

IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYÄ TUKEVA HOITOYMPÄRISTÖ  
OSASTONHOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Tiina Karppinen  
PRO GRADU -TUTKIELMA  
Hoitotiede  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Maaliskuu 2015

TURUN YLIOPISTO  
Hoitotieteen laitos

KARPPINEN, TIINA: Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö  
osastonhoitajien näkökulmasta

Pro gradu -tutkielma, 48 sivua, 21 liitesivua  
Hoitotiede  
Maaliskuu 2015

---

Ympäristön merkitys on keskeinen ikääntyneen ihmisen terveydelle ja toimintakyvylle. Ympäristö voi toimia aktiivisesti hoidon ja kuntoutuksen välineenä, mutta toisaalta se voidaan nähdä myös ongelmien aiheuttajana. Tässä pro gradu -tutkimuksessa hoitoympäristö on jaettu fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen hoitoympäristöön Kimin tyypologian mukaisesti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä osastonhoitajien näkökulmasta pitkäaikaishoidossa. Tutkimusasetelmana käytettiin kuvailevaa laadullista tutkimusta. Aineisto kerättiin neljässä fokusryhmähaastattelussa kesäkuussa 2014. Osallistujat olivat pitkäaikaishoidossa työskenteleviä osastonhoitajia (n=14) kahdesta kaupungista Etelä-Suomesta. Aineisto analysoitiin käyttämällä sekä deduktiivista että induktiivista sisällön analyysiä.

Osastonhoitajien näkökulmasta fyysinen hoitoympäristö, joka tuki ikääntyneen toimintakykyä oli itsenäisen toiminnan mahdollistava ja viihtyisä. Sosiaalinen hoitoympäristö, joka tuki ikääntyneen toimintakykyä oli yhteisöllinen ja yksilöllinen. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö oli henkilökohtaista kulttuuria tukeva, hoitokulttuurin kehittymistä tukeva ja hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävä. Osastonhoitajien näkökulmasta merkityksellisimpiä tekijöitä fyysisessä hoitoympäristössä olivat itsenäisen toiminnan tukeminen ja viihtyvyys. Sosiaalisessa hoitoympäristössä merkityksellisimpiä tekijöitä olivat myönteinen ilmapiiri, hoitohenkilökunnan osaaminen, yhteisöllisyys, omaisten osallistuminen ja yksilöllisyys. Osastonhoitajat kokivat, että sosiaalinen hoitoympäristö oli ympäristön ulottuvuuksista merkityksellisin ja sen avulla voitiin korvata mahdollisia puutteita fyysisessä hoitoympäristössä. Symbolisessa hoitoympäristössä merkityksellisimmät tekijät olivat hoitajan tausta ja kulttuurin huomiointi.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa pitkäaikaishoidon ympäristöjä ja kehittäessä hoitoympäristöjä ikääntyneiden toimintakykyä tukevammiksi. Tutkimusta olisi mielenkiintoista jatkaa tutkien asukkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä.

Avainsanat: hoitoympäristö, ikääntynyt, toimintakyky, pitkäaikaishoito, osastonhoitajat

UNIVERSITY OF TURKU  
Department of Nursing Science

KARPPINEN, TIINA: Care environment supporting older residents' ability to function  
from nurse managers' perspective

Master's Thesis, 48 pages, 21 appendix pages  
Nursing Science  
March 2015

---

The environment is relevant to older people's health and ability to function. The environment can be an important means of care and rehabilitation but it can also create problems. In this study the care environment was divided into physical, social and symbolic environments according to Kim's typology.

The purpose of this study was to describe nurse managers' perceptions of how care environment supports older residents' ability to function and which factors of the care environment are the most significant in supporting older residents' ability to function in long-term care. The study design was a qualitative descriptive study. The data were collected in four focus group interviews in June 2014. The participants were nurse managers (n=14) working in two cities in southern Finland. The data were analysed using both deductive and inductive content analysis.

From nurse managers' perspective the physical care environment that supported older residents' ability to function was one that supported independent functioning and was comfortable. The social care environment that supported older residents' ability to function was communal and individual. The symbolic environment that supported older residents' ability to function was supportive of personal culture, supportive of the development of the care culture and connective of the different perspectives related to care. The most significant factors in the physical care environment were supporting independent functioning and comfort. In the social care environment these factors were positive atmosphere, nurses' know-how, involvement of relatives, community and individuality. Nurse managers felt that the social environment was the most significant of the dimensions of the care environment. Elements of the social care environment can compensate possible inadequacies in the physical care environment. In the symbolic care environment the most significant factors were nurse's background and paying attention to culture.

The results of this study can be used to improve the care environment to better support older residents' ability to function in long-term care. In the future it would be interesting to study older people's, their relatives' and nurses' perceptions of the care environment.

Keywords: care environment, older people, ability to function, long-term care, nurse managers

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TIEDONHAUN KUVAUS	3
3	TAUSTA	4
3.1	Ikääntyneen toimintakyky	4
3.2	Hoitoympäristö	5
3.3	Pitkäaikaishoito	5
3.4	Fyysinen hoitoympäristö	6
3.4.1	Hoitoympäristön rakenteen yhteys toimintakykyyn	6
3.4.2	Kodinomaisen hoitoympäristön luominen	8
3.4.3	Fyysisen hoitoympäristön ominaisuuksien vaikutus asukkaiden toimintakykyyn	10
3.5	Sosiaalinen hoitoympäristö	11
3.5.1	Osallistuminen ja aktiviteetit	11
3.5.2	Sosiaaliset suhteet	12
3.5.3	Päätäntävalta asukkaalla	14
3.6	Symbolinen hoitoympäristö	14
3.7	Hoitoympäristön ulottuvuuksien yhteys toisiinsa	15
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	19
5.1	Tutkimusasetelma	19
5.2	Tutkimuksen otos ja konteksti	19
5.3	Aineistonkeruu	19
5.4	Aineiston käsittely ja analyysi	20
6	TULOKSET	22
6.1	Osallistujien taustatiedot	22
6.2	Ikääntyneen toimintakykyä tukeva fyysinen hoitoympäristö	22
6.2.1	Itsenäisen toiminnan mahdollistava hoitoympäristö	22
6.2.2	Viihtyisä hoitoympäristö	24
6.3	Ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö	25
6.3.1	Yhteisöllinen hoitoympäristö	25
6.3.2	Yksilöllinen hoitoympäristö	27
6.4	Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö	27
6.4.1	Henkilökohtaisen kulttuurin ylläpitämistä tukeva hoitoympäristö	28
6.4.2	Hoitokulttuurin kehittymistä tukeva hoitoympäristö	28
6.4.3	Hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävä	29
6.5	Merkityksellisimmät tekijät ikääntyneiden toimintakykyä tukevassa hoitoympäristössä	30
7	POHDINTA	34
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	34
7.2	Tutkimuksen eettisyys	36
7.3	Tutkimustulosten tarkastelu	37
7.4	Johtopäätökset	41
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	42
	LÄHTEET	43

## LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku

Liite 2. Flow-kaavio artikkelien valintaprosessista

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

Liite 4. Haastattelurunko

Liite 5. Tutkittavan suostumus

Liite 6. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva fyysinen hoitoympäristö, kategorisointi

Liite 7. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö, kategorisointi

Liite 8. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö, kategorisointi

Liite 9. Merkityksellisimmät tekijät hoitoympäristössä, kategorisointi

## KUVIOT

Kuvio 1. Flow-kaavio artikkelien valintaprosessista

Kuvio 2. Fyysisen hoitoympäristön yläkategoriat

Kuvio 3. Sosiaalisen hoitoympäristön yläkategoriat

Kuvio 4. Symbolisen hoitoympäristön yläkategoriat

Kuvio 5. Merkityksellisimmät tekijät fyysisessä hoitoympäristössä yläkategoriat

Kuvio 6. Merkityksellisimmät tekijät sosiaalisessa hoitoympäristössä yläkategoriat

Kuvio 7. Merkityksellisimmät tekijät symbolisessa hoitoympäristössä yläkategoriat

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaku

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän pro gradu -tutkielman alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

## 1 JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muuttuessa ikääntyneiden määrä Suomessa kasvaa (STM 2013). Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä (Tilastokeskus 2012). Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) korostetaan kotihoidon ja kuntouttavan työn olevan ensisijaista. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito toteutetaan laitoshoidona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on muuten perusteltua ikääntyneen arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta (980/2012). Vaikka kotihoito on ensisijaista, ei tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon palveluja käyttävien ikääntyneiden yhteenlaskettu suhteellinen osuus ole 2000-luvulla juurikaan pienentynyt. Vuonna 2013 oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot) reilut 50 000 ikääntynyttä. (STM 2013.)

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli niin kutsutussa vanhuspalvelulaissa säädetään, että pitkäaikaishoito ja huolenpito tulee toteuttaa niin, että ikääntynyt voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Ikääntyneelle annetaan mahdollisuus ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta ja osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan (980/2012).

Johtaminen, myös lähijohtaminen, on nostettu vanhuspalvelulaissa (980/2012) ja sitä seuranneessa Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatusuosituksessa (2013) tärkeään asemaan. Syynä tähän ovat erityisesti henkilöstön saatavuuden varmistaminen ja ikääntyvien hoitotyön houkuttelevuuden lisääminen. Johtamisen tavoitteena on lisäksi varmistaa asiakkaiden oikeudet huomioiva ja kunnioittava toiminta sekä kuntoutumista ja toimintakykyä edistävän toiminnan toteuttaminen. (STM 2013.)

Kim (2010) on määritellyt hoitotieteen keskeisiin peruskäsitteisiin pohjautuvan nelikentän, jonka avulla voidaan kuvata hoitotoimintoja ja hoitotyöhön liittyviä tietoaalueita erilaisissa käytännön toiminnoissa. Kimin typologiassa luokkia on neljä, jotka ovat asiakas, asiakas-hoitaja-suhde, hoitotyön toiminnot ja ympäristö. Tässä tutkimuksessa keskiössä on hoitoympäristö, joka jaetaan Kimin mukaisesti fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen (Kim 2010). Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan ihmistä ympäröivää, konk-

reettista ympäristöä. Sosiaalinen ympäristö sisältää ihmisten välisen kanssakäymisen, sosiaaliset suhteet ja niiden luomat haasteet ja tuen. Symbolinen ympäristö puolestaan muodostuu kulttuurista, kielestä, uskonnosta ja yhteisön normeista. Siihen vaikuttavat myös kasvatus, koulutus ja esimerkiksi yhteisön näkökulmat terveydestä ja hoitamisesta. (Kim 2000; Lauri & Elomaa 2001.)

Ympäristö on olennainen osa kehitettäessä osaamista hoitotyössä, koska ympäristön tarkastelun avulla voidaan ymmärtää ja selittää muita typologian luokkia. Hoitoympäristö eroaa monilla tavoin ihmisen kotiympäristöstä. Fyysinen hoitoympäristö on tilallisesti erilainen kuin kotiympäristö ja sisältää lääkintälaitteita. Sosiaalinen hoitoympäristö sisältää ihmisiä, jotka eivät yleensä ole läsnä normaalissa ympäristössä kun taas tavallisesti läsnä olevat omaiset ja ystävät saattavat puuttuvat. Symbolisessa hoitoympäristössä asukkaaseen kohdistuu tiettyjä odotuksia hänen roolistaan ja hoitopaikassa vallitsevat asenteet ja arvot vaikuttavat häneen. (Kim 2000.)

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä osastonhoitajien näkökulmasta pitkäaikaishoidossa. Tutkimusta ikääntyneen toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä pitkäaikaishoidossa ei ollut tehty aikaisemmin tästä näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa pitkäaikaishoitopaikkojen hoitoympäristöistä, jota voidaan hyödyntää kehittäessä hoitoympäristöjä ikääntyneiden toimintakykyä tukevammiksi.

## 2 TIEDONHAUN KUVAUS

Tiedonhaku aloitettiin informaattikon kanssa muodostetuilla hakulausekkeilla. Hakulausekkeitä luotiin käyttäen eri tietokantojen asiasanoja ja niihin lisättiin vapaasanoja. Hakulausekkeista muodostettiin laajoja, jotta aiheesta löydettiin mahdollisimman kattavasti tietoa niiden avulla. Haku toteutettiin seuraavista elektronisista tietokannoista: CINAHL (Ebsco), PubMed (Medline), Cochrane Library (Wiley), Web Of Science ja Medline. Tiedonhakulausekkeet ja osumat ovat esillä taulukossa 1 (liite 1). Tiedonhaku rajattiin koskemaan viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistuja englannin- ja suomenkielisiä artikkeleja. Tiedonhaku tuotti 1 551 artikkelia. Otsikoiden ja abstraktien perusteella hyväksyttiin 73 artikkelia. Koko tekstien perusteella hyväksyttiin mukaan 38 aiheetta käsittelevää artikkelia. Manuaalisella haulla löydettiin vielä 5 artikkelia, jotka hyväksyttiin mukaan.

Mukaan otettiin tutkimuksia, jotka sijoittuivat pitkäaikaishoitoon ja niissä oli mukana toimintakyvyn näkökulma. Mukaan otettiin myös tutkimuksia, jossa hoitoympäristöä tutkittiin elämänlaadun näkökulmasta, sillä koettu elämänlaatu liittyy läheisesti yksilön toimintakykyyn (Vaarama ym. 2010). Aiheeseen liittyvät tutkimukset, joissa käsiteltiin muistisairaita ikääntyneitä, hyväksyttiin mukaan. Mukaan otettiin muutama artikkeli, joissa ei suoranaisesti tutkittu hoitoympäristöä, mutta tutkimustuloksissa tuli esiin hoitoympäristön merkitys tai tutkimusaihe voitiin muuten tunnistaa tähän pro gradu -tutkimukseen kuuluvaksi. Poissulkukriteereitä olivat kotihoito ja kotiympäristö. Lisäksi koko teksti tuli olla saatavilla. Artikkelien valintaprosessi on kuvattu flow-kaavion muodossa kuviossa 1 (liite 2).



### 3 TAUSTA

#### 3.1 Ikääntyneen toimintakyky

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta toteaa, että käsitteelle ikääntynyt ei ole yhtenäistä määritelmää. Vanhuuden määrittelyminen kalenteri-ian perusteella on ongelmallista, sillä ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ovat yksilöllisiä. (ETENE 2008.) Vanhuspalvelulaissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä ja iäkkäällä henkilöllä yksilöä, jonka toimintakyky on heikentynyt korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen tai iän mukanaan tuomien sairauksien ja vammojen myötä (980/2012). Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan länsimaissa yleisesti luokitellaan yli 65-vuotiaat ikääntyneiksi (WHO 2013a). Hoitotieteellisessä tutkimuksessa yleisesti käytetty jako ikääntyneisiin on kronologinen ikä 65 vuotta.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä selviytyä itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa ympäristössään (Voutilainen 2010). Toimintakykyä voidaan tarkastella joko toiminnanvajavuuksina, jäljellä olevana toimintakykenä tai yksilön voimavaroina (Lyyra & Tiikkainen 2010). Yksi näkökulma on jakaa toimintakyky fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysiseen toimintakyvyn määrittelyssä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toiminta. Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluvat esimerkiksi päättely-, muisti- ja motoriset toiminnot. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyy elämänhallinta, mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi. Sosiaalinen toimintakyky on yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Se edellyttää yhteisöä, kykyä olla vuorovaikutuksessa ja toimia. Toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. (Lyyra 2007; Voutilainen 2010.) Myös maailman terveysjärjestö on määritellyt toimintakyvyn laajasti ja sen laatiman määritelmän mukaan toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta (WHO 2013b).

Erilaiset toimintakyvyn rajoitteet kuuluvat ikääntymiseen (Lyyra 2007). Toimintakykyä kartoittaessa arvioidaan yleensä ikääntyneen kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista vaikuttavat kaikki edellä mainitut toimintakyvyn osa-alueet. Koettu elämänlaatu liittyy läheisesti yksilön toimintakykyyn, sillä hyvä toimintakyky on keskeinen hyvän elämänlaadun resurssi. (Vaarama ym. 2010.)

### 3.2 Hoitoympäristö

Ympäristö voi toimia aktiivisesti hoidon ja kuntoutuksen välineenä (Pikkarainen 2007), mutta toisaalta se voidaan nähdä myös ongelmien aiheuttajana (Lauri & Elomaa 2001). Ihmisen ja ympäristön suhdetta kuvataan yleensä vastavuoroiseksi, dynaamisesti vaihtelevaksi ja kompleksiseksi. Ympäristöstä selviytymiseen vaikuttavat fyysinen, kognitiivinen ja henkinen terveydentila, asenteet, luottamus omaan selviytymiseen, tarpeet, motiivit ja tiedolliset ja sosiaaliset taidot. Ympäristökokemus on hyvin subjektiivinen. Se kehittyy ja uusiutuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivän maailman kanssa. Hoitopaikassa ikääntyneen ympäristökokemus voi näkyä ulkoisena käyttäytymisenä, kuten viihtymisenä ja rauhallisuutena tai levottomuutena ja pelkona. (Pikkarainen 2007.) Hoitoympäristöllä tarkoitetaan ympäristöä, jossa hoitoa toteutetaan. Hoitoympäristö on monitahoinen käsite, joka sisältää ihmiset, prosessit sekä välineet ja rakennukset. (McCormack & McCance 2010.)

Tässä pro gradu -tutkimuksessa hoitoympäristö on jaoteltu fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen hoitoympäristöön Kimin typologian mukaisesti (Kim 2010). Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan ihmistä ympäröivää, konkreettista ympäristöä. Sosiaalinen ympäristö sisältää ihmisen sosiaaliset suhteet ja niiden luomat haasteet, tuen ja kontrollin. Symbolinen ympäristö puolestaan muodostuu kulttuurista, kielestä, uskonnosta ja yhteisön normeista. Siihen vaikuttavat myös kasvatus, koulutus ja esimerkiksi yhteisön näkökulmat terveydestä ja hoitamisesta. (Kim 2000; Lauri & Elomaa 2001.)

### 3.3 Pitkäaikaishoito

Ikääntyneiden palvelujärjestelmän rakenne on muuttunut 2000-luvulla. Tehostetun palveluasumisen käyttö on jatkuvasti lisääntynyt kun taas vanhainkotihoito on vähentynyt. Vuoden 2013 lopussa vanhainkodeissa oli 11 921, perusterveydenhuollon vuodeosastolla pitkäaikaishoidossa noin 4 740 ja tehostetun palveluasumisen piirissä 34 800 ikääntynyttä. Vanhainkotien asiakasmäärä on vähentynyt, kun taas tavallisen ja tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä on kasvanut. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden keski-ikä oli 83,5 vuotta ja asiakkaista 72 prosenttia oli naisia. (Väyrynen & Kuronen 2014.)

Pitkäaikaista laitoshoidoa järjestetään vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä erilaisissa hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa. Myös järjestöt ja yksityiset

yritykset tuottavat laitospalveluja. Pitkäaikaista laitoshoidtoa annetaan henkilöille, joille ei pystytä järjestämään tarvittavaa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Laitoshoidtoon sisältyy hoidon lisäksi lääkkeet, ravinto, puhtaus, vaatetus ja sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. (STM 2011.) Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto ja yhteiset tilat. Henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden. (STM 2015.) Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä Suomessa. Kunta voi järjestää palvelut yksin tai kunnat voivat muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunta voi vaihtoehtoisesti myös ostaa sosiaali- ja terveyspalveluja muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (STM 2012.) Tässä pro gradu -tutkimuksessa pitkäaikaishoidoksi käsitettiin ympärivuorokautinen hoito eli tehostetun palveluasumisen yksiköt, vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot.

### 3.4 Fyysinen hoitoympäristö

#### 3.4.1 Hoitoympäristön rakenteen yhteys toimintakykyyn

Fyysisen hoitoympäristön muutostöillä pyrittiin parantamaan asukkaiden hyvinvointia ja elämänlaatua (Schwarz ym. 2004; Cioffi ym. 2007; Morgan-Brown ym. 2013). Cioffin ym. (2007) tutkimuksessa seurattiin hoitoympäristössä tehtyjen laajojen muutostöiden vaikutuksia asukkaiden elämänlaatuun. Kaikille asukkaille rakennettiin omat huoneet ja wc-tilat sekä vapaa käynti puutarhaan. Lisäksi tiloja avarrettiin ja ikkunat uusittiin suuremmiksi. Uudella hoitoympäristöllä oli positiivinen vaikutus dementoituneiden asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kodinomainen ja entistä viihtyisämpi hoitoympäristö vaikutti positiivisesti ikääntyneiden vapauden tunteen kokemukseen ja vähensi levotonta käyttäytymistä. Lisäksi positiivisia tuloksia olivat asukkaiden nukkumisrytmin paraneminen, ruokahalun kasvu ja yksityisyyden kokemuksen lisääntyminen. (Cioffi ym. 2007.)

Hoitoympäristöstä pyrittiin luomaan terapeutisempi, kodinomaisempi ja fyysisesti vastuullisempi. Asukkaiden huoneet muutettiin yhden hengen huoneiksi ja niitä oli mahdollista sisustaa persoonallisesti. Päivähuone siirrettiin niin, että kaikista asukkaiden huoneista oli sinne suora näkyvyys ja pääsy. Laitoksen suuresta ruokailutilasta siirryttiin kolmeen pienempään ja tämän seurauksena ruokailuhetket olivat rauhallisempia ja hoitajat pystyivät keskustelemaan asukkaiden kanssa enemmän, joten uusi asettelu lisäsi

sosiaalista kanssakäymistä. (Schwarz ym. 2004.) Schwarzin ym. (2004) tutkimuksesta poiketen Marquardt ja Schmiege (2009) suosittelivat vain yhtä ruokailutilaa, jotta keski-vaikkea ja vaikeaa dementiaa sairastavien asukkaiden oli helpompi löytää tiensä ruokailutilaan.

Morgan-Brownin ym. (2013) tutkimuksessa fyysisen hoitoympäristön muutokset, joiden vaikutuksia seurattiin olivat avaran yhteisen tilan ja keittiön rakentaminen. Tutkimuksessa huomioitiin myös symbolisen hoitoympäristön muutokset eli hoitokulttuurin muutos kohti asiakaslähtöistä ja valinnanvapautta korostavaa hoitoa. Näiden muutosten jälkeen asukkaat viettivät enemmän aikaa yhteisissä tiloissa ja olivat aktiivisempia sekä enemmän yhteydessä ympäristöönsä. (Morgan-Brown ym. 2013.)

