus-päiväkirjaa.

Tutkimuksessa käytettiin seuraavia kyselylomakkeita: Kyselylomakkeella I Omaishoitajan taustatietolomake (liite 5) kerättiin perustietoja kohderyhmästä. Ky-selylomake I on laadittu itse, ja omaishoitajat täyttivät sen kurssipaikalla ennen kurssin alkua. Kyselylomake II eli Omaishoitajan työn kuormittavuuskysely (liite 6) on Työterveyslaitoksella kehitetty mittari, joka sisältyy fyysisten riskien hallin-tamalliin hoitoalalla (Tamminen-Peter ym., 2015). Tutkimuksessa käytettiin työn kuormittavuuskyselyn kysymyksistä kysymyksiä 5. Kuinka tyytyväinen olet työ-hösi, 7. Kuinka kuormittavaa työsi on fyysisesti ja 8. Kuinka kuormittavaa työsi on

psykkisesti. Työllä tarkoitettiin tässä yhteydessä omaishoitotyötä. Aineisto kerättiin omaishoitajakurssilla sekä kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua kurssin loppumisesta. Omaishoitajat täyttivät lomakkeen itse.

Kyselylomakkeella III Omaishoidettavan taustatietolomake (liite 7) kerättiin perustietoja kohderyhmästä. Kyselylomake III on laadittu itse, ja omaishoidettavat täyttivät sen kurssipaikalla ennen kurssin alkua. Kyselylomakkeen IV Kurssipalautelaute (liite 8) avulla kerättiin palautetta kinestetiikan kurssista. Kurssipalautelomake oli muotoiltu kurssiin sopivaksi Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n laatiman kurssipalautelomakkeen pohjalta ja tutkijalla oli yhdistyksen puheenjohtajan lupa käyttää lomaketta. Omaishoitajat ja -hoidettavat täyttivät kurssipalautelomakkeen kirjallisesti kotikäynnillä kaksi viikkoa kurssista. Palautetta ei pyydetty välittömästi kurssin loputtua, jotta osallistujat saivat rauhassa miettiä kokemuksiaan kotiympäristössään.

Kyselylomake V Teemahaastattelu kinestetiikan koulutuksen hyödyistä (liite 9) on laadittu itse, ja aineiston kerääminen toteutettiin teemahaastatteluna kurssille osallistuneille omaishoitajille ja -hoidettaville kotikäyntien yhteydessä kaksi viikkoa, kolme kuukautta ja kuusi kuukautta kurssin jälkeen. Keskustelut nauhoitettiin myöhempää litterointia varten. Omaishoitajilla ja -hoidettavilla oli mahdollisuus halutessaan saada apua tutkijalta kaikkien lomakkeiden täytössä.

Fokusryhmähaastattelu (Liamputtong, 2001; Mäntyranta & Kaila, 2008; Stewart ym., 2007) toteutettiin noin 12 kuukauden kuluttua kinestetiikan kurssin päättymisen jälkeen kinestetiikan ohjaajille (n = 4). Fokusryhmähaastattelun teemat olivat muotoutuneet seurantajaksojen tulosten perusteella. Keskustelujen tuloksena ohjaajat laativat muutosehdotuksia kurssille. Fokusryhmähaastattelu nauhoitettiin myöhempää litterointia varten.

3.4 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeilla kerätty tieto analysoitiin kuvailevin menetelmin (Cohen ym., 2007, s. 503–504). Kyselylomakkeiden vastauksista muodostettiin taulukoita. Taulukoissa käytettiin lukumäärää, otoskokoa (n) ja prosentteja (%).

Teemahaastattelut (kaksi viikkoa, kolme kuukautta ja kuusi kuukautta kurssista) nauhoitettiin, kirjoitettiin sanatarkasti tekstiksi (294 kpl A4-liuskoja, riviväli yksi) ja analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä (Elo ym., 2014; Elo & Kyngäs, 2008). Tarkoituksena oli saada mahdollisimman tarkka ja tiivistetyssä muodossa oleva kuva tutkittavasta ilmiöstä, sillä ilmiötä ei ollut tutkittu aikaisemmin. Analyysiprosessia ohjasivat tutkimuskysymykset (Elo & Kyngäs,

2008; Graneheim & Lundman, 2004; Krippendorff, 2004). Analyysiyksiköksi valittiin lause, lauseen osa, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Graneheim & Lundman, 2004). Sen jälkeen aineisto pelkistettiin ja pelkistettyjä ilmaisuja vertailtiin keskenään. Pelkistykset ryhmiteltiin sisällön mukaan alaluokiksi. Samansisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja yläluokista muodostettiin vertailun jälkeen pääluokkia. (Elo ym., 2014; Elo & Kyngäs, 2008) Alkuperäinen ilmaus, pelkistetty ilmaus, alaluokka, yläluokka ja pääluokka työstettiin Excel-ohjelmalla. Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista, pelkistetyistä ilmauksista ja kategorioista esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Esimerkki luokittelujen muodostamisesta.

Ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Kokonaisuuden hallinta."	Haastavuus kokonaisuuden hallinnassa	Kokonaisuuden hallinnan menettämisen pelko	Ajankäytön hallinta	Aika
"Avustustoiminta vie suuren osan ajastani. Juuri muuhun ei jää aikaa."	Avustustoiminta vie suuren ajan kaikelta muulta	Aikaa vievä avustustoiminta		
"Kotihoito tulee aina niin myöhään. Olen monta kertaa joutunut itse laittamaan hänet valmiiksi."	Palvelujen korvaaminen omalla työllä palvelun saannin myöhästymisestä johtuen	Aikatauluista johtuvat päällekkäiset tai korvaavat tapahtumat		
"Mä alan tarjoamaan hänelle lounasta. Siinä menee klo 13 asti ja silloin se on melkein ohitse."	Omaishoitajille kohdennettu tilaisuus toteutetaan yhtäaikaaisesti kotona tapahtuvan ruokailun kanssa			
"Hän on niin hätäinen."	Omaishoidettavan hätäinen toiminta	Omaishoitajan ja omaishoidettavan malttamattomuus	Malttamattomuus	
"Ei, kun mä teen nopeemmin näin."	Puolesta tekeminen on nopeampaa			

Fokusryhmähaastattelu analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä (Elo ym., 2014; Elo & Kyngäs, 2008). Koska omaishoitajista ja -hoitettavista sekä ohjaajista muodostunut tutkimusjoukko oli hyvin pieni (n = 25), ei havaintoja ja päiväkirja-aineistoa analysoitu systemaattisesti, vaan niiden hyöty oli tutkijan ajatusprosessin tukemisessa (Kaukko & Kiilakoski, 2023, s. 140–144). Haastatteluaineistojen analyysissä palattiin toistuvasti muistiinpanoihin.

3.5 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Kinestetiikan kurssille osallistui ja tähän tutkimukseen valikoitui 12 omaishoitajaa, jotka olivat 65–80-vuotiaita ja joiden keski-ikä oli 73 vuotta. Omaishoitajista naisia oli yhdeksän ja miehiä kolme. Omaishoitajien koulutustaustat vaihtelivat kansakoulusta yliopistotutkintoon. Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat olivat eläkkeellä eivätkä työskennelleet omaishoitajana toimimisen ohella. Kaikki omaishoitajat avustivat avo- tai aviopuolisooan. Omaishoitajista kahdeksan asui kerrostalossa, kolme omakotitalossa ja yksi rivitalossa. He olivat toimineet omaishoitajina neljästä kuukaudesta neljäänkymmeneen neljään vuoteen. Omaishoitajanaoloaika oli keskimäärin 6,4 vuotta. Omaishoitajat arvioivat omaishoidettavan tarvitsevan apua 6–24 tuntia vuorokaudessa. Avuntarve oli keskimäärin 21 tuntia vuorokaudessa. Kymmenen omaishoitajaa oli tehnyt omaishoitosopimuksen kaupungin kanssa. Kolme omaishoitajaa ilmoitti saaneensa ohjausta avustustilanteisiin sairaalan tai kotihoidon fysioterapeutilta. Yksi omaishoitaja oli saanut ohjausta fysioterapeutin lisäksi omaiselta.

Kinestetiikan kurssille osallistui 11 omaishoidettavaa, joista tutkimukseen valikoitui yhdeksän. Omaishoidettavista kaksi ei täyttänyt tutkimuskriteerejä. Täyttääkseen tutkimuskriteerit omaishoidettavan tuli kyetä kommunikoidaan eikä hänellä saanut olla muistisairautta. Tutkimukseen osallistuneet omaishoidettavat olivat iältään 62–82-vuotiaita, ja heidän keski-ikänsä oli 76 vuotta. Omaishoidettavien koulutustaustat vaihtelivat kansakoulusta yliopistotutkintoon. Omaishoidettavat kuvasivat selviytymistään päivittäisistä toiminnoista taulukon 4 mukaisesti (Kyselylomake III Omaishoidettavan taustatietolomake, kysymys 10, liite 7). Suurin osa omaishoidettavista tarvitsi apua lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan. Vähiten apua tarvittiin ruokailussa ja asennon vaihtamisessa vuoteessa.

Taulukko 4. Omaishoidettavien oma arvio selviytymisestään päivittäisistä toiminnoista.

Perusliikkuminen	n	Hyvin	(%)	Välttävästi	(%)	Tarvitsen apua	(%)
Asentoni vaihtaminen vuoteessa	9	1	(11)	6	(67)	2	(22)
Istumaan nousu sängyn laidalle	9	1	(11)	3	(33)	5	(56)
Seisomaan nousu sängyn laidalta	9			4	(44)	5	(56)
Seisomaan nousu tuolista tai pyörätuolista	9			4	(44)	5	(56)
Istuutuminen tuoliin	8			3	(37,5)	5	(62,5)
Käveleminen ilman apuvälinettä	7	1	(14)	3	(43)	3	(43)
Käveleminen apuvälineen avulla	7			1	(14)	6	(86)
Peseytyminen	9	1	(11)	1	(11)	7	(78)
WC-käynnit	8	1	(12,5)	1	(12,5)	6	(75)
Pukeutuminen	9			1	(11)	8	(89)
Ruokailu	9	3	(33,3)	4	(44,4)	2	(22,2)
Ulkoilu	9	1	(11)			8	(89)

Omaishoidettavien ilmoittamat käytössä olevat apuvälineet esitetään taulukossa 5. Liikkumisen apuvälineistä käytetyimmät olivat pyörätuoli ja kävelyteline, mikä tarkoittaa sitä, että omaishoitajien jalkojen lihasvoimat olivat heikot. Kolmella omaishoidettavalla oli käytössään nousutuellinen kääntölevy. He jaksoivat juuri ja juuri seistä kääntölevyllä siirtymisen ajan. Vajaalla puolella omaishoidettavista oli lainassa suihkutuoli. Heidän tasapainonsa ja vartalonhallintansa olivat heikentyneet. He eivät kyenneet peseytymään seisoma-asennossa. Neljä omaishoidettavaa oli saanut ohjausta päivittäisten toimintojen avustustilanteisiin fysioterapeutilta. Yksi omaishoidettava oli saanut ohjausta fysioterapeutin lisäksi puolisoiltaan.

Taulukko 5. Omaishoidettavien ilmoittamat käytössä olevat apuvälineet.

Apuväline	Yht. (kpl)
Pyörätuoli	8
Kävelyteline	5
Suihkutuoli	4
Kävelykeppi	3
Nousutuellinen kääntölevy	3
WC-istuimen korotus	3
Otteen pidennin	2

Kahteen kaksipäiväiseen kinestetiikan koulutukseen osallistui yksi kinestetiikka-kouluttaja ja kolme kinestetiikan tutorkoulutuksen käynnyttä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Kinestetiikkakouluttaja oli käynyt kinestetiikan kouluttaja-koulutuksen ja tutorit kinestetiikan tutorkoulutuksen. Kaikki olivat naisia. Heidän taustatietojaan ei tutkimuksessa kerätty, sillä tuloksia ei olisi voinut esittää, koska tutkimusjoukko oli pieni. Tässä tutkimuksessa kinestetiikan kouluttajasta ja tute-reista käytetään nimitystä ohjaajat.

3.6 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimukselle myönnettiin eettinen lupa Oulun yliopiston Ihmistieteiden eettisen toimikunnan kokouksessa 4/2018 23.5.2018. Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti noudattaen Euroopan unionin (EU) yleistä tietosuojasetusta (General Data Protection Regulation, GDPR) (2016/679) sekä tutkimus-eettisen neuvottelukunnan (2023) antamia ohjeita.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuville kerrottiin etukäteen sanallisesti ja kirjallisesti tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, tutkimuksen luonne ja siinä käytetyt menetelmät, mahdolliset riskit ja haitat, jotta tutkimukseen osallistuvat pystyivät antamaan asiaan perehtyneesti suostumuksensa tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvilta omaishoitajilta ja -hoidettavilta pyydettiin kirjallinen suostumus kyselyyn ennen kurssin alkua, havainnointiin sekä haastatteluun kurssipäivinä ja kurssin jälkeen kotiympäristössä. Tutkimukseen osallistuvilta ohjaajilta pyydettiin kirjallinen lupa suostua ryhmähaastatteluun, joka pidettiin 12 kuukauden kuluttua kurseista. Tutkija vastasi tutkimuksesta tiedottamisesta ja suostumuksen hankkimisesta. Kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta missä sen vaiheessa tahansa. Tutkijalla oli

mahdollisuus keskeyttää tutkimus, jos tutkittavan turvallisuus olisi sitä edellyttänyt. Näin ei kuitenkaan tapahtunut.

Aineisto, tulokset ja raportointi anonymisoitiin. Tutkimuksessa kerätyt aineistot käsiteltiin siten, ettei henkilöllisyyden selvittäminen myöhemmin ollut mahdollista. Osallistujien nimet koodattiin ja koodeja käytettiin läpi tutkimuksen. Tutkimukseen osallistuneen nimi, syntymäaika, osoite ja puhelinnumero hävitettiin välittömästi kotikäynnin jälkeen. Muut vahvat epäsuorat tunnistet ja epäsuorat tunnistet luokiteltiin anonymisointisuunnitelmaan. Muilta osin aineisto hävitettiin välittömästi aineiston analyysin valmistumisen jälkeen.

Tutkija laati selosteen käsittelytoimista, ja tutkimusryhmä (tutkija ja ohjaajat) laati tieteellisen tutkimuksen rekisteriselosteen, jonka tutkija näytti tutkimukseen osallistujille. Muistisairaat rajattiin tutkimuksesta pois.

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Ensimmäinen sykli: kinestetiikan kurssit

Osallistujia kahdelle kinestetiikan kurssille, jotka oli kohdennettu omaishoitajille ja ikääntyville yli 65-vuotiaille omaishoidettaville, haettiin kohdeorganisaation välityksellä. Suuren suomalaisen kaupungin kohdeorganisaatio mainosti kurseja asiakkailleen. Tutkimukseen osallistuva ohjaaja rekrytoi kurseille kolme vapaaehtoista ohjaajaa. Ohjaajat (n=4) markkinoivat yhdessä järjestettäviä kurseja heidän omille yhteistyöryhmilleen.

Tutkimuksessa järjestettiin kaksi saman sisältöistä kinestetiikan kurssia omaishoitajille ja ikääntyville yli 65-vuotiaille omaishoidettaville. Kurssit järjestettiin kahtena peräkkäisenä päivänä erään suuren kaupungin ikäihmisten palvelukeskuksen kurssitilassa. Kurssipäivien pituus oli kuusi tuntia. Kurssi aloitettiin kello yhdeksän ja päätettiin kello 15. Taulukossa 6 esitetään Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n laatima omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennettun kinestetiikan kurssin sisältö.

Taulukko 6. Omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennettun kinestetiikan kurssin sisältö (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry, 2021).

Koulutuspäivä	Sisältö
Ensimmäinen koulutuspäivä 6 t	Osallistujien haasteiden, vallitsevien avustustapojen ja tarpeiden kartoitus Kosketus- ja liikeaistin, liikkeen ja liikkumisen merkitys omaishoitajan omalle liikkumiselle ja ergonomialle sekä omaishoidettavan osallistumiselle avustustilanteissa Omaishoidettavan kehon hahmottamisen tukeminen Ajan, tilan ja voiman käyttö avustustilanteissa Toimintoja tukeva vuorovaikutus Käytännön harjoituksia omaishoitajien ja ohjaajien kanssa Käytännön harjoituksia, omaishoitaja ja -hoidettava yhdessä Kokemuksista keskustelu (mitä opin, mitä tunsin?) Uusien oivallusten käsitteellistäminen ja oman ymmärryksen parantaminen Kehon luonnolliset liikemallit ja tukipintojen käyttö avustustilanteissa Käytännön harjoituksia omaishoitajien ja ohjaajien kanssa Kokemuksista keskustelu (mitä opin, mitä tunsin?) Uusien oivallusten käsitteellistäminen ja oman ymmärryksen parantaminen
Toinen koulutuspäivä 6 t	Vedon ja työnnön yhdistäminen liikkumistilanteissa Käytännön harjoituksia omaishoitajien ja ohjaajien kanssa Käytännön harjoituksia, omaishoitaja ja hoidettava yhdessä

Koulutuspäivä	Sisältö
	Kokemuksista keskustelu (mitä opin, mitä tunsin?)
	Uusien oivallusten käsitteellistäminen ja oman ymmärryksen parantaminen
	Perusasennot ja siirtyminen asennosta toiseen
	Tukevat ja liikkuvat asennot
	Asentojen merkitys elintoiminnoille ja päivittäisille toiminnoille
	Painonsiirto liikkumistilanteissa
	Käytännön harjoituksia omaishoitajien ja ohjaajien kanssa
	Käytännön harjoituksia, omaishoitaja ja -hoidettava yhdessä
	Kokemuksista keskustelu (mitä opin, mitä tunsin?)
	Uusien oivallusten käsitteellistäminen ja oman ymmärryksen parantaminen
	Liikkumista ja toimintoja tukeva ja rajoittava ympäristö kotona
	Oikeanlainen käytössä olevien apuvälineiden käyttö
	Luovien apuvälineiden käyttö
	Kokemuksista keskustelu (mitä opin, mitä tunsin?)
	Uusien oivallusten käsitteellistäminen ja oman ymmärryksen parantaminen

Kinestetiikan kurssi aloitettiin kinestetiikan ohjaajien, tutkijan ja osallistujien esitelyllä. Tutkija kertoi tutkimuksestaan, ohjeisti tutkimuslomakkeiden täyttöä ja pyysi osallistujia täyttämään tutkimukseen liittyvät tutkimuslomakkeet. Tutkimuslomakkeiden täytön jälkeen kinestetiikan ohjaaja tiedusteli omaishoitaja-omaihoidettava-pareilta, millaisissa tilanteissa omaishoidettava tarvitsee apua ja millaisia tilanteita he haluavat harjoitella kurssilla. Lisäksi he keskustelivat kurssilaisten odotuksista kurssia kohtaan. Sen jälkeen kinestetiikan ohjaaja kertoi lyhyesti, mitä kinestetiikka on, ja kävi läpi käsitteen vuorovaikutus, minkä jälkeen harjoiteltiin kehon hahmottamisen tukemista. Osallistujia kannustettiin pohtimaan, mitä aisteja omaishoidettava käyttää.

Lounastauon jälkeen kurssilla harjoiteltiin seisomaan nousun ja kävelyn ohjaamista parhaalla mahdollisella tavalla huomioiden jokainen omaishoidettava yksilöllisesti. Sen jälkeen ohjaaja näytti kunkin omaishoidettavan siirtymisen vuoteeseen ja pyysi omaishoitajia vuorotellen toistamaan tekemänsä perässä. Kosketusharjoitukset tehtiin ja kävelyä ohjattiin yhtenä ryhmänä. Ohjaaja kävi harjoitusten aikana teoreettisesti läpi tilannetta käyttäen kinestetiikan toimintamallin käsitteitä. Mikäli omaishoidettava tai omaishoitaja ei halunnut osallistua harjoitukseen, se sallittiin heille. Päivän päätteeksi osallistujat keskustelivat, mitä olivat päivän aikana oppineet.

Osallistujille päätettiin suunnitelmista poiketen jakaa Ikääntyneiden palveluopas (2018), sillä omaishoitajilla ja -hoidettavilla oli paljon kurssin sisällön

ulkopuolisia huolenaiheita ja katsottiin, että palveluoppaasta löytyisi ajantasainen tieto ja kurssi saataisiin toteutettua suunnitellusti.

Kurssilaiset aloittivat toisen päivän keskustelemalla, mitä edellisestä kurssipäivästä oli jäänyt mieleen, ja kertaamalla edellisen päivän tapahtumia. Ohjaaja kertasi käsitteet vuorovaikutus, ihmisen liikkuminen, voima ja ympäristö. Sen jälkeen jokaisella omaishoitaja–omaishoidettava-parilla oli mahdollisuus harjoitella heille tärkeitä avustustilanteita yhdessä ohjaajien kanssa. Harjoituksen jälkeen jokaisella omaishoidettavalla oli mahdollisuus nousta lattialta ylös ohjaajien avustuksella toisten ryhmäläisten seurattessa tilannetta.

Lattialta ylösnousun harjoittelua jatkettiin ruokailun jälkeen. Sen jälkeen osallistajat katsoivat kolme kinestetikkaan liittyvää videota. Videoissa avustettiin henkilö pyörätuolista, sängystä ja lattialta ylös. Videoiden katselun jälkeen kinestetikan ohjaaja kertoi asento- ja mikroasentohoidosta ja näytti esimerkkiä yhden omaishoidettavan maatessa sängyllä. Mikroasentohoidoilla tarkoitetaan pienin aikaväleihin tapahtuvia pieniä asennonmuutoksia. Ohjaaja puhui myös nukkuma-asennoista. Lopuksi osallistajat keskustelivat koulutuksen sisällöstä ja sopivat tutkijan ja ohjaajan kanssa kurssiin liittyvän seuraavan kotikäynnin ajankohdan.

Kurssin päätyttyä kinestetikan ohjaajat sekä tutkija keskustelivat kurssin kuluista ja palauttivat kurssitilan entiselleen viemällä pois kurssitilaan tuodut tavarat ja kalusteet.

4.2 Syklit 2–4: seurantakäynnit

Toinen, kolmas ja neljäs sykli sisälsivät kotikäynnit omaishoitajien ja -hoidettavien luo kahden viikon, kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden kuluttua omaishoitajakurssin loppumisesta. Ohjaaja ja tutkija vierailivat kurssille osallistuneiden omaishoitajien ja -hoidettavien kotona. Kotikäynnillä havainnoitiin avustustilanteita, keskusteltiin mahdollisista muutoksista avustustilanteisiin ja kokeiltiin muutoksia käytännössä sekä pohdittiin, millaisia muutoksia kinestetikan koulutus edellyttää omaishoitoympäristössä omaishoitajien ja -hoidettavien näkökulmasta. Kotikäynnit olivat sisällöltään hieman erilaisia, sillä kotikäynneillä edettiin omaishoitajan ja -hoidettavan toiveiden mukaisesti. Jokaiselle kotikäynnille varattiin aikaa kaksi tuntia. Kotikäynnit toteutuivat varatun ajan puitteissa.

Taulukossa 7 esitetään sykleissä 2–4 harjoitellut avustustilanteet. Koska kurssille osallistujien toimintakyky ja elämäntilanteet vaihtelivat, ei kaikkia suunniteltuja kotikäyntejä pystytty toteuttamaan. Toisessa syklissä kotikäyntejä toteutettiin 12. Kolmannessa ja neljännessä syklissä kotikäyntejä toteutettiin yhdeksän.

Taulukko 7. Kotikäynneillä sykleissä 2–4 harjoitellut avustustilanteet.

Kotikäynnillä harjoitellut avustustilanteet	Sykli 2: 2 vk kurssista (kotikäynnit n = 12)	Sykli 3: 3 kk kurssista (kotikäynnit n = 9)	Sykli 4: 6 kk kurssista (kotikäynnit (n = 9))
Kävely apuvälineen avulla	3	2	
Seisoma-asennon varmistaminen			1
Seisomaan nousu	1	1	1
Siirtyminen itsenäisesti, avustettuna tai apuvälineen avulla			
vuoteeseen	9	3	2
vuoteessa ylöspäin	2	1	1
kylkimakuulle	5	2	
WC-istuimelle	1		
suihkutuolille	1		
nojatuoliin tai sohvalle	1		3
keinutuoliin		1	
pöydän äärelle		2	
Kylkimakuuasennossa pysymisen tukeminen tyynyn avulla	1		
Istuma-asennon tukeminen			
pyörätuolissa		1	
pöydän ääressä		1	1
Sivelyt	3	1	1
Vain keskustelua, ei harjoittelua	2	3	4

Eniten avustustilanneharjoituksia toteutettiin toisen syklin mukaisilla seuranta-käynneillä. Avustustilanteet painottuivat vuoteeseen siirtymiseen sekä vuoteessa siirtymiseen ja kylkimakuulle kääntymiseen. Myöhemmin kolmannessa ja neljännessä syklissä harjoittelun tarve oli selvästi vähentynyt. Avustustilanneharjoituksia toteutettiin yli puolet vähemmän kuin toisessa syklissä. Avustustilanteet liittyivät vuoteeseen ja nojatuoliin tai sohvalle siirtymiseen. Neljällä kotikäynnillä yhdeksästä omaishoitajat ja -hoidettavat halusivat vain keskustella avustustilanteista.

4.3 Viides sykli: fokusryhmähaastattelu kurssin ohjaajille

Fokusryhmähaastattelu (Liamputtong, 2001; Mäntyranta & Kaila, 2008; Stewart ym., 2007) toteutettiin noin 12 kuukauden kuluttua kinestetiiikan kurssin loputtua kinestetiiikan ohjaajille (n = 4). Fokusryhmähaastattelun teemat olivat muotoutuneet seurantajaksojen tulosten perusteella. Keskustelujen tuloksena ohjaajat laativat muutosehdotuksia kurssille.

5 Tutkimuksen tulokset

Luvuissa 5.1–5.4 vastataan tutkimuskysymyksiin numerojärjestyksessä. Koska tutkimusaineisto on koodattu, tarkoittaa lyhenne OH omaishoitajaa ja H omaishoidettavaa. Luku lyhenteen perässä kertoo, missä parissa he työskentelevät. Lyhenne OHJ ja numero tarkoittavat ohjaajaa.

5.1 Omaishoitajien kohtaamat haasteet

Tutkimuskysymykseen 1 haettiin vastausta haastatteleamalla omaishoitajia ja -hoitettavia syklien 2–4 mukaisilla kotikäynneillä. Tuloksiin saatiin täydennystä tutkijan havainnoista ja päiväkirjamerkinnöistä. Haastatteluissa esiin nousseet omaishoitajien kohtaamat haasteet päivittäisten toimintojen avustustilanteissa kinestetikan kurssin jälkeen esitetään taulukossa 8. Omaishoitajat kokivat yleisimmiksi haasteiksi (pääluokka) omaishoidettavan päivittäisten toimintojen avustustilanteissa ajan, vuorovaikutuksen, osaamisen ja avustustilanteisiin liittyvät muutokset.

Taulukko 8. Omaishoitajien kohtaamat haasteet.

Pääluokka	Yläluokka
Aika	Ajankäytön hallinta Malttamattomuus
Vuorovaikutus	Vallitsevat vuorovaikutuskäytännöt
Osaaminen	Vastuu omaishoidettavan perushoidosta Haasteelliset avustustilanteet päivittäisten toimintojen, siirtymisten ja tapaturmien yhteydessä Sopivien apuvälineiden käyttö toimintaympäristössä
Muutos	Avustamistilanteisiin vaikuttavat muuttuvat tekijät omaishoidettavassa, omaishoitajassa tai ympäristössä

Aika (pääluokka) sisälsi ajankäytön hallinnan ja malttamattomuuden (yläluokka). Omaishoitajat kertoivat, että heidän arkensa oli tarkasti strukturoitua ja aikataulutettua. Päivää rytmittivät lääkehoito- ja ruoka-ajat. Menot he kertoivat sovittelevansa ruoka-aikojen väliin. Omaishoitajat kertoivat tuntevansa voimakasta stressiä ja kokonaisuuden hallinnan menettämisen pelkoa. Mikäli arjen avustamistehtävät oli jaettu omaishoitajan ja kotihoidon kesken, kertoivat omaishoitajat vastaavansa viime kädessä siitä, että avustaminen toteutuu aikataulussa. Kotihoidon myöhäinen saapuminen johti siihen, että osa omaishoitajista kertoi huolehtivansa sopimuksesta

poiketen yksin omaishoidettavan aamutoimista, lääkityksestä ja aamiaisesta, jotta omaishoidettava ei myöhästyisi lähdöstä päivätoimintaryhmään. Osa omaishoitajista kertoi, että heidän on vaikeaa tai jopa mahdotonta osallistua lounasaikaan heille tarkoitettuun tilaisuuteen, kuten omaishoitajille kohdennettuihin informaatiotilaisuuksiin, koska omaishoidettava ei suoriutunut yksin lounaasta.

”Kotihoito tulee aina niin myöhään. Olen monta kertaa joutunut itse laittamaan hänet valmiiksi.” (OH11)

Omaishoitajat kertoivat avustavansa omaishoidettavia henkilökohtaisen hygienian hoidossa, pukeutumisessa, ruokailussa, liikkumisessa ja wc-toiminnoissa. Avustamisen määrän ja siihen käytetyn ajan kerrottiin olevan riippuvaisia omaishoidettavan ja -hoitajan senhetkisestä terveydentilasta ja toimintakyvystä. Omaishoitajat kertoivat kokevansa, että avustustoiminta vie paljon aikaa ja aikataulussa pysyminen aiheuttaa kiireen tunnetta.

”Avustustoiminta vie suuren osan ajastani. Juuri muuhun ei jää aikaa.”(OH9)

Malttamattomuus ilmeni omaishoitajien ja -hoidettavien hätäisenä toimintana avustamistilanteissa. Omaishoitajat kokivat avustamisen tapahtuvan nopeammin, kun he tekivät asiat omaishoidettavien puolesta. Osa omaishoitajista kertoi omaishoidettavan olevan hätäntynyt, jännittynyt tai peloissaan avustustilanteessa. Koska omaishoidettavilla ei ollut mahdollisuutta liikkua avustamistilanteessa heille itselleen ominaisella tavalla, he eivät pystyneet toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla.

”Ei, kun mä teen nopeammin näin.” (OH7)

”Hän on niin hätäinen” (OH6)

Vuorovaikutus (pääluokka) sisälsi vallitsevat vuorovaikutuskäytännöt (yläluokka). Vuorovaikutuksen negatiiviset tunteet ilmenivät epäsuorisana vuorovaikutussuhteena ja hermostumisena vuorovaikutustilanteissa. Osa omaishoitajista kertoi, ettei omaishoidettava välttämättä ymmärtänyt toimia avustustilanteessa heidän odottamalla tavalla eikä vielä silloinkaan, kun he vahvistivat suullista ohjausta käsi- ja vartaloleiillä. Heidän kertomansa mukaan omaishoidettavan kiukuttelu tai omaishoitajan suostuttelu johti usein turhautumiseen ja aiheutti pitkäaikaistakin eripuraa omaishoitajien ja -hoidettavien välille. Osa omaishoitajista kertoi tuskastuvansa omaishoidettavan sairaudesta johtuvasta puheen tuottamisen vaikeudesta.

”Hän tuskastuu, kun yrittää saada sanotuks.” (OH6)

Osaaminen (pääluokka) sisälsi omaishoitajan vastuun omaishoidettavan perushoidosta, haasteelliset avustamistilanteet päivittäisten toimintojen, siirtymisten ja tapaturmien yhteydessä sekä sopivien apuvälineiden käytön toimintaympäristössä (yläluokka). Omaishoitajat kertoivat omaishoidettavien perushoidon olevan moninaista. Sen toteuttamiseksi omaishoitajat kokivat tarvitsevänsä paljon osaamista sekä tietämystä ja ymmärrystä hoidettavasta asiasta ja mahdollisista seurauksista.

Haasteellisimmat tilanteet olivat painehaavojen ja kivun hoitoa. Osa haastatelluista kertoi hoitavansa painehaavoja säännöllisesti ja ympäri vuorokauden. Omaishoidettavan kerrottiin esimerkiksi istuvan painetta jakavan tyynyn päällä. Jalassa pidetty kevennystossu taas oli estänyt kantapäätä painautumasta alustaan. Ruokailutilanteessa suurin osa omaishoitajista kertoi huolehtivansa, että omaishoidettavat istuivat symmetrisessä asennossa eivätkä aspiroineet eli vetäneet henkeen ruokaa. He kertoivat syöttävänsä omaishoidettavaa tarvittaessa. Osa omaishoitajista kertoi seuraavansa lääkeyhdistelmien hoitovastetta ja keskustelevänsä asiasta tarvittaessa sairaanhoitajan kanssa.

”Painehaavat. Kankku, joka on enempi pystyssä niinku tällä puolella, niin se on pahempi.” (OH12)

”Halvaantuneen käden kipu on niin kova.”(OH5)

”Tulee nykäyskohtauksia. Silloin voi vetää henkeen kurkkuun menossa olleen ruoan.” (OH12)

Omaishoitajat olivat tietämättömiä sopivista avustusmenetelmistä. He olivat siirtämistilanteissa aktiivisia eivätkä tunnistanee omaishoidettavien jäljellä olevia resursseja ja voimavaroja. Eniten vaikeuksia omaishoitajat kertoivat ilmenevän vuoteeseen ja vuoteesta ylös siirtymisen sekä sängystä pyörätuoliin ja pyörätuolista vuoteeseen siirtymisen avustamistilanteissa. Osa omaishoitajista kertoi, etteivät he kyenneet avustamaan omaishoidettavaa sängyssä siirtymisissä. Ongelmiksi he luettelivat omaishoidettavan vartalon jäähmyden tai jäykkyyden sekä ylävartalon ja lantionseudun painon. Keskusteluissa ilmeni, että omaishoidettava saattoi maata pitkiäkin aikoja asennossa, johon omaishoitaja oli hänet kulloinkin onnistunut avustamaan.

”Hänet on sinne saatu. Siinä hän on. Just siinä asennossa, enkä mä saa juuri millään tavalla siirrettyä.” (OH8)

Suurin osa omaishoitajista kertoi, etteivät he pysty itsenäisesti avustamaan omaishoidettavaa lattialta ylös eikä lattialta ylösnousua ollut harjoiteltu. He kertoivat

kutsuvansa paikalle ensihoidon, naapurin tai omaisen. Omaishoidettavien voimavaroja he eivät tilanteessa kertomansa mukaan huomioineet.

”Lattialta nosto on täysin mahdotonta.” (OH1)

Koska omaishoitajat olivat tietämättömiä huonokuntoisen henkilön avustamiskeinoista, he pyrkivät käyttämään avustamistilanteissa voimaa ja nostamaan omaishoidettavaa. Kävelyä kerrottiin avustettavan esimerkiksi nostamalla omaishoidettavaa housunkauluksesta ylöspäin ja seisomaan nousua kerrottiin avustettavan kainaloista. Tällaiset avustamistavat olivat omaishoitajille raskaita ja estivät omaishoidettavien luonnollisten liikemallien käytön avustamistilanteissa. Avustamistilanteissa kerrottiin käytettävän myös työtäisyä, mikäli omaishoidettava ei aloittanut istuutumista tai ottanut askelta odotetulla tavalla.