Wilkes ym. (2005) totesivat, että ympäristö voi vaikuttaa positiivisesti dementoituneiden asukkaiden hoitoon. Dementoituneiden asukkaiden levoton käyttäytyminen väheni kun osasto muutti uusiin dementian hoitoon erikoistuneisiin tiloihin. Muutokset kohdistuivat sekä fyysiseen että sosiaaliseen hoitoympäristöön. Muutoksia olivat vapaa pääsy pihalle ja puutarhaan, suuret ikkunat ja valoisampi tila, yhden hengen huoneet ja kylpyhuoneet, huoneiden personalisointi ja mahdollisuus osallistua kotiaskareisiin enemmän. (Wilkes ym. 2005.) Marquardtin ja Schmiegin (2009) tutkimuksen mukaan lievää dementiaa sairastavat asukkaat löysivät tiensä hoitokodeissa hyvin, mutta vaikeammasta dementiasta kärsivillä asukkailla hahmottaminen vaikeutui ja he hyötyivät merkittävästi yksikön pienestä asukasmäärästä, vain yhden oleskelutilan olemassaolosta ja siitä, että pohjapiirroksen mukaisesti osasto oli suora eikä kulkusuuntaan tullut muutoksia.

Muutostöiden osana oli asukkaille rakennettu yhden hengen huoneet (Schwarz ym. 2004; Cioffi ym. 2007). Yhden hengen huone oli asukkaille tärkeä, sillä se mahdollisti yksityisyyden ja intimitetin (Schwarz ym. 2004; Cook & Clarke 2010). Huoneet oli mahdollista sisustaa omilla tavaroilla ja tämän takia ne koettiin kodikkaiksi (Schwarz ym. 2004; Innes ym. 2011; Nakrem ym. 2011). Asukkaiden omien, tuttujen tavaroiden läsnäolo loi turvallisuuden (Slaughter & Morgan 2012) ja hallinnan tunnetta (Schwarz ym. 2004) sekä kokemuksen yhteydestä hoitopaikkaan (Innes ym. 2011). Yhden hengen huoneet olivat suositeltuja myös dementoituneille potilaille (Fleming & Purandare 2010), sillä ne vähensivät levotonta käyttäytymistä ja ahdistuneisuutta (Calkins 2009). Toisaalta Anderssonin ym. (2007) tutkimuksessa todettiin, että yhden hengen huoneet saattoivat lisätä asukkaiden yksinäisyyden tunnetta.

Dementoituneille asukkaille suositeltiin yhden hengen huoneiden lisäksi, että tilat olisivat tunnelmaltaan, kooltaan ja toiminnoiltaan erilaisia. Asukkailla tuli olla näköyhteys tiloihin, jotka olivat heille tärkeitä sekä yksikön tuli olla kooltaan pieni ja tunnelmaltaan kodinomainen. (Fleming & Purandare 2010.) Pienien, yksityisyyttä antavien tilojen ja suurten yhteisöllisten tilojen yhdistelmä vaikutti siihen, että asukkaat saivat käydä yksityisiä keskusteluja, mutta pystyivät ottamaan osaa myös sosiaalisiin aktiviteetteihin (Pomeroy ym. 2011). Asukkaille tulisi tarjota vaihtoehtoisia tiloja, joissa viettää aikaa (Innes ym. 2011) ja tarjota mahdollisuus käyttää esimerkiksi keittiötä ja makuuhuonetta mahdollisimman itsenäisesti (Pomeroy ym. 2011). Murphyn ym. (2008) mukaan rakennuksen heikko rakenne saattoi vaikuttaa itsenäisyyden vähenemiseen ja asukkaiden toimintakykyyn. Esimerkiksi wc-tiloihin tulisi olla helppo pääsy (Murphy ym. 2008). Wc-tilojen ollessa kaukana itsenäinen toimiminen vaikeutui ja tällöin vaippoja käytettiin herkemmin (Sacco-Peterson & Borell 2004).

Ulkotila tai mahdollisuus ulkoiluun oli yksi tärkeimmistä asioista fyysisessä hoitoympäristössä asukkaiden ja omaisten mielestä (Innes ym. 2011). Tärkeänä tekijänä fyysisessä hoitoympäristössä pidettiin vapaata pääsyä puutarhaan tai pihalle myös muissa tutkimuksissa (Cioffi ym. 2007; Fleming & Purandare 2010; Nakrem ym. 2011). Mahdollisuus ulkoiluun, vapaan käynnin luominen pihalle tai puutarhaan liittyi myös kodikkaamman hoitoympäristön luomiseen (Wilkes ym. 2005; Cioffi ym. 2007). Ulkona kulkeutuneiden ja portaiden turvallisuudesta tuli huolehtia sekä huomioida asukkaille lepoaikoja ja tarpeellinen suoja auringolta (Pomeroy ym. 2011). Kukat, kasvit ja muut mielenkiintoiset kohteet saattoivat lisätä asukkaiden motivaatiota ulkoiluun (Benjamin ym. 2011; Pomeroy ym. 2011). Nakremin ym. (2011) tutkimuksen mukaan pihalle oli helppo päästä ja asukkaat nauttivat pihasta, sillä siellä he pystyivät seuraamaan elämää hoitokodin seinien ulkopuolella. Näin ollen pihan puuttuminen rajoitti fyysisiä aktiviteetteja (Chen 2010). Toisaalta myös vaikka piha tai terassi oli tarjolla, ne olivat alikäytettyjä vaikeapääsyyden ja hoitohenkilökunnan kiireen takia (Train ym. 2005).

### 3.4.2 Kodinomaisen hoitoympäristön luominen

Hoitopaikan kodikkuus oli yhteydessä asukkaiden hyvinvointiin (Schwarz ym. 2004; Wilkes ym. 2005; Cioffi ym. 2007; Edvardsson 2008; Murphy ym. 2008; Garcia ym. 2012; Chang ym. 2013; Van Malderen ym. 2013). Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa ilmeni, että kodinomaisella ympäristöllä voisi olla negatiivinen vaikutus toimintakykyyn ja fyysiseen aktiivisuuteen. Kuitenkin monet muutkin tekijät saattoivat vaikuttaa

tutkimuksen tuloksiin, joten varmaa yhteyttä ei voitu esittää. (Pomeroy ym. 2011.) Esi-miehet kokivat Shieldin ym. (2014) tutkimuksessa, että kodinomaisen hoitoympäristön luomiseen ajoi halu pysyä tämänpäiväisen kehityksen mukana ja kannattavuuden säilyt-täminen. Lisäksi he kokivat, että kodinomainen hoitoympäristö paransi asukkaiden elä-mänlaatua (Shield ym. 2014).

Kodinomaisuutta pyrittiin luomaan sekä pienillä että suurilla muutoksilla fyysisessä hoi-toympäristössä. Pieniä muutoksia olivat kodinomaisten esineiden kuten kukkien, verho-jen, pöytäliinojen ja käsintehtyjien huonekalujen tuominen hoitoympäristöön (Edwards-son 2008; Shield ym. 2014), kodinomaisten tuoksujen huomiointi hoitoympäristössä (Edvardsson 2008) ja huoneiden personalisointi omilla tavaroilla (Schwarz ym. 2004; Innes ym. 2011; Nakrem ym. 2011; Van Malderen ym. 2013). Asukkaat toivoivat, että pitkäaikaishoitopaikassa olisi ajoittain läsnä eläimiä ja lapsia. Lapsien ja eläinten läsnä-olo toi mukanaan normaalia elämää hoitopaikkaan. (Innes ym. 2011.)

Suurempia muutoksia kodinomaisuuden lisäämiseksi olivat laajat muutostyöt fyysisessä hoitoympäristössä kuten tilojen muuttaminen (Schwarz ym. 2004; Cioffi ym. 2007; Shield ym. 2014). Kodinomainen hoitoympäristö mahdollisti, että asukkaat kokivat asuvansa rentouttavassa ympäristössä (Garcia ym. 2012). Samoin Cioffin ym. (2007) mukaan kodinomainen hoitoympäristö vaikutti positiivisesti ikääntyneiden vapauden kokemukseen ja vähensi levottomuutta. Kodinomainen hoitoympäristö oli hyödyllinen joko hidastamaan toimintakyvyn heikkenemistä tai ainakin säilyttämään toimintakyvyn ennallaan. Kaatuilu tosin kodinomaisemmassa ympäristössä oli lisääntynyt. Tämä johtui osaltaan fyysisen hoitoympäristön muutoksista, mutta myös siitä, että osana hoitokult-tuurin muutosta rajoituskeinoja käytettiin vähemmän. Kun hoitopaikkaa alettiin muuttaa kodinomaisemmaksi, tehtiin muutoksia myös sosiaalisessa ja symbolisessa hoitoympä-ristössä, joilla oli osaltaan vaikutus positiivisiin tuloksiin. (Chang ym. 2013.)

Vaikka hoitoympäristöstä pyrittiin luomaan kodinomainen, ei hoitoympäristö välttämät-tä tuntunut asukkaiden mielestä kodilta (Innes ym. 2011; Nakrem ym. 2011). Samoin Haugen ja Heggenin (2008) mukaan, vaikka yhteinen oleskelutila oli pyritty sisusta-maan kodinomaisesti, persoonallisuus puuttui ja tila vaikutti samalla aikaa sekä olohuo-neelta että odotushuoneelta. Asukkaiden kesken yhteistä keskustelua ei syntynyt oleske-lutilassa. Liikuntakykyiset asukkaat yleensä poistuivat oleskeluhuoneesta ja hakeutuivat omaan huoneeseensa missä heillä oli mahdollisuus yksityisyyteen ja omiin toimiinsa (Hauge & Heggen 2008).

### 3.4.3 Fyysisen hoitoympäristön ominaisuuksien vaikutus asukkaiden toimintakykyyn

Fyysisen hoitoympäristön ominaisuudet kuten valaistus ja äänet vaikuttivat asukkaiden käyttäytymiseen positiivisesti tai negatiivisesti (Algase ym. 2010; Cook & Clarke 2010). Valaistuksen ja melun lisäksi dementoituneiden ikääntyneiden kokemaan elämänlaatuun oli yhteydessä lämpötila (Garre-Olmo ym. 2012). Kovat äänet kuten hälyttimet, puhelimet ja hoitohenkilökunnan huudot aiheuttivat levotonta ilmapiiriä (Edvardsson 2008). Garcian ym. (2012) mukaan yksi merkittävimmistä tekijöistä, jotka lisäsivät häiritsevää käyttäytymistä ja haittasivat elämänlaatua, oli juuri melu. Valaistus ja melu vaikuttivat myös harhailevaan käyttäytymiseen, sillä Algase ym. (2010) totesivat, että eniten harhailua tapahtui kun valaistus oli kirkaampi ja äänentaso vaihteleva. Ympäristön ollessa rauhallisempi harhailua oli vähemmän, joten fyysisen ympäristön ominaisuuksilla oli yhteys harhailevaan käytökseen dementoituneilla ikääntyneillä (Algase ym. 2010). Vähäinen valaistus makuuhuoneessa lisäsi asukkaiden matalaa mieli-alaa (Garre-Olmo ym. 2012). Ärsykkeiden hallinta ja huomion kiinnittäminen niihin oli tärkeää dementoituneiden asukkaiden hoidossa (Fleming & Purandare 2010). Valaistuksen parantaminen oli hyvä esimerkki helposta ja edullisesta ratkaisusta, joka voi kohentaa fyysistä hoitoympäristöä (Pomeroy ym. 2011). Samoin ärsykkeiden kuten äänien ja tuoksujen kontrolloimisella sekä visuaalisia ohjeita käyttämällä saatiin positiivisia vaikutuksia suhteessa liikuntakykyyn (Slaughter & Morgan 2012). Innesin ym. (2011) tutkimuksessa suositeltiin värikoodien ja erilaisten tuntomerkkien käyttämistä dementoituneiden ikääntyneiden hoitopaikoissa, jotta eri tilojen löytäminen helpottuisi.

Edellä mainituilla hoitoympäristön ominaisuuksilla oli myös osaltaan vaikutusta hoitoympäristön turvallisuuteen. Hoitoympäristön merkitys kaatumistapaturmiin oli suuri. Kaatumistapaturmiin yleisimmin vaikuttivat fyysisen hoitoympäristön turvallisuus (kuten valaistus ja lattiapinnat), tilan puute, esteet (muun muassa toiset asukkaat) sekä apuvälineiden väärinkäyttäminen ja niiden toimintahäiriöt. (Hill ym. 2009.) Hoitoympäristön turvallisuuden ja kontrolloinnin välillä oli paradoksi. Omaiset olivat Innesin ym. (2011) tutkimuksessa mielissään, että hoitoympäristö oli turvallinen, kun samaan aikaan asukkaat kokivat, että heidän toimintaansa rajoitettiin, sillä heidän piti esimerkiksi pyytää lupaa käyttää jotakin tilaa tai mennä ulos.

### 3.5 Sosiaalinen hoitoympäristö

#### 3.5.1 Osallistuminen ja aktiviteetit

Osallistuminen hoitopaikassa tapahtuviin aktiviteetteihin edisti sosiaalista vuorovaikutusta ja asukkaat osallistuivat juuri tästä syystä tarjottuihin aktiviteetteihin (Thomas ym. 2013). Esimiesten mielestä vapaa-ajan aktiviteetit olivat tärkeä indikaattori elämänlaadulle sosiaalisessa hoitoympäristössä (Murphy ym. 2008). Hoitopaikoissa oli aktiviteettiohjelmat ja asukkaille tarjottiin kuntoiluryhmiä, pelejä ja käsitöitä (Popham & Orrell 2012). Smitin ym. (2014) tutkimuksen mukaan asukkaat nauttivat toiminnoista, joissa he saivat olla luovia tai muistella. Muistelu auttoi asukkaita tuomaan menneisyydestä asioita tähän hetkeen ja mukautumaan nykyiseen tilanteeseen (Welsh ym. 2012). Muita asukkaille mieleisiä aktiviteetteja olivat toisten asukkaiden kanssa keskustelu, käsityöt, kirjoittaminen, uutisten katselu (Andresen ym. 2009), ulkoilu ja mahdollisuus osallistua tavallisiin kotiaskareisiin (Popham & Orrell 2012). Aktiviteetit kuten ruuanlaitto ja leipominen lisäsivät asukkaiden normaaliuden tunnetta ja itsekunnioitusta (Welsh ym. 2012). Musiikin kuuntelu ja laulaminen olivat yleisesti ottaen nautintoa ja keskittymistä lisääviä aktiviteetteja (Harmer & Orrell 2008) kun taas toiset aktiviteetit kuten bingo olivat vain ajankulua (Welsh ym. 2012).

Toimintakyvyn säilyttäminen arkisissa toiminnoissa kuten pukeutumisessa, ruokailussa ja itsenäisessä liikkumisessa oli asukkaille erittäin tärkeää (Andresen ym. 2009). Toimintakykyä voitiin ylläpitää tarjoamalla asukkaille interventioita, joiden tarkoituksena oli tukea tai parantaa fyysistä toimintakykyä (Crocker ym. 2013). Interventiot olivat yhteydessä huomattaviin parannuksiin fyysisessä ja kognitiivisessa toimintakyvyssä pitkäaikaishoidossa (Crocker ym. 2013). Fyysisen ja henkisen toimintakyvyn säilyttämiseksi terapeuttiset interventiot kuten puutarhanhoito soveltuivat hyvin pitkäaikaishoidon asukkaille. Puutarhanhoito herätti asukkaissa mielihyvän, onnellisuuden ja vastuullisuuden tunteita. (Tse 2010.)

Merkityksellisiä asukkaille olivat yleensä aktiviteetit, jotka tuottivat heille mielihyvää (Van Malderen ym. 2013), vahvistivat heidän identiteettiään tai yhteenkuuluvuuden tunnetta (Harmer & Orrell 2008). Asukkaille merkitykselliset aktiviteetit perustuivat heidän rooliinsa ja kiinnostuksiinsa aikaisemmin elämässään (Harmer & Orrell 2008). Kuitenkaan MacDonaldin (2006) tutkimuksessa omaisten mukaan pitkäaikaishoidossa ei ollut tarjolla sellaisia aktiviteetteja, joihin asukkaat olivat ennen pitkäaikaishoitoa



osallistuneet. Samoin Trainin ym. (2005) tutkimuksen mukaan tarjolla olevat aktiviteetit ja asukkaiden toiveet eivät aina kohdanneet. Aktiviteetit olivat hyvin rajoitettuja ja niitä oli sekä omaisten, asukkaiden että henkilökunnan mukaan aktiviteetteja liian vähän. Aktiviteetit jäivät vähälle hoitohenkilökunnan kiireen takia (Popham ja Orrell 2012) sekä hoitohenkilöstön puutteen ja organisatoristen tekijöiden kuten rutiineiden vuoksi (Harmer & Orrell 2008). Suurimman osan hereillä oloajastaan asukkaat istuivat oleskelutilassa (Popham & Orrell 2008) ja päivät koettiin usein yksitoikkoisiksi (Andersson ym. 2007; Harmer & Orrell 2008).

Fyysisellä hoitoympäristöllä ja organisaatiolla oli merkitystä, mutta avainasemassa sosiaalisessa hoitoympäristössä oli hoitohenkilöstö ja heidän kykynsä integroida hyvinvointia parantavia ja hyvää mieltä tuottavia toimintoja käytännön hoitotyöhön. Hoitopaikoissa, joissa useimmiten asukkaille tarjottiin tällaisia toimintoja oli kodinomainen ilmapiiri, sosiaalisia suhteita tukeva hoitoympäristö eikä heidän käytössään ollut ennalta suunniteltua toimintaohjelmaa. (Smit ym. 2014.) Heikentynyt terveys ja toimintakyky estivät asukkaita tekemästä asioita, joita he olisivat toivoneet, rajoitti mahdollisuuksia osallistua ja toimia itsenäisesti (Andersson ym. 2007). Aktiviteetteja suunniteltaessa pitkäaikaishoitoon tulisi ottaa huomioon yksilöiden rajoitukset ja mukauttaa aktiviteetit kunkin yksilön toimintakykyyn (Train ym. 2005; Harmer & Orrell 2008), sillä sairauksista ja vaivoista johtuvat tekijät kuten kiinnostuksen puute ja kommunikaatiovaikeudet rajoittivat asukkaiden osallistumista (MacDonald 2006). Asukkailla tuli olla mahdollisuus osallistua vain aktiviteetteihin, joihin he halusivat ja hoitohenkilökunnan tuli hyväksyä asukkaan passiivisuus ja keskittyä enemmän aktiviteettien laatuun kuin määrään (Van Malderen ym. 2013).

### 3.5.2 Sosiaaliset suhteet

Yhteisöön mukautuminen on tärkeää ja sosiaaliset suhteet sekä muiden asukkaiden, henkilökunnan, omaisten ja naapuruston kanssa olivat toivottuja (Van Malderen ym. 2013). Cook & Clarke (2010) korostivat ihmissuhteiden merkitystä positiivisen yhteisön muodostumiselle pitkäaikaishoidossa. Vuorovaikutus toisten asukkaiden kanssa tarjosi mahdollisuuden olla sosiaalisesti aktiivinen, mutta välillä toiset asukkaat aiheuttivat ärtymystä. Varsinkin jos asukas koki olevansa ainut kognitiivisesti kyvykäs, hän saattoi turhautua muihin asukkaisiin. (Nakrem ym. 2011.)

Hoitohenkilökunnalla koettiin olevan tärkeä rooli sosiaalisessa hoitoympäristössä (Cook & Brown-Wilson 2010). Sosiaaliset suhteet hoitohenkilöstöön olivat asukkaille todella tärkeitä, varsinkin jos heillä ei ollut juuri vierailijoita. Suhteet hoitohenkilöstöön herättivät asukkaissa yhteenkuuluvuuden tunnetta ja toivat merkitystä asukkaiden elämään. (Welsh ym. 2012.) Hoitohenkilökunnan pysyvyys vaikutti positiivisesti asukkaiden kokemukseen asumisesta hoitokodissa. Lisäksi se oli tärkeä tekijä sosiaalisten suhteiden syntymiselle sekä yksilölliselle ja vastuulliselle hoidolle. (Cook & Brown-Wilson 2010.) Hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välille muodostuviin suhteisiin vaikutti, millainen hoitajien lähestymistapa hoitoon oli. Asukkaat, omaiset ja hoitohenkilökunta pitivät arvossa persoonallista, vastaanottavaa ja asukaslähtöistä hoitosuhdetta. Hoidon ollessa todella asukaslähtöistä, hoitaja oli tutustunut asukkaaseen kunnolla, tunsu tämän menneisyyden ja tiesi millaisista asioista asukas pitää. Tiedon perusteella hoitajat tekivät pieniä asioita hoidon lomassa, jotka tuottivat asukkaille iloa (Brown Wilson & Davies 2009). Tieto auttoi hoitajia ymmärtämään asukkaan käyttäytymistä (Brown Wilson & Davies 2009) ja välttämään asioita, jotka saattoivat aiheuttaa häiritsevää käyttäytymistä (Garcia ym. 2012). Garcia ym. (2012) totesivat, että ihmisten väliset suhteet ja kontaktit hoitopaikassa olivat merkittävässä asemassa, jotta dementoituneet asukkaat saivat käsityksen hoitoympäristöstään. Vuorovaikutuksessa asukkaan kanssa hoitohenkilöstön tuli olla kunnioittava, hellä ja positiivinen. Sosiaaliselle vuorovaikutukselle oli tärkeää varata aikaa ja dementoituneiden asukkaiden kanssa kommunikoidessaan hoitajan tuli käyttää rauhoittavaa kieltä, vakuuttelua, katsoa asukasta kohden ja osata vetäytyä tarvittaessa. (Garcia ym. 2012.)

Jotkut omaiset osallistuivat merkittävällä panoksella osaston rutiineihin ja toimintoihin. Omaiset, jotka olivat paljon paikalla osallistuivat hoitotyöhön ja ajoivat muidenkin kuin oman omaisensa asiaa. (Baumbusch & Phinney 2014.) Jotkut omaiset veivät asukkaita esimerkiksi tapaamaan ystäviään, juhliin ja muihin sosiaalisiin tapahtumiin (Thomas ym. 2013). Asukkaille erittäin tärkeä sosiaalisen vuorovaikutuksen muoto oli kontakti omaistensa kanssa (Harmer & Orrell 2008; Thomas ym 2013). Lisäksi omaisilta saatu tuki oli kaikkein tärkeintä tuen muotoa asukkaille. Yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa omaiset pystyivät vaikuttamaan asukkaan hoitoon tarjoamalla tietoa ja kokemuksiaan asukkaan hoidon tarpeesta hoidon laadun parantamiseksi. (Cheng ym. 2011.) De Rooijin ym. (2012) tutkimuksessa omaiset kokivat, että heidän mielipiteensä kuultiin ja otettiin huomioon. Omaiset kokivat, että hoitohenkilökunta kunnioitti asukkaita ja otti heidät vakavasti. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutukseen sekä

asukkaiden että omaisten kanssa oltiin tyytyväisiä. (de Rooij ym. 2012.) Omaisten rooli oli kuitenkin joskus epäselvä yksiköissä. Toisaalta omaisten läsnäolo koettiin hoitohenkilökunnan puolelta lisätyönä, toisaalta taas heidän ajateltiin olevan osa tiimiä ja toisaalta taas hoidon vastaanottajina asukkaan omaisena. Omaisten rooli oli ajoittain vaikea sekä omaiselle että hoitohenkilökunnalle ja roolia tulisi selkeyttää ja tukea esimerkiksi menettelytapaohjeiden kautta. (Baumbusch & Phinney 2014.)

### 3.5.3 Päätäntävalta asukkaalla

Asukkaat näkivät merkityksellisimpinä tekijöinä hoitoympäristössä mahdollisuuden tehdä valintoja ja kokea elämänhallintaa (Popham ja Orrell 2012). Asukkaalla tuli olla päätäntävalta esimerkiksi siitä, milloin hän haluaa nousta aamulla, mitä tehdä päivän aikana ja milloin mennä nukkumaan (Murphy ym. 2008) ja hoitohenkilökunnan tuli kunnioittaa oikeutta päätäntävaltaan (Chen 2010). Asukkaat kokivat, ettei itsemääräämisoikeus aina toteutunut. Syynä tähän oli asukkaiden riippuvuus hoidosta. (Andersson ym. 2007.) Maailman terveysjärjestön aktiivisen vanhenemisen viitekehityksessä korostettiin asukkaiden oikeutta päätöksentekoon koskien elämäänsä ja hoitoansa (WHO 2002; Van Malderen ym. 2013). Anderssonin ym. (2007) tutkimuksessa korostettiin hoitohenkilökunnan velvollisuutta huomioida ja kunnioittaa asukkaiden yksilöllisiä toiveita. Lisäksi omaiset tulisi ottaa mukaan päätöksentekoon hoidossa (Murphy ym. 2008).

## 3.6 Symbolinen hoitoympäristö

Symboliseen hoitoympäristöön liittyen tutkimusta oli huomattavasti vähemmän kun fyysiseen tai sosiaaliseen hoitoympäristöön. Nimellisesti symbolista hoitoympäristöä ei koskenut yksikään valikoituneista artikkeleista. Symboliseen hoitoympäristöön kuuluvaksi voidaan tässä tutkimuksessa käytetyn Kimin (2010) ympäristön jaottelun perusteella ajatella kuuluvaksi esimerkiksi organisaation säännöt ja ohjeet sekä hoitokulttuuri. Näiden lisäksi symboliseen hoitoympäristöön liittyen kommunikaatio- ja kieliongelmat tulivat esiin eri kulttuuritaustaisten asukkaiden ja hoitohenkilökunnan välillä Pophamin ja Orrellin (2012) tutkimuksessa.

Organisaation säännöt ja ohjeet vaikuttivat osaltaan häiritsevän käyttäytymisen lisääntymiseen ja heikensivät koettua elämänlaatua pitkäaikaishoidossa (Garcia ym. 2012). Hoitopaikassa vallitsevat normit sosiaaliselle käyttäytymiselle olivat ajoittain asukkaille

epäselviä ja haastavia (Harmer & Orrell 2008). Organisaation rutiineista oli sekä hyötyä että haittaa asukkaille. Rutiinit loivat turvallisuuden tunnetta, mutta samaan aikaan ne rajoittivat asukkaiden osallistumista heille merkityksellisiin aktiviteetteihin (Harmer & Orrell 2008) ja heidän valinnanmahdollisuuksiaan (Train ym. 2005). Hoitolaitoksen rutiinit koettiin liian tiukoiksi sekä omaisten että hoitohenkilökunnan näkökulmasta (MacDonald 2006). Asukkaat kokivat Trainin ym. (2005) tutkimuksessa, että heille ei tarjottu valinnanmahdollisuuksia eikä osaston toimintatavoissa ollut joustavuutta liittyen esimerkiksi siihen kuinka kauan ja milloin asukkaat halusivat levätä tai peseytyä. Hoitajat ajattelivat, että joustavuutta oli, mutta myönsivät, etteivät aina huomanneet antaa asukkaiden tehdä yksilöllisiä valintoja (Train ym. 2005). Samoin Harmerin ja Orrellin (2008) tutkimuksessa oli havaittavissa jännitystä osaston rutiinien ja asukkaiden omien tapojen välillä. Kiireen takia eivät hoitajat aina toimineet niin kuin asukkaan toimintakyky olisi edellyttänyt. Esimerkiksi joskus asukasta siirrettiin pyörätuolilla, koska kävelyssä avustamisessa aikaa olisi kulunut enemmän. (Benjamin ym. 2011.) Esimiehet korostivat, etteivät osaston rutiinit ja aikataulu saa ohjata toimintaa vaan näiden tuli olla joustavia, jotta asukkaiden vapaus valita toteutui. Hoidon tuli olla yksilöllistä, asiakaslähtöistä ja perhekeskeistä. (Murphy ym. 2008.) Murphyn ym. (2008) tutkimuksen mukaisesti juuri esimiehet olivat avainasemassa hoitokulttuurin luomisessa.

Vallitseva hoitokulttuuri määrittä voimakkaasti millainen hoitopaikka asukkaille oli (Cook & Clarke 2010). Symbolisen hoitoympäristön yhteys muihin hoitoympäristön ulottuvuuksiin oli selvä, sillä esimerkiksi fyysisen hoitoympäristön muutosten yhteydessä tehtiin muutoksia myös hoitokulttuurissa ja hoitokäytännöissä (Shield ym. 2014). Muutoksia sekä hoitokulttuurissa että hoitoympäristössä tehdessä tuli koko yhteisö huomioida ja kommunikoida hoitohenkilökunnan ja asukkaiden kanssa (Shield ym. 2014). Asukkaille tuli antaa vaikutusmahdollisuuksia ja mahdollisuus tuoda esiin mielipiteensä ja ideansa, kuinka he haluaisivat yksikköä kehittää. (Cook & Clarke 2010.)

### 3.7 Hoitoympäristön ulottuvuuksien yhteys toisiinsa

Valikoituneissa artikkeleissa käsiteltiin hoitoympäristöä yleensä joko fyysisenä tai sosiaalisena. Kuitenkin Kimin (2010) jaottelun mukaiset ympäristön ulottuvuudet sekoittuivat toisiinsa eikä niitä ollut mahdollista eikä tarkoituksenmukaistakaan erottaa täysin toisistaan. Fyysinen hoitoympäristö oli toimintaympäristö sosiaaliselle ja symboliselle hoitoympäristölle (Kim 2000).

Sosiaalinen hoitoympäristö oli vahvasti sidoksissa fyysiseen hoitoympäristöön ja fyysistä hoitoympäristöä muuttamalla voitiin saada aikaan muutoksia myös sosiaalisessa hoitoympäristössä (Schwarz ym. 2004; Cioffi ym. 2007). Esimerkiksi erilaisilla tilaratkaisuilla voitiin tukea sosiaalista vuorovaikutusta ja ihmissuhteiden luomista (Thomas ym. 2013) kuten Schwarzin ym. (2004) tutkimuksessa, jossa ruokailutilan muutosten yhteydessä sosiaalinen kanssakäyminen lisääntyi ikääntyneiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Hoitoympäristö vaikutti siihen, kuinka paljon yksilöt olivat vuorovaikutuksessa keskenään ja tämän vuorovaikutuksen laatuun. Hoitohenkilökunta pystyi järjestelemään hoitoympäristöä luodakseen tilan, joka edisti sosiaalista vuorovaikutusta. (Cook & Clarke 2010.) Lisäksi esimerkiksi sosiaalisten aktiviteettien kautta syntyneiden tuoksu- jen kuten leipomisen tai iltapäiväkahvin tuoksu, saattoivat lisätä kodikkuutta ja asukkaan yhteyttä hoitoympäristöön (Edvardsson 2008). Symboliseen hoitoympäristöön vaikuttavat tekijät olivat usein abstrakteja ja tulivat näkyviin osana toisia hoitoympäristön ulottuvuuksia. Esimerkiksi symbolisen hoitoympäristön yhteys fyysiseen ja sosiaaliseen hoitoympäristöön näkyi niin, että fyysisen hoitoympäristön muutostöiden taustalla oli yleensä muutos hoitokulttuurissa, jolloin oli tärkeää saada koko yhteisö mukaan muutokseen (Shield ym. 2014).

Hoitohenkilökunnalla oli rooli yhteisen sosiaalisen vuorovaikutuksen lisäksi tukea yksilöitä käyttämään omaa tilaansa ja taata asukkaille mahdollisuus yksityisyyteen (Cook & Clarke 2010; Edgerton & Richie 2010). Pitkäaikaishoidossa asukkaat jakoivat tilan tuntemattomien ihmisten kanssa ja se saattoi heikentää asukkaiden autonomian ja yksityisyyden kokemusta (Welsh ym. 2012). Hoitoympäristön tulisi niin pitkälle kuin mahdollista olla asukkaan yksilölliset tarpeet huomioiva. Kuitenkin koska nämä tarpeet vaihtelevat jopa osastojen sisällä, joudutaan hoitoympäristössä aina tekemään kompromisseja. (Fleming & Purandare 2010.)

Sosiaalista hoitoympäristöä pidettiin merkittävämpänä kuin fyysistä hoitoympäristöä (Innes ym. 2011; Garcia ym. 2012; Popham & Orrell 2012). Asukkaille fyysistä hoitoympäristöä tärkeämpää oli osallistuminen mieleisiinsä aktiviteetteihin ja hoitohenkilöstön määrä, asenteet ja koulutus (Popham & Orrell 2012). Sekä asukkaat että omaiset olivat sitä mieltä, että hoitohenkilökunta ja ihmiset, jotka työskentelevät hoitopaikassa luovat ilmapiirin (Innes ym. 2011). Kekseliään ja tukevan hoitoympäristön luominen oli erittäin tärkeää aktiiviselle ikääntymiselle. Hoitohenkilökunta voisi auttaa ikääntyneitä näkemään mahdollisuuksia fyysiseen aktiivisuuteen eri yhteyksissä ja uusilla tavoilla. (Chen 2010.) Tunne pärjäämisestä toimintakyvyn heikentyessäkin oli yksilölle tärkeää.

Tavoitteet motivoivat liikkumaan ja kuntoutumaan. Asukkaat kokivat ylpeyttä ja itsekunnioitusta tehdessään asioita, jotka kuuluivat normaaliin elämään ennen pitkäaikaishoitoa. (Welsh ym. 2012.)

Kuten Schwarz ym. (2004) esittivät, kannattaa hoitohenkilökunnan kokemus käytännön työstä hyödyntää suunnitellessa ja toteuttaessa muutoksia hoitoympäristössä, mutta parhaisiin tuloksiin pääsemiseksi on lisäksi organisaation sitoutuminen tärkeää. Muutokset hoitoympäristössä tulee suunnitella yhteen organisaation, hoitohenkilökunnan ja sosiaaliset näkökulmat huomioden, jotta suurin mahdollinen hyöty ympäristön muutoksista saadaan aikaan (Schwarz ym. 2004). Samoin Garcian ym. (2012) tutkimuksessa sekä omaisten että hoitohenkilökunnan mielestä tuli sekä rakennus itsessään, hoitohenkilöstö ja asukkaisiin liittyvät tekijät ottaa huomioon optimaalista hoitoympäristöä kehitettäessä. Hoitoympäristön ulottuvuuksien joustavuus oli olennaista (Garcia ym. 2012).

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä osastonhoitajien näkökulmasta pitkäaikaishoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa pitkäaikaishoitopaikkojen hoitoympäristöistä, jota voidaan hyödyntää kehittäessä hoitoympäristöjä ikääntyneiden toimintakykyä tukevammiksi.

Tutkimuskysymykset:

- Millainen osastonhoitajien näkökulmasta on ikääntyneiden toimintakykyä tukeva fyysinen, sosiaalinen ja symbolinen hoitoympäristö?
- Mitkä tekijät ovat osastonhoitajien näkökulmasta merkityksellisimpiä ikääntyneiden toimintakykyä tukevassa hoitoympäristössä?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusasetelma

Tässä pro gradu -tutkimuksessa käytettiin kuvailevaa laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusasetelman valintaa (Grove ym. 2013). Kuvaileva laadullinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska haluttiin kuvata tiettyä ilmiötä (Sandelowski 2000) osastonhoitajien näkökulmasta sen luonnollisessa ympäristössä (Neergaard ym. 2009; Grove ym. 2013).

### 5.2 Tutkimuksen otos ja konteksti

Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantamenetelmää, jolloin tutkimukseen valittiin osallistujia, joilta odotettiin saatavan informaatorikasta aineistoa (Sandelowski 2000; Neergaard ym. 2009; Grove ym. 2013). Tarkoituksenmukainen otanta oli perusteltua, sillä mukaan haluttiin osastonhoitajia, joilla oli tietoa ja osaamista ikääntyneiden toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä. Osallistujien sisäänottokriteereinä olivat vapaaehtoisuus, toimiminen osastonhoitajana pitkäaikaishoitopaikassa ja suomen kieli.

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat pitkäaikaishoidossa työskentelevät osastonhoitajat Etelä-Suomesta kahdesta eri kaupungista. Osallistujien rekrytointi tehtiin yhteyshenkilöiden avulla sähköpostitse ja henkilökohtaisesti. Rekrytoinnin yhteydessä osallistujille toimitettiin sähköisesti tiedote tutkimuksesta (liite 3). Otos koostui 14 osastonhoitajasta (n=14). Otoksoon määrittäminen laadullisessa tutkimuksessa ei ole suoraviivaista. Yleisesti ajatellaan, että aineistonkeruuta tulee jatkaa kunnes aineisto saturoituu. (Milne & Oberle 2005.) Aineiston perusteella saturoituminen saavutettiin tällä otoksella, sillä haastatteluissa esiintyvät asiat alkoivat toistua eikä uusia kokonaisuuksia enää tullut esiin.

### 5.3 Aineistonkeruu

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin fokusryhmähaastattelut, koska niiden avulla oli mahdollista saada laajaa tietoa aiheesta (Sandelowski 2000) osallistujien käymän keskustelun kautta (Kylmä & Juvakka 2007). Fokusryhmähaastatteluissa haastateltavat toivat esille omalla kielellään (Neergaard ym. 2009) tietojen ja ajatusten lisäksi myös kokemukset, asenteet ja asioille antamat merkitykset (Kitzinger 1995; Curtis &



Redmond 2007; Jayasekara 2012), mistä tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita.

Haastatteluja varten muodostettiin avoin haastattelurunko kirjallisuuden ja tutkimuskysymysten pohjalta (liite 4). Avoin haastattelurunko mahdollisti vapaamuotoisen keskustelun (Grove ym. 2013). Haastattelurungossa hoitoympäristö oli jaettu fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen ympäristöön Kimin (2010) määritelmän mukaisesti. Ensimmäinen haastattelu toimi samalla haastattelurungon pilotoitina, eikä haastattelun jälkeen ilmennyt syytä muuttaa sitä.

Aineistonkeruu toteutettiin kesäkuussa 2014. Fokusryhmähaastatteluja järjestettiin neljä, joissa osallistujamäärä oli kahdesta viiteen haastateltavaa. Haastattelut järjestettiin osallistujien työpaikoilla rauhallisissa neuvotteluhuoneissa. Haastattelujen aluksi osallistujat antoivat kirjallisesti tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen (liite 5). Tutkija selitti fokusryhmähaastattelun idean samalla rohkaisten osallistujia keskustelemaan keskenään ennemmin kuin vastaamaan tutkijalle. Haastattelurunko oli osallistujien nähtävissä ja se toimi keskustelun tukena. Haastatteluihin osallistui tutkijan lisäksi opiskelijakollega tarkkailijan roolissa. Hän teki muistiinpanoja haastattelutilanteesta, joita käytettiin apuna aineistoa puhtaaksikirjoittaessa. Haastattelut nauhoitettiin. (Kidd & Parshall 2000; Shaha ym. 2011.) Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 251 minuuttia ja haastatteluiden kesto oli 61-64 minuuttia.

#### 5.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston analyysissä käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista sisällön analyysiä. Aineiston analyysiä ohjasi Kimin (2010) ympäristön jaottelu. Tämän jaottelun pohjalta muodostettiin väljä analyysirunko, jonka sisällä muodostettiin aineistosta luokkia induktiivisen sisällön analyysin periaatteita mukaillen (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällön analyysi valittiin, sillä tutkittavasta kohteesta haluttiin saada kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999; Elo & Kyngäs 2007).

Haastattelut puhtaaksikirjoitettiin niiden jälkeen. Puhtaaksikirjoitettua aineistoa oli 51 sivua fontilla Times New Roman, fonttikoko 12, rivivälillä 1. Sekä puhtaaksikirjoitusvaiheessa että haastatteluiden jälkeen aineistosta tehtiin huomioita ja muistiinpanoja, joita käytettiin myöhemmin analyysin tukena. Puhtaaksikirjoitettuun aineistoon tutustuttiin huolellisesti lukemalla sitä useaan otteeseen (Graneheim & Lundman 2004; Grove

ym. 2013.) Huolellinen aineistoon tutustuminen auttoi tutkijaa saamaan kokonaiskuvan aineistosta ja käsityksen millainen ikääntyneiden toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien mielestä oli.

Analyysiyksiköksi valittiin yksi lause tai lausuma. Tutkimuskysymysten ja tutkimuksen tarkoituksen perusteella aineistosta päädyttiin tulkitsemaan ilmisisältöjä, jolloin tutkijan tekemä tulkinnat eivät vaikuta lopputulokseen yhtäläillä kun piilosisältöjä analysoidessa (Kyngäs & Vanhanen 1999; Elo & Kyngäs 2007). Puhtaaksikirjoitettu aineisto jaettiin Kimin (2010) jaottelun mukaan koskemaan fyysistä, sosiaalista ja symbolista hoitoympäristöä. Tämän jälkeen aineiston analyysi eteni induktiivisesti seuraavien vaiheiden mukaan: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli kategorioiden muodostaminen. Pelkistäessä aineistosta koodattiin lauseita ja lausumia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin eli millaiseksi osastonhoitajat kuvasivat toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä ja mitä he pitivät siinä merkityksellisenä. Pelkistettyjä ilmaisuja yhdisteltiin sisällöltään yhteensopiviksi ryhmiksi, joista muodostettiin alakategorioita. Analyysiä jatkettiin muodostamalla sisällöllisesti toisiaan vastaavia alakategorioita yhdistämällä yläkategorioita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Graneheim & Lundman 2004.) Kategorioiden muodostaminen on näkyvillä liitteissä (liite 6, liite 7, liite 8 ja liite 9).

## 6 TULOKSET

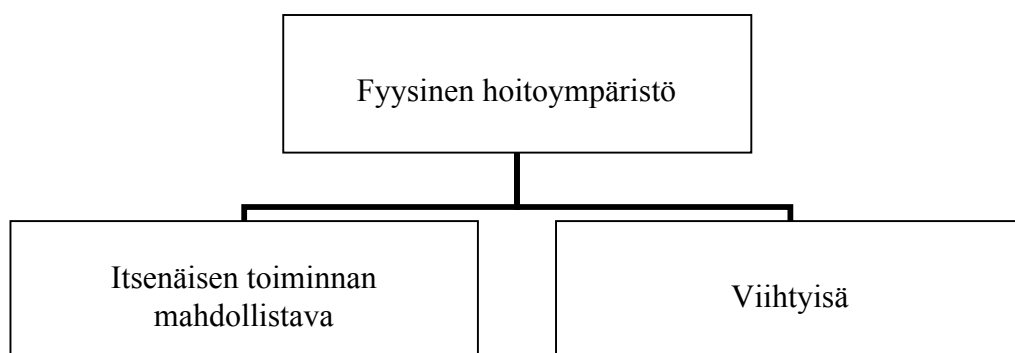
### 6.1 Osallistujien taustatiedot

Osallistujat olivat osastonhoitajia kahdesta eri kaupungista ja kuudesta eri pitkäaikais-hoitopaikasta Etelä-Suomesta. Kaikki osallistujat olivat naisia. Osallistujat olivat iältään 34–64 -vuotiaita. Työkokemusta hoitotyössä heillä oli keskimäärin 15,5 vuotta (vaihteluväli 6-32 vuotta) ja työkokemusta esimiestyöstä 11,5 vuotta (vaihteluväli 2-20 vuotta). He toimivat esimiehinä joko yhdessä tai useammassa yksikössä. Kaikki mukana olleet yksiköt olivat kunnan omia pitkäaikaishoitopaikkoja. Mukana oli sekä tehostetun palveluasumisen yksiköitä että vanhainkoteja. Yksiköiden asukasmäärät vaihtelivat 14-33 asukkaan väliltä. Suurin osa yksiköistä oli profiloitunut muistisairaiden hoitoon.

Johtamiskoulutusta osallistujilla oli seuraavasti: terveystieteiden maisteri (n=2), ylempi ammattikorkeakoulututkinto (n=2), johtamisen erikoistumisopinnot (n=4), johtamisen erikoisammattitutkinto JET (n=2) ja sosiaali- ja terveysjohtamisen PD (professional development) -opinnot (n=1). Lopuilla osallistujilla (n=3) ei ollut johtamiskoulutusta.

### 6.2 Ikääntyneen toimintakykyä tukeva fyysinen hoitoympäristö

Ikääntyneen toimintakykyä tukeva fyysinen hoitoympäristö jakaantui kahteen yläkategoriaan, jotka olivat itsenäisen toiminnan mahdollistava ja viihtyisä (kuvio 2).



Kuvio 2. Fyysisen hoitoympäristön yläkategoriat.

#### 6.2.1 Itsenäisen toiminnan mahdollistava hoitoympäristö

Itsenäisen toiminnan mahdollistavan hoitoympäristön alakategoriat olivat turvallinen, esteetön, kuntouttava ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet tarjoava. Hoitoympäristön

turvallisuutta koskien rakennussäädökset ja paloturvallisuus oli huomioitu hoitoympäristön suunnittelussa. Näiden lisäksi lainsäädäntö asetti ohjeita turvallisuudelle kuten kiellon ovien lukitsemisesta. Hoitoympäristön turvallisuutta lisäsivät vähäinen laitojen käyttö sängyissä (turvallisuustekijä) ja riittävä valaistus osastolla. Teknologiaa hyödynnettiin turvallisen hoitoympäristön luomiseksi esimerkiksi hälytysjärjestelmien ja hälymattojen avulla.