”Se mikä minua huolestuttaa on, että kyllä hän silti kuitenkin nostaa.” (H9)

Omaishoitajat kertoivat kokevansa kotinsa tilat ahtaiksi. Asuntoja ei ollut suunniteltu invakäyttöön. Apuvälineet ja avustamistilanteet vaativat tilaa ja uusia ratkaisuja kotona. Suurin osa omaishoitajista kertoi, etteivät he olleet tietoisia kaupungin apuvälinepalveluista eivätkä apuvälineiden lainausperusteista. Osa omaishoitajista kertoi pohtivansa asunnon muutostyöratkaisuja, mutta he kertoivat, ettei heillä ole tietoa, mistä asunnon muutostöiden suunnitteluun saisi apua.

”Mitä kautta niitä sängynnousutukia voisi kysyä?” (OH7)

Muutos (pääluokka) sisälsi avustamistilanteisiin vaikuttavat muuttuvat tekijät omaishoidettavassa, omaishoitajassa tai ympäristössä (yläluokka). Muutokset omaishoidettavien terveydentilassa tai toimintakyvyssä tulivat esille lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Omaishoitajat kertoivat omaishoidettavien yhtäkkisen voinnin heikkenemisen ilmenevän toimintakyvyn romahtamisena ja sairaalahoidon tarpeena. Heidän kertomansa mukaan omaishoidettavan ruokailu, tasapaino ja liikkumiskyky saattoivat heiketä myös vähitellen. Toimintakyvyn heikkeneminen lisäsi avustamisen tarvetta.

”Liikkumiskyky heikkenee jatkuvasti, ja tasapainon hallinta on olematon.” (OH1)

Muutokset omaishoitajien terveydentilassa tulivat esille lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Osa omaishoitajista kertoi, että riittämätön uni pitkällä ajanjaksolla tai heikkokuntoisen omaishoidettavan hoitaminen kotona öiseen aikaan heikensi heidän voimavarojaan. Omaishoitajien yhtäkkiset tai pitkäaikaiset tuki- ja

liikuntaelinvaivat vaikeuttivat omaishoitajien kertoman mukaan hetkittäin tai pitkäaikaisesti omaishoidettavien avustamista. Esimerkiksi jos olkapää oli kipeä, osa omaishoitajista kertoi vähentävänsä tietoisesti avun antamista ja kannustavansa omaishoidettavaa selviytymään avustamistilanteesta itsenäisemmin.

”Eivät ota ambulanssiin. Tai, jos ottavat, palauttavat takaisin. Minun kannalta pikkasen huono, kun palauttavat esimerkiksi yöllä.” (OH2)

Odottamattomat ja äkilliset muutokset toimintaympäristössä edellyttivät omaishoitajilta nopeaa reagoitua tilanteeseen ja asioiden uudelleen organisointia. Osa omaishoitajista kertoi siirtäneensä menoja sopivampaan ajankohtaan kohdatessaan toimintaympäristön muutoksia.

”Uuden hissien pitäis valmistuu 2.11. Niin kaikki piti siirtää sinne. Kaikki jalakahoidot, hammaslääkärit ja silmänpohjakuvaukset.” (OH3)

Tutkijan kokoavana yleishavaintona päiväkirjamerkinnöistä kurssitilanteissa ja kotikäynneillä oli, että omaishoitajilla oli mikro- ja mesotason haasteita. Omaishoitajat olivat sitoutuneita omaishoittoon ja toteuttivat hoitoa ja hoivaa tunnollisesti parhaalla mahdollisella tavalla omaishoidettavien ollessa hoidon ja hoivan kohteina. Mittarina omaishoidon onnistumiselle toimi aika. Omaishoitajat kokivat voimakasta onnistumisen tunnetta, kun he pysyivät asettamassaan aikataulussa, jota ohjasi vahvasti lääkkeenantorytmi.

Psykososiaalinen kuormitus liittyi työjärjestelyihin, työn sisältöön ja sosiaaliseen toimivuuteen liittyviin tekijöihin. Omaishoitajat toimivat avustamistilanteissa rutinoituneesti. Omaishoitajat päättivät, milloin tekevät omaishoidettavan puolesta ja milloin antavat omaishoidettavien toimia aktiivisesti. Käytettyihin avustamismenetelmiin vaikuttivat omaishoitajan ja -hoidettavan senhetkinen toimintakyky. Nostoja käytettiin paljon. Omaishoitajien puheissa tuli esille, että heillä oli paljon tuki- ja liikuntaelinongelmia sekä potilassiirtotilanteissa ilmenneitä venähdyksiä ja lähtä piti -tilanteita. Omaishoitajan ja -hoidettavan vuorovaikutuskäytännöt poikkesivat perinteisestä hoitajan ja hoidettavan vuorovaikutuksesta, sillä heillä oli yhteistä elettyä elämää takana ja vuorovaikutuskäytännöt olivat muovautuneet vuosien kuluessa.

5.2 Omaishoitajien tarvitsemat tiedot ja taidot

Tutkimuskysymykseen 2 haettiin vastausta haastatteleamalla omaishoitajia syklien 2–4 mukaisilla kotikäynneillä. Tuloksiin saatiin täydennystä tutkijan havainnoista

ja päiväkirjamerkinnöistä. Tiedot ja taidot, joita ikäihmisten omaishoitajat tarvitsevat selviytyäkseen päivittäisten toimintojen avustamistilanteista, esitetään taulukossa 9. Nämä tiedot ja taidot liittyivät arjesta selviytymiseen ja tulevaisuuden huomioimiseen.

Taulukko 9. Tiedot ja taidot, joita ikäihmisten omaishoitajat tarvitsevat selviytyäkseen päivittäisten toimintojen avustustilanteista.

Pääluokka	Yläluokka
Arjesta selviytyminen	Kokonaisuuden hallinta ja yhteistyötaidot Tiedot sopivista hoito- ja avustusmenetelmistä sekä taito soveltaa niitä ympäristössä tarvittaessa
Tulevaisuuden huomioiminen	Omaishoitotyössä tarvittavan tiedon ja taidon hankkiminen tai päivittäminen Omaishoitotyön tukeminen

Arjesta selviytyminen (pääluokka) sisälsi kokonaisuuden hallinnan ja yhteistyötaidot ja tiedot sopivista hoito- ja avustusmenetelmistä sekä taidon soveltaa niitä ympäristössä tarvittaessa (yläluokka). Omaishoitajat kertoivat kokevansa, että heillä tulisi olla hyvät suunnittelu-, organisointi- ja delegointitaidot arjen sujumiseksi. Kaikilla omaishoitajilla oli keinoja muistiin tueksi. Suurin osa omaishoitajista merkitsi tärkeitä asiat paperikalenteriin. Osa omaishoitajista käytti hyväksi puhelimen tai tietokoneen ohjelmia. Puhelin hälytti ja muistutti tärkeistä asioista. Excel-
taulukko toimi tehtävälistan ja päiväkirjana. Osa omaishoitajista kertoi keskustellevansa kotisairaanhoidajan kanssa muun muassa lääkemuutostarpeista muistiinpanoihin viitaten.

”Mut mikä vielä on omaishoitajan täs hommas niin se katos uuvuttaa tämä tämän, kun ei hallitse sitä. Se alkaa uuvuttaa ja sit sen takia mä olen laittanut sen byrokratian koneelle, et mä siitä seuran, et kaikki tapahtuu. Laitan sinne ylös, että tuota niitä havainoja, joita voin kertoa sit noille.” (OH4)

Päivät olivat hyvin strukturoituja. Omaishoitajat kertoivat seuraavansa tarkasti etukäteen laadittua ja rutinoitunutta aikataulua. Lääkehoidon, aamiaisen, aamupesun ja pukemisen jälkeen omaishoitajat ja -hoidettavat saattoivat levähtää. Levähdysten jälkeen he kertoivat jatkavansa päivän rutiineja laaditun aikataulun mukaisesti. Lounaan jälkeen, ennen päivällistä, omaishoitajat tai -hoidettavat tai molemmat kertoivat käyvänsä kaupassa tai harrastuksissa. Osa omaishoitajista kertoi käyvänsä harrastuksissa aikaisin aamulla omaishoidettavan vielä nukkuessa.

”Minä yleensä herään aikaisemmin laittamaan kaikki valmiiksi. Insuliinit pistelen tuonne sänkyyn niin pikkusen ennen kahdeksaa ja sit ku tuota on aamiaiset syöty ja aamupesut hoidettu ja pukemiset niin kello on 9:15 sit omaishoidettava nukkuu istuessaan puol tuntia. 9:45 lähdetään sinne kahville.” (OH7)

Omaishoitajat kertoivat määrittelevänsä, mitkä tehtävät he kokivat tarpeelliseksi delegoida muille omaisille. Heidän kertomansa mukaan omainen esimerkiksi ulkoilutti omaishoidettavaa, käytti omaishoitajaa kaupassa ja maksoi omaishoitajan ja -hoidettavan laskut. Avustamisen kerrottiin tapahtuvan tarvittaessa tai säännöllisesti.

”Tyttäri käy lauantaisin kaupassa minun kanssa.” (OH11)

Kun omaishoitajat tarvitsivat enemmän apua omaishoidettavan hoidossa, he käyttivät kotihoidon palveluja. Kotihoidon palvelut kerrottiin toteutettavan suunnitteen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Kotihoito sisälsi omaishoidettavan perus- ja sairaanhoitoon liittyviä tehtäviä. Moniammatillisen hoitotyön toteuttamiseksi omaishoitajat kertoivat tarvitsevänsä hyvät yhteistyötaidot.

”Ja nimenomaan hän haluaa, että kotihoitokin on otettu. Siinä sitten kyseltiin tätä, et mitkä on niin ku tavoitteet. Tavoite on, et kävelee tässä kesään mennessä.” (OH4)

Omaishoidettavan terveydentilan tarkkaileminen ja oireen tai sairauden mukainen hoito sekä avustaminen kotona ja kodin ulkopuolella edellyttivät omaishoitajilta paljon tietoja ja taitoja. Osa omaishoitajista kertoi tarkkailevänsä omaishoidettavien mahdollisia hengityskatkoja ja toimivat niiden ilmetessä. Osa omaishoitajista kertoi hoitavansa ihorikkoja ja painehaavoja sekä toteuttavansa asentohoitoa ympärivuorokautisesti. Omaishoitajat oppivat aina uuden tilanteen ilmetessä. Suurin osa omaishoitajista kertoi saavansa ohjausta tilanteessa mukana olevalta terveydenhuollon ammattilaiselta. Osalla omaishoitajista oli aikaisemmin hankittua tietoa sairaanhoidosta ammattinsa puolesta. Osa omaishoitajista kertoi keräävänsä tietoa omaishoitajille kohdennetuista kaupungin järjestämistä tilaisuuksista sekä omaishoitajaryhmistä.

”Kantapäät, kun siellä on kuoliovaara, sanotaanko suomeks ja on niitä varvasaavoja, niin tuota ostin. Voin näyttää. Tälläset.” (H7)

Omaishoitajat avustivat omaishoidettavia arjen tilanteissa. Jotta omaishoidettava pystyi liikkumaan asunnossa, osa omaishoitajista kertoi huolehtivansa huonekalujen uudelleen järjestelyistä ja tarvittavien kodin muutostöiden teettämisestä kotona.

Osa omaishoitajista kertoi suunnittelevansa sopivat ulkoilureitit sekä selvittävänsä ostoskeskusten esteettömyydet, jotta omaishoitaja ja -hoidettava saattoivat liikkua mahdollisimman turvallisesti ja sujuvasti kodin ulkopuolella.

”Me käydään Prismassa. Se on noin pari kilometriä. Sinne yleensä aina kävelään. Hän kävelee kaikki noi ylämäet, ja mä muuten työnän, ja sit tullaan invataksilla takas.” (OH6)

Tulevaisuuden huomioiminen (pääluokka) sisälsi omaishoitotyössä tarvittavan tiedon ja taidon hankkimisen tai päivittämisen ja omaishoitajan jaksamisen tukemisen (yläluokka). Omaishoitajat kertoivat kokevansa, että heiltä vaadittiin laajaa yleistietoa ja taitoa soveltaa sitä sekä hankkia tarvittaessa lisätietoja asioista. Sairaskyyti tuli tilata eri palveluntuottajilta tilanteen mukaan. Taksikyyti oli mahdollista saada paarikuljetuksena. Suurin osa omaishoitajista kertoi kaipaavansa uutta ja ajantasaista erityisesti kotihoitoon liittyvää tietoa.

”Kaikkia tuommosta tietoa. Kaikkea kotihoitoon liittyvää. Mitä lakeja on tehty uusia, kun kaikki muuttuu.” (OH11)

Jaksaakseen toimia omaishoitajana omaishoitajat kertoivat kokevansa tärkeäksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen. Osa omaishoitajista piti yllä ja paransi toimintakykyään jumpaten kotona tai ryhmässä. Vertaistukea omaishoitajat kertoivat saavansa vertaistukiryhmistä.

”Kun kaksi vuotta sitten lopetin uimassa käynnin, kun en ole uskaltanut enää käydä. Mä oon aatellu nyt, että minä yritän enemmän jumpata kotona.” (OH11)

Tutkijan havaintona päiväkirjamerkinnoista kurssitilanteissa ja kotikäynneiltä oli, että omaishoitajat kertoivat tarvitsevansa mikro-, meso- ja makrotason tukea selviytyäkseen päivittäisten toimintojen avustustilanteissa. Omaishoitajat kaipasivat lisää tietoa juuri heidän tilanteeseensa sopivasta näkökulmasta sekä myös tulevaisuuteen liittyvää etukäteistietoa. Psykososiaalisesta näkökulmasta tarkasteltuna omaishoitajat kaipasivat tukea työn hallintaan ja ammatilliseen työotteeseen sekä sosiaaliseen toimivuuteen. Omaishoitajat kaipasivat myös omaa aikaa.

5.3 Kinestetiiikan kurssin hyödyt

Tutkimuskysymykseen 3 haettiin vastausta haastatteleamalla omaishoitajia ja -hoidettavia sykliden 2–4 mukaisilla kotikäynneillä. Omaishoitajien kokemat hyödyt päivittäisten toimintojen avustustilanteissa esitetään kappaleessa 5.3.1.

Omaishoidettavien kokemat toimintakykyyn liittyvät ja sitä tukevat hyödyt esitetään kappaleessa 5.3.2.

5.3.1 Omaishoitajien kokemat hyödyt

Hyödyt, joita kursseille osallistuneet omaishoitajat kokivat päivittäisten toimintojen avustustilanteissa, kerättiin haastattelemalla omaishoitajia sykliin 2–4 mukaisilla kotikäynneillä. Tuloksiin saatiin täydennystä tutkijan havainnoista ja päiväkirjamerkinnoista. Omaishoitajien kokemat hyödyt esitetään taulukossa 10. Kursseille osallistuneiden omaishoitajien kokemat hyödyt päivittäisten toimintojen avustustilanteissa tarkastelujaksolla liittyivät uuden ohjaus- ja avustamistavan käyttöönottoon ja soveltamiseen tarvittaessa, uusien hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöönottoon sekä tietoisuuteen omaishoitajan omasta osaamisesta ja kehittämistarpeista.

Taulukko 10. Kurssille osallistuneiden omaishoitajien kokemat hyödyt.

Sykli 2: 2 vk kurssista Pääluokka	Sykli 3: 3 kk kurssista Pääluokka	Sykli 4: 6 kk kurssista Pääluokka
Uuden avustamistavan käyttöönotto ja soveltaminen tarvittaessa	Opitun ohjaus- ja avustamistavan käyttäminen arjessa vanhan toimintatavan rinnalla sekä sen soveltaminen tarvittaessa	Tietoisuus voimavara- ja taito-ohjeiden avustamisesta ja voimavara- ja taito-ohjeiden avustustapojen käyttö tilanteen mukaan
Uusien hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöönotto	Käytössä olevan apuvälineen soveltuvuuden arvioiminen ja uuden hoitotarvikkeen tai apuvälineen hankkiminen ja käyttö	Sopivien hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden käyttö Tietoisuus hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden hankintapaikoista Sopivien käyttöesineiden hankkiminen
Tietoisuus omaishoitajan omasta osaamisesta ja kehittämistarpeista		Tietoisuus omaishoitajan omasta osaamisesta Kohonnut itsetunto

Kahden viikon kuluttua kurssista osa omaishoitajista oli sisällyttänyt uuden opitun ohjaus- ja avustamistavan sisältöjä tietoisesti arjen ohjaus- ja avustamistilanteisiin. Omaishoitajat kertoivat muuttaneensa vanhoja toimintamalleja vähin erin sen mukaan, mitä he olivat kokeneet kinestetiikan kursseilla tärkeäksi ja hyödylliseksi. Osa omaishoitajista kertoi huomioivansa omaishoidettavan aistit menemällä esimerkiksi puhumaan lähemmäksi omaishoidettavaa, ei enää huutamalla hänelle

kauempaa. Kehotuntemuksen herättelyyn osa omaishoitajista kertoi käyttävänsä nyt kehonosien sivelyjä.

”Sen mä olen niinku muistanu sieltä kurssilta, ettei huutele kaukaa.” (OH11)

Suurin osa omaishoitajista kertoi tiedostavansa, että oli tärkeää antaa omaishoidettavien toimia itsenäisesti, ja he välttivät tietoisesti avustamasta omaishoidettavia liikaa. He kertoivat ajan antamisen omaishoidettaville vaativan omaishoitajilta kärsivällisyyttä ja tunnustaneensa oman malttamattomuutensa avustamistilanteissa. Omaishoitajat pohtivat esille noussutta asiaa kotikäynneillä.

”Niin ja sitten ehkä kärsivällisyys on yksi semmonen, mikä tuli kyllä ihan selvästi tuota meille!” (OH1)

Omaishoidettavia avustettiin juuri heille ominaisten liikemallien avulla. Suurin osa omaishoitajista huomioi avustustilanteissa, mistä kehon osista oli hyvä avustaa omaishoidettavaa ja miten ihmisen keho toimii siirtymistilanteissa sekä miten ympäristö vaikutti avustustilanteessa. Omaishoitajat kertoivat ohjaavansa ylösnousua kädestä ja välttävänsä kainaloista nostamista. Omaishoidettavien vartalon painon he kertoivat ohjaavansa jaloille. Osalle omaishoidettavista riitti, että omaishoitaja työnsi lapaluun kohdalta omaishoidettavan vartalon painoa eteenpäin, jolloin omaishoidettavan ylävartalon paino siirtyi jaloille. Siirtyminen asennosta toiseen tapahtui kehon osa kerrallaan. Ensin toinen jalka, sitten toinen jalka. Vuoteeseen selälleen he kertoivat siirtävänsä omaishoidettavat kyljen kautta. Suurin osa omaishoitajista kertoi huolehtivansa, että omaishoidettavilla oli tilaa suorittaa liike.

”Ylösnousu, se on ollu mulle tärkein, ja se oli kädestä ohjaamalla.” (OH15)

Ne omaishoitajat, jotka toteuttivat uutta ohjaus- ja avustamistapaa tarkasti, analysoivat yksityiskohtaisesti omaa toimintaansa avustustilanteissa. Omaishoitajat kertoivat, että heille oli erityisen tärkeää tietää oma sijoittuminen avustustilanteessa ja ottaa sopiva ote omaishoidettavasta.

”Se tulee tästä painaa, niin ku täältä, nii se on niin ku vipuvarsi, joka nostaa.” (OH4)

Kinestetiikan kursseilta saadut opit innostivat ja rohkaisivat omaishoitajia sovelta-
maan opittua ja pohtimaan, voisiko tutut asiat tehdä toisella tavalla. Tapaturmatilanteessa osa omaishoitajista kertoi toimivansa rauhallisesti ja improvisoiden. Koska suuria vammoja ei ollut tullut, omaishoitajat kertoivat avustaneensa omaishoidettavia ylös lattialta niin tuolia kuin sohvatyynyjä apuna käyttäen.

”Nostin tuon tuolin tuohon, ja hän sai siitä vähän tukea ja ei ollut mitään ongelmia.” (OH 8)

Osa omaishoitajista oli hankkinut uusia hoitotarvikkeita ja apuvälineitä, ja he kertoivat käyttävänsä niitä. Esimerkiksi omaishoidettavan jalkojen alle asetetun papupallon avulla vähennettiin lihasjänteyttä ja lisättiin eriytyneitä liikkeitä vartalolla, lantiolla ja jaloissa. Papupalloharjoituksen jälkeen omaishoidettavan lihasjänteyden koettiin olevan lähempänä normaalia, jolloin hänen oli sujuvampi nousta sängystä ylös. Omaishoidettavan jalkojen väliin laitetun tyynyn avulla estettiin jalkojen ristiin meneminen selinmakuuasennossa.

”Jalkojen väliin tyynyjä.” (OH11)

Suurin osa omaishoitajista kertoi olevansa tietoisia omasta osaamisestaan ja kehittämistarpeistaan. He kertoivat käyttävänsä muistisääntöjä muistin tukena ja toivat esille yksityiskohtia, joita heidän tulisi kehittää avustamisen sujuvuuden lisäämiseksi. Omaishoitajien ymmärrys avustamisesta oli lisääntynyt, ja osa uusista taidoista oli muuttunut rutiiniksi.

”Mä joudun täs käyttämään kyllä niinku omaa voimaa. Nää on niitä kohtia, joita kannattas niinku harjoitella.” (OH10)

Kolmen kuukauden kuluttua kurssista opittua ohjaus- ja avustamistapaa käytettiin arjessa vanhan toimintamallin rinnalla. Omaishoitajien ja -hoidettavien välinen vuorovaikutus, yhteistyö ja suunnitelmallisuus olivat kehittyneet. Omaishoidettavien rooli oli muuttunut aktiivisemmaksi. Osa omaishoitajista ja -hoidettavista kertoi keskustelewansa ja tekevänsä arkielämän päätöksiä yhdessä. Osa omaishoitajista kertoi antavansa omaishoidettavan tehdä jonkin verran päivittäisiä toimintoja oma-toimisesti. He kertoivat tunnistavansa omaishoidettavalle annettavan ajan tärkeyden ja oman malttamattomuutensa avustamistilanteissa. Omaishoitajat kertoivat asian aiheuttavan ristiriitaisia tuntemuksia heissä. He kertoivat olettaneensa, että olisivat kärsivällisempiä kuin todellisuudessa olivat.

”Olen näissä yksinkertaisissakin asioissa, kun aamulla noustaan ylös, että mitäs nyt tehdään. Pitää miettiä. Yleensä tulee se vastaus. No mitäs meidän pitäs tehdä, että saadaan se tehtyä. Se joskus odottaa, että mä käsken ja tätä mä niin, kuin pyrin välttämään, että ei tule sitä käskyä vaan häneltä itseltä tulee se oivallus.” (OH9)

Avustamisen määrä ja tapa riippuivat omaishoidettavan toimintakyvyn muutoksista tarkastelujaksolla. Osa omaishoitajista kertoi, että avustaminen oli keventynyt tai

muuttunut varmistamiseksi omaishoidettavan toimintakyvyn kohennuttua. Kun kävely oli varmennettu, omaishoidettavaa ei omaishoitajien kertoman mukaan tarvinnut tukea. Riitti, että omaishoitaja kulki vierellä. Omaishoidettavan istumatasapainon varmennuttua omaishoitajan ei tarvinnut enää tukea omaishoidettavan vartaloa.

”En pitänyt hänestä kiinni. Olin vaan siinä ihan lähellä, et jos horjahtaa.”
(OH5)

Osa omaishoitajista kertoi toimivansa rauhallisemmin ja suunnitelmallisemmin tapaturmatilanteissa. Heidän mukaansa kurseilla käydyt esimerkit kannustivat toimimaan luovasti. Osa omaishoitajista kertoi lattialta ylösnousun sujuvan hyvin omaishoitajan ja omaishoidettavan yhteistyön avulla, eivätkä he olleet tarvinneet ulkopuolista apua.

”Silloin, kun otan takaa kiinni, otan koko kropasta. Eka kerran oikeen hämmästyin, et sen verran on jaloissa voimaa ja kuinka yks kaks oltiin ylhäällä. Mä vähän yritin. Hain pyörätuolin, et ottas siitä kiinni. Eteenpäin ylös pitäis ponnistaa pystyyn. Oli hirveen hankalaa, mut sitten, kun mä otin vaan matot pois.” (OH8)

Omaishoitajat käyttivät sopivia ja tarkoituksenmukaisia hoitotarvikkeita ja apuvälineitä avustamistilanteissa ja arvioivat kriittisesti niiden soveltuvuutta arjessa. Osa omaishoitajista kertoi osan hoitotarvikkeista ja apuvälineistä jääneen käyttämättä ja korvautuneen uusilla.

”Sillon, kun kävitte viimeksi sanoit, ettei liukulakanaa tarvitse heti alle laittaa vaan vähän matkan päähän, ja nyt mä olen tehnyt niin ja se auttaa aika lailla.”
(OH8)

Kuuden kuukauden kuluttua kurssista omaishoitajat olivat edelleen tietoisia voimavaralähtöisestä avustamisesta ja voimavaralähtöisen avustamistavan käytöstä tilanteen mukaan. Osa omaishoitajista kertoi omaishoitajan ja -hoidettavan välisen yhteistyön sujuvoituneen avustustilanteissa. He kertoivat jatkavansa liikettä, jota omaishoidettava on aloittanut. Näin avustamisesta oli tullut sulavaa ja varmaa.

”Me yleensä tehdään niin, et hän istuu tähän näin ja mä tarkistan siinä, et on pylly tarpeeks pitkällä, et se varmasti mahtuu, ja sit tehdään sillä tavalla, että hän tukee itseensä ja mä autan hiukan, että tänne ylöspäin siitä on helppo siten.” (OH1)

Uudesta toimintamallista huolimatta omaishoitajat palasivat ajoittain vanhaan käytäntöön. Suurin osa omaishoitajista kertoi avustavansa omaishoidettavaa, vaikka he kertoivat tiedostavansa, etteivät omaishoidettavat tarvitse apua. He kertoivat, että näin käy erityisesti tilanteissa, joissa omaishoitajan olisi tullut vähentää avun määrää omaishoidettavan toimintakyvyn kohennuttua hetkellisen notkahduksen jälkeen.

”Semmonen asia mulla pyörii mielessä, että minä avustan häntä vähän liikaa, että tuota, koska hänellä on ollut sydän epäkunnossa niin nopeesti tekee ja auttaa, vaikka tietää, että hän pääsis itekki jääkaapille ja saisi otettua joitain tavaroita itekki, niin minä menen ja annan.” (OH3)

Avustamisen määrä ja tapa riippuivat omaishoidettavien toimintakyvyn muutoksista tarkastelujaksolla. Osa omaishoitajista kertoi avustamisen muuttuneen entistä vähäisemmäksi omaishoidettavan toimintakyvyn kohennuttua.

”Joskus silloin elo–syyskuussa vaati tulemista ja auttamista, mutta nythän se on henkinen tuki siinä.” (OH 9)

Omaishoitajat kertoivat olevansa tietoisia oman osaamisensa lisääntymisestä ja itsetuntonsa vahvistumisesta. Osa omaishoitajista kertoi toimivansa luovasti tapaturmatilanteessa.

”Ehkä joku semmonen joku, et luottaa itseensä. Aina tieto tuo sitä, että luottaa itseensä enemmän niinku siihen esimerkiksi, että kun näkee tilanteen, niin niin tuota tekee siitä oman johtopäätöksen ja toimii sit silla tavalla.” (OH3)

Omaishoitajat käyttivät asianmukaisesti sopivia hoitotarvikkeita ja apuvälineitä, joista olivat kursseilla tulleet tietoisiksi. Osa omaishoitajista kertoi osaavansa soveltaa uutta tietoa ja löytää hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden lisäksi juuri heille sopivia arjen käyttöesineitä. Termosmukin kerrottiin olevan sopivan painoinen ja pysyvän hyvin omaishoidettavan kädessä. Pyörätuolin sijaan osa omaishoidettavista istui tuolilla tai sohvalla.

”Löysin tarpeeksi painavan termosmukin.” (OH12)

Kuuden kuukauden kuluttua kurssista omaishoitajien itsetunto oli vahvistunut. He käyttivät voimavaralähtöistä avustamista, sopivia hoitotarvikkeita, apuvälineitä ja käyttöesineitä tilanteen mukaan. Tutkijan havaintona oli, että kinestetiiikan kurssi tuki omaishoitajia mikro- ja mesotasolla. Omaishoitajat reflektoivat kokemuksiin kuuden kuukauden ajan. He sovittivat kriittisesti uusia kokemuksia ja tietoja

aiempiin tietorakenteisiin ja käyttivät voimavaralähtöistä avustamista sekä heidän tilanteeseensa sopivia hoitotarvikkeita, apuvälineitä ja käyttöesineitä. Prosessi voimaannutti heitä. Voimaantuminen näkyi vahvempana itsetuntona ja minäpystyvyyden vahvistumisena. Vaikuttavin kurssin anti oli lattialta ylösnousun harjoittelu. Omaishoitajat toivat kotikäynneillä käydyissä keskusteluissa esille, etteivät kursilla uskoneet lattialta ylösnousuharjoitusten onnistuvan. Positiiviset muistot ja mielikuvat siivittivät omaishoitajia toimimaan yhteistyössä omaishoidettavan kanssa lattialta ylösnousutilanteissa. Yhteenvetona voidaan todeta, että kinestetikan kurssi vahvisti omaishoitajien osaamista, tilannetietoisuutta, tilanteiden ennakointia ja sovittujen toimintatapojen noudattamista sekä sosiaalista toimivuutta ja parityöskentelyä.

5.3.2 Omaishoidettavien kokemat hyödyt

Omaishoidettavien kokemat toimintakykyyn liittyvät ja sitä tukevat hyödyt kerättiin haastattelemalla omaishoidettavia ja -hoitajia syklien 2–4 mukaisilla kotikäynneillä. Haastatteluaineisto olisi jäänyt hyvin suppeaksi, mikäli haastattelu olisi kohdistunut vain omaishoidettaviin, sillä osan omaishoidettavista oli vaikea tuottaa puhetta tai kuvailla monipuolisesti toimintakykyyn liittyviä hyötyjä. Tässä osiossa omaishoitajat tukivat ja tulkkasivat omaishoidettavien vastauksia. Tuloksiin saatiin täydennystä tukijan havainnoista ja päiväkirjamerkinnöistä. Omaishoidettavien kokemat toimintakykyyn liittyvät ja sitä tukevat hyödyt esitetään taulukossa 11. Omaishoidettavat kokivat saaneensa kurssista hyötyä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen kehittymisenä, lisääntyneenä toimintakykynä sekä aktiivisuutena ja oma-toimisuutena, ja lisäksi hyödyt liittyivät kuntoutuksen toteutukseen, sopivien hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden käyttöön sekä uusiin ratkaisuihin toimintaympäristössä.

Taulukko 11. Kurssille osallistuneiden omaishoidettavien kokemat hyödyt kaksi viikkoa, kolme kuukautta ja kuusi kuukautta kurssista.

Sykli 2: 2 vk kurssista	Sykli 3: 3 kk kurssista	Sykli 4: 6 kk kurssista
Pääluokka	Pääluokka	Pääluokka
Vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen kehittyminen	Vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen kehittyminen	Vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen kehittyminen
Lisääntynyt toimintakyky, aktiivisuus ja omatoimisuus	Mielialan koheneminen sekä toimintakyvyn ja omatoimisuuden lisääntyminen	Lisääntynyt toimintakyky, aktiivisuus ja itseluottamus sekä vastuunotto arjesta
Kuntoutuksen toteutus yhdessä omaishoitajan kanssa	Kuntoutuksen toteutus yhdessä omaishoitajan kanssa tai ostopalveluna	Säännöllinen kuntoutuksen toteutus yhdessä omaishoitajan kanssa tai ostopalveluna
	Sopivien hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden käyttö	Apuvälineiden tarkoituksenmukainen käyttö
	Uudet luovat ratkaisut toimintaympäristössä	Kodin ulkopuoliset aktiviteetit ja järjestetty toiminta

Kahden viikon kuluttua kurssista omaishoidettavat ottivat enemmän vastuuta omasta osallistumisestaan. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan toimivan tietoisesti arjen askareissa itsenäisemmin kuin ennen, ja omaishoidettavat kertoivat tiedostavansa, että heiltä kuluu askareiden suorittamiseen enemmän aikaa kuin omaishoitajalta.

”Kyl se ihan selvästi on niin, ku hänellä menny perille, että hänen pitää itsekin yrittää enemmän niitä jalkoja nostaa, kun menee sänkyyn.” (OH1)

Omaishoidettavien ja -hoitajien välinen vuorovaikutus ja yhteistyö olivat parantuneet niillä, jotka käyttivät kinestetikan toimintamallia. Avustustilanteissa sekä omaishoidettavat että -hoitajat kertoivat olevansa aktiivisia ja toimivansa yhdessä. Mikäli omaishoitajan ote ei ollut sopiva, kertoi osa omaishoidettavista pyytävänsä siirtämään otteen paikkaa.

”Mä otin ranteesta kiinni tällä kädellä, niin hän kertoi, et ota kädestä kiinni.” (OH9)

Lisääntynyt toimintakyky, aktiivisuus ja omatoimisuus ilmenivät positiivisina fysiologisina muutoksina, hieno- ja karkeamotoristen taitojen vahvistumisena sekä omatoimisuuden lisääntymisenä päivittäisissä toiminnoissa ja tietoisella tasolla. Tämä ilmeni omaishoidettavien ja -hoitajien kertoman mukaan suoliston toimintaan käytettyjen lääkkeiden vähenemisenä, aamutoimiin osallistumisena, itsenäisenä ruokailuna sekä aktiivisuutena siirtymistilanteissa. Osa omaishoidettavista

kertoi nostavansa jalat vuoteeseen ja kääntyvänsä selälleen itsenäisesti. Osa omaishoidettavista kertoi pesevänsä kasvonsa ja harjaavansa hampaansa itse.

”Kyl se ihan selvästi on niin ku hänellä menny perille, että hänen pitää itsekin yrittää enemmän niitä jalkoja nostaa, kun menee sänkyyn.” (OH7)

Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan liikkuvan pyörätuolin avulla ja käyttävän sitä useimmiten istuimena tuolin tai sohvan sijaan.

”Meillä on semmonen vähän korotettu tuoli tuolla ruokapöydän vieressä. Aina silloin tällöin siirrytään sille.” (OH7)

Omaishoidettavien kuntoutus toteutettiin yhteistyössä omaishoitajien kanssa. Osa omaishoitajista kertoi avustavansa omaishoidettavaa kotivoimisteluohteiden mukaisen jumpan toteuttamisessa. Kuntoutus liittyi omaishoidettavan halvaantuneen käden liikeratojen ylläpitämiseen tai jalkojen lihasvoimien lisäämiseen toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

”Kyllä me joka päivä jumpataan käsiä suoriksi, jotta tämä liikerata säilyy.” (H9)

Kolmen kuukauden kuluttua kurssista oli nähtävissä vuorovaikutustaitojen ja yhteistyön edelleen kehittyminen sekä omaishoidettavien ja -hoitajien että omaishoidettavien ja kotihoidon henkilökunnan välillä. Osa omaishoidettavista kertoi antavansa spontaanisti positiivista palautetta kotihoidon hoitohenkilökunnalle ohjaus- ja avustamistilanteissa. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan pyytävän omaishoitajaa avuksi avustamistilanteisiin tarvittaessa.

”Annan aina palautetta. Jos jollakin on hyvä ote, muistan sanoa, että tämä on kiva.” (H9)

Positiiviset fysiologiset muutokset ilmenivät omaishoidettavissa jäykkyyden vähenemisenä ja voimien lisääntymisenä. Osalla omaishoidettavista omaishoidettavien ja -hoitajien kertoman mukaan vartalon ja raajojen liikkeet ja liikkuvuus olivat lisääntyneet jäykkyyden vähenemisen ja voimien lisääntymisen myötä.