*Käytetään minimissään laitoja kun sehän on estämistä ja sitten jos joku meidän muistisairas asukaskin päättää lähteä sieltä niin hänhän tulee yli laitojen niin me ollaan turvallisuustekijä tähän hoitoympäristöön ja fyysiseen ympäristöön tehty.*

Itsenäisen toiminnan mahdollistava hoitoympäristö piti lisäksi sisällään esteettömyyden. Fyysinen hoitoympäristö pyrittiin pitämään esteettömänä liikkumisen helpottamiseksi. Kynnykset aiheuttivat joskus ongelmia asukkaille. Apuvälineiden runsas määrä teki ajoittain tilat ahtaiksi ja apuvälineitä pyrittiin laittamaan syrjään esimerkiksi asukashuoneiden kylpyhuoneisiin. Muutoin yksiköt koettiin yleisesti ottaen suhteellisen tilaviksi.

Fyysisen hoitoympäristön tuli osastonhoitajien mielestä olla kuntouttava. Ulkoilu koettiin tärkeäksi ja sitä pyrittiin järjestämään mahdollisuuksien mukaan. Hoitopaikan sijainti vaikutti siihen, millainen ulkoiluympäristö asukkaille oli tarjota. Kun esimerkiksi kaupungissa voitiin kannustaa asukkaita torille tai kirjastoon, niin toisaalla kannustimeksi toimi luonto. Kuntoutumiseen sisätiloissa tarjottiin esimerkiksi kuntosalia ja porraskävelyä sekä kuntoiluvälineitä kuten puolapuut ja motomed. Asukkaita motivoitiin kuntoiluun esimerkiksi eri kerroksessa sijaitsevan akvaarion tai pihalla olevien kesäkanojen avulla.

*Talohan on liikunnallisesti orientoitunut eli täällä on paljon viriketoimintaa. Varsinkin kesäaikaan on ulkoilutilanteita eli asukkaista mahdollisimman monen pitäisi päästä ulos ja liikkumaan täällä eri tuokioihin.*

*Puolapuut on, kävelytelineet ja rappusia riippusillan alla.*

*Kesäkanat lisää ja edesauttaa asukkaiden ulkoilua. Kanoista voi tulla tekemisen kohde ja päämäärä ulkoiluun.*

Tarkoituksenmukaiset apuvälineet tarjoava hoitoympäristö koettiin tärkeäksi, sillä melkein jokaisella asukkaalla oli jokin liikkumisen apuväline käytössään. Fyysisessä hoitoympäristössä oli huomioitu kaiteiden ja nousutukien sijoittelu, jotta ne helpottaisivat itsenäistä toimimista huoneessa tai wc:ssä. Osastonhoitajat mainitsivat mahdollisuudesta säätää apuvälineitä tai huonekaluja asukkaille sopiviksi. Apuvälineitä saatiin käyttöön hyvin, mutta tärkeää oli niiden tarkoituksenmukainen käyttö. Esimerkiksi nosturilla siirtäminen ei aina ollut asukkaan toimintakykylähtöistä toimintaa, jos avustamallakin voisi tukea tätä nousemaan.

*Melkein joka asukkaalla on joku liikkumisen apuväline.*

### 6.2.2 Viihtyisä hoitoympäristö

Viihtyisän hoitoympäristön alakategoriat olivat esteettinen ja kodinomainen. Esteettisyyteen oli kiinnitetty huomiota miettimällä sisustusta, osaston väritystä ja materiaalivalintoja. Vaikutuksensa hoitoympäristön esteettisyyteen oli myös kukilla, kasveilla, tuoksulla sekä siisteydellä ja järjestyksellä. Vuodepotilaat tai pyörätuoleilla liikkuvat asukkaat huomioitiin esimerkiksi laittamalla koristeita myös katon rajaan tai sijoittamalla tauluja normaalia matalammalle.

*Meidän vanhus on vuoteessa eikä pysty sieltä vuoteesta enää ylösnousemaan ja kenties vuoteen kanssa viedään päiväsaliiin ja ulos niin meillä on laitettu luonnonläheisyyttä pikkuhiljaa myös tänne katon rajaan, että myöskin sieltä sängystä näkee. Sillä tavalla pyritty koristaa sitä huonetta ja pyritty huomioimaan muualtakin kun vaan seinistä ja lattioista.*

*Toimintakykyä ylläpitää myös se, että tiloissa viihtyy.*

Kodinomaisuutta hoitoympäristöön toivat asukkaiden omat tavarat huoneissaan. Suurimmassa osassa yksiköitä oli yhden hengen huoneet, joita asukkaat saivat itse ja hoitajan sekä omaistensa kanssa sisustaa mieleisellään tavalla. Kodinomaisuuteen ajateltiin kuuluvaksi myös vuodenaikojen huomiointi osaston sisustuksessa koristamalla osastoa esimerkiksi pyhien mukaisesti.

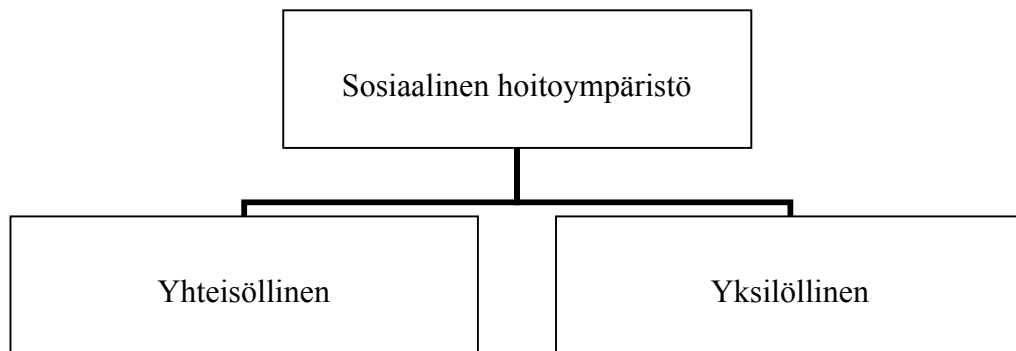
*Valokuviakin meillä on paljon ja jotain rakkaita tauluja asukkaat on tuonut kotiaan millä sitä kodikkuutta lisätään.*

*Huomioidaan asukkaan toiveet ja yritetään sitä tuoda hänelle, että se tukee toimintakykyäkin kun ympäristö on mieluisa ja omaisten valokuvia. Yhdelle herralle laitettiin tauluksi oma kesäpaikka niin hän on siitä tykästynyt.*

### 6.3 Ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö

Ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö jakautui kahteen yläkategoriaan, jotka olivat yhteisöllinen ja yksilöllinen (kuvio 3). Eräs osastonhoitaja kuvasi sosiaalista hoitoympäristöä seuraavasti:

*Mahdollisuudet ympäristössä on yksityisyyteen, mutta myös seuraan.*



Kuvio 3. Sosiaalisen hoitoympäristön yläkategoriat

#### 6.3.1 Yhteisöllinen hoitoympäristö

Yhteisöllinen hoitoympäristö koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat osallistumista tukeva ja yhteisön vuorovaikutusta tukeva. Osallistumista toimintaan tuettiin vahvasti, sillä osastonhoitajat näkivät osallistumisen tärkeänä toimintakyvylle.

*Toimintakyky on myös osallisuutta ja sitä, miten hyvin pystyy osallistumaan yhteisön toimintaan.*

Sosiaalisia aktiviteetteja oli tarjolla paljon sekä yksiköissä että hoitopaikoissa yhteisenä toimintana ja tapahtumina. Suurempia juhlia järjestettiin esimerkiksi äitienpäivänä ja jouluna. Lisäksi järjestettiin ryhmissä tapahtuvaa viriketoimintaa tai -tuokioita kuten puutarharyhmiä ja peliryhmiä. Jossain taloissa oli mahdollista liikkua yksiköiden välillä. Osastonhoitajat kokivat tärkeäksi, että asukkaille tarjottiin mielekästä tekemistä. Se on-

nistui esimerkiksi kartoittamalla asukkaan taustaa ja harrastuksia. Joissain tapauksissa oli toisaalta saatu tarjottua asukkaalle uusia kokemuksia jonkun toiminnan parissa.

*Laulamisen taito säilyy monella pitkään vaikka ei enää puhuisi tai ei mitään kontaktia oikein ota, mutta jossain ryhmässä niin sieltä tulee monta säikeistöä.*

*Asukas voi jopa innostua maalaamaan vasta ikääntyneenä.*

Yhteisöllinen hoitoympäristö oli lisäksi yhteisön vuorovaikutusta tukeva. Hoitohenkilökunnan rooli koettiin hyvin tärkeäksi toimintakykyä tukevassa sosiaalisessa hoitoympäristössä.

*Oli hoitoympäristö mikä hyvänsä niin keskeisessä roolissa on hoitohenkilökunta.*

Yhteisö pitkäaikaishoidossa oli laaja ja moniammatillinen koostuen hoitohenkilökunnasta, fysioterapeuteista, toimintaterapeuteista, geronomeista, lääkäreistä, viriketoiminnan ohjaajista ja opiskelijoista. Yhteisöön kuuluivat hoitohenkilökunnan lisäksi asukkaiden omaiset ja vapaaehtoistyöntekijät. Osastonhoitajat pitivät omaisia erittäin tärkeänä osana sosiaalista hoitoympäristöä. Omaisia toivottiin mukaan arkeen, toimintaan ja hoitokokouksiin.

*Luodaan tai ainakin yritetään luoda kontaktia omaisiin ja tuoda esiin ideoita, että he osallistuisivat tähän toimintaan täällä ... ottaa osaa ja on mukana kehittämässä, antamassa kritiikkiä.*

*Siihen yritetään panostaa, että omaiset on meillä kun kotonaan. Tälläkin hetkellä omaisen on meidän yksikössä todella pitkiä aikoja hoitamassa omaa omaistansa, että ne on kyllä hirvittävän arvokkaita sille asukkaalle itselleen.*

Sosiaalisia suhteita oli asukkaiden välillä ja niitä tuettiin mahdollisuuksien mukaan. Eri-laisissa viriketuokioissa pyrittiin luomaan ryhmähenkeä asukkaiden välille.

*Ryhmäytymisen kannalta ja merkityksellistä elämää on, että yritetään tuoda normaalia elämää tänne laitokseen kun ryhmä alkaa niin kaikki kättelevät toisensa ja esittäytyvät.*

### 6.3.2 Yksilöllinen hoitoympäristö

Yksilöllinen hoitoympäristö koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat itsemääräämisoikeutta kunnioittava ja yksityisyyttä tukeva. Itsemääräämisoikeutta kunnioittavassa hoitoympäristössä annettiin asukkaalle päätäntävalta omista asioistaan ja mahdollisuus tehdä valintoja esimerkiksi osallistumisesta yksikössä tapahtuvaan toimintaan.

*Kun toimintaa on niin paljon, on todella tärkeää, että asukkailla on itsellään mahdollisuus päättää ja tehdä päätöksiä, että ei vaan viedä ja oleteta kysymättä niin kuin ennen vanhaan kun kuulu osallistua.*

Itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan hoitoympäristöön liittyi lisäksi asukkaan elämänhallinnan kokemuksen säilyttäminen.

*Elämänhallinnan elementit on tärkeitä ja niitä pitäisi tukea, että helposti voi laitoksessa tulla sellainen olo, että hanskat tiskiinkin.*

Yksityisyyttä tukeva hoitoympäristö antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja oman reviirin hallintaan.

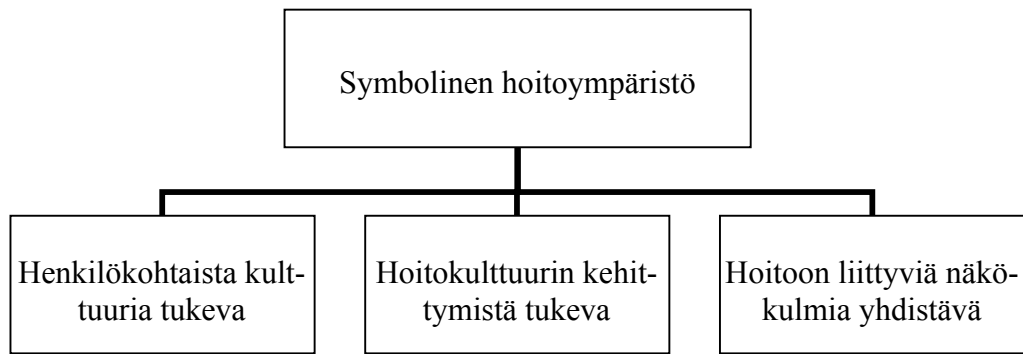
*Tietenkin sitten kun mennään asukkaan omaan huoneeseen ja se olisi yksityisyyttä.*

*Huone on se oma reviiiri ja sitä saa hallita.*

### 6.4 Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö

Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö jakaantui kolmeen yläkategoriaan, jotka olivat henkilökohtaista kulttuuria tukeva, hoitokulttuurin kehittymistä tukeva sekä hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävä (kuvio 4).





Kuvio 4. Symbolisen hoitoympäristön yläkategoriat

#### 6.4.1 Henkilökohtaisen kulttuurin ylläpitämistä tukeva hoitoympäristö

Henkilökohtaista kulttuuria tukeva hoitoympäristö koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat hengellisyyden mahdollistava ja kulttuuritaustan huomioonottava. Hengellisyttä ja sen harjoittamista mahdollistettiin huomioimalla pyhäpäivät hoitopaikoissa. Uskonnoista evankelis-luterilainen uskonto oli vahvimmin näkyvillä. Sairaalateologi vieraili ja hartauksia järjestettiin säännöllisesti. Uskonnollisia esineitä ja symboleita voitiin tuoda osastolle jos tiedettiin, että asukkaat olivat uskonnollisista asioista kiinnostuneita. Muiden uskontojen edustajat tulivat huomioiduiksi omien seurakuntiansa yhteydenpidon kautta. Lisäksi yhdessä hoitopaikassa oli hiljainen huone, joka mahdollisti eri uskontojen harjoittamisen.

*Säännölliset hartaudet meillä on sekä osastolla ja kerran viikossa aamuhartaus ulkona.*

Asukkaiden kulttuuritausta otettiin huomioon esimerkiksi pyrkimällä tukemaan asukkaan omaa kulttuuria. Asukkaiden monikulttuurisuuden ajateltiin lisääntyvän tulevaisuudessa. Tällä hetkellä monikulttuurisuus koski lähinnä hoitohenkilöstöä. Hoitohenkilöstön ollessa niin olennainen osa asukkaiden hoitoympäristöä monikulttuurisuus ja sen tuomat kieliongelmat heijastuivat hoitoon ja herättivät paljon keskustelua osastonhoitajien kesken siitä, että osastolla tulisi olla yhteinen työkieli.

#### 6.4.2 Hoitokulttuurin kehittymistä tukeva hoitoympäristö

Hoitokulttuurin kehittymistä tukeva hoitoympäristö muodostui yhdestä samannimisestä alakategoriasta. Osastonhoitajat kokivat, että hoitokulttuuri muuttui ja kehittyi jatkuvasti.

ti. Tärkeinä ajatuksina tällä hetkellä olivat terveyden ja voimavarojen tukeminen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. Työtapojen muuttaminen vaati hoitohenkilökunnalta rohkeutta, kärsivällisyyttä, pitkää pinnaa ja taitoa. Osastonhoitajat näkivät itsensä tuenantajina, ideoijina, kannustajina ja johtajina hoitokulttuurin muutoksessa. Koulutuksen järjestäminen hoitohenkilökunnalle toimintakykylähtoisestä hoitotyöstä ja kuntouttamisesta nousi esille.

*Esimies on tärkeässä roolissa. Jos esimies osaa kannustaa henkilökuntaa kuntouttavassa hoitotyössä niin sillä on suuri merkitys.*

*Kyllähän henkilökuntaan pitää luottaa ja heille pitää antaa mahdollisuus ja minä näen oman roolini siinä, että minun tehtävä on tuoda uusia asioita, heittää ideoita ja katsoa kuka nappaa kiinni.*

#### 6.4.3 Hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävä

Hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävä hoitoympäristö koostui kahdesta alakategorias-  
ta, jotka olivat hoitotyötä ohjaavat normit ja periaatteet huomioiva sekä hoitokulttuuriset erot ja erilaiset lähestymistavat huomioonottava. Hoitotyötä ohjaaviin normeihin ja periaatteisiin kuului muun muassa eettisyyden esillä pitäminen ja ihmisyyden huomiointi. Osastonhoitajat kokivat, että hoitotyötä ohjasivat kirjoitetut ja kirjoittamattomat normit ja säännöt, jotka liittyivät ihmisten väliseen käyttäytymiseen, yksilöllisyyden huomiointiin ja asiakaslähtöisyyteen hoitotyössä. Normeja tuli muualtakin kuin suomalaisesta kulttuurista.

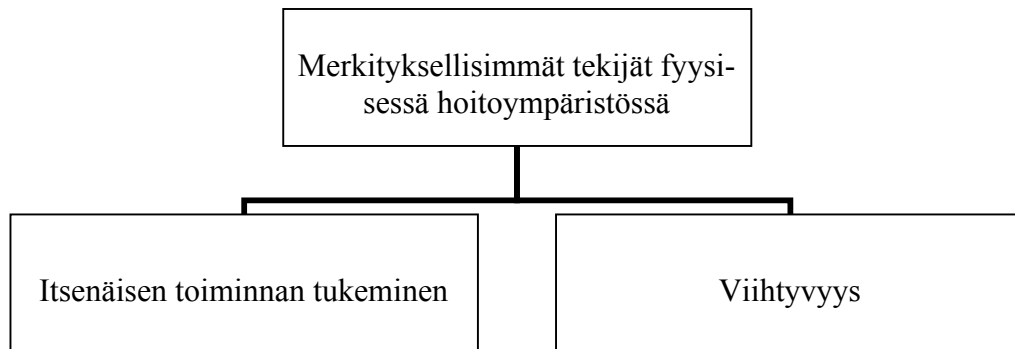
Monikulttuurisuuden vuoksi pitkäaikaishoidossa oli hoitokulttuurillisia eroja ja erilaisia lähestymistapoja hoitajien suhtautumisessa hoitoon ja ikääntyneisiin. Osastonhoitajat kokivat haasteena kuntouttavan työotteen läpiviemisen, sillä jotkut eri kulttuuritaustaiset hoitajat toteuttivat hoitoa puolesta tekemällä tai hyvin toimenpidekeskeisesti. Toisaalta osastonhoitajat kuitenkin kokivat, että eri kulttuuritaustasta johtuen hoitajat kunnioittivat ikääntyneitä, heillä oli kärsivällisyyttä ja hoito saattoi olla inhimillisempää, sillä kielimuurin takia eleitä, ilmeitä ja kosketusta käytettiin hoidossa enemmän hyväksi.

*Tietyistä kulttuureista tulevilla hoitajilla on luonnostaan erilainen asenne vanhuksiin kun osalla tai suurimmalla osalla suomalaisista. On enemmän kunnioitusta ja ehkä lempeyttä tietyissä kansalaisuuksissa.*

*Jos ei ole yhteistä kieltä asukkaan kanssa niin hoitajat ottavat ehkä herkemmin käyttöön ilmeet, eleet ja kosketuksen.*

## 6.5 Merkityksellisimmät tekijät ikääntyneiden toimintakykyä tukevassa hoitoympäristössä

Osastonhoitajat toivat esille merkityksellisiä asioita ikääntyneiden toimintakyvyn tukemiseen liittyen kaikkiin hoitoympäristön ulottuvuuksiin. Fyysisessä hoitoympäristössä merkityksellisimmiksi asioiksi muodostuivat samat kaksi yläkategoriaa kuin ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla eli itsenäisen toiminnan tukeminen ja viihtyvyys (kuvio 5).



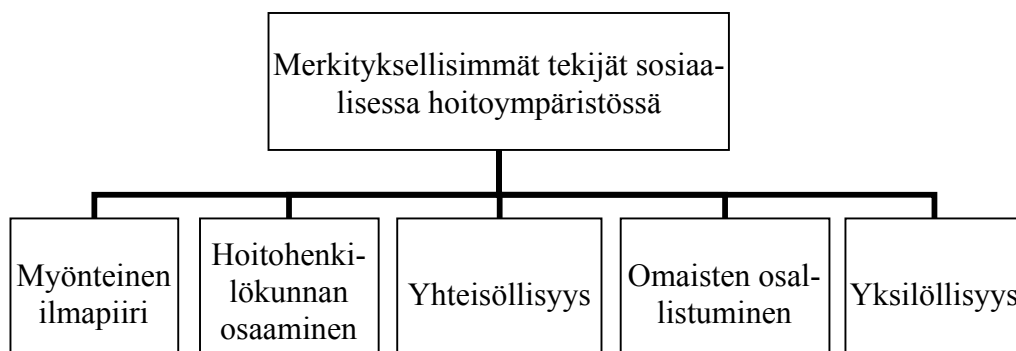
Kuvio 5. Merkityksellisimmät tekijät fyysisessä hoitoympäristössä yläkategoriat

Tärkeänä pidettiin itsenäistä toimimista wc-tiloissa. Tähän liittyen wc-tilat oli suunniteltu niin, että ikääntynyt pystyi suoriutumaan mahdollisimman pienin avuin. Tärkeänä pidettiin oikeita apuvälineitä, sillä apuvälineet helpottivat toimimista ja tekivät sen miellyttävämmäksi asukkaille. Liikkumisen mahdollisuus fyysisessä hoitoympäristössä oli merkityksellistä erityisesti kävelevän muistisairaana kohdalla. Samoin hoitoympäristön turvallisuus ja kuntoutumisen mahdollisuus osastolla tulivat esiin osastonhoitajien vastauksista.

Esteettisyyttä ja kodinomaisuutta korostettiin merkityksellisinä asioina fyysisessä hoitoympäristössä. Pienillä sisustuselementeillä, kukilla ja tuoksulla ajateltiin olevan merkitystä toimintakykyyn motivoimalla asukasta liikkumaan ja kuntoutumaan.

*Hoitoympäristö kuitenkin vaikuttaa ihmisen mielialaan ja jos hoitoympäristö on kovin latistava tai mielikuvitukseton niin ei siellä kukaan motivoitu kuntoutumaan.*

Sosiaalisen hoitoympäristön merkitys tuli voimakkaasti esiin haastatteluissa. Osastonhoitajat kokivat, että sosiaalinen hoitoympäristö oli kaikkein merkityksellisin hoitoympäristön ulottuvuus ja sen avulla oli esimerkiksi mahdollista korvata puutteita fyysisessä hoitoympäristössä. Sosiaalisen hoitoympäristön merkityksellisimmät asiat jakaantuivat viiteen yläkategoriaan, jotka olivat myönteinen ilmapiiri, hoitohenkilökunnan osaaminen, yhteisöllisyys, omaisten osallistuminen ja yksilöllisyys (kuvio 6).



Kuvio 6. Merkityksellisemmät tekijät sosiaalisessa hoitoympäristössä yläkategoriat

*Sosiaalinen ympäristö on kuitenkin tämän tyyppisessä yksikössä ihan ykkönen. Fyysisen toimintaympäristön vajavaisuudetkin voidaan korvata jos se sosiaalinen toimintaympäristö tukee sitä. Kun puhutaan asumisesta kotona, tämä on ihmisten koti niin ne talon vajavaisuudet korvaantuu taatusti, sillä viehättävien yksikköjen perheenomaisuudella.*

Myönteinen ilmapiiri koettiin merkitykselliseksi tekijäksi toimintakyvyn kannalta. Hoitohenkilökunnan rooli ilmapiirin luomisessa oli suuri. Myönteinen ilmapiiri syntyi osastonhoitajien näkemyksen mukaan tavasta tehdä töitä ja hyvistä sosiaalisista suhteista sekä hoitohenkilökunnan kesken, hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välillä sekä asukkaiden kesken. Myönteinen ilmapiiri oli tervetullut tunne, joka syntyi osastolle tullessa, johon kuuluivat läsnäolo ja yhteinen osallisuus osastolla.

Hoitohenkilökunnan osaamista pidettiin merkityksellisenä ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisessa. Osaamiseen liittyi vahvasti toiminnan tavoitteellisuus. Hoitohenkilökun-

nan tuli osastonhoitajien näkemyksen mukaan olla asukkaan tilanteen tasalla, tuntea asukas ja osata käyttää asukkaalle sopivia apuvälineitä. Moniammatillisuus toimintakykyä tukevassa hoitotyössä nähtiin arvokkaana ja siitä koettiin olleen hyötyä hoitajien osaamisen kehittämisessä.

*On aloitettu kuntoutuskokoukset mitä ei ennen ollut, että toiminta on tavoitteellista. Kun fysioterapeutti tulee pitämään kuntoutuskokouksen niin se parantaa hoitajien ammattitaitoa.*

Sosiaalisessa hoitoympäristössä merkitykselliseksi tekijäksi koettiin yhteisöllisyys. Merkitykselliseksi koettiin yhdessäolo ja ryhmäytymisen tuoma tuki ja turva. Yhteisöllisyys nähtiin ohjaavana arvona hoitotyössä ja se kattoi koko pitkäaikaishoidon yhteisön.

*Arvona on yhteisöllisyys ja se istuu hyvin tähän sosiaaliseen ympäristöön, että se tulee siitä tavasta miten me tehdään töitä ja otetaan oma yksikkö ja yhteisö, miten huomioidaan asukkaat, omaiset, työllistetyt, kuntouttavan työtoiminnan työntekijät eli mikä se hoitoyhteisö on kokonaisuudessaan.*

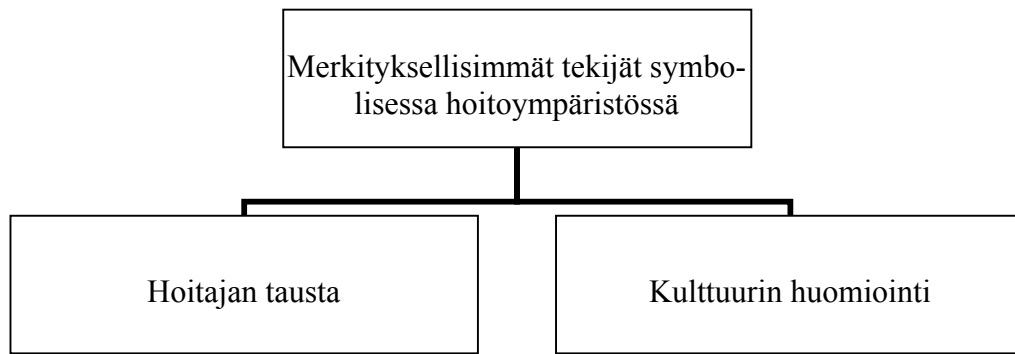
Omaisten osallistuminen nähtiin merkityksellisenä sosiaalisessa hoitoympäristössä. Omaisiin pyrittiin luomaan kontaktia hoitokokouksissa ja heitä toivottiin mukaan toimintaan ja tuomaan esille omalle omaiselleen merkityksellisiä asioita.

*Hoitokokoukset alussa on hirveän tärkeitä, että saadaan kontakti omaisiin ja välitettyä sitä, että täällä ollaan hyvässä hoidossa ja pidetään huolta.*

Yksilöllisyys sisälsi asukkaan yksityisyyden ja päätäntävällän. Päätäntävalta omista asioistaan oli osastonhoitajien näkemyksen mukaan merkityksellistä sosiaalisessa hoitoympäristössä. Yksityisyyttä toi yleensä yhden hengen huone, johon sai vetäytyä rauhassa.

*Merkityksellistä on oma paikka mihin voi vetäytyä kun haluaa olla rauhassa.*

Symbolisen hoitoympäristön merkityksellisimmät asiat jakaantuivat kahteen yläkategoriaan, jotka olivat hoitajan tausta ja kulttuurin huomiointi (kuvio 7).



Kuvio 7. Merkitykselliset asiat symbolisessa hoitoympäristössä yläkategoriat

Hoitajan taustaan kuuluivat sekä hoitajan kulttuuritausta että hoitajan asenne kuntoutukseen. Hoitajan kulttuuritausta ja asenne vaikuttivat siihen, millaista hoitoa he toteuttivat. Lisäksi osastonhoitajien mielestä hoitajan asenne kuntoutukseen oli tärkeä, sillä mikäli hoitajat eivät nähneet sitä tärkeänä, he eivät toteuttaneet kuntouttavaa hoitotyötä. Osastonhoitajat kokivat tärkeäksi oman roolinsa hoitohenkilökunnan kannustamisessa.

*Merkityksellisempiä asioita on hoitajan kulttuuritausta toimintakyvyn näkökulmasta.*

Merkitykselliseksi symbolisessa hoitoympäristössä koettiin lisäksi kulttuurin huomiointi. Asukkaan oman kulttuurin huomiointi ja sen tuominen osastolle esimerkiksi musiikkina ja tuoksuina oli merkityksellistä. Kulttuurin tarjoaminen esimerkiksi nukketatterin ja musiikin muodossa nähtiin tärkeänä, sillä se liittyi normaaliin merkitykselliseen elämään, jota hoidossa pidettiin arvokkaana.

*Osastolla kulttuuri ja kulttuurin tuominen asukkaille ja normaaliin merkitykselliseen elämään on merkityksellisintä.*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusmenetelmän valintaa (Grove ym. 2013). Koska tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitoympäristöä ja kysymyksillä haettiin osastonhoitajien näkökulmaa, soveltui kuvaileva laadullinen tutkimusmenetelmä tähän tutkimukseen hyvin. Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin autenttisuuden (*authenticity*), uskottavuuden (*credibility*), kriittisyyden (*criticality*) ja tutkijan rehellisyyden (*integrity*) kautta (Milne & Oberle 2005).

Tämän tutkimuksen autenttisuutta lisäsi tarkoituksenmukainen otanta, jolloin tutkimuksen osallistujat (pitkäaikaishoidon osastonhoitajat) valittiin mukaan siksi, että heillä oli tietoa ja kokemusta tutkimuksen kohteesta (ikäntyneen toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä). Osallistujien rekrytointi koettiin haastavaksi. Sähköpostirekrytointiin päädyttiin, koska populaatio oli suuri ja ajallisesti tutkijalla ei ollut mahdollisuutta käydä rekrytoimassa kaikissa pitkäaikaishoitolaitoksissa henkilökohtaisesti. Lopulta otoskoko oli pienempi kuin alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaan suunniteltiin. Haastattelukertoja järjestettiin suunnitelman mukainen määrä, mutta yhdessä näistä neljästä haastattelusta oli mukana vain kaksi osastonhoitajaa. Tämä johtui viime hetken peruutuksesta, jolloin yrityksestä huolimatta ei onnistuttu rekrytoimaan niin nopealla aikataululla uutta osallistujaa. Aineiston koettiin kuitenkin saturoituvan näistä puutteista huolimatta.

Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä ja avoin haastattelurunko lisäsivät tutkimuksen autenttisuutta, sillä ne mahdollistivat osallistujien kokemusten jaon avoimesti ja omin sanoin (Milne & Oberle 2005), mikä on ominaista kuvailevassa laadullisessa tutkimuksessa (Sandelowski 2000). Osana tutkimustiedotetta osallistujille kerrottiin, mitä ympäristön jaottelulla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin, joten he pystyivät etukäteen valmistautumaan haastatteluun. Haastattelurunko muodostettiin kirjallisuuden ja tutkimuskysymysten pohjalta. Osallistujat keskustelivat aktiivisesti kaikissa haastattelussa pohjaten keskustelun haastattelurunkoon. Haastattelurunko toimi keskustelun pohjana, mutta oli sopivan väljä, jotta myös asioita kysymysten ulkopuolelta ilmeni haastattelutilanteissa. Aineistonkeruun aikana ei tehty muutoksia tutkimukseen liittyen (Graneheim & Lundman 2004). Luotettavuuden kannalta fokusryhmähaastatteluiden

puolesta puhui myös tutkijan vähäisempi rooli haastattelutilanteessa (Milne & Oberle 2005).

Uskottavuus on suorassa yhteydessä tutkimuksen tarkoitukseen ja uskottavuuteen kuuluu se, että tutkija pystyy säilyttämään ja esittämään tuloksissa osallistujien näkökulman. Autenttisuutta ja uskottavuutta tutkimuksessa lisäsi huolellisuus aineiston puhtaaksikirjoittamisessa ja sisällön analyysin kaikissa vaiheissa. (Milne & Oberle 2005.) Graneheimin ja Lundmanin (2004) mukaan sisällön analyysin luotettavuutta (*trustworthiness*) voidaan arvioida luotettavuuden (*dependability*), uskottavuuden (*credibility*) ja siirrettävyyden (*transferability*) kautta. Analyysin luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan pysymällä uskollisena aineistolle. Puhtaaksikirjoitettuun aineistoon palattiin usein analyysin aikana ja muodostettuja kategorioita tarkasteltiin ja muutettiin tarvittaessa aina seuraten analyysiketjua alkuperäislainauksesta lähtien. Luotettavuutta tässä tutkimuksessa lisäsi haastattelujen nauhoittaminen, opiskelijakollegan läsnäolo tarkkailijan roolissa ja tämän tekemät muistiinpanot haastattelutilanteista sekä haastattelujen huolellinen puhtaaksikirjoittaminen nauhalta heti niiden jälkeen. Tutkijalta vaadittiin tarkkuutta ja huolellisuutta, jotta osallistujan sanoma ei hävinnyt tai sitä ei tulkittu väärin (Milne & Oberle 2005). Analyysiä tehdessä ja tuloksia raportoidessa tutkijan tuli ottaa huomioon, että vaikka kuvailevassa laadullisessa tutkimuksessa tutkija pysyy niin sanotusti lähellä dataa, sisältää sekin aina tulkintaa (Graneheim & Lundman 2004; Neergaard ym. 2009; Sandelowski 2010). Aineiston raportoinnissa pyrittiin autenttisuuden säilyttämiseen ja uskottavuuteen (Milne & Oberle 2005). Liitteissä on esitetty alkuperäisilmaisut, ryhmittelyt ja kategorisoinnit, jotta lukija voi seurata analyysiä. Lisäksi kuvioilla ja suorilla lainauksilla pyrittiin todentamaan aineiston ja tulosten yhteyttä. (Elo & Kyngäs 2007.) Siirrettävyyden osoittamiseksi tutkimusraportissa esitettiin kuvaus osallistujista, aineistonkeruusta ja analyysiprosessista (Graneheim & Lundman 2004). Tutkimuksen siirrettävyyden arvioinnin kannalta luotettavuus kärsii, sillä yksiköiden kuvaus ei ole erityisen tarkka. Tätä ei huomioitu tutkijan toimesta tarpeeksi aineistonkeruuvaiheessa.

Kriittisyydellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmien ja tehtyjen valintojen kriittistä arviointia ja se on näin ollen tärkeä osa koko tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan rehellisyyteen kuuluu tutkijan oman roolin sekä ennakoasenteiden ja niiden vaikutusten huomiointi läpi tutkimusprosessin. Tässä tutkimuksessa tutkijalla oli aikaisemman kirjallisuuskatsauksen (Karppinen 2013) perusteella käsitys pitkäaikaishoidon hoitoympäris-



töstä, mutta ennakkokäsityksen tiedostaminen auttoi tutkijaa olemaan avoin aineistolle ja seuraamaan sitä. (Milne & Oberle 2005.) Milnen ja Oberlen (2005) mukaan luotettavuutta voidaan arvioida esitetyillä kriteereillä vain jos tutkimusprosessi on kuvattu avoimesti, rehellisesti ja todisteet tuloksille on esitetty. Tutkijan rehellisyyteen kuuluu tutkimuksen puutteiden ja vahvuuksien esittäminen. Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan tässä pro gradu -tutkimuksessa selkeästi ja avoimesti. Tämän tutkimuksen luotettavuutta olisi voitu lisätä esimerkiksi tarkistuttamalla puhtaaksikirjoitetut aineistot osallistujilla tai käyttämällä toista tutkijaa apuna sisällön analyysissä. (Milne & Oberle 2005.)

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja kiinnitettiin huomiota eettisiin näkökohtiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkija sitoutui rehellisyyteen, tarkkuuteen ja huolellisuuteen läpi tutkimusprosessin. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja analyysitavat olivat eettisiä ja perusteltuja. (TENK 2012.) Tutkimuksen eettisyyden pohdintaan liittyy tutkimusaiheen valinnan perustelu (Grove ym. 2013). Tutkimuksen tarpeellisuus voitiin osoittaa tutkijan tekemän kirjallisuuskatsauksen (Karppinen 2013) ja tähän pro gradu -tutkimukseen tehdyn aikaisemman tutkimuksen selvittämisen perusteella. Tutkimusta pitkäaikaishoidon hoitoympäristöstä ei ollut Suomessa tehty eikä muuallakaan niin, että kaikki hoitoympäristön ulottuvuudet olisi huomioitu samassa tutkimuksessa. Tutkimuksen katsottiin täten tuottavan uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä hoitoympäristöjä.

Tutkimusluvat hankittiin organisaatioiden käytänteiden mukaisesti ennen tiedonkeruun aloittamista (diaarinumero HEL 2014-000442 ja asianumero VD/1424/13.00.00/2014). Osallistujien oikeus yksityisyyteen on tärkeä eettinen näkökulma ja yksityisyyteen lasketaan kuuluvaksi myös uskomukset, tavat ja mielipiteet (Grove ym. 2013). Osallistujia informoitiin tutkimuksesta tutkimustiedotteessa (liite 3). Tutkimukseen osallistujilta pyydettiin kirjallinen tietoinen suostumus (liite 5) ja heitä informoitiin oikeudesta kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimus koska tahansa syytä ilmoittamatta. Haastattelvien anonymiteetin säilyttämiseen kiinnitettiin huomiota koko tutkimuksen ajan.

Aineistonkeruu ja aineiston säilytys tehtiin hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla (TENK 2012). Haastattelut nauhoitettiin, jotta aineiston luotettavuus lisäänty.

Nauhat säilytettiin tutkijalla vain aineiston puhtaaksikirjoittamiseen asti. Aineisto puhtaaksikirjoitettiin huolellisesti ja tarkasti (TENK 2012). Puhtaaksikirjoitettu aineisto säilytettiin tutkijan tietokoneella salasanojen takana. Aineisto säilytetään viiden vuoden ajan mahdollisia jatkotutkimuksia varten. Tämän ajan kerätty aineisto säilytetään Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen kassakaapissa.

Tutkimussuunnitelmassa sekä tutkimustiedotteessa mainittiin merkitykselliset sidosryhmät, jotka tässä tutkimuksessa olivat Turun yliopisto, hoitotieteen laitos ja tutkimuksen ohjaaja. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastasi ensisijaisesti tutkija itse. (TENK 2012.)

### 7.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Aineisto kerättiin tutkimuksessa asiantuntijoilta eli pitkäaikaishoidossa työskenteleviltä osastonhoitajilta, joilla oli sekä hoitotyön kokemusta keskimäärin yli 11 vuotta että esimieskokemusta keskimäärin yli 15 vuotta. Aikaisemmassa tutkimuksessa esimiehet olivat informanteina esimerkiksi Murphyn ym. (2008) ja Shieldin ym. (2014) tutkimuksissa. Murphyn ym. (2008) tutkimuksessa esimiehet toivat esiin hyvin samankaltaisia asioita kuin tässä tutkimuksessa. He korostivat elämänlaadun näkökulmasta fyysisistä hoitoympäristöä, kodinomaisuutta, omaisten osallistumista, sosiaalista hoitoympäristöä, merkityksellisiä vapaa-ajan aktiviteetteja ja yhteisön vuorovaikutusta (Murphy ym. 2008).

Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö oli tulosten mukaan itsenäistä toimintaa mahdollistava ja viihtyisä. Nämä samat yläkategoriat olivat myös merkityksellisimpiä tekijöitä fyysisessä hoitoympäristössä. Itsenäistä toimimista mahdollistavaan hoitoympäristöön kuuluivat alakategoriat turvallinen, esteetön, kuntouttava ja tarkoituksenmukaiset apuvälineet tarjoava. Hoitoympäristön turvallisuus tuli esiin haastatteluaineistosta muun muassa paloturvallisuutena, rakennussäädöksiä ja lainsäädännön huomioimisena sekä riittävänä valaistuksena. Samoin Hillin ym. (2009) tutkimuksen mukaan valaistus oli yksi tekijä, joka vaikutti kaatumistapaturmiin ja näin ollen ympäristön turvallisuuteen. Tuloksissa esitettiin esteettömyys osana itsenäisen toiminnan mahdollistamista. Fyysisen hoitoympäristön esteettömyys ja turvallisuus olivat hyvin pienessä roolissa aiemmassa tutkimuksessa. Hill ym. (2009) ja Innes ym. (2011) mainitsivat hoitoympäristön turvallisuuden tutkimuksissaan.

Tutkimustulosten mukaan kuntoutumista pyrittiin ylläpitämään muun muassa tarjoamalla kuntosali asukkaiden käyttöön, liikuntaryhmiä ja mahdollisuus liikkua osastolla. Mahdollisuus ulkoiluun koettiin tärkeänä sekä tässä tutkimuksessa että aiemmassa tutkimuksessa osana fyysistä hoitoympäristöä (Cioffi ym. 2007; Fleming & Purandare 2010; Innes ym. 2011; Nakrem ym. 2011). Nakremin ym. (2011) mukaan ulkoilu mahdollisti lisäksi hoitopaikan seinien ulkopuolella tapahtuvan elämän seuraamisen. Samoin tässä tutkimuksessa osastonhoitajat ajattelivat ulkoilun toimivan sekä itse kuntoiluna, mutta myös motivoivan siihen. Tutkimuksen tuloksissa tarkoituksenmukaiset apuvälineet tarjoava hoitoympäristö muodostui omaksi alakategoriakseen, mutta aiemmassa tutkimuksessa ei apuvälineitä juuri mainittu.

Viihtyisään hoitoympäristöön kuului esteettisyys ja kodinomaisuus. Kodinomaisuus oli erityisesti sellainen tekijä mihin fyysisessä hoitoympäristössä osastonhoitajien mukaan pyrittiin. Tulos oli yhdenmukainen aikaisemman tutkimuksen kanssa, sillä kodinomaisuus tuntui olevan tavoiteltava piirre fyysisessä hoitoympäristössä myös aikaisemman tutkimuksen perusteella (Schwarz ym. 2004; Wilkes ym. 2005; Cioffi ym. 2007; Edvardsson 2008; Murphy ym. 2008; Garcia ym. 2012; Chang ym. 2013; Van Malderen ym. 2013). Yhden hengen huoneisiin pyrittiin sekä tämän tutkimuksen mukaan että aiemmassa tutkimuksessa (Schwarz ym. 2004; Cioffi ym. 2007; Fleming & Purandare 2010). Tulosten mukaan omia huoneita kannustettiin sisustamaan omilla tavaroilla ja huonekaluilla ja tämä lisäsi kodikkuutta yksiköissä (Schwarz ym. 2004; Innes ym. 2011; Nakrem ym. 2011). Tuloksien mukaan esteettisyyttä pidettiin tärkeänä tekijänä ympäristössä. Sitä korostettiin tässä tutkimuksessa mahdollisesti enemmän kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Osastonhoitajat toivat esille sisustuksen huomioimisen, kukat, tuoksun ja kauneuden kautta osaston. Tuloksista ilmeni, että osastonhoitajien mielestä hoitoympäristön esteettisyys kertoi välittämisestä ja esteettinen ympäristö toimi motivaationa kuntoutumisessa. Toisaalta aikaisemmassa tutkimuksessa osaston esteettisyys oli mahdollisesti ajateltu kuuluvan kodinomaisuuteen (Edvardsson 2008; Shield ym. 2014).

Tulosten mukaan ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö oli yhteisöllinen ja yksilöllinen. Yhteisöllinen hoitoympäristö piti sisällään osallistumista tukevan ja yhteisön vuorovaikutusta tukevan hoitoympäristön. Aktiviteetteja, tapahtumia ja juhlia järjestettiin hoitopaikoissa paljon. Niiden tarkoituksena oli sekä toimia tukea toimintakykyä, mutta lisäksi niiden kautta tuotiin normaalia elämää hoitopaikkaan. Tuloksissa osana toimintakykyä korostettiin asukkaiden osallistumista ja osallisuutta. Virikeryhmiä

ja -tuokioita yritettiin järjestää monipuolisesti niin, että jokaisella asukkaalle löytyisi jotakin mieleistä. Tämä oli yhdenmukaista aiemman tutkimuksen kanssa, sillä aiemmissa tutkimuksissa mainittiin paljon erilaisia aktiviteetteja, joita pitkäaikaishoidossa asukkaille järjestettiin (Andresen ym. 2009; Popham & Orrell 2012; Welsh ym. 2012; Smit ym. 2014). Osastonhoitajat korostivat haastatteluissa erityisesti musiikin ja laulamisen merkitystä asukkaille. He kokivat, että nämä aktiviteetit olivat erityisen nautinnollisia, samoin kuin Harmerin ja Orrellin (2008) tutkimuksessa. Tapahtumaa hoitokodeissa kerrottiin olevan jokaiselle päivälle, mutta asukkailla oli päätävältä osallistumisestaan. Myös osallistumisajan pituudesta mainittiin, eli yksilön ominaispiirteiden ja toimintakyvyn asettamat rajoitukset tuli huomioida aktiviteeteissakin (Train ym. 2005; Harmer & Orrell 2008). Tulokset olivat yhtenäisiä aikaisemman tutkimuksen kanssa, että tarjottujen aktiviteettien tuli olla asukkaille mielekkäitä (Murphy ym. 2008) ja heidän tuli saada itse päättää osallistumisestaan niihin (Van Malderen ym. 2013).