”Niin siinä huomaa, että taipuu vaikka kuinka paljon, vaikka luulee, ettei se taivu ollenkaan.” (OH8)

Liikkuvuuden ja liikkeen lisääntymisen myötä omaishoidettavien pään ja vartalon hallinta, asennossa pysyminen, asennosta toiseen siirtyminen, kävely sekä

tasapaino kehittyivät. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi, että heidän liikkumisestaan oli tullut sujuvampaa ja itsenäisempää.

”No en mä nuku, mut voin aina kääntyä.” (H4)

Itsenäisen toiminnan ja uusien kokemusten myötä omaishoidettavien pelko ja arkuus liikkumistaan kohtaan vähenivät. Omaishoidettavat olivat positiivisessa kierreessä. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi, kuinka omaishoidettavan liikkuminen ja itsenäinen toiminta olivat pelon ja arkuuden vähenemisen myötä lisääntyneet. He kertoivat omaishoidettavan minäpystyvyyden lisääntymisestä ja mielialan kohenemisestä.

”Varmaan juuri nää omaehtoiset liikkeitten tekemiset, aktiviteetin lisäämistä ja uskaltaa liikkua ja nousta, siis tän tyypiset asiat on ehkä jäänyt niinku päällimmäiseksi, uskaltaa jo sängyssäkin liikkua, nosta pystyyn ja hän uskaltaa hivuttautua siitä reunalle ja käyttää pylläkävelyä.” (OH9)

Osa omaishoidettavista toimi tapaturmatilanteissa luovasti ja aktiivisesti yhteistyössä omaishoitajan kanssa. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan nousevan lattialta ylös itsenäisesti ja avustettuna käyttäen hyväksi kotiympäristön tarjoamia mahdollisuuksia. Muistot kurssiharjoitteista toimivat vahvoina innoittajina. Omaishoidettavat ja -hoitajat muistelivat, kuinka heille oli jäänyt mieleen tilanne, jossa kurssitoveri nousi lattialta ylös, vaikka kukaan paikalla olleista kurssilaisista ei uskonut sen olevan mahdollista.

”Siirrettiin pöytä ensin, siirrettiin sohvakin vissiin johonkin ja sohva otettiin tuolta seinästä irti, sitten otettiin tyynyt pois, jotta saatiin madallettua, ja sit mä sain kammettua itteni sohvalle.” (H3)

Omaishoidettavat käyttivät sopivia hoitotarvikkeita ja apuvälineitä tilanteen mukaan. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi olevansa tietoisia siitä, mitä apuvälineitä oli turvallista käyttää.

”Silloin, kun en viitsi lähteä vessaan, pissa tulee pulloon.” (H5)

Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi, että kuntoutusta toteutettiin yhteistyössä omaishoitajan kanssa tai ostopalveluna. Kuntoutuksen kerrottiin toteutuvan suunnitelman mukaisesti ja säännöllisesti. Kuntoutus liittyi tasapainon ja jalkojen lihasvoimien lisäämiseen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

”Nyt on sit kävelly. Tämän jälkeen tässä on nyt otettu oikeen, että kolme-neljä kertaa päivässä kävelee tuolta ulko-ovelta tänne huoneen perälle, ja sen hän on tehny ja se alkaa vaikuttaa kyllä.” (OH10)

Kuuden kuukauden kuluttua kurssista omaishoidettavat toimivat aktiivisesti ja heidän vuorovaikutustaitonsa olivat kehittyneet verrattuna aikaisempiin seurantajaksoihin. Kunkin omaishoidettavan ja -hoitajan välinen yhteistyö ja vuorovaikutussuhde etenivät omaa tahtia. Osa omaishoidettavista pyysi omaishoidettavan ja -hoitajan kertoman mukaan omaishoitajaa avustamaan häntä parempaan asentoon vuoteessa tai pyörätuolissa. Osa omaishoidettavista oli omaishoidettavien ja -hoitajien kertoman mukaan alkanut toimimaan itsenäisesti.

”Kyllä sä avustat ja teet. Tarvikku ottaa joku lautanen tuolta ylähyllyltä, niin voin antaa sulle, että otappas vastaan.” (OH9)

Omaishoidettavien toimintakyky, aktiivisuus ja itseluottamus sekä vastuunotto arjesta lisääntyivät entisestään. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan piristyneen, hänen muistinsa toimi paremmin kuin aikaisemmin ja omaishoidettava tuotti sanoja enemmän kuin ennen. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan pysyvän asennossa ja siirtyvän ja liikkuvan paremmin kipujen vähennyttyä ja lihasvoimien lisääntyttyä. Uuden ohjaus- ja avustamistavan käyttöönotto ei ollut kuitenkaan aina vaivatonta. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista tunnisti olevansa malttamattomia avustamistilanteissa.

”On se aktiivisuutta lisännyt, kun lihasvoimaa on tullut.” (OH9)

Omaishoidettavat luottivat itseensä ja ottivat vastuulleen enemmän arjen askareita. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi, että omaishoidettava maksoi laskut ja hoiti asioita puhelimitse.

”On projekteja. Hän esimerkiksi hoitaa kaikki meidän laskut.” (OH3)

Omaishoidettavat käyttivät apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi omaishoidettavan käyttävän pyörätuolia apuvälineenä siirtyessään tuolille tai sohvalle. Lainassa ollutta liiketerapialaitetta kerrottiin käytettävän kuntoutukseen säännöllisesti. Asennon tukemisessa käytettiin tyynyjä.

”Kyllä et siis et hän pyörätuolissa istuu hyvin vähän. Joskus kun mä tuon ja vähäks aikaa katsomaan telkkaria, mut sit ylipäänsä aina kun istuu niin omassa nojatuolissa. Se on niin kätevä, kun se on sen verran siel on kaks tyynyä

ja on muutenkin korkea tuoli ja on kaks tyynyä vielä alla, niin se on just sopiva hänelle.” (OH6)

Omaishoidettavien kuntoutus toteutettiin edelleen yhteistyössä omaishoitajien kanssa tai ostopalveluna. Osa omaishoidettavista ja -hoitajista kertoi, että omaishoidettavan kuntoutus oli suunnitelmallista ja säännöllistä. Kuntoutus liittyi tasapainon ja jalkojen lihasvoimien lisäämiseen omaishoidettavan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi.

”Mä teen ylösnousuja viis kertaa.” (H1)

Tutkijan havaintona päiväkirjamerkinnoista kurssitilanteissa ja kotikäynneillä oli, että omaishoidettavat hyötyivät kinestetikan kurssista mikro- ja mesotasoilla. Kinestetikan kurssi vahvisti omaishoidettavan osaamista, tilannetietoisuutta, tilanteiden ennakkointia ja sovittujen toimintatapojen noudattamista sekä sosiaalista toimivuutta ja parityöskentelyä kuten omaishoitajillakin – työskenteliväthän omaishoidettava ja omaishoitaja työparina avustustilanteissa.

Kinestetikan kurssi tuki omaishoidettavaa olemaan aktiivinen avustustilanteissa, ja omaishoidettavat saivat kokemuksia onnistuneista avustustilanteista. Jos kinestetikan kurssin opit otettiin käyttöön, omaishoidettavien toimintakyky vahvistui pitkällä aikavälillä. Voimakkaat positiiviset tunteet kurseilta, kuten muisto lattialta ylösnoususta, toimivat vahvikkeena minäpystyvyyden tunteelle, ja omaishoidettavat olivat aktiivisia lattialta ylösnousutilanteissa. Mikäli omaishoidettavat eivät muuttaneet käyttäytymistään esimerkiksi ennakkokäsityksen tai sairastumisen vuoksi, ei kehittymistä tai muutosta tapahtunut.

Säännöllinen kuntoutuksen toteuttaminen oli tutkimuksen sivutuote. Tutkijalta tiedusteltiin kotikäynneillä omaishoidettavien toimintakyvyn tukemisesta. Toimintakyvyn heiketessä erityisesti kävely ja jalkoihin tukeutuminen heikkenevät. Tutkija tiedusteli tilanteissa, oliko omaishoidettavalle annettu kotivoimisteluohteja ja jos oli, olivatko omaishoidettavat voimistelleet saamansa kotivoimisteluohtelman mukaisesti. Osalla omaishoidettavista oli kotivoimisteluohteja, ja he ottivat ne käyttöönsä. Osa omaishoidettavista voimisteli kotivoimisteluohteiden mukaan yksin tai yhdessä omaishoitajan kanssa. Osa omaishoitajista halusi ulkoistaa kotivoimisteluohtelman mukaisen jumpan ostamalla fysioterapiapalveluja. Tutkijan olisi ollut epäeettistä olla vastaamatta toimintakyvyn vahvistamiseen liittyviin tiedusteluihin. Tutkija ei kuitenkaan tutkinut asiakasta ja laatinut kotivoimisteluohteja tai toteuttanut fysioterapiaa.

5.4 Kokemuksia kinestetiikan kurssista sekä kurssin kehittämistarpeet

Tutkimuskysymykseen 4 kerättiin vastaukset kirjallisina omaishoitajilta ja -hoidettavilta syklin 2 kotikäynneillä sekä haastatteleamalla heitä sykliin 2–4 mukaisilla kotikäynneillä. Ohjaajien vastaukset kerättiin syklissä 5 fokusryhmähaastattelun avulla. Tuloksiin saatiin täydennystä tutkijan havainnoista ja päiväkirjamerkinnoistä. Taulukossa 12 esitetään yhteenveto omaishoitajien ja -hoidettavien antamasta kurssipalautteesta. Kurssipalautteiden avoimien kysymysten vastaukset käsitellään yhdessä haastatteluaineiston kanssa.

Taulukko 12. Omaishoitajien ja -hoidettavien kokemuksia kinestetiikan kurssista.

Arvioitava asia	n	1 = täysin eri mieltä	2 = hiukan eri mieltä	3 = jokinseenkin samaa mieltä	4 = samaa mieltä	5 = täysin samaa mieltä
Koulutusjärjestelyt						
tilat soveltuivat hyvin koulutukseen	21			1	12	8
aikataulutus oli toimiva	20		1	3	10	6
Kouluttaja						
oli motivoiva	21				4	17
oli ammattitaitoinen	20				4	16
Koulutus						
oli hyödyllinen	21			1	5	15
opit ovat sovellettavissa käytäntöön	21			1	8	12
opetusmenetelmät sopivat minulle	20			3	7	10
toteutus oli onnistunut	20			1	5	14

Kurssipalautteiden mukaan omaishoitajat ja -hoidettavat olivat pääosin tyytyväisiä ohjaajaan, koulutusjärjestelyihin ja koulutukseen. Kurssin sisältö, menetelmät ja koulutusympäristö koettiin sopivina kohderyhmälle.

Kurssipalautteen avulla kerättiin tietoa myös siitä, millä todennäköisyydellä omaishoitajat ja omaishoidettavat suosittelisivat kinestetiikan kurssia tutuilleen. Mitta-asteikko oli 0–10. Nolla tarkoitti erittäin epätodennäköisesti ja kymmenen erittäin todennäköisesti. Kahdenkymmenen vastaaan mukaan omaishoitajat ja -hoidettavat suosittelisivat hyvin todennäköisesti kinestetiikan kurssia tutuilleen. Kurssilaisista kuusitoista haluaisi osallistua uudelle kurssille.

Edellä kuvatun kurssipalautteen avulla saatiin yleiskuvaa kurssin onnistumisesta. Kerättyä tietoa haluttiin kuitenkin syventää teemahaastattelujen avulla. Taulukossa 13 esitetään omaishoitajien ja -hoidettavien kokemuksia kinestetiiikan kurssista. Kurssin sisältö ja menetelmät (pääluokka) sisälsi sopivaksi koetun kurssin sisällön sekä oppimista tukevat opetusmateriaalit ja -menetelmät (yläluokka).

Taulukko 13. Omaishoitajien ja -hoidettavien kokemuksia kinestetiiikan kurssista.

Pääluokka	Yläluokka
Kurssin sisältö ja menetelmät	Sopivaksi koettu kurssin sisältö Oppimista tukevat opetusmateriaalit ja -menetelmät
Omaksuttujen uusien käytänteiden käyttöönotto ja muunneltavuus	Osallistujien vahva motivaatio ja vastaanottavuus Omaishoidettavan omatoimisuuden tukemisen ja vahvistamisen lisääntyminen Omaishoitajan ja -hoidettavan välisen yhteistyön lisääntyminen Mahdollisuus ottaa harjoitellut asiat käyttöön omaishoidettavan tilanteen muuttuessa
Vertaistuki	Tärkeäksi koettu vertaistuki
Koulutusympäristö	Sopivaksi koetut kurssijärjestelyt (aika, tila, välineet ja ohjaajat)

Omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat pitävänsä kurssin sisältöä sopivana. Kinestetiiikan teoria esitettiin harjoitteiden lomassa. Avustustilanteiden harjoittelu omaishoidettavan sekä muiden kurssille osallistuneiden kanssa teki omaishoitajien ja -hoidettavien kertoman mukaan oppimisesta käytännönläheistä. Harjoitusesimerkit oli poimittu omaishoitajien ja omaishoidettavien arkielämästä. Omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat saaneensa sopivasti yksilöllistä lähiopetusta. Kurssilla käytetty materiaali, kuten pallot ja kirjat luovina apuvälineinä, oli sellaista, jota löytyi kotoa ja jota oli tarvittaessa edullista hankkia. Osa omaishoitajista kertoi käyttäneensä lattialta ylösnousun apuna sohvatyynyjä.

”Kaikki oli järkeenkäypää ja pystyttiin heti käyttämään sitte käytännössä niitä asioita.” (OH7)

Omaksuttujen uusien käytänteiden käyttöönotto ja muunneltavuus (pääluokka) sisälsi osallistujien vahvan motivaation ja vastaanottavuuden, omaishoidettavan omatoimisuuden tukemisen ja vahvistamisen lisääntymisen, omaishoitajan ja omaishoidettavan välisen yhteistyön lisääntymisen, harjoiteltujen asioiden välittömän käyttöönoton arjessa sekä mahdollisuuden ottaa harjoiteltuja asioita käyttöön

omaishoidettavan tilanteen muuttuessa (yläluokka). Omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat olevansa kiinnostuneita ja motivoituneita tarkastelemaan omaa tilannetta ja opettelemaan uudenlaisen ohjaus- ja avustamistavan. Omaishoitajat ja -hoidettavat seurasivat opetusta ja käytännön esimerkkejä kurssilla tiiviisti sekä esittivät omia ajatuksiaan, pohdintojaan ja kysymyksiään tarpeen tullen. Osa omaishoitajista kertoi yllättyneensä positiivisesti omaishoidettavien aktiivisuudesta kurssilla.

”Mulla kylmät väreet menee nytkin vielä, kun pikkusen mainitten muistaki hoidettavista, kuinka miten ne oli innokkaita, hyvänen aika.” (OH2)

Osa omaishoitajista ja -hoidettavista kertoi tiedostavansa omatoimisuuden tukemisen tärkeyden päivittäisten toimintojen avustamistilanteissa. Omintakeiset siirtymiset tasolta toiselle tukivat kertomusten mukaan omaishoidettavien minäpystyvyyden tunnetta ja antoivat onnistumisen kokemuksia heille. Osa omaishoitajista kertoi omaishoidettavan lisääntyneestä rohkeudesta tehdä asioita. Osa omaishoidettavista kertoi ymmärtävänsä, että heidän tuli toimia mahdollisimman omatoimisesti arjessa.

”Ei se mulle sillä tavalla, mulla oli koko aika semmonen pohja edellä, että pitäis, niin kui kuin mä puhuin siitä subjekti-objektijutusta, et koko aika tukee tätä ihmisen subjektiivisuutta eli just tätä omatoimisuutta niinku sanottu, tässä se tulee niin ku fantastisesti liikkeen tasolle, et se lähtee siitä.” (OH4)

Omaishoidettavien ja -hoitajien välinen yhteistyö lisääntyi, kun molemmat osapuolet olivat aktiivisia avustamistilanteissa. Omaishoitajat kertoivat painaneensa kurssilla tarkasti mieleensä sopivien otteiden paikat omaishoidettavien liikkumisen avustamisessa. Koskettamisen tavat tuntuivat osasta omaishoidettavista hyviltä eivätkä aiheuttaneet kipua. Siirtymistilanteissa sekä omaishoitajat että -hoidettavat kertoivat toimivansa aktiivisesti. Nostamista heidän kertomansa mukaan tapahtui vähemmän. Omaishoitajat halusivat kurssilla soveltaa oppimaansa ja harjoitella tilanteita, joissa omaishoidettavalla oli kuvitteellisesti normaalia huonompi toimintakyky. Kurssin toiselle päivälle tultaessa omaishoitajat ja omaishoidettavat kertoivat jo harjoitelleensa uusia oppeja.

”Se on hyvä, että se on molemmin puolista se nouseminen, et mä osaa ottaa oikeat konstit, kun se nosti mua.” (H4)

Sekä omaishoitajat että -hoidettavat kertoivat saaneensa vertaistukea (yläluokka) kurssilta. Vertaistuki koettiin tärkeäksi, koska omaishoitotyö painottui pitkälti kotona työskentelyyn (alaluokka).

”Se vertaistuki on hirveen tärkeä.” (OH1)

Koulutusympäristö (yläluokka) sisälsi sopiviksi koetut kurssijärjestelyt (aika, tila, välineet ja ohjaajat) (alaluokka). Omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat kokeneensa kurssiaikataulutuksen toimivaksi. Ruokailu keskeytti kertomusten mukaan kurssin sopivasti keskellä päivää. Kurssipaikan mainittiin olleen sopivan matkan päässä omaishoitajien ja -hoidettavien kotoa. Käytetyt sairaalasängyt, pöydät ja tuolit olivat samanlaisia kuin kotiympäristössä. Omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat kokeneensa, että ohjaavaa henkilöstöä oli riittävästi ja ohjaaja oli osaava.

”Se tila kaikkine rekvisiittoineen oli ihan semmonen, kun minä etukäteen kuvittelin, et vois olla.” (OH9)

Yhteenvetona voidaan todeta, että kautta linjan omaishoitajat kokivat olevansa samaa mieltä kyselylomakkeen väittämien kanssa. Tutkijan havaintona päiväkirjamerkinnoista kurssitilanteissa ja kotikäynneillä oli, että omaishoitajat ja -hoidettavat olivat tyytyväisiä kurssin antiin. Toisaalta on mahdollista, että vastauksissa olisi mahdollisesti esiintynyt enemmän hajontaa, mikäli osassa kysymyksistä olisi ollut negaatioita.

Omaishoitajien ja -hoidettavien muutosehdotukset kinestetiiikan omaishoitajakurssin toteutuksesta kerättiin kirjallisesti syklin 2 kotikäynneillä sekä avoimilla haastattelukysymyksillä interventioiden 2–4 kotikäyntien yhteydessä. Vastaukseen saatiin täydennystä tukijan havainnoista ja päiväkirjamerkinnoista. Yhteenveto muutosehdotuksista esitetään taulukossa 14. Muutosehdotukset liittyivät kinestetiiikan kurssin saavutettavuuteen, aikataulutukseen ja opetusmenetelmiin.

Taulukko 14. Ikäihmisten omaishoitajien ja -hoidettavien muutosehdotukset kinestetiiikan kurssista.

Pääluokka	Yläluokka
Saavutettavuus	Omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetun kinestetiiikan kurssin saavutettavuuden kehittäminen
Aikataulu	Kinestetiiikan kurssin aikataulun muutostarpeet
Opetusmenetelmät	Opittujen käytäntöjen ylläpitäminen ja uusien taitojen omaksuminen
	Opetusmenetelmän muutostarpeet

Saavutettavuus (yläluokka) sisälsi omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetun kinestetiiikan kurssin saavutettavuuden kehittämisen (alaluokka). Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat, että he eivät olleet tietoisia

kinestetikan ohjaus- ja toimintamallista eikä heillä ollut tietoa heille kohdenne-
tuista kinestetikan kursseista. Tietoa ja esitteen kurssista he kertoivat saaneensa
kohtaamiltaan terveydenhuollon ammattihenkilöiltä. Osallistuttuaan kurssille
omaishoitajat ja -hoidettavat olivat samanmielisiä ja kertoivat pitävänsä tärkeänä
kinestetikan koulutuksen tarjoamista oikea-aikaisesti kaikille omaishoitajille ja
omaishoidettaville. He toivoivat koulutuksen kohdentuvan jo omaishoitajauran al-
kuvaiheeseen ja kuuluvan osaksi kotihoidon ja -sairaanhoidon palveluja.

*”Koulutus saisi alkaa paljon aikaisemmin, esim. jollekki, jonka täytyy kään-
nellä sängyssä ja muuta, niin semmoselle täytyy olla koulutus melkein alusta
asti.” (OH10)*

Koulutuksen tarjoaminen yhdessä omaishoitajille ja -hoidettaville jakoi mielipiteitä.
Osa omaishoitajista ehdotti teorian esittämistä tiivistetysti vain omaishoitajille. Osa
omaishoitajista koki teoriaosuuden kuuluvan sekä omaishoitajille että omaishoidet-
taville.

”Omaishoitajille teoriajakso ja hoidettaville käytäntöjakso.” (OH1)

Aikataulu (pääluokka) sisälsi kinestetikan kurssin aikataulun muutostarpeet (ylä-
luokka). Koska suurimmalla osalla omaishoitajista ja -hoidettavista kului runsaasti
aikaa aamutoimiin, he ehdottivat kurssin alkavan kello kymmenen kahvin juonnilla.
Kurssipäivien kerrottiin tuntuneen hieman pitkiltä. Suurin osa omaishoitajista
ja -hoidettavista ehdotti taukojen lisäämistä aikatauluun ja kurssin jakamista use-
ammalle intensiivipäivälle kahden pitkän kurssipäivän sijaan.

”Kyllä se vähän tuntu pitkältä.” (H2)

Opetusmenetelmät (pääluokka) sisälsivät opittujen käytäntöjen ylläpitämisen sekä
uusien taitojen omaksumisen ja opetusmenetelmän muutostarpeet (yläluokka).
Omaishoitajat ja -hoidettavat kertoivat kokevansa tarvetta monipuoliselle harjoit-
telulle. He esittivät toiveen jatkokurssista ja säännöllisistä tapaamisista, jotka tuki-
sivat uuden ohjaus- ja avustamistavan käyttöä. Koska omaishoitajat avustavat myös
kodin ulkopuolella, he toivoivat harjoittelua kodin ulkopuolisessa ympäristössä.

”Eri keissit myös kodin ulkopuolella.” (OH15)

Suurin osa omaishoitajista ja -hoidettavista toivoi uusien apuvälineiden käytön har-
joittelua kurssilla. Omaishoitajat kertoivat olevansa epävarmoja apuvälineiden oi-
keanlaisesta käytöstä.

”Myös uusien apuvälineiden käyttöä.” (OH11)

Suurin osa omaishoitajista ja -hoidettavista halusi enemmän käytännön harjoittelua ja teorian pilkkomista tietoisuudeksi käytännön harjoittelun yhteyteen. Käytännön harjoittelun tarve korostui, sillä päivittäisissä toiminnoissa avustaminen on hyvin fyysistä.

”Käytännön harjoittelua voisi olla enemmän.” (OH12)

Omaishoitajat ja -hoidettavat esittivät toiveen oppimisen ja mieleen palauttamisen tukemisesta sekä sähköisen koulutusmateriaalin, kuten kuvien ja videoiden, hyödyntämisestä ennen kurssia, kurssilla ja kurssin jälkeen. Pääpaino oli oppimisessa ja mieleen palauttamisessa.

”Materiaalia voisi jakaa etukäteen, joten pääsisimme suoraan asiaan ja tutustumaan toisiimme.” (H3)

Tutkijan havaintona päiväkirjamerkinnoistä kurssitilanteissa ja kotikäynneillä oli, että omaishoitajien ja -hoidettavien todelliset muutosehdotukset saatiin näkyväksi haastattelujen avulla. Omaishoitajat ja -hoidettavat halusivat kohdentaa kinestetiikan koulutuksen omaishoitajauran alkuvaiheeseen ja sijoittaa koulutuksen makrotasolle osaksi omaishoitajärjestelmää ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Apuvälineiden käytön harjoitteluun liittyvät toiveet nostivat esiin tarpeen kehittää hyvinvointialueiden apuvälineiden lainausprosesseja, sillä apuvälineen käytön opetuksesta vastaa apuvälineen lainannut tahon.

Usean intensiivisen koulutuspäivän avulla sekä harjoittelulla kodin ulkopuolissa ympäristössä omaishoitajat ja -hoidettavat vahvistaisivat oppimaansa sekä mikro- että mesotasolla. Oppimista tapahtuisi yksilötasolla (omaishoitaja, omaishoidettava) ja työryhmätasolla (omaishoitaja–omaishoidettava-pari).

Kinestetiikan kurssin ohjaajien toiveet kinestetiikan kurssin kehittämiseksi kerättiin syklissä 5 fokusryhmähaastattelun avulla, ja ne vastaavat tutkimuskysymyksen 4. Vastaukseen saatiin täydennystä tutkijan havainnoista ja päiväkirjamerkinnoista. Omaishoitajien ja -hoidettavien kehittämisehdotuksia heille kohdennetun kinestetiikan kurssin kehittämiseksi käytettiin fokusryhmähaastattelun alustuksessa. Taulukossa 15 esitetään omaishoitajien ja -hoidettavien sekä ohjaajien esittämät toiveet kinestetiikan kurssin kehittämiseksi. Toiveet liittyivät saavutettavuuteen, aikatauluun ja opetusmenetelmiin.

**Taulukko 15. Omaishoitajien ja -hoidettavien sekä ohjaajien esittämät toiveet kinestetii-
kan kurssin kehittämiseksi.**

Pääluokka	Omaishoitajat ja -hoidettavat	Kinestetiiikan kurssin ohjaajat
Saavutettavuus	Koulutus oikea-aikaisesti omaishoitajille ja -hoidettaville	Koulutus oikea-aikaisesti omaishoitajille ja -hoidettaville Yhteistyön ja markkinoinnin lisääminen
Aikataulu	Myöhempi aloitusaika Kahvitauko kurssin alkuun Useampi tauko	Myöhempi aloitusaika Tauoista sopiminen kursseilla Tutorit mukaan sujuvoittamaan kurssia
	Kurssipäivien pituuden lyhentäminen Kurssin jakaminen usealle päivälle Jatkokurssi tai säännöllinen harjoittelu Harjoittelu kodin ulkopuolella	Kotikäynti tai tapaaminen kodin ulkopuolisessa ympäristössä Kertauspäivä
Opetusmenetelmät	Koulutus omaishoitajille ja -hoidettaville Koulutus omaishoitajille Kehon hahmotusharjoituksia Käytännön harjoittelua Teorian pilkkominen tietoisuiksi käytännön harjoittelun yhteyteen Uusien apuvälineiden käytön harjoittelu Sähköisen koulutusmateriaalin (sis. kuvat, videot) hyödyntäminen ennen kurssia, kursseilla ja kurssin jälkeen	Koulutus omaishoitajille ja -hoidettaville Kehon hahmottamisen tukeminen Uusien apuvälineiden käytön harjoittelu kotihoidon fysioterapeutille Oppimateriaalin laatiminen

Omaishoitajat, omaishoidettavat ja ohjaajat olivat yksimielisiä siitä, että kinestetiiikan koulutus tulisi tarjota kaikille omaishoitajille ja iäkkäille omaishoidettaville jo omaishoitajauran alkuvaiheessa. Ohjaajat kertoivat pitävänsä tärkeinä yhteistyökumppaneina yksityisiä, julkisia ja kolmannen sektorin kotihoidon ja kotisairaanhoidon palveluja tuottavia tahoja, omaishoitajakeskuksia, sosiaalitoimea, yhdistyksiä, kuntien ja kaupunkien ylläpitämiä, ikäihmisille kohdennettuja infopisteitä ja oppilaitoksia, joissa koulutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa. He esittivät, että kinestetiiikan informaatiotilaisuuden järjestäminen voisi olla

esimerkiksi työharjoittelussa oleville opiskelijoille oppimiskokemus ja esimerkiksi osa projektiopintoja.

”Just niinku kotihoidon kans yhteistyötä. Mä oon koko aika sanonu sitä, et se on liian vähästä. Ja mun mielestä sitä kautta tiedäksä se verkostoituminen.”
(OHJ5)

Ohjaajat kertoivat pitävänsä sopivana ratkaisuna kurssien mainostamista toreilla ja ostoskeskuksissa, koska omaishoitajat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä eivätkä he välttämättä ole palvelujen piirissä.

”Minä haaveilin, että torille pitämään kinestetiikkainfoa, et kaikki vois tulla. Nii ehkä se poikis sieltä justiin niitä, jotka ei käy missään.” (OHJ1)

Koska Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n ohjaajat toimivat itsenäisesti, ohjaajat kertoivat kokevansa tarvetta lisätä keskinäistä yhteistyötä. Heidän mukaansa kinestetiikan tutoreista ja kouluttajista koostuvan alueellisen markkinointitiimin avulla kinestetiikan omaishoitajakurssit markkinoitaisiin keskitetysti ja suunnitelmallisesti alueella.

”Meidän pitäis perustaa tänne sellanen markkinointijuttu. Kinestetiikan markkinointi. Sellanen kehittämisiipiiri. Ois muutama ihminen, joka lähtis lujaa viemään sitä.” (OHJ1)

Ohjaajien kertoman mukaan tutorkoulutuksessa oleva uusi ohjaaja kiinnitettäisiin paikalliseen toimintaan kinestetiikan koulutukseen kuuluvan projektityön avulla. Heidän mukaansa tutorkoulutuksessa oleva ohjaaja voisi kartoittaa paikkakuntansa ja lähialueiden omaishoitajat ja -hoidettavat ja markkinoida suunnitelmallisesti kinestetiikan kurseja alueella. Markkinointisuunnitelman laatimisessa avustaisivat tutorkoulutuksen ohjaaja ja muut tutorkoulutuksessa olevat osallistujat. Ohjaajat arvioivat, että paikallinen yhteistyö ja verkostoituminen vahvistuisivat ja uudella kinestetiikan tutorilla olisi matala kynnyks aloittaa kinestetiikan koulutusten tarjoaminen omaishoitajille ja -hoidettaville alueella.

”Yks tietysti, mikä tulee mieleen niinku mitä vois ehkä hyödyntää näissä tai tossa just niinku omaishoitajien tavoittamisessa tai muussa, kun on uusia tutoreita jossain vaiheessa sitten, ketkä tarttee projektitöitä tai niinku näitä tutorprojekteja, niin ihan aiheeksi se, että miten niinku vois niinku lisätä sitä kinestetiikan et...” (OHJ4)

Vaikka osa omaishoitajista ja -hoidettavista halusi koulutuksen kohdistuvan omaishoitajille, ohjaajat tarjoaisivat koulutuksen molemmille osapuolille vedoten etiikkaan ja osallistavaan tapaan toimia. Ohjaajat kertoivat haluavansa pitää koulutuksen yhtäaikaaisesti sekä omaishoitajille että omaishoidettaville.

”Mun mielestä on tärkeä, että ne, myös ne omaishoidettavat saa sitä teoriatietaa ja pääsee osallistumaan siihen, siihen osioon, vaikka siinä tulee ehkä paljon asiaa, mutta mun mielestä se on tärkeää, että he on siinä ihan yhtä lailla mukana.” (OHJ4)

Aikataulu sisälsi kurssin aloituksen siirtämisen hieman myöhemmäksi, tauoista sopimisen kurssilaisten kanssa sekä kurssin sujuvuudesta huolehtimisen kinestetikan tutoreiden avulla ja asiakaslähtöisesti toteutetun kotikäynnin tai tapaamisen toteuttamisen kodin ulkopuolisessa ympäristössä sekä kertauspäivän lisäämisen kurssiin. Aikataulun kehittäminen koettiin tärkeänä kehittämisalueena. Omaishoitajat, omaishoidettavat ja ohjaajat olivat yksimielisiä kurssiajankohdan myöhentämisestä. Tauoista ohjaajat kertoivat haluavansa sopia kurssikohtaisesti osallistujien kanssa, koska omaishoitajat ja -hoidettavat ovat toimintakyvyltään erilaisia.

”Sovitaan se kahvi heidän kanssaan, et miten he jaksaa siinä, ja pidetään niitä taukoja.” (OHJ1)

Ohjaajat keskustelivat omaishoitajien ja -hoidettavien ehdottamasta kurssipäivien pituuden lyhentämisestä ja kurssin jakamisesta usealle päivälle. Se ei saanut kannatusta, koska ohjaajat kertoivat, että on vaikeaa saada apuohjaaja kurssille useammaksi päiväksi. Ohjaajat lisäsivät kurssiin kotikäynnin ja kertauspäivän. Kotikäynti ehdotettiin toteutettavaksi kodin sijaan omaishoitajan ja -hoidettavan haluamassa ympäristössä.

”Kyl, kotikäynnit täytyy tulla. Mun mielestä pitää yhden kotikäynnin kuulua siihen kurssiin. Ja sitte, jos he haluaa, pidetään yksilöllisesti.” (OHJ1)

Ohjaajat kertoivat, että kotikäynti mahdollistaisi avustamistilanteiden tarkastelemisen konkreettisesti ja asiakaslähtöisesti kotiympäristössä. He kertoivat olevansa valmiit tekemään tarvittaessa muutoksia tai suunnitelmia kotiympäristössä. Osa ohjaajista esitti, että joissain tilanteissa riittäisi, että siirtäisi tuolia tai pöytää tai asen-taisi tukikaiteen seinään.

”Joo ehdottomasti. Silloin he saavat sen konkreettisen avun sinne kotiin, koska se ei välttämättä sieltä kurssitilanteesta ja paikasta siirry sitte suoraan sinne kotioloihin.” (OHJ2)

Ohjaajat totesivat, että he toteuttaisivat kotikäynnin noin kuukauden sisällä kurssista. Ohjaajat arvioivat, että tuolloin omaishoitaja ja omaishoidettava olisivat eh-
tineet toteuttaa uutta ohjaus- ja avustamistapaa tarpeeksi kauan.

”Sanosin myös niinku ei ihan heti sen toisen kurssipäivän jälkeen, että siellä kotona kerkee vähän kokeilla ja niinku harjoitella ja niinku miettii niitä asioita, mut melkeen sanoisin, että pari viikkoo 2–4 viikkoo vois olla semmonen, minkä sisällä se ois hyvä tehdä, koska sit jos siinä menee pitempi aika, niin must tuntuu, et se on jo sitten liikaa vähän niinku unohtunu tai jääny.” (OHJ4)

Koska ohjaajat eivät halua olla tungettelevia, he ehdottivat, että kurssin osallistujat ottaisivat yhteyttä ohjaajaan kotikäyntiajankohdan sopimiseksi. Mikäli osallistuja ei sovittuun määräaikaan mennessä olisi ottanut yhteyttä, olisi ohjaaja yhteydessä osallistujaan. Kotikäyntiä ei toteutettaisi, mikäli omaishoitaja tai -hoidettava tai molemmat eivät sitä haluaisi. Kotikäynti voitaisiin korvata tapaamisella julkisessa tilassa omaishoitajan ja -hoidettavan niin halutessa.

”Ja mun mielestä sitten, kun on välillä ihmisiä, ketkä ei halua sinne omaan kotiin sitten välttämättä ketään, niin tavallaan siinä voi niinku senki tuua sitten esille, että et se on niinku heistä lähtösin ja heidän tarpeista, et jos joku on ehdottomasti, että ei sinne omaan kotiin ketään sitten niinkun haluakkaan, niin sitten tottakai.” (OHJ4)

Ohjaajat toivat esille, että kotikäynnillä ohjaajan roolin tulisi olla asiakaslähtöisesti ohjaava ja rohkaiseva.

”Tuossakin on varmaan niin yksilöllistä se, että miten niin ku ihmiset reagoi ylipäätään siihen, et sinne kotiin tulee joku niinku vaik on muutaman kerran tavannut aiemmin kuitenkin suht vieras ihminen, et se koti on kumminkin ihmisille aina oma paikkansa. On omat ne tavat ja miten tehdään. Voi hyvin kuvitella sitä, että toiset saa nopeemmin sen luottamuksen ja toisille sitten. Et siinähan olis toki ideaalitalanne sellanen, että pystys yksilöllisesti kattomaan sitä, että miten minkäkin niinku pariskunnan tai perheen luo sitten niinku menee, että jos huomaa selkeesti, et nää tarttee vähän pidemmän ajan tämän asian niinku pureskeluun ja näin, että jos niitä jatkokäyntejä sit niinkun ottaa.” (OHJ4)

Ohjaajat ehdottivat kertauspäivän pitämistä kahden kolmen kuukauden kuluttua kurssista. Ohjaajat uskoivat kertauspäivän sitouttavan, motivoivan, antavan

vertaistukea omaishoitajille ja -hoidettaville sekä vahvistavan molempien osaamista. Osa ohjaajista totesi kolmen kuukauden pituisen harjoittelun tuottavan tuloksia.

”Tämmöinen jatkokertauspäivä vois sitouttaa ja motivoida heitä paremmin siten. Onhan se vertaistuenkin kannalta tosi tärkeä.” (OHJ2)

”Ja ajattele, et sit olis jo kolme kuuta harjoiteltu. Se näkyy jo.” (OHJ1)

Ohjaajat kokivat tärkeäksi kehittämisalueeksi opetusmenetelmien monipuolistamisen. Omaishoitajat ja -hoidettavat ehdottivat koulutukseen lisättäväksi enemmän kehon hahmotusharjoituksia, teorian pilkkomista tietoisuiksi ja keskittymistä käytännön harjoitteluun. Lisäksi he halusivat harjoitella uusien apuvälineiden käyttöä. Oppimisen ja mieleen palauttamisen tueksi toivottiin sähköistä koulutusmateriaalia. Ohjaajat pitivät erittäin tärkeänä teorian sisällyttämistä koulutukseen. He keskustelivat sively-sanan korvaamisesta herättely-sanalla, sillä sively ei kuulunut kaikkien ohjaajien käytössä olevaan sanavarastoon. Ohjaajat ehdottivat, että he käsitelisivät kurssilla enemmän kosketusta ja käyttäisivät enemmän esimerkkejä kodin ulkopuolisesta ympäristöstä.

”Kumminki mä nään, niin ku kyl sitä teoriaa pitää jonkun verran, et se avautuu pikkusen ees ne asiat.” (OHJ1)

Osa ohjaajista ehdotti, että he ohjaisivat uusien apuvälineiden käytön harjoittelun kotihoidon fysioterapeutille kurssiajan rajallisuuden vuoksi.

”Vaikka apuvälineet kuuluu niinku tähän kinestetiikkaan ja näihin, mut tavallaan se, että siinä tulee vähän tavallaan se aikakysymys, kun sulla on monta eri kurssilaista, jos kaikilla on eri apuvälineet, niin siinä ei kerkee. Apuvälineasian vois sitten hoitaa alueen fysioterapeutin kautta.” (OHJ4)

Ohjaajat keskustelivat sähköisen oppimateriaalin laadinnasta. He totesivat ihmiskontaktin olevan tärkeää koulutusprosessissa ja uskoivat, että aito ihmiskontakti vähentäisi omaishoitajien ja omaishoidettavien epävarmuutta, pelkoja ja mahdollisia vaaratilanteita.

”Mä jotenkin nään, että vaikka niinku videot ja kuvat ois toisaalta niinkun ehkä hyviä muistin tukemisena, mut sit taas jos mieltii ihan niitä niin kun ihmisiä, onhan se ihan eri asia, kun sinne menee ihminen niin ku kohtaamaan ja ottaa sen asian niin kun heidän kanssaan ja tekee yhdessä, et aika monilla on kuitenkin niinku sitä epävarmuutta ja pelkoja, jos on ollu jotaki vaaratilanteita

kotona ja sitten totta kai, kun omaishoidettavat on monesti niinkun monisairaita, niin tavallaan se, että mitä heidän kanssaan niinku uskaltaa sitte niinku mitä asioita tehdä ja näin. Mä nään niin ku, et totta kai ne videot ja kuvat itse kyllä myös tarjoaisin, mutta mä näkisin, että se ihan fyysinen niinku jatkokontakti niin se on.” (OHJ4)

Ohjaajat arvioivat, että omaishoitajan ja omaishoidettavan oppimista voitaisiin tukea omaishoitajille ja omaishoidettaville laadittavan vihkosen avulla. Laadittavassa vihkosessa kerrottaisiin selkokielellä kinestetiikan perusteista. Vihkoseen kerättäisiin Youtube-linkkejä ja lisättäisiin Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n kouluttajien ja tutoreiden alueelliset yhteystiedot.

”Ja se, mikä itelle tuli mieleen, että voisko näitä kuitenkin jo sen verran on, että voisko omaishoitajille olla joku niinku oma vihkonen tai joku semmonen peruspohja niin kun tavallaan siitä omaishoitajakurssin niinku materiaali ja tavallaan, jos sen antais jo ennen sitä kurssia heille. He vois sitten laittaa sinne omia muistiinpanoja.” (OHJ4)

Vihkosen lisäksi ohjaajat ehdottavat, että kurssille osallistuville omaishoitajille ja -hoidettaville jaettaisiin paikallisen ikäihmisten yleisen ohjaus- ja neuvontatahon yhteystiedot tai lehtinen, jotta kurssiaika saataisiin kohdistettua kurssin sisältöjä käsitteleviin aiheisiin.

”Tai sitte, se Seniori-infon yhteystiedot tai esite, koska siinä on vaan yks puhelinnumero.” (OHJ5)

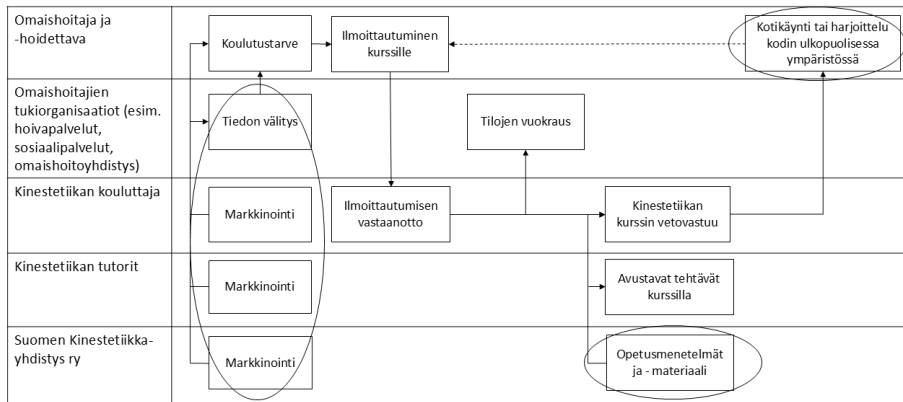
Tutkijan havaintona päiväkirjamerkinnoista fokusryhmähaastattelussa oli, että ohjaajien kehittämisehdotukset kohdistuivat mikro-, meso- ja makrotasolle. Opetusmenetelmien kehittäminen tuki ohjaajien taitoja henkilökohtaisella tasolla (mikrotaso). Kinestetiikkakurssin aloittaminen myöhemmin aamupäivällä mahdollisti useamman omaishoitaja–hoidettava-parin osallistumisen kurseille. Kertauspäivän järjestäminen tuki omaishoitajan ja -hoidettavan oppimista yksilötasolla (mikrotaso) ja omaishoitaja–omaishoidettava-parin tasolla (makrotaso).

Suunnitelmallinen uuden ohjaajan ottaminen mukaan Kinestetiikkayhdistys ry:n toimintaan kehitti ohjaajien keskinäistä toimintaa (makrotaso), vahvasti paikallista yhteistyötä ja verkostoitumista (makrotaso) ja tuki suunnitelmallista ohjaajan suorittamaa markkinointia (mikrotaso, makrotaso). Se, että apuvälineiden käytön harjoittelu siirrettiin kotihoidon fysioterapeuteille, ja se, että omaishoitajille ja -hoidettaville jaettiin kurssin alussa ikäihmisten ohjaus- ja neuvontatahon

yhteystiedot tai lehtinen, ilmensivät tarvetta kehittää apuvälinepalveluja ja omaishoitoa kuntatasolla (makrotaso).

Yhteenvedona voidaan todeta, että kinestetiiikan koulutuksen kehittämiskoh- teita olivat saavutettavuus, kinestetiiikan kurssipäivien, opetusmenetelmien ja -ma- teriaalien kehittäminen sekä harjoittelu kodin ulkopuolisessa ympäristössä. Kines- tetiiikan kurssin kehittämiskohteet esitetään ympyröityinä kuviossa 2.

Omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennettun kinestetiiikkakurssin kehittämiskohteet



Kuvio 2. Omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennettun kinestetiiikkakurssin kehittä- mis-kohteet ympyröityinä.

6 Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä väitöstutkimuksessa tutkittiin ensimmäistä kertaa omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetun kinestetikan omaishoitajakurssin hyötyjä ja mahdollisia kehittämistarpeita omaishoidon kontekstissa kotiympäristössä. Tutkimus toteutettiin ergonomian periaatteita soveltaen menetelmällisesti uudella tavalla sitoen sitä laajempaan tuotantotaloudelliseen tutkimuskontekstiin. Toteutettu tutkimus tuo esille uutta tietoa kinestetikan käytöstä omaishoidon kehittämisen kontekstissa erityisesti omaishoidettavien ja -hoitajien osaamisen kehittämiseen liittyen.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin omaishoitoon liittyviä kuormitustekijöitä sekä tietojen ja taitojen kehittämisen tarpeita omaishoitajan ja -hoidettavan näkökulmista sekä tutkittiin yhtenä ratkaisuvaihtoehtona näiden hallitsemiseksi omaishoitajille ja -hoidettaville suunnattua kinestetikkakurssia, sen hyötyjä ja kehittämistarpeita. Omaishoittoa ja kinestetikkakoulutuksia tarkasteltiin ergonomian tutkimusperinteiden mukaisesti. Näin voitiin tarkastella omaishoittoa ja kinestetikkakoulutuksia samanaikaisesti sekä omaishoidon sujuvuuden kehittämisen että omaishoitajan ja -hoidettavan hyvinvoinnin huomioimisen näkökulmista. Tarkasteluja tehtiin yksilön (mikrotaso), omaishoitaja–hoidettava-parin (mesotaso) ja hyvinvointialueiden (makrotaso) tasoilla omaishoidon kontekstissa Karshin ym. (2014) tasojaottelun mukaisesti. Kehittämistarpeita nousi esille kaikilla tasoilla. Kinestetikan kurseilla omaishoidon prosesseja kehitettiin mikro- ja mesotasolla. Tämän väitöstutkimuksen tuottaman tiedon avulla voidaan laajemmin vaikuttaa omaishoidon toteutustapoihin Suomessa.

6.1 Omaishoidon haasteet sekä omaishoitajien tietoon ja taitoon liittyvät tarpeet

Tuloksista nousi esiin, kuinka avustaminen on fyysisesti raskasta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, kuinka rasittavaa omaishoitotyö voi olla fyysisesti ja millaisia terveysongelmia siitä voi mahdollisesti seurata (Liu & McDaniel, 2015; Oldenkamp ym., 2016). Kaikki tässä tutkimuksessa mukana olleet omaishoitajat eivät kuitenkaan kokeneet fyysistä kuormitusta niinkään haasteeksi. Koko omaishoidon kuormituksesta fyysinen kuormitus oli omaishoitajalle ikään kuin itsestään selvää.

Omaishoitajan tuli olla kykenevä tarkastelemaan tätä hetkeä ja tulevaisuutta. Tulosten mukaan omaishoitajan ja -hoidettavan päivät olivat hyvin strukturoituja lääkkeenantorytmin mukaisesti. Asetetussa aikataulussa pysyminen koettiin onnistumisena, mutta siihen pyrkiminen aiheutti kuitenkin suurta stressiä ja

kokonaisuuden hallinnan menettämisen pelkoa omaishoitajassa. Varmistaakseen aikataulussa pysymisen omaishoitaja joutui tekemään paljon omaishoidettavan puolesta. Tämä vaikutti heikentävästi omaishoitajan ja -hoidettavan väliseen yhteistyöhön, vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Tilanne herätti yhtäaikaista ärtymystä sekä omaishoitajassa että -hoidettavassa. Tutkimustulokset ovat aikaisempien tutkimustulosten suuntaisia. Chin ym. (2018) tutkimustulosten mukaan omaishoitajan ja -hoidettavan keskinäistä yhteistyötä heikensi epäselvä viestintä. Duranten ym. (2019) tutkimuksessa todettiin, kuinka kauna ja suuttumus avustettavaa kohtaan saattavat vähentää avustamiseen käytettyä aikaa.

Omaishoitajat tarvitsevat enemmän tietämystä, ymmärrystä ja osaamista hoidosta ja hoivasta ja mahdollisista seurauksista toteuttaessaan omaishoitoa. Samankaltaisia tuloksia ovat raportoineet useat muutkin tutkijat (esim. Aoun ym., 2018; Badr ym., 2015, 2016; Piette ym., 2015b; Rodríguez-Gonzalo ym., 2015; Slatyer ym., 2019; Sun ym., 2017). Tämä tutkimus nostaa esiin, että omaishoitajat olivat tietämättömiä sopivista avustusmenetelmistä. He olivat liian aktiivisia siirtämistilanteissa eivätkä tunnistaneet omaishoidettavien jäljellä olevia voimavaroja. Omaishoitajat pyrkivät avustustilanteissa nostamaan omaishoidettavaa käyttämällä suurta voimaa tai pyysivät apua omaisilta tai ensihoidolta.

Omaishoitajat vastasivat omaishoidon suunnittelusta ja järjestelyistä kaikissa arjen tilanteissa itsenäisesti. Muut omaiset saattoivat avustaa tarvittaessa. Kotikäynneillä tehdyissä haastatteluissa omaishoitajat kertoivat turvautuvansa kotihoiton palveluihin vasta siinä tapauksessa, etteivät selviydy päivittäisistä avustustilanteista itsenäisesti. Myös Greenwood ym. (2019) tuovat esille, että iäkkäät omaishoitajat eivät mielellään ota ulkopuolista apua vastaan edes oman heikentyneen fyysisen ja psyykkisen terveytensä vuoksi, sillä he pelkäävät joutuvansa itse potilaan asemaan (Greenwood ym., 2019). Sekä kirjallisuuskatsauksen että tämän tutkimuksen tulosten perusteella omaishoitoa on tarpeen kehittää mikro- ja mesotasoilla. Kinestetikan koulutuksilla vastataan tähän tarpeeseen, ja tätä näkökulmaa käsitellään luvussa 6.2.

6.2 Kinestetikan koulutusinterventiosta tukea omaishoidon haasteisiin

Tulosten mukaan omaishoitajat olivat tyytyväisiä kinestetikan koulutukseen. Tulos on yhdensuuntainen aikaisempien tutkimusinterventioiden kanssa, jotka osoittavat omaishoitajien kokeneen hyötynsä heille kohdennetusta interventiosta (muun muassa Aoun ym., 2018; Liljeroos ym., 2017; Rodríguez-Gonzalo ym., 2015;

Slatyer ym., 2019; Sun ym., 2017). Omaishoitajille suunnattujen kinestetiiikan kursien tavoitteena on yhdessä omaishoitajien ja -hoidettavien kanssa löytää toimivia keinoja selvittää vaikeistakin avustustilanteista, vähentää omaishoitajan fyysisistä kuormitusta ja lisätä jaksamista sekä ylläpitää ja kehittää omaishoidettavan toimintakykyä (Hantikainen & Lappalainen, 2015, s. 3–4).

Tässä tutkimuksessa toteutettu kinestetiiikan kurssi vahvisti omaishoitajan ja -hoidettavan osaamista mikrotasolla sekä sovittujen toimintatapojen noudattamista, sosiaalista toimivuutta ja paritöskentelyä mesotasolla. Omaishoitajat harjoittelivat kinestetiiikan kurssilla avustamistilanteissa toimimista, ja he sovelsivat oppimaansa harjoittelemalla tilanteita, joissa omaishoidettavalla oli normaalia heikompi toimintakyky. Vastaavasti omaishoidettavat harjoittelivat olemaan aktiivisia avustustilanteissa ja saivat kokemuksia onnistuneista avustustilanteista. Oppeja sovellettiin ohjatusti puolen vuoden ajan koulutuksesta. Omaishoidettavan roolia pyrittiin tietoisesti muuttamaan passiivisesta hoidon ja hoivan kohteesta aktiiviseksi toimijaksi ja omaishoitajan työpariksi avustustilanteisiin. Tulokset ovat linjassa aikaisempien hoitotyön kontekstissa toteutettujen kinestetiiikan tutkimusten tulosten kanssa. Kinestetiiikan toimintamallin on todettu kehittävän avustamisosaamista sekä parantavan hoitajan ja hoidettavan keskinäistä kommunikaatiota, työyhteisön toimintaa sekä avustettavan hyvinvointia (Fringer ym., 2014, 2015; Gattinger, Leino-Kilpi, ym., 2017; Gattinger ym., 2023; Stenman, 2020; Stenman ym., 2016, 2020).

Näyttäisi siltä, että kinestetiiikan kurssilla opittujen asioiden säännöllinen käyttö voisi vahvistaa omaishoidettavia mikrotasolla fysiologisesta, fyysisestä, psykologisesta ja psykososiaalisesta näkökulmasta. Omaishoidettavan toimintakyvyssä oli havaittavissa parannusta, avustettu liikkuminen muuttui omatoimiseksi liikkumiseksi ja vastuunotto arjesta lisääntyi seurantajakson aikana. Tulokset ovat yhdensuuntaiset Fringerin ym. (2015) laitoskontekstissa toteutettujen tutkimusten tulosten kanssa, jotka osoittivat muutosten näkyneen hoitokodin asukkaissa lisääntyneenä luottamuksena omiin taitoihin, elämänlaadun paranemisena ja tyytyväisyytenä. Toisaalta tämän tutkimuksen seurantajakson aikana, tutkimuksen ulkopuolella, on saattanut tapahtua muutakin, joka olisi saattanut vahvistaa omaishoidettavien toimintakykyä, kuten esimerkiksi tutkimusjakson aikana omaishoitajien itse toteuttamat tai ostetut kinestetiiikan kurssiin kuulumattomat kuntoutusinterventiot, joista tutkijalle kerrottiin kotikäynneillä. Koska kuntoutusinterventioita ei tutkittu, ei voida päätellä, oliko niillä vaikutusta tutkimuksen tuloksiin.

Kinestetiiikan kurssin jälkeen omaishoitajat käyttivät kotioloissa rinnatusten oppimaansa uutta ja vanhaa avustamistapaa tilanteen mukaan. Työssä tarvittavan

uuden osaamisen juurruttamisen on todettu olevan haasteellista aikaisemmissa tutkimuksissa (Fringer ym., 2014, 2015). Tällaisen hiljaisen tiedon siirtäminen yksilö- ja ryhmätasolla (omaishoitaja–omaishoidettava–ohjaaja-kolmio) on hyvin monimutkainen prosessi (Ek, 2022, s. 148; Kurtti, 2012, s. 211–213). Kinestetikan oppien käyttäminen rinnakkain vanhan tavan rinnalla voi johtua myös psykososiaalisesta kuormittumisesta, sillä kotikäynneillä omaishoitajat kertoivat muisti-, keskittymis- ja uniongelmistaan. Tulos on yhdensuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Gusdal ym., 2016; Oldenkamp ym., 2016; Weiss ym., 2016).

Omaishoitajat ja -hoidettavat sekä kinestetikkakurssin ohjaajat pitivät tärkeänä kehittää kinestetikan kurssin saavutettavuutta, kurssin aikataulua ja opetusmenetelmiä. Tulokset ovat linjassa aikaisempien tutkimusten ja selvitysten kanssa (esimerkiksi Halminen ym., 2019; Juntunen, 2023). Kinestetikkakurssin ohjaajat suosittelivat kinestetikan kurssille osallistumista jo omaishoitouran alussa. Juntunen (2023) puoltaa omaishoitajille suunnattujen interventioiden tarjoamista riittävän ajoissa uupumisen ehkäisemiseksi. Halmisen ym. (2019, s. 28) tutkimustulosten mukaan omaishoidon tuella olevilla iäkkäillä omaishoidettavilla on suurentunut riski joutua ympärivuorokautiseen hoitoon. He kannustavat kehittämään interventioita, joilla siirtymäriskiä saataisiin pienennettyä (Halminen ym., 2019, s. 28).

Kurssin aikataululla on suuri merkitys saavutettavuuteen. Sekä tämän tutkimuksen että Tikkasen (2016) tutkimustulosten mukaan omaishoitajan ja -hoidettavan päivärytmiä määrittää vahvasti omaishoidettavan lääkkeenotto (Tikkanen, 2016). Lääkkeenantorytmi tulee huomioida kurssin aikataulutuksessa.

Omaishoitajat ja -hoidettavat toivoivat oppimisen ja mieleen palauttamisen tukemista sekä sähköisen koulutusmateriaalin hyödyntämistä ennen kurssia, kurssilla ja kurssin jälkeen. Euroopan neuvoston suosituksessa elinikäisen oppimisen avaintaidoista (2018, s. 2) mainitaan, että mieleen painamista olennaisempaa on tukea muun muassa ongelmanratkaisutaitoja, kriittistä ajattelua, yhteistyökykyä ja luovuutta uusien osaamisten aikaansaamiseksi. Tilastokeskuksen (2020) kyselyn mukaan 82 prosenttia 16–89-vuotiaista suomalaisista käytti internetiä useasti päivässä vuonna 2020. Etenkin 65–89-vuotiaiden netin käyttö on yleistynyt vuosina 2021–2020 (Tilastokeskus, 2020). Näin ollen voisi olla perusteltua kokeilla kurssipäivän lyhentämistä, sähköistä kurssimateriaaleja, sekä kehittää opetusmetodeja ja ohjaajien pedagogista ammattitaitoa.

Tulosten mukaan omaishoitajat tiedustelivat kinestetikan kurssilla ja kotikäynneillä omaishoitoon, apuvälineisiin ja asunnon muutostöihin liittyviä asioita sekä halusivat harjoitella apuvälineiden käyttöä. Näyttäisi siltä, että hyvinvointialueilla tulisi kehittää omaishoitoon sekä apuvälinepalveluihin ja asunnon

muutostyöprosesseihin liittyvää tiedotusta ja ohjausta; parannettavaa tiedottamisessa ja ohjauksessa olisi myös Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksesta (ARA), joka myöntää korjausavustuksia iäkkäiden ja vaikeavammaisten henkilöiden asuntoihin. Havainnot ovat selkeästi linjassa aikaisempien tutkimusten ja raporttien kanssa (Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus [ARA], 2022; Tuntland ym., 2014; Whitehead ym., 2014, 2016; Virtamo ym. 2023). Virtamon ym. (2023, s. 5) tuoreen raportin mukaan omaishoitajille kohdennetut lakisääteiset valmennukset ja neuvontatilaisuudet ovat toteutuneet erittäin huonosti tai melko huonosti hyvinvointialueilla. Matalan kynnyksen neuvontatilaisuuksia ei ole järjestetty ollenkaan (Virtamo, 2023, s. 6). ARA (2022, s. 7) on tunnistanut asumisneuvonnan kehittämistarpeet ja asettanut tavoitteekseen valtakunnallisen asumisneuvonnan verkoston luomisen. Whiteheadin ym. (2014, 2016) ja Tuntlandin ym. (2014) tutkimustulosten mukaan neuvonta ja apuvälineiden käyttö ovat olleet keskeisessä roolissa kotona toteutettavan arkikuntoutusjakson aikana. Kinestetikkakoulutukset voisivat olla ratkaisu kotona tapahtuvaan apuvälineiden käytön harjoitteluun. Åkerman (2023) on tutkimuksessaan todennut tien makrotason päätöksistä meso- ja mikrotason muutoksiin olevan hyvin monimutkainen prosessi. Näyttäisi siltä, että tämän tutkimuksen tulosten vieminen mikro- ja mesotasoilta makrotasolle on myös monimutkainen prosessi.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin kuuden validointiperiaatteen mukaan, joita ovat historiallisen jatkuvuuden periaate, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus, havahduttavuus ja adekvaattisuus (Heikkinen & Huttunen, 2023, s. 221–223). Validoinnilla tarkoitetaan Heikkisen ja Huttusen (2023, s. 221) mukaan ajan mitaan kehittyvää tulkintaa, joka kehittyy sosiaalisessa yhteisössä vähitellen.

Historiallisen jatkuvuuden periaatteen tavoitteena on tarkastella, millä tavoin sosiaaliset käytännöt ovat muotoutuneet nykyiselle erilaisten muutosten kautta (Heikkinen & Huttunen, 2023, s. 232). Tutkimuksen interventiot ja tutkimusprosessi etenivät limittäin ja muodostivat kokonaisuuden. Tutkimuksen vaiheet koostuivat suunnitellusta viidestä spiraalimaisesti etenevästä toimintatutkimuksen syklistä. Ensimmäisessä syklistä kinestetikan kursseille osallistuneet omaishoitajat ja -hoidettavat opettelivat käyttämään kinestetikan avustusmenetelmiä avustustilanteissa. Toisen, kolmannen ja neljännen syklin avulla kerättiin tietoa uuden avustustavan käytöstä kotikontekstissa ja siitä, millaisia muutoksia omaishoitajat ja -hoidettavat halusivat kinestetikan kurssille. Viides sykli tuotti tietoa

kinestetiiikan kurssin muutostarpeista ohjaajien näkökulmasta. Jotta lukija pystyy seuraamaan kehittämistyötä ja syy-seuraussuhteita, esitettiin tutkimusraportissa tapahtumat ajallisesti etenevänä sarjana (Heikkinen & Syrjälä, 2010, s. 151).

Tutkimuksessa tuli esille kaksi toimintatutkimukselle ominaista sivuspiraali-tilannetta, jotka olisivat mahdollistaneet tutkimuksen suunnan muutoksen. Omaishoitajat esittivät paljon kysymyksiä omaishoidosta kinestetiiikan kurssin alussa. Jotta kurssia päästiin jatkamaan, päätettiin kurssilaisille jakaa ikääntyneiden palveluopas (Helsingin kaupunki, 2018). Näin omaishoitajat ja -hoidettavat saattoivat etsiä juuri heidän tilanteeseensa sopivaa tietoa kurssipäivän jälkeen. Koska omaishoitajien tiedon käsittelyn taidot olivat tunnistetusti heikentyneet pitkäkestoisen psykososiaalisen kuormituksen vuoksi, oppaan jakaminen oli perusteltua. Kinestetiiikan kurssilla jaettu Ikääntyneiden palveluopas (Helsingin kaupunki, 2018) vastasi omaishoitajien makrotason eli omaishoidon tiedon tarpeeseen. Tästä voidaan päätellä, että omaishoitajat eivät ole yhteydessä makrotason toimijoihin ei hyvinvointialueeseen riittävän hyvin. Sen vuoksi on tarpeellista kehittää hyvinvointialueen prosesseja yhteistyössä omaishoitajien ja -hoidettavien kanssa omaishoidon tukemiseksi ja kehittämiseksi.

Säännöllinen kuntoutuksen toteuttaminen oli tutkimuksen toinen sivuspiraali. Kun tutkijalta tiedusteltiin kotikäynneillä, miten omaishoidettavien toimintakykyä voisi tukea, erityisesti kävelyä ja jalkoihin tukeutumista, tutkija kysyi, oliko omaishoidettavalle ohjattu kotivoimisteluohteita ja jos oli, olivatko omaishoidettavat voimistelleet saamansa kotivoimisteluohtelman mukaisesti. Tutkija asettui tilanteessa asiantuntijan rooliin. Hänen olisi ollut epäeettistä olla vastaamatta toimintakyvyn vahvistamiseen liittyviin tiedusteluihin. Tutkija ei kuitenkaan tutkinut asiakasta, laatinut kotivoimisteluohteita tai toteuttanut fysioterapiaa. Kotikuntoutuksen tutkimusta ei jatkettu.

Kirjallisuuskatsaus ja toimintatutkimuksen kenttätutkimusosio sijoittuvat aikaan, jolloin omaishoitoa toteuttivat omaiset ja läheiset. Kunnat, kuntayhtymät ja kaupungit toimivat fasilitoijina. Väitöskirjan kirjoittaminen sijoittui aikaan, jolloin suunniteltiin ja toteutettiin sote-uudistus. Sote-uudistuksen myötä vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle, poikkeuksena Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. Toteutetun sote-uudistuksen tarkoituksena on muun muassa turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut hyvinvointialueilla asuville, parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä ka-ventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. (Valtioneuvosto, 2021, s. 9–11) Sote-uudistuksella ei ollut vaikutusta tutkimusaineiston keräämiseen. Makrotasolla tarkasteltuna

kokonaiskuva ei ole muuttunut. Omaishoitoa toteutetaan edelleen riippumatta siitä, miten palvelut sote-uudistuksen jälkeen on järjestetty, ja tarve omaishoidon kehittämiseksi on edelleen olemassa (Virtamo ym. 2023).

Koska reflektiivisyys on yleinen toimintatutkimusta ohjaava periaate, tarkastellaan validoinnissa tutkijaa ja kehittämistä reflektiivisyyden näkökulmasta (Heikkinen & Huttunen, 2023, s. 237–238). Tutkija hahmotti itsensä vallitsevan yhteiskunnallisen järjestyksen uusintajaksi ja uudistajaksi (Castells, 1998). Tutkijan roolissa hän vahvisti paikkaansa tiedeyhteisössä ja toimi järjestyksen uusintajana. Tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten näkökulmasta tarkasteltuna tutkija toimi omaishoidon uudistajana. Tutkija kehitti myös omaa ammatillista osaamistaan ja asiantuntijuuttaan väitöstutkimuksen avulla (Castells, 1998). Tutkijalla oli paljon subjektiivista adekvaattiutta eli kykyä ymmärtää tutkimuskohdettaan aikaisemman työkokemuksensa avulla. Tutkijalla on ylempi AMK-tutkinto ja lukuisia alan lisäkoulutuksia, ja hän on työskennellyt yli kahdenkymmenen vuoden ajan sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Tutkijan vahvuudet olivat muutosjohtamisessa, jota hän oli opiskellut ylempään AMK-tutkinnon koulutuksessaan, ja hän oli toteuttanut useita muutosprosesseja niin yksilö- kuin organisaatiotasolla. Reflektointi oli tutkijan luontainen tapa ajatella ja toimia. Osana tätä tutkimusprosessia hän kävi reflektiivisiä keskusteluja tutkittavien, väitöskirjatyön ohjaajien ja seurantaryhmän kanssa. Hän tarkasteli koottua aineistoa, reflektoi sitä ja suunnitteli seuraavan syklin toteutusta.

Tutkijan ominaisuudet tässä tutkimuksessa liittyivät terveydenhuollon koulutuksen ja työkokemuksen paradigmaan. Tutkija tunnisti ja tunnusti, että ne rajoittivat hänen ajattelumallejaan ja toimintatapojaan, ja hän pyrki aktiivisesti pääsemään niistä yli olemalla avoin aineiston keruussa ja analysoinnissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamistavoitteiden ja toimintakulttuurin muutosten mukaisesti asiakaslähtöisempi toiminta edellyttää sote-ammattilaiselta perinteisestä auktoriteetti- asemasta luopumista (Valkama, 2009, s. 36). Asiakas tulisi Toiviaisen (2011) mukaan nähdä asiantuntijana ja kumppanina ammattilaisen ja asiakkaan välisessä dialogissa. Tässä tutkimuksessa tuettiin omaishoitajien ja -hoidettavien aktiivista roolia.

Tutkija ymmärsi, että kyse ei ollut yksinkertaisesti mitattavasta ilmiöstä vaan ihmisten ajatuksista, uskomuksista ja toimintamalleista sekä niiden muutoksista. Tutkijan toimintaa ohjasi sosiaalisen konstruktivismin mukainen käsitys, jonka mukaan tieteen käsitteet ja teoriat ovat sosiaalisesti ja kielellisesti rakentuneita ja sidoksissa paikkaan (Ylijoki, 1999, s. 318). Tutkija muodosti mahdollisimman

totuudenmukaisen käsityksen toisen ihmisen todellisuudesta useita erilaisia aineistoja ja menetelmiä hyödyntämällä.

Dialektisuudella tarkoitetaan totuuden rakentumista väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena (Heikkinen & Huttunen, 2023, s. 239–241; Väyrynen, 2016). Tässä tutkimuksessa omaishoitajien ja -hoidettavien sekä kouluttajien äänet tuotiin esille suorina lainauksina. Lainaukset ovat autenttisia, eikä niitä ole valikoitu tutkijan näkökulmaa tukeviksi. Yksi merkittävä osa tutkimusta oli, että omaishoidettavien kyky kommunikoida oli rajoittunutta, jolloin tutkija keskittyi kohtaamistilanteeseen ja kiinnitti tavallista enemmän huomiota nonverbaaliseen viestintään. Osallistuvaa havainnointia tuki tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen ja keskustelujen nauhoittaminen. Tutkijalle kurssin hyötyjen todisteena oli muutos tai sen puute kohdeyhmän ajattelu- tai käyttäytymismalleissa tai molemmissa. Todellisuus näyttäytyi tutkittavien reaktioina ja muuttui näkyväksi tutkijan havaintojen kautta, mitä kuitenkin varjostivat tutkijan omat ennakkokäsitykset ja tulkinnat. Tutkijan ajattelu koostui teoreettisesta ja kokemuksen kautta kehittyneestä tiedosta. Tutkija kuvasi aineistoaan, menetelmiään ja tutkimuksen etenemistä raportissaan, jotta lukija voi arvioida tutkijan ajatusten syntyä ja niiden näytön pitävyyttä (Heikkinen & Syrjälä 2010, s. 154).

Toimivuusperiaatteen näkökulmasta toimintatutkimusta arvioidaan toimintatutkimuksen kohderyhmän sekä poliittisten, sosiaalisten ja taloudellisten olojen kritiikin näkökulmista (Heikkinen & Huttunen, 2023, s. 246). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista ja -hoidettavista hyötyi kinestetikan kurssista. Uutta avustustapaa käytettiin vanhan rinnalla. Tulokseen on kuitenkin suhtauduttava varauksella, sillä tässä tutkimuksessa ohjaaja ja tutkija kävivät kahdella ylimääräisellä kotikäynnillä kinestetikan kurssin jälkeen, mikä kuului tutkimussuunnitelmaan kurssin hyötyjen arvioinnin vuoksi. Käynneillä oli tarkoituksenmukaista ohjata omaishoitajaa tai omaishoidettavaa tai molempia. Näin ollen kinestetikan kurssin hyödyt voivat olla paremmat kuin ne olisivat olleet, jos ylimääräisiä kotikäyntejä ei olisi toteutettu. Ehdotetut muutokset kinestetikan kurssiin todennäköisesti vahvistavat kinestetikan toimintamallin käyttöönottoa ja käyttöä, ja malli on aiempaa useamman omaishoitajan ja -hoidettavan saavutettavissa.