Osastonhoitajat näkivät yhteisön moniammatillisena. Moniammatillisuus tuki kuntouttavaa toimintaa. Yhteisöön kuuluivat lisäksi vapaaehtoiset ja omaiset, jotka olivat tärkeä ja olennainen osa hoitopaikan arkea. Omaisten osallistuminen oli osastonhoitajien mielestä yksi merkityksellisimmistä tekijöistä sosiaalisessa hoitoympäristössä. Kontaktia omaisiin ja heidän osallistumisestaan toimintaan pidettiin tärkeänä. Tulokset ovat yhdenmukaisia aiemman tutkimuksen kanssa (Harmer & Orrell 2008; Thomas ym. 2013). Chengin ym. 2011 mukaan omaiset pystyivät vaikuttamaan hoitoon yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa tarjoamalla heille tietoa asukkaasta. Samaan pyrittiin kun omaisia toivottiin mukaan hoitokokouksiin tässä tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa sosiaalisen hoitoympäristön osuus korostui. Tämä oli yhdenmukaista aikaisemman tutkimuksessa kanssa (Innes ym. 2011; Garcia ym. 2012; Popham & Orrell 2012). Osastonhoitajat pitivät sosiaalista hoitoympäristöä merkityksellisimpänä ympäristön ulottuvuutena ja se saattoi tukea fyysisen hoitoympäristön vajavaisuuksia. Samoin kuin Cook ja Brown-Wilson (2010), Welsh ym. (2012) ja Garcia ym. (2012) painottivat osastonhoitajat erityisesti hoitohenkilökunnan roolia sosiaalisessa hoitoympäristössä. Hoitajilla koettiin olevan merkittävä rooli yksikön ilmapiirin luomisessa ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa asukkaiden kanssa. Suhteet hoitohenkilöstöön olivat asukkaille merkittäviä. Lisäksi hoitajien osaamista ja toiminnan tavoitteellisuutta pidettiin tärkeänä, mutta näistä aiheista ei aikaisemmassa tutkimuksessa juuri mainittu.

Tulosten mukaan yksilöllinen hoitoympäristö oli itsemääräämisoikeutta kunnioittava ja yksityisyyttä tukeva. Päättäenvalta hoidostaan tulisi olla asukkaalla (Murphy ym. 2008; Popham & Orrell 2012). Samoin tässä tutkimuksessa osastonhoitajat korostivat asukkaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta elämänhallinnan kokemukseen. Yksityisyyttä tarjosi oma huone (Cook & Clarke 2010; Edgerton & Richie 2010), mutta myös muualla yksikön tiloissa voitiin mahdollisuus yksityisyys toteuttaa esimerkiksi järjestämällä nurkkauksia, joissa asukas sai olla rauhassa yksin tai omaisensa kanssa.

Symbolisen hoitoympäristön tuli osastonhoitajien haastatteluiden mukaan olla henkilökohtaisen kulttuurin ylläpitämistä tukeva, hoitokulttuurin kehittymistä tukeva ja hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävä. Henkilökohtaiseen kulttuuriin ajateltiin kuuluvaksi hengellisyys ja kulttuuritaustan huomiointi. Hengellisyyteen tarjottiin mahdollisuuksia yksiköissä. Aiemmassa tutkimuksessa koskien hoitoympäristöä ei ollut viittauksia hengellisyyden tai kulttuurin tukemiseen pitkäaikaishoidossa.

Osastonhoitajat kokivat, että hoitokulttuuri kehittyi ja muuttui jatkuvasti. Tämä vaati hoitohenkilökunnan kouluttamista. Esimiehet näkivät oman roolinsa hoitokulttuurin kehittymisen tukemisessa tuen antajina, ideoijina, kannustajina ja johtajina. Murphyn ym. (2008) tutkimuksen mukaan esimiehet olivat avainasemassa hoitokulttuurin muokkaamisessa ja asukkaiden oikeuksien puoltajina. Samoin Shieldin ym. (2014) tutkimuksessa hoitokulttuurin muutokset vaativat esimieheltä kommunikaatio- ja johtamistaitoja. Organisaation rutiinit ja säännöt tulivat esiin asukkaiden toimintakykyä ja valinnanmahdollisuuksia rajoittavina tekijöinä aikaisemmassa tutkimuksessa (Train ym. 2005; Harmer & Orrell 2008; Garcia ym. 2012). Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat ilmaisivat hoitotyötä ohjaavien normien ja periaatteiden ohjaavan toimintaa, mutta nämä nähtiin positiivisina ohjeina kuten eettisyyden esillä pitäminen ja asiakaslähtöisyys.

Monikulttuurisuus hoitohenkilökunnassa oli tuloksissa vahvasti esillä. Siitä johtuen erilaisia tapoja tehdä hoitotyötä ja erilaisia suhtautumisia ikääntyneisiin oli läsnä hoitotyön arjessa. Tapa tehdä hoitotyötä oli osastonhoitajien mielestä usein toisista kulttuureista peräisin olevilla hoitajilla liiaksi asukkaan puolesta tekevä eikä palvellut asukkaan toimintakykylähtöistä toimintaa. Lisäksi kielimuuri tuotti ajoittain ongelmia. Kuitenkin pääasiassa osastonhoitajat näkivät monikulttuurisuuden hoitohenkilökunnassa rikkauteena, sillä toisaalta tapa tehdä ikääntyneiden hoitotyötä oli hyvin arvostava, kunnioittava ja lempeä. Lisäksi kieliongelmaa kohdatessa hoitajat käyttivät enemmän ilmeitä, eleitä

ja kosketusta hyödykseen. Aikaisemmassa tutkimuksessa tuotiin esiin hoitajien kiire (Benjamin ym. 2011), mutta tässä tutkimuksessa tämä ei tullut esiin.

#### 7.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä osastonhoitajien näkökulmasta pitkäaikaishoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa pitkäaikaishoitopaikkojen hoitoympäristöistä, jota voidaan hyödyntää kehittäessä hoitoympäristöjä. Osastonhoitajilta saatiin tärkeää ensikäden tietoa, millainen hoitoympäristö pitkäaikaishoitopaikoissa oli ja mitkä tekijät siinä heidän näkökulmastaan olivat merkityksellisimpiä (Neergaard ym. 2009). Tutkimuksen tulokset osoittavat, että pitkäaikaishoidossa kaikissa hoitoympäristön ulottuvuuksissa pyrittiin huomioimaan tekijöitä, jotka tukivat ikääntyneiden asukkaiden toimintakykyä.

Hoitoympäristön ulottuvuudet sekoittuivat keskenään ja vaikuttivat toinen toisiinsa. Tulosten perusteella vaikutti siltä, että vaikka tilat eivät aina olleet ihanteelliset, niissä pysyttiin kuitenkin tekemään asukkaita hyödyntäviä ratkaisuja sekä sosiaalisen ja symbolisen hoitoympäristön tuella voitiin vaikuttaa fyysiseen hoitoympäristöön. Kekseliäitä ratkaisuja oli käytetty fyysisessä hoitoympäristössä koristuksissa esimerkiksi nostamalla tai laskemalla tauluja normaalikorkeudesta, jotta myös pyörätuolilla tai vuoteella liikkuvat asukkaat saivat niistä iloa. Eräässä yksikössä oli tehty yhteistyötä paikallisten nuorten kanssa ja he olivat saaneet ideoida esimerkiksi väliverhojen kuoseja. Osastonhoitajat olivat valmiita panostamaan hoitoympäristöön ja kehittämään sitä ikääntyneiden toimintakykyä tukevammaksi.

Sosiaalisen hoitoympäristön merkityksellisyys korostui tutkimustuloksissa, joten siihen tulee entisestään panostaa. Erityisen arvokas rooli sosiaalisessa hoitoympäristössä oli hoitohenkilökunnalla. Heidän osaamiseensa, pysyvyyteensä ja jaksamiseensa tulee panostaa. Samoin omaisten osallistuminen koettiin tärkeäksi, joten heidän osallisuuttaan tulee hoitoympäristössä mahdollisimman hyvin tukea.

Osastonhoitajilla oli vaikutusmahdollisuuksia yksikkönsä fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen hoitoympäristöön. Analyysin tuloksena syntyi ikääntyneen toimintakykyä tukevan hoitoympäristön kuvaus osastonhoitajien näkökulmasta. Tutkimus tuotti uutta tietoa, sillä hoitoympäristön kaikki ulottuvuudet otettiin tässä tutkimuksessa huomioon. Tutkimustulokset ovat yleistettävissä ainakin osittain muihinkin pitkäaikaishoitopaik-

koihin Suomessa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää jatkossa kehittäessä hoitoympäristöä ikääntyneiden toimintakykyä tukevammaksi. Tämä tutkimustieto voi tarjota uusia näkökulmia ja ideoita ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyön asiantuntijoille ja hoitoympäristöä koskeviin kehittämishankkeisiin.

### 7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimusta olisi hyödyllistä jatkaa keskittyen joko ikääntyneiden, heidän omaistensa tai hoitohenkilökunnan näkökulmaan ikääntyneen toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä. Mahdollisesti tutkimustuloksista voisi muodostaa mallin tai viitekehysten ikääntyneiden toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä ja sen osa-alueista.

Ikääntyneiden näkökulmasta olisi mielekästä tutkia, kuinka he kokevat kodinomaisuuden pitkäaikaishoidossa ja mitkä tekijät lisääisivät kodikkuutta pitkäaikaishoidossa. Tutkimustulosten ja aikaisemman tutkimuksen mukaan kodinomaisuuteen pyrittiin pitkäaikaishoidossa, mutta asukkaat eivät aina kuitenkaan kokeneet hoitopaikkaa kodikseen (Innes ym. 2011; Nakrem ym. 2011).

Symboliseen hoitoympäristöön kuului tärkeitä asioita kuten asukkaiden ja hoitajien kulttuurista ja niiden vaikutukset hoitoympäristöön. Jo pelkästään monikulttuurisuuden lisääntymisen takia symbolisen hoitoympäristön tutkimusta tulisi tehdä enemmän. Symbolista hoitoympäristöä oli tutkittu vain vähän.

Hoitotyö tapahtuu hoitoympäristössä tehden siitä hoitajien työympäristön (Kim 2010). Olisi mielenkiintoista tutkia yhteyttä hoitajien työkykyä tukevan ja asukkaiden toimintakykyä tukevan ympäristön välillä.

## LÄHTEET

- Algase D, Beattie E, Antonakos C, Beel-Bates C & Yao L. 2010. Wandering and the physical environment. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 25 (4), 340–346.
- Andersson I, Pettersson E & Sidenvall B. 2007. Daily life after moving into a care home – experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing* 16 (9), 1712–1718.
- Andresen M, Runge U, Hoff M & Puggaard L. 2009. Perceived Autonomy and Activity Choices Among Physically Disabled Older People in Nursing Home Settings: A Randomized Trial. *Journal of Aging and Health* 21(8), 1133–1158.
- Baumbusch J & Phinney A. 2014. Invisible Hands: The Role of Highly Involved Families in Long-Term Residential Care. *Journal of Family Nursing* 20 (1), 73–97.
- Benjamin K, Edwards N, Guitard P, Murray M A, Caswell W & Perrier M J. 2011. Factors that Influence Physical Activity in Long-term Care: Perspectives of Residents, Staff, and Significant Others. *Canadian Journal on Aging* 30 (2), 247–258.
- Brown Wilson C & Davies S. 2009. Developing relationships in long term care environments: the contribution of staff. *Journal of Clinical Nursing* 18 (12), 1746–1755.
- Calkins M. 2009. Evidence-based long term care design. *NeuroRehabilitation* 25 (3), 145–154.
- Chang Y-P, Li J & Porock D. 2013. The Effect on Nursing Home Resident Outcomes of Creating a Household Within a Traditional Structure. *Journal of the American Medical Directors Association* 14 (4), 293–299.
- Chen Y-M. 2010. Perceived barriers to physical activity among older adults residing in long-term care institutions. *Journal of Clinical Nursing* 3/4 (19), 432–439.
- Cheng Y, Rosenberg M, Wang W, Yang L & Li H. 2011. Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China. *Social Science & Medicine* 3 (72), 365–372.
- Cioffi J, Fleming A, Wilkes L, Sinfield M & Le Miere J. 2007. The effect of environmental change on residents with dementia. The perceptions of relatives and staff. *Dementia* 6 (2), 215–231.
- Cook G & Brown-Wilson C. 2010. Care home residents' experiences of social relationships with staff. *Nursing Older People* 22 (1), 24–29.
- Cook G & Clarke C. 2010. A framework to support social interaction in care homes. *Nursing Older People* 22 (3), 16–21.
- Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E & Greenwood D C. 2013. Physical rehabilitation for older people in long-term care (Review). *The Cochrane Collaboration* 2. Published by John Wiley & Sons, Ltd.



- Curtis E & Redmond R. 2007. Focus groups in nursing research. *Nurse Researcher* 14 (2), 25–37.
- de Rooij A, Luijkx A G, Spruytte N, Emmerink P, Schols J & Declercq A. 2012. Family caregiver perspectives on social relations of elderly residents with dementia in small-scale versus traditional long-term care settings in the Netherlands and Belgium. *Journal of Clinical Nursing* 21 (21-22), 3106–3116.
- Edgerton E & Richie L. 2010. Improving Physical Environments for Dementia Care: Making Minimal Changes for Maximum Effect. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging* 18 (5), 43-45.
- Edvardsson D. 2008. Therapeutic Environments for Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 34 (6), 32–40.
- Elo S & Kyngäs H. 2008. The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.
- ETENE = Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Saatavilla: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf). Luettu: 11.3.2015.
- Fleming R & Purandare N. 2010. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics* 22 (7), 1084–1096.
- Garcia L, Hebert M, Kozak J, Senecal I, Slaughter S, Aminzadeh F, Dalziel W Charles J & Eliasziw M. 2012. Perceptions of family and staff on the role of the environment in long-term care homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics* 24 (5), 753–765.
- Garre-Olmo J, Lopez-Pousa S, Turon-Estrada A, Juvinya D, Ballester D & Vilalta-Franch J. 2012. Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Journal of American Geriatrics Society* 60 (7), 1230–1236.
- Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today* 2 (24), 105–112.
- Grove SK, Burns N & Gray J. 2013. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. Seventh Edition.* Saunders Elsevier, St. Louis.
- Harmer B J & Orrell M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health* 12 (5), 548–558.
- Hauge S & Heggen K. 2008. The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing* 17 (4), 460–467.
- Hill E, Nguyen T, Shaha M, Wenzel J, DeForge B & Spellbring A. 2009. Person-environment interactions contributing to nursing home resident falls. *Research in*

Gerontological Nursing 2 (4), 287–296.

- Innes A, Kelly F & Dincarslan O. 2011. Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value? *Aging & Mental Health* 15 (5), 548–556.
- Jayasekara 2012. Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook* 60 (6), 411–416.
- Karppinen T. 2013. Hoitoympäristön yhteys ikääntyneen toimintakykyyn laitoshoidossa. Kandidaatintutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kidd P S & Parshall M B. 2000. Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research* 3 (10), 293–308.
- Kim H S. 2000. *The nature of theoretical thinking in nursing*. Second edition. Springer Publishing Company, New York.
- Kim H S. 2010. *The nature of theoretical thinking in nursing*. Third edition. Springer Publishing Company, New York.
- Kitzinger J. 1995. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ British Medical Journal* 7000 (311), 299–302.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1. painos. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1 (11), 3–12.
- Lauri S & Elomaa L. 2001. *Hoitotieteen perusteet*. 3.-4. painos. WS Bookwell Oy, Juva.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ikänty%2A>. Luettu: 9.1.2015.
- Lyyra T-M. 2007. *Terveys ja toimintakyky*. Teoksessa: Lyyra T-M, Pikkarainen A & Tiikkainen P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Tammerpaino Oy, Tampere.
- Lyyra T-M & Tiikkainen P. 2010. *Terveys ja toimintakyky*. Teoksessa: Voutilainen P & Tiikkainen P (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. 1.-2. painos. WSOYpro OY, Helsinki.
- MacDonald K. 2006. Family and Staff Perceptions of the Impact of the Long-term Care Environment on Leisure. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 22 (4), 294–308.
- Marquardt G & Schmieg P. 2009. Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 24 (4), 333–340.

- McCormack B & McCance T. 2010. *Person-centered nursing. Theory and Practice*. A John Wiley & Sons Ltd, Iso-Britannia.
- Milne J & Oberle K. 2005. Enhancing Rigor in Qualitative Description. A Case Study. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing* 32 (6), 413–420.
- Morgan-Brown M, Newton R & Ormerod M. 2013. Engaging life in two Irish nursing home units for people with dementia: Quantitative comparisons before and after implementing household environments. *Aging & Mental Health* 17 (1), 57–65.
- Murphy K, O’Shea E & Cooney A. 2008. Nurse Managers’ Perceptions of Quality of Life of Older Adults Living in Long-Stay Care in Ireland. *Journal of Gerontological Nursing* 34 (3), 47–55.
- Nakrem S, Vinsnes A G, Harkless G E, Paulsen B & Seim A. 2011. Ambiguities: residents’ experience of ‘nursing home as my home’. *International Journal of Older People Nursing* 8 (3), 216–225.
- Neergaard M A, Olesen F, Andersen R S & Sondergaard J. 2009. Qualitative Description – the Poor Cousin of Health Research? *BMC Medical Research Methodology* 52 (9).
- Pikkarainen A. 2007. *Ympäristö. Teoksessa: Lyyra T-M, Pikkarainen A & Tiikkainen P. (toim.) Vanheneminen ja terveys*. Tammerpaino Oy, Tampere.
- Pomeroy S, Scherer Y, Runkawatt V, Iamsung W, Lindemann J & Resnick B. 2011. Person-Environment Fit and Functioning Among Older Adults in a Long-Term Care Setting. *Geriatric Nursing* 32 (5), 368–378.
- Popham C & Orrell M. 2012. What matters for people with dementia in care homes? *Aging & Mental Health* 16 (2), 181–188.
- Sacco-Peterson M & Borell L. 2004. Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Science* 18 (4), 376–386.
- Sandelowski M. 2000. Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health* 23 (4), 334–340.
- Sandelowski M. 2010. What’s in a Name? Qualitative Description Revisited. *Research in Nursing & Health* 33 (1), 77–84.
- Schwarz B, Chaudhury H & Brent Tofle R. 2004. Effect of design interventions on a dementia care setting. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, 9 (3), 172–176.
- Shaha M, Wenzel J & Hill E E. 2011. Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Research* 18 (2), 77–87.
- Shield R, Tyler D, Lepore M, Looze J & Miller S. 2014. “Would You Do That in Your Home?” Making Nursing Homes Home-like in Culture Change Implementation. *Journal of Housing for the Elderly* 28 (4), 383–398.
- Slaughter S E & Morgan D G. 2012. Functional Outcomes of Nursing Home Residents

in Relation to Features of the Environment: Validity of the Professional Environmental Assessment Protocol. *Journal of the American Medical Directors Association* 13 (5), 487.1–487.7.

Smit D, Willemsse B, de Lange J & Pot A. 2014. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *International Psychogeriatrics* 26 (1), 69–80.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Laitoshoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoito). Luettu: 11.3.2015.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä Suomessa, vastuut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/vastuutahot](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot). Luettu: 11.3.2015.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Asumispalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut). Luettu: 11.3.2015.

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje.

Thomas J E, O'Connell B & Gaskin C J. 2013. Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. *Contemporary Nurse* 45 (2), 244–254.

Tilastokeskus. 2012. Väestöennuste 2012-2060. Saatavilla: [http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_fi.pdf](http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_fi.pdf). Luettu: 10.3.2015.

Train G, Nurock S, Kitchen G, Manela M & Livingston G. 2005. A qualitative study of the experiences of long-term care for residents with dementia, their relatives and staff. *Aging & Mental Health* 9 (2), 119–128.

Tse M. 2010. Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 19 (7-8), 949–958.

Vaarama M, Luoma M-L, Siljander W & Meriläinen S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P & Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki.

Van Malderen L, Mets T, De Vriendt P & Gorus E. 2013. The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research* 22 (5), 929–937.

- Voutilainen P. 2010. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa: Voutilainen P & Tiikkainen P (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. WSOYpro OY, Helsinki.
- Väyrynen R & Kuronen R. 2014. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- WHO = Maailman terveysjärjestö. 2002. Active Ageing. A Policy Framework. World Health Organisation. Saatavilla: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf). Luettu: 12.3. 2015.
- WHO = Maailman terveysjärjestö. 2013a. Definition of an older or elderly person. Saatavilla: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. Luettu: 11.3.2015.
- WHO = Maailman terveysjärjestö. 2013b. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health (ICF). Saatavilla: <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>. Luettu: 11.3.2015.
- Welsh D, Moore S L & Getzlaf B A. 2012. Meaning in Life. The Perspective of Long-Term Care Residents. *Research in Gerontological Nursing* 5 (3), 185–194.
- Wilkes L, Fleming A, Wilkes B, Cioffi J & Le Miere J. 2005. Environmental approach to reducing agitation in older persons with dementia in a nursing home. *Australian Journal on Ageing* 24 (3), 141–145.