Havahduttavuudella tarkoitetaan havahtumista ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla (Heikkinen & Huttunen, 2023, s. 247; Patton, 2002, s. 547–548). Osalle omaishoitajista ja -hoidettavista kurssin anti ja kurssiin liitetyt kotikäynnit aiheuttivat henkilökohtaisia ahaa-elämyksiä ja oivalluksia, joita omaishoitajat ja -hoidettavat halusivat jakaa tutkijan kanssa. Esimerkiksi kurssilla harjoiteltu lattialta ylösnousutilanne oli jäänyt omaishoitajien mieliin, sillä he eivät olisi

uskoneet, että omaishoidettavat saadaan autettua lattialta ylös. Toinen havahduttava asia oli, että omaishoidettava kykenee tekemään monenlaisia asioita, kun hänelle antaa aikaa tehtävän suorittamiseen. Tutkijalle havahduttavaa oli, kuinka paljon omaishoitajat esittivät omaishoitajuuteen liittyviä kysymyksiä kinestetiiikan kursseilla ja kotikäynneillä. Omaishoitajat olivat silmin nähden hermostuneita ja häätäntyneitä. Sosiotekninen järjestelmätarkastelu nosti esille, kuinka huonosti omaishoitajat tuntevat hyvinvointialueen omaishoidon apuvälinepalveluita ja asunnon muutostyöprosesseja. Toinen havahduttava asia oli nähdä positiivinen muutos omaishoidettavassa, kun omaishoitaja ja -hoidettava käyttivät kinestetiiikan toimintamallia. Voidaan todeta, että tähän tutkimukseen metodiksi valittu osallistava ja kommunikatiivinen toimintatutkimus soveltui hyvin tämän tutkimuksen toteuttamiseen.

6.4 Tutkimuksen rajoitukset

Tämän tutkimuksen rajoitukset liittyivät käytettyyn tutkimusmenetelmään, otantaan, tiedonkeruuseen ja tutkimuksen toteutukseen. Tutkimuksessa sovellettiin interventiolähtöistä lähestymistapaa, mikä merkitsi kehittämistä tiiviissä yhteistyössä tutkimukseen osallistuneiden sekä tutkimuksen ohjaajien kanssa. Tutkija kävi heidän kanssaan keskusteluita tiiviisti, mutta hän sai vapaasti muotoilla omat tutkimuskysymyksensä ja etsiä niihin parhaat mahdolliset vastaukset koko tutkimusprosessin ajan.

Kinestetiiikkakurssien osallistujamäärä oli pieni, jotta osallistujien yksilöllinen tuki ja ohjaus olisi mahdollista. Otos kuitenkin edustaa omaishoitajia ja -hoidettavia, joilla on riittävä kokemus ja tietämys aiheesta (Hakala, 2018, s. 22–23). Tutkimuspaikkakunnaksi valittiin eräs suuri suomalainen kaupunki, koska pienemmällä paikkakunnalla tutkimusta ei olisi voitu toteuttaa. Muistisairaat rajattiin tutkimuksesta pois, koska kurssia oli tarkoitus kehittää myös omaishoidettavien kanssa.

Suppea aikajänne mahdollisti tutkittavien tutkimisen kotikäynneillä, sillä esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi omaishoidettavat voivat joutua muuttamaan laitoshoitoon hyvin lyhyelläkin varoitusajalla. Tutkimusta olisi ollut turha pitkittää, koska tämän tutkimuksen omaishoidettavilla on suurentunut riski joutua ympärivuorokautiseen hoitoon (Halminen ym., 2019, s. 28). Myös omaishoitajan toimintakyky saattaa heiketä siten, ettei hän kykene toimimaan omaishoitajana. Lisäksi jos hoidon ja hoivan tehtäviä suorittaisi esimerkiksi omainen tai kotihoito, omaishoitaja–omaishoidettava-tutkimuspari muuttuisi.

6.5 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Omaishoitotilanteet ovat fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavia. Omaishoitaja-omaishoidettava-parit tarvitsevat laaja-alaista tietoa ja osaamista hoito- ja hoivatilanteissa.
2. Kinestetiikkakurssit koettiin hyödyllisiksi. Kinestetiikan lähestymistavan käyttäminen voi auttaa omaishoitajia ja -hoidettavia avustustilanteissa.
3. Omaishoitajille ja -hoidettaville kohdennetusta kinestetiikkakurssista saadaan kohderyhmän tarpeita paremmin vastaava ottamalla omaishoitajat ja hoidettavat mukaan kehitystyöhön ja kehittämällä kurssin saavutettavuutta, opetusmenetelmiä ja -materiaalia sekä lyhentämällä kurssipäivän pituutta. Harjoittelu kodin ulkopuolisessa ympäristössä koettiin tärkeänä, sillä omaishoitajien ja -hoidettavien elämä ei rajoitu kotiympäristöön.
4. Omaishoitajille järjestettävät kinestetiikan kurssit tulisi jatkossakin toteuttaa siten, että omaishoitaja ja -hoidettava opettelevat yhdessä käyttämään kinestetiikkaa avustustilanteissa, jotta omaishoitajien ja -hoidettavien osaaminen kehittyisi sekä yksilötasolla (omaishoitaja, omaishoidettava) että työryhmätasolla (omaishoitaja-hoidettava-pari).
5. Omaishoidon prosesseja, apuvälinepalveluita ja asunnon muutostyöprosesseja tulisi kehittää makrotasolla eli hyvinvointialueilla, jotta ne vastaisivat omaishoitajien ja -hoidettavien tarpeisiin.

6.6 Yhteenveto ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tässä tutkimuksessa omaishoitoa ja kinestetiikkakoulutuksia tarkasteltiin ensimmäistä kertaa ergonomian tutkimusperinteiden mukaisesti sekä omaishoidon sujuvuuden kehittämisen että omaishoitajan ja -hoidettavan hyvinvoinnin huomioimisen näkökulmista. Koska vain osa omaishoitajista on tehnyt omaishoitosopimuksen hyvinvointialueen kanssa, kaikista omaishoitajista ei ole saatavilla kattavaa dataa, kuten esimerkiksi määrää, ikä- ja sukupuolijakaumaa tai fyysistä kuntoa. Omaishoidon prosesseja tulisi kehittää siten, että kaikilla omaishoitajilla olisi tarvittavat tiedot ja taidot tehtävässään. Erilaisten tuki-interventioiden, kuten kinestetiikkakoulutuksen, saatavuus koko omaishoitajauran ajan olisi erittäin tärkeää. Interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, että omaishoitajat ja -hoidettavat osallistetaan niiden suunnitteluun ja toteutukseen.

Omaishoidettava tulisi nähdä vahvemmin aktiivisena työparina omaishoitajan rinnalla. Kinestetiikan kursseilla omaishoitajat ja -hoidettavat osallistuvat esimerkiksi kurssin suunnitteluun ja heitä kannustetaan toimimaan aktiivisesti työparina heidän kotiympäristössään.

Mikrotason jatkotutkimusaiheita voisivat olla miten kinestetiikan kurssit tukevat omaishoidettavaa toimimaan omaishoitajan aktiivisena työparina ja miten kinestetiikan kurssit tukevat omaishoitajaa toimimaan omaishoidettavan aktiivisena työparina. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla miten kinestetiikan kurssit tukevat kotona asumisen mahdollisuuksia, säilyykö omaishoidettavatavan toimintakyky pidempään? Kolmas jatkotutkimusaihe voisi olla keinojen etsiminen omaishoitajan fyysisen ja kognitiivisen kuormittumisen vähentämiseen työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi. Tutkimukset auttaisivat ymmärtämään paremmin omaishoitoon liittyviä ilmiöitä yksilön näkökulmasta.

Mesotasolla ensimmäinen jatkotutkimusaihe voisi olla miten kinestetiikan avulla voitaisiin edistää vuorovaikutusta, kun omaishoitajalla, omaishoidettavalla tai molemmilla on heikentynyt toimintakyky, kommunikaatio-ongelmia tai molempia. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla selvittää millä keinoin heille saataisiin heidän tarpeisiinsa kohdennettua neuvontaa, apua, opetusta ja ohjausta? Mesotasolle kohdistuva tutkimus auttaisi ymmärtämään paremmin omaishoitoa omaishoitaja-omaishoidettava-parin näkökulmasta.

Makrotason ensimmäinen jatkotutkimusaihe voisi olla omaishoidon sekä apuvälinepalveluiden ja asunnon muutostyöprosessien tunnistaminen ja kehittäminen hyvinvointialueilla. Toinen aihe voisi olla kartoittava tutkimus siitä, millainen tietämys omaishoitajilla ja -hoidettavilla on hyvinvointialueiden apuvälinepalveluista ja asunnon muutostyöprosesseista. Tutkimusten avulla vahvistettaisiin omaishoitajien ja -hoidettavien yhteyttä hyvinvointialueisiin.

Lähdeluettelo

- Abdollahpour, N., Helali, F., Rasoulzadeh, Y., & Hassankhani, H. (2023). Barriers and challenges to human factors/ergonomics knowledge transfer to small business enterprises in an industrially developing country. *IISE Transactions on Occupational Ergonomics Human Factors*, *11*(1–2), 14–31. <https://doi.org/10.1080/24725838.2023.2179687>
- Aksoydan, E., Aytar, A., Blazevičienė, A., van Bruchem-Visser, R. L., Vaskelyte, A., Mat-tace-Raso, F., Acar, S., Altintas, A., Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Baskici, C., Kav, S. & Kiziltan, G. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *83*, 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>
- Allen, J., Uekusa, S., & Alpass, F. M. (2022). Longitudinal cohort study of depression and anxiety among older informal caregivers following the initial COVID-19 pandemic response in Aotearoa New Zealand. *Journal of Aging and Health*, *34*(4–5), 653–665. <https://doi.org/10.1177/08982643211052713>
- Aoun, S. M., Stegmann, R., Slatyer, S., Hill, K. D., Parsons, R., Moorin, R., Bronson, M., Walsh, D. & Toye, C. (2018). Hospital postdischarge intervention trialled with family caregivers of older people in Western Australia: Potential translation into practice. *BMJ Open*, *8*(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022747>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aro, T., Aro, R. & Mäkelä, I. (2020). *VÄESTÖSELVITYS 2040 Ikäryhmäkohtaiset ja alueelliset väestöennusteet sekä uusien opiskelijoiden määrien ennuste kaikilla koulutusasteilla Suomessa 2018–2040*. (Sitran taustaraportti, kesäkuu 2020). Sitra. <https://www.sitra.fi/app/uploads/2020/06/vaestoeselvitys-2040.pdf>
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. (2022). *Vastuullisuusraportti 2022*. <https://www.ara.fi/fi/document/aran-vastuullisuusraportti-2022>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research: QR*, *1*(3), 385–405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Baker, C., Coats, H., Jankowski, C., & Baik, D. (2023). Examining barriers and facilitators influencing physical activity and exercise among older family caregivers of patients with heart failure. *Western Journal of Nursing Research*. [under review].
- Badiru, A. B. (2013). General introduction. Teoksessa A. B. Badiru (toim.), *Handbook of industrial and systems engineering* (2. p.) (s. 3–14). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b15964>
- Badr, H., Federman, A. D., Wolf, M., Revenson, T. A. & Wisnivesky, J. P. (2017). Depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease and their informal caregivers. *Aging and Mental Health*, *21*(9), 975–982. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1186153>

- Badr, H., Lipnick, D., Diefenbach, M. A., Posner, M., Kotz, T., Miles, B. & Genden, E. (2016). Development and usability testing of a web-based self-management intervention for oral cancer survivors and their family caregivers. *European journal of cancer care*, 25(5), 806–821. <https://doi.org/10.1111/ecc.12396>
- Badr, H., Smith, C. B., Goldstein, N. E., Gomez, J. E. & Redd, W. H. (2015). Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: Results of a randomized pilot trial. *Cancer*, 121(1), 150–158. <https://doi.org/10.1002/cncr.29009>
- Baik, D., Coats, H., & Baker, C. (2022). Experiences of older family care partners of persons with heart failure 1 year after the onset of the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(10), 47–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20220908-07>
- Baik, D., McIlvennan, C. K., Baker, C., & Coats, H. (2022). Caregiving experiences of older family caregivers of persons with heart failure: a mixed methods study. *Geriatric Nursing*, 48, 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.08.015>
- Baik, D., Reeder, B., Coats, H., Baker, C., & Jankowski, C. (2023). Perceptions and attitudes toward a proposed digital health physical activity program among older family caregivers of persons with heart failure: a qualitative study. *Informatics for Health and Social Care*, 48(3), 239–251. <https://doi.org/10.1080/17538157.2023.2227704>
- Baker, C., Coats, H., Jankowski, C., & Baik, D. (2023). Examining barriers and facilitators influencing physical activity and exercise among older family caregivers of patients with heart failure. *Western Journal of Nursing Research*. [under review].
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barnett, R. C., Marshall, N. L., Raudenbush, S. W. & Brennan, R. T. (1993). Gender and the relationship between job experiences and psychological distress: a study of dual-earner couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 794–806. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.64.5.794>
- Bekelman, D., Allen LA, & Peterson, J. (2016). Rationale and study design of a patient-centered intervention to improve health status in chronic heart failure: The Collaborative Care to Alleviate Symptoms and Adjust to Illness (CASA) randomized trial. *Contemporary Clinical Trials*, 51, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.09.002>
- Belsley, D. (1991). *Conditioning diagnostics: collinearity and weak data in regression*. John Wiley.
- Betschon, E., Brach, M. & Hantikainen, V. (2011). Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design [ISRCTN24344776]. *BMC Nursing*, 10(1), 10–8 pages. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-10>
- Biles, W. E. (1991). The engineering science of industrial engineering: a viewpoint of the industrial engineering curriculum. *IIE Transactions*, 23(3), 208–214. <https://doi.org/10.1080/07408179108963855>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16(4), 278–281. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(96\)80115-8](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(96)80115-8)
- Carayon, P., Hose, B.-Z., Wooldridge, A., Brazelton, T. B., Dean, S. M., Eithun, B. L., Kelly, M. M., Kohler, J. E., Ross, J., Rusy, D. A., & Hoonakker, P. L. T. (2022). Human-centered design of team health IT for pediatric trauma care transitions. *International Journal of Medical Informatics*, 162, 104727–104727. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104727>
- Carr, W. & Kemmis, S. (1986). *Becoming critical. Education, knowledge and action research*. Falmer.
- Castells, M. (1998). *The power of identity*. Blackwell.
- Chaffjiri, R. T., Navabi, N., Shamsalinia, A. & Ghaffari, F. (2017). The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 453–458. <https://doi.org/10.2147/CIA.S121285>
- Cheng, M., Zhu, C., Ge, Y., Ke, Y., Shi, Y., Su, Y., Ma, T., Chi, M., Wang, N., Lu, B., & Hou, Y. (2023). The impact of informal caregivers' preparedness on short-term outcomes of heart failure patients with insufficient self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 628–637. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac102>
- Chi, N. C., Demiris, G., Pike, K. C., Washington, K. & Parker Oliver, D. (2018). Exploring the challenges that family caregivers faced when caring for hospice patients with heart failure. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 14(2–3), 162–176. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1461168>
- Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R. & Vellone, E. (2014). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care [published online ahead of print]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1474515113518443>
- Cohen, M. Z., Kahn, D. L. & Steeves, R. H. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: a practical guide for nurse researchers*. Sage.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education* (Sixth edition). Routledge.
- CONSORT. (2010). *Checklist of information to include when reporting a randomised trial*. Haettu 10.7.2022 osoitteesta <http://www.consort-statement.org>
- CONSORT. (2013). *The CONSORT Statement*. Haettu 10.7.2022 osoitteesta <http://www.consort-statement.org>
- Corbett, T., Lee, K., Cummings, A., Calman, L., Farrington, N., Lewis, L., Young, A., Richardson, A., Foster, C., & Bridges, J. (2022). Self-management by older people living with cancer and multi-morbidity: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 30, 4823–4833. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06892-z>
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L. & Smith, K. C. (2011). *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. National Institutes of Health.
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>

- Cubukcu, M. (2018). Evaluation of quality of life in caregivers who are providing home care to cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1457–1463. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3968-1>
- Darragh, A. R., Sommerich, C. M., Lavender, S. A., Tanner, K. J., Vogel, K. & Campo, M. (2015). Musculoskeletal discomfort, physical demand, and caregiving activities in informal caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), 734–760. <https://doi.org/10.1177/0733464813496464>
- Desrosiers, J., Demers, L., Robichaud, L., Vincent, C., Belleville, S. & Ska, B. (2008). Short-term changes in and predictors of social participation of older adults after stroke following acute care or rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 22(3), 288–297. <https://doi.org/10.1177/1545968307307116>
- Dewey, J. (1929). *The quest for certainty*. D.C. Health.
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B. & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy* V, 10(1), 45–53. <https://doi.org/10.1258/1355819052801804>
- D’Onofrio, G., Fiorini, L., Hoshino, H., Matsumori, A., Okabe, Y., Tsukamoto, M., Limosani, R., Vitanza, A., Greco, F., Greco, A., Giuliani, F., Cavallo, F. & Sancarolo, D. (2019). Assistive robots for socialization in elderly people: results pertaining to the needs of the users. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(9), 1313–1329. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1073-z>
- Dul, J., Bruder, R., Buckle, P., Carayon, P., Falzon, P., Marras, W. S., Wilson, J. R. & van der Doelen, B. (2012). A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession. *Ergonomics*, 55(4), 377–395. <http://dx.doi.org/10.1080/00140139.2012.661087>
- Durante, A., Greco, A., Annoni, A. M., Steca, P., Alvaro, R. & Vellone, E. (2019). Determinants of caregiver burden in heart failure: does caregiver contribution to heart failure patient self-care increase caregiver burden? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(8), 691–699. <https://doi.org/10.1177/1474515119863173>
- Durante, A., Younas, A., Cuoco, A., Boyne, J., Rice, B. M., Juarez-Vela, R., Zeffiro, V., & Vellone, E. (2023). Burden among informal caregivers of individuals with heart failure: A mixed methods study. *PloS one*, 18(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292948>
- Ek, T. (2022). *Eettisestä osaamisesta yhteiskunnalliseen ymmärrykseen. Varhaiskasvatuksen arjen hiljainen tieto ja hiljaisen tiedon siirtäminen* (JUY DISSERTATIONS 491) [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. JYX-julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9014-5>
- Ekman, I. & Skott, C. (2005). Developing clinical knowledge through a narrative-based method of interpretation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(3), 251–256. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.01.006>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 21. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Ergomentor Oy. (2024). *Ergokortti – terveenä työssä: ”Koulutusratkaisu toiminta- ja työkyvyn edistämiseen”*. Haettu 27.5.2024 osoitteesta <https://www.ergomentor.com/koulutukset/ergokortti/>
- Erhola, K., Kehusmaa, S., Hammar, T., Sainio, P., Noro, A. & Mäkelä, M. (2018). Avun antaminen. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 161–164). (Raportti 4/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Eskola, J., Lähti, J. & Vastamäki, J. (2018). Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teoksessa R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s. 27–51). (5. uudistettu painos). PS-kustannus.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EU) 2016/679. (2016). Luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojalainsäädäntö). *Euroopan unionin virallinen lehti*, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- Euroopan unionin neuvosto. (2018). Neuvoston suositus elinikäisen oppimisen avaintaidoista. *Euroopan unionin virallinen lehti*, C189, 1–13. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01)&from=EN)
- European Kinaesthetics Association. (2008). *Was ist Kinaesthetics?* https://www.kinaesthetics.net/download/eka/infoblaetter/deutsch/Infoblatt_1_Was_ist_Kinaesthetics.pdf
- European Kinaesthetics Association. (2009). *Die Geschichte von Kinaesthetics*. https://www.kinaesthetics.net/download/eka/infoblaetter/deutsch/Infoblatt_4_Die_Geschichte_von_Kinaesthetics.pdf
- European Kinaesthetics Association. (2022). *Die theoretischen Grundlagen*. <https://www.kinaesthetics.net/grundlagen.cfm>
- Fagerström, V. (2013). *Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä: monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa* (Annales Universitatis Turkuensis C 360) [väitöskirja, Turun yliopisto]. UTUPub Turun yliopiston avoin julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5324-0>
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). Sage.
- Freiberg, A., Girbig, M., Euler, U., Scharfe, J., Nienhaus, A., Freitag, S. & Seidler, A. (2016). Influence of the Kinaesthetics care conception during patient handling on the development of musculoskeletal complaints and diseases: A scoping review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s12995-016-0113-x>
- Fringer, A., Huth, M. & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 757–766. <https://doi.org/10.1111/scs.12108>

- Fringer, A., Huth, M. & Hantikainen, V. (2015). Nurses' learning experiences with the kinaesthetics care concept training in a nursing home: A QUALITATIVE DESCRIPTIVE STUDY. *Educational Gerontology*, 41(12), 888–902. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065684>
- Gattinger, H. (2017). *Development and evaluation of two instruments to assess nursing staff's competence in mobility care based on kinaesthetics* (Turun yliopiston julkaisu D 1310) [väitöskirja, Turun yliopisto]. UTUPub Turun yliopiston avoin julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6979-1>
- Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Hantikainen, V., Köpke, S., Ott, S. & Senn, B. (2016). Assessing nursing staff's competences in mobility support in nursing-home care: Development and psychometric testing of the Kinaesthetics Competence (KC) observation instrument. *BMC Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0185-z>
- Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Köpke, S., Marty-Teuber, S., Senn, B. & Hantikainen, V. (2017). Nurse's competence in kinaesthetics. A concept development. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(6), 506–515. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1126-x>
- Gattinger, H., Senn, B., Hantikainen, V., Köpke, S., Ott, S. & Leino-Kilpi, H. (2017). Mobility care in nursing homes: Development and psychometric evaluation of the kinaesthetics competence self-evaluation (KCSE) scale. *BMC Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0257-8>
- Gattinger, H., Ott, S., Maurer, C., Marty-Teuber, B., Hantikainen, V. & Fringer, A. (2023). Effect of an educational intervention on nurses' competence in activities of daily living support in end-of-life care using a pretest–posttest repeated measures design. *BMC Palliative Care*, 22(119), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01232-2>
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C. & Jolibert, A. (2008). *Méthodologie de la recherche: Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*. Pearson Éducation.
- Gibson, R. (1985). Critical times for action research. *Cambridge Journal of Education*, 15(1), 59–64.
- Graf, C. (2008). Hartford Institute for Geriatric Nursing, the Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scale. *Medsurg Nursing Journal*, 17, 343–344.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Greenwood, N., Pound, C., Brearley, S. & Smith, R. (2019). A qualitative study of older informal carers' experiences and perceptions of their caring role. *Maturitas*, 124, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.006>
- Grosbois, J.-M., Gephine, S., Kyheng, M., Le Rouzic, O., & Chenivresse, C. (2022). Improving the wellbeing of caregivers of patients with COPD using a home-based pulmonary rehabilitation programme. *ERJ Open Res*, 8(00255–2022), 00255. <https://doi.org/10.1183/23120541.00255-2022>
- Grönfors, M. (2010). Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa J. Aaltonen & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s. 154–170). PS-kustannus.

- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T. & Martin, L. (2016). Informal caregivers' experiences and needs when caring for a relative with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), E1–E8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000210>
- Gustavsen, B. (1992). *Dialogue and development: Theory of communication, action research and the restructuring of working life*. Van Corcum, Assen / Maastricht & The Swedish Center for Working Life.
- Habermas, J. (1973). *Knowledge and Human Interests* (2nd ed.). Polity Press.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action. Volume 2. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason. Vsk. Volume 2*. Heinemann.
- Hakala, J. T. (2018). Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa R. Valli & Aaltonen Juhani (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s. 14–26). (5., uudistettu painos). PS-kustannus.
- Halminen, O., Linna, M., Silander, K., Mikkola, T., Tyni, T., Koivuranta, P., & Hörhammer, I. (2019). *Iäkkäiden ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijät*. (Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 12). Suomen Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1979-iakkaiden-ymparivuorokautiseen-hoitoon-siirtymisen-riskitekijät>
- Hantikainen, V. (2018). Kinestetiikka voimavaralähtöisenä toimintamallina: pienikin voimavara on mahdollisuus. Teoksessa V. Hantikainen (toim.), *Kinestetiikka. Toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla* (s. 15–40). PS-kustannus.
- Hantikainen, V. & Hoiuala, T. (2017). Uusien työtapojen käyttöönotto: esimerkkinä kinestetiikan® hyödyntäminen. Teoksessa J. Kulmala (toim.), *Perempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen* (s. 54–69). PS-kustannus.
- Hantikainen, V. & Lappalainen, R. (2015). *Kinestetiikan oppimateriaali* (4. painos). Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.
- Hart, E. & Bond, M. (1996). *Action research for health and social care – a guide to practice*. Open University Press.
- Hatch, F. & Maietta, L. (2003). *Kinästhetik: Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten* (2. painos). Urban und Fischer.
- Heikkinen, H. L. T. (2010). Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä (toim.), *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat* (s. 16–38). (3. korj. painos). Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. L. T. (2018). Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (s. 215–230). (5. uudistettu painos). PS-kustannus.
- Heikkinen, L. H. T. & Huttunen, R. (2010). Toimintatutkimus tieteenä. Teoksessa *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat* (s. 184–202). (3. korj. painos). Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. L. T. & Huttunen, R. (2023). Validointiperiaatteet. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & M. Kaukko (toim.), *Toimintatutkimus: Käytännön opas* (s. 217–266). Vastapaino.

- Heikkinen, H. L. T., Kaukko, M. & Salo, P. (2023). Mitä toimintatutkimus on ja miten sitä tehdään. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & M. Kaukko (toim.), *Toimintatutkimus: Käytännön opas* (s. 17–38). Vastapaino.
- Heikkinen, H. L. T., Kontinen, T. & Häkkinen, P. (2010). Toiminnan tutkimuksen suuntaukset. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä (toim.), *Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat* (s. 39–76). (3. korj. painos). Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. L. T., Salo, P., Kaukko, M., Kiilakoski, T., Huttunen, R., Mutanen, A., Friman, M. & Nuutinen, L. (2023). Suuntauksia ja tulkintoja. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & M. Kaukko (toim.), *Toimintatutkimus: Käytännön opas* (s. 67–110). Vastapaino.
- Heikkinen, L. H. T. & Syrjälä, L. (2010). Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Heikkinen, E. Rovio, & L. Syrjälä (toim.), *Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat* (s. 143–162). (3. korj. painos). Kansanvalistusseura.
- Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E. & Solovieva, S. (2018). Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 80–84). (Raportti 4/2018). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Helsingin kaupunki. (2018). *Ikääntyneiden palveluopas 2018*. Next Print Oy.
- Helsingin kaupunki. (2021). *Omaishoidontuki*. <https://www.hel.fi/static/sote/pysyohjeet/Omaishoidon%20tuki.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.
- Hooker, S. A., Schmiege, S. J., Trivedi, R. B., Amoyal, N. R. & Bekelman, D. B. (2018). Mutuality and heart failure self-care in patients and their informal caregivers. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(2), 102–113. <https://doi.org/10.1177/1474515117730184>
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Huovinen, T. & Rovio, E. (2010). Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.), *Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat* (s. 94–113). (3. korj. painos). Kansanvalistusseura.
- Ilmarinen, K., Lindström, E., Neijonen, A., Honkanen, S. & Kehusmaa, S. (2024). *Sopimus-omaishoidon tilannekuva 2024: Hyvinvointialueiden myöntämisperusteet, toimintakäytänteet ja omaishoidon tuen menot*. (Työpäpaperi 53/2024). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-391-1>
- International Labour Organization (ILO) & International Ergonomics Association (IEA). (2021). *Principles and guidelines for human factors/ergonomics (HFE) design and management of work systems*. International Labour Organization. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_826596.pdf

- Jansen, L., De Burghgraeve, T., van den Akker, M., Buntinx, F., & Schoenmakers, B. (2022). Supporting an informal care group – Social contacts and communication as important aspects in the psychosocial well-being of informal caregivers of older patients in Belgium. *Health Soc Care Community*, 30, 1514–1529. <https://doi.org/10.1111/hsc.13482>
- Jellema, S., Bakker, K., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., van der Sande, R., & Steultjens, E. M. (2022). The role of the social network during inpatient rehabilitation: A qualitative study exploring the views of older stroke survivors and their informal caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 29(1), 30–39. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1871285>
- Juntunen, Kristiina. (2023). *Omaishoitajien jaksamisen arviointi ja kuntoutuksen vaikutukset jaksamiseen ja elämänlaatuun* (JUY DISSERTATIONS 605) [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. JYX-julkaisuarkisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9291-0>
- Karsh, B.-T., Waterson, P., & Holden, R. J. (2014). Crossing levels in systems ergonomics: A framework to support ‘mesoergonomic’ inquiry. *Applied Ergonomics*, 45, 45–54. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.021>
- Kale, M. S., Federman, A. D., Krauskopf, K., Wolf, M., O’Conor, R., Martynenko, M., Leventhal, H. & Wisnivesky, J. P. (2015). The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS ONE*, 10(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123937>
- Kananen, J. (2014). *Toimintatutkimus kehittämisen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä?* Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon / Narrative literature review: from a research question to structured knowledge. *Hoitotiede*, 25(4), 291. <https://elektra-helsinki.fi/pc124152.oulu.fi:9443/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>
- Karppi, M., Jerez-Roig, J., Naamanka, K., Mimoso, T., Sormunen, E., Dudoniene, V., Mämmelä, E., Lucena, A. & Tamminen-Peter, L. (2022). Safe patient handling education: analysis from European higher education institutions. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 35(5), 615–623. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01954>
- Karsio, O. V.-P. & Van Aerschot, L. (2017). Vanhuspalvelut ja valinnanvapaus: johtavien viranomaisten näkemyksiä palvelusetelistä. *Gerontologia*, 31(3), 165–180. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63443>
- Kaukko, M. & Kiilakoski, T. (2023). Toimii hyvin: Toimintatutkimuksen eettiset kysymykset. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & M. Kaukko (toim.), *Toimintatutkimus: Käytännön opas* (s. 137–162). Vastapaino.
- Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomi-vaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (2013). *Työ ja terveys Suomessa 2012: Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista*. Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-302-8>

- Kehusmaa, S., Ilmarinen, K., Jokinen, S. & Kauppinen, S. (2022). *Omaishoidon tuen kansalliset myöntämisperusteet: THL:n ehdotus*. (Työpäpaperi 43/2022). Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-927-6>
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Deakin University.
- Kemmis, S. & Wilkinson, M. (1998). Participatory action research and the study of practice. Teoksessa B. Atweh, S. Kemmis, & P. Weeks (toim.), *Action research in practice. Partnership for social justice in education* (pp. 21–36). Routledge.
- Keva. (2022). *Omaishoitajien ja perhehoitajien vanhuuseläke*. Haettu 30.12.2023 osoitteesta <https://www.keva.fi/henkilöasiakkaalle/tietoa-elakkeista/ammattiryhmien-elake/omais--ja-perhehoitajat/>
- Kiljunen, O., Välimäki, T., Savela, R.-M., Koponen, S., Nykänen, I., Suominen, A. L., & Schwab, U. (2024). Prevalence and risk factors of frailty among older family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38, 57–64. <https://doi.org/10.1111/scs.13190>
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modelling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Koivisto, J., & Muurinen, H. (2024). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Loppuraportti*. (Työpäpaperi 47/2024). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-347-8>
- Kosky, P., Balmer, R., Keat, W. & Wise, G. (2021). Industrial engineering. Teoksessa R. Balmer & W. Keat (toim.), *Exploring engineering: an introduction to engineering and design* (5nd ed., pp. 229–257). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815073-3.00011-9>
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. (2nd ed.). Sage.
- Kurtti, J. (2012). *Hiljainen tieto ja työssä oppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämiseksi röntgenhoitajien työyhteisössä* (Acta electronica Universitatis Tampensis 1192) [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Trepo: Tampereen yliopiston avoin julkaisuarkisto. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8782-8>
- Kuula, A. (1999). *Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä*. Vastapaino.
- Lahtonen, M. (1999). Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.), *Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja* (s. 201–220). PS-kustannus.
- Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.
- Laki omaishoidon tuesta annetun lain muuttamisesta 8.7.2022/607.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734.
- Larja, L. & Peltonen, J. (2023). *Työvoiman saatavuus, työvoimapula ja kohtaanto-ongelmat vuonna 2022: Työvoimatietokartat-hankkeen loppuraportti*. (TEM-analyyseja 2023:113). Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-978-0>
- Launis, M. & Lehtelä, J. (2011). *Ergonomia*. Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-059-1>

- Leppäaho, S., Kehusmaa, S., Jokinen, S., Luomala, O. & Luoma, M.-L. (2019). Kaikenikäisten omaishoito: Omais- ja perhehoidon kysely 2018. Teoksessa A. Noro (toim.), *Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi* (s. 25–36). (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:61). STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4022-2>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Li, J. (2021). Predictors of family caregiver burden in Shanghai. *Journal of Applied Gerontology*, 40(7), 703–712. <https://doi.org/10.1177/0733464820951029>
- Liamputtong, P. (2001). *Focus group methodology: Principles and practice*. Sage.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analysis of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 65–74. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136>
- Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T. & Stromberg, A. (2017). Dialogues between nurses, patients with heart failure and their partners during a dyadic psychoeducational intervention: A qualitative study. *BMJ Open*, 7(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018236>
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Linnosmaa, I., Jokinen, S., Vilkkio, A., Noro, A. & Siljander, E. (2014). *Omaishoidon tuki: Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012*. (Raportti 9/2014). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-144-0>
- Liu, L. W. & McDaniel, S. A. (2015). Family caregiving for immigrant seniors living with heart disease and stroke: Chinese Canadian perspective. *Health Care for Women International*, 36(12), 1327–1345. <https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1038346>
- Lu, N., Liu, J. & Lou, V. W. Q. (2016). Exploring the reciprocal relationship between caregiver burden and the functional health of frail older adults in China: A cross-lag analysis. *Geriatric Nursing*, 37(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.014>
- Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. (2018). Lihavuus. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 46–49). (Raportti 4/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Lyons, K. S., Vellone, E., Lee, C. S., Cocchieri, A., Bidwell, J. T., D'Agostino, F., Hiatt, S. O., Alvaro, R., Vela, R. J. & Riegel, B. (2015). A dyadic approach to managing heart failure with confidence. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(4), S64–S71. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000234>
- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>

- McCann, T. V., Songprakun, W. & Stephenson, J. (2015). Effectiveness of guided self-help in decreasing expressed emotion in family caregivers of people diagnosed with depression in Thailand: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0654-z>
- McNiff, J., Lomax, P. & Whitehead, J. (1996). *You and your action research project*. Routledge.
- Mejía, S. T., Su, T.-T., Lan, Q., Zou, A., Griffin, A. & Jacob J. Sosnoffh, J. J. (2022). Improving the wellbeing and concern for falling differentiate which mobile fall technology features Chinese family caregivers find most important. *Journal of Applied Gerontology*, *41*(4), 1175–1185. <https://doi.org/10.1177/07334648211053857>
- Mezirow, J. (1996a). Johtopäätös: Kohti uudistavaa oppimista ja emansipatorista koulutusta. Teoksessa J. Mezirow, L. Lehto, E. Lindqvist, & L. Ahteenmäki-Pelkonen (toim.), *Uudistava oppiminen: Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa* (s. 374–397). Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Mezirow, J. (1996b). Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa J. Mezirow, L. Lehto, E. Lindqvist, & L. Ahteenmäki-Pelkonen (toim.), *Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Fostering critical reflection in adulthood* (s. 17–38). Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives [Analysis of qualitative data]*. De Boeck.
- Miller, M. E., Colombi, J. M., & Tvaranyanas, A. P. (2013). Human systems integration. Teoksessa Badiru, A. B. (toim.) *Handbook of Industrial and systems Engineering* (2. p.) (s. 197–216). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b15964>
- Miravittles, M., María, L., Peña-Longobardo, Oliva-Moreno, J. & Hidalgo-Vega, Á. (2015). Caregivers' burden in patients with COPD. *International Journal of COPD*, *10*, 347–356. <https://doi.org/10.2147/COPD.S76091>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, *8*(2), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007>
- Morales-Asencio, J. M., Martin-Santos, F. J., Kaknani, S., Morilla-Herrera, J. C., Cuevas Fernández-Gallego, M., García-Mayor, S., León-Campos, Á. & Morales-Gil, I. M. (2016). Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *22*(1), 122–132. <https://doi.org/10.1111/jep.12300>
- Mumford, E. (2001). Advice for an action researcher. *Information Technology & People*, *14*(1), 12–27. <https://doi.org/10.1108/09593840110384753>
- Murfield, J., Moyle, W., & O'Donovan, A. (2021). Mindfulness- and compassion-based interventions for family carers of older adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, *116*(103495). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103495>
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2008). *Mplus (Version 5.1) [Computer software]* (5.1). Author.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2012). *Mplus User's Guide* (7th ed.). Muthén & Muthén.

- Mäntyranta, T. & Kaila, M. (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Tutkimus ja opetus. *Duodecim*, 124(13), 1507–1513. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97349>
- National Statistics Institute. (2008). *Survey on disability, personal autonomy and dependency situations 2008*. Haettu 10.7.2022 osoitteesta <https://www.ine.es/dynt3/inebase/en/index.htm?padre=9642&capsel=9708>
- Nicholas, D.-O. J., Hooker, S. A., Bekelman, D., Ejem, D., McGhan, G., Kitko, L., Strömberg, A., Wells, R., Astin, M., Metin, Z. G., Mancarella, G., Pamboukian, S. V., Evangelista, L., Buck, H. G. & Bakitas, M. A. (2017). Family caregiving for persons with heart failure at the intersection of heart failure and palliative care: a state-of-the-science review. *Heart Failure Reviews*, 22(5), 543–557. <https://doi.org/10.1007/s10741-017-9597-4>
- Niemi, R., Kiilakoski, T. & Kaukko, M. (2023). 4. Suunnittelu ja toteuttaminen. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & M. Kaukko (toim.), *Toimintatutkimus: Käytännön opas* (s. 111–136). Vastapaino.
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Slaets, J., Stolk, R., Wittek, R. & Smidt, N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0387-y>
- Oliver, D. P., Demiris, G., Washington, K. T., Clark, C. & Thomas-Jones, D. (2017). Challenges and strategies for hospice caregivers: A qualitative analysis. *Gerontologist*, 57(4), 648–656. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw054>
- Omaishoitajaliitto ry. (2021). *Omaishoidon ongelmakohtia sosiaaliturvauudistuksessa huomioitavaksi*. https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/10/Omaishoitajaliiton-linjaukset-sosiaaliturvan-uudistamiseen-21.1.2021_netti.pdf
- Omaishoitajaliitto ry. (2023). *Palveluopas*. Grano Oy. <https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/05/Omaishoitajat-palveluopas-2023-2024-A5.pdf>
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage.
- Pelkonen, E. & Raijas, M. (4.9.2023). Työkäisistä omaishoitajista enemmistö käy myös ansiotyössä [blogikirjoitus]. *Tieto & trendit*. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2023/tyoikaisista-omaishoitajista-enemmisto-kay-myos-ansiotyossa/>
- Pendergrass, A., Hautzinger, M., Elliott, T. R., Schilling, O., Becker, C. & Pfeiffer, K. (2017). Family caregiver adjustment and stroke survivor impairment: A path analytic model. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 81–88. <https://doi.org/10.1037/rep0000118>
- Petruzzo, A., Paturzo, M., Naletto, M., Cohen, M. Z., Alvaro, R. & Vellone, E. (2017). The lived experience of caregivers of persons with heart failure: A phenomenological study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7), 638–645. <https://doi.org/10.1177/1474515117707666>
- Pfeiffer, K., Beische, D., Hautzinger, M., Berry, J. W., Wengert, J., Hoffrichter, R., Becker, C., van Schayck, R. & Elliott, T. R. (2014). Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 628–643. <https://doi.org/10.1037/a0036987>

- Pieto-Moreno, R., Mora-Traverso, M., Estévez-López, F., Molina-García, P., Ortiz-Piña, M., Salazar-Graván, S., Cruz-Guisado, V., Gago, M. L., Martín-Matillas, M., & Ariza-Vega, P. (2024). Effects of the ActiveHip+ mHealth intervention on the recovery of older adults with hip fracture and their family caregivers: a multicentre open-label randomised controlled trial. *EClinicalMedicine*, 73. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102677>
- Piette, J. D., Striplin, D., Marinec, N., Chen, J. & Aikens, J. E. (2015a). A randomized trial of mobile health support for heart failure patients and their informal caregivers. *Medical Care*, 53(8), 692–699. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000378>
- Piette, J. D., Striplin, D., Marinec, N., Chen, J., Trivedi, R. B., Aron, D. C., Fisher, L. & Aikens, J. E. (2015b). A mobile health intervention supporting heart failure patients and their informal caregivers: A randomized comparative effectiveness trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e142. <https://doi.org/10.2196/jmir.4550>
- Pope, C. & Mays, N. (2006). Observational methods. Teoksessa C. Pope & N. Mays (toim.), *Qualitative research in health care* (s. 32–42) (3rd ed.). Blackwell Publishing.
- Rahman, C. M. L., Uddin, S. M. & Iqbal, M. (2014). Importance of human factors in industrial engineering and design. *SEU Journal of Science and Engineering*, 8(1–2), 208–214.
- Rapp, C. A., Saleebey, D. & Sullivan, W. P. (2005). The future of strengths-based social work. *Advances in Social Work*, 6(1), 79–90. <https://doi.org/10.18060/81>
- Rasmussen, J. (2000). Human factors in a dynamic information society: where are we heading? *Ergonomics*, 43(7), 869–879. <https://doi.org/10.1080/001401300409071>
- Razak, S., Hignett, S., Barnes, J. & Hancox, G. (2024). Hierarchical task analysis as a systems mapping tool in complex health care environments: Emergency department response to chemical, biological, radiological, and nuclear events. *Hum Factors Ergon Manuf.*, 34, 147–158. <https://doi.org/10.1002/hfm.21016>
- Rodríguez-Gonzalo, A., García-Martí, C., Ocaña-Colorado, A., Baquera-De Micheo, M. J. & Morel-Fernández, S. (2015). Efficiency of an intensive educational program for informal caregivers of hospitalized, dependent patients: Cluster randomized trial. *BMC Nursing*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0055-0>
- Royston, P. (1991). Lowess smoothing. *Stata Technical Bulletin*, 3, 7–9. Haettu 10.7.2022 osoitteesta <https://www.stata.com/products/stb/journals/stb3.pdf>
- Royston, P. & Cox, N. J. A. (2005). A multivariable scatterplot smoother. *Stata Journal: Promoting Communications on Statistics and Stata*, 5(3), 405–412. <https://doi.org/10.1177/1536867x0500500309>
- Saano, V., Kivelä, T., Jansson, M., Klemettinen, R., Kontula, K., Laukkanen, S., Maamies, S., Saarela, L., Sariola, H., Sovijärvi, A., Teppo, L. & Pettersson, T. (2016). *Lääketieteen termit: Duodecimin selittävä suursanakirja* (6. painos). Kustannus Oy Duodecim.
- Saldanna, J. (2013). *The coding manual for qualitative researchers*. (2nd ed.). Sage.
- Salminen, A. (2023). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. (Opetusjulkaisu 62). Vaasan yliopisto.
- Sampaio, C., Renaud, I. & Leão, P. P. (2019). Illness trajectory in heart failure: narratives of family caregivers. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(1), 162–169. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0645>

- Sandelowski, M. (2000). What ever happened to qualitative description? *Research in nursing & health*. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in nursing & health*. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Santos, P. D. S. Dos, Santos, Z. M. de S. A., Diógenes, L. M. M. B., Caldas, J. M. P. de, Rodrigues, K. A. F. & Carneiro, R. F. (2018). Qualification of the family caregiver to the application of the Educational Technology in Health. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(3), 1135–1143. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0163>
- Sayer, A. G. & Klute, M. M. (2005). Analyzing couples and families: multilevel methods. Teoksessa V. Bengtson, A. Acock, K. Allen, P. Dilworth-Anderson & D. Klein (toim.), *Sourcebook on family theory and research* (s. 289–314). Sage.
- Schwartz-Barcott, D. & Kim, H. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. Teoksessa B. Rodgers & K. A. Knafl (toim.), *Concept development in nursing. Foundations, techniques and applications* (s. 130–158). Saunders.
- Sebern, M., Sulemanjee, N., Garnier-Villarreal, M., Sebern, M. J. & Whitlatch, C. J. (2018). Does an intervention designed to improve self-management, social support and awareness of palliative-care address needs of persons with heart failure, family caregivers and clinicians? *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4). <https://doi.org/10.1111/jocn.14115>
- Shemeikka, R., Buchert, U., Pitkänen, S., Pehkonen-Elmi, T. & Kettunen, A. (2017). *Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviytymiseen*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-384-2>
- Sihto, T., Leinonen, E. & Kröger, T. (2022). *Omaishoito ja COVID-19-pandemia: Omaishoitajien arki, elämälaatu ja palveluiden saatavuus koronapandemian aikana*. (YFI julkaisuja 13). Jyväskylän yliopisto ja kirjoittajat. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9089-3>
- Sipiläinen, P. (2011). *Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille* (väitöskirjat 4/2011) [väitöskirja, Aalto-yliopisto]. Aaltodoc, Aalto-yliopiston julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-4226-8>
- Slatyer, S., Aoun, S. M., Hill, K. D., Walsh, D., Whitty, D. & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>
- Ślusarska, B., Bartoszek, A., Kocka, K., Deluga, A., Chrzan-Rodak, A. & Nowicki, G. (2019). Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit – An example of home care in Poland. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 889–903. <https://doi.org/10.2147/CIA.S191984>
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. (2023a). *Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille: Valtakunnalliset lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet 2023*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2023:13. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6887-5>

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023b). *Tiekartta 2022–2027 Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden työryhmä*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7178-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.
- Sousa, H., Bártolo, A., Ribeiro, O. & Figueiredo, D. (2022). A family-centred perspective on the arteriovenous fistula in end-stage renal disease: Findings from dyadic interviews. *Scand J Caring Sci*, 36, 426–438. <https://doi.org/10.1111/scs.13055>
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativer empirischer Sozialforschung (Criteria for qualitative research: Approaches for evaluating qualitative empirical social research)*. Juventa.
- Stenman, P. (2020). *Iäkkäiden hoitotyössä toimivan henkilöstön kokemuksia työtyytyväisyydestä ja toimintaympäristöstä kinestetiikan käyttöönoton aikana (Acta Universitatis Ouluensis D 1581) [väitöskirja, Oulun yliopisto]*. OuluREPO – Oulun yliopiston julkaisurakasto. <https://urn.fi/URN:ISBN:9789526227016>
- Stenman, P., Elo, S., Vahakangas, P., Hantikainen, V., Salo, P. & Suhonen, M. (2020). Psychosocial factors at work after the implementation of kinaesthetics in elderly care. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 4–14. www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Stenman, P., Turkki, L., Vähäkangas, P., Hantikainen, V. & Elo, S. (2016). Kinestetiikan käyttöönottoon liittyvät muutokset vanhustenhuollossa toimivan hoitajan toimintaympäristössä. *Gerontologia*, 30(3), 106–118.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007). *Focus groups: Theory and practice (applied social research methods)* (2nd edition.). SAGE.
- Strandberg, T., Viitanen, M., Rantanen, T., & Pitkälä, K. (2006). Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. *Duodecim*, 122(12), 1495–1502.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage.
- Stutzel, M. C., Filippo, M. P., Sztajnberg, A., Da Costa, R. M. E. M., Brites, A. D. S., Da Motta, L. B. & Caldas, C. P. (2019). Multi-part quality evaluation of a customized mobile application for monitoring elderly patients with functional loss and helping caregivers. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0839-3>

- Su, Y., Cheng, M., Zhu, C., Ge, Y., Ke, Y., Shi, Y., Luo, M., Gu, X., Ge, Y., Ma, T., Chi, M., Wang, N. & Hou, Y. (2023). The influence of informal caregivers' preparedness on psychological symptoms and quality of life among patients with heart failure and insufficient self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 38(3), 224–236. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000975>
- Sun, V., Raz, D. J., Ruel, N., Chang, W., Erhunmwunsee, L., Reckamp, K., Tiep, B., Ferrell, B., McCorkle, R. & Kim, J. Y. (2017). A multimedia self-management intervention to prepare cancer patients and family caregivers for lung surgery and postoperative recovery. *Clinical Lung Cancer*, 18(3), e151–e159. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2017.01.010>
- Suomen Kinesiteiikkayhdistys ry. (2021). Tiedonanto Virpi Hantikainen 29.3.2021.
- Suomen Kinesiteiikkayhdistys ry. (2022). *Oppimisjatkumo*. Haettu 8.10.2022 osoitteesta <https://www.kinesiteikka.fi/koulutukset/kinestetiiikan-oppimisjatkumo/>
- Suomen omaishoidon verkosto. (2022). *Tietoa verkostosta*. Haettu 30.6.2022 osoitteesta <https://omaishoidonverkosto.fi/toiminta/>
- Suomen Standardisoimisliitto SFS ry Online. (2016). *Työjärjestelmien ergonomiset suunnitteluperiaatteet* (SFS-EN ISO 6385:2016). <https://sales.sfs.fi/fi/index/tuotteet/SFS/CENISO/ID2/6/435131.html.stx#>
- Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. (2015). *Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla* (3., korjattu painos). Työterveyslaitos.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. Wiley.
- Tedre, S. & Pöllänen, P. (1997). *Hoivan herkäät alueet*. Kirjayhtymä.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022). *Mitä toimintakyky on?* Haettu 30.6.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Kotihoito 2022: Kotihoidon käynti- ja asiakasmäärä väheni vuonna 2022*. (Tilastoraportti 28/2023). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023052648789>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024). *Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2023: Sosiaalihuollon ympärivuorokautisten laitos- ja asumispalvelujen piirissä oli lähes 110 000 asiakasta vuonna 2023*. (Tilastoraportti 22/2024). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024051430650>
- Tevameri, T. (2024). *Sote-palveluala: Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat*. (TEM toimialaraportit 2024:2). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-981-0>
- Tikkanen, U. (2016). *Omaishoidon arki: Tutkimus hoivan sidoksista* (Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 5) [väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Helsingin yliopiston avoin julkaisuarkisto Helda. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1056-5>
- Tilastokeskus. (2020). *Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö*. Suomen virallinen tilasto. https://stat.fi/til/sutivi/2020/sutivi_2020_2020-11-10_fi.pdf
- Tilastokeskus. (2023). *Suomen ennakkoväkiluku oli 5 594 384 syyskuun 2023 lopussa*. (Katsaus 26.10.2023). <https://www.stat.fi/julkaisu/cl7swjb321oin0bvyg6moqevl>

- Timonet-Andreu, E., Canca-Sanchez, J. C., Sepulveda-Sanchez, J., Ortiz-Tomé, C., Rivas-Ruiz, F., Toribio-Toribio, J. C., Mora-Banderas, A. & Morales-Asencio, J. M. (2018). Overestimation of hours dedicated to family caregiving of persons with heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2312–2321. <https://doi.org/10.1111/jan.13727>
- Tuntland, H., Espehaug, B., Forland, O., Hole, A. D., Kjerstad, E. & Kjekken, I. (2014). Reablement in communitydwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 14(139). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-139>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023*. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023). https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Työttömien keskusjärjestö ry. (1.12.2021). *Työttömällä omaishoitajalla tulee olla aina oikeus työttömyysturvaan: Omaishoitajuus kostautuu usein köyhyytensä*. (Kannanotto). <https://tyottomat.fi/tiedotteet/tyottomalla-omaishoitajalla-tulee-olla-aina-oikeus-tyottomyysturvaan-omaishoitajuus-kostautuu-usein-koyhyytensa/>
- Työturvallisuuskeskus. (2020). Turvallinen ja tuottava tuotantoympäristö teollisuudessa – ergonomiaa suunnittelemalla. Työturvallisuuskeskus, teollisuusryhmä.
- Työtäri, O. & Sainio, P. (2018). 16.3 Apuvälineet. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi, & S. Koskinen (toim.), *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus* (s. 175–177). (Raportti 4/2018). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Valkama, K. (2009). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus*, 28(2), 26–40. <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/100587>
- Valli, R. (2010). Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (s. 103–127) (3. uud. ja täyd. p.). PS-kustannus.
- Valtioneuvosto. (2021). *Aluevaltuutetun opas*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/documents/1271139/139577732/Aluevaltuutetun+opas.pdf/0e820d25-857f-82e0-6535-3e7ae7a97652/Aluevaltuutetun+opas.pdf?t=1667999895365>
- Valtioneuvosto. (2023a). *Kansallisen ikäohjelman vuosien 2020–2023 loppuraportti*. Valtioneuvosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-676-1>
- Valtioneuvosto. (2023b). *Vahva ja välittävä Suomi: Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>
- Vammaispalvelulaki 14.4.2023/675.
- Vellone, E., D’Agostino, F., Buck, H. G., Fida, R., Spatola, C. F., Petruzzo, A., Alvaro, R. & Riegel, B. (2015). The key role of caregiver confidence in the caregiver’s contribution to self-care in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(5), 372–381. <https://doi.org/10.1177/1474515114547649>
- Vilkko, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Jokinen, S. (2014). Läheisavun moninaisuus. Teoksessa M. Vaaramaa, S. Karvonen, L. Kestilä, P. Moisio & A. Muuri (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi* (s. 222–237). (Teema 22). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>

- Virtamo, M., Järnstedt, P. & Tervonen, S. (2023). *Omaishoidon tilannekuva 2023: Omaishoitajayhdistysten näkemyksiä hyvinvointialueiden tarjoamista palveluista omaishoitajille ja hoidettaville*. Omaishoitajaliitto ry. <https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2024/01/Omaishoidon-tilannekuva-2023-netti.pdf>
- Viscogliosi, C., Desrosiers, J. & Belleville, S. (2019). Optimizing participation of older adults with cognitive deficits post-stroke: types of help and caregiver burden. *Canadian Journal on Aging*, 38(2), 222–235. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000521>
- Vukicevic, M., Heraghty, J., Cummins, R., Gopinath, B. & Mitchell, P. (2016). Caregiver perceptions about the impact of caring for patients with wet age-related macular degeneration. *Eye*, 30, 413–421. <https://doi.org/10.1038/eye.2015.235>
- Väyrynen, K. (2016). Hagel ja antiikin dialektiikka. *Ajatus*, 73, 33–64. <https://journal.fi/ajatus/article/view/67663/28014>
- Wallace, M. (1987). A historical review of action research: some implications for the education of teachers in their managerial role. *Journal of education for teaching*, 13(2), 97–115. <https://doi.org/10.1080/0260747870130201>
- Wallace, M., Shelkey, M & Hardford Institute for Geriatric Nursing. (2007). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urologic nursing*, 27(1), 93–94.
- Weiss, D. M., Northouse, L. L., Duffy, S. A., Ingersoll-Dayton, B., Katapodi, M. C. & LoRusso, P. M. (2016). Qualitative analysis of the experience of mental fatigue of family caregivers of patients with cancer in phase I trials. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E153–E160. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E153-E160>
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Friedland, J. & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8(1/2), 55–63. <https://doi.org/10.1023/A:1026407010614>
- Whitehead, P. J., Drummond, A. E. R., Walker, M. F., Parry, R. H., McGeorge, I. D. & Latif, Z. (2014). Occupational therapy in HomEcare Re-ablement Services (OTHERS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(447). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-447>
- Whitehead, P. J., Walker, M. F., Parry, R. H., Latif, Z., McGeorge, I. D., & Drummond, A. E. R. (2016). Occupational therapy in HomEcare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(8), e011868. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011868>
- Whyte, W. (1991a). Comparing PAR and action sciences. Teoksessa W. Whyte (toim.), *Participatory action research* (s. 97–98). Sage.
- Whyte, W. (1991b). *Participatory action research*. SAGE.
- Whyte, W., Greenwood, D. & Lazes, P. (1991). Participatory action research: Through practice to science in social research. Teoksessa W. Whyte (toim.), *Participatory action research* (s. 19–55). Sage.
- Wooldridge, A. R., Carman, E.-M., & Xie, A. (2022). Human Factors and Ergonomics (HFE) applications in responses to the COVID-19 pandemic: Lessons learned and considerations for methods. *Applied Ergonomics*, 102, 103733–103733. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2022.103733>

- Xie, H., Cheng, C., Tao, Y., Zhang, J., Robert, D., Jia, J. & Su, Y. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0504-9>
- Ylijoki, O. (1999). Kriittisen sosiaalipsykologian lähtökohtia. *Psykologia*, 5(6), 316–321.
- Zechner, M. (2017). Vastuutetut omaishoitajat markkinoilla. *Gerontologia*, 31(3), 179–194. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63339>
- Zeng, Q., Ling, D., Chen, W., Liao, Y., An, R. & He, L. (2023). Family caregivers' experiences of caring for patients with head and neck cancer: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cancer Nursing*, 46(1). <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001096>
- Zhang, X., Xu, T., Qin, Y., Wang, M., Li, Z., Song, J. & Tang, Q. (2023). Exploring the needs and coping strategies of family caregivers taking care of dying patients at home: a field study. *BMC Palliative Care*, 22(196). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01315-0>
- Åkerman, S. (2023). *Informal care in the light of well-being: the case of Finland* [väitöskirja, Åbo Akademi]. Doria. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-12-4282-3>

Liitteet

- Liite 1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus
- Liite 2 Tutkimuksia omaishoitajien kokemista haasteista ja niiden keskeisiä tuloksia
- Liite 3 Omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottaviin interventioihin liittyviä tutkimuksia ja niiden keskeisiä tuloksia
- Liite 4 Tutkimuksia kinestetikasta ja niiden keskeisiä tuloksia
- Liite 5 Kyselylomake I Omaishoitajan taustatietolomake
- Liite 6 Kyselylomake II Omaishoitajan työn kuormittavuuskysely
- Liite 7 Kyselylomake III Omaishoidettavan taustatietolomake
- Liite 8 Kyselylomake IV Kurssipalaute
- Liite 9 Haastattelurunko Teemahaastattelu kinestetiiikan koulutuksen hyödyistä

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Tarkempaan analyysiin valittujen julkaisujen määrä
Scopus	kinest* or kinaest* AND care* OR nurs* OR health AND aged or elderly or senior or "older people" or geriatr* or gerontol*	2015–2024	77	5
	kinest* or kinaest* AND competen*	2015–2024	92	5
	kinest* or kinaest* AND caregiver*	2015–2024	9	
	"activities of daily living" or "daily living skills" or "selfcare" AND "family care- give*" or "informal caregive*" AND aged or elderly or senior or "older peo- ple" of geriatr* or gerontol* AND sup- port*	2015–2024	481	46
CINAHL	kinest* or kinaest* AND care* OR nurs* OR health AND aged or elderly or senior or "older people" or geriatr* or gerontol*	2015–2024 Peer reviewed English Finnish	20	2
	kinest* or kinaest* AND competen*	2015–2024 Peer reviewed Eng- lish Finnish	25	4

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Tarkempaan analyysiin valittujen julkaisujen määrä
	“activities of daily living” or “daily living skills” or “selfcare” AND “family caregiver*” or “informal caregiver*” AND aged or elderly or senior or “older people” of geriatr* or gerontol* AND support*	2015–2024	181	28
Medic	kinest* or kinaest*	2015–2024 English Finnish	9	2
	omaishoit* or caregiver* AND vanhu* or aged or elderly or senior or “older people” or geriatr* or gerontol*	2015–2024 English Finnish	21	
Cochrane	kinest* or kinaest* AND care* OR nurs* OR health AND aged or elderly or senior or “older people” or geriatr* or gerontol*	2015–2024	Trials 45	
	kinest* or kinaest* AND competen*	2015–2024	Trials 5	
	kinest* or kinaest* AND caregiver*	2015–2024	Trials 11	

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Tarkempaan analyysiin valittujen julkaisujen määrä
	("activities of daily living" or "daily living skills" or "selfcare") AND ("family caregiver*" or "informal caregiver*") AND (aged or elderly or senior or "older people" or geriatr* or gerontol*) AND (support*)	2015–2024	Trials 39	2
Web of Science	kinest* or kinaest* AND care* OR nurs* OR health AND aged or elderly or senior or "older people" or geriatr* or gerontol*	2015–2024	74	2
	kinest* or kinaest* AND competen*	2015–2024	60	5
	kinest* or kinaest* AND caregiver	2015–2024	9	
	"activities of daily living" or "daily living skills" or "selfcare" AND "family caregiver*" or "informal caregiver*" AND aged or elderly or senior or "older people" or geriatr* or gerontol* AND support*	2015–2024	167	15

Liite 2. Tutkimuksia omaishoitajien kokemista haasteista ja niiden keskeisiä tuloksia

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Lyons ym. (2015) Italia	<p>Monitasoinen sekundaarinen mallintamistutkimus Cocchierin ym. (2014) poikittais- tutkimuksesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa sydämen vajaatoimintaa sairastavien omaishoidettavien itsehoidon yksilölliset ja dyadiset määräävät tekijät. Kohderyhmänä olivat italialaiset omaishoitaja–omaishoidettava-parit (n = 329), jotka koostuivat sydämen vajaatoimintaa sairastavista omaishoidettavista (keski-ikä 77 v) ja heidän omaishoitajistaan (keski-ikä 58 v). Määrällinen aineisto analysoitiin käyttäen hierarkkista lineaarista mallinnusta (Barnett ym., 1993; Sayer & Klute, 2005).</p>	<p>Omaishoitajat ja -hoidettavat raportoivat riittämättömästä luottamuksesta. Omaishoitajat kokivat hieman vahvempaa luottamusta kuin omaishoidettavat.</p>
Miravitlles ym. (2015) Espanja	<p>Kyselytutkimus, jonka tarkoituksena oli analysoida keuhkohtaumatautia (COPD) sairastavia potilaita hoitavien omaishoitajien rasitusta. Tutkimuksessa käytettiin Survey on Disabilities, Personal Autonomy, and Dependency Situations (Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia [EDAD]-2008) -aineistoa (National Statistics Institute, 2008). Kohderyhminä olivat keuhkohtaumatautia sairastavat (n = 461 884, keski-ikä 69 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 220 892, keski-ikä 57 v). Määrällinen aineisto analysoitiin monimuuttujamenetelmin.</p>	<p>83 %:lla omaishoitajista oli vapaa-aikaan tai sosiaalisiin suhteisiin liittyviä ongelmia. 38 %:lla omaishoitajista oli ammatillisia ongelmia. 35 %:lla omaishoitajista oli terveyteen liittyviä ongelmia omaishoitotyön vuoksi. Ongelmien syntymisen todennäköisyys liittyi merkittävästi omaishoidettavan riippuvuusasteeseen.</p>

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Darragh ym. (2015) Yhdysvallat	Monimenetelmä tutkimus, jonka tarkoituksena oli karakterisoida omaishoidon taakkaa ja tuki- ja liikuntaelinten kiputiloja omaishoitajilla, jotka hoitivat aikuisia, joilla oli kroonisia fyysisiä vammoja, sekä kuvailla fyysisesti vaativimmat hoitotimet. Kohderyhmänä olivat omaishoitajat (n = 46). Fokusryhmä- ja yksilöhaastattelujen aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin. Kyselylomaketietojen analysoinnissa käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä.	Suurin osa omaishoitajista oli hyvin kuormittuneita. He raportoivat suuresta fyysisestä rasituksesta ja tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Fyysisesti vaativia tekijöitä olivat omaishoitajan ja omaishoidettavan ominaisuudet, aktiiviteettivaatimukset ja fyysinen ympäristö.
Liu & McDaniel (2015) Kanada	Tutkimus oli osa hanketta, jossa tutkittiin kiinalaisten sydänsairaille ja aivohalvauksipotilaille kohdennettujen palvelujen puutteita Ontariossa Kanadassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sydän- ja aivohalvauksipotilaiden omaishoitajien antaman hoidon tarpeita ja esteitä korostamalla sukupuolta, ikää, etnisyyttä ja maahanmuuttoa. Kohderyhmänä olivat sydän- ja aivohalvauksipotilaat (n = 26, enimmäkseen yli 65 v), heidän omaishoitajansa (n = 20, keski-ikä 60 v) ja terveyspalvelujen tarjoajat (n = 18) Ontariosta. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin.	Osa kiinalaisista omaishoitajista joutui uhraamaan uran ja perhe-elämän toimiakseen omaishoitajana Kanadassa. Hoitotyön haasteita olivat kielimuuri sekä kotihoidon palvelujen ja sosiaalisen tuen puute. Ontariossa ei ollut kulttuurisesti sopivaa lyhyt- ja pitkäaikaishoitoa. Omaishoitajat ilmoittivat lisääntyneestä emotionaalisesta stressistä ja sosiaalisesta syrjäytymisestä. Useilla omaishoitajilla oli fyysisiä, emotionaalisia ja taloudellisia haasteita sekä jännitteitä omaishoitajan ja -hoidettavan välillä. Omaishoitaja oli riippuvainen ystävistä ja naapureista, jos hänen tuli käydä omassa maassaan asuvien sukulaistensa luona.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Lu ym. (2016) Kiina	Kaksivaiheinen pitkittäistutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää ikäihmisen omaishoitajan taakkaa ja omaishoidettavan riippuvuutta päivittäisissä toiminnoissa (ADL) pitkällä aikavälillä. Kohderyhmänä olivat iäkkäiden ihmisten omaishoitajat (n = 469, keski-ikä 64 v), jotka osallistuivat vuosina 2010 ja 2013 Family Caregivers for the Frail and Very Elderly: WellBeing and Needs in Shanghai -tutkimuksiin. Omaishoidettavien keski-ikä oli 82 vuotta. Aineisto analysoitiin monimuuttujamenetelmin (Kline, 2011; Muthén & Muthén, 2012).	Riippuvuus ADL-toiminnoissa vuonna 2010 oli merkittävä ennustaja hoitajan taakalle vuonna 2013.
Morales-Asencio ym. (2016) Espanja	Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli analysoida kroonisia sairauksia sairastavien ja heidän omaishoitajiensa kokemuksia terveydenhuollon palveluista. Kohderyhmänä olivat moninaisia pitkäaikaisia sairauksia sairastavat (n = 18, keski-ikä 74 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 16; puolisoja n = 13, lapsia n = 3). Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin sisällön analyysin (Taylor & Bogdan, 1998) avulla.	Terveydenhuolto tarjosi sirpaleisuutensa vuoksi heikosti tukea omaishoidettavien varhaisvaiheen terveyden edistämiseen ja itsehoitoon.
Vukicevic ym. (2016) Australia	Poikittaistutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia silmänpohjan ikärappeumaa (AMD) sairastavien potilaiden omaishoitajien näkemyksiä hoidon tärkeimmistä näkökohdista. Kohderyhmänä olivat silmänpohjan ikärappeumaa sairastavien potilaiden omaishoitajat (n = 643). Kyselylomakeaineisto analysoitiin induktiivisesti käyttäen Grounded theory -lähestymistapaa (Attride-Stirling, 2001). Omaishoitajien demografiset aineistot analysoitiin tilastollisesti.	Omaishoitajat olivat myötätuntoisia ja uhrautuvia. Omaishoidettavat antoivat kritiikkiä ja holhoutuivat itseään. Osa omaishoidettavista oli manipuloivia. Mikäli omaishoitaja ja -hoidettava olivat naimisissa, heidän suhteensa oli läheisempi. Omaishoitajan kuormituksen lisääntymisellä voi olla kielteinen vaikutus omaishoitajan ja omaishoidettavan suhteeseen.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Gusdal ym. (2016) Ruotsi	Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien (n = 14, keski-ikä 71 v) kokemuksia ja tarpeita heidän hoitessaan omassa kodissaan sydämen vajaatoimintaa sairastavaa henkilöä (keski-ikä 79 v). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin (Burnard, 1996; Graneheim & Lundman, 2004; Krippendorff, 2004) avulla.	Omaishoitajat olivat vastuussa arkielämän toiminnoista, mikä haastoi aikaisemmin vakiintuneet roolit ja elämäntavan. Omaishoitajat kokivat jatkuvaa epävarmuutta omaishoidettavan tilan äkillisestä heikkenemisestä. Koska omaishoitajat edellyttivät itseltään jatkuvaa käytettävissä oloa, heidän sosiaalinen elämänsä oli rajoittunutta. He eivät käyneet kokopäivätyössä, harrastuksissa tai matkustelleet. Omaishoitajien huoli ilmeni huoliajatuksina ja univaikeuksina.
Weiss ym. (2016) Yhdysvallat	Kuvaileva laadullinen tutkimus, joka oli osa laajempaa monimenetelmätutkimusta (Creswell ym., 2011). Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien kokemuksia henkisestä väsymyksestä, tunnistaa strategioita, joita he käyttävät sen hallintaan, ja selvittää, millaista apua he haluaisivat terveydenhuollon ammattilaisilta. Kohderyhmänä olivat pitkälle edennyttä syöpää sairastavien potilaiden omaishoitajat (n = 79, keski-ikä 55 v), jotka olivat syöpäohjelman ensimmäisessä vaiheessa Barbara Ann Karmanosin syöpäinstituutissa Detroitissa Michiganissa. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällön analyysin (Hsieh & Shannon, 2005; Pope & Mays, 2006) avulla. Sairaus- ja demografisten tietojen analysoinnissa käytettiin kuvailevia tilastollisia menetelmiä.	Omaishoitajien henkinen väsymys jakautui neljään alakategoriaan, joita olivat henkinen väsymys, muisti- ja keskittymisongelmat, vaikutukset omaishoitajan rooliin ja itsestä huolehtimisen estyminen.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Xie ym. (2016) Kiina	Poikittaistutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää kroonisia sairauksia sairastavien ikäihmisten ja heidän omaishoitajiensa elämänlaatua ja demografisia tekijöitä sekä karakterisoida esiin nousseita tekijöitä. Kohderymänä olivat omaishoitajat (n = 407) kuudesta terveyskeskuksesta Bengbun alueelta Anhuin maakunnasta Keski-Kiinasta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen kuvailevia menetelmiä sekä monilineaariregressioanalyysiä (Belsley, 1991).	Omaishoitajan roolissa toimimista rajoittivat fyysiseen toimintakykyyn, yleiseen terveyteen, elinvoimaisuuteen, sosiaalisiin suhteisiin, mielen terveyteen ja tunne-elämään liittyvät ongelmat sekä kivut. Omaishoitajat tarvitsivat henkistä ja taloudellista tukea.
Oldenkamp ym. (2016) Alankomaat	Pitkittäistutkimus (12 kk), jonka tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden omaishoitajina toimivien aviopuolisoiden ja aikuisten lasten subjektiivista taakkaa ja taakan ulottuvuuksia. Kohderymänä olivat omaishoitajana toimivat puoliset ja lapset (N = 356, keski-ikä 63 v, puoliset N = 154, keski-ikä 73 v, aikuiset lapset N = 202, keski-ikä 55 v) Alankomaiden pohjoisista provinseista. Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin käyttäen lineaarista ja logistista regressioanalyysiä (Belsley, 1991).	Omaishoitajana toimivat aviopuolisot kokivat suurempaa subjektiivista taakkaa ja ilmoittivat useammin mielen terveysongelmista, fyysisistä terveysongelmista ja päivittäiseen elämään liittyvistä ongelmista kuin omaishoitajina toimivat aikuiset lapset. Aviopuolisoiden kohdalla omaishoidettavan huonompi terveydentila liittyi suurempaan koettuun taakkaan, kun taas aikuiset omaishoitajina toimivat lapset ilmoittivat suuremmasta taakasta silloin, kun heiltä kului paljon aikaa hoitotyöhön.
Chafjiri ym. (2017) Iran	Kuvaileva Poikittaistutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden aivo-ohalvauspotilaiden omaishoitajien henkisen asenteen ja kuormituksen välistä yhteyttä. Kohderymänä olivat iäkkäiden aivo-ohalvauspotilaiden omaishoitajat (n = 407, keski-ikä 38 v) Gilan maakunnasta Iranista. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Henkisen asenteen ja kuormituksen (aikariippuvuus, fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen ulottuvuus) välillä todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys. 24 % omaishoitajien taakasta voitiin ennustaa henkisellä asenteella.
Pendergrass ym. (2017) Saksa	Retrospektiivinen analyysi (Pfeiffer ym., 2014), jonka tarkoituksena oli selvittää	Masennusriskissä olevat omaishoitajat ilmoittivat negatiivisesta