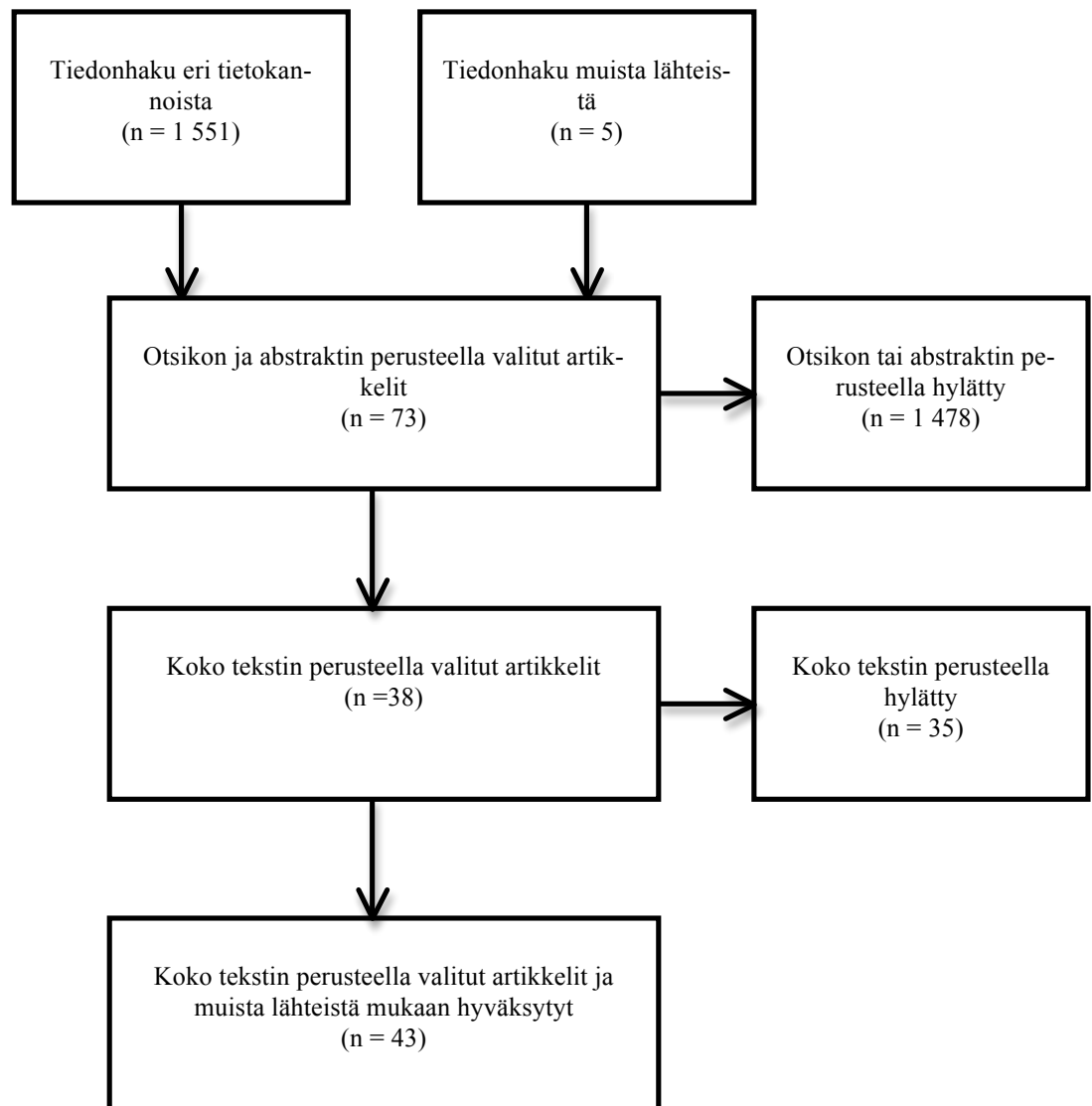
# LIITE 1. Tiedonhaku

## Taulukko 1. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valitut
Cinahl 12.1.2015	("health-care environment*" OR "therapeutic environment*" OR "hospital design*" OR "health-care design*" OR "environment design*" OR "health facility environment*" OR MH "Health Facility Environment" OR MH "Patients' Rooms+" OR MH "Hospital Design and Construction" OR "care environment*" OR MH "Social Environment" OR " social environment" OR "symbolic environment*" OR MH "Socialization") AND (MH "Nursing Homes+" OR MH "Housing for the Elderly" OR MH "Long Term Care" OR "long term care*") AND (MH "Aged+" OR TI aged* OR TI old* OR TI elder* OR TI senior* OR AB aged* OR AB old* OR AB elder* OR AB senior*)	389	18
Pubmed 15.1.2015	(health-care environment* OR therapeutic environment* OR hospital design* OR health-care design* OR environment design* OR "health facility environment" OR "health facility environments" OR "Patients' Rooms"[Mesh] OR "Facility Design and Construction"[Mesh] OR "Environment Design"[Mesh] OR "Environment design"[TIAB] OR "Patient room"[TIAB] OR "patients rooms"[TIAB] OR "Facility design"[TIAB] OR social environment* OR "Social Environment"[Mesh] OR social environment* OR "Socialization"[Mesh] OR socialization* OR socialization* OR symbolic environment* ) AND ("Homes for the Aged"[Mesh] OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[TIAB] OR "Housing for the Elderly"[TIAB] OR "Nursing Homes"[TIAB] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "long term care") AND ( "Aged"[Mesh] OR aged* OR old* OR elder* OR senior*)	697	14
Medic 12.1.2015	hoitoympärist* " health care environment" "social environment" "care environment" "symbolic environment"AND vanh* elderl* iäkk* aged* old* senior*	19	0
Cochrane 15.1.2015	(health-care NEXT environment* OR therapeutic NEXT environment* OR hospital NEXT design* OR health-care NEXT design* OR environment NEXT design* OR "health facility environment" OR "health facility environments" OR Environment NEXT de-	30	3

	sign* OR patient NEXT room* OR Facility NEXT design* OR symbolic NEXT environment* OR socialization* OR social NEXT environment*) AND ("Homes for the Aged" OR "Housing for the Elderly" OR nursing NEXT Home* OR "long term care") AND (aged* OR old* OR elder* OR senior*)		
Web of Science 16.1.2015	("health-care environment*" OR "therapeutic environment*" OR "hospital design*" OR "health-care design*" OR "environment design*" OR "health facility environment*" OR "Health Facility Environment*" OR "Patients' Room*" OR "Hospital Design and Construction*" OR "care environment*" OR "Social Environment*") AND ("Nursing Home*" OR "Housing for the Elderly" OR "long term care*") AND (aged* OR old* OR elder* OR senior*)	416	3
Manuaalinen haku			5
Yhteensä		1 551	43

LIITE 2. Flow-kaavio artikkelien valintaprosessista



Kuvio 1. Flow-kaavio artikkelien valintaprosessista



### LIITE 3. Tiedote tutkimuksesta

#### **Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta**

Hyvä osastonhoitaja.

Opiskelen Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella terveystieteiden maisteriksi. Teen pro gradu -tutkielmani koskien ikääntyneen toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata ikääntyneiden toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä osastonhoitajien näkökulmasta.

Ympäristö voidaan jaotella fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen ympäristöön (Kim 2010). Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan ihmistä ympäröivää, konkreettista ympäristöä. Sosiaalinen ympäristö sisältää ihmisen sosiaaliset suhteet ja niiden luomat haasteet, tuen ja kontrollin. Symbolinen ympäristö puolestaan muodostuu kulttuurista, kielestä, uskonnosta ja yhteisön normeista. Siihen vaikuttavat myös kasvatusta, koulutusta ja esimerkiksi yhteisön näkökulmat terveydestä ja hoitamisesta. (Lauri & Elomaa 2001.)

Pyydän Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen suostumalla haastateltavaksi. Tutkimukseen toivotaan osallistuvan 15-25 osastonhoitajaa, jotka työskentelevät kaupunkien ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa hoitopaikoissa. Tutkimus toteutetaan fokusryhmähaastatteluin, jolloin tarkoituksena on saada tietojen ja ajatusten lisäksi selville myös osallistujien kokemuksia, asenteita ja asioille antamia merkityksiä. Fokusryhmähaastattelut toteutetaan keväällä ja alkukesästä 2014. Tutkimukseen osallistuminen edellyttää osallistumista ryhmähaastatteluun, jonka kesto on noin 1-2 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Halutessanne voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisenne milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Keskeyttämiseen mennessä kerättyä aineistoa voidaan kuitenkin käyttää tutkimusmateriaalina.

Asianmukaiset luvat tutkimuksen toteuttamiseen on saatu organisaatioltanne. Henkilöllisyyttenne ja muut tunnistetiedot ovat ainoastaan tutkijan ja ohjaajan tiedossa ja ne ovat salassapitovelvollisia. Haastatteluihin osallistuu lisäksi tutkijan opiskelijakollega tarkkailijan roolissa. Hän havainnoi ja kerää muistiinpanoja, mutta ei muuten osallistu tutkimukseen. Kaikkia Teistä kerättäviä tietoja käsitellään siten, ettei yksittäisiä tietojanne pystytä tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan Turun yliopiston pro gradu -tutkielman ja mahdollisesti tieteellisenä artikkelina. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni kysymyksiinne. Tutkimuksen ohjaajana on hoitotieteen professori Riitta Suhonen Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitokselta ([riisuh@utu.fi](mailto:riisuh@utu.fi), 02-3338417).

Tiina Karppinen, TtM -opiskelija  
Hoitotieteen laitos  
20014 Turun yliopisto  
Puh. 050 358 1544  
[tiina.e.karppinen@utu.fi](mailto:tiina.e.karppinen@utu.fi)

## HAASTATTELURUNKO

### 1. Fyysinen hoitoympäristö

- Millainen on ikääntyneen toimintakykyä tukeva fyysinen hoitoympäristö osastollanne?

Miten ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen on huomioitu osastollanne fyysisessä hoitoympäristössä?

- Mitkä asiat fyysisessä hoitoympäristössä ovat mielestänne merkityksellisimpiä ikääntyneiden toimintakyvyn tukemista ajatellen?

Miksi juuri nämä asiat ovat merkityksellisimpiä?

### 2. Sosiaalinen hoitoympäristö

- Millainen on ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö osastollanne?

Miten ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen on huomioitu osastollanne sosiaalisessa hoitoympäristössä?

- Mitkä asiat sosiaalisessa hoitoympäristössä ovat mielestänne merkityksellisimpiä ikääntyneiden toimintakykyä tukemiseen?

Miksi juuri nämä asiat ovat merkityksellisimpiä?

### 3. Symbolinen hoitoympäristö

- Millainen on ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö osastollanne?

Miten ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen on huomioitu osastollanne symbolisessa hoitoympäristössä?

- Mitkä asiat symbolisessa hoitoympäristössä ovat mielestänne merkityksellisimpiä ikääntyneiden toimintakykyä tukiessa?

Miksi juuri nämä asiat ovat merkityksellisimpiä?

## LIITE 5. Tutkittavan suostumus

### **Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta**

Minua on pyydetty osallistumaan ikääntyneen toimintakykyä tukevaan hoitoympäristöön liittyvään tutkimukseen, jonka tarkoitus on kuvata osastonhoitajien näkemyksiä ikääntyneiden toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä. Tavoitteena on tuottaa tietoa ympärivuorokautisten pitkäaikaishoitopaikkojen hoitoympäristöstä.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Suostun haastateltavaksi fokusryhmähaastattelussa ja tiedän, että haastattelut nauhoitetaan. Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Tutkimuksessa kerätyt tiedot koodataan siten, ettei henkilöllisyyteni selvittäminen ole mahdollista.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Olen tietoinen siitä, että keskeyttämiseeni mennessä kerättyjä tutkimustuloksia voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

---

Päiväys

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumus vastaanotettu

---

Päiväys

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Näitä lomakkeita on tehty kaksi kappaletta, joista toinen jää osallistujalle ja toinen tutkijalle.

LIITE 6. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva fyysinen hoitoympäristö, kategorisointi

Alkuperäisilmaus	Ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
- <i>..ja mitä kaikkea pitää olla, missä on kuntosalivälineet ja miten toimintakykyä pystytään hyödyntämään teknologian avulla esim. merkiksi olisi hälymatot</i>	Teknologia apuna esim. hälymatot, hälytysjärjestelmät	Turvallinen	ITSENÄISTÄ TOIMIMISTA MAHDOLLISTAVA
- <i>Suunniteltaessa tuli rakennussääntöjä esteitä</i>	Rakennussääntö huomioitu		
- <i>Käytännössä ovia ei pystytä lukitsemaan lainsäädännön takia.</i>	Lainsäädäntö asettaa rajoituksia		
- <i>Paloturvallisuussyistä on pitänyt rakentaa iso hissiaula, jossa kalusteet on paloturvallisia kuten metallipenkit, mutta niihin on totunut.</i>	Paloturvallisuus huomioitu		
- <i>Sängyt kyllä laskeutuvat alas ja laitojen käyttöä vähän, sillä se on estämistä ja turvallisuustekijä mikäli muistisairas tulee laitojen yli.</i>	Laitojen käyttö sängyssä vähäistä		
- <i>Talossa hyvää ja tukee toimintakykyä se, että valoa on paljon.</i>	Riittävä valaistus		
- <i>Kynnysistä wc:ssä aiheuttaa hankaluutta pyörätuolilla/nostolaitteella liikkuville.</i>	Kynnykset aiheuttavat hankaluutta	Esteetön	
- <i>... siellä on liikkumisen esteitäkin aika paljon, vaikka niitä yritetään pistää syrjään ja pois tieltä.</i> - <i>Pyritään siihen, että liikkuminen olisi esteetöntä, koska apuvälineillä ja pyörätuoleilla liikutaan</i>	Käytävillä ei säilytetä tavaroita, yritetään pistää syrjään		
- <i>Fyysiseen ympäristöön liittyen huoneet hyvin tilavia, kaiken kaikkiaan asukashuoneet on tilavia mukaan lukien wc-kylpyhuone</i> - <i>... ja suhteellisen tilava</i>	Säilytystilaa ja tilavat asukashuoneet		
- <i>Ulkoilu on tärkeää -</i>	Ulkoilun tukeminen	Kuntouttava	
- <i>nyt siellä on (osaston) oma kuntosali</i>	Kuntosali talossa		
- <i>Puolapuut on, kävelytelineet ja rappusia riippusillan alla</i> - <i>Motomedeillä poljetaan paljon.</i>	Mahdollisuus liikkumiseen osastolla, välineitä kuntoiluun esim. puolapuut, motomed, portaat		
- <i>Kesäkanat lisää ja edesauttaa asukkaiden ulkoilua. Kanoista voi tulla tekemisen kohde ja päämäärä ulkoiluun</i>	Eläimet voivat motivoida ulkoiluun		
- <i>sijainti et me ollaan sillai tosi hyvin sijaitaan ku täst</i>	Hoitopaikan sijainti		

<p><i>on helppo niinku lähtee ulkoilee ja virkistäytymään koska tos on ostoskeskus ja siin on tori mihin voi mennä kesälläkin torikahvilaan ja siin on museo mis voi käydä ja kirjasto et tota se houkuttelee lähtee niinku ulos</i></p> <p><i>- meiltä taas pääsee suoraan puron rantaan ja poluille ja metsäänkin jos tahtoo ja ja tota linnunlaulut ja kukat ja tuoksut on lähellä näin kesäaikaan joka ajatellaan ja talvellakin tietysti kyl meil paljon ulkoillaan talvellakin</i></p>			
<p><i>- Melkein joka asukkaalla on joku liikkumisen apuväline</i></p>	Liikkumisen apuvälineet	Tarkoituksenmukaiset apuvälineet tarjoava	
<p><i>- katonosturit, joilla voi siirtää asukkaita omaan kylpyhuoneeseen tai käytävän toisella puolella olevaan isoon kylpyhuoneeseen, että hoitajille ja asukkaille miellyttävä kun ei tarvitse väännellä eikä käänellä jos on kipeitä jalkoja, selkiä niin sujuu hyvin</i></p>	Nosturit		
<p><i>- Tukikaiteet (wc:ssä) tosi hyvät</i></p>	Kaiteiden/nousutukien sijoittelu		
<p><i>- Lavuaareja voi nostaa ja laskea muttei hydraulisesti</i></p>	Säätömahdollisuudet		
<p><i>- Omat huoneet on todella kauniisti sisustettu (asukkaiden) toiveiden mukaan ja omaiset ovat olleet mukana ja omahoitaja auttamassa, että se on onnistunut</i></p>	Sisustukseen kiinnitetty huomiota		
<p><i>- Luonnonläheisyyttä on pohdittu materiaalivalinnoissa ja aiheissa, tuntuu olevan rauhoittava ja miellyttävä monelle ja sitä on yritetty hyödyntää</i></p>	Materiaaleja mietitty		
<p><i>- (osastolla) on hillityt värit tasaisesti eli ei ole huomattavia värisävyjä, ettei tulisi (aistiharhoja) esimerkiksi näyttää aukolta lattialla. Muuten (osastolla) on värikkästä, että on pyritty tuomaan iloa elämään ja hahmottamaan, että tämä on keltaista, punaista</i></p>	Värit huomioitu		
<p><i>- Osastolla on aina kukkia</i></p>	Kasveja ja kukkia osastolla		
<p><i>- Tuoksukin on todella tärkeä, raikkaus, puhtaus tai normaali</i></p>	Osaston tuoksu puhdas tai normaali		
<p><i>- Järjestyksellä ja siisteydellä kaiken kaikkiaan ympä-</i></p>	Siisteys, järjestys		

<i>ristöllä merkitys viihtyvyyteen</i>			
<i>- Huoneet hyvin kodinomaiset, huoneissa omat huonekalut, yhdellä jopa oma sänky</i> <i>- valokuvia, omia tauluja</i>	Omia tavaroita saa olla	Kodinomainen	
<i>- huomioidaan pyhät ja järjestetään erilaisia tilaisuuksia niiden pohjalta ja huomioidaan hissiaulojen koristelemisessa</i>	Vuodenaikojen huomiointi sisustuksessa		
<i>- siihen suuntaan ollaan menossa, että jokaisella on oma huone ja oma yksityisyys ja rauha olla omaisen kanssa</i>	Enenevässä määrin yhden hengen huoneet, oma rauha		

LIITE 7. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö, kategorisointi

Alkuperäisilmaus	Ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
- <i>Hissiaulassa järjestetään juhlia; vuodenaikajuhlat, joulujuhlat, äitienpäivät ja laulutilaisuuksia</i>	Juhlat	Osallistumista tukeva	YHTEISÖLLINEN
- <i>Talossa on paljon tapahtumaa</i>	Tapahtumat, toimintaa		
- <i>On peliryhmää, virikeri-ryhmää, johon kuuluu tietty ihmiset ja puutarharyhmään kuuluu tietyt ihmiset</i>	Virikeryhmät/tuokiot		
- <i>Mahdollistetaan liikkuminen ryhmäkodista toiseen</i>	Mahdollisuus liikkua osastojen välillä		
- <i>... toimintakyky osittain myös osallisuutta ja miten hyvin pystyy osallistumaan yhteisön toimintaan</i> - <i>On asukkaita, jotka ovat tulleet, koska on valtava yksinolon tunne ja pelko yksinolosta, että hyötyvät yhdessäolosta äärettömästi</i>	Osallisuus, osallistuminen		
- <i>Viisauden tai kokemuksen perustuen sanon, että oli hoitoympäristö mikä hyvänsä niin keskeisessä roolissa on hoitohenkilökunta</i>	Hoitohenkilökunnan rooli on tärkeä	Yhteisön vuorovaikutusta tukeva	
- <i>Sosiaalisia suhteita on</i> - <i>ryhmytymisen kannalta ja merkityksellistä elämää on, että yritetään tuoda normaalia elämää tänne laitokseen, ympärivuorokautiseen hoitoon niin kun ryhmä alkaa niin kaikki kättelee toisensa ja esittäytyy kun on muistisairaita niin eivät muista...</i>	Sosiaaliset suhteet asukkaiden välillä, ryhmädynamiikka eri virikeryhmissä		
- <i>Moniammatillinen tiimi on, fysioterapeutti, kuntahoitaja, työharjoittelijat ja opiskelijat ovat hyvin paljon mukana päivittäisissä toiminnoissa, eli on sosiaalista verkostoa, suhteita ja ystäväpalveluniille, joilla ei ole</i>	Moniammatillinen hoitoyhteisö		
- <i>... on ollut kulttuurinmuutoskoulutusta ja erittäin hyvin on tullut siinä omaisten osuuden lisääminen, että omaisia ei haeta hoitotyöhön vaan viihtyisyyteen ja läsnäoloon</i>	Omaiset mukana		

- Asukkailla, joilla ei ole omaisia niin heillä on hyvinkin tiiviitä suhteita vapaaehtoisin	Vapaaehtoiset apuna		
- Toimintakykyä tukiessa asukkaalla olisi päätäntävalta, että osallistuu ja päättää omista asioistaan - Ihminen voi hyvin kun saa päättää ja tehdä valintoja - Kun toimintaa on niin paljon, on todella tärkeää, että asukkailla on itsellään mahdollisuus päättää ja tehdä päätöksiä, että ei vaan viedä ja oleteta kysymättä niin kuin ennen vanhaan kun kuulu osallistua	Päätäntävalta asukkaalla	Itsemääräämisoikeutta kunnioittava	YKSILÖLLINEN
- Elämänhallinnan elementit on tärkeitä ja niitä pitäisi tukea, että helposti voi laitoksessa tulla sellainen olo, että hanskat tiskiin	Elämänhallinnan kokemus		
- Mahdollisuudet ympäristössä on yksityisyyteen	Mahdollisuus yksityisyyteen	Yksityisyyttä tukeva	
- oma reviiri ja sitä saa hallita	Oma reviiri		



LIITE 8. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö, kategorisointi

Alkuperäisilmaus	Ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
- <i>meillähän tota tosiaan on vahvasti tätä evankelis-luterilainen uskonto näkyy</i>	Evankelis-luterilainen uskonto vahvasti näkyy	Hengellisyyden mahdollistava	HENKILÖKOHTAISTA KULTTUURIA TUKEVA
- <i>tääl on kerroshartauksia pidetään kerran kuukaudessa meidän talon juhlasalissa on ehtoollisjumalanpalvelus</i> - säännölliset noi hartaudet - <i>Kerran viikossa aamuhartaus ulkona</i>	Hartauksia järjestetään		
- <i>on pyritty kaikki nämä juhlapyhät ynnä muut huomioima</i>	Pyhäpäivät huomioitu		
- <i>muut uskonnot tulee niin huomioiduksi et sieltä seurakunnista ovat sitte yhteydessä jos täällä on esimerkiksi ortodoksi tai muslimi tai tai jehovatodistajat että he pitää sitte huolen niinku omistaan et ei oo niinku heillä mitään tälläsiä isompia tilaisuuksia</i>	Eri uskonnot huomioidaan		
- <i>on rakennettu tuolla sellanen hiljanen huone, joka on tämmönen ekumeeninen että siellä ei oo näkyvissä näitä kristinuskon tunnusmerkkejä et siellä voi sitten laittaa ristin tai muuta tämmöstä että siinä oli ajatuksena se se että kun nykyisin enenevissä määrin täällä voi olla eri uskonnokunnista</i>	Hiljainen huone/ekumeeninen tila		
- <i>esineillä ja näillä uskontoon liittyvillä tai tälläsilähän me näillä symbolisilla asioillahan me voidaan sinne osastoillemme niinku tuoda jos me saadaan tietoo et tätä asukas on ollu tälläsisistä asioista vaikka kiinnostunut</i>	Uskonnollisia esineitä voidaan tuoda osastolle		
- <i>sitte että vanhuksii ei oo vielä hirveesti muualta tulleita ... mut ei hirveesti vielä et tulevaisuudessa enenevästi</i>	Monikulttuurisuus asukkaissa lisääntymässä	Kulttuuritaustan huomioonottava	
- <i>ne joilla on jo kokemusta ni se oma kulttuuri on tärkeä et omaa musiikkia omaa historiaa ehkä jopa tuoksujä suitsukkeita mitä</i>	Oman kulttuurin tukeminen		