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
<p>aivohalvauksesta selvinneiden henkilöiden toiminnan puutosten ja omaishoitajan masennuksen välistä yhteyttä sekä määrittellä mahdolliset vaikuttavat tekijät omaishoitajan kielteiseen ongelmaorientoitumiseen, hallinnan tunteeseen ja vapaa-aikaa koskevaan tyytyväisyyteen. Kohderyhmänä olivat satunnaistettuun puhelinpohjaiseen ongelmanratkaisuinterventioon osallistuneet saksalaiset omaishoitajat (n = 122, keski-ikä 66 v), jotka olivat avustaneet halvauksen saanutta omaishoidettavaa (keski-ikä 73 v) vähintään kuusi kuukautta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttämällä polku-analyysia (Muthén & Muthén, 2008).</p>	<p>orientaatiosta, heikosta hoitotyön hallinnasta ja tyytymättömyydestä vapaa-aikaan. Tilanteeseen vaikuttivat erityisesti omaishoidettavien ongelmakäyttämisen useus ja heidän vajavuutensa päivittäisissä toiminnoissa.</p>	

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Petruzzo ym. (2017) Italia	Hermeneuttis-fenomenologinen tutkimus (Cohen ym., 2000), jonka tarkoituksena oli kuvailla sydämen vajaatoimintaa (HF) sairastavien potilaiden omaishoitajien kokemuksia. Kohderyhmänä olivat sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat (n = 30, keski-ikä 71 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 30, keski-ikä 53 v) sydämen vajaatoimintaa sairastavien klinikalla Italiassa. Haastatteluaineisto analysoitiin fenomenologisen lähestymistavan avulla (Cohen ym., 2000).	Esille nousi kuusi teemaa, joita olivat sairauteen liittyvä pelko ja huoli, elämän muutokset ja rajoitukset, hoitoon liittyvä kuormitus, epävarmuus sairauden hoidosta, omaishoitavan auttaminen selviytymään sairauden kanssa sekä rakkaus omaishoidettavaa kohtaan. Sairauteen liittyvään pelkoon ja huoleen liittyvät pelko sairauden pahenemisesta, omaishoidettavan yhtäkkiisestä kuolemasta ja odottamattomien tapahtumien hallitsemisesta. Omaishoitajat joutuivat muokkaamaan omia tapojaan ja tottumuksiaan sekä käyttäytymistään vastamaan omaishoidettavien tarpeita. He kokivat omaishoidon raskaaksi, väsyttäväksi ja vaikeaksi. Taakka lisääntyi erityisesti silloin, kun omaishoitajat tunsivat olevansa yksin, hylättyjä ja ilman sosiaalista tukea. Omaishoitajilta puuttui tarvittava koulutus, eivätkä he tienneet, miten hoitaa omaishoidettavan oireita. Omaishoitajat tukivat omaishoidettavia muuttamaan elämäntapojaan. Rakkaus ja kiintymys koettiin selviytymiskijänä.
Oliver ym. (2017) Yhdysvallat	Sekundaarianalyysi suuremmasta satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta, jossa testattiin kognitiivista käyttäytymisinterventiota terminaalivaiheessa olevien perheenjäsenten omaishoitajille. Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää terminaalivaiheessa olevien perheenjäsenten omaishoitajien haasteita ja selviytymisstrategioita, joita he käyttävät hoitaessaan perheenjäsentään. Kohderyhmänä olivat terminaalivaiheessa olevien perheenjäsenten omaishoitajat	Omaishoitajat olivat turhautuneita omaishoidettavan hoitoon ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyviin asioihin. Heillä oli lisäksi emotionaalisia haasteita, henkilökohtaisia terveysongelmia ja taloudellisia vaikeuksia. Omaishoitajat saivat tukea ystäviltä ja perheeltä, tukiryhmistä ja ammattilaisilta. Lisäksi usko ja meditaatio koettiin tärkeiksi.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
	(n = 52, keski-ikä 62 v). Perheenjäsenten keski-ikä oli 82 vuotta. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisin menetelmin.	
Nicholas ym. (2017) Yhdysvallat, Ruotsi ja Turkki	Integroiva narratiivinen katsaus (Dixon-Woods ym., 2005), jonka tarkoituksena oli kuvata sitä, miten omaishoitajat vaikuttivat omaishoidettaviin ja omaishoidettavat omaishoitajiin, sekä ne interventiot, jotka on kohdennettu sydämen vajaatoimintaa sairastavien omaishoitajille omaishoitotyön arvioimiseksi ja tulevien tutkimusalueiden suosittelumiseksi. Aineisto koottiin narratiivisiksi yhteenvedoiksi, joissa esitettiin yhteenveto aiheista, menetelmistä ja tulosten yleisistä malleista (Dixon-Woods ym., 2005).	Omaishoitajilla oli lukuisia tyydyttymättömiä tarpeita, jotka vaihtelivat omaishoidettavan ennakoiduttoman terveydentilan kanssa. Omaishoitajien tyydyttymättömät tarpeet oli jätetty huomioimatta terveydenhuoltojärjestelmässä. Tyydyttymättömät tarpeet saattavat aiheuttaa omaishoitajassa hätää ja kuormitusta sekä vähentää elämänlaatua.
Badr ym. (2017) Yhdysvallat	Sekundäärianalyysi monikeskuskohortista (Kale ym., 2015), jonka tarkoituksena oli selvittää keuhkohtaumatautia (COPD) sairastavien ihmisten ja heidän omaishoitajiensa kumppanuusvaikutuksia toisiinsa. Kohderyhmänä olivat keuhkohtaumatautia (COPD) sairastavat ihmiset ja heidän omaishoitajansa (n = 89, COPD-sairautta sairastavien keski-ikä 67,6 v, omaishoitajien keski-ikä 55 v) New Yorkista ja Chicagosta. Aineisto analysoitiin monitasoisella mallintamismenetelmällä.	Heikompi omaishoidettavan itsehoito, suurempi omaishoitajan taakka ja heikompi terveys olivat yhteydessä sekä omaishoitajan että omaishoidettavan masennukseen. Naisilla oli lisääntynyt riski masennuksen kehittymiseen, jos heidän kumppaninsa olivat masentuneita.
Hooker ym. (2018) Yhdysvallat	Bekelmanin ym. (2016) tutkimuksen pohjalta tehty randomisoitu kliininen poikittaistutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella omaishoitajan ja -hoidettavan keskinäistä vuorovaikutusta, omaishoidettavan itsehoitovarmuutta ja sen	Mitä parempi suhde omaishoitajalla ja omaishoidettavalla oli, sitä enemmän omaishoitaja luotti omaishoidettavaan omahoidossa.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
	<p>ylläpitoa sekä omaishoitajan luottamusta ja hänen kokemaansa taakkaa. Kohderyhmänä olivat omaishoitaja–omaishoidettava-parit (N = 99, omaishoitajien keski-ikä 57 v, omaishoidettavien keski-ikä 66 v). Laadullinen aineisto analysoitiin polkuanalyysin avulla. Määrällisen aineiston analysoinnissa käytettiin regressiomalleja.</p>	
Cubukcu (2018) Turkki	<p>Kuvaileva poikittaistutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia kotihoidon palveluja saavien syöpäpotilaiden omaishoitajien elämänlaatua ja tekijöitä. Kohderyhmänä olivat kotihoidon palveluja saavat syöpäpotilaat (n = 48, keski-ikä 70 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 48, keski-ikä 51 v) Samsunin maakunnasta Turkista. Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin. Potilaiden toimintakyky arvioitiin käyttämällä Katzin indeksiä (Wallace & Shelkey, 2007) ja Lawtonin asteikkoa (Graf, 2008). Omaishoitajien elämänlaadun määrittelyyn käytettiin Garegiver Quality of life Index-Cancer (CQOLC) -indeksiä (Weitzner ym., 1999).</p>	<p>Syöpää sairastavan omaishoidettavan hoitaminen vaikutti negatiivisesti omaishoitajan terveyteen. 91,2 % omaishoitajista oli henkisesti rasittuneita. 29,4 %:lla omaishoitajista oli vaikeuksia työelämässä. Omaishoitajan elämänlaatu oli heikompi kuin keskimäärin, tai hänellä ei ollut sosiaaliturvaa, kun hoitoaika kesti yli vuoden.</p>
Chi ym. (2018) Yhdysvallat	<p>Laadullinen ja määrällinen sekundaari-analyysi viiden vuoden kliinisestä tutkimuksesta, joka koski ongelmanratkaisuterapiainterventioita, joita annettiin saattohoidossa omaishoitajille. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sellaisten aikuisten omaishoitajien haasteita ja tarpeita, jotka hoitivat sydämen vajaatoimintaa sairastavia ja saivat saattohoitoa kotiin. Kohderyhmänä olivat omaishoitajat (n = 28, keski-ikä 60 v). Laadullinen aineisto analysoitiin Braunin ja Clarken (2006) teema-analyysin avulla. Määrällisen aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevia menetelmiä.</p>	<p>Omaishoitajan haasteet liittyivät omaishoidettavan hoitoon ja oireiden hallintaan, riittämättömään sosiaaliseen tukeen, viestintäkysymyksiin ja taloudellisiin huolenaiheisiin.</p>

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Timonet-Andreu ym. (2018) Espanja	Poikittainen monikeskustutkimus, jonka tarkoituksena oli määrittää sydämen vajaatoiminnasta kärsivien potilaiden omaishoitajien koettua, päivittäiseen hoitoon käytettyä aikaa ja todellista kulunutta aikaa sekä tunnistaa tekijät, jotka liittyvät yliarvioituun hoitoaikaan. Kohderyhmänä olivat potilas–omaishoitaja-parit (n = 478, potilaiden keski-ikä 75 v, omaishoitajien keski-ikä 56 v), ja aineisto koostui 2 492:sta sydämen vajaatoimintaa sairastavasta potilaasta. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen kuvailevia ja selittäviä menetelmiä.	Päivittäiseen hoitoon käytetyksi ajaksi ilmoitettiin keskimäärin 8,79 tuntia. Todellinen hoitoon käytetty aika oli 4,41 tuntia. Merkittävä korrelatio havaittiin ilmoitettujen tuntien yliarvioinnin ja omaishoitajan iän, hoitosuhteen keston, avustajien määrän ja omaishoidettavan riippuvuusasteen sekä omahoidon välillä.
Sampaio ym. (2019) Portugali	Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus (Ekman & Skott, 2005), jonka tarkoituksena oli kuvailla omaishoitajana olemisen merkitystä niille, jotka toimivat pitkälle edenneen sydämen vajaatoimintaa sairastavan omaishoitajana omassa kodissa, ja ymmärtää, kuinka arvokkuutta pidetään yllä perhehoitokontekstissa. Kohderyhmänä olivat portugalilaiset omaishoitajat (n = 10, keski-ikä 70 v), jotka hoitivat sukulaistaan, jolla oli pitkälle edennyt sydämen vajaatoiminta. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin (Graneheim & Lundman, 2004; Lindseth & Norberg, 2004).	Omaishoitajan uudet vastuut haastoivat vakiintuneet roolit parisuhteessa. Omaishoitotyö koettiin luonnollisena huolenpitona toisesta tai omaa elämää häiritsevänä työnä. Omaishoitajana toimiminen edellytti paineessa ja pelossa työskentelyä, koska omaishoidettavan sairaus saattaa edetä tai hän voi kuolla. Omaishoidettavan sairauden edetessä omaishoitajat halusivat olla läsnä, mikä rajoitti heidän mahdollisuuksiaan matkustaa ja käydä kodin ulkopuolella. Omaishoitajilla oli huonempi itsetunto, mikäli he uskoivat epäonnistuneensa omaishoitotyössä.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Ślusarska ym. (2019) Puola	Poikittaistutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia toimintakyvyltään heikentyneiden, kroonisia sairauksia sairastavien ikäihmistien omaishoitajien elämänlaatua Itä-Puolassa. Kohderyhmänä olivat vanhusväestöstä satunnaisesti valitut omaishoitajat (n = 138, keski-ikä 69 v) ja omaishoitavat (n = 138, keski-ikä 75 v) viidestä perusterveydenhuollon yksiköstä. Aineisto analysoitiin kuvailevin ja monimuuttujamenetelmin.	Omaishoitajan elämänlaatu parani, kun hän sai muilta tukea, koki oman terveytensä hyväksi ja kun hänellä oli enemmän kokemusta hoidosta. Masennusoireiden lisääntyminen heikensi elämänlaatua.
Viscogliosi ym. (2019) Kanada	Pitkittäinen Milesin ja Hubermanin (2003) lähestymistapaan perustuva monimenetelmätutkimus, joka oli osa laajempaa tutkimusta (Desrosiers ym., 2008). Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien antamaa apua ikääntyneille aivohalvauspotilaille, joilla on kognitiivisia vajaatoimintoja, ja sitä, kuinka avustaminen vaihteli omaishoitajan kokeman taakan mukaan. Kohderyhmänä olivat ikääntyneiden kognitiivisia vajaatoimintoja omaavien aivohalvauspotilaiden omaishoitajat (n = 12) ja laajempaan tutkimukseen osallistuneet, aivohalvausta sairastavat potilaat (n = 197). Aineisto analysoitiin Milesin ja Hubermanin (2003) lähestymistavan mukaan yhdistäen laadullisia ja määrällisiä menetelmiä.	Omaishoitajan antama apu vaihteli päivittäisten toimintojen avustamisen, omaishoidettavan hyvinvoinnin ja omaishoitajien sosiaaliseen elämään kohdistuneiden vaikutusten mukaan. Omaishoidettavan osallistuminen sosiaaliseen elämään tai omaishoidettavan itsetunto ja kyvyt eivät vaikuttaneet negatiivisesti omaishoitajan sosiaaliseen elämään.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Greenwood ym. (2019) Englanti	Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvailla iäkkäiden omaishoitajien kokemuksia ja havaintoja heidän roolistaan omaishoitajina. Kohderyhmänä olivat omaishoitajat (n = 44, keski-ikä 76 v) Suur-Lontoon alueelta. Tutkimusaineisto analysoitiin temaattisen analyysin avulla (Braun & Clarke, 2006).	Iäkkäät omaishoitajat kokivat, että heidän oli vaikeaa ottaa vastaan ulkopuolista tukea ja ylläpitää sosiaalisia suhteita heikentyneen fyysisen ja henkisen terveyden vuoksi. Iäkkäillä omaishoitajilla oli huoli tulevaisuudesta, sillä he eivät ehkä pysty toimimaan omaishoitajina oman terveytensä tai kuolemansa vuoksi. Muuten iäkkäiden omaishoitajien kokemukset omaishoidosta olivat samanlaiset kuin nuoremmilla aikuisilla omaishoitajilla.
Durante ym. (2019) Italia	Sekundaarianalyysi poikittaistutkimuksesta (Cocchieri ym., 2014; Vellone ym., 2015). Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ennusteet sydämen vajaatoimintaa sairastavan omaishoidettavan omaishoitajan taakasta ja arvioida, lisääkö omaishoitajan panos hoidossa omaishoitajan taakkaa. Kohderyhmänä olivat sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat (n = 505, keski-ikä 76 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 505, keski-ikä 57 v). Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin hierarkkisen regressioanalyysin avulla.	Ennusteet omaishoitajan suuremmasta taakasta olivat korkea ikä, naissukupuoli, hoitoon käytetty aika ja huono sosiaalinen tuki. Kauna, suuttumus ja häpeä saattoivat vähentää omaishoitajan hoitoon käyttämää aikaa. Saatu arvostus muilta perheenjäseniltä vähensi omaishoitajan kokemaa taakkaa.
Li (2021) Kiina	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden omaishoidettavien omaishoitajien taakan ennustajia. Määrällisen aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevia menetelmiä.	Tulosten mukaan 25 % omaishoitajista koki stressiä. Omaishoitajan ja -hoidettavien välisellä suhteella ja sosiaalisella tuella oli vaikutus hoitajan taakkaan.
Sousa ym. (2022) Portugal	Laadullisen tutkimuksen tavoitteena oli tutkia loppuvaiheen munuaissairautta sairastavien omaishoitajien ja -hoidettavien kokemuksia. Tutkimukseen osallistui 14 omaishoitaja-hoidettava-paria (omaishoitajat n = 28, keski-ikä 59 v, omaishoidettavat n = 28, keski-ikä 70 v). Aineisto analysoitiin temaattisesti.	Tulosten mukaan loppuvaiheen munuaissairautta sairastavien omaishoidettavien hoitoon on kiinnitettävä enemmän huomiota ja on vastattava heidän omaishoitajiensa tukitarpeisiin, joita ovat pelot, huolet, tietämättömyys hoidosta ja sitoutumisen esteet.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Allen ym. (2022) Uusi-Seelanti	Pitkittäisen kohorttitutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitoa ja hoidon laadun vaikutuksia omaishoitajien (n = 3 839, keski-ikä 67 v) psyykkiseen hyvinvointiin koronapandemian aikana. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan koronaepidemian aikana ilmeni lisääntyneitä masennusta, joka liittyi omaishoitoon. Omaishoitajien keskuudessa alempi elintaso ja avoliitto liittyivät lisääntyneeseen masennukseen. Alhainen elintaso, työttömyys ja ystävä- ja perheverkostojen vähäisempi apu liittyivät lisääntyneeseen ahdistukseen. Korkeampi elintaso yhdistettiin ajan myötä vähäisempiin masennusoireisiin.
Corbett ym. (2022) Iso-Britannia	Laadullisen haastattelututkimuksen tarkoituksena oli tutkia syöpää sairastavien, kroonisia sairauksia sairastavien omaishoidettavien (n = 8) ja -hoitajien (n = 2) kokemuksia, jotka vaikuttavat itsejohtamiseen, terveydenhuollon palvelujen hyödyntämiseen ja terveydellisiin tuloksiin syövästä paranemisen jälkeen. Aineisto analysoitiin kehysanalyysin avulla.	Tutkimustulosten mukaan suhteella terveydenhuollon ammattilaiseen ja hoidon jatkuvuudella on vaikutusta itsehoidon onnistumiseen.
Jellema ym. (2022) Alankomaat	Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, miten ikääntyneet aivohalvauksesta selviytyneet omaishoidettavat (n = 12) ja heidän omaishoitajansa (n = 9) selviytyivät kotiutumisen jälkeen. Aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin.	Tulosten mukaan omaishoitajilla ja -hoidettavilla ei ollut konkreettista käsitystä siitä, kuinka selviytyä kotona, mutta he olivat optimistisia ja olettivat saavansa apua tarvittaessa. Kotiutumisen jälkeisissä haasteissa pärjää paremmin, jos ammattilaiset antavat ennen kotiutumista konkreettista ja rehellistä tietoa aivohalvauksen vaikutuksista jokapäiväiseen elämään.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Cheng ym. (2023) Kiina	Prospektiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, ennustiko sydämen vajaatoimintaa sairastavan omaishoidettavan omaishoitajan valmius omaishoidettavan itsehoiton toteutumista. Tutkimukseen osallistui 372 omaishoitajaa ja -hoitettavaa. Omaishoitajien keski-ikä oli 57 vuotta. Omaishoidettavien keski-ikä oli 69 vuotta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tulosten mukaan omaishoitajan heikompi valmius liittyi omaishoidettavan heikkoon itsehoitoon. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien omaishoidettavien itsehoitoa voidaan tukea omaishoitajavalmennuksen avulla. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi tarjota yksilöllistä tietoa sairaudesta ja siitä, kuinka ylläpitää terveyttä ja hoitaa pahe-nemisvaihetta.
Durante ym. (2023) Ita-lia, Espanja ja Alanko-maat	Toissijaisen sekamenetelmätutkimuksen tarkoituksena oli kehittää kattava ymmärrys omaishoitajan taakasta ja sen ennustajista dualistisesta näkökulmasta. Kohderyhmänä olivat omaishoitaja–omaishoidettava-parit (n = 184). Omaishoidettavien keski-ikä oli 74 vuotta. Omaishoitajien keski-ikä oli 58 vuotta. Osa omaishoitajista (n = 50) osallistui lisäksi puolistrukturoituihin haastatteluihin. Määrällinen aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin. Laadullinen analyysi analysoitiin laadullisin menetelmin (Mayring, 2014).	Tutkimustulosten mukaan omaishoitajan taakan määrää ennustivat heikentynyt kognitio, heikentynyt fyysinen toimintakyky ja suuri riippuvuus omaishoitajasta. Hoitajan taakka koostui fyysisistä, emotionaalista ja sosiaalisista tekijöistä.
Su ym. (2023) Kiina	Pitkittäistutkimuksen tarkoituksena oli testata epävirallisten omaishoitajien (n = 299, keski-ikä 57 v) perusvalmiuksien yhteyttä psyykkisiin oireisiin (ahdistus, masennus) ja elämän laatuun 3 kk lähtötilanteen jälkeen, kun sydämen vajaatoimintaa sairastavilla omaishoidettavilla (n = 299, keski-ikä 68 v) on riittämätön itsehoito. Aineisto analysoitiin käyttämällä kuvaavia tilastoja, korrelaatioita ja lineaarisia sekamalleja.	Tutkimustulosten mukaan omaishoitajien valmius liittyi positiivisesti sydämen vajaatoimintaa sairastavien omaishoidettavien itsehoitoon. Omaishoitajan valmiuksien parantamisen avulla tuetaan sydämen vajaatoimintaa sairastavan itsehoitoa, mistä seurauksena ovat omaishoidettavan parantuneet terveystulokset.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Zeng ym. (2023) Kiina	Metasynteesin (n = 20) tavoitteena oli kerätä omaishoitajien kokemuksia omaishoidosta heidän hoitaessaan pään ja kaulan alueen syöpää sairastavia omaishoidettavia, selvittää, millaisia vaikutuksia omaishoidolla on omaishoitajaan sekä millaista tukea omaishoitajat tarvitsevat toteuttaessaan omaishoitoa. Aineisto analysoitiin temaattisen analyysin avulla (Crowe ym., 2015).	Tutkimuksen tulosten mukaan syöpädiagnoosin saaminen ja sen kanssa eläminen ahdisti omaishoitajia. Epävarmuudessa eläminen aiheutti pelkoa ja ahdistusta omaishoitajissa. Pelko ja ahdistus voimistivat, kun omaishoidettavan tila paheni. Omaishoitajat tunsivat olevansa epävarmoja hoitotaidoistaan ja olivat innokkaita saamaan lisätietoa syövästä ja sen hoidosta. Tiukat aikataulut rajoittivat omaishoitajien työssäkäyntiä, sosiaalista elämää ja vuorovaikutusta ammattilaisen kanssa. Omaishoitajat olivat uupuneita, ja heidän unenlaatussa oli heikko. Omaishoitajat hyötyvät yksilöllisestä kasvokkain kotona toteutetusta neuvonnasta. Omaishoidettavien kommunikaatiovaikeudet heikensivät hoitaja-potilassuhdetta.
Zhang ym. (2023) Kiina	Kenttätutkimuksen tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien (n = 18, keski-ikä 54 v) tarpeita ja selviytymisstrategioita heidän hoitaessaan kotona terminaalivaiheessa olevaa omaishoidettavaa. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.	Tulosten mukaan omaishoitajat taspainottelivat omaishoidettavan hoidon edelle laittamisen ja normaalin elämän välillä. Omaishoitajien tarpeet kohdistuivat omaishoitajarooliin ja hoitotaitojen kehittämiseen. Omaishoitajien tulisi saada koulutusta päätöksenteosta, kotona tapahtuvasta palliatiivisesta hoidosta, potilaan elämänlaadun parantamisesta, viimeisten tuntien merkeistä ja hautajaisista.

Tutkimuksen tekijät(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajien haasteiden näkökulmasta
Kiljunen ym. (2024) Suomi	Poikittaistutkimuksen tavoitteena oli tutkia fyysisen heikkouden esiintyvyyttä ja tunnistaa siihen liittyvät demografiset ja kliiniset tekijät iäkkäiden omaishoitajien (n = 125, keski-ikä 75 vuotta) keskuudessa. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tutkimuksen tulosten mukaan fyysinen heikkous on yleistä omaishoitajien keskuudessa. 73 % omaishoitajista oli heikkokuntoisia. Heikkouden ennustajia olivat kaihi, glaukooma tai silmänpohjan rappeuma ja Mini Nutritional Assessment (MNA) -ravitsemustilan arviointi. Iän, sukupuolen ja omien hampaiden lukumäärän mukauttamisen jälkeen MNA-pistemäärä pysyi merkittävänä heikkouden ennustajana. Kun MNA-pisteet laskivat, heikkouden riski lisääntyi.

Liite 3. Omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottaviin interventioihin liittyviä tutkimuksia ja niiden keskeisiä tuloksia

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Rodríguez-Gonzalo (2015) Espanja	Satunnaistettu klusteritutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia sairaalahoidossa olevien, toisista riippuvaisten potilaiden omaishoitajille kohdennetun Health Educational Program -koulutusohjelman vaikutuksia kuormittuneisuuteen, henkiseen ja fyysiseen terveyteen sekä hoitoon liittyvään tietämykseen. Kohderyhmänä olivat sairaalahoidossa olevat, toisista riippuvaiset potilaat ja heidän omaishoitajansa (n = 151) Hospital Ramón y Cajalin sairaalassa Madridissa Espanjassa. Potilaat ja omaishoitajat jaettiin satunnaisesti intensiiviseen koulutusohjelmaryhmään (n = 78, keski-ikä 75 v) ja kontrolliryhmään (n = 73, keski-ikä 82 v). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Omaishoitajat pitivät Health Educational Program -koulutusohjelmaa hyödyllisenä sen tarjoaman vertaistuen vuoksi. Omaishoitajien tietämys liikkuvuuden ja hygienian osalta parani. Health Educational Program -koulutusohjelmalla ei ollut vaikutusta omaishoitajien fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen eikä kuormittuneisuuteen. Interventioiden tulee olla tarpeeksi pitkäkestoisia ja mukautettuja kohderyhmän erityistarpeisiin. Erityisesti hoitotyöhön kohdennetuille koulutusohjelmille on tarvetta.
Badr ym. (2015) Yhdysvallat	Satunnaistettu interventiotutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia keuhkosityöpöpotilaille ja heidän omaishoitajilleen kohdennetun kuuden kerran puhelinpohjaisen psykososiaalisen intervention toteutettavuutta, hyväksyttävyyttä ja alustavaa tehokkuutta. Kohderyhmänä olivat keuhkosityöpöpotilaat (n = 39, keski-ikä 68 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 39, keski-ikä 51 v), jotka muodostivat omaishoitaja–omais-hoidettava-parit (n = 39). Osallistujat jaettiin kuusi viikkoa kestävään satunnaistetun intervention ja tavanomaisen lääketieteellisen hoidon ryhmiin. Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin käyttäen kuvailevia ja tilastollisia menetelmiä.	Kuuden kerran puhelinpohjaiseen psykososiaaliseen interventioon osallistuneilla oli merkittäviä parannuksia masennuksen, ahdistuksen ja omaishoitajan taakan osalta verrattuna tavanomaiseen lääketieteellisen hoidon ryhmään. Omaishoitajan ja omaishoidettavan osaaminen parani. Omaishoitajan motivaatio avustaa omaishoidettavaa lisääntyä.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Piette ym., (2015b) Yhdysvallat	<p>Satunnaistettu vertaileva vaikuttavuustutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida, miten mHealth-interventio tuki sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden omaishoitajia. Kohderyhmänä olivat satunnaistetut sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat (n = 331, keski-ikä 68 v) Department of Veterans Affairs outpatient clinics -klinikalla. Potilaat jaettiin mHealth- (n = 165, keski-ikä 68 v) ja mHealth+CP (n = 166, keski-ikä 68 v) -ryhmiin. MHealth-ryhmän jäsenet saivat omahoitoa tukevan nauhoitekyselyn viikoittain 12 kk:n ajan. MHealth+CP-ryhmän omaishoitajat saivat lisäksi sähköpostiyhteenvedon omaishoidettavan terveydentilasta ja ehdotuksia, miten omaishoitaja voisi tukea omaishoidettavan omahoitoa. Omaishoitajia pyydettiin olemaan yhteydessä omaishoidettaviin viikoittain, käymään raportti yhdessä läpi ja keskustelemaan mahdollisista esiin nousseista ongelmista. Häilytykset vakavista terveysongelmista ohjautuivat terveydenhuollon tiimille. Arvioinnit suoritettiin lähtötilanteessa sekä kuusi kuukautta ja 12 kk lähtötilanteen jälkeen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen selittäviä menetelmiä.</p>	<p>Malli, joka sisälsi nauhoitekyselyn ja automatisoidun palautteen epäviralliselle omaishoitajalle, paransi omaishoidettavan lääkehoitoa ja vuorovaikutusta omaishoitajan kanssa. Viikoittaisen terveyden seurannan ja omahoito-mHealth-työkalujen avulla voidaan tunnistaa asioita, jotka saattavat jäädä huomaamatta harvoin toteutuissa tutkimuksissa.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Piette ym., (2015a) Yhdysvallat	<p>Satunnaistettu vertaileva vaikuttavuustutkimus, jonka tarkoituksena oli määrittellä, miten automaattinen palaute vaikutti kroonista sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden omaishoitajien kuormitukseen ja oliko siitä apua omahoidossa. Kohderyhmänä olivat Veterans Health Administration -terveydenhuoltojärjestelmästä rekrytoidut sydämen vajaatoimintapotilaat (n = 369, keski-ikä 68 v) ja heidän omaishoitajansa (keski-ikä 47 v). MHealth- (n = 180) ja mHealth+CP (n = 189) -ryhmien jäsenet saivat omahoitoa tukevia nauhoitettuja kyselyjä viikoittain 12 kk:n ajan. MHealth+CP-ryhmän omaishoitajat saivat lisäksi sähköpostiyhteyden omaishoidettavan terveydentilasta ja ehdotuksia, miten omaishoitaja voisi tukea omaishoidettavanhoitoa. Arvioinnit suoritettiin lähtötilanteessa sekä kuusi kuukautta ja 12 kk lähtötilanteen jälkeen. Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin käyttäen Poisson-regressiota (Royston, 1991; Royston & Cox, 2005).</p>	<p>Systemaattinen nauhoitettu kysely ja sähköpostiyhteyden veto omaishoidettavan terveydentilasta sekä ehdotukset hoidon tuesta vähensivät merkittävästi omaishoitajien kuormitusta ja masennusta.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
McCann ym. (2015) Thaimaa	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, joka suoritettiin CONSORT-ohjeiden (CONSORT, 2010, 2013) mukaisesti. Tutkimuksen tarkoituksina oli tutkia kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (cognitive behaviour therapy CBT) perustuvan itsehoidon vaikuttavuutta omaishoitajiin, joilla oli masennukseen liittyviä, äärimmäisen vahvasti ilmaistuja tunteita. Kohderyhmänä olivat Suan Prungin psykiatrisen sairaalan poliklinikan avohoito-osastolla psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden omaishoitajat (n = 54, keski-ikä 41 v), jotka osallistuivat erilliseen itsehoitoryhmään (n = 27, keski-ikä 41 v) ja satunnaistettuun kontrolliryhmään (normaali avohoito-osaston tuki, n = 27, keski-ikä 41 v) Chiang Mai Cityssä. Molempien ryhmien jäseniin otettiin yhteyttä puhelimitse viikoittain. Family Questionnaire (FQ) -kyselyt toteutettiin lähtötilanteessa sekä kahdeksan ja 12 viikon kuluttua lähtötilanteesta. Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin.</p>	<p>Alustavan näytön mukaan masentuneet omaishoitajat hyötyivät itsehoidosta, sillä itsehoito vähensi omaishoitajien masennukseen liittyviä äärimmäisen vahvasti ilmaistuja tunteita.</p>
Badr ym. (2016) Yhdysvallat	<p>Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kehittää ja arvioida verkkopohjaista interventiota parantamaan eloon jääneiden suusyöpäpotilaiden ja heidän omaishoitajiensa elämänlaatua. Kohderyhmänä olivat suusyövästä selvinneet potilaat (n = 13, keski-ikä 65 v) ja heidän omaishoitajansa (n = 12, keski-ikä 57 v). Käytettävyydestä osallistui kuusi suusyövästä selvinnyttä potilasta ja viisi omaishoitajaa. Haastatteluaineisto analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen Grounded theory -menetelmää (Strauss & Corbin, 1990, 1998).</p>	<p>Omaishoitajat ja -hoidettavat tarvitsivat käytännön neuvoja sivuvaikutusten hallintaan. Lisäksi he halusivat tavoittaa muita sairaudesta selvinneitä ja omaishoitajia saadakseen tietoa ja tukea.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Sun ym. (2017) Yhdysvallat	Kvasikokeellinen kahden ryhmän peräkkäinen rekisteröity nel-interventioinen pilottitutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida multimedia-omahallintaohjelman toteutettavuutta ja hyväksyttävyyttä potilaiden ja heidän omaishoitajiensa valmistelemiseksi keuhkoleikkaukseen. Kohderyhmänä olivat keuhkoleikkauspotilaat (n = 38, keski-ikä 67 v, interventioryhmä n = 19 ja verrokkiryhmä n = 19) ja heidän omaishoitajansa (n = 22, keski-ikä 60 v; interventioryhmä n = 11 ja verrokkiryhmä n = 11) National Cancer Institutessa Etelä-Kaliforniassa, Yhdysvalloissa. Interventiot koostuivat valmistautumisesta keuhkoleikkaukseen, leikkauksesta ja kahdesta puhelusta kotiutumisen jälkeen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen kuvailevia ja monimuuttujamenetelmiä.	Standardoitu MSM-interventio oli toteutettavissa ja tuki keuhkoleikkaukseen valmistautumista ja siitä toipumista. Potilaiden emotionaalinen elämänlaatu parani merkittävästi intervention jälkeen. Parannusta tapahtui potilaiden aktiivisuudessa, itsehoidossa ja leikkaukseen liittyvissä tiedossa. Omaishoitajien leikkaukseen liittyvät tiedot paranivat merkittävästi.
Sebern ym. (2018) Yhdysvallat	Laadullinen fokusryhmätutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida IPad-Enhanced Shared Care Intervention for Partners (iSCIP) -ohjelmainterventiota sydämen vajaatoimintaa sairastavien, heidän omaishoitajiensa ja lääkäreiden keskuudessa. Kohderyhmänä olivat sydämen vajaatoimintaa sairastavat ihmiset (n = 4, keski-ikä 74 v), heidän omaishoitajansa (n = 4, keski-ikä 72 v) ja lääkärit (n = 7, keski-ikä 34). Fokus group -ryhmissä tutkittiin sydämen vajaatoimintaa sairastavien ihmisten, heidän omaishoitajiensa ja lääkäreiden tarpeita, reaktioita ja kokemuksia iSCIP-ohjelmasta. Tietojen keräämiseen käytettiin avoimia kysymyksiä ja suljettuja kyselyjä. Aineisto analysoitiin laadullisin ja määrällisin menetelmin. Laadullisen aineiston analysointiin käytettiin deduktiivista sisällön analyysia (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). Määrällisen aineiston analysointiin käytettiin kuvailevia tilastoja.	Osallistujat arvioivat iSCIP-ohjelman hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi. iSCIP-ohjelman avulla osallistujat pystyivät parantamaan itsehoitoa, keskustelemaan hoividoista ja mieltymyksistä sekä suunnittelemaan tulevaa.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Santos ym. (2018) Brasilia	Osallistava tutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida muutoksia omaishoitajan käytettyä Educational Technology in Health (ETH) -sovellusta, jonka sisältö oli kohdennettu verenpainetaudin hoitoon terveystieteiden avulla. Kohderyhmänä olivat verenpainetauti sairastavien potilaiden omaishoitajat (n = 11) perusterveydenhuollossa Fortalezassa, Cearássa, Brasiliassa. ETH-sovellusta käytettiin kymmenessä kokouksessa. Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen Bardinin (1994) menetelmää.	Omaishoitajat jakoivat tietoa, sosiaalistuivat, saivat yhteydenpalveluntuottajiin sekä sitoutuivat perheeseen ja omahoitoon.
Aoun ym. (2018) Australia	Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata uusi lähestymistapa ikäihmisten omaishoitajien tarpeiden tunnistamisessa ja käsittelemisessä sairaalajakson jälkeen. Puhelimitse suoritettu Further Enabling Care at Home (FECH) -ohjelman kohderyhmänä olivat omaishoitajat (n = 64, keski-ikä 63 v) tertiäärisairaalassa Länsi-Australiassa. Tutkimus koostui kolmesta yhteydenotosta omaishoitajaan. Ensimmäinen yhteydenotto puhelimitse toteutettiin viikon kuluttua omaishoidettavan kotiutuksesta. Sairaanhoidaja selvitti, oliko omaishoitaja ymmärtänyt kotiutusyhteenvedon sisällön, mitä tukitarpeita tarvittiin ja mitkä olivat kolme tärkeintä tukitarvetta. Kahden viikon kuluttua kotiutuksesta selvitettiin, oliko suunniteltu tuki toteutunut. Omaishoitaja sai tarvittaessa lisäneuvoja. Aineisto kerättiin neljän, 15–21 päivän ja kuuden viikon kuluttua kotiutuksesta. Kenttämuistiinpanot analysoitiin laadullisin menetelmin. Määrällisen aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevia menetelmiä.	Puhelinpohjainen tiedotuspalvelu toimi hyvin. Säästöjä syntyi matkoissa, ajassa ja rahassa. Omaishoitajien mukaan lähestymistapa vastasi heidän tarpeitansa ja he olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. Tuki liittyi ongelmanratkaisuun, omahoitomenetelmiin, tietoon sairaudesta, oireista ja lääkityksestä sekä yhteydenottomahdollisuuteen sairaalaan sulkemisaikan jälkeen.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Slatyer ym. (2019) Australia	Kuvaileva (Sandelowski, 2000, 2010) laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia Further Enabling Care at Home (FECH) -ohjelmaan osallistuneiden omaishoitajien (n = 21, keski-ikä 67 v) kokemuksia sen jälkeen, kun heidän omaishoidettavansa oli kotiutunut sairaalasta. Haastatteluaineisto analysoitiin temaattisen analyysin (Braun & Clarke, 2006) avulla.	Saatu tuki vahvasti omaishoitajien sitoutumista omaishoittoon ja itsensä hoitamiseen. He toimivat varmemmin omaishoitajan roolissa. Puhelut koettiin omaishoitajille sopivana tapana olla yhteydessä sairaanhoitajaan, sillä puhelut pystyttiin mukauttamaan omaishoitajan aikatauluun.
Stutzel ym. (2019) Brasilia	Laadullinen ja määrällinen kliininen monimene- telmätutkimus, jonka tarkoituksena oli luoda mobiilisovellus toiminnallisesti vajaakykyisille ikäihmisille ja omaishoitajille. Kohderymänä olivat toiminnallisesti vajaakykyiset ikäihmiset (N = 38, keski-ikä 84 v), omaishoitajat (N = 38, keski-ikä 61 v) ja terveydenhuollon tiimi (N = 10). Mobiilisovellus kehitettiin viiden intervention avulla 18 kuukauden aikana. Omaishoitajat ja terveydenhuollon edustajat osallistuivat ohjelman kehittämiseen antamansa palautteen ja kehittämis ehdotusten avulla. Kehitettylle SMAI-systeemille toteutettiin kaksi alustavaa arviota interventioiden kaksi ja kolme aikana. Pitkäaikainen arviointi toteutettiin interventioiden kaksi, kolme ja neljä aikana. Vaikuttavuus- ja käytettävyy sarvioinnit toteutettiin viidennen intervention aikana. Aineisto analysoitiin laadullisin ja määrällisin menetelmin.	Kehitetty Mobile System for Elderly Monitoring (Sistema Móvel de Assistência ao Idoso, SMAI) -ohjelma hyödytti omaishoitajia ja terveydenhuollon ammattilaisia. Omaishoitajat kokivat olevansa yhteydessä terveydenhuollon tiimiin.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Aksoydan ym. (2019) Turkki	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Liberati ym., 2009; Moher ym., 2010), jonka tarkoituksena oli selvittää erilaisten omaishoitajille ja heidän iäkkäille omaishoidettavilleen suunnattujen harjoitusohjelmien vaikuttavuutta.	Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 24 tutkimusta (12 satunnaistettua, kahdeksan interventiotutkimusta, neljä systemaattista katsausta). Omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottiin ICT-pohjaisia psykososiaalisia interventioita. Harjoitusohjelmilla voitiin vähentää omaishoitajien stressiä ja parantaa omaishoidon laatua. Tulokset perustuvat suhteellisen pieniin tutkimuksiin, joissa raportoitiin jonkin verran kiistanalaisia tuloksia.
D'Onofrio ym. (2019) Italia ja Japani	Laadullinen pilottitutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia iäkkäiden ihmisten ja heidän omaishoitajiensa tarpeita, kun he toimivat puheella ohjatun robotin kanssa, ja identifioida ensisijaiset tarpeet, joita tulisi kehittää loppukäyttäjäperspektiivistä. Kohderyhmänä olivat ≤ 60-v. ikäihmiset (n = 17) ja omaishoitajat (n = 36) Italiasta (ikäihmiset n = 10, keski-ikä 74 v, omaishoitajat n = 30, keski-ikä 51 v) ja Japanista (ikäihmiset n = 7, keski-ikä 77 v, omaishoitajat n = 6). Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen temaattista analyysia (Gavard-Perret ym., 2008).	Robotit hyväksyttiin yleisesti hyvin. Buddy-robotti voidaan nähdä seurarobottina, jonka avulla ikäihmiset voivat pitää yhteyttä perheen ja ystävien kanssa. Ikäihmiset tarvitsevat robotin, joka pystyy tunnistamaan ikäihmisen eleet ja tunnetilat. Robotin tulisi myös tunnistaa terveystilanne ja soittaa asianmukaisille palveluntarjoajalle tai sukulaisille.
Murfield ym. (2021) Australia	Arksey ja O'Malley (2005) sekä Levacin ym. (2010) teoreettisia viitekehyksiä käyttävän laajuustutkimuksen (n = 32) tarkoituksena oli selvittää tietoisien läsnäolon ja myötätuntoharjoituksiin perustuvien interventioiden vaikuttavuutta iäkkäiden omaishoidettavien omaishoitajiin. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastoin.	Tulosten mukaan tietoiseen läsnäoloon ja myötätuntoon perustuvilla interventioilla on alustavaa näyttöä iäkkäiden aikuisten omaishoitajien roolin tukemisessa.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Mejía ym. (2022) Kiina	Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää omaishoitajien (n = 266, keski-ikä 46 v) kiinnostusta kaatumisen ehkäisyn mobiiliratkaisuihin. Määrällinen aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin.	Tulosten mukaan omaishoitajat pitivät tärkeinä tekijöinä paikannuspalvelua, yhteyttä hätäpalveluihin ja kaatumisten ehkäisyinterventioita. Vähiten tärkeiksi arvioitiin peilliset koulutusohjelmat, yhteys sosiaaliseen mediaan, digitaalinen foorumi ja edistymisraportti.
Jansen ym. (2022) Belgia	Kehittämisprojektina toteutetussa tutkimuksessa tutkittiin itsehallinnan verkkotyökalun soveltuvuutta omaishoitotyöhön. Tutkimuksessa yli ≥ 70-vuotiaiden omaishoidettavien (n = 41, keski-ikä 85 v) omaishoitajia (n = 110, keski-ikä 65 v) ohjattiin tekemään tietoisia valintoja omaishoidon hoitotilanteissa. Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin.	Tutkimustulosten mukaan omaishoitajat pitivät itsehallinnan verkkotyökalua hyödyllisenä, mutta työkalun käyttö ei vähentänyt hoitajan taakkaa. Omaishoitajan ja -hoidettavan viestintä kehittyi. Omaishoitaja koki vähemmän syyllisyyden tunteita.
Grosbois ym. (2022) Ranska	Retrospektiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kotona toteutetun keuhkokuntoutuksen vaikutuksia keuhkohtaumatautia sairastavan (n = 241, keski-ikä 66 v) omaishoitajansa (n = 138, keski-ikä 60 v) ahdistuneisuuteen, masennusoireisiin, yleiseen väsymykseen ja kuormitukseen. Ohjelma koostui kahdeksan viikon mittaisesta kotona ohjatusta 90 minuutin interventiosta, joka sisälsi fyysistä harjoittelua, koulutusta sekä motivaatio- ja itsensä johtamisharjoituksia. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.	Tulosten mukaan kotona tapahtuva keuhkohtaumatautia sairastavan omaishoidettavan keuhkokuntoutus vähensi omaishoitajan taakan kokemuksia. Omaishoidettavilla ahdistus, masennus ja yleinen väsymys vähenivät. Koska vain 40 % omaishoitajista osallistui vähintään puoleen osallistumiskerroista, viittaavat tulokset siihen, että vain muutama osallistumiskerta riittää parantamaan omaishoitajien hyvinvointia.
Baik ym. (2023) Yhdysvallat	Kvalitatiivinen kuvaileva osatutkimus (Baik, Coats & Baker, 2022; Baik ym., 2022; Baik ym., 2023), jonka tarkoituksena oli selvittää sydämen vajaatoimintaa sairastavien omaishoitajien (n = 13, keski-ikä 70 v) suhtautumista videoneuvotteluihin, fyysisen aktiivisuuden seurantaan ja motivaatiotekstiviesteihin. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.	Tutkimustulosten mukaan räätälöidyt digitaaliset fyysisen aktiivisuuden mittaamiseen perustuvat ohjelmat tukevat omaishoitajan fyysistä toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia. Positiiviset kokemukset, digitaaliset taidot ja internetyhteyksien laatu vaikuttavat positiivisesti aikomukseen käyttää teknologiaa.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät omaishoitajille ja -hoidettaville tarjottuihin interventioihin liittyvät tulokset
Pieto-Moreno ym. (2024) Espanja	Avoin satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jonka tarkoituksena oli tutkia Mobile Health (mHealth) -ohjelman vaikuttavuutta yli 65-vuotiaiden omaishoidettavien lonkkamurtumapotilaiden kuntoutumisessa. Osallistujat (N = 110) jaettiin satunnaisesti ActiveHip+- (n = 55, keski-ikä 80 v) ja kontrolliryhmiin (n = 55, keski-ikä 80 v). ActiveHip+-ryhmä sai etäkuntoutusta 12 viikon ajan. Tulokset analysoitiin tilastollisesti käyttäen hoitotarkoitukseen perustuvaa lähestymistapaa.	Tutkimustulosten mukaan ActiveHip+-ryhmän jäsenillä oli parempi fyysinen suorituskyky intervention jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. Vuoden seurantajakson aikana interventioryhmässä oli seitsemän kaatumista ja yksi murtuma. Kontrolliryhmässä kaatumisia oli ollut 13 ja murtumia kaksi.

Liite 4. Kinesiteiikkaan liittyviä tutkimuksia ja niiden keskeisiä tuloksia

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajille ja -hoidettaville tarjotuista interventioista
Fringer ym. (2014) Sveitsi	Laadullinen kuvaileva tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia kinesiteiikan koulutuksesta ja oppimisprosessista. Kohderyhmänä oli kolme (n = 15, n = 7 ja n = 10) hoitajista koostuvaa ryhmää kolmesta geriatrisesta yksiköstä Sveitsistä. Fokusryhmähaastattelun aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen induktiivista sisällön analyysia (Elo & Kyngäs, 2008; Flick, 2009; Saldanna, 2013; Steinke, 1999).	Kinesiteiikkakoulutus johti prosessuaaliseen yhteisölliseen oppimiseen ja vaikutti positiivisesti asukkaiden itseluottamukseen, elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen. Opitut taidot edistivät yksilöllisempää vuorovaikutusta asukkaiden kanssa. Yhteinen oppimisprosessi muutti ryhmädynamiikkaa ja paransi kommunikaatiotyyliä asukkaiden kanssa ja hoitotiimin sisällä.
Fringer ym. (2015) Sveitsi	Laadullisen tutkimuksen tavoitteena oli kuvata hoitotiimien kokemuksia kinesiteiikan koulutuksesta. Fokusryhmähaastattelut (n = 15, n = 7, n = 10) toteutettiin kuuden kuukauden kuluttua koulutuksesta. Aineisto analysoitiin laadullisen data-analyysin avulla.	Tulosten mukaan kinesiteiikan koulutus johti prosessuaaliseen ja kollaboratiiviseen oppimiseen ja vaikutti positiivisesti asukkaiden elämänlaatuun ja tyytyväisyyteen.
Stenman ym. (2016) Suomi	Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata vanhustenhuollossa toimivien hoitajien kokemuksia kinesiteiikan käyttöönoton tuottamista muutoksista hoitotyön toimintaympäristössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli lisäksi tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kinesiteiikan käyttöönotossa kuntoutumista edistävänä toimintamallina. Kohderyhmänä olivat kolmen vanhustenhuollon geriatrisen osaston hoitajat (n = 15) Pohjanmaan yhteistoimintaluodelta Suomesta. Osatutkimusten aineisto analysoitiin tilastollisesti ja laadullisen aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla (Elo ym., 2014; Elo & Kyngäs, 2008).	Kinesiteiikan käyttöönoton mukaan tuomat muutokset liittyivät sosiaaliseen, fyysiseen ja symboliseen toimintaympäristöön. Sosiaalisen toimintaympäristön osalta kinesiteiikan käyttöönotto oli parantanut työyhteisön toimivuutta. Muutokset fyysisessä toimintaympäristössä liittyivät kuntoutumista edistävän toiminnan mahdollistamiseen. Symbolisessa toimintaympäristössä muutokset olivat tapahtuneet hoitotyön toimintaideologiassa, hoitotyön merkityksellisyydessä vanhustenhuollossa ja hoitajan sitoutumisessa.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajille ja -hoidettaville tarjotuista interventioista
Gattinger ym. (2016) Sveitsi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää ja testata Kinaesthetics Competence (KC) -havainnointimittari hoitajien kinestetiikkakompetenssin arvioimiseksi. KC-havainnointimittari kehitettiin kirjallisuuskatsauksen, konseptianalyysin ja asiantuntijapaneelin (osallistujat n = 18) avulla. Kehitetty KC-havainnointimittari arvioitiin sisällön pätevyyden, käytännöllisyyden ja arvioitsijoiden välisen ylläpitävyyden osalta kahden asiantuntijapaneelin (n = 5, n = 4) avulla. Sisällön validiteetti arvioitiin sisällön kelpoisuusindeksin (CVI) avulla. Lopullinen KC-havainnointimittari testattiin poikittaistutkimuksessa kolmessa hoitokodissa Sveitsin saksankielisellä alueella (n = 48). Määrällinen aineisto analysoitiin kuvailevin menetelmin.	KC-havaintoinstrumentin lopullinen versio sisälsi neljä osa-aluetta, joita olivat vuorovaikutus, henkilön liikkumisen tukeminen, sairaanhoitajien liikkeet ja ympäristö.
Freiberg ym. (2016) Saksa	Kartoittava katsaus, jonka tarkoituksena oli saada käsitys kinestetiikan kliinisestä tehokkuudesta (havaitun rasituksen ja tuki- ja liikuntaelinten rasituksen suhteen) potilaita hoitavien henkilöiden keskuudessa ja tunnistaa mahdolliset tutkimuksen aukot. Hakustrategia sisälsi systemaattisen haun sähköisistä tietokannoista (Medline, Embase, Amed, Cinahl), käsihaun, pikahaun (Web of Science) ja Google-haun. Tiedot tiivistettiin kuvailevasti ja taulukkomaisesti.	Kartoittava katsaus sisälsi 13 tutkimusta, jotka sisälsivät erilaisia tutkimusmalleja. Yhdeksässä tutkimuksessa tutkittiin hoitohenkilökunnan koettua rasitusta. Seitsemän tutkimusta kohdistui tuki- ja liikuntaelinongelmiin. Useimmissa tutkimuksissa raportoitiin tuki- ja liikuntaelinten kuormituksen vähentyneen kinestetiikan konseptin avulla. Selkeitä suosituksia kinestetiikan konseptista ei voida vielä tehdä korkealaatuisten interventiotutkimusten puutteen vuoksi.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajille ja -hoidettaville tarjotuista interventioista
Gattinger (2017) Suomi	Tutkimuksessa kehitettiin Kinaesthetics competence (KCO)- ja Kinaesthetics competence Self-Evaluation (KCSE) -mittarit. Mittareiden sisältöä kehitettiin ja testattiin kinestetikan asiantuntijoiden (n = 23) kanssa. Mittareiden testaamisessa tehtiin havainnoiva poikittaistutkimus kolmessa sveitsiläisessä hoitolaitoksessa (hoitajat n = 48, asukkaat n = 31) käyttämällä KCO-mittaria sekä KCDE-kyselyä (hoitajat n = 180). Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla (Elo & Kyngäs, 2008).	Mittareiden luotettavuusindeksi oli erittäin hyvä. Tulokset osoittivat mittareiden alustavien psykometristen ominaisuuksien olevan hyväksyttäviä. Hoitajien itsearvioimana avustamisen keskimääräinen osaamistaso oli erittäin hyvä ja havainnoitu keskimääräinen osaamistaso hyvä.
Gattinger, Senn ym. (2017) Sveitsi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää ja testata hoitajien kinestetikkakompetenssin itsearviointi (KCSE) -mittari. Sisällön pätevyys arvioitiin määrittämällä sisällön kelpoisuusindeksi kahdessa asiantuntijapaneelissa. Sisäinen johdonmukaisuus ja rakenteen pätevyys testattiin poikittaistutkimuksessa kolmessa hoitokodissa Sveitsin saksankielisellä alueella. Kohderyhmä koostui kahdesta asiantuntijapaneelistä (paneeli nro 1 n = 9, keski-ikä 51,4 v, paneeli nro 2 n = 5, keski-ikä 51,4 v) ja hoitohenkilökunnasta (n = 180, n = 175 keski-ikä 41,8 v). Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin käyttäen kuvailevia tilastoanalyysijä ja tilastollista päättelyä.	KCSE-asteikon sisältökelpoisuusindeksi oli hyvä. Sisäisen johdonmukaisuuden tulokset olivat hyvät koko asteikolle. Psykometrisestä lisäarvioinnin tarpeesta huolimatta kehitetty KCSE-asteikko koettiin lupaavaksi instrumentiksi, jota voidaan käyttää mittaamaan hoitohenkilökunnan asennetta, dynaamista tilaa sekä kinestetikan tietoja ja taitoja.
Gattinger, Leino-Kilpi ym. (2017) Sveitsi	Kolmivaiheinen hybridimallinnus, jonka tarkoituksena oli kuvata systemaattisesti hoitohenkilökunnan kinestetikkakompetenssiin liittyviä osa-alueita. Käsitemallinnuksessa käytettiin Schwartz-Barcottin ja Kimmin (2000) käsitemallinnusta, joka muodostui teoreettisesta, empiirisestä ja analyttisestä osiosta.	Kinestetikan konseptin avulla edistetään hoitohenkilökunnan avustamistaitoja ja sekä avustettavan että avustajan fyysistä ja henkistä hyvinvointia.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajille ja -hoidettaville tarjotuista interventioista
Stenman (2020) Suomi	Tapaustutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden hoitotyössä toimivan henkilöstön kokemuksia työtyytyväisyydestä ja toimintaympäristöstä kinestetiiikan käyttöönoton aikana. Kohderyhmänä oli vanhustenhuollon henkilöstö: ensimmäinen osatutkimus N = 364, toinen osatutkimus N = 15, kolmas osatutkimus vuonna 2012 N = 336, 2014 N = 326 ja 2017 N = 370. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla (Elo ym., 2014; Elo & Kyngäs, 2008). Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Kinestetiiikan käyttöönoton aikana muutokset näkyivät hoitajan roolissa, hoitotyön toimintaideologiassa ja hoitotyön merkityksellisyyden lisääntymisenä. Uusi toimintamalli lisäsi yhteisöllisyyttä ja toiminnan tavoitteellisuutta.
Stenman ym. (2020) Suomi	Kuvailevan poikittaistutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhustenhuollon työntekijöiden (N = 336 vuonna 2012, N = 326 vuonna 2014, N = 370 vuonna 2017) työtyytyväisyyttä kinestetiiikan käyttöönoton jälkeen. Kohdejoukko koostui kotihoidon, hoitokotien ja geriatristen yksikköjen työntekijöistä neljän kunnan alueelta Suomessa. Aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin.	Tulosten mukaan kinestetiiikalla oli vähäinen vaikutus siihen, miten työntekijät kokivat työnsä, työtiiminsä ja johdon. Kinestetiiikan käyttöönoton jälkeen oli nähtävissä innovaatioiden lisääntymisen, mutta ei kuitenkaan merkitsevästi. Esihenkilöt ovat avainroolissa uusien hoitokäytäntöjen käyttöönotossa. Koulutus, johon työntekijät ja johto osallistuivat, edisti moniammatillista yhteistyötä ja yhteisen tavoitteen saavuttamista.

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi ja maa	Tarkoitus ja metodit	Keskeisimmät tulokset omaishoitajille ja -hoidettaville tarjotuista interventioista
Gattinger ym. (2023) Sveitsi	Toistomittausmenetelmätutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, parantaako Advanced Kinaesthetics in Palliative care (AdKinPal) -ohjelma sairaanhoitajien kinesteetiikan osaamista ja vähenevätkö sairaanhoitajien tuki- ja liikuntaelinvaikeudet ohjelman avulla. Kohderyhmä koostui kolmen palliatiivisen hoitoyksikön sairaanhoitajista (N = 62) Sveitsissä. Aineisto analysoitiin varianssianalyysin, riippumattomien otosten, t-testien, demografisten ominaisuuksien sekä ajan mittaan tapahtuneen kehityksen suhteen kolmen tulosmuuttujan välillä: kinesteettinen osaaminen, ADL-tuen tehokkuus sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet.	AdKinPal-koulutus paransi sairaanhoitajien koettua kinesteettistä osaamista ADL-toimien avustustilanteissa. Sairaanhoitajilla, joilla ilmeni niska-, hartia- tai selkäkipuja, oli merkittävästi heikompi kinesteetiikan osaaminen.

Liite 5. Kyselylomake / Omaishoitajan taustatietolomake

Vastausohje: Valitkaa Teille sopivat vaihtoehdot ympyröimällä tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan

1. Ikä, vuosina _____

2. Sukupuoli

1 nainen

2 mies

3. Siviilisäät

1 naimisissa

2 avoliitossa

3 naimaton

4 muu, mikä? _____

4. Koulutus

1 kansakoulu tai vähemmän

2 keskikoulu

3 peruskoulu

4 ammattikoulu

5 lukio

6 opistoasteen ammattikoulutus

7 ammattikorkeakoulu

8 yliopisto

9 muu, mikä? _____

5. Asumismuoto

1 kerrostalo

2 rivitalo

3 omakotitalo

4 muu, mikä? _____

- 6. Suhde avustettavaan läheiseen, hän on Teille**
1 aviopuoliso/avopuoliso
2 lapsi
3 äiti/isä
4 muu, mikä? _____
- 7. Kuinka kauan olette toimineet omaishoitajana? _____ vuotta**
- 8. Oletteko tehneet kunnan/kaupungin kanssa omaishoitosopimuksen?**
1 en
2 kyllä
- 9. Käyttökö tai kävittekö työssä omaishoitajana toimimisen ohella?
Olen/olin...**
1 kokoaikatyössä
2 osa-aikatyössä
3 virka-/työvapaalla omaishoitajana toimimisen vuoksi
4 työtön
5 eläkkeellä
6 muu, mikä? _____
- 10. Kuinka monta tuntia läheisenne tarvitsee apuanne vuorokaudessa?
_____ tuntia**
- 11. Oletteko saaneet ohjausta läheisen avustustilanteisiin**
1 en
2 kyllä
Jos kyllä, niin keneltä, missä ja milloin?

- 12. Minkälaisia haasteita kohtaatte avustustilanteissa?**

13. Minkälaisia tietoja ja taitoja tarvitsisitte selviytyäksenne avustustilanteista?

Kiitos vastauksistanne!

Liite 6. Kyselylomake II Työn kuormittavuuskysely omaishoitajalle

TYÖ

1. Kuinka tyytyväinen olette omaishoitajan työhönne?

Rengasta sopiva numero

- 1 Erittäin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen
- 3 En tyytyväinen, mutta en tyytymätönkään
- 4 Melko tyytymätön
- 5 Erittäin tyytymätön

2. Kuinka kuormittavaa omaishoitajatyönne on fyysisesti?

Rengasta sopiva numero

- | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---------------|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| minimaalinen | | | | | | | maksimaalinen | | | |
| kuormitus | | | | | | | kuormitus | | | |

3. Kuinka kuormittavaa omaishoitajatyönne on psyykkisesti?

Rengasta sopiva numero

- | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---------------|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| minimaalinen | | | | | | | maksimaalinen | | | |
| kuormitus | | | | | | | kuormitus | | | |

TERVEYS JA TYÖKYKY

4. Jos työkykynne on parhaimmillaan saanut 10 pistettä, niin minkä pistemäärän antaisitte nykyiselle työkyvylle?

Rengasta sopiva numero

- | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|----------------|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| työkyky | | | | | työkyky | | | | |
| huono | | | | | parhaimmillaan | | | | |

5. Onko Teillä ollut viimeisen vuoden aikana seuraavissa kehonosissa vaivoja? (Vaivoilla tarkoitetaan tässä kipua, särkyä tai epämiellyttäviä tuntemuksia). Vastatkaa joka kysymykseen!

Haittaako vaiva

Työskentelyä?

	ei lainkaan	vähän	kohta- laisesti	melko paljon	paljon	ei	kyllä
Niskat, hartiat	1	2	3	4	5	1	2
Olkapäät	1	2	3	4	5	1	2
Kyynärpäät	1	2	3	4	5	1	2
Ranteet, kädet	1	2	3	4	5	1	2
Selän yläosa	1	2	3	4	5	1	2
Selän alaosa	1	2	3	4	5	1	2
Lonkat	1	2	3	4	5	1	2
Polvet	1	2	3	4	5	1	2
Nilkat, jalkaterät	1	2	3	4	5	1	2

6. Johtuuko jokin vaivoista alun perin tapaturmasta? Jos, niin mikä vaiva ja minkälainen tapaturma?

Kiitos vastauksistanne!

Liite 7. Kyselylomake III Omaishoidettavan taustatietolomake

Vastausohje: Valitkaa Teille sopivat vaihtoehdot ympäröimällä tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan

- 1. Ikä, vuosina** _____

- 2. Sukupuoli**
 - 1 nainen
 - 2 mies

- 3. Siviilisäät**
 - 1 naimisissa
 - 2 avoliitossa
 - 3 naimaton
 - 4 muu, mikä? _____

- 4. Koulutus**
 - 1 kansakoulu tai vähemmän
 - 2 keskikoulu
 - 3 peruskoulu
 - 4 ammattikoulu
 - 5 lukio
 - 6 opistoasteen ammattikoulutus
 - 7 ammattikorkeakoulu
 - 8 yliopisto
 - 9 muu, mikä? _____

- 5. Asumismuoto**
 - 1 kerrostalo
 - 2 rivitalo
 - 3 omakotitalo
 - 4 muu, mikä? _____

6. Suhde omaishoitajaan, hän on Teille

1 aviopuoliso/avopuoliso

2 lapsi

3 äiti/isä

4 muu, mikä? _____

7. Kuinka kauan olette olleet omaishoidettavana (vuosina) _____

8. Minkä vuoksi tarvitsette omaishoitoa (sairaus, vamma) _____

9. Oletteko saaneet ohjasta päivittäisten toimintojen avustustilanteisiin?

1 en

2 kyllä

Jos kyllä, niin keneltä, missä ja milloin?

10. Miten hyvin selviätte itsenäisesti seuraavissa päivittäisissä toiminnoissa?

Rastittakaa Teille sopiva vaihtoehto

	hyvin	välttävästi	tarvitsen apua
Asentoni vaihtaminen vuoteessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istumasta nousu sängyn laidalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istumaan nousu sängyn laidalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seisomaan nousu sängyn laidalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seisomaan nousu tuolista/pyörätuolista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istuminen tuoliin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käveleminen apuvälineen avulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käveleminen ilman apuvälinettä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-käynnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokailu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulkoilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Mitä apuvälineitä teillä on käytössä liikkumiseen ja muiden päivittäisten toimintojen tukena?

12. Mihin avustustilanteisiin toivoisitte muutosta? Millaista muutosta?

Kiitos vastauksistanne!

Liite 8. Kyselylomake IV Kurssipalaute



KINESTETIIKKA

KURSSIPALAUTE

Paikka ja aika:

Millä todennäköisyydellä suosittelet kinestetiiikan omaishoitajakursseja tutuillesi?

0 = erittäin epätodennäköisesti

10 = erittäin

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valitse jokaiseen kohtaan yksi seuraavista vaihtoehtoista:

1 = täysin eri mieltä, 2 = hiukan eri mieltä, 3 = joksikin samaa mieltä, 4 = samaa mieltä, 5 = täysin samaa

Koulutusjärjestelyt

1 2 3 4 5

Kommentteja

- tilat soveltuivat hyvin koulutukseen

- aikataulutus oli toimiva

Kouluttaja

1 2 3 4 5

Kommentteja

- oli motivoiva

- oli ammattitaitoinen

Koulutus

1 2 3 4 5

Kommentteja

- oli hyödyllinen

- opit ovat sovellettavissa käytäntöön

- opetusmenetelmät sopivat minulle

- toteutus oli onnistunut

Haluaisitko osallistua

Kyllä En En tiedä

Kommentteja

- uudelle kurssille

Muita kommentteja:

Kehittämisehdotuksia kurssille:

Yksi konkreettinen asia, jota aion muuttaa tai kehittää omassa toimintatavassani

Kiitos vastauksistasi!

Liite 9. Haastattelurunko Teemahaastattelu kinestetiikan koulutuksen hyödyistä

1. Miten kinestetiikka kurssin käytänteet ovat toteutuneet kotiympäristössä?
2. Mitkä asiat kurssilta on otettu käyttöön?
3. Mitä asioita ei ole otettu käyttöön?
4. Mitkä tekijät edesauttoivat uusien käytäntöjen käyttöönottoa?
5. Mitkä tekijät vaikeuttivat uusien käytäntöjen käyttöönottoa?
6. Miten koitte 2-päiväisen kinestetiikkakurssin sisällön, oppimismenetelmät ja toteutuksen? (Kysymys esitetään kotikäynnillä 2 vk kurssin jälkeen)
7. Millaisia muutoksia ikäihmisten omaishoitajille ja omaishoidettaville kohdennettu kinestetiikkakoulutus edellyttää omaishoitoympäristössä toteutettujen avustuskäytäntöjen muuttumisessa omaishoitajien ja omaishoidettavien näkökulmasta?

985. Gouda, Bikshapathi (2024) Resource optimization in distributed massive MIMO under signaling and hardware limitations
986. Rajapakshage, Nuwanthika Sandeepani Rajapaksha (2025) Machine learning-based radio resource allocation for Beyond-5G massive MIMO networks
987. Linnanen, Teijo (2025) Carbon dioxide capture from gas stream sources with a novel water circulation-based method : verification, validation, and optimization of a simulation model of the process method
988. Isoaho, Aleksi (2025) Remote sensing of post-restoration changes in hydrology and vegetation in boreal peatlands
989. Miettinen, Jyrki & Visuri, Ville-Valtteri (2024) Nitrogen-containing thermodynamic descriptions of the Fe–Al–Cr–Cu–Mn–Mo–Ni–Si–C–N system for modeling the solidification of steels
990. Keränen, Lassi (2025) Ultralujat teräkset kestävien koneiden suunnittelussa
991. Ilmola, Joonas (2025) Modeling of a thermo-mechanically controlled virtual finishing rolling mill and coil cooling processes
992. Eldeeb, Eslam (2025) Towards intelligent machine-type communication
993. Rasmus, Juho (2025) Utilization of pulp mill side streams as a part of cementitious binders
994. Marasinghe, Dileepa Madhubhashana (2025) Learning-based enhancements for sub-THz communications : robust transceivers and beam management
995. Ramaswamy, Rajeswari (2025) Dissolution-precipitation reactions of amorphous multi-oxide silicates : application of ligands in low-CO₂ cementitious binders
996. Regmi, Ankit (2025) Dual circularly polarized GNSS-reflectometry for remote sensing of land and sea surfaces
997. Karioja, Konsta (2025) Signal processing and feature extraction for automated machine diagnostics : methodology and experiments
998. Valente da Silva, Matheus (2025) Distributed learning methods in machine-type communications
999. Jiang, Chuqing (2025) Magnesium-based glasses prepared by sol-gel processing for use as supplementary cementitious materials
1000. Sadeghi Vilni, Saeid (2025) Status update optimization for information freshness and real-time tracking

S E R I E S E D I T O R S

A
SCIENTIAE RERUM NATURALIUM
University Lecturer Mahmoud Filali

B
HUMANIORA
University Lecturer Santeri Palviainen

C
TECHNICA
Senior Research Fellow Antti Kajjalainen

D
MEDICA
University Lecturer Pirjo Kaakinen

E
SCIENTIAE RERUM SOCIALIUM
University Lecturer Henri Pettersson

E
SCRIPTA ACADEMICA
Strategy Officer Mari Katvala

G
OECONOMICA
University Researcher Marko Korhonen

H
ARCHITECTONICA
Professor Anu Soikkeli

EDITOR IN CHIEF
University Lecturer Santeri Palviainen