<p><i>meil on ollu kanssa ni sitä yrittää koska sitte ikääntyessä se oma äidinkieli tulee vallitsevaks ja sit on kyl vaikeuksii siin ymmärtämissä</i></p>			
<p><i>-Meillähän on täällä paljon eri kulttuureista olevia hoitajia eri maista ja ja sattuu niin että saattaa olla niinku venäjää puhuvia hoitajia samassa työvuorossa ja siitä on jouduttu sitten niinku varsinkin heille useinkin sanomaan että meidän työkieli on suomi -tuo haasteita ikääntynyt muistisairas huonokuulonen huonosti puhuva ja sitte sulla on huonosti suomea taitava monikulttuurinen työpari siellä niin niin tota sit onkin haasteita - siin tulee ne kielihaasteet hyvin äkkiä. Meil on ainakin törmätty siihen et kun tulee tilanne jossa on sekä asukas että omaiset eivät puhu suomea lainkaan eivätkä myöskään englantia</i></p>	<p>Osastolla tulisi olla yhteinen kieli</p>		
<p><i>- (työtavan muuttaminen) vaatii hoitajilta kärsivällisyyttä, rohkeutta ja pitkää pinnaa ja itseasiain taitoa -kulttuuri kehittyi kaiken aikaa et me toteutetaan nyt tätä meidän ja se kehittyi kaiken aikaa mitä enemmän vaikutteita me saadaan me taas kehitytään et ei me poljeta koskaan palkallamme et tää jatkuvasti aina tulee uutta et tässäkin kun on monta kulttuuria ja tehdään yhdessä -tätä kuntoutumista edistävää tukevaa hoitotyötä lähteny ajamaan ihan niinku ajamaan siellä osastolla ni kyllähän se on vaatinu semmosta aika jämpäitä ja vähän semmosta käskyttävääkin toimintamallia - Terveystä ja hoitamisesta ni meidän pitäis sitä terveyttä ylläpitää ja tukea ja täs kulttuurimuutoksessa se tulee just esiin et tää toimintakyky mikä on et sitä ylläpidämme niin kauan kun mahdollista et se on yks kans et me ei hoideta sairauksia sillä tavalla</i></p>	<p>Hoitokulttuuri muuttuu ja kehittyy jatkuvasti</p>	<p>Hoitokulttuurin kehittymistä tukeva</p>	<p>HOITOKULTTUURIN KEHITTÄMISTÄ TUKEVA</p>

<p>vaan lähettäs todella tästä ymmärryksestä et se on terveys jota tuetaan ja ne jäljellä olevat voimavarat ni vielä enemmän tuotas esille</p>			
<p>-johdonmukainen semmoinen kouluttaminen toimintakykyä tukevassa hoitotyössä -osastonhoitajan tuki henkilökunnalle että et sieltä pitää vaan löytää niitä heitä heitä tota heitä hoitajia jotka on innostuneita ja haluaa lähteä omalla esimerkillään myöskin tekemään vähän erilailla töitä ja kouluttautumaan</p>	<p>Koulutuksen järjestäminen hoitajille</p>		
<p>- ne kirjoitetut normit ja säännöt sitte on ne kirjoittamattomat jotka heijastuu mun mielestä niinku suoraan siihen sosiaaliseen ympäristöön se justiin tää et ollaanko miten tuttavallisesti - mielenkiintonen koska sitä ei havaitse heti siinä menee vähän aikaa ennen kuin itekin kun ollut uutena et ennen kuin löytää ne normistot ja sitte et haluaako noudattaa niitä normeja vai haluaako tehdäkin toisella tavalla - ne normistot tulee muualtakin kun tästä meidän kulttuurista</p>	<p>Kirjoittamattomat ja kirjoitetut normit ja säännöt ohjaavat toimintaa</p>	<p>Hoitotyötä ohjaavat normit ja periaatteet huomioiva</p>	<p>HOITOON LIITTYVIÄ NÄKÖKULMIA YHDISTÄVÄ</p>
<p>- esimerkiks eettisiä asioita pitää jatkuvasti pitää esillä ja aina kaikessa huomioida se ihminen et me tehdään ihmisten kanssa töitä</p>	<p>Eettisyyden esillä pitäminen</p>		
<p>- mut sillon kun on elämä niin siihen tulee heti yksilöllinen näkökulma et heillä on koti ni he elää siellä - alamme toteuttamaan ja tukemaan sitä kulttuuria että he saavat loppuelämänsä elää juuri niinku he haluavat -se et hoito ois asukaslähtöistä et me ei anneta kaikille samaa hoitoa tai samalla tavalla vaan laitospäisesti hoidetaan ajattelee että tälle on hyvä tällänen kuntoutus et todella asiakaslähtöistä</p>	<p>Sallitaan eläminen omalla tavalla, yksilöllisyyden huomiointi, asiakaslähtöisyys</p>		

<p>- tietyistä kulttuureista tulevat hoitajat niin heidän heil on luonnostaan semmonen erilainen asenne vanhuksiin kun osalla tai suurimmalla osalla suomalaisista elikkä siel on paljon enemmän semmosta kunnioitusta ja semmosta niinku ehkä lempeyttä tietyissä kansalaisuuksissa</p> <p>- et jos ei oo yhteistä kieltä asukkaan kanssa ni sitte hoitajat ottaa ehkä herkemmin käyttöön ne ilmeet eleet kosketuksen</p> <p>- hoitoideologiassa et heidän kans usein vahvemmin käydä läpi sitä et mikä on sitä toimintakykyä ylläpitävää et et monissa kulttuureissa se tapa hoitaa on hyvin sellanen suojeleva ja puolesta tekevä semmonen ni sen murtaminen siihen et me tehdään ihmiselle hyvää sillä tavalla et me annetaan hänen itse tehdä ni sitä joutuu huomattavasti enemmän joutuu käymään läpi</p> <p>- se tulee sielt niin syvältä tapa et pitää vanhempaa ihmistä kunnioittaa</p>	<p>Hoitokulttuuriset erot, erilainen lähestymistapa ja suhtautuminen vanhuksiin</p>	<p>Hoitokulttuuriset erot ja erilaiset lähestymistavat huomioonottava</p>	
--	---	---	--

LIITE 9. Merkityksellisimmät tekijät hoitoympäristössä, kategorisointi

Fyysinen hoitoympäristö			
Alkuperäisilmaus	Ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
-WC:ssä asioiminen on yksi ihmisen perustarpeista ja itsenäinen suoriutuminen mahdollisimman pitkään on todella tärkeää. Wc:n suunnittelu niin, että mahdollisimman pienillä avuilla pystyy toimimaan kunhan vaan jalat kantaa niin pystyy yhdenkin avustamana siirtymään.	Wc:ssä asioiminen itsenäisesti mahdollisimman pitkään, huomioitu apuvälineet	Itsenäisen toiminnan mahdollistava	ITSENÄISEN TOIMINNAN TUKEMINEN
- Fyysisessä ympäristössä asukkailla on aika tärkeää oikeat apuvälineet ja työvälineet hoitajille, koska ne helpottaa ja tekee asukkaalle miellyttävämmäksi ja mahdollistaa ylösnousun. Apuvälineet on todella tärkeitä ja se, että niitä osataan käyttää, niitä halutaan käyttää ja hoitajien ammattitaito nähdä miten ja milloin niitä käytetään.	Oikeat apuvälineet	Tarkoituksenmukaiset apuvälineet	
- Kävelevällä muistisairaalla erityisen tärkeää (pystyä liikkumaan osastolla).	Mahdollisuus liikkua osastolla	Liikkumisen mahdollistaminen	
- Turvallisuus on merkityksellisintä fyysisessä toimintaympäristössä.	Turvallisuus on merkittävää	Turvallisuus	
- Merkityksellistä myös, että pienillä asioilla (puolapuut, joiden takana isotaulu missä on riippusilta sademetsässä) saadaan viihtyisäksi ja todella kuntoutumista tukevaksi.	Pienillä asioilla viihtyisäksi ja kuntoutumista tukevaksi.	<u>Kuntoutumisen mahdollistaminen</u>	
- Fyysiseen ympäristöön liittyen tuoksu kun astutaan osastolle sisään niin, että puhtaus tai normaali kodintuoksu. Tuoksukin on todella tärkeä, raikkaus, puhtaus tai normaali.	Tuoksu on tärkeä, raikkaus, normaali tai puhtaus.	Esteettisyys	VIIHTYVYYS
- Esteettisyys on tosi tärkeää. Osastolla on aina kukkia... Hoito-	Esteettisyys on todella tärkeää. Osastolla aina kukkia, sillä voi kertoa,	Esteettisyys	

<i>ympäristö kuitenkin vaikuttaa ihmisen mielialaan ja jos hoitoympäristö on kovin latistava tai mielikuvituksen niin ei siellä kukaan motivoitu kuntoutumaan.</i>	että välitetään. Hoitoympäristö vaikuttaa ihmisen mielialaan jos on latistava tai mielikuvituksen niin ei asukas motivoitu kuntoutumaan.		
<i>- Merkityksellistä myös, että pienillä asioilla (puolapuut, joiden takana isotaulu missä on riippusilta sademetsässä) saadaan viihtyisäksi ja todella kuntoutumista tukevaksi.</i>	Pienillä asioilla viihtyisäksi ja kuntoutumista tukevaksi.	<u>Esteettisyys</u>	
<i>- Pullantuoksu tuo kodinomaisuutta vaikka ei pysty enää itse leipomaan niin tuoksu tulee, saa syödä ja näkee, että joku häärää niin se on merkityksellistä.</i>	Kodinomaisuus on merkityksellistä.	Kodinomaisuus	

Sosiaalinen hoitoympäristö			
Alkuperäisilmaus	Ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
<i>- oli hoitoympäristö mikä hyvänsä niin keskeisessä roolissa on hoitohenkilökunta ja minkälaisen ilmapiirin he luovat, mutta helpottaa se, ettei ympäristö aina töki vastaan. Fyysisellä ja sosiaalisella ympäristöllä on paljon merkitystä, mutta yhtä tärkeää ellei tärkeämpää, on hoitohenkilökunnan rooli.</i>	Hoitohenkilökunnan rooli ja ilmapiiri jonka he luovat	Hoitohenkilökunnan rooli ja luoma ilmapiiri	MYÖNTEINEN ILMAPIIRI
<i>- Todella tärkeä on hoitajien (välinen) vuorovaikutus. Asukkaat ei varmaan uskalta tuoda omia toiveitaan esiin jos hoitajat riitelee, tappelee ja koko ajan on sähköinen ilmapiiri - ... ja minkälaisen ilmapiirin he luovat</i>	Hyvä ilmapiiri osastolla, hoitajien keskeinen vuorovaikutus	Ilmapiiri	
<i>- Fyysinen ympäristö ei nyt ole mikään kaksinen tai voisi olla paljonkin parannettavaa, mutta miten ihmiset on keskenään ja toimii keskenään ja työntekijät keskenään ja asukkailla ja työntekijät ja</i>	Fyysinen hoitoympäristö voisi olla parempikin mutta merkityksellisempää sosiaalinen kanssakäyminen (ihmiset keskenään, työntekijät keskenään, asukkaat ja työntekijät, asukkaat yhdessä) ja	Sosiaalinen kanssakäyminen osastolla, ilmapiiri	

<i>asukkaat yhdessä ja elämä mikä siellä seinien sisällä niin sillä on merkitystä.</i>	elämä seinien sisällä. Se joko tuntuu hyvältä tai huonolta/ahdistavalta.		
<i>- Tapa miten yhdessä tehdään töitä ja miten omaiset on mukana niin se on kaikista tärkein ja asukkaat ensisijaisesti yhdessä hoitajien kanssa</i>	Tapa miten tehdään töitä ja miten omaiset on mukana on kaikista tärkeintä. Asukkaiden ja hoitajien välinen suhde, yhteinen osallisuus.	<u>Tapa tehdä töitä</u>	
<i>-(millainen ilmapiiri osastolla) on se, miten me ollaan läsnä</i>	Osaston ilmapiiri, läsnäololla merkitystä.	Ilmapiiri, läsnäolo	
<i>- mikä tunnelma osastolla on, mitkä ovat osaston arvot tai toimintafilosofia, että onko pääpaino asukaslähtöisyydessä tai yhteisöllisyydessä niin sen aistii sieltä, että oli värejä, huonekaluja minkälaisia vaan niin se tunne, että on tervetullut. Asukkaalla on tervetullut olo, että (osastolla) on tervetullut asukas, omainen, viranomainen, työntekijä tai kuka tahansa. Siinä on varmaan sillä esimiehellä ja johtamisella et totta kai johtaja pystyy vaikuttaa näihin et mitä ryijyjä ja mitä sohvia hankitaan mutta niinku myöskin tämä joka ei oo näkyvää mutta sen niinku aistii tai tunnistaa siinä ilmapiirissä</i>	Osaston tunnelmasta aistii osaston arvot, toimintafilosofian. Tärkeää, että tervetullut olo kaikille, jotka tulevat. Tunteella suuri merkitys ympäristössä ja siihen varmaan esimiehellä ja johtamisella vaikutusta.	Osaston ilmapiiri, arvot, johtamisen merkitys	
<i>- Sosiaalinen ympäristö on kuitenkin tämänkaltaisessa yksikössä se ihan ykkönen. Fyysisen toimintaympäristön vajavaisuudet voidaan korvata jos sosiaalinen toimintaympäristö tukee sitä. Kyse on asumisesta kotona, että vajavaisuudet korvaantuvat viehättävien yksikköjen perheenomaisuudella.</i>	Sosiaalinen ympäristö on tärkein. Fyysisen hoitoympäristön vajavaisuudet voidaan paikata jos sosiaalinen hoitoympäristö tukee sitä. Kun kyse on asumisesta kotona, perheenomaisuus korvaa vajavaisuudet	Sosiaalinen hoitoympäristö tukee fyysistä hoitoympäristöä perheenomaisuudella	
<i>- Merkityksellisintä on, että vaikka tilat ei välttämättä olisikaan niin hyvät, mutta hoitohenkilökunta on asukkaan tilanteen tasalla ja osaa käyttää asukkaalle sopivia apuvälineitä.</i>	Hoitohenkilökunta on asukkaan tilanteen tasalla ja osaa käyttää asukkaalle sopivia apuvälineitä.	Hoitohenkilökunnan osaaminen	HOITOHENKILÖKUNNAN OSAAMINEN

<i>le sopivia apuvälineitä ja tuntee asukkaan.</i>			
<i>- Moniammatillisuus on tärkeää... (Osastolla) on aloitettu kuntoutuskokoukset mitä ei ennen ollu et se on jotenkin tavoitteellista sitten.. kun fysioterapeutti pitämään kuntoutuskokouksen ni se parantaa hoitajien ammattitaitoa.</i>	Moniammatillisuus on tärkeää. Kuntoutuskokoukset otettu käyttöön, toimintaan lisää tavoitteellisuutta. Hoitohenkilökunnan ammattitaito paranee.	Moniammatillisuus, tavoitteellisuus	
<i>- Fysioterapeutti tekee liikuntasuunnitelman ja hoitajien pitäisi sen mukaan hoitotyötä toteuttaa ja ottaa tietyt asiat huomioon. Se olisi ideaalista.</i>	Moniammatillisuus, liikuntasuunnitelman mukainen hoito	Moniammatillisuus, tavoitteellisuus	
<i>- on keittiö ja olohuone mihin kokoonnutaan yhdessä tekemään ja sillä on suuri merkitys, että nähdään ja seurustellaan yhdessä tai omaisten kanssa</i>	Yhdessä tekemisellä ja näkemisellä suuri merkitys.	Yhdessäolo	YHTEISÖLLISYYS
<i>- Ryhmässä huolehditaan toisesta ja sitä kautta on asukkaille tullut sellaista normaalia elämää, että kuulutaan johonkin... ryhmädynamiikka on osastolla ihan selkeästi kaikkein tärkeimpiä, että (ryhmiä) saadaan aikaiseksi ja sitä kautta tulee tukea ja turvaa</i>	Ryhmäytyminen ja tiivis ryhmä, hoitajien ja fysioterapeuttien pitämät ryhmät. Ryhmässä huolehditaan toisesta ja sitä kautta on asukkaille tullut sellaista normaalia elämää, että kuulutaan johonkin. Ryhmädynamiikka on osastolla ihan selkeästi kaikkein tärkeimpiä, että (ryhmiä) saadaan aikaiseksi ja sitä kautta tulee tukea ja turvaa	Ryhmäytyminen, tuki ja turva	
<i>-Tapa miten yhdessä tehdään töitä ja miten omaiset on mukana niin se on kaikista tärkein ja asukkaat ensisijaisesti yhdessä hoitajien kanssa</i>	Tapa miten tehdään töitä ja miten omaiset on mukana on kaikista tärkeintä. Asukkaiden ja hoitajien välinen suhde, yhteinen osallisuus.	<u>Asukkaiden ja hoitajien väliset suhteet, osallisuus</u>	
<i>- ... arvona yhteisöllisyys ja se istuu hyvin tähän sosiaaliseen ympäristöön, että se tulee siitä tavasta miten me tehdään töitä ja otetaan oma kotipii-ri/yhteisö, huomioidaan asukkaat, omaiset, työllistetyt, kuntouttavan työtoiminnan työntekijät eli mikä se hoitoyhteisö on koko-</i>	Arvona yhteisöllisyys ja se istuu hyvin sosiaaliseen ympäristöön. Siihen tapaan millä tehdään töitä ja miten otetaan hoitoyhteisö huomioon.	Yhteisöllisyys	



<i>naisuudessa</i>			
<i>- Mahdollisuudet ympäristössä on yksityisyyteen, mutta myös seuraan.</i>	Mahdollisuus sekä seuraan että yksityisyyteen	<u>Seura</u>	
<i>- Kaikkein tärkeintä ehkä ovat hoitokokoukset missä omaiset on mukana. (hoitokokouksessa) luodaan tai ainakin yritetään luoda kontaktia omaisiin ja tuoda ideaa, että he osallistuisivat toimintaan (talossa) esimerkiksi asukasneuvostoon asukkaan mukana tai ilman asukastakin ja ottaa osaa ja olla mukana kehittämässä, antamalla kritiikkiä ja saada omalle omaiselle merkityksellisiä asioita esille hoitokokouksessa.</i>	Hoitokokoukset joissa omaiset mukana. Kontaktin luominen omaisiin, omaisia toivotaan mukaan toimintaan.	Omaiset mukana	OMAISTEN OSALLISTUMINEN
<i>- Tapa miten yhdessä tehdään töitä ja miten omaiset on mukana niin se on kaikista tärkein ja asukkaat ensisijaisesti yhdessä hoitajien kanssa</i>	Tapa miten tehdään töitä ja miten omaiset on mukana on kaikista tärkeintä. Asukkaiden ja hoitajien välinen suhde, yhteinen osallisuus.	<u>Omaiset</u>	
<i>- Hoitokokoukset alussa on hirveän tärkeitä, että saadaan kontakti omaisiin ja välitettyä sitä, että täällä ollaan hyvässä hoidossa ja pidetään huolta</i>	Hoitokokoukset, saadaan yhteys omaisiin.	Omaiset	
<i>- Merkityksellistä on oma paikka mihin voi vetäytyä kun haluaa olla rauhassa... siihen suuntaan ollaan menossa, että jokaisella on oma huone ja oma yksityisyys ja rauha olla omaisen kanssa.</i>	Merkityksellistä on oma paikka mihin vetäytyä kun haluaa olla rauhassa. Yksityisyys, rauha olla omaisen kanssa.	Yksityisyys	YKSILÖLLISYYS
<i>- Mahdollisuudet ympäristössä on yksityisyyteen, mutta myös seuraan.</i>	Mahdollisuus sekä seuraan että yksityisyyteen	<u>Yksityisyys</u>	
<i>- se on ihmiselle tärkeä, että voi kokea olevansa aktiivinen ja voi päättää omista asioistaan ja ymmärtää miksi on (osastolla)</i>	Ihmiselle tärkeää kokea olevansa aktiivinen ja saavansa päättää omista asioistaan.	Kokemus aktiivisuudesta, päätäntävalta	

Symbolinen hoitoympäristö			
Alkuperäisilmaus	Ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
- <i>Merkityksellisempiä asioita hoitajan kulttuuritausta toimintakyvyn näkökulmasta</i>	Hoitajan kulttuuritausta	Hoitajan kulttuuri	HOITAJAN TAUSTA
- <i>Työntekijöiden ja asukkaiden kulttuuri-, kielitausta ja uskonto on tärkeitä...</i>	Työntekijöiden kulttuuri-, kielitausta ja uskonto tärkeitä		
- <i>Hoitajan ajatus siitä kuntouttamisen tärkeydestä on tärkeää. Esimies on tärkeässä roolissa kannustamaan henkilökuntaa. Suuri merkitys (asenteella kuntoutukseen).</i> - <i>tietyistä kulttuureista tulevat hoitajat niin heidän heil on luonnostaan semmonen erilainen asenne vanhuksiin kun osalla tai suurimmalla osalla suomalaisista elikkä siel on paljon enemmän semmosta kunnioitusta ja semmosta niinku ehkä lempeyttä tietyissä kansalaisuuksissa</i>	Hoitajan ajatus kuntouttamisen suhteen tärkeä.	Hoitajan asenne	
- <i>...osastolla kulttuuri ja kulttuurin tuominen asukkaille ja normaaliin merkitykselliseen elämään (on merkityksellisintä).</i>	Asukkaan kulttuuri-, kielitausta ja uskonto tärkeitä. Osastolla kulttuurin tuominen asukkaille ja normaaliin merkitykselliseen elämään.	Kulttuurin tarjoaminen asukkaille	KULTTUURIN HUOMIOINTI
- <i>Työntekijöiden ja asukkaiden kulttuuri-, kielitausta ja uskonto on tärkeitä...</i> - <i>Oma kulttuuri on tärkeä, että omaa musiikkia, historiaa ja tuoksuja niin yrittää, koska ikääntyessä oma äidinkieli tulee vallitsevaksi ja on ongelmia ymmärtämisessä.</i>	Asukkaan kulttuuri-, kielitausta ja uskonto ovat tärkeitä.	Asukkaan kulttuuri	

Alleiviivatut ilmaukset tarkoittavat sitä alakategoriaa, joka on johdettu alkuperäisilmauksesta. Samasta alkuperäisilmauksesta on tässä muodostettu useampia alakategorioita.